

Anwendungsmodalitäten

zur Abrechnung des Patientenpauschaltarifs im kohärenten Tarifsysteem für ambulante ärztliche Leistungen

Stand Juni 2023

Version 1.0

INHALT

1	GRUNDLAGEN UND DEFINITIONEN	1
1.1	Regeln für die ambulante Kodierung von Diagnosen und Prozeduren	1
1.2	Abgrenzung stationär / ambulant.....	1
1.3	Definition des <i>Leistungserbringers im ambulanten Setting</i>	3
1.4	Patientenkontakt / tarifarischer Fall	4
1.5	Inhalt des Patientenpauschaltarifs.....	6
1.6	Zuordnung von <i>abrechenbaren Patientenkontakten</i> zu einer Fallgruppe	6
2	ANWENDUNGSBEREICH UND ABGRENZUNGEN.....	8
	ANHANG 1: LISTE DER FACHBEREICHE.....	9
	ANHANG 2: KLARSTELLUNGEN UND BEISPIELE	11

1 Grundlagen und Definitionen

Dieses Papier definiert für die Anwendung des Patientenpauschaltarifs im kohärenten Tarifsystem für ambulante ärztliche Leistungen.

- ⇒ grundlegende Aspekte (Kapitel 1);
- ⇒ die Regeln über die Abrechnung (Kapitel 1);
- ⇒ den Anwendungsbereich und das Zusammenspiel mit dem Einzelleistungstarif (Kapitel 2);
- ⇒ Anwendungsbeispiele zur Klarstellung (Anhang 2).

Anpassungen und Details, die über die hier geregelten Definitionen hinaus notwendig werden, legt der Verwaltungsrat der solutions tarifaires suisses AG resp. der Verwaltungsrat der Organisation nach Art. 47a KVG oder ein von ihm beauftragtes Gremium im Sinne dieser Regeln und unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben fest.

Wo für die eindeutige Anwendung notwendig, werden die vorliegenden Anwendungsmodalitäten mit Anwendungsmodalitäten anderer Tarifstrukturen koordiniert.

1.1 Regeln für die ambulante Kodierung von Diagnosen und Prozeduren

Die ambulante Kodierung der Patientenkontakte (siehe Kapitel 1.4) richtet sich nach definierten Vorgaben. Diese sind schweizweit einheitlich und basieren auf den jeweils gültigen Prozeduren- und Diagnosenklassifikationen sowie den Richtlinien für die ambulante Kodierung. Diese Regeln gelten für alle ambulanten Leistungserbringer, die Patientenkontakte nach dem Patientenpauschaltarif verrechnen können.

Die solutions tarifaires suisses AG resp. die Organisation nach Art. 47a KVG publiziert Richtlinien für die ambulante Kodierung gemäss Tarifstrukturvertrag sowie verbindliche Analogiekodierungen.

Bei Unklarheiten oder Differenzen in der Interpretation der Richtlinien für die ambulante Kodierung sind die Trägerorganisationen der solutions tarifaires suisses AG resp. die Organisation nach Art. 47a KVG bestrebt, Klarstellungen zu publizieren.

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 sicherzustellen, 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:

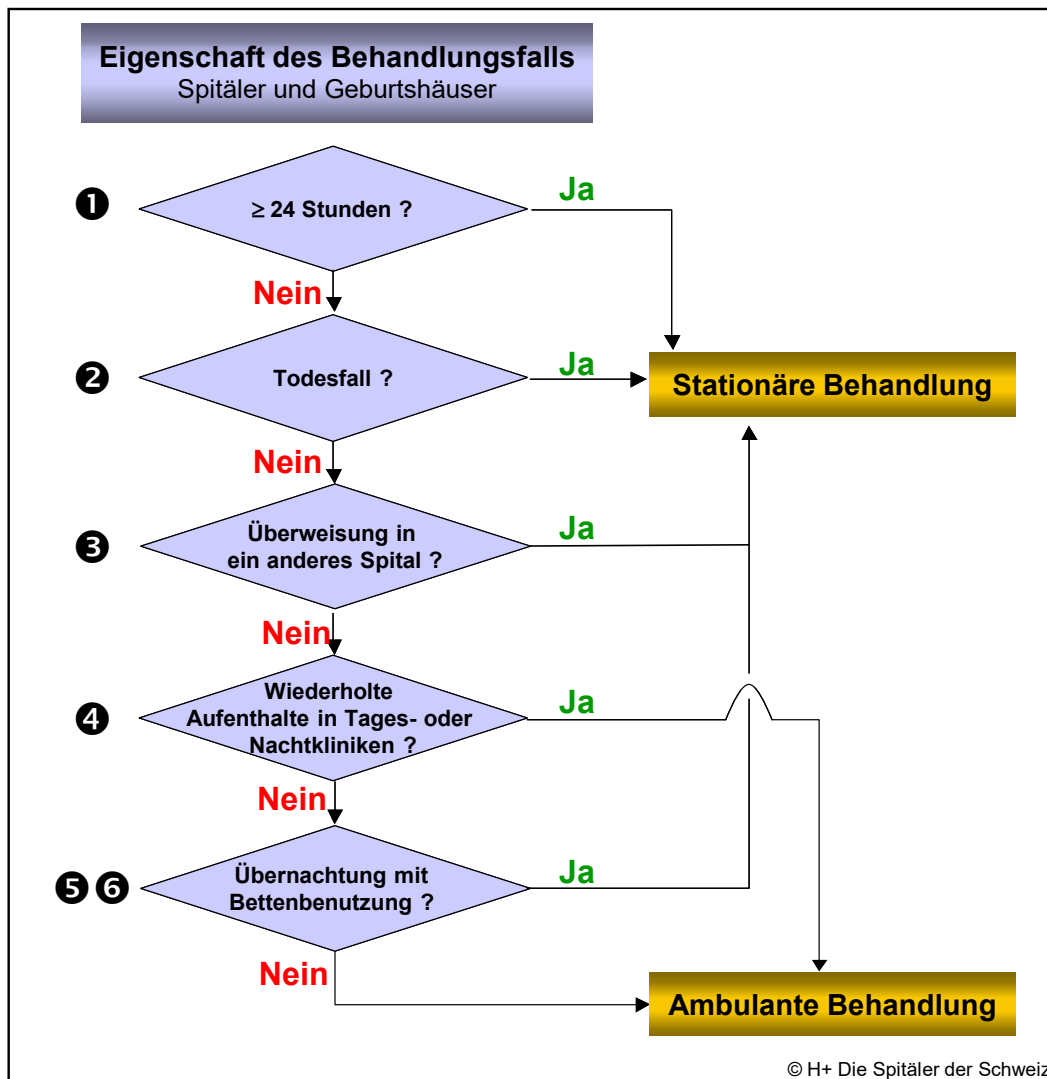
- a. von mindestens 24 Stunden;
- b. von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;
- c. im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital;

- 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 ④ „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 Definition des *Leistungserbringers im ambulanten Setting*

Ein *Leistungserbringer im ambulanten Setting* definiert sich als

Arzt oder Ärztin gemäss Art. 35 Abs 2 lit a KVG

oder

Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte oder Ärztinnen dient gemäss Art. 35 Abs. 2 lit n KVG und das Konzept der Fachbereiche nicht anwendet

oder

Fachbereich (gemäss Anhang 1) innerhalb eines Spitals gemäss Art. 35 Abs. 2 lit h KVG oder einer Einrichtung die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte oder Ärztinnen dient gemäss Art. 35 Abs. 2 lit n KVG).

Ein Fachbereich ist:

eine Einheit, unter ärztlicher Leitung und Verantwortung

oder

eine Einheit der Hebammen oder 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) z.B. Physiotherapie, Ergotherapie (Liste nicht abschliessend).

oder

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

Weitere Informationen sind im Reglement Fachbereiche zu finden.

1.4 Patientenkontakt / tarifarischer Fall

1.4.1 Generelle Definition Patientenkontakt

Ein Patientenkontakt ist definiert als das zeitgleiche physische oder fernmündliche Zusammentreffen eines Patienten mit einem *Leistungserbringer im ambulanten Setting* (gemäss Kapitel 1.3). Im Rahmen dessen wird eine Leistung durch einen *Leistungserbringer im ambulanten Setting* zu Gunsten eines Patienten durchgeführt, die der Diagnose oder Behandlung dient (Art. 25 Abs. 1 KVG).

Eine Leistung an einer Probe oder einem Präparat entspricht nicht einem Patientenkontakt (Kapitel 1.4.2). 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.

Jedes Neugeborene (ob krank oder gesund) wird als eigener Patient betrachtet, und demzufolge als eigener Patientenkontakt geführt.

Im Fachbereich Radio-Onkologie/Strahlentherapie gelten sämtliche die Bestrahlung vorbereitenden Leistungen (Planungs-CT, Simulation etc.) des Fachbereichs Radioonkologie als ein Patientenkontakt.

1.4.2 Zugeordnete Leistungen

Der Patientenkontakt beinhaltet auch die zu diesem Kontakt dazugehörigen Leistungen ohne Anwesenheit des Patienten wie Pathologie- und Laborleistungen, Berichte und weitere Leistungen ohne Anwesenheit des Patienten wie z.B: Aktenstudium, Absprache mit anderen Leistungserbringern.

Pathologie- und Laborleistungen am Präparat oder der Probe werden demjenigen Patientenkontakt zugeordnet, in welchem die Probe entnommen, resp. der Auftrag zur Analyse erteilt wurde, dies gilt auch wenn die Analyse zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt wird.

Berichte werden dem letzten im Bericht beschriebenen Patientenkontakt zugeordnet, unabhängig vom Datum der Erstellung des Berichts.

Weitere Leistungen ohne Anwesenheit des Patienten werden bis zum Tag vor dem nächsten Patientenkontakt mit dem gleichen *Leistungserbringer im ambulanten Setting* oder bis max. 30 Tage dem vorangehenden Patientenkontakt zugeordnet. Ausnahme davon stellen die von Versicherern verlangten Leistungen (Rückfragen zu Kostengutsprachen, schriftliche und mündliche Auskünfte zu medizinischen Fragestellungen, Aktenstudium) dar.

1.4.3 Der abrechenbare Patientenkontakt

Für die Bestimmung des *abrechenbaren Patientenkontakts* wird der Kreis der Patientenkontakte, für die eine Diagnose gemäss den Richtlinien für ambulante Kodierung erfasst werden muss, wie folgt definiert:

alle Patientenkontakte von Leistungserbringern, die nur Patientenkontakte nach dem Patientenpauschaltarif für ambulant, ärztliche Leistungen abrechnen,

alle Patientenkontakte von Leistungserbringern, die Patientenkontakte nach dem Patientenpauschal- und Einzelleistungstarif für ambulant, ärztliche Leistungen abrechnen.

Mehrere Patientenkontakte des gleichen Leistungserbringers (gemäss Art. 35 Abs. 2 lit h oder Art. 35 Abs. 2 lit n) an einem Kalendertag mit unterschiedlichen oder identischen Diagnosen, die dem gleichen Capitulum des Katalogs ambulante Fallgruppen zugeordnet sind, werden zu einem *abrechenbaren Patientenkontakt* zusammengefasst.

Mehrere Patientenkontakte des gleichen Leistungserbringers an zwei aufeinanderfolgenden Kalendertagen mit unterschiedlichen oder identischen Diagnosen, die dem gleichen Capitulum des Katalogs ambulante Fallgruppen zugeordnet sind, werden zu einem *abrechenbaren Patientenkontakt* zusammengefasst, sofern diese der Abgrenzungslogik des stationären Falles das Kriterium 5 erfüllt, aber Kriterium 6 nicht erfüllt.

Mehrere Patientenkontakte von unterschiedlichen Leistungserbringern an einem Kalendertag mit unterschiedlichen oder identischen Diagnosen, die dem gleichen Capitulum des Katalogs ambulante Fallgruppen zugeordnet sind, und deren Leistungserbringung in unmittelbarer Abhängigkeit zueinanderstehen, werden zu einem *abrechenbaren Patientenkontakt* zusammengefasst.

Im Fachbereich der Radio-Onkologie/Strahlentherapie wird der Patientenkontakt mit den die Bestrahlung vorbereitenden Leistungen (Planungs-CT, Simulation etc.) des Fachbereichs Radioonkologie mit dem Patientenkontakt der ersten Bestrahlung zusammengefasst.

Ausnahme dieser Zusammenfassung von Patientenkontakten stellen diejenigen Patientenkontakte dar, welche an unterschiedliche Sozialversicherungen verrechnet werden. Ebenso ausgenommen von dieser Zusammenfassung sind Patientenkontakte von *Leistungserbringern im ambulanten Setting*, welche auf Anordnung des Arztes Leistungen erbringen oder von *Leistungserbringern im ambulanten Setting*, welche Patiententransporte durchführen (Kapitel 1.3). Bildet ein Patientenkontakt eine Selbstzahlerleistung dar, kann dieser ebenfalls nicht zusammengefasst werden.

1.4.4 Definition tarifarischer Fall

Die Definition des tarifarischen Falles im Anwendungsbereich des Patientenpauschaltarifs entspricht dem *abrechenbaren Patientenkontakt*.

1.4.5 Abrechnung des *abrechenbaren Patientenkontakts*

Jeder *abrechenbare Patientenkontakt* im Anwendungsbereich des Einzelleistungs- oder Patientenpauschaltarifs wird durch den Leistungserbringer mittels Patientenpauschaltarif oder mittels Einzelleistungstarif abgerechnet (gemäss Art. 43 Abs. 5 und Abs. 5ter). Jegliche Kombination des Patientenpauschaltarifs mit anderen Tarifen für ambulant ärztliche Leistungen (insbesondere Einzelleistungstarif oder national und bilateral vereinbarte Pauschalen) innerhalb eines *abrechenbaren Patientenkontakts* ist ausgeschlossen.

Zusätzlich zur Fallgruppe können weitere definierte Leistungen separat abgerechnet werden (Kapitel 1.5).

1.5 Inhalt des Patientenpauschaltarifs

Die Fallgruppe und separat abrechenbare Leistungen bilden abschliessend die verrechenbaren Leistungen des ganzen *abrechenbaren Patientenkontakts* ab.

Separat abrechenbare Leistungen sind folgende:

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

1.6 Zuordnung von *abrechenbaren Patientenkontakten* zu einer Fallgruppe

Alter des Patienten

Für die Gruppierung des *abrechenbaren Patientenkontakts* gilt das Alter am Behandlungstag.

Geschlecht des Patienten

Für die Gruppierung des *abrechenbaren Patientenkontakts* 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. Allein der Grouper definiert die Zuordnung des *abrechenbaren Patientenkontakts* zu einer Fallgruppe.

Vergütungspflicht

Aus der Eingruppierung der *abrechenbaren Patientenkontakte* in eine Fallgruppe und etwaige separat abrechenbare Leistungen kann nicht auf eine Leistungspflicht der Sozialversicherungen (Obligatorische Krankenpflegeversicherung bzw. Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung) geschlossen werden.

Unbewertete Fallgruppen

Für unbewertete Fallgruppen (siehe Katalog ambulante Fallgruppen) vereinbaren die Tarifpartner auf Basis der mittels Kostenträgerrechnung ermittelten, transparent ausgewiesenen Fallkostenindividuelle sachgerechte 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

Der Anwendungsbereich des Patientenpauschaltarifs umfasst die abschliessende Vergütung aller ambulanten Patientenkontakte im spitalambulantem und niedergelassenen Bereich, mit erbrachten Leistungen, für welche gemäss jeweils aktuellem Definitionshandbuch eine Fallgruppe existiert.

Patientenkontakte mit ambulant ärztlichen Leistungen ausserhalb des Anwendungsbereichs des Patientenpauschaltarifs werden entweder über den Einzelleistungstarif oder bestehende national und bilateral vereinbarte Pauschalen abgerechnet.

Für die Bestimmung des Anwendungsbereichs ist das Gruppierungsergebnis massgeblich. Das Definitionshandbuch definiert den Anwendungsbereich des Patientenpauschaltarifs für ambulante ärztliche Leistungen.

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
	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 1.2 – ambulanter Patientenkontakt am stationären Eintritts- oder Austrittstag

Hat ein Patient am Eintrittstag oder Austrittstag eines stationären Aufenthaltes einen ambulanten Patientenkontakt, sind die stationären Regeln zu beachten.

Klarstellung 2 zu Kapitel 1.3 – Definition *Leistungserbringer im ambulanten Setting*

Angestellte Ärzte und Ärztinnen in einem Spital oder einer Einrichtung der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte sind 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* gegenüber den Sozialversicherungen abrechnen.

Klarstellung 3 zu Kapitel 1.3 – Pflege

Die Pflege ist dem auftraggebenden ärztlichen Fachbereich angeschlossen. Sie entsprechen folglich der Definition eines *Leistungserbringers im ambulanten Setting* und kann eigene Patientenkontakte haben. Bei der Definition und Anwendung des Patientenkontakts sind die Patientenkontakte der Pflege den gleichen Regeln unterworfen wie die Patientenkontakte der ärztlichen Fachbereiche.

Beispiel 1 zu Klarstellung 3

Die Patientin mit Ulcus cruris kommt zum Verbandwechsel beim dipl. Pflegefachmann.

→ Ein *abrechenbarer Patientenkontakt* Chirurgie, weil die Pflege dem Fachbereich Chirurgie angestellt ist.



Klarstellung 4 zu Kapitel 1.4.1– zeitgleiches Zusammentreffen

Ein Patientenkontakt entsteht beim zeitgleichen physischen oder fernmündlichen Zusammentreffen zwischen Patienten und *Leistungserbringer im ambulanten Setting*. Zeitgleich fernmündlich bedeutet per Telefon oder Video. Schriftlicher Kontakt (z.B. via E-Mail oder Bild-Versand) gilt nicht als zeitgleich, und erfüllt daher nicht die Definition des Patientenkontakts.

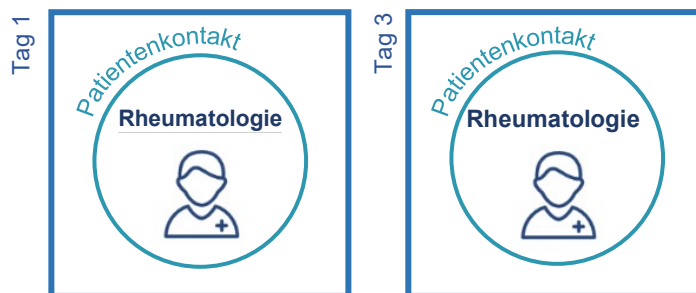
Klarstellung 5 zu Kapitel 1.4.1 – Definition Patientenkontakt pro Tag

Das Zusammentreffen zwischen Patienten und *Leistungserbringer im ambulanten Setting* an unterschiedlichen Tagen führt zu unterschiedlichen Patientenkontakten, unabhängig der Fachbereiche.

Beispiel 1 zu Klarstellung 5

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

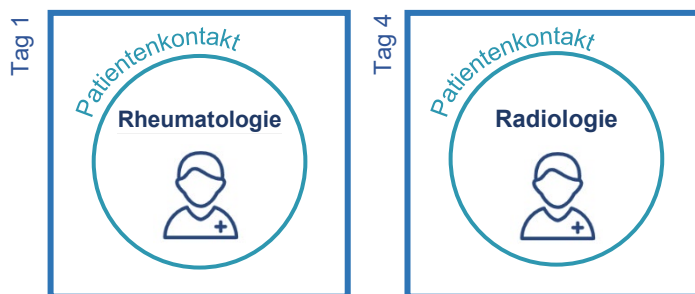
→ Zwei *abrechenbare Patientenkontakte*, weil an zwei unterschiedlichen Tagen.



Beispiel 2 zu Klarstellung 5

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

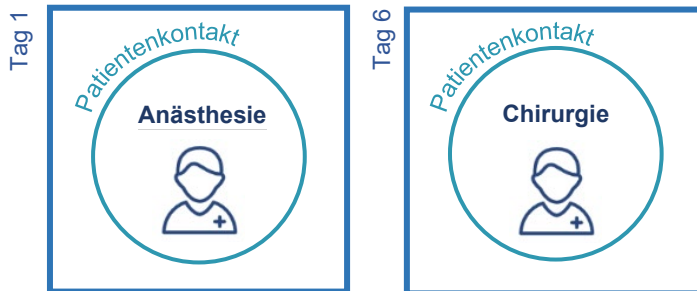
→ Zwei *abrechenbare Patientenkontakte*, weil an unterschiedlichen Tagen: Rheumatologie, Radiologie.



Beispiel 3 zu Klarstellung 5

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

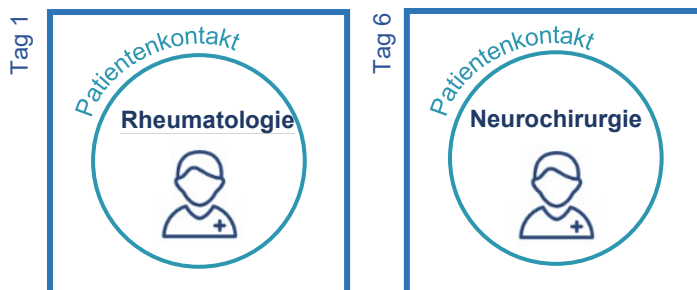
➔ Zwei *abrechenbare Patientenkontakte*, weil an unterschiedlichen Tagen: Anästhesie, Chirurgie.



Beispiel 4 zu Klarstellung 5

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

➔ Zwei *abrechenbare Patientenkontakte*, weil das Konsilium nicht am gleichen Tag stattfindet: Rheumatologie, Neurochirurgie.



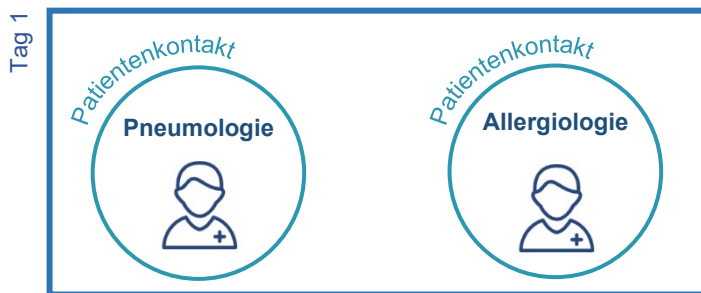
Klarstellung 6 zu Kapitel 1.4.1 – zwei Fachbereiche am gleichen Tag

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

Beispiel 1 zu Klarstellung 6

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

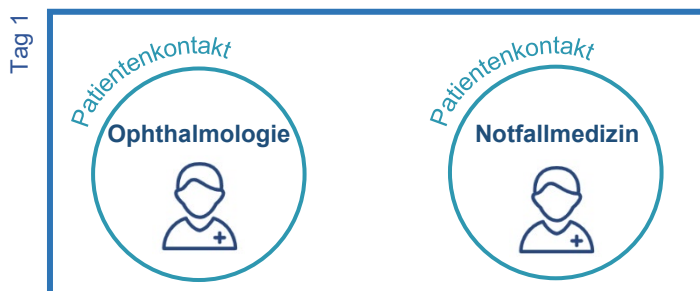
→ Zwei *abrechenbare Patientenkontakte*, weil zwei unterschiedliche Fachbereiche: Pneumologie und Allergologie.



Beispiel 2 zu Klarstellung 6

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.

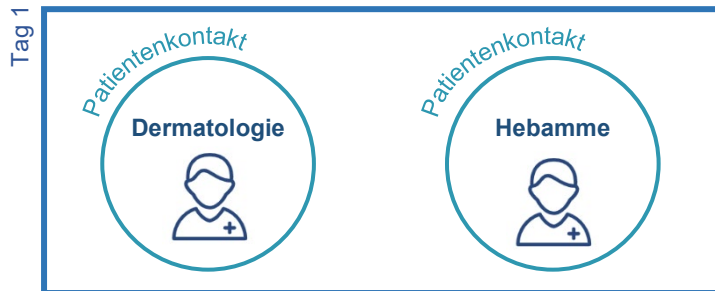
→ Zwei *abrechenbare Patientenkontakte*, weil zwei unterschiedliche Fachbereiche: Ophthalmologie und Notfallmedizin.



Beispiel 3 zu Klarstellung 6

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

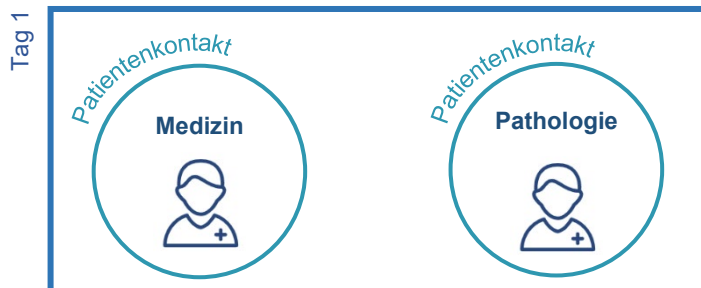
- ➔ Zwei *abrechenbare Patientenkontakte*, weil zwei unterschiedliche Fachbereiche: Dermatologie und Hebammen.



Beispiel 4 zu Klarstellung 6

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

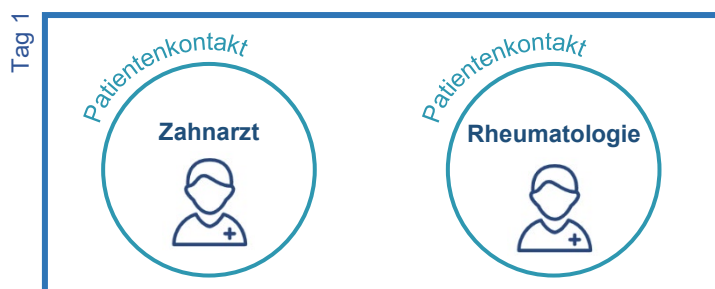
- ➔ Zwei *abrechenbare Patientenkontakte*, weil sowohl die Innere Medizin als auch die Pathologie die Leistungen direkt am Patienten erbringt: Medizin, Pathologie.



Beispiel 5 zu Klarstellung 6

Der Patient hatte eine Kieferoperation inkl. Zahnbeteiligung (OKP-Leistung) und die Nachkontrolle beim Zahnarzt. Anschliessend findet eine Konsultation beim Rheumatologen statt.

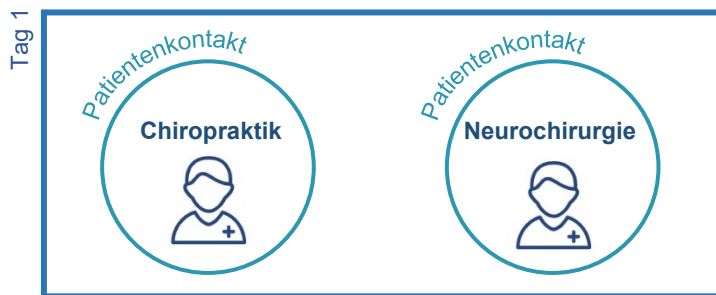
- ➔ Zwei *abrechenbare Patientenkontakte*, weil zwei unterschiedliche Fachbereiche: Zahnarzt und Rheumatologie.



Beispiel 6 zu Klarstellung 6

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

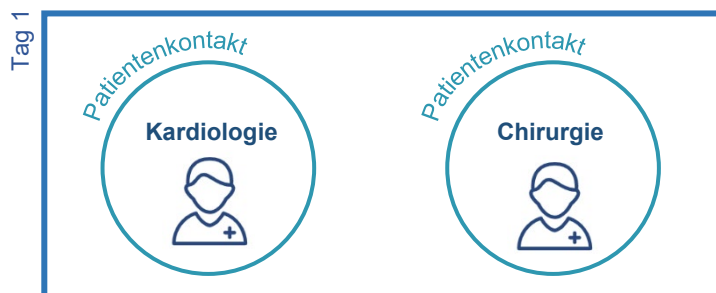
→ Zwei *abrechenbare Patientenkontakte*, weil zwei unterschiedliche Fachbereiche: Chiropraktik und Neurochirurgie.



Beispiel 7 zu Klarstellung 6

Der Patient hat beim Kardiologen eine Ergospirometrie und anschliessend geht er noch zur Wundversorgung seiner offenen Wunde am Bein in die Wundsprechstunde der Chirurgie, welche von einer Pflegefachfrau durchgeführt wird.

→ Zwei *abrechenbare Patientenkontakte*, weil zwei unterschiedliche Fachbereiche: Kardiologie und Chirurgie.



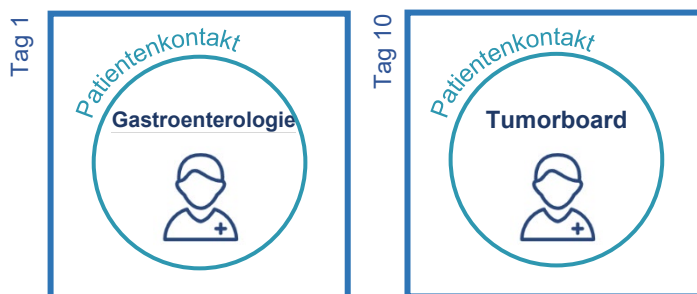
Klarstellung 7 zu Kapitel 1.4.1 – Patientenkontakt ohne physisches Zusammentreffen

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

Beispiel 1 zu Klarstellung 7

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 *abrechenbare Patientenkontakte*, weil das Tumorboard (mit oder ohne Anwesenheit des Patienten) als separater Patientenkontakt geführt wird.



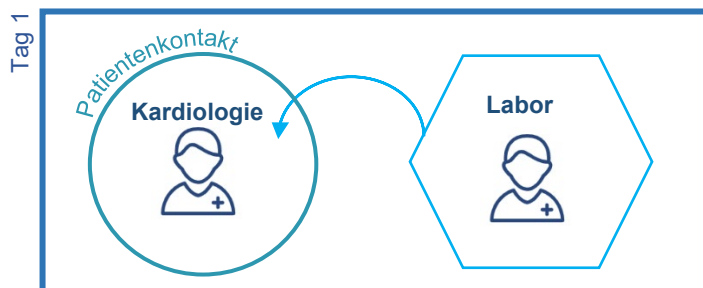
Klarstellung 8 zu Kapitel 1.4.2 – zugeordnete Leistungen

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

Beispiel 1 zu Klarstellung 8

Bei einem Patienten mit Verdacht auf Herzinfarkt werden Laboranalysen durchgeführt.

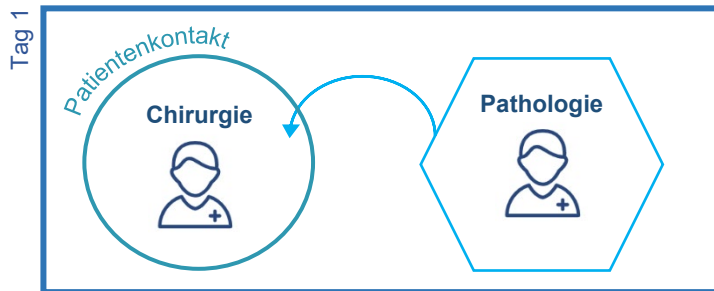
- ➔ Ein *abrechenbarer Patientenkontakt*, weil die Leistungen des Labors an der Probe erfolgen, und demzufolge dem auftraggebenden Patientenkontakt zugeordnet werden.



Beispiel 2 zu Klarstellung 8

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

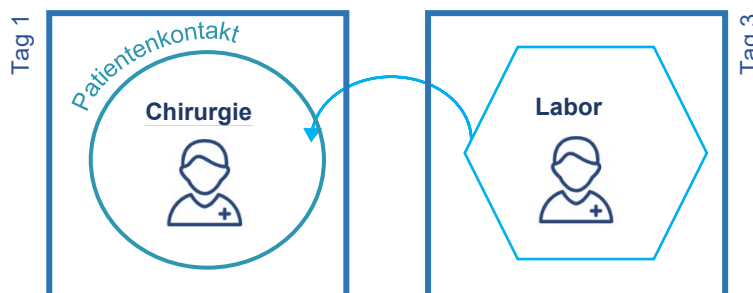
- ➔ Ein *abrechenbarer Patientenkontakt*, weil die Leistungen der Pathologie an der Probe erfolgen, und demzufolge dem auftraggebenden Patientenkontakt zugeordnet werden.



Beispiel 3 zu Klarstellung 8

Die Laboranalysen der Blutprobe werden erst zwei Tage später durchgeführt.

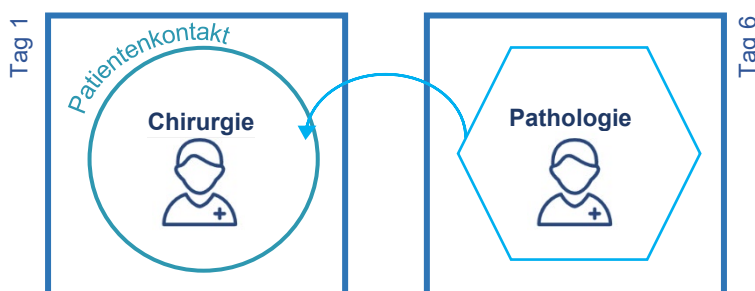
- ➔ Ein *abrechenbarer Patientenkontakt*, weil die Leistungen des Labors dem auftraggebenden Patientenkontakt zugeordnet werden.



Beispiel 4 zu Klarstellung 8

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

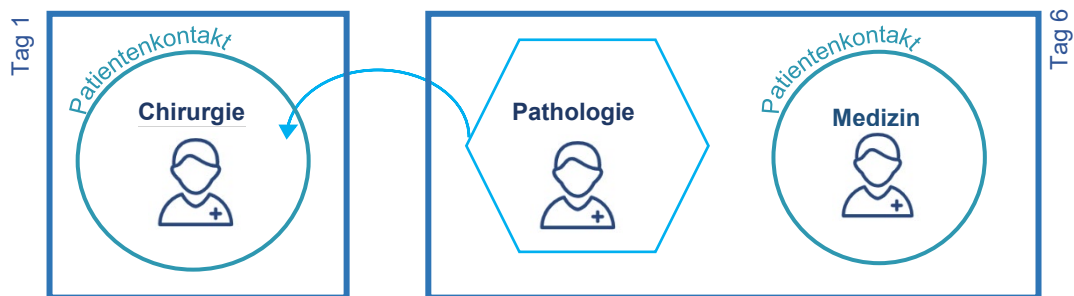
- ➔ Ein *abrechenbarer Patientenkontakt*, weil die Leistungen der Pathologie dem auftraggebenden Patientenkontakt zugeordnet werden.



Beispiel 5 zu Klarstellung 8

Der Patient ist am Vormittag in der Inneren Medizin für die Besprechung der Schwindelsymptome am gleichen Tag wird in der Pathologie die Probe der Feinnadelpunktion der Schilddrüse analysiert. Die Punktion hat 5 Tage zuvor stattgefunden.

→ Die Leistungen der Pathologie werden dem *abrechenbaren Patientenkontakt* der Feinnadelpunktion zugeordnet



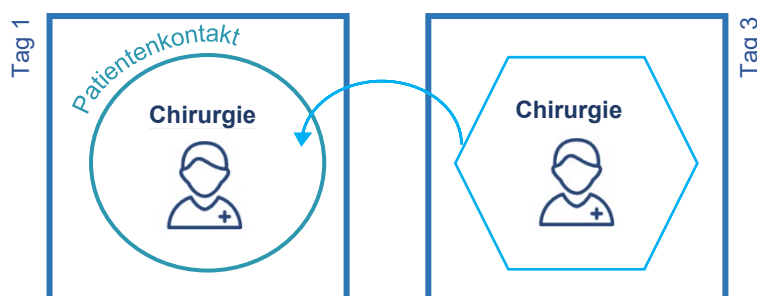
Klarstellung 9 zu Kapitel 1.4.2 – zugeordnete Leistungen

Weitere Leistungen ohne Anwesenheit des Patienten werden dem vorangehenden Patientenkontakt zugeordnet. Eine Zuordnung zu einem nachfolgenden Patientenkontakt ist nicht möglich.

Beispiel 1 zu Klarstellung 9

Der Chirurg beantwortet 5 Tage nach dem Eingriff dem Patienten einige Fragen zur Nachbehandlung per E-Mail.

→ Ein *abrechenbarer Patientenkontakt*, weil die Leistungen im Rahmen der E-Mail dem vorherigen Patientenkontakt zugeordnet werden.



Klarstellung 10 zu Kapitel 1.4.3 – Zusammenfassung von Patientenkontakten

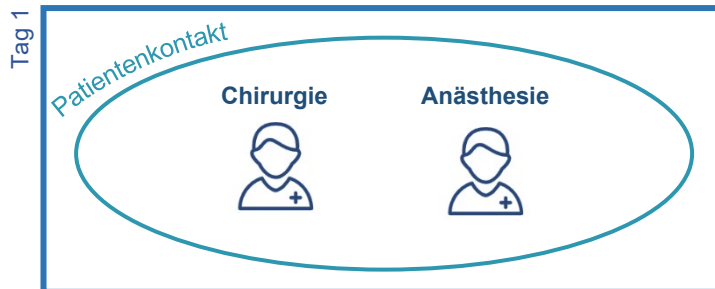
Zwei Patientenkontakte in unterschiedlichen Fachbereichen des gleichen Leistungserbringers gemäss Art. 35 Abs. 2 lit h oder Art. 35 Abs. 2 lit n am gleichen Tag werden zusammengefasst, wenn deren Diagnosen ins gleiche Capitulum gruppieren.

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

Beispiel 1 zu Klarstellung 10

Die Narkose für eine Zirkumzision ist Bestandteil des chirurgischen Patientenkontakts.

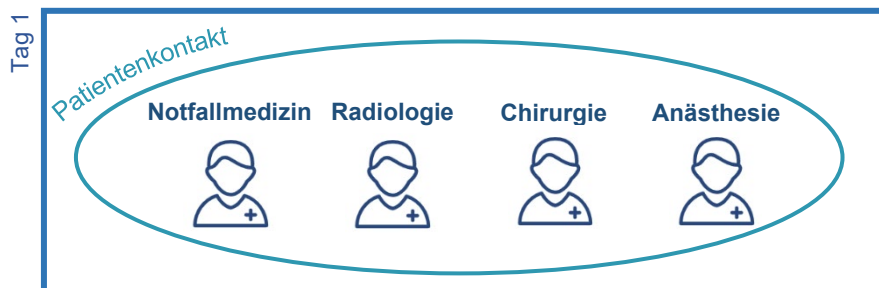
→ Ein *abrechenbarer Patientenkontakt*, weil die Diagnosen beider Fachbereiche ins gleiche Capitulum führen.



Beispiel 2 zu Klarstellung 10

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

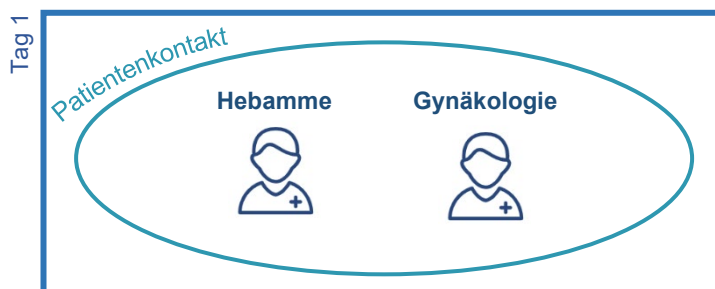
→ Ein *abrechenbarer Patientenkontakt*, weil die Diagnosen aller vier Fachbereiche ins gleiche Capitulum führen.



Beispiel 3 zu Klarstellung 10

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

→ Ein *abrechenbarer Patientenkontakt*, weil die Diagnosen beider Fachbereiche ins gleiche Capitulum führen.



Beispiel 4 zu Klarstellung 10

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

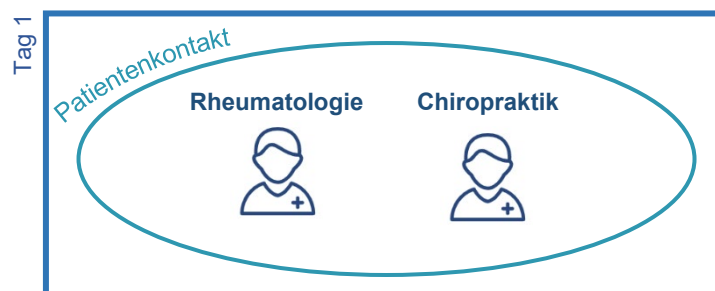
- ➔ Ein *abrechenbarer Patientenkontakt*, weil die Diagnosen beider Fachbereiche ins gleiche Capitulum führen.



Beispiel 5 zu Klarstellung 10

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

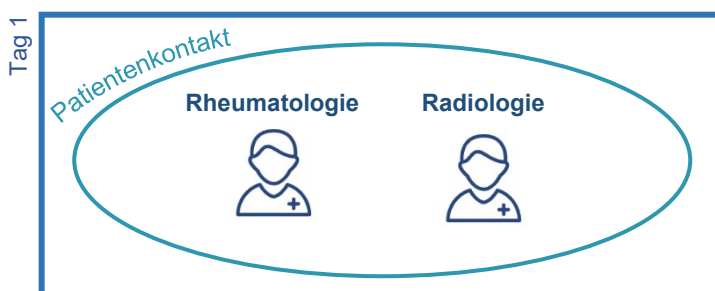
- ➔ Ein *abrechenbarer Patientenkontakt*, weil die Diagnosen beider Fachbereiche ins gleiche Capitulum führen.



Beispiel 6 zu Klarstellung 10

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.

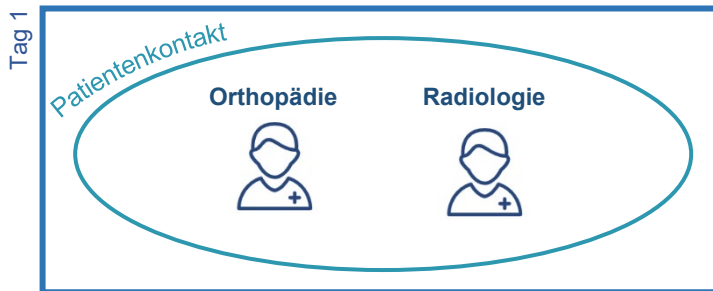
- ➔ Ein *abrechenbarer Patientenkontakt*, weil die Diagnosen beider Fachbereiche ins gleiche Capitulum führen.



Beispiel 7 zu Klarstellung 10

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

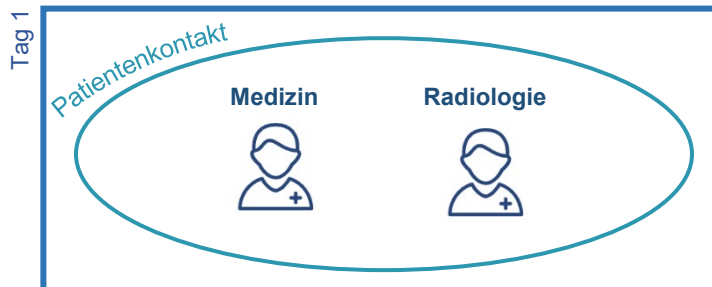
- Ein *abrechenbarer Patientenkontakt*, weil die Diagnosen beider Fachbereiche ins gleiche Capitulum führen.



Beispiel 8 zu Klarstellung 10

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

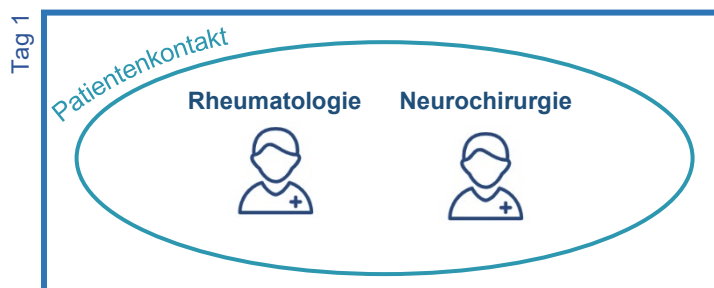
- Ein *abrechenbarer Patientenkontakt*, weil die Diagnosen beider Fachbereiche ins gleiche Capitulum führen.



Beispiel 9 zu Klarstellung 10

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 *abrechenbarer Patientenkontakt*, weil die Diagnosen beider Fachbereiche ins gleiche Capitulum führen.



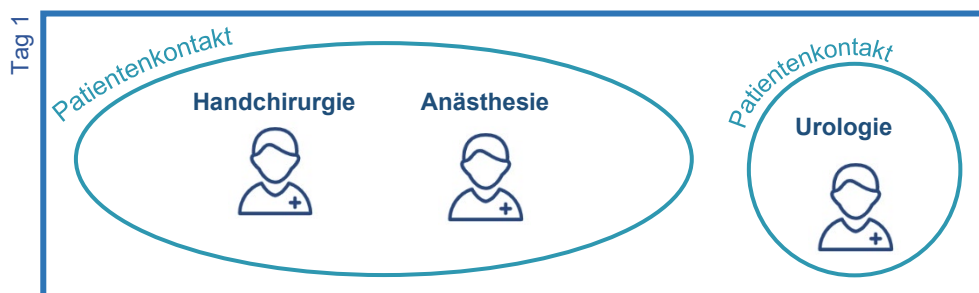
Klarstellung 11 zu Kapitel 1.4.3 – Kombinationseingriffe während einer Anästhesie durch Anästhesisten

Bei Kombinationseingriffen während einer Anästhesie durch den Anästhesisten muss der Patientenkontakt der Anästhesiologie diejenige Diagnose kodieren, welche der Hauptanlass des Aufenthalts war und den höchsten Aufwand an medizinischen Mitteln aufweist (vgl. Richtlinien für ambulante Kodierung). Dadurch wird der Patientenkontakt der Anästhesiologie mit demjenigen Patientenkontakt zusammengefasst, welcher der Hauptanlass des Aufenthalts ist.

Beispiel 1 zu Klarstellung 11

Bei einem Kind wird während einer Anästhesie durch den Anästhesisten sowohl das Osteosynthesematerial entfernt als auch eine Zirkumzision durchgeführt. Der Patientenkontakt des Fachbereichs Anästhesiologie kodiert diejenige Diagnose, welche den Hauptanlass des Aufenthalts war und den höchsten Aufwand an medizinischen Mitteln aufweist.

- Zwei abrechenbare Patientenkontakte, weil die Diagnosen der beiden operativen Fachbereiche in unterschiedliche Capitula führen und der Fachbereich Anästhesiologie die gleiche Diagnose wie der Patientenkontakt des Fachbereichs Handchirurgie aufweist.



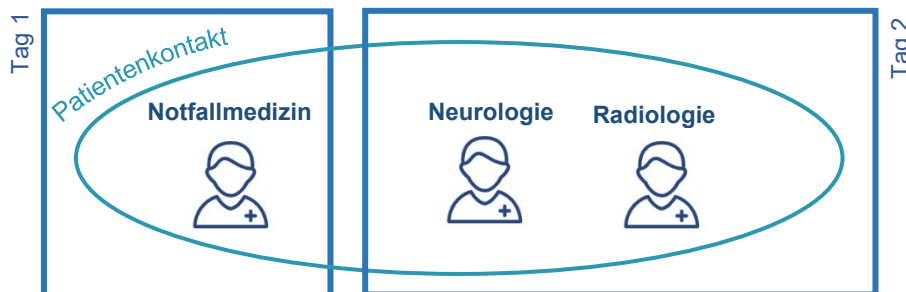
Klarstellung 12 zu Kapitel 1.4.3 – ambulante Behandlung über Mitternacht

Ist eine Patientin über Mitternacht in ambulanter Behandlung, erfüllt also nicht das Kriterium «Bettenbelegung», so werden die Patientenkontakte von zwei aufeinanderfolgenden Kalendertagen zusammengeführt. Als Abrechnungsdatum gilt das Datum des Austritts.

Beispiel 1 zu Klarstellung 12

Die Patientin kommt nach einem Sturz auf den Kopf in den Notfall vor Mitternacht. Nach der Untersuchung durch den Notfallmediziner wird nach Mitternacht ein Neurologe hinzugezogen und ein CT des Schädels gemacht.

- Ein *abrechenbarer Patientenkontakt*, weil die Diagnosen aller drei Fachbereiche ins gleiche Capitulum führen und es sich um eine ambulante Behandlung über Mitternacht ohne Bettenbelegung handelt.



Klarstellung 13 zu Kapitel 1.4.3 – unterschiedliche Leistungserbringer an einem Tag

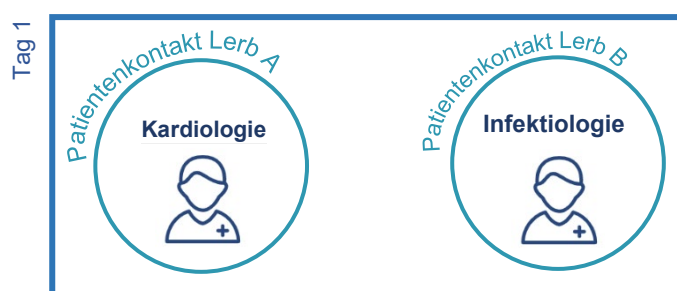
Patientenkontakte bei unterschiedlichen Leistungserbringern (gemäss KVG) am gleichen Tag werden nicht zusammengeführt, und entsprechend von jedem Leistungserbringer separat abgerechnet.

Ausnahme davon stellen die Patientenkontakte mit Diagnosen dar, welche ins gleiche Capitulum gruppieren, und deren Leistungserbringung in unmittelbarer Abhängigkeit zueinanderstehen. Die Leistungen der beiden Patientenkontakte können nicht unabhängig erbracht werden.

Beispiel 1 zu Klarstellung 13

Der Patient hat am gleichen Tag eine Kontrolle beim Kardiologen in der Praxis und eine Kontrolle beim Infektiologen im Spital

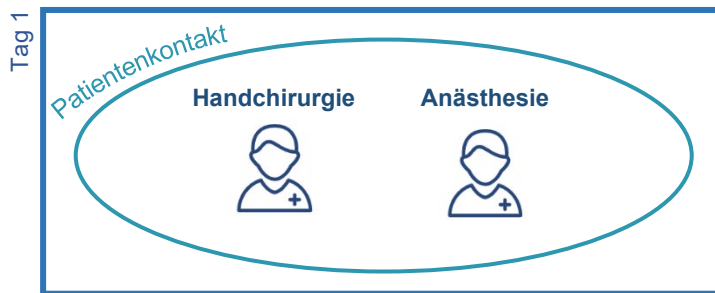
- Zwei *abrechenbare Patientenkontakte*, weil zwei unterschiedliche Leistungserbringer im ambulanten Setting.



Beispiel 2 zu Klarstellung 13

Der Handchirurg in eigener Praxis holt für einen Eingriff unter Anästhesie einen niedergelassenen Anästhesisten dazu.

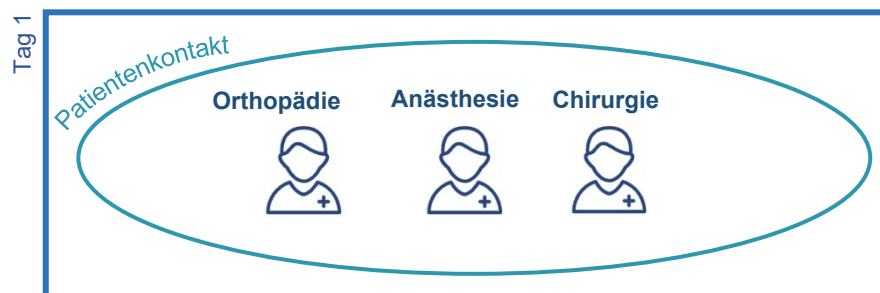
- Ein *abrechenbarer Patientenkontakt*, weil die Diagnosen beider Fachbereiche ins gleiche Capitulum führen und die Leistungen der beiden Patientenkontakte in unmittelbarer Abhängigkeit zueinanderstehen.



Beispiel 3 zu Klarstellung 13

Der Orthopäde operiert in einem Spital eine Hüft-TP als Belegarzt. Die Anästhesistin und die Pflegefachpersonen der Chirurgischen Abteilung betreuen den Patienten vor, während und nach der Operation.

- Ein *abrechenbarer Patientenkontakt*, weil die Diagnosen aller Fachbereiche ins gleiche Capitulum führen und die Leistungen der Patientenkontakte in unmittelbarer Abhängigkeit zueinanderstehen. Die Operation wäre ohne die Anästhesie und die Pflege nicht durchführbar.



Klarstellung 14 zu Kapitel 1.4.3 – unterschiedliche Sozialversicherer

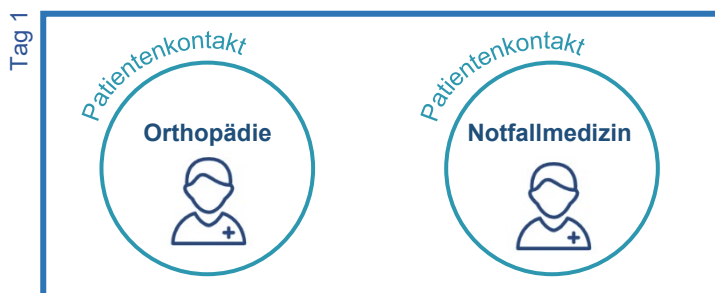
Ausnahme der Zusammenführung bei Diagnosen, welche ins gleiche Capitulum führen, sind Patientenkontakte mit unterschiedlichen Kostenträgern.

Wird innerhalb eines Patientenkontakts bei einem *Leistungserbringer im ambulanten Setting* Leistungen für zwei unterschiedliche Kostenträger erbracht, gilt dies als zwei Patientenkontakte.

Beispiel 1 zu Klarstellung 14

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 *abrechenbare Patientenkontakte*, weil unterschiedliche Kostenträger, obwohl die Diagnosen ins gleiche Capitulum gruppieren.



Hinweis: Beide *abrechenbare Patientenkontakte* werden jeweils an den zuständigen Sozialversicherer abgerechnet.

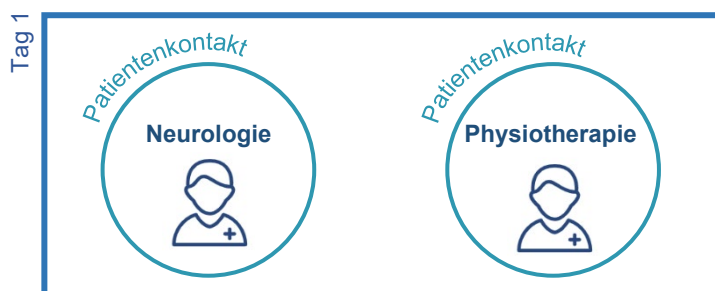
Klarstellung 15 zu Kapitel 1.4.3 – keine Zusammenführung bei Paramedizin und Transport

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

Beispiel 1 zu Klarstellung 15

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

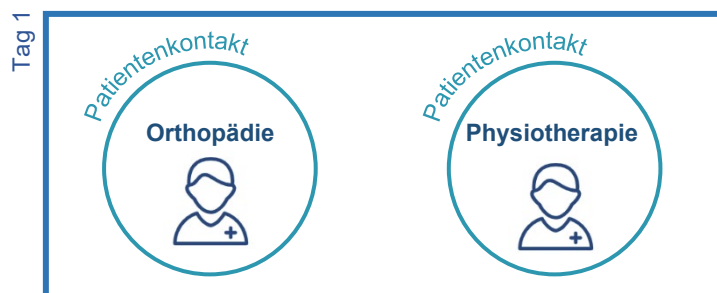
→ Zwei *abrechenbare Patientenkontakte*, weil zwei unterschiedliche Fachbereiche: Neurologie und Physiotherapie.



Beispiel 2 zu Klarstellung 15

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

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

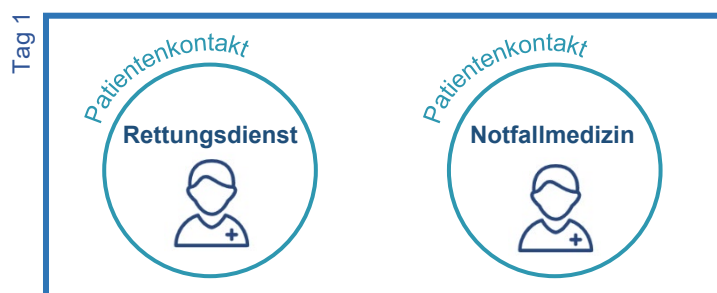


Hinweis: Für die physiotherapeutische Behandlung wird eine ambulante Verordnung benötigt.

Beispiel 3 zu Klarstellung 15

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

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



Klarstellung 16 zu Kapitel 1.4.4 – Definition tarifarischer Fall

In der Kostenrechnung REKOLE(®) entspricht der *abrechenbare Patientenkontakt* dem administrativen Fall. Administrativer und tarifarischer Fall sind somit gleichgestellt.

Klarstellung 17 zu Kapitel 2 – weitere Pauschalen im ambulanten Bereich

Inwieweit weitere national und bilateral vereinbarte Pauschalen im ambulanten Bereich ergänzend zu den hier definierten ambulanten Pauschalen abgerechnet werden können, wird durch die Organisation nach Art. 47a KVG bestimmt.