



# Klarstellungen und Beispiele

## Erläuterndes Dokument zu den Anwendungsmodalitäten

*Gültig ab: 01. Januar 2026*

Stand: vom Verwaltungsrat der OAAT AG am 22. Oktober 2024 verabschiedet, nicht genehmigt durch den Bundesrat

## Ingress

Dieses Dokument wird dem Bundesrat nicht zur Genehmigung eingereicht.

### Klarstellung 1 zu Kapitel 1 - Sitzung am stationären Eintritts- oder Austrittstag

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

### Klarstellung 2 zu Kapitel 2 - Definition *Leistungserbringer im ambulanten Setting*

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.

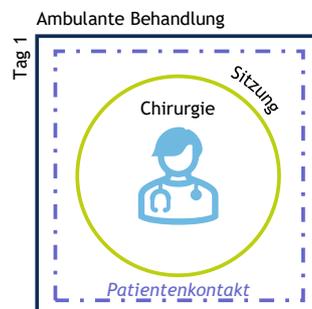
### Klarstellung 3 zu Kapitel 2 - Pflege als *Leistungserbringer im ambulanten Setting*

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.

### Beispiel 1 zu Klarstellung 3

Der Patient mit Ulcus cruris kommt zum Verbandwechsel beim dipl. Pflegefachmann.

- **Eine ambulante Behandlung** Chirurgie, weil die Pflege dem Fachbereich Chirurgie angestellt ist.



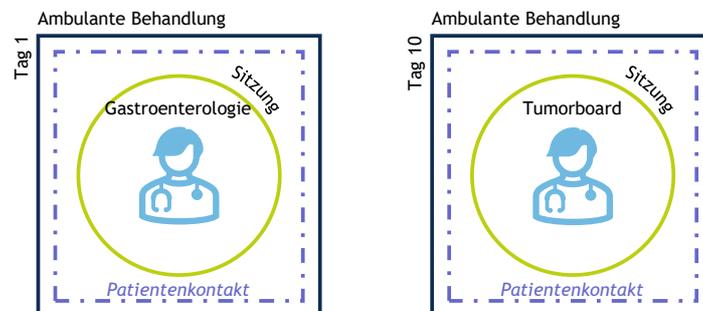
## Klarstellung 4 zu Kapitel 3.1 - Sitzung ohne physisches Zusammentreffen

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.

### Beispiel 1 zu Klarstellung 4

Nach der Biopsie durch die Gastroenterologie wird das Tumorboard zur Besprechung des Befunds und des weiteren Vorgehens durchgeführt. Der Patient ist am Tumorboard nicht anwesend.

- **Zwei ambulante Behandlungen**, weil das Tumorboard (mit oder ohne Anwesenheit des Patienten) als separate **Sitzung** geführt wird. Das Tumorboard wird über den Einzelleistungstarif TARDOC abgerechnet.
- Sind am Tumorboard mehrere Fachbereiche beteiligt, gelten entsprechende Mengengrenzen pro Fachbereich (mehrere **ambulante Behandlungen**).



## Klarstellung 5 zu Kapitel 4 Patientenkontakt

Ein Patientenkontakt wird gebildet aus der Sitzung sowie dessen zugeordneten Leistungen, auch wenn diese Leistungen an einem späteren Tag durchgeführt werden. Die Zuordnung mit einer nachfolgenden Sitzung ist nicht möglich. Folgende Leistungen werden wie folgt einer Sitzung zugeordnet:

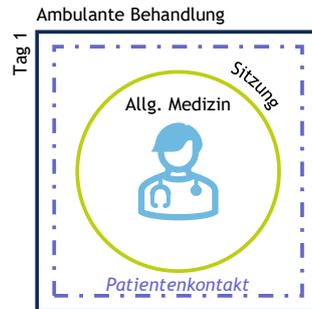
- Leistungen ohne Anwesenheit des Patienten werden bis zum Tag vor der nächsten Sitzung mit dem gleichen *Leistungserbringer im ambulanten Setting* oder bis max. 30 Tage dem vorangehenden Patientenkontakt zugeordnet.
- Berichte werden dem Patientenkontakt mit der letzten im Bericht beschriebenen Sitzung zugeordnet, unabhängig vom Datum der Erstellung des Berichts.
- Labor- und Pathologie-Leistungen am Präparat resp. der Probe werden der auftraggebenden Sitzung zugeordnet

Falls der Sitzung keine Leistungen zugeordnet werden, ist die **Sitzung dem Patientenkontakt gleichgesetzt**.

### Beispiel 1 zu Klarstellung 5

Der Patient sucht aufgrund starken Hustens den Hausarzt (Fachbereich Allgemein Innere Medizin) auf.

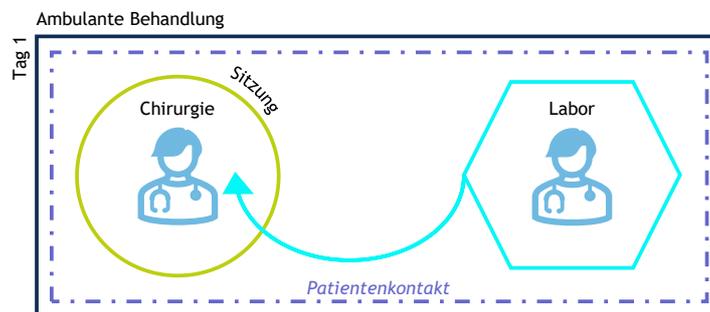
- Eine Sitzung, ein Patientenkontakt, eine *ambulante Behandlung*. Die Sitzung ist dem Patientenkontakt gleichgesetzt. Nebst der Sitzung fallen keine weiteren Leistungen an, welche dem Patientenkontakt zugeordnet werden.



### Beispiel 2 zu Klarstellung 5

Bei einem Patienten mit Verdacht auf Herzinfarkt werden Laboranalysen durchgeführt.

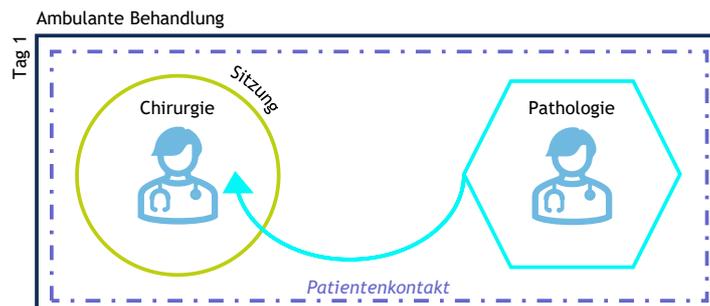
- Ein Patientenkontakt, eine *ambulante Behandlung*. Die Leistungen des Labors an der Probe (zugeordnete Leistungen) werden mit der **auftraggebenden Sitzung** zu einem **Patientenkontakt** zusammengefasst.



### Beispiel 3 zu Klarstellung 5

Der Pathologie wird die Gewebeprobe der in der Chirurgie durchgeführten Nierenbiopsie zugestellt. Die Analyse erfolgt gleichentags.

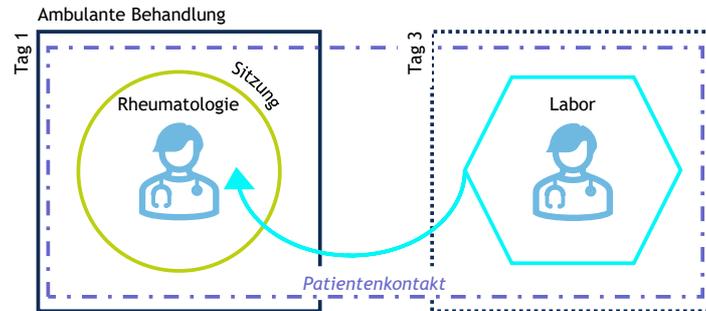
- Ein Patientenkontakt, eine *ambulante Behandlung*. Die Leistungen der Pathologie erfolgt an der Probe, und wird demzufolge mit der **auftraggebenden Sitzung** zu einem **Patientenkontakt** zusammengefasst.



## Beispiel 4 zu Klarstellung 5

Die Laboranalysen der Blutprobe werden erst zwei Tage später nach der auftraggebenden Sitzung durchgeführt.

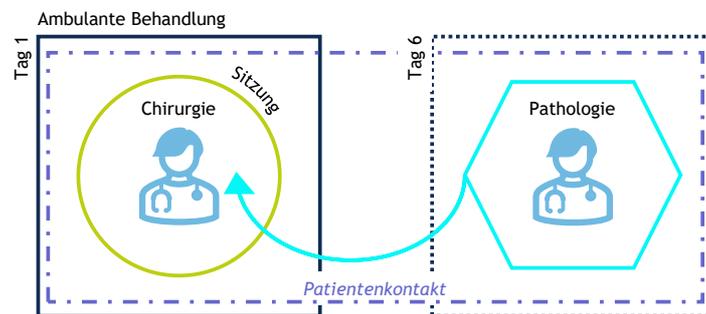
- **Ein Patientenkontakt, eine ambulante Behandlung.** Die Leistungen des Labors werden mit der **auftraggebenden Sitzung** zu einem Patientenkontakt zusammengefasst, auch wenn die Leistungen 2 Tage nach der auftraggebenden Sitzung erfolgen.



## Beispiel 5 zu Klarstellung 5

Der Pathologie wird die Gewebeprobe der Nierenbiopsie zugestellt. Sie wird fünf Tage später analysiert und befundet.

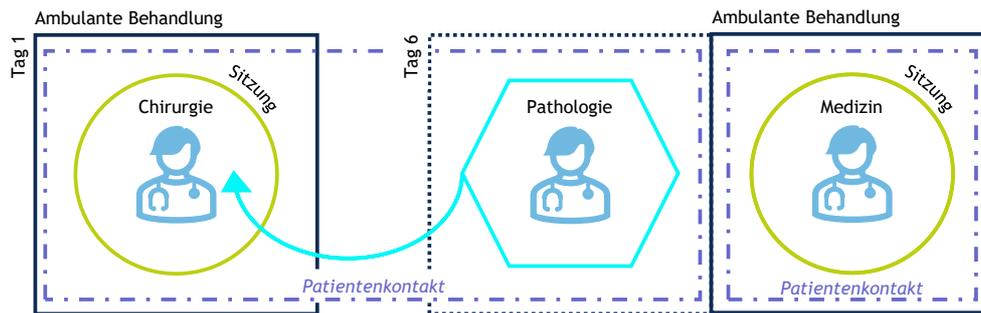
- **Ein Patientenkontakt, eine ambulante Behandlung.** Die Leistungen der Pathologie werden zusammen mit **der auftraggebenden Sitzung** zu einem Patientenkontakt zusammengefasst.



## Beispiel 6 zu Klarstellung 5

Der Patient ist am Vormittag in der Inneren Medizin für die Besprechung der Schwindelsymptome. Am gleichen Tag wird in der Pathologie die Probe der Feinnadelpunktion der Schilddrüse analysiert. Die Punktion hat **5 Tage zuvor** stattgefunden.

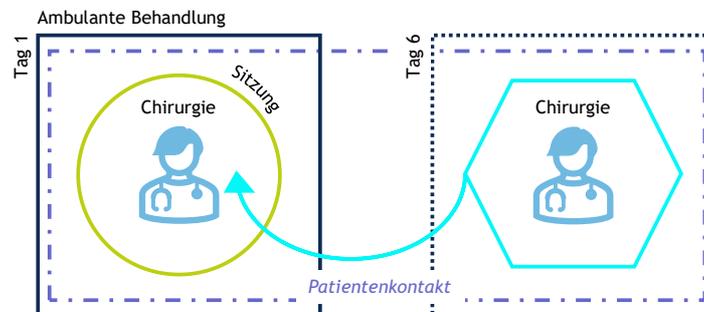
- Die Leistungen der Pathologie werden der mit der **auftraggebenden Sitzung** der Feinnadelpunktion zu **einem Patientenkontakt** zusammengefasst und als **eine ambulante Behandlung** geführt. Die Sitzung der inneren Medizin wird als **eigener Patientenkontakt** und eigene **ambulante Behandlung** geführt.



### Beispiel 7 zu Klarstellung 5

Der Chirurg beantwortet 5 Tage nach dem Eingriff dem Patienten einige Fragen zur Nachbehandlung per E-Mail.

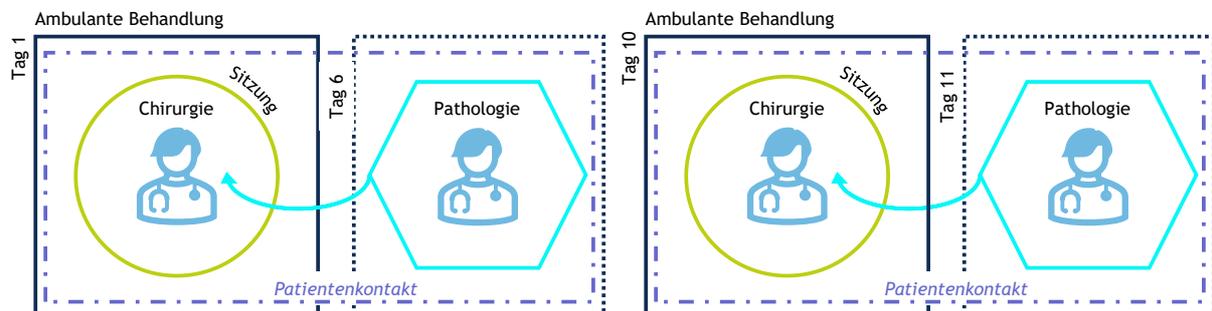
- **Ein** Patientenkontakt, eine **ambulante Behandlung**. Die Leistungen im Rahmen der E-Mail wird mit der vorherigen Sitzung zu einem Patientenkontakt zusammengefasst. Folglich wird eine **ambulante Behandlung** geführt.



### Beispiel 8 zu Klarstellung 5

Der Pathologie wird die Gewebeprobe der Nierenbiopsie zugestellt. Sie wird fünf Tage später analysiert und befundet. Bei der Nachkontrolle 9 Tage später beim Chirurgen wird nochmals eine Analyse derselben Probe der Pathologie in Auftrag gegeben.

- **Zwei** Patientenkontakt, zwei **ambulante Behandlung**. Die Leistungen der Pathologie werden zusammen mit der jeweils vorangehenden Sitzung zusammengefasst.



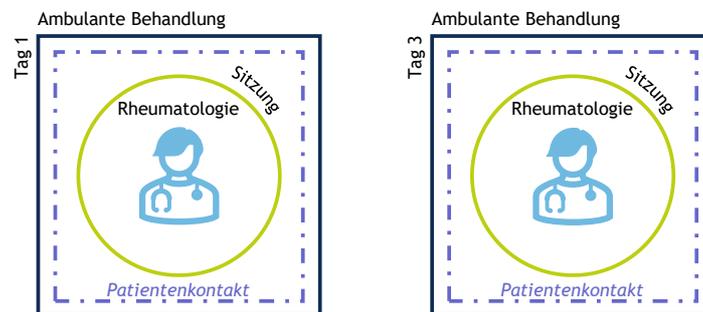
## Klarstellung 6 zu Kapitel 5 - Definition Ambulante Behandlung pro Kalendertag

Das Zusammentreffen zwischen Patienten und *Leistungserbringer im ambulanten Setting* an unterschiedlichen Tagen führt zu unterschiedlichen ambulanten Behandlungen.

### Beispiel 1 zu Klarstellung 6

Der Patient hat am **Tag 1** einen Termin beim Rheumatologen. Aufgrund des akuten Beschwerdebildes wird ein Kontrolltermin am **Tag 3** vereinbart.

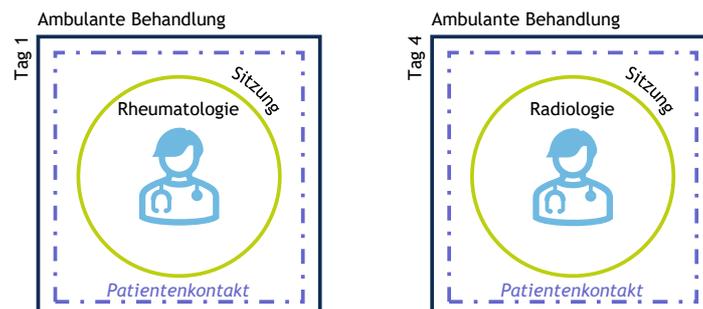
→ Zwei ambulante Behandlungen, weil zwei Patientenkontakte an zwei unterschiedlichen Kalendertagen.



### Beispiel 2 zu Klarstellung 6

Ein Patient mit Rückenschmerzen wird vom Rheumatologen zu einem MRI angemeldet. Dieses MRI wird **3 Tage später** durchgeführt.

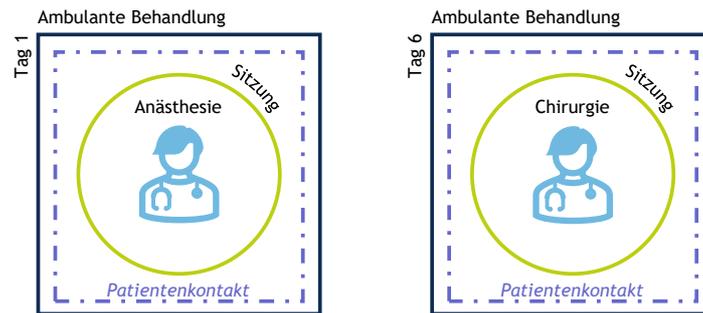
→ Zwei ambulante Behandlungen, weil zwei Patientenkontakte an unterschiedlichen Kalendertagen.



### Beispiel 3 zu Klarstellung 6

Ein Patient kommt **5 Tage vor** einer Hernien-Operation in die Anästhesie-Sprechstunde.

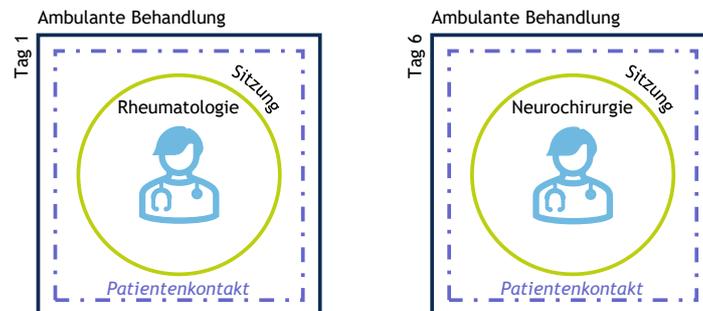
→ Zwei ambulante Behandlungen, weil zwei Patientenkontakte an unterschiedlichen Kalendertagen.



### Beispiel 4 zu Klarstellung 6

Der Rheumatologe holt ein Konsilium eines Neurochirurgen ein. Das Konsilium wird **5 Tage später** erbracht.

- **Zwei ambulante Behandlungen**, weil das Konsilium **nicht am gleichen Kalendertag** wie die Sitzung in der Rheumatologie stattfindet.



### Klarstellung 7 zu Kapitel 5 - Ambulante Behandlung über Mitternacht

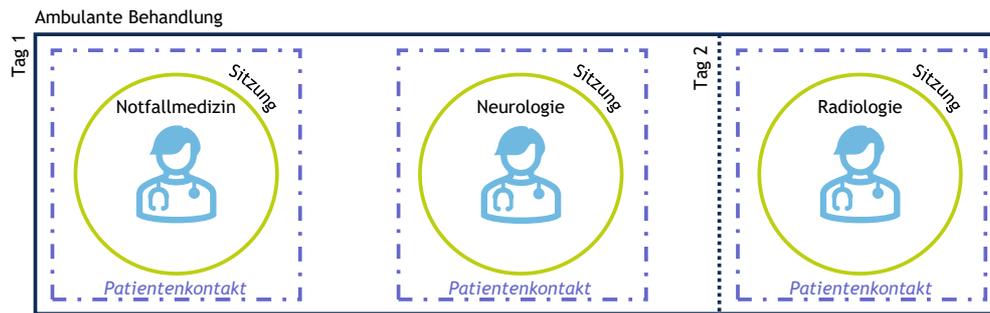
Ist ein Patient über Mitternacht in Behandlung (Kriterium «Mitternachtszensus» erfüllt), belegt er aber kein Bett (Kriterium «Bettenbelegung» **nicht** erfüllt), so werden die **Patientenkontakte** von zwei aufeinanderfolgenden Kalendertagen zu einer ambulanten Behandlung zusammengeführt. Als Abrechnungsdatum gilt das Datum des Austritts.

### Beispiel 1 zu Klarstellung 7

Der Patient kommt nach einem Sturz auf den Kopf in den Notfall vor Mitternacht. Nach der Untersuchung durch den Notfallmediziner wird nach Mitternacht ein Neurologe hinzugezogen und ein CT des Schädels durchgeführt.

- **Eine ambulante Behandlung**, weil die **Diagnosen** aller drei **Patientenkontakte** und Fachbereiche in die **gleiche Diagnosegruppe**<sup>1</sup> führen und es sich um eine **ambulante Behandlung** über Mitternacht ohne Bettenbelegung handelt. Eine allfällige Nachkontrolle am Austrittstag wird derselben **Sitzung** zugeordnet.

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



→ Eine Nachkontrolle am Folgetag wird als **separater Patientenkontakt** behandelt: **Zwei ambulante Behandlungen**.

## Klarstellung 8 zu Kapitel 5 - unterschiedliche Leistungserbringer an einem Kalendertag

Ein Leistungserbringer gemäss KVG definiert sich über die ZSR-Nummer.

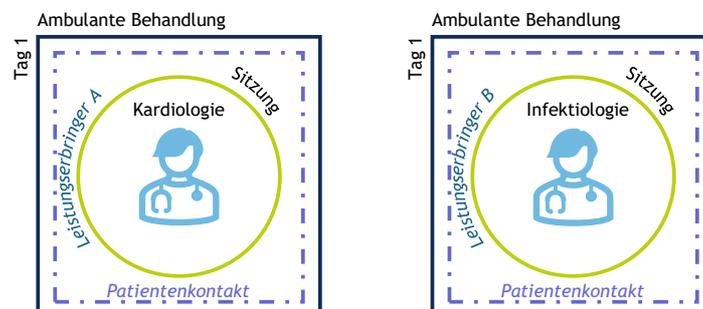
**Patientenkontakte** bei unterschiedlichen Leistungserbringern gemäss KVG am gleichen Kalendertag werden nicht zusammengeführt, und entsprechend von jedem Leistungserbringer separat abgerechnet.

Ausnahme davon stellen die **Patientenkontakte** mit **Diagnosen** dar, welche in die **gleiche Diagnosegruppe** gruppieren, sowie Leistungserbringung in unmittelbarer Abhängigkeit zueinander. Die Leistungen der beiden **Sitzungen** können nicht unabhängig erbracht werden und werden als **eine ambulante Behandlung** geführt.

### Beispiel 1 zu Klarstellung 8

Der Patient hat am gleichen Kalendertag eine Kontrolle beim Kardiologen in der Praxis und eine Kontrolle beim Infektiologen im Spital

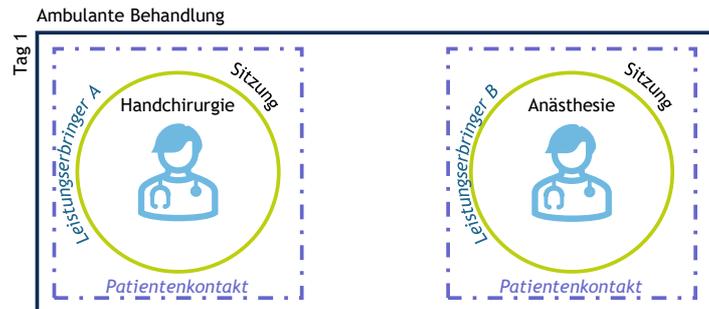
→ **Zwei ambulante Behandlungen**, weil zwei unterschiedliche **Leistungserbringer im ambulanten Setting**, die nicht in unmittelbarer Abhängigkeit zueinander stehen.



## Beispiel 2 zu Klarstellung 8

Der Handchirurg in eigener Praxis holt für einen Eingriff unter Anästhesie einen niedergelassenen Anästhesisten dazu.

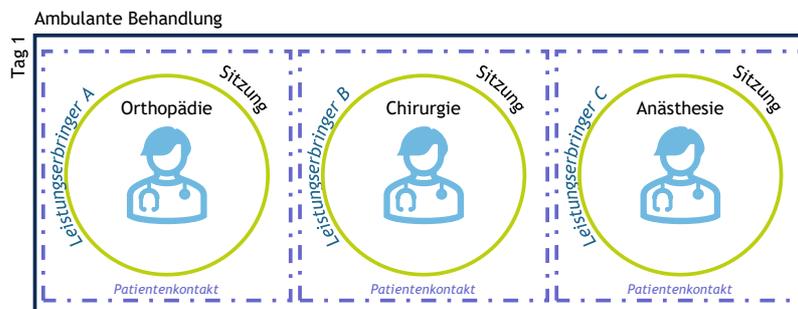
- **Eine ambulante Behandlung**, weil die **Diagnosen** beider Fachbereiche in die **gleiche Diagnosegruppe** gruppieren und die Leistungen der beiden Sitzungen in **unmittelbarer Abhängigkeit** zueinanderstehen. Die Operation wäre ohne die Anästhesie und die Pflege nicht durchführbar.



## Beispiel 3 zu Klarstellung 8

Der Orthopäde operiert in einem Spital eine Hüft-TP als Belegarzt. Die Anästhesistin und die Pflegefachpersonen der Chirurgischen Abteilung betreuen den Patienten vor, während und nach der Operation.

- **Eine ambulante Behandlung**, weil die **Diagnosen** aller Fachbereiche in die **gleiche Diagnosegruppe** gruppieren und die Leistungen der Sitzungen in **unmittelbarer Abhängigkeit** zueinanderstehen. Die Operation wäre ohne die Anästhesie und die Pflege nicht durchführbar.



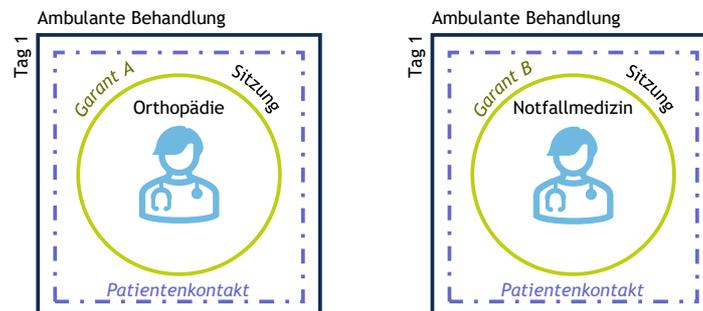
## Klarstellung 9 zu Kapitel 4 - unterschiedliche Garanten

Ausnahme der Zusammenführung bei **Diagnosen**, welche in die **gleiche Diagnosegruppe** gruppieren, sind **Patientenkontakte** mit **unterschiedlichen Garanten**. Diese werden als **zwei ambulante Behandlungen** geführt.

## Beispiel 1 zu Klarstellung 9

Der Patient kommt am Vormittag zur Nachkontrolle der Hüft-TP in die Orthopädie, und am Nachmittag auf den Notfall, weil er den Fuss verstaucht hat.

- **Zwei ambulante Behandlungen**, weil zwei **unterschiedliche Garanten**, obwohl die **Diagnosen** der beiden Patientenkontakte in die **gleiche Diagnosegruppe** gruppieren.



Hinweis: Beide ambulante Behandlungen werden jeweils über den zuständigen Sozialversicherer abgerechnet.

## Klarstellung 10 zu Kapitel 5 - Definition Ambulante Behandlung nach Gruppierung der Diagnose in gleich Diagnosegruppe

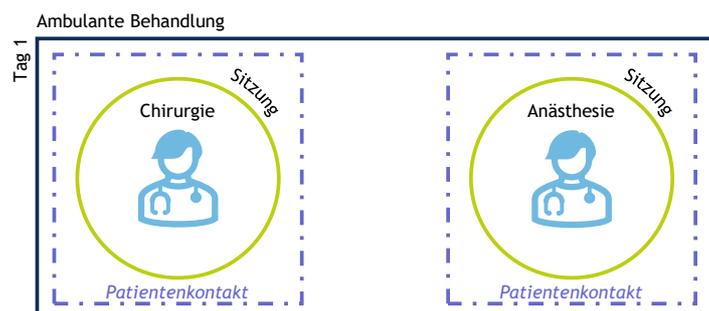
**Zwei Patientenkontakte** beim **gleichen** Leistungserbringers gemäss KVG Art. 35 Abs. 2 lit h oder Art. 35 Abs.2 l it n am gleichen Tag werden zu **einer ambulanten Behandlung** zusammengefasst, wenn deren **Diagnosen** in die **gleiche Diagnosegruppe**<sup>2</sup> gruppieren.

Es gilt die Eingruppierung der **Diagnose** in die **Diagnosegruppe**, nicht die möglicherweise davon abweichende Eingruppierung anhand der Prozedur.

### Beispiel 1 zu Klarstellung 10

Die Narkose für eine Zirkumzision ist Bestandteil der ambulanten Behandlung.

- **Eine ambulante Behandlung**, weil die **Diagnosen** beider Sitzungen in die **gleiche Diagnosegruppe** führen.

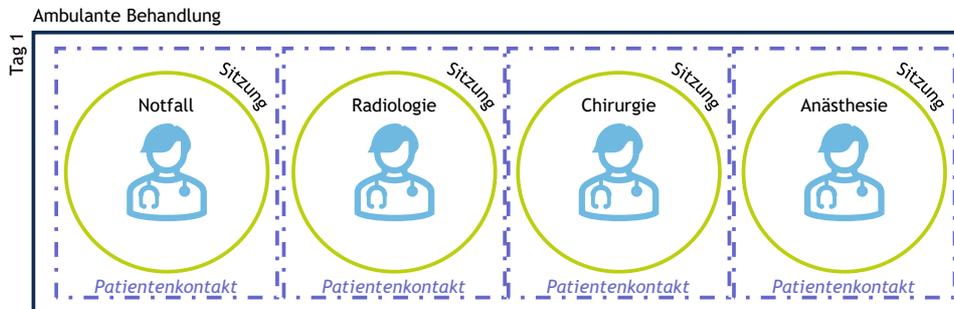


<sup>2</sup> Die Zuordnung von Diagnosen zur Diagnosegruppe ist dem Definitionshandbuch für ICD-10 GM resp. Kapitel (bspw. A. Herz-/ Kreislaufsystem) für den Tessinercode zu entnehmen.

### Beispiel 2 zu Klarstellung 10

Der Patient kommt mit einer Unterarmfraktur in den Notfall. Nach der Bildgebung wird durch die Orthopäden einen Spickdraht gesetzt.

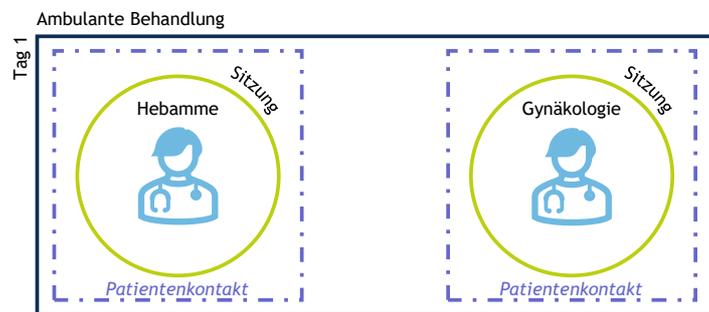
- **Eine ambulante Behandlung**, weil die **Diagnosen** alle Patientenkontakte der **vier Fachbereiche** in die **gleiche Diagnosegruppe** führen.



### Beispiel 3 zu Klarstellung 10

Die Patientin geht zur Schwangerschaftskontrolle bei der Hebamme, und anschliessend beim gleichen Leistungserbringer gemäss KVG zur Ultraschallkontrolle bei ihrer Gynäkologin.

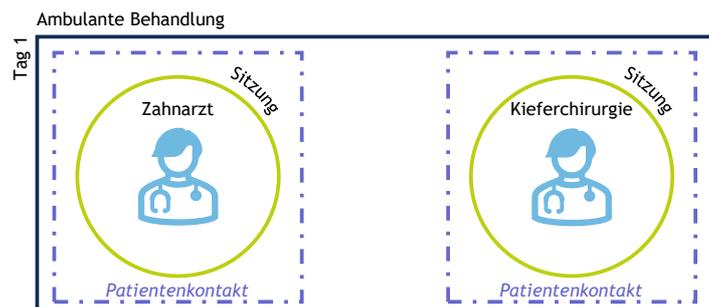
- **Eine ambulante Behandlung**, weil die **Diagnosen** beider Fachbereiche in die **gleiche Diagnosegruppe** führen.



### Beispiel 4 zu Klarstellung 10

Die Nachkontrolle der Kieferoperation ist zwischen dem Zahnarzt und dem Kieferchirurgen aufgeteilt.

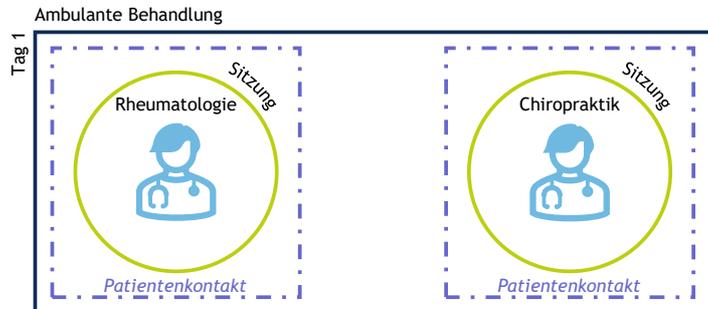
- **Eine ambulante Behandlung**, weil die **Diagnosen** der Patientenkontakte beider Fachbereiche in die **gleiche Diagnosegruppe** führen.



## Beispiel 5 zu Klarstellung 10

Der Patient hat eine Behandlung beim Rheumatologen und am gleichen Tag (beim gleichen Leistungserbringer gemäss KVG) eine Behandlung beim Chiropraktiker.

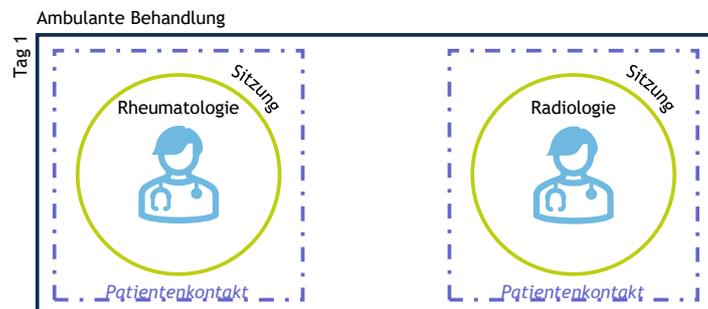
- Eine **ambulante Behandlung**, weil die **Diagnosen** der Patientenkontakte beider Fachbereiche in die **gleiche Diagnosegruppe** führen.



## Beispiel 6 zu Klarstellung 10

Ein Patient mit Rückenschmerzen wird vom Rheumatologen zu einem MRI angemeldet. Dieses MRI wird bei Verdacht auf Cauda-Equina-Syndrom noch am gleichen Tag (beim gleichen Leistungserbringer gemäss KVG) ausgeführt.

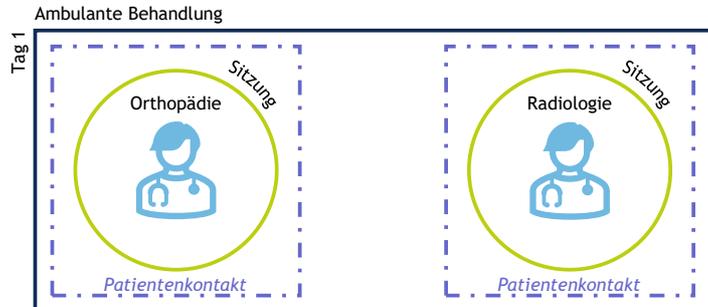
- Eine **ambulante Behandlung**, weil die **Diagnosen** der Patientenkontakte beider Fachbereiche in die **gleiche Diagnosegruppe** führen.



## Beispiel 7 zu Klarstellung 10

Der Patient hat eine Osteosynthese einer Fraktur. Weil es sich um eine komplexe Einstellung handelt, werden intraoperativ Kontroll-Röntgen durch den Radiologen gemacht.

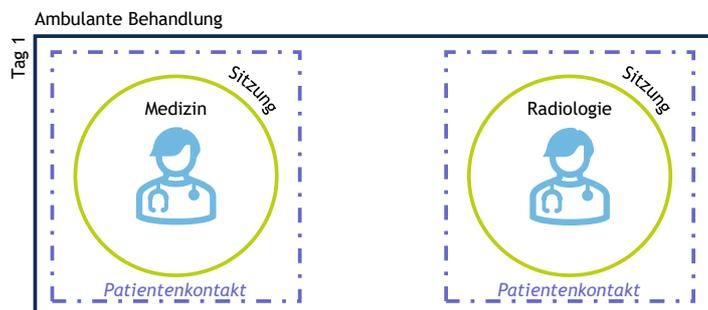
- **Eine ambulante Behandlung**, weil die **Diagnosen** der Patientenkontakte beider Fachbereiche in die **gleiche Diagnosegruppe** führen.



## Beispiel 8 zu Klarstellung 10

Bei einem Patienten der Inneren Medizin wird ein Röntgen Thorax (bei Verdacht auf Pneumonie) durchgeführt.

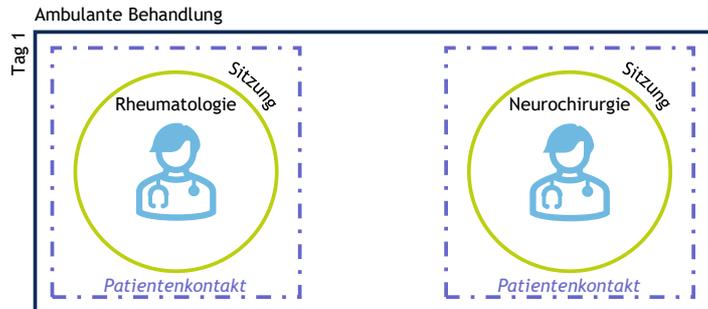
- **Eine ambulante Behandlung**, weil die **Diagnosen** der Patientenkontakte beider Fachbereiche in die **gleiche Diagnosegruppe** führen.



### Beispiel 9 zu Klarstellung 10

Der Rheumatologe holt ein Konsilium eines Neurochirurgen ein. Das Konsilium wird noch am gleichen Tag erbracht (weil es unmittelbar notwendig ist für den Entscheid über die weitere Behandlung).

- **Eine ambulante Behandlung**, weil die **Diagnosen** der Patientenkontakte beider Fachbereiche in die **gleiche Diagnosegruppe** führen. Diese Regelung gilt auch, falls es sich beim Konsiliararzt um einen Belegarzt handelt.



### Klarstellung 11 zu Kapitel 5 - Kombinationseingriffe während einer Anästhesie durch Anästhesisten

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.

### Beispiel 1 zu Klarstellung 11

Bei einem Kind wird während einer Anästhesie durch den Anästhesisten sowohl das Osteosynthesematerial entfernt als auch eine Zirkumzision durchgeführt. Der **Patientenkontakt** des Fachbereichs Anästhesiologie kodiert diejenige **Diagnose**, welche den Hauptanlass des Aufenthalts war und den höchsten Aufwand an medizinischen Mitteln aufweist.

- **Zwei ambulante Behandlungen**, weil die **Diagnosen** der beiden operativen Fachbereiche in **unterschiedliche Diagnosegruppen** führen und der Fachbereich Anästhesiologie die **gleiche Diagnose** wie die **Sitzung** des Fachbereichs Handchirurgie aufweist.



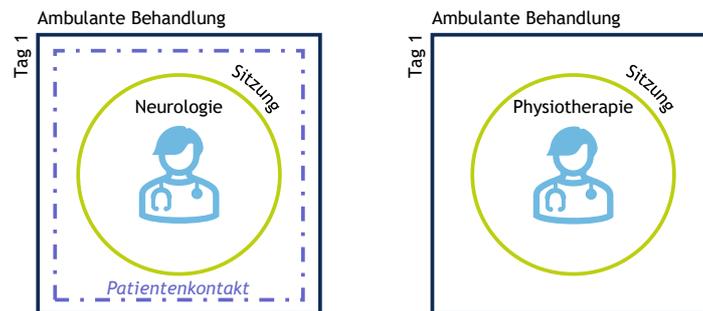
## Klarstellung 12 zu Kapitel 5 - keine Zusammenführung

Ausnahme der Zusammenführung von Patientenkontakten zu einer ambulanten Behandlung bei gleicher *Diagnose* sind die **Fachbereiche**, welche auf ärztliche Anordnung Leistungen erbringen.

### Beispiel 1 zu Klarstellung 12

Am Vormittag findet die Halbjahreskontrolle der MS-Erkrankung beim Neurologen statt. Am Nachmittag hat der Patient eine Physiotherapie-Sitzung aufgrund der Handfraktur.

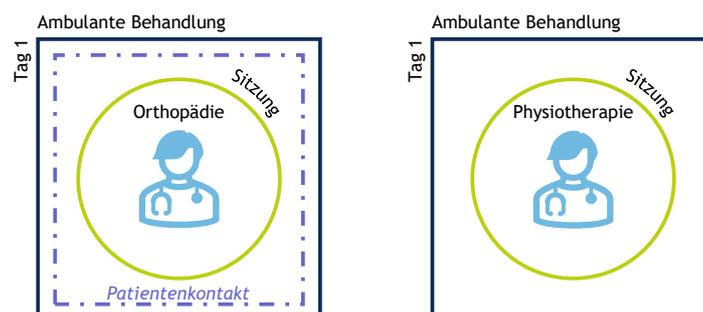
- **Zwei ambulante Behandlungen**, weil **ein Leistungserbringer im ambulanten Setting** (Physiotherapie) auf Anordnung des Arztes Leistungen erbringt.



### Beispiel 2 zu Klarstellung 12

Der Patient hat eine Kniearthroskopie und anschliessend, in der Tagesklinik, eine erste physiotherapeutische Behandlung.

- Der Patientenkontakt der Orthopädie sowie die Sitzung der Physiotherapie werden nicht zu einer ambulanten Behandlung zusammengeführt, obwohl sie die **gleiche Diagnose** haben. Bei der Physiotherapie handelt es sich um einen **auf ärztliche Anordnung Leistungen erbringender Fachbereich**.



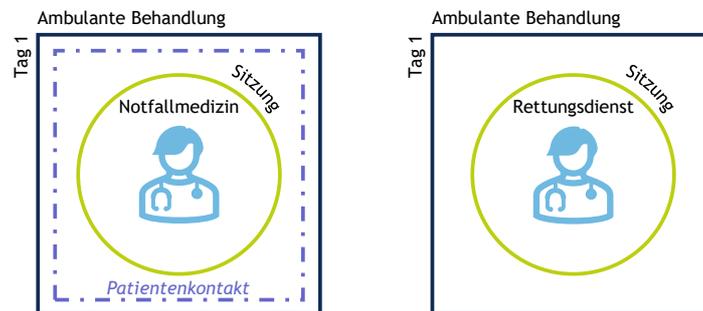
Hinweis: Für die physiotherapeutische Behandlung wird eine ambulante Verordnung benötigt.

### Beispiel 3 zu Klarstellung 12

Der Patient wird mit dem Rettungsdienst zu Hause abgeholt und anschliessend im Notfall behandelt.

- Der Patientenkontakt der Notfallmedizin sowie die Leistung durch den Rettungsdienst werden nicht zu einer ambulanten Behandlung zusammengeführt, obwohl sie die **gleiche Diagnose** haben. Weil es sich bei einem **Patiententransport** um einen *Leistungserbringer im*

ambulanten Setting, welcher auf Anforderung des Arztes Leistungen erbringt, handelt, werden **zwei ambulante Behandlungen** geführt.



### Klarstellung 13 - Definition tarifarischer Fall

Für ambulante Behandlungen, welche über den Patientenpauschaltarif abgerechnet werden, entspricht in der Kostenrechnung REKOLE® die ambulante Behandlung dem administrativen Fall. Damit sind für den Patientenpauschaltarif der administrative und tarifarische Fall gleichgestellt.

### Klarstellung 14 - Stomabehandlung

Die Stomaberatung ist kein Leistungserbringer gemäss KVG, weshalb diese nicht als separater Fachbereich gilt.

### Klarstellung 15 zu Kapitel 5.1 und 5.2 - labile und stabile Blutprodukte

Zu den labilen und stabilen Blutprodukten zählen folgende Artikel<sup>3</sup>:

Labile und stabile Blutprodukte
Erythrozytenkonzentrate
Thrombozytenkonzentrate
Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
Lymphozyten
Leukozyten
Granulozytenkonzentrate
Fresh Frozen Plasma (FFP)

<sup>3</sup> Quelle: SwissDRG (2024): Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenverrechnung (Daten 2024).

## Klarstellung 16 zu Kapitel 6.1 und 6.2 - Implantate

Zu den Implantaten zählen folgende Artikel<sup>4</sup>:

<b>Bewegungsapparat</b>
Hüftendoprothesen
Knieendoprothesen
Tumorendoprothesen
Modulare Endoprothesen & patientenindividuell gefertigte Prothesen
Distraktionsmarknagel
Wirbelsäulenimplantate
Beckenimplantate
Knochenzement
Knochenersatzstoffe
Gelenkknorpeltransplantate (z.B. autologe Matrixinduzierte Chondrozyten)
Osteosynthesematerial: Schrauben, Nägel, Platten (ab 50 CHF)
<b>Herz und Gefässe</b>
Kunstherz mit Zubehör
Ventrikuläre Unterstützungssysteme (VAD) mit Zubehör
Intraaortale Ballonpumpe (IABP) / mikroaxiale Pumpe mit Zubehör
Stent-Grafts (Stent-Prothesen)
Medikamente-freisetzende Koronarstents
Andere Koronarstents
Herzschrittmacher mit Zubehör
Defibrillatoren mit Zubehör
Gefässstents
Portsysteme
Coils/Schirme/Plugs
Herzklappen (auch organische Materialien)
<b>Gastrointestinaltrakt</b>
Magenband
Stents
Selbstexpandierende Prothese
<b>Schädel</b>
Implantate Schädel- und Gesichtsschädelknochen
Unterkieferrekonstruktionsplatten
Ramus-Distraktoren

<sup>4</sup> Quelle: SwissDRG (2024): Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenverrechnung (Daten 2024).

<b>Nervensystem</b>
Neurostimulator mit Zubehör
Cochleaimplantate
<b>Auge</b>
Linsen
<b>Haut</b>
Mammaprothesen
Hautersatzmaterialien
Künstlicher Blasenschliessmuskel
Penisprothese
<b>Nuklearmedizin</b>
Seeds
<b>Andere implantierbare Aggregate</b>
Periphere Stimulatoren mit Zubehör
Zwerchfellschrittmacher mit Zubehör
Implantierbare Medikamentenpumpen mit Zubehör
<b>Sonstige</b>
Endobronchialventile
Netze zur Defektreparatur (z.B. Herniennetze)
Tracheobronchialstents

## Klarstellung 17 zu Kapitel 6.2 - Abrechnung einer ambulanten Behandlung mit Einzelleistungstarif TARDOC

Ambulante Behandlungen, welche ausschliesslich Einzelleistungen im Leistungskatalog ambulante Arzttarife (nachfolgend LKAAT) enthalten, werden über den TARDOC abgerechnet.

Die Tarifpositionen und separat abrechenbare Leistungen bilden abschliessend die verrechenbaren Leistungen der ganzen ambulanten Behandlung ab.

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;**
- **Laboranalysen im Praxislabor gemäss Analysenliste;**
- **Einzelne oder miteinander verbundene Instrumente, Geräte, Vorrichtungen, Materialien, Stoffe und Implantate zum Einstandspreis und gemäss der Allgemeinen Definition AD-07.**

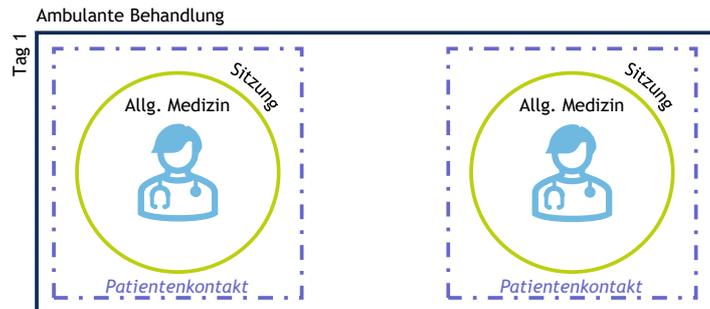
Kumulationsregeln und Mengenlimitationen gelten **pro Sitzung** und **Leistungserbringer im ambulanten Setting** (Fachbereich).

Mengenlimitationen pro Zeiteinheit (z.B. 90, 120, 180 oder 260 Tage) gelten **pro Patienten** und **Leistungserbringer im ambulanten Setting** (Fachbereich).

### Beispiel 1 zu Klarstellung 17

Ein Patient sucht am Morgen wegen einer starken Erkältung den Hausarzt (Einzelpraxis) auf. Am Nachmittag konsultiert er denselben Arzt ein zweites Mal aufgrund von Schmerzen im Unterleib.

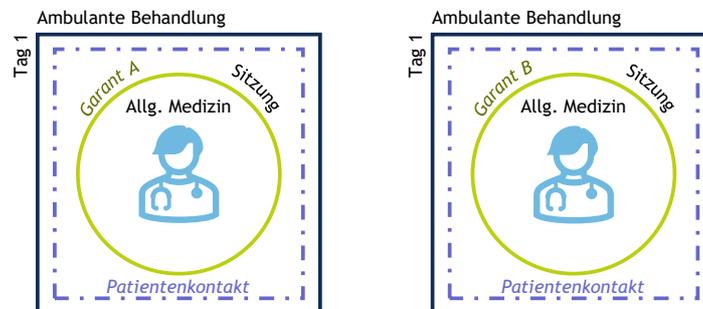
- **Zwei Sitzungen, eine ambulante Behandlung.** Die Mengenlimitation von 20 Min. auf den Konsultationspositionen gelten für beide Sitzungen separat.



### Beispiel 2 zu Klarstellung 17

Ein Patient sucht am Morgen wegen einer starken Erkältung den Hausarzt (Einzelpraxis) auf. Am Nachmittag konsultiert er denselben Arzt ein zweites Mal aufgrund einer Verstauchung, die er sich in der Zwischenzeit zugezogen hat.

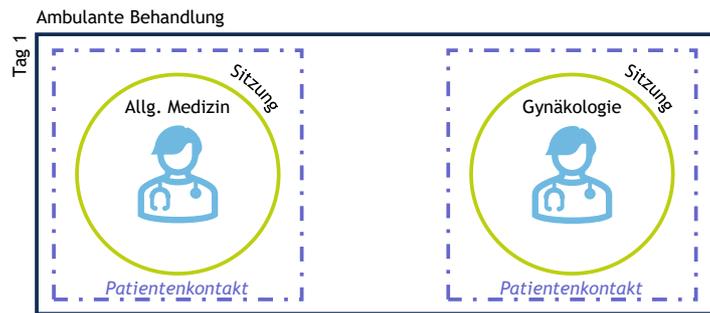
- **Zwei Sitzungen, zwei ambulante Behandlungen.** Es sind zwei unterschiedliche Garanten involviert.



### Beispiel 3 zu Klarstellung 17

Eine Patientin sucht am Morgen die Gruppenpraxis (Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dient) auf und lässt sich vom Arzt im Fachbereich Allgemein Innere Medizin aufgrund von Schmerzen im Unterleib behandeln. Am Nachmittag kommt die Patientin für eine erneute Konsultation aufgrund der gleichen Beschwerden in derselben Praxis zum Gynäkologen (Fachbereich Gynäkologie und Geburtshilfe) und lässt sich von ihm genauer untersuchen.

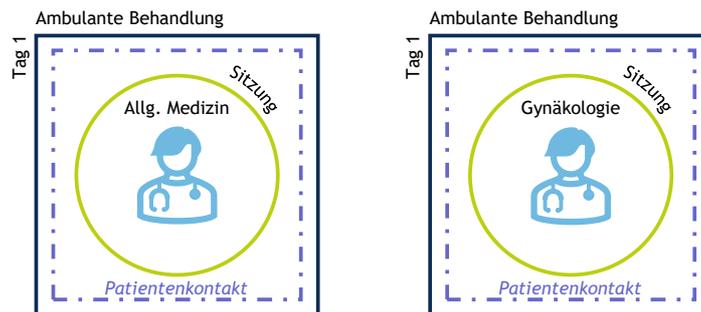
- **Zwei Sitzungen, eine ambulante Behandlung.** Die Mengenlimitation von 20 Min. auf den Konsultationspositionen gelten für beide Sitzungen separat.



### Beispiel 4 zu Klarstellung 17

Eine Patientin sucht am Morgen die Gruppenpraxis (Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen) auf und lässt sich vom Arzt im Fachbereich Allgemein Innere Medizin wegen einer Erkältung behandeln. Am Nachmittag kommt die Patientin für eine erneute Konsultation in derselben Praxis zum Gynäkologen (Fachbereich Gynäkologie und Geburtshilfe) für einen Schwangerschaftsuntersuch.

- Zwei Sitzungen, zwei ambulante Behandlungen, weil die Diagnosen nicht in die gleiche Diagnosegruppe gruppieren. Die Limitationen gelten für beide Sitzungen separat.



### Beispiel 5 zu Klarstellung 17

Ein Patient wird in der Gruppenpraxis über das Jahr hinweg von mehreren Ärztinnen und Ärzten aus demselben Fachbereich behandelt. Es fallen immer wieder Leistungen in Abwesenheit an.

- Die Limitationen für die Leistungen in Abwesenheit gelten rollierend für alle Ärztinnen und Ärzte des Fachbereichs zusammen, unabhängig von der Diagnose.

## Beispiel 6 zu Klarstellung 17

Eine Patientin wird in der Gruppenpraxis sowohl von ihrem Hausarzt (Fachbereich Allgemein Innere Medizin) als auch von ihrer Gynäkologin (Fachbereich Gynäkologie und Geburtshilfe) behandelt. Über das Jahr hinweg fallen immer wieder Leistungen in Abwesenheit an.

- ➔ Die Limitationen für die Leistungen in Abwesenheit gelten rollierend für die Fachbereiche separat.

## Klarstellung 18 zu Dringlichkeit und Notfall in der freien Praxis

Die Inkonvenienzen und Notfallzuschläge gelten für Ärzte (gem. Artikel 35 Abs. 2 Bst. a KVG) oder Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen (gem. Artikel 35 Abs. 2 Bst. n KVG) gleichermassen. Sie gelten nicht für Spitäler (gem. Artikel 39 KVG).

Die Behandlung von nicht angemeldeten Patienten gilt nicht generell als Notfall bzw. als dringlich und rechtfertigt somit nicht in jedem Fall die Abrechnung von Leistungen gemäss *Kapitel AA.30 Inkonvenienzen in der freien Praxis*.

Die Dringlichkeits- und Notfallinkonvenienzen entschädigen die Inkonvenienz, also die dem Arzt entstandenen Unannehmlichkeiten, die durch die dringliche oder notfallmässige Behandlung entstanden ist. Sie entschädigen nicht:

- Allenfalls erbrachte Vorhalteleistungen (z.B. von einer Permanence);
- Reguläre Nacht- und Wochenendarbeit durch nichtärztliches Personal oder den Arzt.

### Definition Dringlichkeit

Es gelten Definitionen gemäss folgenden Tarifpositionen:

- AA.30.0010 Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale A, Mo-Fr 7-19 Uhr, Sa 7-12 Uhr;
- AA.30.0020 Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale B, Mo bis Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19, So 7-19 Uhr.

### Notfallkriterien

Es gelten Definitionen gemäss folgenden Tarifpositionen:

- AA.30.0030 Notfall-Inkonvenienzpauschale C, Mo-Fr 7-19 Uhr, Sa 7-12 Uhr;
- AA.30.0040 Notfall-Inkonvenienzpauschale D, Mo-Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19 Uhr, So 7-19 Uhr;
- AA.30.0060 Notfall-Inkonvenienzpauschale E, Mo-Fr 22-7 Uhr, Sa und So 19-7 Uhr;
- AA.30.0080 Notfall-Inkonvenienzpauschale F, Mo-Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19 Uhr, So 7-19 Uhr.

## Beispiel 1 zu Klarstellung 18

### Dringliche Konsultation Montag-Freitag 7-19 Uhr, Samstag 7-12 Uhr

Der Patient telefoniert um 10 Uhr mit der Medizinischen Praxisassistenz, der Fall scheint dringlich zu sein. Die Medizinische Praxisassistenz bestellt den Patienten für 11 Uhr in die Praxis. Die Praxis ist regulär geöffnet um 11 Uhr.

- Da der Fall von der Medizinischen Praxisassistenz als **dringlich** erachtet wird bzw. der Patient **innerhalb von 2 Stunden nach dem Erstkontakt** behandelt wird, kann zu den für die Konsultation beim Arzt verrechneten Tarifpositionen zusätzlich die **AA.30.0010 Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale A, Mo-Fr 7-19 Uhr, Sa 7-12 Uhr** verrechnet werden.

**ACHTUNG:** Diese Pauschale kann pro unabhängig tätigen Arzt (gem. Art. 36 KVG) oder Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dient (gem. Art. 36a KVG) (GLN), über alle behandelten Patienten **maximal 2-mal pro Tag** abgerechnet werden.

### **Beispiel 2 zu Klarstellung 18** **Nicht dringliche Konsultation Montag-Freitag 7-19 Uhr, Samstag 7-12 Uhr**

Der Patient telefoniert um 10 Uhr mit der Medizinischen Praxisassistenz. Die Medizinische Praxisassistenz bestellt den Patienten für 13 Uhr in die Praxis. Die Praxis ist regulär geöffnet um 13 Uhr.

- Es kann **keine Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale** abgerechnet werden, da der Fall von der Medizinischen Praxisassistenz als nicht dringlich erachtet wird bzw. der Patient nicht innerhalb von 2 Stunden behandelt wird.

### **Beispiel 3 zu Klarstellung 18** **Dringliche Konsultation Montag-Freitag 7-19 Uhr, Samstag 7-12 Uhr**

Der Patient telefoniert um 11 Uhr mit der Medizinischen Praxisassistenz, der Fall scheint **dringlich** zu sein. Die Medizinische Praxisassistenz bestellt den Patienten für 13 Uhr in die Praxis. Die Praxis schliesst regulär um 12 Uhr.

- Die Tatsache, dass die Praxis geschlossen ist am Nachmittag, spielt **keine** Rolle. Da der Fall von der Medizinischen Praxisassistenz als **dringlich** erachtet wird bzw. der Patient **innerhalb von 2 Stunden nach dem Erstkontakt** behandelt wird, kann zu den für die Konsultation beim Arzt verrechneten Tarifpositionen zusätzlich die **AA.30.0010 Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale A, Mo-Fr 7-19 Uhr, Sa 7-12 Uhr** verrechnet werden.

**ACHTUNG:** Diese Pauschale kann pro unabhängig tätigen Arzt (gem. Art. 36 KVG) oder Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dient (gem. Art. 36a KVG) (GLN), **maximal 2-mal pro Tag** abgerechnet werden, über alle behandelten Patienten.

### **Beispiel 4 zu Klarstellung 18** **Dringliche Konsultation Montag bis Freitag 19-22 Uhr, Samstag 12-19, Sonntag 7-19 Uhr**

Der Patient telefoniert um **17 Uhr** mit der Medizinischen Praxisassistenz, der Fall scheint dringlich zu sein. Die Medizinische Praxisassistenz bestellt den Patienten für **19 Uhr in die Praxis**. Die Praxis ist regulär bis **17:30 Uhr** geöffnet.

- Die Tatsache, dass die Praxis um 19 Uhr bereits geschlossen ist, spielt **keine** Rolle. Da der Fall von der Medizinischen Praxisassistenz als **dringlich** erachtet wird bzw. der Patient **innerhalb von 2 Stunden nach dem Erstkontakt** behandelt wird, kann zu den für die Konsultation beim Arzt verrechneten Tarifpositionen zusätzlich die **AA.30.0020 Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale B, Mo bis Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19, So 7-19 Uhr** verrechnet werden.

### Beispiel 5 zu Klarstellung 18

#### Dringliche Konsultation Montag bis Freitag 19-22 Uhr, Samstag 12-19, Sonntag 7-19 Uhr

Der Patient kommt **unangemeldet** um **20 Uhr** in die Praxis, da er **selbst, Angehörige oder Dritte eine dringliche Konsultation als notwendig erachten**. Der Arzt behandelt den Patienten **innerhalb von zwei Stunden**, da er es ebenfalls als dringlich erachtet. Die Praxis hat bis 22 Uhr regulär geöffnet.

- Die Tatsache, dass die Praxis bis 22 Uhr geöffnet hat, spielt keine Rolle. Da der Fall vom Arzt als **dringlich** erachtet wird bzw. der Patient **innerhalb von 2 Stunden nach dem Eintreffen in der Praxis** behandelt wird, kann zu den für die Konsultation beim Arzt verrechneten Tarifpositionen zusätzlich die **AA.30.0020 Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale B, Mo bis Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19, So 7-19 Uhr** verrechnet werden.

### Beispiel 6 zu Klarstellung 18

#### Nicht dringliche Konsultation Montag bis Freitag 19-22 Uhr, Samstag 12-19, Sonntag 7-19 Uhr

Der Patient kommt **unangemeldet** um **20 Uhr** in die Praxis, da er **selbst, Angehörige oder Dritte eine dringliche Konsultation als notwendig erachten**. Der Arzt behandelt den Patienten **nicht innerhalb von zwei Stunden**, da er den Fall als **nicht dringlich** erachtet. Die Praxis hat bis 22 Uhr regulär geöffnet.

- Die Tatsache, dass die Praxis bis 22 Uhr geöffnet hat und der Patient **unangemeldet** erscheint, spielt keine Rolle. Da der Arzt den Fall als **nicht dringlich** erachtet bzw. der Patient nicht innerhalb von 2 Stunden nach dem Eintreffen in der Praxis behandelt wird, kann zu den für die Konsultation beim Arzt verrechneten Tarifpositionen **keine Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale** verrechnet werden.

### Beispiel 7 zu Klarstellung 18

#### Konsultation am Sonntag, 7-19 Uhr

Der Patient kommt für einen **Verbandswechsel**, der aus medizinischen Gründen **am Sonntag** durchgeführt werden muss in die Praxis oder der Arzt besucht ihn zu Hause.

- Konsultationen, die am Sonntag aus medizinischen Gründen (z.B. Infusions-Serie oder täglicher Verbandwechsel) durchgeführt werden müssen, jedoch nicht notfallmässig sind, gelten als dringlich. Für die Konsultation beim Arzt kann die Tarifposition **AA.30.0020 Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale B, Mo bis Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19, So 7-19 Uhr** verrechnet werden.

### Beispiel 8 zu Klarstellung 18

#### Telemedizinische Notfall-Konsultation nach 19 Uhr

Der Arzt erhält wochentags **nach 19 Uhr ein Telefonat** von einem Patienten. Zu diesem Zeitpunkt befindet sich der Arzt nicht mehr in seiner Praxis. Eine Konsultation in der Praxis, beim Patienten zu Hause oder am Ereignisort ist nicht notwendig.

- Der Arzt verrechnet folgende Tarifpositionen:
  - **AA.30.0080 Notfall-Inkonvenienzpauschale F für telemedizinische Konsultationen, Mo-Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19 Uhr, So 7-19 Uhr,**

- AA.30.0090 (+) 25%-Zuschlag für telemedizinische Notfallkonsultation F, Mo-Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19 Uhr, So 7-19 Uhr sowie mindestens
- AA.10.0010 Ärztliche, telemedizinische zeitgleiche Konsultation, erste 5 Min. weil das Telefonat vom Patienten, Angehörigen oder Dritten als medizinisch notwendig erachtet wird und ihm eine Inkonvenienz entstanden ist. Weitere Positionen sind denkbar.

### Beispiel 9 zu Klarstellung 18

#### Telemedizinische Notfall-Konsultation nach 22 Uhr

Der Arzt erhält wochentags nach 22 Uhr ein Telefonat von einem Patienten. Zu diesem Zeitpunkt befindet sich der Arzt nicht mehr in seiner Praxis. Eine Konsultation in der Praxis, beim Patienten zu Hause oder am Ereignisort ist nicht notwendig.

→ Der Arzt verrechnet folgende Tarifpositionen:

- AA.30.0100 Notfall-Inkonvenienzpauschale G für telemedizinische Konsultationen, Mo-Fr 22-7 Uhr, Sa und So 19-7 Uhr,
- AA.30.0110 (+) 50%-Zuschlag für telemedizinische Notfallkonsultation G, Mo-Fr 22-7 Uhr, Sa und So 19-7 Uhr sowie mindestens
- AA.10.0010 Ärztliche, telemedizinische zeitgleiche Konsultation, erste 5 Min. weil das Telefonat vom Patienten, Angehörigen oder Dritten als medizinisch notwendig erachtet wird und ihm eine Inkonvenienz entstanden ist. Weitere Positionen sind denkbar.

### Beispiel 10 zu Klarstellung 18

#### Notfall-Konsultation mit direktem Arzt-Patienten-Kontakt, Montag-Freitag 7-19, Samstag 7-12

Der Patient kommt wochentags um 11 Uhr in die Praxis und der Arzt kann bei ihm eine Störung der Vitalfunktionen nicht ausschliessen und behandelt ihn deshalb verzugslos.

→ Da der Patient verzugslos behandelt werden muss, kommt die AA.30.0030 Notfall-Inkonvenienzpauschale C, Mo-Fr 7-19 Uhr, Sa 7-12 Uhr zur Anwendung.

### Beispiel 11 zu Klarstellung 18

#### Notfall-Konsultation mit direktem Arzt-Patienten-Kontakt

Der Arzt erhält einen Anruf. Der Patient, Angehörige von ihm oder Dritte gehen von einer Notfallsituation aus. Der Arzt macht sich unverzüglich nach Beendigung des Telefonats von ausserhalb auf in die Praxis, zum Patienten nach Hause oder an den Ereignisort, um den Patienten zu behandeln. Beim Eintreffen stellt der Arzt fest, dass es sich nicht um einen Notfall handelt und die Vitalzeichen nicht gestört sind.

→ Dass es sich tarifarisch nicht um einen echten Notfall handelt, ist irrelevant. Die Inkonvenienz ist dem Arzt durch die Anreise bereits entstanden - die Verrechnung einer Notfallinkonvenienz ist korrekt, da sich der Arzt unverzüglich aufgemacht hat. Der Arzt rechnet dies abhängig vom Wochentag und der Tageszeit mit mindestens einer der folgenden Tarifpositionen ab:

- AA.30.0030 Notfall-Inkonvenienzpauschale C, Mo-Fr 7-19 Uhr, Sa 7-12 Uhr oder
- AA.30.0040 Notfall-Inkonvenienzpauschale D, Mo-Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19 Uhr, So 7-19 Uhr;
  - AA.30.0050 (+) 25%-Zuschlag für Notfall D, Mo-Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19 Uhr, So 7-19 Uhr oder
- AA.30.0060 Notfall-Inkonvenienzpauschale E, Mo-Fr 22-7 Uhr, Sa und So 19-7 Uhr

- AA.30.0070 (+) 50%-Zuschlag für Notfall E, Mo-Fr 22-7 Uhr, Sa und So 19-7 Uhr.

## Beispiel 12 zu Klarstellung 18 Notfall-Konsultation durch Belegarzt im Spital

Der vom Spital nicht ganz oder teilweise fix besoldete Belegarzt erhält einen Anruf vom Spital. Ein durch den Belegarzt behandelter Patient benötigt eine notfallmässige Konsultation, die von den diensthabenden Piket-Ärzten des Beleg-Spitals nicht geleistet werden kann. Der Arzt macht sich von ausserhalb des Spitals unverzüglich auf, um den Patienten im Spital zu konsultieren bzw. zu behandeln.

- ➔ Durch die **unverzügliche Anreise ans Spital** ist dem Arzt eine Inkonvenienz entstanden - die Verrechnung einer Notfallinkonvenienz ist korrekt, da sich der Arzt **unverzüglich** aufgemacht hat. Der Arzt rechnet dies abhängig vom Wochentag und der Tageszeit mit mindestens folgenden Tarifpositionen ab:
  - AA.30.0030 Notfall-Inkonvenienzpauschale C, Mo-Fr 7-19 Uhr, Sa 7-12 Uhr oder
  - AA.30.0040 Notfall-Inkonvenienzpauschale D, Mo-Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19 Uhr, So 7-19 Uhr;
    - AA.30.0050 (+) 25%-Zuschlag für Notfall D, Mo-Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19 Uhr, So 7-19 Uhr oder
  - AA.30.0060 Notfall-Inkonvenienzpauschale E, Mo-Fr 22-7 Uhr, Sa und So 19-7 Uhr;
    - AA.30.0070 (+) 50%-Zuschlag für Notfall E, Mo-Fr 22-7 Uhr, Sa und So 19-7 Uhr.

**ACHTUNG:** In diesem Fall ist die Verrechnung einer Wegzeit (AA.00.0050 oder EA.00.0100) von z.B. zu Hause ans Spital nicht vorgesehen.

## Beispiel 13 zu Klarstellung 18 Nicht dringliche Konsultation am Abend

Eine Patientin wird angewiesen 7 Tage nach einem Eingriff die Fäden des Wundverschlusses bei ihrem Hausarzt ziehen zu lassen. Nach gutem Heilungsverlauf begibt sich die Patientin an ihrem Feierabend am Donnerstag um 19:45 Uhr unangemeldet in die Permanence in ihrem Quartier (Walk-In-Konzept, keine vorherige Terminvereinbarung notwendig). Nach 17 Minuten im Praxis-Wartebereich wird die Patienten von der Ärztin behandelt.

- ➔ Weder die Tatsache, dass sich die Patientin unangemeldet und nach 19 Uhr in die Praxis begeben hat und noch der Umstand, dass die Patientin innerhalb von 17 Minuten behandelt wurde, berechtigt zur Verrechnung der Dringlichkeitspauschale (AA.30.0020).