

---

**Änderungen gegenüber Version 1.39 / Release 03.07.2008:**

Neue PIK-Entscheide:

- 08030.1: Arthrografie Gelenke
- 08050: Mengenlimitierung technische Grundleistungen ambulanter Patient im Kapitel 39
- 08051: Mengenlimitierung Grundkonsultation/Betriebsstelle Radiologie im Röntgeninstitut in Spital und im Röntgeninstitut ausserhalb Spital

---

<b>Nummer 03033</b>	<b>Verrechnung von Notfallzuschlägen bei bildgebenden Verfahren</b>
<b>Gültig ab</b>	02.02.2004
<b>Gültigkeitsbereich</b>	00.08
<b>Beschluss</b>	<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"><li>• Verdacht auf ausgedehnte Trümmerfrakturen</li><li>• Schädelblutungen</li><li>• Organruptur</li><li>• bildgebende Abklärung bei lebensbedrohlichen Zuständen, welche eine unverzügliche Therapie erfordern.</li></ul>

**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



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

---

<b>Nummer 06028</b>	<b>02.0260, Leistung in Abwesenheit des Patienten durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.</b>
<b>Gültig ab</b>	14.12.2006
<b>Gültigkeitsbereich</b>	02.0260
<b>Beschluss</b>	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.

---

<b>Nummer 07031</b>	Osteodensitometrie, mit axialer DEXA im Rahmen eines Konsiliums
<b>Gültig ab</b>	07.09.2007
<b>Gültigkeitsbereich</b>	00.2110, 39.1950
<b>Beschluss</b>	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 für eine spätere Tarifierung 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 Tariffziffern 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 Tariffziffer zusätzlich zu den Ihnen aufgrund ihrer „Qualitativen Dignität“ geöffneten Tariffziffern 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 Tariffziffer zusätzlich zu den Ihnen aufgrund ihrer „Qualitativen Dignität“ geöffneten Tariffziffern 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**

<b>Gültig ab</b>	11.06.2008
<b>Gültigkeitsbereich</b>	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**

<b>Gültig ab</b>	11.06.2008
<b>Gültigkeitsbereich</b>	00.0430, 00.0440, 00.1580, 24.0150
<b>Beschluss</b>	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 cm<sup>2</sup> 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 cm<sup>2</sup> 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 cm<sup>2</sup> 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

---

<b>Nummer 08024</b>	<b>Einfügen eines Kumulationsverbots zwischen den Tarifpositionen 39.0011 und 39.0021</b>
<b>Gültig ab</b>	11.06.2008
<b>Gültigkeitsbereich</b>	39.0011, 39.0021
<b>Beschluss</b>	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.

---

<b>Nummer 08026</b>	<b>Die Interpretation der Tarifposition 39.3420 wird korrigiert, die Mengenregel gestrichen</b>
<b>Gültig ab</b>	11.06.2008
<b>Gültigkeitsbereich</b>	39.3420
<b>Beschluss</b>	<p>39.3420: Sonografie von Weichteilregionen, pro Region, pro Seite Interpretation: Alle Regionen, wie Achillessehne, Fossa poplitea (für Bakercyste), Pleura, Muskeln, Subcutis (für Lipome u.ä.). Gilt auch für Pleura-Ultraschall. 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: <del>max. 1 mal pro Lokalisation und Sitzung</del></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

---

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

---

**Nummer 08030.1      Arthrografie Gelenke**

**Gültig ab**                      01.07.2008

**Gültigkeitsbereich**        39.0400

**Beschluss**                    Korrektur des Leistungstextes der Position 39.0400, Zusatz in Interpretation einfügen  
39.0400 Arthrografie aller Gelenke  
Interpretation: Inkl. Punktion, Injektion von Medikamenten und allf. Lokalanästhesie.  
Als Regionen gelten die in Kapitel 39, Interpretation KI-39-14 aufgeführten Gelenksregionen.

**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:

...

- 39.0010, 39.0011, 39.0015 und 39.0016 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

...

---

<b>Nummer 08032</b>	<b>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</b>
<b>Gültig ab</b>	11.06.2008
<b>Gültigkeitsbereich</b>	39.3240, 39.3260, 39.3280
<b>Beschluss</b>	<p>39.3240: Ultraschalluntersuchung ganzes Abdomen (Oberbauch und Unterbauch) Nicht kumulierbar mit: <del>39.3280 Sonografische Restharnbestimmung</del></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: <del>39.3280 Sonografische Restharnbestimmung</del></p> <p>39.3280: Sonografische Restharnbestimmung Nicht kumulierbar mit: <del>39.3240: Ultraschalluntersuchung ganzes Abdomen (Oberbauch und Unterbauch)</del> <del>39.3260: Ultraschalluntersuchung des Urogenitalsystems, transabdominal</del></p>

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

---

<b>Nummer 08034</b>	<b>Korrektur der Interpretationen der Tarifpositionen 39.3408 und 39.3404, zusätzliche qualitative Dignität in der Tarifposition 39.3404</b>
<b>Gültig ab</b>	11.06.2008
<b>Gültigkeitsbereich</b>	39.3404, 39.3408
<b>Beschluss</b>	<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 (LG-32 und LG-33), Ergänzung fehlende Sparte (F und I) in GI-47**

**Gültig ab**                      11.06.2008

**Gültigkeitsbereich**

**Beschluss**                      LG-33: Ärztliche Leistungen am Patienten durch Nicht-Radiologen in der Arztpraxis und im Spital, welche die Grundtaxe für das Röntgen (Röntgenraum I) und die Ultraschalldiagnostik (Ultraschall gross) ~~in der Arztpraxis~~ (AIP) berechtigen

GI-47: Leistungsgruppen:

- LG-32, Ärztliche Leistungen....:  
Kumulierbar mit den entsprechenden technischen Grundleistungen.  
Gilt nur für folgende qualitative Dignität(en): Medizinische Radiologie/Radiodiagnostik

...

- 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 für folgende Rolle(n): Röntgeninstitut; Spital/Klinik~~  
Gilt nur für folgende Rolle(n): Arzt in der Arztpraxis und Nicht-Radiologen im Spital

IG-47: Groupes de prestations

- GP-33, Prestations médicales ...  
Ne vaut que pour l'(les) unité(s) fonctionnelle(s) suivante(s):  
Salle de radiologie I, Grand Examen par ultrasons

...

IG-47: Gruppi di prestazioni  
- GP-33, Prestazioni mediche ...  
è valido solo per seguente/seguenti unità funzionale/funzionali:  
Sala raggi I, Ultrasuono grande

...

---

<b>Nummer 08036</b>	<b>Korrektur der Interpretation der Tarifpositionen 39.0050 und 39.0055</b>
<b>Gültig ab</b>	11.06.2008
<b>Gültigkeitsbereich</b>	39.0050, 39.0055
<b>Beschluss</b>	<p>39.0050 (+) Zuschlag I für Kinder bis 7 Jahre Interpretation: Genereller Zuschlag für Röntgenuntersuchungen, <del>und</del> 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, <del>und</del> 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.

<b>Nummer 08039</b>	<b>Löschen des LB-20, neue Kumulationsregeln, neuer Leistungstext LB-53</b>
<b>Gültig ab</b>	11.06.2008
<b>Gültigkeitsbereich</b>	
<b>Beschluss</b>	<del><b>LB-20 Ultraschalldiagnostik der Gefässe</b></del> 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, iliocofemoral 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 iliocal 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  
 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, iliocofemoral 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.

---

<b>Nummer 08050</b>	<b>Mengenlimitierung technische Grundleistungen ambulanter Patient im Kapitel 39</b>
<b>Gültig ab</b>	01.07.2008
<b>Gültigkeitsbereich</b>	39.2000, 39.2060, 39.2100, 39.2140, 39.3800, 39.4300, 39.5300, 39.7300
<b>Beschluss</b>	<p>Die technischen Grundleistungen ambulanter Patient sind pro Sparte max. 2 Mal pro Tag abrechenbar.</p> <p>Die technische Grundleistung ambulanter Patient einer Sparte darf nur bei einer erneuten zweiten Zuweisung für eine bildgebende Untersuchung in dieser Sparte ein zweites Mal abgerechnet werden</p>

---

<b>Nummer 08051</b>	<b>Mengenlimitierung Grundkonsultation/Betriebsstelle Radiologie im Röntgeninstitut in Spital und im Röntgeninstitut ausserhalb Spital</b>
<b>Gültig ab</b>	01.07.2008
<b>Gültigkeitsbereich</b>	39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016
<b>Beschluss</b>	Die Grundkonsultation/Betriebsstelle Radiologie im Röntgeninstitut im Spital und im Röntgeninstitut ausserhalb Spital darf pro Sparte 1 Mal pro Tag, jedoch insgesamt max. 2 Mal pro Tag abgerechnet werden.  Diese Regelung ist befristet bis 28.02.2009