

# Entscheide der Paritätischen Interpretationskommission

TARMED Suisse

**Nummer: 03015**

**Gültig ab 5. 8. 2003**

**Titel: Vorsorgeuntersuchungen gemäss SGP93**

**Tarifpositionen: 03.0020 bis 03.0090**

## Problemstellung

Im TARMED 1.1r (Technische Interpretation) steht: «Nicht fristgerecht durchgeführte Untersuchungen sind nicht nachholbar.»

Im Manual der SGP wird keine Einschränkung der Untersuchung auf den Zeitpunkt bis zum Erreichen des entsprechenden Alters erwähnt. In der Praxis finden diese Untersuchungen mehrheitlich nach dem Erreichen des entsprechenden Alters statt.

Es besteht lediglich eine gesetzliche Limitierung (VO KLV, Art. 12a) auf 8 Vorsorgeuntersuchungen im Vorschulalter. Eine Leistungsverweigerung aufgrund des Zeitpunktes der Durchführung wird unweigerlich und zu Recht zu einer Anrufung des zuständigen Versicherungsgerichts führen.

Da die Kindesentwicklung nicht nach einer mathematischen Funktion verläuft, kann nicht durch ein Regelwerk eine unsinnige Untersuchungsreihe nach Geburtstag des Kindes erzwungen werden. Bei diesen Vorsorgeuntersuchungen handelt es sich in erster Linie um die Feststellung, ob das Kind sich dem Alter entsprechend entwickelt hat. Hier ist nicht der Geburtstag entscheidend, sondern das Altersjahr allgemein: ein Kind wird nicht an seinem 4. Geburtstag den Entwicklungsstand eines 4-jährigen erreichen. Dies passiert vielleicht ein halbes Jahr früher oder später. Deshalb sind die Zeittoleranzen, die im Validator festgelegt worden sind, zu kurz.

## Beschluss

Die PIK entscheidet, die Zeittoleranzen nach logischen Grundsätzen zu verlängern. In der untenstehenden Tabelle werden die neuen Toleranzen genannt. Diese Änderung geht als Antrag in die PTk.

Da dieser Beschluss der PIK nur eine kurzfristige Lösung des Problems darstellt, empfiehlt die PIK der SGP, an die ELK zu gelangen, um eine Änderung der VO KLV Art. 12 und SGP RL 93 zu erreichen.

- Tarifposition 03.0020: Vorsorgeuntersuchung im 1. Monat: 0 Tage vor Geburtstag; 20 Tage nach Geburtstag;

- Tarifposition 03.0030: Vorsorgeuntersuchung im 2. Monat: 3 Tage vor Geburtstag; 30 Tage nach Geburtstag;
- Tarifposition 03.0040: Vorsorgeuntersuchung im 4. Monat: 3 Tage vor Geburtstag; 30 Tage nach Geburtstag;
- Tarifposition 03.0050: Vorsorgeuntersuchung im 6. Monat: 30 Tage vor Geburtstag; 90 Tage nach Geburtstag;
- Tarifposition 03.0060: Vorsorgeuntersuchung im 9. bis 12. Monat: 30 Tage vor Geburtstag; 90 Tage nach Geburtstag;
- Tarifposition 03.0070: Vorsorgeuntersuchung im 15. bis 18. Monat: 30 Tage vor Geburtstag; 90 Tage nach Geburtstag;
- Tarifposition 03.0080: Vorsorgeuntersuchung im 24. Monat: 90 Tage vor Geburtstag; 180 Tage nach Geburtstag;
- Tarifposition 03.0090: Vorsorgeuntersuchung im 5. Jahr: 720 Tage vor Geburtstag; 810 Tage nach Geburtstag.

## Bemerkungen

Validator überprüft.

**Nummer: 03028**

**Gültig ab 10. 2. 2004**

**Titel: Ganzwirbelsäulenaufnahme und Orthoradiogramm**

**Tarifpositionen: 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

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).

**Nummer: 03029**

**Gültig ab 10. 02. 2004**

**Titel: Konsiliarische Beratung in der Radiologie**

**Kapitel: 30 und 00.05**

## Problemstellung

Selbstverständlich besteht auch die Möglichkeit, dass Röntgenärzte konsiliarisch tätig sein können. Hier ist jedoch zu beachten, dass nicht konsiliarische 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 Krankengeschichteinträge 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 Voraufnahmen vor einer radiologischen Untersuchung. Es ist auch keine «Ärztliche Leistung» (00.0140) in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium), pro Minute.

## Beschluss

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.

**Nummer:** 03030

**Gültig ab** 10. 2. 2004

**Titel:** Kombination von Konsultation und Röntgenkonsultation

**Kapitel:** 30 und 00

**Tarifpositionen:** 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**

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

**Nummer:** 03031

**Gültig ab** 10. 2. 2004

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

**Kapitel:** 30

**Tarifpositionen:** 30.4420 und 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 gestellt werden kann. Wenn dies der Fall wäre, hätte man die Rekonstruktion in die Basisuntersuchung einkalkuliert.

**Beschluss**

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.

**Nummer:** 03032

**Gültig ab** 10. 2. 2004

**Titel:** Radiologie Schlüsselbein beidseitig

**Kapitel:** 30

**Tarifposition:** 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 man also die Radiologie des Schlüsselbeins beidseitig abrechnen?

**Beschluss**

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.

**Nummer:** 03033

**Gültig ab** 10. 2. 2004

**Titel:** Notfall in der Radiologie

**Kapitel:** 00.08

**Tarifpositionen:** 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**

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 lebensbedrohliche Zustände, welche eine unverzügliche Therapie zur Folge haben.

**Nummer:** 03034

**Gültig ab** 10. 2. 2004

**Titel:** Konsultation im Röntgeninstitut

**Kapitel:** 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 Patienten 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**

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 bzw. Diagnose aufgrund der bildgebenden Untersuchung, darf dies nicht zusätzlich mit einer Konsultation (00.0010ff) abgerechnet werden.

**Bemerkungen**

Neue Formulierung gemäss Beschluss der PIK vom 23. März 2004.

**Nummer:** 04002

**Gültig ab** 10. 2. 2004

**Titel:** Bestimmung der Tiefe (cm) bei Fremdkörperentfernungen

**Kapitel:** 04

**Tarifpositionen:** 04.0900, 04.0920

**Problemstellung**

Die Vergütung einer Fremdkörperexzision erfolgt nach der gemessenen Tiefe des Fremdkörpers ab Körperoberfläche, genauer nach dem am tiefsten liegenden Fremdkörper (Fremdkörperteil), und zwar unabhängig von der Anzahl Fremdkörper. Die Vergütung unterscheidet 2 Stufen. Fremdkörper bis 1 cm Tiefe ab Oberfläche und Fremdkörper mehr als 1 cm Tiefe ab Oberfläche.

*Frage: Wie wird die Tiefe gemessen?*

Wird die Tiefe von der Eintrittsstelle bis zum tiefstliegenden Fremdkörperteil entlang des Eintrittskanals bestimmt, ist die Tiefe rechtwinklig ab Körperoberfläche zu messen oder ist die Tiefe ab der vom Operateur gewählten Eintrittspforte bis zum Fremdkörper zu verstehen?

Ein Fremdkörper kann z.B. 3 cm tief ab Eintrittsstelle liegen. Solange dieser aber schräg oder parallel zur Körperoberfläche liegt, ist nur die Hautschicht (Integumentum) betroffen. Nerven und arterielle Blutgefässe z.B. gehören zu den tieferliegenden Strukturen und sind in diesem Fall nicht betroffen.

Daher ist wohl die Tiefe rechtwinklig ab Oberfläche gemessen entscheidend, ob im Bereich von komplexeren Strukturen gearbeitet werden muss oder nicht.

**Beschluss**

Massgebend für die Bestimmung der Fremdkörpertiefe ist die rechtwinklig gemessene Tiefe ab Körperoberfläche.

**Nummer: 04006**

**Gültig ab 9. 3. 2004**

**Titel: Schilddrüsenuntersuchung (Nuklearmedizin)**

**Kapitel: 30, 31**

**Problemstellung**

Vor einer nuklearmedizinischen Untersuchung der Schilddrüse wird in der Regel ein US der Schilddrüse gemacht. Wegen der Verblockung der Kap. 30 und 31 ist die Abrechnung heute nicht möglich. Damit die Abrechnung korrekt gemacht werden kann, müssen 2 Sitzungen eröffnet werden.

Bei nuklearmedizinischen Schilddrüsenuntersuchungen wird der Nuklearmediziner meistens ein US der Schilddrüse machen. Die Abrechnung der erbrachten Leistung darf (muss) im Rahmen von 2 verschiedenen Sitzungen abgerechnet werden.

**Beschluss**

Die PIK geht davon aus, dass während der Abklärungen eines Schilddrüsenleidens in der Regel eine US-Untersuchung der Schilddrüse ausreichend ist.

Sollte diese Schilddrüsenuntersuchung gleichentags und vom gleichen Leistungserbringer, der die nuklearmedizinische Untersuchung durchführt, erbracht werden, muss aus tariftechnischen Gründen auf zwei Sitzungen am gleichen Tag zurückgegriffen werden.

**Nummer: 04007**

**Gültig ab 6. 4. 2004**

**Titel: Vorsorgeuntersuchungen in der Pädiatrie**

**Kapitel: 03**

**Tarifpositionen: 03.0010 bis 03.0120**

**Problemstellung**

Im TARMED ist die Altersbezeichnung bei den Vorsorgeuntersuchungen mit dem physischen Alter definiert. Dies widerspricht den SGP93-Richtlinien, in welchen mit dem Begriff «Alter» das Entwicklungsalter gemeint wird.

Da gemäss LG-Beschluss vom 11. März die Strukturanpassung im Bereich der Vorsorgeuntersuchungen erst per 1. Juli 2004 tarifwirksam wird, ist als Zwischenlösung vom LG empfohlen worden, in den Positionen 03.0010 bis 03.0120 die technische Interpretation zu ergänzen: «Mit dem Begriff Alter wird das Entwicklungsalter gemeint.»

**Beschluss**

Der Antrag wird abgelehnt, statt dessen empfiehlt die PIK die Anwendung des PIK-Entscheids 03015 vom 5. August 2003 respektive des PTK-Entscheids 03003 vom 2. September 2003.

**Nummer: 04009**

**Gültig ab 4. 5. 2004**

**Titel: Ärztliche Gutachten**

**Kapitel: 00.07**

**Tarifpositionen: 00.2310 bis 00.2420**

**Problemstellung**

Die PIK hat mit Entscheid 03012 vom 16. September 2003 die Mehrfachverrechnung von Untersuchungsklassen bei ärztlichen Gutachten als tarifkonform erklärt, sofern die Untersuchung an mehreren Tagen stattfindet. Wir beantragen hiermit die Aufhebung dieses Entscheides und eine Neuinterpretation gemäss den nachstehenden Ausführungen.

Bei der Anwendung der Tarifziffern 00.2310 bis 00.2420 ist zunächst einmal die Frage zu beantworten, ob der für die Kategorien und die Klassen angegebene Zeitaufwand als normative Grösse verstanden wird oder ob der effektiv geleistete Zeitaufwand gemeint ist. Grundsätzlich sind wir der Meinung, dass der angegebene Zeitaufwand eine normative Grösse darstellt. Ansonsten würde es nämlich gar keinen Sinn machen, eine Vielzahl Kategorien und Klassen zu bilden und eine Pauschalabgeltung festzulegen. Wenn der effektive Zeitaufwand gemeint wäre, könnte man eine einzige Gutachtenposition schaffen und den Aufwand in 5-Minuten-Schritten abgelen. Ein weiterer Hinweis darauf, dass es sich um normative Zeitangaben handelt, ist, dass Art und Inhalt der Gutachten für jede Kategorie genau beschrieben werden. Für die Einteilung der Kategorien ist in erster Linie die Komplexität der Aktenlage und der Fragestellung massgebend und nicht der effektive Zeitaufwand, der im Einzelfall für das Gutachten aufgewendet wird. Wenn der effektive Zeitaufwand gemeint wäre, könnte man sich die detaillierten Beschreibungen zu jeder Gutachtenkategorie sparen. Ein schwieriges Gutachten würde dann automatisch mehr Zeit in Anspruch nehmen und somit auch (bei einer Abrechnung in 5-Minuten-Schritten) einen höheren Preis erzielen. Hinter der Tarifierung der ärztlichen Gutachten im TARMED steht die Absicht, diese Leistung zu normieren. Durch die Abgeltung des effektiven Zeitaufwandes für die Untersuchung wird diese Absicht unterlaufen.

Bei der technischen Interpretation der Klassen steht «1 × pro Sitzung». Dies könnte tatsächlich so aufgefasst werden, als ob eine Mehrfachverrechnung von Untersuchungs-

klassen bei mehreren Sitzungen möglich sei. Allerdings steht die gleiche technische Interpretation auch bei den Kategorien. Es ist nicht nachvollziehbar, dass bei der gleichen technischen Interpretation einmal eine Mehrfachverrechnung zugelassen wird (Klassen), bei der Gutachtenkategorie dann aber klar sein soll, dass eine Mehrfachverrechnung ausgeschlossen ist und man einen Kunstgriff anwenden muss (Gutachtenkategorie mit dem Wert «0» verrechnen), um den Validator umgehen zu können. Wir sind der Meinung, bei der technischen Interpretation sollte anstelle von «1 × pro Sitzung» stehen «1 × pro Gutachten».

Vom Arzt wird nicht verlangt, dass er den Aufwand für das Erstellen des Gutachtens (Tarifposition «Gutachtenkategorie») an einem einzigen Tag erbringen muss, obwohl auf der Rechnung für diese Leistung ein fixes Datum angegeben wird. Demzufolge braucht er auch die Untersuchung nicht an einem einzigen Tag durchzuführen. Er kann die Untersuchung auf mehrere Tage verteilen, wie er auch das Erstellen des Gutachtens auf mehrere Tage verteilen kann, ohne dass dies eine Mehrfachverrechnung zur Folge hat.

Im Tarif ist die Untersuchungsklasse 7 für Fälle vorgesehen, wo die Normen der Klassen 1–6 nicht genügen. Auch die Klasse 7 ist übrigens eine normative Grösse, weil die spezielle Vereinbarung zwischen Leistungserbringer und Kostenträger vorgängig getroffen wird. Eine Klasse 7 würde gar keinen Sinn machen, wenn die Klassen 1–6 kumuliert werden könnten. Eine Untersuchungsdauer von über 3 Stunden am Stück (in der Klasse 7) ist für den Patienten gar nicht zumutbar und müsste sowieso auf mehrere Tage verteilt werden.

Die Zeitlimite von 3 Stunden der Klasse 6 genügt normalerweise vollauf, da der Patient ja nicht von Grund auf neu untersucht werden muss. Anamnese und Status sind aus den Akten ersichtlich. Bei der Untersuchung kann es nur noch darum gehen, die im Gutachtenauftrag gestellten Fragen im Detail abzuklären. Dieser Antrag wird von Dr. med. Lukas Bohny, der Mitglied in der Expertengruppe für die ärztlichen Gutachten war, voll unterstützt. Die technische Interpretation aller Gutachtenkategorien und Untersuchungsklassen ist abzuändern in 1 × pro Gutachten.

**Beschluss**

Antrag an die PTK mit Änderungen im Kapitel 00.07, Positionen 00.2310 bis 00.2420: Technische Interpretation: «1 × pro Sitzung» wird ersetzt durch «1 × pro Gutachten». Nach Umsetzung dieses Entscheides entfällt der PIK-Entscheid 03012.

**Bemerkungen**

Ist nur bis zur Umsetzung des PTK-Entscheids gültig.

**Nummer: 04010**

**Gültig ab 4. 5. 2004**

**Titel: Nachbetreuung in der Onkologie**

**Kapitel: 00 und 35**

**Tarifpositionen: 00.1370, 35.0210, 35.0220, 00.1530**

**Problemstellung**

Die Limitationen bei nicht elektronischer Abrechnung in der Position 00.1370 verunmöglichen eine korrekte Abrechnung bei Betreuung/Nachbetreuung in der Onkologie (nach Chemotherapie).

Die Chemotherapiedauer variiert nämlich von 2 bis zu 4 Std. in Abhängigkeit der gewählten Substanzen oder Therapieschemen.

A) Eine entsprechende Position muss im TARMED tarifiert werden (analog Notmassnahmen santésuisse/H+ für die onkologische Nachbetreuung). Diese neu zu schaffende Position muss spätestens per 1. Januar 2005 tarifwirksam werden.

B) Damit die Onkologen die erbrachte Leistung der Patientennachbetreuung nach Chemotherapie noch vor Einführung der neuen Position abrechnen können, sollen sie in solchen Fälle die Positionen 35.0210, 35.0220 und 00.1530 abrechnen können.

Für nicht elektronisch abrechnende Fachärzte der Onkologie können für die chemotherapeutische Nachbetreuung der Patienten anstatt der limitierten Position 00.1370 die Positionen 35.0210, 35.0220 und 00.1530 abgerechnet werden.

**Beschluss**

Für nicht elektronisch abrechnende Fachärzte der Onkologie können für die chemotherapeutische Nachbetreuung der Patienten anstatt der limitierten Position 00.1370 die Positionen 35.0210, 35.0220 und 00.1530 abgerechnet werden.

**Nummer: 04011**

**Gültig ab 4. 5. 2004**

**Titel: Selektive UV-Phototherapie (SUP)/ Schmalspektrum UVB**

**Kapitel: 04**

**Tarifposition: 04.0250**

**Problemstellung**

Leistungspflicht zur Behandlung dermatologischer Affektionen mittels PUVA-Therapie und selektiver Ultraviolett-Phototherapie (SUP). Seit etwa 2 Jahren sind neue UV-Röhren auf dem Markt (TL-01), Schmalspektrum-UVB:

**Vorteile**

- benötigen keinen Photosensibilisator (Meladinine®, Fr. 3.08 pro Sitzung); kein Meiden der Sonne (PUVA) ab Medikamenteneinnahme bis Sonnenuntergang;
- praktisch gleich gute Wirkung wie PUVA;
- bessere Wirkung als SUP;
- geringeres Risiko für Verbrennungen als SUP.

Grundlage: Krankenpflegeleistungsverordnung, Anhang 1, Kap. 5

- A) Antrag zur Interpretationserweiterung des Titels der Position 04.0250: 04.0250 Photochemotherapie (PUVA) und Schmalspektrum-UVB-Phototherapie
- B) Schaffung einer neuen Leistungsposition im TARMED bzw. Erweiterung der Pos. 04.0250 Photochemotherapie (PUVA).

**Beschluss**

Antrag an die PTK.

In der Zwischenzeit empfiehlt die PIK die Verwendung der Position 04.0250 auch für die Schmalspektrum-UVB-Phototherapie.

### Was ist die PIK?

Die PIK ist das gesamtschweizerisch einzige Organ, welches von den Vertragsparteien mit der Interpretation der Tarifpositionen der Tarifstruktur TARMED beauftragt ist. Die PIK wird tätig, wenn die Anwendung der Tarifstruktur TARMED zu Missverständnissen Anlass gibt oder wenn sonst unklar ist, welche Bedeutung eine Interpretation hat. Die Entscheide der PIK sind für alle Anwender der Tarifstruktur TARMED verbindlich. (Vgl. Rahmenvertrag KVG, Anhang 7 «Vereinbarung betreffend die Paritätische Interpretationskommission TARMED»; Tarmed-Info Nr. 15/16, Schweiz Ärztezeitung 2003;84[43]:2237-8.)