

Tarifvertrag über den ambulanten ärztlichen Einzelleistungstarif (TARDOC) und den ambulanten ärztlichen Patientenpauschaltarif (Ambulante Pauschalen)

zwischen

Liechtensteinische Ärztekammer

und

Liechtensteinischer Krankenkassenverband

I. Ingress

1. Gemäss Art. 16c Abs. 3 KVG sind ärztliche Leistungen nach Massgabe der gesamtschweizerischen Tarifstruktur zu berechnen. Die Schweiz wird am 1. Januar 2026 eine neue, gesamtschweizerisch gültige Tarifstruktur, bestehend aus dem Einzelleistungstarif „TARDOC“ sowie dem ambulanten ärztlichen Patientenpauschaltarif (Ambulante Pauschalen) einführen. Die neue Tarifstruktur ist gemäss Art. 16c Abs. 3 KVG in Liechtenstein zeitgleich und identisch anzuwenden. Dazu bedarf es weder einer vertraglichen Vereinbarung noch einer exekutiven Entscheidung. Darüber hinaus darf die Tarifstruktur im engeren Sinn nicht verändert werden, da dies gesetzeswidrig wäre.
2. Die vertraglichen Modalitäten sowie die nicht strukturimmanennten Tarifbestandteile, welche nicht von der Anwendungsverpflichtung in Art. 16c Abs. 3 KVG umfasst sind, werden im gegenständlichen Tarifvertrag geregelt.
3. Der Patientenpauschaltarif muss von allen, ambulante ärztliche Leistungen erbringenden Leistungserbringern für die entsprechenden Behandlungen zu Lasten der OKP angewandt werden und geht dem Einzelleistungstarif vor.
4. Die in diesem Dokument gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche, männliche und diverse Personen. Auf eine Mehrfachbezeichnung wird in der Regel zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet.

II. Allgemeines

1. Vertragsparteien

1. Vertragsparteien dieses Tarifvertrags sind die Liechtensteinische Ärztekammer und der Liechtensteinische Krankenkassenverband.

2. Vertragsgegenstand

1. Der gegenständliche Tarifvertrag mit seinen Anhängen regelt die Abrechnung und Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).
2. Gemäss Art. 16c Abs. 3 KVG sind ärztliche Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Massgabe der gesamtschweizerischen Tarifstruktur zu berechnen. Von der gesamtschweizerischen Tarifstruktur dürfen die Tarifpartner somit vertraglich nicht abweichen, da die Bestimmung in Art. 16c Abs. 3 KVG als ius cogens nicht durch Vertragsrecht durchbrochen werden kann.
3. Als strukturimmanent und damit automatisch und unveränderbar gültig werden folgende Bestandteile des Tarifpaketes definiert:
 - a) Leistungskatalog ambulante Arzttarife (LKAAT)
 - b) Katalog der Ambulanten Pauschalen i.d.g.F. (Anhang A1)
 - c) Katalog des TARDOC i.d.g.F. (Anhang A2)

- d) Anwendungsmodalitäten (Anhang B)
 - e) Richtlinien für ambulanten Leistungserfassung (Anhang C)
 - f) Rechnungsstellung und Datenaustausch (Anhang F)
4. Alle weiteren Anhänge zum gegenständlichen Tarifvertrag begründen ihre Geltung auf der vertraglichen Vereinbarung. Die Tarifparteien halten jedoch fest, dass zur Sicherstellung der Funktionalität der Tarifanwendung, vor allem aufgrund der breiten Nutzung von schweizerischen Softwaresystemen, keine relevanten Abweichungen vom schweizerischen Tarifvertrag vereinbart werden sollen.

3. Vertragsbestandteile

Folgende Anhänge sind integrierende Bestandteile dieses Tarifvertrags:

- A1 Katalog der Ambulanten Pauschalen i.d.g.F.
- A2 Katalog des TARDOC i.d.g.F.
- B Anwendungsmodalitäten
- C Richtlinien für die ambulante Leistungserfassung
- D Dignitäten
- E Sparten
- F Rechnungsstellung und Datenaustausch
- G Taxpunktwert

4. Geltungsbereich

- 1. Der räumliche Geltungsbereich dieses Vertrags erstreckt sich auf das Staatsgebiet des Fürstentums Liechtenstein. Die angrenzenden Staaten sind vom räumlichen Geltungsbereich nur insofern umfasst, als der räumliche Geltungsbereich auf die in Abst. 2 Bst. c genannten Ärzte ausgedehnt wird.
- 2. Der persönliche Geltungsbereich dieses Vertrages erstreckt sich auf:
 - a) alle Mitglieder des LKV (anerkannte Krankenkassen)
 - b) alle Ärzte, die Mitglied der Ärztekammer sind und gemäss den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen zur OKP zugelassen sind
 - c) alle nicht in Liechtenstein niedergelassenen Ärzte, welche durch Vertrag mit dem LKV zur liechtensteinischen OKP zugelassen sind
- 3. Der sachliche Geltungsbereich dieses Vertrages erstreckt sich auf alle ambulanten ärztlichen Leistungen der OKP gemäss den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen.

5. Zahlstellennummer (ZSR-Nr.) / Global Location Number (GLN)

- 1. Die GLN ist Voraussetzung für die Erteilung einer ZSR-Nr. bzw. Kontrollnummer (K-Nr.). Die GLN kann bei der zuständigen schweizerischen Institution (RefData) kostenlos erlangt werden.

2. Gestützt auf die GLN teilt der LKV auf Ansuchen dem gemäss Kap. 4 Ziff. 2 Bst. b umfassten Personenkreis innert nützlicher Frist, bestenfalls binnen sechs Wochen ab Vorliegen der übrigen Voraussetzungen, eine ZSR-Nr. bzw. K-Nr. gegen Bezahlung der jeweils resultierenden Kosten zu.
3. Eine Abrechnung von ärztlichen Leistungen durch die Kassen erfolgt nur unter der Angabe der persönlichen GLN und ZSR-Nr. einer unter den Geltungsbereich dieses Vertrags fallenden Person.

6. Stellvertretung & Praxisassistenz

6.1. Stellvertretung

1. Bei längerer durchgehender oder partieller Abwesenheit eines Arztes, maximal bis zu sechs Monaten, kann sich dieser vertreten lassen, wobei unter der ZSR-Nr. des vertretenen Arztes abzurechnen ist.
2. Auf den Rechnungen sind jeweils der vertretene Arzt sowie der vertretende Arzt mit ihrer jeweiligen GLN aufzuführen.
3. Bei Stellvertretungen bis maximal sechs Monate ist der LKV vor Beginn der Stellvertretung durch den vertretenen Arzt schriftlich über den Stellvertreter (Name, GLN, Facharzttitle) sowie die Dauer der Stellvertretung zu informieren.
4. Länger als sechs Monate dauernde Vertretungen (gesundheitlicher Ausfall, Sabbatical etc.) sind genehmigungspflichtig, es besteht kein Rechtsanspruch. Der Arzt, welcher sich vertreten lassen will, muss hierzu einen schriftlichen und begründeten Antrag beim LKV einreichen. Der LKV informiert anschliessend die Ärztekammer. Stimmen beide der Stellvertretung zu, wird der Antragssteller schriftlich darüber informiert, ebenso bei abschlägigem Entscheid.

6.2. Praxisassistenz

1. In Lehrpraxen und anerkannten Einrichtungen des Gesundheitswesens können Leistungen auch durch Praxisassistenten in fachärztlicher Weiterbildung erbracht werden. Die Praxisassistenten stehen unter fachlicher Aufsicht und Anleitung des Lehrarztes oder anderer, der Einheit zugehörigen Fachärzte derselben Facharztrichtung.
2. Die vom Praxisassistenten erbrachten Tarifleistungen werden über die ZSR-Nr. des Lehrarztes abgerechnet. Auf der Rechnung sind die GLN des Praxisassistenten des Lehrarztes anzugeben.
3. Die Praxisassistenz ist auf ein Jahr befristet, ausgehend von einem Vollzeitäquivalent. Bei Teilzeittätigkeit verlängert sich die Maximalzeit aliquot.
4. Der LKV ist vorab schriftlich über die Praxisassistenz (Name und GLN des Assistenten, Start- und Enddatum der Assistenztätigkeit, Pensum in %) zu informieren.

7. Dignitäten



1. Sämtliche Tarifposten des TARDOC und des Pauschaltarifs sind mit einer qualitativen Dignität hinterlegt.
2. Der Arzt ist nur berechtigt eine Tarifposition zulasten der OKP abzurechnen, wenn er mindestens über eine der von der jeweiligen Tarifposition geforderten qualitativen Dignitäten verfügt.
3. Die Zuteilung der von der Tarifstruktur vorgegebenen Dignitäten (Facharzttitel, Schwerpunkte, Fähigkeitsausweise) auf den einzelnen Arzt obliegt gemäss Art. 73 Abs. 2a KVV der Ärztekammer.
4. Die Details werden in Anhang D geregelt.

III. Tarifinterpretationen und Tarifpflege

1. Tarifinterpretation

1. Die Vertragsparteien stellen gemeinsam sicher, dass die jeweils gültigen Tarifstrukturen in Einklang mit der gesamtschweizerischen Auslegung interpretiert werden.
2. Liegt in der Schweiz keine abschliessende oder einheitliche Auslegung vor, wird die Interpretation zwischen den Tarifpartnern vorgenommen. Eine nachträgliche, abweichende Interpretation in der Schweiz hat Vorrang vor der inländischen Auslegung.

2. Tarifpflege

1. Die Tarifpflege obliegt grundsätzlich den zuständigen schweizerischen Vertragsparteien. Anpassungen der Tarifstruktur im engeren Sinn (II. Kap. 2 Ziff. 3) gelten durch die dynamische Verweisnorm in Art. 16c Abs. 3 KVG automatisch und zeitgleich in Liechtenstein, eine vorgängige Übernahme in den gegenständlichen Tarifvertrag ist für die Rechtswirksamkeit nicht zwingend. Die Tarifpartner sind jedoch bemüht, relevante Änderungen zeitgerecht im Tarifvertrag abzubilden.
2. Unberührt bleibt die in Art. 16c Abs. 3, zweiter Satz eingeräumte Kompetenz der Regierung, Abweichungen von der gesamtschweizerischen Tarifstruktur mittels Verordnungsbestimmung festzulegen. Die Tarifpartner halten fest, dass Abweichungen, welche die Tarifstruktur im engeren Sinn betreffen, die Anwendbarkeit des Tarifs erschweren bzw. sogar verunmöglichen können, so dass hoheitliche Eingriffe in die Tarifstruktur vermieden werden sollten. Die Regierung übernimmt die Verantwortung für Tarifeingriffe, welche zu einer Dysfunktionalität der Tarifstruktur führen.

IV. Ambulante Leistungserfassung

1. Richtlinien für ambulante Leistungserfassung

1. Die Richtlinien für die ambulante Leistungserfassung sind strukturimmanent und somit von der Verweisnorm in Art. 16c Abs. 3 KVG umfasst. Änderungen des entsprechenden Anhangs im schweizerischen Tarifvertrag gelten automatisch und zeitgleich in Liechtenstein, eine vorgängige Übernahme in den gegenständlichen Tarifvertrag ist

für die Rechtswirksamkeit nicht zwingend.

2. Die Richtlinien für die ambulante Leistungserfassung sind in Anhang C geregelt, welcher zum Zeitpunkt der Tarifimplementierung demjenigen des schweizerischen Tarifvertrags entspricht.

2. Interpretation der Leistungserfassung

Die Interpretation der Richtlinien für ambulante Leistungserbringung soll in Übereinstimmung mit der Schweiz erfolgen, um eine einheitliche Auslegung zu gewährleisten und somit auch auf Interpretationsentscheidungen in der Schweiz zurückgreifen zu können. Die Interpretation von Anhang C wird somit primär von der Schweiz übernommen. Liegt in der Schweiz keine abschliessende oder einheitliche Auslegung vor, wird die Interpretation zwischen den Tarifpartnern vorgenommen. Eine nachträgliche, abweichende Interpretation in der Schweiz hat Vorrang vor der inländischen Auslegung.

V. Rechnungsstellung und Datenaustausch

1. Allgemein

1. Gestützt auf Art. 76 KVV vereinbaren die Vertragsparteien in Anhang F (Rechnungsstellung und Datenaustausch) die Modalitäten der Rechnungsstellung sowie die zu liefernden Datenfelder.
2. Anhang F ist strukturimmanent und somit identisch mit dem korrespondierenden Anhang des schweizerischen Tarifvertrags. Änderungen des entsprechenden Anhangs in der Schweiz gelten automatisch und zeitgleich in Liechtenstein.

VI. Kostenneutralität und Taxpunktwert

1. Kostenneutralität

1. Die Tarifpositionen des Einzelleistungs- und Patientenpauschaltarifs werden mit Taxpunkten bewertet.
2. Die Taxpunkte des Einzelleistungs- und Patientenpauschaltarifs sind von der Schweiz so normiert worden, dass bei Umlegung der Gesamtvolumina und Beibehaltung der Taxpunktwerte von TARMED keine tarifbedingten Mehrkosten entstehen.

2. Starttaxpunktwert

1. Es gilt ein einheitlicher Taxpunktwert für beide Tarifstrukturen (TARDOC, Ambulante Pauschalen).
2. Mangels fehlender Berechnungen und basierend auf der zumeist vergleichbaren Kostenstruktur der Schweiz wird der Starttaxpunktwert auf CHF 0.86 festgelegt.
3. Der Starttaxpunktwert gilt ein Jahr ab Einführung der neuen Tarifstruktur.
4. Vor Ablauf des Starttaxpunktwertes ist der definitive Taxpunktwert zwischen den Tarifparteien auszuhandeln und in Anhang G zu verankern.

VII. Dignitäten und Sparten

1. Die Vertragsparteien vereinbaren, dass die Vergütung bestimmter Leistungen vom Vorliegen der notwendigen Infrastruktur und der notwendigen Aus-, Weiter- oder Fortbildung abhängig ist.
2. Die Umsetzung dieser Anforderungen regeln Anhang D (Dignitäten) sowie Anhang E (Sparten).

VIII. Schlussbestimmungen

1. Gültigkeit

1. Dieser Tarifvertrag bedarf gemäss Art. 16c Abs.5 KVG der Genehmigung durch die Regierung. Er ersetzt bei Inkrafttreten den Tarifvertrag vom 13. Juni 2019.
2. Die Tarifparteien vereinbaren, unter Berücksichtigung des dynamischen Verweises in Art. 16c Abs. 3 KVG, das Inkrafttreten vertraglich auf den Zeitpunkt der Einführung der neuen Tarifstruktur (TARDOC, Ambulante Pauschalen) zu legen, um eine zeitgleiche Tarifeinführung in der Schweiz und in Liechtenstein zu gewährleisten.

2. Kündigung

1. Der Tarifvertrag ist unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten jeweils auf das Ende eines Kalenderjahres kündbar.
2. Die aufkündigende Partei informiert umgehend die Regierung über die Vertragskündigung.

3. Pflichten nach Vertragsauflösung

1. Nach Kündigung des vorliegenden Tarifvertrags werden unverzüglich neue Verhandlungen aufgenommen.
2. Wird der Tarifvertrag von einer Vertragspartei gekündigt und kann vor Ablauf der Kündigungsfrist kein neuer Tarifvertrag rechtsgültig abgeschlossen werden, gelten die strukturimmanenten Bestandteile (II. Kap. 2 Ziff. 3) aufgrund von Art. 16c Abs. 3 KVG unverändert weiter.

4. Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung des vorliegenden Tarifvertrags oder dessen Anhänge ungültig sein oder werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des vorliegenden Tarifvertrags im Übrigen nicht berührt. Die Vertragsparteien werden die unwirksame Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem gewollten Zweck der ungültigen Bestimmung möglichst nahekommt. Dasselbe gilt auch für allfällige Vertragslücken.

5. Weiterführende Bestimmungen

1. Bei strittigen Fragen zur Interpretation dieses Tarifvertrags suchen die Vertragsparteien nach konsensualen Lösungen.
2. Die Interpretation der Anhänge wird primär von der Schweiz übernommen. Liegt in der Schweiz keine abschliessende oder einheitliche Auslegung vor, wird die Interpretation zwischen den Tarifpartnern vorgenommen. Eine nachträgliche, abweichende Interpretation in der Schweiz hat Vorrang vor der inländischen Auslegung.
3. Änderungen und Ergänzungen zu diesem Tarifvertrag und seinen Anhängen bedürfen grundsätzlich der Schriftform und Unterzeichnung durch die Vertragsparteien. Änderungen der strukturimmanenten Bestandteile des Tarifs (II. Kap. 2 Ziff. 3) durch die Schweiz gelten aufgrund von Art. 16c Abs. 3 KVG automatisch und zeitgleich in Liechtenstein und bedürfen weder eine vorgängige Vertragsanpassung noch eine Genehmigung durch die Regierung. Alle übrigen Änderungen des Tarifvertrags und seinen Anhängen bedürfen der Genehmigung der Regierung.
4. Gerichtsstand ist Vaduz, es gilt liechtensteinisches Recht.

Vaduz, am

Für den Liechtensteinischen Krankenkassenverband



Dr. Donat P. Marxer
Präsident



Sabine Frei-Wille
Vizepräsidentin



lic.utr.iur. Angela-Livia Amann
Geschäftsführerin



Karin Zech-Hoop
Geschäftsführerin

Eschen, am 18. November 2025

Für die Liechtensteinische Ärztekammer



DDr. Johannes Jehle
Präsident



Dr. med. Nicole Gantner-Vogt
Vizepräsidentin



Mag.iur. Stefan Rüdisser



Liechtensteinischer
Krankenkassenverband



Geschäftsführer

Anhang B

Anwendungsmodalitäten

1. Abgrenzung stationär / ambulant

- Um eine einheitliche Umsetzung sicherzustellen, haben sich die Partner im Gesundheitswesen auf die folgende Interpretation der Definitionen geeinigt:

1.1. Stationäre Behandlung

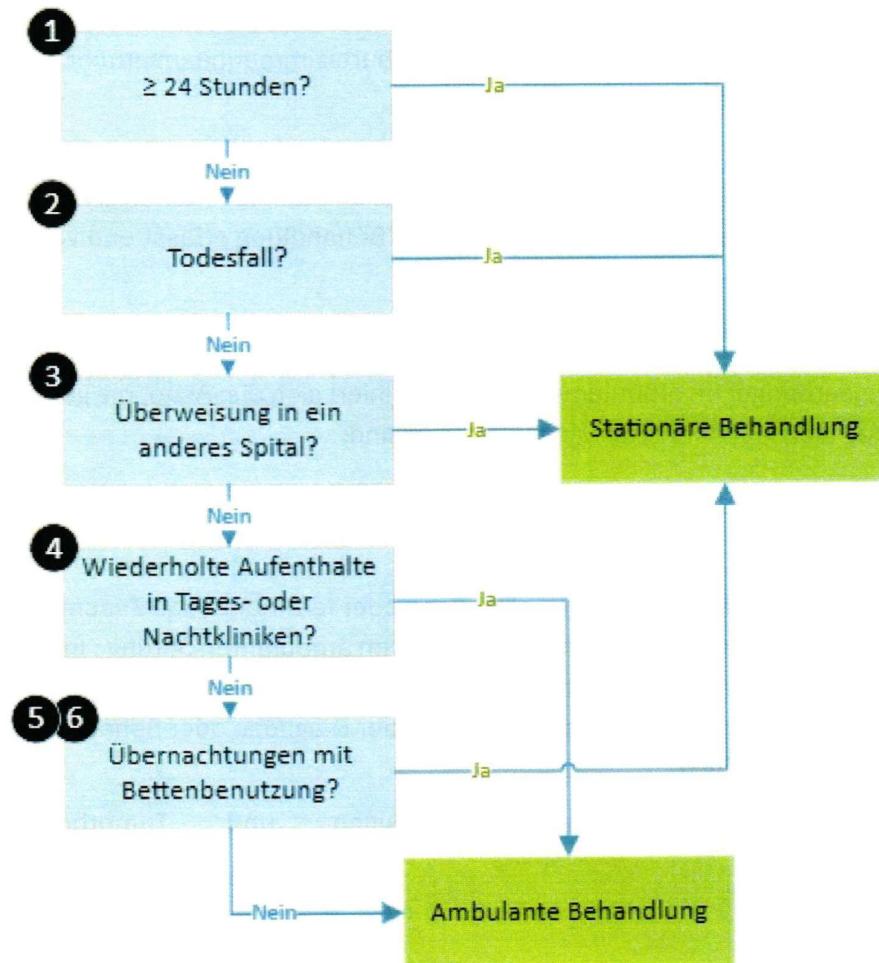
Als stationäre Behandlung gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus:

- von mindestens 24 Stunden;
- von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;
- im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital;
- im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital;
- bei Todesfällen.

1.2. Ambulante Behandlung

Als ambulante Behandlung gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung.

1.3. Flussdiagramm



TD

1.4. Erläuterungen zu den Abgrenzungskriterien

1. Das Kriterium ① „≥24 Stunden“ bedeutet, dass der Patient mindestens 24 Stunden im Spital oder im Geburtshaus bleibt.
2. Das Kriterium ② „Todesfall“ klärt die Frage, ob der Patient verstorben ist.
3. Das Kriterium ③ „Überweisung in ein anderes Spital“ klärt die Frage, ob der Patient in ein anderes Spital oder vom Geburtshaus in ein Spital überwiesen worden ist.
4. Das Kriterium ④ „wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken“ ist ein medizinischer Entscheid und ist Bestandteil des Therapieplans eines Patienten. Als ambulante Behandlung gelten: Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken im Bereich der Psychiatrie sowie wiederholte Aufenthalte im Rahmen von anderen medizinischen und therapeutischen Leistungsbereichen wie zum Beispiel Chemo- oder Radiotherapien, Dialysen, spitalbasierte Schmerzbehandlungen oder Physiotherapie.
5. Das Kriterium ⑤ „Nacht“ wird mittels Mitternachtsensus-Regel gemessen und erfasst. Somit wird das Kriterium erfüllt, wenn ein Patient um Mitternacht (00:00) im Spital oder im Geburtshaus ist.
6. Das Kriterium ⑥ „Bettenbelegung“ ist erfüllt, wenn ein Patient ein Bett belegt, bei dem es sich um ein Pflegestationsbett handelt. Dem Pflegestationsbett gleichgestellt sind Betten auf der Station der Intensivmedizin, auf der Station der Intermediate Care und das Wöchnerinnenbett. Die Behandlungen von Patienten, welche ausschliesslich die Notfallstation, das Schlaflabor oder das Geburtszimmer beanspruchen (sowohl tags als auch nachts), gelten als ambulant.
7. Die Kriterien ⑤ „Nacht“ und ⑥ „Bettenbelegung“ sind nicht trennbar. Mit anderen Worten muss die Behandlung von weniger als 24 Std. die Kriterien „Nacht“ und „Bettenbelegung“ erfüllen, damit sie als stationäre Behandlung erfasst und verrechnet werden kann.

2. Leistungserbringer im ambulanten Setting

Ein Leistungserbringer im ambulanten Setting definiert sich als: Ärzte, die gemäss Art. 9 Abs. 1 Ärztegesetz auf der Ärzteliste eingetragen sind.

3. Sitzung

3.1. Definition

1. Eine Sitzung ist definiert als das physische oder fernmündliche Zusammentreffen eines Patienten mit einem Leistungserbringer im ambulanten Setting . Im Rahmen dessen wird eine Leistung durch einen Leistungserbringer im ambulanten Setting zu Gunsten eines Patienten durchgeführt, die der Diagnose oder Behandlung dient (Art. 13 Abs. 1 Bst. a KVG).
2. Gutachten, Akten- und Bildkonsilien und Tumorboards/ärztliche

Expertenboards/interdisziplinäre Boards werden auch ohne physisches Zusammentreffen des Patienten mit dem Leistungserbringer im ambulanten Setting als Sitzung geführt.

3. Jedes Neugeborene (ob krank oder gesund) wird als eigener Patient betrachtet, und demzufolge als eigene Sitzung geführt.

3.2. *Leistungsumfang*

1. In den Leistungsumfang einer Sitzung fallen alle Heilmittel, die während der Sitzung verbraucht werden (applizierte und injizierte Arzneimittel, Verbrauchsmaterial und Implantate) sowie labile und stabile Blutprodukte.
2. Nicht in den Leistungsumfang einer Sitzung fallen die abgegebenen Heilmittel (abgegebene Arzneimittel sowie Medizinprodukte gemäss Mittel- und Gegenständeliste).

4. **Patientenkontakt**

Ein Patientenkontakt wird gebildet aus der Sitzung sowie dessen zugeordneten Leistungen (Pathologie-, Analyseleistungen, Leistungen in Abwesenheit, Erfassung von Berichten). Falls der Sitzung keine Leistungen zugeordnet werden, ist die Sitzung dem Patientenkontakt gleichgesetzt.

4.1. *Dem Patientenkontakt zugeordnete Leistungen*

1. Der Patientenkontakt beinhaltet auch die zu dieser Sitzung dazugehörigen Leistungen ohne Anwesenheit des Patienten wie Pathologie- und Laborleistungen, Berichte und weitere Leistungen ohne Anwesenheit des Patienten wie z.B.: Aktenstudium, Absprache mit anderen Leistungserbringern.
2. Pathologie- und Laborleistungen am Präparat oder der Probe werden unabhängig davon, ob sie vom gleichen oder einem anderen Leistungserbringer erbracht werden, dem Patientenkontakt zugeordnet, in welchem die Sitzung der Probeentnahme, resp. der Auftrag zur Analyse erteilt wurde. Wird bis zum Tag vor der nächsten Sitzung mit dem gleichen Leistungserbringer im ambulanten Setting oder bis max. 30 Tage ein Folgeauftrag an das Labor/ die Pathologie erteilt, wozu keine weitere Probeentnahme notwendig ist, werden die Labor-/ Pathologieleistungen demselben Patientenkontakt zugeordnet. Wenn am Tag des zweiten Auftrags eine Sitzung stattfindet (z.B. Sprechstunde), werden die Labor-/ Pathologieleistungen diesem Patientenkontakt mit zweiten Auftragsdatum zugeordnet, auch wenn keine Entnahme stattgefunden hat.
3. Berichte werden dem Patientenkontakt mit der letzten im Bericht beschriebenen Sitzung zugeordnet, unabhängig vom Datum der Erstellung des Berichts.
4. Weitere Leistungen ohne Anwesenheit des Patienten werden bis zum Tag vor der nächsten Sitzung mit dem gleichen Leistungserbringer im ambulanten Setting oder bis max. 30 Tage dem vorangehenden Patientenkontakt zugeordnet. Ausnahme davon stellen die von Versicherern verlangten Leistungen (vgl. TARDOC: AA.15.0090,

CA.15.0140 und EA.00.0210) dar.

5. Ambulante Behandlung

1. Patientenkontakte werden nach folgenden Regelungen zu ambulanten Behandlungen zusammengefasst:
2. Grundsätzlich sind mehrere Patientenkontakte des **gleichen Patienten** (a), wenn **unterschiedliche Garanten** involviert sind, (b), **mindestens zwei ambulante Behandlungen**.
3. Mehrere Patientenkontakte des **gleichen Patienten** (a), beim **gleichen Garanten** (b), an **unterschiedlichen Kalendertagen** (c) werden als **mindestens zwei ambulante Behandlungen** geführt.

Ausnahmen:

Finden die Patientenkontakte an **aufeinanderfolgenden Kalendertagen** statt (d) und erfüllen sie die beiden **Kriterien «Mitternachtszensus»** (e) und **«Bettenbelegung»** (f), so werden diese als **stationäre Behandlung** erfasst und verrechnet.

4. Finden die Patientenkontakte an **aufeinanderfolgenden Kalendertagen** statt (d) und ist das **Kriterium «Mitternachtszensus»** erfüllt, das Kriterium **«Bettenbelegung»** (f) jedoch **nicht**, werden die Patientenkontakte zu **einer ambulanten Behandlung** zusammengefasst.
5. Findet am **gleichen Kalendertag** ein **stationärer Fall** (g) statt, und werden die **Kriterien** gemäss **Regeln und Definitionen von SwissDRG** (i) erfüllt, werden die Patientenkontakte mit dem **stationären Fall** zusammengelegt.
6. Mehrere Patientenkontakte des **gleichen Patienten** (a) bei **gleichem Garanten** (b), am **gleichen Kalendertag** (c) beim **gleichen Leistungserbringer** gemäss **KVG** (h) werden zu **einer ambulanten Behandlung** zusammengefasst, sofern die Diagnosen in die **gleiche Diagnosengruppe** (i) gruppieren.
7. Mehrere Patientenkontakte des **gleichen Patienten** (a) bei **gleichem Garanten** (b), am **gleichen Kalendertag** (c) bei **unterschiedlichen Leistungserbringer** gemäss **KVG** (h) werden zu **einer ambulanten Behandlung** zusammengefasst, sofern die Leistungen in **unmittelbarer Abhängigkeit** (k) zueinander stehen. Stehen die Leistungen der Patientenkontakte **nicht in unmittelbarer Abhängigkeit** (k), so werden sie als **mindestens zwei ambulante Behandlungen** geführt.

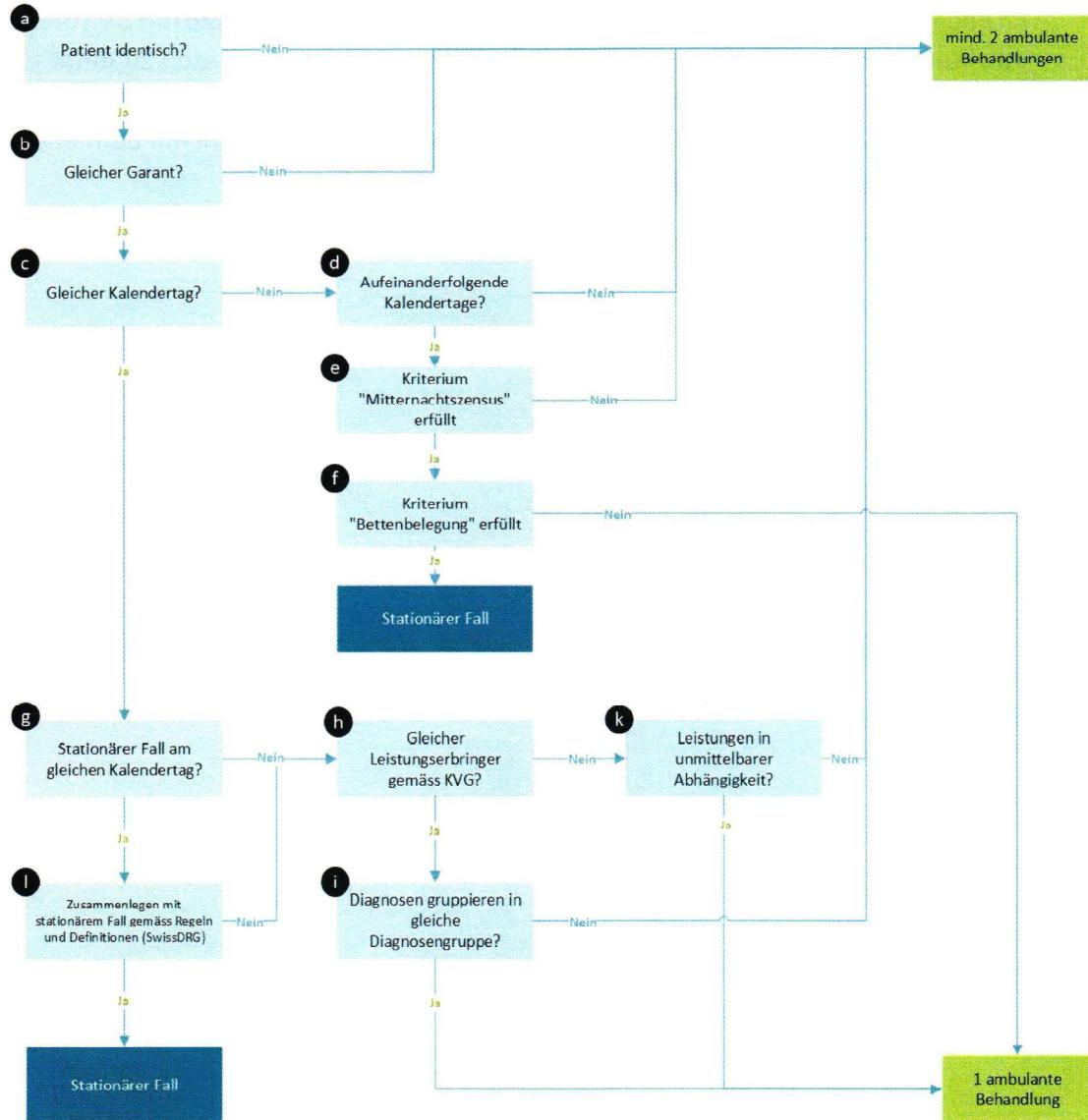
Ausnahmen:

Leistungserbringern im ambulanten Setting, welche auf **Anordnung des Arztes Leistungen erbringen** (Ergotherapie, Ernährungsberatung, Diabetesberatung, Logopädie, Neuropsychologie, Podologie, Psychologische Psychotherapie oder Physiotherapie) oder von Leistungserbringern im ambulanten Setting, welche **Patiententransporte**



durchführen, sind von der **Zusammenführung der Patientenkontakte ausgenommen.**

Im Fachbereich der **Radio-Onkologie** werden **alle Patientenkontakte mit den die Bestrahlung vorbereitenden Leistungen** (Planungs-CT, Simulation etc.) zu **einer ambulanten Behandlung** zusammengefasst. Im Falle einer Bestrahlung werden alle Patientenkontakte mit den die Bestrahlung vorbereitenden Leistungen mit dem Patientenkontakt der ersten Bestrahlung zusammengefasst.



6. Abrechnung einer ambulanten Behandlung

6.1. Patientenpauschaltarif - Ambulante Pauschalen

1. Ambulante Behandlungen, welche Leistungen mit Triggerpositionen im Leistungskatalog ambulante Arzttarife (nachfolgend LKAAT) enthalten, werden ausschliesslich über den Patientenpauschaltarif abgerechnet.
2. Jegliche Kombination des Patientenpauschaltarifs mit dem Einzelleistungstarif und anderen ambulant ärztlichen Tarifen innerhalb einer ambulanten Behandlung ist ausgeschlossen.
3. Die Tarifposition und separat abrechenbare Leistungen bilden abschliessend die verrechenbaren Leistungen der ganzen ambulanten Behandlung ab.
4. Separat abrechenbare Leistungen sind folgende:
 - a) Labile und stabile Blutprodukte gemäss Einstandspreis, Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) oder Spezialitätenliste (SL);
 - b) Implantate in Tarifpositionen mit entsprechender Kennzeichnung im Katalog Patientenpauschaltarif gemäss Einstandspreis und gemäss der Allgemeinen Definition AD- 07.

6.2. Einzelleistungstarif - TARDOC

1. Ambulante Behandlungen, welche ausschliesslich Einzelleistungen im LKAAT enthalten, werden über den TARDOC abgerechnet.
2. Die Tarifpositionen und separat abrechenbare Leistungen bilden abschliessend die verrechenbaren Leistungen der ganzen ambulanten Behandlung ab.
3. Separat abrechenbare Leistungen sind – sofern in den Kapitelinterpretationen oder medizinischen Interpretationen nicht anders geregelt - folgende:
 - a) Labile und stabile Blutprodukte gemäss Einstandspreis, Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) oder Spezialitätenliste (SL);
 - b) Applizierte und injizierte Arzneimittel gemäss Spezialitätenliste (SL);
 - c) Laboranalysen im Praxis- bzw. Spitallabor gemäss Analysenliste (AL);
 - d) Einzelne oder miteinander verbundene Instrumente, Geräte, Vorrichtungen, Materialien, Stoffe und Implantate zum Einstandspreis und gemäss der Allgemeinen Definition AD-07.

6.3. Andere ambulant ärztliche Tarife

1. Ambulante Behandlungen, mit Leistungen, welche über einen anderen ambulanten ärztlichen Tarif (bspw. Dialysebehandlungen, Transplantation solider Organe, Transplantation hämatopoetischer Stammzellen, Protonen-Strahlentherapie) abgebildet sind, und keine Triggerposition aufweisen, werden gemäss dem anderen ambulanten Tarif abgerechnet. Die Anwendung des Einzelleistungstarifs TARDOC (gemäss Ziff.

6.2) ist abhängig von den Anwendungsmodalitäten des entsprechenden ambulanten ärztlichen Tarifs.

7. Altersangaben

1. Altersangaben sind jeweils auf der entsprechenden Tarifposition ersichtlich. Es gelten die Bestimmungen gemäss der Allgemeine Definition AD-06 und gilt sowohl für den TARDOC als auch für den Patientenpauschaltarif.

Spezifische Anwendungsmodalitäten für den Patientenpauschaltarif

8. Zuordnung einer ambulanten Behandlung zu einer Tarifposition

1. Alter des Patienten

Für die Gruppierung der ambulanten Behandlung gilt das Alter am Behandlungstag.

2. Geschlecht des Patienten

Für die Gruppierung der ambulanten Behandlung gilt das zivilrechtliche Geschlecht am Behandlungstag.

3. Manuelle Forcierung

Eine manuelle Forcierung der Gruppierung ist nicht zulässig. Allein der Grouper definiert die Zuordnung der ambulanten Behandlung zu einer Tarifposition.

4. Vergütungspflicht

Aus der Eingruppierung der ambulanten Behandlung in eine Tarifposition und etwaige separat abrechenbare Leistungen kann nicht auf eine Leistungspflicht der Sozialversicherungen (Obligatorische Krankenpflegeversicherung bzw. Unfall- und Invalidenversicherung) geschlossen werden.

5. Unbewertete Tarifpositionen

Für unbewertete Tarifpositionen (siehe Katalog der ambulanten Fallgruppen) vereinbaren die betroffenen Leistungserbringer mit den Kostenträgern auf Basis der mittels Kostenträgerrechnung ermittelten, transparent ausgewiesenen Fallkosten individuelle sachgerechte Entgelte, soweit diese zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bzw. der Unfall- und Invalidenversicherung in der ambulanten Versorgung erbracht werden dürfen.

Anhang C

Richtlinien für die ambulante Leistungserfassung

1. Grundlegende Richtlinien

1. Dieses Papier definiert zur Anwendung des Einzelleistungstarifs und des Patientenpauschaltarifs:
 - a) die Richtlinien für die ambulante Leistungserfassung;
 - b) die Instrumente für die ambulante Leistungserfassung.
2. Die von der OAAT publizierten Anwendungsbeispiele und Klarstellungen sind als Auslegeordnung bei der Anwendung dieses Anhangs zu berücksichtigen.
3. Die Diagnosestellung und die Dokumentation von Diagnosen und/oder Leistungen während einer Sitzung liegen in der Verantwortung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes.

1.1. Instrumente zur Leistungserfassung

1. Zur Erfassung von Leistungen wird der Leistungskatalog ambulante Arzttarife (nachfolgend LKAAT) in der Version 2026 für den TARDOC und die Ambulanten Pauschalen angewandt.
2. Diagnosen werden anhand ICD-10-GM oder Tessinercode erfasst. ICD-10-GM wird in der für das Abrechnungsjahr gültigen Version gemäss schweizerischem Bundesamt für Statistik (BfS) angewandt.
3. Andere, vom Verwaltungsrat der OAAT festgelegte Instrumente zur Leistungserfassung, gelten als strukturimmanent gleichzeitig auch in Liechtenstein.

1.2. Zeitpunkt der Leistungserfassung

Die Leistungserfassung erfolgt während oder unmittelbar nach der Sitzung. Ausstehende Untersuchungsresultate (Pathologie, Labor etc.) zur Präzisierung der Diagnose müssen nicht abgewartet werden.

2. Diagnoseerfassung

1. Leistungserbringer gemäss Anhang B, Ziffer 2 erfassen immer eine Diagnose anhand ICD-10-GM oder Tessinercode. Folgende Vorgaben sind dabei von allen Leistungserbringern zwingend einzuhalten:
 - a) Bei Sitzungen ohne Triggerposition werden Diagnosen nach ICD-10-GM oder Tessinercode erfasst.
 - b) Bei Sitzungen mit Triggerposition werden Diagnosen nach ICD-10-GM erfasst.
 - c) Wird bei einem Leistungserbringer für den gleichen Patienten am gleichen Kalendertag mindestens eine Sitzung mit einer Triggerposition erfasst, werden für alle anderen Sitzungen des Patienten an diesem Kalendertag Diagnosen nach ICD-10-GM dokumentiert.
2. Ausnahmen dazu bilden Fachbereiche, welche in der «Dokumentation zur

Datenerhebung», welche auf der Webseite der OAAT publiziert wird, explizit genannt werden. Für diese Fachbereiche ist unabhängig von Ziffer 1 immer eine (1) Diagnose anhand ICD-10-GM zu erfassen.

3. Erfasst wird derjenige Zustand, der während oder unmittelbar nach der Sitzung als Diagnose feststeht und Hauptanlass für die Sitzung der Patientin, bzw. des Patienten war. Als Hauptanlass zeichnet sich die Leistung aus, welche den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln (ärztliche & pflegerische Leistungen, Operationen, medizinische Produkte usw.) während der Sitzung hatte. Hierbei wird die Diagnose, die der erfolgten Behandlung in Organbezogenheit bzw. Körperregion am nächsten steht, angewendet.

2.1. Mehrere Leistungen oder Sitzungen

Werden in einer Sitzung mehrere Leistungen durchgeführt, wird die Diagnose, aus welcher der grösste Behandlungsaufwand entsteht, erfasst.

2.2. Symptome

Diagnosen werden organspezifisch erfasst. Symptomcodes werden nur dann erfasst, wenn zum Zeitpunkt der Leistungserbringung keine organbezogene Diagnose zur Verfügung steht (s. auch Abs. 2.3. Verdachtsdiagnosen).

2.3. Verdachtsdiagnosen

1. Die Verdachtsdiagnose bestätigt sich oder wird präzisiert: Die Diagnosestellung erfolgt entsprechend aktuellstem Wissenstand zum Zeitpunkt der Leistungserbringung.
2. Keine definitive Diagnosestellung bzw. die Verdachtsdiagnose wird ausgeschlossen: Es wird die Diagnose erfasst, welche Anlass für die Sitzung der Patientin, bzw. des Patienten war.

2.4. Akut vs. Chronisch

1. Leidet ein Patient gleichzeitig an der chronischen und akuten Form derselben Krankheit, wie z.B. eine akute Exazerbation einer chronischen Krankheit, so wird die akute Diagnose der Krankheit erfasst.
2. Wenn ein Kombinationscode beide Formen abbildet, so wird dieser erfasst.

2.5. Erkrankungen nach medizinischen Massnahmen

Erkrankungen und Komplikationen nach medizinischen Massnahmen werden dann erfasst, wenn sie vom behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin als solche beschrieben werden. Es wird die Diagnose erfasst, welche den Anlass für die Sitzung in Organbezogenheit, Pathologie und Körperregion am spezifischsten beschreibt.

2.6. Syndrome, Neubildungen, zugrunde liegende Krankheiten

Bei Erkrankungen im Rahmen zugrunde liegender Krankheiten wird der organspezifischen



Manifestation der Krankheit Vorrang gegeben (sofern diese von der zugrunde liegenden Krankheit abweicht oder diese spezifiziert).

2.7. Geburtshilfe

Zur Diagnosestellung bei Geburten wird sich an der Art der Geburt orientiert. Bei geburts-hilflichen Sitzungen ohne Geburt erfolgt die Diagnosestellung entsprechend des grössten Behandlungsaufwands.

3. Ambulante Leistungserfassung

1. Alle Leistungen während einer Sitzung sind zu erfassen. Dies schliesst diagnostische, therapeutische und pflegerische Leistungen ein. Es wird immer mindestens eine (1) Hauptleistung erfasst.
2. Für eine Einteilung in eine Fallgruppe wird (nebst der Diagnose) mindestens eine (1) Hauptleistung benötigt. Falls zur Differenzierung der Fallgruppe notwendig, können zusätzliche Leistungen berücksichtigt werden.
3. Es werden ausschliesslich effektiv durchgeführte Leistungen erfasst:
 - a) Es wird immer mindestens eine (1) Hauptleistung erfasst.
 - b) Wird eine geplante Behandlung nicht durchgeführt, werden die zugehörigen Leistungen nicht erfasst.
 - c) Bei abgebrochenen Behandlungen wird nur der ausgeführte Teil der Behandlung erfasst.
4. Zu jeder erfassten Leistung ist, wo inhaltlich sinnvoll, die (Beid-)Seitigkeit anzugeben. Folgende Angaben werden erfasst:

B = Beidseitig

L = Links

R = Rechts

5. Leistungen sind so oft zu erfassen, wie sie während einer Sitzung durchgeführt wurden.

4. Weitere Bestimmungen

4.1. Reservecodes

1. Der LKAAT enthält Reservecodes ohne medizinische Beschreibung, welche unterjährig von der OAAT mit einer medizinischen Beschreibung belegt werden können. Reservecodes dienen zur Dokumentation von Leistungen, welche im aktuellen LKAAT noch nicht abgebildet sind.
2. Eine Übersicht über aktuell gültige und vergangene Reservecodes ist auf der Webseite OAAT einsehbar und gilt als verbindlich für die Leistungserfassung.

Anhang D

Dignitäten

1. Ingress

1. Der vorliegende Anhang definiert im Sinne von Teil X des Tarifvertrags die Voraussetzungen, welche ein verantwortlicher Arzt erfüllen muss, damit Leistungen gemäss dem Tarifvertrag gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet werden können.
2. Nationale oder über den Zollvertrag anwendbare schweizerische gesetzliche Bestimmungen, welche darüberhinausgehende Voraussetzungen an den verantwortlichen bzw. ausführenden Arzt stellen, gehen den vertraglichen Abmachungen vor.

2. Qualitative Dignität und Abrechnungsberechtigung

1. Die Qualitative Dignität bezeichnet die ärztliche, fachliche Qualifikation und regelt die Berechtigung zur Anwendung von Tarifpositionen des TARDOC bzw. der Ambulanten Pauschalen.
2. Sie ist bei jeder Tarifposition im TARDOC bzw. im Katalog der Ambulanten Pauschalen vermerkt.
3. Der Leistungserbringer ist berechtigt eine Tarifposition abzurechnen, wenn der verantwortliche Arzt mindestens über eine der geforderten Qualitativen Dignitäten verfügt.
4. Es gibt folgende Ausprägungen von Qualitativen Dignitäten:
 - a) Inhaber von Weiterbildungstiteln;
 - b) Ärzte in Weiterbildung zu einem dignitätsrelevanten Weiterbildungstitel;
 - c) Inhaber eines Besitzstands.
5. Inhaber der Qualitativen Dignitäten sind natürliche Personen.



1.1. Inhaber von dignitätsrelevanten Weiterbildungstitel

Kategorien Qualitative Dignitäten	Voraussetzung	Beispiel	Position
Facharzttitle	eidgenössischer Facharzttitle oder gleichwertiger Facharzttitle aus einem EWR-Mitgliedstaat	Neurologie	MP.00.0010 Neurologische bzw. neuropädiatrische Behandlung, pro 1 Min.
„praktischer Arzt“ für Allgemeinmedizin“ (z.B. aus DEU)	„praktischer Arzt“ (CH) oder „Arzt für Allgemeinmedizin“ (z.B. aus DEU)	Praktischer Arzt	AA.05.0010 Untersuchung: Kreislauf
Schwerpunkte	Eidgenössischer Schwerpunkt oder gleichwertige Zusatzausbildung aus einem EWR-Staat	SP pädiatrische Kardiologie	TK.00.0220 Analyse Late Potentialis
Fähigkeitsausweise	Eidgenössischer Fähigkeitsausweis oder gleichwertige Zusatzausbildung aus einem EWR-Staat	FA Sonografie Modul Gefäße	GK.25.0010 Duplex-Sonografie der intrakraniellen Arterien, pro Seite

1.2. Ärzte in Weiterbildung zu einem dignitätsrelevanten Weiterbildungstitel

1. Ärzte in Weiterbildung sind Inhaber eines eidgenössischen, eidgenössisch anerkannten oder gleichwertigen Arztdiploms aus dem EWR und auf dem Weg zum Erwerb eines Weiterbildungstitels gemäss Ziffer 1.1. Sie erbringen Leistungen nicht in eigener fachlicher Verantwortung.
2. Ärzte in Weiterbildung stehen in einem Anstellungsverhältnis und erbringen die Leistungen im Zusammenhang mit den angestrebten Weiterbildungstitel unter der fachlichen Verantwortung und Aufsicht eines Arztes, der über die entsprechende Qualitative Dignität sowie die Abrechnungsberechtigung verfügt.
3. Leistungserbringer dürfen Leistungen, welche durch Ärzte in Weiterbildung erbracht werden, nur abrechnen, wenn diese unter Aufsicht des verantwortlichen Arztes erbracht wurden.

1.3. Inhaber eines Besitzstands

Ein Besitzstand berechtigt den Arzt bzw. den ihn anstellenden Leistungserbringer zur Anwendung und Abrechnung von Tarifpositionen im TARDOC bzw. im Katalog der Ambulanten Pauschalen, dessen TARMED-Vorgänger-Tarifpositionen der Arzt fachlich eigenverantwortlich zwischen dem 01. Januar 2022 und dem 31. Dezember 2024 regelmässig und qualitativ unbeanstandet erbracht und abgerechnet hat, obwohl er über deren Qualitative Dignität nicht verfügt.

1.3.1. Deklaration

1. Der Arzt deklariert gegenüber der Geschäftsstelle der Ärztekammer die Tarifpositionen des TARDOC bzw. der Ambulanten Pauschalen, für die er den Besitzstand beansprucht. Mit der erstmaligen Bestätigung ist der Besitzstand ab Inkrafttreten der neuen Tarife für drei Jahre gültig und muss innerhalb dieser drei Jahre gemäss Ziffer 1.3.5 revalidiert, d.h. durch eine fachliche Fortbildung gestützt werden.
2. Die Geltendmachung des Besitzstands ist nicht möglich, wenn das nationale oder über den Zollvertrag anwendbare schweizerische Recht für eine Leistung ein bestimmter Weiterbildungstitel verlangt.
3. Die Deklaration muss rechtzeitig erfolgen. Für Eingaben bis zum 15. Oktober 2025 garantiert die Ärztekammer eine rechtzeitige Eintragung bis zum 1. Januar 2026, später eingelangte Gesuche werden nach Möglichkeit zeitgerecht geprüft und umgesetzt.

1.3.2. Erhebung des Besitzstands über KVG-Rechnungen

1. Der Arzt meldet der Ärztekammer die Tarifpositionen des TARMED, die er in fachlich eigenverantwortlicher Tätigkeit regelmässig und qualitativ unbeanstandet erbracht hat und für welche der Besitzstand geltend gemacht wird.
2. Der Arzt belegt in geeigneter Form, dass er die Positionen, für welche er Besitzstand beantragt, im Zeitraum 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2024 mindestens 15-mal

unbeanstandet gegenüber einer Sozialversicherung abgerechnet hat.

3. Die Geschäftsstelle der Ärztekammer plausibilisiert die Eingaben des Arztes und holt bei Bedarf einen Datenauszug beim LKV ein. Im Anlassfall, vor allem bei knapper Überschreitung der Mindestzahl, fordert die Ärztekammer den Arzt auf, die Detailrechnungen in anonymisierter Form zur Kontrolle einzureichen.
4. Kann der Besitzstand aufgrund der vorgelegten Daten durch die Ärztekammer nicht bestätigt werden, teilt die Ärztekammer dies dem Arzt mit.

1.3.3. Revalidierung des Besitzstands durch fachspezifische Fortbildung

1. Besitzstandsleistungen, welche der Arzt beschlägt und welche nicht von seinem Weiterbildungstitel oder Fähigkeitsausweisen umfasst sind, sind durch Fortbildungen à jour zu halten. Die fachfremde Fortbildung wird den vorgeschriebenen Fortbildungspunkten angerechnet, die weiteren Einzelheiten regeln die Fortbildungsrichtlinien der Ärztekammer.
2. Bietet die für eine Tarifposition zuständige Fachgesellschaft keine fachspezifische Fortbildung an, ist die Revalidierung des Besitzstandes nicht möglich.

2. Datenbank

2.1. Datenverwaltung

1. Die Ärztekammer ist für die Verwaltung der eingereichten Daten betreffend Anhang D verantwortlich. Sie bewahrt die Daten in Einklang mit den geltenden Datenschutzbestimmungen auf.
2. Die Ärztekammer übermittelt dem Krankenkassenverband den Datenstand vor dem 1. Januar 2026. Der Krankenkassenverband ist dafür verantwortlich, den angeschlossenen Versicherern die genehmigten Besitzstände zur Kenntnis zu bringen und diese zur Eintragung in deren Verzeichnisse aufzufordern.
3. Der Krankenkassenverband übermittelt die genehmigten Besitzstände den zuständigen schweizerischen Stellen, damit diese den schweizerischen Versicherungen mit Leistungspflicht gegenüber liechtensteinischen Ärzten zugänglich gemacht werden.
4. Die Ärztekammer stellt den beim Krankenkassenverband zusammengeschlossenen Versicherern auf begründete Anfrage diejenigen Daten zur Verfügung, welche diese für die Kontrolle der Besitzstände auf der Ebene des einzelnen Arztes benötigen.
5. Die Veröffentlichung der gesamten Datenbank oder Teilen davon, die nicht schon veröffentlicht sind, in elektronischer oder gedruckter Form ist ausgeschlossen.

2.2. Bestätigung des Besitzstands

Auf Anfrage des Arztes stellt die Ärztekammer diesem eine Bestätigung über den aktuellen Besitzstand aus.

3. Schlussbestimmungen

- 1.1. Die Leistungserbringer werden im Rahmen der Deklaration zur wahrheitsgetreuen Angabe, der zur Erhebung der Besitzstandpositionen massgeblichen Daten und ebenso zur unverzüglichen Mitteilung an die Ärztekammer bei allfälligen Änderungen verpflichtet.
- 1.2. Für durch falsche oder versäumte Meldungen versursachte Rückweisungen ist einzig der betreffende Leistungserbringer verantwortlich.

Anhang E Sparten

1. Ingress

Der vorliegende Anhang definiert im Sinne von Teil X des Tarifvertrags die Sparten, die anerkannt werden müssen, um Leistungen darüber abrechnen zu können sowie die entsprechenden Anerkennungskriterien.

2. Grundlagen

1. Die Ärztekammer ist für die Verwaltung der eingereichten Daten betreffend Anhang E verantwortlich. Sie bewahrt die Daten in Einklang mit den geltenden Datenschutzbestimmungen auf.
2. Die Ärztekammer übermittelt dem Krankenkassenverband auf Anfrage den Datenstand in der aktuellen Fassung.
3. Die Ärztekammer übermittelt dem Krankenkassenverband den Datenstand vor dem 1. Januar 2026. Der Krankenkassenverband ist dafür verantwortlich, den angeschlossenen Versicherern die genehmigten Sparten zur Kenntnis zu bringen und diese zur Eintragung in deren Verzeichnisse aufzufordern.
4. Der Krankenkassenverband übermittelt die genehmigten Sparten den zuständigen schweizerischen Stellen, damit diese den schweizerischen Versicherungen mit Leistungspflicht gegenüber liechtensteinischen Ärzten zugänglich gemacht werden.
5. Die Ärztekammer stellt den beim Krankenkassenverband zusammengeschlossenen Versicherern auf begründete Anfrage diejenigen Daten zur Verfügung, welche diese für die Kontrolle der Sparten auf der Ebene des einzelnen Arztes benötigen.
6. Die Veröffentlichung der gesamten Datenbank oder Teilen davon, die nicht schon veröffentlicht sind, in elektronischer oder gedruckter Form ist ausgeschlossen.

2.1. Anerkennungssparten

1. Mit der Inkraftsetzung des TARDOC muss für die Sparten gemäss Ziffer 2 eine Anerkennung gemäss Mindestanforderungen eingeholt werden.
2. Die Definition einer Anerkennungssparte gründet in erster Linie auf Anforderungen betreffend Behandlungs- und Prozessqualität. Die Mindestanforderungen für die Anerkennungssparten sind in den nachfolgenden Beilagen geregelt.
3. Die Anerkennung der Sparten durch die Ärztekammer ist Voraussetzung zur Abrechnung der Leistungen aus dieser Sparte. Die Anerkennung gilt mit Eintrag «Anerkennung erteilt» in der Datenbank.

2.2. Anerkennungsverfahren

Das Anerkennungsverfahren gliedert sich in zwei Schritte:

- a) Selbstdeklaration mit Gesuchstellung des Leistungserbringens auf Anerkennung der Anerkennungssparten

- b) Die formelle Prüfung der Selbstdeklaration und Entscheid durch die Ärztekammer

3. Anerkennungssparten

Anerkennungssparten sind:

- a) Nichtärztliche ambulante Leistungen in der Psychiatrie (Beilage A)¹
- b) Chronic Care Management (Beilage B)

3. Anerkennungskriterien

1. Als Anerkennungskriterien werden diejenigen herangezogen, die für die Erbringung der Leistung erforderlich sind und bei denen eine klare und einfache Überprüfung möglich ist.
2. Die in den Beilagen aufgestellten Anerkennungskriterien der obengenannten Sparten sind Muss-Kriterien, d.h. sie müssen erfüllt sein, damit die Abrechnungsberechtigung entsteht.

¹ Gilt sowohl für die Sparte «Nichtärztliche ambulante Leistungen in der Psychiatrie inkl. Infrastruktur» (0037) als auch für die Sparte «Nichtärztliche ambulante Leistungen in der Psychiatrie exkl. Infrastruktur» (0038)

Beilage A

Ambulante Leistungen durch nichtärztliche Fachpersonen in ambulanten psychiatrischen Einrichtungen oder Organisationseinheiten

1. Kriterien zur Anerkennung der Abrechnungsberechtigung

Kriterien (Musskriterien zur Anerkennung der Abrechnungsberechtigung)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Die ambulante psychiatrische Einrichtung oder Organisationseinheit muss unter der fachlichen Leitung eines vom Leistungserbringer angestellten, praktizierenden Arztes, welcher über die Qualitative Dignität „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ oder „Psychiatrie und Psychotherapie“ verfügt. 2. Nichtärztliche Fachpersonen mit mindestens Bachelor-Abschluss FH/Uni (oder äquivalentem Titel) oder Diplom-Abschluss HF, die im Auftrag und unter Aufsicht und fachlicher Verantwortung des fachlichen Leiters sind: <ul style="list-style-type: none"> • Psychologen • Pflegefachperson • Sozialpädagogen • Sozialarbeiter 3. Die Leistungen des TARDOC-Kapitels EA.05 gelten für Einrichtungen und Organisationseinheiten, sofern sie die nachstehenden Vorgaben erfüllen: <ul style="list-style-type: none"> • Vorliegen einer Beschreibung des Antragstellers der erbrachten Leistungen und Behandlungskonzepte, die zulasten der OKP erbracht werden. • Leistungsauftrag-/Vertrag, der die Leistungserbringung gemäss TARDOC-Kapitel EA.05 beinhaltet oder Bestätigung der öffentlichen Hand (Land Liechtenstein) gemäss Ziff. 3.1 • Die behandelnden nichtärztlichen Fachpersonen sind von der Einrichtung oder Organisationseinheit angestellt.

1.1. Grundsatz der Anerkennung

1. Die Berechtigung ergibt sich aufgrund der Erfüllung aller obenstehenden Kriterien.
2. Die Ärztekammer führt eine Positivliste der Leistungserbringer mit anerkannten Sparten.

1.2. Verfahren der Anerkennung

Die abrechnende Einrichtung bzw. Organisationseinheit erbringt den Nachweis, dass die obengenannten Kriterien erfüllt sind.

Bestätigung der öffentlichen Hand (Land Liechtenstein)

1. Die Bestätigung der öffentlichen Hand gemäss Ziffer 1 der Kriterienliste ist vom antragstellenden Leistungserbringer beim Land Liechtenstein einzuholen.
2. Die Bestätigung umfasst mindestens die nachstehenden Elemente:

Betreff: « Bestätigung der Leistungserbringung von ambulanten Leistungen durch nichtärztliche (TARDOC-Kapitel EA.05) Fachpersonen in ambulanten psychiatrischen Einrichtungen oder Organisationseinheiten »

Hiermit bestätigt das Land Liechtenstein die Leistungserbringung von ambulanten Leistungen durch nichtärztliche (TARDOC-Kapitel EA.05) Fachpersonen in ambulanten psychiatrischen Einrichtungen oder Organisationseinheiten

durch

Name Einrichtungen / Organisationseinheit (verantwortet durch Name fachlicher Leiter)

mit dem/n Standort/en

Angabe Standort(e)

gemäss Angebot

Beschreibung der massgeblich zulasten OKP erbrachten Leistungen und Behandlungskonzepte²

für den Zeitraum

Angabe Zeitraum

² sozialpsychiatrische Behandlungen für Menschen mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen an, die auf dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell basieren. Das Ziel dieser Behandlungen ist die wohnortnahe Versorgung, also die Behandlung im gewohnten Wohnumfeld oder mit dem Ziel des Verbleibs respektive der Wiedereingliederung im gewohnten Umfeld und in definierten Versorgungsregionen. Diese sozial-psychiatrischen Behandlungen werden von multiprofessionellen Teams aus nicht-ärztlichen Fachpersonen unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie durchgeführt.

Beilage B
Nichtärztliches Chronic Care Management

1. Kriterien zur Anerkennung der Abrechnungsberechtigung

Tarifposition	Eidgenössischer Fachausweis „Medizinische Praxiskoordinatorin klinische Richtung“	Zertifikat“ Chronic Care Management“ von odamed anerkannten Bildungsanbietern	Zusatzqualifikation
AK.05.0010 Nichtärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Asthma oder COPD, pro 1 Min.	Ja	Ja	Modul Beratung von Langzeitpatienten Atemwegserkrankung der odamed
AK.05.0020 Nichtärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Diabetes mellitus, pro 1 Min.	Ja	Ja	Modul Beratung von Langzeitpatienten Diabetes der odamed
AK.05.0030 Nichtärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Herzinsuffizienz oder koronaren Herzkrankheiten, pro 1 Min.	Ja	Ja	Modul Beratung von Langzeitpatienten Herzkrankheit/Herzinsuffizienz der odamed
AK.05.0040 Nichtärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements Rheuma, pro 1 Min.	Ja	Ja	Modul Beratung von Langzeitpatienten Rheuma der odamed

Kriterien

(Musskriterien zur Anerkennung der Abrechnungsberechtigung)

1. Fortbildung: Das nichtärztliche Personal bildet sich in dem Umfang sowie in der Art und Weise fort, wie es für die einwandfreie und kompetente Ausübung der Leistungen notwendig ist. Umfang und Inhalt der Fortbildung werden durch den Schweizerischen Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen (SVA) bestimmt
2. Anstellungsverhältnis: Das nichtärztliche Personal muss vom delegierenden Arzt angestellt sein. Es sind mehrere Anstellungsverhältnisse möglich.
3. Erbringungsort: Das nichtärztliche Personal erbringt die Leistungen in der Praxis des delegierenden Arztes.
4. Aufsichtspflicht: Die Aufsichtspflicht des delegierenden Arztes muss gewährleistet sein.

2. Grundsatz der Anerkennung

1. Die Berechtigung ergibt sich aufgrund der Erfüllung aller obenstehenden Kriterien.
2. Die Ärztekammer führt eine Positivliste der Leistungserbringer mit anerkannten Sparten.

3. Verfahren der Anerkennung

Der abrechnende Arzt oder die abrechnende Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dient, erbringt den Nachweis, dass die obengenannten Kriterien erfüllt sind.

Anhang F

Rechnungsstellung und Datenaustausch

1. Ingress

1. Vorliegender Anhang regelt im Sinne von Teil VI des Tarifvertrags die Rechnungsstellung und den Datenaustausch.
2. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Vorgaben betreffend einheitlichem Rechnungsformular, elektronischer Rechnungsstellung und Weitergabe medizinischer Daten einheitlich umzusetzen und anzuwenden.
3. Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer die Rechnung gemäss dem in der Schweiz verwendeten Standard gemäss Forum Datenaustausch zu.
4. Die Vertragsparteien verpflichten sich bei der Rechnungsstellung die rechtlichen Bestimmungen betreffend Datenschutz einzuhalten. Die Übermittlung aller elektronischer Daten erfolgt über gesicherte und verschlüsselte Kanäle.
5. Der Taxpunktewert wird in Anhang G geregelt.

2. Rechnungsstellung und Vergütung

1. Schuldner der Vergütung der ärztlichen Leistung ist der Versicherer nach dem System des Tiers payant.
2. Besteht ein Leistungsaufschub, kann der Arzt gegenüber dem Patienten „tiers garant“ geltend machen, so dass der Patient Schuldner der Leistung ist. Der Patient wiederum kann nach Aufhebung des Leistungsaufschubs die geleisteten Zahlungen bei den Kassen geltend machen.
3. Die Kassen sind verpflichtet, Leistungsabrechnungen von Ärzten auch während aufrechtem Leistungsaufschub entgegenzunehmen und die Zahlung nach Aufhebung des Leistungsaufschubs unaufgefordert auszulösen.

3. Zu übermittelnde Datenfelder

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

- 4.1. Angaben zum Rechnungssteller
 - a) Name
 - b) ZSR-Nummer
 - c) GLN
- 4.2. Angaben zum Leistungserbringer:
 - a) Name
 - b) ZSR-Nummer
 - c) GLN
- 4.3. Name und GLN des Versicherers;
- 4.4. Angaben zur versicherten Person:
 - a) Name
 - b) Vorname
 - c) Wohnadresse
 - d) Geburtsdatum
 - e) Geschlecht
 - f) Versichertennummer
 - g) Persönliche Identifikationsnummer IDNR
- 4.5. Ort der Leistungserbringung (FL)
- 4.6. Gesetz
- 4.7. Behandlungsdatum
- 4.8. Behandlungsgrund (Krankheit, Unfall, Mutterschaft, Prävention, Geburtsgebrechen, unbekannt)
- 4.9. Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für die betreffende versicherte Person inklusive Rechnungsdatum
- 4.10. Angaben zum überweisenden bzw. verordnenden Arzt (ZSR-Nummer und GLN), sofern vorliegend;
- 4.11. Allgemeine Informationen zur Behandlung, pro Zeile:
 - a) Datum
 - b) Tariftyp
 - c) Tarifposition
 - d) Bezeichnung der Tarifposition
 - e) Bezugsziffer (nur Einzelleistungen)
 - f) Sitzungsnummer (nur Einzelleistungen)
 - g) Seitenangabe (nur Einzelleistungen)
 - h) Anzahl

- i) Taxpunkte und Taxpunktwert
 - j) Franken-Betrag
 - k) GLN des verantwortlichen Arztes
 - l) GLN des ausführenden Arztes bzw. sofern anwendbar der nichtärztlichen Fachperson,
 - m) Information zur Leistungspflicht nach dem geltenden Recht,
 - n) Mehrwertsteuersatz.
5. Für jede ambulante Behandlung im Anwendungsbereich des TARDOC übermitteln die Leistungserbringer zusätzlich zu Abs. 4 nachfolgende Informationen auf Ebene der Sitzung:
- Diagnose anhand Tessinercode oder anhand ICD-10-GM gemäss Anhang C des Tarifvertrags. Die Vertragsparteien vereinbaren, die Codierung aus Datenschutzgründen auf das notwendige Minimum zu beschränken. Unabhängig davon stellt der Leistungserbringer sicher, dass aus den übermittelten Informationen zur Diagnose hervorgeht, ob es sich um eine Diagnose gemäss Tessinercode oder ICD-10-GM handelt;
6. Für jede ambulante Behandlung im Anwendungsbereich der Ambulanten Pauschalen übermitteln die Leistungserbringer zusätzlich zu Abs. 4 nachfolgende Informationen:
- a) Diagnose anhand ICD-10-GM gemäss Anhang C des Tarifvertrags in datenschutzkonformem Detaillierungsgrad;
 - b) Zusätzlich zur Diagnose muss die Kapitelzuordnungen gemäss Grouper-Output (Capitulum) mitgeliefert werden;
 - c) Gruppierungsrelevante Positionen aus dem Leistungskatalog ambulante Arzttarife (LKAAT), inkl. Angabe zur Seitigkeit;
 - d) Alle applizierten und/oder injizierten Arzneimittel, mindestens aber diejenigen mit einer Relevanz für den Risikoausgleich: unbewertet (Franken-Betrag =0).

4. Weitere Modalitäten der Rechnungsstellung

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

4. Stellvertretung & Praxisassistenz

1. Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, seine Leistung persönlich zu erbringen. Er kann unter Berücksichtigung der rechtlichen Vorgaben Praxisassistenten in fachärztlicher Weiterbildung (Anhang D, Kap. 2 Ziff. 1.2) oder Stellvertreter beiziehen.
2. Der Arzt als Inhaber der ZSR-Nr. (bzw. der GLN) trägt im Rahmen dieses Vertrages die Verantwortung für das ärztliche Verhalten seines Stellvertreters und des Praxisassistenten.
3. Auf den Rechnungen sind in den Tarifpositionen für ärztliche Leistungen jeweils der verantwortliche und ausführende Arzt mit den GLN zu vermerken.



Anhang G

Taxpunktwert

1. Ingress

Der vorliegende Anhang definiert im Sinne von Teil VII. Kap.2 Ziff. 4 des Tarifvertrags den Taxpunktwert für die Abrechnung der neuen Tarifstruktur. Teil VII. Kap.2 Ziff. 2 bleibt von diesem Anhang unberührt.

2. Starttaxpunktwert

1. Der Taxpunktwert ist für beide Tarifstrukturen (TARDOC, Ambulante Pauschalen) einheitlich festzulegen.
2. Der Starttaxpunkt ist in Teil VII. Kap.2 Ziff. 2 festgelegt. Dieser gilt ein Jahr ab Einführung der neuen Tarifstruktur und tritt somit am 31. Dezember 2026 ausser Kraft.
3. Anschliessend wird der Taxpunktwert im gegenständlichen Anhang festgelegt.

3. Taxpunktwert

1. Der Taxpunktwert für die Vergütung von ambulanten ärztlichen Leistungen im Anwendungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) beträgt für beide Tarifstrukturen (TARDOC, Ambulante Pauschalen):

$$1 \text{ Taxpunkt} = \text{CHF } x.\text{xx}$$

2. Die Tarifbindung entfällt, wenn der Patient auf eigenen Wunsch ausdrücklich und nach erfolgter Aufklärung eine Behandlung als Selbstzahler verlangt.
3. Anhang G tritt drei Monate nach rechtskräftiger Änderung des Taxpunktwertes (Ausgangswert: CHF 0.86) in den Kantonen St.Gallen oder Graubünden automatisch ausser Kraft, der übrige Tarifvertrag bleibt davon unberührt. Die Tarifpartner sind darum bemüht, Anhang G vor Ablauf der Frist neu zu verhandeln und der Regierung zeitgerecht zur Genehmigung vorzulegen. Änderungen des Anhang G gelten stets pro futuro.