

Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter dem am- bulanten Pauschalensystem

Stand Dezember 2022

Version 0.3

INHALT

1	GRUNDLAGEN UND DEFINITIONEN	3
1.1	Regeln für die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren/Leistungen	3
1.2	Abgrenzung stationär / ambulant	3
1.3	Definition des «Leistungserbringer im ambulanten Setting»	5
1.4	Patientenkontakt / tarifarischer Fall	6
1.5	Inhalt der ambulanten Pauschale	7
1.6	Zuordnung von Patientenkontakten zu einer ambulanten Pauschale	8
2	ANWENDUNGSBEREICH UND ABGRENZUNGEN	9
2.1	Grundsätze	9
2.2	Abgrenzung zwischen ambulanter Pauschale und ELT	9
	ANHANG 1: LISTE DER FACHBEREICHE	10
	ANHANG 2: KLARSTELLUNGEN UND BEISPIELE	12

1 Grundlagen und Definitionen

Dieses Papier definiert für die Anwendung ambulanter Pauschalen

- ⇒ grundlegende Aspekte (Kapitel 1)
- ⇒ die Regeln über die Fallabrechnung (Kapitel 1)
- ⇒ den Anwendungsbereich (Kapitel 2)
- ⇒ Anwendungsbeispiele zur Klarstellung (Anhang)

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 Prozeduren/Leistungen

Die Kodierung der ambulanten Pauschalen richtet sich nach definierten Vorgaben. Diese sind schweizweit einheitlich auf Grundlage der jeweils gültigen Prozeduren- und Diagnosenklassifikationen sowie eines Kodierungsmanual anzuwenden.

Die solutions tarifaires suisses AG publiziert Leitlinien zur Kodierung gemäss Tarifstrukturvertrag sowie allfällige verbindliche Analogiekodierungen.

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

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

1.2 Abgrenzung stationär / ambulant

Die Unterscheidung zwischen stationärer und ambulanter OKP-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 VKL Stationäre Behandlung

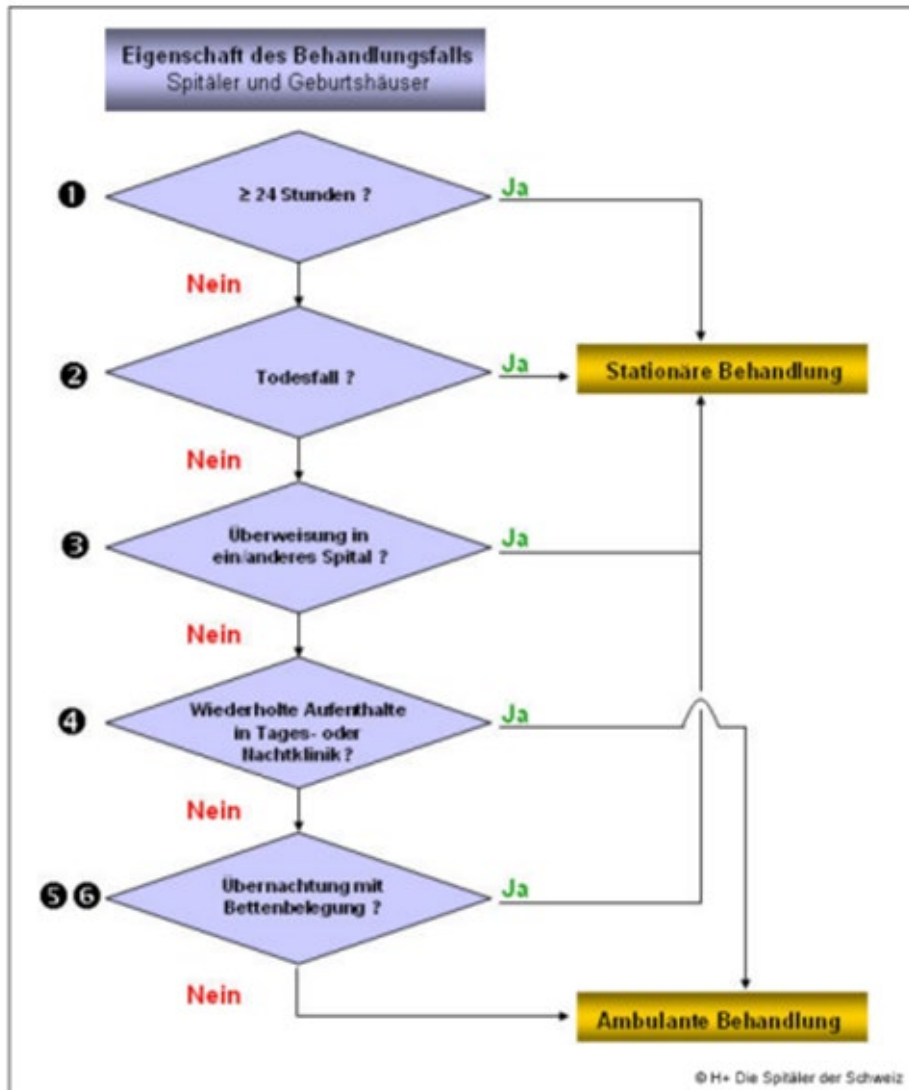
Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus:

- 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 VKL 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.

Ergänzende Präzisierungen obiger Regeln unter SwissDRG/TARPSY/ST Reha werden in Absprache mit den entsprechenden Gremien übernommen.

1.3 Definition des «Leistungserbringer im ambulanten Setting»

Ein «Leistungserbringer im ambulanten Setting» definiert sich

als Ärzte oder Ärztinnen gemäss Art. 35 Abs 2 lit a KVG (Identifikation via GLN/ZSR)

oder

als Fachbereich (gemäss Anhang 1) innerhalb eines Spitals gemäss Art. 35 Abs. 2 lit h KVG (Identifikation gemäss Spitaldefinition des BFS und der darin definierten Nummer, z.B. ENT-ID) oder einer Einrichtung die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte oder Ärztinnen dient gemäss Art. 35 Abs. 2 lit n KVG (Identifikation via GLN/ZSR).

Ein Fachbereich ist:

eine Einheit, unter ärztlicher Leitung und Verantwortung

oder

eine Einheit der Hebammen und Chiropraktoren/Chiropraktorinnen

oder

eine Einheit einer auf Anordnung des Arztes Leistungen erbringender Disziplin (gemäss Art. 25, Abs 2, lit a, Punkt 3 KVG oder Art. 35 Abs. 2, lit e KVG)

oder

eine Einheit, welche Patiententransporte gemäss Art. 35 Abs. 2 lit m KVG durchführt.

1.4 Patientenkontakt / tarifarischer Fall

1.4.1 Generelle Definition Patientenkontakt

Ein Patientenkontakt ist definiert als das physische oder fernmündliche Zusammentreffen eines Patienten mit einem «Leistungserbringer im ambulanten Setting». Im Rahmen dessen wird eine diagnostisch oder therapeutische Massnahme durch einen «Leistungserbringer im ambulanten Setting» zu Gunsten eines Patienten durchgeführt.

Eine Leistung an einer Probe oder einem Präparat entspricht nicht einem Patientenkontakt. Diese Leistungen müssen dem auftraggebenden Patientenkontakt zugeordnet werden.

Gutachten, Akten- und Bildkonsilien und Tumorboards/ärztliche Expertenboards/interdisziplinäre Boards werden auch ohne physisches Zusammentreffen des Patienten mit dem «Leistungserbringer im ambulanten Setting» als Patientenkontakt geführt.

1.4.2 Zugeordnete Leistungen

Der Patientenkontakt beinhaltet auch die zu diesem Kontakt dazugehörigen Leistungen in Abwesenheit, Berichte, Pathologie- und Laborleistungen.

Pathologie- und Laborleistungen werden demjenigen Patientenkontakt zugeordnet, in welchem die Probe entnommen, resp. der Auftrag zur Analyse erteilt wurde, selbst wenn die Analyse zu einem späteren Zeitpunkt erbracht wurde.

Berichte (Eingriffsbericht oder Verlaufsberichte) werden dem Patientenkontakt zugeordnet, unabhängig vom Datum der Erstellung des Berichts. Von den Kostenträgern verlangte Berichte werden nicht dem Patientenkontakt zugeordnet.

Leistungen in Abwesenheit werden bis zum Tag vor dem nächsten Kontakt mit dem gleichen Leistungserbringer im ambulanten Setting oder bis max. 30 Tage dem vorangehenden Patientenkontakt zugeordnet.

Im Bereich der Radioonkologie werden sämtliche die Bestrahlung vorbereitenden Leistungen (Planungs-CT, Simulation etc.) des Fachbereichs Radioonkologie dem Patientenkontakt der ersten Bestrahlung zugeordnet.

1.4.3 Anwendung Patientenkontakt

Mehrere Patientenkontakte an einem Kalendertag mit Diagnosen, die dem gleichen Capitulum zugeordnet sind, werden zu einem Patientenkontakt zusammengefasst.

Ausnahme dieser Zusammenfassung von Patientenkontakten stellen diejenigen Patientenkontakte dar, welche an unterschiedliche Sozialversicherungen verrechnet werden. Ebenso ausgenommen von dieser Zusammenfassung sind Patientenkontakte von Einheiten, welche auf Anordnung des Arztes Leistungen erbringen oder von Einheiten, welche Patiententransporte durchführen.

Jedes Neugeborene (ob krank oder gesund) wird als separater Patientenkontakt betrachtet und über eine eigene ambulante Pauschale oder Einzelleistungstarif (ELT) verrechnet. Die Rechnungsstellung erfolgt beim gesunden Neugeborenen an den Kostenträger der Mutter, beim kranken Neugeborenen an den Kostenträger des Neugeborenen.

1.4.4 Definition tarifarischer Fall

Die mittels ambulanter Pauschale abgerechneten Patientenkontakte stellen einen tarifarischen Fall dar. Nicht alle Patientenkontakte bedürfen die Führung eines tarifarischen Falls. Der tarifarische Fall bildet alle ambulanten Leistungen eines Leistungserbringers im ambulanten Setting zu Gunsten eines Patienten anlässlich eines Patientenkontakts ab, sowie die damit verbundenen Leistungen der dienstleistenden Kostenstellen (s.g. indirekte Leistungen bzw. Sekundärkosten).

1.4.5 Abrechnung des Patientenkontakts

Pro Patientenkontakt kann ein Leistungserbringer im ambulanten Setting eine ambulante Pauschale oder gemäss ELT abrechnen. Eine Kombination von ambulanter Pauschale und ELT innerhalb eines Patientenkontakts ist nicht möglich.

Zusätzlich zur ambulanten Pauschale können definierte Zusatzentgelte abgerechnet werden.

Zusätzlich zur ambulanten Pauschale können weitere definierte Leistungen gemäss bestehendem Tarif separat abgerechnet werden.

1.5 Inhalt der ambulanten Pauschale

Die ambulante Pauschale inkl. Zusatzentgelte und separat abrechenbare Leistungen bilden abschliessend die Leistungen des ganzen Patientenkontakts ab.

Zusatzentgelte sind im Katalog ambulante Pauschalen aufgeführt.

Separat abrechenbare Leistungen sind folgende:

- Labile und stabile Blutprodukte
- Mitgegebene Heilmittel
- Implantate in Fallgruppen mit entsprechender Kennzeichnung im Katalog ambulante Pauschalen

1.6 Zuordnung von Patientenkontakten zu einer ambulanten Pauschale

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 Grouper definiert die Zuordnung des Falles zu einer Fallgruppe.

Vergütungspflicht

Aus der Eingruppierung der Fälle in eine Fallgruppe und etwaige zusätzlich abrechenbare Zusatzentgelte oder separat abrechenbare Leistungen 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 im spitalambulanten und niedergelassenen Bereich, mit erbrachten Leistungen, für welche gemäss Definitionshandbuch eine ambulante Pauschale existiert.

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

Das Definitionshandbuch orientiert sich in der Version 0.3 an folgender Abgrenzung:

1. *Die medizinische Leistung entscheidet über die Zuteilung zur Tarifstruktur. Für den Leistungserbringer und die Kostenträger ergibt sich keine "Wahl" der Tarifstruktur, weil die Tarifstruktur über die Prozedur gemäss CHOP zugewiesen ist.*
2. *Leistungen in aufwändiger Infrastruktur werden pauschaliert. Dies umfasst folgende Leistungen:*
 - a. *operative Leistungen (OP I, II, III)*
 - b. *interventionelle Leistungen (insb. Gastroskopie, Bronchoskopie, Koloskopie, Katheterlabor, Nuklearmedizin, Radioonkologie, Schmerztherapie)*
 - c. *ambulante Geburt (Gebärsaal)*
3. *Interventionelle Leistungen, welche rein der Diagnostik dienen, können von der Abbildung über die Pauschalen ausgeschlossen werden. Dies gilt insbesondere auch für die Funktionsdiagnostik.*
4. *Im Bereich der radiologischen Leistungen werden folgende Bereiche der aufwändigen Infrastruktur zugeordnet, und demzufolge über ambulante Pauschalen abgebildet: CT, MRI, Interventionelle Radiologie, Mammographie, Dexa.*

Für weitere Versionen kann diese Abgrenzung angepasst werden.

2.1.2 Einzelleistungstarif (ELT)

Subsidiär zu den ambulanten Pauschalen wird der Einzelleistungstarif angewendet. Dies sowohl im spitalambulanten als auch im niedergelassenen Bereich.

2.2 Abgrenzung zwischen ambulanter Pauschale und ELT

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

Anhang 1: Liste der Fachbereiche

Liste der Facharzttitle gemäss SIWF inklusive Ergänzungen

Intensivmedizin	Intensivmedizin	M050.00
Innere Medizin	Allergologie und klinische Immunologie	M100.01
	Allgemeine Innere Medizin	M100.02
	Angiologie	M100.03
	Endokrinologie / Diabetologie	M100.04
	Gastroenterologie	M100.05
	Hämatologie	M100.06
	Infektiologie	M100.07
	Kardiologie	M100.08
	Nephrologie	M100.09
	Neurologie	M100.10
	Pneumologie	M100.11
	Tropen- und Reisemedizin	M100.12
	Medizinische Onkologie	M100.13
Chirurgie	Chirurgie	M200.01
	Gefässchirurgie	M200.02
	Handchirurgie	M200.03
	Herz- und thorakale Gefässchirurgie	M200.04
	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	M200.05
	Neurochirurgie	M200.06
	Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates	M200.07
	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	M200.08
	Thoraxchirurgie	M200.09
	Urologie	M200.10
Gynäkologie	Gynäkologie und Geburtshilfe	M300.01
Pädiatrie	Kinderchirurgie	M400.01
	Kinder- und Jugendmedizin	M400.02
Psychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	M500.01
	Psychiatrie und Psychotherapie	M500.02
Ophthalmologie	Ophthalmologie	M600.01
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie	M700.01
Dermatologie und Venerologie	Dermatologie und Venerologie	M800.01
Medizinische Radiologie	Radiologie	M850.01

Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung
unter dem ambulanten Pauschalensystem

	Nuklearmedizin	M850.02
	Radio-Onkologie / Strahlentherapie	M850.03
Rehabilitation	Rheumatologie	M950.01
	Physikalische Medizin und Rehabilitation	M950.02
Weitere Tätigkeitsgebiete	Anästhesiologie	M990.01
	Arbeitsmedizin	M990.02
	Klinische Pharmakologie und Toxikologie	M990.03
	Medizinische Genetik	M990.04
	Pathologie	M990.05
	Pharmazeutische Medizin	M990.06
	Prävention und Public Health	M990.07
	Rechtsmedizin	M990.08
Notfallmedizin		N100.01
Labor		L100.01
Hebammen		H100.01
Chiropraktoren		C100.01
Zahnmedizin		Z100.01
Auf ärztliche Anordnung Leistungen erbringende Einheiten	Physiotherapie	P100.01
	Ergotherapie	P100.02
	Ernährungsberatung	P100.03
	Diabetesberatung	P100.04
	Logopädie	P100.05
	Neuropsychologie	P100.06
	Psychologische Psychotherapie	P100.07
	Podologie	P100.08
Transport-/Rettungsdienst		T100.01

Anhang 2: Klarstellungen und Beispiele

Klarstellung 1 zu Kapitel 1.3 und Anhang 1 – Anwendung der Liste der Fachbereiche

Ein Spital oder eine Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege dient, kann seine Einheiten den Fachbereichen in Anhang 1 zuordnen. Dabei sind folgende Punkte zu beachten:

- Die Einteilung erfolgt durch das Spital oder die Einrichtung gemäss der bestehenden fachlichen Zuordnung der Einheiten im Spital/der Einrichtung.
- Die Pädiatrie kann die Fachbereiche der Erwachsenenmedizin anwenden.
- Die Einteilung erfolgt auf Basis der Organisation, nicht situativ auf einen Patienten angepasst.
- Innerhalb eines Spitals oder einer Einrichtung die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzt:innen dient, können mehrere Einheiten die durch unterschiedliche Ärzt:innen geleitet und verantwortet werden demselben Fachbereich gemäss Anhang 1 zugeordnet werden,
- Sind mehrere Einheiten demselben Fachbereich zugeordnet, werden diese für die Anwendung der Regeln als 1 Fachbereich betrachtet.
- Ein Arzt/eine Ärztin kann nur als Mehrfachtitelträger für mehrere Einheiten in unterschiedlichen Fachbereichen die Leitung und Verantwortung tragen.

Klarstellung 2 zu Kapitel 1.3 – Definition Leistungserbringer im ambulanten Setting

In einem Spital oder einer Einrichtung der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte angestellte Ärzte und Ärztinnen sind der den Fachbereichen dieser Spitäler/Einrichtungen angeschlossen. Sie können demzufolge die Leistungen, welche sie für diese Spitäler/Einrichtungen erbringen nicht als eigenständige Leistungserbringer im ambulanten Setting abrechnen. Diese Regelung gilt auch für diejenigen Leistungen, welche ein Belegarzt innerhalb eines Spitals oder innerhalb einer Einrichtung erbringt.

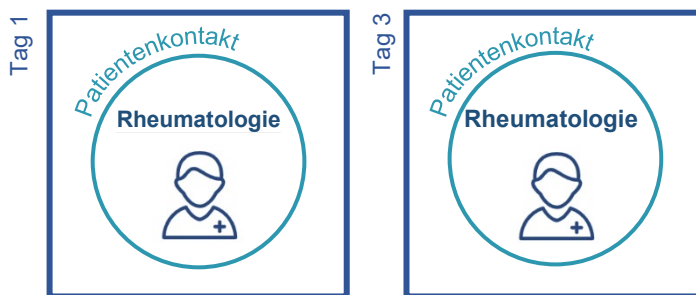
Klarstellung 3 zu Kapitel 1.4.1 – Definition Patientenkontakt

Das Zusammentreffen zwischen Patient und Leistungserbringer im ambulanten Setting an unterschiedlichen Tagen führt zu unterschiedlichen Patientenkontakten.

Beispiel 3.1

Der Patient hat am Tag 1 einen Termin beim Rheumatologen. Aufgrund des akuten Beschwerdebildes wird ein Kontrolltermin am Tag 3 vereinbart.

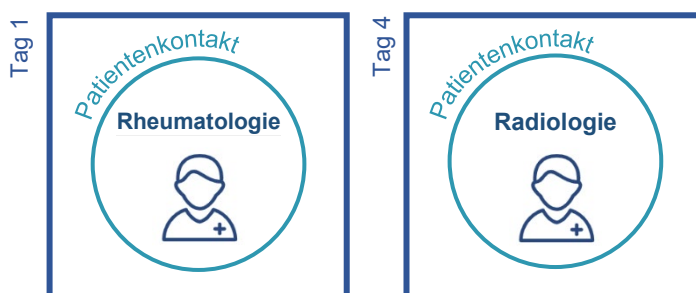
➔ Zwei Patientenkontakte, weil an zwei unterschiedlichen Tagen.



Beispiel 3.2

Eine Patientin mit Rückenschmerzen wird vom Rheumatologen zu einem MRI angemeldet. Diese MRI wird 3 Tage später durchgeführt.

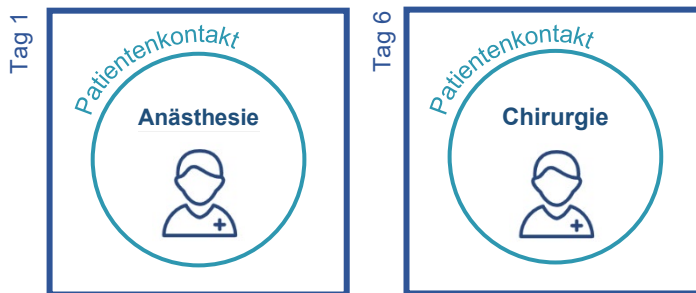
➔ Zwei Patientenkontakte, weil an unterschiedlichen Tagen: Rheumatologie, Radiologie



Beispiel 3.3

Patientin kommt 5 Tage vor einer Hernien-Operation in die Anästhesie-Sprechstunde.

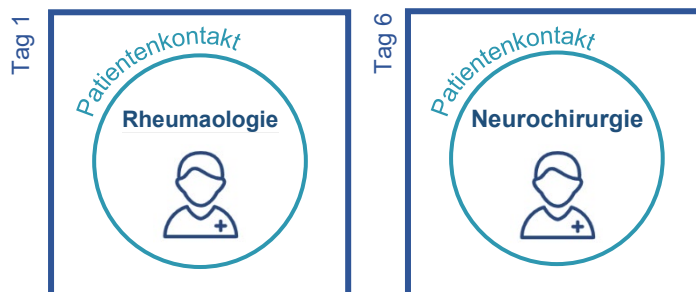
- Zwei Patientenkontakte, weil an unterschiedlichen Tagen: Anästhesie, Chirurgie



Beispiel 3.4

Der Rheumatologe holt ein Konsilium eines Neurochirurgen ein. Das Konsilium wird fünf Tage später erbracht.

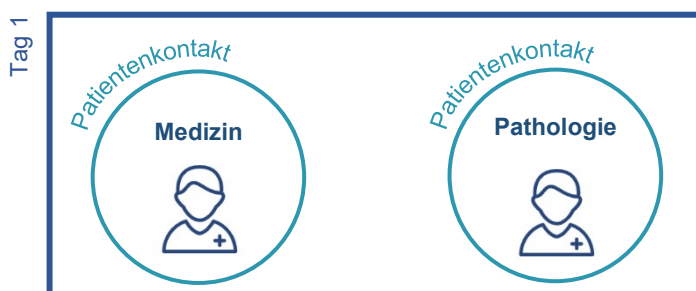
- Zwei Patientenkontakte, weil Konsilium nicht am gleichen Tag: Rheumatologie, Neurochirurgie



Beispiel 3.5

Der Patient ist am Vormittag in der Inneren Medizin für die Besprechung der Schwindelsymptome und am Nachmittag in der Pathologie zur Feinnadelpunktion der Schilddrüse.

- Zwei Patientenkontakte, weil die Pathologie die Leistungen direkt am Patienten erbringt: Medizin, Pathologie

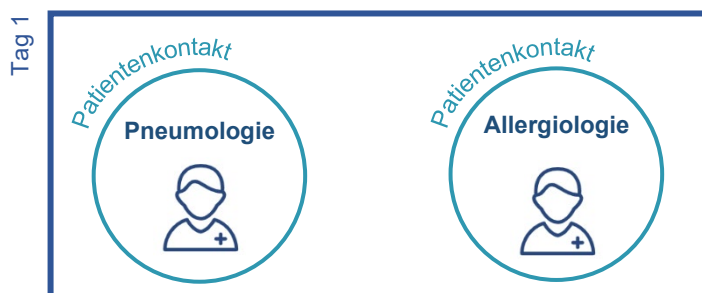


Hat ein Patient an einem Tag Kontakt mit zwei Fachbereichen, also zwei Leistungserbringern im ambulanten Setting, entspricht dies zwei Patientenkontakten.

Beispiel 3.6

Am Vormittag geht der Patient in die Pneumologie zur Kontrolle der COPD. Am Nachmittag ist der Patient für eine Allergieabklärung in der Allergologie.

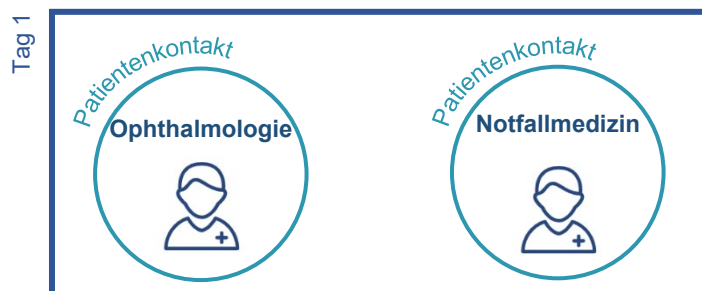
→ Zwei Patientenkontakte, weil zwei unterschiedliche Fachbereiche: Pneumologie und Allergologie.



Beispiel 3.7

Die Patientin geht am Vormittag in die Ophthalmologie für eine Intravitreale Injektion. Am Abend muss sie notfallmässig ins Spital aufgrund eines Sturzes mit Riss-Quetsch-Wunde am Kopf.

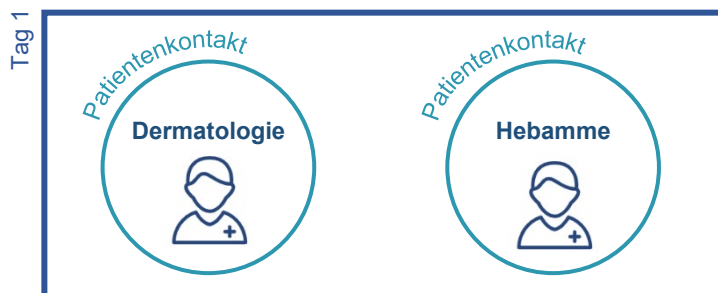
→ Zwei Patientenkontakte, weil zwei unterschiedliche Fachbereiche: Ophthalmologie und Notfallmedizin.



Beispiel 3.8

Die Patientin hat am Vormittag die Jahreskontrolle in der Dermatologie und am Nachmittag die Schwangerschaftskontrolle bei der Hebamme.

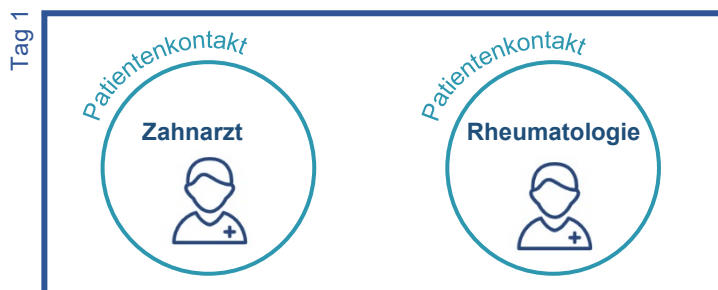
- Zwei Patientenkontakte, weil zwei unterschiedliche Fachbereiche: Dermatologie und Hebammen.



Beispiel 3.9

Der Patient hatte eine Kieferoperation und die Nachkontrolle beim Zahnarzt. Anschließend findet eine Konsultation beim Rheumatologen statt.

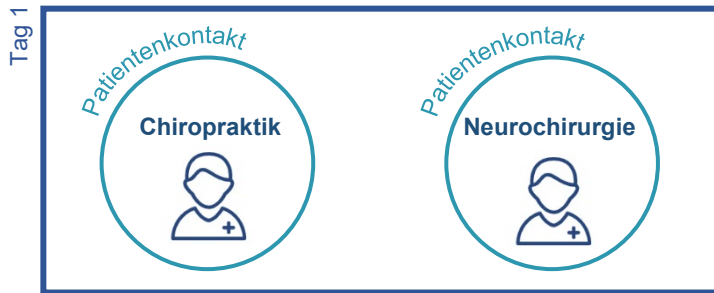
- Zwei Patientenkontakte, weil zwei unterschiedliche Fachbereiche: Zahnarzt und Rheumatologie.



Beispiel 3.10

Die Patientin hat eine Behandlung beim Chiropraktor und anschliessend eine Kontrolle beim Neurochirurgen.

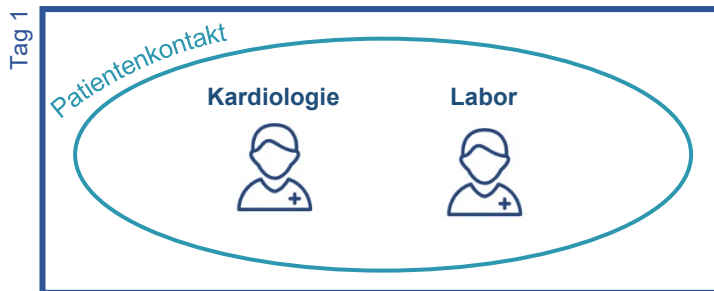
- Zwei Patientenkontakte, weil zwei unterschiedliche Fachbereiche: Chiropraktik und Neurochirurgie.



Beispiel 3.11

Bei einem Patienten mit Verdacht auf Herzinfarkt werden Laboranalysen durchgeführt.

- Ein Patientenkontakt, weil die Leistungen des Labors an der Probe erfolgen, und demzufolge dem auftraggebenden Patientenkontakt zugeordnet werden.

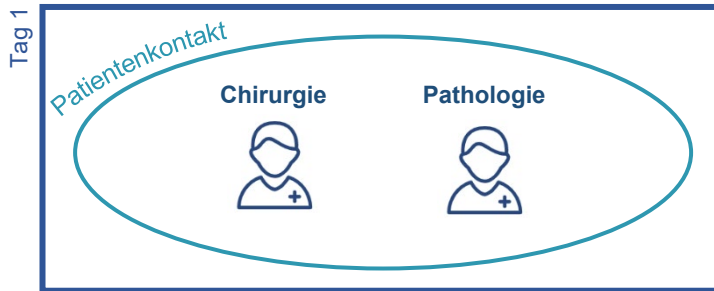


Leistungen am Präparat oder der Probe gelten nicht als Patientenkontakt, und werden dem auftraggebenden Patientenkontakt zugeordnet.

Beispiel 3.12

Der Pathologie wird die Gewebeprobe der Nierenbiopsie zugestellt. Die Analyse erfolgt gleichentags.

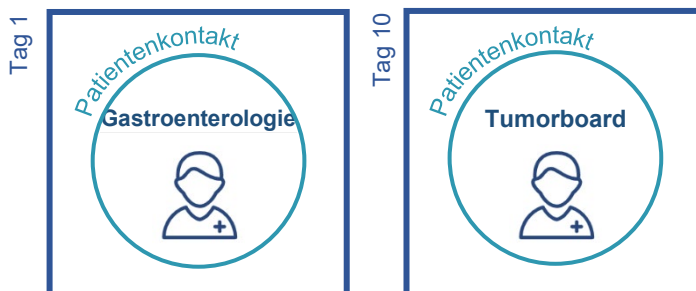
- ➔ Ein Patientenkontakt, weil die Leistungen der Pathologie an der Probe erfolgen, und demzufolge dem auftraggebenden Patientenkontakt zugeordnet werden.



Beispiel 3.13

Nach der Biopsie durch die Gastroenterologie wird das Tumorboard zur Besprechung des Befunds und des weiteren Vorgehens durchgeführt. Die Patientin ist am Tumorboard nicht anwesend.

- ➔ Zwei Patientenkontakte, weil das Tumorboard als separater Patientenkontakt geführt wird.



Gutachten, Akten- und Bildkonsilien und Tumorboards/ärztliche Expertenboards/interdisziplinäre Boards gelten als Patientenkontakt, auch wenn diese in Abwesenheit des Patienten durchgeführt werden.

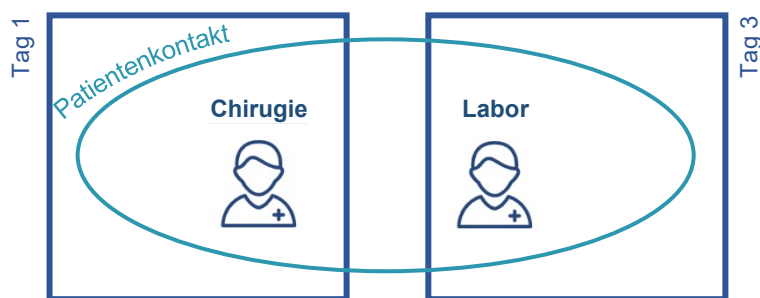
Klarstellung 4 zu Kapitel 1.4.2 – zugeordnete Leistungen

Labor- und Pathologie-Leistungen werden dem auftraggebenden Patientenkontakt zugeordnet, auch wenn diese an einem anderen Tag durchgeführt werden.

Beispiel 4.1

Die Laboranalysen der Blutprobe werden erst zwei Tage später durchgeführt.

- Ein Patientenkontakt, weil die Leistungen des Labors dem auftraggebenden Patientenkontakt zugeordnet werden.



Beispiel 4.2

Der Pathologie wird die Gewebeprobe der Nierenbiopsie zugestellt. Sie wird fünf Tage später analysiert und befundet.

- Ein Patientenkontakt, weil die Leistungen der Pathologie dem auftraggebenden Patientenkontakt zugeordnet werden.



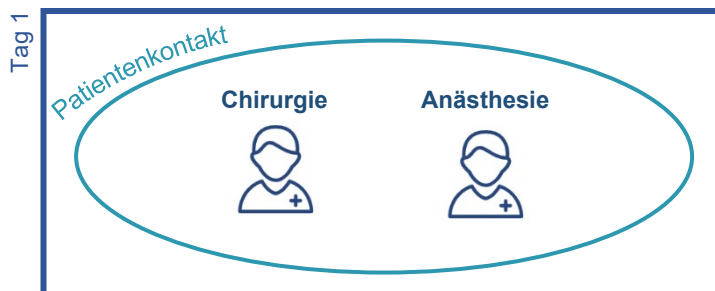
Klarstellung 5 zu Kapitel 1.4.3 – Anwendung

Zwei Patientenkontakte in unterschiedlichen Fachbereichen am gleichen Tag werden zusammengefügt, wenn diese die gleiche Diagnose behandeln.

Beispiel 5.1

Die Narkose für eine Zirkumzision ist Bestandteil des chirurgischen Patientenkontakts.

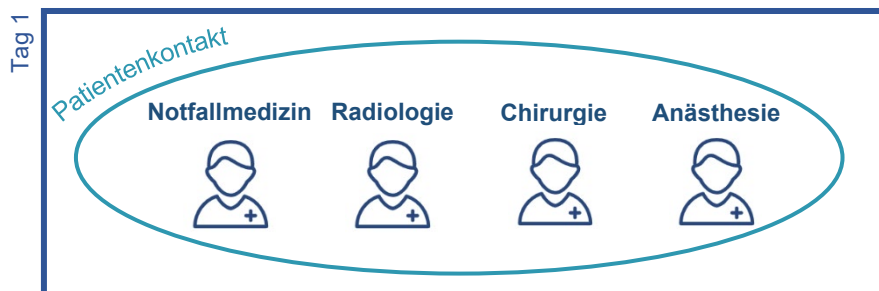
- Ein Patientenkontakt, weil die Leistungen beider Fachbereiche der Behandlung derselben Diagnose dienen.



Beispiel 5.2

Die Patientin kommt mit einer Unterarmfraktur in den Notfall. Nach der Bildgebung (gleicher Patientenkontakt), wird ein Spickdraht gesetzt durch die Orthopäden.

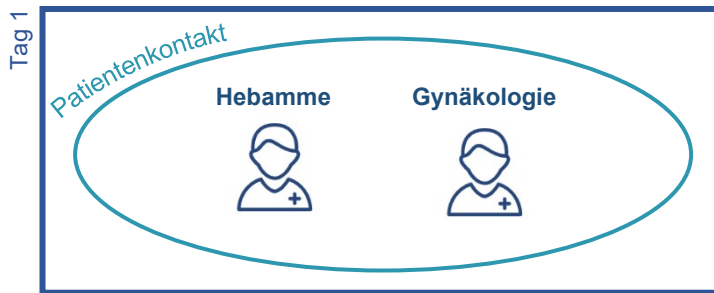
- Ein Patientenkontakt, weil die Leistungen aller vier Fachbereiche der Behandlung derselben Diagnose dienen.



Beispiel 5.3

Die Patientin geht zur Schwangerschaftskontrolle bei der Hebamme, und anschliessend zur Ultraschallkontrolle zum Gynäkologen

- Ein Patientenkontakt, weil die Leistungen beider Fachbereiche der Behandlung derselben Diagnose dienen.



Beispiel 5.4

Die Nachkontrolle der Kieferoperation ist zwischen dem Zahnarzt und dem Kieferchirurgen aufgeteilt.

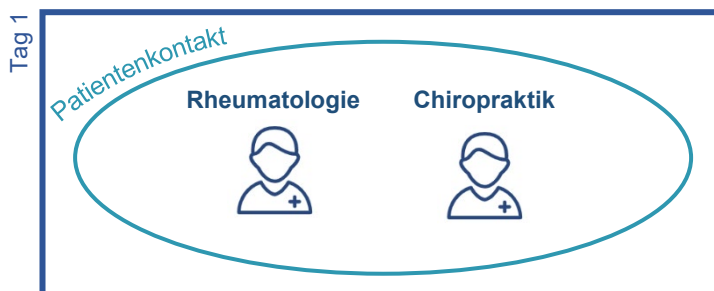
- Ein Patientenkontakt, weil die Leistungen beider Fachbereiche der Behandlung derselben Diagnose dienen.



Beispiel 5.5

Der Patient hat eine Behandlung beim Rheumatologen, und am gleichen Tag eine Behandlung beim Chiropraktor.

- Ein Patientenkontakt, weil die Leistungen beider Fachbereiche der Behandlung derselben Diagnose dienen.

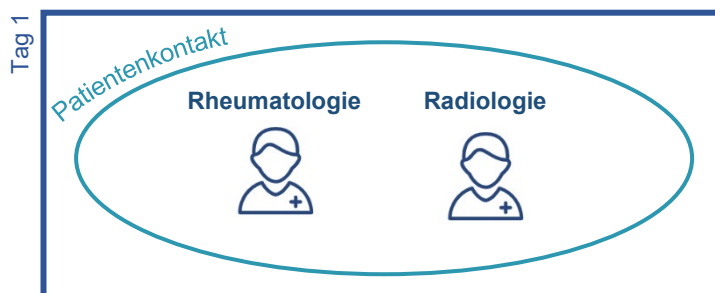


Es gilt die Eingruppierung der Diagnose ins Capitulum, nicht die möglicherweise davon abweichende Eingruppierung anhand der Prozedur.

Beispiel 5.6

Eine Patientin mit Rückenschmerzen wird vom Rheumatologen zu einem MRI angemeldet. Dieses MRI wird bei Verdacht auf Cauda-Equina-Syndrom noch am gleichen Tag ausgeführt.

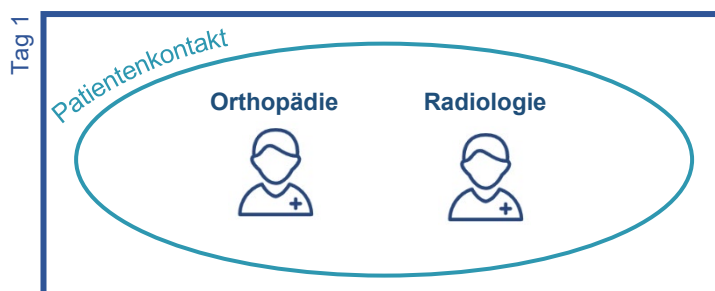
- Ein Patientenkontakt, weil die Leistungen beider Fachbereiche der Behandlung derselben Diagnose dienen.



Beispiel 5.7

Der Patient hat eine Osteosynthese einer Fraktur. Weil es sich um eine komplexe Einstellung handelt, werden intraoperativ Kontroll-Röntgen durch den Radiologen gemacht.

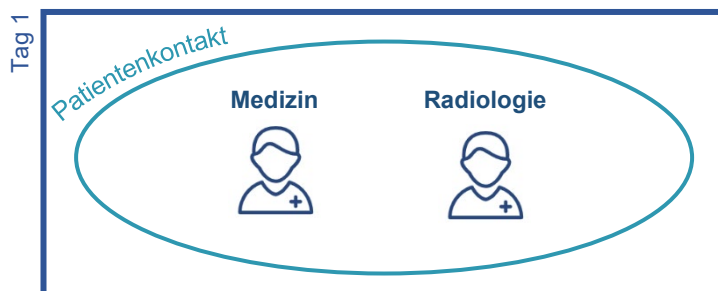
- Ein Patientenkontakt, weil die Leistungen beider Fachbereiche der Behandlung derselben Diagnose dienen.



Beispiel 5.8

Bei einem Patienten der Inneren Medizin wird ein Röntgen Thorax (bei Verdacht auf Pneumonie) durchgeführt.

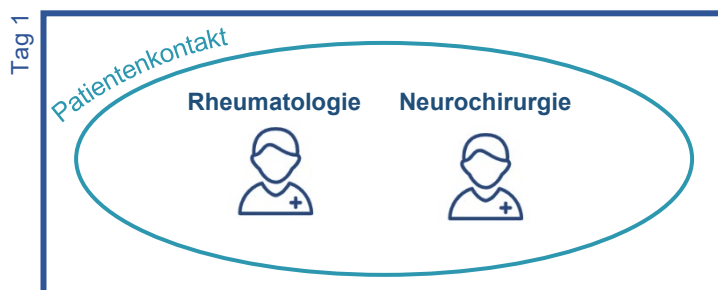
- Ein Patientenkontakt, weil die Leistungen beider Fachbereiche der Behandlung derselben Diagnose dienen.



Beispiel 5.9

Der Rheumatologe holt ein Konsilium eines Neurochirurgen ein. Das Konsilium wird noch am gleichen Tag erbracht (weil es unmittelbar notwendig für den Entscheid über die weitere Behandlung ist).

- Ein Patientenkontakt, weil die Leistungen beider Fachbereiche der Behandlung derselben Diagnose dienen.



Ausnahme der Zusammenführung bei gleicher Diagnose sind Patientenkontakte mit unterschiedlichen Kostenträgern.

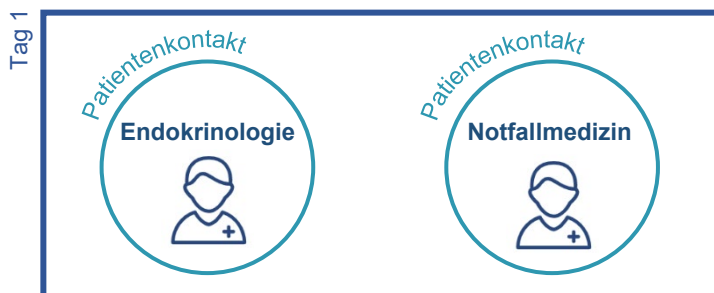
Wird innerhalb eines Patientenkontakts bei einem Leistungserbringer im ambulanten Setting Leistungen für zwei unterschiedliche Diagnosen und unterschiedliche Kostenträger erbracht, gilt dies nur als 1 Patientenkontakt.

Beispiel 5.10

Der Patient kommt am Vormittag in die Endokrinologie zwecks Jahreskontrolle des Diabetes und am Nachmittag in den Notfall mit einer Schnittverletzung der Hand.

→ Zwei Patientenkontakte, weil unterschiedliche Diagnosen und unterschiedliche Kostenträger.

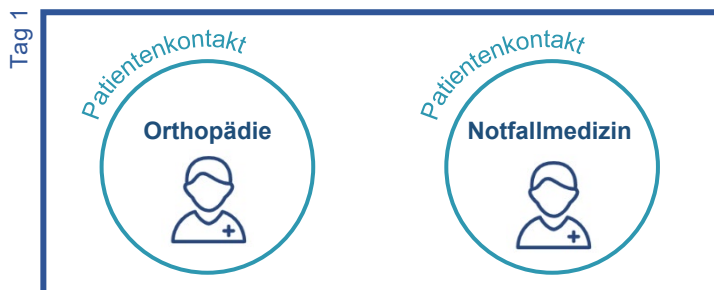
Cave: Beide Patientenkontakte werden jeweils an den zuständigen Sozialversicherer abgerechnet.



Beispiel 5.11

Der Patient kommt am Vormittag zur Nachkontrolle der Hüft-TP in die Orthopädie, und am Nachmittag auf den Notfall, weil er den Fuss verstaucht hat.

→ Zwei Patientenkontakte, weil unterschiedliche Kostenträger, obwohl die Diagnosen ins gleiche Capitulum gruppieren.

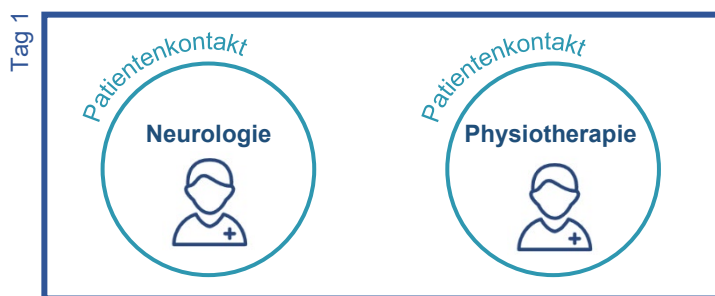


Ausnahme der Zusammenführung bei gleicher Diagnose sind die Fachbereiche, welche auf ärztliche Anordnung Leistungen erbringen.

Beispiel 5.12

Am Vormittag findet die Halbjahreskontrolle der MS-Erkrankung beim Neurologen statt.
Am Nachmittag hat der Patient eine Physiotherapie-Sitzung aufgrund der Handfraktur.

→ Zwei Patientenkontakte, weil zwei unterschiedliche Fachbereiche: Neurologie und Physiotherapie.

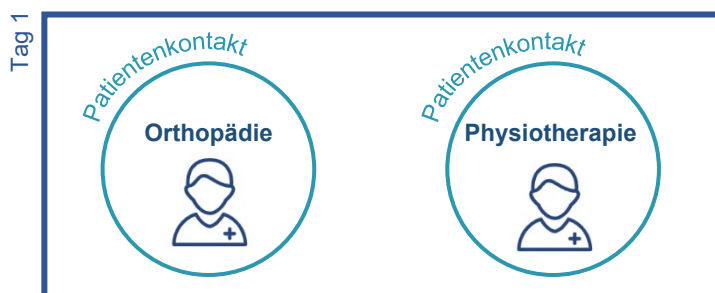


Beispiel 5.13

Die Patientin hat eine Kniearthroskopie und anschliessend, noch in der Tagesklinik, eine erste physiotherapeutische Behandlung.

→ Die beiden Patientenkontakte werden nicht zusammengeführt, obwohl sie die gleiche Diagnose haben, weil es sich bei der Physiotherapie um eine auf ärztliche Anordnung Leistungen erbringender Fachbereich handelt.

Cave: für die physiotherapeutische Behandlung wird eine ambulante Verordnung benötigt.



Beispiel 5.14

Der Patient wird mit dem Rettungsdienst zu Hause abgeholt, und anschliessend im Notfall behandelt.

- Die beiden Patientenkontakte werden nicht zusammengeführt, obwohl sie die gleiche Diagnose haben, weil es sich um einen Patiententransport handelt.

