

Blog 11 – ambulant vs stationär

Im Spitalbetrieb wird zwischen **ambulant** und **stationär** unterschieden, um die Art der medizinischen Versorgung und die Dauer des Aufenthaltes zu kategorisieren. Beide Bereiche werden **unterschiedlich abgerechnet** und die Fallführung wird je nach Betriebssystem anders gestaltet. Darum ist es auch für den Kliniker wichtig, die Unterschiede zu kennen.

Anmerkung: Den Begriff „**teilstationär**“ gibt es seit der Einführung von SwissDRG nicht mehr.

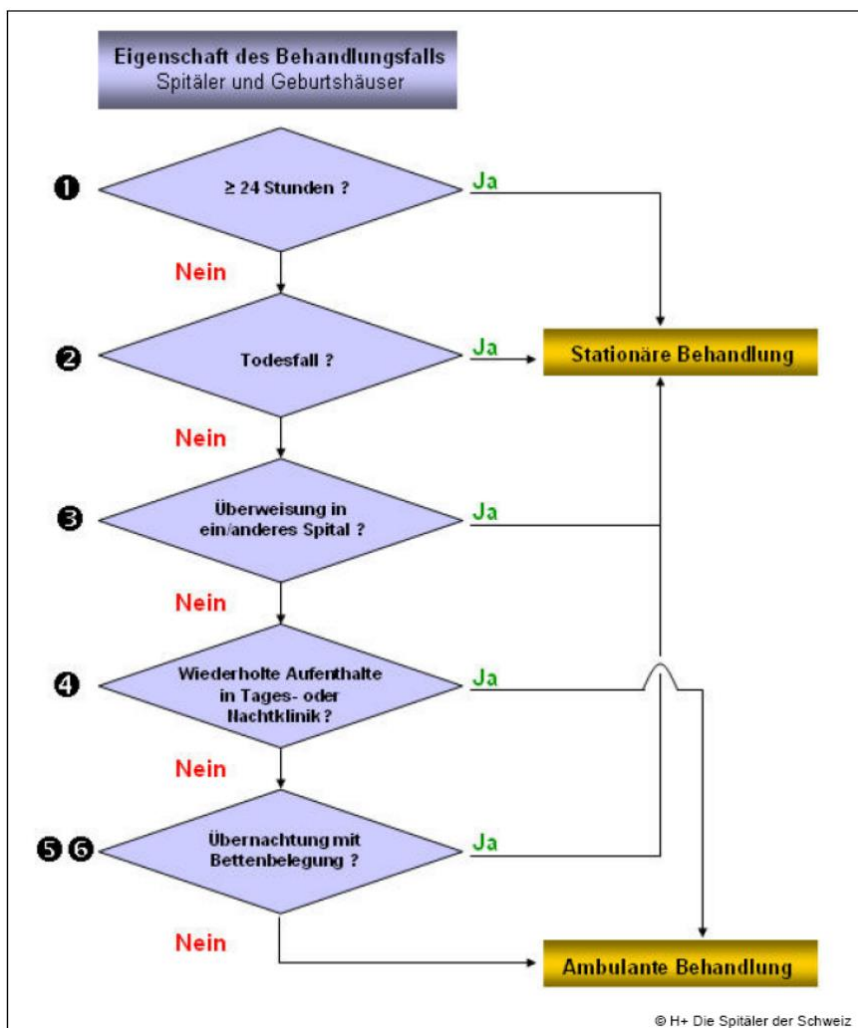
Abrechnung

Stationär → [nach SwissDRG \(STReha oder TARPSY\)](#)

Ambulant → [nach TARMED \(ab 2026 mit LKAAT \(biduales System TARDOC und ambulante Pauschalen\)\)](#)

Definition ambulant vs stationär

Die Einteilung, ob ein Behandlungsfall ambulant oder stationär ist, kann man relativ einfach über dieses Flussdiagramm herausfinden:



Erläuterungen zu den Abgrenzungskriterien:

1: „ ≥ 24 Stunden“ bedeutet, dass der Patient mindestens 24 Stunden im Spital (egal welche Abteilung) geblieben ist.

2: „Todesfall“ im Spital, während Behandlungseinheit (d.h. Todesfall nach Behandlungsabschluss, z.B. auf dem Spitalareal auf dem Parkplatz, zählt nicht dazu)

3: „Überweisung in ein anderes Spital“ klärt die Frage, ob der Patient in ein anderes Spital überwiesen worden ist.

Hierzu sind ergänzend¹ folgende Bedingungen für eine stationäre Verlegung von einem Spital A nach B unter anderem definiert:

- Der Transport ins Spital B wird von mind. einer medizinischen Fachperson, die nicht gleichzeitig Fahrer des Fahrzeugs ist, begleitet.
- Das Transportmittel ist mind. mit Notfallmaterial, Verbandsmaterial und AED (Automatisierter Externer Defibrillator) ausgerüstet.

Dies entspricht normalerweise einer **Verlegung per Krankenwagen/Ambulanz**. Ein Privattransport mit dem Privatauto wird nicht dazugezählt. D.h. wenn ein Patient in einem Regionalspital mit einem Augen-Notfall von einem Angehörigen weiter in die zentrale Augenklinik mit dem Privatauto transportiert wird, so gilt die Notfallkonsultation des Spital A als ambulant.

Die Verantwortung während der Verlegung übernimmt Spital A – bis zur Aufnahme im Spital B.

4: „wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken“ ist ein medizinischer Entscheid und ist Bestandteil des Therapieplans eines Patienten. 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, spitalbasierten Schmerzbehandlungen oder Physiotherapie gelten als ambulante Behandlung.

5: „Nacht“ wird mittels **Mitternachtszensus-Regel** gemessen und erfasst. Mit anderen Worten wird das Kriterium erfüllt, wenn ein Patient um Mitternacht (00:00) im Spital ist.

6: „Bettenbelegung“: ein Patient belegt ein Bett, sobald 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 Behandlung 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 „Bettbelegung“** 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. **Stationär als Definition** gilt demnach jeder Aufenthalt, der mindestens zwei Kalendertage betrifft (Mitternachtszensus) und auf der Bettenstation war.

Reminder: Die **Zählung der Verweildauer** läuft nach Anzahl Nächten, d.h. Anzahl Tage – 1, ausgenommen, der Patient wird direkt verlegt. Ein Patient, der vom 3. – 5. März stationär war, hat somit eine VWD von 2.

¹ SwissDRG Klarstellungen zu Regeln und Definitionen [Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln Version 4.8 \(swissdrg.org\)](#)

Externe ambulante Leistungen

Externe ambulante Leistungen sind medizinische Leistungen, die während des stationären Aufenthaltes ausserhalb des Spitals am Patienten erbracht werden. Diese Leistungen werden auf den stationären Fall kodiert, und der ambulante Leistungserbringer stellt dem Spital die Rechnung.

Beispiel externe ambulante Leistung

Ein Patient wird in einem Regionalspital wegen einer COPD behandelt. Bei plötzlichen Thoraxschmerzen ist eine Koronarangiografie indiziert. Er wird in ein Zentrumspital verlegt. Nach Ausschluss eines Koronarverschlusses wird er am selben Tag wieder ins Regionalspital zurückverlegt.

Spitalkodierung

Diagnosen: COPD und Thoraxschmerz (resp. Resultat Koronarangiografie)

Prozeduren: Koronarangiografie

Zentrumspital

Ambulante Rechnung von Koronarangiografie → wird an Regionalspital ausgestellt

Das heisst, der Patient ist selben tags direkt vor und direkt nach der externen ambulanten Leistung in stationärer Behandlung. Klassische Beispiele nebst (PET) CT/MRI, Koro und ERCP sind Augen- und Zahnarzttermine.

Keine externen ambulanten Leistungen sind demnach Leistungen, die direkt vor oder nach einem stationären Aufenthalt stattfinden.

Beispiel Sprechstunde und Notfalleintritt: Ein Patient hatte am Morgen einen ambulanten Chemotherapietermin. Danach ging er nach Hause. Er kommt am selben Tag am Nachmittag auf den Notfall bei AZ-Verschlechterung und Fieber.

- Unabhängig, ob die Chemotherapie vom eigenen oder fremden Betrieb durchgeführt wird, wird diese normal ambulant an die Versicherung abgerechnet. Der stationäre Aufenthalt beginnt mit dem Notfalleintritt – die Chemotherapie-Leistung wird in der Kodierung nicht berücksichtigt.

Beispiel Dialyse am Austrittstag: Ein Patient mit dekompensierter Herzinsuffizienz und regelmässiger Dialyse erhält nach 3 während des stationären Aufenthaltes durchgeführten Dialysen am Austrittstag eine weitere Dialyse durch einen **spitalfremden** Betrieb. Der Patient geht nach der Dialyse direkt nach Hause.

- Die 3 Dialysen während des stationären Aufenthaltes werden als externe ambulante Leistungen deklariert. Das heisst, diese werden in der Kodierung erfasst, und der spitalfremde Betrieb erstellt eine Rechnung von 3 Dialysen an das Spital.
- Die Dialyse am Austrittstag wird an sich nach der stationären Entlassung des Patienten durchgeführt. Somit wird diese Leistung nicht im stationären Fall kodiert, sondern vom spitalfremden Betrieb als ambulante Rechnung der Versicherung in Rechnung gestellt.