

Anwendungsmodalitäten

Anhang B zum Tarifvertrag

Gültig ab: 01. Januar 2027

Stand: Von der Arbeitsgruppe Anwendungsmodalitäten und regeltechnische Tarifinterpretation verabschiedet am 27. Januar 2026, verabschiedet vom Verwaltungsrat der OAAT AG am 17. April 2026, noch nicht genehmigt vom Bundesrat.

Nicht genehmigt

1. Abgrenzung stationär / ambulant

- 1 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).
- 2 Um eine einheitliche Umsetzung sicherzustellen, haben sich die Partner im Gesundheitswesen auf die folgende Interpretation der Definitionen geeinigt:

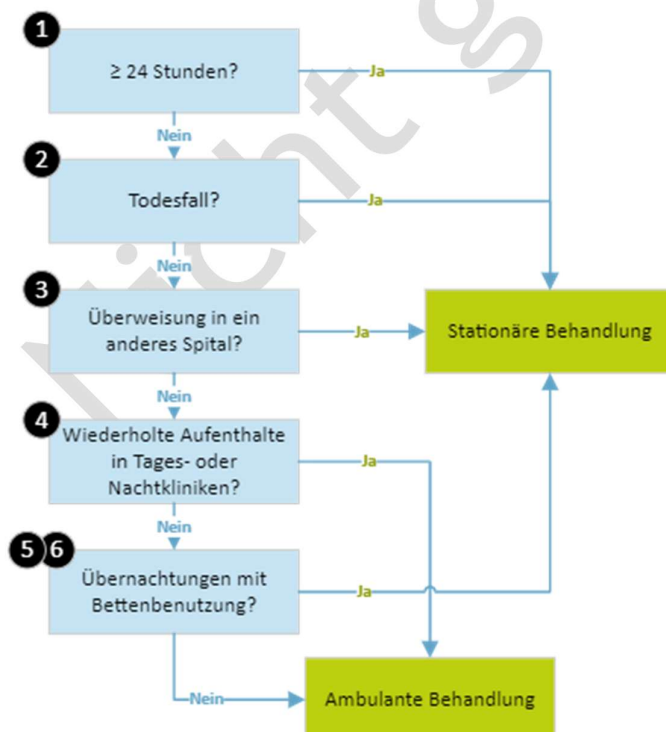
1.1 Art. 3 VKL Stationäre Behandlung

- 1 Als stationäre Behandlung nach Art. 49 Abs. 1 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.

1.2 Art. 5 VKL Ambulante Behandlung

- 1 Als ambulante Behandlung nach Art. 49 Abs. 6 des Gesetzes 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 Mitternachtszensus-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.

1.5 Sitzung am stationären Eintritts- oder Austrittstag

- 1 Hat ein Patient am Eintrittstag oder Austrittstag eines stationären Aufenthaltes eine Sitzung, sind die stationären Regeln zu beachten.

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;

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).

- ² Angestellte Ärzte und Ärztinnen in einem Spital oder einer Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dient, sind den Fachbereichen dieser Spitäler bzw. Einrichtungen angeschlossen. Sie können demzufolge die Leistungen, welche sie für diese Spitäler bzw. Einrichtungen erbringen, nicht als eigenständige Leistungserbringer im ambulanten Setting gegenüber den Sozialversicherungen abrechnen.
- ³ Die Pflege ist dem auftraggebenden ärztlichen Fachbereich angeschlossen. Sie entsprechen folglich der Definition eines Leistungserbringers im ambulanten Setting und kann eigene Sitzungen haben. Bei der Definition und Anwendung der Sitzung sind die Sitzungen der Pflege den gleichen Regeln unterworfen wie die Sitzungen der ärztlichen Fachbereiche.

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 Die Sitzung endet, wenn das Zusammentreffen des Patienten und des Leistungserbringers im ambulanten Setting abgeschlossen wird (z.B. durch das Verlassen des Leistungserbringers im ambulanten Setting). Das unverzügliche Zusammentreffen mit einem anderen Leistungserbringer im ambulanten Setting (z.B. Beurteilung durch anderen Facharzt) entspricht einer Unterbrechung und nicht einem Abschluss der Sitzung.
- ³ Betreffen die Leistungen zwei unterschiedliche Garanten oder liegen zwei unterschiedliche Behandlungsgründe vor, handelt es sich um zwei Sitzungen. Als Behandlungsgrund gelten Krankheit, Geburtsgebrechen, Unfall, Mutterschaft, Vorsorge.
- ⁴ 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.
- ⁵ 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), auch wenn diese Leistungen an einem späteren Tag durchgeführt werden. Die Zuordnung mit einer nachfolgenden Sitzung ist nicht möglich. Falls der Sitzung keine Leistungen zugeordnet werden, ist die Sitzung dem Patientenkontakt gleichgesetzt.
- 2 Die zugeordneten Leistungen (gemäss Anhang B Kapitel 4.1) sind im LKAAT und dem Katalog TARDOC gekennzeichnet. Sämtliche Leistungen der Analysenliste gelten ebenfalls als zugeordnete Leistungen. Es gibt keine weiteren Leistungen, die als zugeordnete Leistungen gelten.

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 (inklusive Oder, OR) bis max. 30 Tage nach dem Patientenkontakt in welchem die Probeentnahme durchgeführt resp. der Auftrag zur Analyse erteilt wurde 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 (inklusive Oder, OR) 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.

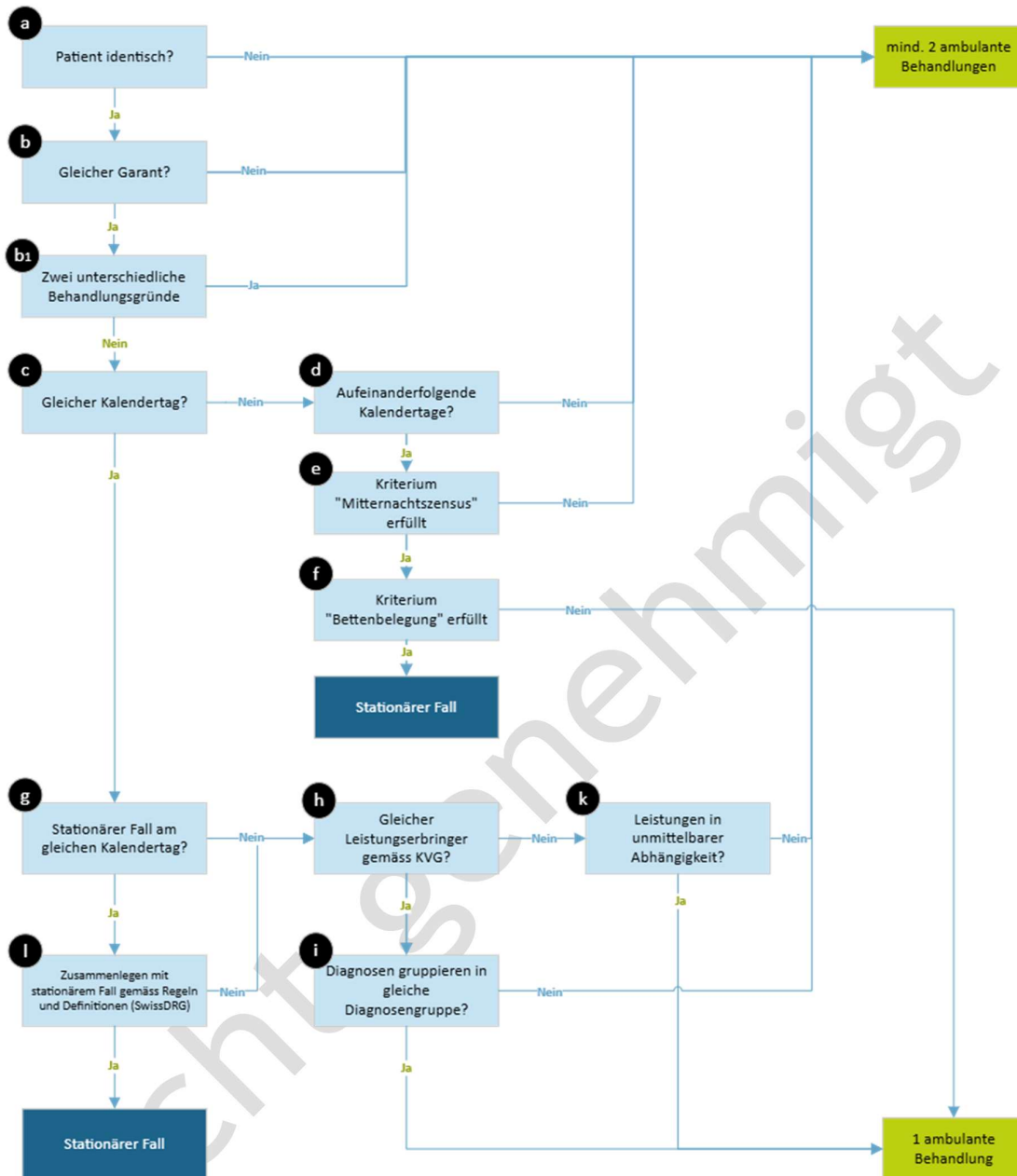
5. Ambulante Behandlung

- 1 Patientenkontakte werden nach folgenden Regelungen zu ambulanten Behandlungen zusammengefasst:
- 2 Grundsätzlich sind mehrere Patientenkontakte des **gleichen Patienten** [Ⓐ], wenn **unterschiedliche Garanten** involviert sind, [Ⓑ], **mindestens zwei ambulante Behandlungen**.

- 3 Mehrere Patientenkontakte des **gleichen Patienten** ①, beim **gleichen Garanten** ②, an **unterschiedlichen Kalendertagen** ③ werden als mindestens zwei ambulante Behandlungen geführt.
Ausnahmen:
Finden die Patientenkontakte an **aufeinanderfolgenden Kalendertagen** statt ④ und erfüllen sie die beiden Kriterien «**Mitternachtszensus**» ⑤ und «**Bettenbelegung**» ⑥ (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 ④ und ist das Kriterium «**Mitternachtszensus**» erfüllt, das Kriterium «**Bettenbelegung**» ⑥ jedoch nicht, werden die Patientenkontakte zu einer ambulanten Behandlung zusammengefasst.
- 5 Findet am **gleichen Kalendertag** ein **stationärer Fall** ⑦ statt, und werden die Kriterien gemäss **Regeln und Definitionen von SwissDRG** ⑧ erfüllt, werden die Patientenkontakte mit dem **stationären Fall** zusammengelegt.
- 6 Mehrere Patientenkontakte des **gleichen Patienten** ① bei **gleichem Garanten** ②, am **gleichen Kalendertag** ③ beim gleichen Leistungserbringer gemäss KVG ⑨ werden zu einer ambulanten Behandlung zusammengefasst, sofern die Diagnosen in die gleiche Diagnosegruppe¹ ⑩ gruppieren.
- 7 Mehrere Patientenkontakte des **gleichen Patienten** ① bei **gleichem Garanten** ②, am **gleichen Kalendertag** ③ bei unterschiedlichen Leistungserbringer gemäss KVG ⑨ werden zu einer ambulanten Behandlung zusammengefasst, sofern die Leistungen in **unmittelbarer Abhängigkeit** ⑪ zueinander stehen. Stehen die Leistungen der Patientenkontakte nicht in **unmittelbarer Abhängigkeit** ⑪, so werden sie als mindestens zwei ambulante Behandlungen geführt.
- 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.

¹ Um gleiche Diagnosegruppen handelt es sich, wenn die Diagnosen ins gleiche Capitulum des Katalogs der Ambulanten Pauschalen gruppieren. Beim Tessinercode gilt das Kapitel (bspw. A. Herz-/Kreislaufsystem) als Diagnosegruppe.



6. Abrechnung einer ambulanten Behandlung

6.1 Ambulante Pauschalen

- ¹ Ambulante Behandlungen, welche Leistungen mit Triggerpositionen im Leistungskatalog ambulante Arzttarife (nachfolgend LKAAT) enthalten, werden ausschliesslich über die Ambulanten Pauschalen abgerechnet. Jegliche Kombination der Ambulanten Pauschalen 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);
 - **Applizierte und injizierte Arzneimittel** in Tarifpositionen mit entsprechender Kennzeichnung im Katalog der Ambulanten Pauschalen zum Einstandspreis, höchstens zum Publikumspreis gemäss Spezialitätenliste (SL);
 - **Implantate** in Tarifpositionen mit entsprechender Kennzeichnung im Katalog der Ambulanten Pauschalen 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 Andere ambulant ärztliche Tarife

- ¹ 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, sowohl für den TARDOC als auch für die Ambulanten Pauschalen.

8. Spezifische Anwendungsmodalitäten für die Ambulanten Pauschalen

8.1 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.