

FREQUENTLY ASKED QUESTIONS TARDOC

Änderungen per 01. Januar 2026

Inhaltsverzeichnis

1. Was ist der TARDOC?	3
2. Wo ist der ab 01.01.2026 gültige TARDOC Tarif-Browser und eine Anleitung zu finden?	3
3. Technische Voraussetzungen	3
4. Wichtige Begriffe und Erklärungen	3
5. Voraussetzungen zur Abrechnung von TARDOC und von ambulanten Pauschalen	4
6. Vertragliche Grundlagen zu TARDOC	5
7. Taxpunktwerte	5
8. Qualitative Dignität (Weiterbildungstitel)	5
9. Spartenanerkennung	5
10. Kostenneutralität	5
11. Wichtigste Änderungen an der Tarifstruktur von TARMED zu TARDOC ab 01.01.2026?	6
12. Nomenklatur und Abrechnungsregeln von TARDOC	6
13. Parameter von TARDOC	7
13.1 Ärztliche Leistung	7
13.1.1. Infektiologie Facharzt	7
13.1.2. Grundleistungen	8
13.1.3. Ärztlicher Untersuch	9
13.1.4. Ärztliche Grundleistungen	10
13.1.5. Nur für KollegInnen in der Praxis	10
13.2 Telemedizin	11
13.3 Leistung in Abwesenheit	12
13.4 Wechselzeiten	13
13.5 Berichte/ Auskünfte	13
13.6 Nicht ärztliche Leistungserbringung	14
13.6.1 Pflegeleistungen	14
13.6.2 Medizinische Praxiskoordinatoren	15
13.6.3 Ärztliche und nichtärztliche Betreuung/Überwachung	15
13.7 Verbrauchsmaterialien	17
14. Fachspezifische Aspekte Infektiologie	17
14.1 Mehraufwand bei Betreuung und Überwachung unter Kontaktisolation	17

14.2 Mehraufwand bei resistenten Erregern	17
14.3 Infektiologie Konsultation	18
14.4. Konsilium durch Facharzt, pro Min	18
14.5 OPAT-Betreuung	18
14.6 MDR Tuberkulose	18
14.7 HIV Sprechstunde	18
14.8 Impfsprechstunde	18
Appendix 1	19

1. Was ist der TARDOC?

TARDOC («Tarif für ambulante ärztliche Leistungen und Dokumentation») ist eine moderne Tarifstruktur, die für jede ärztliche Leistung spezifische Abrechnungspositionen vorsieht. Ab 2026 wird TARDOC den bisherigen TARDOC-Tarif ablösen und eine zeitgemässe sowie gerechtere Vergütung im ambulanten Bereich ermöglichen. Entwickelt wurde TARDOC vom Krankenkassenverband curafutura und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH). Im Unterschied zu TARDOC berücksichtigt TARDOC präzisere und aktualisierte Abrechnungsmodalitäten, die den heutigen Anforderungen des Gesundheitswesens besser entsprechen.

2. Wo ist der ab 01.01.2026 gültige TARDOC Tarif-Browser und eine Anleitung zu finden?

Der [Tarifbrowser](#) bietet einen umfassenden Überblick über den gesamten Leistungskatalog – von allgemeinen Interpretationen bis hin zu medizinischen Erläuterungen sowie den Anwendungs- und Abrechnungsregeln einzelner Tarif- und Triggerpositionen von Pauschalen. Dank der integrierten Suchfunktion lassen sich Stichworte oder spezifische Tarifpositionen schnell und gezielt finden. Die Anleitung findet sich unter folgendem [Link](#).

Es empfiehlt sich einen Überblick zu machen, welche Leistungen mit der eigenen Dignität abrechenbar ist (Dignität=alle, Facharzttitel, Schwerpunkte, Fähigkeitsausweise).

3. Technische Voraussetzungen

Der [Online-Tarifbrowser](#) funktioniert mit allen gewarteten Webbrowsern (Hinweis: Der Internet Explorer wird von Microsoft nicht mehr unterstützt). Es sind keine Installationen oder besondere technische Voraussetzungen notwendig. Funktionale Erweiterungen werden direkt aktualisiert, es muss kein Update geladen werden.

4. Wichtige Begriffe und Erklärungen

OAAT AG	Organisation für Ambulante Arzttarife AG, Gemeinsame Tariforganisation gemäss Art 47a KVG
Tarifpartner	Tarifpartner im ambulanten Bereich: H+ die Spitäler, FMF, Krankenversicherer (seit 1.1.25 prio.swiss), Unfallversicherer, MTK
Kostenneutralität	die Krankversicherungsordnung KVV schreibt in Artikel 59c Abs 1c, vor dass ein Tarifmodell keine Mehrkosten verursachen darf.
Amb. Pauschalen	Art 43 Abs 5ter KGV schreibt vor, dass Pauschalen dem Einzelleistungstarif vorgehen. Aktuell gibt es gegen 315 ambulante Pauschalen. Volumenanteil Pauschalen spitalambulant (21%) und praxisambulanter Bereich (9%). Cave: Ausbau geplant bis 34%. Die Infektiologie hat aktuell <u>keine</u> Pauschalen
Leistungserbringer	a) Arzt oder Ärztin gemäss Art 35 Abs 2, lit a KVG b) Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte oder Ärztinnen dient gemäss Art 35 Abs 2 lit n KVG c) Fachbereich innerhalb eines Spitals, der der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte oder Ärztinnen dient
Sitzung	physische oder fernmündliche Zusammentreffen eines Patienten mit einem Leistungserbringer (Art 25 Abs 1 KVG) oder Gutachten, Akten- und Bildkonsilien und Tumorboards/ärztliche Experten-boards/interdisziplinäre Boards. Kann auch

2x am gleichen Tag sein

Patientenkontakt	wird gebildet aus der Sitzung sowie dessen zugeordnete Leistungen. Falls der Sitzung keine weiteren Leistungen zugeordnet werden, ist die Sitzung dem Patientenkontakt gleichgesetzt
Ambulante Behandlung	Diese ist in den Anwendungsmodalitäten des Tarifstrukturvertrages geregelt. Für die Leistungserbringer im ambulanten Bereich wird anhand der Hauptdiagnosen, die zusammengehörenden Patientenkontakte zu einer ambulanten Behandlung zusammengefasst (Appendix 1: Vorschlag von wichtigen ICD10 Diagnosen im Ambulanten Setting).
Einstandspreis	Entspricht Kaufpreis gemäss Lieferantenrechnung inkl. Mehrwertsteuer zuzüglich Bezugskosten und abzüglich Rabatte und Rückvergütungen. Zuschläge auf den Einstandspreisen sind nicht zulässig.
Rundungsregel	pro Tarifposition werden Frankenbeträge auf zwei Nachkommastellen gerundet.
Wechselzeit	Zeit die es braucht, den Raum wieder in den ursprünglichen Zustand zu versetzen Separat tarifiert: mit spezifischer Hauptleistung verbunden, kumulierbar Integriert: bei einigen Tarifpositionen integriert mit Kürzel WZ
Qualitative Dignität	ärztliche fachliche Qualifikation: Berechtigung zum Abrechnen einer Position, gemäss Datenbank MedReg (Facharzttitle, Schwerpunkt)
Zeitleistungen	Werden pro Zeit abgerechnet und addiert, effektiv gebrauchte Zeit (Beratungen, Konsultation) Zeiteinheit: 1 Minute
Handlungsleistungen	abgerechnete Handlung (z.B. Untersuchung)
Vor-/Nachbereitung	1x/Sitzung, verbunden mit erbrachter Leistung

5. Voraussetzungen zur Abrechnung von TARDOC und von ambulanten Pauschalen

Welche Leistungen werden über TARDOC tarifiert

- **Ambulante ärztliche Leistungen in der Arztpraxis und im Spital**
- **Ambulant nicht-ärztliche Leistungen MPA und MPK**

Innerhalb der **ambulanten Pauschalen** sind weitere Leistungen inkludiert

- Laborleistungen
- Pathologie Leistungen (Cave: Tarifpartner haben am 15. Juli Exklusion Pathologie aus Pauschalen beantragt, Beschluss des Bundesrates ev. vor Ende Jahr)
- Applizierte Medikamente
- Verbrauchsmaterialien
- Teilweise Implantate

Was **nicht** über TARDOC tarifiert ist.

- Laborleistungen -> Analysenliste (wie bisher)
- Medikamente -> Spezialitätenliste (wie bisher)
- Nicht-konfektionierte Arzneimittel mit Tarif ALT (wie bisher)

- Mittel- und Gegenstände-Liste MiGel (wie bisher)
- Ambulante Leistungen von paramedizinischen Leistungserbringern (wie bisher)

6. Vertragliche Grundlagen zu TARDOC

Mit dem Inkrafttreten von TARDOC und den ambulanten Pauschalen müssen alle Leistungserbringer

- **dem Tarifstrukturvertrag TARDOC beitreten**
- **den kantonalen Anschlussverträgen beitreten**

Die FMH regelt das Beitrittsverfahren für Ärztinnen und Ärzte zum Tarifstrukturvertrag. Der Beitritt zu den Anschlussverträgen muss über die kantonalen Ärztesellschaften erfolgen (vor 1. Januar 2026). In den Spitälern erfolgt das Onboarding zentral über deren Finanzabteilungen.

7. Taxpunktwerte

Heute angewendete Taxpunktwerte unter TARMED gelten auch für TARDOC. Auf kantonaler Ebene verhandeln die jeweiligen Ärztesellschaften mit den Einkaufsgemeinschaften der Krankenversicherer (HSK, CSS und tarifsuisse) die Taxpunktwerte.

8. Qualitative Dignität (Weiterbildungstitel)

Qualitative Dignitäten definieren, welche **Weiterbildungstitel** (gilt für Facharzttitel, Schwerpunkte und Fähigkeitsausweise) notwendig sind damit eine bestimmte Tarifposition abgerechnet werden darf.

Qualitative Dignität ist eine **Abrechnungsvoraussetzung**.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann Besitzstand angemeldet werden

- Regelmässige Leistungserbringung (01.01-2022-31.12.2024)
- zeitlich auf sechs Jahr limitiert
- Besitzstand = Abrechnungsberechtigung einer Position

Besitzstand muss vor dem **15. November 2025** bei der OAAT AG beantragt werden.

9. Spartenanerkennung

Bestehende TARMED Spartenanerkennungen verlieren ihre Gültigkeit. Unter TARDOC wurde die Anzahl Aparten drastisch reduziert (Bsp kein sep. Anerkennung von amb. OP-Sälen oder Radiologie)

Zwei **ambulante Anerkennungssparten**

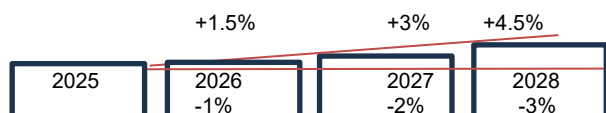
- Nichtärztliche ambulante Leistungen in der Psychiatrie (vorher 02.04 TARMED)
- Chronic Care Management für MPK-Leistungen (neu)

10. Kostenneutralität

Einführung TARDOC muss gemäss Art. 59c Abs 1c KVV **ohne Mehrkosten** erfolgen. Die bedingt ggf. Kürzungen der Taxpunktwerte in Zukunft. Zudem besteht eine **dynamische Kostenneutralität über mind. 3 Jahre**: Kosten pro versicherte Person dürfen pro Jahr maximal um 1.5% steigen. Gesamtkosten pro Jahr maximal je 4% gegenüber 2025.

Zuständig für die Steuerung ist die OAAT AG. Erstmals werden im September 2027 die Entwicklungen aus dem Jahr 2026 angesehen und per 2028 eine erste Korrektur vorgenommen. Wenn korrigiert werden muss, erfolgt die über den **External Factor (EF)**, der pro Tarifposition/ Pauschale auf der Rechnung auszuweisen ist (**Figur 1**).

Figur 1. Steuerung dynamische Kostenneutralität



Referenzjahr: Basis Kosten pro versicherte Person.

11. Wichtigste Änderungen an der Tarifstruktur von TARMED zu TARDOC ab 01.01.2026?

Was ändert sich?

- 1-Minuten statt 5 Minuten Takt bei Zeitleistungen (ausser bei der Konsultation erste 5 Min), Wegfall der Position letzte 5 Minuten mit nur halber Berechnung
- Separates Hausarztkapitel Cave: CA-Hausarztmedizin ist exklusiv für Facharzttitel KJM und AIM.
- Leistungen in Abwesenheit unterteilt in „Büroarbeit“ und „Umfeldarbeit“
- Einige Wechselzeiten sowie die meisten Vor- und Nachbereitungen sind separat tarifiert
- Koordination von TARDOC und ambulanten Pauschalen
- Reduktion TARDOC Positionen auf ca 1350 Positionen (vorher 4500 TARMED Positionen)
- Vereinfachtere Anwendung und klarere Regeln
- Keine „Alleinige Leistungen“ mehr
- Keine separaten Positionen mehr mit „Erhöhter Handlungsbedarf“
- Wegfall des Zuschlags „Hausärztliche Leistung“ TARMED Pos. 00.0015
- Spezifische Impfberatung bei franchisebefreiten Impfungen, pro 1 Min.
- Skalierungsfaktor bei „Prakt.Arzt“ wird abgeschafft
 - Prakt. Ärzte können alle Positionen mit qualitativer Dignität 9999 (alle Dignitäten) abrechnen
 - Neu qualitative Dignität 9994 „Praktischer Arzt/Ärztin) darunter sind auch Organuntersuchungen (Kapitel AA.05) und Psychosoz Beratung (JZ.00.0020 enthalten)

12. Nomenklatur und Abrechnungsregeln von TARDOC

TARDOC ist wie TARMED ein Einzelleistungstarif. Es gibt 3 Hierarchieebenen: Kapitel, Unterkapitel; Leistungen. Es gibt eine achtstellige alphanumerische Nummerierung

1. Hauptkapitel	X	(A-Z)
2. Kapitel	XX	(AA-ZZ)
3. Unterkapitel	XX.YY	(00-99)
4. Einzelne Tarifposition	XX.YY.AAAA	(0001-9999)

Es gibt weiterhin **Handlungs- und Zeitleistungen**, Leistungstypen bleiben bestehen (Zuschlagsleistung, Referenzleistung, Prozentleistung)

Hierarchiestufe: Generelle Interpretation > Kapitel Y Unterkapitel > Leistungsgruppe

Kumulationsregeln: Gelten pro Sitzung, gelten neben der Hauptleistung auch für Zusatzleistungen

Mengenlimitationen: Gelten pro Sitzung; Mengenlimitationen pro Zeiteinheit (zBsp 90, 120, 180 oder 360 Tage) gelten pro Leistungserbringer im ambulanten Setting.

13. Parameter von TARDOC

13.1  rztliche Leistung

Kombination von mehreren Zeitleistungen.

- Die summierte Anzahl Minuten der erfassten Zeitposition darf den effektiv benötigten Zeitaufwand um maximal den angebrochenen Anteil der letzten Zeiteinheit der erfassten Zeittarifposition  berschreiten.

Kombination von Zeit- und Handelsleistungen:

- Effektiv benötigter Zeitaufwand zur Erbringung der Handlungsleistung darf nicht doppelt mittels Zeittarifposition erfasst werden.
- Benötigter Zeitaufwand darf erfasst werden unbesehen, ob der effektiv benötigte Zeitaufwand zur Erbringung der Handlungsleistung die hinterlegte Durchschnittszeit über- oder unterschreitet.

13.1.1. Infektiologie Facharzt

Position TARDOC 09.09_BR 00.1610 (Facharzt Infektiologie) durch JK 00.0010 (Infektiologisch Behandlung pro 1 Minute) ersetzt

JK.00.0010		Version: LKAAT 250808 vX37	
Infektiologische Behandlung, pro 1 Min. Total AL: 1 Minute			
QUAL.DIGNITÄT 0026 : Infektiologie	LEISTUNGSTYP Hauptleistung	SPARTE UBR Grundversorger	ZUGEORDNETE LEISTUNG NEIN
AL [TP] 2.11	LEISTUNG IM ENGEREN SINNE [MIN.] 1		
IPL [TP] 2.17	RAUMBELEGUNG [MIN.] 1	WECHSELZEIT [MIN.] 0	

1 Qualitative Dignität

2 Leistungstyp: Haupt- oder Zuschlagsleistung

3 Sparte der Leistung

4 External Factor (EF). Zur Steuerung der dyn. Kostenneutralität

5 AL:  rztliche Leistung in Taxpunkten

6 Prozentual Zuschlag auf AL

7 Zeitumfang ärztliche Leistung inkl. Dokumentation

8 IPL, Infrastruktur und Personalleistung, in TP

9 Prozentzuschlag auf IPL

10 Raumbelegung inkl Vor- und Nachbereitungszeit, Wechsel

11 Wechselzeit zur Wiederherstellung oder-verwendung Raum

LNR	Sprechstunde, Gespräch	AL	IPL	Geltungsbereich	Regeln
JK00.0010	Infektiologische Behandlung pro 1 Minute	2.11	2.17	Gilt für die spezialärztliche Behandlung und Betreuung des Patienten in Bezug auf infektiologische Aspekte. Gilt auch für Abklärungen und Interventionen betreffend Ansteckungsquelle und/oder Verhinderung einer Übertragung auf weitere Personen von Infektionen (u.a. Tuberkulose, sexuell übertragbare Krankheiten, tropische Erkrankungen, über Lebensmittel übertragene Infektionen, gewisse Kinderkrankheiten wie Masern).	300x/180 Tage Nicht kumulierbar mit ärztlichem Konsilium

13.1.2. Grundleistungen

Grundleistungen: gelten auch für Infektiologen

- Konsultation/Besuch: aus AA.00 ärztliche Grundleistungen und Vor-/Nachbesprechung bzw. Instruktion
- Wechselzeiten und Vor-/Nachbereitung
- Telemedizin: SMS, Mail, Telefon: gleichzeitig oder zeitversetzt

LNR	Sprechstunde, Gespräch	AL	IPL	Geltungsbereich	Regeln
AA.00.0010	Ärztliche Konsultation, erste 5 Minuten	10.56	8.64	Umfasst alle ärztlichen Tätigkeiten, die nicht separat tarifiert sind, wie z.B. • Anamnese • Untersuchung des Patienten • Begrüssung • Verabschiedung • nicht besonders tarifierte Besprechungen und Untersuchungen • Nicht besonders tarifierte Verrichtungen an Hilfspersonal betreffend Administration • Medikamentenabgabe Gilt auch für: • Punktionen, Zugänge, Injektionen durch den Arzt, welche im Sprechzimmer stattfinden.	1x/Sitzung Nicht kumulierbar mit ärztlichem Konsilium
AA.00.0020	Ärztliche Konsultation, jede weitere 1 Min	2.11	1.73	Umfasst alle ärztlichen Tätigkeiten, die nicht separat tarifiert sind, wie z.B. • Anamnese • Untersuchung des Patienten • Begrüssung • Verabschiedung • nicht besonders tarifierte Besprechungen und Untersuchungen • Nicht besonders tarifierte Verrichtungen an Hilfspersonal betreffend Administration • Medikamentenabgabe Gilt auch für: Punktionen, Zugänge, Injektionen durch den Arzt, welche im Sprechzimmer stattfinden.	15x/Sitzung
AA.00.0060	Vor- und Nachbesprechung diagnostischer/therapeutischer Eingriffe mit Patienten, pro 1 Min.	2.11	1.73	Besprechen und erklären geplanter Eingriffe (Ablauf, Chancen und Risiken) inkl. adäquater Dokumentation der erfolgten Patienteninformation. Gilt auch für die Nachbesprechung bereits durchgeführter Eingriffe und Interventionen durch den ausführenden Arzt innerhalb von 14 Tagen nach dem Eingriff	Max 60x/ 90 Tage
AA.00.0070	Instruktion von Selbstmessungen und/oder Selbstbehandlungen durch den Arzt, pro 1 Min.	2.11	2.17	Gilt für Injektionen, Inhalation, Bougierungen, Magensonde, Blasenkatheter, Lumbalpunktion usw. <u>Gilt nicht</u> für die Instruktion im Zusammenhang mit der Abgabe von Medikamenten	Max 15x/Sitzung Max 30x/ 90 Tage
AA.00.0080	Konsilium pro Minute	2.11	1.73	Fachspezifische Beratung durch einen anderen Facharzt betreffend Diagnose, diagnostischer Massnahmen, Therapie und Prognose eines Patienten.	Max 120x/180 Tage Nicht kumulierbar in der gleichen Sitzung mit

				Beinhaltet auch Befragung und nicht separat tarifierte Untersuchungen, Studium der betreffenden Akten, Befragung Dritter, Dokumentation und schriftlicher Bericht an den zu beratenden Arzt. Bei Anwesenheit des zu beratenden Facharztes während der konsiliarischen Beratung kann er die Tarifpositionen Konsultation (in seiner Praxis) oder Besuch (ausserhalb seiner Praxis) verrechnen. Bei Extraleistungen können diese zusätzlich verrechnet werden. Die dafür aufgewendete Zeit ist nicht Bestandteil der konsiliarischen Beratung. Das Einholen einer Zweitmeinung zur laufenden Behandlung durch einen Facharzt gilt auch als konsiliarische Beratung. <u>Nicht</u> als konsiliarische Beratung gelten: a) Zuweisung eines Patienten für die alleinige Durchführung von Extraleistungen und/oder zur spezialärztlichen Behandlung b) Nachkontrollen	Position Infektiologie Nur abrechenbar durch Fachärzte mit mindestens 2 Jahren Oberarzt-tätigkeit oder 5 Jahren Praxis-tätigkeit oder von Fachärzten mit einem Schwerpunkt-Titel.
AA.00.0090	Spezifische Impfberatung bei franchisebefreiten Impfungen, pro 1 Min.	2.11	1.73	Gilt für die Beratung und Konsultation im Zusammenhang mit franchisebefreiten Impfungen gemäss dem aktuell gültigen Schweizerischen Impfplan. Beinhaltet die Überprüfung des Impfstatus und die Impfanamnese, Evaluation der Kontraindikation, das Einholen der informierten Einwilligung und die Verabreichung der Impfung bzw. Impfungen. Die Tarifposition ist auch abrechenbar - wenn die Impfung in einer späteren Sitzung stattfindet - Patient nach erfolgter Beratung auf eine Impfung verzichtet	Max 20x/90 Tage CAVE: Kennzeichnung der Zeilen der verrechneten Tarifposition AA.00.0090 auf der Rechnung nötig!
JZ.00.0020	Psychosoziale Beratung, pro 1 Minute	2.11	1.73		60x/Sitzung

13.1.3 Ärztlicher Untersuch (hinterlegte Zeit: je 6 Min, ersetzt grosse und kleine Untersuchung)

LNR	Sprechstunde, Gespräch	AL	IPL	Geltungsbereich	Regeln
AA.05.0010	Untersuchung Kreislauf	12.68	13.01	Untersuchung von Blutdruck, Puls und Gewicht Auskultation Herz Palpation periphere Arterien Beurteilung periphere Zirkulation Beurteilung venöses System	1x/Sitzung
AA.05.0020	Untersuchung Augen	12.68	13.01	Beurteilung von: Lidern, Konjunktiven, Skleren, Cornea, brechenden Medien, Kammerwinkel, Inspektion Motilität Pupillen, Mobilität Bulbi.	1x/Sitzung
AA.05.0030	Untersuchung Ohren	12.68	13.01	Beurteilung von: Ohrmuscheln, Gehörgang, Trommelfell, Mastoid, regionalen Lymphknoten	1x/Sitzung

AA.05.0050	Untersuchung Lunge	12.68	13.01	Beinhaltet mindestens die folgenden Leistungen: Atmung, Mund, Tonsillen, Rachenhinterwand, Sinus - Auskultation und Perkussion Lunge	1x/Sitzung
AA.05.0050	Untersuchung Wirbelsäule	12.68	13.01	Beinhaltet mindestens die folgenden Leistungen: Inspektion und Palpation, Prüfung der Beweglichkeit Beurteilung von Rumpf- und Extremitätenmuskulatur, Muskeleigenreflexe und Prüfung der Sensibilität	1x/Sitzung
AA.05.0060	Untersuchung Abdomen	12.68	13.01	Beinhaltet mindestens die folgenden Leistungen: Inspektion und Palpation, Beurteilung von Leber, Milz, und Nierenloge	1x/Sitzung
AA.05.0070	Untersuchung Uro-, Genital	12.68	13.01	Beurteilung von: Leiste, Penis, Meatus, Hoden, Nebenhoden Leisten und inguinale Lymphknoten bzw. Labien, Introitus, Meatus, Leisten und inguinale Lymphknoten	1x/Sitzung
AA.05.0080	Untersuchung Haut	12.68	13.01	Beinhaltet mindestens die folgenden Leistungen: Beschaffenheit, Turgor, Farbe, Effloreszenzen Naevi, allfällige Ausmessung und/oder Fotodokumentation	1x/Sitzung
AA.05.0090	Untersuchung Muskulatur	12.68	13.01	Beurteilung von: Trophik, Tonus, roher Kraft Dysbalancen, Muskeleigenreflexen	1x/Sitzung
AA.05.0100	Untersuchung Gelenke	12.68	13.01	Untersuchung der Gelenke (ohne Wirbelsäule). Beinhaltet mindestens die folgenden Leistungen: Palpation und Beweglichkeit der Extremitätengelenke	1x/Sitzung

13.1.4 Ärztliche Grundleistungen

LNR	Sprechstunde, Gespräch	AL	IPL	Geltungsbereich	Regeln
AA.20.0010	Lokalanästhesie durch den Nichtanästhesisten (Operateur), pro Lokalisation	6.34	6.41	Gilt für Oberflächenanästhesie mittels Spray/Tropfen, Kryoanästhesie, Infiltrationsanästhesie, Lokalanästhesie mittels Injektion in Haut/Subkutis/Schleimhaut sowie Leitungsanästhesie.	
AA.20.0030	Feinnadelpunktion zur Entnahme von Gewebe und anderem Material, pro Lokalisation	23.24	23.85	Punktionen ohne bildgebende Technik oder andere lokalisatorische Hilfsmittel zwecks Gewinnung von histologisch, zytologisch, mikrobiologisch, immunologisch, chemischanalytisch zu untersuchenden Materials.	

13.1.5 Nur für KollegInnen in der Praxis.

Dringlichkeitspauschalen neu:

Sitzung oder Besuch am gleichen Tag und innert 2 Std. gemäss medizinischer Notwendigkeit
beurteilt durch Arzt oder med. Fachperson (zB MPA), Max 2x/Tag für die gleiche ZSR-Nummer
(Arzt oder Praxis)

- Neu. Dringlichkeits-Pauschale A tagsüber (AA30.0010).
- Neu Dringlichkeitspauschale B. AA30.0020 Mo bis Fr 19-22h, Sa 12-19, So 7-19h.

Notfallpauschale:

verzugsloser Arzt-Kontakt, wird im Voraus festgelegt, wenn Arzt oder med. Fachperson eine
Störung vitaler Funktionen feststellt, vermutet oder nicht ausschliessen kann.

- Mo-Fr 07-19 Uhr, Sa 7-12 Uhr, Notfallpauschale C (AA.30.00030)
- Mo-Fr Fr 19-22h, Sa 12-19, So 7-19h. Notfallpauschale D (AA.30.00040)
- Mo-Fr Fr 22-7h, Sa und So 19-7hh. Notfallpauschale E (AA.30.00060)
- Notfallpauschale F für Telemed. Konsultation (AA.30.00080)

LNR	Sprechstunde, Gespräch	AL	IPL	Geltungsbereich	Regeln
AA.00.0030	Besuch, erste 5 Min.	10.56	8.64	Umfasst alle ärztlichen Tätigkeiten, die nicht separat tarifiert sind, wie z.B. - Anamnese - Untersuchung des Patienten - Begrüssung - Verabschiedung - nicht besonders tarifierte Besprechungen und Untersuchungen - Nicht besonders tarifierte Verrichtungen an Hilfspersonal betreffend Administration - Medikamentenabgabe Gilt auch für: Punktionen, Zugänge, Injektionen durch den Arzt, welche im Sprechzimmer stattfinden	1x/Sitzung Nicht kumulierbar mit ärztlichem Konsilium
AA.00.0040	Besuch, jede weitere Minute	2.11	1.73	Umfasst alle ärztlichen Tätigkeiten, die nicht separat tarifiert sind, wie z.B. - Anamnese - Untersuchung des Patienten - Begrüssung - Verabschiedung - nicht besonders tarifierte Besprechungen und Untersuchungen - Nicht besonders tarifierte Verrichtungen an Hilfspersonal betreffend Administration - Medikamentenabgabe Gilt auch für: Punktionen, Zugänge, Injektionen durch den Arzt, welche im Sprechzimmer stattfinden	15x pro Sitzung Nicht kumulierbar mit ärztlichem Konsilium
AA.00.0050	Wegzeit, pro 1 Min.	2.11	1.73	Reine, effektive Wegzeit (Anreise und Rückkehr) für Besuche innerhalb der Versorgungsregion. Im Zusammenhang mit Konsilien dürfen Wegzeiten nur verrechnet werden, wenn die Anwesenheit des beratenden Arztes beim Konsilium ausserhalb seiner Praxis medizinisch unabdingbar ist (z.B. am Krankenbett). Gilt nicht für: - Konsilien im Spital - die Wegzeit des Belegarztes zwischen der Arztpraxis und dem Belegspital - den regulären Arbeitsweg ausserhalb eines Besucheinsatzes des Arzt	Max 60x/Sitzung

13.2 Telemedizin

Es gibt neu zwei spezifische im Bereich Telemedizin

LNR	Sprechstunde, Gespräch	AL	IPL	Geltungsbereich	Regeln
AA.10010	Ärztliche telemedizinische Grundleistungen, erste 5 Minuten	10.56	8.64	Die ärztliche telemedizinische Konsultation erfolgt zeitgleich. Das heisst, Arzt und Patient sind simultan involviert. Die Tarifposition findet auch Anwendung für ärztliche telemedizinische Konsultationen mit Angehörigen/Betreuenden von Kindern und nicht gesprächsfähigen Patienten. Die Kommunikation erfolgt über handelsübliche oder spezifisch dafür eingerichtete Kommunikationsmittel (sie kann Beratungen und Untersuchungen beinhalten)..	1x/Sitzung

AA.10020	Ärztliche, telemedizinische zeitgleiche Konsultation, jede weitere 1 Min.	2.11	1.73	Die ärztliche telemedizinische Konsultation erfolgt zeitgleich. Das heisst, Arzt und Patient sind simultan involviert (z.B. Telefon, Videokontakt). Die Tarifposition findet auch Anwendung für ärztliche telemedizinische Konsultationen mit Angehörigen/Betreuenden von Kindern und nicht gesprächsfähigen Patienten. Die Kommunikation erfolgt über handelsübliche oder spezifisch dafür eingerichtete Kommunikationsmittel (sie kann Beratungen und Untersuchungen beinhalten).	15x/Sitzung Total max. 20 Minuten pro Sitzung
AA.10030	Ärztliche, telemedizinische zeitversetzte Konsultation, pro 5 Minuten	10.56	8.64	Die ärztliche telemedizinische Konsultation erfolgt zeitversetzt. Das heisst, Arzt und Patient sind nicht zeitgleich involviert. Diese Tarifposition gilt ausschliesslich für den persönlichen, individuellen Informationsaustausch und nicht für einen automatischen Meldungs austausch. Die Kommunikation erfolgt über handelsübliche oder spezifisch dafür eingerichtete Kommunikationsmittel (sie kann Beratungen und Untersuchungen beinhalten)	1x/Tag 4x/30 Tage Cave: langer Mailverkehr: kann nicht adäquat abgerechnet werden!

Weitere telemedizinische Leistungen sind im Kapitel Psychiatrie, Hausartzkapitel, Palliative care sowie Notfallpauschale F und G zu finden

13.3 Leistung in Abwesenheit

Büroarbeit: max 30 Min/90 Tage

LNR	Sprechstunde, Gespräch	AL	IPL	Geltungsbereich	Regeln
AA.15.0010	Studium von Fremddakten, pro 1 Min	2.11	1.73	Patientenbezogene Studium von Fremddakten Lesen und Beurteilung ausführlicher fremder Akten nicht das Lesen der selbst verfassten Akten wie Befunde, Berichte, Bildmaterial, usw.) inkl. Studium dort zitierter Literaturstellen.	30x/90 Tage
AA.15.0060	Ausstellen von Rezepten oder Verordnungen ausserhalb von Konsultation, Besuch und telemed. Konsultation, pro 1 Min	2.11	1.73	Gilt für das Ausstellen von Rezepten oder Verordnungen ausserhalb von Konsultation, Besuch und telemedizinischer Konsultation in Abwesenheit des Patienten.	30x/90 Tage
AA.15.0070	Überweisung an Konsiliarärzte, pro 1 Min	2.11	1.73	Gilt für Überweisungen an Konsiliarärzte in Abwesenheit des Patienten.	
AA.15.0070	Ärztliche Leistungen im Auftrag des Versicherers in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.	2.11	1.73	Gilt für vom Versicherer verlangte Leistungen (Rückfragen zu Kostengutsprachen, schriftliche und mündliche Auskünfte zu medizinischen Fragestellungen, Aktenstudium). Gilt nicht für Erstellung eines ärztlichen Berichtes	

Umfeldarbeit total max 75 Min/90 Tage

LNR	Sprechstunde, Gespräch	AL	IPL	Geltungsbereich	Regeln
AA.15.0020	Auskünfte an Dritte und Erkundigungen an Dritte, pro 1 Min	2.11	1.73	Gilt für die Entgegennahme oder Erteilung von Auskünften an Dritte und Erkundigungen bei Dritten (mündlich) in Abwesenheit des Patienten.	
AA.15.0030	Auskünfte an Angehörige, andere Bezugspersonen, pro 1 Min	2.11	1.73	Gilt für die Entgegennahme oder Erteilung von Auskünften an Angehörige oder anderer Bezugspersonen des Patienten (mündlich) in Abwesenheit des Patienten.	

AA.15.0040	Besprechung mit Ärzten, Therapeuten und Betreuern des Patienten, pro 1 Min	2.11	1.73	Gilt für Besprechungen mit Ärzten, Therapeuten und Betreuern des Patienten (mündlich) ausserhalb der regelmässigen Rapporte in Abwesenheit des Patienten.	
AA.15.0050	Ärztliches Expertenboard in An- oder Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.	2.11	1.73	Gilt für institutionalisierte Expertenboards zur Stellung der Diagnose, Indikation und Koordination der Therapie von Krankheitsbildern, bei welchen mehrere medizinische Fachrichtungen erforderlich sind. Die Leistung wird pro Arzt erfasst. Nichtärztliches Personal, welches während den Gesprächen anwesend ist, wird bereits mit der IPL der Tarifposition erfasst.	<30x/ 90 Tage

13.4 Wechselzeiten

Bei gewissen Leistungen fällt eine Wechselzeit an. Entspricht Durchschnittlichem Zeitaufwand (Raumbelegung), um den Raum wieder in seinen neutralen Ausgangszustand zu versetzen.

LNR	Sprechstunde, Gespräch	AL	IPL	Geltungsbereich	Regeln
AR.00.0380	Wechselzeit spezialisierte, nichtärztliche Überwachung, <60 Minuten Überwachung	0	14.37	Wird angewendet bei einer Überwachungszeit bis 60 Minuten.	1x/Sitzung
AR.00.0390	+ %-Zuschlag bei Kontaktisolation	0	100%		
AR.00.0400	Wechselzeit spezialisierte, nichtärztliche Überwachung, >60 Minuten Überwachung	0	21.55	Wird angewendet bei einer Überwachungszeit bis 60 Minuten.	1x/Sitzung
AR.00.0390	+ %-Zuschlag bei Kontaktisolation	0	100%		

13.5 Berichte/ Auskünfte

Berichte werden neu pro Minute abgerechnet und es wird differenziert, ob der Bericht an Ärzte, Patienten oder Versicherer geht. Die Leistungsdokumentation ist in der Leistungsposition enthalten und kann nicht zusätzlich abgerechnet werden.

LNR	Sprechstunde, Gespräch	AL	IPL	Geltungsbereich	Regeln
AA.25.0010	Erstellung eines ärztlichen Berichts zuhänden eines anderen Arztes, eines Therapeuten oder der Pflege, pro 1 Min	2.11	1.73	Der Bericht beschreibt Befunde, Diagnosen, Therapien, Prognosen über den Heilungsverlauf und weitere den Patienten betreffende Massnahmen.	Max 20'/Sitzung
AA.25.0020	Erstellung eines ärztlichen Berichts zuhänden des Patienten oder eines Angehörigen, pro 1 Min.	2.11	1.73	Der Bericht beschreibt Befunde, Diagnosen, Therapien, Prognosen über den Heilungsverlauf und weitere den Patienten betreffende Massnahmen.	Max 20'/Sitzung
AA.25.0030	Erstellung eines ärztlichen Berichts zuhänden des Versicherers, pro 1 Min.	2.11	1.73	Der Bericht beschreibt Befunde, Diagnosen, Therapien, Prognosen über den Heilungsverlauf und weitere den Patienten betreffende Massnahmen.	Max 20'/Sitzung
AA.25.0040	Erstellung eines ärztlichen Zeugnisses in Abwesenheit des Patienten	4.23	3.46	Gilt für die Erstellung eines Zeugnisses zuhänden des Patienten, oder des Arbeitgebers, sofern dies ausserhalb Konsultation, Besuch oder telefonischer Konsultation ausgestellt wird; in Abwesenheit des Patienten.	Max 1x/Sitzung
AA.25.0050	Ärztliches Gutachten, pro 1 Min.	0	0	Unter Gutachten versteht man eine im Auftrag vorgenommene Beurteilung durch einen für die Fragestellung(en) ausgewiesenen Facharzt	

				hinsichtlich grundsätzlicher und/oder umstrittener Probleme von Krankheit, Unfall und von versicherungsspezifischen Fragen, auch ohne direkten Bezug zur aktuellen Behandlungssituation des Versicherten. Die Modalitäten (Schwierigkeitsgrad des Gutachtens: Aktenstudium, Würdigung der Vorbefunde, Extraleistungen, Recherche, Beurteilung und Beantwortung der Fragen, Abgabefrist, Abrechnung) werden vorgängig zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer schriftlich vereinbart.	
--	--	--	--	--	--

13.6 Nicht ärztliche Leistungserbringung

Sämtliche Leistungen durch nichtärztliches Personal sind integraler Bestandteil der Komponente Infrastruktur und/oder Personalleistung (IPL). Leistungen durch nichtärztliches Personal unmittelbar an eine Konsultation oder an ärztliche Grundleistungen dürfen nicht zu einer zeitlichen Verlängerung dieser Leistung führen. Ausnahmen sind folgende explizit tarifierte Leistungen (Kapitel AK.00 und AK.05)

13.6.1 Pflegeleistungen

LNR	Sprechstunde, Gespräch	AL	IPL	Geltungsbereich	Regeln
AK.00.0010	Nichtärztliche Blutentnahme (kapillär)	0	5.18	Leistungen durch nichtärztliches Personal ohne vorgängige Konsultation oder ärztliche Grundleistungen	1x/Sitzung
AK.00.0020	Nichtärztliche Blutentnahme (venös)	0	8.64	Leistungen durch nichtärztliches Personal ohne vorgängige Konsultation oder ärztliche Grundleistungen	1x/Sitzung
AK.00.0050	Nichtärztliche Injektion/Infusion	0	8.64	Gilt für Injektionen über die Infusion, inkl. Infusionswechsel. Nur verrechenbar, falls die Injektion oder die Infusion nicht im Rahmen einer ärztlichen Beratung erfolgt.	1x/Sitzung
AK.00.0060	Nichtärztliche Injektion/Infusion	0	25.92	Gilt für periphervenösen Gefässzugang, inkl. Legen Verweilkanüle/Venenkatheter, allf. Anlegen Infusion, allf. Lokalanästhesie.	1x/Sitzung
AK.00.0070	Nichtärztliche Wundbehandlung ohne Einbezug komplexer Strukturen, pro 1 Min.	0	1.73	Gilt auch für chronischen Wunden oder bei Wunden wie diabetischer Fuss, Dekubiti, onkologische Wunden, Versorgung von Fisteln. Inkl. Entfernung von Klammern und/oder Nahtmaterial.	40x/Sitzung
AK.00.0080	Nichtärztliche Wundtoilette und Verbandswechsel, pro 1 Min.	0	1.73	Gilt nicht bei einfachen Verbänden wie Heftpflastern, Schnellverbänden und Verbänden im Zusammenhang mit der Blutentnahme. Nur verrechenbar, falls die Wundbehandlung/Wundtoilette nicht im Rahmen einer ärztlichen Beratung erfolgt.	10x/Sitzung
AK.00.0090	Nichtärztliche Entfernung von Verbänden und Nahtmaterial	0	34.56	Gilt auch für härtende Verbände. Die Position kann bei einfachen Verbänden wie Heftpflastern, Schnellverbänden und Verbänden im Zusammenhang mit der Blutentnahme nicht verrechnet werden. Nur verrechenbar, falls der Verbandwechsel bzw. die Verbandsentfernung nicht im Rahmen einer ärztlichen Beratung erfolgt.	1x/Sitzung
AK.00.0120	Nichtärztliche überwachte Medikamentenverabreichung	0	8.64	Gilt für die nichtärztliche überwachte Medikamentenverabreichung im Rahmen einer Behandlung einer Suchtkrankheit . Nur verrechenbar, falls die Medikamentenverabreichung ohne ärztliche Beratung erfolgt.	2x/Tag
AK.00.0130	Nichtärztliche überwachte Urinabgabe bei Alkohol-/Drogenpatienten	0	8.64	Die Leistung umfasst allfälliges für den Patienten unerwartetes Aufgebot, Überwachung der Urinabgabe in der Praxis, Postversand der Urinprobe. Nur verrechenbar, falls die Urinabgabe nicht im Rahmen einer Konsultation erfolgt.	2x/30Tage

13.6.2 Medizinische Praxiskoordinatoren

LNR	Sprechstunde, Gespräch	AL	IPL	Geltungsbereich	Regeln
AK.05.0010	Nichtärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Asthma oder COPD, pro 1 Min.	0	1.68	Gilt für nichtärztliche Tätigkeiten im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Patienten mit der Diagnose Asthma oder COPD. Eidgenössischer Fachausweis Medizinische Praxiskoordinatorin klinischer Richtung sowie über das Modul Beratung von Langzeitpatienten - Atemwegserkrankungen der odamed nötig	<450 x 360 Tage
AK.05.0020	Nichtärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Diabetes mellitus, pro 1 Min..	0	1.68	Gilt für nichtärztliche Tätigkeiten im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Patienten mit der Diagnose Diabetes mellitus. Eidgenössischer Fachausweis Medizinische Praxiskoordinatorin klinischer Richtung sowie über das Modul Beratung von Langzeitpatienten - Diabetes der odamed nötig	<450 x 360 Tage
AK.05.0030	Nichtärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Herzinsuffizienz oder koronaren Herzkrankheiten, pro 1 Min.	0	1.68	Gilt für nichtärztliche Tätigkeiten im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Patienten mit der Diagnose Herzinsuffizienz oder koronare Herzkrankheit. Eidgenössischer Fachausweis Medizinische Praxiskoordinatorin klinischer Richtung sowie über das Modul Beratung von Langzeitpatienten - Herzkrankheit/Herzinsuffizienz der odamed nötig.	<450 x 360 Tage
AK.05.0040	Nichtärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements Rheuma, pro 1 Min.	0	1.68	Gilt für nichtärztliche Tätigkeiten im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Patienten mit der Diagnose Rheuma. Eidgenössischen Fachausweis Medizinische Praxiskoordinatorin in klinischer Richtung sowie über das Modul Beratung von Langzeitpatienten - Rheuma der odamed nötig	<450 x 360 Tage

13.6.3 Ärztliche und nichtärztliche Betreuung/Überwachung

Die massgebliche Zeit für die Abrechnung für die nichtärztliche Überwachung beginnt mit dem Eintreffen des Patienten in der Überwachungsinfrastruktur. Nicht-ärztliche Grundleistungen dürfen während einer Betreuung nicht zusätzlich in Rechnung gestellt werden. **Wichtige Position für OPAT.** Die effektiv benötigte ärztliche Zeit im Zusammenhang mit der Überwachung kann über die Position AM.05.0020 pro 1 Min abgerechnet werden.

LNR	Sprechstunde, Gespräch	AL	IPL	Geltungsbereich	Regeln
AM.00.0010	Nichtärztliche, nichtspezialisierte Betreuung / Überwachung, pro 15 Min.	4.51	8.68	Gilt unter anderem für folgende nichtärztliche Tätigkeiten: Betreuung/Überwachung während und nach Infusionen Betreuung/Überwachung nach allergischen Reaktionen Betreuung/Überwachung nach Lumbalpunktion Gilt für Tätigkeiten, die von nichtärztlichen Fachpersonen auf Anordnung des Arztes vor, während und nach einer Behandlung bzw. Intervention selbstständig erbracht werden.	≤8x/Sitzung
AM.05.0010	Spezialisierte nichtärztliche Überwachung, 1 Substanz, einfacher Zugang , erste 30 Min.	0	76.3	Gilt für medizinisch notwendige vorbereitende Tätigkeiten, die von nichtärztlichen Fachpersonen auf Anordnung des Arztes in Zusammenhang mit der Verabreichung von Biotherapeutika, Antimikrobielle Substanzen , Immunologika oder Chemotherapeutika bzw. bei endokrinologischen oder neurologischen Funktionstests vor Beginn einer Betreuung mit	1x/Sitzung

				notwendiger Überwachung der Vitalparameter und Notfallbereitschaft selbstständig erbracht werden: Vorbereitung des Patienten für die Infusion oder die endokrinologischen Tests, • Blutentnahmen, • Verabreichung Prämedikation, • Gefässzugang, • Vorbereiten der Testsubstanz bzw. des Medikaments. Gilt für 1 Substanz mit einfacher Zubereitung (z.B. Aufziehen ohne spezielle Schutzvorkehrungen) und einfachem Zugang (z.B. Venflon oder Butterfly). Nicht anwendbar für Leistungen, welche im Zusammenhang mit ärztlichen Leistungen durch nichtärztliches Personal erbracht werden.	
AM.05.0030	+ %-Zuschlag für Leistungen am Patienten unter Kontaktisolation während Sockelzeit Überwachung	0	+15%	Gilt für Patienten, die aus med. Gründen unter Kontaktisolation stehen, z.B. auf Grund resistenter Erreger.	
AM.05.0040	Spezialisierte nichtärztliche Überwachung, geringe Betreuungsintensität , pro weitere 15 Min.	0	9.15	Gilt für Substanzen die eine geringe Betreuungsintensität voraussetzen: Als Grundsatz gilt, dass die nichtärztlichen Betreuungspersonen während 15 Minuten Liegezeit weniger als 5 Minuten am Patienten beschäftigt sein müssen. Die Betreuung des Patienten muss dokumentiert werden. Gilt für medizinisch notwendige Tätigkeiten, die von nichtärztlichen Fachpersonen auf Anordnung des Arztes in Zusammenhang mit der Verabreichung von Biotherapeutika, Antimikrobielle Substanzen oder Chemotherapeutika bzw. bei endokrinologischen oder neurologischen Funktionstests selbstständig erbracht werden. Gilt ab dem Start der Infusion bzw. des Tests und unter anderem für folgende nichtärztliche Tätigkeiten: Verabreichung der Testsubstanz bzw. des Medikaments, Blutentnahmen während Therapie oder Test, Vorbereitung weiterer Testsubstanzen oder Medikamenten, Injektionen, Wechseln von Infusionen, Überwachung von Vitalzeichen, Information und Anweisung des Patienten und Angehörige zum Austritt und Nachbehandlung..	≤32x/Sitzung
AM.05.0040	Spezialisierte nichtärztliche Überwachung, mittlere Betreuungsintensität , pro weitere 15 Min.	0	16.41	Gilt für Substanzen die eine mittlere Betreuungsintensität voraussetzen: Als Grundsatz gilt, dass die nichtärztlichen Betreuungspersonen während 15 Minuten Liegezeit mindestens 5 Minuten aber weniger als 10 Minuten am Patienten beschäftigt sein müssen. Die Betreuung des Patienten muss dokumentiert werden. Gilt für medizinisch notwendige Tätigkeiten, die von nichtärztlichen Fachpersonen auf Anordnung des Arztes in Zusammenhang mit der Verabreichung von Biotherapeutika, Antimikrobielle Substanzen oder Chemotherapeutika bzw. bei endokrinologischen oder neurologischen Funktionstests selbstständig erbracht werden. Gilt ab dem Start der Infusion bzw. des Tests und unter anderem für folgende nichtärztliche Tätigkeiten: Verabreichung der Testsubstanz bzw. des Medikaments,	≤32x/Sitzung

				Blutentnahmen während Therapie oder Test, Vorbereitung weiterer Testsubstanzen oder Medikamenten, Injektionen, Wechseln von Infusionen, Überwachung von Vitalzeichen, Information und Anweisung des Patienten und Angehörige zum Austritt und Nachbehandlung.	
AM.05.0100	Spezialisierte nichtärztliche Überwachung, ab 2 Substanzen, komplexe Zubereitung und komplexer Zugang , erste 60 Min.	0	152.61	Gilt für medizinisch notwendige vorbereitende Tätigkeiten, die von nichtärztlichen Fachpersonen auf Anordnung des Arztes in Zusammenhang mit der Verabreichung von Biotherapeutika, Antimikrobielle Substanzen, Immunologika oder Chemotherapeutika bzw. bei endokrinologischen oder neurologischen Funktionstests vor Beginn einer Betreuung mit notwendiger Überwachung der Vitalparameter und Notfallbereitschaft selbstständig erbracht werden: Vorbereitung des Patienten für die Infusion oder die endokrinologischen Tests, Blutentnahmen, Verabreichung Prämedikation, Gefässzugang, Vorbereiten der Testsubstanz bzw. des Medikaments. Gilt für mehrere Substanzen mit komplexer Zubereitung (z.B. mehr-minütiges Auflösen und Aufziehen oder Laminar-Flow) und komplexem Zugang (z.B. PICC-Line-Katheter oder Port-a-Cath). Nicht anwendbar für Leistungen, welche im Zusammenhang mit ärztlichen Leistungen durch nichtärztliches Personal erbracht werden.	1x/Sitzung

13.7 Verbrauchsmaterialien

Einzelne oder miteinander verbundene Instrumente, Geräte, Vorrichtungen, Materialien, Stoffen, die folgende Bestimmungen kumulativ erfüllen.

- Anwendung zu diagnostischen, therapeutischen Zwecken oder Gewährleistung Patientensicherheit (**Einstandspreis > 3 Franken**). Materialsets sind vollständig verrechenbar
- Keine Arzneimittel
- Einmalige Verwendung während der Sitzung
- Nicht für wiederverwendbare Instrumente

14. Fachspezifische Aspekte Infektiologie

14.1 Mehraufwand bei Betreuung und Überwachung unter Kontaktisolation

Vermehrten Zeit- und Materialverbrauch (Masken, Schürzen, Handschuhe), Desinfektionsbedarf der Räume (AM.05.0030/60/80) und damit auch verlängerte Wechselzeiten (AR 00.0050)

14.2 Mehraufwand bei resistenten Erregern

folgende %-Zuschlagspositionen können im Kapitel AM gelöst werden:

- %-Zuschläge für die spezialisierte Überwachung vor / nach Infusionen bei der Patientin, beim Patienten unter Kontaktisolation:
- während der Sockelzeit Überwachung: AM.05.0030 «+ %-Zuschlag für Leistungen am Patienten unter Kontaktisolation während Sockelzeit Überwachung»
- bei mittlerer Betreuungsintensität: AM.05.0060 «+ %-Zuschlag für Leistungen am Patienten unter Kontaktisolation bei mittlerer Betreuungsintensität»
- bei hoher Betreuungsintensität: AM.05.0080 «+ %-Zuschlag für Leistungen am Patienten unter Kontaktisolation bei hoher Betreuungsintensität»
- %-Zuschlag AR.00.0390 «%-Zuschlag bei Kontaktisolation» auf folgende Wechselzeiten:
- AR.00.0380 «Wechselzeit spezialisierte, nichtärztliche Überwachung, bis 60 Minuten Überwachung»

- AR.00.0400 «Wechselzeit spezialisierte, nichtärztliche Überwachung, ab 60 Minuten Überwachung»

14.3 Infektiologie Konsultation

Eigene Position JK.00.0010 (300'/180d)

- Gilt für die spezialärztliche Behandlung und Betreuung des Patienten in Bezug auf infektiologische Aspekte.
- Gilt auch für Abklärungen und Interventionen betreffend Ansteckungsquelle und/oder Verhinderung einer Übertragung auf weitere Personen von Infektionen (u.a. Tuberkulose, sexuell übertragbare Krankheiten, tropische Erkrankungen, über Lebensmittel übertragene Infektionen, gewisse Kinderkrankheiten wie Masern).

14.4. Konsilium durch Facharzt, pro Min

- AA.00.0080: (120'/180d) (wie bisher) ist nicht kumulierbar in der gleichen Sitzung mit Position Infektiologie
- Nur abrechenbar durch Fachärzte mit mindestens 2 Jahren Oberarztstätigkeit oder 5 Jahren Praxistätigkeit oder von Fachärzten mit einem Schwerpunkt-Titel.

14.5 OPAT-Betreuung

- Monitoring: AM.05.0010/0090 (+ und Überwachung durch den Arzt, wenn zutreffend)
- Gegebenenfalls Kontaktisolation, falls nötig (AM.05.0030 ff.)
- Wechselzeit (AR.00.0380/0400)

14.6 MDR Tuberkulose

Basis JK.00.0010

- Ueberwachungskomponente dazu (CA10.0010) für das Contact Tracing
- Vermehrten Zeit- und Materialverbrauch (Masken, Schürzen, Handschuhe), Desinfektionsbedarf der Räume (AM.05.0030/60/80) und damit auch verlängerte Wechselzeiten (AR 00.0050)
- Untersuchung pro Ort (AA05 Codes)
- Berichte an die Versicherung (AA.25.0030)
- Labor und Pathologieleistungen bezogen auf den Patientenkontakt
-

14.7 HIV Sprechstunde

Basis JK.00.0010

- Kombiniert mit Grundleistungen ärztliche Konsultation erste 5 Minuten (AA.00 Codes)
- Untersuchung pro Ort (AA05 Codes)
- Leistungen in Abwesenheit (AA.15 Codes)
- Labor und Pathologieleistungen bezogen auf den Patientenkontakt
- Berichte (AA 25)
- Versicherungsanfragen AA.25.0030

14.8 Impfsprechstunde

Basis JK.00.0010 und AA.00.0090 (letzteres bei Franchisenbefreiten Impfungen)

- Kombiniert mit Grundleistungen ärztliche Konsultation erste 5 Minuten (AA.00 Codes)
- Untersuchung pro Ort (AA05 Codes)
- Leistungen in Abwesenheit (AA.15 Codes)
- Labor und Pathologieleistungen bezogen auf den Patientenkontakt
- Berichte (AA 25)
- Versicherungsanfragen AA.25.0030

Appendix 1

Auf der Rechnung muss der Code der Hauptdiagnose aufgeführt sein:
Bei Pauschalen ICD 10, bei Tardoc: Tessiner Code

neuer Code (SCD) in Vorbereitung s. Tabelle: prov. Codes für Infektiologie

ICD-10/Gruppe	SCD-Codierung	
SCD Code prov.	ICD-Code Gruppe	Beschreibung
39-01	A00-A09	Gruppe: Infektiöse Darmkrankheiten
39-02	A15, A16, A17, A18, A19	Gruppe: Tuberkulose (Atmungsorgane, Nervensystem, sonstige)
39-03	A55, A56, A50-A53, A54	Gruppe: Sexuell übertragbare Krankheiten (exkl. HIV und Herpes)
39-04	B18.0, B18.1	Gruppe: Chronische Hepatitis
39-05	B20-B24, Z21	Gruppe: HIV-Krankheit (inkl. Infektionen, Neoplasien etc. oder asymptomatische Infektion etc.)
39-06	J13, J14, J15, J16.1, J18, J10.0, J11.0, J12, J17.1*+ folgende Kreuz-Codes: B05.2 (Masern), B01.2 (Varizellen), B25.0 (Zytomegalie), J20, J21	Gruppe: Untere Atemwegsinfektionen
39-07	N11.1 und N13.6-, N11.0, N21.0, N30, N10, N39	Gruppe: Harnwegsinfektionen (inkl. Blasenstein ohne Infektion)
M86		Osteomyelitis
39-08	I33, T82.6	Akute und subakute Endokarditis inkl. Kunstklappen-Endokarditis
39-09	T82.7, T83.5, T83.6, T84.5, T84.6, T84.7, T85.7	Gruppe: Postoperativer Infekt implantat-assoziiert (exkl. Kunstklappen-Endokarditis)
39-10	T81.4, T87.4, O86.0	Gruppe: Postoperative Infektionen ohne Fremdmaterial
39-11	L00-L08, A46, A48.0, M72.6-, K61.-, N48.2, N49, N75.1, N75.8, N76.4, N76.80, N61	Gruppe: Weichteilinfekte
39-12	D80, D81, D83, D70, D73.0, D90, Q89.01, Z94.0-Z94.4, Z94.81	Gruppe: Immunsuppression oder Immundefekte ohne aktuelle sekundäre Infekte (z.B. Impfberatung und Impfung)
39-13	B37, B44,	Gruppe: Infektionen bei Immunsuppression exkl. HIV (Candidose, Aspergillose)
39-14	A92-A99, A69.2, A84.1	Gruppe: Durch Arthropoden übertragene Krankheiten
39-15	B00-B09, A60	Gruppe: Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind (inkl. anogenitaler Herpes)
U09		Post-Covid-19-Zustand
39-16	U80-81	Gruppe: Erreger mit Antibiotikaresistenzen, die besondere Massnahmen erfordern
39-17	Z23-Z27	Gruppe: Impfung bei gesunden Patienten (ansonsten Indikation kodieren)
39-VA		Diagnose nur an den Vertrauensarzt
39-Ü		Diagnose nicht im fachgruppenspezifischen Sample enthalten
21		