
Änderungen gegenüber Version 1.38 / Release 11.06.2008:

Neue PIK-Entscheide:

- 07038: Hausbesuche und Heimbefuche durch Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes
- 08015: Tarifinterpretation 04.03.04 und 04.03.01
- 08044: 15.0190, Analyse Heimspirometrie

Nummer 03033	Verrechnung von Notfallzuschlägen bei bildgebenden Verfahren
Gültig ab	02.02.2004
Gültigkeitsbereich	00.08
Beschluss	<p>Bei bildgebenden Verfahren können Notfallzuschläge ebenfalls verrechnet werden. Es gelten die Notfallkriterien gemäss medizinischer Interpretation. Beispiele für typische Notfälle im Röntgeninstitut:</p> <ul style="list-style-type: none">• Verdacht auf ausgedehnte Trümmerfrakturen• Schädelblutungen• Organruptur• bildgebende Abklärung bei lebensbedrohlichen Zuständen, welche eine unverzügliche Therapie erfordern.

Nummer 05008 **Korrekte Abrechnung Osteodensitometrie mit axialer DEXA (durch Nicht-Radiologen)**

Gültig ab 01.03.2005

Gültigkeitsbereich 39.1950

Beschluss Verrechnungsbeispiel:
00.0010 Konsultation, erste 5 Minuten
39.1950 Osteodensitometrie mit axialer DEXA
39.2140 Technische Grundleistung 0, Röntgen
Osteodensitometrie, ambulanter Patient.

Der Bericht ist bereits durch die Position 39.1950 abgegolten (KI-39-1). Weiter ist auch die Verrechnung der Leistungen in Abwesenheit des Patienten (00.0140) in Zusammenhang mit der Osteodensitometrie nicht anzuwenden.

Nummer 05028 Augenverband im Anschluss an Katarakt-Operation**Gültig ab** 14.07.2005**Gültigkeitsbereich** 01.0310, 08.2760

Beschluss Gemäss KI-01-6 sind unmittelbar nach Operationen/Interventionen angelegte Verbände in den entsprechenden Tarifpositionen inbegriffen, ausser es handelt sich um Taping (01.02), Härtende Verbände (01.03) oder Spezialverbände (01.03). Beim beurteilten Antrag handelt es sich um einen Verband im Anschluss an eine Kataraktoperation oder Vitrektomie (Augenkörbchen aus Plastik mit Tupfern). Hierbei handelt es sich nicht um einen Spezialverband im Sinne der Tarifposition 01.0310. Demnach ist dieser Verband in der entsprechenden Tarifposition der Operation enthalten und nicht separat verrechenbar.

Nummer 05037 **Gynäkologische präventive Untersuchung und
Untersuchung der Mammae**

Gültig ab 14.07.2005

Gültigkeitsbereich 22.0020, 23.0010

Beschluss Die Untersuchung der Mammae (Tarifposition 23.0010) ist in
der Tarifposition 22.0020, Gynäkologische präventive
Untersuchung, als alleinige gynäkologische Leistung nicht
eingerechnet. Die PIK nimmt zur Kostenübernahme von
Präventivuntersuchungen keine Stellung.

Nummer 05039

Mehrlagenverbände / Druckverbandsysteme

Gültig ab

07.09.2005

Gültigkeitsbereich

01.0010, 01.0020, 01.0120, 01.0310

Beschluss

Mehrlagenverbände / Druckverbandsysteme müssen mittels entsprechender Tarifposition aus Kapitel 01.01 oder 01.04 abgerechnet werden. Eine zusätzliche Verrechnung eines Tapings ist nicht zulässig. Die Wundreinigung/Wundtoilette und die Beurteilung durch den Facharzt werden separat über die dafür vorgesehenen Positionen (Kapitel 00.01.01, 00.03.03, 04.02.02) verrechnet.

Nummer 05041 **Hautplastik als abrechenbarer Zusatzeingriff**

Gültig ab 10.11.2005

Gültigkeitsbereich GI-23

Beschluss Gemäss GI-23 ist der gewöhnliche operative Wundverschluss integraler Leistungsinhalt einer Tarifposition. Dies gilt für Wundverschlüsse in folgendem Sinn:
Bei einem gewöhnlichen operativen Wundverschluss wird die vorerst geöffnete Wunde mit einer Naht bzw. ohne zusätzliche Hautinzision (Lappenplastik, usw.) wieder verschlossen.

b) Der Arzt erbringt folgende Zeit- und Handlungsleistungen:

17 Min. Konsultation und 12 Min. kleine Untersuchung

Effektiver Zeitaufwand total: 29 Min.

Falsche Abrechnung: 1 x 00.0010, 4 x 00.0020, 1 x 00.0030, 1 x 00.0410

Korrekte Abrechnung: 1 x 00.0010, 2 x 00.0020, 1 x 00.0030, 1 x 00.0410

c) Der Arzt erbringt folgende Zeit- und Handlungsleistungen:

13 Min. Konsultation und umfassende rheumatologische Untersuchung
21 Min.

Effektiver Zeitaufwand total: 34 Min.

Falsche Abrechnung: 1 x 00.0010, 1 x 00.0030, 1 x 00.0440

Berechnung falsche Abrechnung: 34 Min. minus 25 statt 21 Min.

(Minutage 00.0440) = 9 statt 13 Min. = Konsultationszeit

Korrekte Abrechnung: 1 x 00.0010, 1 x 00.0020, 1 x 00.0030, 1 x 00.0440

Nummer 05051-B Abrechnung der ärztlichen Leistungen nach TARMED in Kombination mit zahnärztlichen/kieferchirurgischen Leistungen nach SSO-Tarif

Gültig ab 15.11.2006
Gültigkeitsbereich 07.02, 07.03, 07.04, 07.05, 07.07, 07.08, 07.09, 07.10, 07.11, 07.12, 11.02.01, 11.02.02, 11.02.03, 35.01, 35.03
11.0710-11.0820, 28.0010-28.0160
SSO Tarifpositionen

Beschluss:***Dieser PIK-Entscheid ersetzt den PIK-Entscheid I-05051***

Die Änderungen gegenüber PIK-Entscheid I-05051 betreffen den Abschnitt A, Punkt 2, 4.Absatz und den Abschnitt B, Punkt 4, 4.Absatz: Der Begriff "effektive Anästhesiezeit" wird gestrichen.

Grundsatz:

Die Übergangsregelung kommt nur zur Anwendung, wenn

- SSO-Leistungen unter Narkose im Operationssaal erbracht werden oder
- SSO-Leistungen in Kombination mit TARMED-Leistungen unter Narkose im Operationssaal erbracht werden.

Werden ausschliesslich TARMED-Leistungen abgerechnet, gelten ausschliesslich die Bestimmungen gemäss TARMED.

A. Abrechnung von SSO-Leistungen unter Narkose im Operationssaal

1. Die zahnärztlichen Leistungen werden mit den Tarifziffern des SSO-Tarifs abgerechnet.
2. Die Anästhesieleistungen werden mit den Tarifziffern des TARMED abgerechnet, und zwar mit den entsprechenden Risikoklassen gemäss Anhang:

Werden während einer Operation mehrere Leistungen erbracht, die unterschiedlichen Anästhesie-Risikoklassen angehören, so kommt für die „Perioperative Betreuung“, die „Ein- und Ausleitung“ sowie die „Tätigkeit des Anästhesisten während operativer Versorgung“ jene Risikoklasse zur Anwendung, welche der Leistung mit der höchsten Anästhesie-Risikoklasse entspricht.

Für Eingriffe bei Kindern unter 2 Jahren gilt grundsätzlich Anästhesie-Risikoklasse III.

Basis für die verrechenbare Anästhesiezeit während der operativen Versorgung (28.0140, 28.0150) ist die Schnitt-Naht-Zeit gemäss Anästhesieprotokoll. Das Anästhesieprotokoll ist dem Kostenträger unaufgefordert unter Angabe der Rechnungsnummer unentgeltlich zuzustellen.

3. Die für die Anästhesieleistung verwendeten Verbrauchsmaterialien und Anästhetika sind gemäss GI-20 und KI-28-3 zusätzlich verrechenbar.
4. Die ärztliche Assistenz wird mit Ziffer 4980 oder 4981 des SSO-Tarifs abgerechnet.
5. Die Abgeltung für die Benützung des Operationssaales erfolgt mit Ziffer 4983 des SSO-Tarifs.
6. Die Abgeltung der Bettbenützung und Überwachung erfolgt mit Ziffer 4985 und 4986

des SSO-Tarifs.

7. Für die Verrechnung von Verbrauchsmaterial gelten die Bestimmungen gemäss SSO-Tarif, Ziffer 4983.

B Abrechnung von SSO-Leistungen in Kombination mit TARMED-Leistungen unter Narkose im Operationssaal

1. Die zahnärztlichen Leistungen werden mit den Tarifziffern des SSO-Tarifs abgerechnet.
2. Die TARMED-Leistungen werden mit den Tarifziffern des TARMED abgerechnet.
3. Wenn Leistungen oder Teilleistungen sowohl im SSO wie auch im TARMED aufgeführt sind, so ist die wirtschaftlichere Variante zu wählen.
4. Die Anästhesieleistungen werden mit den Tarifziffern des TARMED abgerechnet, und zwar mit entsprechenden Risikoklassen gemäss Anhang für die SSO-Leistungen und gemäss TARMED für die TARMED-Leistungen:

Werden während einer Operation mehrere Leistungen erbracht, die unterschiedlichen Anästhesie-Risikoklassen angehören, so kommt für die „Perioperative Betreuung“, die „Ein- und Ausleitung“ sowie die „Tätigkeit des Anästhesisten während operativer Versorgung“ jene Risikoklasse zur Anwendung, welche der Leistung mit der höchsten Anästhesie-Risikoklasse entspricht.

Für Eingriffe bei Kindern unter 2 Jahren gilt grundsätzlich Anästhesie-Risikoklasse III.

Basis für die verrechenbare Anästhesiezeit während der operativen Versorgung (28.0140, 28.0150) ist die Schnitt-Naht-Zeit gemäss Anästhesieprotokoll. Das Anästhesieprotokoll ist dem Kostenträger unaufgefordert unter Angabe der Rechnungsnummer unentgeltlich zuzustellen.

5. Die für die Anästhesieleistung verwendeten Verbrauchsmaterialien und Anästhetika sind gemäss GI-20 und KI-28-3 zusätzlich verrechenbar.
6. Die nichtärztliche Betreuung wird mit den TARMED-Tarifziffern aus Kapitel 35.03 abgerechnet.
7. Bei TARMED-Tarifziffern ist die ärztliche Assistenz integraler Bestandteil der Tarifpositionen und damit abgegolten. Die ärztliche Assistenz bei den zahnärztlichen Leistungen des SSO-Tarifs wird mit Ziffer 4980 oder 4981 des SSO-Tarifs abgerechnet.
8. Die Abgeltung für die Benützung des Operationssaales erfolgt mit Ziffer 4983 des SSO-Tarifs. Zusätzlich darf die Technische Grundleistung Operationssaal des TARMED-Tarifs (Kapitel 35.01) abgerechnet werden, wobei die Kapitelinterpretation KI-35.01-1 Mehrfacheingriffe zu berücksichtigen ist.
9. Die Verrechnung von Verbrauchsmaterial im Zusammenhang mit SSO-Tarifpositionen erfolgt gemäss SSO-Tarif Ziffer 4983. Für die Verrechnung von Verbrauchsmaterial im Zusammenhang mit TARMED-Tarifziffern gelten die Bestimmungen der GI-20 im TARMED-Tarif. Verbrauchsmaterial, das gemäss Erläuterung der SSO-Tarifposition 4983 durch diese Tarifposition abgegolten ist, darf nicht nochmals einzeln gemäss GI-20, TARMED verrechnet werden.

Anhang:**A) Erläuterungen zur Verrechenbarkeit der Anästhesie-Risikoklasse III bei zahnärztlichen und kieferchirurgischen Eingriffen, die gemäss SSO-Tarif abgerechnet werden**

In den folgenden Fällen kann die Anästhesie-Risikoklasse III für die gesamte Schnitt-Naht-Zeit (gemäss Anästhesie-Protokoll) abgerechnet werden (selektiv):

- Wenn eine Leistung aus dem Kapitel V oder VI erbracht wird, die mit der Anästhesie-Risikoklasse III bezeichnet ist (siehe Abschnitt B).
- Bei Kindern unter 2 Jahren.
- Wenn aus dem Anästhesie-Protokoll hervorgeht, dass der Patient aufgrund seiner geistigen, psychischen oder körperlichen Verfassung unkooperativ war.
- Wenn aus dem Anästhesie-Protokoll hervorgeht, dass es sich um einen Patienten mit ASA-Klasse 3 oder höher handelt.

In allen anderen als den oben beschriebenen Fällen kann die Anästhesie-Risikoklasse II abgerechnet werden.

Die Anästhesie-Risikoklassen I und IV werden nicht verrechnet.

B) Anästhesie-Risikoklassen im SSO-Tarif (Zahnarztтарif), Kapitel V und VI:**Kapitel V:
Zahnärztl. Chirurgie, Oralchirurgie**

Pos. Nr. SSO-Tarif	Anästhesie-RK
4200 - 4211	III
4212	II
4213 - 4224	III
4225 - 4226	II
4227 - 4248	III
4250	Keine RK
4251 - 4269	III
4270 - 4271	II
4272 - 4282	III
4283 - 4284	II
4285 - 4286	III
4287	II
4288	III
4290	II
4291 - 4295	III
4296 - 4299	III

**Kapitel VI:
Kieferchirurgie**

Pos. Nr. SSO-Tarif	Anästhesie-RK
4300 - 4325	III
4326 - 4328	Keine RK
4330 - 4334	II
4335 - 4337	III
4340 - 4342	II
4344 - 4355	III
4356	Keine RK
4357 - 4361	III
4363 - 4365	II
4366	III
4367 - 4368	II
4370 - 4394	III

Nummer 05058 **Morphinpumpenfüllung**

Gültig ab 04.01.2006

Gültigkeitsbereich 00.0010, 00.0730

Beschluss Die Morphinpumpenfüllung ist nicht einzeln tarifiert. Sie ist mit
Tarifpositionen aus dem Kapitel 00 abzurechnen
(Grundkonsultation, Punktion/Injektionen).

Nummer 06010 **Psychologische Diagnostik**

Gültig ab 01.04.2006

Gültigkeitsbereich kein Referenzbereich

Beschluss Personen welche die Neuropsychologie selbständig und auf eigene Rechnung ausüben, sind gemäss KVG keine zugelassenen Leistungserbringer. In der aktuell gültigen TARMED-Version ist die Neuropsychologie nicht tarifiert. Im UV/IV/MV Bereich ist die Neuropsychologie durch bilaterale Vereinbarungen geregelt.

Dieser PIK-Entscheid ersetzt den PIK-Entscheid 05040.

Nummer 06013 **Tarifpositionen der Anästhesie (LB-52) in der gleichen Sitzung wie der Eingriff**

Gültig ab 24.05.2006

Gültigkeitsbereich LB-52
28.0010, 28.0030 - 28.0180

Beschluss Die Tarifpositionen des LB-52 dürfen in der gleichen Sitzung wie der Eingriff abgerechnet werden. Sie sind unter der EAN - Nummer des Anästhesisten abzurechnen.

Nummer 06026**Bestrahlungspläne****Gültig ab**

14.12.2006

Gültigkeitsbereich

32.0240, 32.0260

Beschluss

Ein Elektronenboost ist in der Regel eine neue Bestrahlungsphase (meist nur die letzten paar Tage einer mehrwöchigen Behandlung) und kann und soll somit separat geplant werden. Es handelt sich auch nicht um das gleiche, sondern um ein neu definiertes, klinisch oder radiologisch festzustellendes Bestrahlungsvolumen. Zudem richtet es sich zum Beispiel nach der noch verbliebenen Grösse eines Tumorrestes. Es kann auch vorkommen, dass gleichzeitig die Bestrahlung mehrerer Volumina begonnen wird. z.B. eine 3-D geplante Bestrahlung eines grossen Beckentumors und eine ohne Computer geplante Bestrahlung einer Rippenmetastase mit einem Elektronenfeld. Auch in diesem Fall ist die Abrechnung beider Positionen gerechtfertigt. In den beiden beschriebenen Fällen handelt es sich nicht um Kumulationen der beiden betreffenden Positionen.

Die PIK ist aber einverstanden mit einem Kumulationsverbot von Bestrahlungsplänen für das gleiche Volumen in der gleichen Bestrahlungsphase. Wenn ein Elektronenfeld Teil eines Photonenplanes ist, kann es gleichzeitig mit diesem Plan am Planungscomputer berechnet werden.

Die Interpretation wird wie folgt ergänzt:

32.0260: Menge: 1 mal pro Bestrahlungsphase /und Volumen, nicht kumulierbar mit 32.0240

32.0240: Menge: 1 mal pro Bestrahlungsphase /und Volumen, nicht kumulierbar mit 32.0260

Nummer 06028	02.0260, Leistung in Abwesenheit des Patienten durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.
Gültig ab	14.12.2006
Gültigkeitsbereich	02.0260
Beschluss	Berichte gemäss Art. 3, KLV sind mit den Pos. 00.2285 (Nicht formalisierter Bericht, 11 bis 35 Zeilen Text) und Pos. 00.2295 (+ nicht formalisierter Bericht, jede weiteren 35 Zeilen Text) abzurechnen.

Nummer 07002 Perioperative Betreuung und zusätzliche Leistungen**Gültig ab** 19.06.2007**Gültigkeitsbereich** 00.0010, 00.0050, 00.0110, 00.0140, 28.0010, 28.0030,
28.0040, 28.0050, 28.0060**Beschluss** Das Aktenstudium und die Administration/Operationsvorbereitung (Anmeldung für die Narkose, Auswerten des Narkosevorbereitungs-bogen, Labor- und Röntgenverordnungen, spezifische Abklärungen bei Risikopatienten oder Patienten mit erschweren Voraussetzungen usw.) sind integrale Bestandteile der Anästhesieleistung und in der perioperativen Betreuung enthalten. Die zusätzliche Verrechnung der Tarifposition 00.0140 Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium) für diese Tätigkeiten durch den Anästhesiearzt ist nicht statthaft.

Nummer 07006

Wegentschädigung

Gültig ab

23.04.2007

Gültigkeitsbereich

00.0095

Beschluss

Das Spital gilt für einen Belegarzt als zweiter Arbeitsplatz.
Gemäss TARMED kann keine Wegentschädigung für die Wegzeit
zwischen den Arbeitsplätzen vergütet werden.

Nummer 07019 **KI-02.04-1 Verrechenbarkeit nicht ärztlicher ambulanter psychiatrischer Leistungen**

Gültig ab 19.06.2007

Gültigkeitsbereich KI-02.04-1

Beschluss Bei Not- und Krisensituationen kann die Limitierung von vier Stunden wöchentlich im Sinne eines Durchschnitts auf drei Monate hochgerechnet werden. Die verrechneten Leistungen dürfen im Durchschnitt von drei Monaten gerechnet vier Stunden pro Woche nicht überschreiten.

Nummer 07031	Osteodensitometrie, mit axialer DEXA im Rahmen eines Konsiliums
Gültig ab	07.09.2007
Gültigkeitsbereich	00.2110, 39.1950
Beschluss	Im Rahmen einer konsiliarischen Beratung kann auch eine Osteodensitometrie mit axialer DEXA durchgeführt werden.

Nummer 07036

Operateur und Anästhesist in einer Person

Gültig ab

17.12.07

Gültigkeitsbereich

28.01

Beschluss

KI-28-1 „Die Leistungen des Facharztes für Anästhesie für eine Anästhesie sind Teile eines Leistungsblockes und deshalb in einer Sitzung durch den gleichen Facharzt nur unter sich kumulierbar, ansonsten mit keiner anderen Tarifposition. Ausgenommen sind die Tarifpositionen Notfallzuschläge, Kapitel [00.08]“

Dies bedeutet auch, dass die Leistungen des Operateurs und die Leistungen des Anästhesisten im Zusammenhang mit dem gleichen Eingriff nicht durch ein und dieselbe Person erbracht werden können.

Nummer 07038 **Hausbesuche und Heimbefuche durch Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes**

Gültig ab 03.07.2008

Gültigkeitsbereich 02.0010, 02.0020

Beschluss

Die PIK nimmt zur Kenntnis, dass auch der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie wie auch der Kinder- und Jugendpsychiater medizinisch indiziert den Patienten an seinem Aufenthaltsort aufsuchen muss und dies auch ausserhalb einer Krisenintervention. Muss der Facharzt diese Leistungen als Arzt aus einem Spital oder einer spitalähnlichen Institution heraus erbringen, so können weder die Besuchspositionen noch die Wegentschädigung als Zuschlagsleistung zum Besuch abgerechnet werden.

Als Übergangslösung für eine medizinisch begründete Wegentschädigung empfiehlt die PIK die ersten 5 Minuten der Sitzung mittels 00.0060 abzurechnen. Dadurch wird es möglich, die Tarifposition 00.0095 in Rechnung zu stellen. Daraus darf kein Rechtsanspruch abgeleitet werden.

Nummer 07039 Konsultation anlässlich einer bildgebenden Untersuchung**Gültig ab** 07.01.08**Gültigkeitsbereich** 00.0010, 39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016**Beschluss** Fachärzte mit der qualitativen Dignität Medizinische Radiologie / Radiodiagnostik dürfen in der gleichen Sitzung die Grundkonsultation/Betriebsstelle Radiologie (39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016) nicht mit der Konsultation der allgemeinen Grundleistungen (00.0010ff) kombinieren (vgl. KI-39-9).

Die Abgeltung für allgemeine ärztliche Leistungen am Patienten durch den Facharzt für medizinische Radiologie/Radiodiagnostik anlässlich bildgebender Untersuchungen und die Abgeltung für die Administrativ-Pauschale erfolgt mit den Tarifpositionen 39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016.

Bittet der Patient den Radiologen um Auskunft betreffend die Befundung resp. Diagnose aufgrund der bildgebenden Untersuchung, darf dies nicht zusätzlich mit einer Konsultation (00.0010ff) abgerechnet werden.

Nichtradiologen dürfen die Tarifpositionen 39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016 nicht in Rechnung stellen.

Dieser PIK-Entscheid ersetzt die PIK-Entscheide 03030 und 03034.

Nummer 08010.2_A SP päd. Endokrinologie-Diabetologie**Gültig ab** 11.06.2008**Gültigkeitsbereich** 00.0450, 00.1550, 00.1910, 00.1920, 00.1930, 00.1940, 00.1950, 00.1960, 00.1970, 00.1980, 00.1990, 00.2000, 00.2010, 00.2020, 00.2030, 00.2040, 00.2050, 00.2060, 00.2070, 00.2080, 39.3230**Beschluss** Auf Empfehlung der PaKoDig beschliesst die PIK: Ärzte mit dem Schwerpunkt Pädiatrische Endokrinologie-Diabetologie können die im Gültigkeitsbereich aufgelisteten Tarifiziffer zusätzlich zu den Ihnen aufgrund ihrer „Qualitativen Dignität“ geöffneten Tarifiziffern als Leistung erbringen und dem Kostenträger in Rechnung stellen.**Nummer 08010.2_B SP päd. Gastroenterologie****Gültig ab** 11.06.2008**Gültigkeitsbereich** 19.0010, 19.0020, 19.0030, 19.0040, 19.0050, 19.0100, 19.0110, 19.0120, 19.0130, 19.0140, 19.0150, 19.0160, 19.0210, 19.0220, 19.0230, 19.0240, 19.0250, 19.0260, 19.0270, 19.0280, 19.0290, 19.0300, 19.0310, 19.0320, 19.0330, 19.0340, 19.0350, 19.0360, 19.0370, 19.0380, 19.0390, 19.0410, 19.0420, 19.0430, 19.0440, 19.0450, 19.0460, 19.0470, 19.0480, 19.0490, 19.0500, 19.0510, 19.0520, 19.0530, 19.0540, 19.0550, 19.0560, 19.0570, 19.0580, 19.0590, 19.0600, 19.0610, 19.0710, 19.0720, 19.0730, 19.0740, 19.0750, 19.0760, 19.0770, 19.0780, 19.0790, 19.0800, 19.0810, 19.0820, 19.0830, 19.0840, 19.0850, 19.0860, 19.0870, 19.0880, 19.0910, 19.0920, 19.0930, 19.0940, 19.0950, 19.0960, 19.0970, 19.0980, 19.0990, 19.1000, 19.1010, 19.1020, 19.1030, 19.1040, 19.1050, 19.1060, 19.1070, 19.1080, 19.1090, 19.1100, 19.1110, 19.1120, 19.1130, 19.1140, 19.1150, 19.1160, 19.1170, 19.1180, 19.1190, 19.1200, 19.1210, 19.1220, 19.1230, 19.1240, 19.1250, 19.1260, 19.1270, 19.1280, 19.1290, 19.1300, 19.1310, 19.1320, 19.1330, 19.1340, 19.1350, 19.1360, 19.1370, 19.1380, 19.1390, 19.1400, 19.1410, 19.1440, 19.1450, 19.1460, 19.1470, 19.1480, 19.1490, 19.1500, 19.1510, 19.1520, 19.1710, 19.1720, 19.1730, 19.1800, 19.1810, 19.1820, 19.1830, 19.1840, 19.1870, 20.0010, 20.0710, 20.0720, 20.1640, 39.0590, 39.0600, 39.0610, 39.0620, 39.0630, 39.0640, 39.0700, 39.0710, 39.0720, 39.3240, 39.3250, 39.3260, 39.3265, 39.3270, 39.3280, 39.3300, 39.3310, 39.3320, 39.3340, 39.3515, 39.3660, 39.3700, 39.3710, 39.3790, 39.6820, 39.6830, 39.6860, 39.6870**Beschluss** Auf Empfehlung der PaKoDig beschliesst die PIK: Ärzte mit dem Schwerpunkt Pädiatrische Gastroenterologie können die im Gültigkeitsbereich aufgelisteten Tarifiziffer zusätzlich zu den

Ihnen aufgrund ihrer „Qualitativen Dignität“ geöffneten Tarifizern als Leistung erbringen und dem Kostenträger in Rechnung stellen.

Nummer 08010.2_C SP päd. Kardiologie**Gültig ab** 11.06.2008**Gültigkeitsbereich** 00.0980, 00.0990, 00.0995, 00.0996, 05.0330, 15.0300, 17.0020, 17.0030, 17.0050, 17.0070, 17.0090, 17.0100, 17.0110, 17.0120, 17.0140, 17.0150, 17.0170, 17.0180, 17.0190, 17.0200, 17.0210, 17.0220, 17.0230, 17.0240, 17.0250, 17.0260, 17.0270, 17.0280, 17.0290, 17.0300, 17.0310, 17.0500, 17.0510, 17.0670, 17.0680, 17.0710, 17.0720, 17.0730, 17.0740, 17.0750, 17.0760, 17.0770, 17.0780, 17.0790, 17.0800, 17.0810, 17.0820, 17.0830, 17.0840, 17.0850, 17.0860, 17.0870, 17.0880, 17.0910, 17.0920, 17.0930, 17.0940, 17.0950, 17.1010, 17.1020, 17.1030, 17.1040, 17.1050, 17.1060, 17.1070, 17.1080, 17.1085, 17.1086, 17.1090, 17.1110, 17.1120, 17.1130, 17.1140, 17.1150, 17.1160, 17.1170, 17.1180, 17.1190, 17.1200, 17.1210, 17.1220, 17.1230, 17.1240, 17.1250, 17.1260, 17.1270, 17.1280, 17.1310, 17.1320, 17.1330, 17.1340, 17.1350, 17.1360, 17.1370, 17.1380, 17.1390, 17.1400, 17.1410, 17.1510, 17.1520, 17.1530, 17.1540, 17.1550, 17.1560, 17.1570, 17.1580, 17.1590, 17.1600, 17.1610, 17.1620, 17.1630, 17.1640, 17.1650, 17.1660, 17.1670, 17.1680, 17.1690, 17.1710**Beschluss** Auf Empfehlung der PaKoDig beschliesst die PIK: Ärzte mit dem Schwerpunkt Pädiatrische Kardiologie können die im Gültigkeitsbereich aufgelisteten Tarifizern zusätzlich zu den Ihnen aufgrund ihrer „Qualitativen Dignität“ geöffneten Tarifizern als Leistung erbringen und dem Kostenträger in Rechnung stellen.**Nummer 08010.2_D SP päd. Nephrologie****Gültig ab** 11.06.2008**Gültigkeitsbereich** 00.1330, 00.1560, 20.0780, 21.1000, 21.1110, 39.3260, 39.3270, 39.3280, 39.6710, 39.6720, 39.6730**Beschluss** Auf Empfehlung der PaKoDig beschliesst die PIK: Ärzte mit dem Schwerpunkt Pädiatrische Nephrologie können die im Gültigkeitsbereich aufgelisteten Tarifizern zusätzlich zu den Ihnen aufgrund ihrer „Qualitativen Dignität“ geöffneten Tarifizern als Leistung erbringen und dem Kostenträger in Rechnung stellen.

Nummer 08010.2_E SP päd. Onkologie-Hämatologie**Gültig ab** 11.06.2008**Gültigkeitsbereich** 00.1320, 00.1430, 00.1440, 00.1530, 00.1540, 05.0110

Beschluss Auf Empfehlung der PaKoDig beschliesst die PIK: Ärzte mit dem Schwerpunkt Pädiatrische Onkologie-Hämatologie können die im Gültigkeitsbereich aufgelisteten Tarifiziffer zusätzlich zu den Ihnen aufgrund ihrer „Qualitativen Dignität“ geöffneten Tarifiziffern als Leistung erbringen und dem Kostenträger in Rechnung stellen.

Nummer 08010.2_F SP Neuropädiatrie**Gültig ab** 11.06.2008

Gültigkeitsbereich 05.0120, 05.0210, 05.0220, 05.0230, 05.0240, 05.0250, 05.0260, 05.0270, 05.0280, 05.0290, 05.0300, 05.0310, 05.0320, 05.0330, 05.0410, 05.0420, 05.0430, 05.0440, 05.0450, 05.0460, 05.0470, 05.0480, 05.0490, 05.0500, 05.0510, 05.0520, 05.0530, 05.0540, 05.0550, 05.0560, 05.0610, 05.0620, 05.0630, 05.0640, 05.0650, 05.0660, 05.0670, 05.0680, 05.0690, 05.0710, 09.0610, 09.0620, 09.0630, 09.0640, 09.0650, 09.0660, 11.0010, 15.0710, 15.0730, 15.0750, 39.3515, 39.3620

Beschluss Auf Empfehlung der PaKoDig beschliesst die PIK: Ärzte mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie können die im Gültigkeitsbereich aufgelisteten Tarifiziffer zusätzlich zu den Ihnen aufgrund ihrer „Qualitativen Dignität“ geöffneten Tarifiziffern als Leistung erbringen und dem Kostenträger in Rechnung stellen.

Nummer 08010.2_G SP päd. Pneumologie

Gültig ab	11.06.2008
Gültigkeitsbereich	04.0050, 04.0060, 04.0075, 04.0076, 04.0100, 04.0110, 04.0125, 04.0130, 04.0140, 04.0155, 05.0560, 10.0020, 10.0030, 12.0020, 12.0030, 13.0020, 13.0030, 13.0270, 15.0010, 15.0020, 15.0030, 15.0040, 15.0050, 15.0060, 15.0110, 15.0150, 15.0160, 15.0170, 15.0180, 15.0190, 15.0200, 15.0210, 15.0220, 15.0230, 15.0240, 15.0250, 15.0260, 15.0270, 15.0280, 15.0290, 15.0300, 15.0320, 15.0340, 15.0350, 15.0360, 15.0410, 15.0420, 15.0430, 15.0440, 15.0450, 15.0460, 15.0470, 15.0480, 15.0490, 15.0500, 15.0510, 15.0520, 15.0530, 15.0540, 15.0550, 15.0560, 15.0570, 15.0580, 15.0590, 15.0600, 15.0610, 15.0620, 15.0630, 15.0640, 15.0710, 15.0720, 15.0730, 15.0740, 15.0750, 16.0810, 16.0820, 16.0830, 16.0840, 16.0850, 16.0860, 17.0090

Beschluss Auf Empfehlung der PaKoDig beschliesst die PIK: Ärzte mit dem Schwerpunkt Pädiatrische Pneumologie können die im Gültigkeitsbereich aufgelisteten Tarifiziffer zusätzlich zu den Ihnen aufgrund ihrer „Qualitativen Dignität“ geöffneten Tarifiziffern als Leistung erbringen und dem Kostenträger in Rechnung stellen.

Nummer 08010.2_H SP päd. Rheumatologie

Gültig ab	11.06.2008
Gültigkeitsbereich	00.0430, 00.0440, 00.1580, 24.0150
Beschluss	Auf Empfehlung der PaKoDig beschliesst die PIK: Ärzte mit dem Schwerpunkt Pädiatrische Rheumatologie können die im Gültigkeitsbereich aufgelisteten Tarifiziffer zusätzlich zu den Ihnen aufgrund ihrer „Qualitativen Dignität“ geöffneten Tarifiziffern als Leistung erbringen und dem Kostenträger in Rechnung stellen.

Nummer 08011 **ICD-Wechsel, richtlinienkonforme Funktionsprüfung**

Gültig ab 07.05.2008

Gültigkeitsbereich 17.1630

Beschluss Bei der Einlage eines ICD-Systems ist die standardmässige Funktionsprüfung bereits mit der Tarmedposition 17.1630 abgegolten.

Nummer 08014 Konsiliarische Beratung**Gültig ab** 11.06.2008**Gültigkeitsbereich** 00.2110**Beschluss**

Werden im Rahmen von spitalinternen onkologischen Tumor-Boards interdisziplinäre Fallbesprechungen von ambulanten Patienten durchgeführt, so können die Leistungen des behandelnden Spitalarztes nicht als Konsilium abgerechnet werden, sofern nicht explizit ein Konsilium von einem spitalexternen Arzt verlangt worden ist. Erfolgt die Fallbesprechung in Abwesenheit des Patienten, können der behandelnde Spitalarzt sowie allfällige weitere an den Fallbesprechungen beteiligte spitalinterne Fachärzte ihre Aufwendungen mit der Position 00.0140 "Leistung in Abwesenheit des Patienten" verrechnen.

Weitere am Tumor-Board anwesende Medizinalpersonen (z.B. Assistenzärzte) können keine TARMED-Leistungen verrechnen. Wird für die interdisziplinäre Fallbesprechung ein externer, vom Spital nicht besoldeter Spezialarzt zugezogen, so kann dieser ein Konsilium verrechnen. Der zugezogene externe Spezialarzt stellt dem Kostenträger das Konsilium direkt in Rechnung. Betreffend die Rechnungsstellung interdisziplinärer onkologischer Fallbesprechungen von stationären Patienten kann die PIK keine Aussagen machen, kommen hier nämlich nicht TARMED-Bestimmungen sondern andere bilaterale Verträge und Regelungen zur Anwendung.

Nummer 08015 Tarifinterpretation 04.03.04 und 04.03.01

Gültig ab 03.07.2008

Gültigkeitsbereich 04.03.04, 04.03.01

Beschluss Bei Tarifpositionen mit einem definierten Flächenmass in cm² gilt der Grundsatz, dass die Leistung mit jener Tarifposition / mit jenen Tarifpositionen abzurechnen ist, die der effektiv durchgeführten Tätigkeit entspricht.

Es gilt der Grundsatz, dass sich die zu verrechnende Fläche auf die Tätigkeit bezieht, welche durch die entsprechende(n) Tarifposition(n) abgegolten wird.

Im Unterkapitel 04.03.04 "Lappenhebung" bezieht sich die Flächenangabe in cm² auf jene Fläche des gehobenen Lappens, die zur Behebung des "Defektes" notwendig ist.

Im Unterkapitel 04.03.01 "Haut, Weichteile: Wundverschluss mittels plastischer Massnahmen" bezieht sich die Flächenangabe in cm² auf jene Fläche, die zur Behebung des "Defektes" mittels plastischer Massnahmen notwendig ist.

Nummer 08017 Arbeit in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium)

Gültig ab 10.03.2008

Gültigkeitsbereich 00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260, 02.0360

Beschluss Als Aktenstudium gilt das patientenbezogene Studium von Fremdakten (Lesen und Beurteilung ausführlicher fremder Akten, also nicht das Lesen der selbst verfassten Krankengeschichte des Patienten) inkl. Studium dort zitierter Literaturstellen. Begründete Ausnahmen für das extensive Aufarbeiten von Eigenakten sind vorbehalten. Dies ist zu dokumentieren und dem Kostenträger auf Anfrage zur Verfügung zu stellen. Eine automatische Verrechnung von Leistungen in Abwesenheit des Patienten zur Einsicht in eigene Dossiers ist nicht zulässig.

Dieser PIK-Entscheid ersetzt die PIK-Entscheide 04043 und 07012.

Nummer 08021 **Korrektur Leistungstext der Tarifposition 39.3550**

Gültig ab 11.06.2008

Gültigkeitsbereich 39.3550

Beschluss 39.3550 PW/~~CW~~-Sonografie der intracraniellen Arterien
beidseits

Nummer 08022 **Korrektur des Leistungstextes und Einfügen einer neuen Interpretation in Tarifposition 39.3560**

Gültig ab 11.06.2008

Gültigkeitsbereich 39.3560

Beschluss 39.3560 Duplex-Sonografie der supraaortalen extracraniellen Arterien ~~und~~ oder Venen, beidseits:
Interpretation: Gilt für alle mediastinalen Gefässe, Aa. und Vv. subclaviae, sowie sämtliche extrakraniellen Hals- und Schädelgefässe inkl. Abgänge.

Nummer 08023 **Korrektur des Leistungstextes der Tarifposition 39.3570**

Gültig ab 11.06.2008

Gültigkeitsbereich 39.3570

Beschluss 39.3570: PW/CW-Sonografie der supraaortalen extracraniellen
Arterien ~~und~~ oder Venen beidseits

Nummer 08024	Einfügen eines Kumulationsverbots zwischen den Tarifpositionen 39.0011 und 39.0021
Gültig ab	11.06.2008
Gültigkeitsbereich	39.0011, 39.0021
Beschluss	39.0011: Grundkonsultation/Betriebsstelle Radiologie im Röntgeninstitut ausserhalb Spital, UVG/MVG/IVG nicht kumulierbar mit 39.0021: Grundtaxe für das Röntgen und die Ultraschalldiagnostik durch den Arzt in der Arztpraxis und durch Nicht-Radiologen im Spital (AIP), UVG/MVG/IVG

Nummer 08025 **Korrektur des Leistungstextes und Korrektur der Interpretation der Tarifposition 39.1330**

Gültig ab 11.06.2008

Gültigkeitsbereich 39.1330

Beschluss 39.1330: + Lokalisation und/oder Biopsie eines Mammaprozesses ~~mittels Stereotaxie:~~
Interpretation: ~~Mit spezieller stereotaktischer Mammabiopsieanlage.~~
Inkl. Einlegen eines allf. Führungsdrahtes.

Nummer 08026	Die Interpretation der Tarifposition 39.3420 wird korrigiert, die Mengenregel gestrichen
Gültig ab	11.06.2008
Gültigkeitsbereich	39.3420
Beschluss	<p>39.3420: Sonografie von Weichteilregionen, pro Region, pro Seite</p> <p>Interpretation: Alle Regionen, wie Achillessehne, Fossa poplitea (für Bakerzyste), Pleura, Muskeln, Subcutis (für Lipome u.ä.). Gilt auch für Pleura-Ultraschall.</p> <p>Als Regionen gelten die in Kapitel 39, Interpretation KI-39-12 13. aufgeführten Oberflächenregionen. Die in diesen Regionen aufgeführten Subregionen gelten nicht als weitere Regionen. 1 mal pro Region und Seite.</p> <p>Regel Menge: max. 1 mal pro Lokalisation und Sitzung</p>

Nummer 08027.1 Mengen- und Seitenregel

Gültig ab 11.06.2008

Gültigkeitsbereich 39.3440, 39.6170, 39.6400, 39.6450, 39.6460, 39.6670

Beschluss Korrekturen Seiten- und Mengenregel der Tarifpositionen
39.3440, 39.6170, 39.6400, 39.6450, 39.6460, 39.6670 wie
folgt:
39.6170, 39.6670: Streichung Seitenangabe
39.3440, 39.6400, 39.6460: Streichung Menge pro Sitzung
39.6450: neu max. 3 mal pro Seite

Nummer 08028 **Löschen des Hinweises „auf gleicher Seite“ bei den
Kumulationsverboten der Tarifpositionen 39.4070 und
39.4080**

Gültig ab 11.06.2008

Gültigkeitsbereich 39.4070, 39.4080

Beschluss Nicht kumulierbar mit:
34.4070: CT Oberbauch auf gleicher Seite
34.4080: CT gesamtes Abdomen auf gleicher Seite

Nummer 08029	Einfügen der Behandlungsart bei der Tarifposition 39.3820
Gültig ab	11.06.2008
Gültigkeitsbereich	39.3820
Beschluss	39.3820: Technische Grundleistung 2, Ultraschall gross, stationäre IPS-Patienten und Patienten in Narkose: Behandlungsart: stationär

Nummer 08031

Korrektur GI-45

Gültig ab

11.06.2008

Gültigkeitsbereich

Beschluss

GI-45: Leistungsblöcke

...

Ausgenommen sind die folgende Kapitel bzw. Tarifpositionen ~~der folgenden Kapitel:~~

- Dringlichkeitszuschläge und Notfallzuschläge, Kapitel 00.08 für alle Leistungsblöcke, ausser LB-01 und LB-14.
- Grundleistungen, Kapitel 00 für die Leistungsblöcke LB-51 und LB-56.
- Aufwachraum, Kapitel 35.02 für die Leistungsblöcke LB-05 und LB-08.
- Nichtärztliche Betreuung auf der kard-/angiologischen Überwachungsstation, Kapitel 34.01.05 für die Leistungsblöcke LB-05 und LB-08.
- 39.0010/11 und 39.0015/16 für den Leistungsblock LB-08

...

Bestimmungen für:

...

- LB-53, Alle Tarifpositionen der Bildgebenden Verfahren (ohne Grundtaxe für das Röntgen in der Arztpraxis und Angiografie ~~Mammografie/Screening~~):
Gilt nur für: Medizinische Radiologie/Radiodiagnostik

Nummer 08032	Löschen des Kumulationsverbotes zwischen den Tarifpositionen 39.3240 und 39.3280 und zwischen den Tarifpositionen 39.3260 und 39.3280. Korrektur der Interpretation der Tarifposition 39.3260
Gültig ab	11.06.2008
Gültigkeitsbereich	39.3240, 39.3260, 39.3280
Beschluss	<p>39.3240: Ultraschalluntersuchung ganzes Abdomen (Oberbauch und Unterbauch) Nicht kumulierbar mit: 39.3280 Sonografische Restharnbestimmung</p> <p>39.3260: Ultraschalluntersuchung des Urogenitalsystems, transabdominal Interpretation: Obligat darzustellende Organe: Nieren, Harnwege, Harnblase, Prostata/männliche Adnexe (Samenblase) oder Uterus/Adnexe. Inkl. allf. sonografische Restharnbestimmung Nicht kumulierbar mit: 39.3280 Sonografische Restharnbestimmung</p> <p>39.3280: Sonografische Restharnbestimmung Nicht kumulierbar mit: 39.3240: Ultraschalluntersuchung ganzes Abdomen (Oberbauch und Unterbauch) 39.3260: Ultraschalluntersuchung des Urogenitalsystems, transabdominal</p>

Nummer 08033	Löschen des Kumulationsverbotes der Tarifposition 39.3270 mit Kapitel 39.03.02.02 und Einfügen eines neuen Kumulationsverbotes mit 39.3265
Gültig ab	11.06.2008
Gültigkeitsbereich	39.3265, 39.3270
Beschluss	<p>39.3270: Ultraschalluntersuchung/Kontrolluntersuchung eines Organes transabdominal Nicht kumulierbar mit: 39.03.02.02 Ultraschall: Abdomen 39.3265 Sonografie des Verdauungstraktes</p> <p>39.3265 Sonografie des Verdauungstraktes: Nicht kumulierbar mit: 39.3270: Ultraschalluntersuchung/Kontrolluntersuchung eines Organes transabdominal</p> <p>39.03.02.02: Ultraschall: Abdomen Nicht kumulierbar mit: 39.3270 Ultraschalluntersuchung/Kontrolluntersuchung eines Organes transabdominal</p>

Nummer 08034	Korrektur der Interpretationen der Tarifpositionen 39.3408 und 39.3404, zusätzliche qualitative Dignität in der Tarifposition 39.3404
Gültig ab	11.06.2008
Gültigkeitsbereich	39.3404, 39.3408
Beschluss	<p>39.3404 Ultraschallgelenkuntersuchung übrige Gelenke, pro Seite Qualitative Dignität: FA Hüftsonografie Interpretation: Inkl. allf. dynamische u/o funktionelle Untersuchungen. Gilt nicht für Schulter, Knie und Erstuntersuchung Säuglingshüfte (siehe 39.3408). Kontrolluntersuchungen der Säuglingshüfte nur mit FA Hüftsonografie.“.</p> <p>39.3408 Ultraschallgelenkuntersuchung der Säuglingshüfte nach Graf, pro Seite Interpretation: Inkl. allf. dynamische Untersuchungen. Gilt nur für Erstuntersuchung der Säuglingshüfte. Kontrolluntersuchung der Säuglingshüfte siehe 39.3404.</p>

Nummer 08035	Korrektur Leistungstext der LG-33, Korrektur GI-47 Ergänzung fehlende Sparte (F und I) in GI-47
Gültig ab	11.06.2008
Gültigkeitsbereich	
Beschluss	<p>LG-33: Ärztliche Leistungen am Patienten durch Nichtradiologen in der Arztpraxis und im Spital, welche die Grundtaxe für das Röntgen (Röntgenraum I) und die Ultraschalldiagnostik (Ultraschall gross) in der Arztpraxis (AIP) berechtigen</p> <p>GI-47: Leistungsgruppen: - LG-32, Ärztliche Leistungen am Patienten durch den Facharzt für medizinische Radiologie/Radiodiagnostik anlässlich bildgebender Untersuchungen im Röntgeninstitut oder in der Röntgenabteilung, welche die Betriebsstelle berechtigen: Kumulierbar mit den entsprechenden technischen Grundleistungen. Gilt nur für folgende qualitative Dignität(en): Medizinische Radiologie/Radiodiagnostik Gilt nur für folgende Rolle(n): Röntgeninstitut; Spital/Klinik - LG-33, Ärztliche Leistungen am Patienten durch Nichtradiologen in der Arztpraxis und im Spital, welche die Grundtaxe für das Röntgen (Röntgenraum I) und die Ultraschalldiagnostik (Ultraschall gross) (AIP) berechtigen Kumulierbar mit den entsprechenden technischen Grundleistungen. Gilt nur für folgende Sparte: Röntgenraum I und Ultraschall gross Gilt nicht nur für folgende Rolle(n): Arzt in der Arztpraxis und Nicht-Radiologen im Spital Röntgeninstitut; Spital/Klinik</p> <p>IG-47: Groupes de prestations - GP-33, Prestations médicales fournies aux patients par des médecins non radiologues dans le cabinet médical et à l'hôpital et pour lesquelles la taxe de base pour la radiologie (salle de radiologie I) et le diagnostic par ultrasons (grand examen par ultrasons) (FAI) peut être facturée. Ne vaut que pour l'(les) unité(s) fonctionnelle(s) suivante(s):Salle de radiologie I, Grand Examen par ultrasons</p> <p>IG-47: Gruppi di prestazioni - GP-33, Prestazioni mediche fornite ai pazienti da medici non radiologi in ambulatorio e all'ospedale e per le quali può essere fatturata la tassa di base per la radiologia (sala raggi I) e la diagnostica ultrasonografica (ultrasuono grande) (FAI). è valido solo per seguente/seguenti unità funzionale/funzionali:Sala raggi I, Ultrasuono, grande</p>

Nummer 08036	Korrektur der Interpretation der Tarifpositionen 39.0050 und 39.0055
Gültig ab	11.06.2008
Gültigkeitsbereich	39.0050, 39.0055
Beschluss	<p>39.0050 (+) Zuschlag I für Kinder bis 7 Jahre Interpretation: Genereller Zuschlag für Röntgenuntersuchungen, und Ultraschalluntersuchungen, CT-Untersuchungen und MRI-Untersuchungen ohne Kontrastmittel u/o Hohlraumfüllungen.</p> <p>39.0055 (+) Zuschlag II für Kinder bis 7 Jahre Interpretation: Genereller Zuschlag für Röntgenuntersuchungen, und Ultraschalluntersuchungen, CT-Untersuchungen und MRI-Untersuchungen ohne Kontrastmittel u/o Hohlraumfüllungen.</p>

Nummer 08037**Korrektur KI-39.05-1****Gültig ab**

11.06.2008

Gültigkeitsbereich**Beschluss**

KI-39.05-1 MRI-Serie:

~~Eine erste MRI-Serie kann sowohl nativ als auch initial mit Kontrastmittel durchgeführt werden (primär enhanced), allfällig weitere Serien sind mit der Position 39.5010 abzurechnen.~~

~~Die MRI-Untersuchung besteht aus Serien/Sequenzen, welche mit oder ohne intravasales Kontrastmittel durchgeführt werden.~~

~~Vorbehalten bleiben spezielle Regelungen gemäss Interpretationen der Einzelleistungen.~~

~~2-D-Rekonstruktionen/3-D-Rekonstruktionen gelten nicht als untersuchte Serie.~~

Eine erste MRI-Serie (Untersuchungsgang) kann sowohl nativ als auch mit Kontrastmittel durchgeführt werden. Allfällig weitere Serien sind mit der Position 39.5010 abzurechnen. Die Position 39.5010 kann nur abgerechnet werden falls in der gleichen Sitzung anschliessend an eine native Untersuchung ein zweiter Untersuchungsgang über dieselbe Körperregion mit Kontrastmittel stattfindet.

Vorbehalten bleiben spezielle Regelungen gemäss Interpretationen der Einzelleistungen.

2-D-Rekonstruktionen/3-D-Rekonstruktionen gelten nicht als untersuchte Serie.

Nummer 08038

Korrektur KI-39.04-1

Gültig ab

11.06.2008

Gültigkeitsbereich

Beschluss

KI-39.04-1 CT-Serie:

~~Eine erste CT-Serie kann sowohl nativ als auch initial mit Kontrastmittel durchgeführt werden (primär enhanced), allfällig weitere Serien sind mit der Position 39.4010 abzurechnen.~~

~~Die CT-Serie ist unabhängig von der Anzahl Scans.~~

~~Vorbehalten bleiben spezielle Regelungen gemäss Interpretationen der Einzelleistungen.~~

~~Sekundäre Rekonstruktionen sind mit der Hauptleistung abgegolten und gelten nicht als Scans.~~

Eine erste CT-Serie (Untersuchungsgang) kann sowohl nativ als auch mit Kontrastmittel durchgeführt werden. Allfällig weitere Serien sind mit der Position 39.4010 abzurechnen. Die Position 39.4010 kann nur abgerechnet werden, falls in der gleichen Sitzung ein zweiter Untersuchungsgang über dieselbe Körperregion stattfindet (zusätzlich nativ oder unterschiedliche Kontrastmittelphasen).

Die Anzahl generierter Bilder pro Untersuchungsgang ist unerheblich.

Vorbehalten bleiben spezielle Regelungen gemäss Interpretationen der Einzelleistungen.

Sekundäre Rekonstruktionen sind mit der Hauptleistung abgegolten und gelten nicht als Scans.

Nummer 08039	Löschen des LB-20, neue Kumulationsregeln, neuer Leistungstext LB-53
Gültig ab	11.06.2008
Gültigkeitsbereich	
Beschluss	LB-20 Ultraschalldiagnostik der Gefässe 39.3515 Organ- oder Weichteiluntersuchung im Rahmen einer Gefäss-Sonografie 39.3520 Applikation von Kontrastmittel oder Pharmakostimulation 39.3530 Gefäss-Sonografischer Funktionstest, pro Seite 39.3540 Duplex-Sonografie der intracraniellen Arterien, beidseits 39.3550 PW/CW-Sonografie der intracraniellen Arterien beidseits 39.3560 Duplex-Sonografie der supraaortalen extracraniellen Arterien und Venen, beidseits 39.3570 PW/CW-Sonografie der supraaortalen extracraniellen Arterien und Venen beidseits 39.3580 Neurosonografisches intraoperatives Monitoring, beidseitig, pro 5 Min., als alleinige bildgebende Leistung 39.3590 Neurosonografisches Langzeitmonitoring, beidseitig, pro 15 Min., als alleinige bildgebende Leistung 39.3600 Gefäss-Sonografie viscerale Arterien 39.3610 Duplex-Sonografie der Nierenarterien, pro Seite 39.3620 Duplex-Sonografie der Arterien, pro Seite 39.3630 Duplex-Sonografie der Arterien, iliacofemoral bis popliteal, pro Seite 39.3640 Duplex-Sonografie der Unterschenkelarterien und Fussarterien, pro Seite 39.3650 Duplex-Sonografie der Armvenen, tief u/o oberflächlich, pro Seite 39.3660 Duplex-Sonografie viscerale Venen 39.3670 Duplex-Sonografie Venen iliacal bis poplitea, pro Seite 39.3680 Duplex-Sonografie der tiefen Venen Unterschenkel, pro Seite 39.3690 Duplex-Sonografie des oberflächlichen Venensystems der unteren Extremität, pro Seite Nicht kumulierbar mit:

39.03.01 Ultraschall: Schwangerschaft
39.03.02.02 Ultraschall: Abdomen
39.03.02.04 Ultraschall: Bewegungsapparat, Weichteile
39.03.02.05 Ultraschall: Mammae

39.3510: Gefäss-Sonografie im Rahmen einer Organ- oder Weichteiluntersuchung

Nicht kumulierbar mit:

39.3515 Organ- oder Weichteiluntersuchung im Rahmen einer Gefäss-Sonografie
39.3520 Applikation von Kontrastmittel oder Pharmakostimulation
39.3530 Gefäss-Sonografischer Funktionstest, pro Seite
39.3540 Duplex-Sonografie der intracraniellen Arterien, beidseits
39.3550 PW/CW-Sonografie der intracraniellen Arterien beidseits
39.3560 Duplex-Sonografie der supraaortalen extracraniellen Arterien und Venen, beidseits
39.3570 PW/CW-Sonografie der supraaortalen extracraniellen Arterien und Venen beidseits
39.3580 Neurosonografisches intraoperatives Monitoring, beidseitig, pro 5 Min., als alleinige bildgebende Leistung
39.3590 Neurosonografisches Langzeitmonitoring, beidseitig, pro 15 Min., als alleinige bildgebende Leistung
39.3600 Gefäss-Sonografie viscerale Arterien
39.3610 Duplex-Sonografie der Nierenarterien, pro Seite
39.3620 Duplex-Sonografie der Arterien, pro Seite
39.3630 Duplex-Sonografie der Arterien, iliaco-femorale bis popliteale, pro Seite
39.3640 Duplex-Sonografie der Unterschenkelarterien und Fussarterien, pro Seite
39.3650 Duplex-Sonografie der Armvenen, tief u/o oberflächlich, pro Seite
39.3660 Duplex-Sonografie viscerale Venen
39.3670 Duplex-Sonografie Venen iliaco-femorale bis popliteale, pro Seite
39.3680 Duplex-Sonografie der tiefen Venen Unterschenkel, pro Seite
39.3690 Duplex-Sonografie des oberflächlichen Venensystems der unteren Extremität, pro Seite
39.3760 Intraoperative Ultraschalluntersuchung der Morphologie und des Blutflusses, pro 5 Min.

LB-53: Alle Tarifpositionen der Bildgebenden Verfahren (ohne Grundtaxen für das Röntgen in der Arztpraxis und Angiografie und ~~Ultraschall~~diagnostik der Gefässe)

39.3520 Applikation von Kontrastmittel oder Pharmakostimulation
39.3530 Gefäss-Sonografischer Funktionstest, pro Seite
39.3560 Duplex-Sonografie der supraaortalen extracraniellen Arterien und Venen, beidseits
39.3570 PW/CW-Sonografie der supraaortalen extracraniellen Arterien und Venen beidseits
39.3600 Gefäss-Sonografie viscerale Arterien
39.3610 Duplex-Sonografie der Nierenarterien, pro Seite
39.3620 Duplex-Sonografie der Arterien, pro Seite
39.3630 Duplex-Sonografie der Arterien, iliaco-femorale bis

popliteal, pro Seite
39.3640 Duplex-Sonografie der Unterschenkelarterien und
Fussarterien, pro Seite
39.3650 Duplex-Sonografie der Armvenen, tief u/o
oberflächlich, pro Seite
39.3660 Duplex-Sonografie viscerale Venen
39.3670 Duplex-Sonografie Venen iliacal bis poplitea, pro Seite
39.3680 Duplex-Sonografie der tiefen Venen Unterschenkel, pro
Seite
39.3690 Duplex-Sonografie des oberflächlichen Venensystems
der unteren Extremität, pro Seite

Nummer 08040

Kumulationsregel für Zuschlagsleistungen

Gültig ab

11.06.2008

Gültigkeitsbereich

Beschluss

GI-6 und GI-9: Sofern nicht ausdrücklich anders erwähnt, gelten die Kumulationsregeln einer Hauptleistung auch für die dieser Hauptleistung zugeordneten Zuschlagsleistungen

Nummer 08044 **15.0190, Analyse Heimspirometrie**

Gültig ab 03.07.2008

Gültigkeitsbereich 15.0190

Beschluss Die PIK stellt fest, dass die französische und italienische Bezeichnung der Position 15.0190 nicht dem massgebenden deutschen Positionstext entspricht. Dies hat zur Folge, dass diese Tarifposition in den französischen und italienischen Sprachregionen nicht tarifkonform angewendet wird.
Für die Anwendung der Position 15.0190 gilt folgende Regel:
Die Position 15.0190 darf nur für die Auswertung von am Domizil des Versicherten durchgeführten Spirometriemessungen abgerechnet werden.