

# Publikation der PIK-Beschlüsse\*

TARMED Suisse

Nach den Unstimmigkeiten betreffend den Wortlaut publizieren wir nachfolgend die offiziellen Beschlüsse der Paritätischen Interpretationskommission (PIK). Die rechtskräftigen Beschlüsse werden ab jetzt laufend auf den Internetseiten der FMH ([www.fmh.ch](http://www.fmh.ch)) und der TARMED Suisse ([www.tarmedsuisse.ch](http://www.tarmedsuisse.ch)) veröffentlicht.

**Antragsnummer: 03001**  
**Datum: 19.8.2003**  
**Titel: Härtende Verbände**  
**Kapitel/Tarifposition: 01.0210**

### Problemstellung

Die Position 01.0210 kann für das Anlegen von härtenden Verbänden in Rechnung gestellt werden. Die Medizinische Interpretation erläutert, dass die Applikation Finger/Hand und Zehen/Fuss abdeckt. Die Turbostrip-Fingerschienen sind aus einem härtenden Material hergestellt und könnten deshalb formal korrekt mit der Ziffer 01.0210 abgerechnet werden. Die Vergütung der Ziffer beträgt TL 99.06 und AL 22.64 TP. Gemäss dem UV-/MV-/IV-Arztariff kostete das Anlegen einer solchen Fingerschiene 2 Taxpunkte oder Fr. 9.90. Die Vergütung in TARMED entspräche einer zwölffachen Erhöhung der Kosten.

Die Position im TARMED beinhaltet auch eine Reinigung des Raumes und ähnliches. Diese Kosten entfallen natürlich beim Anlegen einer so einfachen Turbostrip-Fingerschiene. Auch muss diese Behandlung nicht im Gipsraum stattfinden. (Die Position 01.0210 gehört zum Leistungsbündel der Sparte Gipsraum.)

### Beschluss der PIK

Das Anlegen von konfektionierten Fingerschienen ist Teil der Grundleistung und kann nicht separat abgerechnet werden.

**Antragsnummer: 03002**  
**Datum: 19.8.2003**  
**Titel: Ärztlicher Zwischenbericht**  
**Kapitel/Tarifposition: Kapitel 00.06,**  
**Tarifpositionen 00.2220, 00.2250**

### Problemstellung

Die Anwendung der Tarifziffer 00.2210 schafft keine Probleme: Der «formalisierte, einfache Arztbericht» gilt für die Verrechnung des vom UVG-Versicherer verlangten ersten Arztzeugnisses.

Probleme entstehen allerdings beim ärztlichen Zwischenbericht: Während die einen die Tarifposition 00.2220 verwenden, vertreten andere die Meinung, 00.2250 sei anzuwenden.

Die Interpretation 5 von Kapitel 00.06 besagt, dass Berichte bis 10 Zeilen Text auf einer A4-Seite (formalisierte oder nicht), also Arbeitsunfähigkeitszeugnisse, Berichte, Mitteilungen an Patienten, usw. Bestandteil der allgemeinen Grundleistungen sind. Dies gilt nicht, wenn der Bericht vom Versicherer verlangt worden ist, also die Position 00.2250 zur Anwendung kommt.

Die Tarifposition 00.2250 kann für kleine vom Versicherer verlangte Arztberichte (formalisiert oder nicht) bis 10 Zeilen verwendet werden. Zeitlicher Aufwand dieser Position: 4 Minuten.

Die medizinische Interpretation von 00.2220 besagt: «Vom Versicherer verlangter ärztlicher Zwischenbericht, von Militärversicherung verlangter ärztlicher Bericht, Verlaufsbericht an die IV.» Diese Position ist mit einem Zeitaufwand von 10 Minuten dotiert. Also bedeutend höher als die Position 00.2250.

Die von den UVG-Versicherern verlangten formalisierten ärztlichen Zwischenberichte sind also vom zeitlichen Umfang für das Ausfüllen am ehesten mit dem verlangten kleinen Arztbericht (00.2250: 4 Minuten) gleichzusetzen.

### Beschluss der PIK

Es gilt der Wortlaut im Text des Kapitels und der Tarifpositionen.

**Antragsnummer: 03004**  
**Datum: 19.8.2003**  
**Titel: Verrechnung Notfall durch den Radiologen**  
**Kapitel/Tarifposition: 00.08**

### Problemstellung

Wenn ein Patient vom behandelnden Arzt an einen Radiologen überwiesen wird, und diese Untersuchung am gleichen Tag stattfinden soll, kann nicht ein Notfallzuschlag verrechnet werden. Diese Anwendung wäre nur dann zulässig, wenn der Patient schon beim überweisenden Arzt als Notfall behandelt und auch beim Radiologen eine unverzügliche Behandlung erhalten würde.

\* Stand: Januar 2004.

*Beschluss der PIK*

Der Notfall ist in den Kapitelinterpretationen des Notfalls geregelt. Eine Konsultation «am gleichen Tag», Expresskonsultationen usw. sind a priori keine Notfälle.

Der Entscheid wurde am 16.12.2003 aufgehoben und unter der Antragsnummer 03033 neu geregelt.

**Antragsnummer: 03005**

**Datum: 19.8.2003**

**Titel: Verrechnung Notfallzuschlag auf Zeugnisse und Berichte**

**Kapitel/Tarifposition: 00.2210 bis 00.2290**

*Problemstellung*

Die Positionen Zeugnisse und Berichte einer Notfallbehandlung sind vom Validator zurückgewiesen worden.

Die Kapitelinterpretation KI-7 vom Kapitel 00.06 besagt, dass diese Tarifpositionen nicht mit Positionen aus den Kapiteln 00.08 (Notfallzuschläge) und 37 (Klinische Pathologie) kumuliert werden können.

*Beschluss der PIK*

Die Kapitelinterpretation ist klar und bedarf eigentlich keiner weiteren Erklärung. Um zu verhindern, dass solche Rechnungen vom Validator zurückgewiesen werden, empfiehlt die PIK, die Berichte unter einer neuen Sitzungsnummer einzugeben.

Zusätzlich interpretiert die PIK, dass kleine handschriftliche Überweisungsnotizen für Notfälle mit der Konsultation abgegolten sind, da diese keinen grossen Aufwand bedeuten.

**Antragsnummer: 03009**

**Datum: 19.8.2003**

**Titel: Der Begriff Zeilen bei Berichten**

**Kapitel/Tarifposition: 00.06**

*Problemstellung*

Im Kapitel 00.06 Ärztliche Zeugnisse, Berichte, Schreiben wird der Umfang eines Berichtes mit der Anzahl Zeilen angegeben, die zur Verfügung stehen. Aber was zählt alles zu einer Textzeile?

*Beschluss der PIK*

Nur der Textblock ist für die Berechnung der Zeilen relevant. Es gelten *nicht* als Textblock: Personalien des Patienten, Adresse des Arztes usw. und vorgedruckte Titel. Es werden die Zeichen im Textblock gezählt. Für volle 60 Zeichen wird eine Zeile berechnet. (z.B. 244 Zeichen = 4 Zeilen)

**Antragsnummer: 03010**

**Datum: 16.9.2003**

**Titel: «Notfall-Inkonvenienz-Pauschale», durch ambulante Institutionen**

**Tarifposition: 00.2510**

*Problemstellung*

Permanenzen oder Medical Center verrechnen fast immer die Position 00.2510. Dies stützt sich auf die Argumentation, dass es sich immer um einen Notfall handelt.

Diese Notfallkriterien decken sich aber nicht immer mit den Notfallkriterien des TARMED.

Die Medizinische Interpretation von 00.2510 klärt die tarifarischen Notfallkriterien wie folgt:

- Der Facharzt kümmert sich sofort, verzugslos um den Patienten bzw. sucht ihn auf. Es wird ein direkter Arzt-Patienten-Kontakt vorausgesetzt.

Diese Interpretation widerspricht der Ansicht, dass es sich bei den Patienten von Permanenzen nur um Notfälle handelt.

*Beschluss der PIK*

Auch in den Permanenzen gilt die Interpretation eines Notfalls gemäss TARMED. Die Nichtanmeldung gilt nicht generell als Notfall, das unangemeldete Aufsuchen rechtfertigt nicht generell eine Abrechnung nach Notfalltaxe. Dies bleibt den speziellen Fällen des Notfalls vorbehalten. Die Tarifposition 00.2510 kann nur in nachgewiesenen, speziellen Fällen abgerechnet werden.

**Antragsnummer: 03011**

**Datum: 16.9.2003**

**Titel: Punktion, venös, zwecks Blutentnahme, jede Lokalisation**

**Kapitel/Tarifposition: 00.0710**

*Problemstellung*

Die Interpretation der Tarifziffer 00.0710 ist unklar. Werden venöse Punktionen mit den Grundleistungen abgerechnet, oder werden diese wie in der Medizinischen Interpretation vermerkt mit den Tarifpositionen der Analyseliste verrechnet?

*Beschluss der PIK*

Die PIK hat festgestellt, dass die Analyseliste dem TARMED in bezug auf Praxislaboratorien widerspricht. Eine neue Tarifposition wird in der PTK beantragt.

**Antragsnummer: 03012**  
**Datum: 16.9.2003**  
**Titel: Ärztliche Gutachten**  
**Kapitel/Tarifposition: 00.2310 bis 00.2420**

*Problemstellung*

Gutachten sind im TARMED in 5 Kategorien aufgeteilt. Werden diese Gutachten nicht nur durch ein Aktenstudium angefertigt, sondern erfolgt zusätzlich noch eine Untersuchung des Patienten, können die Tarifziffern 00.2320 bis 00.2380 (Untersuchung bei Gutachten, Klasse 1 bis 7) in Rechnung gestellt werden.

Die Untersuchungsklassen sind untereinander nicht kumulierbar und sie dürfen auch nur 1mal pro Sitzung abgerechnet werden. Die höchste fixierte minutierte Untersuchungsklasse ist die Tarifziffer 00.2370, und diese Minutage beträgt 180 Minuten. Der Zeitbedarf ist häufig höher als die 180 Minuten, und es kommt vor, dass sich solche Untersuchungen über mehrere Tage erstrecken. Wie können solche Untersuchungen abgerechnet werden?

*Beschluss der PIK*

Untersuchungen für ein Gutachten können an mehreren Tagen stattfinden. Es ist jeweils die an diesem Tag dem Zeitaufwand entsprechende Untersuchungsklasse zu verrechnen. Das Referenzgutachten an den zusätzlichen Tagen wird mit dem Wert Null eingegeben.

**Antragsnummer: 03013**  
**Datum: 16.9.2003**  
**Titel: Zeiteinheiten**  
**Kapitel/Tarifposition: ganzer TARMED**

*Problemstellung*

Es besteht Unsicherheit, ab wann eine nächste Zeiteinheit verrechnet werden darf. Gilt das Erreichen der Grenze bereits als Berechtigung, die nächste Einheit abzurechnen?

*Beschluss der PIK*

Weitere Zeiteinheiten können erst verrechnet werden, wenn die vorhergehende Zeiteinheit abgeschlossen ist (z.B. ab 300 Sekunden) und die Zeitlimite überschritten wird (ab 301. Sekunde der Konsultation).

**Antragsnummer: 03028**  
**Datum: 10.2.2004**  
**Titel: Ganzwirbelsäulenaufnahme und Orthoradiogramm**  
**Kapitel/Tarifposition: 30.0510, 30.0530, 30.0550 und 30.0800, 30.1730, 30.1770**

*Problemstellung*

Aufnahmen der ganzen unteren Extremitäten bzw. Ganzwirbelsäulenaufnahmen sind im TARMED 1.1r nicht tarifiert.

*Beschluss der PIK*

Aufnahmen der unteren Extremitäten (Orthoradiogramm)

Bei Aufnahmen der ganzen Extremität kann wie folgt abgerechnet werden (gilt für beide Seiten):

- einmal Oberschenkel, erste Aufnahme (30.1730);
- einmal Unterschenkel, erste Aufnahme (30.1770);
- einmal Becken, erste Aufnahme (30.0800).

Bei Ganzwirbelsäulenaufnahmen können folgende Aufnahmen verrechnet werden:

- HWS, erste Aufnahme (30.0510);
- BWS, erste Aufnahme (30.0530);
- LWS, erste Aufnahme (30.0550).

**Antragsnummer: 03029**  
**Datum: 10.2.2004**  
**Titel: Konsiliarische Beratung in der Radiologie**  
**Kapitel/Tarifposition: 30. und 00.05.**

*Problemstellung*

Selbstverständlich besteht auch die Möglichkeit, dass Röntgenärzte konsiliarisch tätig sein können. Hier ist jedoch zu beachten, dass nichtkonsiliarische Beratungen verrechnet werden für Leistungen, die bereits anderweitig erbracht und bezahlt wurden. Es kann z.B. nicht sein, dass ein Grundversorger ein Röntgenbild nicht im Detail interpretieren kann und so um Hilfe beim Röntgenologen nachsucht und dieser dann dies als konsiliarische Beratung verrechnet.

Sendet nun ein Arzt die gesamte Röntgendokumentation eines Patienten einem Radiologen zur Stellungnahme, oder kommt er selber zum Radiologen, wird ja vom Radiologen eine konsiliarische Beratung verlangt, welche mit der Interpretation der Bilder des Grundversorgers oder des fremden Arztes nichts zu tun hat. Dessen ungeachtet sind Befunde bei Hausärzten in der Regel Krankengeschichteneinträge und

nicht Befunde wie in Röntgeninstituten. Solche Situationen entsprechen ganz klar dem «Einholen einer Zweitmeinung» und gelten somit als konsiliarische Beratung.

Das Konsilium darf nicht missbraucht werden, um dem behandelnden Arzt seine Röntgenbilder zu beurteilen.

Nicht als Konsilium gilt das «Lesen» von Voruntersuchungen vor einer radiologischen Untersuchung. Es ist auch keine «Ärztliche Leistung» (00.0140) in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium) pro Minute.

*Beschluss der PIK*

Die konsiliarische Beratung durch einen Facharzt für Radiologie gilt für die Interpretation von Bildern des fremden Arztes, sofern eine echte Zweitmeinung verlangt wird. Dabei darf es sich nicht um das Lesen von Voruntersuchungen vor der eigenen Untersuchung handeln. Es muss gemäss Interpretation für das Konsilium ein schriftlicher Bericht verfasst werden.

**Antragsnummer: 03030**

**Datum: 10.2.2004**

**Titel: Kombination von Konsultation und Röntgenkonsultation**

**Kapitel/Tarifposition: 30. , 00. und 30.0010, 00.0010ff**

*Problemstellung*

Ein Neurologe ist im Rahmen der Besitzstandswahrung berechtigt, CT-Untersuchungen durchzuführen. Ist es nun richtig, dass dieser Arzt sowohl eine Konsultation als auch eine Röntgenkonsultation in Rechnung stellen kann?

*Beschluss der PIK*

In der gleichen Sitzung darf die Röntgenkonsultation nicht mit der Grundleistungskonsultation kombiniert werden.

**Antragsnummer: 03031**

**Datum: 10.2.2004**

**Titel: CT-/MR-Rekonstruktion**

**Kapitel/Tarifposition: 30., 30.4420, 30.5280**

*Problemstellung*

Auffällig ist, dass insbesondere bei CT sehr oft die Rekonstruktion (30.4420) in Rechnung gestellt wird. In den Röntgenberichten wird jedoch in keiner Weise darauf hingewiesen. Es war sicher nicht die Meinung der Tarifschaffenden, dass bei jedem CT eine Rekonstruktion in Rechnung ge-

stellt werden kann. Wenn dies der Fall wäre, hätte man die Rekonstruktion in die Basisuntersuchung einkalkuliert.

*Beschluss der PIK*

Falls in der Radiologie CT-/MR-Rekonstruktionen mit den Tarifpositionen 30.4420 oder 30.5280 abgerechnet werden, müssen diese erbrachten Leistungen im Befund erwähnt werden.

**Antragsnummer: 03032**

**Datum: 10.2.2004**

**Titel: Radiologie Schlüsselbein beidseitig**

**Kapitel/Tarifposition: 30., 30.0710**

*Problemstellung*

Die Clavicula ist als Sammelposition mit dem Sternum tarifiert. Diese Position kann nur einmal pro Sitzung und nicht einmal pro Seite abgerechnet werden. Wie kann also die Radiologie des Schlüsselbeins beidseitig abrechnen?

*Beschluss der PIK*

Bei der beidseitigen Aufnahme der Clavicula (30.0710) (links und rechts) kann einmal eine erste und entsprechende weitere Aufnahme in Rechnung gestellt werden (30.0720).

Zusätzlich gilt die Kapitelinterpretation KI 30-3.

**Antragsnummer: 03033**

**Datum: 10.2.2004**

**Titel: Notfall in der Radiologie**

**Kapitel/Tarifposition: 00.08. , 00.2510 bis 00.2590**

*Problemstellung*

Es hat sich bereits gezeigt, dass verschiedentlich die Röntgeninstitute den Notfall in Rechnung gestellt haben, obwohl aus den Unterlagen nicht klar ersichtlich war, warum ein Notfall in Rechnung gestellt wurde.

Notfälle im Röntgeninstitut sind nicht sehr häufig, unter gewissen Bedingungen dürfen sie aber vom Röntgenarzt abgerechnet werden.

*Beschluss der PIK*

Die Notfallbehandlung erfolgt in der Radiologie genauso, wie sie in allen anderen Fällen erfolgt. Es gelten die gleichen Kriterien (MI der jeweiligen Notfallposition).

Beispiele für typische Notfälle im Röntgeninstitut:

- Verdacht auf ausgedehnte Trümmerfrakturen;
- Schädelblutungen;
- Organruptur;
- Phlebothrombosen und andere lebensbedrohlich Zustände, welche eine unverzügliche Therapie zur Folge haben.

**Antragsnummer: 03034**

**Datum: 10.2.2004**

**Titel: Konsultation im Röntgeninstitut**

**Kapitel/Tarifposition: 30. und 00.01.01**

*Problemstellung*

Gemäss Interpretationen des Kapitels 30 (KI-9), sind die Tarifpositionen aus dem Kapitel 30 Teile eines Leistungsblockes und deshalb nur unter sich kumulierbar. Aus dieser Regelung ausgenommen sind Notfallzuschläge (00.08).

Hier stellt sich die Frage, wann und in welchen Fällen eine Konsultation doch in Rechnung gestellt werden kann. Üblicherweise werden die

Patienten betreffend Befund an den behandelnden Arzt zurückgewiesen. Dieser Arzt wird dem Patient den erhobenen Befund im Detail erklären.

Im folgenden Fall sollte eine Konsultation ohne weiteres durch den Radiologen verrechenbar sein: Eine Konsultation darf nur dann in Rechnung gestellt werden, wenn ein Patient ausdrücklich um eine eigentliche Konsultation (Unterredung) ersucht.

In diesem Fall muss die Konsultation mit einer zweiten Sitzung abgerechnet werden.

*Beschluss der PIK*

Die Abgeltung sämtlicher ärztlicher Leistungen im Zusammenhang mit Bildgebenden Verfahren werden durch die Position 30.0010 abgegolten. Nur bei anderen ärztlichen Leistungen ohne medizinischen Zusammenhang mit dem Bildgebenden Verfahren können die Leistungen aus dem Kapitel 00.01.01 (Grundleistungen) verrechnet werden.