



# FAQ ambulantes Gesamt-Tarifsystem

Stand 16.03.2026

## 1. Übergeordnete Fragestellungen

<b>Was ist das Gesamt-Tarifsystem?</b>	<p>Das Gesamt-Tarifsystem besteht aus den ambulanten Pauschalen Version 1.1 und TARDOC Version 1.4. Es wird am 1. Januar 2026 den TARMED als ambulante ärztliche Tarifstruktur ablösen, sofern der Bundesrat dies genehmigt.</p> <p>Das Gesamt-Tarifsystem wurde aus den vom Bundesrat am 19. Juni 2024 teilgenehmigten Tarifstrukturen ambulante Pauschalen V 1.0 und TARDOC V1.3.2 entwickelt.</p>
<b>Gilt das neue Gesamt-Tarifsystem auch für UV/IV/MV?</b>	<p>Tarifstrukturen müssen im Bereich KVG vom Bundesrat genehmigt werden. Im UV/IV/MV-Bereich müssen diese nicht vom Bundesrat genehmigt werden.</p> <p>H+ hat mit der MTK ebenfalls einen Tarifvertrag abgeschlossen.</p>
<b>Kann ich meine echten Fälle für die Anwendung des Gesamt-Tarifsystems simulieren?</b>	<p>Ja. Mittels Simulationsgrupper kann jeder Leistungserbringer seine echten Fälle, die nach TARMED fakturiert wurden, für eine Anwendung mit den ambulanten Pauschalen simulieren. Als Ergebnis dieser Simulation wird die jeweilige Fallgruppe ausgegeben.</p> <p>Einzelfälle im Anwendungsbereich der ambulanten Pauschalen können mittels <a href="#">Einzelfall-Simulationsgrupper</a> simuliert werden.</p>

	Leistungsvolumen im Anwendungsbereich des TARDOC können mittels <a href="#">Transcodierung</a> simuliert werden.
<b>Gibt es eine Übersetzung von TARMED zu TARDOC resp. von TARMED zum LKAAT?</b>	Die OAAT AG hat ein Simulationstool zur Verfügung gestellt, in dem TARMED-Fälle in TARDOC-Leistungen transcodiert werden können. Eine Transcodierung von TARMED zu den Pauschalleistungen im LKAAT wurde von H+ auf der Website zur Verfügung gestellt.

## 2. Anwendungsmodalitäten

### 2.1. Sitzung, Patientenkontakt und ambulante Behandlung

<b>Was ist ein Leistungserbringer im ambulanten Setting</b>	Ein Leistungserbringer im ambulanten Setting ist ein Arzt/eine Ärztin (Art. 35 Abs. 2 lit a KVG) oder eine Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen dient (Art. 35 Abs. 2 lit n KVG) und über lediglich ein Fachbereich verfügt oder ein Fachbereich (gemäss Reglement Fachbereiche inkl. Liste der Fachbereiche) innerhalb eines Spitals gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. h KVG oder einer Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen dient gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. n KVG). Anwendungsmodalitäten Kapitel 2
<b>Was ist eine Sitzung?</b>	Eine Sitzung ist definiert als das physische oder fernmündliche Zusammentreffen eines Patienten/einer Patientin mit einem Leistungserbringer im ambulanten Setting. Im Rahmen dessen wird eine Leistung durch einen Leistungserbringer im ambulanten Setting zu Gunsten eines Patienten/einer Patientin durchgeführt, die der Diagnose oder Behandlung dient. Anwendungsmodalitäten Kapitel 3.1

<b>Was ist ein Patientenkontakt?</b>	Ein Patientenkontakt wird gebildet aus der Sitzung sowie dessen zugeordneten Leistungen (Pathologie-, Analyseleistungen, Leistungen in Abwesenheit, Berichte). Falls der Sitzung keine Leistungen zugeordnet werden, ist die Sitzung dem Patientenkontakt gleichgesetzt. Anwendungsmodalitäten Kapitel 4
<b>Was ist eine ambulante Behandlung?</b>	Eine ambulante Behandlung im Sinne der Gesamt-Tarifstruktur ist ein Patientenkontakt oder mehrere zusammengefasste Patientenkontakte. Bei der Zusammenfassung von mehreren Patientenkontakten sind die Regeln zu beachten. Anwendungsmodalitäten Kapitel 5
<b>Gutachten/Konsilien/Tumorboard: Wieso entsprechen diese Leistungen einer eigenständigen Sitzung?</b>	Bei den drei Situationen Gutachten, Akten- und Bildkonsilien und Tumorboards/ärztliche Expertenboards/interdisziplinäre Boards handelt es sich um Leistungen, welche sowohl in Anwesenheit des Patienten als auch ohne dessen Anwesenheit durchgeführt werden können. Mit der Definition als Sitzung wurde dieser speziellen Situation Rechnung getragen. Anwendungsmodalitäten Kapitel 3.1 Abs. 2
<b>Wieso ist das Zusammenfassen von Patientenkontakten notwendig?</b>	Ohne das Zusammenfassen von Patientenkontakten gäbe es grosse Anreize, die Behandlung auf verschiedene Leistungserbringer im ambulanten Setting aufzuteilen.
<b>Gibt es eine Übersicht oder Liste, welche Disziplinen von der Zusammenfassung von Patientenkontakten ausgeschlossen sind?</b>	Von der Zusammenfassung von Patientenkontakten ausgenommene Fachbereiche sind diejenigen, die auf ärztliche Anordnung Leistungen erbringen sowie Transport- und Rettungsdienste. Die entsprechende Liste ist im Reglement Fachbereiche zu finden. Anwendungsmodalitäten Kapitel 5 Abs. 8; Reglement Fachbereiche Beilage 1

<p><b>Ist die Fachrichtung des behandelnden Arztes oder die Fachrichtung, in welcher er arbeitet, relevant für die Definition des Fachbereichs?</b></p>	<p>Das Spital hat jeden Arzt und jede Ärztin einem Fachbereich zuzuordnen. Insofern ist diejenige Fachrichtung relevant, in welcher der Arzt/die Ärztin arbeitet, und nicht sein/ihr eigener Facharztstitel.</p> <p>In den allermeisten Fällen ist dies übereinstimmend. Es kann aber beispielsweise sein, dass ein Arzt/eine Ärztin mit Facharztstitel noch einen weiteren Facharztstitel 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>Reglement Fachbereiche, Kapitel 2 Abs. 1</p>
<p><b>Wieso ist die Stomaberatung kein Leistungserbringer im ambulanten Setting?</b></p>	<p>Die Stomaberatung ist gemäss KVG (Art. 35 Abs. 2 e) kein Leistungserbringer, der auf Anordnung des Arztes/der Ärztin Leistungen erbringen kann.</p>
<p><b>Patientenkontakte von unterschiedlichen Leistungserbringern nach KVG werden zusammengefasst, wenn deren Diagnosen in die gleiche Diagnosegruppe gruppieren, und die Leistungen in unmittelbarer Abhängigkeit zueinanderstehen. Was bedeutet dies in der Anwendung? In welchen Situationen ist diese unmittelbare Abhängigkeit vorhanden?</b></p>	<p>Anwendungsbeispiele sind in der Klarstellung 8 zu Kapitel 5 im Dokument Klarstellungen und Beispiele aufgeführt. Es handelt sich bspw. um die Operation durch einen Belegarzt/eine Belegärztin im Spital.</p>
<p><b>Was ist der Grund wieso die Hebammen nicht als Fachdisziplin aufgeführt sind die «auf Anordnung des Arztes Leistungen erbringen»? (Anwendungsmodalitäten Seite 5)</b></p>	<p>Hebammen können gemäss Gesetz Leistungen ohne Anordnung des Arztes/der Ärztin erbringen. Deshalb gelten für die Hebammen die gleichen Regeln wie für Chiropraktor:innen und Ärzt:innen.</p>
<p><b>Dürfen die Pflegefachpersonen nur einem Fachbereich zugeordnet sein, oder auch für mehrere Fachbereiche Leistungen erbringen?</b></p>	<p>Die Pflegenden dürfen für mehrere Fachbereiche Leistungen erbringen, und dementsprechend mehreren Fachbereichen zugeordnet sein. Bei der Leistungserfassung ist sicherzustellen, dass jeweils der für den Einzelfall korrekte Fachbereich ausgewählt wird.</p>
<p><b>Was sind Diagnosegruppen?</b></p>	<p>Diagnosegruppen sind diejenigen Diagnosen, welche ins gleiche Capitulum gruppieren.</p>

<p><b>Wie sind die organisatorischen Einheiten, respektive die Fachbereiche zuzuordnen?</b></p>	<p>Die organisatorischen Einheiten sind ein Konstrukt des Spitals. Diese müssen den Fachbereichen zugeordnet werden. Es kann sein, dass dann mehrere organisatorische Einheiten demselben Fachbereich zugeordnet werden. Z.B. Orthopädie Schulter, Orthopädie Fuss und Orthopädie Hüfte werden alle dem Fachbereich Orthopädie zugeordnet.</p> <p>Es gibt aber auch die Möglichkeit, dass innerhalb einer organisatorischen Einheit mehrere Fachbereiche arbeiten. Dies ist z.B. denkbar, wenn in einem kleinen Spital mehrere Spezialisten ihre Sprechstunden anbieten, aber generell der Chirurgie unterstellt sind, und keine eigenen organisatorischen Einheiten bilden. Oder in einem grösseren Spital eine interdisziplinäre Einheit gebildet wurde (z.B. Wirbelsäulenchirurgie, welche aus Neurochirurgen und Orthopäden besteht).</p> <p>Die konkrete Ausgestaltung liegt beim Spital. Wichtig ist, dass an der Spitze eines Fachbereichs ein Arzt mit entsprechendem Facharztstitel steht. Reglement Fachbereiche</p>
---	--

## 2.2. Zugeordnete Leistungen

<p><b>Wie lange muss ein Bericht dem entsprechenden Patientenkontakt zugeordnet werden?</b></p>	<p>Berichte sind unlimitiert dem entsprechenden Patientenkontakt zuzuordnen. Anwendungsmodalitäten Kapitel 4.1 Abs. 3</p>
<p><b>Wie erkennt das System, welchem Patientenkontakt die Laborleistungen zuzuordnen sind?</b></p>	<p>Die Laborleistungen können beispielsweise anhand des Auftragsdatums und dem auftraggebenden Fachbereich zugeordnet werden.</p>
<p><b>Was passiert mit Leistungen in Abwesenheit ab Tag 31?</b></p>	<p>Diese Leistungen werden über TARDOC abgerechnet.</p>

<b>Hat die Zuordnung einer Leistung zu einer Sitzung einen Einfluss auf das Leistungsdatum der zugeordneten Leistung?</b>	Das Leistungsdatum entspricht demjenigen Tag, an dem die Leistung effektiv erbracht wurde.
<b>Wie sind Leistungen in Abwesenheit, welche vor dem ersten Kontakt stattfinden, zuzuordnen? Z.B. Aktenstudium bei einer Überweisung eines Patienten.</b>	Diese Leistungen werden keinem Patientenkontakt zugeordnet, sondern sind direkt über TARDOC abrechenbar.

## 2.3. ambulante Leistungserfassung

<b>Ist die Verwendung des Leistungskatalogs verpflichtend?</b>	Der Leistungskatalog (LKAAT) ist die Basis für die Verwendung des Groupers.
<b>Welche Diagnosecodes sind anzuwenden? ICD-10 oder Tessiner-Code?</b>	<p>Gemäss Kapitel 2 der Richtlinien für die ambulante Leistungserfassung gelten folgende Regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Sitzungen ohne Triggerposition werden Diagnosen nach ICD-10-GM oder Tessiner-Code erfasst.</li> <li>• Bei Sitzungen mit Triggerposition (Abrechnung über eine ambulante Pauschale) muss die Diagnose immer gemäss ICD-10-GM erfasst werden.</li> <li>• Bei mehreren Sitzungen am gleichen Tag, wovon eine Sitzung mit Triggerposition vorliegt, ist für alle Sitzungen die Diagnose mittels ICD-10-GM zu erfassen.</li> </ul> <p>H+ empfiehlt den Spitalern, die Diagnosen aller Sitzungen mittels ICD-10-GM zu erfassen. Dies, um eine Einheitlichkeit zu gewährleisten und Rückweisungen zu vermeiden.</p>
<b>Gibt es einen Unterschied zwischen der medizinisch verwendeten Diagnose und der Diagnose für die ambulante Leistungserfassung?</b>	<p>Die Diagnose für den medizinischen Alltag ist nicht zwingend gemäss ICD-10 oder Tessiner-Code formuliert. Die Diagnose für die ambulante Leistungserfassung muss im ICD-10-Format oder als Tessiner-Code vorliegen, damit die Definition der ambulanten Behandlung korrekt umgesetzt werden kann.</p> <p>Allenfalls kann auch ein Unterschied im Zeitpunkt der Diagnose bestehen. Die Diagnose für die ambulante Leistungserfassung</p>

	beschreibt denjenigen Zustand, der während oder unmittelbar nach dem Patientenkontakt als Diagnose feststeht und Hauptanlass für die Behandlung und/oder Untersuchung des Patienten/der Patientin war (siehe Richtlinien für ambulante Leistungserfassung). 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.
<b>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)?</b>	Gemäss den Richtlinien für ambulante Leistungserfassung ist diejenige Diagnose zu wählen, welche der Hauptanlass für die Untersuchung/Behandlung war. Als Hauptanlass zeichnet sich diejenige Behandlung aus, der den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln während des Patientenkontaktes hatte. Richtlinien für ambulante Leistungserfassung, Kapitel 2.1
<b>Wann erfolgt die Leistungserfassung?</b>	Die Leistungserfassung erfolgt während oder unmittelbar nach dem Patientenkontakt. Richtlinien für ambulante Leistungserfassung, Kapitel 1.2
<b>Benötigen zugeordnete Leistungen ebenfalls eine Diagnose?</b>	Nein, eine zugeordnete Leistung muss keine Diagnose enthalten. Die Zuordnung erfolgt über den Fachbereich, den Auftraggeber oder das Datum. Die Diagnose ist dabei nicht massgebend.
<b>Wird die Diagnose endständig erfasst?</b>	Ja, die Diagnose wird immer endständig erfasst.

<p><b>Muss auf der Sitzung der Radiologie eine Diagnose erfasst werden?</b></p>	<p>Auf jeder Sitzung muss eine Diagnose erfasst werden. Das ist so nicht wörtlich festgehalten, ergibt sich aber aus den Formulierungen im Anhang C. Grund dafür ist, dass die Patientenkontakte der Radiologie ebenfalls der möglichen Zusammenfassung mit anderen Patientenkontakten unterliegen. Falls also keine Diagnose erfasst ist, könnten diese nicht zusammengefasst werden, und auch von den Kostenträgern nicht geprüft werden.</p> <p>Es gilt zu beachten, dass die Diagnosestellung im medizinischen Sinn nicht zwingend mit der Erfassung der Diagnose übereinstimmt.</p>
<p><b>Was sind Analogiepositionen und Reservecodes und wie werden sie im Antrags- und Abrechnungsverfahren verwendet?</b></p>	<p>Fehlende oder noch nicht definierte Leistungspositionen können im Rahmen des Antragsverfahrens zur Aufnahme in die Tarifstrukturen beantragt werden. Die Tarifpartner prüfen den Antrag und entscheiden, ob die beantragte Leistung in den Leistungskatalog aufgenommen werden soll. Wenn eine Leistung bereits vor der offiziellen Aufnahme abgerechnet werden muss, kann sie als sogenannte <i>Analogieposition</i> über eine bestehende Tarifposition (Analogieleistung) verrechnet und zusätzlich mit einem <i>Reservecode</i> dokumentiert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analogiepositionen dienen der vorübergehenden Abrechnung von Leistungen, die im aktuellen LKAAT noch nicht abgebildet sind. Ihre Verwendung ist ausschliesslich nach Vorgaben der OAAT zulässig.</li> <li>• Reservecodes enthalten zunächst keine medizinische Beschreibung und werden ausschliesslich zur Dokumentation solcher Leistungen genutzt. Sie haben keinen Leistungsbezug. Die OAAT kann Reservecodes unterjährig mit einer Beschreibung versehen.</li> </ul> <p>Eine aktuelle Übersicht über alle gültigen und früheren Analogie- und Reservecodes ist auf der <a href="#">Webseite der OAAT</a> abrufbar.</p>

	<b>Beispiel:</b> Leistung: Versorgung einer Fraktur bzw. Luxation mittels geschlossener Reposition mit äußerer Schienung am Handgelenk Analogieposition: C08.FA.0030 Reservecode: C00.YY.0010
--	--

## 2.4. Entscheid Tarifstruktur

<b>Wie weiss ich als Anwenderin, ob die ambulante Behandlung mittels TARDOC oder ambulanter Pauschale abzurechnen ist?</b>	Massgebend ist, ob eine Triggerposition vorhanden ist. Ist in einer ambulanten Behandlung eine Triggerposition erfasst, führt dies automatisch und zwingend zu einer Abrechnung einer ambulanten Pauschale.
<b>Was sind Triggerpositionen?</b>	Triggerpositionen sind diejenigen Positionen des LKAAT, welche die Eingruppierung in eine Fallgruppe auslösen. Ist in einer ambulanten Behandlung eine Triggerposition erfasst, führt dies immer zu einer Abrechnung einer ambulanten Pauschale.  In der Einführungsversion entsprechen die P und PZ-Positionen des LKAAT den Triggerpositionen.
<b>Wird das Gesamt-Tarifsystem auch im praxisambulanten Bereich angewendet?</b>	Das Gesamt-Tarifsystem ist eine national einheitliche Tarifstruktur, die sowohl im praxisambulanten als auch im spitalambulanten Bereich angewendet wird.
<b>Was passiert, wenn in einer ambulanten Behandlung mehrere Triggerpositionen aufgeführt sind?</b>	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.

<p><b>Können die Leistungserbringer zwischen der Abrechnung über ambulante Pauschale oder Einzelleistungstarif auswählen? Nach welchen Regeln wird die korrekte Tarifstruktur gewählt?</b></p>	<p>Nein, die Leistungserbringer und die Kostenträger können die anzuwendende Tarifstruktur nicht frei wählen. Jede ambulante Behandlung ist dahingehend zu prüfen, ob eine Triggerposition darauf enthalten ist. Eine Triggerposition führt immer zu einer Abrechnung mittels ambulanter Pauschale. Anwendungsmodalitäten Kapitel 6.1</p>
<p><b>Können die Leistungen im Rahmen der Anästhesie-Sprechstunde einige Tage vor dem Eingriff in einer separaten ambulanten Behandlung abgerechnet werden?</b></p>	<p>Ja. Eine Zusammenführung von Patientenkontakten mit Diagnosen in der gleichen Diagnosegruppe erfolgt – mit einer Ausnahme – lediglich für Patientenkontakte, die am gleichen Tag erbracht werden. Die Ausnahme ist eine ambulante Behandlung (z.B. Notfall) über Mitternacht. Anwendungsmodalitäten Kapitel 5</p>

## 3. Ambulante Pauschalen

### 3.1. Grundmechanismus

<p><b>Wie viele ambulante Pauschalen gibt es?</b></p>	<p>In der Version 1.1 sind es 315 Pauschalen, davon eine Fehler-Fallgruppe und 3 unbewertete Pauschalen.</p>
<p><b>Wie weiss ich, welche Pauschale abzurechnen ist?</b></p>	<p>Die ambulanten Pauschalen werden anhand der Diagnose und der erbrachten Leistung (gemäss LKAAT) ermittelt. Die Diagnose führt in das entsprechende Capitulum und die Leistung (sowie weitere Merkmale wie bspw. Alter, Geschlecht) führt innerhalb des Capitulum in die richtige Fallgruppe. Dieser Vorgang muss nicht manuell gemacht werden, sondern wird durch den sogenannten Grouper erledigt.</p>
<p><b>Was ist ein Grouper und wie funktioniert dieser?</b></p>	<p>Der Grouper ist ein umfassendes Flussdiagramm oder ein umfassender Entscheidbaum. Darin werden die ambulanten</p>

	<p>Behandlungen aufgrund der Diagnose, der Leistungen und weiterer Merkmale (z.B. Alter des Patienten) der richtigen Fallgruppe zugeordnet.</p> <p>Der Entscheidungsbaum ist im Definitionshandbuch im Tarifbrowser einsehbar.</p>
<p><b>Welche Leistungen sind in den Pauschalen enthalten?</b></p>	<p>Gemäss Kapitel 6.1 und 3.2 der Anwendungsmodalitäten bilden die Fallgruppe und die separat abrechenbaren Leistungen abschliessend die verrechenbaren Leistungen der ambulanten Behandlung ab. Weitere separate Verrechnungen sind nicht möglich.</p> <p>Separat abrechenbare Leistungen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Labile und stabile Blutprodukte</li> <li>- Mitgegebene Heilmittel</li> <li>- Implantate in Fallgruppen mit entsprechender Kennzeichnung im Katalog der ambulanten Pauschalen</li> </ul>
<p><b>Wieso wurden die ambulanten Pauschalen auf Basis von TARMED erstellt?</b></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 Leistungen aus weiteren Tarifen) und die Kostendaten (gemäss REKOLE) erhoben und ausgewertet.</p> <p>Tarifpositionen (bspw. TARMED) wurden nur verwendet, um den erbrachten Fall zu identifizieren.</p>

<p><b>Sind in den Pauschalen nur ärztliche Leistungen enthalten? Sind die Implantate/ Medikamente/ Laboranalysen in den Pauschalen enthalten?</b></p>	<p>Grundsätzlich sind alle Leistungen einer ambulanten Behandlung in den Pauschalen enthalten. Darunter fallen auch die nichtärztlichen Leistungen, Medikamente, Material, Implantate, Laborleistungen, etc. Vereinzelte sind Implantate jedoch separat abrechenbar. Im Katalog der ambulanten Pauschalen und im Tarifbrowser 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><b>Sind die Leistungen der Pflegefachpersonen berücksichtigt?</b></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><b>Wieso sind die Implantate nur bei gewissen Fallgruppen separat abrechenbar?</b></p>	<p>Die Implantate sind nur bei denjenigen Fallgruppen separat abrechenbar, bei denen diese Regelung zu einer besseren Homogenität innerhalb der Fallgruppe führt. Dies ist nur bei denjenigen Fallgruppen der Fall, bei denen die unterschiedlichen Preise der Implantate für die Streuung innerhalb der Fallgruppe verantwortlich sind.</p>
<p><b>Sind hochteure Medikamente und Zytostatika separat verrechenbar?</b></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 Zytostatika notwendig ist.</p> <p>Das Medikament Spinraza (ATC-Code M09AX07) ist in der Pauschale C01.50A (Lumbalpunktion od. Suboccipitalpunktion mit aufwändiger medikamentöser Therapie (M09AX07)) eintarifiert.</p>

<p><b>Gibt es spezifische Pauschalen für die Behandlung von Kindern?</b></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 Splitkriterium ist, sondern die zusätzlich notwendige Anästhesie durch einen Anästhesisten/eine Anästhesistin. Aus diesem Grund ist die Anästhesie durch Anästhesisten ein häufig angewendetes Splitkriterium und findet sich entsprechend im Katalog der ambulanten Pauschalen. Dies ermöglicht es zudem, dass nicht nur Kinder adäquater abgegolten werden, sondern auch weitere Patient:innen, die aus anderen Gründen eine zusätzliche Anästhesie benötigen und dadurch in der Behandlung aufwändiger sind.</p>
<p><b>Können mitgegebene Medikamente separat verrechnet werden?</b></p>	<p>Mitgegebene Heilmittel (Arzneimittel und Medizinprodukte) können separat verrechnet werden. Anwendungsmodalitäten Kapitel 3.2 Abs. 2</p>
<p><b>Hat die Diagnose einen Einfluss auf die Gruppierung?</b></p>	<p>Die Diagnose ist für die Gruppierung ins Capitulum massgebend. Auf die Gruppierung innerhalb des Capitulums oder innerhalb der Basisfallgruppe hat die Diagnose keinen Einfluss.</p>
<p><b>Wie können Kombinationseingriffe (gleichzeitige Eingriffe von unterschiedlichen Fachbereichen während Anästhesie) abgerechnet werden?</b></p>	<p>Bei Kombinationseingriffen während einer Anästhesie durch den Anästhesisten muss der Patientenkontakt der Anästhesiologie diejenige Diagnose erfassen, welche der Hauptanlass des Aufenthalts war und den höchsten Aufwand an medizinischen Mitteln aufweist (vgl. Richtlinien für die ambulante Leistungserfassung). Dadurch wird der Patientenkontakt der Anästhesiologie mit demjenigen Patientenkontakt zu einer ambulanten Behandlung zusammengefasst, welcher der Hauptanlass des Aufenthalts ist. Klarstellung 11 zu Kapitel 5</p>

## 3.2. Datengrundlage

<p><b>Wieso wurden nur Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler verwendet?</b></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.</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 und die Daten vorlägen, könnten diese für die Berechnungen im ambulanten Pauschalensystem berücksichtigt werden. Um die Aufhebung der dynamischen Kostenneutralität zu erreichen, müssen auch Daten der niedergelassenen Ärzteschaft einbezogen werden.</p>
<p><b>Wie konnten die Pauschalen bewertet werden?</b></p>	<p>Die Tarifversion 1.1 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 Kosten und nicht um quantitative Schätzungen oder Meinungen von Fachpersonen.</p>

<p><b>Was sind unbewertete Fallgruppen? Wo sind diese ersichtlich?</b></p>	<p>Unbewertete Fallgruppen entstehen da, wo zu kleine Datenmengen vorliegen und eine Bewertung deshalb nicht sachgerecht möglich ist. Die unbewerteten Fallgruppen sind im Katalog ambulante Fallgruppen daran erkennbar, dass keine Taxpunkte ausgewiesen sind. Für unbewertete Tarifpositionen haben die betroffenen Leistungserbringer mit den Kostenträgern individuelle Entgelte zu vereinbaren (siehe Kapitel 8 der Anwendungsmodalitäten).</p>
<p><b>Werden zukünftig Datenlieferungen nötig sein?</b></p>	<p>Ja. Die ambulanten Pauschalen werden datengestützt weiterentwickelt. Gemäss Art. 47a Abs. 5 KVG sind die Leistungserbringer zur Datenlieferung verpflichtet.</p>

### 3.3. Entwicklung der ambulanten Pauschalen

<p><b>Wie wurden die ambulanten Pauschalen entwickelt?</b></p>	<p>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.</p>
--	---

## 4. TARDOC

<p><b>Wie kann ich ermitteln, welche TARMED-Positionen zu welchen TARDOC-Positionen wurden? (Ermittlung der Vorgängerposition)</b></p>	<p>Im TARDOC-Browser sind die Vorgängerpositionen ersichtlich. Ebenso sind sie im Anhang A2 zum Tarifstrukturvertrag, dem TARDOC-Excel, ersichtlich.</p>
<p><b>Können die Spitäler die Positionen des Kapitels AK.05 Chronic Care Management auch abrechnen?</b></p>	<p>Die Positionen des Kapitel AK.05 sind gemäss Kapitelinterpretation KI-AK.05-4 nur in der Praxis anwendbar. Dies lässt sich auch aus der Beilage B zum Anhang F herauslesen.</p>
<p><b>Dürfen die Spitäler die Notfall- und Inkonvenienzpauschalen (Kapitel AA.30) abrechnen?</b></p>	<p>Nein, das Kapitel AA.30 kann durch Spitäler nicht angewendet werden.</p>
<p><b>Ärztlicher Bericht AA.25.0010</b></p> <p><b>Kann der ärztliche Bericht auch abgerechnet werden, wenn der Bericht zuhanden eines anderen Arztes desselben Leistungserbringers gemäss KVG erstellt wird?</b></p>	<p><b>Ja, dieser Bericht ist abrechenbar.</b></p>
<p><b>Ist die Tarifposition Konsilium AA.00.0080 auch bei interner Zuweisung abrechenbar?</b></p>	<p><b>Ja, die Position ist auch bei interner Zuweisung abrechenbar.</b></p>
<p><b>Wie weiss ich im Kapitel AM.05 „Spezialisierte Überwachung vor/nach Infusionen“ wie die Zeit pro Patient ermittelt wird?</b></p>	<p>Die Abrechnung erfolgt über die gesamte Zeit, welche der Patient auf der Abteilung liegt und betreut/überwacht wird. Dabei ist keine ununterbrochene 1:1-Betreuung nötig.</p> <p>Für die Ermittlung der Betreuungsintensität besteht in der Kapitelinterpretation AM.05-1 eine Tabelle.</p>

<p><b>Sind auf dem Notfall verschiedene Fachbereiche tätig, können alle Fachbereiche die Position WG.00.0030 anwenden? Und wie ist die Limitation anzuwenden?</b></p>	<p>Leistungen, welche auf dem Notfall erbracht werden, werden mit der Position WG.00.0030 abgerechnet. Dies auch von anderen Fachbereichen. Zu beachten sind die Medizinische Interpretation und die Kapitelinterpretation, welche die Leistungen, die über die Position WG.00.0030 abgerechnet werden, etwas spezifizieren. Die Limitation gilt pro Sitzung, also pro Fachbereich.</p>
<p><b>Gibt es zu den nichtärztlichen Positionen des Kapitels WG noch nähere Erläuterungen, damit die richtige Position für die Abrechnung gewählt werden kann?</b></p>	<p>Es gibt keine weiterführenden Unterlagen, welche Sie konsultieren können. Zu beachten sind die Bestimmungen im Tarif (auf der Tarifposition und auch auf den Kapitelinterpretationen).</p>
<p><b>Wie ist die Notfallstation im Spital definiert?</b></p>	<p>Im TARDOC gibt es keine Definition dazu.</p>
<p><b>Sind Emails auch fernmündlich?</b></p>	<p>Im TARDOC wird unterschieden zwischen telemedizinisch zeitgleiche und zeitversetzte Konsultationen. E-Mail sind zeitversetzte Konsultationen, und zählen deshalb nicht zur Definition der Sitzung.</p>
<p><b>Wie wird eine Co-Therapie / Gruppentherapie mit mehreren Patient:innen und mehreren Behandlern abgerechnet?</b></p>	<p>Ab 2 Personen gilt die Definition einer Sitzung.  Ab 6 Patient:innen können zwei Behandelnde gleichzeitig abrechnen entweder:  - zwei Ärzt:innen, oder  - eine Ärztin/ein Arzt zusammen mit einer nichtärztlichen Fachperson.</p> <p>Eine parallele Abrechnung ist somit erst ab 6 Teilnehmenden möglich.  Auch für nichtärztlichen Leistungen gilt die entsprechende Limitation gemäss KI-EA.05.</p> <p>Bei Behandlungen durch zwei Fachpersonen muss stets die WZW (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) erfüllt sein.</p>

<p><b>Wie wird eine Einzelsitzung eines einzelnen Patienten in Anwesenheit mehrerer Therapeut:innen / Ärzt:innen abgerechnet?</b>  <b>Ist eine parallele Abrechnung wie unter TARMED weiterhin möglich?</b></p>	<p>Wenn zwei Ärzt:innen gleichzeitig denselben Patienten behandeln und beide aus dem gleichen Fachbereich stammen, gilt für sie gemeinsam eine Limite von 75 Minuten pro Sitzung.  Innerhalb dieser Limite ist die Abrechnung weiterhin möglich.  Für nichtärztliche Leistungen gilt die entsprechende Begrenzung gemäss KI-EA.05.  Auch in diesem Fall müssen die WZW-Kriterien erfüllt sein.</p>
<p><b>Wie soll die Position EA.00.0230 Psychiatrischer Bericht angewendet werden, wenn psychiatrische Berichte in der Praxis häufig mehrere Sitzungen zusammenfassen, jedoch tarifarisch zwingend einer einzelnen Sitzung zugeordnet werden müssen?</b></p>	<p><b>1. Dokumentation</b>  Die Dokumentation umfasst Einträge, die während oder unmittelbar nach der Behandlung erstellt werden.  Sie beschreibt den konkreten Verlauf, die durchgeführten Interventionen und die unmittelbaren therapeutischen Überlegungen.  Abrechnung: Die Dokumentation wird über die jeweilige Behandlungsleistung (z. B. Psychotherapie-Sitzung, psychiatrische Konsultation) abgerechnet.  Sie gilt nicht als Bericht und benötigt keine separate Position.</p> <p><b>2. Bericht</b>  Ein Bericht richtet sich an eine andere Ärztin/einen anderen Arzt oder an eine Institution (z. B. Zuweisende, Gutachter, Versicherung).  Er fasst mehrere Sitzungen, Beobachtungen und Behandlungsverläufe zusammen.  Abrechnung: Der Bericht wird über die Berichtsposition (EA.00.0230) abgerechnet.  Beschreibt ein Bericht mehrere Sitzungen, ist dieser der letzten beschriebenen Sitzung zuzuordnen.</p>

## 5. Prozessuale Themen

### 5.1. Fallführung

<b>Was sind die Vorteile eines Erfassungs-Containers?</b>	Mit dem Erfassungs-Container fällt die teilweise manuelle Falleröffnung weg. Auch die Problematik der Erfassung auf den falschen administrativen Fall fällt weg.
<b>Wie viele Erfassungs-Container werden angelegt?</b>	Das Spital kann die Erfassungs-Container selbst definieren. Denkbar ist ein Erfassungs-Container pro Patient oder pro Patient und Garant.
<b>Muss der Erfassungs-Container umgesetzt werden?</b>	Nein, der Erfassungs-Container als Leistungsträger ist eine optionale Variante.

### 5.2. Leistungserfassung

<b>Müssen die Dialyse-Positionen des LKAAT (N-Positionen) im Bereich der Dialysen erfasst werden?</b>	In Absprache mit der OAAT empfehlen wir Ihnen, die LKAAT-Positionen nicht zu erfassen. Einerseits, damit in der Leistungserfassung kein doppelter Aufwand entsteht, und andererseits, weil die Tarifpositionen deutlich spezifischer sind als die LKAAT-Positionen.
<b>Müssen auf Sitzungen mit ausschliesslich nichtärztlichen Leistungen auch Diagnosen erfasst werden?</b>	Ja, auch bei Sitzungen mit rein nichtärztlichen Leistungen ist die Erfassung einer Diagnose relevant. Nur so kann geprüft werden, ob die Sitzung mit einer anderen Sitzung zusammengefasst werden muss.

### 5.3. Fakturierung

<p><b>Wann erfolgt die Fakturierung, wenn Leistungen bis zu 30 Tage nach dem Patientenkontakt noch zugeordnet werden können?</b></p>	<p>Das Spital kann gemäss den internen Abläufen den Fakturierungszeitpunkt festlegen. Die Regelung zu den zugeordneten Leistungen hat keinen Einfluss auf den Fakturierungszeitpunkt. Wurde die ambulante Behandlung über eine Pauschale abgerechnet, können die zugeordneten Leistungen nicht separat abgerechnet werden. Wurde die ambulante Behandlung über TARDOC abgerechnet, können die zugeordneten Leistungen separat abgerechnet werden. Beide Verrechnungen haben folglich keine Auswirkungen auf die bereits abgerechneten Leistungen.</p>
<p><b>Muss auf der Rechnung die endständige Diagnose aufgeführt werden?</b></p>	<p>Der Tessiner-Code wird immer endständig auf der Rechnung aufgeführt.</p> <p>Die ICD-10-Diagnose wird nie endständig auf der Rechnung aufgeführt, weil dies gemäss aktuellem Wissensstand dem Datenschutz nicht entsprechen würde. Im Vertrag ist vereinbart, dass nur der 1. Buchstabe der Diagnose aufgeführt wird. Damit die Gruppierung einer ambulanten Pauschale überprüft werden kann, muss bei Abrechnungen über den Patientenpauschaltarif auch noch das Capitulum mitgeliefert werden. Diese Regelung hat der Bundesrat in der Genehmigung vom 30. April 2025 so bestätigt.</p> <p>Anhang H Rechnungsstellung und Genehmigungsschreiben des Bundesrats vom 30.04.2025</p>
<p><b>Können auch TARMED-Leistungen mit dem xml 5.0-Rechnungsformat übermittelt werden?</b></p>	<p>Ja, dies ist möglich.</p>
<p><b>Ist es zwingend nötig, per 1. Januar 2026 auf xml 5.0 umzustellen?</b></p>	<p>Für die Abrechnung des Gesamt-Tarifsystems werden neue Felder benötigt. Diese sind nur im xml 5.0 vorhanden.</p>
<p><b>Gibt es weiterhin einen Abschlag für med. pract.-Ärzte wie es diesen jetzt in TARMED 1.09_BR gibt?</b></p>	<p>Nein, diesen Abschlag gibt es im Gesamt-Tarifsystem nicht.</p>

<b>Muss bei Paramedizinischen Leistungen eine Diagnose mitgeliefert werden?</b>	Nein, dies ist nicht nötig.
<b>Welche Medikamente werden auf Rechnung bei der Abrechnung einer ambulanten Pauschale mitgegeben?</b>	Sämtliche SL-Medikamente müssen auf der Rechnung mit Betrag 0.00 aufgeführt werden. Klarstellung 7 zu Anhang H
<b>Dürfen KV die Rechnung zurückweisen aufgrund eines Medikamentes mit Betrag CHF 0.00?</b>	Nein, eine solche Rückweisung ist nicht erlaubt. Diese Rückweisungen sind der KV zu erläutern. Falls es mehrfach vorkommt, ist dies an den Branchenverband prio.swiss zu melden.
<b>Dürfen die KV die Rechnung aufgrund einer SL-Punktlimitation zurückweisen?</b>	Nein, eine solche Rückweisung macht keinen Sinn, weil das Spital oder die Klinik nicht aufgrund der Leistungen eines anderen Leistungserbringers belangt werden kann.
<b>Ist XML 5.0 auch im stationären Bereich anzuwenden?</b>	Nein, xml 5.0 ist erst für den ambulanten Bereich ausgearbeitet.
<b>Mit welchem Tariftyp sind die Medikamente, welche in einer ambulanten Pauschale enthalten sind, abzurechnen?</b>	Medikamente sind immer mittels Tariftyp 402 und dem GTIN abzurechnen.
<b>Welche GLN-Nummern müssen auf der Rechnung angegeben werden?</b>	Auf der Rechnung sind pro Tarifposition die GLN-Nummern des erbringenden und verantwortlichen Arztes aufzuführen. Ab 1. Oktober 2026 sind zudem bei den Positionen EA.05 auch die GLN des nichtärztlichen Personals aufzuführen.

## 5.4. Dignitäten

<b>Auf welche Leistungen kann eine Besitzstandswahrung beantragt werden?</b>	Es kann eine Besitzstandswahrung beantragt werden auf TARDOC-Leistungen für deren TARMED-Vorgängerleistungen entweder der Besitzstand bereits vorliegt, oder deren Dignität erfüllt war.
--	--

<b>Genügt es, wenn der verantwortliche Arzt die Dignität für eine bestimmte Position hat, oder braucht der ausführende Arzt ebenfalls die Dignität?</b>	Der verantwortliche Arzt muss die Dignität ausweisen können. Der ausführende Arzt kann auch noch in Weiterbildung sein. Anhang F Dignitäten
<b>Wie kann das Spital die Dignitäten und Besitzstände prüfen?</b>	Die Spitäler können diese über die Sasis (per Mail an <a href="mailto:zsr@sasis.ch">zsr@sasis.ch</a> ) beantragt werden
<b>Wie kann die Krankenversicherung die Dignitäten und Besitzstände prüfen?</b>	Dignitäten sind im MedReg, oder GesReg hinterlegt. Die Besitzstände werden in einem separaten Register geführt, und dadurch den Kostenträgern zur Verfügung gestellt.
<b>Wie werden die unterschiedlichen Ultraschall-Module geprüft?</b>	Die unterschiedlichen Ultraschall-Weiterbildungen werden in MedReg nicht differenziert geführt. Somit ist zwar die Dignität pro Position definiert, kann aber in diesem Beispiel nicht direkt überprüft werden zum aktuellen Zeitpunkt.

## 5.5. Sparten

<b>Für welche Sparten braucht es eine Spartenanerkennung?</b>	Eine Spartenanerkennung braucht es nur für die beiden Sparten Chronic Care Management und Nichtärztliche ambulante Leistungen in der Psychiatrie
<b>Wie wird die Stichprobenprüfung durchgeführt?</b>	Im Jahr 2026 gibt es keine Stichprobenprüfung

## 5.6. LKAAT+

<b>Ab wann gilt der LKAAT+ mit Datum vom 6. Februar 2026?</b>	Die Gültigkeit ist ab 1. Januar 2026. Der Stand vom 6. Februar 2026 bildet die Version c ab.
---	--

**Wieso gibt es Leistungen mit Bewertung 1min?**

Bei den E- und EZ-Leistungen, also TARDOC-Positionen, gibt es Leistungen, welche pro Minute erfasst und abgerechnet werden, und deshalb mit 1Min bewertet werden.

Bei den P- und PZ-Leistungen mit 1 Min bewertet, sind keine Branchennormzeiten möglich, z.B. weil die Erbringung der Leistung sehr unterschiedlich lange dauert. Aufgrund dessen muss bei diesen P- und PZ-Leistungen die effektive Zeit erfasst werden.