

Ambulante Tarife 2026

Einführung in das Tarifwerk TARDOC und Ambulante Pauschalen

Kerstin Schutz

Stand: 09. September 2025

Webinar

Ziele

- Informationen zu den Ambulanten Tarifen vermitteln
- fokussiert auf disziplinübergreifende Themen sowie einen Überblick zum neuem Kapitel [CA - Hausarztmedizin](#).
- Strukturelle Informationen zu den Ambulanten Pauschalen
- Aufzeigen der Informationsquellen

Modus

- Vortrag (TARMED Grundkenntnisse vorausgesetzt)
- Präsentationsfolien erhalten Sie morgen per E-Mail
- Während des Webinars können keine Fragen beantwortet werden
- Sie erreichen uns direkt unter tarife.ambulant@fmh.ch – so können Ihre Anfragen individuell beantwortet werden.
- Bitte Mikrofon auf stumm schalten und die Videokamera ausschalten

Ablauf

- Ausgangslage der neuen Tarifstrukturen
- Grundlagen zur Abrechnung
- Wesentliche Änderungen von TARMED zu TARDOC und den Ambulanten Pauschalen
- TARDOC
- Ambulante Pauschalen
- Zusammenspiel zwischen TARDOC und ambulanten Pauschalen
- Hilfsmittel und Tools zur Unterstützung

Ausgangslage der neuen Tarifstruktur

Historie





Einreichung per 15.07.2025

Nachbesserungen für TARDOC und Ambulante Pauschalen

- Ambulante Pauschalen: **Pathologie**
- Ambulante Pauschalen: **Kombinationstherapie in der Tumorbehandlung**
- TARDOC: **Spitalnotfall und nicht-ärztliche Leistungen**
- TARDOC und Ambulante Pauschalen: **Wundversorgung**
- TARDOC und Ambulante Pauschalen: **Korrektur von redaktionellen Fehlern**

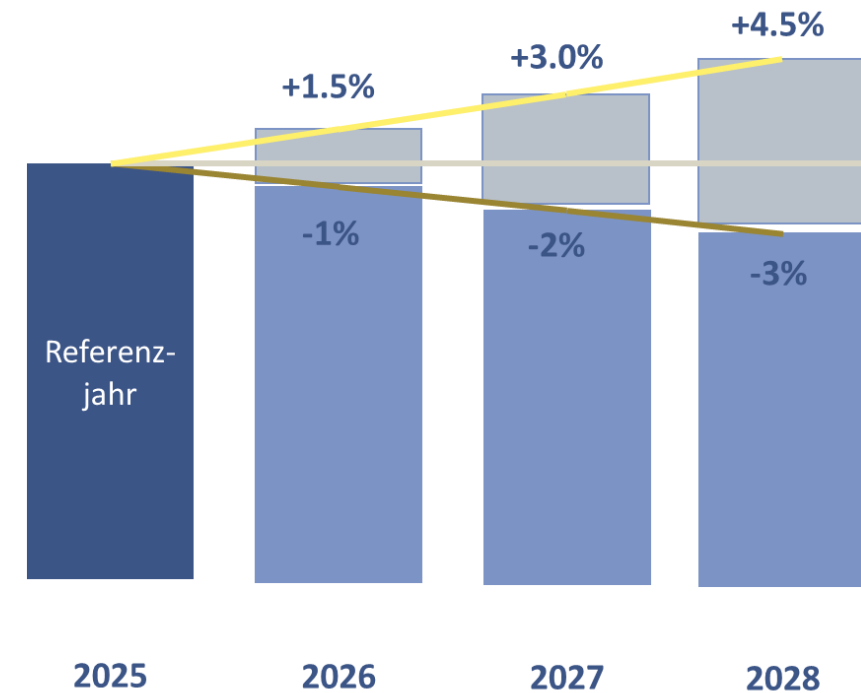
Das BAG wird diese Anträge prüfen und der Bundesrat über die Genehmigung der Anpassungen in den nächsten Monaten entscheiden. Die OAAT AG wurden Anfang August alle Anpassungen in einem Release publiziert.

Kostenneutralität und External Factor

Dynamische Kostenneutralität

Die Dynamische Kostenneutralität definiert pro Jahr einen Korridor, in welchem die Kosten wachsen dürfen. Sie dauert mindestens bis 2028 und bis die Auflagen des Bundesrates erfüllt sind.

Die «**Kosten pro Versicherte Person für ambulante ärztliche Leistungen**» dürfen pro Jahr um 1.5% steigen. Es werden dabei bestimmte Faktoren in Abzug gebracht, z.B. Taxpunktwertveränderungen oder auch die Ambulantisierung.



Dynamische Kostenneutralität: External Factor (EF)

- Liegen die Kosten pro Versicherte Person in der Kostenneutralitätsphase ausserhalb des Korridors, werden diese über einen Faktor «**External Factor**» korrigiert, der pro Tarifposition / pro Pauschale auf der Rechnung auszuweisen ist:

Taxpunkte gemäss Tarif	x	EF = 1.0	x	Kantonaler TPW	=	Abgerechneter Betrag in CHF
AA.00.0010 TP 19.20	x	1.0	x	Bsp. 0.89	=	CHF 17.09

Der External Factor wird pro Jahr bestimmt und vom Bundesrat genehmigt. Er muss auf der Rechnung pro Position / pro Pauschale ausgewiesen werden. In den Jahren 2026 und 2027 ist der EF = 1.0. Eine Steuerung kann erstmals 2028 erfolgen.

Grundlagen zur Abrechnung

- Beitritt zum Tarifstrukturvertrag KVG
- Beitritt zum Kantonalen Tarifvertrag
- Beitritt zum Nationalen Grundvertrag TARDOC IVG UVG, MVG
- Besitzstand
- Spartenanerkennung

Vertragliche Grundlagen

Tarifstrukturvertrag KVG (entspricht dem bisherigen Rahmenvertrag KVG für TARMED)

Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Tarifstrukturvertrag KVG beizutreten, um ihre Leistungen ab 2026 weiterhin abrechnen zu können. Neu besteht die Möglichkeit, dass auch juristische Personen dem Vertrag beitreten.

Kantonale Tarifverträge KVG (entsprechen den bisherigen kantonalen Anschlussverträgen KVG für TARMED)

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte müssen dem kantonalen Anschlussvertrag KVG aktiv beitreten.

Nationaler Grundvertrag TARDOC UVG IVG MVG

Die Vertragsverhandlungen beendet. Die Verträge befinden sich derzeit in der Genehmigungsphase.

Bestehende TARMED-Rahmenverträge werden nicht automatisch überführt. Ein Beitritt zum neuen Tarifstrukturvertrag und zu den kantonalen Anschlussverträgen ist zwingend (voraussichtlich ab Oktober 2025). Aktuell müssen Sie nichts unternehmen – Sie werden von der FMH informiert.



[Verträge | TARDOC und Ambulante Pauschalen](#)

Besitzstand

Fehlt einer Ärztin oder einem Arzt der notwendige Weiterbildungstitel zur Abrechnung einer TARDOC Tarifposition oder Ambulanten Pauschale, kann Besitzstand angemeldet werden:

- Die Vorgängerpositionen der TARDOC Position / der Ambulanten Pauschale wurden fachlich eigenverantwortlich zwischen 1. Januar 2022 und 31. Dezember 2024 regelmässig und qualitativ unbeanstandet erbracht und abgerechnet wurden.
- Besitzstände sind ab Inkrafttreten der neuen Tarife für drei Jahre gültig und müssen innerhalb dieser drei Jahre revalidiert werden (fachliche Fortbildung).
- Besitzstände sind auf sechs Jahre nach Inkrafttreten des neuen Tarifs limitiert und verfallen danach.
- Angaben zum Prozess und Anmeldung: [Besitzstände – OAAT OTMA](#) weitere Informationen [Besitzstand | TARDOC und Ambulante Pauschalen](#)

Die Deklaration muss zwischen 1. Juli und 15. November 2025 (Verlängerung) erfolgen. Eine spätere Besitzstands anmeldung ist nicht möglich.

LegiData (Beantragung von Besitzständen)

- Information zum Vorgehen und Bedienung des Tools zur Beantragung von Besitzständen
- Infoveranstaltungen – OAAT OTMA



OAAT
OTMA

Organisation
ambulante Arztanträge
Organisation
tarifs médicaux ambulatoires

Infolunch BESITZSTÄNDE

Christof Haudenschild, Projektleiter LegiData, OAAT AG
 Christian Scheel, Projektleiter LegiData, SASIS AG
 Sarah Weidmann, Moderatorin Infolunch, OAAT AG

08.04.2025

Infolunch 1 - Simulationstool	+
Infolunch 2 - Tarifbrowser	+
Infolunch 3 - LegiData (Beantragung von Besitzständen)	—


Thema
In diesem Infolunch erfahren Sie mehr über die Funktionalitäten und Anwendung von LegiData.

Datum und Zeit

- 08.04.2025 von 12:00-12:30Uhr
- 03.07.2025 von 12:30-13:00Uhr (identische Präsentation wie Infolunch vom 08.04.2025)

Präsentation
[Beantragung von Besitzständen \(PDF\)](#)

Aufzeichnung Präsentation Infolunch zur Beantragung von Besitzständen



OAAT
OTMA

Organisation
ambulante Arztanträge
Organisation
tarifs médicaux ambulatoires

Infolunch BESITZSTÄNDE

Christof Haudenschild, Projektleiter LegiData, OAAT AG
 Christian Scheel, Projektleiter LegiData, SASIS AG

03.07.2025

Spartenankennung

Um im TARDOC Leistungen gewisser Sparten abrechnen zu können, muss eine Spartenankennung vorliegen.

Anerkennungssparten:

- Nichtärztliche ambulante Leistungen in der Psychiatrie
- Chronic Care Management

Präsentation OAA: Spartenankennung

AK.05.0020 Version: LKAAT 1.1b v24

Nichtärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Diabetes mellitus, pro 1 Min.

QUAL.DIGNITÄT 9999 : Alle	LEISTUNGSTYP Hauptleistung	SPARTE Chronic Care (IAS)	ZUGEORDNETE LEISTUNG NEIN
------------------------------	-------------------------------	------------------------------	------------------------------

AL [TP] 0.00	LEISTUNG IM ENGEREN SINNE [MIN.] 0
-----------------	---------------------------------------

IPL [TP] 1.68	RAUMBELEGUNG [MIN.] 1	WECHSELZEIT [MIN.] 0
------------------	--------------------------	-------------------------

MEDIZINISCHE INTERPRETATION

Gilt für nichtärztliche Tätigkeiten im Rahmen des delegierten *Chronic Care Managements* bei Patienten mit der Diagnose Diabetes mellitus.

Das nichtärztliche Personal muss über den eidgenössischen Fachausweis Medizinische Praxiskoordinatorin klinischer Richtung sowie über das Modul Beratung von Langzeitpatienten - Diabetes der odamed verfügen.

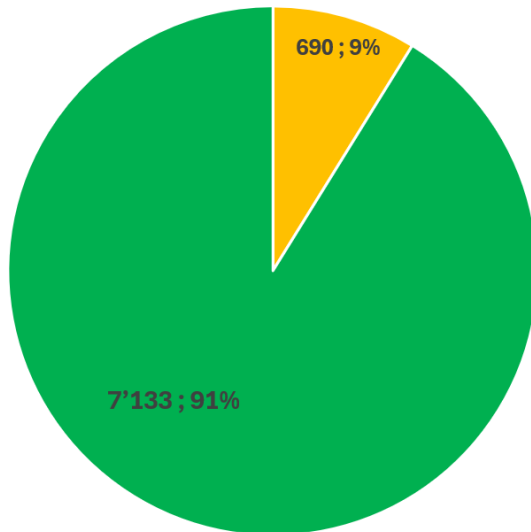
Spartenankennungen von TARMED sind nicht mehr in den neuen ambulanten Tarifen gültig und müssen bei der OAA AG beantragt werden (ab 1. November 2025). Es gibt keine Anerkennung mehr für ambulante Operationssäle.



Grundsätzliches zu den Tarifstrukturen

Anwendung der Tarife ab 2026

Praxisambulanter Bereich

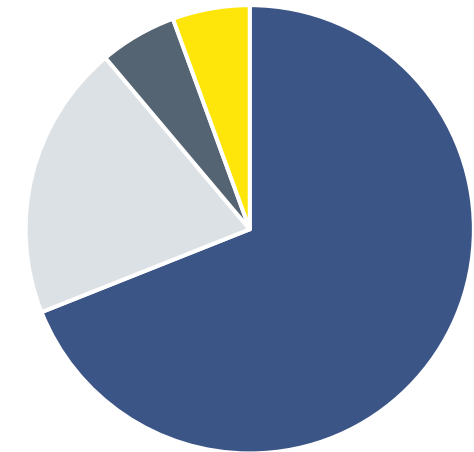


■ Ambulante Pauschalen [in Mio CHF] ■ TARDOC [in Mio CHF]

Die Arztpraxen sind je nach Fachgebiet unterschiedlich stark von Ambulanten Pauschalen betroffen.

TARDOC werden alle Arztpraxen anwenden.

Anwendung von Ambulanten Pauschalen in der freien Praxis*



■ nie ■ sehr selten ■ häufig ■ sehr häufig

*Schätzung der FMH

- ➔ TARDOC: Fokus auf Ärztliche Grundleistungen und Hausärztliche Grundversorgung
- ➔ Ambulante Pauschalen und weiteren TARDOC-Kapitel: Fokus auf strukturelle Änderungen und Systematik

Ambulante Tarife

Übersicht

TARDOC	Ambulante Pauschalen
Hauptsächlich Leistungen in einfacher Infrastruktur (z.B. Sprechzimmer Untersuchungsraum Ultraschall Röntgen)	Hauptsächlich Leistungen in aufwändiger Infrastruktur (z.B. OP, Nuklearmedizin, Endoskopien)
Tariftyp 007	Tariftyp 005

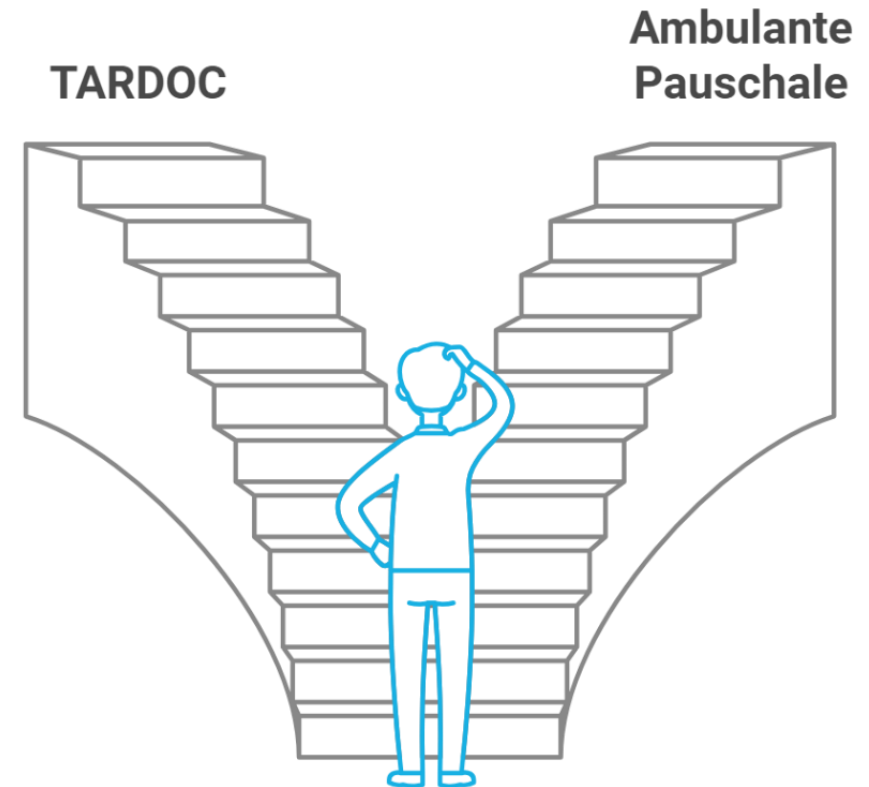
Die Abrechnungen von Ambulanten Behandlungen erfolgen entweder über TARDOC oder Ambulante Pauschalen.

Eine Mischform ist nicht möglich.

Es sind jedoch zwei Ambulante Behandlungen am gleichen Tag bei gleichem Patienten möglich, wenn:

- Anderer Garant (z.B. Krankheit/Unfall) – Behandlungsgrund
- Diagnose in einem anderen Capitulum aufgeführt ist

Welcher Tarif kommt zur Anwendung?




Aktuelle Versionen

Publikation der Einreichungsversion durch die OAAT AG am 08.08.2025

- Einreichung per 15. Juli 2025 an den Bundesrat / Erwartung des Entscheides im Spätherbst 2025
- Ambulante Pauschalen 1.1 c
- TARDOC 1.4 c
- LKAAT 1.0 c
- Triggerliste 1.1 c
- Unterscheidung zwischen eingereicht und nicht genehmigt ausschliesslich bei den Dokumenten im Browser sind nur die eingereichten Versionen.
- Klarstellungen zu den Anhängen wurden aktualisiert und weitere Beispiele ergänzt

Alle Unterlagen zur Tarifstruktur
unter:
[Verträge und Anhänge – OAAT OTMA](#)

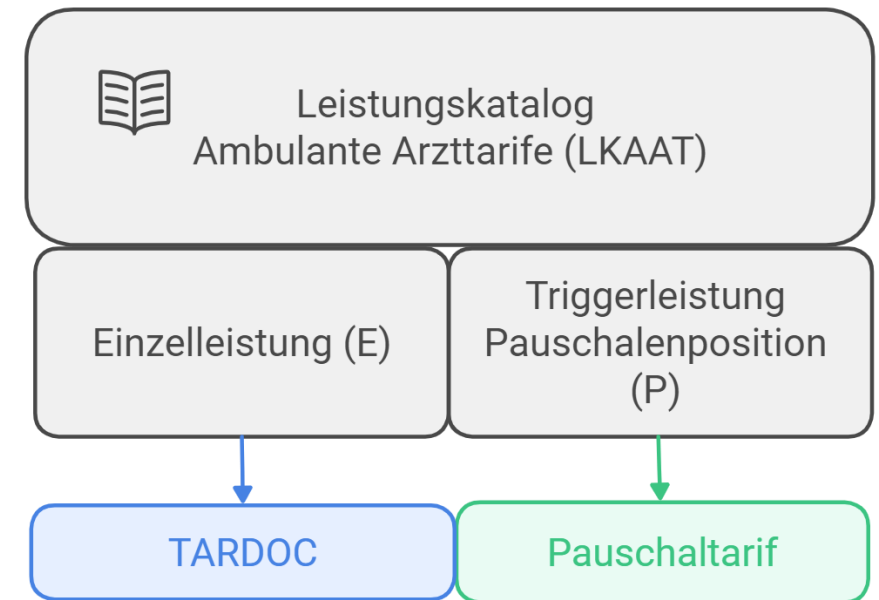
 <div> <div>Organisation ambulante Arzttarife</div> <div>Organisation tarifs médicaux ambulatoires</div> </div>		Gesamt-Tarifsystem ▾	Kommunikation ▾
Tarifstrukturvertrag			+
Begleitvereinbarung			+
Kataloge: Anhänge A1 und A2, Leistungskatalog LKAAT, Triggerliste			+
Release notes			+
Anhang B: Anwendungsmodalitäten und erläuternde Dokumente			+
Anhang C: Richtlinien für die ambulante Leistungserfassung			+
Anhang D & Anhang E: Monitoring und Dynamische Kostenneutralität			+
Anhang F & Anhang G: Dignitäten und Sparten			+
Anhang H: Rechnungsstellung			+
Anhang I: Startpreise			+
Roadmap zur Weiterentwicklung und Tarifierungsgrundsätze			+
Simulationstool			+
Tarifbrowser			+

Ausgangslage: erbrachte medizinische Leistungen

18.09.2024
v1.0

LKAAT 2024 (Leistungskatalog ambulante Arzttarife)

LKN	Typ	Beschreibung	Medizinische Interpretation
AA.00.0010	E	"Ärztliche Konsultation, erste 5 Min."	Umfasst alle ärztlichen Tätigkeiten, die nicht
AA.00.0020	EZ	"+ Ärztliche Konsultation, jede weitere 1 Min."	-
C05.GB.0080	P	"Stripping der Stammvene"	Gilt für V. saphena magna und V. saphena parva.
C05.KC.0100	P	"Implantation eines flussreduzierenden Stents im Sinus-corona"	-
C05.KC.Z001	PZ	"Rechtsherzkatheter unter Belastung"	-
C05.KC.Z002	PZ	"CTO Intervention"	-
C05.KC.Z003	PZ	"endoluminale Diagnostik (FFR, IFR, IVUS und OCT)"	-
C05.KC.Z004	PZ	"Einlegen eines hämodynamischen Assist-Device"	-
C05.KC.Z005	PZ	"Einlage eines provisorischen Schrittmachers"	-
C05.KC.Z006	PZ	"Rotablation"	-
C05.KC.Z007	PZ	"Stentimplantation bei PCI"	pro Stent



Der Leistungskatalog LKAAT enthält alle medizinischen Leistungen im Gesamttarifsystem abgebildet sind.

Leistungskatalog Ambulante Arzttarife (LKAAT)

- Definiert ob TARDOC oder Ambulante Pauschalen zur Anwendung kommt
- Enthält alle TARDOC-Positionen und die Triggerleistungen, die eine Ambulante Pauschale auslösen.

Die TARDOC-Positionen sind an ihrer 8-stelligen LKN-Nummer erkennbar, z.B. [AA.00.0010 «Ärztliche Konsultation, erste 5 Minuten»](#).

Sie werden in zwei Kategorien unterteilt:

- E = Einzelleistungstarif-Position | EZ = Zusatzleistung für Einzelleistungs-Position

Die auslösenden Positionen (Triggerpositionen) für Pauschalen haben eine 9-stellige Nummer, z.B. [C05.GB.0080 «Stripping der Stammvene»](#). Die ersten drei Stellen geben an, welchem Capitulum die Pauschale zugeordnet ist. Sie werden ebenfalls in zwei Kategorien unterteilt:

- P = Pauschalen-Position | PZ = Zusatzleistung für Pauschalen-Position

Wesentliche Änderungen von Tarmed zu TARDOC

Einzelleistungstarif

TARDOC

Grundlegende Tarifierungsregeln und -mechanismen

- Der TARDOC ist wie der TARMED ein Einzelleistungstarif.

AA.00.0010
Version: LKAAT 1.1b v24

Ärztliche Konsultation, erste 5 Min.
Total AL: 5 Minuten

QUAL.DIGNITÄT 9999 : Alle	LEISTUNGSTYP Hauptleistung	SPARTE Sprechzimmer	ZUGEORDNETE LEISTUNG NEIN
AL [TP] 10.56		LEISTUNG IM ENGEREN SINNE [MIN.] 5	
IPL [TP] 8.64		RAUMBELEGUNG [MIN.] 5	WECHSELZEIT [MIN.] 0

- IPL: Infrastruktur/nichtärztliche Personalleistungen
- Zugeordnete Leistung: Werden dem vorangehenden Patientenkontakt zugeordnet, wenn der Kontakt über eine Pauschale abgerechnet wurde.

TARDOC

Allgemeine Änderungen

Nur noch 3 statt 5 Hierarchieebenen (Kapitel, Unterkapitel, Leistungen)

Hinweis zu Anwendungs- und Abrechnungsregeln

- Keine «Alleinige Leistungen»

[22.0020 - Gynäkologische präventive Untersuchung, als alleinige gynäkologische Leistung - Tarmed 01.09 BR \(KVG\) Online Browser](#)

- Keine «Pro Memoriam Leistungen»

[00.2255 - Verlangter kleiner Arztbericht an den Versicherer \(Bestandteil von Allgemeine Grundleistungen\) - Tarmed 01.09 BR \(KVG\) Online Browser](#)

- Keine Leistungsblöcke

00.0150	Medikamentenverabreichung durch nichtärztliches Personal
00.0155	Nichtärztliche Medikamentenabgabe zur Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit
00.0160	Überwachte Urinabgabe bei Alkohol-/Drogenpatienten durch nichtärztliches Personal
00.0750	Injektion/Infusion durch nichtärztliches Personal
00.1345	Wundtoilette/Verbandwechsel durch nichtärztliches Personal, pro 5 Min.
01.0265	Entfernung härtender Verbände der Kategorie II durch nichtärztliches Personal, erste 5 Min.
01.0275	Entfernung härtender Verbände der Kategorie III durch nichtärztliches Personal, erste 5 Min.
04.1170	Wundbehandlung ohne Einbezug komplexer Strukturen durch nichtärztliches Personal, Wunden mit einer Fläche von 5 cm² bis 10 cm²
04.1175	Wundbehandlung ohne Einbezug komplexer Strukturen durch nichtärztliches Personal, Wunden mit einer Fläche von 10.1 cm² bis 20 cm²
04.1180	Wundbehandlung ohne Einbezug komplexer Strukturen durch nichtärztliches Personal, Wunden mit einer Fläche von mehr als 20 cm²

Allgemeine Definitionen & Generelle Interpretationen

Wichtige Anpassung: Anwendungs- und Abrechnungsregeln

- AD 1: Leistungserbringer im Ambulanten Setting & GI 15: Anwendungs- und Abrechnungsregeln

«Mengenlimitationen pro Zeiteinheit (z.B. 90, 120, 180 oder 260 Tage) gelten pro Patient und Leistungserbringer im ambulanten Setting.»

TARMED: GI-9

Die Einschränkungen beziehen sich auf den Patienten und gelten für den zuständigen Kostenträger.

Gruppenpraxen mit unterschiedlichen Facharztdisziplinen:	Gruppenpraxen mit mehreren Ärzten desselben Fachgebietes:
Anwendungs- und Abrechnungsregeln gelten pro Fachbereich	Anwendungs- und Abrechnungsregeln gelten pro Fachbereich -> also für die gesamte Gruppenpraxis

Allgemeine Definitionen & Generelle Interpretationen

Wichtige Anpassung: Verbrauchsmaterial - Sets

- [26 - Verbrauchsmaterialien, Implantate, Osteosynthesematerial, wiederverwendbares Instrumentarium - TARDOC Online Browser](#)

«Material-Sets sind grundsätzlich vollständig verrechenbar. Vom Leistungserbringer zusammengestellte Material-Sets sind nicht erstattungsfähig, wenn sämtliche Einzelbestandteile je einen Einstandspreis von unter 3 Franken aufweisen.»

(TARMED: [17001 - Definition Einzelstück in Gl-20 Verbrauchsmaterialien und Implantate - Tarmed 01.09 BR \(KVG\) Online Browser](#))

Bei Materialsets muss mindestens ein Bestandteil einen Einstandspreis von über CHF 3.00 aufweisen.



Was ist neu im Tardoc I

Ärztliche Grundleistungen

Kapitel A: Ärztliche Grundleistungen

Ärztliche Konsultation & Besuch

- Konsultationszeit volle 20 Minuten
TARMED: Halbierung der letzten 5 Minuten
- Kombination mit anderen Tarifpositionen und Beratungsleistungen möglich.
- Es können auch beim Besuch weitere Tarifpositionen kombiniert werden.

20 Min. Sprechzimmer	TARMED: 65.41 Taxpunkte
Konsultation / Besuch / Telefonat	TARDOC: 76.80 Taxpunkte

AA.00.0010 **Ärztliche Konsultation, erste 5 Min.**
AA.00.0020 + Ärztliche Konsultation, jede weitere 1 Min.
AA.00.0030 **Besuch, erste 5 Min.**

AA.00.0010 Version: LKAAT 1.1b v20

Ärztliche Konsultation, erste 5 Min. Total AL: 5 Minuten

QUAL.DIGNITÄT 9999 : Alle	LEISTUNGSTYP Hauptleistung	SPARTE Sprechzimmer
-------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------

AL [TP] 10.56	LEISTUNG IM ENGEREN SINNE [MIN.] 5
-------------------------	--

IPL [TP] 8.64	RAUMBELEGUNG [MIN.] 5	WECHSELZEIT [MIN.] 0
-------------------------	---------------------------------	--------------------------------

Kapitel A: Ärztliche Grundleistungen

Erhöhter Behandlungsbedarf / Altersspezifische Leistungen

- Den erhöhten Behandlungsbedarf sowie die verlängerte Konsultationszeit für Patienten unter 6 und über 75 Jahre des TARMED gibt es nicht mehr.

Tarifpositionen für die Konsultation, Telefonate und Besuch können mit anderen Beratungs- und Untersuchungsleistungen kombiniert werden. Es gibt altersspezifische Tarifpositionen in verschiedenen Kapiteln, sowie weitere Beratungs- und Untersuchungsleistungen mit teilweise angepassten Minutagen.

Kapitel A: Ärztliche Grundleistungen

Organuntersuchungen AA.05

- Qualitative Dignitäten erweitert
(TARMED: Allgemein Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin)
- **6 Minuten Handlungsleistung** pro Sitzung je Tarifposition
- 4 Organuntersuchungen pro Sitzung (24 Minuten)
- 20 x pro 90 Tage (120 Minuten)

AA.05 Ärztliche Organuntersuchungen	
AA.05.0010	Untersuchung: Kreislauf
AA.05.0020	Untersuchung: Augen
AA.05.0030	Untersuchung: Ohren
AA.05.0040	Untersuchung: Luftwege
AA.05.0050	Untersuchung: Wirbelsäule
AA.05.0060	Untersuchung: Abdomen
AA.05.0070	Untersuchung: Uro-Genital
AA.05.0080	Untersuchung: Haut
AA.05.0090	Untersuchung: Muskulatur
AA.05.0100	Untersuchung: Gelenke
AA.05.0110	Untersuchung: Gefässe
AA.05.0120	Untersuchung: Lymphatische Organe
AA.05.0130	Untersuchung: Neurologie
AA.05.0140	Untersuchung: Pubertätsentwicklung

Kapitel A: Ärztliche Grundleistungen

Telemedizinische Leistungen AA.10

- [AA.10.0010](#) und [AA.10.0020](#) ärztliche telemedizinische **zeitgleiche** Konsultation erste 5 Min./jede weitere 1 Min.
➔ 20 Minuten pro Sitzung
- [AA.10.0030](#) ärztliche telemedizinische **zeitversetzte** Konsultation
➔ 5 min pro Tag ➔ 20 min pro 30 Tage

Die telemedizinische Leistung muss durch den Arzt selbst erbracht werden. Eine Delegation an nichtärztliches Personal ist mit Ausnahme von [EA.05.0070](#), [EA.05.0080](#) und [EA.05.0090](#) nicht statthaft.

Nicht als telemedizinische Konsultation gelten **automatisch generierte Meldungen**, unaufgefordertes Zustellen von Nachrichten, ohne intellektuelle Leistungen des Leistungserbringers erstellte Nachrichten, Terminerinnerungen, Aufforderungen zur Kontrolluntersuchung.

Kapitel A: Ärztliche Grundleistungen

Leistungen in Abwesenheit (AA.15)

- AA.15.0050 - Ärztliches Expertenboard in An- oder Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.
➡ erweiterte Interpretation zusätzlich: Angioboard, Transplantationsboard
➡ 30 Minuten pro 90 Tage
- AA.15.0090 - Ärztliche Leistungen im Auftrag des Versicherers in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.
➡ Gilt für vom Versicherer verlangte Leistungen (Rückfragen, schriftlich und mündlich)

AA.15 Ärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten

AA.15.0010	Studium von Fremddakten in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.
AA.15.0020	Auskünfte von/an Dritte(n) und Erkundigungen bei Dritten in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.
AA.15.0030	Auskünfte von/an Angehörige(n) oder andere(n) Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.
AA.15.0040	Besprechungen mit Ärzten, Therapeuten und Betreuern des Patienten in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.
AA.15.0050	Ärztliches Expertenboard in An- oder Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.
AA.15.0060	Ausstellen von Rezepten oder Verordnungen ausserhalb von Konsultation, Besuch und telemedizinischer Konsultation in Abw
AA.15.0070	Überweisungen an Konsiliarärzte in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.
AA.15.0080	Administrative Leistung für Pathologie/Histologie/Zytologie in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.
AA.15.0090	Ärztliche Leistungen im Auftrag des Versicherers in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.

- AA.15.0040 - Besprechungen mit Ärzten, Therapeuten und Betreuern des Patienten in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.

➡ Präzisierung: Im TARMED fehlt «Ärzten»

Kapitel A: Ärztliche Grundleistungen

Leistungen in Abwesenheit (AA.15) – Büroarbeit und Umfeldarbeit

Leistungsgruppe 002 Büroarbeit

30 Minuten pro 90 Tage

Leistungsgruppe 003 Umfeldarbeit

75 Minuten pro 90 Tage

002 Leistungen in Abwesenheit (Büroarbeit)

AA.15.0010 Studium von Fremdkarten in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.

AA.15.0060 Ausstellen von Rezepten oder Verordnungen ausserhalb von Konsultation, Besuch und telemedizinischer Konsultation in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.

AA.15.0070 Überweisungen an Konsiliarärzte in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.

003 Leistungen in Abwesenheit (Umfeldarbeit)

AA.15.0020 Auskünfte von/an Dritte(n) und Erkundigungen bei Dritten in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.

AA.15.0030 Auskünfte von/an Angehörige(n) oder andere(n) Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.

AA.15.0040 Besprechungen mit Ärzten, Therapeuten und Betreuern des Patienten in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.

105 Minuten Leistungen in Abwesenheit pro 3 Monate (90 Tage) *TARMED max. 60 Minuten*

➔ Für Haus- und Kinderärzte andere Limitationen im Rahmen von Palliativ Care (siehe Kapitel C)

Kapitel A: Ärztliche Grundleistungen

Ärztliche Berichte AA.25

- Zeitleistungen pro 1 Minute
- «Kleiner Bericht» in den Allgemeinen Grundleistungen (TP TARMED 0.00) gibt es nicht mehr, kleiner Bericht im TARDOC separat abrechenbar
- Berichte an Ärzte, Therapeuten und Versicherer maximal 20 Minuten pro Bericht ([AA.25.0010](#), [AA.25.0030](#))

AA.25 Ärztliche Berichtserstellung und Gutachten

- AA.25.0010 Erstellung eines ärztlichen Berichts zuhanden eines anderen Arztes, eines Therapeuten oder der Pflege, pro 1 Min.
- AA.25.0020 Erstellung eines ärztlichen Berichts zuhanden des Patienten oder eines Angehörigen, pro 1 Min.
- AA.25.0030 Erstellung eines ärztlichen Berichts zuhanden des Versicherers, pro 1 Min.
- AA.25.0040 Erstellung eines ärztlichen Zeugnisses in Abwesenheit des Patienten
- AA.25.0050 Ärztliches Gutachten, pro 1 Min.

Kapitel A: Ärztliche Grundleistungen

Impfberatung bei franchisebefreiten Impfungen

- [AA.00.0090 - Spezifische Impfberatung bei franchisebefreiten Impfungen, pro 1 Min. - LKAAT plus Online Browser](#)
- 20 Minuten pro 90 Tage
- Die Tarifposition ist auch abrechenbar, wenn - die Impfung in einer späteren Sitzung stattfindet - der Patient nach erfolgter Beratung auf eine Impfung verzichtet



Kapitel A: Grundleistungen

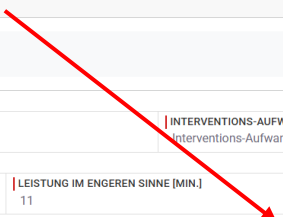
Wechselzeiten AR

Bei gewissen Leistungen fällt eine Wechselzeit an. Die Wechselzeit definiert den durchschnittlichen Zeitaufwand (Raumbelegung), um den Raum wieder in seinen (neutralen) Ausgangszustand zu versetzen, nachdem der Patient den Raum verlassen hat ([GI-14](#)). Der TARDOC unterscheidet zwei Arten von Wechselzeiten:

Integrierte Wechselzeiten

Bei einigen Leistungspositionen ist die Wechselzeit bereits integriert. Die Minutage ist auf der jeweiligen Leistungsposition als Parameter «WZ» ausgewiesen.

VA.10.0160			
Anoskopie			
QUAL.DIGNITÄT 9999 : Alle	LEISTUNGSTYP Hauptleistung	SPARTE UBR Gastroenterologie	INTERVENTIONS-AUFWANDKLASSE (IAK) Interventions-Aufwandsklasse I
AL [TP] 23.24		LEISTUNG IM ENGEREN SINNE [MIN.] 11	
IPL [TP] 27.82		RAUMBELEGUNG [MIN.] 7	WECHSELZEIT [MIN.] 10



Separat tarifizierte Wechselzeiten

Die separat tarifierten Wechselzeiten des Kapitels AR dürfen nur abgerechnet werden, wenn die Leistung angefallen ist, max. 1x pro Sitzung / pro Sparte.

AR.00.0030		Version: LKAAT 1.1b v20	
Wechselzeit Sparte UBR Dermatologie			
QUAL.DIGNITÄT 9999 : Alle	LEISTUNGSTYP Referenzleistung	SPARTE UBR Dermatologie	
AL [TP] 0.00		LEISTUNG IM ENGEREN SINNE [MIN.] 0	
IPL [TP] 18.09		RAUMBELEGUNG [MIN.] 0	WECHSELZEIT [MIN.] 7

Kapitel Bildgebung ausserhalb Radiologie

Für Dignität Alle

- Wechselzeiten im Kapitel AR.05 - AR.05 - Wechselzeiten der Bildgebung, Nuklearmedizin und Radiotherapie - LKAAT plus Online Browser anstelle technischer Grundleistungen
- Befundung separat verrechenbar, z.B. GG.30.0020 - Befundung Röntgen der Organe - LKAAT plus Online Browser
- Keine Grundtaxe für Röntgen und Ultraschall (39.0020) gibt es nicht mehr

Was ist neu im Tardoc II

Dringlichkeit und Notfall in der freien Praxis (Neue Regelung)

Kapitel A: Ärztliche Grundleistungen

Dringlichkeit und Notfall in der freien Praxis AA.30

- Die Dringlichkeits- und Notfall-Pauschalen gelten für Ärzte (gem. Artikel 35 Abs. 2 Bst. a KVG oder Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen (gem. Artikel 35 Abs. 2 Bst. n KVG) gleichermassen.
- Die Behandlung von nicht angemeldeten Patienten **gilt nicht generell als Notfall** bzw. als dringlich und rechtfertigt somit **nicht in jedem Fall** die Abrechnung von Leistungen gemäss Kapitel [AA.30 Dringlichkeit und Notfall in der freien Praxis](#).

Kapitel A: Ärztliche Grundleistungen

Dringlichkeit

- AA.30.0010 - Dringlichkeits-Pauschale A, Mo-Fr 7-19 Uhr, Sa 7-12 Uhr

Gilt für Konsultationen, die wegen Dringlichkeit durchgeführt werden.

Diese Leistungsposition darf pro unabhängig tätigem Arzt (gem. Art. 35 Abs. 2 Bst. a KVG) oder Fachbereich einer Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dient (gem. Art. 35 Abs. 2 Bst. n KVG), **maximal 2 mal pro Tag** abgerechnet werden. Davon ausgeschlossen sind Leistungserbringer, die ihren Betrieb ganz oder teilweise auf Walk-In- und/oder Notfallpatienten ausrichten (Permanenzen, siehe Kapitelinterpretation Nr. 3 [AA.30](#) Dringlichkeit und Notfall in der freien Praxis); eine Verrechnung der Dringlichkeits-Pauschale A ist ausgeschlossen.

- AA.30.0020 - Dringlichkeits-Pauschale B, Mo bis Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19, So 7-19 Uhr

- Wann die Pauschalen zeitlich abgerechnet werden dürfen, ist unmissverständlich.

Im TARDOC gibt es neu eine Dringlichkeits-Pauschale während der Sprechstunde.
Die tarifarischen Kriterien für die Dringlichkeit sind gegenüber TARMED angepasst.

Kapitel A: Ärztliche Grundleistungen

Notfall

- Auch die Notfallkriterien sind gegenüber jenen des TARMED abgeändert.
- Systematik bleibt:
 - Notfall-Pauschale (Inkonvenienzpauschale) tagsüber resp. abends/nachts
 - Zusätzlich zur Notfall-Pauschale C, D, E, F, G: %-Zuschläge auf die ärztliche Leistung abends/nachts sowie am Wochenende
- Spitäler haben kein Anrecht auf Verrechnung dieser Tarifposition.
- Belegärzte sind unter bestimmten Voraussetzungen berechtigt die Tarifpositionen abzurechnen siehe [AA.30.0030/40/60](#).

AA.30 Dringlichkeit und Notfall in der freien Praxis

- AA.30.0010 Dringlichkeits-Pauschale A, Mo-Fr 7-19 Uhr, Sa 7-12 Uhr
- AA.30.0020 Dringlichkeits-Pauschale B, Mo bis Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19, So 7-19 Uhr
- AA.30.0030 Notfall-Pauschale C, Mo-Fr 7-19 Uhr, Sa 7-12 Uhr
- AA.30.0040 Notfall-Pauschale D, Mo-Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19 Uhr, So 7-19 Uhr
- AA.30.0050 (+) 25%-Zuschlag für Notfall D, Mo-Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19 Uhr, So 7-19 Uhr
- AA.30.0060 Notfall-Pauschale E, Mo-Fr 22-7 Uhr, Sa und So 19-7 Uhr
- AA.30.0070 (+) 50%-Zuschlag für Notfall E, Mo-Fr 22-7 Uhr, Sa und So 19-7 Uhr
- AA.30.0080 Notfall-Pauschale F für telemedizinische Konsultationen, Mo-Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19 Uhr, So 7-19 Uhr
- AA.30.0090 (+) 25%-Zuschlag für telemedizinische Notfallkonsultation F, Mo-Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19 Uhr, So 7-19 Uhr
- AA.30.0100 Notfall-Pauschale G für telemedizinische Konsultationen, Mo-Fr
- AA.30.0110 (+) 50%-Zuschlag für telemedizinische Notfallkonsultation G, Mo-Fr 22-7 Uhr, Sa und So 19-7 Uhr



Was ist neu im Tardoc III

Nichtärztliche Leistungen

Kapitel A: Nichtärztliche Grundleistungen

Chronic Care AK.05

- Im neuen Tarif gibt es für den Bereich **Chronic Care Management** spezielle Tarifpositionen.
- Entsprechend ausgebildete nichtärztliche Fachpersonen können auf Anordnung bzw. im Auftrag einer Ärztin, eines Arztes selbstständig **Beratungsgespräche** in diesem Bereich durchführen und so insbesondere die Hausärztin, den Hausarzt entlasten

AK.05 Chronic Care Management

AK.05.0010 Nichtärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Asthma oder COPD, pro 1 Min.

AK.05.0020 Nichtärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Diabetes mellitus, pro 1 Min.

AK.05.0030 Nichtärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Herzinsuffizienz oder koronaren Herzkrankheiten, pro 1 Min.

AK.05.0040 Nichtärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements Rheuma, pro 1 Min.

- ➔ 450 Minuten pro 360 Tage pro Tarifposition, die untereinander in einer Sitzung nicht kombinierbar sind.

Um Leistungen des Kapitels AK.05 abrechnen zu können, ist eine Sparten Anerkennung erforderlich.

Kapitel A: Nichtärztliche Grundleistungen

Chronic Care AK.05

Voraussetzungen:

- Fachausweis MPK klinische Richtung
- Zertifikat «Chronic Care Management» Basismodule 1 und 2
- Das nichtärztliche Personal muss von der delegierten Ärztin, vom delegierten Arzt angestellt sein
- Das nichtärztliche Personal erbringt die Leistungen in der Praxis des delegierenden Arztes
- Die Aufsichtspflicht des delegierenden Arztes muss gewährleistet sein
- Spartenanerkennung

Die Positionen gelten nicht für eine Gruppenschulung, für telemedizinische Leistungen und Leistungen in Abwesenheit des Patienten.



Kapitel A: Nichtärztliche Leistungen

Überwachung AM

Im TARDOC wurden alle Leistungen der Überwachung in ein Kapitel zusammengefasst:

- «Nichtärztliche, nichtspezialisierte Betreuung / Überwachung, pro 15 Min.» (Kap. AM.00): * 2 Minuten ärztliche Leistung, max. 2 Stunden
- «Spezialisierte Überwachung vor / nach Infusionen» (Kap. AM.05): Kategorisiert nach Betreuungsintensität und Zubereitungskomplexität sowie Anzahl Substanzen
- «Spezialisierte Überwachung vor / nach Eingriffen in Regional- oder Allgemeinanästhesie» (Kap. AM.10) Inkl. Vorbereitung des Patienten für die Intervention, Höhere Limitationen für Kinder bis 16 Jahre
- «Spezialisierte Überwachung nach Interventionen mit Sedation und / oder Lokalanästhesie» (Kap. AM.15)

Die effektiv benötigte ärztliche Leistung in Zusammenhang mit der Überwachung kann über die Position AM.05.0020 pro 1 Min. abgerechnet werden.

* Eingabe Bundesrat per 15.07.2025



Was ist neu im Tardoc IV

Hausartzkapitel - CA Hausarztmedizin

Kapitel CA: Hausärztliche Grundversorgung

Kumulationsregeln Kapitel CA

In einer hausärztlichen Sitzung, in der im Kapitel CA abgerechnet wird, dürfen **innerhalb der gleichen Sitzung nur Positionen aus der Leistungsgruppe LG-053** verrechnet werden; dazu gehören unter anderem:

- Organuntersuchungen (AA.05)
- Inkonvenienzen in der freien Praxis (AA.30)
- Nichtärztlichen Grundleistungen (AK)
- Ärztlichen und nichtärztliche Überwachung (AM)
- Verbände (AP)

Nicht in der gleichen Sitzung verrechnet werden dürfen facharztspezifische Leistungen. Es ist demnach ausgeschlossen, dass Ärztinnen und Ärzte, die über einen **Doppelfacharzttitel** verfügen, wovon einer «Allgemein Innere Medizin» oder «Kinder- und Jugendmedizin» ist, in der gleichen Sitzung sowohl hausärztlich als auch spezialärztlich tätig sind.

Kapitel CA: Hausärztliche Grundversorgung

Konsultation, Besuch, Beratung

- Die Hausärztin, der Hausarzt rechnet seine Leistungen wie Konsultation oder Besuch über das Unterkapitel **CA.00** «**Hausärztliche Grundleistungen**» ab.
- Die gleichzeitige Verrechnung Konsultation, Besuch oder Weg aus dem Unterkapitel **AA.00** «**Ärztliche allgemeine Grundleistungen**» ist ausgeschlossen.

Besuchs-Inkonvenienzpauschale:

Für hausärztliche Besuche gibt es neu eine Besuchs-Inkonvenienzpauschale (**CA.00.0060**) von 20 TP.

Hausärztliche Beratung:

Zusätzlich verfügt das Unterkapitel mit **CA.00.0030** über eine deutlich besser limitierte Beratungsleistung. Diese ist neu auf **240 Minuten pro 180 Tage** limitiert.
(*TARMED 60 Minuten pro 90 Tage*)

Kapitel CA: Hausärztliche Grundversorgung

Hausärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten CA.10

- Die **Leistungen in Abwesenheit des Patienten** rechnet die Hausärztin, der Hausarzt grundsätzlich über das Unterkapitel [AA.15 «Ärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten»](#) ab.

Für Hausärzte besteht zudem die Möglichkeit für **Umfeldarbeit**, die über den Bedarf der Limitation des Grundkapitels hinausgeht, zusätzlich [CA.10.0010](#) «Hausärztliche Umfeldarbeit in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.» zu verwenden.

Diese zusätzliche Position kann innerhalb eines Jahres für weitere 210 Minuten abgerechnet werden (zusätzlich zu LG 003 – 75 Minuten pro 90 Tage)

Kapitel CA: Hausärztliche Grundversorgung

Hausärztliche Palliative Care CA.15

Neu wurde im TARDOC auch die Hausärztliche Palliative Care berücksichtigt. Ähnlich wie die Unterkapitel [CA.00](#), [CA.05](#) und [CA.10](#) dürfen in der gleichen Sitzung keine facharztspezifische Leistungen verrechnet werden.

Leistungen aus dem Kapitel [CA.15](#) dürfen in der gleichen Sitzung demnach nur mit den der Leistungsgruppe [LG-054](#) «Positionen, kumulierbar mit hausärztlichen Leistungen im Rahmen von Palliative Care aus den Kapiteln [\[CA.15\]](#)» verrechnet werden.

Für hausärztlich tätige Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sowie Kinderärztinnen und -ärzte gilt eine **unlimitierte Konsultation** in Zusammenhang mit Palliative Care; dies gilt auch für Besuche oder telemedizinische Konsultationen.

Deutlich höhere Limitationen bei Leistungen in Abwesenheit mit unheilbar erkrankten Patienten:
LG-051 Büroarbeit: 60 Minuten pro 90 Tage | LG-052 Umfeldarbeit: 60 Minuten pro Tag

Praktische Ärztin/ Praktischer Arzt

- Skalierungsfaktor wird abgeschafft
- Praktische Ärztinnen und Ärzte können alle Positionen mit Qualitativer Dignität 9999 «Alle Dignitäten» z.B. die Leistungen des Kapitels AA «Ärztliche allgemeine Grundleistungen» abrechnen und alle Ambulanten Pauschalen mit Dignität «9999 Alle»
- Zusätzlich stehen ihnen Tarifpositionen mit der Qualitativen Dignität 9994 «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin» für die Verrechnung ihrer Leistungen zur Verfügung. Es fallen darunter neu die Organuntersuchungen aus dem Kapitel AA.05 «Ärztliche Organuntersuchungen» sowie die JZ.00.0020 «*Psychosoziale Beratung, pro 1 Min.*».
- Es können jedoch nicht alle Leistungen in Rechnung gestellt werden z.B. das Kapitel CA «Hausarztmedizin»

Kapitel CG: Kinder-und Jugendmedizin

Erhöhung der Alterslimite

Die umfassende neuropädiatrische Entwicklungsbeurteilung ([CG.00.00140](#) «Umfassende Entwicklungsneurologische Exploration bei Kindern bis 18 Jahren, pro 1 Min.») gilt mit TARDOC für Kinder bis **18 Jahren**; im TARMED noch bis 12 Jahren.

Spezifischer Zuschlagsposition für Kinder

Kann kumulativ abgerechnet werden (CG.15.0010)

Eigenständige Kinder-Positionen

Alterslimite je nach Leistung anders definiert

Verbesserte Anwendungs- und Abrechnungsregeln

Die im TARDOC verwendeten Zeitleistungen pro 1 Min. haben angepasste Anwendungs- und Abrechnungsregeln erhalten, die eine individuelle Behandlung pro Kind zulassen.

Alle Leistungen sind neu auf einen Zeitraum von 360 Tage limitiert; auf die Limitationen pro Sitzung wurde verzichtet.

Kinder können dadurch individueller, entsprechend den spezifischen Bedürfnissen untersucht und behandelt werden.

Ambulante Pauschalen



Ambulante Pauschalen

Über die 313 Ambulante Pauschalen werden fast alle Leistungen, die **bisher in der Sparte OP/Praxis-OP** erbracht wurden, abgegolten

Capitulum	Ambulante Pauschalen V1.1c
C00 (Prä-Cap)	35
C01 (Nervensystem)	13
C02 (Auge)	21
C03 (Ohr, Nase, Mund und Hals)	33
C04 (Atmungsorgane)	11
C05 (Kreislaufsystem)	30
C06 (Verdauungsorgane)	9
Cap07 (Hepatobiliäres System und Pankreas)	10
Cap08 (Muskuloskelettal-System und Bindegewebe)	59
Cap09 (Haut, Unterhaut und Mamma)	20
Cap10 (Endokrine Organe)	2
Cap11 (Harnorgane)	22
Cap12 (Männliche Geschlechtsorgane)	14
Cap13 (Weibliche Geschlechtsorgane)	14
Cap14 (Schwangerschaft und Geburt)	9
Cap22 (Verbrennungen)	2
Cap23 (Andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens)	3
Cap90 (Sonstige Fallgruppen)	5
Cap99 (Feher Fallgruppen)	1
Total	313












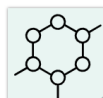










Ambulante Pauschalen

Kapitelstruktur

Jedes Capitulum hat eine 2-stellige Nummer, z.B. Cap05
Kreislaufsystem. Alle Pauschalen des Kreislaufsystems beginnen mit C05.xx.

Ausnahme Prae-Cap: Nuklear- und Strahlenmedizin

 Allgemeine Definitionen Ambulante Pauschalen TARDOC			
Alle Kapitel			
Cap00 Prae-Cap 	Cap01 Nervensystem 	Cap02 Auge 	Cap03 Ohr, Nase, Mund und Hals 
Cap04 Atmungsorgane 	Cap05 Kreislaufsystem 	Cap06 Verdauungsorgane 	Cap07 Hepatobiliäres System und Pankreas 
Cap08 Muskuloskelettal-System und Bindegewebe 	Cap09 Haut, Unterhaut und Mamma 	Cap10 Endokrine Organe 	Cap11 Harnorgane 
Cap12 Männliche Geschlechtsorgane 	Cap13 Weibliche Geschlechtsorgane 	Cap14 Schwangerschaft und Geburt 	Cap22 Verbrennungen 
Cap23 Andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens 	Cap90 Sonstige Fallgruppen 	Cap99 Fehler-Fallgruppen 	



Ambulante Pauschalen

Struktur der Pauschalen

Cap09: Haut, Unterhaut und Mamma	
C09.12A	Eingriffe an Hautlappen mit Anästhesie d. Anästhesist/in
C09.12B	Grossfl. Exz. an Haut, mit Anästhesie d. Anästhesist/in, bei Alter u. 13 J.
C09.12C	Grossfl. Exz. an Haut, Wundverschl. od. Wundversorgung, komplex mit Anästhesie d. Anästhesist/in
C09.12D	Haut-Lappenhebung mit Wundverschl., grossfl., Haut-Transplantatentnahme od. Wundverschl., grossfl.
C09.12E	Chir. Massnahmen an Haut, grossfl. od. Wundversorgung mit CT/MRI, mit Plexus-Anästhesie, od. Haut-Lappenhebung u. sonstige Eingriffe an Hautlappen
C09.12F	Komplexe Wundversorgung, Débridement u. sonstige Exz. an Haut
C09.12G	Sonstige Wundversorgung, Drainage u. Fremdkörperentfernung an Haut
C09.15Z	Sakraldermoid
C09.20Z	Lipektomie

Die Pauschalen können nach Aufwand unterschieden werden. Die 5.-Stelle zeigt dies:

- Buchstaben A, B, C etc. der Leistungsaufwand entscheidet über die Gruppierung in die Pauschale. A ist die höchste Abgeltung
- Z = Keine Unterscheidung

Ambulante Pauschalen

Beispiel: Verschiedene Pauschalen für den gleichen Eingriff je nach Aufwand

C05.25A	Endovenöse Thermo-Ablation bds.	
C05.25B	Endovenöse Thermo-Ablation einseitig mit Anästhesie d. Anästhesist/in od. Stripping bds.	
C05.25C	Ligatur v. Vv. perforantes bds. mit Anästhesie d. Anästhesist/in od. Phlebektomie mit Anästhesie d. Anästhesist/in	
C05.25D	Stripping einseitig mit Anästhesie d. Anästhesist/in od. Ligatur v. Vv. perforantes einseitig mit Anästhesie d. Anästhesist/in	
C05.25E	Stripping einseitig od. Ligatur v. Vv. perforantes bds.	
C05.25F	Endovenöse Thermo-Ablation einseitig, Ligatur v. Vv. perforantes einseitig od. Phlebektomie	

Pauschalen unterteilt nach Aufwand

Dignitäten geben Aufschluss über Aus-/Weiterbildung

Taxpunkte (TP) bestimmen den Preis

! Keine Sparten mehr !

C05.25A		
Endovenöse Thermo-Ablation bds.		
Ambulante Pauschale		
Taxpunkte		Qualitative Dignität(en)
TP:	6'430.22	<ul style="list-style-type: none"> 0200 Chirurgie 1200 Pathologie 2900 Herz- und thorakale Gefässchirurgie 9952 FA Endovenöse thermische Ablation von Stammvenen bei Varikose (USGG) 9955 FA Phlebologie (USGG) 9978 Gefässchirurgie

C05.25F		
Endovenöse Thermo-Ablation einseitig, Ligatur v. Vv. perforantes einseitig od. Phlebektomie		
Ambulante Pauschale		
Taxpunkte		Qualitative Dignität(en)
TP:	2'124.98	<ul style="list-style-type: none"> 0200 Chirurgie 1200 Pathologie 2900 Herz- und thorakale Gefässchirurgie 9955 FA Phlebologie (USGG) 9978 Gefässchirurgie

Ambulante Pauschalen

Grundlegende Tarifierungsregeln und -mechanismen

- **Pauschalen übersteuern Tardoc** → Leistungen die eine Triggerpositionen «P» im Leistungskatalog (LKAAT) enthalten, werden ausschliesslich über Pauschalen abgerechnet.
- Kombinationen des Pauschaltarifs mit TARDOC in **der gleichen Sitzung sind nicht erlaubt**
Es sind jedoch zwei Ambulante Behandlungen am gleichen Tag möglich, wenn:
 - Anderer Garant (z.B. Krankheit/Unfall) – Behandlungsgrund [Anwendungsmodalitäten](#)
 - Diagnose in anderem Capitulum aufgeführt
- Es gibt **nur eine Pauschale pro Behandlungstag** und Leistungserbringer (Ausnahme: Siehe oben)
- Es gibt **inkludierte Leistungen** und **separat abrechenbare Leistungen**
- Es gibt **Zusammenfassungen** von Leistungen. Ein oder mehrere Sitzungen (Patientenkontakte) können zu einer abrechenbaren ambulanten Behandlung zusammengefasst werden.

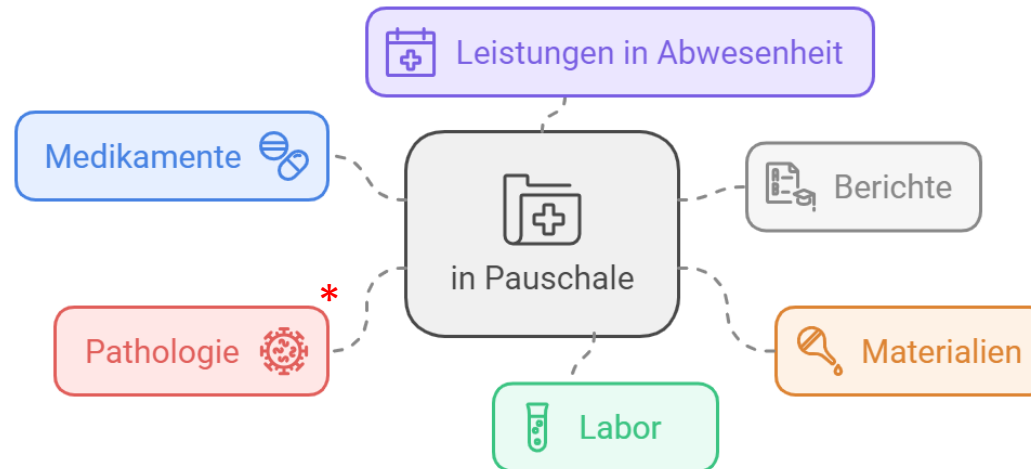


Ambulante Pauschalen

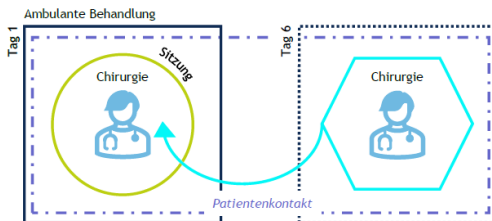
Regeln: Dem Patientenkontakt zugeordnete Leistungen / inkludierte Leistungen

Beinhaltet alle zum Patientenkontakt dazugehörigen Leistungen bis max. 30 Tage !

Beispiel: Der Chirurg beantwortet 3 Tage nach dem Eingriff dem Patienten einige Fragen zur Nachbehandlung per E-Mail



* Eingabe beim Bundesrat zur vorübergehenden Exklusion der pathologischen Leistungen erfolgt.

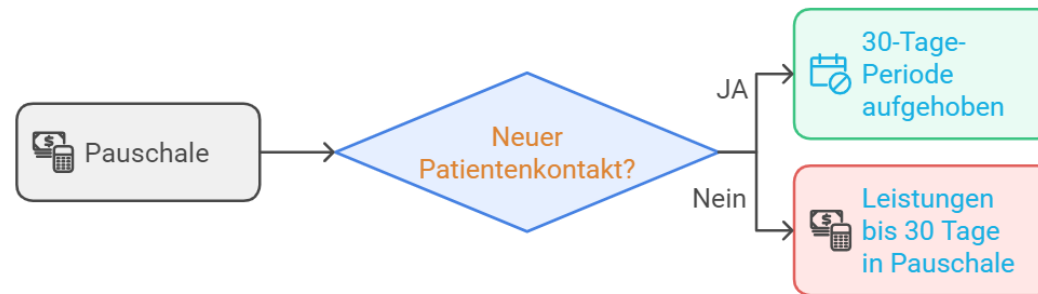




Ambulante Pauschalen

Regeln: Zusammenfassung von Leistungen

- Leistungen in Abwesenheit des Patienten, Laboranalysen und Pathologie werden **dem Patientenkontakt der Pauschale bis 30 Tage nach der Sitzung** zugeordnet.
- Gibt es einen **neuen Patientenkontakt/Sitzung an einem anderen Kalendertag**, werden diese Leistungen dem neuen Patientenkontakt zugeordnet -> die 30-Tage Regel ist dadurch aufgehoben und die Leistungen können separat abgerechnet werden.



Quelle: Anhang B Anwendungsmodalitäten 4.1



[Anhang B Anwendungsmodalitäten](#)

Ambulante Pauschalen

Regeln: Zusätzlich zur Pauschale abrechenbar/separate abrechenbare Leistungen

18.09.2024 Katalog der Ambulanten Pauschalen

v1.1

Tarifposition	Bezeichnung der Tarifposition	Hinweis	Taxpunkte
I	II	III	IV
C00.63Z	Nuklearmedizinische Therapie, intrakavitär, intraarteriell/intravenös appliziert od. Embolisation/intraarterielle Chemotherapie	[1]	5'542.52
C01.05A	Einbau eines Vagus-Nerv-Stimulators	[1]	5'953.13
C01.05B	Einbau/Revision eines anderen Stimulators od. Einbau v. intrakraniellen Elektroden, Einlage v. Verweilkatheter u. andere Eingriffe am Schädel	[1]	4'931.43
C05.01A	Implantation eines Kardioverters / Defibrillators (ICD) od. Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammer-System	[1]	4'552.16
C05.01B	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammer-System	[1]	4'038.49
C05.01C	Batteriewechsel od. Schrittmacherrevision	[1]	2'982.73
C08.05A	Vertebroplastik, perkutan	[1]	2'735.99
C08.05B	Wirbelpunktion, perkutan od. sonstige Eingriffe an der Wirbelsäule	[1]	1'985.52
C11.10A	Eingriffe bei Harninkontinenz	[1]	4'174.10
C11.10B	Eingriffe bei Harninkontinenz, transvaginal mit Bandeinlage / paraurethrale Unterpolsterung	[1]	2'667.22
Hinweis			
[1] Implantat separat verrechenbar, Implantatskosten aus Gewichtung exkludiert			



Bei diesen 10 Pauschalen können die Implantate zum Einstandspreis (gemäss Allgemeine Definition 07: Allgemeine Definitionen (AD) | TARDOC) separat verrechnet werden.

Ambulante Pauschalen

Kodierung – gemäss Schreiben BR 30.04.2025

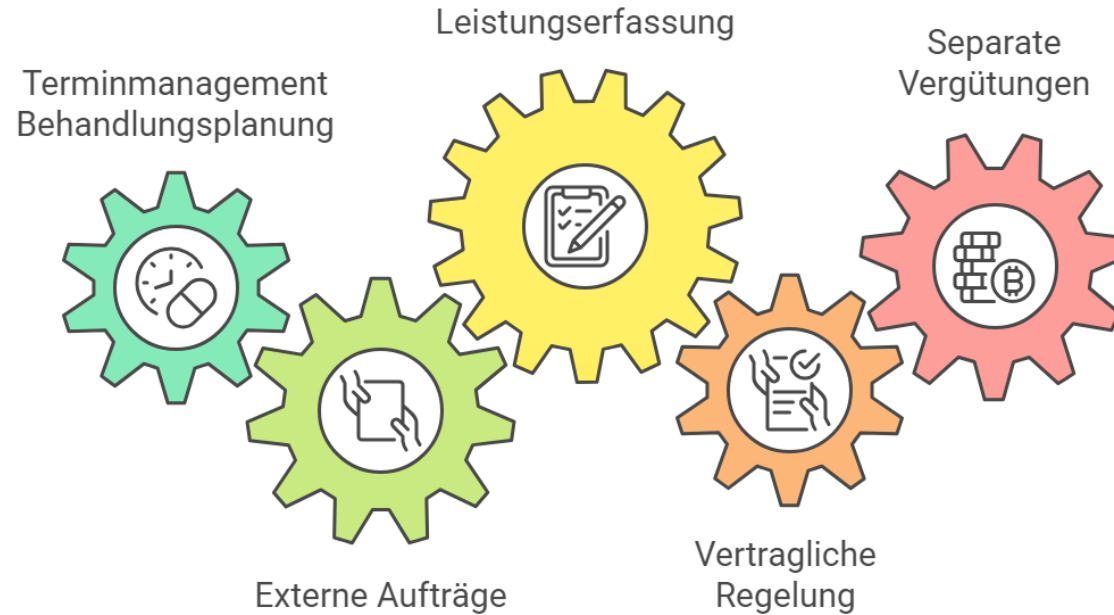
- Diagnose: Es wird nur **eine Diagnose pro Sitzung/Patientenkontakt** erfasst
 - **Hauptdiagnose:** Erfassung der Diagnose **mit erstem Buchstabe** nach ICD-10-GM ([BfArM - ICD-10-GM Version 2023](#)), welche **den grössten Aufwand verursacht** oder der Hauptanlass für die Sitzung ist **plus** die Angabe der Kapitelzuordnung (z.B. Cap 02).
 - **Mehrere Leistungen:** Die Diagnose mit dem grössten Behandlungsaufwand wird erfasst.
 - **Akut vs. Chronisch:** Bei gleichzeitig akuter und chronischer Erkrankung wird die **akute Diagnose** erfasst.
 - **Ausstehende Untersuchungsergebnisse:** Diagnosen werden entsprechend dem **aktuellen Wissensstand** zum Zeitpunkt der Leistungserbringung erfasst. Es besteht keine Pflicht, ausstehende Untersuchungsergebnisse (z.B. Labor- oder Pathologiebefunde) abzuwarten.
 - **Zwei Sitzungen am gleichen Tag:** Beinhaltet eine Sitzung eine Triggerposition, müssen für beide Sitzungen eine Diagnose nach ICD-10-GM erfasst werden.

Zusammenspiel der Tarife und Praxisorganisation



Zusammenspiel der Tarife

Eine unverbindliche
Zusammenstellung für
Prozessüberlegungen:



Praxisorganisation

Beurteilung der Situation durch Arzt/Ärztin

Werden Leistungen erbracht, die auf der Triggerliste aufgeführt sind? Triggerliste unter [Verträge und Anhänge – OAAT OTMA](#) (Filter setzen im Excel: Positionen mit 1 = Triggerposition für Pauschale) ➡ siehe Tools (TRANS und Doppio)

Beurteilung der Triggerliste durch Ärztin/Arzt/MPA und Markierung der Triggerpositionen > Ziel praxiseigene Liste für die Behandlungen, welche in Pauschale fallen. Das Mengengerüst besorgen aus der Abrechnungssoftware oder allenfalls beim Trustcenter bestellen.

Unterlagen, Webseite etc. des Software-Entwickler prüfen, welche Hilfestellung in das Praxisabrechnungssystem eingebaut werden.

Praxisorganisation

Organisation Terminmanagement/Behandlungsplanung

Terminplan mit Tarifart: Vorteilhaft, um zugehörigen Prozessablauf für die Rechnungsstellung über Pauschalen und TARDOC sicherzustellen

Behandlungsplanung

- Welche Vorabklärungen sind vorgängig zu machen
- Kennen der 30-Tage-Regeln und Einfluss neuer Patientenkontakt:
 - Nachkontrolle
 - Besprechung Prozedere in Konsultation oder Fernmündlich bei erweiterten Analysenotwendigkeit



Praxisorganisation

Organisation Externe Aufträge

Externe Aufträge müssen je Tarifart klar geregelt sein, da der Schuldner von der Tarifart abhängt!

Pauschale: Praxis bezahlt Rechnung

- Externer Auftrag: Vermerk Schuldner notwendig
- Interne Buchhaltung: Erfassung auf Patientenkontakt für Buchhaltung? Betrag darf aber nicht auf Rechnung – Software Lösung?

TARDOC: PatientIn/Krankenversicherung bezahlt

- Externer Auftrag: Vermerk Schuldner notwendig

Praxisorganisation

Separate Vergütung

Wichtig ist, die Leistungen zu kennen, die zusätzlich zur Pauschale verrechnet werden können:

Zusätzlich zur Pauschale verrechenbar:

- MiGeL
- Implantate gemäss Liste
- Mitgegebene Medikament (SD-Kantone)
- Labile und stabile Blutprodukte

18.09.2024 Katalog der Ambulanten Pauschalen
v1.1

Tarifposition	Bezeichnung der Tarifposition	Hinweis	Taxpunkte
I	II	III	IV
C00.63Z	Nuklearmedizinische Therapie, intrakavitär, intraarteriell/intravenös appliziert od. Embolisation/intraarterielle Chemotherapie	[1]	5'542.52
C01.05A	Einbau eines Vagus-Nerv-Stimulators	[1]	5'953.13
C01.05B	Einbau/Revision eines anderen Stimulators od. Einbau v. intrakraniellen Elektroden, Einlage v. Verweilkatheter u. andere Eingriffe am Schädel	[1]	4'931.43
C05.01A	Implantation eines Kardioverters / Defibrillators (ICD) od. Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammer-System	[1]	4'552.16
C05.01B	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammer-System	[1]	4'038.49
C05.01C	Batteriewechsel od. Schrittmacherrevision	[1]	2'982.73
C08.05A	Vertebroplastik, perkutan	[1]	2'735.99
C08.05B	Wirbelpunktion, perkutan od. sonstige Eingriffe an der Wirbelsäule	[1]	1'985.52
C11.10A	Eingriffe bei Harninkontinenz	[1]	4'174.10
C11.10B	Eingriffe bei Harninkontinenz, transvaginal mit Bandeinlage / paraurethrale Unterpolsterung	[1]	2'667.22

Hinweis

[1] Implantat separat verrechenbar, Implantatskosten aus Gewichtung exkludiert



Separat abrechenbare Leistungen | TARDOC und Ambulante Pauschalen

Rechnungsstellung Unterschiede

Tardoc

- Alle erbrachten Leistungen (ärztlich, nichtärztlich, Material, Medikamente, Labor, MiGeL etc.) wie bisher
- Diagnose Tessinercode für jede Sitzung
- Angaben zum Fachbereich bei Gruppenpraxen

Ambulante Pauschalen

Pauschale (siehe Zusammenfassung von Leistungen)

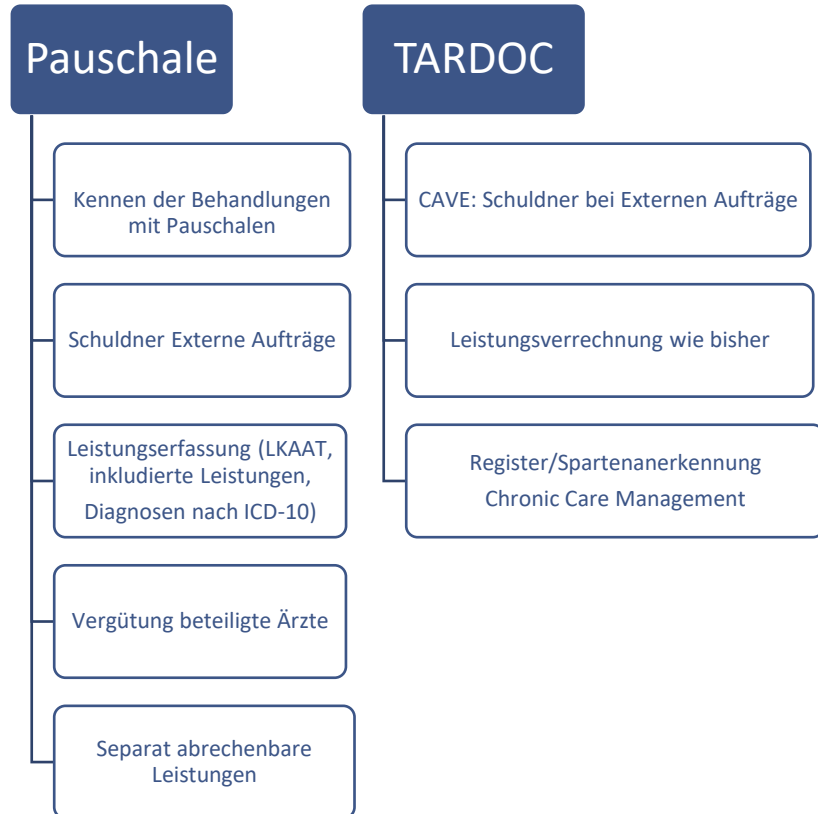
- Gruppierungsrelevante Positionen aus LKAAT inkl. Angabe zur Seitigkeit
- Menge: Leistung sind so oft zu erfassen, wie während einer Sitzung durchgeführt
- ICD-10-Diagnose erster Buchstabe und Kapitelzuordnung (Capitulum)
- Medikamente, welche für Risikoausgleich relevant sind Risikoausgleich
- Mitgegebene Medikamente und MiGeL
- Implantate gemäss Kennzeichnung Katalog Ambulante Pauschalen
- Labile und stabile Blutprodukte

Übersicht Praxisorganisation

Ansatzpunkte Pauschalen / Tardoc?

Die eigenen Prozesse überdenken und notwendige Anpassungen einleiten.

Verträge, Besitzstände



Hilfsmittel und Tools zur Unterstützung

Online –Tarifbrowser der Ärztekasse und der FMH

Informationen auf einen Blick

[TARMED 01.08.00 BR UVG](#)

[TARMED 01.09.00 BR KVG](#)

[Analysenliste](#) / [Mittel-und Gegenständeliste \(MiGeL\)](#)

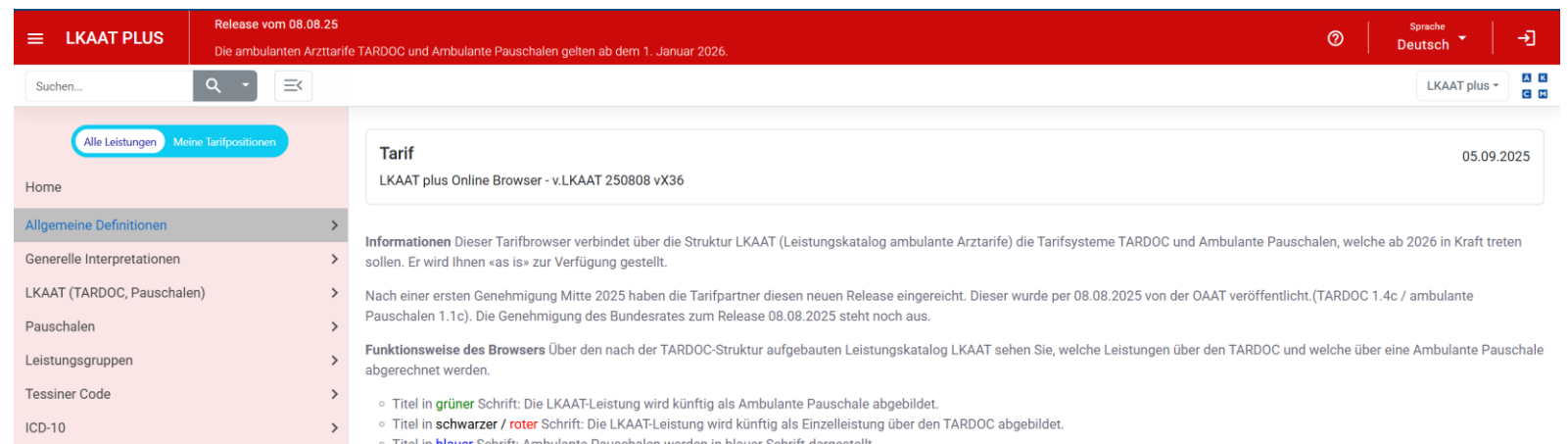
[LKAAT Plus \(TARDOC und Ambulante Pauschalen\)](#)

[Pauschalen](#)

[ICD-10](#)

[Tessiner Code](#)

[Meine Dignitäten](#)

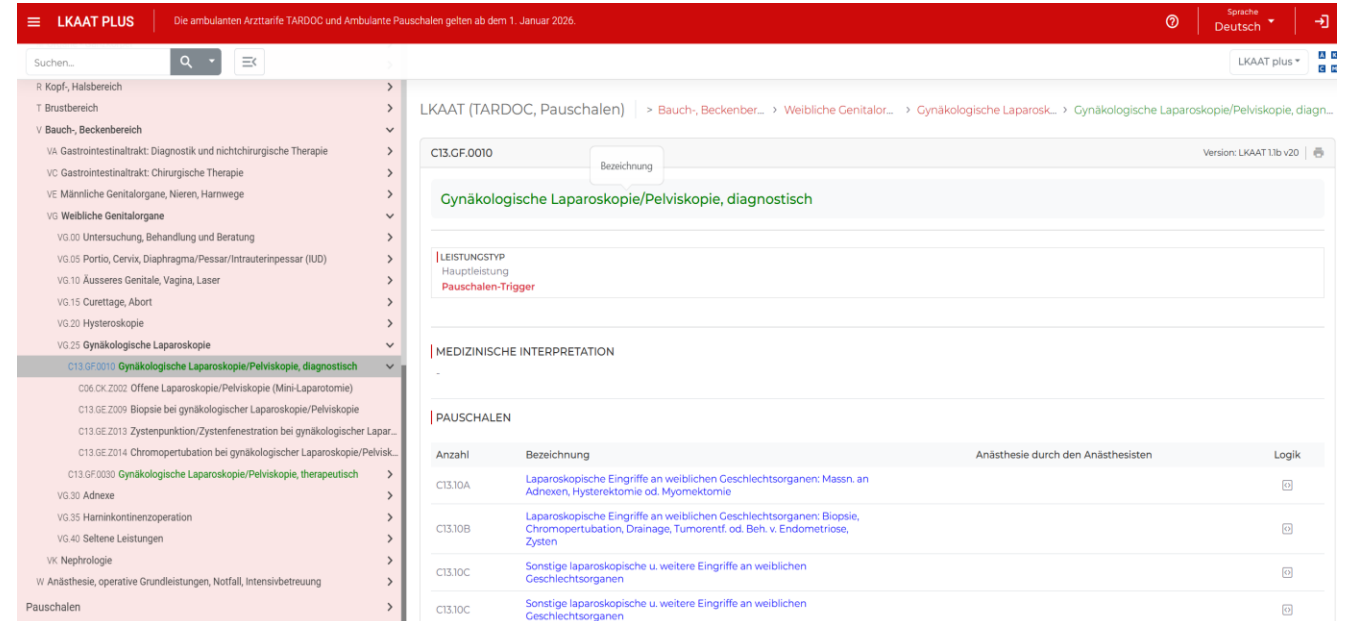


The screenshot shows the LKAAT PLUS Online Browser interface. The top navigation bar is red with the text "LKAAT PLUS" and "Release vom 08.08.25". Below this, a message states: "Die ambulanten Arzttarife TARDOC und Ambulante Pauschalen gelten ab dem 1. Januar 2026." The main content area is divided into a left sidebar and a right main panel. The sidebar contains a search bar and a list of navigation items: "Alle Leistungen", "Meine Tarifpositionen", "Home", "Allgemeine Definitionen", "Generelle Interpretationen", "LKAAT (TARDOC, Pauschalen)", "Pauschalen", "Leistungsgruppen", "Tessiner Code", and "ICD-10". The main panel displays the "Tarif" section, showing "LKAAT plus Online Browser - v.LKAAT 250808 vX36" and the date "05.09.2025". Below this, there is a section titled "Informationen" which explains the purpose of the browser and the upcoming release. It mentions that the browser connects the LKAAT (Leistungskatalog ambulante Arzttarife) with the Tarifsyste TARDOC and Ambulante Pauschalen, which will be in force from 2026. It also notes that the release was submitted by the tariff partners in mid-2025 and was approved by the OAA on 08.08.2025. A section titled "Funktionsweise des Browsers" explains how to use the browser to view services and how they are billed. It includes a legend for the color coding of the text: green for LKAAT services, black/red for TARDOC services, and blue for ambulatory flat rates.

Online –Tarifbrowser der Ärztekasse und der FMH

LKAAT plus Browser

- Welche LKAAT Leistungen lösen eine Pauschale aus?
- Welche TARMED Leistungen werden durch welche Pauschale ersetzt?
- Umfangreiche Suchfunktionen auch mit TARMED Leistungen
- ICD-10 – Zuordnung der Diagnosen zu den Capitulum der Ambulanten Pauschalen



LKAAT PLUS | Die ambulanten Arzttarife TARDOC und Ambulante Pauschalen gelten ab dem 1. Januar 2026.

Suchen...

LKAAT (TARDOC, Pauschalen) > Bauch-, Beckenber... > Weibliche Genitalor... > Gynäkologische Laparosk... > Gynäkologische Laparoskopie/Pelviskopie, diagn...

C13.GF.0010 | Bezeichnung | Version: LKAAT 13b v20

Gynäkologische Laparoskopie/Pelviskopie, diagnostisch

LEISTUNGSTYP
Hauptleistung
Pauschalen-Trigger

MEDIZINISCHE INTERPRETATION
-

PAUSCHALEN

Anzahl	Bezeichnung	Anästhesie durch den Anästhesisten	Logik
C13.10A	Laparoskopische Eingriffe an weiblichen Geschlechtsorganen: Massen, an Adnexen, Hysterektomie od. Myomektomie		☐
C13.10B	Laparoskopische Eingriffe an weiblichen Geschlechtsorganen: Biopsie, Chromopertubation, Drainage, Tumorentf. od. Beh. v. Endometriose, Zysten		☐
C13.10C	Sonstige laparoskopische u. weitere Eingriffe an weiblichen Geschlechtsorganen		☐
C13.10D	Sonstige laparoskopische u. weitere Eingriffe an weiblichen Geschlechtsorganen		☐

Tartools.ch

Volumis



Welche Auswirkungen hat der Strukturwechsel auf Ihren Ertrag? Vergleichen Sie anhand Ihrer eigenen Daten die Taxpunkte des Tarmed mit denen der neuen Tarif-Struktur.

Digni



Haben Sie neu eine Praxis eröffnet und nutzen den Tarmed bisher nicht? Aufgrund Ihrer Dignität und von Praxiseigenschaften schlägt Ihnen dieses Tool Ihr LKAAT-Leistungsset vor.

Trans



Haben Sie bisher Tarmed abgerechnet und wollen Ihre neuen Leistungen in der LKAAT-Struktur kennen? TRANS erstellt Ihnen anhand Ihrer eigenen Daten Ihren persönlichen Leistungskatalog.

Doppio



Wollen Sie sich ganz praktisch mit dem neuen Tarif bekanntmachen? Erfassen Sie alte Tarmed-Rechnungen parallel unter LKAAT und vergleichen Sie das Ergebnis auf konkreter Rechnungsebene.

- Nutzen Sie jetzt die von der Ärztekasse Genossenschaft entwickelten Tools, um die Auswirkungen der Tarifumstellung nachzuvollziehen und besser zu verstehen.
- Die Tools stehen allen FMH-Mitgliedern kostenfrei zur Verfügung stehen.

Informationsplattform



Die gesamte Website wird ständig erweitert und aktualisiert.
Das Datum der letzten Aktualisierung ist auf jeder Seite angegeben.

Aktuelles



21.05.2025 | Medienmitteilung

Relaunch der Schweizerischen Ärztezeitung: Das gelbe Heft kommt zurück

Im kommenden September erscheint die erste Ausgabe der neu konzipierten SÄZ – vorerst mit Fokus auf die Print-, später auch als Online-Ausgabe. Neuer Produktions- und Vermarktungspartner des offiziellen Publikationsorgans der FMH ist Stämpfli Kommunikation. Das zeitgemässe Layout und das abwechslungsreiche Inhaltskonzept bilden den idealen Rahmen für Beiträge unterschiedlicher Autorinnen und Autoren. Dank der hohen Relevanz der Beiträge wird das Informationsbedürfnis der wichtigsten Akteure im Schweizer Gesundheitswesen gedeckt.

 herunterladen

SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG



AN MEINER SEITE

Der Neue Tarif in bewegten Bildern...

Erklärvideos



Tarif-Wiki

- Passwortgeschützter Bereich für FMH-Mitglieder, um sich über den neuen Ärztetarif umfassend zu informieren.
- Passwort für FMH-Mitglieder unter myfmh.ch

Webgrouper OAAT AG

Welche Tarifposition führen in welche Pauschalen?

OAAT OTMA Organisation ambulante Arzturteile / Organisation tarifs médicaux ambulatoires

Batchgrupper Einzelbehandlungsgrouper Transcodierung Casemaster

Systemauswahl Simulationsgrupper Patientenpauschaltarif 1.1b

ambulante Behandlung Demographische Variablen

Geschlecht weiblich **Alter in Jahren** 40

Diagnose ICD10-GM-2022
Falls nicht gesetzt, wird das Caputulum via Vorverarbeitung der relevanten Triggerpositionen angestreut. Diese Vorverarbeitung bei fehlender Diagnose wird ausschließlich während der Simulationsphase für Daten vor 2020 verwendet. Danach ist die Eingabe der Diagnose obligatorisch.

I50.00 Primäre Rechtsherzinsuffizienz

Leistungen
Relevante Tarife sind: TARMED (Tarifkürzel 001), Termepauschalen Neu (003), Zahnarzt-Tarif KV (SSO) (322), Zahnarzt-Tarif UV / MV / IV (SSO) (222). Der Betrag ist nur bei Triggerpositionen relevant für die Zuordnung des Caputulum bei fehlender Diagnose. Diese Vorverarbeitung bei fehlender Diagnose wird ausschließlich während der Simulationsphase für Daten vor 2020 verwendet. Implantatskosten werden über Tarif 940, Tarifposition 41030 erfasst.

Code	Anzahl	Tarifkürzel	Betrag in CHF
170740	1	001	
	1	001	

Medikamente GTIN-Codes / Tarifziffer 402

GTIN-Code	Anzahl	Betrag in CHF
-----------	--------	---------------

Zurücksetzen Gruppieren

Gruppierungsergebnis

C05.10B
Sonstige Koronarangiographie od. Angiokardiographie
Taxpunkte 2661.08
Implantatskosten in Gewichtung inkludiert

OAAT OTMA Organisation ambulante Arzturteile / Organisation tarifs médicaux ambulatoires

Batchgrupper Einzelbehandlungsgrouper Transcodierung Casemaster

Systemauswahl Ambulante Pauschalen V1.1b per LKAAT v1.0b / TARDOC 1.4b

ambulante Behandlung Demographische Variablen

Geschlecht weiblich **Alter in Jahren** 40

Diagnose ICD10-GM-2022
Falls nicht gesetzt, wird das Caputulum via Vorverarbeitung der relevanten Triggerpositionen angestreut. Diese Vorverarbeitung bei fehlender Diagnose wird ausschließlich während der Simulationsphase für Daten vor 2020 verwendet. Danach ist die Eingabe der Diagnose obligatorisch.

I50.00 Primäre Rechtsherzinsuffizienz

Leistungen LKAAT 1.0b

Code	Seitigkeit	Anzahl	Sitzung	Datum
C05.KC.0010	-	1	1	20250605
	-	1	1	20250605

Diagnostische Koronarografie

Medikamente GTIN-Codes / Tarifziffer 402

GTIN-Code	Anzahl	Betrag in CHF
-----------	--------	---------------

Gruppierungsergebnis

C05.10B
Sonstige Koronarangiographie od. Angiokardiographie
Taxpunkte 2661.08
Implantatskosten in Gewichtung inkludiert

Webgrouper

Definitionshandbuch OAAT AG

Ambulante Pauschalen

Tabelle C05.10_3
Links- u. Rechtsherzkatheter

Code	Beschreibung
C05.KC.0010	Diagnostische Koronarografie
C05.KC.0050	Rechtsherzkatheter in Ruhe
C05.KC.Z001	Rechtsherzkatheter unter Belastung
C05.KC.Z002	CTO Intervention

Schliessen

((Leistungspositionen in Tabelle
C05.10_3
C05.10_4
C05.10_5
))

Nein Ja

(((Leistungspositionen in Liste
C05.KC.0050
)) und (Leistungspositionen in Liste
(
C05.KC.0010
))) oder (Leistungspositionen in
Tabelle (
C05.10_4
))

Ambulanten Pauschalen > Cap05 Kreislaufsystem

Cap05
Kreislaufsystem

Ambulante Pauschalen

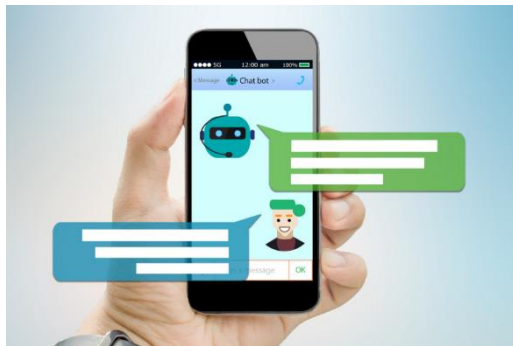
(
C05.KC.0010
)) oder (Leistungspositionen in
Tabelle (
C05.10_4
))

Nein

C05.10B
Sonstige Koronarangiographie od.
Angiokardiographie

KI-Chatbot für Anfragen

- Durch künstliche Intelligenz generierte Antworten auf Basis der Unterlagen der FMH



TARDOC Chatbot

Ihr digitaler Assistent für Tarifrager – rund um die Uhr verfügbar

Möchten Sie schnell Antworten auf Ihre Tarifrager erhalten, dann nutzen Sie unseren Chatbot. Der experimentelle Chatbot ist für Fragen und Antworten rund um das Thema TARDOC.

Der Chatbot ist nur für Mitglieder zugänglich. Bitte geben sie unten im Feld ihre FMH-ID ein und klicken Sie auf prüfen. Nach erfolgreichem Abgleich mit unserem Mitgliederverzeichnis wird der Chatbot freigeschaltet. Sie können diesen dann für ihre Tarifrager nutzen.

Bitte geben Sie Ihre FMH-ID ein:

[Hotline und TARDOC Chatbot | TARDOC und Ambulante Pauschalen](#)

So kontaktieren Sie uns

Mail

- Erreichbar unter: tarife.ambulant@fmh.ch



Hotline

- Öffnungszeiten: Montag – Freitag
- 08:00 – 11:30 Uhr sowie 12:30 bis 17:00 Uhr
- **FMH-Mitglieder:** die erste 10 Min. kostenlos. Ab der 11. Minute CHF 4.- pro Minute.
- **Nichtmitglieder kostenpflichtig** ab 1. Minute (CHF 4.--/ Minute)



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

FMH · Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte · Fédération des médecins suisses
Médecine et tarifs ambulatoires · Baslerstrasse 47 · CH-4600 Olten · Téléphone +41 31 359 11 11
tarife.ambulant@fmh.ch · www.fmh.ch