

Tarifschulung OKP

ZOOM, 10. MÄRZ 2025

Inhalt

1. Aktueller Stand Tarifverhandlungen

2. Anwendung des Übergangstarifs

3. Fragen

4. Beitrittserklärung zur Übergangslösung

5. Aktueller Stand Qualitätsvertrag

6. Fragen

Organisatorische Hinweise online



Es wird eine **Anwesenheitskontrolle** durchgeführt.
Das **Zertifikat** wird nach der Sitzung zugestellt.



Bitte schalten Sie während der Präsentation Ihr
Mikrofon stumm.



Fragen können nach den Programmpunkten
Anwendung des Übergangstarifs sowie am Ende
der Präsentation gestellt werden.



Um Fragen zu stellen, wählen Sie bitte die Funktion
«**Hand heben**» via **Rektionen** am unteren
Bildschirmrand.





Aktueller Stand Tarifverhandlungen

Übersicht Verhandlungen definitiver Tarif

Mitte 2021

BR gibt grünes Licht.
Die Verhandlungen zum
Übergangstarif beginnen

Mai 2022

Der Übergangstarif
zwischen den
Tarifpartnern wird
vereinbart

April - Juli 2024

Datenerhebung für
den definitiven
Tarif finden statt.

Juli 2024

Die definitive Tarifstruktur
wird dem BAG zur
Genehmigung eingereicht

Verhandlungen zum definitiven Tarif



2021

Art. 58a KVG tritt in Kraft. Alle
Leistungserbringenden müssen
gesamtschweizerisch geltende
Verträge über die
Qualitätsentwicklung abschliessen

Ende 2023

Beitritt Austausch
Qualitätsverträge





2022

Beginn der Erarbeitung des
Qualitätsentwicklungskonzepts

Seit Herbst 2024

Verhandlungen
zum definitiven
Tarif

Aktueller Stand Tarifverhandlungen

-  Übergangsvereinbarung mit Delegation der HSK / CSS / Curafutura im Juni 2022 unterzeichnet. Tarifsuisse gibt Abrechnungsempfehlung heraus.
-  Die Tarifpartner haben sich auf eine gemeinsame Tarifstruktur geeinigt, welche dem Bundesrat eingereicht wurde.
-  Die Datenerhebung für den definitiven Tarif fand im Jahr 2024 statt. Aktuell sind wir in **Verhandlungen zum definitiven Tarif**.
-  Zeitplan schwierig abzuschätzen. Die definitive Lösung tritt voraussichtlich frühestens per 01.01.2026 in Kraft.



Anwendung des Übergangstarifs

Allgemeine Informationen Tarifstruktur



Die Tarifstruktur der Übergangslösung kann unter <https://www.ops.swiss/tarif> abgerufen werden.



Die Tarifstruktur ist per 01.01.2022 in Kraft getreten und gilt bis mindestens 31.12.2023 bzw. zum Inkrafttreten der definitiven Lösung.



Der **Taxpunktwert** beträgt **CHF 1.00** für die Tarifpositionen 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B sowie 8002C. Es handelt sich dabei um einen **Zeittarif** und die Vergütung stellt sich ab am **benötigten Zeitaufwand**.



Die **Zuschlagspositionen** 8010E, 8030E sowie 8040E werden **pauschal** vergütet und sind nicht abhängig vom benötigten Zeitaufwand.



Die Rechnungen werden erst ab dem **Zulassungsdatum** des zuständigen Kantons bzw. der SASIS **vergütet**. Bei einem falschen Zulassungsdatum unbedingt bei der **entsprechenden Stelle intervenieren**.

Gesetzliche Grundlage (1 / 2)

Art. 11c

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der Leistungen, die auf ärztliche Anordnung hin von Podologen und Podologinnen nach Artikel 50d KVV oder von Organisationen der Podologie nach Artikel 52e KVV erbracht werden, soweit:

- a. die Leistungen bei Personen mit Diabetes mellitus erbracht werden, bei denen einer der nachfolgenden Risikofaktoren für ein diabetisches Fuss-Syndrom vorliegt:
 1. Polyneuropathie, mit oder ohne peripher arterielle Verschlusskrankheit (PAVK),
 2. früheres diabetisches Ulcus,
 3. erfolgte diabetesbedingte Amputation, unabhängig vom Vorliegen einer Neuro- oder Angiopathie; und
- b. es sich um folgende Leistungen handelt:
 1. Fuss-, Haut-, und Nagelkontrolle,

Gesetzliche Grundlage (2 / 2)

2. protektive Massnahmen, namentlich atraumatisches Entfernen von Hornhaut und atraumatische Nagelpflege,
3. Instruktion und Beratung der Patienten und Patientinnen zu Fuss-, Nagel- und Hautpflege und zur Wahl der Schuhe und von orthopädischen Hilfsmitteln,
4. Prüfung der Passform der Schuhe.

² Sie übernimmt pro Kalenderjahr die Kosten für höchstens folgende Anzahl Sitzungen:

- a. bei Personen mit Diabetes mellitus und Polyneuropathie:
 1. ohne PAVK: vier Sitzungen,
 2. mit PAVK: sechs Sitzungen;
- b. bei Personen mit Diabetes mellitus nach diabetischem Ulcus oder nach diabetesbedingter Amputation: sechs Sitzungen.

³ Eine neue ärztliche Anordnung ist erforderlich für die Fortsetzung der medizinischen Fusspflege zulasten der Versicherung nach dem Ende eines Kalenderjahres.

Tarifposition	Bezeichnung	Tax- punkte	Leistung	Regel
Erstbehandlung				
8001A	Podologische Erstbehandlung Diagnose A pro Minute	1.85	<p>Inhalt der Behandlung sind die Anamnese und mindestens eine der weiteren genannten Behandlungsthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese <ul style="list-style-type: none"> • Problemerkfassung: z.B. Fussabdruck, Gangbild, Medikation, Nebendiagnosen, Beurteilung der Gesamtsituation (Sozialanamnese) unter Berücksichtigung der medizinischen Risiken. • Zielfestlegung und Behandlungsplanung, Festlegen des podologischen Behandlungsbedarfes und der therapeutischen Massnahmen. • Fuss-, Haut-, und Nagelkontrolle • protektive Massnahmen, namentlich atraumatisches Entfernen von Hornhaut und atraumatische Nagelpflege • Instruktion und Beratung zu Fuss-, Nagel und Hautpflege und zur Wahl der Schuhe und orthopädischer Hilfsmittel • Prüfung der Passform der Schuhe. 	<p>Gemäss Art. 11c Abs. 2 lit. a Ziff. 1. KLV: Pro Kalenderjahr und Patient maximal 4 Sitzungen für Personen mit Diabetes mellitus und Polyneuropathie ohne PAVK (Diagnose A). Die Anzahl Sitzungen berechnen sich inklusive der Erstbehandlung.</p> <p>Die Behandlung erfolgt vollumfänglich in Anwesenheit des Patienten. Maximale Anzahl ist 120.</p> <p>Die podologische Erstbehandlung kann nur einmal pro Patienten und Leistungserbringer abgerechnet werden.</p> <p>Bei Änderung der Diagnose innerhalb eines Kalenderjahres ist die kumulierte Anzahl Sitzungen pro Jahr der sechs Positionen 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B und 8002C maximal 6.</p>

Tarifposition	Bezeichnung	Tax- punkte	Leistung	Regel
Erstbehandlung				
8001B	Podologische Erstbehandlung Diagnose B pro Minute	1.85	<p>Inhalt der Behandlung sind die Anamnese und mindestens eine der weiteren genannten Behandlungsthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese <ul style="list-style-type: none"> • Problemerkfassung: z.B. Fussabdruck, Gangbild, Medikation, Nebendiagnosen, Beurteilung der Gesamtsituation (Sozialanamnese) unter Berücksichtigung der medizinischen Risiken. • Zielfestlegung und Behandlungsplanung, Festlegen des podologischen Behandlungsbedarfes und der therapeutischen Massnahmen. • Fuss-, Haut-, und Nagelkontrolle • protektive Massnahmen, namentlich atraumatisches Entfernen von Hornhaut und atraumatische Nagelpflege • Instruktion und Beratung zu Fuss-, Nagel und Hautpflege und zur Wahl der Schuhe und orthopädischer Hilfsmittel • Prüfung der Passform der Schuhe. 	<p>Gemäss Art. 11c Abs. 2 lit. a Ziff. 2 KLV: Pro Kalenderjahr und Patient maximal 6 Sitzungen für Personen mit Diabetes mellitus und Polyneuropathie mit PAVK (Diagnose B). Die Anzahl Sitzungen berechnen sich inklusive der Erstbehandlung.</p> <p>Die Behandlung erfolgt vollumfänglich in Anwesenheit des Patienten. Maximale Anzahl ist 120.</p> <p>Die podologische Erstbehandlung kann nur einmal pro Patienten und Leistungserbringer abgerechnet werden.</p> <p>Bei Änderung der Diagnose innerhalb eines Kalenderjahres ist die kumulierte Anzahl Sitzungen pro Jahr der sechs Positionen 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B und 8002C maximal 6.</p>

Tarifposition	Bezeichnung	Tax- punkte	Leistung	Regel
Erstbehandlung				
8001C	Podologische Erstbehandlung Diagnose C pro Minute	1.85	<p>Inhalt der Behandlung sind die Anamnese und mindestens eine der weiteren genannten Behandlungsthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese <ul style="list-style-type: none"> • Problemerkfassung: z.B. Fussabdruck, Gangbild, Medikation, Nebendiagnosen, Beurteilung der Gesamtsituation (Sozialanamnese) unter Berücksichtigung der medizinischen Risiken. • Zielfestlegung und Behandlungsplanung, Festlegen des podologischen Behandlungsbedarfes und der therapeutischen Massnahmen. • Fuss-, Haut-, und Nagelkontrolle • protektive Massnahmen, namentlich atraumatisches Entfernen von Hornhaut und atraumatische Nagelpflege • Instruktion und Beratung zu Fuss-, Nagel und Hautpflege und zur Wahl der Schuhe und orthopädischer Hilfsmittel • Prüfung der Passform der Schuhe. 	<p>Gemäss Art. 11c Abs. 2 lit. b KLV: Pro Kalenderjahr und Patient maximal 6 Sitzungen für Personen mit Diabetes mellitus nach diabetischem Ulcus oder nach diabetesbedingter Amputation (Diagnose C). Die Anzahl Sitzungen berechnen sich inklusive der Erstbehandlung.</p> <p>Die Behandlung erfolgt vollumfänglich in Anwesenheit des Patienten. Maximale Anzahl ist 120.</p> <p>Die podologische Erstbehandlung kann nur einmal pro Patienten und Leistungserbringer abgerechnet werden.</p> <p>Bei Änderung der Diagnose innerhalb eines Kalenderjahres ist die kumulierte Anzahl Sitzungen pro Jahr der sechs Positionen 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B und 8002C max. 6.</p>

Erläuterungen Tarifpositionen 8001A, 8001B und 8001C

- Je nach ärztlicher Diagnose wird eine unterschiedliche Tarifposition verwendet:
Diagnose A (Polyneuropathie **ohne** PAVK): **8001A**
Diagnose B (Polyneuropathie **mit** PAVK): **8001B**
Diagnose C (nach **diabetischem Ulcus/ diabetesbedingter Amputation**): **8001C**
- Diese Positionen dürfen nur bei einer **Erstbehandlung** verwendet werden.
Also **einmal pro Patient:in und Leistungserbringer:in** abgerechnet werden.
- Es wird die **effektiv benötigte Zeit** für die Behandlung in **Anwesenheit des Patienten** abgerechnet. **Maximal 120 Minuten**.
- Der Taxpunkt von 1.85 beinhaltet auch zusätzliche Leistungen der Behandlung wie Zimmerwechsel, Terminvereinbarung, etc.

Tarifposition	Bezeichnung	Tax- punkte	Leistung	Regel
Weitere Behandlungen				
8002A	Podologische Behandlung Diagnose A pro Minute	1.85	<p>Inhalt der Behandlung ist mindestens eine der folgenden Behandlungsthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Folgeanamnese: bei Behandlungsunterbruch von mind. 181 Tagen oder bei verändertem diabetes-Status <ul style="list-style-type: none"> • Problemerkfassung: Fussabdruck, Gangbild, Medikation, Nebendiagnosen, Beurteilung der Gesamtsituation (Sozialanamnese) unter Berücksichtigung der medizinischen Risiken • Zielfestlegung, Planung der Behandlung, Definition des Behandlungsbedarfes und der therapeutischen Massnahmen. • Fuss-, Haut-, und Nagelkontrolle • protektive Massnahmen namentlich atraumatisches Entfernen von Hornhaut und atraumatische Nagelpflege • Instruktion und Beratung zu Fuss-, Nagel und Hautpflege und zur Wahl der Schuhe und orthopädischen Hilfsmitteln • Prüfung der Passform der Schuhe 	<p>Gemäss Art. 11c Abs. 2 lit. a Ziff. 1. KLV: Pro Kalenderjahr und Patient maximal 4 Sitzungen für Personen mit Diabetes mellitus und Polyneuropathie ohne PAVK (Diagnose A). Die Anzahl Sitzungen berechnen sich inklusive der Erstbehandlung.</p> <p>Die Behandlung erfolgt vollumfänglich in Anwesenheit des Patienten. Maximale Anzahl ist 90.</p> <p>Bei Änderung der Diagnose innerhalb eines Kalenderjahres ist die kumulierte Anzahl Sitzungen pro Jahr der sechs Positionen 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B und 8002C maximal 6.</p>

Tarifposition	Bezeichnung	Tax- punkte	Leistung	Regel
Weitere Behandlungen				
8002B	Podologische Behandlung Diagnose B pro Minute	1.85	<p>Inhalt der Behandlung ist mindestens eine der folgenden Behandlungsthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Folgeanamnese: bei Behandlungsunterbruch von mind. 181 Tagen oder bei verändertem diabetes-Status <ul style="list-style-type: none"> • Problemerkfassung: Fussabdruck, Gangbild, Medikation, Nebendiagnosen, Beurteilung der Gesamtsituation (Sozialanamnese) unter Berücksichtigung der medizinischen Risiken • Zielfestlegung, Planung der Behandlung, Definition des Behandlungsbedarfes und der therapeutischen Massnahmen. • Fuss-, Haut-, und Nagelkontrolle • protektive Massnahmen namentlich atraumatisches Entfernen von Hornhaut und atraumatische Nagelpflege • Instruktion und Beratung zu Fuss-, Nagel und Hautpflege und zur Wahl der Schuhe und orthopädischen Hilfsmitteln • Prüfung der Passform der Schuhe 	<p>Gemäss Art. 11c Abs. 2 lit. a Ziff. 2. KLV: Pro Kalenderjahr und Patient maximal 6 Sitzungen für Personen mit Diabetes mellitus und Polyneuropathie mit PAVK (Diagnose B). Die Anzahl Sitzungen berechnen sich inklusive der Erstbehandlung.</p> <p>Die Behandlung erfolgt vollumfänglich in Anwesenheit des Patienten. Maximale Anzahl ist 90.</p> <p>Bei Änderung der Diagnose innerhalb eines Kalenderjahres ist die kumulierte Anzahl Sitzungen pro Jahr der sechs Positionen 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B und 8002C maximal 6.</p>

Tarifposition	Bezeichnung	Tax- punkte	Leistung	Regel
Weitere Behandlungen				
8002C	Podologische Behandlung Diagnose C pro Minute	1.85	<p>Inhalt der Behandlung ist mindestens eine der folgenden Behandlungsthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Folgeanamnese: bei Behandlungsunterbruch von mind. 181 Tagen oder bei verändertem diabetes-Status <ul style="list-style-type: none"> • Problemerkfassung: Fussabdruck, Gangbild, Medikation, Nebendiagnosen, Beurteilung der Gesamtsituation (Sozialanamnese) unter Berücksichtigung der medizinischen Risiken • Zielfestlegung, Planung der Behandlung, Definition des Behandlungsbedarfes und der therapeutischen Massnahmen. • Fuss-, Haut-, und Nagelkontrolle • protektive Massnahmen namentlich atraumatisches Entfernen von Hornhaut und atraumatische Nagelpflege • Instruktion und Beratung zu Fuss-, Nagel und Hautpflege und zur Wahl der Schuhe und orthopädischen Hilfsmitteln • Prüfung der Passform der Schuhe 	<p>Gemäss Art. 11c Abs. 2 lit. b KLV: Pro Kalenderjahr und Patient maximal 6 Sitzungen für Personen mit Diabetes mellitus nach diabetischem Ulcus oder nach diabetesbedingter Amputation (Diagnose C). Die Anzahl Sitzungen berechnen sich inklusive der Erstbehandlung.</p> <p>Die Behandlung erfolgt vollumfänglich in Anwesenheit des Patienten. Maximale Anzahl ist 90.</p> <p>Bei Änderung der Diagnose innerhalb eines Kalenderjahres ist die kumulierte Anzahl Sitzungen pro Jahr der sechs Positionen 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B und 8002C maximal 6.</p>

Erläuterungen Tarifpositionen 8002A, 8002B und 8002C

- Je nach Diagnose wird eine unterschiedliche Tarifposition verwendet:
Diagnose A (Polyneuropathie **ohne** PAVK): **8002A**
Diagnose B (Polyneuropathie **mit** PAVK): **8002B**
Diagnose C (nach **diabetischem Ulcus/ diabetesbedingter Amputation**): **8002C**
- Diese Positionen werden bei **weiteren Behandlungen** nach der **Erstbehandlung** angewendet.
- Es wird die **effektiv benötigte Zeit** für die Behandlung in **Anwesenheit des Patienten** abgerechnet. **Maximal 90 Minuten**.
- Pro **Kalenderjahr** dürfen maximal **4 Behandlungen (Diagnose A)** bzw. **6 Behandlungen (Diagnose B oder C)** verrechnet werden.
Bei **Änderung** der Diagnose innerhalb des Kalenderjahres max. **6 Sitzungen**.
- Der Taxpunkt 1.85 beinhaltet auch zusätzliche Leistungen der Behandlung wie Zimmerwechsel, Terminvereinbarung, etc.

Tarifposition	Bezeichnung	CHF	Leistung	Regel
Zuschlagspositionen				
8010E	Vor- und nachbereitende Leistungen	25.00	<p>Umfasst die Leistungen einer Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hygiene (inkl. Sterilisation) • Dokumentation, Krankengeschichte • Fortführen/Aktualisierung des Verlaufsberichts • Aktenstudium. <p>Dauer: 20 Minuten</p>	Einmal als Zuschlag pro podologischer Behandlung oder podologischer Erstbehandlung.
8030E	Bericht	27.50	<p>Erstellung eines Berichts:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Podologische Diagnose • Zusammenfassung der Behandlung • Empfehlung für das weitere Prozedere 	<p>Einmal pro Patienten und Kalenderjahr zuhanden des anordnenden Arztes oder der anordnenden Ärztin oder auf Verlangen des Versicherers.</p> <p>Kann nur als Zuschlag mit einer podologischen Behandlung oder einer podologischen Erstbehandlung verrechnet werden.</p>

Tarifposition	Bezeichnung	CHF	Leistung	Regel
Zuschlagspositionen				
8040E	Weg- und Zeit-Entschädigung pro km	2.00	<p>Mit der Weg- und Zeitentschädigung ist sowohl der Zeitaufwand für die Strecke als auch die Fahrzeugkosten oder die Kosten für die Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel abgegolten.</p> <p>Beim Besuch mehrerer Patienten kann nur der Weg von einem Patienten zum nächsten Patienten aufgewendete Weg abgerechnet werden.</p> <p>Der Weg für die Rückkehr bemisst sich nach dem direkten Weg vom letzten Patienten zurück zur Praxis.</p> <p>Bei ambulanten oder stationären Behandlungen in einem Spital, in einer Klinik oder in einem Alters- und Pflegeheim gemäss kantonaler Alters- und Pflegeheim-Liste kann keine Weg- und Zeitentschädigung verrechnet werden</p>	<p>Pro effektiv gefahrene Kilometer, auf direktem Weg abrechenbar.</p> <p>Auch bei einer Fahrt mit den öffentlichen Verkehrsmitteln wird diese Entschädigung abgegolten, nicht die effektiven Billette-Kosten.</p> <p>Kann nur als Zuschlag im Zusammenhang mit der Position 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B oder 8002C verrechnet werden.</p> <p>Die Tarifposition ist nicht abrechenbar durch Podologen oder Podologinnen oder Organisationen der Podologie, die ausschliesslich aufsuchend tätig sind.</p> <p>Eine Domiziltherapie darf nur dann abgerechnet werden, wenn sie ärztlich angeordnet ist.</p>

Erläuterungen Zuschlagpositionen 8010E, 8030E und 8040E

- Die Position **8010E** darf bei **jeder Behandlung** hinzugefügt werden. Die **vor- und nachbereitenden Leistungen** werden mit **pauschal CHF 25.00** vergütet. Gerechnet wird mit einer Dauer von 20 Minuten.
- Die Position **8030E** darf **pro Patient:in und Kalenderjahr** einmal verrechnet werden. Für die Erstellung des Berichts werden **pauschal CHF 27.50** vergütet.
- Bei der Position **8040E** handelt es sich um eine **Weg- und Zeit-Entschädigung**. Pro **effektiv gefahrene** Kilometer werden **CHF 2.00** abgerechnet.

Die Position **8040E** darf nur bei einer **ärztlich verordneten Domiziltherapie** angewendet werden und **gilt nicht** für Podologinnen und Podologen, die **ausschliesslich aufsuchend tätig** sind.

Erstbehandlung (einmal pro Patient:in und pro Leistungserbringer:in)

Unterschiedliche Tarifposition nach Diagnose A, Diagnose B oder Diagnose C gem. Verordnungsf formular.

Erstbehandlung

Tarifposition
8001A

ODER

Tarifposition
8001B

ODER

Tarifposition
8001C

PLUS

Zuschlagsposition (bei jeder Behandlung möglich)

Tarifposition
8010E

Vor- und nachbereitende Leistungen:

- Hygiene (inkl. Sterilisation)
- Dokumentation, KG
- Verlaufsbericht
- Aktenstudium

Einmal pro Behandlung als Zuschlag

EVTL.

Zuschlagsposition (nur bei Bedarf / nach Verordnung)

Tarifposition
8030E

Bericht: Einmal pro Patient und Kalenderjahr, z.H. Arzt / Ärztin oder Versicherer

Tarifposition
8040E

Weg- und Zeiteinsparung: Pro effektiv gefahrenem Kilometer, auf direktem Weg. Nur auf ärztliche Verordnung.

Weitere Behandlungen

Unterschiedliche Tarifposition nach Diagnose A, Diagnose B oder Diagnose C gem. Verordnungsf formular.

Weitere Behandlungen

Tarifposition
8002A

ODER

Tarifposition
8002B

ODER

Tarifposition
8002C

PLUS

Zuschlagsposition (bei jeder Behandlung möglich)

Tarifposition
8010E

Vor- und nachbereitende Leistungen:

- Hygiene (inkl. Sterilisation)
- Dokumentation, KG
- Verlaufsbericht
- Aktenstudium

Einmal pro Behandlung als Zuschlag

EVTL.

Zuschlagsposition

(nur bei Bedarf / nach Verordnung)

Tarifposition
8030E

Bericht: Einmal pro Patient und Kalenderjahr, z.H. Arzt / Ärztin oder Versicherer

Tarifposition
8040E

Weg- und Zeiteinsparung: Pro effektiv gefahrenem Kilometer, auf direktem Weg. Nur auf ärztliche Verordnung.

Fallbeispiel 1

Beispiel 1: Patientin mit **Diagnose A** und einer ärztlichen Verordnung kommt **zum ersten Mal** bei einem Leistungserbringer in die Behandlung. Die Behandlung dauert **112 Minuten**. Es können die folgenden Kosten geltend gemacht werden:

Tarifposition 8001A: CHF 1.85 x 112 Minuten = CHF 207.20

Tarifposition 8010E: CHF 25.00 (pauschal)

Total: CHF 232.20

Fallbeispiel 2

Beispiel 2: Patient mit ärztlicher Verordnung mit **Diagnose B** kommt in die sechste Behandlung in diesem Kalenderjahr. Die Behandlung dauert **85 Minuten**. Die anordnende Hausärztin verlangt nach der letzten Behandlung einen **Bericht** zum Behandlungsfortschritt. Die Leistungserbringerin arbeitet zum Beispiel 30 Minuten am Bericht. Es können die folgenden Kosten geltend gemacht werden:

Tarifposition Position 8002B: CHF 1.85 x 85 Minuten = CHF 157.25

Tarifposition 8010E: CHF 25.00 (pauschal)

Tarifposition 8030E: CHF 27.50 (pauschal)

Total: CHF 209.75

Fallbeispiel 3

Beispiel 3: Eine bettlägerige Patientin mit **Diagnose C** hat eine **Domiziltherapie** verschrieben erhalten. Die Leistungserbringerin fährt mit ihrem Auto für die dritte Behandlung von der Praxis zum **10 Kilometer entfernten** Zuhause der Patientin. Nach der Behandlung fährt die Podologin zurück in die Podologiepraxis. Während der Rückfahrt steht die Leistungserbringerin **5 Minuten im Stau**. Die effektive Behandlungszeit dauert **80 Minuten**. Es können die folgenden Kosten geltend gemacht werden:

Tarifposition 8002C: CHF 1.85 x 80 Minuten = CHF 148.00

Tarifposition 8010E: CHF 25.00 (pauschal)

Tarifposition 8040E: CHF 2.00 x 20km (direkter Hin- und Rückweg) = CHF 40.00

Total: CHF 213.00

Eckdaten zur Rechnungsstellung (1 / 2)



Für die Rechnungsstellung gilt der **XML-Standard** des Forum Datenaustausch
<https://www.forum-datenaustausch.ch/de/>



Wichtig: Es dürfen nur Rechnungen im **XML-Standard** eingereicht werden.
Handgeschriebene Rechnungen oder Rechnungen im eigenen
Rechnungsformat werden **sofort zurückgewiesen**.



Die Rechnungen werden nach dem System **Tiers Payant (TP)** vergütet.



Es werden nur **vereinbarungs- und gesetzeskonforme** Rechnungen vergütet.

Eckdaten zur Rechnungsstellung (2 / 2)



Rechnungen müssen innerhalb von **3 Monaten nach Behandlung** an die Versicherer eingereicht werden.



Eingereichte **korrekte** Rechnungen werden innerhalb von **30 bzw. 25 Tagen** durch Versicherer vergütet.



Eine **Rechnungskopie** muss an die Patient:innen ausgestellt werden.

Tipps zur Rechnungsstellung

Die **Ärztelasse** bietet eine **Software** für die **Rechnungsstellung** an.



Als Mitglied des SPV haben Sie auf die Anwendung Rabatt.

Weitere Informationen hier: <https://www.podologie.swiss/interner-bereich/abrechnen-via-aerztekasse/> (Link auf interner Bereich SPV).



Alternativ gibt es das kostenlose Tool **Medical Invoice (MIC)** der **Suva**. Weitere

Informationen hier: https://auth.medicalinvoice.ch/manual/flyer_de.pdf



Denken Sie an die **rechtzeitige Beschaffung** einer Software für die Rechnungsstellung. Die Umstellung benötigt etwas Zeit.

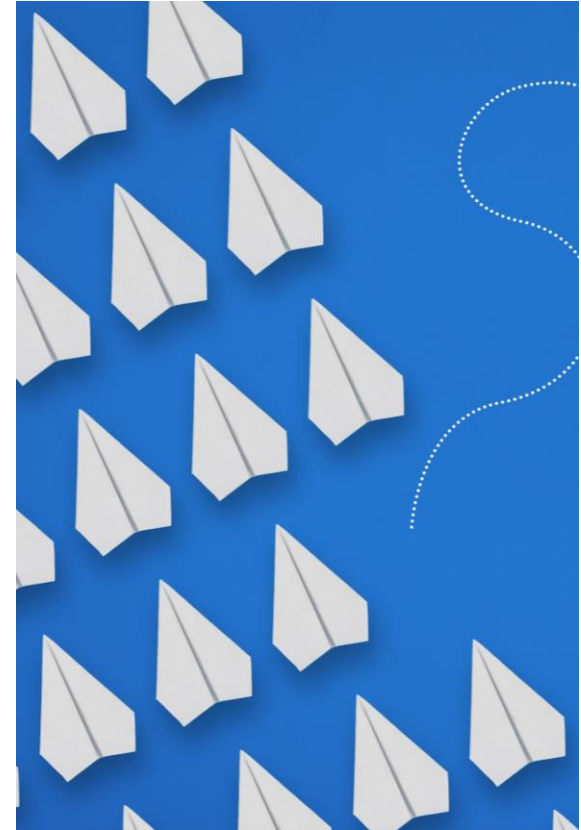


Das **Forum Datenaustausch** gibt den Standard der Rechnungsstellung vor.

Hier gibt es weitere Informationen: <https://www.forum-datenaustausch.ch/de/>

Erforderliche Angaben auf Rechnung

- ✓ Daten der versicherten Person: Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Versichertennummer
- ✓ Bezeichnung des Versicherers
- ✓ ZSR-Nummer des verordneten Arztes
- ✓ Daten des Leistungserbringers
 - ✓ Selbstständige Podologen: ZSR-Nummer, Name, Adresse, GLN
 - ✓ Organisation der Podologie: ZSR-Nummer, Name, Adresse der Organisation, GLN des durchführenden Podologen
- ✓ Datum der Behandlung
- ✓ Angabe Behandlungsminuten
- ✓ Kalendarium, Tarifcode 341, Tarifziffer, Preis in CHF gem. Tarifstruktur
- ✓ Behandlungsgrund



TP-Rechnung

Release 4.5G/de

Dokument	Identifikation	1 03 518 254	19.08.2022 19:35:11	Seite 1/1
Rechnungs- steller	GLN-Nr. (B) ZSR-Nr. (B)	7611910000016	Aerztekasse Genossenschaft Schaffhauserstrasse 470 - 8052 Zuerich	Tel : 0848 821 818 Fax : 044 436 15 80
Leistungs- erbringer	GLN-Nr. (P) ZSR-Nr. (P)	7611910000092 D 1234.56	Sarah Templati Sonnenstrasse 37 - 9999 Oberhausen	Tel : 044 999 99 99 Fax : 044 999 99 99
Patient	Name	DIEDERICH	GLN-Nr.	7601003002775
	Vorname	JOHANNA		
	Strasse	SONNENWEG 97		
	PLZ	7456		
	Ort	MARMORERA		
	Geburtsdatum	08.03.1957	0058.555	
	Geschlecht	F	HELSANA VERSICHERUNGEN AG	
	Falldatum		POSTFACH	
	Fall-Nr.		8081 ZUERICH	
	AHV-Nr.			
	VEKA-Nr.	80756012350000200963		
	Versicherten-Nr.	123521024		
	Kanton	ZH		
	Kopie	Nein		
	Vergütungsart	TP	KoGu-Datum/-Nr	
	Gesetz	KVG	Rechnungs-Datum/-Nr	22.08.2022/103518254-7
	Behandlung	27.07.2022 - 27.07.2022	Mahn-Datum/-Nr	
	Behandlungsart	Ambulant		
	Behandlungsgrund	Krankheit		
	Betriebs-Nr./-Name			
	Rolle/Ort	Andere Rolle / Praxis		
Zuweiser	GLN-/ZSR-Nr.	Y2345.67 DR.MED. JOESETTE MEDICUS 9999 OBERHAUSEN		
Diagnose				
GLN-Liste	1/7611910000092			
Bemerkung				

Datum	Tarif	Tarifziffer	Bezugsziffer	Si	St	Anzahl	TP AL/Preis	f AL	TPW AL	TP TL	f TL	TPW TL	A	V	P	M	Betrag
27.07.2022	341	8001A		1		112.00	1.85		1.00				1	1	1		207.20
		Podologische Erstbehandlung, Diagnose A, pro Minute															
27.07.2022	341	8010E		1		1.00	25.00		1.00				1	1	1		25.00
		Vor- und nachbereitende Leistungen															

Beispielrechnung



Rechnungssteller sind jeweils Organisationen, die die Rechnungssoftware zur Verfügung stellen.



Leistungserbringer sind jeweils selbstständig erwerbende Podologen sowie Podologinnen oder Organisationen der Podologie, welche bei der SASIS gemeldet sind.



GLN-Liste listet die GLN-Nr. der selbstständig erwerbenden Podologin / der Organisation der Podologie auf. Bei Bedarf zusätzlich behandelnde Podologin oder behandelnder Podologe.



Bemerkungen können bei Bedarf für Patient:innen hinzugefügt werden.
z.B. Die Behandlung wurde durchgeführt durch Erika Muster



A: Ausführender Podologe / Podologin

V: Verantwortlicher Podologe / verantwortliche Podologin

Die Ziffer unter A bzw. V bezieht sich auf die Nummer (1/) unter GLN-Liste.



OPS
 Organisation Podologie Schweiz
 Organisation Podologie Suisse
 Organizzazione Podologia Svizzera

Verordnung zur Podologie bei diabetischem Fussyndrom gem. Art. 11c KLV

Personalien

Name _____
 Vorname _____
 Strasse _____
 PLZ / Ort _____
 Geburtsdatum _____
 Telefon Privat _____
 Arbeitgeber _____
 PLZ / Ort _____
 Telefon Geschäft _____
 Krankenversicherer _____
 Versicherungs-Nr. _____
 Sozialvers.-Nr. _____

Adresse Podologiepraxis

- Krankheit
 Domizilbehandlung

Gemäss Art. 11c KLV werden nur Leistungen auf ärztliche Anordnung hin vergütet, die bei **Personen mit Diabetes mellitus** erbracht werden, bei denen einer der nachfolgenden **Risikofaktoren für ein diabetisches Fuss-Syndrom** vorliegt. Die Anzahl Sitzungen werden pro Kalenderjahr angegeben. Das Verordnungsformular gilt daher für das Kalenderjahr, indem es erstellt wurde und muss für jedes neue Kalenderjahr erneut ausgestellt werden.

- Diagnose A:** Personen mit Diabetes mellitus und Polyneuropathie **ohne** peripher arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), **max. 4 Sitzungen**
- Diagnose B:** Personen mit Diabetes mellitus und Polyneuropathie mit peripher arterieller Verschlusskrankheit (PAVK), **max. 6 Sitzungen**
- Diagnose C:** Personen mit Diabetes mellitus nach diabetischem Ulcus oder nach diabetesbedingter Amputation, **max. 6 Sitzungen**

Weitere Diagnose(n) / Bemerkungen:

Behandlungsbeginn per _____ Gültigkeitsdauer
 Verordnung (Ende des
 laufenden Kalenderjahres) _____

Arzt / Ärztin (Stempel): ZSR-Nr. und GLN

Podologe / Podologin (Stempel): ZSR-Nr. und GLN

Datum und Unterschrift

Datum und Unterschrift



Die Vorlage für das Verordnungsformular finden Sie unter:

<https://www.ops.swiss/tarif>

Fragen

FAQ

**Wie viele Behandlungen hat ein Patient mit einer ärztlichen Verordnung zugute?
Wie lange gilt eine ärztliche Verordnung?**

Ab dem Verschreibungszeitpunkt hat der Patient 4 resp. 6 Behandlungen für das Kalenderjahr zugute. Wenn die ärztliche Verordnung beispielsweise im Februar 2025 ausgestellt wurde, hat der Patient bis Ende 2025 je nach Diagnose 4 resp. 6 Behandlungen zugute.

Pro Kalenderjahr muss durch den Arzt/ die Ärztin gem. KLV Art. 11c eine **neue Verordnung** ausgestellt werden.

Wenn nicht alle Behandlungen in einem Kalenderjahr durchgeführt werden können, dürfen die Behandlungen **nicht** ins nächste Jahr übertragen werden.

FAQ

Ab wann gilt die ärztliche Verordnung?

Die Behandlungen können erst **ab Ausstellungsdatum** der **ärztlichen Verordnung** via Krankenkasse abgerechnet werden.

Wenn das Ausstellungsdatum der ärztlichen Verordnung nach der Behandlung stattfand, kann die Versicherung die Behandlungskosten rückweisen.

FAQ

Dürfen Teilbehandlungen durchgeführt werden?

Teilbehandlungen werden als **eine Behandlung** gezählt. Wenn beispielsweise nur ein Teil des Fusses behandelt wird und die Sitzung zeitlich kürzer ausfällt, gilt dies trotzdem als eine ganze Behandlung. Denn es wird jeweils die effektiv in Anwesenheit des Patienten erbrachte Leistung verrechnet.

Die Patient:innen haben je nach Diagnose 4 bzw. 6 Behandlungen pro Jahr zugute. Zusätzliche Behandlungen sind nicht durch die Grundversicherung gedeckt.

Ärzte und Ärztinnen haben **keine Möglichkeit** weitere Behandlungen zu verschreiben. **Pro Kalenderjahr** muss durch den Arzt/ die Ärztin gem. KLV Art. 11c eine **neue Verordnung** ausgestellt werden.

FAQ

Worauf muss ich achten, wenn bei meinem Patient mit laufender ärztlicher Verordnung die Diagnose ändert?

Wenn bei Ihrem Patient die Diagnose ändert, z.B. von Diagnose A (Polyneuropathie **ohne** PAVK) auf Diagnose B (Polyneuropathie **mit** PAVK), dann ändert sich auch die Anzahl der vergüteten Behandlungen. Mit der Diagnose B werden 6 Behandlungen pro Jahr vergütet.

Wenn eine neue Diagnose gestellt wird, muss der Arzt / die Ärztin ein neues Verordnungsformular ausstellen. Dieses neue Verordnungsformular muss ebenfalls bei der Krankenkasse eingereicht werden.

Die maximale Anzahl der Sitzungen pro Jahr über die Tarifpositionen 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B und 8002C beträgt 6 Behandlungen.

FAQ

Was kann ich tun, wenn meine Patientin nicht zur Behandlung erscheint?

Sogenannte No-Shows sind nicht über die Grundversicherung abrechenbar. Im Rahmen der OKP dürfen nur effektiv an der Patientin erbrachte Leistungen abgerechnet werden.

Wenn Sie Ihre Patient:innen informieren, dass nicht abgesagte Termine verrechnet werden können, können Sie allenfalls eine Rechnung an die Patient:in ausstellen.

FAQ

Wann und wie oft muss die ärztliche Verordnung an die Krankenkasse eingereicht werden?

Die Leistungserbringer:innen müssen spätestens mit der ersten Rechnung die ärztliche Verordnung an die Versicherer zustellen. Die Verordnung muss grundsätzlich einmal pro Kalenderjahr eingereicht werden.

Ausnahme: Wenn im Verlauf des Jahres eine neue Diagnose gestellt wird, muss die neue ärztliche Verordnung spätestens mit der ersten Rechnung der neuen Verordnung an die Versicherer zugestellt werden.

Für eine **reibungslose Abrechnung** empfehlen wir jedoch, bei **jeder Rechnung** die ärztliche Verordnung zu hinterlegen. Da dies von gewissen Krankenversicherern verlangt wird.

FAQ

Ist es möglich, dass die Patientin die Rechnung direkt dem Leistungserbringer zahlt und danach selbst die Vergütung bei der Versicherung einfordert?

In der Grundversicherung ist es üblich, dass die Leistungen via Tiers Payant (TP) abgerechnet werden und dies wurde so mit den bei curafutura und HSK angeschlossenen Versicherern vertraglich vereinbart. Bei diesen Krankenversicherern müssen die Rechnungen im System Tiers Payant (TP) eingereicht werden. Santésuisse hat dies ihren angeschlossenen Versicherungen ebenfalls so empfohlen. Wir gehen davon aus, dass dies auch bei den Santésuisse angeschlossenen Krankenversicherern entsprechend gehandhabt wird.

Um eine reibungslose Rechnungsabwicklung zu garantieren und um die Rechnungsstellung bei allen Krankenkassen gleich handhaben zu können, empfehlen wir Ihnen die Rechnung im System Tiers Payant (TP) auszustellen. Die Rechnungen werden direkt an die Versicherer eingereicht und werden auch durch die Krankenkassen an die Leistungserbringer vergütet.

FAQ

Ich möchte zukünftig keine Leistungen über die Grundversicherung abrechnen. Darf ich trotzdem Patient:innen mit einer ärztlichen Verordnung behandeln?

Ja, das ist weiterhin möglich. Als Podologin oder Podologe haben Sie eine **Aufklärungspflicht**. Patient:innen mit einer ärztlichen Verordnung müssen vor der Behandlung bzw. vor dem Praxisbesuch darüber informiert werden, dass sie kein Leistungserbringer sind und somit bei ihnen die Kosten der Behandlung nicht durch die OKP gedeckt sind.

Wenn Sie dieser Aufklärungspflicht nicht nachkommen, können Sie für die entstandenen Kosten haftbar gemacht werden.

Wenn bereits eine ZSR-Nummer beantragt wurde, muss die ZSR-Nr. bei der **SASIS storniert** werden und der Leistungserbringer muss in **Ausstand treten** (gem. KVG Art. 44). Dafür muss sich der Leistungserbringer bei der von der Kantonsregierung bezeichneten Stelle melden.

Zudem müssen **Patient:innen mit einer ärztlichen Verordnung informiert werden**, dass die Abrechnung nicht (mehr) via OKP vergütet wird. Wir empfehlen eine schriftliche Information der Patient:innen z.B. über das Patientenblatt.

FAQ

Im Jahr 2024 konnten nicht alle verschriebenen Behandlungen durchgeführt werden. Können diese Behandlungen ins Jahr 2025 übertragen werden?

Nein, nicht durchgeführte Behandlungen sind **nicht** auf das nächste Jahr **übertragbar**. Die ärztliche Verordnung ist für ein **Kalenderjahr gültig**.

Wenn beispielsweise ein Patient im **November 2024** eine **ärztliche Verordnung** mit **Diagnose B** erhält, dann hätte er bis Ende 2024 **sechs Behandlungen** zugute. Wenn nicht alle Behandlungen durchgeführt werden können, **verfallen die restlichen Behandlungen**.

Für die Behandlungen ab **Januar 2025** wird eine **neue** ärztliche Verordnung benötigt.

Unsere **Empfehlung**: Machen Sie Ihre Patient:innen mit diabetischen Fussyndrom bereits Ende Jahr darauf aufmerksam, bei ihrem Arzt / ihrer Ärztin eine ärztliche Verordnung für das folgende Jahr zu verlangen.

FAQ

Kann eine Patientin oder ein Patient während einer laufenden Verordnung den Podologen wechseln? Worauf ist dabei zu achten?

Eine Patientin oder ein Patient kann während einer laufenden Verordnung den Podologen / die Podologin wechseln. An der Anzahl der maximal vergüteten Behandlungen pro Kalenderjahr ändert dies nichts.

Konkret heisst das: Ein Patient kann zwei Behandlungen bei einem Podologen in Anspruch nehmen. Die restlichen zwei bzw. vier Behandlungen je nach Diagnose können dann auch bei einer anderen Podologin durchgeführt werden.

Wichtig: Wenn ein Patient / eine Patientin mit laufender Verordnung den Podologen wechselt, liegt es in der Verantwortung der Leistungserbringer:innen zu prüfen, wie viele Behandlungen mit der laufenden Verordnung noch vergütet werden. Die Krankenkassen werden Rechnungen zurückweisen, wenn keine gültige Verordnung besteht.



Beitrittserklärung zur Übergangslösung

Beitrittserklärung HSK / CSS



OPS und H+ haben mit den verschiedenen Vertretern der Krankenversicherungen in der Schweiz eine **Übergangslösung** verhandelt.



Diese Übergangslösung definiert beispielsweise die **Laufzeit**, die **Rechnungsstellung**, die **Tarifstruktur** oder den **Taxpunkt**.



Podologinnen und Podologen, die via OKP abrechnen möchten, **müssen** der Übergangslösung bzw. später dem definitiven Tarifvertrag beitreten.



Die Beitrittserklärung definiert die **Voraussetzungen** für die **Nutzung** des **Tarifs der Podologie**.






Podologinnen und Podologen, die sich gegen die Abrechnung via OKP entscheiden, müssen Patient:innen mit einer ärztlichen Verordnung vor der Behandlung entsprechend informieren.

Ablauf Beitritt zur Übergangslösung

- ✓ Formular Beitrittserklärung unter <https://www.ops.swiss/beitrittserklaerung> herunterladen.
- ✓ Die Übergangsvereinbarungen der Versicherer sowie die häufigsten Fragen finden Sie unter <https://www.ops.swiss/beitrittserklaerung>.
- ✓ Beitrittserklärung ausfüllen, unterschreiben und zusammen mit den Beilagen (Zulassung Kanton & SASIS) an ops@podologie.ch schicken.
- ✓ **Nach Bestätigung durch OPS und Einzahlung der Beitrittsgebühr** → Rechnungen können an die Versicherer eingereicht werden.

Wichtige Punkte zum Beitritt

-  Ein Beitritt ist **jederzeit** und **unabhängig** von der Verbandszugehörigkeit möglich.
-  Beitrittserklärungen, die bis zum **20. des Monats** durch die **OPS** bestätigt wurden, **gelten** auf den **1. des nächsten Monats**.
-  Ein **Austritt** ist unter Einhaltung einer **Frist** von **sechs Monaten** jeweils **per 31.12.** möglich. Die Kündigung muss **schriftlich** an die **OPS** erfolgen. Bei einem Austritt muss die ZSR-Nr. bei der SASIS storniert werden.
Denken Sie daran, auch ihre Patient:innen entsprechend zu informieren.

Beitragsgebühr Mitglieder SPV, SSP und UPSI

 **Beitragsgebühr Mitglieder SPV, SSP und UPSI:**
Jährliche Gebühr von **500.– CHF***.

Gebühr (massgebend ist das Zulassungsdatum der SASIS):

- Januar – März: voller Jahresbeitrag CHF 500.– *
- April – Juni: CHF 375.–*
- Juli – September: CHF 250.– *
- Oktober – Dezember: CHF 125.– *

* Preise exkl. MWST.

Beitragsgebühr Nicht-Mitglieder SPV, SSP und UPSI



Beitragsgebühr Nicht-Mitglieder per 1.1.2022 SPV, SSP und UPSI:

Einmalige Eintrittsgebühr von **CHF 1000.– ***

Jährliche Gebühr von **800.– CHF***.

Gebühr (massgebend ist das Zulassungsdatum der SASIS):

- Januar – März: voller Jahresbeitrag: CHF 800.–*
- April – Juni: CHF 600.–*
- Juli – September: CHF 400.–*
- Oktober – Dezember: CHF 200.–*

* Preise exkl. MWST.



Aktueller Stand Qualitätsvertrag

Aktueller Stand Qualitätsvertrag

- ★ Alle Verbände von Leistungserbringenden müssen mit den Krankenkassensicherern einen **gesamtschweizerisch** geltenden Vertrag über die **Qualitätsentwicklung** abschliessen.
- ★ Alle Leistungserbringenden (Ernährungsberater:innen, Logopäd:innen, Ärzt:innen) im ambulanten Bereich erhalten die **gleichen Vorgaben**.
- ★ Der Qualitätsvertrag wird Themen wie das **Qualitätsmanagementsystem** (QMS), **Bericht- und Lernsysteme** (CIRS) sowie **Qualitätszirkel** abdecken.

Erhebung Schweregrad des diabetischen Fusses



Beobachtung der Entwicklung des Schweregrads des diabetischen Fusses der Patient:innen.



Im Rahmen des QMS soll die **Entwicklung** des **Schweregrads** des diabetischen Fusses **festgehalten** werden.



Eingabe der Daten mittels Onlineformular jeweils per **Ende Jahr** an OPS.

Kategorie nach IWGDF	Definition	Instruktion des Patienten zu ... → Details gemäss Empfehlung	Aktionen	Versorgungsstufe
0	DM <u>ohne</u> PNP, <u>ohne</u> PAVK, <u>ohne</u> Fussdeformität	Regelmässiger Kontrolle, Hygiene und Pflege der Füsse und Nägel	1x jährlich: <ul style="list-style-type: none"> Fuss-/Haut-/Nagelkontrolle (PNP, Deformitäten, PAVK, Schuhwerk) Instruktion (Refresher) des Patienten Ev. zusätzliche regelmässige pflegerische Massnahmen bei anderen Risikofaktoren*	Versorgungsstufe 1 [†]
1	DM <u>mit</u> PNP, <u>ohne</u> PAVK, <u>ohne</u> Fussdeformität	Wie bei Kategorie 0 + Bedeutung u. Risiken des Sensibilitätsverlusts, Eigenkontrolle/Pflege täglich (inkl. Schuhe), wichtige Verhaltensregeln in Spezialsituationen	Min. 2x jährlich: <ul style="list-style-type: none"> Fuss-/Haut-/Nagelkontrolle (PNP, Deformitäten, PAVK, Schuhwerk) Instruktion (Refresher) des Patienten zu Fuss/Nagel/Haut und Schuhen Protektive pflegerische Massnahmen (atraumatisches Entfernen von Hornhaut, atraumatische Nagelpflege) Prüfung der Passform der Schuhe bzw. Prüfung orthopädischer Schuhversorgung (insb. bzgl. Druckentlastung; ev. Konsilium Orthopädie-Schuhmachermeister (OSM))[†] IV-Anmeldung für diabetesgerechte Schuhe bei Patient <65J M / <64J W 	Versorgungsstufe 1 [†]
Cave	Ab Stadium 1 bei <u>akutem Ulkus</u> , <u>Charcot-Fuss</u> oder <u>ischämischer Nekrose / Gangrän</u>		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überweisung in ein Zentrum der Versorgungsstufe 3[†] ➤ Bei ischämischer Nekrose / Gangrän: notfallmässig 	Versorgungsstufe 3 [†]
2a	DM <u>mit</u> PNP, <u>ohne</u> PAVK, <u>mit</u> Fussdeformität	wie 1 + Bedeutung adäquater orthopädiesschuhtechnischer Versorgung	Min. 2x jährlich: <ul style="list-style-type: none"> Fuss-/Haut-/Nagelkontrolle (PNP, Deformitäten, PAVK, Schuhwerk) Instruktion (Refresher) des Patienten zu Fuss/Nagel/Haut und Schuhen Protektive pflegerische Massnahmen (atraumatisches Entfernen von Hornhaut, atraumatische Nagelpflege) Prüfung der Passform der Schuhe bzw. orthopädische Schuhversorgung (insbesondere bzgl. Druckentlastung und Fusskorrektur) 	Versorgungsstufe 1 [†]
2b	DM <u>mit</u> PNP, <u>mit</u> PAVK, mit oder ohne Deformität	Wie 1 + Bedeutung PAVK + Chancen/Risiken chirurgischer Massnahmen	Min. 4x jährlich: <ul style="list-style-type: none"> Fuss-/Haut-/Nagelkontrolle (PNP, Deformitäten, PAVK, Schuhwerk) Instruktion (Refresher) des Patienten zu Fuss/Nagel/Haut und Schuhen Protektive pflegerische Massnahmen (atraumatisches Entfernen von Hornhaut, atraumatische Nagelpflege) Prüfung der Passform der Schuhe bzw. orthopädische Schuhversorgung (Insbesondere bzgl. Druckentlastung und ggf. Fusskorrektur) Zusätzlich: Abklärung Revaskularisation 	Versorgungsstufe 2 [†]
3a	Zustand nach Ulkus	wie 2a/2b + Bedeutung des Ulkus (höheres Rezidiv-Risiko)	Min. 4x jährlich: <ul style="list-style-type: none"> Fuss-/Haut-/Nagelkontrolle (PNP, Deformitäten, PAVK, Schuhwerk) Instruktion (Refresher) des Patienten zu Fuss/Nagel/Haut und Schuhen Protektive pflegerische Massnahmen (atraumatisches Entfernen von Hornhaut, atraumatische Nagelpflege) Prüfung der Passform der Schuhe (und allfälliger Orthesen) 	Versorgungsstufe 2 [†]
3b	Zustand nach Amputation (inkl. einzelner Zehen)			Min. 1x jährliche Komplettbeurteilung auf Versorgungsstufe 3[†]

Fragen

FAQ

Gibt es eine Liste der Leistungserbringer:innen in der Podologie?

Ja, eine Liste der Leistungserbringer:innen in der Podologie, welche der Übergangsvereinbarung beigetreten sind, ist auf der Webseite unter <https://www.ops.swiss/leistungserbringende> aufgeschaltet.

FAQ

Weshalb läuft die Beitrittserklärung über die OPS und wieso muss ich dafür bezahlen?

Die Organisation Podologie Schweiz (OPS) ist der Dachverband für die Podologie in der Schweiz und setzt sich aus den drei Verbänden SPV, SSP und UPSI zusammen.

Der Bund setzt für die Anerkennung und die Verhandlungen im Rahmen der OKP voraus, dass sich die Berufsverbände in einem Dachverband zusammenschliessen.

Wie auch in anderen Berufsgruppen üblich, werden für den Beitritt zum Tarifvertrag und damit auch zur Übergangslösung jährliche Gebühren erhoben. Die Gebühren finanzieren die Aufwendungen der OPS in Zusammenhang mit der Abrechnung zulasten der OKP. Bis Anfang dieses Jahres erfolgte die Finanzierung durch die OPS und wurde somit von den Mitgliedern getragen. Weiter wurden zahlreiche Stunden auf ehrenamtlicher Basis von Vorstandsmitgliedern dafür geleistet. Für die Finanzierung der Datenerhebung sowie der Verhandlungen zur definitiven Lösung und aller weiteren künftigen Aufwendungen müssen grundsätzlich die Leistungserbringer:innen aufkommen. Sie können nicht von den Verbänden getragen werden, da nur ein Teil der Mitglieder als Leistungserbringer abrechnen wird. Die KVG-Anerkennung konnte indessen nur dank dem jahrelangen immensen Engagement der Berufsverbände erreicht werden; diese Aufwendungen wurden von den Mitgliedern mitgetragen und mitfinanziert. Ohne einen Berufsverband hätte dies niemals erreicht werden können. Aus diesem Grund profitieren alle Leistungserbringer:innen, welche per 01.01.2022 Mitglied bei SPV, SSP oder UPSI sind und per Ende 2022 nicht gekündigt haben, von einer tieferen Gebühr und müssen keine Eintrittsgebühr entrichten.

FAQ

Meine Praxis befindet sich im Kanton Luzern und ich habe dafür eine Zulassung des Kantons sowie eine ZSR-Nr. Zusätzlich bin im Kanton Aargau tätig. Habe dort aber keinen Praxisstandort. Muss ich eine zusätzliche ZSR-Nr. für den Kanton Aargau lösen?

Grundsätzlich gilt: Sie benötigen **pro Kanton**, in dem sie eine **Zulassung** als Leistungserbringer:in erhalten haben, eine ZSR-Nummer. Melden Sie der SASIS auch, wenn Sie über **mehrere** Praxisstandorte in **einem Kanton** verfügen. Erkundigen Sie sich bei der SASIS über das korrekte Vorgehen und ob für diese Praxisstandorte unterschiedliche ZSR-Nummern benötigt werden.

Wenn Sie, wie im Beispiel oben, in mehreren Kantonen tätig sind, ohne dort einen Praxisstandort zu haben, benötigen Sie dennoch eine **ZSR-Nummer pro Kanton** und somit auch eine **Zulassung als Leistungserbringer:in OKP** im entsprechenden Kanton.

Es kann **Ausnahmen** geben. OPS empfiehlt in diesem Fall, beim entsprechenden Kanton das **korrekte Vorgehen abzuklären** und die ausserkantonale Tätigkeit der **SASIS zu melden**.

Sonst kann es sein, dass die Krankenversicherer die Vergütung der erbrachten Leistung verweigern.

FAQ

Wie rechnen Podologinnen und Podologen korrekt ab, die nach Abschluss der Höheren Fachschule eine zweijährige praktische Tätigkeit absolvieren müssen?

Podologinnen und Podologen, die nach Abschluss der HF noch nicht über die geforderten zwei Jahre praktische Tätigkeit verfügen, sind **keine zugelassenen Leistungserbringer:innen** nach KVG.

Die **Abrechnung** der erbrachten Leistungen erfolgt während der zweijährigen praktischen Tätigkeit **über zugelassene Leistungserbringer:innen**, bei denen die Absolvent:innen der HF **angestellt sind**. Die Leistungen müssen somit unter Aufsicht und Verantwortung in räumlicher Nähe der zugelassenen Leistungserbringer:innen erbracht werden.

Die zugelassenen Leistungserbringer:innen haben gegenüber den Absolvent:innen **Aufsichtspflicht** und sind dafür verantwortlich, dass die Betriebsorganisation die Wahrnehmung dieser Aufsichtspflichten sicherstellt (Beaufsichtigung durch eine Fachperson, die die OKP-Zulassungsvoraussetzungen erfüllt) und dass die erbrachten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

FAQ

Weitere Antworten zu häufigen Fragen der Rechnungsstellung finden Sie auf unserer Webseite unter: <https://www.ops.swiss/faq>

Evaluation Tarifschulung 10.03.2025

Die Evaluation zur Tarifschulung können Sie unter dem Link unten oder mit dem QR-Code ausfüllen.

[Link Evaluation](#)

