UPDATE VOM 22.06.2020

Frequently Asked Questions – FAQ
Abrechnung medizinischer Leistungen in Zusammenhang mit COVID-19 (Neues Corona-Virus)

Aktualisierte Version vom 22. Juni 2020: Die Anpassungen betreffen Punkt 1, 2 und 4

Aktualisierte Version vom 30. April 2020: Die Anpassungen betreffen Punkt 2

Aktualisierte Version vom 7. April 2020: Die Anpassungen betreffen Punkt 3 und 4.

1 Wie kann der Nasen-/Rachenabstrich für den Coronavirus verrechnet werden?

Die Entschädigung für die Kosten der Laboranalyse und der damit verbundenen Leistungen wird mit einer Pauschale für die ärztliche Konsultation (CHF 50), einer Pauschale für die molekularbiologische Analyse (CHF 119) und einer Pauschale für die serologische Analyse (CHF 63) entschädigt. Der Bund übernimmt also neben den Kosten der Laboranalyse auch die Kosten der damit verbundenen Probenentnahme in der Arztpraxis oder in einem Testzentrum.

In der ärztlichen Pauschale von CHF 50 sind die Kosten für das Arzt-Patienten-Gespräch im Zusammenhang mit der Probeentnahme (nicht Behandlung des Patienten), der Abstrich, Schutzmaterial und die Übermittlung des Testergebnisses enthalten. Das Material für den Abstrich wird vom Laboratorium zur Verfügung gestellt und dem Labor über die Auftragstaxe abgegolten.

Der Tarif 406, Position 3028 «Ärztliche Pauschale SARS-CoV-2-Test nach Teststrategie BAG – Pauschale für Ärzte» ist in ihrer Praxissoftware zusammen mit dem TARMED enthalten. Wenden Sie sich an Ihren Praxissoftwareanbieter für die technischen Details zur Abrechnung der Pauschale. Die FMH hat die Softwareanbieter noch gleichentags über diese Tarifanpassung informiert. Es ist davon auszugehen, dass Ihr Praxissoftwareanbieter bezüglich des Vorgehens zur Abrechnung dieser Pauschale für die ärztliche Probeentnahme in Kürze auf Sie zukommen wird.

2 Wer übernimmt die Kosten für den Nasen-/Rachenabstrich

Der Bund übernimmt neu die Kosten der ambulant durchgeführten molekularbiologischen und serologischen Analysen auf SARS-CoV-2 bei gemäss BAG definierten Personen.

Die Kosten werden vom Bund übernommen, sofern die getestete Person

- eines der klinischen Kriterien der Beprobungsstrategie des BAG vom 24. Juni 2020 erfüllt;
- die Meldung eines Kontaktes mit einem Covid-19 Fall durch die SwissCovid App erhalten hat, auch wenn die Person asymptomatisch ist;
- engen Kontakt zu einem Covid-19 Fall hat, auch wenn die Person asymptomatisch ist und sie unter Quarantäne steht, wobei die Testindikation durch die zuständige kantonale Stelle gestellt werden muss;

FMH · Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte · Fédération des médecins suisses
Baslerstrasse 47 · CH-4600 Olten · Telefon +41 31 359 12 30 · Fax +41 31 359 12 38 · tarife.ambulant@fmh.ch · www.fmh.ch

- asymptomatisch ist, und der Kantonsarzt entscheidet, dass der Test für die Ausbruchsuntersuchung und -kontrolle geeignet ist.

In diesen Fällen ist auf dem Laborauftrag der Vermerk *"Gemäss Beprobungsstrategie vom 24. Juni 2020"* anzubringen.

Die Kosten werden nicht vom Bund übernommen, sofern die vorgängig erwähnten Kriterien nicht erfüllt sind, und

- der Test auf Verlangen des Arbeitgebers durchgeführt wird. Diesfalls muss der Arbeitgeber die Kosten übernehmen (Vermerk auf Laborauftrag: *"Auf Verlangen des Arbeitgebers"*);
- oder auf Verlangen der betroffenen Person durchgeführt wird. Die Kosten trägt die betroffene Person selbst. (Vermerk auf Laborauftrag: *"Auf Verlangen der untersuchten Person"*)

Die Leistungserbringer übermitteln die separate Rechnung mit Angabe der ZSR-Nummer / GLN-Nummer dem zuständigen Versicherer des Patienten (Krankenversicherer, Militärversicherung) bzw. für Personen, welche nicht in der Schweiz versichert sind, der Gemeinsamen Einrichtung KVG.

Die Rechnungsstellung erfolgt mit dem Tarmed-Rechnungsformular im System des Tiers Payant, vorzugsweise elektronisch.

Der Versicherer bzw. die Gemeinsame Einrichtung KVG vergüten dem Leistungserbringer die Leistung und stellen dem Bund anschliessend quartalsweise Rechnung.

Die getestete Person schuldet KEINE Kostenbeteiligung.

Für weitere Abklärungen oder Leistungen, welche nicht der Probenentnahme dienen (z.B. Behandlung wegen Coronavirus) muss eine separate Rechnungsstellung erfolgen.

Kosten, welche nicht vom Bund übernommen werden, sei es, weil die Voraussetzungen nicht gegeben sind oder Mehrkosten anfallen, müssen vom Patienten übernommen werden. Darüber ist der Patient vor der Testung entsprechend zu informieren, ansonsten geht der Arzt das Risiko ein, die nicht vom Bund übernommenen Kosten selbst tragen zu müssen.

3 Wer darf die Laboranalyse 3186.00 der Analysenliste abrechnen?

Seit dem 4. März 2020 ist die diagnostische molekularbiologische Analyse (PCR) auf SARS-CoV-2 (bis 29.04.2020 Pos.-Nr. 3565.00, ab 30.04.2020 Pos.-Nr. 3186.00) Bestandteil der Analysenliste (AL) und wird somit von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) als Pflichtleistung übernommen, wenn sie die in den einleitenden Bemerkungen der AL aufgeführten Kriterien erfüllt.

Der Bundesrat hat an seiner Sitzung vom 29. April 2020 entschieden, dass das Testen von Personen mit schweren Symptomen oder erhöhtem Komplikationsrisiko (mit direkter therapeutischer Konsequenz für den Patienten) wie bis anhin von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen wird. Das Testen von Personen mit leichten Symptomen, die keiner Risikogruppe angehören, (ohne direkte therapeutische Konsequenz für den Patienten) ist zur epidemiologischen Kontrolle und die Kosten gehen in diesem Sinne zu Lasten der Kantone.

Das EDI hat zudem aufgrund der raschen technischen Entwicklung entschieden, den Tarif für die Analyse von SARS-CoV-2 per 30. April 2020 auf 95 Franken zu senken.

Die serologische Analyse auf Antikörper gegen SARS-CoV-2 (z.B. mittels ELISA oder Schnelltests) oder auf SARS-CoV-2 Antigene ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht Bestandteil der AL und darf demzufolge nicht zu Lasten der OKP verrechnet werden.

Die Position 3186.00 SARS-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), RNA-Amplifikation inkl. Amplifikat-Nachweis, pro Primärprobe darf nicht in der Arztpraxis abgerechnet werden.

Auf der Webseite des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) im Bereich der Analysenliste finden Sie weiterführende Informationen zur Verrechnung auf einem Faktenblatt des BAG.

- Auf dem Laborauftrag muss die Indikation zur Analyse gemäss den vorstehenden Fallkonstellationen vermerkt werden.
- Das Laboratorium ist verpflichtet, die Rechnungen gemäss der Indikation auf dem Laborauftrag zu adressieren.

Im Rahmen der Präsenzdiagnostik im Praxislabor dürfen nur die entsprechenden Analysen gemäss der Analysenliste (AL) abgerechnet werden. Weiterführende Informationen finden Sie im Faktenblatt Schnelle Analysen und in den FAQs zum Thema Präsenzdiagnostik im Praxislabor.

4 Limitationen für Telefonische Konsultationen und Leistung in Abwesenheit

Am 22. Juni 2020 ist die Verordnung 3 über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus (Covid-19-Verordnung 3) in Kraft getreten. Mit ihrem Inkrafttreten und der Beendigung der ausserordentlichen Lage wird die Verordnung 2 vom 13. März 2020 über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus (COVID-19-Verordnung 2; SR 818.101.24) aufgehoben.

Dies hat Auswirkungen auf die Kostenübernahme für ambulante Leistungen auf räumliche Distanz. Die entsprechenden Empfehlungen des BAG sind daher per 22. Juni 2020 aufgehoben. Massgebend ab dem 22. Juni 2020 sind somit wieder einzig die vertraglich vereinbarten oder behördlich festgelegten Tarife und Abrechnungsregeln.

Insbesondere bedeutet dies, dass für die telemedizinische Leistungen des Psychiaters bzw. des delegiert in der Arztpraxis arbeitenden Psychologen wieder die vom Bundesrat per 1. Januar 2018 verordneten Limitationen gemäss TARMED 01.09_BR gelten. Die entsprechenden Positionen sind demnach wieder wie folgt limitiert:

- 02.0060 «Telefonische Konsultation durch den Facharzt für Psychiatrie bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 5 Min.»: limitiert auf 4-mal pro Sitzung, insgesamt 20 Min.
- 02.0065 «Telefonische Konsultation durch den Facharzt für Psychiatrie bei Kindern unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren, pro 5 Min.»: limitiert auf 8-mal pro Sitzung, insgesamt 40 Min.
- 02.0066 «Telefonische Konsultation durch den Facharzt für Psychiatrie bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit einem erhöhten Behandlungsbedarf, pro 5 Min.»: limitiert auf 8-mal pro Sitzung, insgesamt 40 Min.
- 02.0250 «Telefonische Konsultation durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.»: limitiert auf 48 ml pro 6 Monate

5 Wie kann der Patientenkontakt per E-Mail abgerechnet werden?

Bisher gibt es keine spezifische Tarifposition für eine Konsultation per E-Mail in der aktuell gültigen Tarifstruktur TARMED 01.00.09_BR. Das BAG äussert sich im Factsheet zur Tarifanpassung per 1. Januar 2018 wie folgt: «Sind die WZW-Bedingungen für die Konsultation per Mail erfüllt, kann sie grundsätzlich abgerechnet werden.[1]»

[1] https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/tarifstruktur-tarmed/faq-anpassungen-tarmed-01-01-2018.pdf.download.pdf/FAQ%20TARMED.pdf

Die FMH hält an der Interpretation fest, dass unter Einhaltung der WZW-Bedingungen E-Mails an den Patienten grundsätzlich abgerechnet werden kann:

E-Mails an die Patienten können mit den Tarifpositionen der ärztlichen telefonischen Konsultation bzw. der Tarifposition 00.0110 «Telefonische Konsultation durch den Facharzt, erste 5 Min.» und ff abgerechnet werden. Diese Abrechnungsempfehlung gilt auch für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die ihre E-Mails an die Patienten mit den Tarifpositionen 02.0060 «Telefonische Konsultation durch den Facharzt für Psychiatrie bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 5 Min.» und ff abrechnen können.