

Klarstellungen

zur Vereinbarung zur separaten Verrechnung von Leistungen während eines stationären Aufenthaltes in der Psychiatrie
(Art. 49 Abs. 1 KVG)
vom 1. Januar 2024

Intro	2
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	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)	7
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	8
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 2024, im Folgenden Vereinbarung genannt.

Die Klarstellungen regeln abschliessend alle zusätzlich zur Tarifstruktur TARPSY 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 TARPSY (PCG und anwendbare Zusatzentgelte) verrechenbar, sofern die folgenden Bedingungen kumulativ erfüllt sind:

- a. Es handelt sich entweder um die Fortführung einer Untersuchung beziehungsweise einer Behandlung und / oder Medikation 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 Behandlung und / oder Medikation gehören nicht zum Umfang des psychiatrischen Behandlungskomplexes und sind nicht durch den stationären Leistungsauftrag der Klinik abgedeckt.

¹ Unter Klinik wird ein Leistungserbringer verstanden, dessen Fälle mit TARPSY vergütet werden. Es kann sich dabei um eine psychiatrische Klinik oder eine psychiatrische Abteilung eines Spitals handeln, in welcher stationäre Patienten nach TARPSY 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 Psychiatrie gehören und nicht zusätzlich zur Tarifstruktur TARPSY 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 TARPSY in Rechnung gestellt.
- c) Auf der Rechnung des externen Leistungserbringers, der dem Versicherer separat verrechenbare Leistungen 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 TARPSY 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 TARPSY-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

Die nachfolgenden TARMED-Leistungen können dem Versicherer direkt durch den externen Leistungserbringer zusätzlich zur Tarifstruktur TARPSY 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 im Zusammenhang mit einem Tumorboard
1	Verbände		Nur verrechenbar im Kontext mit Leistungen aus anderen verrechenbaren TARMED-Kapiteln
2	Psychiatrie		
3	Kinder- & Jugendmedizin Neonatologie	X	
4	Haut, Weichteile	X	
5	Zentrales und peripheres Nervensystem	X	Leistungen aus dem TARMED Unterkapitel 05.01.02.02 können nicht zusätzlich verrechnet werden.
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	Ausschluss: Schlafkliniken mit Leistungsauftrag TARPSY darf nicht möglich sein
16	Chirurg. Therapie Thoraxorgane	X	
17	Diagnostik und nichtchirurgische Therapie Herz und Gefässe	X	Nicht verrechenbar sind Kontrolluntersuchungen der Psychopharmakotherapie

Kapitel	Name	Positivliste Verrechenbarkeit	Ausnahmen: in bestimmten Konstellationen verrechenbar / nicht verrechenbar
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	X	
28	Anästhesie		Nur verrechenbar im Kontext mit Leistungen aus anderen verrechenbaren TARMED-Kapiteln.
29	Schmerztherapie	X	Ausschluss bei Vorliegen eines Leistungsauftrags für dissoziative Schmerzstörungen.
31	Nuklearmedizin	X	
32	Radioonkologie, Strahlentherapie	X	
33	Dialyse	X	Siehe Regel 4.3
34	Intensivpflege und Spezialpflegeeinheiten	X	
35	Operationssaal, Aufwachraum, Tagesklinik	X	
37	Klinische Pathologie	X	
39	Bildgebende Verfahren	X	

4.2 Diabetesberatung

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 Psychiatrie / psychiatrische 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 sowie die dazugehörigen Leistungen werden gemäss ambulanten Tarifen, unter folgenden kumulativen Bedingungen, dem Versicherer in Rechnung gestellt:

- Wenn die Arzneimittel von einem ambulanten externen Leistungserbringer verabreicht werden müssen und der Patient sich zur Abgabe dorthin begeben muss
- Der Mindestbetrag pro Medikament und pro Tag CHF 350.00 übersteigt

Der stationäre Kostenteiler kommt in diesem Fall nicht zur Anwendung.

Verschiedene Verabreichungsformen können nicht kumuliert werden.

4.5 Ergotherapie

Nicht separat verrechenbar.

4.6 Ernährungsberatung

Separat verrechenbar ausser bei Essstörungen.

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 stationären Psychiatrieaufenthalt. 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 TARPSY-Pauschale integriert.

4.8 Logopädie

Grundsätzlich nicht separat verrechenbar. Im Zusammenhang mit organischen Erkrankungen zusätzlich verrechenbar.

4.9 Psychologie (inkl. Neuropsychologie/Psychoonkologie/Psychotherapie etc.)

Nicht separat verrechenbar.

4.10 Physiotherapie

Nicht separat verrechenbar.

4.11 Stomaberatung

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 Podologie

Separat verrechenbar, sofern Art. 11c KLV zur Anwendung kommt.

4.14 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 psychiatrischen Behandlung verwendeten Arzneimittel mit der Tarifstruktur TARPSY 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 OKP-pflichtige Arzneimittel, welche einen Bezug zu somatischen Haupt- oder Nebendiagnosen aufweisen, sind zusätzlich zur Tarifstruktur TARPSY abrechenbar, sofern einer der nachfolgenden Schwellenwerte überschritten wird, wobei die Bedingungen gemäss Art. 1 (Grundsätze für separat verrechenbare Leistungen) 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 SwissDRG und TARPSY) oder
 - b) Der durchschnittliche Preis des Arzneimittels übersteigt CHF 50.00 pro abgerechnetem Pfl egetag (Pfl egetagdefinition siehe Ziff. 1.5 der Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY).
- 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. Nicht OKP-pflichtige Arzneimittel fallen nicht unter die Vereinbarung und können nicht zusätzlich verrechnet werden.
- ⁵ Sobald die unter Buchstaben a) und b) separat verrechenbaren Arzneimittel in der Tarifstruktur TARPSY als Zusatzentgelt abgebildet sind, entfällt die zusätzliche Verrechnung dieser Arzneimittel gemäss vorliegender Regel.

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	<ul style="list-style-type: none"> - Arzneimittel* durch Klinik an Versicherer (nur Arzneimittel); - Aufgeführt auf stationärer TARPSY-Rechnung an Versicherer (zusätzlich zu PCG-Abgeltung 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	<ul style="list-style-type: none"> - Arzneimittel* zu Lasten der Klinik, d.h. Arzneimittel ist mit dem PCG-Entgelt abgegolten. 		
Arzneimittel übersteigt Betrag von CHF 350		<ul style="list-style-type: none"> - Arzneimittel* durch Leistungserbringer an Versicherer (inkl. dazugehöriger Leistungen gem. ambulanten Tarifen); - stationärer Kostenteiler kommt für die separat verrechenbaren Leistungen nicht zur Anwendung 	<ul style="list-style-type: none"> - Arzneimittel* 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		<ul style="list-style-type: none"> - Rechnung durch Leistungserbringer an Klinik (inkl. dazugehöriger Leistungen gem. ambulanten Tarifen); - Externe Leistungen in PCG-Entgelt inkludiert 	<ul style="list-style-type: none"> - Rechnung durch Leistungserbringer an Klinik (inkl. dazugehöriger Leistungen gem. ambulanten Tarifen); - Externe Leistungen in PCG-Entgelt inkludiert

*Arzneimittel: OKP-pflichtiges Medikament oder mit vorhandener Kostengutsprache gemäss gesetzlicher Bestimmung ambulant abgerechnet

7. Beispiele mit Kommentar

1. Dialysepatient

Fallbeschreibung 1

Ein Dialysepatient befindet sich in einer stationären psychiatrischen Klinik in Behandlung. Dreimal pro Woche wird der Patient für jeweils 4-5 Stunden in der Dialysestation eines in der Nähe gelegenen Akutspitals dialysiert. Die psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit besteht weiterhin und wird 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 4.14).
-

Fallbeschreibung 2

Ein Dialysepatient befindet sich in einer stationären psychiatrischen Abteilung eines Akutspitals in Behandlung. Dreimal pro Woche muss der Patient für jeweils 4-5 Stunden zur Dialyse. Die Dialyse wird in einer anderen Abteilung desselben Akutspitals durchgeführt. Die psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit besteht weiterhin und wird 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 TARPSY durch die Klinik in Rechnung gestellt (Regel 4.3). Der stationäre Kostenteiler kommt zur Anwendung.
- Der Transport geht zu Lasten der Klinik (Regel 4.14).

2. Arzneimittel generell

Fallbeschreibung 1

Ein Patient muss im Zusammenhang mit einem Prostatakarzinom mit Xtandi (Enzalutamid) behandelt werden. Der Patient befindet sich in einer stationären psychiatrischen Klinik in Behandlung und das Arzneimittel wird von der Klinik verabreicht. In den für TARPSY geltenden Zusatzentgeltkatalogen ist ein entsprechendes Zusatzentgelt aufgeführt und die minimale Dosisklasse wird erreicht.

Abrechnung 1

- Das Arzneimittel wird von der Klinik als Teil der Tarifstruktur TARPSY auf der TARPSY-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 einer stationären psychiatrischen Abteilung eines Akutspitals in Behandlung und das Arzneimittel wird von der Klinik (Abteilung) verabreicht. Im für TARPSY 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 TARPSY-Rechnung zusätzlich gemäss den Vorgaben der ambulanten Verrechnung massgebenden gesetzlichen Bestimmungen abgerechnet (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 einer stationären psychiatrischen Klinik in Behandlung und das Arzneimittel wird von der Klinik 4x während dem stationären Aufenthalt verabreicht. Im für TARPSY 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 TARPSY-Rechnung zusätzlich gemäss den Vorgaben der ambulanten Verrechnung massgebenden gesetzlichen Bestimmungen abgerechnet (Regel 5, Abs. 2, Bst. a). Der stationäre Kostenteiler kommt nicht zur Anwendung.

Fallbeschreibung 4

Ein Patient befindet sich in einer stationären psychiatrischen Klinik in Behandlung und wird für die Abgabe seines Bluthochdruck-Medikaments ambulant in die Kardiologie eines Spitals 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 erfüllt (Regel 1 erfüllt, jedoch kein abrechenbares Kapitel gemäss Regel 4.1).
 - Die externe Behandlung wird der Klinik gemäss ambulantem Tarif durch den externen Leistungserbringer in Rechnung gestellt (Regel 3, lit. a) und kann nicht separat verrechnet werden.
 - Der Transport geht zu Lasten der Klinik (Regel 4.14).
-

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 einer stationären psychiatrischen Klinik in Behandlung und das Arzneimittel wird von der Klinik einmal verabreicht (Preis ca. CHF 600). Im für TARPSY gültigen Zusatzentgeltkatalog ist kein entsprechendes Zusatzentgelt aufgeführt. Der Schwellenwert von CHF 50 pro abgerechnetem Pflege-tag wird überschritten.

Abrechnung 5

- Das Arzneimittel wird von der Klinik auf der TARPSY-Rechnung zusätzlich gemäss den Vorgaben der ambulanten Verrechnung massgebenden gesetzlichen Bestimmungen abgerechnet (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 einer stationären psychiatrischen Klinik in Behandlung und das Arzneimittel wird von der Klinik verabreicht. Im für TARPSY 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 / Betragslimiten werden nicht erreicht).

Fallbeschreibung 7

Ein Patient muss im Zusammenhang mit einer bestehenden Hypertonie (Bluthochdruck) weiterhin mit Cosaar und Beloc Zok behandelt werden. Der Patient befindet sich 60 Tage in einer stationären psychiatrischen Klinik in Behandlung und das Arzneimittel wird von der Klinik verabreicht. Im für TARPSY 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). Der Schwellenwert bezieht sich auf das Medikament. Verschiedene Verabreichungsformen können nicht kumuliert werden.

Abrechnung 7B

- Das Arzneimittel kann NICHT zusätzlich verrechnet werden (Regel 5 / Betragslimiten werden nicht erreicht).
-

Fallbeschreibung 8

Ein Patient muss im Zusammenhang mit einer bestehenden Parkinson-Erkrankung weiterhin mit Madopar und Sifrol ER behandelt werden. Der Patient befindet sich 40 Tage in einer stationären psychiatrischen Klinik in Behandlung und das Arzneimittel wird von der Klinik verabreicht. Im für TARPSY 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 8

- Das Arzneimittel kann NICHT zusätzlich verrechnet werden (Regel 5 / Betragslimiten werden nicht erreicht).

3. Onkologischer Patient

Fallbeschreibung 1

Ein Patient muss im Zusammenhang mit seiner onkologischen Erkrankung während einer stationären psychiatrischen Behandlung 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 Medikation und die dazugehörige Behandlung werden 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 4.14)
-

Fallbeschreibung 2

Ein Patient muss im Zusammenhang mit seiner onkologischen Erkrankung während eines stationären psychiatrischen Aufenthalts 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 4.14)
-

Fallbeschreibung 3

Ein Patient in einer stationären psychiatrischen Klinik in Behandlung 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 TARPSY gültigen Zusatzentgeltkatalog aufgeführt. Das Arzneimittel wird durch die psychiatrische Abteilung verabreicht. Beide Schwellenwerte werden erreicht (über CHF 1'000 für den stationären Fall bzw. CHF 50 pro abgerechnetem Pflage-tag).

Abrechnung 3

- Das Arzneimittel wird von der Klinik auf der TARPSY-Rechnung zusätzlich gemäss den Vorgaben der ambulanten Verrechnung massgebenden gesetzlichen Bestimmungen abgerechnet (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 stationären psychiatrischen Behandlung die regelmässig geplante Infusionstherapie mit Ocrevus (Preis > CHF 350) 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 4.14).
-

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 stationären psychiatrischen Behandlung 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 TARPSY gültigen Zusatzentgeltkatalog ist kein entsprechendes Zusatzentgelt aufgeführt. Der Betrag von CHF 50 pro abgerechnetem Pflegetag wird zwar nicht erreicht, jedoch der Schwellenwert von CHF 1'000 beim stationären Fall überschritten.

Abrechnung

- Das Arzneimittel wird von der Klinik auf der TARPSY-Rechnung zusätzlich zur Tarifstruktur TARPSY gemäss den Vorgaben der ambulanten Verrechnung massgebenden gesetzlichen Bestimmungen abgerechnet (Regel 5, Abs. 2, Bst. b). Der stationäre Kostenteiler kommt nicht zur Anwendung.

6. Umfassende neurologische Abklärung während Aufenthalt in Psychiatrie

Fallbeschreibung

Ein Patient wird während der stationären psychiatrischen Behandlung für eine umfassende neurologische Abklärung (Leistungen aus TARMED-Kapitel 5) zu einem externen Leistungserbringer geschickt.

Abrechnung

- Die Grundsätze zur separaten 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 4.14).
-

7. Notfallabklärung

Fallbeschreibung

Ein Patient in einer psychiatrischen stationären Klinik 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 4.14).
-

8. Entfernung von Osteosynthesematerial

Fallbeschreibung

Einem Patienten, welcher sich in einer stationären psychiatrischen Behandlung befindet, muss 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 4.14).

9. Erbkrankheit

Fallbeschreibung

Ein Patient, welcher sich in einer stationären psychiatrischen Behandlung befindet, muss mehrmals aufgrund einer bestehenden Hämophilie (Blutgerinnungsstörung) in ein Akutspital zur ambulanten Behandlung transportiert werden. Anlässlich dieser ersten ambulanten Konsultation erfolgt die Vorbesprechung des diagnostischen Eingriffs. Am Folgetag wird eine ambulante Ultraschalluntersuchung durch einen Facharzt für Hämatologie durchgeführt. Drei Tage später erfolgt eine weitere ambulante Ultraschalluntersuchung im Akutspital und es wird das Medikament NovoEight (Preis > CHF 350) verabreicht.

Abrechnung

- Die Grundsätze für die separate Verrechnung von Leistungen sind erfüllt (Regel 1).
- Die gesamte externe Behandlung inkl. Vorbesprechung der Untersuchung wird dem Versicherer gemäss ambulantem Tarif durch den externen Leistungserbringer separat in Rechnung gestellt (Regel 4.1). Der stationäre Kostenteiler kommt nicht zur Anwendung.
- Die drei Transporte gehen zu Lasten der Klinik (Regel 4.14).