



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



MEDIZINALTARIF-KOMMISSION UVG
COMMISSION DES TARIFS MÉDICAUX LAA
COMMISSIONE DELLE TARIFFE MEDICHE LAINF

POSTFACH 4358, 6002 LUZERN

FAQ TarReha

Stand 05.11.2024

1 TarReha bis 31.12.2024

1.1 Übergang vom alten zum neuen Vertrag

Im 2024 liegt eine KOGU für ambulante Rehabilitation nach dem alten Vertrag vor und mit der Behandlung wurde begonnen. Die Behandlung wird im 2025 fortgeführt. Muss ein neues KOGU-Gesuch gestellt werden oder darf die Behandlung gemäss KOGU im 2025 fortgeführt werden?	Da es sich um eine neue Tarifstruktur handelt, muss einmalig ein neues KOGU-Gesuch gestellt werden.
Gilt die im 2024 nach altem Vertrag erteilte KOGU auch fürs neue Jahr?	Nein.
Die Behandlung wurde im 2024 gestartet und wird im 2025 fortgeführt. Welcher Tarif wird für welchen Tag abgerechnet?	Es wird der am Behandlungstag gültige Tarif abgerechnet.
Muss bei einer Behandlung über den Jahreswechsel der Fall im 2024 abgeschlossen und im Jahr 2025 ein neuer Fall eröffnet werden?	Ja.
Müssen bei KOGU-Stellung im 2024 für eine ambulante Reha ab 2025 bereits die neuen vertraglichen formalen Komponenten eingehalten werden?	Ja, es gelten die ab 2025 geltenden Bestimmungen.

2 TarReha ab 01.01.2025

2.1 Zulassung von Leistungserbringer

Ein Leistungserbringer war im alten Vertrag zugelassen. Muss er dennoch das Zulassungsformular ausfüllen?	Ja. Da es sich um einen komplett neuen Vertrag handelt und die Tarifstruktur und Zulassungskriterien ändern, müssen die Leistungserbringer für die Zulassung zur Anwendung des Tarifs das Zulassungsformular je Standort ausfüllen und dem PK-Sekretariat mit den erforderlichen Dokumenten zur Beurteilung einreichen.
Müssen Klinikgruppen für jeden Standort ein einzelnes Zulassungsformular ausfüllen?	Ja. Gemäss Anhang A Art. 2.1 Ziff. 1 muss das Zulassungsformular je Standort ausgefüllt und eingereicht werden.
Erfolgt bei Klinikgruppe die Zulassung von neuen Standorten automatisch?	Nein. Für neue Standorte muss das Zulassungsformular jeweils ausgefüllt und eingereicht werden.
Welche Unterlagen müssen mit dem Zulassungsformular eingereicht werden?	Siehe Zulassungsformular.
Es werden nicht alle Voraussetzungen zur Zulassung zu TarReha erfüllt. Kann ein Leistungserbringer dennoch zur Abrechnung zugelassen werden?	Nein. Die in Anhang A aufgeführten Zulassungskriterien sind zwingend. Es gibt keine Ausnahmen.
Fallen für die Leistungserbringer Nutzungsgebühren an?	Für Nicht-Mitglieder von H+ fällt eine Beitrittsgebühr und ein jährlicher Kostenbeitrag an. Für Mitglieder von H+ ist die Tarifierung im Mitgliederbeitrag inkludiert.
Müssen Änderungen von Stammdaten dem PK-Sekretariat gemeldet werden?	Ja.

2.2 Tarifstruktur

Können am Tag einer ambulanten Rehabilitation nebst der TarReha-Pauschale z. L. UV/MV/IV weitere Leistungen abgerechnet werden?	Ja, sofern es sich nicht um Leistungen handelt, welche zur Erfüllung des Therapieziels am Tag, an welchem eine TarReha-Pauschale erfasst wurde, erbracht wurden.
Wer trägt die Kosten fürs Mittagessen?	Die Kosten fürs Mittagessen sind mit Ausnahme von Tarifziffer 556.120 (Pauschale 3 Fokus auf Arbeitsintegration) in den Pauschalen enthalten und dürfen weder zusätzlich verrechnet noch dem Patienten belastet werden.
Wer trägt die Kosten für den Transport in die ambulante Rehabilitation (Anreise und Rückreise)?	Die Kosten für den Transport sind nicht in den TarReha-Pauschalen enthalten. Die Kosten gehen nicht zu Lasten der Leistungserbringer.
Welche Mehrleistungen sind ggf. Leistungen zu Lasten der Zusatzversicherung?	Die Mehrleistungen sind nicht Teil der TarReha-Pauschalen. Für Mehrleistungen gelten die vertraglichen Bedingungen zwischen Leistungserbringer, Zusatzversicherung und Patient.
Wie ist die Regelung bezüglich Selbstzahlerleistungen?	Selbstzahlerleistungen sind nicht Teil der TarReha-Pauschalen. Für diese Leistungen gelten die vertraglichen Bedingungen zwischen Leistungserbringer und Patient.

2.3 Kostengutsprache und -verlängerung

Wird Kostengutsprache für eine ambulante Rehabilitation im Allgemeinen erteilt oder für eine bestimmte Pauschale / Tarifziffer?	Auf dem KOGU-Gesuch wird deklariert für welche Pauschale / Tarifziffer um KOGU erfragt wird. Die Versicherung erteilt folglich KOGU für eine entsprechende Pauschale / Tarifziffer.
Während der Behandlung wird festgestellt, dass für den Patient eine falsche Tarifziffer beantragt worden ist. Muss für den Wechsel in eine höher bewertete Tarifziffer (Upgrade) ein neues KOGU-Gesuch gestellt werden?	Ja.

<p>Während der Behandlung wird festgestellt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ für den Patient eine falsche Tarifziffer beantragt worden ist; oder ▪ der Patient im Falle einer ambulanten Reha mit Fokus auf Arbeitsintegration neu einer mind. 40%igen Arbeitstätigkeit nachgehen kann. Muss für den Wechsel in eine tiefer bewertete Tarifziffer (Downgrade) ein neues KOGU-Gesuch gestellt werden? 	<p>Nein. Eine Meldung an die Versicherung reicht aus.</p>
<p>Welche Fristen gelten für KOGU-Gesuche bei Anpassungen der Tarifziffern und Verlängerungen?</p>	<p>Es gelten die Fristen gemäss Anhang C.</p>

2.4 Rechnungsstellung

<p>Es liegt eine KOGU vor für Pauschale 1 (mindestens 150 Therapieminuten). Dem Patienten geht es an Tag X sehr gut und er kann mehr Therapie machen. Kann innerhalb des gleichen Fokus die Pauschale 2 abgerechnet werden?</p>	<p>Nein. Die Abrechnung einer höher bewerteten Tarifziffer (Upgrading) ist nicht möglich.</p>
<p>Es liegt eine KOGU für Pauschale 2 vor. Dem Patienten geht es an Tag X aber nicht gut und die Mindestminuten können nicht erreicht werden. Was ist zu tun?</p>	<p>Sofern die Mindestminuten der Pauschale 1 (150 Therapieminuten) erreicht werden, muss in diesen Fällen die tiefer bewertete Tarifziffer (Downgrading) verrechnet werden. Werden die Mindestminuten von Pauschale 1 ebenfalls nicht erreicht, kann die Abrechnung ausnahmsweise nach dem jeweiligen Einzelleistungstarif erfolgen, sofern der Leistungserbringer bei der Versicherung beigetreten ist. Es gelten die Bestimmungen (Verordnung, Limitation etc.) dessen.</p>
<p>Es liegt eine KOGU vor für Pauschale 1 (mindestens 150 Therapieminuten). Dem Patienten geht es an Tag X aber nicht gut und die Mindestminuten können nicht erreicht werden. Was ist zu tun?</p>	<p>Die Abrechnung erfolgt ausnahmsweise nach dem jeweiligen Einzelleistungstarif, sofern der Leistungserbringer diesem Einzelleistungstarif beigetreten ist. Es gelten die Bestimmungen (Limitation etc.) des Einzelleistungstarifs.</p>

2.5 No Show's

Was kann abgerechnet werden, wenn der Patient zu einem vereinbarten Reha-Tag nicht aufgetaucht ist und sich nicht vorgängig abgemeldet hat?	No Show's sind nicht Teil der TarReha-Pauschalen. Die Finanzierung der Leistung ist individuell zwischen Leistungserbringer und Patient zu klären.
Wer muss darüber informiert werden, wenn ein Patient zur vereinbarten ambulanten Rehabilitation nicht erscheint?	Dies ist im Vertrag nicht geregelt.

2.6 Therapie- und Behandlungskonzept

Was beinhaltet das Behandlungskonzept?	Das Behandlungskonzept berücksichtigt alle beantragten Leistungsbe- reiche.
Müssen die Konzepte bei Leistungserbringern mit mehreren Standorten jeweils auf die einzelnen Standorte angepasst werden?	Das Konzept muss die Gegebenheiten des betreffenden Standorts be- rücksichtigen. Leistungserbringer mit mehreren Standorten können standortübergreifende Konzepte einreichen.