
Änderungen gegenüber Version 1.50 / Release 30.03.2010:

Neuer PIK-Entscheid:

- 11005 Bundesrat genehmigt Verlängerung der zusätzlichen Entschädigung für Hausbesuche von Ärztinnen und Ärzten

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 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 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

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

Kapitel VI:
Kieferchirurgie

Pos. Nr. SSO-Tarif	Anästhesie-RK	Pos. Nr. SSO-Tarif	Anästhesie-RK
4200 - 4211	III	4300 - 4325	III
4212	II	4326 - 4328	Keine RK
4213 - 4224	III	4330 - 4334	II
4225 - 4226	II	4335 - 4337	III
4227 - 4248	III	4340 - 4342	II
4250	Keine RK	4344 - 4355	III
4251 - 4269	III	4356	Keine RK
4270 - 4271	II	4357 - 4361	III
4272 - 4282	III	4363 - 4365	II
4283 - 4284	II	4366	III
4285 - 4286	III	4367 - 4368	II
4287	II	4370 - 4394	III
4288	III		
4290	II		
4291 - 4295	III		
4296 - 4299	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-B Bestrahlungspläne**Gültig ab** 14.12.2006 (Uebearbeitet auf Version 1.06 per 01.03.2009)**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.

Deshalb besteht ein 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.

Dieser PIK-Entscheid ersetzt den PIK-Entscheid 06026.

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. 3b 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 Narkosevorbereitungsbogen, 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 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** 17.12.2007**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	<p>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.</p> <p>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.</p>

Nummer 07039 Konsultation anlässlich einer bildgebenden Untersuchung**Gültig ab** 07.01.2008**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 (00.0010 ff) 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 (00.0010 ff) 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 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 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-B **Arbeit in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium)**

Gültig ab 10.07.2009

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 sowie 08017 (Korrektur Übersetzungsfehler in der Französischen und Italienischen Version).

Nummer 08048 **Formalisierter Arztbericht**

Gültig ab 09.09.2008

Gültigkeitsbereich 00.0010, 00.0140, 00.2285

Beschluss *Artikel 6 Absatz 4 KLV:
4 Soll die Ergotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt/Ärztin dem Vertrauensarzt/-ärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag für die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten.*

Eine Verordnung wird im Rahmen einer Konsultation oder als Leistung in Abwesenheit des Patienten abgegolten; wird vom Versicherer ein umfassender Bericht verlangt, kann dieser mit der Position 00.2285 ff verrechnet werden.

**Nummer 08069_B Verrechnung von bildgebenden Massnahmen
während einer Operation oder Intervention****Gültig ab** 31.08.2009**Gültigkeitsbereich** KI-39-11**Beschluss** *Der Entscheid 08069_B ersetzt den Entscheid 08069. Die
Sparte UBR Schmerztherapie wird gestrichen.*

Die Kapitelinterpretation KI-39-11 besagt, dass alle bildgebenden Massnahmen durch Operateur, Assistenten (z.B. Ultraschall, Nativröntgen, Durchleuchtung usw.), die während der operativen Versorgung (Operation, Intervention) erbracht werden, Teil der jeweiligen Leistung im engeren Sinne sind; vorbehalten sind Leistungen, bei denen eine separate Abrechnung von bildgebenden Massnahmen im Titel der Hauptleistung, Zuschlagsleistung oder deren Interpretation ausdrücklich vorgesehen ist.

Der erste Teil der Interpretation ist wie folgt zu präzisieren:

Die Bestimmung, wonach alle bildgebenden Massnahmen, die während der operativen Versorgung erbracht werden, Teil der jeweiligen Leistung im engeren Sinne sind, gilt nur für Operationen/Interventionen, die in folgenden Sparten tarifiert sind:

- UBR mit BV/TV
- Gipsraum
- OP I
- OP II
- OP III
- Elektrophysiologisches Labor / Katheterplatz
- Echokardiographie
- Urologischer Endoskopieraum
- Urologische Funktionsdiagnostik
- Extrakorporelle Lithotripsie (ESWL)
- Pneumologischer Endoskopieraum
- Gastroenterologische Endoskopie, gross
- Gastroenterologische Endoskopie, Spital
- Ultraschall gesteuerte Vakuum assistierte Biopsie
- Vakuum assistierte Mammabiopsie im Mammographieraum
- Minimal-Invasive Mammabiopsie auf Stereotaxie-Tisch
- Brachytherapie
- Radiosurgery
- Radiochirurgie/Radiotherapie
- Ganzkörper-Bestrahlung
- Bestrahlungsplanung Radiochirurgie/Radiotherapie

Dies deshalb, weil in den aufgeführten Sparten die Bildgebung bereits eingerechnet wurde.

Dies bedeutet umgekehrt, dass eine Intervention, welche in

einer anderen Sparte durchgeführt wird (z.B. im UBR Grundversorger) - sofern medizinisch begründet - mit bildgebenden Leistungen aus dem Kapitel 39 kumuliert werden dürfen.

Diesen Sachverhalt sollen folgende 3 Fallbeispiele veranschaulichen:

Fallbeispiel 1: Diagnose und US-gesteuerte therapeutische Intervention Schulter

Patient A kommt wegen Schulterschmerzen zum Arzt, dieser macht zwei Röntgenaufnahmen des Schultergelenks. Der Röntgenbefund weist auf eine Verkalkung des Schleimbeutels hin (Bursitis calcarea). Der Arzt bespricht die Situation mit dem Patienten und rät ihm zu einer ultraschallgezielten Infiltration eines Kortisonpräparates direkt in den Schleimbeutel der Schulter. Er desinfiziert die Haut, nimmt das Ultraschallgerät und positioniert die Sonde auf die Schulter, um sicher zu stellen, dass die Nadelspitze genau in den Schleimbeutel positioniert ist, damit er dort das Medikament gezielt einbringen kann. Es wurden also zuerst Röntgenaufnahmen und anschliessend eine Infiltration unter simultaner Ultraschallkontrolle durchgeführt.

Verrechnung (eine Sitzung):
00.0010ff Konsultation
39.0220 Röntgen: Schultergelenk / Scapula / AC-Gelenk, erste Aufnahme
39.0225 + Röntgen: Schultergelenk/Scapula/AC-Gelenk, jede weitere Aufnahme
39.2000 Technische Grundleistung 0, Röntgenraum I, ambulanter Patient
39.3710 Ultraschallgesteuerte therapeutische Intervention
39.3800 Technische Grundleistung 0, Ultraschall gross, ambulanter Patient
39.0020 Grundtaxe für das Röntgen und die Ultraschalldiagnostik durch den Arzt in der Arztpraxis und durch Nicht-Radiologen im Spital (AIP)

Begründung: Bildgebung und Intervention finden zeitgleich in der Sparte Ultraschall gross statt.

Fallbeispiel 2: Diagnose und Punktion Knie

Patient B kommt wegen Knieschmerzen zum Arzt, die Röntgenbilder des Knies zeigen keine pathologischen Befunde. Mögliche Gründe für die Knieschmerzen können z.B. sein: beginnende Arthrose, Meniskusläsion, degenerative Veränderungen, rheumatische Erkrankungen. Um sich Klarheit zu verschaffen macht der Arzt eine Ultraschalluntersuchung des Knies und diagnostiziert einen Erguss im Kniegelenk. Anschliessend macht der Arzt (ohne bildgebende Kontrolle, d.h. nicht simultan) eine Punktion des Gelenkergusses.

Verrechnung (eine Sitzung):
00.0010ff Konsultation
39.0310 Röntgen: Knie, erste Aufnahme
39.0315 + Röntgen: Knie, jede weitere Aufnahme
39.2000 Technische Grundleistung 0, Röntgenraum I, ambulanter Patient
39.3402 Ultraschallgelenkuntersuchung Kniegelenk, pro Seite
39.3800 Technische Grundleistung 0, Ultraschall gross, ambulanter Patient
24.0130 Gelenkpunktion (inkl. Ganglion, Gelenkzyste), Schulter, Ellbogen, Knie, oberes Sprunggelenk OSG
39.0020 Grundtaxe für das Röntgen und die Ultraschalldiagnostik durch den Arzt in der Arztpraxis und durch Nicht-Radiologen im Spital (AIP)

Begründung: Die Intervention (Gelenkpunktion) wird gemäss Tarif in der Sparte UBR Grundversorger durchgeführt. Diese Sparte verfügt über keine Bildgebung. Deshalb darf die vorgängige Ultraschalluntersuchung zusätzlich verrechnet werden.

Fallbeispiel 3: Einfache Punktion

Der Patient B (s. Fall 2 oben) kommt nach einer Woche zur Kontrolle. Es ist eine zweite Punktion notwendig (rezidivierender Erguss). Aufgrund der Diagnose in der vorangegangenen Woche ist keine erneute Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung erforderlich, sondern nur eine weitere Gelenkpunktion.

Verrechnung (eine Sitzung):
00.0010ff Konsultation
24.0130 Gelenkpunktion (inkl. Ganglion, Gelenkzyste), Schulter, Ellbogen, Knie, oberes Sprunggelenk OSG

Begründung: Es erfolgt in der Sparte UBR Grundversorger lediglich nochmals eine Gelenkpunktion, eine erneute Ultraschalluntersuchung ist nicht mehr erforderlich.

Nummer 09012	Verrechnung Anästhesie durch Operateur und/oder Anästhesiарzt
Gültig ab	16.12.2009
Gültigkeitsbereich	28.0010 - 28.0160; 00.1260
Beschluss	<p>Es sind folgende 3 Fälle zu unterscheiden:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Der Operateur setzt die Regionalanästhesie, es war kein Anästhesiарzt anwesend: dann verrechnet der Operateur die Position 00.1260, der Operateur darf dann nicht zusätzlich Positionen aus dem Kapitel 28 abrechnen.2. Der Operateur setzt die Regionalanästhesie, zusätzlich war auch noch ein Anästhesiарzt anwesend (Standby): Dann verrechnet der Operateur die Position 00.1260 und zusätzlich kann die Anästhesiарzt die Positionen MAC (28.0010/28.0070/28.0120) abrechnen, nicht hingegen die Risikoklasse I.3. Der Anästhesiарzt setzt die Regionalanästhesie: dann darf die Anästhesiарzt die Risikoklasse, wie angegeben bei der entsprechend durchgeführten Intervention (im vorliegendem Fall für die Leistung 05.2410 die Risikoklasse I) abrechnen. Die Position 00.1260 darf nicht in Rechnung gestellt werden, da diese Position nur dem Operateur vorbehalten ist und dieser die Regionalanästhesie nicht gesetzt hat.

Nummer 10002	Präzisierung Interpretation Tarifposition 35.0210
Gültig ab	11.03.2010
Gültigkeitsbereich	35.0210ff
Beschluss	Die Tarifpositionen 35.0210ff gelten auch für die ambulante Benützung von Aufwachraum und Intensivstation im Rahmen der geltenden Interpretation.

Nummer 11002 „Komplementärmedizin“ – Änderung KLV per 01.01.2012

Gültig ab 01.01.2012

Gültigkeitsbereich 00.03.05
00.1740, 00.1750, 00.1760, 00.1770, 00.1780, 00.1790,
00.1800, 00.1810, 00.1820, 00.1830, 00.1840, 00.1850
00.1860, 00.1870, 00.1880, 00.1890, 00.1900

Beschluss Diese komplementärmedizinischen Leistungen sind ab dem 01.01.2012 Pflichtleistungen gemäss Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KLV.

Nummer 11005	Bundesrat genehmigt Verlängerung der zusätzlichen Entschädigung für Hausbesuche von Ärztinnen und Ärzten
Gültig ab	25.05.2011
Gültigkeitsbereich	00.0065
Beschluss	Bern, 25.05.2011 - Der Bundesrat hat den Vertrag über die Verlängerung der zusätzlichen Entschädigung von Ärztinnen und Ärzten für Haus- oder Heimbefuche bis Ende März 2012 genehmigt. Diese Besuchs-Inkonvenienzpauschale kommt vor allem den Grundversorgern zugute, welche den grössten Teil der Hausbesuche leisten.

Ärztinnen und Ärzte durften bis 1. März 2010 für Haus- oder Heimbefuche eine Pauschale erheben, welche im TARMED aufgeführt war. In der darauffolgenden TARMED-Version war diese Besuchs-Inkonvenienzpauschale nicht mehr enthalten, nachträglich entschieden die Tarifpartner aber, dass diese weiterhin in Rechnung gestellt werden kann. Die Mehrheit der Krankenversicherer vergütete sie auch.

Der Bundesrat hat den aktuellen Vertrag der Tarifpartner santésuisse, FMH und Spitalverband H+ gutgeheissen, so dass die Inkonvenienzpauschale bis Ende März 2012 erhoben werden kann.

Nach diesem Datum muss diese Tarifposition reevaluiert und in der Tarifstruktur TARMED verankert werden, sofern eine Weiterführung erfolgt.

Das Schreiben des BAG/BR ist auf der Homepage von TARMED Suisse unter PIK-Entscheide abrufbar.