

Klarstellungen und Beispiele

Erläuterndes Dokument zu den Anwendungsmodalitäten (Anhang B)

Gültig ab: 01. Januar 2026

Stand vom 16. Juni 2026

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Ingress	3
Klarstellung 1 zu Kapitel 1 - Sitzung am stationären Eintritts- oder Austrittstag	3
Klarstellung 2 zu Kapitel 2 - Definition <i>Leistungserbringer im ambulanten Setting</i>	3
Klarstellung 3 zu Kapitel 2 - Pflege als <i>Leistungserbringer im ambulanten Setting</i>	3
Klarstellung 27 zu Kapitel 2 - Hebammen als <i>Leistungserbringer im ambulanten Setting</i>	4
Klarstellung 21 zu Kapitel 3 - Sitzung	4
Klarstellung 25 zu Kapitel 3.1 Definition Sitzung	5
Klarstellung 4 zu Kapitel 3.1 - Sitzung ohne physisches Zusammentreffen	5
Klarstellung 5 zu Kapitel 4 Patientenkontakt	5
Klarstellung 19 zu Kapitel 4.1 - Definition der zugeordneten Leistungen.....	9
Klarstellung 20 zu Kapitel 4.1 - Regelwerk der zugeordneten Leistungen	9
Klarstellung 24 zu Kapitel 4.1 - zugeordnete Leistungen bei Jahreswechsel 2025/2026	10
Klarstellung 6 zu Kapitel 5 - Definition Ambulante Behandlung pro Kalendertag	10
Klarstellung 7 zu Kapitel 5 - Ambulante Behandlung über Mitternacht	12
Klarstellung 8 zu Kapitel 5 - unterschiedliche Leistungserbringer an einem Kalendertag	13
Klarstellung 9 zu Kapitel 5 - unterschiedliche Garanten	15
Klarstellung 10 zu Kapitel 5 - Definition Ambulante Behandlung nach Gruppierung der Diagnose in die gleiche Diagnosengruppe	17
Klarstellung 22 zu Kapitel 5 - Definition Ambulante Behandlung nach Gruppierung der Diagnose in die gleiche Diagnosengruppe	20
Klarstellung 11 zu Kapitel 5 - Kombinationseingriffe während einer Anästhesie durch Anästhesisten	20
Klarstellung 12 zu Kapitel 5 - keine Zusammenführung	21
Klarstellung 29 zu Kapitel 5 - Vorbereitende Tätigkeiten zur Bestrahlung in der Radio-Onkologie ...	22
Klarstellung 23 zu Kapitel 6.2 - Tarifstrukturwechsel TARMED zu TARDOC / Jahreswechsel 2025/2026	23
Klarstellung 13 - Definition tarifarischer Fall	23
Klarstellung 14 - Stomabehandlung.....	23
Klarstellung 15 zu Kapitel 5.1 und 5.2 - labile und stabile Blutprodukte	24
Klarstellung 16 zu Kapitel 6.1 und 6.2 - Implantate	25
Klarstellung 26 zu Kapitel 6.1 - Verbindlichkeit Grouper	26
Klarstellung 30 zu Kapitel 6.1 - Mehrfachverrechnung Ambulante Pauschalen	26

Klarstellung 17 zu Kapitel 6.2 - Abrechnung einer ambulanten Behandlung mit Einzelleistungstarif TARDOC	26
Klarstellung 28 zu Kapitel 6.3 - Andere ambulant ärztliche Tarife	29
Klarstellung 18 zu Dringlichkeit und Notfall in der freien Praxis	29
Anhang: Übersicht Klarstellungen	30

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.

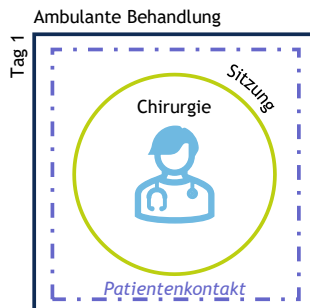
Klarstellung 3 zu Kapitel 2 - Pflege als *Leistungserbringer im ambulanten Setting*

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 angeschlossen ist.



Klarstellung 27 zu Kapitel 2 - Hebammen als *Leistungserbringer im ambulanten Setting*

Hebammen im Spital sind ein eigener Leistungserbringer im ambulanten Setting, und bilden folglich eigene Sitzungen/Patientenkontakte. Falls am gleichen Tag ein Patientenkontakt bei einem Arzt des gleichen Spitals (gleicher Leistungserbringer KVG) stattfindet, sind die beiden Patientenkontakte gemäss Kapitel 5 auf Zusammenfassung zu prüfen.

Als Beispiel dient Beispiel 3 zu Klarstellung 10.

Klarstellung 21 zu Kapitel 3 - Sitzung

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.

Beispiel 1 zu Klarstellung 21

Der Patient kommt am Vormittag zum Hausarzt mit einer Lungenentzündung und hohem Fieber. Nach der Untersuchung vereinbart der Arzt mit dem Patienten einen Kontrolltermin am späteren Nachmittag, um den Verlauf zu beurteilen, und um zu entscheiden, ob eine stationäre Einweisung nötig ist.

Beide Besuche sind als separate Sitzungen zu führen.

Beispiel 2 zu Klarstellung 21

Die Patientin kommt mit einer Riss-Quetsch-Wunde am Kopf und Schwindel in die Notfallstation. Nach der ersten Untersuchung und Versorgung durch den Notfallmediziner wird die Patientin in die Radiologie für ein CT gebracht. Anschliessend wird die Patientin in der Notfallstation weiter behandelt und entlassen.

Die Behandlung des Notfallmediziners ist bei Durchführung des CT's noch nicht abgeschlossen, sondern wird nach der Rückkehr der Patientin weitergeführt. Die unverzügliche Behandlung in der Radiologie unterbricht die Sitzung im Notfall, aber schliesst diese nicht ab. Deshalb entspricht die Leistung des Notfallmediziners einer (1) Sitzung. Die Leistungen der Radiologie werden als separate eigene Sitzung geführt (anderer Fachbereich).

Beispiel 3 zu Klarstellung 21

Der Patient kommt am Vormittag zum Pneumologen in die Sprechstunde und für umfassende Tests. Am Nachmittag besprechen der Pneumologe und der Patient die Resultate der Tests am Telefon. Es handelt sich um zwei Sitzungen. Eine Sitzung stellt ein physisches Zusammentreffen dar, die andere Sitzung ein fernmündliches Zusammentreffen.

Klarstellung 25 zu Kapitel 3.1 Definition Sitzung

Eine Sitzung definiert sich als physisches oder fernmündliches Zusammentreffen zwischen Patient und Leistungserbringer im ambulanten Setting.

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.

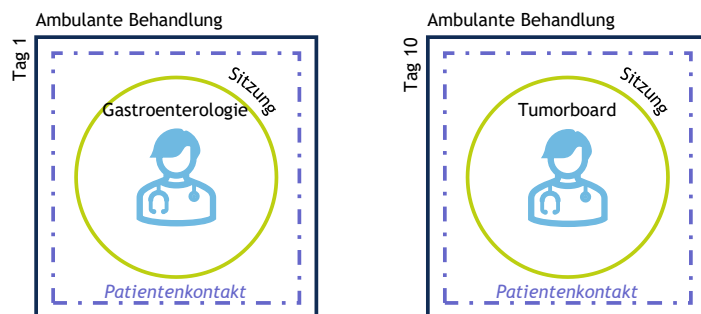
Klarstellung 4 zu Kapitel 3.1 - Sitzung ohne physisches Zusammentreffen

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 Mengenlimitationen 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.

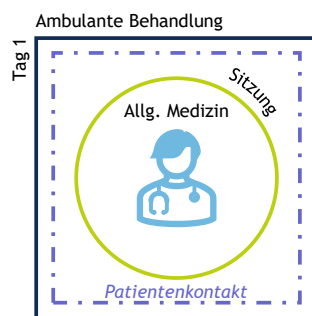
- Labor- und Pathologie-Leistungen am Präparat resp. der Probe werden der auftraggebenden Sitzung zugeordnet

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.

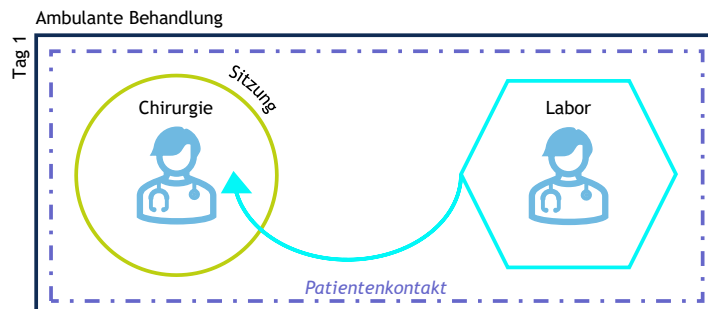
- ➔ **Eine Sitzung, ein Patientenkontakt, eine ambulante Behandlung.** Die Sitzung ist dem Patientenkontakt gleichgesetzt. Nebst der Sitzung fallen keine weiteren Leistungen an, welche dem Patientenkontakt zugeordnet werden.



Beispiel 2 zu Klarstellung 5

Bei einem Patienten mit Verdacht auf Herzinfarkt werden Laboranalysen durchgeführt.

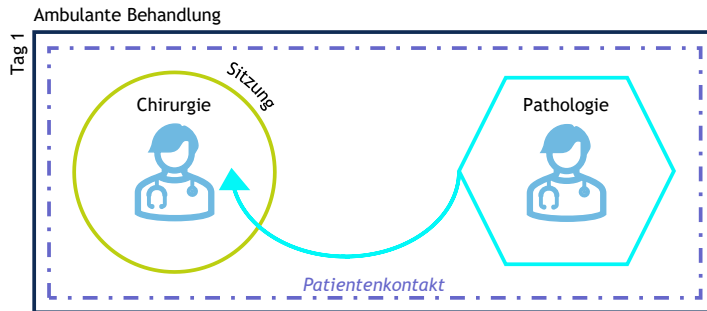
- ➔ **Ein Patientenkontakt, eine ambulante Behandlung.** Die Leistungen des Labors an der Probe (zugeordnete Leistungen) werden mit der **auftraggebenden Sitzung zu einem Patientenkontakt** zusammengefasst.



Beispiel 3 zu Klarstellung 5

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

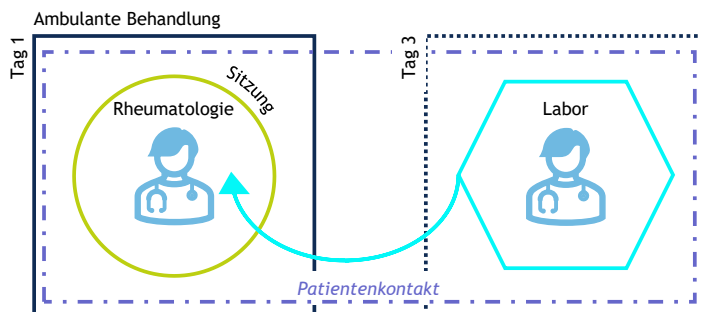
- **Ein** Patientenkontakt, eine *ambulante Behandlung*. Die Leistungen der Pathologie erfolgen an der Probe, und werden demzufolge mit der **auftraggebenden Sitzung** zu einem **Patientenkontakt** zusammengefasst.



Beispiel 4 zu Klarstellung 5

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

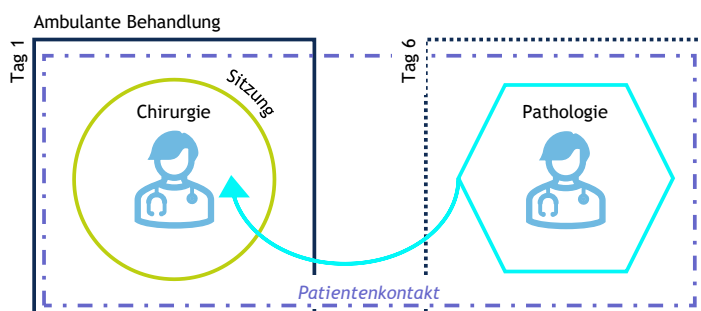
- **Ein** Patientenkontakt, eine *ambulante Behandlung*. Die Leistungen des Labors werden mit der **auftraggebenden Sitzung** zu einem Patientenkontakt zusammengefasst, auch wenn die Leistungen 2 Tage nach der auftraggebenden Sitzung erfolgen.



Beispiel 5 zu Klarstellung 5

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

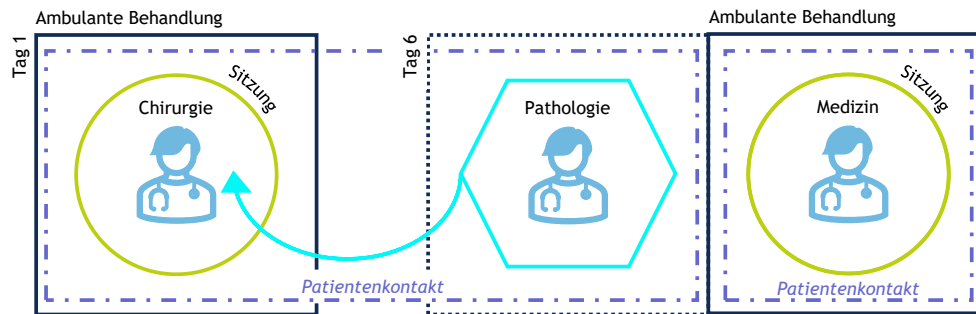
- **Ein** Patientenkontakt, eine *ambulante Behandlung*. Die Leistungen der Pathologie werden mit der **auftraggebenden Sitzung** zu einem Patientenkontakt zusammengefasst.



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.

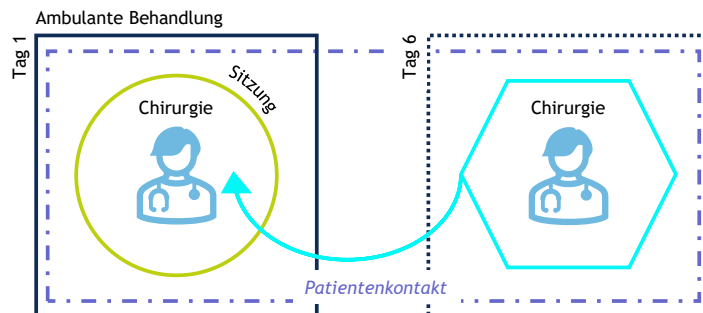
- ➔ Die Leistungen der Pathologie werden der mit der **auftraggebenden Sitzung** der Feinnadelpunktion zu **einem Patientenkontakt** zusammengefasst und als **eine ambulante Behandlung** geführt. Die Sitzung der inneren Medizin wird als **eigener Patientenkontakt** und eigene **ambulante Behandlung**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



Beispiel 7 zu Klarstellung 5

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

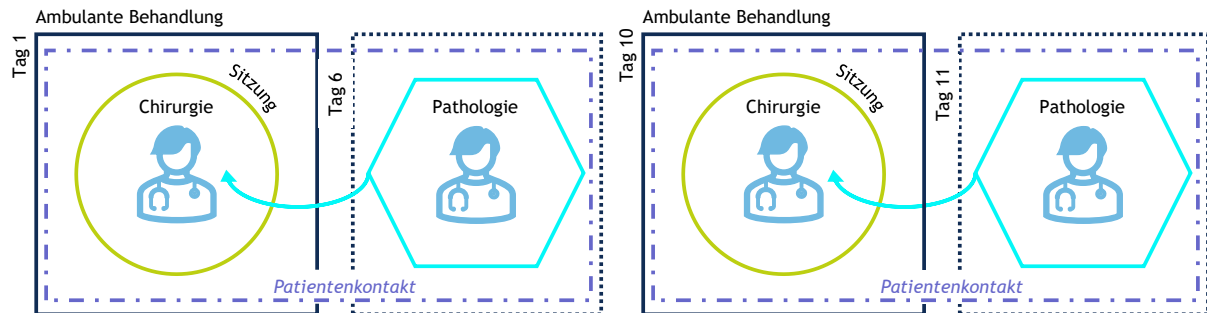
- ➔ Ein Patientenkontakt, **eine ambulante Behandlung**. Die Leistungen im Rahmen der E-Mail wird mit der vorherigen **Sitzung** zu **einem Patientenkontakt** zusammengefasst. Folglich wird eine **ambulante Behandlung** geführt.



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 Patientenkontakte, zwei ambulante Behandlungen.** Die Leistungen der Pathologie werden zusammen mit der jeweils vorangehenden Sitzung zusammengefasst.



Klarstellung 19 zu Kapitel 4.1 - Definition der zugeordneten Leistungen

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.

Beispiel 1 zu Klarstellung 19

Drei Tage nach der Sitzung erstellt der Kardiologe den Bericht an den zuweisenden Hausarzt über die durchgeführte Behandlung. Der Bericht wird mit der LKAAT-Position AA.25.0010 erfasst. Diese ist im LKAAT als zugeordnete Leistung gekennzeichnet.

Klarstellung 20 zu Kapitel 4.1 - Regelwerk der zugeordneten Leistungen

Die Formulierung in Absatz 2 ist so zu interpretieren, wie wenn die fett markierten Wörter ergänzt wären. Die blau markierten **oder** in den Absätzen 2 und 4 entsprechen technisch einem inklusiven Oder (OR).

Absatz 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 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.

Absatz 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.

Klarstellung 24 zu Kapitel 4.1 - zugeordnete Leistungen bei Jahreswechsel 2025/2026

Zugeordnete Leistungen, welche im Einführungsjahr 2026 erbracht werden, aber zu einer Sitzung im Jahr 2025 zugeordnet werden müssten, werden von der Zuordnung ausgenommen.

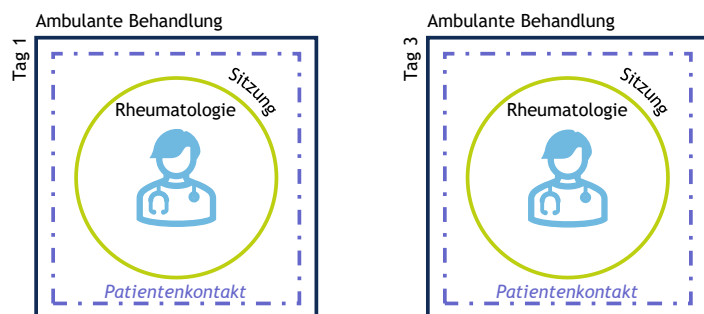
Klarstellung 6 zu Kapitel 5 - Definition Ambulante Behandlung pro Kalendertag

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.

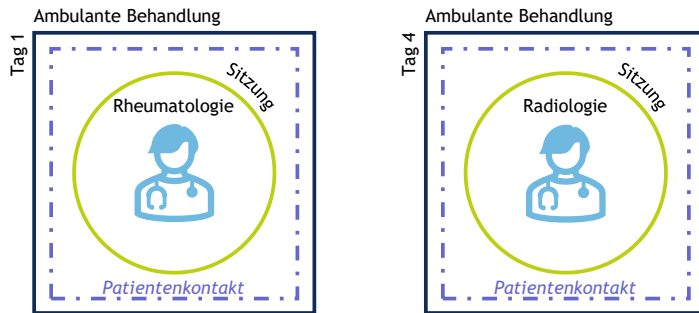
→ Zwei ambulante Behandlungen, weil zwei Patientenkontakte an zwei unterschiedlichen Kalendertagen.



Beispiel 2 zu Klarstellung 6

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

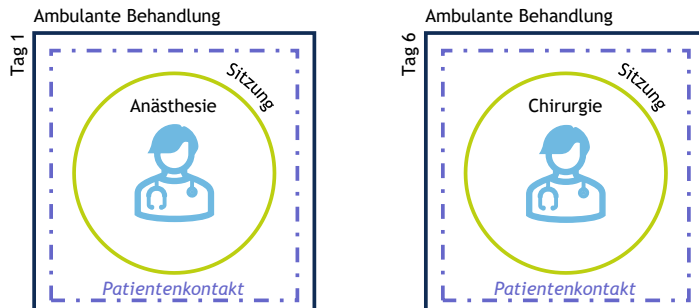
→ **Zwei ambulante Behandlungen**, weil **zwei** Patientenkontakte an **zwei unterschiedlichen** Kalendertagen.



Beispiel 3 zu Klarstellung 6

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

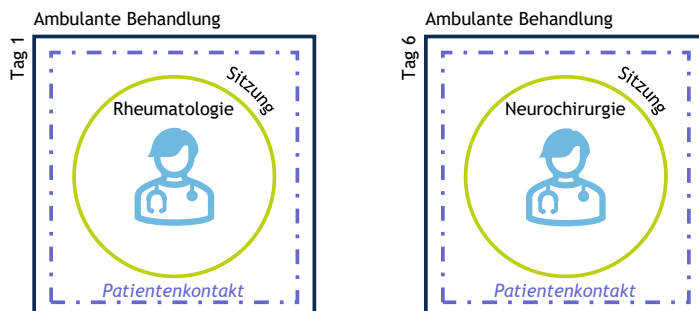
→ **Zwei ambulante Behandlungen**, weil **zwei** Patientenkontakte an **unterschiedlichen** Kalendertagen.



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 Behandlungsdatum gilt bei Abrechnung einer ambulanten Pauschale das Datum des Austritts. Bei Abrechnung über den Einzelleistungstarif gilt das Datum der jeweiligen Sitzung als Behandlungsdatum.

Dauert eine Sitzung über Mitternacht gilt das Datum des Austritts als Behandlungsdatum. Bei einem Wechsel des Versicherers geht folglich die Rechnungsstellung an den neuen Versicherer.

Für die Radio-Onkologie gilt ergänzend:

Werden vorbereitende Tätigkeiten (Liste siehe im Anhang) im auslaufenden Jahr durchgeführt und erfolgt die eigentliche Bestrahlung erst im neuen Jahr, so gelten diese Leistungen im Sinne der vorstehenden Regelung als ein Patientenkontakt. Insbesondere gilt:

- Die vorbereitenden Tätigkeiten und die Bestrahlung werden als ein Patientenkontakt betrachtet.
- Massgeblich für das Behandlungsdatum ist das Datum der Bestrahlung.
- Die gesamte Behandlung wird nach dem im Zeitpunkt der Bestrahlung gültigen Tarif abgerechnet.

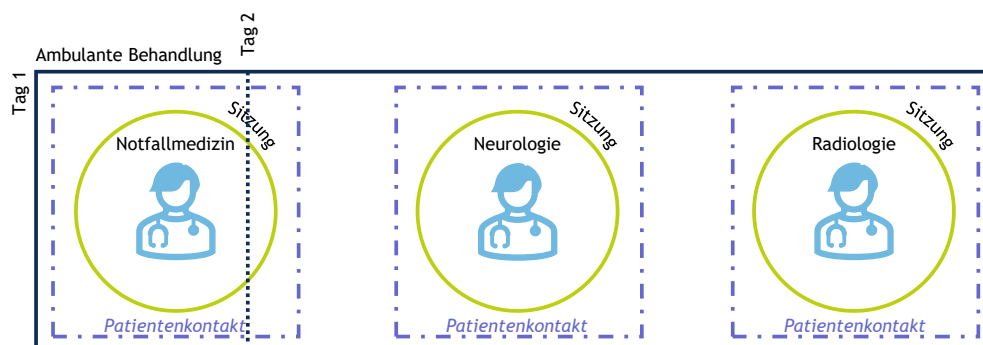
Jahreswechsel 2025-2026 (Einführung des neuen ambulanten Gesamt-Tarifs)

Im Jahreswechsel 2025-2026 werden keine Patientenkontakte über Mitternacht zu einer ambulanten Behandlung zusammengefasst.

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**¹ führen und es sich um eine **ambulante Behandlung** über Mitternacht ohne Bettenbelegung handelt.



¹ 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 7

Die Patientin kommt aufgrund von Unterleibsschmerzen am Vormittag in die Schwangerschaftskontrolle. Anschliessend geht sie nach Hause. Am Abend werden die Schmerzen deutlich stärker, weshalb sie vor Mitternacht den Notfall aufsucht. Auf dem Notfall (ohne Bettenbelegung) wird sie von einer Gynäkologin behandelt. Die Patientin darf nach Mitternacht wieder nach Hause, muss aber am Morgen des gleichen Tages zu einer weiteren Nachkontrolle erscheinen. Die Diagnosen aller drei Patientenkontakte führen in die gleiche Diagnosegruppe.

- **Zwei ambulante Behandlungen**, weil der **erste Patientenkontakt** an einem **anderen Tag** und **ohne Mitternachtszensus** stattfindet. Die **Patientenkontakte 2 und 3** werden zu **einer ambulanten Behandlung** zusammengefasst, weil diese **am gleichen Tag** stattfinden.

Klarstellung 8 zu Kapitel 5 - unterschiedliche Leistungserbringer an einem Kalendertag

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

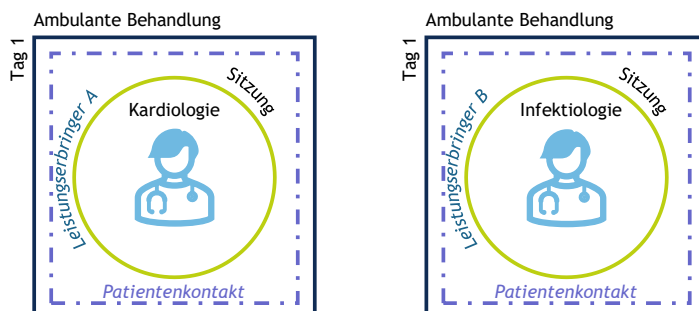
Patientenkontakte bei unterschiedlichen Leistungserbringern gemäss KVG am gleichen Kalendertag werden nicht zusammengeführt, und entsprechend von jedem Leistungserbringer separat abgerechnet.

Ausnahme davon stellen die **Patientenkontakte** dar, welche Leistungen in unmittelbarer Abhängigkeit zueinander aufweisen. 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

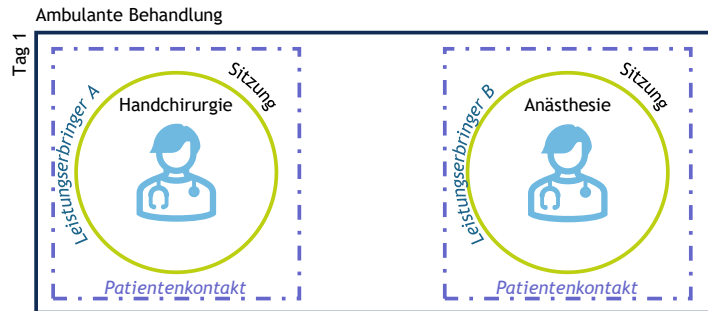
- **Zwei ambulante Behandlungen**, weil zwei unterschiedliche **Leistungserbringer gemäss KVG**, die nicht in unmittelbarer Abhängigkeit zueinanderstehen.



Beispiel 2 zu Klarstellung 8

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

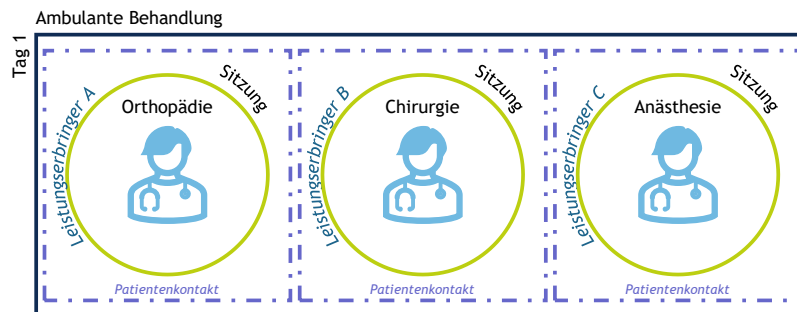
- ➔ **Eine ambulante Behandlung**, weil die Leistungen der beiden Sitzungen in unmittelbarer **Abhängigkeit** zueinanderstehen. Die Operation wäre ohne die Anästhesie nicht durchführbar.



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 Leistungen der Sitzungen in unmittelbarer **Abhängigkeit** zueinanderstehen. Die Operation wäre ohne die Anästhesie und die Pflege nicht durchführbar.



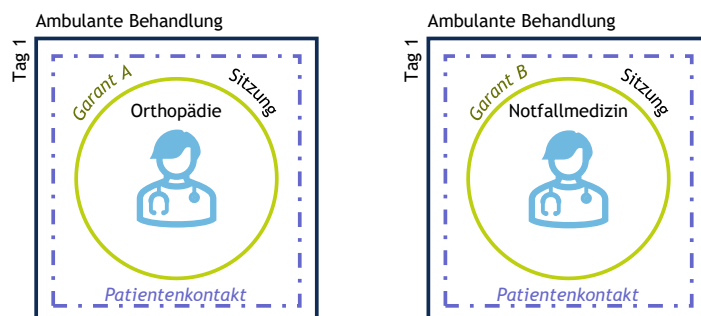
Klarstellung 9 zu Kapitel 5 - unterschiedliche Garanten

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.

Beispiel 2 zu Klarstellung 9

Patientin ist 70jährig, und hat die Unfallversicherung bei der Krankenversicherung abgeschlossen. Sie kommt am Vormittag zur Nachkontrolle der Hüft-TP in die Orthopädie, und am Nachmittag auf den Notfall, weil sie den Fuss verstaucht hat. Die beiden Patientenkontakte haben folglich denselben Garanten, aber unterschiedliche Behandlungsgründe. Patientenkontakte werden nicht zusammengefasst, wenn es sich um unterschiedliche Behandlungsgründe handelt. Als Behandlungsgrund gelten Krankheit, Geburtsgebrechen, Unfall, Mutterschaft, Vorsorge.

Begründung: Der Behandlungsgrund muss gemäss Anhang H auf der Rechnung aufgeführt werden. Falls die beiden Patientenkontakte zusammengefasst würden, müsste die ambulante Behandlung dem einen oder anderen Behandlungsgrund zugewiesen werden.

Folgende, um diesen Entscheidknoten ergänzte Grafik präzisiert die Grafik im Anhang B (Anwendungsmodalitäten), Seite 5:



Klarstellung 10 zu Kapitel 5 - Definition Ambulante Behandlung nach Gruppierung der Diagnose in die gleiche Diagnosegruppe

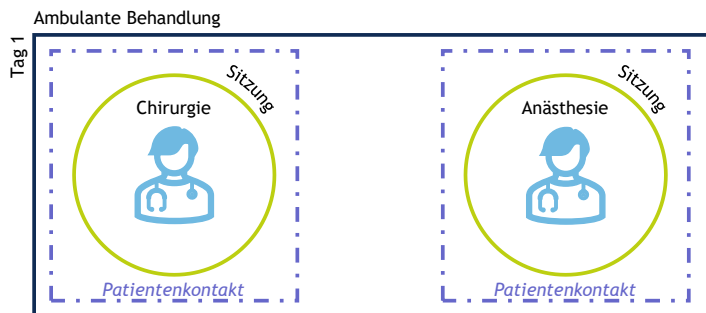
Zwei **Patientenkontakte** beim gleichen Leistungserbringers gemäss KVG Art. 35 Abs. 2 lit. h oder Art. 35 Abs.2 lit. n am gleichen Tag werden zu einer ambulanten **Behandlung** zusammengefasst, wenn deren **Diagnosen** in die gleiche **Diagnosegruppe**² gruppieren.

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**.

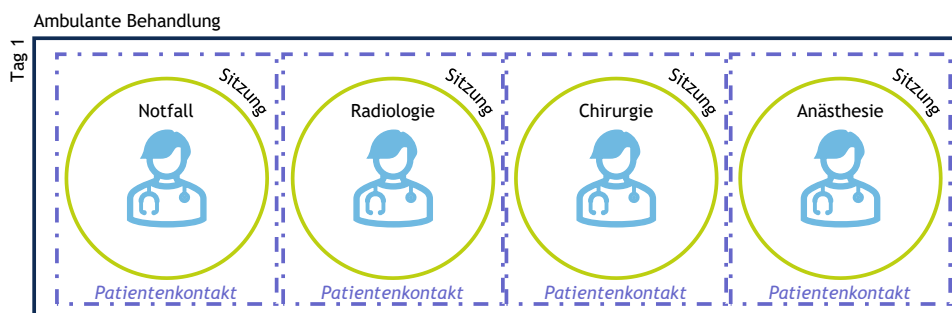
→ Eine ambulante Behandlung, weil die **Diagnosen** beider Sitzungen in die gleiche **Diagnosegruppe** führen.



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.

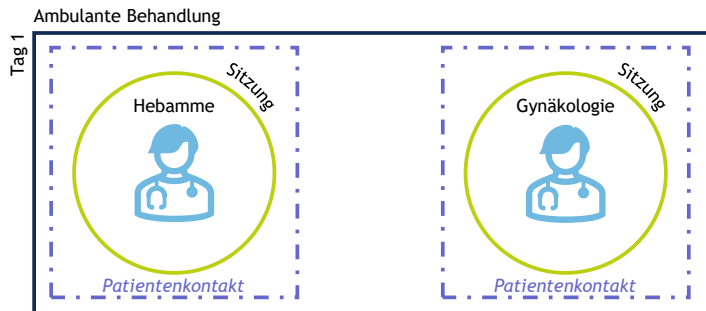


² Um gleiche Diagnosegruppen handelt es, sich, wenn die Diagnosen ins gleiche Capitulum des Katalogs der Ambulanten Pauschalen gruppieren. Beim Tessinercode gilt das Kapitel (bspw. A. Herz-/Kreislaufsystem) als Diagnosegruppe.

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.

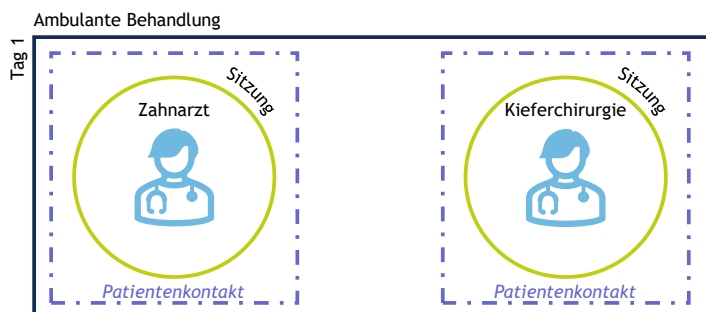
→ **Eine ambulante Behandlung**, weil die **Diagnosen** beider Fachbereiche in die **gleiche Diagnosegruppe** führen.



Beispiel 4 zu Klarstellung 10

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

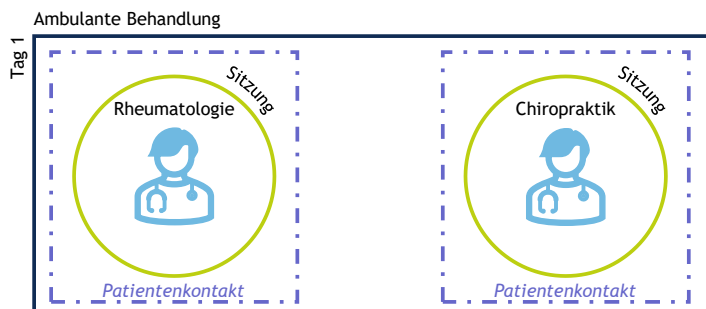
→ **Eine ambulante Behandlung**, weil die **Diagnosen** der Patientenkontakte beider Fachbereiche in die **gleiche Diagnosegruppe** führen.



Beispiel 5 zu Klarstellung 10

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

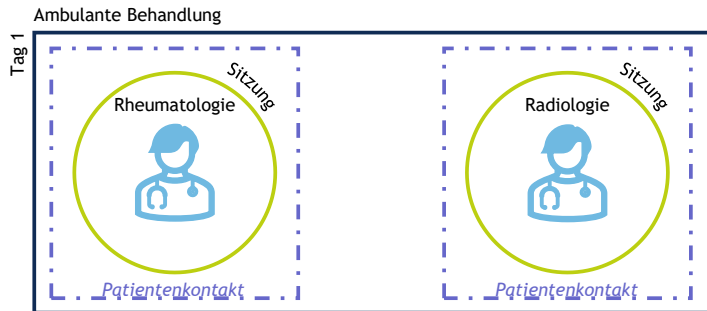
→ **Eine ambulante Behandlung**, weil die **Diagnosen** der Patientenkontakte beider Fachbereiche in die **gleiche Diagnosegruppe** führen.



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.

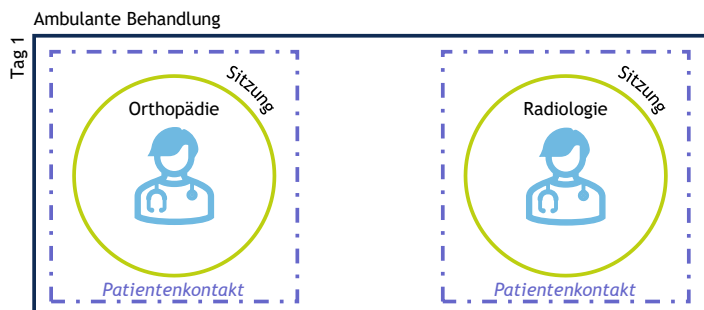
- ➔ **Eine ambulante Behandlung**, weil die **Diagnosen** der Patientenkontakte beider Fachbereiche in die **gleiche Diagnosegruppe** führen.



Beispiel 7 zu Klarstellung 10

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

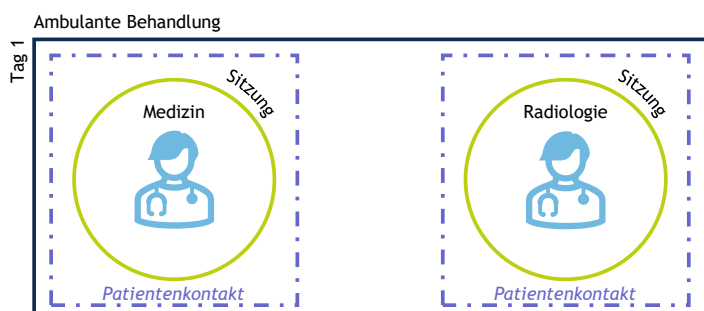
- ➔ **Eine ambulante Behandlung**, weil die **Diagnosen** der Patientenkontakte beider Fachbereiche in die **gleiche Diagnosegruppe** führen.



Beispiel 8 zu Klarstellung 10

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

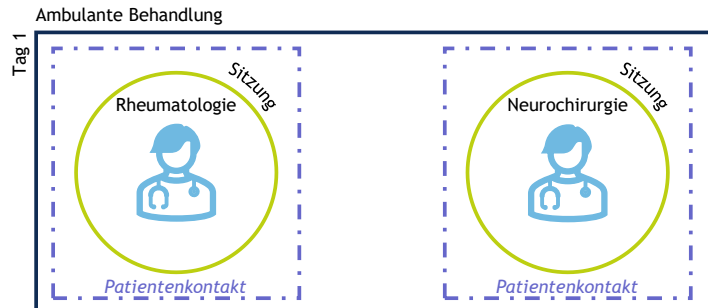
- ➔ **Eine ambulante Behandlung**, weil die **Diagnosen** der Patientenkontakte beider Fachbereiche in die **gleiche Diagnosegruppe** führen.



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 22 zu Kapitel 5 - Definition Ambulante Behandlung nach Gruppierung der Diagnose in die gleiche Diagnosegruppe

Die Fussnote 1 auf Seite 4 im Anhang B (Anwendungsmodalitäten) wird wie folgt präzisiert: 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.

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.



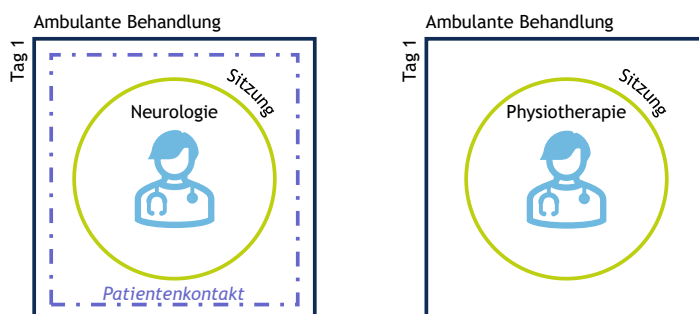
Klarstellung 12 zu Kapitel 5 - keine Zusammenführung

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.

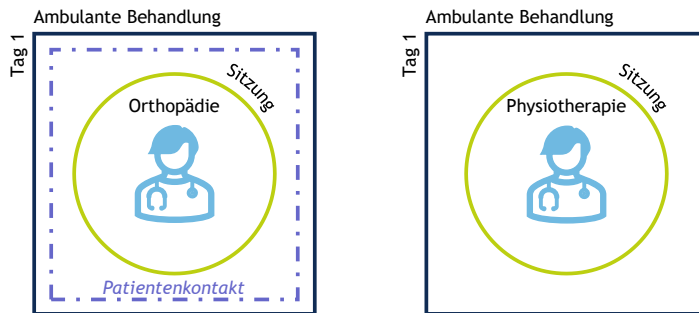
→ **Zwei ambulante Behandlungen**, weil **ein Leistungserbringer im ambulanten Setting** (Physiotherapie) auf **Anordnung des Arztes** Leistungen erbringt.



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**.

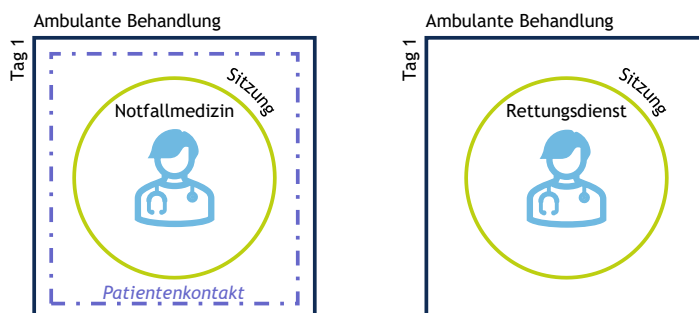


Hinweis: Für die physiotherapeutische Behandlung wird eine ambulante Verordnung benötigt.

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 29 zu Kapitel 5 - Vorbereitende Tätigkeiten zur Bestrahlung in der Radio-Onkologie

Die Definition der bestrahlungsvorbereitenden Leistungen in Anhang B, Kapitel 5, Ziffer 8 ist nicht abschliessend und enthält keine explizite Benennung der LKAAT-Leistungspositionen, die als vorbereitende Leistungen gelten.

Zur Gewährleistung einer einheitlichen Anwendung von Anhang B, Kapitel 5, Ziffer 8 haben die Tarifpartner für das Jahr 2026 auf Grundlage der LKAAT v1.0c eine abschliessende Liste der bestrahlungsvorbereitenden Leistungen festgelegt:

Code	Beschrieb
C00.BA.0010	Planungs-Computer-Tomografie (Planungs-CT)
C00.BA.0020	Planungs-Magnetresonanztomografie (Planungs-MR)
C00.BA.0030	Radiotherapeutische Vor- und Nachbereitung zur Planungsbildgebung
C00.BA.0040	Patientenpositionierung, standard
C00.BA.0050	Patientenpositionierung, individuell
C00.BA.0060	Patientenpositionierung, komplex
C00.BA.0070	Bestrahlungsplan, 1- und 2-dimensional, pro Phase und Volumen
C00.BA.0080	Bestrahlungsplan, 3-dimensional, pro Phase und Volumen
C00.BA.0100	Bestrahlungsplan zur stereotaktischen Radiotherapie pro Phase und Volumen (dreidimensional, geometrisch-stereotaktisch, computerunterstützt)
C00.BA.0110	Anfertigung von Ausblockungen, pro Phase
C00.BA.0120	Anfertigung von individuellen Ausblockungen, pro Phase
C00.BA.0130	Simulation eines Volumens, erstes Volumen

Klarstellung 23 zu Kapitel 6.2 - Tarifstrukturwechsel TARMED zu TARDOC / Jahreswechsel 2025/2026

Mengenlimitationen pro Zeiteinheit (z.B. 2x pro 30 Tage) auf Tarifpositionen werden nicht von TARMED auf TARDOC übertragen resp. weitergeführt. Mengenlimitationen werden nur innerhalb der entsprechenden Tarifstruktur geprüft.

Gesetzlich bedingte Limitationen (KLV-Limitationen) gelten Tarifstruktur übergreifend (z.B. gynäkologische Vorsorgeuntersuchung, Dexa)

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

Der/Die Stomaberater/in ist kein eigener 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 Artikel³:

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

³ 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 Artikel⁴:

Bewegungsapparat
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)
Herz und Gefässe
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)
Gastrointestinaltrakt
Magenband
Stents
Selbstexpandierende Prothese
Schädel
Implantate Schädel- und Gesichtsschädelknochen
Unterkieferrekonstruktionsplatten
Ramus-Distraktoren

⁴ Quelle: SwissDRG (2024): Artikelliste für die verbindliche Einzelkostenverrechnung (Daten 2024).

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

Klarstellung 26 zu Kapitel 6.1 - Verbindlichkeit Grouper

Bei unterschiedlichen Gruppierungsergebnissen geht das Gruppierungsergebnis gemäss Grouperspezifikation (json-Datei) vor. Massgebend ist die am Leistungserbringungsdatum gültige Grouperspezifikation.

Klarstellung 30 zu Kapitel 6.1 - Mehrfachverrechnung Ambulante Pauschalen

Pro Ambulante Behandlung (Gruppierung) kann nur eine Pauschale (Anzahl 1) verrechnet werden.

Mehrfachleistungen, beispielsweise aufgrund von Beidseitigkeit, ändern an diesem Grundsatz nichts, da diese bereits bei der Gruppierung in eine Pauschale berücksichtigt werden. Eine zusätzliche Verrechnung derselben oder einer anderen Pauschale für dieselbe Ambulante Behandlung ist weder über eine separate Sitzung, separate Ambulante Behandlung (Gruppierung), getrennte Rechnungsstellung noch in anderer Form erlaubt.

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.

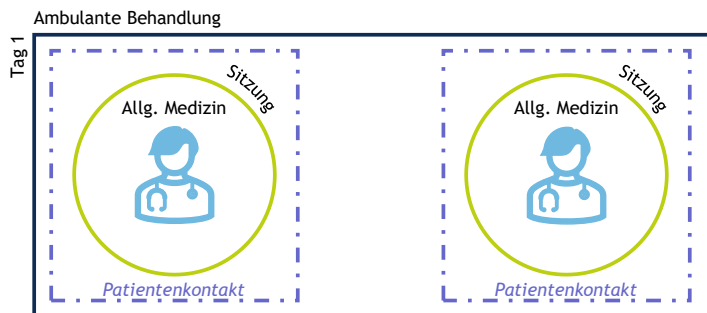
Separat abrechenbare Leistungen sind - sofern in den Kapitelinterpretationen oder medizinischen Interpretationen nicht anders geregelt - folgende:

- 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.

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.

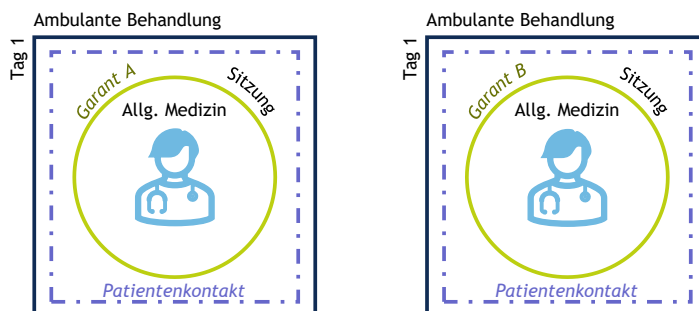
→ Zwei Sitzungen, eine ambulante Behandlung. Die Mengenlimitation von 20 Min. auf den Konsultationspositionen gelten für beide Sitzungen separat.



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.



Ergänzung: Ein 4jähriges Kind, welches die Unfalldeckung über die Krankenversicherung abgeschlossen hat, hat am Vormittag eine Kontrolle beim Kinderarzt aufgrund wiederkehrender Mandelentzündung. Am Nachmittag schneidet sich das Kind in den Finger, weshalb es am gleichen Tag nochmals zum Kinderarzt muss.

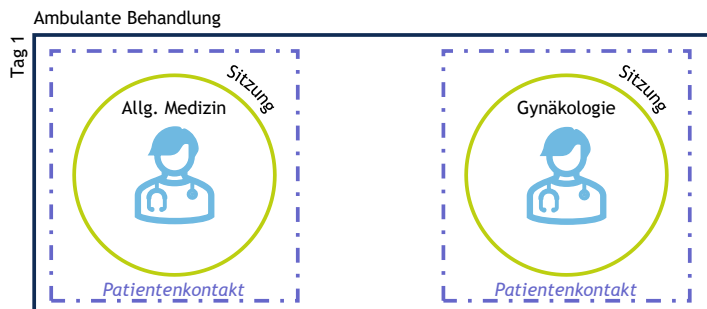
Die beiden Patientenkontakte werden über die gleiche Versicherung bezahlt, haben aber andere Behandlungsgründe.

Patientenkontakte werden nicht zusammengefasst, wenn es sich um unterschiedliche Behandlungsgründe handelt. Als Behandlungsgrund gelten Krankheit, Unfall, Mutterschaft, Vorsorge. Die Grafik unter Beispiel 2 zu Klarstellung 9 ersetzt die Grafik im Anhang B (Anwendungsmodalitäten), Seite 5.

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.

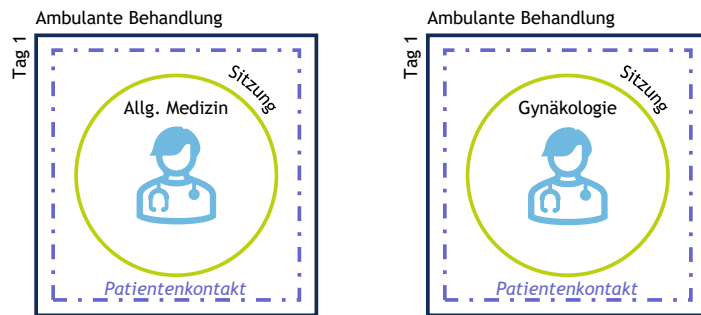
→ **Zwei Sitzungen, eine ambulante Behandlung.** Die **Mengenlimitation** von 20 Min. auf den Konsultationspositionen **gelten** für beide Sitzungen **separat**.



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 28 zu Kapitel 6.3 - Andere ambulant ärztliche Tarife

Unter «andere ambulant ärztliche Tarife» werden diejenigen ärztlichen ambulanten Tarife verstanden, welche Leistungen tarifieren, die nicht im ambulanten Gesamt-Tarifsystem (TARDOC und Ambulante Pauschalen) abgebildet sind.

Patientenkontakte mit Leistungen eines anderen ambulant ärztlichen Tarifs sind von der Zusammenfassung gemäss Kapitel 5 ausgeschlossen.

Klarstellung 18 zu Dringlichkeit und Notfall in der freien Praxis

[Inhalt der Klarstellung 18 wurde ersatzlos gestrichen]

Anhang: Übersicht Klarstellungen

Nr.	Stichwort	Erstmalige Publikation	Zuletzt geändert
1	Sitzung am stationären Eintritts- oder Austrittstag	22.10.2024	
2	Definition Leistungserbringer im ambulanten Setting	22.10.2024	
3	Pflege als Leistungserbringer im ambulanten Setting	22.10.2024	
4	Sitzung ohne physisches Zusammentreffen	22.10.2024	
5	Patientenkontakt	22.10.2024	
6	Definition Ambulante Behandlung pro Kalendertag	22.10.2024	
7	Ambulante Behandlung über Mitternacht	22.10.2024	02.04.2026
8	unterschiedliche Leistungserbringer an einem Kalendertag	22.10.2024	08.08.2025
9	unterschiedliche Garanten	22.10.2024	08.08.2025
10	Definition Ambulante Behandlung nach Gruppierung der Diagnose in die gleiche Diagnosegruppe	22.10.2024	
11	Kombinationseingriffe während einer Anästhesie durch Anästhesisten	22.10.2024	
12	keine Zusammenführung	22.10.2024	
13	Definition tarifarischer Fall	22.10.2024	
14	Stomabehandlung	22.10.2024	
15	labile und stabile Blutprodukte	22.10.2024	
16	Implantate	22.10.2024	
17	Abrechnung einer ambulanten Behandlung mit Einzelleistungstarif TARDOC	22.10.2024	28.11.2025
18	Dringlichkeit und Notfall in der freien Praxis	22.10.2024	08.08.2025 10.04.2025
19	Definition der zugeordneten Leistungen	10.04.2025	08.08.2025
20	Regelwerk der zugeordneten Leistungen	10.04.2025	
21	Sitzung	10.04.2025	
22	Diagnosegruppen	08.08.2025	
23	Tarifstrukturwechsel TARMED zu TARDOC / Jahreswechsel 2025/2026	21.10.2025	
24	Zugeordnete Leistungen bei Jahreswechsel 2025/2026	21.10.2025	
25	Definition Sitzung	21.10.2025	
26	Verbindlichkeit Grouper	28.11.2025	
27	Hebammen als Leistungserbringer im ambulanten Setting	28.11.2025	
28	Andere Tarife	20.02.2026	
29	Vorbereitende Tätigkeiten zur Bestrahlung in der Radiotherapie	02.04.2026	
30	Mehrfachverrechnung Ambulante Pauschalen	16.06.2026	