

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 1.61 respektiv 1.62:**

#### Anpassungen an PIK-Entscheiden respektive neue PIK-Entscheide:

- Nummer 07038: Hausbesuche und Heimbefuche durch Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes  
Dieser Entscheid wurde bereits in der Version 1.08 (00.0095 als ZL zu 02.0010 und 02.0020) und in der Version 1.09 (02.0015 als ZL zu 02.0010 und 02.0020) umgesetzt und darum gelöscht.
- Nummer 17001: Definition Einzelstück in GI-20 Verbrauchsmaterialien und Implantate
- Nummer 18010: Interpretation 00.1370, 00.1375, 00.1376
- Nummer 18011: Grundkonsultation/Betriebsstelle Radiologie
- Nummer 18013: Skalierungsfaktor praktischer Arzt
- Nummer 202003: Technische Grundleistung OP III ausgelöst durch 00.1420 "(+) Zusätzliche ausserordentliche ärztliche Assistenz"

<b>Nummer 03033</b>	<b>Verrechnung von Notfallzuschlägen bei bildgebenden Verfahren</b>
<b>Gültig ab</b>	02.02.2004
<b>Gültigkeitsbereich</b>	00.08
<b>Beschluss</b>	<p>Bei bildgebenden Verfahren können Notfallzuschläge ebenfalls verrechnet werden. Es gelten die Notfallkriterien gemäss medizinischer Interpretation. Beispiele für typische Notfälle im Röntgeninstitut:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verdacht auf ausgedehnte Trümmerfrakturen</li><li>• Schädelblutungen</li><li>• Organruptur</li><li>• bildgebende Abklärung bei lebensbedrohlichen Zuständen, welche eine unverzügliche Therapie erfordern.</li></ul>

<b>Nummer 05028</b>	<b>Augenverband im Anschluss an Katarakt-Operation</b>
<b>Gültig ab</b>	14.07.2005
<b>Gültigkeitsbereich</b>	01.0310, 08.2760
<b>Beschluss</b>	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.





## TARMED PIK-Entscheide Version 2.00 der TARMED Partnerorganisationen

santésuisse / curafutura / Medizinaltarifkommission UVG (MTK) / FMH / H+ Die Spitäler der Schweiz

Datum: 1. Dezember 2020

---

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



des SSO-Tarifs.

7. Für die Verrechnung von Verbrauchsmaterial gelten die Bestimmungen gemäss SSO-Tarif, Ziffer 4983.

## **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 oder 4981 des SSO-Tarifs abgerechnet.
8. Die Abgeltung für die Benützung des Operationssaales erfolgt mit Ziffer 4983 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. 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 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 (Zahnarztтарif), Kapitel V und VI:**

**Kapitel V:**  
**Zahnärztl. Chirurgie, Oralchirurgie**

**Kapitel VI:**  
**Kieferchirurgie**

Pos. Nr. SSO-Tarif	Anästhesie-RK	Pos. Nr. SSO-Tarif	Anästhesie-RK
4200 - 4211	III	4300 - 4325	III
4212	II	4326 - 4328	Keine RK
4213 - 4224	III	4330 - 4334	II
4225 - 4226	II	4335 - 4337	III
4227 - 4248	III	4340 - 4342	II
4250	Keine RK	4344 - 4355	III
4251 - 4269	III	4356	Keine RK
4270 - 4271	II	4357 - 4361	III
4272 - 4282	III	4363 - 4365	II
4283 - 4284	II	4366	III
4285 - 4286	III	4367 - 4368	II
4287	II	4370 - 4394	III
4288	III		
4290	II		
4291 - 4295	III		
4296 - 4299	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 06010**                      **Psychologische Diagnostik**

**Gültig ab**                              01.04.2006

**Gültigkeitsbereich**                kein Referenzbereich

**Beschluss**                            Personen, welche die Neuropsychologie selbständig und auf eigene Rechnung ausüben, sind gemäss KVG keine zugelassenen Leistungserbringer. In der aktuell gültigen TARMED-Version ist die Neuropsychologie nicht tarifiert. Im UV/IV/MV Bereich ist die Neuropsychologie durch bilaterale Vereinbarungen geregelt.

Dieser PIK-Entscheid ersetzt den PIK-Entscheid 05040.

**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.



<b>Nummer 06028</b>	<b>02.0260, Leistung in Abwesenheit des Patienten durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.</b>
<b>Gültig ab</b>	14.12.2006
<b>Gültigkeitsbereich</b>	02.0260
<b>Beschluss</b>	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 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.



**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 08069-B Verrechnung von bildgebenden Massnahmen während einer Operation oder Intervention**

**Gültig ab** 31.08.2009

**Gültigkeitsbereich** KI-39-11

**Beschluss** *Der Entscheid 08069\_B ersetzt den Entscheid 08069. Die Sparte UBR Schmerztherapie wird gestrichen.*

Die Kapitelinterpretation KI-39-11 besagt, dass alle bildgebenden Massnahmen durch Operateur, Assistenten (z.B. Ultraschall, Nativröntgen, Durchleuchtung usw.), die während der operativen Versorgung (Operation, Intervention) erbracht werden, Teil der jeweiligen Leistung im engeren Sinne sind; vorbehalten sind Leistungen, bei denen eine separate Abrechnung von bildgebenden Massnahmen im Titel der Hauptleistung, Zuschlagsleistung oder deren Interpretation ausdrücklich vorgesehen ist.

Der erste Teil der Interpretation ist wie folgt zu präzisieren:

Die Bestimmung, wonach alle bildgebenden Massnahmen, die während der operativen Versorgung erbracht werden, Teil der jeweiligen Leistung im engeren Sinne sind, gilt nur für Operationen/Interventionen, die in folgenden Sparten tarifiert sind:

- UBR mit BV/TV
- Gipsraum
- OP I
- OP II
- OP III
- Elektrophysiologisches Labor / Katheterplatz
- Echokardiographie
- Urologischer Endoskopieraum
- Urologische Funktionsdiagnostik
- Extrakorporelle Lithotripsie (ESWL)
- Pneumologischer Endoskopieraum
- Gastroenterologische Endoskopie, gross
- Gastroenterologische Endoskopie, Spital
- Ultraschall gesteuerte Vakuum assistierte Biopsie
- Vakuum assistierte Mammabiopsie im Mammographieraum
- Minimal-Invasive Mammabiopsie auf Stereotaxie-Tisch
- Brachytherapie
- Radiosurgery
- Radiochirurgie/Radiotherapie
- Ganzkörper-Bestrahlung
- Bestrahlungsplanung Radiochirurgie/Radiotherapie

Dies deshalb, weil in den aufgeführten Sparten die Bildgebung bereits eingerechnet wurde.

Dies bedeutet umgekehrt, dass eine Intervention, welche in

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.*

<b>Verrechnung (eine Sitzung):</b>
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.*

<b>Verrechnung (eine Sitzung):</b>
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.*

<b>Verrechnung (eine Sitzung):</b>
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 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 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.

## **TARMED PIK-Entscheide Version 2.00 der TARMED Partnerorganisationen**

santésuisse / curafutura / Medizinaltarifkommission UVG (MTK) / FMH / H+ Die Spitäler der Schweiz

Datum: 1. Dezember 2020

---

**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.

<b>Nummer 17001<sup>1</sup></b>	<b>Definition Einzelstück in GI-20 Verbrauchsmaterialien und Implantate</b>
<b>Gültig ab</b>	09.03.2017
<b>Gültigkeitsbereich</b>	GI-20 Verbrauchsmaterialien und Implantate
<b>Beschluss</b>	Die GI-20 bezieht sich ausschliesslich auf Einzelstücke. Handelsübliche konfektionierte Sets gelten nicht als Einzelstück gemäss GI-20.

---

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

<b>Nummer 18002</b>	<b>GI-8 Sitzung</b>
<b>Gültig ab</b>	22.03.2018
<b>Gültigkeitsbereich</b>	GI-8 Sitzung
<b>Beschluss</b>	<p>Beim in der GI-8 genannten „begrenzten Zeitraum“ handelt es sich nicht um eine zeitlich vorgegebene fixe Limitation.</p> <p>Eine allfällige zeitliche Limitation ist immer in der jeweiligen Tarifposition hinterlegt.</p>

## TARMED PIK-Entscheide Version 2.00 der TARMED Partnerorganisationen

santésuisse / curafutura / Medizinaltarifkommission UVG (MTK) / FMH / H+ Die Spitäler der Schweiz

Datum: 1. Dezember 2020

---

**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, Aderlässen, 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 18011<sup>2</sup>**                      **Grundkonsultation/Betriebsstelle Radiologie**

**Gültig ab**                              08.11.2018

**Gültigkeitsbereich**                39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016

**Beschluss**                            Besteht ein Leistungskomplex in einer Sitzung aus radiologischen Hauptleistungen und weiteren bildgebenden Zuschlagsleistungen, welche in unterschiedlichen Sparten tarifiert sind, so können die Tarifpositionen 39.0010, 39.0011, 39.0015 und 39.0016 nur einmal abgerechnet werden.

Die Mengenregel zu den Tarifpositionen 39.0010, 39.0011, 39.0015 und 39.0016 „*pro Sparte 1 Mal pro Tag, jedoch insgesamt max. 2 Mal pro Tag*“ bezieht sich auf die Sparte der Hauptleistung.

---

<sup>2</sup> Dieser Entscheid ist ohne Beteiligung von H+ Die Spitäler der Schweiz getroffen worden. H+ anerkennt diesen PIK-Entscheid nicht.

**Nummer 18013**                      **Skalierungsfaktor praktischer Arzt**

**Gültig ab**                              19.06.2019

**Gültigkeitsbereich**              Tariffziffern die vom Skalierungsfaktor betroffen sind

**Beschluss**                              Das Bundesamt für Gesundheit regelt in den FAQ zu TARMED Version vom 5. Juli 2019 unter Frage 12\* wann der Skalierungsfaktor beim Praktischen Arzt zur Anwendung kommt. Folgender Abschnitt ist massgebend für praktische Ärzte in Weiterbildung:

\*

Einzigste Ausnahme: wenn ein praktischer Arzt in Weiterbildung bei einem Arzt mit eidgenössischem Facharztstitel (z.B. Allgemeine Innere Medizin) ist und letzterer die volle medizinische Verantwortung für eine Patientenbehandlung hat, rechnet der verantwortliche Arzt die vom praktischen Arzt erbrachten Leistungen über seine eigene GLN-Nummer, nach seiner eigenen Dignität ab, d.h. der Skalierungsfaktor kommt nicht zur Anwendung. In diesen Fällen müsste die Prüfung des Weiterbildungstitels immer auf die GLN des verantwortlichen Arztes gemacht werden. Der praktische Arzt, der sich in Weiterbildung befindet wird somit gleich behandelt wie ein Assistenzarzt, der noch keinen Weiterbildungstitel hat.

<b>Nummer 202003</b>	<b>Technische Grundleistung OP III ausgelöst durch 00.1420 "(+) Zusätzliche ausserordentliche ärztliche Assistenz"</b>
<b>Gültig ab</b>	01.12.2020
<b>Gültigkeitsbereich</b>	LG-62
<b>Beschluss</b>	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.