

Tarifvertrag

betreffend

Vergütung von operativen Eingriffen im Bereich **Augenchirurgie**

zwischen

santésuisse

und

FMCH

1. Vertragsgegenstand

¹ Dieser Vertrag stützt sich auf den Rahmenvertrag zwischen santésuisse und FMCH betreffend Erarbeitung, Anwendung und Pflege der Tarife für ambulante Leistungspauschalen sowie dessen Anhänge und regelt die Vergütung, die Abrechnung der für die im Anhang I definierten ambulanten Leistungen in Form eines Pauschaltarifes (nachfolgend „ambulante Leistungspauschalen“) sowie die Qualitätsentwicklung (Anhang II) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 43, Absatz 2, lit. c KVG.

² Die Bewertung der Pauschalen erfolgt gestützt auf ein nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen aufgebautes Bewertungsmodell. Das Modell ist so angelegt, dass die Pauschalen höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten für Leistungen decken, die in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbracht werden. Der Tarif soll somit die gesetzlichen Vorgaben bezüglich betriebswirtschaftlicher Bemessung und Sachgerechtigkeit erfüllen (Art. 43 Abs. 4, Art. 43 Abs. 4bis¹ KVG).

³ Die Tarife enthalten jeweils einen gesamtschweizerischen Referenzpreis sowie die kantonal anwendbaren Preise. Für die Bewertung der kantonal anwendbaren Preise werden die im Kalkulationsmodell hinterlegten Lohn- und Raumkosten mit den jeweils geltenden Taxpunktwerten des Einzelleistungstarifs für Ärzte im Kanton gewichtet.

2. Persönlicher Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt für:

- a) Alle diesem Vertrag beigetretenen Ärztinnen / Ärzte / Institutionen (nachstehend „Leistungserbringer“), welche im Geltungsbereich dieses Vertrages tätig sind.
- b) Jeden dem Vertrag beigetretenen Versicherer (nachfolgend „Versicherer“), welcher im Geltungsbereich dieses Vertrages tätig ist.

3. Örtlicher und sachlicher Geltungsbereich

¹ Für Leistungen, welche nicht mittels ambulanter Leistungspauschalen geregelt werden, sind die Bestimmungen und der Taxpunktwert TARMED gemäss geltendem Vertrag TARMED, gegebenenfalls gemäss behördlichem Ersatztarif oder einem Folge-Tarif des TARMED anwendbar.

¹ KVG-Revision vom 21. Juni 2019; BBI 2019, 4469-4474. Inkrafttreten gemäss Bundesrat.

² Dieser Vertrag betrifft die Vergütung von Leistungen zu Gunsten von Personen, die entweder bei einem dem Vertrag beigetretenen Versicherer obligatorisch gemäss KVG versichert sind oder gemäss internationalem Abkommen Anspruch auf eine Vergütung gemäss KVG haben und sich gemäss KVG behandeln lassen.

³ Massgeblich ist der am Ort der Leistungserbringung geltende Preis.

4. Anhänge zu vorliegendem Vertrag

Folgende Dokumente sind integrale Bestandteile vorliegenden Vertrages:

Anhang I: Anwendbarer Tarif

Anhang II: Fachspezifische Qualitätsentwicklungsmassnahmen

5. Beitrittsverfahren und Beiträge

¹ Der Beitritt zu den durch die Tariforganisation erarbeiteten Tarifverträgen steht allen interessierten Leistungserbringern und Versicherern offen.

² Für den Beitritt zum Tarifvertrag vereinbaren die Vertragsparteien gemeinsam entsprechende Vorgaben hinsichtlich notwendiger Infrastruktur und Weiterbildungstitel. Die Einhaltung dieser Vorgaben muss im Rahmen des Beitrittsgesuches belegt werden. Die Vertragsparteien prüfen gemeinsam die eingereichten Beitrittsgesuche.

³ Für die Teilnahme am Tarifvertrag wird ein angemessener Beitrag erhoben. Es wird ein einmaliger Beitrag an die Unkosten des Vertragsabschlusses sowie ein jährlicher Beitrag an die Unkosten der Durchführung erhoben. Der jährliche Beitrag wird für die Erweiterung und Überarbeitung der Tarifstruktur inkl. Erarbeitung, Pflege und Qualitätsentwicklungsmassnahmen erhoben.

⁴ Das Beitrittsverfahren und die zu entrichtenden Beiträge richten sich nach den im Rahmenvertrag zwischen FMCH und santésuisse vereinbarten Vorgaben.

6. Rücktritt vom Vertrag

¹ Einzelne Leistungserbringer und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten jeweils per Ende Jahr von diesem Vertrag zurücktreten.

² Details zum Vertragsrücktritt richten sich nach den Ausführungen im Rahmenvertrag bzw. dessen Anhang A.

7. Ausschluss vom Vertrag

¹ Vertragsteilnehmer, welche sich nicht an die Vorgaben des Rahmenvertrages und des für sie geltenden Tarifvertrages halten, können vom Tarifvertrag ausgeschlossen werden.

² Ein Ausschluss eines Vertragsteilnehmers vom Tarifvertrag wird durch die Vertragsparteien² beschlossen.

² Diese Aufgabe wird übergangsrechtlich durch den Steuerungsausschuss ausgeübt und geht nach der Gründung der Tariforganisation an diese über.

8. Verzeichnis der Beitritte / Rücktritte

¹ santésuisse und FMCH führen ein gemeinsames Verzeichnis über die Beitritte und Rücktritte. Mutationen werden gegenseitig unverzüglich mitgeteilt.

² Details zum Verzeichnis der Vertragsbeitritte und -rücktritte richten sich nach den Ausführungen im Rahmenvertrag bzw. dessen Anhang A.

9. Leistungsbereich

¹ Vorliegender Tarifvertrag basiert auf einem Berechnungsmodell, welches kantonale Miet- und Lohnkosten berücksichtigt und deshalb zu differenzierten kantonalen Pauschaltarifen führt.

² Der Tarifvertrag umfasst alle medizinischen Leistungen des Fachbereichs, welche als Anhang I deklariert werden.

10. Leistungsvoraussetzungen

Vergütungen werden von den Versicherern dann erbracht, wenn der Leistungserbringer zur Zeit der Leistungserbringung die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt und den erforderlichen Nachweis gemäss Beitrittsformular erbracht hat.

11. Taxen / Leistungsinhalt

¹ Der Leistungserbringer verrechnet eine ambulante Leistungspauschale gemäss Anhang I zu diesem Vertrag. Darin enthalten sind, wo nicht anders vereinbart, sämtliche kassenpflichtigen Leistungen. Zudem sind in diesen Leistungspauschalen auch die beim Leistungserbringer anfallenden Kosten für die gemäss Anhang II vereinbarten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und die Abgaben der Leistungserbringer für externe Kosten wie Pilotprojekte oder Auswertung und Publikation der Messresultate einkalkuliert.

² Leistungen, welche durch die ambulanten Leistungspauschalen abgedeckt sind, dürfen durch die diesem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer und Versicherer ausschliesslich mit diesem Pauschaltarif abrechnet werden.

³ Falls die Abgabe von Medikamenten nicht in der Vergütung der Pauschalen enthalten ist, so darf der Leistungserbringer die Medikamente separat verrechnen.

12. Rechnungstellung, Vergütung und Datenschutz

¹ Die diesem Tarifvertrag beigetretenen Leistungserbringer und Versicherer verpflichten sich, die Vorgaben betreffend einheitlichem Rechnungsformular und elektronischer Rechnungsstellung auf der Basis der Standards und Richtlinien des „Forums Datenaustausch“ einzuhalten.

² Die Rechnung muss folgende Angaben beinhalten:

- a) Name und Adresse des Arztes, ZSR Nummer
- b) Name, Adresse, Geburtsdatum und – soweit vorhanden- die Versichertennummer des Patienten
- c) Kalendarium der Leistung
- d) Nummer der ambulanten Leistungspauschale
- e) Preis der Pauschale
- f) Rechnungsdatum
- g) GLN Nummer des Operateurs
- h) GLN Nummer des Anästhesisten (bei Abrechnung einer Anästhesiepauschale)
- i) Artikelnummer und Bezeichnung eines allfällig verwendeten Implantates

³ Die Abrechnung erfolgt innerhalb von drei Wochen nach Behandlung in elektronischer Form.

⁴ Für das System der ambulanten Leistungspauschalen gilt der Tiers payant.

⁵ Der Versicherer begleicht die korrekt gestellte Rechnung innert 30 Tagen. Ab 31. Tag ist ein Verzugszins von 5% geschuldet.

⁶ Die Vertragsparteien stellen sicher, dass bei der Übermittlung und Verwendung der Rechnungsdaten die gesetzlichen Bestimmungen betreffend Datenschutz eingehalten werden.

13. Tarifschutz

Die Leistungserbringer müssen sich an den vertraglich vereinbarten Tarif halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz nach Art. 44 Abs. 1 KVG). Jegliches Verlangen auf Zuzahlung durch den Leistungserbringer an die behandelte Person für Leistungen gemäss KVG ist somit gesetzeswidrig und kann Sanktionen bis zum Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach sich ziehen (Art. 59 KVG).

14. Qualitätsregelung in ambulanten Leistungspauschalen

¹ Die Qualitätsentwicklungsmassnahmen nach Art. 58a KVG³ bzw. Art. 77 KVV werden im Rahmenvertrag zwischen santésuisse und FMCH sowie fachspezifisch in Anhang II des vorliegenden Vertrages geregelt.

² Mit dem Beitritt zu diesem Tarifvertrag verpflichtet sich der Leistungserbringer die in Anhang II festgelegten, fachspezifischen Qualitätsentwicklungsmassnahmen innerhalb eines Jahres ab Festlegung derselben durchzuführen. Bei ungenügender oder fehlender Durchführung dieser Massnahmen beantragt die Paritätische Qualitätskommission Ambulante Leistungspauschalen (PaQuAL) den Vertragsparteien⁴ den Ausschluss dieses Leistungserbringers aus vorliegendem Vertrag. Im Übrigen gelten die Sanktionsbestimmungen gemäss Art. 59 KVG.

Die Rückforderung bereits abgegoltener Leistungen betreffend Qualitätsentwicklungsmassnahmen durch die Krankenversicherer bleibt vorbehalten.

³ Sieht sich der Leistungserbringer ausser Stande, die in Anhang II festgelegten, fachspezifischen Qualitätsentwicklungsmassnahmen umzusetzen, so kann er von seinem Kündigungsrecht Gebrauch machen.

15. Monitoring

¹ Die Anwendung des Tarifes für ambulante Leistungspauschalen wird mittels Monitoring paritätisch überprüft.

² Das Monitoring richtet sich nach den im Rahmenvertrag zwischen FMCH und santésuisse vereinbarten Vorgaben (Anhang C).

16. Kündigung / allgemeine Bestimmungen

¹ Die Vertragskündigung durch die Vertragsparteien ist unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres möglich, erstmals per 31. Dezember des auf die Genehmigung folgenden Jahres.

² Bei Vorliegen wichtiger Gründe kann eine unterjährige Kündigung unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten erfolgen.

³ Die Vertragsparteien vereinbaren, dass vor einer allfälligen Kündigung ein Vermittlungsgespräch zwischen den Präsidenten der Vertragsparteien stattfinden muss. In diesem Gespräch müssen die Gründe der beabsichtigten Kündigung offengelegt werden.

³ Art. 58a KVG in der Fassung gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit), Änderung vom 21. Juni 2019, BBI 2019 4469ff.

⁴ Diese Aufgabe wird übergangsrechtlich durch den Steuerungsausschuss ausgeübt und geht nach der Gründung der Tariforganisation an diese über.

⁴ Massgebend für die Auslegung der Verträge und Anhänge ist die deutsche Version.

17. Inkrafttreten

Der Vertrag tritt mit Datum der Genehmigung in Kraft.

18. Schlichtungsinstanz

Die Parteien setzen eine paritätische Kommission (PKAL) als Schlichtungsstelle ein. Die Kompetenzen und Organisation der Schlichtungsstelle richten sich nach den im Rahmenvertrag zwischen FMCH und santésuisse vereinbarten Vorgaben.

Ort, Datum: Salzkammergut, 24.3.2020

santésuisse



Heinz Brand
Präsident



Verena Nold
Direktorin

FMCH



Dr. med. Josef E. Brandenberg
Präsident



PD Dr. Karl Hampf
Leiter Ressort Tarife

Anhang:

- Anhang I: Anwendbarer Tarif



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer
Les assureurs-maladie suisses
Gli assicuratori malattia svizzeri



Tarifstruktur Fachbereich: Augenchirurgie

Anhang I zum Tarifvertrag

01 Allgemeine Erläuterungen zum Tarif

01.01 Allgemein

Das Abrechnen mit den Pauschalen in diesem Anhang setzt die vollständige und abschliessende Akzeptanz sämtlicher Bestimmungen im Tarifvertrag und allen Anhängen voraus. Insbesondere folgende Punkte:

01.01.01 Beitritt

Die Leistungserbringer deklarieren und erfüllen die im Beitrittsformular gestellten Anforderungen an den Beitritt zum Tarifvertrag für diesen Fachbereich.

01.01.02 Tarifschutz

Die Leistungserbringer müssen sich an den vertraglich vereinbarten Tarif für die im Tarifvertrag definierten pauschalierten Leistungen halten und dürfen im Sinne des Tarifschutzes nach Art. 44 Abs. 1 KVG für diese pauschalierten Leistungen keine über die vereinbarten Pauschaltarife weitergehenden Vergütungen verrechnen. Jegliches Verlangen auf Zuzahlung durch den Leistungserbringer an die behandelte Person für im Tarifvertrag pauschalierten Leistungen ist somit vertragswidrig und kann Sanktionen bis zum Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach sich ziehen (Art. 59 KVG). Allfällige Ausnahmen sind in der Einzelpauschale abschliessend geregelt (z.B. Linse bei Katarakt). In diesen Fällen besteht eine gesetzliche Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber dem Patienten über die entstehenden Mehrkosten.

01.01.03 Qualitätsentwicklung

Die Leistungserbringer verpflichten sich, die im Anhang II vereinbarten Konzepte und Programme zur Qualitätsentwicklung anzuerkennen und umzusetzen. Eine wiederholte Nichtteilnahme eines Leistungserbringers an einem vereinbarten Programm hat den Ausschluss aus diesem Vertrag zur Folge. Die paritätische Qualitätskommission (PaQuAL) stellt in einem solchen Fall den Vertragsparteien¹ Antrag auf Ausschluss. Die Rückforderung bereits abgegebener Leistungen betreffend Qualitätsentwicklungsmassnahmen durch die Krankenversicherer bleibt vorbehalten.

01.01.04 Monitoring

Die dem Tarifvertrag beigetretenen Leistungserbringer und Versicherer verpflichten sich zur Lieferung der für ein Monitoring notwendigen Daten.

01.02 Leistungsumfang und Anwendbarkeit

Die Pauschalen enthalten den Leistungsinhalt, Materialien, Medikamente und Besonderheiten gemäss Liste der Eingriffe. Der Leistungsinhalt, Material und Medikamente der Pauschalen wurden nach Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit bemessen.

Insbesondere wurden die Pauschalen betriebswirtschaftlich berechnet für eine Durchführung der Eingriffe in einen Operationssaal der OP-Klasse I und sind folglich für Leistungen, die in einem Praxis-OP ausgeführt werden, grundsätzlich nicht anwendbar. Eine allfällig mögliche Ausnahme von dieser Regel wird gemäss Besonderheiten der jeweiligen Pauschale geregelt.

01.03 Reoperation

Eine allfällige Reoperation wird gemäss Leistungsumfang und Besonderheiten der jeweiligen Pauschale geregelt.

01.04 Leistungsabrechnung

Die Rechnung muss folgende Angaben beinhalten:

- a) Name und Adresse des Arztes, ZSR Nummer
- b) Name, Adresse, Geburtsdatum und – soweit vorhanden – die Versichertennummer des Patienten
- c) Kalendarium der Leistung
- d) Nummer der ambulanten Leistungspauschale
- e) Preis der Pauschale
- f) Rechnungsdatum
- g) GLN Nummer des Operateurs
- h) GLN Nummer des Anästhesisten (bei Abrechnung einer Anästhesiepauschale)

¹ Diese Aufgabe wird übergangsrechtlich durch den Steuerungsausschuss ausgeübt und geht nach der Gründung der Tariforganisation an diese über.

i) Artikelnummer und Bezeichnung eines allfällig verwendeten Implantates

02 Tarif

Liste der Eingriffe

Leistungsnummer	Bezeichnung Pauschale	Referenzpreis Schweiz
00.0001.00.00	IVI einseitig	CHF389.--
Leistungsinhalt	<ul style="list-style-type: none"> • Intravitreale Injektion an einem Auge (rechts oder links) • Sämtliche am Behandlungstag erbrachten und in unmittelbarem Zusammenhang mit der manuellen intravitrealen Injektion stehenden personellen und infrastrukturellen Leistungen • Allfällige Anästhesie und ärztliche Assistenz • Benutzung der Räumlichkeiten und des Operationssaals (Klasse OP-I) • Nicht-ärztliche Betreuung ausserhalb des Operationssaals für die Identifikation, Prämedikation, Operationsvorbereitung und Vor- und Nachbetreuung vor und nach dem Eingriff und ev. Bettenbenutzung 	
Material / Medikamente	<p>Abgegolten sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sämtliche Materialien für die Ausführung der Leistungen • Sämtliche Medikamente sowie Narkosemittel für die Ausführung der Leistungen <p>Nicht in der Pauschale abgegolten und separat verrechnet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • das ins Auge applizierte therapeutische Medikament gemäss SL-Liste des BAG • beim Austritt abgegebene Medikamente, wobei medizinische Indikation und Notwendigkeit solcher dokumentiert werden muss 	
Besonderheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten des ins Auge applizierten therapeutischen Medikamentes gemäss Publikumspreis der SL-Liste des BAG • Separat verrechnet wird die Untersuchung vor einer intravitrealen Injektion zur erstmaligen oder erneuten Festlegung des weiteren Behandlungspfades, z.B. nach dem Treat-and-Extend-Schema, im wissenschaftlich belegten Umfang, soweit hierdurch eine separate Kontrolluntersuchung mit gleichem Zweck vermieden wird • Muss ein Patient infolge eintretender Komplikationen während der Operation hospitalisiert werden, wird der stationäre Aufenthalt nach SwissDRG abgerechnet. Die ambulante Fallpauschale entfällt. 	

Leistungsnummer	Bezeichnung Pauschale	Referenzpreis Schweiz
00.0002.00.00	IVI zweiseitig	CHF560.--
Leistungsinhalt	<ul style="list-style-type: none"> • Intravitreale Injektion an beiden Augen (rechts und links) • Sämtliche am Behandlungstag erbrachten und in unmittelbarem Zusammenhang mit der manuellen intravitrealen Injektion stehenden personellen und infrastrukturellen Leistungen • Allfällige Anästhesie und ärztliche Assistenz • Benutzung der Räumlichkeiten und des Operationssaals (Klasse OP-I) • Nicht-ärztliche Betreuung ausserhalb des Operationssaals für die Identifikation, Prämedikation, Operationsvorbereitung und Vor- und Nachbetreuung vor und nach dem Eingriff und ev. Bettenbenutzung 	
Material / Medikamente	<p>Abgegolten sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sämtliche Materialien für die Ausführung der Leistungen • Sämtliche Medikamente sowie Narkosemittel für die Ausführung der Leistungen <p>Nicht in der Pauschale abgegolten und separat verrechnet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • das ins Auge applizierte therapeutische Medikament gemäss SL-Liste des BAG • beim Austritt abgegebene Medikamente, wobei medizinische Indikation und Notwendigkeit solcher dokumentiert werden muss 	
Besonderheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten des ins Auge applizierten therapeutischen Medikamentes gemäss Publikumspreis der SL-Liste des BAG • separat verrechnet wird die Untersuchung vor einer intravitrealen Injektion zur erstmaligen oder erneuten Festlegung des weiteren Behandlungspfades, z.B. nach dem Treat-and-Extend-Schema, im wissenschaftlich belegten Umfang, soweit hierdurch eine separate Kontrolluntersuchung mit gleichem Zweck vermieden wird • Muss ein Patient infolge eintretender Komplikationen während der Operation hospitalisiert werden, wird der stationäre Aufenthalt nach SwissDRG abgerechnet. Die ambulante Pauschale entfällt 	

Leistungsnummer	Bezeichnung Pauschale	Referenzpreis Schweiz
00.0003.00.00	Katarakt einseitig	CHF 1'736.--
00.0000.00.01	Anästhesie MAC	CHF 271.--
Leistungsinhalt	<ul style="list-style-type: none"> • Katarakt-OP an einem Auge (rechts oder links) • Sämtliche am Operationstag erbrachten und in unmittelbarem Zusammenhang mit der manuellen Katarakt-OP stehenden personellen und infrastrukturellen Leistungen • Anästhesie und ärztliche Assistenz • Einpflanzung einer künstlichen Intraokularlinse nach Pflichtleistung • Allfälliges Einsetzen eines Kapselspannrings bei medizinischer Indikation • Laboranalysen, Bildgebung, Infusionen, Berichte und Abgabe von Mitteln und Gegenständen • Benutzung der Räumlichkeiten und des Operationssaals (Klasse OP-I) • Nicht-ärztliche Betreuung für die Vor- und Nachbetreuung und ev. Bettenbenutzung 	
Material / Medikamente	<p>Abgegolten sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sämtliche Verbrauchsmaterialien, Narkosemittel und Medikamente für die Ausführung der Leistungen • Im Rahmen der Pflichtleistungen der obligatorischen Grundversicherung eine künstliche klare sphärische monofokale Intraokularlinse mit UV Filter ohne spezielle Zusatzfunktion und mit CE-Label <ul style="list-style-type: none"> – In der Pauschale inbegriffen vergütet die Krankenkasse einen Beitrag an die Intraokularlinse von pauschal CHF350 pro Auge – Der Leistungserbringer ist verpflichtet, eine qualitativ hochstehende Intraokularlinse einzupflanzen, welche einen CE-Label aufweist und den gesetzlichen Normen des Heilmittelgesetzes (HMG) und der Medizinprodukteverordnung entspricht (MepV) • Ein allfälliger Kapselspannring bei medizinischer Indikation <p>Nicht in der Pauschale abgegolten und separat verrechnet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intraokularlinsen mit Zusatz- und Komfortfunktionen: asphärische, bifokale, multifokale und torische Intraokularlinsen, Extended Depth of Focus (EdoF IOL), Licht-adaptierbare (Light-Adjustable IOL), Implantable Contact Lenses (ICL) und andere • Abgegebene Medikamente beim Austritt, wobei die medizinische Indikation und Notwendigkeit dokumentiert werden muss 	
Besonderheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Der Leistungserbringer ist verpflichtet, vor der Implantierung von Intraokularlinsen mit Zusatz- und Komfortfunktionen ausserhalb des Rahmens der Pflichtleistungen der obligatorischen Grundversicherung den Patienten auf die Zusatzfunktion, allfällige Risiken und insbesondere auf die zusätzlichen, nicht von OKP-Versicherer getragenen Kosten hinzuweisen und seine schriftliche Zustimmung einzuholen. Der Leistungserbringer darf diese Kosten dem OKP-Versicherer nicht in Rechnung stellen. • Eine Re-Operation (Vorderkammerspülung, persistierende Linsenreste, Luxation der implantierten Linse, Glaskörperprolaps) am gleichen Auge, die innert 7 Tagen nach dem Ersteingriff erbracht wird, darf nicht noch einmal verrechnet werden. • In medizinisch begründeten Ausnahmefällen (z.B. bei refraktiver Korrektur, die zu Lasten des OKP-Versicherers gemäss Anhang 1 KLV geht) oder sonstigen medizinisch begründeten Einzelfällen können Intraokularlinsen mit Zusatzfunktionen gemäss vorstehender Liste übernommen werden. Eine Bewilligung muss vorgängig durch Vorlage gegenüber dem Vertrauensarzt eingeholt werden. • Muss ein Patient infolge eintretender Komplikationen während der Operation hospitalisiert werden, wird der stationäre Aufenthalt nach SwissDRG abgerechnet. Die ambulante Fallpauschale entfällt. 	

Leistungsnummer	Bezeichnung Pauschale	Referenzpreis Schweiz
00.0004.00.00	Glaukom einseitig	CHF 1'644.--
00.0000.00.02	Anästhesie MAC	CHF 363.--
Leistungsinhalt	<ul style="list-style-type: none"> • Glaukom-OP an einem Auge (rechts oder links) • Sämtliche am Operationstag erbrachten und in unmittelbarem Zusammenhang mit der manuellen Glaukom-OP stehenden personellen und infrastrukturellen Leistungen • Anästhesie und ärztliche Assistenz • Laboranalysen, Bildgebung, Infusionen, Berichte und Abgabe von Mitteln und Gegenständen • Benutzung der Räumlichkeiten und des Operationssaals (Klasse OP-I) • Nicht-ärztliche Betreuung für die Vor- und Nachbetreuung und ev. Bettenbenutzung 	
Material / Medikamente	<p>Abgegolten sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sämtliche Verbrauchsmaterialien, Narkosemittel und Medikamente für die Ausführung der Leistungen <p>Nicht in der Pauschale abgegolten und separat verrechnet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abgegebene Medikamente beim Austritt, wobei die medizinische Indikation und Notwendigkeit dokumentiert werden muss • In begründeten medizinischen Fällen, in denen der Einsatz von Drainageimplantaten wie Tubes, Stents und Drainagesystemen angezeigt ist, können Materialkosten zusätzlich vergütet werden. Dies gilt nur unter der Beachtung der WZW-Kriterien und insoweit für diese Implantate Evidenz vorhanden ist. Bei Einsatz und für die allfällige Vergütung von solchen Implantaten muss vorgängig eine Kostengutsprache bei der entsprechenden Krankenkasse eingeholt werden. • Im Bereich der MIGS-Verfahren (Minimally Invasive Glaucoma Surgery, z.B. XEN®, iStent®, iStent inject®) sowie bei Einsatz von Mikro-Kathetern bei Kanaloplastik werden die Implantate bei alleiniger Glaukom-OP (Glaukom-OP ohne Katarakt-OP) maximal bis zu einem Betrag von CHF500 zusätzlich zur Pauschale vergütet, bei einer kombinierten Katarakt/Glaukom-OP werden die gesamten Materialkosten zusätzlich zur Pauschale vergütet • Bei Einsatz von Ex-Press®, Ahmed®, Baerveldt® oder Molteno® Drainagesystemen, i.e. komplexe Glaukom-OP ausserhalb des Bereichs von MIGS, werden die gesamten Materialkosten vergütet 	
Besonderheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Re-Operation (Vorderkammerspülung, persistierende Linsenreste, Luxation der implantierten Linse, Glaskörperprolaps) am gleichen Auge, die innert 7 Tagen nach dem Ersteingriff erbracht wird, darf nicht noch einmal verrechnet werden • Muss ein Patient infolge eintretender Komplikationen während der Operation hospitalisiert werden, wird der stationäre Aufenthalt nach SwissDRG abgerechnet. Die ambulante Fallpauschale entfällt 	

Leistungsnummer	Bezeichnung Pauschale	Referenzpreis Schweiz
00.0005.00.00	Katarakt und Glaukom kombiniert	CHF 2'148.--
00.0000.00.01	Anästhesie MAC	CHF 409.--
Leistungsinhalt	<ul style="list-style-type: none"> • Katarakt-OP und Glaukom-OP an einem Auge (rechts oder links) • Sämtliche am Operationstag erbrachten und in unmittelbarem Zusammenhang mit der manuellen Katarakt-OP und Glaukom-OP stehenden personellen und infrastrukturellen Leistungen • Anästhesie und ärztliche Assistenz • Einpflanzung einer künstlichen Intraokularlinse nach Pflichtleistung • Allfälliges Einsetzen eines Kapselspannrings bei medizinischer Indikation • Laboranalysen, Bildgebung, Infusionen, Berichte und Abgabe von Mitteln und Gegenständen • Benutzung der Räumlichkeiten und des Operationssaals (Klasse OP-I) • Nicht-ärztliche Betreuung für die Vor- und Nachbetreuung und ev. Bettenbenutzung 	
Material / Medikamente	<p>Abgegolten sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sämtliche Verbrauchsmaterialien, Narkosemittel und Medikamente für die Ausführung der Leistungen • Im Rahmen der Pflichtleistungen der obligatorischen Grundversicherung eine künstliche klare sphärische monofokale Intraokularlinse mit UV Filter ohne spezielle Zusatzfunktion und mit CE-Label <ul style="list-style-type: none"> ○ In der Pauschale inbegriffen vergütet die Krankenkasse einen Beitrag an die Intraokularlinse von pauschal CHF350 pro Auge ○ Der Leistungserbringer ist verpflichtet, eine qualitativ hochstehende Intraokularlinse einzupflanzen, welche einen CE-Label aufweist und den gesetzlichen Normen des Heilmittelgesetzes (HMG) und der Medizinprodukteverordnung entspricht (MepV) • Ein allfälliger Kapselspannring bei medizinischer Indikation <p>Nicht in der Pauschale abgegolten und separat verrechnet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materialkosten in begründeten medizinischen Fällen, in denen der Einsatz von Drainageimplantaten wie Tubes, Stents und Drainagesystemen angezeigt ist. Dies gilt nur unter der Beachtung der WZW-Kriterien und insoweit für diese Implantate Evidenz vorhanden ist. Bei Einsatz und für die allfällige Vergütung von solchen Implantaten muss vorgängig eine Kostengutsprache bei der entsprechenden Krankenkasse eingeholt werden. • Intraokularlinsen mit Zusatz- und Komfortfunktionen: asphärische, bifokale, multifokale und torische Intraokularlinsen, Extended Depth of Focus (EdoF IOL), Licht-adaptierbare (Light-Adjustable IOL), Implantable Contact Lenses (ICL) und andere. • In medizinisch begründeten Ausnahmefällen (z.B. bei refraktiver Korrektur, die zu Lasten des OKP-Versicherers gemäss Anhang 1 KLV geht) oder sonstigen medizinisch begründeten Einzelfällen können Intraokularlinsen mit Zusatzfunktionen gemäss vorstehender Liste übernommen werden. Eine Bewilligung muss vorgängig durch Vorlage gegenüber dem Vertrauensarzt eingeholt werden. Abgegebene Medikamente beim Austritt, wobei die medizinische Indikation und Notwendigkeit dokumentiert werden muss • Im Bereich der MIGS-Verfahren (Minimally Invasive Glaucoma Surgery, z.B. XEN®, iStent®, iStent inject®) sowie bei Einsatz von Mikro-Kathetern bei Kanaloplastik werden die Implantate bei alleiniger Glaukom-OP (Glaukom-OP ohne Katarakt-OP) maximal bis zu einem Betrag von CHF500 zusätzlich zur Pauschale vergütet, bei einer kombinierten Katarakt/Glaukom-OP werden die gesamten Materialkosten zusätzlich zur Pauschale vergütet • Bei Einsatz von Ex-Press®, Ahmed®, Baerveldt® oder Molteno® Drainagesystemen, i.e. komplexe Glaukom-OP ausserhalb des Bereichs von MIGS, werden die gesamten Materialkosten vergütet 	
Besonderheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Der Leistungserbringer ist verpflichtet, vor der Implantierung von Intraokularlinsen mit Zusatz- und Komfortfunktionen ausserhalb des Rahmens der Pflichtleistungen der obligatorischen Grundversicherung den Patienten auf die Zusatzfunktion, allfällige Risiken und insbesondere auf die zusätzlichen, nicht von OKP-Versicherer getragenen Kosten hinzuweisen und seine schriftliche Zustimmung einzuholen. Der Leistungserbringer darf diese Kosten dem OKP-Versicherer nicht in Rechnung stellen. • Eine Re-Operation (Vorderkammerspülung, persistierende Linsenreste, Luxation der implantierten Linse, Glaskörperprolaps) am gleichen Auge, die innert 7 Tagen nach dem Ersteingriff erbracht wird, darf nicht noch einmal verrechnet werden. 	

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Muss ein Patient infolge eintretender Komplikationen während der Operation hospitalisiert werden, wird der stationäre Aufenthalt nach SwissDRG abgerechnet. Die ambulante Fallpauschale entfällt. |
|--|---|