Kapitel	KI-Nr.	Bezeichnung	Interpretation
AA	1	Kumulationseinschränkungen bei präoperativer anästhesiologischer Evaluation	Im Zusammenhang mit einer präoperativen anästhesiologischen Evaluation können keine Leistungen aus dem Kapitel [AA] abgerechnet werden.
AA.30	2	Leistungen in Abwesenheit und Berichte	Für Leistungen in Abwesenheit des Patienten können grundsätzlich keine Dringlichkeits- und Notfall-Pauschalen ((AA.30.0010), (AA.30.0020), (AA.30.0030), (AA.30.0040), (AA.30.00060)) verrechnet werden. **Ausnahme:** - Findet eine Notfall-Konsultation (gemäss Definition Notfall) statt und müssen unmittelbar danach Leistungen in Abwesenheit des Patienten erbracht werden (Auskünfte von/an Dritte(n) und Erkundigungen bei Dritten, Auskünfte von/an Angehörige(n) oder andere(n) Bezugspersonen des Patienten, Besprechungen mit Ärzten, Therapeuten und Betreuern des Patienten) können darauf %-Zuschläge ((AA.30.0050) und (AA.30.0070)) erhoben werden. Für Berichte (Berichte zuhanden eines anderen Arztes, eines Therapeuten oder der Pflege, Berichte zuhanden des Patienten oder eines Angehörigen sowie Berichte zuhanden des Versicherers, pro 1 Min.) können grundsätzlich keine Dringlichkeits- und Notfall-Pauschalen verrechnet werden. Darauf sind auch keine %-Zuschläge ((AA.30.0050) und (AA.30.0070)) abrechenbar.
AA.30	3	Definition Permanence	Eine **Permanence** (auch Walk-In-Praxis oder Notfallpraxis) ist eine Organisation, die für Patienten zugänglich ist, die ohne vorherige Terminvereinbarung, in der Regel kurzfristig, eine medizinische Versorgung benötigen. Sie ist darauf ausgelegt, auch außerhalb der regulären Sprechstunden oder in Zeiten, in denen hausärztliche Praxen geschlossen sind, eine zeitnahe Behandlung zu ermöglichen.
AA.30	1	Hinweis betreffend Verrechenbarkeit	"Die *Dringlichkeits- und Notfall-Pauschalen* gelten für Ärzte (gem. *Art. 35 Abs. 2 Bst. a (https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de) oder Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen (gem. *Art. 35 Abs. 2 Bst. n KVG*) gleichermassen. Sie gelten nicht für Spitäler (gem. *Art. 39 KVG*, *Art. 68 UVV*, *Art. 11 MVV*).

			Die Dringlichkeits- und Notfall-Pauschalen gelten dem Arzt bzw. der Einrichtung entstandene Inkonvenienzen ab. Sie entschädigen für den entstandenen organisatorischen Mehraufwand, Nacht- und Sonntagsarbeiten (inkl. Feiertage). Die Behandlung von nicht angemeldeten Patienten gilt nicht generell als Notfall bzw. als dringlich und rechtfertigt somit nicht in jedem Fall die Abrechnung von Leistungen gemäss Kapitel [AA.30].
AG.00	2	Monitoring	Alle Tarifpositionen aus dem Kapitel [AG.00] verstehen sich inkl. allf. elektrophysiologisches und/oder kardiopulmonales *Monitoring*.
AG.00	1	Vor- und Nachbereitung	Die *Vor- und Nachbereitung* ist in den Tarifpositionen Injektionsbehandlungen (Kapitel [AG.00]) enthalten.
AK	1	Grundsatz	Gilt für Tätigkeiten, die von nichtärztlichen Fachpersonen auf Anordnung des Arztes selbstständig erbracht werden. Die Tarifpositionen sind nicht anwendbar für Leistungen, welche im Zusammenhang mit ärztlichen Leistungen durch nichtärztliches Personal erbracht werden. Diese Leistungen sind in der IPL der entsprechenden ärztlichen Tarifposition inkludiert.
AK.05	5	Abgrenzung	- Die Positionen können nicht abgerechnet werden in Zusammenhang mit *telemedizinischen Leistungen*. - Die Positionen können nicht abgerechnet werden in Zusammenhang mit *Leistungen in Abwesenheit des Patienten*.
AK.05	6	Aufsichtspflicht	Die *Aufsichtspflicht* des delegierenden Arztes muss gewährleistet sein.
AK.05	3	Anstellungs-verhältnis	Das nichtärztliche Personal muss vom delegierenden Arzt angestellt sein. Es sind mehrere *Anstellungsverhältnisse* möglich.
AK.05	2	Fortbildung	Das nichtärztliche Personal bildet sich in dem Umfang sowie in der Art und Weise fort, wie es für die einwandfreie und kompetente Ausübung der Leistungen notwendig ist. Umfang und Inhalt der *Fortbildung* werden durch den SVA bestimmt.
AK.05	1	Ausbildung	Das nichtärztliche Personal muss über den Fachausweis *Medizinische Praxiskoordinatorin oder Medizinischer Praxiskoordinator klinischer Richtung* sowie über ein Zertifikat *Chronic Care Management* der von *odamed* anerkannten Bildungsanbieter (Module Chronic Care Management, Basismodule I und II) verfügen sowie für die aufgeführten Krankheitsbilder über mindestens eine der folgenden Zusatzqualifikationen:

			- *Asthma und COPD:* Modul Beratung von Langzeitpatienten (Atemwegserkrankungen) - *Diabetes mellitus:* Modul Beratung von Langzeitpatienten – Diabetes - *Herzinsuffizienz und koronare Herzkrankheiten:* Modul Beratung von Langzeitpatienten - Koronare Herzkrankheiten / Herzinsuffizienz - *Rheuma:* Modul Beratung von Langzeitpatienten (Rheuma)
AK.05	4	Erbringungsort	Das nichtärztliche Personal erbringt die Leistungen in der Praxis des delegierenden Arztes
AM	1	Leistungen in Betreuungs- und Überwachungsstationen	Die massgebliche Zeit für die Abrechnung für die nichtärztliche Überwachung beginnt mit dem Eintreffen des Patienten in der eigentlichen Überwachungsinfrastruktur. **Gilt nicht für:** - Leistungen, welche im Wartezimmer erbracht werden - Organisatorisch bedingte Wartezeiten - Wegzeiten der Patienten bis zur Überwachsungsinfrastruktur - Leistungen, welche im OP erbracht werden Spezifisch tarifierte nichtärztliche Grundleistungen aus dem Kapitel [AK] dürfen während einer Betreuung und/oder Überwachung nicht zusätzlich in Rechnung gestellt werden.
AM	3	Ärztliche Leistungen	*Ärztliche Leistungen* im Rahmen Überwachung sind über die (AM.05.0020) abgebildet. Erfasst wird der effektive Zeitaufwand der am Patient erbracht wird.
AM	2	Anästhesie-formen	Unter dem verwendeten Begriff *Lokalanästhesie* ist eine Oberflächen- bzw. Infiltrationsanästhesie zu verstehen, nicht aber die zum Teil auch unter diesem Begriff subsummierte Regionalanästhesie.

AM.05	1	Definition der Betreuungsintensitäten	Als Grundsatz gilt, dass die nichtärztlichen Betreuungspersonen in Abhängigkeit der Betreuungsintensität im Rahmen einer definierten Liegezeit innerhalb der Bandbreite der unten angegeben Anzahl Minuten am Patienten beschäftigt sein müssen. Die Betreuung des Patienten muss dokumentiert werden. | Betreuungsintensität	Liegezeit von 15 Minuten	Liegezeit von 60 Minuten
----------:	:----------:	:----------:
gering:	weniger als 5 Minuten	weniger als 20 Minuten
mittel:	5 bis 10 Minuten	20 bis 40 Minuten
hoch:	mehr als 10 Minuten	mehr als 40 Minuten
----------:	:----------:	:----------:	
AM.05	2	Kontaktisolation	Bei Patienten, die aus med. Gründen unter *Kontaktisolation* stehen, z.B. auf Grund resistenter Erreger, gilt mindestens ein mittlerer Betreuungsaufwand.
AP	1	Kleinverbände	Das Anlegen von Kleinverbänden (z.B. Schnellverbände nach Blutentnahmen/Injektionen) sind im Kapitel [AA] inbegriffen.
AP	2	Nicht konfektionierte, nicht härtende Verbände/konfektionierte, nicht härtende Verbände/konfektionierte Schienen	Das Anlegen von folgenden Verbänden ist Bestandteil von Kapitel [AA]: - nicht konfektionierte, nicht härtende Verbände - konfektionierte, nicht härtende Verbände - konfektionierte Schienen
AP	3	Verband-entfernung	Die Verbandentfernung durch den Arzt ist mittels (AA.00.0010) resp. (AA.00.0020) zu erfassen. Die Verbandentfernung durch nichtärztliches Personal ist mittels (AK.00.0090) zu erfassen.

AP.05	1	Kategorien bei Härtenden Verbänden	**Kategorie I:** Gilt für folgende zu stabilisierende Knochen, Körperteile, Gelenke: Finger, Zehen. **Kategorie II:** Gilt für folgende zu stabilisierende Knochen, Körperteile, Gelenke: Hand, Handgelenk, Vorderarm, Ellbogen, Oberarm, Fuss, Sprunggelenk, Unterschenkel, Knie. **Kategorie III:** Gilt für folgende zu stabilisierende Knochen, Körperteile, Gelenke: Kopf / Hals (Minerva), Schulter, Becken / Hüfte, Oberschenkel, Klumpfuss und für folgende Gipsarten: Gipsbett / Liegeschiene, Gipskorsett stehend.
AR	1	Hinweis	Die Verrechenbarkeit von Wechselzeiten ist in der [GI-14] geregelt.
CA	1	Hausarzt	Der *Hausarzt* bzw. der hausärztlich tätige Kinderarzt ist Facharzt Allgemein Innere Medizin (AIM) oder Kinder-und Jugendmedizin (KJM). Er betreut Patienten mit jeder Art von Beschwerden über einen längeren Lebensabschnitt. Er stellt sich der Herausforderung einer breiten Spanne von Krankheitsbildern aus allen Fachbereichen. Er ist in der Regel die erste Anlaufstelle für die Patienten.
CA.15	1	Palliative Care	Grundsätzlich wird *Palliative Care* tarifarisch im Sinne der Definition des *Bundesamts für Gesundheit BAG* und *palliative.ch* verstanden. Die *Palliative Care* umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die *Palliative Care* beugt Leiden und Komplikationen vor.

CG.00	1	Vorsorge-untersuchungen	Die *Vorsorgeuntersuchungen* haben zum Ziel, entwicklungsspezifische und alterstypische Gesundheits- und Verhaltensstörungen des Kindes und Jugendlichen möglichst frühzeitig zu erkennen und innert nützlicher Frist eine korrekte Abklärung bzw. - falls erforderlich - eine adäquate Behandlung durchzuführen. Die umfassenden und detaillierten Empfehlungen sollen dahin führen, dass keine für die Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen relevanten Aspekte übersehen werden. Sie sind für den Untersuchenden eine Gedankenstütze im Hinblick auf die wichtigsten Punkte der Anamnese, ergänzende Untersuchungen, Laboruntersuchungen und weitere präventive Maßnahmen (Impfungen) wie auch altersentsprechende präventive Beratungen. Der Untersuchende muss deshalb für jeden seiner Patienten die passende Wahl treffen. Es steht ihm auch zu darüber zu entscheiden, ob gewisse - in verschiedenen Altersstufen wiederkehrende - Elemente durchgeführt werden sollen oder nicht. Auf eine Vorsorgeuntersuchung oder Teile davon kann verzichtet werden, wenn es keinen erforderlichen Grund gibt oder wenn die Befunde schon von anderer Seite erhoben wurden.
CG.10	1	Untersuchung des weiblichen Genitale beim vorpubertären Kind, ohne Spekulum	Für die Untersuchung des weiblichen Genitale beim vorpubertären Kind, ohne Spekulum (VG.00.0040) sowie der Zuschlag für Vaginalsekretentnahme (VG.00.0060) - siehe Kapitel [VG].
EA	1	Funktions-bezeichnungen	Die Funktionsbezeichnungen gemäss Spartenkonzept gelten für die Arztpraxis und für das Spital: - **Facharzt**: Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. - **nichtärztliche Fachperson**: gilt nur für Leistungen von in Spitälern oder in Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen (Art. 35 Abs. 2 Bst n KVG), angestellten, nichtärztlichen Fachpersonen: - Psychologen

			- Pflegefachpersonen - Sozialpädagogen - Sozialarbeiter mit mindestens Bachelor-Abschluss FH/Uni (oder äquivalentem Titel) oder Diplom-Abschluss HF, die im Auftrag und unter Aufsicht und fachlicher Verantwortung eines Facharztes für „Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ oder „Psychiatrie & Psychotherapietätig» sind.
EA	2	Krisen-intervention	Menschen in einer psychiatrischen Krise leiden oft bereits zuvor unter einer akuten psychischen Erkrankung (z.B. Psychose, akute Angststörung, schwere Depression, Zwangsstörung), bipolarer Störung oder unter einem Substanzmissbrauch /-abhängigkeit. Trotz grosser Not kann nur schwer Kontakt zur betroffenen Person hergestellt werden. Im Gespräch wirken Betroffene oft abwesend und legen teils auch ungewöhnliches Verhalten an den Tag. Folgende *Merkmale* können unter anderem Ausdruck einer psychiatrischen Krise sein: - Störung des Bewusstseins - Störung des Realitätsbezugs - Unkontrolliertes und/oder aggressives Verhalten - Überflutende Gefühle - Ankündigung von selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten Die *Krisenintervention* erfolgt typischerweise ausserplanmässig. Eine psychische Krise kann sich aber auch während einer regulär geplanten Sitzung ergeben und dann eine entsprechende *Krisenintervention* notwendig machen.

EA.00	2	Familien-therapie	**Definition Familie:** Eine Familie besteht aus mindestens 2 Personen. Familientherapien ist nur gegenüber dem Indexpatienten abrechenbar. **Arztpraxis:** Bei Familien von mindestens 6 Personen durch max. 2 Fachärzte abrechenbar. Die Leistungen des zweiten Facharztes sind über die Tarifposition (EA.00.0050) abgebildet. **Spitalpsychiatrie:** Bei Familien von mindestens 6 Personen durch max. 2 Fachärzte abrechenbar. Die Leistungen des zweiten Facharztes sind über die Tarifposition (EA.00.0050) abgebildet. Die Abrechnung der Leistung des ersten Facharztes und zweiten Facharztes erfolgt auf einer Rechnung beim Indexpatienten.

EA.00	3	Gruppen-therapie	**Definition Gruppe:** Eine Gruppe besteht aus mindestens 2 Personen. Die Aufteilung der Taxpunkte der entsprechenden Tarifposition erfolgt anteilsmässig gemäss der Anzahl teilnehmender Personen (ausschlaggebend sind die Vorgaben des XML-Standards des Forum Datenaustausch (https://www.forum-datenaustausch.ch). **Arztpraxis:** Bei Gruppen von mindestens 6 Personen durch max. 2 Fachärzte abrechenbar. Die Leistungen des zweiten Facharztes sind über die Tarifposition (EA.00.0050) abgebildet. **Spitalpsychiatrie:** Bei Gruppen von mindestens 6 Personen durch max. 2 Fachärzte oder 1 Facharzt und 1 nichtärztliche Fachperson abrechenbar. Die Leistungen des zweiten Facharztes sind über die Tarifposition (EA.00.0050) abgebildet. Die Therapie durch 1 Facharzt und 1 nichtärztliche Fachperson wird über [EA.05] abgerechnet. Die Abrechnung der Leistung des ersten Facharztes und zweiten Facharztes oder des Facharztes und der nichtärztlichen Fachperson erfolgt bei jedem Patienten gemäss Divisor-Methode auf der gleichen Rechnung.
EA.00	4	Testmaterialien	Testmaterialien sind gemäss [GI-26] und [AD-06] verrechenbar.
EA.00	1	Paartherapie	**Definition Paar:** Zwei zusammengehörende oder eng miteinander verbundene Menschen. Die Paartherapie wird für jeden Patienten separat verrechnet, sofern beide Patienten über eine Diagnose verfügen. Ansonsten wird gegenüber dem Indexpatienten abgerechnet.
EA.05	2	Paartherapie	**Definition Paar:** Zwei zusammengehörende oder eng miteinander verbundene Menschen.

			Die Paartherapie wird für jeden Patienten separat verrechnet, sofern beide Patienten über eine Diagnose verfügen. Ansonsten wird gegenüber dem Indexpatienten abgerechnet.
EA.05	4	Gruppen-therapie	**Definition Gruppe:** Eine Gruppe besteht aus mindestens 2 Personen. **Spitalpsychiatrie:** Bei Gruppen von mindestens 6 Personen durch 1 Facharzt und 1 nichtärztliche Fachperson abrechenbar. Die Leistungen des Facharztes sind über die Tarifposition (EA.00.0050) abgebildet. Die Aufteilung der Taxpunkte der entsprechenden Tarifposition erfolgt anteilsmässig gemäss der Anzahl teilnehmender Personen (ausschlaggebend sind die Vorgaben des XML-Standards des Forum Datenaustausch (https://www.forum-datenaustausch.ch).
EA.05	1	Hinweis betreffend Verrechen-barkeit	Die Leistungen unter diesem Kapitel können nur von Spitälern und Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen (Art. 35 Abs. 2 Bst n KVG), verrechnet werden, die über die notwendige Spartenanerkennung «Ambulante Leistungen durch Nichtärztliche Fachperson in der Psychiatrie in anerkannten Institutionen und Spitalabteilungen» verfügen. - Die Behandlungen erfolgen durch angestellten nichtärztlichen Fachpersonen - Psychologen - Pflegefachpersonen - Sozialpädagogen - Sozialarbeiter mit mindestens Bachelor-Abschluss FH/Uni (oder äquivalentem Titel) oder Diplom-Abschluss HF), die im Auftrag und unter Aufsicht und fachlicher Verantwortung eines Facharztes für „Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ oder „Psychiatrie & Psychotherapie» tätig sind. - Im Durchschnitt über 90 Tage dürfen maximal 4 Stunden pro 7 Tage und Patient verrechnet

			werden (exkl. Wegzeit). - Bei Not- und Krisensituationen kann die Limitierung von 4 Stunden pro 7 Tage überschritten werden. Der Versicherer kann dafür eine Begründung verlangen. - Die Leistungen unter diesem Kapitel können gegenüber der IV nicht verrechnet werden.
EA.05	3	Familien-therapie	**Definition Familie:** Eine Familie besteht aus mindestens 2 Personen. *Familientherapien* sind nur gegenüber dem Indexpatienten abrechenbar.
EA.05	5	Leistungen	Spitäler oder Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen (Art. 35 Abs. 2 Bst n KVG) bieten sozialpsychiatrische Behandlungen für Menschen mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen an, die auf dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell basieren. Das Ziel dieser Behandlungen ist die gemeindenahe Versorgung, also die Behandlung im gewohnten Wohnumfeld oder mit dem Ziel des Verbleibs respektive der Wiedereingliederung im gewohnten Umfeld und in definierten Versorgungsregionen. Diese sozialpsychiatrischen Behandlungen werden von multiprofessionellen Teams aus nichtärztlichen Fachpersonen unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie durchgeführt.
GG	3	Mobiles Röntgen	Die Leistung mit einem mobilen Röntgengerät (z.B. Patienten im Altersheim, Gefängnis) kann mit der normalen Tarifposition abgerechent werden. Die Wegentschädigung wird mit der Position (AA.00.0050) vergütet.
GG	5	Befundung und Berichts-erstellung	*Befundung und Berichtserstellung* werden mit den Tarifpositionen aus Kapitel [GG.30] abgebildet. Die Bildgebung ist grundsätzlich in Positionen der Bilderstellung und der Befundung aufgeteilt.
GG	2	Vorbereitung des Patienten	Die bildgebenden Tarifpositionen beinhalten immer allf. Lokalanästhesien sowie allf. Punktionen und Injektionen zur Kontrastmittelapplikation sowie die Verabreichung anderer kontrastgebender Hilfsmittel, sofern nicht ausdrücklich anders erwähnt. Die Vorbereitung der Patienten für eine Intervention kann separat mit der Position (GG.10.0080) abgerechnet werden. Die Aufklärung des Patienten am Untersuchungstag im Untersuchungsraum ist Teil der ärztlichen Leistung (LieS).

GG	1	Fachliche Unterstützung durch einen Facharzt für Radiologie	*Bei einer nicht radiologischen Intervention **ausserhalb des Operationssaals** unter Durchleuchtung:* Die fachliche Unterstützung durch den Facharzt Medizinische Radiologie ist über die Tarifposition (WF.00.0010) abgebildet. *Bei Röntgen-Tarifpositionen:* Die fachärztliche Unterstützung bei einer Untersuchung bei der keine ärztliche Leistung eingerechnet ist, ist mit der Tarifposition (WF.00.0010) abgebildet.
GG	4	Gelenks-regionen	Als Abrechnungseinheit gilt der deutschsprachige Oberbegriff: - Handgelenke inkl. Fingergelenke - Ellbogen - Schultergelenk - Hüftgelenk - Kniegelenk - Fussgelenke inkl. Zehengelenke, USG, OSG und Syndesmose tibiofibular - Alle anderen Gelenke entsprechen einer Region
GG.00	1	Röhrenknochen, Gelenke	Die Bildgebung langer *Röhrenknochen* (z.B. Humerus, Femur) erfordert obligat auch die Darstellung des proximalen oder distalen *Gelenkes*.
GG.00	2	Kontrollaufnahmen	*Kontrollaufnahmen* nach Therapien können als weitere Aufnahmen in der gleichen Sitzung verrechnet werden.
GG.00	3	Erneute Zuweisung am gleichen Tag	Bei *erneuter Zuweisung* kann eine neue Sitzung eröffnet werden und die erste Aufnahme erneut abgerechnet werden.
GG.10	2	Verrechnung der Röntgenaufnahmen bei Durch-leuchtungen	Eingeschlossen sind sämtliche mit der Untersuchung verbundenen Röntgenaufnahmen während der Durchleuchtung.

GG.10	1	Durch-leuchtungen	Als *Durchleuchtungen* gelten Untersuchungen mittels Bildverstärker-Fernsehen (BV-TV), Detektorsysteme, fluoroskopisch verstärkte und/oder digitale Systeme.
GG.15	1	Verrechnung der Röntgenaufnahmen bei Durch-leuchtungen	Eingeschlossen sind sämtliche mit der Untersuchung verbundenen Röntgenaufnahmen während der Durchleuchtung.
GG.30	1	Leistungs-dokumentation	Der Befund der einzelnen Leistungen wird mit einer separaten Position verrechnet. Der ärztliche Anteil der Befundposition beinhaltet immer die Befundung (inklusive allfällige Vergleich mit Bildern/Resultaten vorgängiger bildgebender Untersuchungen, systematische, fragestellungsbezogene Beurteilung normaler und pathologischer Befunde, Ausmessungen und/oder Berechnungen) und das Festhalten der Befunde in schriftlicher oder elektronischer Form. Die obligat darzustellenden Organe/Strukturen sind in einer geeigneten elektronischen oder physischen Form zu dokumentieren. Gilt für die ärztliche Befundung. Der Aufwand für den Bericht an den zuweisenden Arzt oder zuweisende Stelle wird zusätzlich durch die Tarifposition (GG.30.0010) abgebildet.
GK	5	Befundung und Leistungs-dokumentation	Befundung und Leistungsdokumentation sind integraler Bestandteil der Tarifposition.
GK	2	Vergleichs-untersuchungen	Bei reinen Teil-Vergleichsuntersuchungen bei paarigen Körperteilen können für die Verrechnung der zum Vergleich herangezogenen Gegenseite nur die Positionen (GK.30.0010) oder (GK.30.0020) angewandt werden. Der Vergleich ist im Befundbericht zu begründen. Ausgenommen sind folgende Voraussetzungen, bei welchen die Gegenseite voll verrechnet werden kann: - Systemkrankheiten - Verdacht auf Zweitläsion auf der Gegenseite - Personen unter 16 Jahren - Säuglingshüfte (GK.20.0050)

			- Juristische oder forensische Gründe (u.a. zwecks Beurteilung einer Unfallkausalität) - Abgrenzung gegenüber physiologischen degenerativen Veränderungen, Varianten oder Anomalien
GK	3	Gelenkregionen	Als eigene *Gelenkregion*, welche unter die Position (GK.20.0100) fällt, gilt jedes übrige Gelenk pro Seite, welches nicht mit einer eigenen Position im Tarif erfasst ist. Einzelne *Gelenkregionen* sind pro Seite unter sich kumulierbar. Fingergelenke bzw. Zehengelenke gelten je als eine einzige Region pro Seite. Wo nicht auf Positionsebene anders definiert, umfasst die Untersuchung von Gelenken die einsehbare Knochenoberfläche, den Knorpel, die Gelenkkapsel und die in der Gelenkkapsel integrierten Bandstrukturen.
GK	1	Teilunter-suchungen	Ist ein untersuchtes Organ oder eine untersuchte Struktur Teil einer übergeordneten Untersuchung, so kann nur die übergeordnete Untersuchung verrechnet werden. Kontrolluntersuchungen eines Organs können auf der gleichen Seite nicht kombiniert werden mit der vollständigen Untersuchung des gleichen Organs (Beispiel: Die Untersuchung der Poplitea kann nicht gleichzeitig mit der Gelenk-Untersuchung Kniegelenk verrechnet werden).
GK	4	Weichteil-regionen	Als *Regionen* gelten logisch zusammenhängende Strukturen (Sehnen, Muskeln, Subcutis, Raumforderungen usw.). Wo solche nicht ersichtlich sind, gelten die folgenden Regionen-Begriffe je pro Seite: - Kopf/Gesicht: Regio capitis/Regio facialis - Hals: Regio cervicalis - Brust/Schulter: Regio pectoralis/Regio axillaris - Bauchwand: Regio abdominalis - Rücken: Regio dorsalis/Regio glutealis - Dammgegend: Regio perinealis/Regio analis/Regio urogenitalis

			- Arm: Regio brachialis/Regio cubitalis/Regio antebrachialis - Hand: Carpus/Manus/Digiti - Bein: Regio femoralis/Genu/Regio cruralis - Fuss: Pes/Regio calcanea/Tarsus/Metatarsus/Digiti Als eigene Regionen gelten zudem pro Seite: Achillessehne, Fossa Poplitea, Pleura. Die Untersuchung von Lymphknoten einer Region gemäss obiger Auflistung kann pro solcher Region und Seite nur 1 Mal verrechnet werden.
GK.30	1	Definition Fokussierte Untersuchungen	In diesem Kapitel sind alle gezielten Untersuchungen (auch *Point-of-Care*) zusammengefasst, welche nicht die Untersuchung einer gesamten Region oder spezifisch definierter Strukturen erfordern.
GM	2	Vorbereitung des Patienten	Die bildgebenden Tarifpositionen beinhalten immer allf. Lokalanästhesien sowie allf. Punktionen und Injektionen zur Kontrastmittelapplikation sowie Verabreichung anderer kontrastgebender Hilfsmittel, sofern nicht ausdrücklich anders erwähnt. Die Aufklärung des Patienten am Untersuchungstag im Untersuchungsraum ist Teil der Ärztlichen Leistung (GM.00.0020).
GM	4	Zweite Serie	Sollte aus medizinischen Gründen eine *zweite Serie* in derselben Sitzung notwendig sein, ist diese in der Minutage der jeweiligen Tarifposition bereits berücksichtigt und ist nicht separat verrechenbar.
GM	1	Spezielle Leistungsinhalte der CT-Hauptleistungen	Das allf. Anlegen einer EKG-Triggerung und die orale und/oder rektale Kontrastmittelgabe sind ebenfalls in den CT-Hauptleistungen enthalten.
GM	3	Befundung und Berichts-erstellung	*Befundung und Berichtserstellung* werden mit den Tarifpositionen aus Kapitel [GM.15] abgebildet. Bildgebung ist grundsätzlich in Positionen der Bilderstellung und der Befundung aufgeteilt.

GM.15	1	Leistungs-dokumentation	Der Befund der einzelnen Leistungen wird mit einer separaten Position verrechnet. Der ärztliche Anteil der Befundposition beinhaltet immer die Befundung (inklusive allfällige Vergleich mit Bildern/Resultaten vorgängiger bildgebender Untersuchungen, systematische, fragestellungsbezogene Beurteilung normaler und pathologischer Befunde, Ausmessungen und/oder Berechnungen) und das Festhalten der Befunde in schriftlicher oder elektronischer Form. Die obligat darzustellenden Organe/Strukturen sind in einer geeigneten elektronischen oder physischen Form zu dokumentieren.
GP	4	Befundung und Berichtserstellung	Befundung und Berichtserstellung werden mit den Tarifpositionen aus Kapitel [GP.15] abgebildet. Bildgebung ist grundsätzlich in Positionen der Bilderstellung und der Befundung aufgeteilt.
GP	2	Spezielle Leistungsinhalte der MR-Hauptleistungen	Das allfällige Anlegen einer EKG-Triggerung und die orale und/oder rektale Kontrastmittelgabe (inkl. endorektale Spule) sind ebenfalls in den jeweiligen MR-Hauptleistungen enthalten.
GP	1	MR-Serie	Eine erste *MR-Serie* (Untersuchungsgang) kann sowohl nativ als auch mit Kontrastmittel durchgeführt werden. Allf. weitere Serien sind mit der Position (GP.00.0020) abzurechen. Die Position (GP.00.0020) 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 Tarifposition.
GP	3	Vorbereitung des Patienten	Die bildgebenden Tarifpositionen beinhalten immer allf. Lokalanästhesien sowie allf. Punktionen und Injektionen zur Kontrastmittelapplikation sowie Verabreichung anderer kontrastgebender Hilfsmittel, sofern nicht ausdrücklich anders erwähnt. Die Aufklärung des Patienten am Untersuchungstag im Untersuchungsraum ist Teil der Ärztlichen Leistung (GP.00.0020).
GP.15	1	Leistungs-dokumentation	Der Befund der einzelnen Leistungen wird mit einer separaten Position abgebildet. Der ärztliche Anteil der Befundposition beinhaltet immer die Befundung (inklusive allfällige Vergleich mit Bildern/Resultaten vorgängiger bildgebender Untersuchungen, systematische, fragestellungsbezogene Beurteilung normaler und pathologischer Befunde, Ausmessungen und/oder Berechnungen) und das Festhalten der Befunde in schriftlicher oder elektronischer Form. Die obligat darzustellenden Organe/Strukturen sind in einer geeigneten elektronischen oder physischen Form zu dokumentieren.

JM	1	Begriffe	**Einsendung / Auftrag** Eine Einsendung oder ein Auftrag betreffen einen Patient. In der Regel sind Einsendung und Auftrag identisch. Es kann allerdings vorkommen, dass ein Auftrag zu einer Einsendung bereits abgeschlossen und die Probe ggfs. bereits archiviert ist. Bei einem neuen Auftrag zu einer bereits vorhandenen Probe müssen alle Analyseschritte nochmals vorgenommen werden, wie bei einer neu eingesandten Probe. Wenn bei einer OP verschiedene Proben (z.B. Schnellschnitt, aber auch regulär zu untersuchende Proben) zur Untersuchung ins Pathologieinstitut geschickt werden, können es mehrere Proben sein, welche je nach zeitlichem Verlauf des Eintreffens im Institut in einem oder in mehr als einem Auftrag von einem Fall abgearbeitet werden. Zu einem Fall kann es mehrere Einsendungen und/oder Aufträge geben **Topografie / Lokalisation** Bezeichnet gemäss gängiger Nomenklatur eine Region und/oder Organ im/am Körper. Eine Lokalisation entspricht einer klinisch bezeichneten Region, welche gemäss Auftrag jeweils separat zu untersuchen ist und zumeist (vgl. Einsendung / Auftrag) separat eingesandt wird. **Probe** Eine Einsendung enthält eine oder mehrere Proben. In der Regel wird der Begriff Einsendung mit Einsendungsbehältern (=Paket) gleichgesetzt. Der Behälter enthält humanes Material (in der Regel Gewebe und/oder Zellen). Dieses Material wird Probe genannt und entspricht meist einer einzelnen Topografie/Lokalisation. Bei grösseren, chirurgischen, tumoronkologischen Eingriffen wird allerdings auch en-bloc-Gewebe von verschiedenen Lokalisationen entnommen und en bloc eingesandt (z.B. gleichzeitig Milz/Pankreas/Magen/Duodenum oder Uterus/Ovarien/Tuben). **Sediment / Block / Grossschnitt / HE-Schnitt** - **Sediment:** eine Flüssigkeit mit Zellen wird zentrifugiert. Der Rückstand (=Sediment) wird untersucht/weiterverarbeitet. - **Block:** bezeichnet eine würfel- oder quaderförmige Form aus Paraffin, in welcher das

			menschliche Gewebe zwecks weiterer Verarbeitung eingebettet wird. - **Grossschnitt:** Bei Paraffineinbettung, wobei die resultierende Paraffinblockgrösse nicht der normierten Biopsiekassetten-Grösse entspricht. - **HE-Schnitt:** Hämatoxylin-Eosin Färbung. **Ausstrich / Objektträger** - **Ausstrich:** Es handelt sich um eine zytologische Probe, welche aufgetragen (=ausgestrichen) wird (auf einem Objektträger). Diese Probe kann z.B. aus einem zentrifugierten Sediment, einem Wattestäbchen, Spatel o.ä. stammen. - **Objektträger:** Eine dünne Glasplatte, auf welcher die zytologischen oder histologischen Präparate zwecks anschliessender durchlichtmikroskopischer Untersuchung aufgetragen werden. **Reaktionsansatz / Antikörper** - **Reaktionsansatz:** bezeichnet hier die Tätigkeiten und zusammengeführten Reagenzien zur Durchführung einer gezielten und spezifischen, eingegrenzten DNA-Untersuchung. - **Antikörper:** Begriff der Immunologie, bezeichnet ein Protein aus der Klasse der Immunglobuline, welches spezifisch mit sogenannten Antigenen reagiert. Wird in der Pathologie zur Darstellung von Proteinen (Zell- und Gewebscharakterisierung) benutzt. **Zielsequenz** Abfolge von Basen in der DNA/RNA, die untersucht werden soll. Entspricht meist einem Anteil eines Gens bzw. eines Chromosoms. **Sonde** Abfolge von Basen, die in der Lage ist, an die Zielsequenz zu binden.

			Primer / Ansatz Kurze Abfolge von Aminosäuren, welche als Startsequenz für die weitere DNA/RNA-Synthese dient.
JM	2	Leistungs-dokumentation, Protokollierung / Bericht	Die Leistungsdokumentation (Festhalten der Befunde in schriftlicher oder elektronischer Form), Protokollierung und der Bericht sind integraler Bestandteil der jeweiligen Leistung sofern nicht ausdrücklich anders erwähnt.
JX	2	Bezeichnung der Untersuchungen	**Hybrid-SPECT** Ein *Hybrid-SPECT* ist eine SPECT-Untersuchung, welche auf einem SPECT/CT durchgeführt wird. **Hybrid-PET** Ein *Hybrid-PET* ist eine PET-Untersuchung, welche auf einem PET/CT oder auf einem PET-MRI durchgeführt wird. Das *Hybrid-PET* und das *Hybrid-SPECT*, meint das PET/CT bzw. SPECT/CT mit einem Low-Dose CT, unter 5 mSv, also nicht im Hochdosisbereich. Dieses Low-Dose CT dient der Tiefenkorrektur.
JX	1	Bezeichnung der Untersuchungs-geräte	**SPECT/CT** Ein SPECT/CT ist ein Hybridgerät, das aus einem SPECT und einem CT besteht. **PET/CT** Ein PET/CT ist ein Hybridgerät, das aus einem PET und einem CT besteht. **PET/MR** Ein PET/MR ist ein Hybridgerät, das aus einem PET und einem MR besteht.

KF.05	1	Definition der Regionen des Status Bewegungs-apparats	**Als Regionen gelten:** - Handgelenke inkl. Fingergelenke - Ellbogen - Schultergelenk - Hüftgelenk - Kniegelenk - Fussgelenke inkl. Zehengelenke, USG, OSG und Syndesmose tibiofibular - Alle anderen Gelenke entsprechen einer Region Die Untersuchung des Bewegungsapparates beinhaltet auch die Untersuchung der entsprechenden Gelenke inkl. Muskulatur, Sehnen und Bänder.
KF.10	3	Bildgebung	Die BV-TV-Kontrolle mit obligater Bilddokumentation ist in folgenden Tarifpositionen enthalten: (KF.10.0010), (KF.10.0050), (KF.10.0060), (KF.10.0070), (KF.10.0080), (KF.10.0100). Dies gilt nicht für bildgebend gesteuerte Punktionen/Instillationen mittels CT oder MR.
KF.10	2	Medikation über liegenden Katheter	Die Medikamentenabgabe über liegenden epiduralen/periduralen Katheter ist in der Leistung enthalten.
KF.10	4	Monitoring, Neuronavigation	Alle Tarifpositionen aus Kapitel [KF] verstehen sich inkl. allf. elektrophysiologisches und/oder kardiopulmonales Monitoring. Der Zeitaufwand des Operateurs für seine Anwesenheit beim Monitoring resp. bei der Neuronavigation ist in der entsprechenden Tarifposition inbegriffen.
KF.10	1	Vor- und Nachbereitung	Die *Vor- und Nachbereitung* ist in den Tarifpositionen Interventionelle Schmerztherapie enthalten.

MK.10	2	Test mit individuellem Material	Test mit individuell Substanzen (Lebensmittel, Medikamente usw.), die aber nicht speziell für die Allergiediagnose kommerzialisiert werden. Die Substanzen werden nach spezieller Zubereitung für die Allergiediagnose verwendet.
MK.10	3	Testmaterial	Das Testmaterial wird separat abgerechnet.
MK.10	1	Test mit konfektioniertem Material	Test mit speziellen kommerziell produzierten Substanzen (chemische, biologische), die nur der Allergiediagnose dienen.
MK.20	2	Oberflächen-regionen und muskulo-skelettale Regionen	Als Abrechnungseinheit gilt der deutschsprachige Oberbegriff. - Kopf/Gesicht: Regio capitis/Regio facialis - Hals: Regio cervicalis - Brust/Schulter: Regio pectoralis/Regio axillaris - Bauchwand: Regio abdominalis - Rücken: Regio dorsalis/Regio glutealis - Dammgegend: Regio perinealis/Regio analis/Regio urogenitalis - Arm: Regio brachialis/Regio cubitalis/Regio antebrachialis - Hand: Carpus/Manus/Digiti - Bein: Regio femoralis/Genu/Regio cruralis - Fuss: Pes/Regio calcanea/Tarsus/Metatarsus/Digiti

MK.20	1	Beschreibung der Regionen A bis C	**Region A** Kopf, Gesicht, Hals (ohne Nacken), Hand, Genitale. - **A1:** bis 2 cm² - **A2:** bis 4 cm² - **A3:** grösser als 4 cm² **Region B** Sog. H-Region des Gesichts. Diese entspricht den Periorifizien im Gesicht: perioral, Nase, Augenlider, kanthale Region, Augenbraue, periauriculär. Für Leistungen an den Augenlidern gilt es auch das Kapitel [RC.50] und für Leistungen im ORL-Bereich das Kapitel [RG] zu beachten. - **B1:** bis 0,5 cm Durchmesser - **B2:** bis 1 cm Durchmesser - **B3:** grösser als 1 cm Durchmesser **Region C** Übrige Regionen, die nicht unter A oder B fallen. - **C1:** bis 5 cm² - **C2:** bis 25 cm² - **C3:** grösser als 25 cm²
MK.20	3	Berechnung der Flächenmasse	Die Flächenmasse pro Region (*cm²*) gelten pro zu behandelnder Fläche. Als Beispiel: Bei zwei geschlossenen

			Narbenlösungen von je 1 cm² im Gesicht, gelangt (MK.20.0120) 2 Mal zur Anwendung.
RA	1	Verhältnis TARDOC und SSO-Tarif	Wenn Leistungen oder Teilleistungen sowohl im SSO wie auch im TARDOC aufgeführt sind, so ist die wirtschaftlichere Variante zu wählen.
RC	1	Applikation von Augentropfen	Alle Tarifpositionen beinhalten eine allfällige Mydriase/Miose und/oder Lokalanästhesie mittels Tropfen.
RC	3	Nicht-spezifisch tarifierte ophthalmolo-gische Leistungen durch Facharzt oder nichtärztliches Personal	Folgende Leistungen sind, falls durch den Facharzt erbracht, mit der Leistungsposition (AA.00.0010) resp. (AA.00.0020) oder falls durch nichtärztliches Personal erbracht, mit der Leistungsposition (AK.00.0100), zu erfassen: - Diaphanoskopie am Auge - Refraktionsbestimmung, objektiv - Keratometrie - Farbsinnprüfung klein - Bestimmung der Tränenfilmaufreisszeit - Fremdkörperentfernung(en) aus Konjunktive ohne Schnitt - Fremdkörperentfernung(en) aus Kornea und Sklera bei oberflächlicher Lage ohne Rosthof - Mechanische Reinigung des Bindhautsacks - Abstrich von Konjunktiva oder Kornea
RC	2	Botulinus-injektion	*Botulinusinjektion* inkl. elektromyografischer Kontrolle, siehe Kapitel [MP].
RE.00	1	Ärztliche Leistungs-erbringung	Alle phoniatrischen Leistungen im Unterkapitel [RE.00] müssen durch den Arzt durchgeführt werden.

TG	1	Wechselzeiten	Für die Sparten *Funktionsdiagnostik Pneumologie* und *Schlaflabor* wurden keine separate Wechselzeiten tarifiert. Diese ist aufgrund unterschiedlichen Dauer je nach Leistung in die Minutage (IPL) der Tarifpositionen inkludiert.
VA	1	Endoskopie	Die Positionen beinhalten Sedation (exkl. Medikamente) oder Schleimhautanästhesie. Der Eingriff dauert vom Beginn der ärztlich geleiteten Sedation bis zum Zeitpunkt nach Endoskopie, ab dem der Zustand des Patienten andere ärztliche Tätigkeiten zulässt. Es dürfen nur Leistungen, die in den *Handlungsleistungen* nicht enthalten sind, mittels einer *Zeitleistung* zusätzlich erfasst werden.
VA.30	1	Facharzt-tätigkeiten ohne Endoskopie	Nebst den definierten Tätigkeiten (Leberbiopsie, Aszitespunktion, Drainagen, Punktionen, Elastographien) sind hier folgende Tätigkeiten gemeint: - Patienteninstruktionen (Spritzen, Sondenkost, usw.) - Inzision/Exzision/Dilatation an jeglichen Stomata, anal oder oral/ösophageal - Einlage von Sonden oral (bis und mit Jejunum) und anal/Stomata - Wechsel von Ballon-PEG's oder Buttons - rektale Ausräumung.
WA	8	Sonografie-gesteuerte Plexus- und Nervenblockade	Die Sonografie-gesteuerte Plexus- und Nervenblockade darf mit den Leistungen Einleitung Anästhesie [WA.05] kumuliert werden. Siehe Tarifposition (GK.35.0070).
WA	9	Patientensicherheit 'Sign In'	Tätigkeitsinhalt *Sign In* (vor Einleitung des Anästhesieverfahrens): - Überprüfung von Patientenidentität, Eingriffsart, Eingriffsort, geplantem Anästhesieverfahren, dokumentierter Patientenaufklärung/Patienteneinwilligung und Markierung des Eingriffsorts - Anästhesiesicherheitskontrollen und Briefing - Einschätzung patientenspezifischer Risiken (Allergien, Atemweg/Aspirationsrisiko, Blutverlust)

			- Überprüfung der Zuweisung zum richtigen OP-Saal
WA	4	Im Rahmen der Narkose verwendete Gase	Im Rahmen der anästhesiologischen Leistungen verwendete Medizinalgase (Sauerstoff, Luft) sind Teil der Infrastruktur und/oder Personalleistung (IPL) und somit nicht separat verrechenbar.
WA	3	Interventions-Aufwandklasse (IAK) und Monitored Anesthesia Care (MAC)	Die Einteilung in die vier *Interventions-Aufwandklassen (IAK)* erfolgt auf Grund der Art der ärztlichen Leistung entsprechend des Anästhesieaufwandes. Die *Monitored Anesthesia Care (MAC)* und IAK sind in der Regel bei den Leistungen angegeben, bei denen eine Anästhesie durch einen Facharzt für Anästhesie in Frage kommt. Wird eine MAC anstelle einer IAK durchgeführt, gilt die bei der entsprechenden Leistung angegebene IAK nicht. Abgerechnet werden darf nur die effektiv durchgeführte Anästhesie/MAC sowie die zu dieser IAK/MAC gehörende OP-Sockelleistung. **Monitored Anesthesia Care (MAC):** Überwachung durch den Anästhesisten während des Eingriffs oder der diagnostischen Massnahme, gegebenenfalls unter Lokalanästhesie. MAC umfasst entweder die Bereitschaftsfunktion des Anästhesisten, ohne Anwendung von Hypnotika oder Analgetika (*Stand-by*) oder eine leichte Sedierung / Analgosedierung. **Voraussetzungen MAC:** - Der Anästhesist befindet sich während des Eingriffs/der Massnahme am Patienten und überwacht diesen - Der Patient bleibt auf Ansprache weckbar und seine Spontanatmung ohne mechanische Unterstützung suffizient **Interventions-Aufwandklasse (IAK) I: Anästhesieleistung ohne Erhöhung des Aufwands:** *zum Beispiel:* kleinere operative Versorgung an Extremitäten, Weichteiloperationen am Rumpf, operative Versorgung am äusseren männlichen/weiblichen Genitale, Curettagen, Hysteroskopien,

			operative Versorgung an Portio. **Interventions-Aufwandklasse (IAK) II: Anästhesieleistung mit Erhöhung des Aufwands:** *zum Beispiel:* Operation in Bauchlage; ophthalmologische, otologische, urologische Operationen (ohne Operationen am äusseren Genitale sowie an Nebennieren, Nieren, Nierenbecken und Ureteren); vaginale und geburtshilfliche operative Versorgung. **Interventions-Aufwandklasse (IAK) III: Anästhesieleistung mit starker Erhöhung des Aufwands:** *zum Beispiel:* laparoskopische, thorakoskopische Eingriffe, maxilläre, rhinologische, pharyngeale und laryngologische Eingriffe, Wirbelsäuleneingriffe, Craniotomien, Kinder bis zu 2 Jahren. **Interventions-Aufwandklasse (IAK) IV: Anästhesieleistung mit ausserordentlichem Aufwand.** Bei Leistungen ohne hinterlegte Interventions-Aufwandklasse (IAK) kann bei begründbarer Notwendigkeit *Monitored Anesthesia Care (MAC)* durchgeführt werden, sofern die Voraussetzungen dafür gegeben sind. Muss bei Positionen mit hinterlegter MAC der Atemweg gesichert werden, kann Interventions-Aufwandklasse (IAK) I verrechnet werden, bspw. bei unkooperativen und/oder vitalgefährdeten Patienten. Eine Änderung der Interventions-Aufwandsklasse (IAK) zieht nicht automatisch ein Upgrading (Infrastruktur) nach sich. Der medizinische Grund für die Anwendung einer höheren Interventions-Aufwandklasse (IAK) muss dokumentiert, und auf Verlangen der Versicherung mitgeteilt werden.
WA	6	Angabe der Bezugsziffer(n)	Bei der Verrechnung der Tätigkeit des Anästhesisten [WA.10] müssen die Tarifposition(en) der dazugehörenden Leistung(en) (diagnostische Massnahme/Intervention/Operation/Geburt) als Bezug angegeben werden.

			Ausnahmen sind ausdrücklich bei der Abrechnung zu begründen.
WA	5	Interventions-Aufwandklassen (IAK)-Wechsel bei Mehrfach-eingriffen	Werden während einer Operation oder einer operativen Versorgung mehrere Leistungen erbracht, die unterschiedlichen Interventions-Aufwandklasse (IAK) angehören, so können für die Ein- und Ausleitung [WA.05], Anästhesiezeit [WA.10] sowie die Postoperative Betreuung [WA.15] jene Tarifpositionen verrechnet werden, die der Leistung mit der höchsten Interventions-Aufwandklasse (IAK) entsprechen.
WA	1	Anästhesie-führung	Die Leistungen des Facharztes für Anästhesie umfasst die gesamte *Anästhesieführung* und beinhaltet folgende Tätigkeiten: - Anästhesiologische Evaluation [WA.00] - Ein- und Ausleitung Anästhesie [WA.05] - Tätigkeit des Anästhesisten während der operativen Versorgung (Anästhesiezeit) [WA.10] - Postoperative Betreuung Anästhesie [WA.15] Die Leistungen des Kapitels [WA.05] enthalten eine Wechselzeit gemäss [GI-14]. Der Leistungsinhalt umfasst inhalative und/oder intravenöse und/oder regionale Verfahren (z.B. epidural, spinal, Nervenblockaden). Insbesondere gehören dazu die Intubation (jede Methode, auch fiberoptisch), die Beatmung, die Infusionstherapie inkl. Blutersatz mit den entsprechenden Zugängen, das invasive und/oder nichtinvasive Monitoring inkl. orientierender transoesophagealer Echokardiografie, die Hibernation bei ECC, die Reanimation.

WA	7	Erhöhung von MAC oder Interventions-Aufwandklasse	**Gilt für die Einleitung, Anästhesiezeit, Ausleitung und postoperative Betreuung:** Bei Mehrfacheingriffen kommt die höher verrechenbare Interventions-Aufwandklasse zur Anwendung. In folgenden Fällen kann die Interventions-Aufwandklasse (IAK) in begründeten Fällen um eine Klasse erhöht werden: - Kinder bis zu 7 Jahren - Patienten > 70 Jahren Das Upgrading der IAK muss schriftlich festgehalten und auf Verlangen dem Versicherer mitgeteilt werden. Bei Kindern bis zu 2 Jahren gilt im Minimum die *Interventions-Aufwandklasse (IAK) III*.
WA	2	Interventions-Aufwandklasse (IAK)	Die *Interventions-Aufwandklassen (IAK)* orientieren sich an den typischen Merkmalen: - Anästhesie Schwierigkeitsgrad - Art der Lagerung - Typischer Aufwand für Desinfektion, Abdeckung und Einrichten der Instrumente
WF	1	Definition	Als ärztliche Unterstützung gelten Personen, welche die Ausbildung zum Arzt mit dem Staatsexamen erfolgreich abgeschlossen haben. Der unterstützende Arzt muss auf dem Arztbericht oder OP-Bericht zwingend mit seiner Global Location Number (GLN) identifizierbar sein Nicht als unterstützender Arzt gelten angehende Ärzte, also Ärzte in Ausbildung (cand. med) sowie das nichtärztliche Personal, das in der IPL (Infrastruktur und/oder Personalleistungen) der entsprechenden Sparte abgebildet ist. Die Anwesenheit eines Arztes während der Operation/Intervention ausschliesslich zu Weiter- und Fortbildungszwecken gilt tarifarisch nicht als ärztliche Unterstützung.

WF	2	Rechnungs-stellung	Das Honorar für die fachärztliche Unterstützung wird nicht separat entschädigt und muss auf einer Rechnung zusammen mit den Leistungen abgerechnet werden, für welche die Ärztliche Unterstützung erbracht worden ist.
WG	1	Abgrenzung	Sämtliche ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen, welche in der Infrastruktur der Notfallstation erbracht werden (direkt am Patienten oder im Hintergrund für den Patienten), werden ausschliesslich über die Tarifpositionen des Kapitels [WG] entgolten. Für ärztliche und nichtärztliche Leistungen, welche ausserhalb der Infrastruktur der Notfallstation, in einer anderen Facharztklinik, erbracht werden, sind die Tarifpositionen aus den entsprechenden Kapiteln anwendbar.
WG.00	3	Abgrenzung	Sämtliche ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen, welche in der Infrastruktur der Notfallstation erbracht werden (direkt am Patienten oder im Hintergrund für den Patienten), werden ausschliesslich über die Tarifpositionen des Kapitels [WG] entgolten. Für ärztliche und nichtärztliche Leistungen, welche ausserhalb der Infrastruktur der Notfallstation, in einer anderen Fachbereichen erbracht werden, sind die Tarifpositionen aus den entsprechenden Kapiteln anwendbar.
WG.00	1	Nichtärztliche Betreuung und Überwachung	Gilt für Tätigkeiten, die von nichtärztlichen Fachpersonen auf Anordnung des Arztes selbstständig erbracht werden. Gilt für alle Tätigkeiten im Schockraum der Notfallstation. Gilt für die Behandlung, Betreuung, Überwachung und Nachbetreuung von Patienten. Gilt für folgende nichtärztliche Tätigkeiten: - Aufnahme, Überwachung und Betreuung des Patienten bis zum Austritt - Leistungen der Grundpflege, Medikation - Bluttransfusionen - Blutentnahmen - Injektionen und Infusionen - Überwachung von Vitalzeichen - Behandlungen wie Absaugen oral/nasal, O2-Verabreichung, Drainage/Spülung

			kontrollieren/entfernen, Katheter Legen/entfernen, Stoma pflegen - Wundbehandlung, Wundpflege, Verbandwechsel und Entfernung Verbände - Information und Anweisung des Patienten und Angehörige zum Austritt und Nachbehandlung Gilt nicht für: - Organisatorisch verursachte Wartezeiten - Leistungen welche im Wartezimmer erbracht werden Wenn Patienten aus medizinischen Gründen durch nichtärztliches Personal zu Untersuchungen / Interventionen ausserhalb der Notfallstation begleitet werden müssen ist für diese Zeit die Tarifposition (WG.00.0070) anwendbar.
WG.00	2	Anwendung	**Triage und Leistungen im Wartebereich** Die Position (WG.00.0010) bildet die Triage des Patienten und eine allenfalls nichtärztliche notwendige Überwachung im Wartebereich der Notfallstation ab. Die Wartezeit des Patienten darf dem Kostenträger nicht in Rechnung gestellt werden und ist über keine Tarifposition im Tarif abgebildet. **Überwachung ausserhalb des Wartebereichs** Die Überwachung des Patienten (monitorisiert und nicht monitorisiert) auf der Notfallstation (ausserhalb des Wartebereiches) sind über die Positionen (WG.00.0050), (WG.00.0060), (WG.00.0040), (WG.00.0020). **Begleitung zu Untersuchungen ausserhalb der Notfallstation** Wird ein Patient zu Untersuchungen ausserhalb der Notfallstation begleitet, kommt die Position (WG.00.0070) zur Anwendung. In der Abwesenheit des Patienten darf keine Tarifposition zur Überwachung in Rechnung gestellt werden.

			Ärztliche Leistungen auf der Notfallstation Sämtliche ärztlichen Leistungen sind über die Position (WG.00.0030) abgebildet. Die Nutzung der Infrastruktur während dieser Zeit ist über die entsprechenden Tarifposition des Kapitels [WG] abgegolten. **Wechselzeit** Die Wechselzeit ist über die Positionen (AR.00.0380) - (AR.00.0390) abgebildet. Die Wechselzeit kann einmal pro Sitzung abgerechnet werden.