



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

FAQ Kohärentes Tarifsysteem

Stand 07.05.2024

1 Ambulante Pauschalen

1.1 Grundmechanismus

Was sind ambulante Pauschalen?	Ambulante Pauschalen bezeichnen ein Tarifsysteem, bestehend aus einer Tarifstruktur nach Vorbild SwissDRG (Katalog mit Relativgewichten) und einem Preis, den die Leistungserbringer und Krankenversicherer vereinbaren.
Wie viele ambulante Pauschalen gibt es?	In der Version 1.0 sind es 454 Pauschalen. Diese sind im Katalog ambulante Pauschalen zu finden.
Wie weiss ich, welche Pauschale abzurechnen ist?	Die ambulanten Pauschalen werden anhand der Diagnose und der erbrachten Prozedur ermittelt. Die Diagnose führt in das entsprechende Capitulum und die Prozedur (sowie weitere Merkmale wie bspw. Alter, Geschlecht, etc.) führt innerhalb des Capitulums in die richtige Fallgruppe. Dieser Vorgang muss nicht manuell gemacht werden, sondern wird durch den sog. Grouper erledigt.
Was ist ein Grouper und wie funktioniert dieser?	Der Grouper ist ein umfassendes Flussdiagramm oder ein umfassender Entscheidungsbaum. Darin werden die Patientenkontakte aufgrund der Diagnose, der Prozedur und weiterer Merkmale (z.B. Alter des Patienten) der richtigen Fallgruppe zugeordnet. Der Entscheidungsbaum ist als HTML-Format im sog. Definitionshandbuch einsehbar.

<p>Welche Leistungen sind in den Pauschalen enthalten?</p>	<p>Gemäss Kapitel 1.5 der Anwendungsmodalitäten bilden die Fallgruppe und die separat verrechenbaren Leistungen abschliessend die verrechenbaren Leistungen des abrechenbaren Patientenkontakts ab. Ein abrechenbarer Patientenkontakt kann also mittels einer ambulanten Pauschale und separat verrechenbaren Leistungen fakturiert werden. Weitere separate Verrechnungen sind nicht möglich.</p> <p>Separat verrechenbare Leistungen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Labile und stabile Blutprodukte - Mitgegebene Heilmittel - Implantate in Fallgruppen mit entsprechender Kennzeichnung im Katalog ambulante Fallgruppen
<p>Wieso wurden die ambulanten Pauschalen auf Basis von TARMED erstellt?</p>	<p>Die ambulanten Pauschalen wurden auf Basis von tatsächlichen ambulanten Kosten- und Leistungsdaten erstellt. Dies bedeutet, es wurden von abgerechneten ambulanten Patientenfällen die Leistungsdaten (Rechnungsstellung, TARMED-Positionen) und die Kostendaten (gemäss REKOLE) erhoben und ausgewertet. Tarifpositionen (bspw. TARMED) wurden nur verwendet, um den erbrachten Fall zu identifizieren.</p>
<p>Sind in den Pauschalen nur ärztliche Leistungen enthalten? Sind die Implantate/ Medikamente/ Laboranalysen in den Pauschalen enthalten?</p>	<p>Grundsätzlich sind alle Leistungen eines Patientenkontakts in den Pauschalen enthalten. Darunter fallen auch die nichtärztlichen Leistungen, Medikamente, Material, Implantate, Laborleistungen, etc. Vereinzelt sind Implantate jedoch separat abrechenbar. Im Katalog ambulante Pauschalen ist ausgewiesen, bei welchen Fallgruppen die Implantate separat abrechenbar sind.</p> <p>Die Labor-Analysen sind in den Pauschalen enthalten. Die Abrechnung der Analysen ist im Art. 59 KVV geregelt und bedarf einer Anpassung bei der Einführung von ambulanten Pauschalen.</p>

<p>Sind die Leistungen der Pflegefachpersonen berücksichtigt?</p>	<p>Ja, in den ambulanten Pauschalen sind auch die Leistungen der Pflegefachpersonen enthalten. Diese fliessen ebenfalls mit den effektiven Kosten in die Berechnung der ambulanten Pauschalen ein. Sie unterliegen damit keinen Limitationen wie in einem Einzelleistungstarif, sondern die gesamten angefallenen Kosten werden für die Tarifierung berücksichtigt.</p>
<p>Wieso sind die Implantate nur bei gewissen Fallgruppen separat abrechenbar?</p>	<p>Die Implantate sind nur bei denjenigen Fallgruppen separat abrechenbar, bei welchen diese Regelung zu einer besseren Homogenität innerhalb der Fallgruppe führt. Dies ist nur bei denjenigen Fallgruppen der Fall, bei welchen die unterschiedlichen Preise der Implantate für die Streuung innerhalb der Fallgruppe verantwortlich sind.</p>
<p>Was bedeutet es genau, dass mitgegebene Heilmittel separat abrechenbar sind?</p>	<p>Unter dem Begriff Heilmittel werden Arzneimittel und Medizinprodukte subsummiert (Art. 2 HMG). Werden diese dem Patienten im Rahmen der ambulanten Behandlung mitgegeben, können diese separat zur ambulanten Pauschale abgerechnet werden.</p>
<p>Sind hochteure Medikamente und Zytostatika separat verrechenbar?</p>	<p>Diese Medikamente werden hauptsächlich im Rahmen von Infusionstherapien verabreicht. Diese sind nicht pauschaliert, weshalb auch keine spezielle Regelung für die Vergütung von hochteuren Medikamenten und Zytostatikas notwendig ist.</p> <p>Das Medikament Spinraza (ATC-Code M09AX07) ist in der Pauschale C01.50A (Lumbalpunktion od. Suboccipitalpunktion mit aufwändiger medikamentöser Therapie (M09AX07)) eintariffiert.</p>

<p>Gibt es spezifische Pauschalen für die Behandlung von Kindern?</p>	<p>Die Fallpauschalen wurden bei der Erarbeitung immer auch darauf geprüft, ob bei Kindern höhere Kosten vorliegen. In den meisten Fällen war ersichtlich, dass nicht das Alter allein ein massgebliches Splittkriterium ist, sondern die zusätzlich notwendige Anästhesie durch einen Anästhesisten. Aus diesem Grund ist die Anästhesie durch Anästhesisten ein häufig angewendetes Splittkriterium und findet sich entsprechend im Katalog der ambulanten Pauschalen. Dies ermöglicht es zudem, dass nicht nur Kinder adäquater abgegolten werden, sondern auch weitere Patienten, welche aus anderen Gründen eine zusätzliche Anästhesie benötigen und dadurch aufwändiger sind.</p>
--	--

1.2 Datengrundlage

<p>Wieso wurden nur Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler verwendet?</p>	<p>Mit der etablierten Branchenlösung REKOLE (Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung) wird schweizweit die Vereinheitlichung der Spital-Kostenrechnungsstandards gewährleistet. Mit der REKOLE-Zertifizierung wird bestätigt, dass die Kosten- und Leistungsrechnung dieser Spitäler den betriebswirtschaftlichen Grundsätzen entspricht. Somit sind die daraus resultierenden Kostendaten auf Patientenebene vergleichbar. REKOLE ist gesetzlich anerkannt.</p> <p>Durch die Verwendung dieser Daten basiert das ambulante Pauschalensystem auf einer umfassenden, standardisierten und gesetzlich anerkannten Datengrundlage.</p> <p>Es existieren noch keine analoge Kostendaten aus den Arztpraxen auf Patientenebene (sog. Fallbasierte Kostendaten). Sobald eine entsprechende Methodik eingeführt wäre und die Daten vorliegen würden, könnten diese grundsätzlich für die Berechnungen im ambulanten Pauschalensystem berücksichtigt werden.</p>
---	--

<p>Wieso wurden nicht die Daten aller Spitäler verwendet?</p>	<p>Zum Zeitpunkt der Datenerhebungen waren die nötigen gesetzlichen Rahmenbedingungen für ein Obligatorium zur Datenlieferung noch nicht in Kraft. Die Datenlieferung erfolgte deshalb noch auf freiwilliger Basis.</p> <p>Die Tarifversion 1.0 wurde auf der Datenbasis von 47 Spitälern entwickelt, wobei rund 850'000 ambulante Fälle verwendet wurden. Diese Fallzahlenmenge ist vergleichbar mit der Situation bei der Einführung von SwissDRG im Jahr 2012.</p> <p>Mit Art. 47a Abs. 5 KVG existieren die gesetzlichen Rahmenbedingungen, dass ab Einführung des ambulanten Pauschalensystems alle Leistungserbringer verpflichtet werden können, die nötigen Kosten- und Leistungsdaten zu liefern. In die Weiterentwicklung des Tarifsystems können also Daten aller Leistungserbringer miteinfließen.</p>
<p>Wie konnten die Pauschalen bewertet werden?</p>	<p>Die Tarifversion 1.0 des ambulanten Pauschalensystems wurde auf Basis der Daten der Spitäler aus den Jahren 2019-2021 entwickelt. Wichtig: Es handelt sich dabei um reale, tatsächlich entstandene Daten und nicht um quantitative Schätzungen oder Meinungen von Fachpersonen.</p>
<p>Kann ich meine echten Fälle für die Anwendung der Pauschalen simulieren?</p>	<p>Ja. Mittels Simulationsgrouper kann jeder Leistungserbringer seine echten Fälle, welche nach TARMED fakturiert wurden, für eine Anwendung mit den ambulanten Pauschalen simulieren. Als Ergebnis dieser Simulation wird die jeweilige Fallgruppe ausgegeben.</p> <p>Einzelfälle können mittels Einzelfall-Simulationsgrouper simuliert werden.</p>

<p>Weshalb werden keine weiteren Details der verwendeten Daten offengelegt?</p>	<p>Im Datenspiegel sind bereits umfassende Informationen zu den Datengrundlagen öffentlich einsehbar.</p> <p>Die Spitäler haben diese zusätzliche Datenlieferung auf freiwilliger Basis gemacht. Diese wurde mit einem separaten Datenlieferungsvertrag vereinbart. Die Daten dürfen nur für die Entwicklung der ambulanten Pauschalen verwendet werden und können nicht öffentlich gemacht werden.</p>
<p>Was sind unbewertete Fallgruppen? Wo sind diese ersichtlich?</p>	<p>Unbewertete Fallgruppen entstehen da, wo zu kleine Datenmengen vorliegen, und deshalb eine Bewertung nicht sachgerecht möglich ist. Die unbewerteten Fallgruppen sind im Katalog ambulante Fallgruppen daran erkennbar, dass kein Kostengewicht ausgewiesen ist.</p>
<p>Werden zukünftig Datenlieferungen nötig sein?</p>	<p>Ja. Die ambulanten Pauschalen werden datengestützt weiterentwickelt. Gemäss Art. 47a Abs. 5 KVG sind die Leistungserbringer zur Datenlieferung verpflichtet.</p>

1.3 Ambulante Kodierung/Leistungserfassung

<p>Was bedeutet «ambulante Kodierung» der Fälle?</p>	<p>Für die Zuordnung der Patientenkontakte zu einer Fallgruppe benötigt der Grouper sowohl die Prozedur gemäss CHOP als auch die Diagnose gemäss ICD-10. Das Bereitstellen dieser Informationen bedeutet «ambulante Kodierung» des Patientenkontakts. Die Grundlagen dazu sind in der Richtlinie zur ambulanten Kodierung aufgeführt.</p>
<p>Funktioniert die ambulante Kodierung identisch wie im stationären Bereich unter SwissDRG?</p>	<p>Die Gemeinsamkeit ist die Beschreibung des Patientenkontakts mittels Prozedur und Diagnose. Im ambulanten Bereich ist jedoch die Kodierung deutlich einfacher, weil weniger Angaben für die Gruppierung benötigt werden, die Regelungen deutlich einfacher sind und die Kodierung direkt während oder nach dem Patientenkontakt erfolgen kann.</p>

<p>Müssen jetzt Kodierpersonen für den ambulanten Bereich eingestellt werden? Gibt es ein neues Berufsbild «ambulante Kodierer»?</p>	<p>Die Kodierung der Diagnose und der Prozedur ist im ambulanten Setting deutlich weniger kompliziert als im stationären Bereich, weil für die Zuordnung zu einer Pauschale mehrheitlich nur eine Diagnose und eine Prozedur relevant ist (Ausnahmen sind möglich).</p> <p>Als Grundsatz gilt, dass das gleiche Personal die Erfassung der Diagnose(-n) und Prozedur(-en) im ambulanten Bereich durchführen kann, welches heute die Leistungserfassung im Einzelleistungstarif durchführt.</p> <p>Die Einführung der ambulanten Kodierung ist initial mit einem Mehraufwand verbunden. Nach der Etablierung ist jedoch eine deutliche Reduktion des Aufwandes im Vergleich zur heutigen Situation mit dem umfassenden Einzelleistungstarif und dem dazugehörigen Regelwerk zu erwarten.</p>
<p>Wieso werden keine Nebendiagnosen berücksichtigt?</p>	<p>Die Nebendiagnosen werden in der Version 1.0 nicht berücksichtigt, weil bislang im ambulanten Bereich nur die Prozedur (TARMED-Leistung) und die Hauptdiagnose relevant waren.</p> <p>Es ist technisch möglich, dass in der Weiterentwicklung der ambulanten Pauschalen auch Nebendiagnosen berücksichtigt werden könnten. Dies wäre, wie alle anderen Anpassungen an der Struktur, nur auf Basis von realen Daten möglich.</p>
<p>Müssen auch diejenigen Patientenkontakte, welche über den Einzelleistungstarif abgerechnet werden, codiert werden?</p>	<p>Ja. Auch die Patientenkontakte, welche über den Einzelleistungstarif abgerechnet werden, benötigen eine Diagnose. Nur so kann das Zusammenfassen der Patientenkontakte zu einem abrechenbaren Patientenkontakt korrekt überprüft werden. Auch unter TARDOC ist vorgesehen, dass die Diagnose ausgewiesen wird.</p>
<p>Müssen die Arztpraxen ebenfalls ICD und CHOP erfassen?</p>	<p>Ja. Für die Abrechnung von Patientenkontakten über ambulante Pauschalen werden auch in Arztpraxen ICD und CHOP benötigt.</p>

<p>Gibt es einen Unterschied zwischen der medizinisch verwendeten Diagnose und der Diagnose für die ambulante Kodierung resp. Abrechnung?</p>	<p>Ja, die Diagnose für den medizinischen Alltag ist nicht zwingend gemäss ICD-10 formuliert. Die Diagnose für die ambulante Kodierung muss im ICD-10-Format vorliegen, damit die Definition des abrechenbaren Patientenkontakts korrekt umgesetzt werden kann. Allenfalls kann auch ein Unterschied im Zeitpunkt der Diagnose bestehen. Die Diagnose für die ambulante Kodierung beschreibt denjenigen Zustand, der während oder unmittelbar nach dem Patientenkontakt als Diagnose feststeht und Hauptanlass für die Behandlung und/oder Untersuchung des Patienten war (siehe Richtlinien für ambulante Kodierung). Es kann also sein, dass die medizinisch verwendete Diagnose aufgrund von weiterer Diagnostik zu einem späteren Zeitpunkt angepasst wird. Weil die Diagnose zum Zeitpunkt der Behandlung massgebend ist, ist diese spätere Anpassung für die Abrechnung nicht zu berücksichtigen.</p>
<p>Wie wird die für den Grouper relevante Diagnose bestimmt, wenn bei einem Leistungserbringer im ambulanten Setting mehrere Diagnosen relevant sind (z.B. Hausarzt, welcher sowohl die Medikamenteneinstellung des Bluthochdruckes, als auch ein Muttermal genauer prüft)?</p>	<p>Gemäss Richtlinien für ambulante Kodierung ist diejenige Diagnose zu wählen, welche der Hauptanlass für die Untersuchung/Behandlung war. Als Hauptanlass zeichnet sich diejenige Behandlung aus, welche den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln während des Patientenkontaktes hatte (siehe Richtlinien für ambulante Kodierung, Kapitel 1.2).</p>

1.4 Entwicklung der ambulanten Pauschalen

Wie wurden die ambulanten Pauschalen entwickelt?	Die Spitäler lieferten Kosten- und Leistungsdaten ihrer tatsächlich erbrachten ambulanten Patientenfälle. Diese Fälle wurden in medizinisch ähnliche Fälle gruppiert. Über eine eigens dafür entwickelte Software wurden diese gruppierten Fälle weiter in feinere Fallgruppen aufgeteilt, so dass möglichst homogene Fallgruppen daraus entstanden. Die Homogenität bezieht sich einerseits auf die medizinische Leistungserbringung und andererseits auf die Kosten der Fälle in jeder Fallgruppe. Im Rahmen der regelmässigen (voraussichtlich jährlichen) Aktualisierung der Tarifstruktur kann auf der Basis der neusten Daten überprüft werden, ob die Gruppierung der Fälle verändert oder verfeinert werden sollte, um eine noch höhere Kostenhomogenität zu erreichen. Um dies zu erreichen können Faktoren wie bspw. Alter, Prozeduren, Medikamente, etc. berücksichtigt werden.
---	--

2 TARDOC

2.1 Diagnosen

Sind im TARDOC Diagnosen zu erfassen?	Ja. Die Tarifpartner des TARDOC haben dies so vereinbart.
Welche Diagnose-Codes sind im TARDOC zu erfassen?	Gemäss Regeln betreffend einheitliche Abrechnung wird der Tessiner-Code verlangt. Die FMH arbeitet in einem Projekt an einem neuen Code, welcher in Anlehnung an ICD-10 entsteht.

2.2 Grundlagen

Was ist TARDOClight?	TARDOClight ist derjenige Teil des TARDOC, welcher im kohärenten Tarifsysteem zur Anwendung kommt. Das bedeutet, die Positionen aus ressourcenintensiver Infrastruktur sind darin nicht mehr enthalten.
Gibt es eine Übersetzung von TARMED zu TARDOC?	Für die Simulationen hat die ats-tms ag eine sogenannte Transcodierungs-Tabelle erstellt. Diese wurde jedoch nie veröffentlicht. Die OAAT AG arbeitet an einer entsprechenden Tabelle, welche dann zur Verfügung gestellt werden soll.

3 Kohärentes System

3.1 Patientenkontakt und abrechenbarer Patientenkontakt

<p>Was ist ein Patientenkontakt?</p>	<p>Siehe dazu auch die Definition in Kapitel 1.4.1 der Anwendungsmodalitäten (Stand Juni 2023 zur Tarifversion 1.0):</p> <p><i>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).</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Jedes Neugeborene (ob krank oder gesund) wird als eigener Patient betrachtet, und demzufolge als eigener Patientenkontakt geführt.</i></p> <p><i>Im Fachbereich Radio-Onkologie/Strahlentherapie gelten sämtliche die Bestrahlung vorbereitenden Leistungen (Planungs-CT, Simulation etc.) des Fachbereichs Radioonkologie als ein Patientenkontakt.</i></p>
<p>Gutachten/Konsilien/Tumorboard: Wieso entsprechen diese Fälle einem eigenständigen Patientenkontakt?</p>	<p>Bei den drei Situationen Gutachten, Konsilien und Tumorboards handelt es sich um Leistungen, welche sowohl in Anwesenheit des Patienten als auch ohne dessen Anwesenheit durchgeführt werden können. Mit der Definition als eigenständiger Patientenkontakt wurde dieser speziellen Situation Rechnung getragen.</p>

<p>Wieso ist das Zusammenfassen von Patientenkontakten notwendig?</p>	<p>Ohne das Zusammenfassen von Patientenkontakten, deren Diagnose ins gleiche Capitulum führen, gäbe es grosse Anreize, die Behandlung auf verschiedene Leistungserbringer aufzuteilen. Diese Aufteilung ist nicht im Sinne des Patienten. Eine Behandlung durch möglichst wenig Fachpersonen ist vorzuziehen.</p>
<p>Gibt es eine Übersicht oder Liste, welche Disziplinen von der Zusammenfassung von Patientenkontakten ausgeschlossen sind?</p>	<p>Ja. Von der Zusammenfassung von Patientenkontakten ausgenommene Fachbereiche sind diejenigen, welche auf ärztliche Anordnung Leistungen erbringen sowie Transport- und Rettungsdienste. Die entsprechende Liste ist in den Anwendungsmodalitäten Anhang 1 zu finden.</p>
<p>Gibt es einen Unterschied zwischen Facharztklinik und Fachbereich? Wenn ja, welchen?</p>	<p>Der Fachbereich ist im Anhang 1 „Liste der Fachbereiche“ der Anwendungsmodalitäten geregelt, diese Liste basiert auf den Facharzttitel gemäss SIWF inklusive Ergänzungen. Er findet bei der Definition des Patientenkontakts Anwendung. Die Facharztklinik ist im Rahmen der Generellen Interpretation GI-6, also der Sitzungs-Definition, relevant. Dadurch wird die Facharztklinik bei den Limitationsregeln im TARDOC angewendet.</p>
<p>Ist die Fachrichtung des behandelnden Arztes oder die Fachrichtung, in welcher er arbeitet, relevant für die Definition des Fachbereichs?</p>	<p>Jeder Arzt und jede Ärztin ist einem Fachbereich zugeordnet. Insofern ist diejenige Fachrichtung relevant, in welcher der Arzt/die Ärztin arbeitet, und nicht sein/ihr eigener Facharzttitel. In den allermeisten Fällen ist dies übereinstimmend. Es kann aber beispielsweise sein, dass ein Arzt/eine Ärztin mit Facharzttitel noch einen weiteren Facharzttitel anstrebt und deshalb in einem anderen Fachbereich arbeitet. In diesem Fall ist es wichtig, dass der Fachbereich angewendet wird, und nicht der Titel des Arztes/der Ärztin.</p>
<p>Wieso ist die Stomaberatung kein Leistungserbringer im ambulanten Setting?</p>	<p>Die Stomaberatung ist gemäss KVG (Art. 35 Abs. 2 e) kein Leistungserbringer, welcher auf Anordnung des Arztes/der Ärztin Leistungen erbringen kann.</p>

<p>Patientenkontakte von unterschiedlichen Leistungserbringern werden zusammengefasst, wenn deren Diagnosen ins gleiche Capitulum gruppieren, und die Leistungen in unmittelbarer Abhängigkeit zueinanderstehen. Was bedeutet dies in der Anwendung? In welchen Situationen ist diese unmittelbare Abhängigkeit vorhanden?</p>	<p>Hier sind die Leistungserbringer gemäss KVG zu berücksichtigen. Patientenkontakte von unterschiedlichen Leistungserbringern werden nicht zusammengefasst, ausser bei einer Leistungserbringung, welche in unmittelbarer Abhängigkeit steht.</p> <p>Anwendungsbeispiele sind in der Klarstellung 13 im Anhang 2 der Anwendungsmodalitäten aufgeführt. Es handelt sich bspw. um die Operation durch einen Belegarzt/eine Belegärztin im Spital.</p>
<p>Was ist der Unterschied zwischen „gleiche Diagnose“ und „gleiches Capitulum“?</p>	<p>Für die Zusammenfassung von zwei Patientenkontakten ist es nicht relevant, ob es sich exakt um die gleiche Diagnose handelt. Relevant ist nur, ob die Diagnosen ins gleiche Capitulum gruppieren. So ist es beispielsweise nicht relevant, wenn ein Fachbereich die Diagnose L24.3 „Toxische Kontaktdermatitis durch Kosmetika“ und der andere Fachbereich die Diagnose L25.0 „Nicht näher bezeichnete Kontaktdermatitis durch Kosmetika“ codiert. Kleine Unterschiede in der Diagnose führen so nicht zu Fehlern in der Codierung.</p> <p>Gleichzeitig bedeutet es beispielsweise auch, dass eine Nachkontrolle nach Hüft-TP beim Orthopäden und eine Beurteilung des Schnappfingers beim Handchirurgen am gleichen Tag in einen abrechenbaren Patientenkontakt zusammengefasst wird, weil die beiden Diagnosen ins Capitulum 8 Bewegungsapparat gruppieren.</p>
<p>Was ist der Unterschied zwischen „Sitzung“ und „Patientenkontakt“, und was ist bei der Anwendung derselben zu beachten? Können die beiden Begriffe technisch gleichgesetzt werden?</p>	<p>Die Sitzung ist Bestandteil des Regelwerks TARDOC und wird erst relevant, wenn entschieden wurde, dass der abrechenbare Patientenkontakt über TARDOC abgerechnet wird.</p> <p>Die Sitzung ist gemäss GI-6 TARDOC ein begrenzter Zeitraum vom Eintreffen des Patienten bis zum Verlassen der Facharztklinik. Der Patientenkontakt ist gemäss Anwendungsmodalitäten das Zusammentreffen von Patient und Fachbereich. Der Hauptunterschied liegt folglich bei der Definition der Facharztklinik und des Fachbereichs.</p> <p>Die Sitzung im TARDOC ist folglich auch nicht mehr gleichzusetzen mit der Sitzungsdefinition in TARMED.</p>

Wer definiert den Patientenkontakt? Erfolgt dies im Grouper oder muss dies vorbereitet im Grouper eingegeben werden?	Der Grouper verarbeitet die abrechenbaren Patientenkontakte. Das bedeutet, diese müssen bereits vorgängig (grossmehrheitlich im ERP) definiert werden.
---	--

3.2 Entscheid Tarifstruktur

Wie weiss ich als Anwenderin, ob der Fall mittels Einzelleistungstarif oder ambulanten Pauschalen abzurechnen ist?	Massgebend ist die Triggerposition. Ist in einem abrechenbaren Patientenkontakt eine Triggerposition erfasst, führt dies automatisch und zwingend zu einer Abrechnung einer ambulanten Pauschale.
Was sind Triggerpositionen?	Triggerpositionen sind diejenigen CHOP-Positionen, welche die Eingruppierung in eine Fallgruppe auslösen. Ist in einem abrechenbaren Patientenkontakt eine Triggerposition erfasst, führt dies immer zu einer Abrechnung einer ambulanten Pauschale.
Wird das kohärente Tarifsysteem auch im praxisambulanten Bereich angewendet?	Ja, die Tarifstrukturen sind national einheitlich.
Was passiert, wenn in einem Patientenkontakt mehrere Triggerpositionen aufgeführt sind?	Sind mehrere Triggerpositionen erfasst, ist die Rangfolge im Entscheidungsbaum, resp. im Grouper relevant. Je nachdem in welcher Reihenfolge die Triggerpositionen abgefragt werden, führt die eine oder andere Position oder die Kombination der beiden Positionen zur abzurechnenden Fallgruppe.
Können die Leistungserbringer zwischen der Abrechnung über ambulante Pauschale oder Einzelleistungstarif auswählen? Nach welchen Regeln wird die korrekte Tarifstruktur gewählt?	Nein, die Leistungserbringer und die Kostenträger können die anzuwendende Tarifstruktur nicht frei wählen. Jeder abrechenbare Patientenkontakt ist dahingehend zu prüfen, ob eine Trigger-Position darauf enthalten ist. Eine Trigger-Position führt immer zu einer Abrechnung mittels ambulanter Pauschale.

Können die Leistungen im Rahmen der Anästhesie-Sprechstunde einige Tage vor dem Eingriff in einem separaten Patientenkontakt abgerechnet werden?	Ja. Die Anästhesie gilt als eigener Leistungserbringer im ambulanten Setting. Eine Zusammenführung von Patientenkontakten mit Diagnosen im gleichen Capitulum erfolgt lediglich für Leistungen, die am gleichen Tag erbracht werden.
---	--

3.3 Zugeordnete Leistungen

Wie lange muss ein Bericht dem entsprechenden Patientenkontakt zugeordnet werden?	Berichte sind unlimitiert dem entsprechenden Patientenkontakt zuzuordnen.
Wie erkennt das System, welchem Patientenkontakt die Laborleistungen zuzuordnen sind?	In der Regel werden die Laborleistungen anhand der Auftragsnummer identifiziert und zugeordnet.
Was passiert mit Leistungen in Abwesenheit ab Tag 31?	Diese Leistungen werden über TARDOC abgerechnet.

3.4 Prozess

Erfolgt die Leistungserfassung bevor oder nachdem die Entscheidung getroffen wurde, welche Tarifstruktur zur Anwendung kommt?	<p>Die Leistungserfassung/ambulante Kodierung erfolgt vor dem Entscheid, welche Tarifstruktur zur Anwendung kommt.</p> <p>Die Leistungserfassung/ambulante Kodierung erfolgt während oder unmittelbar nach dem Patientenkontakt (siehe Richtlinien für ambulante Kodierung, Kapitel 1.1). Welche Tarifstruktur zur Anwendung kommt, ist abhängig davon, ob auf dem jeweiligen abrechenbaren Patientenkontakt eine Trigger-CHOP erfasst ist. Die Leistungserfassung/ambulante Kodierung ist folglich die Grundlage für den Entscheid, welche Tarifstruktur zur Anwendung kommt.</p>
--	--

3.5 Rechnungsstellung

Sind mehrere ambulante Pauschalen auf einer Rechnung möglich?	Dies ist abhängig von den technischen Möglichkeiten der jeweiligen Software. Für die Weiterentwicklung der ambulanten Pauschalen werden die realen Kosten- und Leistungsdaten benötigt. Falls es technisch möglich ist, die Kosten pro Patientenkontakt abzugrenzen, auch wenn mehrere Patientenkontakte auf einem administrativen Fall geführt werden, dann können auch mehrere ambulante Pauschalen auf einer Rechnung aufgeführt werden. Die Regeln in Rahmen des xml-Standards sind noch nicht festgelegt.
Wie werden die xml-Rechnungen aussehen?	Diese Thematik konnte noch nicht mit allen Tarifpartnern geklärt werden, weshalb hierzu momentan noch keine Informationen vorliegen.

3.6 Anwendungsbeispiele

Ein Patient kommt mit neurologischen Symptomen in den Notfall und wird durch Notfallarzt, Neurologin und Neurochirurg untersucht. Zusätzlich wird ein CT durch die Radiologie gemacht. Nach mehreren Stunden Überwachung geht der Patient nach Hause. Wird hier «nur» die ambulante Pauschale CT verrechnet?	Ja. Weil alle Fachbereiche dieselbe Diagnose behandeln, werden die Patientenkontakte der verschiedenen Fachbereiche zu einem abrechenbaren Patientenkontakt zusammengefasst. Ein abrechenbarer Patientenkontakt wird entweder über eine ambulante Pauschale oder über den TARDOC abgerechnet. In diesem Fall ist also trotz vorgängiger Untersuchungen nur die ambulante Pauschale CT abrechenbar. Die Differenzierung zum Radiologie-Institut, welches elektive CT durchführt, erfolgt über den Preis.
---	--

<p>Position C30.15C Einzelne MRI od. CT mit Ultraschall: Häufige Situationen in dieser Fallgruppe sind Notfälle mit initialer Diagnostik per Ultraschall, auf welche dann in der Weiterbehandlung oft eine erweiterte Diagnostik per CT oder MR folgt. Im Bereich der praxis-ambulanten Leistungserbringer gibt es häufig eine Unterteilung: Der Ultraschall wird in der Praxis gemacht, das CT/MR in einem Radiologie-Institut. Wird dies zu einem abrechenbaren Patientenkontakt zusammengefasst, oder sind es zwei separat abrechenbare Patientenkontakte?</p>	<p>Es handelt sich um zwei separate abrechenbare Patientenkontakte, weil es sich um zwei unterschiedliche Leistungserbringer handelt. Es handelt sich nicht um Leistungen, welche bei der Erbringung in unmittelbarer Abhängigkeit zueinanderstehen.</p>
<p>Bei den Anwendungsmodalitäten, Seite 21, steht beim Beispiel 5, dass es sich um einen Patientenkontakt handelt, wenn der Patient sich am gleichen Tag beim Rheumatologen und beim Chiropraktiker behandeln lässt. Wie sieht das aus, wenn sich der Patient am gleichen Tag von einem nicht dem Spital angeschlossenen Chiropraktiker behandeln lässt? Die Diagnose bleibt die Gleiche (falls es sich um eine amb. Pauschale handelt).</p>	<p>Es handelt sich um einen anderen Leistungserbringer gemäss KVG, weshalb die Patientenkontakte nicht zusammengefasst werden. Dieser Unterschied besteht, ist aber für die Abrechnung nur relevant, wenn eine Abrechnung über die ambulante Pauschale erfolgt.</p>

4 Zeitplan

5 Preisfindung

Wie werden die Preise der Pauschalen ermittelt?	<p>Im ambulanten Pauschalensystem werden Struktur und Preis getrennt. Die Struktur bildet auf der Basis von tatsächlich entstandenen Kosten Leistungen im richtigen Verhältnis zueinander ab. Dieses Verhältnis ist das Kostengewicht. Die Tariforganisation verantwortet die Tarifstruktur. Das Kostengewicht wird mit einem Frankenbetrag (d.h. dem Preis) multipliziert. Kostengewicht (Struktur) multipliziert mit dem Frankenbetrag (Preis) ergibt die Vergütung des Leistungserbringers. Der Preis wird zwischen den Tarifpartnern (oder ihren Mitgliedern) verhandelt (bspw. Spital mit entsprechenden Organisationen der Krankenversicherer). Diese Verhandlung findet somit ausserhalb der Tariforganisation statt. Die Tariforganisation publiziert pro Pauschale die Kostengewichte (Struktur) sowie Eckwerte zu den Kosten.</p>
--	---