

«Ambulant vor Stationär» - Eingriffsliste der Unfallversicherer und der Militärversicherung

1. Ausgangslage KVG

Die [Regelung des Bundes «ambulant vor stationär»](#) ist per 01.01.2019 in Kraft getreten. Ab dem 01.01.2023 gilt eine gesamtschweizerisch einheitliche Eingriffsliste. Die bei Einführung gültige BAG-Liste mit 6 Eingriffen sowie sämtliche kantonalen Zusatzlisten wurden zu einer harmonisierten nationalen Liste mit 18 Eingriffen („18er-Liste“) zusammengefasst. Bei diesen 18 Eingriffen wird grundsätzlich nur noch die ambulante Durchführung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet (siehe Ziffer I Anhang 1a KLV), ausser es liegen „besondere Umstände“ vor (Art. 3c und Ziffer II Anhang 1a KLV), die eine stationäre Durchführung erfordern ([LINK](#)). Per 1. Januar 2026 wird die Liste um Eingriffe am Ellenbogen und am Fuss erweitert.

2. Ausgangslage UVG/MVG

Sowohl die Unfallversicherer wie auch die Militärversicherung betonen, dass «ambulant vor stationär» aufgrund der gesetzlichen Grundlage (Naturalleistungsprinzip) schon Versicherer-individuell für sämtliche Eingriffe durchgesetzt werden konnte und weiterhin zur Anwendung gelangt.

Für eine einheitliche Umsetzung stützt sich die MTK auf die vorgegebene Eingriffe gemäss Anhang 1a KLV (jeweils gültige Gesamtliste Ambulant vor Stationär des BAGs).

3. Umsetzung für UVG/MVG – Termin und Eingriffs-Liste

Mit der Erweiterung der Liste um die zwei weitere Eingriffstypen hat der MTK-Vorstand an seiner Sitzung vom 10.12.2025 für einen Nachvollzug der Liste entschieden. Zukünftig Änderungen werden zudem direkt nachvollzogen, wenn nicht anders kommuniziert. Dies gilt sowohl für den Unfallversicherungsbereich als auch die Militärversicherung.

Die jeweils gültige Liste mit den CHOP-Codes ist in der KLV Ziffer I Anhang 1a «Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe», unter folgendem Link, aufgelistet ([LINK](#)). Dabei ist das **Eintrittsdatum des Patienten** als Stichtag relevant.

4. Prüfverfahren bei UVG- und MVG-Fällen

- Der Leistungserbringer reicht beim Versicherer für elektive Eingriffe, welche stationär durchgeführt werden sollen, vorgängig ein Kostengutsprachegesuch ein (siehe auch MTK Tarifvertrag SwissDRG Teil II, Ziffer 6).
- Bei Notfalleingriffen wie auch bei Eingriffen, bei welchen sich ein stationärer Aufenthalt aufgrund der intra- oder postoperativen Situation ergibt, kann das Kostengutsprachegesuch im Nachhinein eingereicht werden.
- Der Leistungserbringer teilt dem Versicherer im Rahmen des Kostengutsprachegesuchs präzise mit, welche fallspezifischen Kriterien (siehe Punkt 5) zutreffen, die einen

stationären Eingriff erfordern (die Anmerkung «Kriterien sind erfüllt» reicht nicht aus). Die Kriterien sind entsprechend der Liste aufzuführen und nicht zu umschreiben.

- Der Versicherer prüft, ob die Voraussetzungen für eine stationäre Durchführung erfüllt sind; das heisst es wird geprüft, ob mindestens eines der erforderlichen Kriterien (siehe Punkt 5) erfüllt ist oder andere spezifische Umstände einen stationären Aufenthalt rechtfertigen. Bei positiver Beurteilung wird entsprechend eine stationäre Kostengutsprache erteilt. Jedoch kann auch trotz erfülltem Kriterium eine ambulante Behandlung erfolgen, wenn es die spezifischen Umstände erlauben.
- Bei einer stationären Durchführung sind die Kriterien durch das Spital entsprechend im Patientendossier zu dokumentieren.

5. Kriterien für eine stationäre Durchführung

- Massgebend für die Überprüfung eines Kostengutsprachegesuchs für einen stationären Eingriff ist die Liste mit Ausnahmekriterien gemäss Ziffer II Anhang 1a der KLV «Kriterien zugunsten einer stationären Durchführung», welche eine stationäre Durchführung erfordern ([LINK](#)).
- Die Liste der Kriterien ist nicht abschliessend. Dies bedeutet, dass auch ohne ein erfülltes Kriterium dieser Liste bei besonderen Umständen eine stationäre Behandlung vergütet werden kann. Dafür sind ein individuelles Kostengutsprachegesuch mit nachvollziehbarer Begründung (vgl. Art. 3c Abs. 3 KLV) und eine explizite Kostengutsprache-Erteilung durch den Versicherer notwendig. Organisatorische Gründe (Anfahrtsweg, späte OP-Zeit, etc.) rechtfertigen keinen stationären Aufenthalt.
- Die Kriterien sollen den administrativen Aufwand vereinfachen und reduzieren. Sie stellen keine medizinische Leitlinie dar. Bei einer stationären Durchführung müssen die Kriterien entsprechend dokumentiert werden.
- Intra- und postoperativ können unerwartete Verläufe oder Komplikationen auftreten, die eine stationäre Weiterbetreuung notwendig machen. Diese Aspekte sind im Rahmen des stationären Falls zu dokumentieren und zu kodieren und werden mittels DRG-Pauschale vergütet.
- Ohne erteilte Kostengutsprache für einen stationären Aufenthalt, wird die DRG-Rechnung zurückgewiesen und eine ambulante Rechnungsstellung verlangt.