

Anwendungsmodalitäten

Anhang B zum Tarifvertrag

Gültig ab: 01. Januar 2026

1. Abgrenzung stationär / ambulant

- 1 Die Unterscheidung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung richtet sich nach analoger Anwendung der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL).
- 2 Um eine einheitliche Umsetzung sicherzustellen, haben sich die Partner im Gesundheitswesen auf die folgende Interpretation der Definitionen geeinigt:

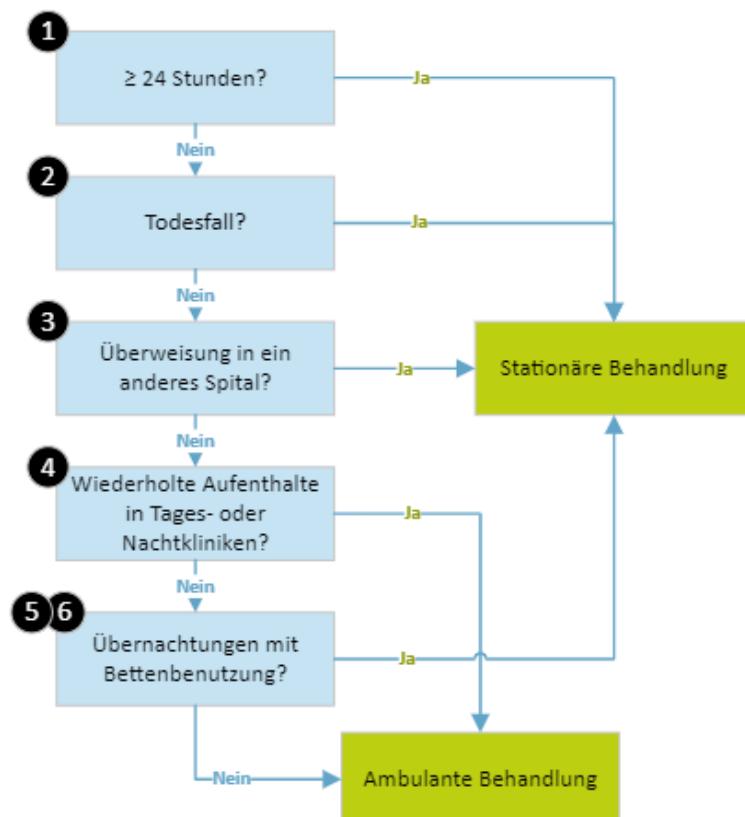
1.1. Art. 3 VKL Stationäre Behandlung

- 1 Als stationäre Behandlung nach Art. 49 Abs. 1 KVG i.V. m. Art. 70 Abs. 1 lit. b UVV 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.

1.2. Art. 5 VKL Ambulante Behandlung

- 1 Als ambulante Behandlung nach Art. 49 Abs. 6 KVG i.V.m. Art. 70 Abs. 1 lit. b UVV gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung.

1.3. Flussdiagramm



1.4. Erläuterungen zu den Abgrenzungskriterien

- ¹ Das Kriterium ① „≥24 Stunden“ bedeutet, dass der Patient mindestens 24 Stunden im Spital oder im Geburtshaus bleibt.
- ² Das Kriterium ② „Todesfall“ klärt die Frage, ob der Patient verstorben ist.
- ³ Das Kriterium ③ „Überweisung in ein anderes Spital“ klärt die Frage, ob der Patient in ein anderes Spital oder vom Geburtshaus in ein Spital überwiesen worden ist.
- ⁴ 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.
- ⁵ Das Kriterium ⑤ „Nacht“ wird mittels Mitternachtsensus-Regel gemessen und erfasst. Somit wird das Kriterium erfüllt, wenn ein Patient um Mitternacht (00:00) im Spital oder im Geburtshaus ist.
- ⁶ 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.
- ⁷ 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.

2. Leistungserbringer im ambulanten Setting

- ¹ Ein *Leistungserbringer im ambulanten Setting* definiert sich als:

Arzt oder Ärztin gemäss Art. 35 Abs 2 lit a KVG (Art. 53 Abs. 1 UVG, Art. 22 Abs. 1 MVG und Art. 26 Abs. 1 IVG);

oder

Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte oder Ärztinnen dient gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. n KVG und über lediglich einen Fachbereich verfügt;

oder

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 Ärzte oder Ärztinnen dient gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. n KVG (Art. 68 UVV und Art. 11 Abs. 1 MVV).

3. Sitzung

3.1. Definition

- ¹ Eine Sitzung ist definiert als das physische oder fernmündliche Zusammentreffen eines Patienten mit einem *Leistungserbringer im ambulanten Setting* (Kapitel 2 Leistungserbringer im ambulanten Setting). 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).
- 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 Sitzung geführt.
- ³ Jedes Neugeborene (ob krank oder gesund) wird als eigener Patient betrachtet, und demzufolge als eigene Sitzung geführt.

3.2. Leistungsumfang

- ¹ In den Leistungsumfang einer Sitzung fallen alle Heilmittel, die während der Sitzung verbraucht werden (applizierte und injizierte Arzneimittel, Verbrauchsmaterial und Implantate) sowie labile und stabile Blutprodukte.
- ² Nicht in den Leistungsumfang einer Sitzung fallen die abgegebenen Heilmittel (abgegebene Arzneimittel sowie Medizinprodukte gemäss Mittel- und Gegenständeliste).

4. Patientenkontakt

- ¹ Ein Patientenkontakt wird gebildet aus der Sitzung sowie dessen zugeordneten Leistungen (Pathologie-, Analyseleistungen, Leistungen in Abwesenheit, Erfassung von Berichten). Falls der Sitzung keine Leistungen zugeordnet werden, ist die Sitzung dem Patientenkontakt gleichgesetzt.

4.1. Dem Patientenkontakt zugeordnete Leistungen

- ¹ Der Patientenkontakt beinhaltet auch die zu dieser Sitzung 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.
- ² Pathologie- und Laborleistungen am Präparat oder der Probe werden unabhängig davon, ob sie vom gleichen oder einem anderen Leistungserbringer erbracht werden, dem Patientenkontakt zugeordnet, in welchem die Sitzung der Probeentnahme, resp. der Auftrag zur Analyse erteilt wurde. Wird bis zum Tag vor der nächsten Sitzung mit dem *gleichen Leistungserbringer im ambulanten Setting* oder bis max. 30 Tage ein Folgeauftrag an das Labor/ die Pathologie erteilt, wozu keine weitere Probeentnahme notwendig ist, werden die Labor-/ Pathologieleistungen demselben Patientenkontakt zugeordnet. Wenn am Tag des zweiten Auftrags eine Sitzung stattfindet (z.B. Sprechstunde), werden die Labor-/ Pathologieleistungen diesem Patientenkontakt mit zweiten Auftragsdatum zugeordnet, auch wenn keine Entnahme stattgefunden hat.

- 3 Berichte werden dem Patientenkontakt mit der letzten im Bericht beschriebenen Sitzung zugeordnet, unabhängig vom Datum der Erstellung des Berichts.
- 4 Weitere Leistungen ohne Anwesenheit des Patienten werden bis zum Tag vor der nächsten Sitzung mit dem gleichen *Leistungserbringer im ambulanten Setting* oder bis max. 30 Tage dem vorangehenden Patientenkontakt zugeordnet. Ausnahme davon stellen die von Versicherern verlangten Leistungen (vgl. TARDOC: AA.15.0090, CA.15.0140 und EA.00.0210) dar.

5. Ambulante Behandlung

- 1 Patientenkontakte werden nach folgenden Regelungen zu ambulanten Behandlungen zusammengefasst:
- 2 Grundsätzlich sind mehrere Patientenkontakte des **gleichen Patienten** ④, wenn **unterschiedliche Garanten** involviert sind, ⑤, **mindestens zwei ambulante Behandlungen**.
- 3 Mehrere Patientenkontakte des **gleichen Patienten** ④, beim **gleichen Garanten** ⑤, an **unterschiedlichen Kalendertagen** ⑥ werden als **mindestens zwei ambulante Behandlungen** geführt.

Ausnahmen:

Finden die Patientenkontakte an **aufeinanderfolgenden Kalendertagen** statt ⑦ und erfüllen sie die beiden **Kriterien «Mitternachtszensus»** ⑧ und **«Bettenbelegung»** ⑨ (Kapitel 1 Abgrenzung stationär / ambulant, gemäss Art. 3 VKL Stationäre Behandlung), so werden diese als **stationäre Behandlung** erfasst und verrechnet.

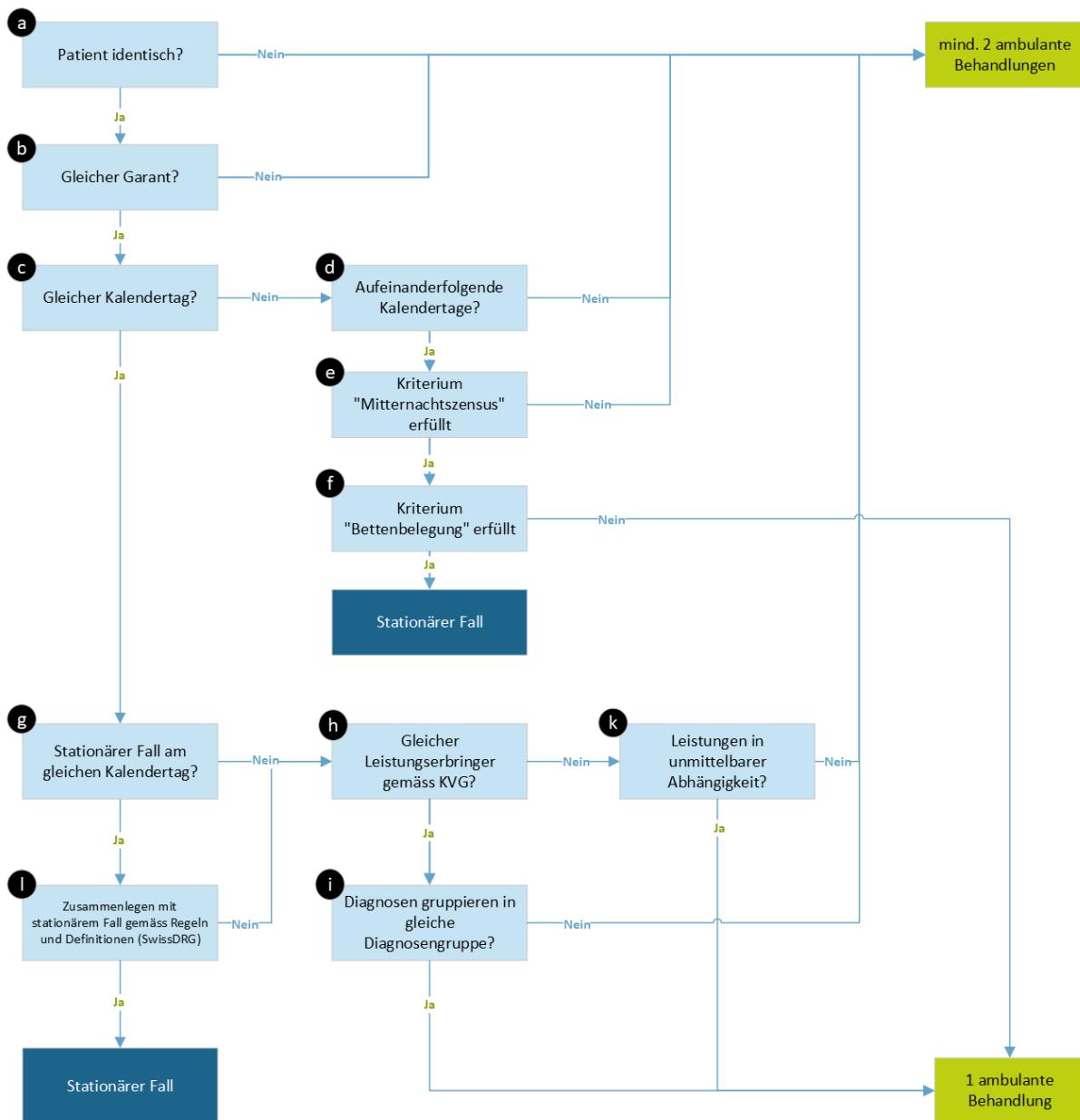
- 4 Finden die Patientenkontakte an **aufeinanderfolgenden Kalendertagen** statt ⑦ und ist das **Kriterium «Mitternachtszensus»** erfüllt, das **Kriterium «Bettenbelegung»** ⑨ jedoch **nicht**, werden die Patientenkontakte zu **einer ambulanten Behandlung** zusammengefasst.
- 5 Findet am **gleichen Kalendertag** ein **stationärer Fall** ⑩ statt, und werden die **Kriterien** gemäss **Regeln und Definitionen von SwissDRG** ⑪ erfüllt, werden die Patientenkontakte mit dem **stationären Fall** zusammengelegt.
- 6 Mehrere Patientenkontakte des **gleichen Patienten** ④ bei **gleichem Garanten** ⑤, am **gleichen Kalendertag** ⑥ beim **gleichen Leistungserbringer** gemäss KVG ⑫ werden zu **einer ambulanten Behandlung** zusammengefasst, sofern die Diagnosen in die **gleiche Diagnosengruppe**¹ ⑬ gruppieren.
- 7 Mehrere Patientenkontakte des **gleichen Patienten** ④ bei **gleichem Garanten** ⑤, am **gleichen Kalendertag** ⑥ bei **unterschiedlichen Leistungserbringer** gemäss KVG ⑫ werden zu **einer ambulanten Behandlung** zusammengefasst, sofern die Leistungen in **unmittelbarer Abhängigkeit** ⑭ zueinander stehen. Stehen die Leistungen der Patientenkontakte **nicht** in **unmittelbarer Abhängigkeit** ⑭, so werden sie als **mindestens zwei ambulante Behandlungen** geführt.

¹ Die Zuordnung von Diagnosen zur Diagnosengruppe ist dem Definitionshandbuch für ICD-10 GM resp. Kapitel (bspw. A. Herz-/ Kreislaufsystem) für den Tessinercode zu entnehmen.

8 Ausnahmen:

Leistungserbringern im ambulanten Setting, welche auf **Anordnung des Arztes Leistungen erbringen** (Ergotherapie, Ernährungsberatung, Diabetesberatung, Logopädie, Neuropsychologie, Podologie, Psychologische Psychotherapie oder Physiotherapie) oder von **Leistungserbringern im ambulanten Setting**, welche **Patiententransporte** durchführen, sind von der **Zusammenführung der Patientenkontakte ausgenommen**.

Im Fachbereich der Radio-Onkologie werden **alle Patientenkontakte mit den die Bestrahlung vorbereitenden Leistungen** (Planungs-CT, Simulation etc.) zu **einer ambulanten Behandlung zusammengefasst**. Im Falle einer Bestrahlung werden alle Patientenkontakte mit den die Bestrahlung vorbereitenden Leistungen mit dem Patientenkontakt der ersten Bestrahlung zusammengefasst.



6. Abrechnung einer ambulanten Behandlung

6.1. Patientenpauschaltarif - Ambulante Pauschalen

- 1 Ambulante Behandlungen, welche Leistungen mit Triggerpositionen im Leistungskatalog ambulante Arzttarife (nachfolgend LKAAT) enthalten, werden ausschliesslich über den Patientenpauschaltarif abgerechnet. Jegliche Kombination des Patientenpauschaltarifs mit dem Einzelleistungstarif und anderen ambulant ärztlichen Tarifen innerhalb einer ambulanten Behandlung ist ausgeschlossen.
- 2 Die Tarifposition und separat abrechenbare Leistungen bilden abschliessend die verrechenbaren Leistungen der ganzen ambulanten Behandlung ab.
- 3 Separat abrechenbare Leistungen sind folgende:
 - **Labile und stabile Blutprodukte** gemäss Einstandspreis, Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) oder Spezialitätenliste (SL);
 - **Implantate** in Tarifpositionen mit entsprechender Kennzeichnung im Katalog Patientenpauschaltarif gemäss Einstandspreis und gemäss der Allgemeinen Definition AD-07.

6.2. Einzelleistungstarif - TARDOC

- 1 Ambulante Behandlungen, welche ausschliesslich Einzelleistungen im LKAAT enthalten, werden über den TARDOC abgerechnet.
- 2 Die Tarifpositionen und separat abrechenbare Leistungen bilden abschliessend die verrechenbaren Leistungen der ganzen ambulanten Behandlung ab.
- 3 Separat abrechenbare Leistungen sind - sofern in den Kapitelinterpretationen oder medizinischen Interpretationen nicht anders geregelt - folgende:
 - **Labile und stabile Blutprodukte** gemäss Einstandspreis, Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) oder Spezialitätenliste (SL);
 - **Applizierte und injizierte Arzneimittel** gemäss Spezialitätenliste (SL);
 - **Laboranalysen im Praxis- bzw. Spitallabor** gemäss Analysenliste (AL);
 - **Einzelne oder miteinander verbundene Instrumente, Geräte, Vorrichtungen, Materialien, Stoffe und Implantate** zum Einstandspreis und gemäss der Allgemeinen Definition AD-07.

6.3. Leistungen oder Teilleistungen in Ambulanten Pauschalen und TARDOC

Wenn Leistungen oder Teilleistungen sowohl in den Ambulanten Pauschalen als auch im TARDOC aufgeführt sind, so ist die wirtschaftlichere Variante zu wählen.

6.4. Andere ambulant ärztliche Tarife

Ambulante Behandlungen, mit Leistungen, welche über einen anderen ambulanten ärztlichen Tarif (bspw. Dialysebehandlungen, Transplantation solider Organe, Transplantation hämatopoetischer Stammzellen, Protonen-Strahlentherapie) abgebildet sind, und keine Triggerposition aufweisen, werden gemäss dem anderen ambulanten Tarif abgerechnet. Die Anwendung des

Einzelleistungstarifs TARDOC (gemäss Ziff. 6.2) ist abhängig von den Anwendungsmodalitäten des entsprechenden ambulanten ärztlichen Tarifs.

7. Altersangaben

- ¹ Altersangaben sind jeweils auf der entsprechenden Tarifposition ersichtlich. Es gelten die Bestimmungen gemäss der Allgemeine Definition AD-06 und gilt sowohl für den TARDOC als auch für den Patientenpauschaltarif.

Spezifische Anwendungsmodalitäten für den Patientenpauschaltarif

8. Zuordnung einer ambulanten Behandlung zu einer Tarifposition

¹ **Alter des Patienten**

Für die Gruppierung der ambulanten Behandlung gilt das Alter am Behandlungstag.

² **Geschlecht des Patienten**

Für die Gruppierung der ambulanten Behandlung gilt das zivilrechtliche Geschlecht am Behandlungstag.

³ **Manuelle Forcierung**

Eine manuelle Forcierung der Gruppierung ist nicht zulässig. Allein der Grouper definiert die Zuordnung der ambulanten Behandlung zu einer Tarifposition.

⁴ **Vergütungspflicht**

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

⁵ **Unbewertete Tarifpositionen**

Für unbewertete Tarifpositionen (siehe Katalog der ambulanten Fallgruppen) vereinbaren die betroffenen Leistungserbringer mit den Kostenträgern auf Basis der mittels Kostenträgerrechnung ermittelten, transparent ausgewiesenen Fallkosten individuelle sachgerechte Entgelte, soweit diese zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bzw. der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung in der ambulanten Versorgung erbracht werden dürfen.

9. Übergangslösung für die Vergütung von IV-Berichten

Die Erstellung eines ärztlichen Berichts zuhanden der IV wird vorläufig im Tardoc mit der Ziffer AA.25.0030 abgerechnet. Anstelle der Limitation von 20 Minuten, wie sie im Tardoc vorgesehen ist, können gegenüber der IV 40 Minuten verrechnet werden. Ein diese 40 Minuten übersteigender Mehrbedarf muss vorgängig von der IV-Stelle genehmigt werden. Es ist vorgesehen, eine spezielle Tarifziffer für IV-Berichte zu schaffen, die ab dem 1.1.2027 anwendbar sein sollte.