
Änderungen gegenüber Version 1.25 / Release 15.11.2006:

- PIK-Entscheid 06026: neu
- PIK-Entscheid 06028: neu

**Nummer 03030 Kombination von Konsultation und Grundkonsultation
Radiologie durch Nicht-Radiologen****Kapitel:** 30 und 00**Tarifposition:** 30.0010, 00.0010ff**Gültig ab:** 10.02.2004

Interpretation: Fachärzte mit der qualitativen Dignität Medizinische Radiologie / Radiodiagnostik dürfen in der gleichen Sitzung die Grundkonsultation Radiologie (30.0010) nicht mit der Konsultation der allgemeinen Grundleistungen (00.0010ff) kombinieren (vgl. KI-30-9 Leistungsblock LB-53: Die Tarifpositionen aus Kapitel 30 sind für Fachärzte für Medizinische Radiologie / Radiodiagnostik 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.). Andere Fachärzte dürfen die Tarifposition 30.0010 nicht in Rechnung stellen. Dafür haben diese Fachärzte aber die Möglichkeit, bildgebenden Leistungen zusammen mit allgemeinen oder spezifischen Grundleistungen zu kombinieren.

Nummer 03033 Verrechnung von Notfallzuschlägen bei bildgebenden Verfahren

Kapitel: 00.08 und 30

Gültig ab: 10.02.2004

Interpretation: Bei bildgebenden Verfahren können Notfallzuschläge ebenfalls verrechnet werden. Es gelten die Notfallkriterien 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 03034 Konsultation im Röntgeninstitut

Kapitel: 30 und 00.01.01

Tarifposition: 30.0010 und 00.0010

Gültig ab: 10.02.2004

Interpretation: Die Abgeltung für allgemeine ärztliche Leistungen am Patienten durch den Facharzt für medizinische Radiologie/Radiodiagnostik anlässlich bildgebender Untersuchungen erfolgt mit der Tarifposition 30.0010 "Grundkonsultation Radiologie". Bittet der Patient den Radiologen um Auskunft betreffend die Befundung resp. Diagnose aufgrund der bildgebenden Untersuchung, darf dies nicht zusätzlich mit einer Konsultation (00.0010ff) abgerechnet werden.

Nummer 04043 Aktenstudium

Kapitel: 00.01.01, 02.01

Tarifposition: 00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260

Gültig ab: 26.10.2004

Interpretation: 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.

Nummer 05008 Korrekte Abrechnung Osteodensitometrie mit axialer DEXA

Kapitel: 30.02.09

Tarifposition: 30.2010

Gültig ab: 01.03.2005

Interpretation: Verrechnungsbeispiel:

00.0010 Konsultation, erste 5 Minuten

30.2010 Osteodensitometrie mit axialer DEXA

30.2230 technische Grundleistung 0, Röntgen Osteodensitometrie, ambulanter Patient

Wird die Leistung von einem Facharzt mit Dignität Radiologie erbracht, ist an Stelle der Position 00.0010 die Position 30.0010, Grundkonsultation Radiologie, zu verwenden.

Der Bericht ist bereits durch die Position 30.2010 abgegolten (KI-30-1). Weiter ist auch die Verrechnung der Leistungen in Abwesenheit des Patienten (00.0140) in Zusammenhang mit der Osteodensitometrie nicht anzuwenden.

Nummer 05015 Test mit individuellem Testmaterial

Kapitel: 04.01.01

Tarifziffer: 04.0120

Gültig ab: 05.05.2005

Interpretation: Die Tarifposition wurde für die serielle Testung berechnet. Bei paralleler Testung gilt eine Mengenlimitierung von maximal 6 Mal pro Sitzung.

**Nummer 05027 Funktionelle perkutane Rhizotomie, jede Methode
(Korrektur des PIK-Entscheides 04021)**

Kapitel: 05.02.10

Tarifposition: 05.2310

Gültig ab: 17.05.2005

Interpretation: Der Hinweis KVG: „keine Pflichtleistung seit 01.01.2004“ ist nicht korrekt. Der korrekte Hinweis KVG lautete: „Pflichtleistung gemäss KLV, Anhang 1“.

Nummer 05028: Augenverband im Anschluss an Katarakt-Operation

Kapitel: 01

Tarifposition: 01.0310

Gültig ab: 14.07.2005

Interpretation: 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 05037 Gynäkologische präventive Untersuchung und Untersuchung der Mammae

Kapitel: 22.01.01 und 23.01

Tarifposition: 22.0020 und 23.0010

Gültig ab: 14.07.2005

Interpretation: Die Untersuchung der Mammae (Tarifposition 23.0010) ist in der Tarifposition 22.0020, Gynäkologische präventive Untersuchung, als alleinige gynäkologische Leistung nicht eingerechnet. Die PIK nimmt zur Kostenübernahme von Präventivuntersuchungen keine Stellung.

Nummer 05039 Mehrlagenverbände / Druckverbandsysteme

Kapitel: 01

Tarifposition: 01.0010, 01.0020, 01.0120, 01.0310

Gültig ab: 07.09.05

Interpretation: Mehrlagenverbände / Druckverbandsysteme müssen mittels entsprechender Tarifposition aus Kapitel 01.01 oder 01.04 abgerechnet werden. Eine zusätzliche Verrechnung eines Tapings ist nicht zulässig. Die Wundreinigung/Wundtoilette und die Beurteilung durch den Facharzt werden separat über die dafür vorgesehenen Positionen (Kapitel 00.01.01, 00.03.03, 04.02.02) verrechnet.

Nummer 05040 Neuropsychologie und TARMED

Kapitel: 02.02, 02.03, 02.04

Gültig ab: 07.09.05

Interpretation: Die Neuropsychologie ist im KVG-Bereich keine Pflichtleistung. Für den UV/MV/IV-Bereich bestehen bilaterale Vereinbarungen. In der aktuell gültigen TARMED-Version ist die Neuropsychologie nicht tarifiert.

Nummer 05041 Hautplastik als abrechenbarer Zusatzeingriff

Gültig ab: 10.11.05

Kapitel: Generelle Interpretationen (GI) zum Tarif: GI-23

Interpretation: 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

- Kapitel:** ganzer Tarif
- Tarifpositionen:** alle Tarifpositionen nach der Systematik des Zeittarifs (z.B. 00.0010ff, 00.0610, 00.1530, 36.0010)
- Gültig ab:** 04.01.2006
- 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.
- Interpretation:**
- 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, unbesehen, 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 05049 Mammografie-Screening, Technische Grundleistung und Grundkonsultation Radiologie

Kapitel: 30.01, 30.02.06 und 30.02.10.01

Tarifpositionen: 30.0010, 30.1310 / 30.1320 und 30.2200 / 30.2210 / 30.2220

Gültig ab: 10.11.05

Interpretation: Für die korrekte Abrechnung der Screening Mammographie (30.1310 und 30.1320) bestehen widersprüchliche Regelungen. Bei der Erstbeurteilung (30.1310) ist die zusätzliche Verrechnung der Grundkonsultation Radiologie (30.0010) und der Technischen Grundleistung (30.2200, 30.2210, 30.2220) zulässig. Hingegen darf bei der Zweitmeinung weder die Grundkonsultation Radiologie (30.0010) noch die Technische Grundleistung (30.2200, 30.2210, 30.2220) zusätzlich verrechnet werden.

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

Kapitel: 7, 11, 28.01, 35.01 und 35.03 SSO-Tarif

Tarifpositionen: 07.0110 bis 07.1090 und 07.1210 bis 07.2070, 11.0110 bis 11.0820, 28.0010 bis 28.0160, 35.0010 bis 35.0050, 35.0210ff und SSO-Tarifpositionen

Gültig ab: 15.11.06

Interpretation:

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

Die Änderungen gegenüber PIK-Entscheid I-05051 betreffen den Abschnitt A, Punkt 2, 4.Absatz und den Abschnitt B, Punkt 4, 4.Absatz: Der Begriff "effektive Anästhesiezeit" wird gestrichen.

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 oder 4981 des SSO-Tarifs abgerechnet.
5. Die Abgeltung für die Benützung des Operationssaales erfolgt mit Ziffer 4983 des SSO-Tarifs.
6. Die Abgeltung der Bettbenützung und Überwachung erfolgt mit Ziffer 4985 und 4986 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**

Pos. Nr. SSO-Tarif	Anästhesie-RK
4200 - 4211	III
4212	II
4213 - 4224	III
4224 - 4226	II
4227 - 4248	III
4250	Keine RK
4251 - 4269	III
4270 - 4271	II
4272 - 4282	III
4283 - 4284	II
4285 - 4286	III
4287	II
4288	III
4290	II
4291 - 95	III
4296 - 4299	III

**Kapitel VI:
Kieferchirurgie**

Pos. Nr. SSO-Tarif	Anästhesie-RK
4300 - 4325	III
4326 - 4328	Keine RK
4330 - 4334	II
4335 - 4337	III
4340 - 4342	II
4344 - 4355	III
4356	Keine RK
4357 - 4361	III
4363 - 4365	II
4366	III
4367 - 4368	II
4370 - 4394	III

Nummer 05054 Regelhierarchie

Kapitel: ganzer Tarif

Gültig ab: 04.01.2006

Interpretation: Für Regeln oder Interpretationen innerhalb von TARMED, gilt folgende Hierarchie:

Oberste Hierarchiestufe: Regeln/Interpretationen auf Ebene Generelle Interpretationen (GI) zum Tarif (z.B. GI-1)

2. Hierarchiestufe: Regeln/Interpretationen auf Ebene Kapitel (z.B. 00)

3. – n. Hierarchiestufe: Regeln/Interpretationen auf Ebene Unterkapitel (z.B. 00.01.01)

Unterste Hierarchiestufe: Regeln/Interpretationen auf Ebene Tarifposition (z.B. 00.0010)

Bei Regeln mit gleichem Betreffnis auf mehreren Ebenen gilt die Regel der untersten der betroffenen Hierarchiestufen.

Sollten Widersprüche innerhalb der gleichen Ebene auftreten, entscheidet die zuständige Kommission von TARMED Suisse über die Vorrangigkeit.

Nummer 05058: Morphinpumpenfüllung

Kapitel: 00.01.01 und 00.03.01

Tarifpositionen: 00.0010ff

Gültig ab: 04.01.2006

Interpretation: Die Morphinpumpenfüllung ist nicht einzeln tarifiert. Sie ist mit Tarifpositionen aus dem Kapitel 00 abzurechnen (Grundkonsultation, Punktion/Injektionen).

Nummer 06003: Endomedulläre Osteosynthesen an der Hand**Kapitel:** 24**Tarifpositionen:** 24.0210**Gültig ab:** 26.04.06

Interpretation: Die PIK stellt fest, dass im Gegensatz zur Entfernung perkutaner Spickdrähte die Entfernung von versenkten Spickdrähten im TARMED nicht explizit tarifiert ist. Wir weisen darauf hin, dass die Vornahme von Änderungen und Ergänzungen in der Tarifstruktur TARMED in den Aufgabenbereich der PTK fällt. Die PIK hat Ihren Antrag deshalb der PTK zur Kenntnis gebracht. Diese wird einen Tarifierungsvorschlag für die Entfernung versenkter Spickdrähte ausarbeiten. Bis eine entsprechende Position in der TARMED-Tarifstruktur aufgenommen wird, empfiehlt die PIK für die Entfernung von versenkten Spickdrähten an der Hand die Tarifposition 24.0210 zu verrechnen.

Nummer 06008: Hausgeburten

Kapitel: 22

Tarifpositionen: 22.2110, 22.2200, 22.2210, 22.2310, 22.2320, 22.2330

Gültig ab: 24.03.2006

Interpretation: Die aufgeführten Tarifpositionen gelten auch für Hausgeburten.
Die Berechnung der Tarifpositionen basiert auf Pauschalen. Eine allfällige Wegenschädigung, sowie die Besuche bei der Patientin unter Geburt sind darin enthalten.

Nummer 06010: Psychologische Diagnostik

Kapitel: kein Referenzbereich

Gültig ab: 01.04.2006

Interpretation: 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/IVMV/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

Leistungsblock: LB-52

Tarifpositionen: 28.0010 bis und mit 28.0180

Gültig ab: 24.05.06

Interpretation: 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 06016: Ärztliche Zeugnisse, Berichte, Schreiben

Kapitel: KI-00.06-4 Textzeilen und Layout

Tarifpositionen: 00.2285, 00.2295

Gültig ab: 06.09.06

Interpretation: Zum Textblock zählen neu erstellte Diagnoselisten oder überarbeitete Anteile davon; nicht Bestandteil sind erneutes Aufführen von bestehenden Diagnoselisten oder Teile davon.

Nummer 06017 Schrittmacherkontrolle

Kapitel: 17

Tarifpositionen: 17.1590, 17.1600, 17.1610, 17.1620

Gültig ab: 07.07.06

Interpretation: In der Schrittmacherkontrolle inbegriffen sind alle Leistungen, welche mit dem entsprechenden Gerät erbracht werden. Der EKG-Rhythmusstreifen (17.0120) ist in den Tarifpositionen der Schrittmacherkontrolle (17.1590 – 17.1620) inbegriffen. Ein zusätzlich zur Schrittmacherkontrolle erstelltes EKG mit 12 Ableitungen ist mit der Tarifposition 17.0010 abrechenbar.

Nummer 06019 Allgemeine Hinweise zum Tarif

Kapitel: Einführung
Gültig ab: 07.07.06

Allgemeine Hinweise zum Tarif
Struktur

Ist die Kapitelsystematik noch grösstenteils organ- und systemspezifisch und vom Kopf zum Fuss abwärts aufgebaut, sind die Unterkapitel entsprechend den durch die in den Expertengesprächen definierten Regeln geordnet, einmal eher anatomischen Strukturen folgend, ein andermal prozess-/eingriffsorientiert. Wo keine regelrechte Einteilung möglich war, wurde analog den tarifarischen Gegebenheiten eingeteilt. Die Leistungshierarchie erlaubt eine weitere Gliederung des Tarifs, was die Führung des Anwenders bei der Tarifierung erleichtert.

Unterschieden wird primär in Hauptleistungen und Zuschlagspositionen. Zuschlagspositionen können nur im Kontext mit einer Hauptleistung verrechnet werden. Die Kapitelhierarchie erlaubt ein einfacheres Zurechtfinden innerhalb des Tarifs. Kapitelinterpretationen betreffen ein ganzes Kapitel oder nur ein Unterkapitel. Sie werden jeweils zu Beginn eines neuen Kapitels gedruckt.

Parameter

Parameter	Bedeutung
quant. Dignität	Dignitätsklassen, Abstufung FMH 5 bis FMH 12.
qual. Dignität	FMH Facharzttitel/Fähigkeitsausweis (relevant für die Abrechnungsberechtigung eines Arztes).
Sparte	Bereich in der Praxis oder im Spital, in welchem ein bestimmtes Bündel von Leistungen erbracht wird. Jeder Bereich ist durch eine besondere Infrastruktur (Raum, feste und mobile Apparate und Geräte) und durch eine bestimmte Zahl von nichtärztlichem Personal charakterisiert. Für gewisse Sparten (z.B. Operationssaal) ist die Anerkennung gemäss „Konzept über die Anerkennung von Sparten nach TARMED“ erforderlich.
Anästhesie-Risikoklasse	Einteilung der Anästhesieleistung aufgrund der Art der ärztlichen Leistung und des Anästhesierisikos in 4 Klassen I bis IV, sowie bei ausschliesslicher Überwachung und Sedation Monitored Anesthesia Care (MAC). Siehe auch Kapitel 28 (Anästhesie).
AL	Ärztliche Leistung: Entschädigung für die ärztliche Tätigkeit (inkl. Assistenz) in Taxpunkten.
Assistenz	Entschädigung für die Assistenzleistung in Taxpunkten. Die Assistenz ist in der ärztlichen Leistung (AL) enthalten und wird lediglich als Zusatzinformation ausgewiesen. Die Anzahl Taxpunkte ist für die gesamte Assistenz gerechnet, egal wie

	viele Personen diese umfasst.
Dotation Assistenz	Anzahl für die Tarifberechnung berücksichtigten Assistenzpersonen. Es werden im TARMED maximal 2 Assistenzpersonen tarifiert.
Leistung im i. e. (im engeren) Sinne	Tarifarische Minutage des Arztes für die Behandlung des Patienten (entspricht der Schnitt-Naht-Zeit bei operativen Leistungen im OP-Saal o. ä.). Diese Zeit gilt auch für eine allfällige Assistenz.
Vor- Nachbereitung	Tarifarische Minutage des Arztes für die im Zusammenhang mit der Leistung notwendige Vor-/Nachbereitung (steril einkleiden usw.). Diese Zeit gilt auch für eine allfällige Assistenz.
Bericht	Tarifarische Minutage des Arztes für das Erstellen des Befundberichtes.
Leistungsbezogene ärztliche Zusatzzeit	Tarifarische Minutage für die Tätigkeit im Interventionsraum/ -vorraum in unmittelbarem Zusammenhang mit der Leistung im engeren Sinne, vor und nach dem Eingriff; in der Regel am Patienten oder in dessen Anwesenheit (Lagerung, Abgrenzen des Operationsgebietes, Röntgenbildkontrolle, usw.) Dieser Parameter findet zurzeit im TARMED keine Anwendung.
TL	Technische Leistung: Entschädigung für die Infrastruktur und nichtärztliches Personal in Taxpunkten.
Raumbelegung	Tarifarische Minutage für die zeitliche Beanspruchung der Infrastruktur durch den Patienten für die Leistungserbringung.
Wechsel	Tarifarische Minutage für das Herrichten etc. der Infrastruktur zwischen der Behandlung von 2 Patienten (Reinigung, Umrüsten, usw.) pro Patientensitzung.
Medizinische Interpretation	Medizinische Hinweise zur jeweiligen Leistung.
Technische Interpretation	Ergänzende abrechnungsrelevante Hinweise zur jeweiligen Leistung.
Regeln	Zwingend zu beachtende abrechnungsrelevante Bestimmungen betreffend Alter der Patienten, Mengenlimitation, Seitenangaben und gesetzlichen Vorschriften
Nicht kumulierbar mit	Bei Verrechnung der Tarifposition dürfen die unter „nicht kumulierbar mit“ aufgeführten Leistungen/Kapitel/Leistungsgruppen in der gleichen Sitzung nicht in Rechnung gestellt werden.
Nur kumulierbar mit	Bei Verrechnung der Tarifposition dürfen in der gleichen Sitzung nur die unter „nur kumulierbar mit“ aufgeführten Leistungen/Kapitel/Leistungsgruppen in Rechnung gestellt werden.
Geschlecht	Geschlechtsspezifische Einschränkung der Verrechenbarkeit einer Tarifposition: Nur weibliche Patienten, nur männliche Patienten, keine Einschränkung.

Leistungs-Typ	<p>Es werden 4 Leistungstypen unterschieden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hauptleistung: Hauptleistungen können allein abgerechnet werden - Zuschlagsleistung (gekennzeichnet mit einem der Leistungsbezeichnung vorangestellten '+', '-'): Diese Zuschlagsleistungen können nicht alleine, sondern nur zusammen mit der zugeordneten Hauptleistung abgerechnet werden - Zuschlagsleistung [gekennzeichnet mit einem der Leistungsbezeichnung vorangestellten Klammer '(+)', '(-)']: Diese Zuschlagsleistungen können mit mehreren, nicht näher bezeichneten Hauptleistungen abgerechnet werden - Pro Memoria Leistungen: Nicht tarifizierte Leistungen, die Abrechnung erfolgt mit den Tarifpositionen des Kapitels 00.01 „Allgemeine Grundleistungen“ Siehe auch GI-6.
Behandlungsart	<p>Einschränkung der Verrechenbarkeit einer Tarifposition aufgrund der Behandlungsart:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulant: verrechenbar nur im Rahmen einer ambulanten Behandlung - stationär: verrechenbar nur im Rahmen einer stationären Behandlung - keine Angabe: keine Einschränkung bezüglich Verrechnung
Zuschlag-, Reduktionsfaktor AL	<p>Die Abrechnung bestimmter Hauptleistungen und Zuschlagsleistungen erfolgt mittels Prozentzuschlägen oder Prozentabschlägen. Angabe des Prozentzuschlags oder Prozentabschlags der ärztlichen Leistungskomponente (AL) in Dezimalen. Siehe auch GI-11.</p>
Zuschlag-, Reduktionsfaktor TL	<p>Die Abrechnung bestimmter Hauptleistungen und Zuschlagsleistungen erfolgt mittels Prozentzuschlägen oder Prozentabschlägen. Angabe des Prozentzuschlags oder Prozentabschlags der technischen Leistungskomponente (TL) in Dezimalen. Siehe auch GI-11.</p>
Leistungsgruppen (LG)	<p>Leistungsgruppen sind Listen von Leistungen mit einem bestimmten, gemeinsamen, tarifarisch erheblichen Merkmal, siehe auch GI-47.</p>
Leistungsblöcke (LB)	<p>Ein Leistungsblock fasst diejenigen Leistungen zusammen, welche in der gleichen Sitzung nur untereinander kumuliert werden können, jedoch mit keiner anderen Leistung des Tarifs, siehe auch GI-45.</p>
PIK-Entscheide	<p>Gegebenenfalls ein Hinweis auf einen aktuell gültigen PIK-Entscheid mit Relevanz für die entsprechende Tarifposition.</p>

Nummer 06020 Angabe der Bezugsziffer(n) bei Anästhesieleistungen

Kapitel: KI-28-9

Gültig ab: 02.08.06

Interpretation: Bei der Verrechnung der Anästhesieleistungen für die Anästhesiezeit (28.0120 bis 28.0160) müssen die Tarifposition(en) der ärztlichen Leistung(en) [diagnostische Massnahme / Intervention / Operation / Geburt] als Bezug angegeben werden. Ausnahmen sind ausdrücklich bei der Abrechnung zu begründen.

Nummer 06026 Bestrahlungspläne**Tarifposition:** 32.0240 und 32.0260**Gültig ab:** 14.12.06

Interpretation: Ein Elektronenboost ist in der Regel eine neue Bestrahlungsphase (meist nur die letzten paar Tage einer mehrwöchigen Behandlung) und kann und soll somit separat geplant werden. Es handelt sich auch nicht um das gleiche, sondern um ein neu definiertes, klinisch oder radiologisch festzustellendes Bestrahlungsvolumen. Zudem richtet es sich zum Beispiel nach der noch verbliebenen Grösse eines Tumorrostes. Es kann auch vorkommen, dass gleichzeitig die Bestrahlung mehrerer Volumina begonnen wird. z.B. eine 3-D geplante Bestrahlung eines grossen Beckentumors und eine ohne Computer geplante Bestrahlung einer Rippenmetastase mit einem Elektronenfeld. Auch in diesem Fall ist die Abrechnung beider Positionen gerechtfertigt. In den beiden beschriebenen Fällen handelt es sich nicht um Kumulationen der beiden betreffenden Positionen.

Die PIK ist aber einverstanden mit einem Kumulationsverbot von Bestrahlungsplänen für das gleiche Volumen in der gleichen Bestrahlungsphase. Wenn ein Elektronenfeld Teil eines Photonenplanes ist, kann es gleichzeitig mit diesem Plan am Planungscomputer berechnet werden.

Die Interpretation wird wie folgt ergänzt:

32.0260

Menge: 1 mal pro Bestrahlungsphase /und Volumen, nicht kumulierbar mit 32.0240

32.0240

Menge: 1 mal pro Bestrahlungsphase /und Volumen, nicht kumulierbar mit 32.0260

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

Tarifposition: 02.0260

Gültig ab: 14.12.06

Interpretation: Berichte gemäss Art. 3, 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.