

Übergangsvereinbarung

zwischen

Organisation Podologie Schweiz
Bahnhofstrasse 7b

und

H+ Die Spitäler der Schweiz
Geschäftsstelle
Lorrainestrasse 4A
3013 Bern

6210 Sursee

nachfolgend "**Verband**" genannt

nachfolgend "**H+**" genannt

und

curafutura – Die innovativen Krankenversicherer
Gutenbergstrasse 14
3011 Bern

nachfolgend "**curafutura**"

und

Einkaufsgemeinschaft HSK AG
Zürichstrasse 130
8600 Dübendorf

nachfolgend "**HSK**" genannt

(**Postadresse:** Einkaufsgemeinschaft HSK AG | Postfach | 8081 Zürich)

- alle zusammen "**Parteien**" genannt -

betreffend

der Vergütung der ambulant durchgeführten podologischen Leistungen gemäss KVG

Gültig ab 01.01.2022



OPS

**Organisation Podologie Schweiz
Organisation Podologie Suisse
Organizzazione Podologia Svizzera**



Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Vertragsparteien und Ausgangslage	3
Art. 2	Anschluss und –rücktritt der Versicherer	3
Art. 3	Beitritt und Kündigung der Leistungserbringer zur Übergangsvereinbarung.....	3
Art. 4	Geltungsbereich und Leistungsumfang	4
Art. 5	Pflichten des Leistungserbringers und der Versicherer	4
Art. 5.1	Pflichten des Leistungserbringers	4
Art. 5.2	Pflichten der Versicherer	5
Art. 6	Tarifstruktur und Tarif.....	5
Art. 7	Rechnungsstellung und Vergütung	5
Art. 7.1	Rechnungsstellung.....	5
Art. 7.2	Vergütung	6
Art. 8	Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung	6
Art. 9	Datenbearbeitung und Datenschutz	6
Art. 10	Vereinbarungsbeginn, -dauer und –kündigung.....	6
Art. 11	Anhänge zur Übergangsvereinbarung.....	7
Art. 12	Schriftlichkeitsvorbehalt	7
Art. 13	Salvatorische Klausel	7
Art. 14	Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz.....	7
Art. 15	Schlussbestimmungen	7
Anhang 1	– Angeschlossene Versicherer	10
Anhang 2	– Beitrittsliste	11
Anhang 3	– Anwendbare Tarifstruktur und Tarif.....	12



Art. 1 Vertragsparteien und Ausgangslage

- 1 Die Parteien der vorliegenden Übergangsvereinbarung sind die Organisation Podologie Schweiz, nachfolgend „Verband“ genannt, H+ Die Spitäler der Schweiz, nachfolgend »H+« genannt, curafutura – Die innovativen Krankenversicherer, nachfolgend »curafutura« genannt, sowie die Einkaufsgemeinschaft HSK AG, nachfolgend »HSK« genannt.
- 2 Podologische Leistungen bei Personen mit Diabetes mellitus sind bei entsprechender Indikation ab 1.1.2022 eine vom Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) anerkannte Pflichtleistung. Die Parteien sind derzeit daran, Kosten- und Leistungsdaten zu ermitteln, um diese der Tarifstruktur und dem Taxpunktwert zugrunde zu legen. Damit die Leistungen ab 1.1.2022 abgerechnet werden können, haben sich die Parteien auf eine Übergangsvereinbarung geeinigt, welche in Kraft sein soll, bis sie von der definitiven Lösung abgelöst werden kann. Die vorliegende Übergangsvereinbarung hat keinen präjudizierenden Charakter.

Art. 2 Anschluss und -rücktritt der Versicherer

- 1 Diese Übergangsvereinbarung gilt für alle an der Einkaufsgemeinschaft HSK AG beteiligten Versicherer, soweit sie nicht innert 14 Tagen nach Unterzeichnung schriftlich mitteilen, dass sie der Vereinbarung nicht angeschlossen sein wollen.
- 2 Die dieser Übergangsvereinbarung angeschlossenen Versicherer, nachfolgend "Versicherer" genannt, werden in Anhang 1 aufgeführt. HSK informiert bei Änderungen die Verbände.
- 3 Die dieser Übergangsvereinbarung angeschlossenen Versicherer übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung inkl. dessen Anhänge.
- 4 Einzelne Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten jeweils per 30.06. und 31.12. von der Übergangsvereinbarung zurücktreten, frühestens per 31.12.2022. Die Rücktrittserklärung muss schriftlich innert der vorgegebenen Frist bei HSK eingereicht werden. Die Vereinbarung bleibt für die übrigen Versicherer vollumfänglich anwendbar.

Art. 3 Beitritt und Kündigung der Leistungserbringer zur Übergangsvereinbarung

- 1 Dieser Übergangsvereinbarung können Leistungserbringer beitreten, welche die Voraussetzungen gemäss Art. 4 Abs. 4 nachfolgend erfüllen.
- 2 Ein Leistungserbringer tritt dieser Übergangsvereinbarung durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Verband oder H+ bei. Die dieser Übergangsvereinbarung beigetretenen Leistungserbringer übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen dieser Übergangsvereinbarung inkl. ihrer Anhänge.
- 3 Leistungserbringer, die nicht Mitglied des Verbandes oder H+ sind, können der Übergangsvereinbarung beitreten. (Meldeverfahren s. Abs.2). Die Information an Nicht-Mitglieder über eine Beitrittsmöglichkeit hat durch den Verband und H+ zu erfolgen.

- 4 Der Verband bzw. H+ regeln die Einzelheiten bezüglich der Beitrittsgebühren und der jährlichen Unkostenbeiträge ausserhalb dieses Vertrags.
- 5 Alle dieser Übergangsvereinbarung beigetretenen Leistungserbringer werden vom Verband bzw. H+ in Form einer Liste geführt. Der Verband bzw. H+ stellt HSK jeweils per 1.1. des Jahres bzw. bei unterjährigen Ein- und Austritten auf den 1. des Folgemonats, eine aktualisierte Beitrittsliste (gemäss Anhang 2) via Email: mail@ecc-hsk.info zu.
- 6 Einzelne Leistungserbringer können unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten jeweils per 31.12. von der Übergangsvereinbarung zurücktreten, frühestens per 31.12.2022. Die Rücktrittserklärung muss schriftlich innert der vorgegebenen Frist beim Verband bzw. H+ eingereicht werden. Der Verband bzw. H+ informiert HSK über den Rücktritt einzelner Leistungserbringer. Die Übergangsvereinbarung bleibt für die übrigen Leistungserbringer vollumfänglich anwendbar.
- 7 Ein dieser Übergangsvereinbarung beigetretener Leistungserbringer wird nachfolgend jeweils "Leistungserbringer" genannt.

Art. 4 Geltungsbereich und Leistungsumfang

- 1 Diese Übergangsvereinbarung regelt die Vergütung der auf ärztliche Anordnung hin ambulant durchgeführten podologischen Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG), Krankenversicherungsverordnung (KVV) und Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).
- 2 Es gelten die Voraussetzungen der Kostenübernahme aus der OKP gem. Art. 11c KLV
- 3 Sie gilt für leistungsbezugsberechtigte Versicherte mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bei einem Versicherer gemäss Anhang 1.
- 4 Die Übergangsvereinbarung gilt für Leistungserbringer, die nach Art. 50d KVV oder Art. 52f KVV sowie den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 23. Juni 2021 KVV i.V. mit Art. 35 Abs. 2 lit. e und Art. 36a Abs. 1 KVG bzw Art. 39 KVG zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen sind und die Qualitätsanforderungen nach Art. 58g KVV erfüllen.
- 5 Sind die Voraussetzungen gemäss Abs. 4 während der Laufzeit dieser Übergangsvereinbarung nicht mehr erfüllt, entfällt ab diesem Zeitpunkt die gesetzliche Leistungspflicht der OKP.

Art. 5 Pflichten des Leistungserbringers und der Versicherer

Art. 5.1 Pflichten des Leistungserbringers

- 1 Auf allen Korrespondenzen zwischen dem Leistungserbringer sowie den einzelnen Versicherern sind anzugeben:
 - Daten der versicherten Person: Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Versichertennummer
 - Bezeichnung des Versicherers
- 2 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die in Art. 4 aufgeführten Leistungen für die Versicherten der Versicherer gem. Anhang 1 zu erbringen.

- 3 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, seine Patienten in Bezug auf Leistungen der OKP sowie insbesondere durch diese nicht gedeckten Kosten aufzuklären.

Art. 5.2 Pflichten der Versicherer

Der Versicherer ist nur dann und nur so weit leistungspflichtig, als nicht andere Versicherungsträger gemäss UVG, IVG, MVG für die betreffenden Kosten aufzukommen haben, wobei indes die gesetzlich vorgeschriebene Vorleistungspflicht gemäss Art. 112 ff. KVV gewahrt werden muss.

Art. 6 Tarifstruktur und Tarif

Die anwendbare Tarifstruktur und der Tarif sind im Anhang 3 dieser Übergangsvereinbarung geregelt.

Art. 7 Rechnungsstellung und Vergütung

Art. 7.1 Rechnungsstellung

- 1 Der Leistungserbringer verpflichtet sich grundsätzlich die Rechnung gemäss dem jeweils geltenden Standard zur elektronischen Rechnungsübermittlung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zu übermitteln.
- 2 Wenn einzelne Leistungserbringer oder Versicherer in Abweichung von Abs. 1 den Datenaustausch nicht elektronisch vornehmen, können die Rechnungsformulare und weiteren Dokumente in Papierform übermittelt werden. Hierfür ist das einheitliche und aktuelle Rechnungsformular gemäss den Vorgaben des Forums Datenaustausch zu verwenden.
- 3 Der Leistungserbringer hat spätestens mit der ersten Rechnung die ärztliche Verordnung dem Versicherer zuzustellen.
- 4 Die Rechnung hat folgende Angaben zu enthalten:
 - Daten der versicherten Person: Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Versichertennummer
 - Bezeichnung des Versicherers
 - ZSR-Nummer des verordnenden Arztes
 - Daten des Leistungserbringers:
 - Selbständige(r) Podolog*in: ZSR-Nummer, Name, Adresse
 - Institution: ZSR-Nummer, Name, Adresse der Institution und GLN des durchführenden Podologen/der durchführenden Podologin
 - Datum der Behandlung
 - Angabe Behandlungsminuten
 - Kalendarium, Tarifcode 341, Tarifziffer, Preis in CHF
- 5 Die Rechnungsstellung erfolgt i.d.R. innerhalb von drei Monaten nach erfolgter Behandlung. Ausgenommen davon sind die seit 01.01.2022 bis und mit Vertragsunterzeichnung bereits erbrachten Leistungen. Diese können auch noch nach Ablauf dieser Frist in Rechnung gestellt werden.

- 5 Die Rechnungsstellung an den Versicherer und die Übermittlung der abrechnungsrelevanten Daten bei der Rechnungsstellung erfolgen unentgeltlich.

Art. 7.2 Vergütung

- 1 Die Vertragsparteien vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant TP).
- 2 Der Versicherer vergütet dem Leistungserbringer die Kosten für seine erbrachten Leistungen auf der Basis der hier vereinbarten Tarifstruktur und Tarife.
- 3 Es werden durch den Versicherer nur vereinbarungs- und gesetzeskonforme Rechnungen dieser Übergangsvereinbarung vergütet. Andernfalls fordert der Versicherer den Leistungserbringer auf, eine vereinbarungs- und gesetzeskonforme Rechnung zu stellen.
- 4 Der Versicherer bezahlt dem Leistungserbringer die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen. Bei elektronischer Abrechnung gilt eine Frist von 25 Tagen.
- 5 Die Frist gilt ab dem Zeitpunkt, ab dem der Versicherer über sämtliche zur Prüfung der vereinbarungs- und gesetzeskonformen Rechnung erforderlichen Unterlagen (gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG) verfügt bzw. hätte verfügen können.
- 6 Bei begründeten Beanstandungen werden die Zahlungsfristen gemäss Art. 7.2 Absatz 4 unterbrochen.
- 7 Ein allfälliges Recht auf Verrechnung mit Gegenforderungen wird wegbedungen.
- 8 Persönliche Auslagen und Nichtpflichtleistungen stellen die Leistungserbringer den Versicherten direkt in Rechnung.

Art. 8 Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

- 1 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu erbringen und dabei die aktuellen Qualitätsstandards zu beachten.
- 2 Zur Dokumentation der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit übermittelt der Leistungserbringer auf Anfrage des Versicherers die zu diesem Zweck notwendigen medizinischen Unterlagen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen (gemäss Art. 32 und Art. 56 KVG).

Art. 9 Datenbearbeitung und Datenschutz

Die Parteien garantieren alle erhaltenen Daten rechtskonform zu verwenden.

Art. 10 Vereinbarungsbeginn, -dauer und -kündigung

- 1 Diese Übergangsvereinbarung tritt rückwirkend per 01.01.2022 in Kraft und gilt bis mindestens 31.12.2023 bzw. zum Inkrafttreten der neuen Tarifstruktur sowie der zugehörigen Taxpunktwertvereinbarung. Sobald die neue Tarifstruktur in Kraft ist, entfällt diese Übergangsvereinbarung samt Anhängen automatisch und ohne Zutun der Parteien.

- Die Übergangsvereinbarung ist von jeder Vertragspartei mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten, per 31.12 kündbar, frühestens per 31.12.2023.

Art. 11 Anhänge zur Übergangsvereinbarung

Die nachfolgenden Anhänge sind integrierende Bestandteile dieser Übergangsvereinbarung und können für sich alleine nicht gekündigt werden.

- | | |
|----------|----------------------------|
| Anhang 1 | Angeschlossene Versicherer |
| Anhang 2 | Beitrittsliste |
| Anhang 3 | Anwendbare Tarifstruktur |

Art. 12 Schriftlichkeitsvorbehalt

Alle Änderungen und Ergänzungen zu dieser Übergangsvereinbarung bzw. ihren Anhängen haben schriftlich zu erfolgen und sind von den Vertragsparteien rechtsverbindlich zu unterzeichnen.

Art. 13 Salvatorische Klausel

Sollte eine oder mehrere Bestimmungen dieser Übergangsvereinbarung unwirksam, ungültig oder nichtig sein oder werden, wird die Gültigkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Unwirksame, ungültige oder nichtige Bestimmungen sind durch Regelungen, die dem Sinn und der wirtschaftlichen Bedeutung des von den Parteien Gewollten möglichst nahekommen, zu ersetzen.

Art. 14 Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz

- Anwendbar ist Schweizer Recht.
- Das Vorgehen bei Streitigkeiten richtet sich nach Art. 89 KVG.

Art. 15 Schlussbestimmungen

Diese Übergangsvereinbarung wird in deutscher Sprache und vier-facher Ausführung ausgefertigt und unterzeichnet sowie auf Französisch und Italienisch übersetzt. Bei allfälligen Differenzen ist die deutschsprachige Version massgeblich. Je ein Exemplar ist für die Vertragsparteien bestimmt.



OPS
Organisation Podologie Schweiz
Organisation Podologie Suisse
Organizzazione Podologia Svizzera



Für den **Verband:**

Sursee,

.....

Malgaroli Mario
Vorstand

.....

Küttel Isabelle
Geschäftsführerin

Für **H+ die Spitäler der Schweiz:**

Bern,

.....

Moret Isabell
Präsidentin

.....

Bütikofer Anne-Geneviève
Direktorin

Für **curafutura:**

Bern,

.....

Dittli Josef
Präsident

.....

Zängerle Pius
Direktor

EINKAUFSGEMEINSCHAFT
COMMUNAUTÉ D'ACHAT
COOPERATIVA DI ACQUISTI



curafutura
Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

OPS
Organisation Podologie Schweiz
Organisation Podologie Suisse
Organizzazione Podologia Svizzera



Für **Einkaufsgemeinschaft HSK**:

Dübendorf,

.....

Dr. Wettstein Dominik
Leiter Analytik und Spezialverträge

.....

Ludwig Claudia
Verhandlungsleiterin

Anhang 1 – Angeschlossene Versicherer

(Stand 01.01.2022)

Der Übergangsvereinbarung sind die folgenden Versicherer angeschlossen:

- A) Helsana Versicherungen AG**
- B) Sanitas Grundversicherungen AG**
- C) KPT Krankenkasse AG**

Anhang 2 – Beitrittsliste

Die Beitrittsliste wird in regelmässigen Abständen bzw. bei Mutationen, der HSK an genannte E-Mail-Adresse zugestellt und enthält folgende Angaben:

- Name Leistungserbringer
- Adresse
- PLZ/ Ort/ Kanton
- Weitere Standorte
- GLN Nr.
- ZSR Nr.
- Abrechnungsart
- Beitritt per tt.mm.jjjj / Mutationsdatum per tt.mm.jjjj / Austritt per tt.mm.jjjj

Anhang 3 – Anwendbare Tarifstruktur und Tarif

Die Vertragsparteien vereinbaren folgende Tarifstruktur/Tarif im **Tarifcode 341**

Stand: 28.04.2022/Update 23.5.2022

1 TP entspricht dem Taxpunktwert (TPW) CHF 1

Tarif- position	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"> Problemerkennung: 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 	<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>

Tarif-position	Bezeichnung	Tax-punkte	Leistung	Regel
8001B	Podologische Erstbehandlung Diagnose B pro Minute	1.85	<ul style="list-style-type: none"> • 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>
8001C	Podologische Erstbehandlung Diagnose C pro Minute	1.85		<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>

Tarif-position	Bezeichnung	Tax-punkte	Leistung	Regel
				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.

Weitere Behandlungen				
8002A	Podologische Behandlung Diagnose A pro Minute	1.85	Inhalt der Behandlung ist mindestens eine der folgenden Behandlungsthemen: <ul style="list-style-type: none"> Folgeanamnese: bei Behandlungsunterbruch von mind. 181 Tagen oder bei verändertem diabetes-Status 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. 	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. Die Behandlung erfolgt vollumfänglich in Anwesenheit des Patienten. Maximale Anzahl ist 90 . 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.
8002B	Podologische Behandlung Diagnose B pro Minute	1.85	<ul style="list-style-type: none"> Fuss-, Haut-, und Nagelkontrolle protektive Massnahmen namentlich atraumatisches Entfernen von Hornhaut und atraumatische Nagelpflege 	Gemäss Art. 11c Abs. 2 lit. a Ziff. 2. KLV: Pro Kalenderjahr und Patient maximal 6 Sitzungen für Personen mit Diabetes mellitus und Polyneuropathie <u>mit</u> PAVK (Diagnose B). Die Anzahl Sitzungen berechnen sich inklusive der Erstbehandlung.

			<ul style="list-style-type: none"> Instruktion und Beratung zu Fuss-, Nagel und Hautpflege und zur Wahl der Schuhe und orthopädischen Hilfsmitteln Prüfung der Passform der Schuhe 	<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>
8002C	Podologische Behandlung Diagnose C pro Minute			<p>Gemäss Art. 11c Abs. 2 lit. b KLV: Pro Kalenderjahr und Patient maximal 6 Sitzungen für Personen mit Diabetes mellitus nach diabetischem <u>Ulcus</u> oder nach diabetesbedingter <u>Amputation (Diagnose C)</u>. 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>

Zuschlagspositionen				
8010E	Vor- und nachbereitende Leistungen	25.00	Umfasst die Leistungen einer Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> Hygiene (inkl. Sterilisation) Dokumentation, Krankengeschichte Fortführen/Aktualisierung des Verlaufsberichts Aktenstudium. Dauer: 20 Minuten	Einmal als Zuschlag pro podologischer Behandlung oder podologischer Erstbehandlung.
8030E	Bericht	27.50	Erstellung eines Berichts <ul style="list-style-type: none"> Podologische Diagnose Zusammenfassung der Behandlung Empfehlung für das weitere Prozedere 	Einmal pro Patienten und Kalenderjahr zuhanden des anordnenden Arztes oder der anordnenden Ärztin oder auf Verlangen des Versicherers. Kann nur als Zuschlag mit einer podologischen Behandlung oder einer podologischen Erstbehandlung verrechnet werden.
8040E	Weg- und Zeit-Entschädigung pro km	2.00	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. Beim Besuch mehrerer Patienten kann nur der Weg von einem Patienten zum nächsten Patienten aufgewendete Weg abgerechnet werden.	Pro effektiv gefahrene Kilometer, auf direktem Weg abrechenbar. Auch bei einer Fahrt mit den öffentlichen Verkehrsmitteln wird diese Entschädigung abgegolten, nicht die effektiven Billette-Kosten. Kann nur als Zuschlag im Zusammenhang mit der Position 8001A, 8001B, 8001C, 8002A, 8002B oder 8002C verrechnet werden.

		<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>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>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------