

Klarstellungen

zur Vereinbarung zur separaten Verrechnung von Leistungen während eines stationären Aufenthaltes (Art. 49 Abs. 1 KVG) vom 1. Januar 2022

1. Grundsätze gemäss Teil II Art. 1 der Vereinbarung (Regel 1)	2
2. Weitere Leistungen, die zur separat verrechenbaren medizinischen Leistung gehören (Regel 2)	3
3. Rechnungsstellung (Regel 3)	3
4. Katalog separat verrechenbarer Leistungen (Regel 4)	4
4.1 TARMED-Leistungen (inkl. TARMED-Pauschalen)	4
4.2 Diabetesberatung	5
4.3 Dialyse	6
4.4 Arzneimittel	6
4.5 Ergotherapie	6
4.6 Ernährungsberatung	6
4.7 Labor (Analysenliste)	6
4.8 Logopädie	7
4.9 Psychologie (inkl. Neuropsychologie/Psychoonkologie etc.)	7
4.10 Physiotherapie	7
4.11 Stomaberatung	7
4.12 Orthopädietechnische Leistungen während des stationären Aufenthalts	7
4.13 Transport	7
5. Klarstellung zu Teil II Art. 2 der Vereinbarung: Arzneimittel (Regel 5)	8
6. Übersicht betreffend Verrechnung von Arzneimitteln	9
7. Beispiele mit Kommentar	10

Intro

Diese Klarstellungen sind integraler Bestandteil der Vereinbarung zur separaten Verrechnung von Leistungen während eines stationären Aufenthaltes (Art. 49 Abs. 1 KVG) vom 1. Januar 2022, im Folgenden Vereinbarung genannt.

Die Klarstellungen regeln abschliessend alle zusätzlich zur Tarifstruktur ST Reha verrechenbaren Leistungen. Sie präzisieren die Grundsätze für separat verrechenbare Leistungen (gemäss Teil II Art. 1 der Vereinbarung), für separat durch die Klinik¹ verrechenbare Arzneimittel (gemäss Teil II Art. 2 der Vereinbarung) sowie für die Rechnungstellung (gemäss Teil III der Vereinbarung).

1. Grundsätze gemäss Teil II Art. 1 der Vereinbarung (Regel 1)

Medizinische Leistungen während eines stationären Aufenthaltes in einer Klinik sind separat zur Tarifstruktur ST Reha (RCG und anwendbare Zusatzentgelte) verrechenbar, sofern die folgenden Bedingungen kumulativ erfüllt sind:

- a. Es handelt sich entweder um die Fortführung einer Untersuchung beziehungsweise einer Behandlung im Zusammenhang mit einer vor Klinikeintritt bestehenden Erkrankung oder es entsteht eine akute Behandlungsnotwendigkeit während des stationären Aufenthalts, die nicht durch die Klinik untersucht oder behandelt werden kann (dringlich (akut) und notwendig (unaufschiebbar)).
- b. Diese Untersuchungen und Behandlungen gehören nicht zum Umfang des rehabilitativen Behandlungskomplexes und sind nicht durch den stationären Leistungsauftrag der Klinik abgedeckt.
- c. Die Rehabilitations-Bedürftigkeit und -Fähigkeit bestehen weiterhin und werden durch die erbrachte und separat verrechenbare Leistung nicht hinfällig (z.B. nach Eingriffen etc.)

¹ Unter Klinik wird ein Leistungserbringer verstanden, dessen Fälle mit ST Reha vergütet werden. Es kann sich dabei um eine Rehabilitationsklinik oder eine Rehabilitationsabteilung eines Spitals handeln, in welcher stationäre Patienten nach ST Reha abgerechnet werden. Die übrigen Leistungsbereiche eines solchen Spitals werden einem externen Leistungserbringer gleichgestellt. (Siehe Teil I, Art. 2 der Vereinbarung)

2. Weitere Leistungen, die zur separat verrechenbaren medizinischen Leistung gehören (Regel 2)

Separat verrechenbare Leistungen sind in den Regeln 4 und 5 nachfolgend abschliessend aufgeführt. Wenn diese Leistungen gemäss Klarstellungen separat verrechnet werden können, können auch alle anderen Leistungen gemäss ambulanten Tarifen, die zur separat verrechenbaren Leistung gehören, vom externen Leistungserbringer² in Rechnung gestellt werden (vgl. hierzu auch Teil III Art. 1 Absatz 2 der Vereinbarung).

3. Rechnungsstellung (Regel 3)

In der Rechnungsstellung müssen folgende Grundsätze beachtet werden:

- a) Leistungen, welche zur Rehabilitation gehören und nicht zusätzlich zur Tarifstruktur ST Reha separat abgerechnet werden können, werden der Klinik durch den externen Leistungserbringer in Rechnung gestellt³.
- b) Leistungen mit separater Verrechenbarkeit, gemäss dieser Vereinbarung und den Klarstellungen, werden dem Versicherer durch den Leistungserbringer zusätzlich zur Tarifstruktur ST Reha in Rechnung gestellt.
- c) Auf der Rechnung des externen Leistungserbringers, der dem Versicherer separat verrechenbare Leistungen zusätzlich zur Tarifstruktur ST Reha in Rechnung stellt, ist die ZSR-Nummer der Klinik als Veranlasserin aufgeführt.

² Als externer Leistungserbringer gilt entweder ein Leistungserbringer mit einer anderen ZSR-Nummer als die Klinik oder eine Abteilung des gleichen Spitals (gleiche ZSR-Nummer), welche nicht unter ST Reha abrechnet. (Siehe Teil I, Art. 2 Absatz 2 der Vereinbarung).

³ Die Klinik integriert die ihr in Rechnung gestellten externen Leistungen in ihr stationäres Patientendossier. Die Leistungen des externen Leistungserbringers fliessen in die Diagnose- und Prozedurenkodierung der Klinik ein. Die Klinik stellt anschliessend die entsprechende ST Reha-Pauschale den Kostenträgern in Rechnung.

4. Katalog separat verrechenbarer Leistungen (Regel 4)

Es gilt der jeweilig gültige ambulante Tarif am Tag der Leistungserbringung.

4.1 TARMED-Leistungen (inkl. TARMED-Pauschalen)

Die nachfolgenden TARMED-Leistungen sowie TARMED-Pauschalen (Tarif-Nr. 002 und 003) können dem Versicherer direkt durch den externen Leistungserbringer zusätzlich zur Tarifstruktur ST Reha in Rechnung gestellt werden, sofern Regel 1 der Klarstellung erfüllt ist.

Kapitel	Name	Positivliste Verrechenbarkeit	Ausnahmen: in bestimmten Konstellationen verrechenbar / nicht verrechenbar
0	Grundleistungen		Nur verrechenbar: <ul style="list-style-type: none"> im Kontext mit Leistungen aus anderen verrechenbaren TARMED-Kapiteln; im Rahmen einer Behandlung von externen Leistungserbringern, bei welcher ein Arzneimittel verabreicht wird, welches den Betrag von CHF 350.- überschreitet. Leistungen von Tumorboards sind separat verrechenbar
1	Verbände		Nur verrechenbar im Kontext mit Leistungen aus anderen verrechenbaren TARMED-Kapiteln
2	Psychiatrie	X	Nicht verrechenbar in psychosomatischer Rehabilitation Leistungen von Psychologen siehe Regel 4.9 / Sozialberatung nicht zusätzlich verrechenbar
3	Kinder- & Jugendmedizin Neonatologie		
4	Haut, Weichteile	X	
5	Zentrales und peripheres Nervensystem	X	Nicht verrechenbar in der Neurologischen Rehabilitation
6	Wirbelsäule	X	
7	Gesichtsschädel und Stirnbereich	X	
8	Auge	X	
9	Ohr	X	
10	Nase und Nasennebenhöhlen	X	
11	Mund, Mundhöhle und Speicheldrüse	X	
12	Pharynx	X	
13	Larynx und Trachea	X	
14	Halsweichteile etc.	X	
15	Atem Schlafdiagnostik	X	Nicht verrechenbar in der Pulmonalen Rehabilitation (ausgenommen Kontrollen nach Herztransplantationen oder nach Lungentransplantation)
16	Chirurg. Therapie Thoraxorgane	X	
17	Diagnostik und nichtchirurgische Therapie Herz und Gefässe	X	Nicht verrechenbar in der Kardialen Rehabilitation (ausgenommen 17.04 Herzlabor und Kontrollen nach Herztransplantationen und bei Trägern von Kreislaufunterstützungssystemen (LVAD))

18	Chirurg. Therapie Herz und Gefäße	X	
19	Diagnostik und nichtchirurgische Therapie Gastrointestinaltrakt	X	
20	chirurg. Therapie Gastrointestinaltrakt	X	
21	Diagnostik und Therapie von Nieren und Harnwegen sowie der männlichen Genitalorgane	X	
22	Diagnostik und Therapie der weiblichen Genitalorgane, Geburtshilfe	X	
23	Diagnostik und Therapie der Mamma	X	
24	Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates	X	
26	Lymphknoten, Lymphwege	X	
27	Organtransplantationen		
28	Anästhesie		Nur verrechenbar im Kontext mit Leistungen aus anderen verrechenbaren TARMED-Kapiteln
29	Schmerztherapie	X	
31	Nuklearmedizin	X	
32	Radioonkologie, Strahlentherapie	X	
33	Dialyse		Siehe Regel 4.3
34	Intensivpflege und Spezialpflegeeinheiten		
35	Operationssaal, Aufwachraum, Tagesklinik		Nur verrechenbar im Kontext mit Leistungen aus anderen verrechenbaren TARMED-Kapiteln. 35.0610 darf unabhängig von anderen Kapiteln verrechnet werden.
37	Klinische Pathologie		Nur verrechenbar im Kontext mit Leistungen aus anderen verrechenbaren TARMED-Kapiteln
39	Bildgebende Verfahren		Nur verrechenbar im Kontext mit Leistungen aus anderen verrechenbaren TARMED-Kapiteln

4.2 Diabetesberatung

Nicht separat verrechenbar.

4.3 Dialyse

Für Dialyseleistungen bestehen separate Tarifverträge zwischen H+ und CSS, HSK und SVK. In den Verträgen sind abschliessend alle Leistungen im Zusammenhang mit Dialysen geregelt, die bei externen Leistungserbringern durchgeführt werden. Es können somit keine weiteren zusätzlichen Leistungen verrechnet werden. UV/MV/IV-Versicherern können Dialysen nur in Rechnung gestellt werden, wenn eine Leistungspflicht zur Dialyse vorliegt (Dialyse im Zusammenhang mit dem versicherten Ereignis). Es kommen die gültigen Verträge zur Anwendung.

Falls der ambulante externe Leistungserbringer die gleiche ZSR-Nummer hat wie die Rehabilitationsklinik/-abteilung, welche die stationäre Behandlung vornimmt, fakturiert die Klinik das entsprechende Zusatzentgelt. Der stationäre Kostenteiler kommt in diesem Fall normal zur Anwendung. Die BfS-Variable «Nebenbehandlung auswärts» (z.B. 4.3 V026) muss vom Leistungserbringer zwingend korrekt erfasst werden (normalerweise Ausprägung «leer»).

4.4 Arzneimittel

OKP-pflichtige Arzneimittel, welche nicht aufgrund einer Leistung aus Kapitel 4.1 und von einem ambulanten externen Leistungserbringer verabreicht werden müssen (der Patient begibt sich zu einem externen LERB zur Medikamentenverabreichung) und den Mindestbetrag von CHF 350.- pro Medikament pro Tag übersteigen, werden dem Versicherer in Rechnung gestellt (inkl. dazugehöriger Leistungen gemäss ambulanten Tarifen). Der stationäre Kostenteiler kommt in diesem Fall nicht zur Anwendung. Die Medikamente können je Applikationsart kumuliert werden. Verschiedene Verabreichungsformen können nicht kumuliert werden.

4.5 Ergotherapie

Nicht separat verrechenbar.

4.6 Ernährungsberatung

Nicht separat verrechenbar.

4.7 Labor (Analysenliste)

Analysen sind nicht separat verrechenbar.

Ausnahmen:

- Es handelt sich um Leistungen im Zusammenhang mit extern erbrachten Leistungen (z.B. Dialyse, ambulante Behandlung)
- Das Entnahmedatum war vor oder nach dem Aufenthalt. Behandlungsdatum = Entnahmedatum.

Die obgenannten Ausnahmen sind abschliessend, d.h. alle übrigen Laborleistungen, welche von der Klinik in Auftrag gegeben werden, sind nicht separat verrechenbar bzw. sind in der ST-Reha-Pauschale integriert.

4.8 Logopädie

Nicht separat verrechenbar.

4.9 Psychologie (inkl. Neuropsychologie/Psychoonkologie etc.)

Nicht separat verrechenbar.

4.10 Physiotherapie

Nicht separat verrechenbar.

4.11 Stomaberatung

Nicht separat verrechenbar.

4.12 Orthopädietechnische Leistungen während des stationären Aufenthalts

Es gelten die Regeln zur zusätzlichen Verrechenbarkeit gemäss ORS-Tarifvertrag und der Unterscheidung „Produkt nach Mass/Halbfabrikat/Handelsware.“

4.13 Transport

Medizinisch indizierte Transporte in Bezug zu dieser Vereinbarung (interne Transporte und Sekundärtransporte) sind nicht separat verrechenbar. Nicht medizinisch indizierte Transporte werden dem Auftraggeber in Rechnung gestellt. Beispiel: Eine Patientin wünscht die Verlegung zu einem stationären Leistungserbringer in der Nähe der Familie.

5. Klarstellung zu Teil II Art. 2 der Vereinbarung: Arzneimittel (Regel 5)

- ¹ Im Grundsatz sind die von der Klinik im Rahmen der Rehabilitation verwendeten Arzneimittel mit der Tarifstruktur ST Reha abgegolten. Wenn ein Arzneimittel im Zusatzentgeltkatalog aufgeführt ist und die tiefste Dosisklasse erreicht, erfolgt die Verrechnung nach den im Zusatzentgeltkatalog aufgeführten Preisen unter Berücksichtigung des entsprechenden Kostenteilers.
- ² Weitere einzelne Arzneimittel sind zusätzlich zur Tarifstruktur ST Reha abrechenbar, sofern einer der nachfolgenden Schwellenwerte überschritten wird, wobei die Bedingungen gemäss Art. 1 (Grundsätze für separat verrechenbare Leistungen) nicht erfüllt sein müssen:
 - a) Der Preis des Arzneimittels für den stationären Fall liegt über CHF 1'000.00 (Falldefinition siehe Ziff. 1.3 der Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha) oder
 - b) Der durchschnittliche Preis des Arzneimittels übersteigt CHF 50.00 pro abgerechnetem Pflage-tag (Pflage-tagdefinition siehe Ziff. 1.5 der Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha)
- ³ Für die Ermittlung der Schwellenwerte sind die tatsächlich verrechneten Preise gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 56 KVG) der Arzneimittel massgeblich.
- ⁴ Grundlage für die Kostenübernahme sind die Bestimmungen der Spezialitätenliste und ergänzend die Bestimmungen von Artikel 71a bis 71d der Krankenversicherungsverordnung (KVV). Der stationäre Kostenteiler kommt nicht zur Anwendung.
- ⁵ Sobald die unter Buchstaben a) und b) separat verrechenbaren Arzneimittel in der Tarifstruktur ST Reha als Zusatzentgelt abgebildet sind, entfällt die zusätzliche Verrechnung dieser Arzneimittel gemäss vorliegender Regel.
- ⁶ Die Medikamente können je Applikationsart kumuliert werden. Verschiedene Verabreichungsformen können nicht kumuliert werden.
- ⁷ Die zusätzliche Verrechnung von Arzneimitteln gilt für die Dauer von 5 Jahren (stationäre Abrechnungen in den Jahren 2022-2026).

6. Übersicht betreffend Verrechnung von Arzneimitteln

Die angegebenen Schwellenwerte gelten jeweils pro Medikament.

	Klinik	externer LERB mit gleicher ZSR-Nummer	externer LERB mit anderer ZSR-Nummer
Zusatzentgelt vorhanden	Zusatzentgelt verrechnet von Klinik; stationärer Kostenteiler kommt zur Anwendung		
Kein Zusatzentgelt vorhanden oder Mindestdosis Zusatzentgelt wird nicht erreicht / Ein Schwellenwert erfüllt: > CHF 50 pro abgerechnetem Pflage-tag oder > CHF 1'000 für den stationären Fall	- SL Rechnung durch Klinik an Versicherer (nur Arzneimittel); - Aufgeführt auf stationärer ST Reha-Rechnung an Versicherer (zusätzlich zu RCG und Zusatzentgelten); - Stationärer Kostenteiler kommt für das separat verrechenbare Arzneimittel nicht zur Anwendung		
Kein Zusatzentgelt vorhanden oder Mindestdosis Zusatzentgelt wird nicht erreicht / KEIN Schwellenwert erreicht: < CHF 50 pro abgerechneten Pflage-tag oder < CHF 1'000 für den stationären Fall	- Integration in stationäre Rechnung der Klinik; - Arzneimittel ist mit der RCG abgegolten		
Arzneimittel übersteigen Betrag von CHF 350		- SL Rechnung durch Leistungserbringer an Versicherer (inkl. dazugehöriger Leistungen gem. ambulanten Tarifen); - stationärer Kostenteiler kommt für die separat verrechenbaren Leistungen nicht zur Anwendung	- SL Rechnung durch Leistungserbringer an Versicherer (inkl. dazugehöriger Leistungen gem. ambulanten Tarifen); - stationärer Kostenteiler kommt für die separat verrechenbaren Leistungen nicht zur Anwendung
Arzneimittel beträgt CHF 350 oder weniger		- SL Rechnung durch Leistungserbringer an Klinik (inkl. dazugehöriger Leistungen gem. ambulanten Tarifen); - Externe Leistungen in RCG inkludiert	- SL Rechnung durch Leistungserbringer an Klinik (inkl. dazugehöriger Leistungen gem. ambulanten Tarifen); - Externe Leistungen in RCG inkludiert

7. Beispiele mit Kommentar

1. Dialysepatient

Fallbeschreibung 1

Ein Dialysepatient absolviert eine geriatrische Rehabilitation. Dreimal pro Woche wird der Patient für jeweils 4-5 Stunden in der Dialysestation eines in der Nähe gelegenen Akutspitals dialysiert. Die Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit bestehen weiterhin und werden durch die Dialyse nicht hinfällig.

Abrechnung 1

- Die Grundsätze zur separaten Verrechnung von Leistungen sind erfüllt (Regel 1).
 - Die Dialyse wird dem Versicherer gemäss gültigem Dialyse-Vertrag durch den externen Leistungserbringer separat in Rechnung gestellt (Regel 4.3). Der stationäre Kostenteiler kommt nicht zur Anwendung.
 - Der Transport geht zu Lasten der Klinik (Regel 4.13).
-

Fallbeschreibung 2

Ein Dialysepatient absolviert eine Rehabilitation auf der internistischen Rehabilitationsabteilung eines Akutspitals. Dreimal pro Woche muss der Patient für jeweils 4-5 Stunden zur Dialyse. Die Dialyse wird in einer anderen Abteilung desselben Akutspitals durchgeführt. Die Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit bestehen weiterhin und werden durch die Dialyse nicht hinfällig.

Abrechnung 2

- Die Grundsätze zur separaten Verrechnung von Leistungen sind erfüllt (Regel 1).
- Die Dialyse wird dem Versicherer als Zusatzentgelt als Teil der Tarifstruktur ST Reha durch die Klinik in Rechnung gestellt. (Regel 4.3). Der stationäre Kostenteiler kommt zur Anwendung.
- Der Transport geht zu Lasten der Klinik (Regel 4.13).

2. Arzneimittel generell

Fallbeschreibung 1

Ein Patient muss im Zusammenhang mit einem Prostatakarzinom mit Xtandi (Enzalutamid) behandelt werden. Der Patient befindet sich in der geriatrischen Rehabilitation und das Arzneimittel wird von der Klinik verabreicht. Im für ST Reha gültigen Zusatzentgeltkatalog ist ein entsprechendes Zusatzentgelt aufgeführt und die minimale Dosisklasse wird erreicht.

Abrechnung 1

- Das Arzneimittel wird von der Klinik als Teil der Tarifstruktur ST Reha auf der ST Reha-Rechnung als Zusatzentgelt in Rechnung gestellt (Regel 5, Abs. 1). Der stationäre Kostenteiler kommt zur Anwendung.
-

Fallbeschreibung 2

Ein Patient muss im Zusammenhang mit einem Prostatakarzinom mit Xtandi (Enzalutamid) behandelt werden. Der Patient befindet sich in der internistisch-onkologischen Rehabilitation und das Arzneimittel wird von der Klinik verabreicht. Im für ST Reha gültigen Zusatzentgeltkatalog ist ein entsprechendes Zusatzentgelt aufgeführt, doch wird die minimale Dosisklasse nicht erreicht. Der Schwellenwert von CHF 1'000 wird beim stationären Fall überschritten.

Abrechnung 2

- Das Arzneimittel wird von der Klinik auf der ST Reha-Rechnung zusätzlich gemäss SL-Preis verrechnet (Regel 5, Abs. 2, Bst. a). Der stationäre Kostenteiler kommt nicht zur Anwendung.
-

Fallbeschreibung 3

Ein Patient muss im Zusammenhang mit seiner Morbus Crohn-Erkrankung weiterhin mit Cimzia (Certulizumab) behandelt werden. Der Patient befindet sich in der internistisch-onkologischen Rehabilitation und das Arzneimittel wird von der Klinik 4x während dem stationären Aufenthalt verabreicht. Im für ST Reha gültigen Zusatzentgeltkatalog ist kein entsprechendes Zusatzentgelt aufgeführt. Der Schwellenwert von CHF 1'000 wird beim stationären Fall überschritten.

Abrechnung 3

- Das Arzneimittel wird von der Klinik auf der ST Reha-Rechnung zusätzlich gemäss SL-Preis verrechnet (Regel 5, Abs. 2, Bst. a). Der stationäre Kostenteiler kommt nicht zur Anwendung.

Fallbeschreibung 4

Ein Patient befindet sich in der neurologischen Rehabilitation und wird für die Abgabe seines Bluthochdruck-Medikaments in das Ambulatorium der Kardiologie verlegt. Das Medikament kostet weniger als CHF 350 und es wird ohne weitere Untersuchungen verabreicht (nur Grundleistungen aus Kapitel 00 / TARMED).

Abrechnung 4

- Die Grundsätze zur separaten Verrechnung von Leistungen sind nicht erfüllt (Regel 1).
 - Die externe Behandlung wird der Klinik gemäss ambulantem Tarif durch den externen Leistungserbringer in Rechnung gestellt (Regel 4.1). Der stationäre Kostenteiler kommt nicht zur Anwendung.
 - Der Transport geht zu Lasten der Klinik (Regel 4.13).
-

Fallbeschreibung 5

Ein Patient muss im Zusammenhang mit seiner Morbus Crohn-Erkrankung weiterhin mit Cimzia (Certulizumab) behandelt werden. Der Patient befindet sich 11 Tage in der kardiologischen Rehabilitation und das Arzneimittel wird von der Klinik 1x verabreicht (Preis ca. CHF 600). Im für ST Reha gültigen Zusatzentgeltkatalog ist kein entsprechendes Zusatzentgelt aufgeführt. Der Schwellenwert von CHF 50 pro abgerechnetem Pflage-tag wird überschritten.

Abrechnung 5

- Das Arzneimittel wird von der Klinik auf der ST Reha-Rechnung zusätzlich gemäss SL-Preis verrechnet (Regel 5, Abs. 2, Bst. b). Der stationäre Kostenteiler kommt nicht zur Anwendung.
-

Fallbeschreibung 6

Ein Patient muss im Zusammenhang mit einer Lebertransplantation weiterhin mit Prograf (Tacrolimus) behandelt werden. Der Patient befindet sich 21 Tage in der geriatrischen Rehabilitation und das Arzneimittel wird von der Klinik verabreicht. Im für ST Reha gültigen Zusatzentgeltkatalog ist kein entsprechendes Zusatzentgelt aufgeführt. Keiner der beiden Schwellenwerte wird erreicht (über CHF 1'000 für den stationären Fall oder CHF 50 pro abgerechnetem Pflage-tag).

Abrechnung 6

- Das Arzneimittel kann NICHT zusätzlich verrechnet werden (Regel 5).

3. Onkologischer Patient

Fallbeschreibung 1

Ein Patient muss im Zusammenhang mit seiner onkologischen Erkrankung während der Rehabilitation weiterhin zur Chemotherapie. Die Behandlung wird von einem externen Leistungserbringer durchgeführt.

Abrechnung 1

- Die Grundsätze für die separate Verrechnung von Leistungen sind erfüllt (Regel 1).
 - Die externe Behandlung wird dem Versicherer gemäss ambulantem Tarif durch den externen Leistungserbringer separat in Rechnung gestellt (Regel 4.1). Der stationäre Kostenteiler kommt nicht zur Anwendung.
 - Der Transport geht zu Lasten der Klinik (Regel 4.13)
-

Fallbeschreibung 2

Ein Patient muss im Zusammenhang mit seiner onkologischen Erkrankung seine Strahlentherapie fortführen. Die Behandlung wird von einem externen Leistungserbringer durchgeführt.

Abrechnung 2

- Die Grundsätze für die separate Verrechnung von Leistungen sind erfüllt (Regel 1).
 - Die externe Behandlung wird dem Versicherer gemäss ambulantem Tarif durch den externen Leistungserbringer separat in Rechnung gestellt (Regel 4.1). Der stationäre Kostenteiler kommt nicht zur Anwendung.
 - Der Transport geht zu Lasten der Klinik (Regel 4.13)
-

Fallbeschreibung 3

Ein Patient in der internistisch-onkologischen Rehabilitation muss im Zusammenhang mit einer akuten myeloischen Leukämie (Status nach Stammzellentransplantation) zur Prophylaxe von Cytomegalovirus mit Prevymis (ca. CHF 350/Tg) behandelt werden. Das erwähnte Arzneimittel ist nicht im für ST Reha gültigen Zusatzentgeltkatalog aufgeführt. Das Arzneimittel wird durch die Rehabilitationsabteilung verabreicht. Beide Schwellenwerte werden erreicht (über CHF 1'000 für den stationären Fall bzw. CHF 50 pro abgerechnetem Pflgetag).

Abrechnung 3

- Das Arzneimittel wird von der Klinik auf der ST Reha-Rechnung zusätzlich gemäss SL-Preis verrechnet (Regel 5, Abs. 2, Bst. a und b). Der stationäre Kostenteiler kommt nicht zur Anwendung.

4. MS-Patient

Fallbeschreibung

Einer Patientin mit einer bestehenden MS-Erkrankung wird während ihrer psychosomatischen Rehabilitation die regelmässig geplante Infusionstherapie in einer neurologischen Klinik verabreicht. Damit sollen Krankheitsschübe verhindert und das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamt werden. Eine Terminverschiebung könnte negative Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf MS haben.

Abrechnung

- Die Grundsätze für die separate Verrechnung von Leistungen sind erfüllt (Regel 1).
 - Die externe Behandlung wird dem Versicherer gemäss ambulantem Tarif durch den externen Leistungserbringer separat in Rechnung gestellt (Regel 4.1). Der stationäre Kostenteiler kommt nicht zur Anwendung.
 - Der Transport geht zu Lasten der Klinik (Regel 4.13).
-

5. HIV-Patient

Fallbeschreibung

Ein Patient mit HIV (CDC-Stadium B3) mit akutem Harnwegsinfekt und Niereninsuffizienz, mehreren bakteriellen Infekten und weiteren Erkrankungen benötigt während der 8-wöchigen psychosomatischen Rehabilitation weiterhin die Behandlung mit dem Arzneimittel Descovy. Um die Verschlechterung des Allgemeinzustandes zu verhindern, muss das Medikament nach wie vor eingenommen/verabreicht werden. Die Verabreichung erfolgt in der Klinik. Im für ST Reha gültigen Zusatzentgeltkatalog ist kein entsprechendes Zusatzentgelt aufgeführt. Der Betrag von CHF 50 pro abgerechnetem Pflage tag wird zwar nicht erreicht, jedoch der Schwellenwert von CHF 1'000 beim stationären Fall überschritten.

Abrechnung

- Das Arzneimittel wird von der Klinik auf der ST Reha-Rechnung zusätzlich zur Tarifstruktur ST Reha gemäss SL-Preis verrechnet (Regel 5, Abs. 2, Bst. b). Der stationäre Kostenteiler kommt nicht zur Anwendung.

6. Neurostatus während neurologischer Rehabilitation

Fallbeschreibung

Ein Patient wird während der neurologischen Rehabilitation für einen umfassenden Neurostatus (Leistungen aus TARMED-Kapitel 5) zu einem externen Leistungserbringer geschickt.

Abrechnung

- Die Grundsätze zur separaten Verrechnung von Leistungen sind nicht erfüllt (Regel 1).
 - Die externe Behandlung wird der Klinik gemäss ambulantem Tarif durch den externen Leistungserbringer in Rechnung gestellt (Regel 4.1). Der stationäre Kostenteiler kommt nicht zur Anwendung.
 - Der Transport geht zu Lasten der Klinik (Regel 4.13).
-

7. Notfallabklärung

Fallbeschreibung

Ein Patient der kardiologischen Rehabilitation muss aufgrund starker Unterbauchschmerzen notfallmässig zur Abklärung in einen Notfall gebracht werden. Am selben Tag kehrt er in die Klinik zurück.

Abrechnung

- Die Grundsätze für die separate Verrechnung von Leistungen sind erfüllt (Regel 1).
 - Die externe Behandlung wird dem Versicherer gemäss ambulantem Tarif durch den externen Leistungserbringer separat in Rechnung gestellt (Regel 4.1). Der stationäre Kostenteiler kommt nicht zur Anwendung.
 - Der Transport geht zu Lasten der Klinik (Regel 4.13).
-

8. Entfernung von Osteosynthesematerial

Fallbeschreibung

Einem Patienten muss nach einer Woche in der muskuloskelettalen Rehabilitation Osteosynthesematerial entfernt werden (Platten/Schrauben). Der Patient wird zu einem externen Leistungserbringer geschickt.

Abrechnung

- Die Grundsätze für die separate Verrechnung von Leistungen sind erfüllt (Regel 1).
- Die externe Behandlung wird dem Versicherer gemäss ambulantem Tarif durch den externen Leistungserbringer separat in Rechnung gestellt (Regel 4.1). Der stationäre Kostenteiler kommt nicht zur Anwendung.
- Der Transport geht zu Lasten der Klinik (Regel 4.13).