

Frequently Asked Questions

TARMED – Die häufigsten Fragen

Stand: 17. August 2022

Weitere FAQ des Departements Ambulante Versorgung und Tarife

- [FAQ Tarife und Tariftypen](#)
- [FAQ Tarifcontrolling](#)
- [FAQ Wirtschaftlichkeitsprüfung](#) (Passwortgeschützt für FMH-Mitglieder unter myFMH)
- [FAQ Praxislabor und Analysenliste](#)
- [FAQ Medikamente und Spezialitätenliste](#)

Inhaltsverzeichnis

1.	Verrechnung kleiner nicht formalisierter Bericht	2
2.	Tarifposition 00.0015 + Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis	2
3.	E-Mail an Patienten	2
4.	Limitation für die Tarifpositionen Leistung in Abwesenheit des Patienten	2
5.	Erhöhter Behandlungsbedarf	2
6.	Skalierungsfaktor 0.93 für Ärzte mit Weiterbildungstitel Praktischer Arzt	3
7.	Verrechnung von Verbrauchsmaterial	3
8.	Welche Tarifpositionen darf ich abrechnen?	3
9.	Welcher Taxpunktwert kommt im TARMED zur Anwendung?	3
10.	Praxis-OP anstatt OP I: (-) %-Reduktion der technischen Leistung, wenn Praxis-OP statt OP I	4
11.	Praxislabor: Welche Tarifpositionen kann ich abrechnen?	4

1. Verrechnung kleiner nicht formalisierter Bericht

Der kleine nicht formalisierte Bericht bis 11 Zeilen Text (siehe Tarifposition 00.2255 «Verlangter kleiner Arztbericht an den Versicherer») ist Bestandteil der Allgemeinen Grundleistungen. Dieser Vermerk bedeutet, dass die für die erwähnte ärztliche Leistung aufgewendete Zeit als Bestandteil von Allgemeine Grundleistung abgerechnet wird; die entsprechende Leistung wird in der Rechnung nicht ausgewiesen; die Verrechnung erfolgt im Rahmen einer Konsultation (00.0010ff) oder eines Besuchs (00.0060ff).

2. Tarifposition 00.0015 + Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis

Um die Tarifposition 00.0015 «+ Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis» abrechnen zu können, muss man zwingend die Tarifposition 00.0010 «Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)» abrechnen, denn die Tarifposition 00.0015 ist eine direkte Zuschlagsleistung zur Tarifposition 00.0010.

Zusätzlich darf man in der gleichen Sitzung und am gleichen Tag nur noch Tarifpositionen aus der Leistungsgruppe LG-03 «Tarifpositionen bei denen der Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis (00.0015) abgerechnet werden kann» abrechnen. Dies ergibt sich aufgrund der folgenden medizinische Interpretation der Tarifposition 00.0015: «Darf nur im Zusammenhang mit der Erbringung von hausärztlichen Leistungen abgerechnet werden und wenn dem Patienten am selben Tag keine spezialärztlichen Leistungen durch den gleichen Leistungserbringer verrechnet werden. » Zudem gilt für die Tarifposition 00.0015 folgende Regel Menge: Maximal <= 1-mal pro Tag und Patient abrechenbar.

Angemerkt sei, dass die Pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen bzw. die Tarifpositionen 03.0020ff dem Leistungsblock LB-02 «Pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen» angehören und daher nicht mit der Tarifpositionen 00.0010ff und 00.0015 in einer Sitzung abgerechnet werden dürfen.

3. E-Mail an Patienten

Emails an die Patienten können mit den Tarifpositionen der ärztlichen telefonischen Konsultation bzw. der Tarifposition 00.0110 «Telefonische Konsultation durch den Facharzt, erste 5 Min.» und ff abgerechnet werden. Diese Abrechnungsempfehlung gilt auch für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die Ihre Emails an die Patienten mit den Tarifpositionen 02.0060 «Telefonische Konsultation durch den Facharzt für Psychiatrie bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 5 Min.» und ff abrechnen können.

4. Limitation für die Tarifpositionen Leistung in Abwesenheit des Patienten

Die Limitation bei den Tarifpositionen der ärztlichen Leistung in Abwesenheit des Patienten 00.0131ff, 00.0141ff und 00.0161ff usw. gilt nicht für die einzelnen Tarifpositionen, sondern für die Gesamtheit dieser Tarifpositionen bzw. Leistungsgruppe. Zudem beziehen sich diese Limitationen gemäss Genereller Interpretation GI-09 «Kumulation, Kumulationseinschränkung» auf den Patienten und gelten für den zuständigen Kostenträger.

5. Erhöhter Behandlungsbedarf

Der Begriff «Erhöhter Behandlungsbedarf» ist im Tarifwerk TARMED nicht definiert. Der Arzt entscheidet, wann erhöhter Behandlungsbedarf bei einem Patienten vorliegt und dokumentiert den erhöhten Behandlungsbedarf in der Krankengeschichte des Patienten. Auf Anfrage der Krankenversicherung legt der Arzt den Grund für den erhöhten Behandlungsbedarf der Krankenversicherung offen. Der Arzt muss keine vorgängige Kostengutsprache für den erhöhten Behandlungsbedarf bei der Krankenversicherung einreichen.

Das Bundesamt für Gesundheit BAG umschreibt in seinen Frequently Asked Questions den erhöhten Behandlungsbedarf folgendermassen: «Ein erhöhter Behandlungsbedarf im Sinne eines ausnahmsweise erhöhten Zeitbedarfs kann beispielsweise bei multimorbiden Patienten, bei Patienten mit mittlerer oder schwerer kognitiver Funktionseinschränkung, bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen oder bei Patienten in einer instabilen und schweren Krankheitssituation (z.B. akutes Koronarsyndrom, instabile Krebserkrankung) auftreten.

Die Behandlung der genannten Patienten berechtigt jedoch nicht automatisch zur Anwendung höherer Limitationen, der erhöhte Behandlungsbedarf eines Patienten ist gegenüber dem Versicherer zu begründen. Es braucht also einen medizinisch haltbaren Grund für die Geltendmachung des erhöhten Behandlungsbedarfs.

6. Skalierungsfaktor 0.93 für Ärzte mit Weiterbildungstitel Praktischer Arzt

Gemäss der Generellen Interpretation GI-52 Praktischer Arzt / Praktische Ärztin gilt folgendes: «Bei sämtlichen Leistungen, die von Ärztinnen und Ärzten mit dem alleinigen eidgenössischen Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin» abgerechnet werden, muss auf den ärztlichen Leistungen (AL) der Skalierungsfaktor 0.93 angewandt werden. »

Der Skalierungsfaktor von 0.93 bzw. die Reduktion der ärztlichen Leistung AL um 7 % kommt nur für Ärzte zur Anwendung, die ausschliesslich über den schweizerischen Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt» verfügen. Sobald der Arzt über einen in der Schweiz anerkannten Facharztstitel verfügt, kommt der Skalierungsfaktor nicht mehr zur Anwendung. Für Assistenzärzte, die zur Weiterbildung bei einem Arzt in einer Arztpraxis angestellt sind, kommt der Skalierungsfaktor auch nicht zur Anwendung.

Für die praktische Umsetzung des Skalierungsfaktors in der Arztpraxis-Software wenden Sie sich bitte direkt an Ihren Lieferanten der Arztpraxis-Software, welcher Ihnen den Parameter Force AL (f AL) auf 0.93 einstellen wird.

7. Verrechnung von Verbrauchsmaterial

Gemäss der Generellen Interpretation GI-20 «Verbrauchsmaterialien und Implantate» gilt: «Verbrauchsmaterial ist separat verrechenbar, sofern der Einkaufspreis (inkl. MWST) pro Einzelstück CHF 3.00 übersteigt. Verrechnet wird der Stückpreis des Verbrauchsmaterials und der Implantate auf der Basis der Jahreseinkaufsmenge nach Abzug von Rabatten und Preisnachlässen. Sofern vertraglich tiefere Preise vereinbart wurden, gelten diese.

Die Artikel sind mit Preisangabe und Abgabedatum (Datum der Sitzung) einzeln aufzuführen.

Nicht unter diese Vergütungsregelung fällt das wiederverwendbare Instrumentarium (inkl. Fixateur externe). Dieses ist bereits in den einzelnen Tarifpositionen berücksichtigt. »

Das Verbrauchsmaterial ohne GTIN wird mit dem Tarifcode 406 Ziffer 2000 abgerechnet. Verbrauchsmaterial mit GTIN wird mit dem Tarifcode 402 abgerechnet.

Zudem gilt es den Entscheid der Paritätischen Interpretationskommission PIK I-17001 Definition Einzelstück in GI-20 Verbrauchsmaterialien und Implantate, welcher ab dem 09.03.2017 gültig ist, zu berücksichtigen:

«Beschluss: Die GI-20 bezieht sich ausschliesslich auf Einzelstücke. Handelsübliche konfektionierte Sets gelten nicht als Einzelstück gemäss GI-20.»

8. Welche Tarifpositionen darf ich abrechnen?

Je nach Qualifikation (Facharztstitel, Fähigkeitsausweis, Schwerpunkt) darf man unterschiedliche Tarifpositionen des TARMED abrechnen. Entsprechende Listen sortiert nach qualitativer Dignität sind unter diesem [Link der FMH](#) verfügbar.

9. Welcher Taxpunktwert kommt im TARMED zur Anwendung?

Die kantonalen Taxpunktwerte KVG finden Sie unter diesem [Link der New Index AG](#). Der nationale Taxpunktwert UVG, IVG und MVG finden Sie unter diesem [Link der Medizinaltarife-Kommission MTK](#).

10. Praxis-OP anstatt OP I: (-) %-Reduktion der technischen Leistung, wenn Praxis-OP statt OP I

Wenn Sie einen Praxis-OP haben dann müssen Sie neben der Tarifposition «35.0010 Technische Grundleistung Praxis-{OP} anerkannt» auch die Tarifposition «35.0020 (-) %-Reduktion der {TL}, wenn Praxis-{OP} statt {OP} I» zusätzlich abrechnen. Dies gilt für alle Leistungen mit Sparte OP I, welche im Praxis-OP erbracht werden. In diesem Fall wird die technische Leistung (TL) um 40% reduziert. Sie entspricht somit 60% der für die entsprechenden Leistung gültigen TL mit der Sparte OP I.

11. Praxislabor: Welche Tarifpositionen kann ich abrechnen?

Ab 1. Januar 2021 wurde lediglich das Format der Analysenliste verändert; es wurden keine Analysen für das Praxislabor gestrichen. Für die Verrechnung von Analysenlisten-Tarifpositionen empfiehlt es sich, zu kontrollieren, welche Tarifpositionen effektiv im Praxislabor abgerechnet werden dürfen und auch, ob wirklich die richtige Tarifziffer angewendet wird (z. Bsp. XXXX.01 statt XXXX.00 bei den schnellen Analysen). Bitte beachten Sie unsere separaten [FAQ](#) zum Praxislabor insbesondere ab Punkt 3 auf der Website der FMH unter der Rubrik Praxislabor.

Weitere Informationen

Weitere Informationen finden Sie unter diesem [Link der FMH](#). Schriftliche Anfragen richten Sie bitte an folgende E-Mail-Adresse: tarife.ambulant@fmh.ch. Zudem führt die FMH eine Infoline TARMED durch – jeweils montags von 9 bis 12 Uhr auf 0900 340 340 zum Ortstarif.