

Rechnungsstellung und Datenaustausch

Anhang H 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

Ingress

- ¹ Vorliegender Anhang regelt im Sinne von Teil VI des Tarifstrukturvertrags die Rechnungsstellung und den Datenaustausch.
- ² Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Vorgaben betreffend einheitlichem Rechnungsformular, elektronischer Rechnungsstellung und Weitergabe medizinischer Daten einheitlich umzusetzen und anzuwenden.
- ³ Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer die Rechnung gemäss dem aktuellsten Standard bzw. demjenigen, mit dem die Anforderungen gemäss diesem Tarifstrukturvertrag vollständig erfüllt werden können, des Forums Datenaustauschs zu, und verwendet dazu ein einheitliches Formular. Andere Standards, z.B. gemäss der eCH-Fachgruppe Administration Gesundheitswesen, sind möglich und entsprechend in den Tarifverträgen zu vereinbaren.
- ⁴ Die Vertragsparteien verpflichten sich bei der Rechnungsstellung die gesetzlichen Bestimmungen betreffend Datenschutz einzuhalten. Die Übermittlung aller elektronischer Daten erfolgt über gesicherte und verschlüsselte Kanäle.
- ⁵ Der Taxpunktwert wird in separaten Tarifverträgen geregelt.

1. Rechnungsstellung und Vergütung

- ¹ Schuldner der Vergütung der ärztlichen Leistung ist die versicherte Person nach dem System des Tiers garant gemäss Art. 42 Abs. 1 KVG. Versicherer und Leistungserbringer können auch vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant, Art. 42 Abs. 2 KVG). Die Vereinbarung des Tiers payant ist in den Tarifverträgen zu regeln.
- ² Im Tiers garant schickt der Leistungserbringer die Rechnung sowie einen Rückforderungsbeleg der versicherten Person, das heisst die versicherte Person, bleibt Schuldner.

2. Abtretung

- ¹ In Einzelfällen kann der Leistungserbringer mit dem Versicherer vor der Rechnungsstellung schriftlich vereinbaren, dass ihm dieser den Rückforderungsbetrag, den er der versicherten Person schuldet, direkt bezahlt. Eine entsprechende Vereinbarung ist zeitlich zu limitieren und in den Tarifverträgen zu regeln.

3. Zu übermittelnde Datenfelder

- ¹ Leistungserbringer und Kostenträger regeln die Rechnungsstellung und die zu übermittelnden Datenfelder wie folgt:
- ² Es müssen mehrere ambulante Behandlungen zusammen auf einer Rechnung abgebildet werden können, unabhängig davon, ob sie mit dem TARDOC oder den Ambulanten Pauschalen abgerechnet werden.
- ³ Generell gilt: Es müssen alle Datenfelder, welche in den entsprechenden Gesetzen oder in den Tarifverträgen festgehalten sind, übermittelt werden.

- 4 Auf allen Rechnungen und Korrespondenzen zwischen dem Leistungserbringer und dem jeweiligen Versicherer sind anzugeben:
- a. Angaben zum Rechnungssteller
 - Name,
 - ZSR-Nummer,
 - GLN.
 - b. Angaben zum Leistungserbringer:
 - Name,
 - ZSR-Nummer,
 - GLN.
 - c. Name und GLN des Versicherers;
 - d. Angaben zur versicherten Person:
 - Name,
 - Vorname,
 - Wohnadresse,
 - Geburtsdatum,
 - Geschlecht (für die Abrechnung einer Behandlung bei intersexuellen Personen ist das behandelte Geschlecht massgebend für die Rechnungsstellung),
 - Kennnummer der Versichertenkarte gemäss Art. 59 Abs. 1 Bst. d KVV,
 - Sozialversicherungsnummer bzw. AHV-Nummer gemäss Art. 59 Abs. 1 Bst. e KVV.
 - e. Kanton der Leistungserbringung;
 - f. Gesetz;
 - g. Behandlungsdatum;
 - h. Behandlungsgrund (Krankheit, Unfall, Mutterschaft, Prävention, Geburtsgebrechen, unbekannt);
 - i. Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für die betreffende versicherte Person inklusive Rechnungsdatum;
 - j. Angaben zum überweisenden bzw. verordnenden Arzt (ZSR-Nummer und GLN), sofern vorliegend;
 - k. Allgemeine Informationen zur Behandlung, pro Zeile:
 - Datum,
 - Tariftyp,
 - Tarifposition,
 - Bezeichnung der Tarifposition,
 - Bezugsziffer (nur Einzelleistungen),
 - Sitzungsnummer (nur Einzelleistungen),
 - Seitenangabe,
 - Anzahl,
 - Taxpunkte und Taxpunktwert,
 - External Factor gemäss Anhang E des Tarifstrukturvertrags,
 - Franken-Betrag,

- GLN des verantwortlichen Arztes,
- GLN des ausführenden Arztes bzw. sofern anwendbar der nichtärztlichen Fachperson,
- Information zur Leistungspflicht nach dem geltenden Recht,
- Mehrwertsteuersatz.
- Angabe des Fachbereichs durch Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte oder Ärztinnen dient gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. n KVG sowie Spitäler gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. h KVG

⁵ Für jede ambulante Behandlung im Anwendungsbereich des TARDOC übermitteln die Leistungserbringer zusätzlich zu Abs. 4 nachfolgende Informationen auf Ebene der Sitzung:

- a. Vollständige Diagnose anhand Tessinercode (endständig) oder anhand ICD-10-GM gemäss Anhang C des Tarifstrukturvertrags. Es wird auch bei der Diagnose anhand ICD-10-GM eine endständige Lieferung angestrebt. Sollte dies aus Datenschutzgründen nicht möglich sein, einigen sich die Vertragsparteien darauf, mindestens den 1. Buchstaben der Diagnose zu liefern. Unabhängig davon stellt der Leistungserbringer sicher, dass aus den übermittelten Informationen zur Diagnose hervorgeht, ob es sich um eine Diagnose gemäss Tessinercode oder ICD-10-GM handelt;

⁶ Für jede ambulante Behandlung im Anwendungsbereich der Ambulanten Pauschalen übermitteln die Leistungserbringer zusätzlich zu Abs. 4 nachfolgende Informationen:

- a. Vollständige Diagnose anhand ICD-10-GM gemäss Anhang C des Tarifstrukturvertrags. Es wird eine endständige Lieferung angestrebt. Sollte dies aus Datenschutzgründen nicht möglich sein, einigen sich die Vertragsparteien darauf, mindestens den 1. Buchstaben der Diagnose zu liefern;
- b. Lässt der Datenschutz keine Lieferung der vollständigen Diagnose zu, muss zusätzlich zum 1. Buchstaben der Diagnose die Kapitelzuordnungen gemäss Grouper-Output (Capitulum) mitgeliefert werden;
- c. Besteht eine ambulante Behandlung aus mehreren zusammengefassten Patientenkontakten, wird nur eine Diagnose auf der Rechnung aufgeführt, selbst wenn die Diagnosen der jeweiligen Patientenkontakte unterschiedlich sind (Details siehe Anhang C bzw. Klarstellungen zum Anhang C);
- d. Gruppierungsrelevante Positionen aus dem Leistungskatalog ambulante Arzttarife (LKAAT), inkl. Angabe zur Seitigkeit;
- e. Alle applizierten und/oder injizierten Arzneimittel, mindestens aber alle Arzneimittel der Spezialitätenliste (SL): unbewertet (Franken-Betrag =0).

4. Weitere Modalitäten der Rechnungsstellung

- ¹ Der Versicherer vergütet dem Leistungserbringer den nicht beanstandeten Anteil der Rechnung in der Regel innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung, wenn in den Tarifverträgen nichts anderes vereinbart ist.
- ² Der Versicherer begründet Beanstandungen. Die Zahlungsfrist wird für den beanstandeten Teil der Rechnung unterbrochen.
- ³ Bei Ambulanten Pauschalen gilt die Beanstandung immer für die ganze Pauschale. Nur Einzelleistungen können separat beanstandet werden.

5. Stellvertretung, Praxisassistenten oder Ärzte in Weiterbildung zu einem dignitätsrelevanten Weiterbildungstitel im niedergelassenen Bereich

- ¹ Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, seine Leistung persönlich zu erbringen. Er kann unter Berücksichtigung der Gesetzgebung Praxisassistenten, Ärzte in Weiterbildung zu einem dignitätsrelevanten Weiterbildungstitel (gem. Anhang F des Tarifstrukturvertrags, Ziff. 1.2) oder Stellvertreter beiziehen.
- ² Ein Stellvertreter kann bei länger dauernder Abwesenheit des Praxisinhabers angestellt werden. Vorbehalten sind anderweitig gesetzlich vorgesehene Lösungen.
- ³ Der Arzt als Inhaber der ZSR-Nr. (bzw. der GLN) trägt im Rahmen dieses Vertrages die Verantwortung für das ärztliche Verhalten seines Stellvertreters, Praxisassistenten oder Arzt in Weiterbildung zu einem dignitätsrelevanten Weiterbildungstitel.
- ⁴ Auf den Rechnungen sind in den Tarifpositionen für ärztliche Leistungen jeweils der verantwortliche und ausführende Arzt mit den GLN zu vermerken.