

Nach der Auflösung von TARMED Suisse haben die Partnerorganisationen die **Paritätische Interpretationskommission PIK** per 1.1.2019 auf eine neue vertragliche Basis gestellt. Die veröffentlichten PIK Entscheide werden deshalb neu versioniert; beginnend mit der Version 2.00.

Änderungen gegenüber Version 2.01:

Anpassungen an PIK-Entscheid:

Nummer 05051-B: Abrechnung der ärztlichen Leistungen nach TARMED in Kombination mit zahnärztlichen/kieferchirurgischen Leistungen nach SSO-Tarif

Mit der Aufnahme der neuen SSO-Tarifziffern für den Bereich UV/MV/IV wird der PIK-Entscheid I-05051-B durch den überarbeiteten Entscheid I-05051-C ersetzt.

Nummer 03033	Verrechnung von Notfallzuschlägen bei bildgebenden Verfahren
Gültig ab	02.02.2004
Gültigkeitsbereich	00.08
Beschluss	Bei bildgebenden Verfahren können Notfallzuschläge ebenfalls verrechnet werden. Es gelten die Notfalkriterien gemäss medizinischer Interpretation. Beispiele für typische Notfälle im Röntgeninstitut: • Verdacht auf ausgedehnte Trümmerfrakturen • Schädelblutungen • Organruptur • bildgebende Abklärung bei lebensbedrohlichen Zuständen, welche eine unverzügliche Therapie erfordern.

Nummer 05028

Augenverband im Anschluss an Katarakt-Operation

Gültig ab

14.07.2005

Gültigkeitsbereich

01.0310, 08.2760

Beschluss

Gemäss KI-01-6 sind unmittelbar nach Operationen/Interventionen angelegte Verbände in den entsprechenden Tarifpositionen inbegriffen, ausser es handelt sich um Taping (01.02), Härtende Verbände (01.03) oder Spezialverbände (01.03). Beim beurteilten Antrag handelt es sich um einen Verband im Anschluss an eine Kataraktoperation oder Vitrektomie (Augenkörbchen aus Plastik mit Tupfern). Hierbei handelt es sich nicht um einen Spezialverband im Sinne der Tarifposition 01.0310. Demnach ist dieser Verband in der entsprechenden Tarifposition der Operation enthalten und nicht separat verrechenbar.

Nummer 05041

Hautplastik als abrechenbarer Zusatzeingriff

Gültig ab

10.11.2005

Gültigkeitsbereich

GI-23

Beschluss

Gemäss GI-23 ist der gewöhnliche operative Wundverschluss integraler Leistungsinhalt einer Tarifposition. Dies gilt für Wundverschlüsse in folgendem Sinn:
Bei einem gewöhnlichen operativen Wundverschluss wird die vorerst geöffnete Wunde mit einer Naht bzw. ohne zusätzliche Hautinzision (Lappenplastik, usw.) wieder verschlossen.

Nummer 05048

Unzulässige Doppelverrechnung des effektiven Zeitaufwandes und maximale Verrechnung des Zeitaufwandes mit Zeittarifpositionen

Gültig ab

04.01.2006

Gültigkeitsbereich

ganzer Tarif
alle Tarifpositionen nach der Systematik des Zeittarifs (z.B. 00.0010ff, 00.0610, 00.1530)

Definitionen:

Tarifpositionen nach der Systematik des Zeittarifs (= Zeittarifpositionen; zur Abrechnung von Zeitleistungen):

Bei dieser Systematik wird der effektiv benötigte Zeitaufwand zur Erbringung der Leistung verrechnet. Die Tarifpositionen charakterisieren sich durch eine Angabe „erste/pro/jede weiteren x Min.“ in der Bezeichnung. Beispiele: 00.0010, 00.1510, 02.0010, 35.0210, usw.

Tarifpositionen nach der Systematik des Einzelleistungstarifs (= Einzelleistungstarifpositionen; zur Abrechnung von Handlungsleistungen):

Bei dieser Systematik ist der effektiv benötigte Zeitaufwand zur Erbringung der Leistung für die Verrechnung nicht relevant. Bei der in der Tarifposition hinterlegten Zeit handelt es sich um eine Durchschnittszeit. Beispiele: 00.0410, 01.0210, 05.0100, 17.0010, usw.

Beschluss:

a) *Ausgangslage: In einer Sitzung werden unterschiedliche Zeitleistungen erbracht:*

Die summierte Anzahl Minuten der verrechneten Zeittarifpositionen darf den effektiv benötigten Zeitaufwand zur Erbringung dieser Zeitleistungen um maximal den angebrochenen Anteil der letzten Zeiteinheit der verrechneten Zeittarifpositionen überschreiten. Der Absatz:

„Angebrochene Zeiteinheiten und Masseinheiten gelten als ganze Einheiten.“ der GI-13 ist somit auf die Summe anzuwenden und nicht auf die einzelnen, eigenständigen Zeittarifpositionen wie beispielsweise 00.0010f, 00.1510.

b) *Ausgangslage: In einer Sitzung werden sowohl Zeit- wie auch Handlungsleistungen erbracht:*

Der effektiv benötigte Zeitaufwand zur Erbringung von Handlungsleistungen darf nicht doppelt mittels Zeittarifpositionen verrechnet werden. Es handelt sich hierbei um eine unzulässige Doppelverrechnung.

c) *Ausgangslage: In einer Sitzung werden sowohl Zeit- wie auch Handlungsleistungen erbracht:*

Der benötigte Zeitaufwand zur Erbringung von Zeitleistungen darf verrechnet werden, unbeschrieben, ob der effektiv benötigte Zeitaufwand zur Erbringung von Handlungsleistungen die hinterlegte Durchschnittszeit der entsprechenden Einzelleistungstarifpositionen unter- oder überschreitet.

Beispiele:

a) *Der Arzt erbringt folgende Zeitleistungen:*

7 Min. Konsultation, 6 Min. Sozialberatung und 6 Min. psychotherapeutische Beratung

Effektiver Zeitaufwand total: 19 Min.

Falsche Abrechnung: 1 x 00.0010, 1 x 00.0030, 2 x 00.0510, 2 x 00.0520

Korrekte Abrechnung: 1 x 00.0010, 1 x 00.0030, 1 x 00.0510, 1 x 00.0520

b) Der Arzt erbringt folgende Zeit- und Handlungsleistungen:

17 Min. Konsultation und 12 Min. kleine Untersuchung

Effektiver Zeitaufwand total: 29 Min.

Falsche Abrechnung: 1 x 00.0010, 4 x 00.0020, 1 x 00.0030, 1 x 00.0410

Korrekte Abrechnung: 1 x 00.0010, 2 x 00.0020, 1 x 00.0030, 1 x 00.0410

c) Der Arzt erbringt folgende Zeit- und Handlungsleistungen:

13 Min. Konsultation und umfassende rheumatologische Untersuchung
21 Min.

Effektiver Zeitaufwand total: 34 Min.

Falsche Abrechnung: 1 x 00.0010, 1 x 00.0030, 1 x 00.0440

Berechnung falsche Abrechnung: 34 Min. minus 25 statt 21 Min.

(Minutage 00.0440) = 9 statt 13 Min. = Konsultationszeit

Korrekte Abrechnung: 1 x 00.0010, 1 x 00.0020, 1 x 00.0030, 1 x 00.0440

Nummer 05051-C Abrechnung der ärztlichen Leistungen nach TARMED in Kombination mit zahnärztlichen/kieferchirurgischen Leistungen nach SSO-Tarif

Gültig ab 15.05.2025

Gültigkeitsbereich 07.02, 07.03, 07.04, 07.05, 07.07, 07.08, 07.09, 07.10, 07.11, 07.12, 11.02.01, 11.02.02, 11.02.03, 35.01, 35.03
11.0710-11.0820, 28.0010-28.0160
SSO Tarifpositionen

Dieser PIK-Entscheid ersetzt den PIK-Entscheid I-05051-B

Die Änderungen gegenüber PIK-Entscheid I-05051-B betreffen die SSO-Tarifziffern. Die neu gültigen SSO-Tarifziffern für den Bereich UV/MV/IV wurden im PIK-Entscheid ergänzt.

Grundsatz:

Die Übergangsregelung kommt nur zur Anwendung, wenn

- SSO-Leistungen unter Narkose im Operationssaal erbracht werden oder
- SSO-Leistungen in Kombination mit TARMED-Leistungen unter Narkose im Operationssaal erbracht werden.

Werden ausschliesslich TARMED-Leistungen abgerechnet, gelten ausschliesslich die Bestimmungen gemäss TARMED.

A. Abrechnung von SSO-Leistungen unter Narkose im Operationssaal

1. Die zahnärztlichen Leistungen werden mit den Tarifziffern des SSO-Tarifs abgerechnet.
2. Die Anästhesieleistungen werden mit den Tarifziffern des TARMED abgerechnet, und zwar mit den entsprechenden Risikoklassen gemäss Anhang:

Werden während einer Operation mehrere Leistungen erbracht, die unterschiedlichen Anästhesie-Risikoklassen angehören, so kommt für die „Perioperative Betreuung“, die „Ein- und Ausleitung“ sowie die „Tätigkeit des Anästhesisten während operativer Versorgung“ jene Risikoklasse zur Anwendung, welche der Leistung mit der höchsten Anästhesie-Risikoklasse entspricht.

Für Eingriffe bei Kindern unter 2 Jahren gilt grundsätzlich Anästhesie-Risikoklasse III.

Basis für die verrechenbare Anästhesiezeit während der operativen Versorgung (28.0140, 28.0150) ist die Schnitt-Naht-Zeit gemäss Anästhesieprotokoll. Das Anästhesieprotokoll ist dem Kostenträger unaufgefordert unter Angabe der Rechnungsnummer unentgeltlich zuzustellen.

3. Die für die Anästhesieleistung verwendeten Verbrauchsmaterialien und Anästhetika sind gemäss GI-20 und KI-28-3 zusätzlich verrechenbar.
4. Die ärztliche Assistenz wird mit Ziffer 4980 (UV/MV/IV: 4.9800) oder 4981 (UV/MV/IV: 4.9810) des SSO-Tarifs abgerechnet.

5. Die Abgeltung für die Benützung des Operationssaales erfolgt mit Ziffer 4983 (UV/MV/IV: 4.9830) des SSO-Tarifs.
6. Die Abgeltung der Bettbenützung und Überwachung erfolgt mit Ziffer 4985 (UV/MV/IV: 4.9850) und 4986 (UV/MV/IV: keine Tarifziffer) des SSO-Tarifs.
7. Für die Verrechnung von Verbrauchsmaterial gelten die Bestimmungen gemäss SSO-Tarif, Ziffer 4983 (UV/MV/IV: 4.9830).

B Abrechnung von SSO-Leistungen in Kombination mit TARMED-Leistungen unter Narkose im Operationssaal

1. Die zahnärztlichen Leistungen werden mit den Tarifziffern des SSO-Tarifs abgerechnet.
2. Die TARMED-Leistungen werden mit den Tarifziffern des TARMED abgerechnet.
3. Wenn Leistungen oder Teilleistungen sowohl im SSO wie auch im TARMED aufgeführt sind, so ist die wirtschaftlichere Variante zu wählen.
4. Die Anästhesieleistungen werden mit den Tarifziffern des TARMED abgerechnet, und zwar mit entsprechenden Risikoklassen gemäss Anhang für die SSO-Leistungen und gemäss TARMED für die TARMED-Leistungen:

Werden während einer Operation mehrere Leistungen erbracht, die unterschiedlichen Anästhesie-Risikoklassen angehören, so kommt für die „Perioperative Betreuung“, die „Ein- und Ausleitung“ sowie die „Tätigkeit des Anästhesisten während operativer Versorgung“ jene Risikoklasse zur Anwendung, welche der Leistung mit der höchsten Anästhesie-Risikoklasse entspricht.

Für Eingriffe bei Kindern unter 2 Jahren gilt grundsätzlich Anästhesie-Risikoklasse III.

Basis für die verrechenbare Anästhesiezeit während der operativen Versorgung (28.0140, 28.0150) ist die Schnitt-Naht-Zeit gemäss Anästhesieprotokoll. Das Anästhesieprotokoll ist dem Kostenträger unaufgefordert unter Angabe der Rechnungsnummer unentgeltlich zuzustellen.

5. Die für die Anästhesieleistung verwendeten Verbrauchsmaterialien und Anästhetika sind gemäss GI-20 und KI-28-3 zusätzlich verrechenbar.
6. Die nichtärztliche Betreuung wird mit den TARMED-Tarifziffern aus Kapitel 35.03 abgerechnet.
7. Bei TARMED-Tarifziffern ist die ärztliche Assistenz integraler Bestandteil der Tarifpositionen und damit abgegolten. Die ärztliche Assistenz bei den zahnärztlichen Leistungen des SSO-Tarifs wird mit Ziffer 4980 (UV/MV/IV: 4.9800) oder 4981 (UV/MV/IV: 4.9810) des SSO-Tarifs abgerechnet.
8. Die Abgeltung für die Benützung des Operationssaales erfolgt mit Ziffer 4983 (UV/MV/IV: 4.9830) des SSO-Tarifs. Zusätzlich darf die Technische Grundleistung Operationssaal des TARMED-Tarifs (Kapitel 35.01) abgerechnet werden, wobei die Kapitelinterpretation KI-35.01-1 Mehrfacheingriffe zu berücksichtigen ist.
9. Die Verrechnung von Verbrauchsmaterial im Zusammenhang mit SSO-Tarifpositionen erfolgt gemäss SSO-Tarif Ziffer 4983 (UV/MV/IV: 4.9830). Für die Verrechnung von Verbrauchsmaterial im Zusammenhang mit TARMED-Tarifziffern gelten die Bestimmungen der GI-20 im TARMED-Tarif. Verbrauchsmaterial, das gemäss Erläuterung der SSO-Tarifposition 4983 (UV/MV/IV: 4.9830) durch diese Tarifposition abgegolten ist, darf nicht nochmals einzeln gemäss GI- 20, TARMED verrechnet werden.

Anhang:

A) Erläuterungen zur Verrechenbarkeit der Anästhesie-Risikoklasse III bei zahnärztlichen und kieferchirurgischen Eingriffen, die gemäss SSO-Tarif abgerechnet werden

In den folgenden Fällen kann die Anästhesie-Risikoklasse III für die gesamte Schnitt-Naht-Zeit (gemäss Anästhesie-Protokoll) abgerechnet werden (selektiv):

- Wenn eine Leistung aus dem Kapitel V oder VI erbracht wird, die mit der Anästhesie-Risikoklasse III bezeichnet ist (siehe Abschnitt B).
- Bei Kindern unter 2 Jahren.
- Wenn aus dem Anästhesie-Protokoll hervorgeht, dass der Patient aufgrund seiner geistigen, psychischen oder körperlichen Verfassung unkooperativ war.
- Wenn aus dem Anästhesie-Protokoll hervorgeht, dass es sich um einen Patienten mit ASA-Klasse 3 oder höher handelt.

In allen anderen als den oben beschriebenen Fällen kann die Anästhesie-Risikoklasse II abgerechnet werden.

Die Anästhesie-Risikoklassen I und IV werden nicht verrechnet.

B) Anästhesie-Risikoklassen im SSO-Tarif (Zahnarzttarif), Kapitel V und VI:

Kapitel V: Zahnärztl. Chirurgie, Oralchirurgie

Kapitel VI: Kieferchirurgie

Pos. Nr. SSO-Tarif KVG	Pos. Nr. SSO-Tarif UV/MV/IV	Anästhesie-RK	Pos. Nr. SSO-Tarif KVG	Pos. Nr. SSO-Tarif UV/MV/IV	Anästhesie-RK
4200 - 4211	4.2000 - 4.2130	III	4300 - 4325	4.3000 - 4.3250	III
4212	4.2120	II	4326 - 4328	4.3260 - 4.3280	Keine RK
4213 - 4224	4.2130 - 4.2240	III	4330 - 4334	4.3300 - 4.3340	II
4225 - 4226	4.2250 - 4.2260	II	4335 - 4337	4.3350 - 4.3370	III
4227 - 4248	4.2270 - 4.2480	III	4340 - 4342	4.3400 - 4.3420	II
4250	4.2500	Keine RK	4344 - 4355	4.3440 - 4.3550	III
4251 - 4269	4.2510 - 4.2690	III	4356	4.3560	Keine RK
4270 - 4271	4.2700 - 4.2710	II	4357 - 4361	4.3570 - 4.3610	III
4272 - 4282	4.2720 - 4.2820	III	4363 - 4365	4.3630 - 4.3650	II
4283 - 4284	4.2830 - 4.2840	II	4366	4.3660	III
4285 - 4286	4.2850 - 4.2860	III	4367 - 4368	4.3670 - 4.3680	II
4287	4.2870	II	4370 - 4394	4.3700 - 4.3940	III
4288	4.2880	III			
4290	4.2900	II			
4291 - 4295	4.2910 - 4.2950	III			
4296 - 4299	4.2970, 4.2980, 4.2290	III			

Nummer 05058	Morphinpumpenfüllung
Gültig ab	04.01.2006
Gültigkeitsbereich	00.0010, 00.0730
Beschluss	Die Morphinpumpenfüllung ist nicht einzeln tarifiert. Sie ist mit Tarifpositionen aus dem Kapitel 00 abzurechnen (Grundkonsultation, Punktion/Injektionen).

Nummer 06013 **Tarifpositionen der Anästhesie (LB-52) in der gleichen Sitzung wie der Eingriff**

Gültig ab 24.05.2006

Gültigkeitsbereich LB-52
28.0010, 28.0030 - 28.0180

Beschluss Die Tarifpositionen des LB-52 dürfen in der gleichen Sitzung wie der Eingriff abgerechnet werden. Sie sind unter der EAN - Nummer des Anästhesisten abzurechnen.

Nummer 06028 **02.0260, Leistung in Abwesenheit des Patienten durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.**

Gültig ab 14.12.2006

Gültigkeitsbereich 02.0260

Beschluss Berichte gemäss Art. 3b KLV sind mit den Pos. 00.2285 (Nicht formalisierter Bericht, 11 bis 35 Zeilen Text) und Pos. 00.2295 (+ nicht formalisierter Bericht, jede weiteren 35 Zeilen Text) abzurechnen.

Nummer 07002

Perioperative Betreuung und zusätzliche Leistungen

Gültig ab

19.06.2007

Gültigkeitsbereich

00.0010, 00.0050, 00.0110, 00.0140, 28.0010, 28.0030,
28.0040, 28.0050, 28.0060

Beschluss

Das Aktenstudium und die Administration/Operationsvorbereitung (Anmeldung für die Narkose, Auswerten des Narkosevorbereitungsbogen, Labor- und Röntgenverordnungen, spezifische Abklärungen bei Risikopatienten oder Patienten mit erschweren Voraussetzungen usw.) sind integrale Bestandteile der Anästhesieleistung und in der perioperativen Betreuung enthalten. Die zusätzliche Verrechnung der Tarifposition 00.0140 Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium) für diese Tätigkeiten durch den Anästhesiearzt ist nicht statthaft.

Nummer 07031	Osteodensitometrie, mit axialer DEXA im Rahmen eines Konsiliums
Gültig ab	07.09.2007
Gültigkeitsbereich	00.2110, 39.1950
Beschluss	Im Rahmen einer konsiliarischen Beratung kann auch eine Osteodensitometrie mit axialer DEXA durchgeführt werden.

Nummer 07036

Operateur und Anästhesist in einer Person

Gültig ab

17.12.2007

Gültigkeitsbereich

28.01

Beschluss

KI-28-1 Die Leistungen des Facharztes für Anästhesie für eine Anästhesie sind Teile eines Leistungsblockes und deshalb in einer Sitzung durch den gleichen Facharzt nur unter sich kumulierbar, ansonsten mit keiner anderen Tarifposition. Ausgenommen sind die Tarifpositionen Notfallzuschläge, Kapitel 00.08.

Dies bedeutet auch, dass die Leistungen des Operateurs und die Leistungen des Anästhesisten im Zusammenhang mit dem gleichen Eingriff nicht durch ein und dieselbe Person erbracht werden können.

Konsultation anlässlich einer bildgebenden Untersuchung

07.01.2008

00.0010, 39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016

Fachärzte mit der qualitativen Dignität Medizinische Radiologie / Radiodiagnostik dürfen in der gleichen Sitzung die Grundkonsultation/Betriebsstelle Radiologie (39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016) nicht mit der Konsultation der allgemeinen Grundleistungen (00.0010 ff) kombinieren (vgl. KI-39-9).

Die Abgeltung für allgemeine ärztliche Leistungen am Patienten durch den Facharzt für medizinische Radiologie/Radiodiagnostik anlässlich bildgebender Untersuchungen und die Abgeltung für die Administrativ-Pauschale erfolgt mit den Tarifpositionen 39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016.

Bittet der Patient den Radiologen um Auskunft betreffend die Befundung resp. Diagnose aufgrund der bildgebenden Untersuchung, darf dies nicht zusätzlich mit einer Konsultation (00.0010 ff) abgerechnet werden.

Nichtradiologen dürfen die Tarifpositionen 39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016 nicht in Rechnung stellen.

Dieser PIK-Entscheid ersetzt die PIK-Entscheide 03030 und 03034.

Nummer 08014

Konsiliarische Beratung

Gültig ab

11.06.2008

Gültigkeitsbereich

00.2110

Beschluss

Werden im Rahmen von spitalinternen onkologischen Tumor-Boards interdisziplinäre Fallbesprechungen von ambulanten Patienten durchgeführt, so können die Leistungen des behandelnden Spitalarztes nicht als Konsilium abgerechnet werden, sofern nicht explizit ein Konsilium von einem spitalexternen Arzt verlangt worden ist. Erfolgt die Fallbesprechung in Abwesenheit des Patienten, können der behandelnde Spitalarzt sowie allfällige weitere an den Fallbesprechungen beteiligte spitalinterne Fachärzte ihre Aufwendungen mit der Position 00.0140 "Leistung in Abwesenheit des Patienten" verrechnen.

Weitere am Tumor-Board anwesende Medizinalpersonen (z.B. Assistenzärzte) können keine TARMED-Leistungen verrechnen. Wird für die interdisziplinäre Fallbesprechung ein externer, vom Spital nicht besoldeter Spezialarzt zugezogen, so kann dieser ein Konsilium verrechnen. Der zugezogene externe Spezialarzt stellt dem Kostenträger das Konsilium direkt in Rechnung.

Betreffend die Rechnungsstellung interdisziplinärer onkologischer Fallbesprechungen von stationären Patienten kann die PIK keine Aussagen machen, kommen hier nämlich nicht TARMED-Bestimmungen, sondern andere bilaterale Verträge und Regelungen zur Anwendung.

Nummer 08015

Tarifinterpretation 04.03.04 und 04.03.01

Gültig ab

03.07.2008

Gültigkeitsbereich

04.03.04, 04.03.01

Beschluss

Es gilt der Grundsatz, dass sich die zu verrechnende Fläche auf die Tätigkeit bezieht, welche durch die entsprechende(n) Tarifposition(n) abgegolten wird.

Im Unterkapitel 04.03.04 "Lappenhebung" bezieht sich die Flächenangabe in cm² auf jene Fläche des gehobenen Lappens, die zur Behebung des "Defektes" notwendig ist.

Im Unterkapitel 04.03.01 "Haut, Weichteile: Wundverschluss mittels plastischer Massnahmen" bezieht sich die Flächenangabe in cm² auf jene Fläche, die zur Behebung des "Defektes" mittels plastischer Massnahmen notwendig ist.

Nummer 08017-B Arbeit in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium)

Gültig ab 10.07.2009

Gültigkeitsbereich 00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260, 02.0360

Beschluss Als Aktenstudium gilt das patientenbezogene Studium von Fremdakten (Lesen und Beurteilung ausführlicher fremder Akten, also nicht das Lesen der selbst verfassten Krankengeschichte des Patienten) inkl. Studium dort zitierter Literaturstellen. Begründete Ausnahmen für das extensive Aufarbeiten von Eigenakten sind vorbehalten. Dies ist zu dokumentieren und dem Kostenträger auf Anfrage zur Verfügung zu stellen. Eine automatische Verrechnung von Leistungen in Abwesenheit des Patienten zur Einsicht in eigene Dossiers ist nicht zulässig.

Dieser PIK-Entscheid ersetzt die PIK-Entscheide 04043 und 07012 sowie 08017 (Korrektur Übersetzungsfehler in der Französischen und Italienischen Version).

Nummer 08048

Formalisierter Arztbericht

Gültig ab

09.09.2008

Gültigkeitsbereich

00.0010, 00.0140, 00.2285

Beschluss

Artikel 6 Absatz 4 KLV:

4 Soll die Ergotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt/Ärztin dem Vertrauensarzt/-ärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag für die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten.

Eine Verordnung wird im Rahmen einer Konsultation oder als Leistung in Abwesenheit des Patienten abgegolten; wird vom Versicherer ein umfassender Bericht verlangt, kann dieser mit der Position 00.2285 ff verrechnet werden.

einer anderen Sparte durchgeführt wird (z.B. im UBR Grundversorger) - sofern medizinisch begründet - mit bildgebenden Leistungen aus dem Kapitel 39 kumuliert werden dürfen.

Diesen Sachverhalt sollen folgende 3 Fallbeispiele veranschaulichen:

Fallbeispiel 1: Diagnose und US-gesteuerte therapeutische Intervention Schulter

Patient A kommt wegen Schulterschmerzen zum Arzt, dieser macht zwei Röntgenaufnahmen des Schultergelenks. Der Röntgenbefund weist auf eine Verkalkung des Schleimbeutels hin (Bursitis calcarea). Der Arzt bespricht die Situation mit dem Patienten und rät ihm zu einer ultraschallgezielten Infiltration eines Kortisonpräparates direkt in den Schleimbeutel der Schulter. Er desinfiziert die Haut, nimmt das Ultraschallgerät und positioniert die Sonde auf die Schulter, um sicher zu stellen, dass die Nadelspitze genau in den Schleimbeutel positioniert ist, damit er dort das Medikament gezielt einbringen kann. Es wurden also zuerst Röntgenaufnahmen und anschliessend eine Infiltration unter simultaner Ultraschallkontrolle durchgeführt.

Verrechnung (eine Sitzung):
00.0010ff Konsultation
39.0220 Röntgen: Schultergelenk / Scapula / AC-Gelenk, erste Aufnahme
39.0225 + Röntgen: Schultergelenk/Scapula/AC-Gelenk, jede weitere Aufnahme
39.2000 Technische Grundleistung 0, Röntgenraum I, ambulanter Patient
39.3710 Ultraschallgesteuerte therapeutische Intervention
39.3800 Technische Grundleistung 0, Ultraschall gross, ambulanter Patient
39.0020 Grundtaxe für das Röntgen und die Ultraschalldiagnostik durch den Arzt in der Arztpraxis und durch Nicht-Radiologen im Spital (AIP)

Begründung: Bildgebung und Intervention finden zeitgleich in der Sparte Ultraschall gross statt.

Fallbeispiel 2: Diagnose und Punktion Knie

Patient B kommt wegen Knieschmerzen zum Arzt, die Röntgenbilder des Knies zeigen keine pathologischen Befunde. Mögliche Gründe für die Knieschmerzen können z.B. sein: beginnende Arthrose, Meniskusläsion, degenerative Veränderungen, rheumatische Erkrankungen. Um sich Klarheit zu verschaffen macht der Arzt eine Ultraschalluntersuchung des Knies und diagnostiziert einen Erguss im Kniegelenk. Anschliessend macht der Arzt (ohne bildgebende Kontrolle, d.h. nicht simultan) eine Punktion des Gelenkergusses.

Verrechnung (eine Sitzung):*00.0010ff Konsultation**39.0310 Röntgen: Knie, erste Aufnahme**39.0315 + Röntgen: Knie, jede weitere Aufnahme**39.2000 Technische Grundleistung 0, Röntgenraum I, ambulanter Patient**39.3402 Ultraschallgelenkuntersuchung Kniegelenk, pro Seite**39.3800 Technische Grundleistung 0, Ultraschall gross, ambulanter Patient**24.0130 Gelenkpunktion (inkl. Ganglion, Gelenkzyste), Schulter, Ellbogen, Knie, oberes Sprunggelenk OSG**39.0020 Grundtaxe für das Röntgen und die Ultraschalldiagnostik durch den Arzt in der Arztpraxis und durch Nicht-Radiologen im Spital (AIP)*

Begründung: Die Intervention (Gelenkpunktion) wird gemäss Tarif in der Sparte UBR Grundversorger durchgeführt. Diese Sparte verfügt über keine Bildgebung. Deshalb darf die vorgängige Ultraschalluntersuchung zusätzlich verrechnet werden.

Fallbeispiel 3: Einfache Punktion

Der Patient B (s. Fall 2 oben) kommt nach einer Woche zur Kontrolle. Es ist eine zweite Punktion notwendig (rezidivierender Erguss). Aufgrund der Diagnose in der vorangegangenen Woche ist keine erneute Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung erforderlich, sondern nur eine weitere Gelenkpunktion.

Verrechnung (eine Sitzung):*00.0010ff Konsultation**24.0130 Gelenkpunktion (inkl. Ganglion, Gelenkzyste), Schulter, Ellbogen, Knie, oberes Sprunggelenk OSG*

Begründung: Es erfolgt in der Sparte UBR Grundversorger lediglich nochmals eine Gelenkpunktion, eine erneute Ultraschalluntersuchung ist nicht mehr erforderlich.

Nummer 09012

Verrechnung Anästhesie durch Operateur und/oder Anästhesiemedizin

Gültig ab

16.12.2009

Gültigkeitsbereich

28.0010 - 28.0160; 00.1260

Beschluss

Es sind folgende 3 Fälle zu unterscheiden:

1. Der Operateur setzt die Regionalanästhesie, es war kein Anästhesiemedizin anwesend: dann verrechnet der Operateur die Position 00.1260, der Operateur darf dann nicht zusätzlich Positionen aus dem Kapitel 28 abrechnen.
2. Der Operateur setzt die Regionalanästhesie, zusätzlich war auch noch ein Anästhesiemedizin anwesend (Standby): Dann verrechnet der Operateur die Position 00.1260 und zusätzlich kann die Anästhesiemedizin die Positionen MAC (28.0010/28.0070/28.0120) abrechnen, nicht hingegen die Risikoklasse I.
3. Der Anästhesiemedizin setzt die Regionalanästhesie: dann darf die Anästhesiemedizin die Risikoklasse, wie angegeben bei der entsprechend durchgeführten Intervention (im vorliegenden Fall für die Leistung 05.2410 die Risikoklasse I) abrechnen. Die Position 00.1260 darf nicht in Rechnung gestellt werden, da diese Position nur dem Operateur vorbehalten ist und dieser die Regionalanästhesie nicht gesetzt hat.

Nummer 09015

Abrechnungsberechtigung Betriebsstelle Radiologie

Gültig ab

27.11.2009

Gültigkeitsbereich

39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016

Beschluss

Die Positionen Grundkonsultation/Betriebsstelle Radiologie dürfen durch Spitäler resp. durch Röntgeninstitute ausserhalb Spitäler ausschliesslich in Verbindung mit bildgebenden Leistungen abgerechnet werden, welche in folgenden Sparten durchgeführt wurden:

- Röntgenraum I
- Röntgenraum III
- Ultraschall gross
- Mammographie
- Computer Tomographie (CT)
- Magnet Resonanz Imaging (MRI)
- Angiografie/nicht kardiologisch interventionelle Radiologie

Die Betriebsstelle darf mit Leistungen der folgenden Sparten nicht abgerechnet werden.

- Gastroenterologische Endoskopie, Spital
- Perinatalzentrum
- Gynäkologischer/geburtshilflicher Ultraschall
- Ultraschall gesteuerte Vakuum assistierte Biopsie
- Vakuum assistierte Mammabiopsie im Mammographieraum
- Minimal-Invasive Mammabiopsie auf Stereotaxie-Tisch
- Röntgen-Osteodensitometrie
- Angiografisch-überwachte Eingriffe
- CT-überwachte Eingriffe
- MRI-überwachte Eingriffe

Nummer 10002

Präzisierung Interpretation Tarifposition 35.0210

Gültig ab

11.03.2010

Gültigkeitsbereich

35.0210ff

Beschluss

Die Tarifpositionen 35.0210ff gelten auch für die ambulante Benützung von Aufwachraum und Intensivstation im Rahmen der geltenden Interpretation.

Nummer 12009

Ergänzung GI-36

Gültig ab

01.10.2012

Gültigkeitsbereich

GI-36

Beschluss

GI-36

Leistungspflicht aus den Sozialversicherungsgesetzen KVG, UVG, IVG, MVG.

Voraussetzung zur Kostenübernahme sind:

- Einhalten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung gemäss KVG, insbesondere die Artikel über Leistungen und die Artikel über Wirtschaftlichkeit und Qualität resp. die Verordnungsbestimmungen des Bundesrates und des Eidgenössischen Departements des Innern (KVV und KLV), welche sich auf die Gesetzesartikel abstützen. Die Leistungspflicht entscheidet sich immer im Einzelfall.

- Einhalten der Bestimmungen über die Unfallversicherung gemäss UVG, über die Invalidenversicherung gemäss IVG und über die Militärversicherung gemäss MVG.

Sofern KVG, KVV oder KLV eine besondere Regelung der Leistungspflicht vorsieht, wird in den entsprechenden Tarifpositionen mit folgenden vier Kategorien darauf hingewiesen:

KLV: Keine Pflichtleistung

KLV: Pflichtleistung

KLV: Pflichtleistung unter bestimmten Voraussetzungen

KVG: Keine oder eingeschränkte Pflichtleistung

TARMED-Positionen, welche nur gegenüber der UV, MV oder IV verrechnet werden dürfen, sind gekennzeichnet mit 'Nur Leistung der Unfallversicherung, Invalidenversicherung oder Militärversicherung'.

Besteht ein Widerspruch zwischen Gesetz und aktuell gültiger TARMED Tarifversion, so geht das Gesetz vor.

Nummer 12015 Ärztliche „Phytotherapie“

Gültig ab 01.10.2012

Gültigkeitsbereich 00.1870, 00.1880 – 00.1900

Beschluss

1. Die phytotherapeutische Konsultation ist mit den Tarifpositionen der ärztlichen Konsultation (00.0010ff) dem Kostenträger in Rechnung zu stellen. Die "Pro Memoria"-Tarifposition 00.1870 muss auf der Rechnung aufgeführt sein.
2. Die phytotherapeutische telefonische Konsultation ist mit den Tarifpositionen der telefonischen, komplementärmedizinischen Konsultation durch den Facharzt (00.1880ff) dem Kostenträger in Rechnung zu stellen.
3. Pflanzliche Arzneimittel, inkl. Substanzen sind gemäss [SL](#) und ALT abrechenbar.

Mengen-Limitation:

- Phytotherapie, Konsultation durch den Facharzt, erste 5 Min. Maximal 180 min. pro 6 Monate (inkl. jede weiteren 5 Min. und letzten 5 Min.)

Menge: 1 Mal pro Sitzung

- Phytotherapie, Konsultation durch den Facharzt, jede weiteren 5 Min.

Menge: maximal 34 mal pro 6 Monate

- Phytotherapie, Konsultation durch den Facharzt, letzte 5 Min.

Menge: 1 Mal pro Sitzung

Nummer 12016

Verrechnung Testfragebogen

Gültig ab

01.10.2012

Gültigkeitsbereich

02.0010,02.0020,02.0090,02.0110,03.0310,03.0135

Beschluss

In der Kombination mit den TARMED Tarifpositionen
02.0010 Psychiatrische Diagnostik und Therapie, erste Sitzung
02.0020 Psychiatrische Diagnostik und Therapie, jede weitere Sitzung
02.0090 Psychologische und psychiatrische Testabklärungen durch den Facharzt
02.0110 Nichtärztliche Diagnostik und Therapie
03.0310 ff bis 03.0340 Entwicklungspädiatrische Untersuchungen
03.0135 Entwicklungspädiatrische Untersuchung beim Kind/Jugendlichen und Erwachsenen bis 18 Jahre durch den Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, pro 5 Min.
sind lizenzierte Testfragebögen-Sets, die individuell für den Patienten/die Patientin beschafft werden müssen, gemäss GI-20 separat verrechenbar, sofern der Einkaufspreis (inkl. MWST) pro Einzelstück CHF 3.- übersteigt.

Nummer 12018

Eigenblutentnahme mit Vollblutkonservierung

Gültig ab

22.07.2013

Gültigkeitsbereich

00.2610, 00.0010, 00.0140, 00.1370

Beschluss

Die Position 00.2610 deckt die gesamte nicht-ärztliche Leistungserbringung inkl. Nachbetreuung und Überwachung im Rahmen der Eigenblutentnahme ab.

Die Position 00.1370 vergütet die Nachbetreuung und Überwachung nach einer Leistung, die nicht im Zusammenhang mit der Eigenblutentnahme gemäss 00.2610 steht.

Ärztliche Leistungen, welche anlässlich einer Eigenblutentnahme zusätzlich notwendig sind, können separat verrechnet werden.

Dabei ist die generelle Interpretation GI-1 „Grundsatz“ zu beachten. Zur Ziffer 00.0140 ist der PIK Entscheid I-08017-B „Arbeit in Abwesenheit des Patienten (Aktenstudium)“ zu beachten.

Nummer 13001 Anpassung KI-02.03-1 (Verrechenbarkeit delegierte Psychotherapie)

Gültig ab 01.04.2013

Gültigkeitsbereich 02.0210-02.0260

Beschluss Geänderte Voraussetzung für die Verrechnung delegierter Psychotherapie:

"Die delegierte Psychotherapie wird pro Arzt auf maximal 100 Wochenstunden beschränkt. Die Aufsichtspflicht des delegierenden Arztes muss gewährleistet sein."

Nummer 13004

KI-39.03-2 Vergleichsuntersuchungen

Gültig ab

01.05.2013

Gültigkeitsbereich

39

Beschluss

Folgende Sachverhalte gelten nicht mehr als Vergleichsuntersuchungen:

- Systemerkrankungen
- Verdacht auf Zweitläsion
- Juristische, forensische Gründe
- Patienten jünger als 16 Jahre
- Säuglingshüfte nach Graf (39.3408)

Liegt einer dieser Sachverhalte vor, so kann eine weitere Aufnahme mit der entsprechenden Tarifposition ein zweites Mal abgerechnet werden. Es gelten hier nun die Bestimmungen der Kapitel-Interpretation 39-3 Paarige Extremitätenaufnahmen.

Nummer 13006

**gleichzeitige in Rechnungstellung der Tarmedpositionen
18.1550, als alleinige Leistung und 18.1570**

Gültig ab

22.07.2013

Gültigkeitsbereich

18.1550, 18.1570

Beschluss

Für alle Leistungen, welche mit dem Zusatz „als alleinige Leistung“ versehen sind, gilt die Generelle Interpretation GI-7 „alleinige Leistung“.

Die PIK ist sich bewusst, dass bei Tarifpositionen mit der Bezeichnung „als alleinige Leistung“ in Einzelfällen die sachgerechte Abrechnung der erbrachten Leistungen erschwert ist. In solchen Fällen empfiehlt die PIK Rücksprache mit dem Versicherer zu nehmen.

Nummer 14001

Ergänzung Dignität Position 00.1325

Gültig ab

15.02.2014

Gültigkeitsbereich

00.1325

Beschluss

Leistungserbringer, welche über den SP „pädiatrische Endokrinologie / Diabetologie“ verfügen, können die Position 00.1325 abrechnen.

Nummer 15005 Rundungsregeln

Gültig ab 01.10.2015

Gültigkeitsbereich Ganzer Tarif

- Beschluss**
1. Die Positionsbeträge der einzelnen Rechnungspositionen werden auf CHF 0.01 gerundet. Für TARMED gilt dies pro Position auf Stufe AL (ärztliche Leistung) und TL (technische
 2. Der fällige Gesamt-Rechnungsbetrag wird kaufmännisch auf CHF 0.05 gerundet.

(Quelle: Rundungsregeln des Forum
Datenaustauschs, Referenzhandbuch Arzt-
Rechnung, Release 4.0,

Nummer 16007	Führung des Patientendossiers
Gültig ab	29.09.2016
Gültigkeitsbereich	02.0010 – 02.0060
Beschluss	Gemäss Generelle-Interpretation GI-14 sind die Dokumentation und der Bericht integraler Bestandteil der Leistung und mit dieser abgegolten. Auf die Konsultation bezogene unmittelbar vorgängige/anschliessende Akteneinsicht/Akteneinträge gehören in die Konsultation. Die dafür benötigte Zeit ist mit den entsprechenden Positionen (02.0010-02.0060) abrechenbar und kann somit die verrechenbare Zeit verlängern.

Nummer 17001¹	Definition Einzelstück in GI-20 Verbrauchsmaterialien und Implantate
Gültig ab	09.03.2017
Gültigkeitsbereich	GI-20 Verbrauchsmaterialien und Implantate
Beschluss	Die GI-20 bezieht sich ausschliesslich auf Einzelstücke. Handelsübliche konfektionierte Sets gelten nicht als Einzelstück gemäss GI-20.

¹ Dieser Entscheid ist ohne Beteiligung von H+ Die Spitäler der Schweiz getroffen worden. H+ anerkennt diesen PIK-Entscheid nicht.

Nummer 18002 **GI-8 Sitzung**

Gültig ab 22.03.2018

Gültigkeitsbereich GI-8 Sitzung

Beschluss Beim in der GI-8 genannten „begrenzten Zeitraum“
handelt es sich nicht um eine zeitlich vorgegebene
fixe Limitation.

Eine allfällige zeitliche Limitation ist immer in der
jeweiligen Tarifposition hinterlegt.

Nummer 18010 **Interpretation 00.1370, 00.1375,
00.1376**

Gültig ab 08.11.2018

Gültigkeitsbereich 00.1370, 00.1375, 00.1376

Beschluss In der medizinischen Interpretation zu 00.1370, 00.1375
und 00.1376 ist der Leistungsinhalt nicht abschliessend
gelistet. Es steht, dass diese Tarifpositionen „*Nach
diagnostischen u/o therapeutischen Massnahmen; während
Transfusionen, Aderlassen, Infusionen usw.*“ abgerechnet
werden können.

Die Tarifpositionen 00.1370, 00.1375 und 00.1376 können
nicht für vorgängig erbrachte Leistungen, wie z.B. Triage
angewendet werden.

*

Nummer 202003	Technische Grundleistung OP III ausgelöst durch 00.1420 "(+) Zusätzliche ausserordentliche ärztliche Assistenz"
Gültig ab	01.12.2020
Gültigkeitsbereich	LG-62
Beschluss	Die Tarifposition (+) 00.1420 «zusätzliche ausserordentliche ärztliche Assistenz, pro Min.» führt nicht zu einem Mehrfacheingriff im Sinne der KI-35.01-1. Die KI-35.01-1 bezieht sich auf die Tarifpositionen der Eingriffsleistungen.