

Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter dem am- bulanten Pauschalensystem

Stand Dezember 2021

Version 0.2

Inhalt

1	GRUNDLAGEN UND DEFINITIONEN	3
1.1	Regeln für die Kodierung von Diagnosen und Eingriffen.....	3
1.2	Abgrenzung stationär / ambulant.....	3
1.3	Leistungserbringer.....	5
1.4	«Ambulanter Fall»	5
1.5	Zuordnung von Fällen zu einer Fallgruppe.....	6
2	ANWENDUNGSBEREICH UND ABGRENZUNGEN	7
2.1	Grundsätze	7
2.2	Abgrenzung zwischen ambulanter Pauschale und ELT	7
3	ABRECHNUNGSREGELN AMBULANTE PAUSCHALEN	8
3.1	Fallzusammenführungen	8
3.2	Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger während eines Behandlungstages.....	8
3.3	Notfälle.....	8
3.4	Neugeborene	8

1 Grundlagen und Definitionen

Dieses Papier definiert für die Anwendung ambulanter Pauschalen

- ⇒ grundlegende Aspekte (Kapitel 1)
- ⇒ den Anwendungsbereich (Kapitel 2)
- ⇒ die Regeln über die Fallabrechnung (Kapitel 3)

Anpassungen und Details, die über die hier geregelten Definitionen hinaus notwendig werden, legt der Verwaltungsrat der solutions tarifaires suisses ag oder ein von ihm beauftragtes Gremium im Sinne dieser Regeln und unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben fest.

1.1 Regeln für die Kodierung von Diagnosen und Eingriffen

Die Kodierung der ambulanten Pauschalen, welche mit national einheitlichen Tarifstrukturen abgerechnet werden, richtet sich nach den Vorgaben des Bundesamtes für Statistik (BFS). Diese sind schweizweit einheitlich auf Grundlage der jeweils gültigen Prozeduren- und Diagnosenklassifikationen sowie des Kodierungshandbuches anzuwenden.

solutions tarifaires suisses ag publiziert Leitlinien zum Medizinischen Kodierungshandbuch gemäss Tarifstrukturvertrag sowie allfällige verbindliche Analogiekodierungen.

Bei Unklarheiten oder Differenzen in der Interpretation der Kodierregeln sind die Trägerorganisationen der solutions tarifaires suisses ag bestrebt, gemeinsam mit dem BFS Lösungen zu finden.

Im Hinblick auf die Entwicklung und Pflege der ambulanten Pauschalen muss die solutions tarifaires suisses ag ihre Anliegen beim BFS einbringen.

1.2 Abgrenzung stationär / ambulant

Die Unterscheidung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung richtet sich nach der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL).

Um eine einheitliche Umsetzung sicher zu stellen, haben sich die Partner im Gesundheitswesen auf die folgende Interpretation der Definitionen geeinigt:

Art. 3 Stationäre Behandlung

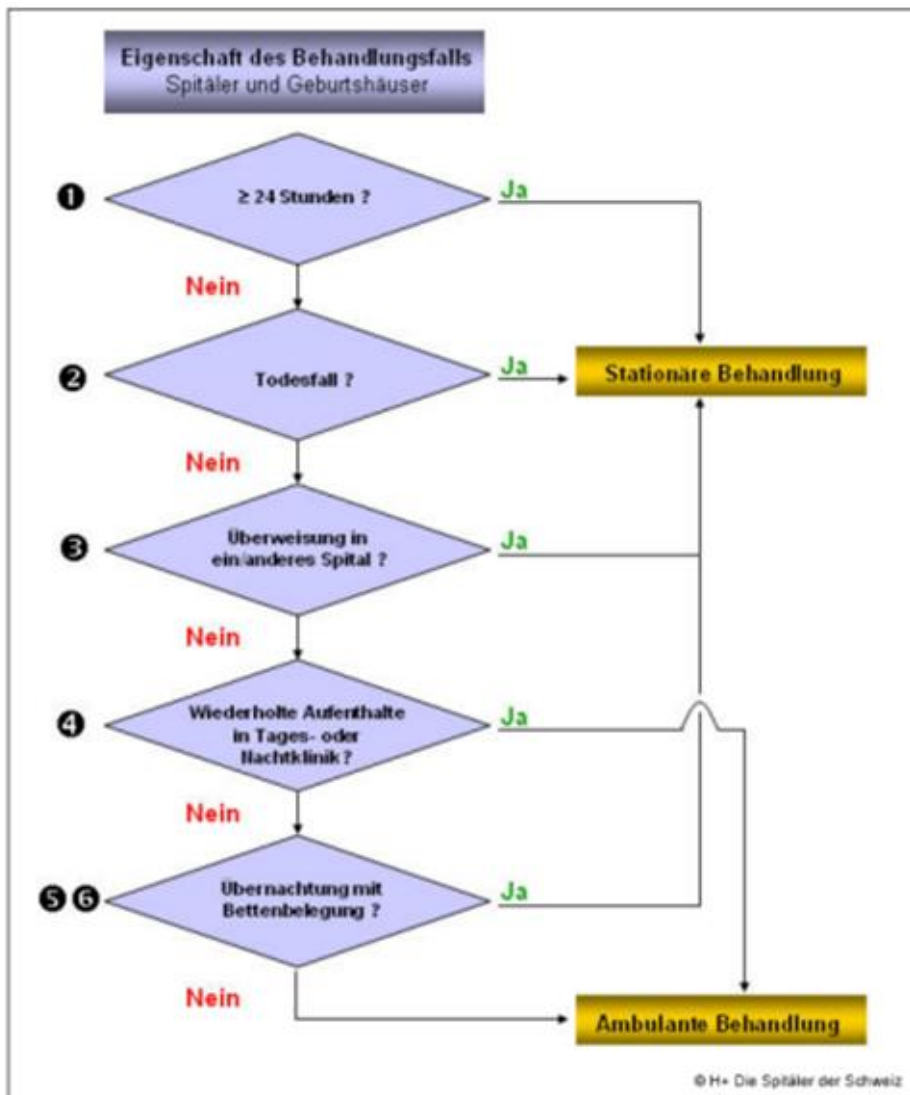
Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus:

- a. von mindestens 24 Stunden;
- b. von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;
- c. im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital;
- d. im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital;
- e. bei Todesfällen

Art. 5 Ambulante Behandlung

Als ambulante Behandlung nach Artikel 49 Absatz 6 des Gesetzes gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung.

- **Flussdiagramm**



- **Erläuterungen zu den Abgrenzungskriterien**

Das Kriterium ① „≥ 24 Stunden“ bedeutet, dass der Patient mindestens 24 Stunden im Spital oder im Geburtshaus bleibt.

Das Kriterium ② „Todesfall“ klärt die Frage, ob der Patient verstorben ist.

Das Kriterium ③ „Überweisung in ein/anderes Spital“ klärt die Frage, ob der Patient in ein anderes Spital oder vom Geburtshaus in ein Spital überwiesen worden ist.

Das Kriterium ④ „wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken“ ist ein medizinischer Entscheid und ist Bestandteil des Therapieplans eines Patienten. Als ambulante Behandlung gelten: Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken im Bereich der Psychiatrie sowie wiederholte Aufenthalte im Rahmen von anderen medizinischen und therapeutischen Leistungsbereichen wie zum Beispiel Chemo- oder Radiotherapien, Dialysen, spitalbasierte Schmerzbehandlungen oder Physiotherapie.

Das Kriterium ⑤ „Nacht“ wird mittels Mitternachtszensus-Regel gemessen und erfasst. Somit wird das Kriterium erfüllt, wenn ein Patient um Mitternacht (00:00) im Spital oder im Geburtshaus ist.

Das Kriterium ⑥ „Bettenbelegung“ ist erfüllt, wenn ein Patient ein Bett belegt, bei dem es sich um ein Pflegestationsbett handelt. Dem Pflegestationsbett gleichgestellt sind Betten auf der Station der Intensivmedizin, auf der Station der Intermediate Care und das Wöchnerinnenbett. Die Behandlungen von Patienten, welche ausschliesslich die Notfallstation, das Schlaflabor oder das Geburtszimmer beanspruchen (sowohl tags als auch nachts), gelten als ambulant.

Die Kriterien ⑤ „Nacht“ und ⑥ „Bettenbelegung“ sind nicht trennbar. Mit anderen Worten muss die Behandlung von weniger als 24 Std. die Kriterien „Nacht“ und „Bettbelegung“ erfüllen, damit sie als stationäre Behandlung erfasst und verrechnet werden kann.

1.3 Leistungserbringer

Ein Leistungserbringer versteht sich gemäss den Definitionen Art. 36, Art. 36a oder Art. 39 KVG.

1.4 «Ambulanter Fall»

Die ambulante Pauschale stellt den tarifarischen Fall dar. Der tarifarische Fall beinhaltet alle ambulanten Leistungen eines Leistungserbringers zu Gunsten eines Patienten anlässlich eines ambulanten Patientenkontakts.

Ein Patientenkontakt ist definiert als das physische Zusammentreffen eines Patienten mit einem Leistungserbringer. Im Rahmen dessen wird eine ambulante Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Leistungserbringer zu Gunsten eines Patienten durchgeführt.

Der tarifarische Fall beinhaltet ebenfalls folgende Leistungen:

- Analysen
- Klinische Pathologie
- Berichte

die zu einem späteren Zeitpunkt erbracht werden, jedoch anlässlich des tarifarischen Falls in Auftrag gegeben wurden.

Mehrere Patientenkontakte des gleichen Leistungserbringers an einem Kalendertag werden zu einem tarifarischen Fall zusammengefasst. Patientenkontakte mit Mitternachtszensus und ohne Bettenbelegung sind ebenfalls ein tarifarischer Fall.

Ausnahmen

Folgende Heilmittel können zusätzlich zur Pauschale abgerechnet werden:

- stabile und labile Blutprodukte

Grundsatz: Pro ambulanten Fall kann ein Leistungserbringer eine Pauschale abrechnen. Besonders zu beachten sind die Regelungen in Kapitel 3.1 gemäss denen unter gewissen Voraussetzungen mehrere ambulante Patientenkontakte zu einem ambulanten Fall und somit zu einer Pauschale zusammengefasst werden.

1.5 Zuordnung von Fällen zu einer Fallgruppe

Alter des Patienten

Für die Gruppierung des Falles gilt das Alter am Behandlungstag.

Geschlecht des Patienten

Für die Gruppierung des Falles gilt das zivilrechtliche Geschlecht am Behandlungstag.

Für die Abrechnung einer Behandlung bei intersexuellen Patienten ist das behandelte Geschlecht massgebend für die Rechnungsstellung.

Manuelle Forcierung

Eine manuelle Forcierung der Gruppierung ist nicht zulässig. Alleine der Grupper definiert die Zuordnung des Falles zu einer Fallgruppe.

Vergütungspflicht

Aus der Eingruppierung der Fälle in eine Fallgruppe und etwaige zusätzlich abrechenbare Heilmittel kann nicht auf eine Leistungspflicht der Sozialversicherungen (Obligatorische Krankenpflegeversicherung bzw. Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung) geschlossen werden. Die ambulante Tarifstruktur reflektiert keinen OKP-Pflichtleistungskatalog.

Unbewertete Fallgruppen

Für unbewertete Fallgruppen vereinbaren die Tarifpartner individuelle Entgelte, soweit diese zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bzw. der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung in der ambulanten Versorgung erbracht werden dürfen.

2 Anwendungsbereich und Abgrenzungen

2.1 Grundsätze

2.1.1 Ambulante Pauschale

Der Anwendungsbereich ambulanter Pauschalen umfasst die Vergütung aller ambulanten Patientenkontakte der Spezialversorgung im spitalambulanten und niedergelassenen Bereich, für welche gemäss Definitionshandbuch eine ambulante Pauschale existiert.

Bestehende national vereinbarte ambulante Pauschalen können ergänzend zum hier definierten Anwendungsbereich abgerechnet werden.

2.1.2 Einzelleistungstarif (ELT)

Der Anwendungsbereich Einzelleistungstarif umfasst die Vergütung aller ambulanten Patientenkontakte der Grundversorgung im spitalambulanten und niedergelassenen Bereich, sofern keine ambulante Pauschale existiert.

2.2 Abgrenzung zwischen ambulanter Pauschale und ELT

Für die Bestimmung des Anwendungsbereichs ist das Gruppierungsergebnis massgeblich. Der Grupper definiert, ob eine Pauschale oder ein ELT zur Anwendung kommt.

3 Abrechnungsregeln ambulante Pauschalen

3.1 Fallzusammenführungen

Grundsatz: Jeder Patientenkontakt an einem Tag wird als neuer tarifarischer Fall betrachtet, sofern nicht folgender Ausnahmetatbestand auf ihn zutrifft.

Ausnahme:

Wird der Patient innerhalb von 7 Kalendertagen ab dem vorangegangenen ambulanten Eingriff / der Untersuchung / der Behandlung vom selben Leistungserbringer erneut ambulant behandelt und beide ambulanten Pauschalen gelangen in die gleiche Basisfallgruppe der operativen Partition, so werden die beiden ambulanten Pauschalen zusammengefasst.

Die Diagnosen und Prozeduren der beiden ambulanten Eingriffe / Behandlungen / Untersuchungen sind dabei so zu kodieren, wie wenn die gesamte Behandlung während eines Patientenkontakts erfolgt wäre. Das Grupperresultat ist für die Abrechnung der ambulanten Pauschale massgeblich.

Es findet keine jahresübergreifende Fallzusammenführung statt.

Es findet keine Leistungserbringerübergreifende Fallzusammenführung statt.

3.2 Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger während eines Behandlungstages

Kommt es bei einem Leistungserbringer zu mehr als einem Patientenkontakt an einem Kalendertag mit unterschiedlich zuständigen Sozialversicherern, so kann je zuständigem Sozialversicherer eine Pauschale abgerechnet werden.

3.3 Notfälle

Die notfallmässige ambulante Behandlung eines Patienten hat keinen Einfluss auf die Gruppierung eines Falls in eine bestimmte Fallgruppe.

3.4 Neugeborene

Jedes Neugeborene (ob krank oder gesund) wird als separater Fall betrachtet und über eine eigene Fallpauschale verrechnet.

Die Rechnungsstellung erfolgt beim gesunden Neugeborenen an den Kostenträger der Mutter, beim kranken Neugeborenen an den Kostenträger des Neugeborenen.