

Die häufigsten Fragen zum Thema und Dokumentation und Bericht nach TARMED (Stand Februar 2010)

Generelle Interpretation GI-14 Dokumentation / Bericht

1. Gibt es eine Generelle Interpretation zum Thema Bericht im Tarifwerk TARMED?

Ja - Es gibt die Generelle Interpretation GI-14 Dokumentation / Bericht im Tarifwerk TARMED, welche folgendermassen lautet:

Sämtliche Berichte und Dokumentationen sind dem Versicherer resp. dem Vertrauensarzt des Versicherers auf Verlangen zuzustellen, dabei gelten die Bestimmungen des Datenschutzes (DSG). Jede Leistung ist in geeigneter Form (Schrift, Ausdruck, Tonträger, Bildträger) zu dokumentieren.

Ein Bericht umfasst Auswertung bzw. Befundung, Befund und schriftliche Dokumentation. Bei Endoskopien ist eine Bilddokumentation der pathologischen Befunde obligatorisch. Die Dokumentation und der Bericht sind integraler Bestandteil der Leistung und mit dieser abgegolten, auch wenn bei der Tarifposition unter dem Parameter „Bericht“ keine Minutage angegeben ist.

Die erstmalige Zustellung dieser Dokumente auf Verlangen des Versicherers ist kostenlos. Vorbehalten bleiben Leistungen, für die eine separate Abrechnung der Dokumentation beziehungsweise des Berichtes ausdrücklich erwähnt und tarifiert ist (Siehe dazu Unterkapitel [00.06 Ärztliche Zeugnisse, Berichte, Schreiben](#)). Der nochmalige Versand dieser Dokumente auf Verlangen des Versicherers wird mit der Tarifposition [00.2260](#) resp. [00.2265](#) vergütet.

Kapitel-Interpretationen KI zum Unterkapitel 00.06 Ärztliche Zeugnisse, Berichte, Schreiben

2. Gibt es Kapitel-Interpretationen zum Thema Bericht im Tarifwerk TARMED?

Ja - Es gibt neun Kapitel-Interpretationen zum Unterkapitel 00.06 Ärztliche Zeugnisse, Berichte, Schreiben im Tarifwerk TARMED, welche folgendermassen lauten:

1. KI-00.06-1 Datenschutz

Sämtliche Berichte sind dem Versicherer resp. dem Vertrauensarzt des Versicherers auf Verlangen zuzustellen, dabei gelten die Bestimmungen des Datenschutzes (DSG).

2. KI-00.06-2 Anforderungen

Die vom Facharzt verfassten Zeugnisse, Berichte, Schreiben (Schriftverkehr unter Ärzten, vom Versicherer verlangte Berichte usw.) müssen medizinisch und / oder administrativ notwendig sein. Allfällige Fristen sind einzuhalten. Diese Dokumente müssen grundsätzlich maschinell

oder elektronisch erzeugt werden. Handschrift wird akzeptiert, solange noch keine PC-gängigen Masken vorliegen.

3. KI-00.06-3 Leistungsumfang

In allen diagnostischen und therapeutischen Tarifpositionen ist der Aufwand für Dokumentation und Bericht enthalten. Dies gilt insbesondere für Operationsberichte, Berichte / Protokolle betreffend Interventionen und apparative Leistungen. Ausnahmen sind ausdrücklich erwähnt und tarifiert.

4. KI-00.06-4 Textzeilen und Layout

Der Umfang eines nicht formalisierten Berichtes (Tarifpositionen [00.2285](#), [00.2295](#)) wird in Textzeilen oder Zeichen gemessen. Für die Berechnung der Anzahl Zeilen / Zeichen ist nur der Textblock massgebend. Zum Textblock zählen neu erstellte Diagnosen (Diagnosenlisten) oder überarbeitete Anteile davon. Nicht als Textblock gelten: Personalien des Patienten, Adressdaten, erneutes Aufführen von bestehenden Diagnosen (Diagnosenlisten) oder Teile davon, Anrede, Grussformel, vordruckte Titel usw. Die Vergütung einer schriftlichen Dokumentation erfolgt unabhängig des Layouts. Der Umfang einer Seite kann entweder in Zeilen (35 Zeilen à 60 Zeichen) oder in Zeichen (2'100 Zeichen) berechnet werden.

5. KI-00.06-5 Spezialformulare

Von Sozialversicherern verlangte, auf Spezialformularen erstellte Berichte werden pauschal vergütet.

6. KI-00.06-6 Verordnungen

Verordnungen für ärztliche und technische Leistungen, Anordnungen an nichtärztliche Medizinalpersonen (inkl. Rezepte) sowie an nichtärztliche Psychotherapeuten sind Inhalt der Allgemeinen Grundleistungen.

7. KI-00.06-7 Zeugnisse, kleine Berichte

Arbeitsunfähigkeitszeugnisse zuhanden des Versicherers, Mitteilungen an Patienten sowie alle weiteren sog. kleinen Berichte (bis 10 Zeilen Text auf einer A4-Seite) sind Bestandteil von Allgemeine Grundleistungen¹, siehe Tarifposition [00.2255](#). Dies gilt nicht für formalisierte Arztberichte, Zwischenberichte und Verlaufsberichte sowie IV-Fragebogen, siehe Tarifpositionen [00.2205](#) und [00.2230](#).

8. KI-00.06-8 Kopien

Die Vergütung eines Berichtes beinhaltet auch das erstmalige Anfertigen allfälliger Kopien desselben, unabhängig von der Anzahl der erstellten Exemplare sowie die Zustellung dieser Kopien auf Verlangen des Versicherers. Für den nochmaligen Versand von Kopien bereits bestehender medizinischer Dokumente sowie für Kopien von Fremdakten auf Verlangen des Versicherers siehe Tarifpositionen [00.2260](#) und [00.2265](#).

9. KI-00.06-9 Kumulationseinschränkungen

Tarifpositionen aus diesem Kapitel können nicht mit Tarifpositionen aus den Kapiteln [00.08](#) und [37](#) kumuliert werden. Wird eine Leistung aus dem Kapitel [00.06](#) zusammen mit anderen Leistungen erbracht, darf auf der AL von Leistungen des Kapitels [00.06](#) kein Prozentschlag für Notfall (Tarifpositionen [00.2530](#), [00.2550](#), [00.2570](#) und [00.2590](#)) verrechnet werden.

¹ „Bestandteil von Allgemeine Grundleistungen“: Dies bedeutet, dass der entsprechende Zeitaufwand über die Tarifposition [00.0010ff](#) (Konsultation) abgerechnet wird.

3. Kann ein nicht formalisierter Bericht dem Kostenträger in Rechnung gestellt werden?

- *Ja und Nein.*

- *Kleine nicht formalisierte Berichte (bis 10 Zeilen Text auf einer A4-Seite) sind Bestandteil von den „Allgemeinen Grundleistungen“ bzw. sind mit der ärztlichen Konsultation (Tarifpositionen 00.0010, 00.0020, 00.0030) bzw. dem ärztlichen Besuch (Tarifpositionen 00.0060, 00.0070, 00.0080) vollumfänglich abgegolten. Gilt auch für Arbeitsunfähigkeitszeugnisse zuhanden des Versicherers, Mitteilungen an Patienten sowie alle weiteren sog. kleinen Berichte (bis 10 Zeilen Text auf einer A4-Seite).*

- *Demgegenüber können nicht formalisierte Berichte mit einem Umfang von mehr als 10 Zeilen Text dem Kostenträger anhand der Tarifposition 00.2285 „Nicht formalisierter Bericht, 11 bis 35 Zeilen Text“ und allenfalls ergänzend mit der Tarifposition 00.2295 „+ Nicht formalisierter Bericht, jede weiteren 35 Zeilen Text“ dem Kostenträger in Rechnung gestellt werden.*

- *Gemäss Interpretation zur Tarifposition 00.2285 „Nicht formalisierter Bericht, 11 bis 35 Zeilen Text“ gilt es dabei Folgendes zu beachten: Nicht formalisierte Berichte sind in der Gestaltung frei und umfassen zwischen 11 und 35 Zeilen Text. Gilt auch für den Schriftverkehr unter Ärzten betreffend Befund, Diagnose, Therapien, Prognose über den Heilungsverlauf und weitere Massnahmen den Patient betreffend; dieser nicht formalisierte Bericht ist dem Versicherer auf Verlangen kostenlos zuzustellen (siehe hierzu auch KI-00.06-8 und GI-14). Gilt auch für den Bericht Psychotherapie Art. 2 / 3 gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV.*

- *Umfasst der nicht formalisierte Bericht mehr als 35 Zeilen Text, so kann ergänzend zur Tarifposition 00.2285 „Nicht formalisierter Bericht, 11 bis 35 Zeilen Text“ die Tarifposition 00.2295 „+ Nicht formalisierter Bericht, jede weiteren 35 Zeilen Text“ für jede weitere 35 Zeilen Text dem Kostenträger in Rechnung gestellt werden.*

- **Achtung!** *Folgendes gilt es zu beachten: Der Umfang eines nicht formalisierten Berichtes (Tarifpositionen 00.2285 und 00.2295) wird in Textzeilen oder Zeichen gemessen. Für die Berechnung der Anzahl Zeilen / Zeichen ist nur der Textblock massgebend. Zum Textblock zählen neu erstellte Diagnosen (Diagnosenlisten) oder überarbeitete Anteile davon. Nicht als Textblock gelten: Personalien des Patienten, Adressdaten, erneutes Aufführen von bestehenden Diagnosen (Diagnosenlisten) oder Teile davon, Anrede, Grussformel, vorgedruckte Titel usw. Die Vergütung einer schriftlichen Dokumentation erfolgt unabhängig des Layouts. Der Umfang einer Seite kann entweder in Zeilen (35 Zeilen à 60 Zeichen) oder in Zeichen (2'100 Zeichen) berechnet werden.*

4. Mit welchen Tarifpositionen darf der nicht formalisierte Bericht (Tarifpositionen 00.2285 und 00.2295) in einer Sitzung nicht kumuliert und dem Kostenträger in Rechnung gestellt werden?

Die Tarifpositionen 00.2285 „Nicht formalisierter Bericht, 11 bis 35 Zeilen Text“ und 00.2295 „+ Nicht formalisierter Bericht, jede weiteren 35 Zeilen Text“ können mit folgenden Tarifpositionen, Unterkapitel bzw. Kapitel in einer Sitzung nicht kumuliert werden:

00.2110 Konsiliarische Beratung (Konsilium) durch den Facharzt, pro 5 Min.
 00.2120 Erweiterte konsiliarische Beratung (Konsilium) durch den Facharzt, pro 5 Min.
 00.2310 Gutachten der Kategorie A
 00.2390 Gutachten der Kategorie B
 00.2400 Gutachten der Kategorie C
 00.2410 Gutachten der Kategorie D
 00.2420 Gutachten der Kategorie E
 07.1110 Kieferchirurgische Operationsplanung an Modellen
 07.1120 Diagnostischer Setup für kieferorthopädische operative Versorgung
 07.1130 Kieferorthopädisches Prediction Planning w/o Simulografie
 21.1210 Extrakorporale Stosswellen-Lithotripsie (ESWL), erste Seite, durch den Facharzt
 00.08 Dringlichkeitszuschläge und Notfallzuschläge
 37 Klinische Pathologie (Autopsie, Histologie, Zytologie) und Rechtsmedizin

Leistungserfassung und Rechnungsstellung von formalisierten Berichten

5. Kann ein formalisierter Bericht dem Kostenträger in Rechnung gestellt werden?

Gemäss dem Tarifwerk TARMED können folgende formalisierte Berichte dem Kostenträger in Rechnung gestellt werden:

- Tarifposition 00.2205 „Formalisierter Arztbericht {KV}, [UV](#), {MV}/Zwischenbericht / Verlaufsbericht / Formalisiertes Beiblatt [IV](#)“. Gilt gemäss Interpretation für:

Vom Versicherer verlangter ärztlicher Bericht (Anmeldung, Zwischenbericht, Verlaufsbericht).

[UVG](#): Erstes Arzzeugnis; Ärztlicher Zwischenbericht.

[MVG](#): Anmeldeformular; Ärztlicher Bericht.

[IVG](#): Verlaufsbericht; Beiblatt zum Arztbericht (je Blatt); Beiblatt zum Anmeldeformular für eine Hilfslosenentschädigung (je Blatt)

[KLV](#): Meldung Psychotherapie (Art. 2/3).

- Tarifposition 00.2215 „Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma ([HWS](#)-Fragebogen)“. Gilt gemäss Interpretation für: Dokumentation des Unfallablaufes aufgrund der Schilderung des Patienten, die Erfassung der aufgetretenen Beschwerden und die Erhebung der klinischen Befunde anhand einer auf die wesentlichen Bereiche gewichteten muskuloskelettalen und neurologischen Untersuchung in der Akutphase. Der Dokumentationsbogen findet Verwendung auf der Notfallstation oder beim Notfallarzt und allenfalls dann noch bei einer Überweisung an den Hausarzt bei dessen Erstkonsultation. Spätere Verwendungen werden nicht mehr speziell vergütet. Der vollständig ausgefüllte Dokumentationsbogen ist dem zuständigen Versicherer zuzustellen und wird zusätzlich zu den Konsultationskosten und anderweitigen Abklärungskosten vergütet. Anwendbar im [UV](#)/{[MV](#)}/[IV](#)-Bereich und {[KV](#)}-Bereich bei Unfall.

- Tarifposition 00.2230 „Formalisierter erster Arztbericht an die [IV](#), erste 10 Min.“ und Tarifposition 00.2240 „+ Formalisierter erster Arztbericht an die [IV](#), jede weiteren 10 Min.“: Gilt gemäss Interpretation für: Arztbericht für die Beurteilung des Anspruches auf [IV](#)-Leistungen; Ausführlicher ärztlicher Bericht [EU](#) (E 213).

Ansprechpartner für weitere Fragen

- Infoline TARMED - Tel. 0900 340 340 (Ortstarif) – montags und mittwochs von 09:00 – 12:00 Uhr
- Per Mail an tarife@fmh.ch (Bitte teilen Sie uns auch Ihre Telefonnummer mit, sodass wir Sie allenfalls zurückrufen können. Vielen Dank!)