

Richtlinien für die ambulante Leistungserfassung

Anhang C zum Tarifvertrag

Gültig ab: 01. Januar 2026

1. Grundlegende Richtlinien

- ¹ Dieses Papier definiert zur Anwendung des Einzelleistungstarifs und des Patientenpauschaltarifs:
 - die Richtlinien für die ambulante Leistungserfassung;
 - die Instrumente für die ambulante Leistungserfassung.
- ² Anwendungsbeispiele und Klarstellungen werden laufend im Dokument «Klarstellungen und Beispiele zur ambulanten Leistungserfassung» ergänzt und auf der Webseite der OAAT publiziert.
- 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 BfS angewandt. Die Klassifikation Tessinercode wird von der OAAT weder publiziert noch weiterentwickelt.
- ³ Der Verwaltungsrat der OAAT kann bei Bedarf andere Instrumente zur Leistungserfassung festlegen.

1.2. Zeitpunkt der Leistungserfassung

- ¹ Die Leistungserfassung erfolgt während oder unmittelbar nach der Sitzung. Ausstehende Untersuchungsergebnisse (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:
 - Bei Sitzungen ohne Triggerposition werden Diagnosen nach ICD-10-GM oder Tessinercode erfasst.
 - Bei Sitzungen mit Triggerposition werden Diagnosen nach ICD-10-GM erfasst.
 - 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.

2.1. Diagnoseerfassung

- ¹ 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.

2.1.1. Mehrere Leistungen oder Sitzungen

- ¹ Werden in einer Sitzung mehrere Leistungen durchgeführt, wird die Diagnose, aus welcher der grösste Behandlungsaufwand entsteht, erfasst.

2.1.2. Symptome

- ¹ Diagnosen werden organspezifisch erfasst. Symptomcodes werden nur dann erfasst, wenn zum Zeitpunkt der Leistungserbringung keine organbezogene Diagnose zur Verfügung steht (s. auch Abs. 2.1.3 Verdachtsdiagnosen).

2.1.3. 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.

2.1.4. 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.

2.1.5. Erkrankungen nach medizinischen Massnahmen

- ¹ 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.

2.1.6. Syndrome, Neubildungen, zugrunde liegende Krankheiten

- ¹ 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).

2.1.7. Geburtshilfe

- ¹ Zur Diagnosestellung bei Geburten wird sich an der Art der Geburt orientiert. Bei geburtshilflichen 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:
 - Es wird immer mindestens eine (1) Hauptleistung erfasst.
 - Wird eine geplante Behandlung nicht durchgeführt, werden die zugehörigen Leistungen nicht erfasst.
 - 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. Analogiecodes und Reservecodes

- ¹ Wird ein bestehender Code des LKAAT anders verwendet als bezeichnet, so handelt es sich um eine «Analogieleistung». Analogieleistungen dienen zur Abrechnung von Leistungen, welche im aktuellen LKAAT noch nicht abgebildet sind. Zur Ablösung der Analogieleistungen werden entsprechende Codes im LKAAT über das Antragsverfahren beantragt. Analogiecodierungen sind ausschliesslich nach Vorgaben der OAAT zulässig.
- ² 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.
- ³ Eine Übersicht über aktuell gültige und vergangene und Analogie- und Reservecodes ist auf der Webseite OAAT einsehbar und gilt als verbindlich für die Leistungserfassung.