
Änderungen gegenüber Version 1.30 / Release 25.07.2007:

- Neuer PIK-Entscheid 07031: Osteodensitometrie, mit axialer DEXA im Rahmen eines Konsiliums

Nummer 03030 **Kombination von Konsultation und Grundkonsultation
Radiologie durch Nicht-Radiologen**

Gültig ab 10.02.2004

Gültigkeitsbereich 00.0010ff, 30.0010

Beschluss Fachärzte mit der qualitativen Dignität Medizinische Radiologie /
Radiodiagnostik dürfen in der gleichen Sitzung die
Grundkonsultation Radiologie (30.0010) nicht mit der
Konsultation der allgemeinen Grundleistungen (00.0010ff)
kombinieren (vgl. KI-30-9 Leistungsblock LB-53: Die
Tarifpositionen aus Kapitel 30 sind für Fachärzte für
Medizinische Radiologie / Radiodiagnostik 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.).
Andere Fachärzte dürfen die Tarifposition 30.0010 nicht in
Rechnung stellen. Dafür haben diese Fachärzte aber die
Möglichkeit, bildgebenden Leistungen zusammen mit
allgemeinen oder spezifischen Grundleistungen zu kombinieren.

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 03034 Konsultation im Röntgeninstitut

Gültig ab 10.02.2004

Gültigkeitsbereich 30.0010

Beschluss Die Abgeltung für allgemeine ärztliche Leistungen am Patienten durch den Facharzt für medizinische Radiologie/Radiodiagnostik anlässlich bildgebender Untersuchungen erfolgt mit der Tarifposition 30.0010 "Grundkonsultation Radiologie". 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.

Nummer 04043

Aktenstudium

Gültig ab

26.10.2004

Gültigkeitsbereich

00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260

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.

Nummer 05008 **Korrekte Abrechnung Osteodensitometrie mit axialer DEXA**

Gültig ab 01.03.2005

Gültigkeitsbereich 30.2010

Beschluss Verrechnungsbeispiel:
00.0010 Konsultation, erste 5 Minuten
30.2010 Osteodensitometrie mit axialer DEXA
30.2230 technische Grundleistung 0, Röntgen
Osteodensitometrie, ambulanter Patient. Wird die Leistung von einem Facharzt mit Dignität Radiologie erbracht, ist an Stelle der Position 00.0010 die Position 30.0010, Grundkonsultation Radiologie, zu verwenden.
Der Bericht ist bereits durch die Position 30.2010 abgegolten (KI-30-1). 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

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
4224 - 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 - 95	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 06008

Hausgeburten

Gültig ab

24.03.2006

Gültigkeitsbereich

22.2110, 22.2200, 22.2210, 22.2310, 22.2320, 22.2330

Beschluss

Die aufgeführten Tarifpositionen gelten auch für Hausgeburten.
Die Berechnung der Tarifpositionen basiert auf Pauschalen. Eine
allfällige Wegentschädigung, sowie die Besuche bei der Patientin
unter Geburt sind darin enthalten.

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/IVMV/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 - 28.0180

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 06016

Ärztliche Zeugnisse, Berichte, Schreiben

Gültig ab

06.09.2006

Gültigkeitsbereich

KI-00.06-4
00.2285, 00.2295

Beschluss

Zum Textblock zählen neu erstellte Diagnoselisten oder überarbeitete Anteile davon; nicht Bestandteil sind erneutes Aufführen von bestehenden Diagnoselisten oder Teile davon.

Nummer 06017 **Schrittmacherkontrolle**

Gültig ab 07.07.2006

Gültigkeitsbereich 17.1590, 17.1600, 17.1610, 17.1620

Beschluss In der Schrittmacherkontrolle inbegriffen sind alle Leistungen, welche mit dem entsprechenden Gerät erbracht werden. Der EKG-Rhythmusstreifen (17.0120) ist in den Tarifpositionen der Schrittmacherkontrolle (17.1590 – 17.1620) inbegriffen. Ein zusätzlich zur Schrittmacherkontrolle erstelltes EKG mit 12 Ableitungen ist mit der Tarifposition 17.0010 abrechenbar.

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 Anästhesiarzt 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 07012 Vor- und Nachbearbeitungszeit eines Psychotherapeuten**Gültig ab** 25.07.2007**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 systematische Verrechnung von Leistungen in Abwesenheit des Patienten zur Einsicht in eigene Dossiers ist nicht zulässig.

Nummer 07014 **15.0710 (Schlafdiagnostik, ambulante nächtliche computergestützte Pulsoxymetrie, als alleinige Leistung)**

Gültig ab 19.06.2007

Gültigkeitsbereich 15.0710

Beschluss Weil die Tarifposition 15.0710 nie von der ELK beurteilt wurde, ist bezüglich der Regel „Gesetz“ keine Aussage zu machen. Anstelle von „KVG: Keine oder eingeschränkte Pflichtleistung“ gibt es keine Einschränkung bei dieser Regel.

Nummer 07016 **28.0020: Zuschlag gilt nur auf der AL**

Gültig ab 19.06.2007

Gültigkeitsbereich 28.0020

Beschluss Korrektur der Interpretation: Der Zuschlag von 10% gilt nur für die AL.

Nummer 07017 **Kumulation mit der Grundkonsultation Radiologie
30.0010**

Gültig ab 19.06.2007

Gültigkeitsbereich 30.0010

Beschluss Die Grundkonsultation 30.0010 darf von Radiologen in Spitälern und Instituten verrechnet werden. Sie ist somit auch mit LG-46, LG-24 und den Technischen Grundleistungen der Kapitel 30.02.10, 30.03.08, 30.04.06 und 30.05.05 kumulierbar.

Nummer 07018 **Psychotherapie gem KLV.**

Gültig ab 19.06.2007

Gültigkeitsbereich 02.0030, 02.0050

Beschluss Für die Tarifpositionen 02.0030 und 02.0050 ist die Mengenregel in der Interpretation „Menge bei ärztlicher Psychotherapie gemäss VO KLV Art 3 maximal 12 mal pro Sitzung und Patient.“ mit der seit 1. Januar 2007 gültigen KLV-Version obsolet und nicht mehr anzuwenden.

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, 30.2010
Beschluss	Im Rahmen einer konsiliarischen Beratung kann auch eine Osteodensitometrie mit axialer DEXA durchgeführt werden.