



# **Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha**

**Version 17.05.2021  
Gültig ab 01.01.2022**

**Stand:** Genehmigt vom Verwaltungsrat SwissDRG AG  
am 11. Juni 2021, mit redaktioneller Änderung vom 29. Oktober 2021

## Inhalt

<b>1</b>	<b>GRUNDLAGEN UND DEFINITIONEN .....</b>	<b>3</b>
1.1	Benötigte Informationen .....	3
1.2	Regeln für die Kodierung von Diagnosen und Eingriffen.....	3
1.3	Definition und Abrechnung des stationären Aufenthalts.....	3
1.4	Zuordnung von Fällen zu einer ST Reha Tarifgruppe.....	6
1.5	Aufenthaltsdauer.....	7
<b>2</b>	<b>ANWENDUNGSBEREICH UND ABGRENZUNGEN.....</b>	<b>8</b>
2.1	Grundsätze .....	8
2.2	Abgrenzung zwischen den verschiedenen stationären Tarifstrukturen.....	10
2.3	Vergütung eines Patienten, der nach medizinischer Indikation keiner Behandlung und Pflege oder keiner medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf («Wartepatient») .....	12
<b>3</b>	<b>SPEZIELLE ABRECHNUNGSREGELN .....</b>	<b>13</b>
3.1	Übersicht.....	13
3.2	Fallzusammenführungen .....	13
3.3	Regel für Verlegungsabschlüsse .....	14
3.4	Interne Verlegungen.....	14
3.5	Externe ambulante Leistungen.....	14
3.6	Sekundärtransporte .....	15
3.7	Änderung des Hospitalisierungsgrundes während eines Spitalaufenthaltes.....	15
3.8	Aufenthalte über zwei oder mehrere Rechnungsperioden.....	15
3.9	Vor- und nachstationäre Behandlungen und Untersuchungen im Spital.....	16
3.10	Übergangsbestimmungen .....	17
3.11	Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger .....	18

# 1 Grundlagen und Definitionen

Dieses Papier definiert

- ⇒ grundlegende Aspekte für die Anwendung von ST Reha (Kapitel 1)
- ⇒ den Anwendungsbereich von ST Reha (Kapitel 2)
- ⇒ die Regeln über die Fallabrechnung unter ST Reha (Kapitel 3)

Anpassungen und Details, die über die hier geregelten Definitionen hinaus notwendig werden, werden durch den Verwaltungsrat der SwissDRG AG im Sinne dieser Regeln und unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben festgelegt.

## 1.1 Benötigte Informationen

Für eine Vergütung mit ST Reha werden die Daten der medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) benötigt. Diese Daten werden auf der Grundlage des Bundesstatistikgesetz (BstatG) vom 9. Oktober 1992 und der dazugehörigen Verordnung sowie auf der Grundlage der Richtlinien und Empfehlungen des Bundesamtes für Statistik für jeden in einem Spital behandelten Fall routinemässig erhoben.

## 1.2 Regeln für die Kodierung von Diagnosen und Eingriffen

Die Kodierung der Fälle, welche mit ST Reha abgerechnet werden, richtet sich nach den Vorgaben des Bundesamtes für Statistik (BFS). Diese sind schweizweit einheitlich auf Grundlage der jeweils gültigen Prozeduren- und Diagnosenklassifikationen sowie des Kodierhandbuches anzuwenden.

Bei Unklarheiten oder Differenzen in der Interpretation der Kodierregeln sind die Trägerorganisationen der SwissDRG AG bestrebt, gemeinsam mit dem BFS Lösungen zu finden.

Im Hinblick auf die Entwicklung und Pflege von ST Reha muss die SwissDRG AG ihre Anliegen beim BfS einbringen.

## 1.3 Definition und Abrechnung des stationären Aufenthalts

**Grundsatz:** Pro stationären Fall kann 1 ST Reha-Pauschale abgerechnet werden. Besonders zu beachten sind die Regelungen in Kapitel 3.2, gemäss denen unter gewissen Voraussetzungen mehrere stationäre Aufenthalte zu einem stationären Fall und somit zu einer ST Reha-Pauschale zusammengefasst werden.

Die Unterscheidung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung richtet sich nach der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL).

Um eine einheitliche Umsetzung dieser Definitionen sicher zu stellen, haben sich die Partner im Gesundheitswesen auf die folgende Interpretation dieser Definitionen geeinigt:

**Art. 3 Stationäre Behandlung**

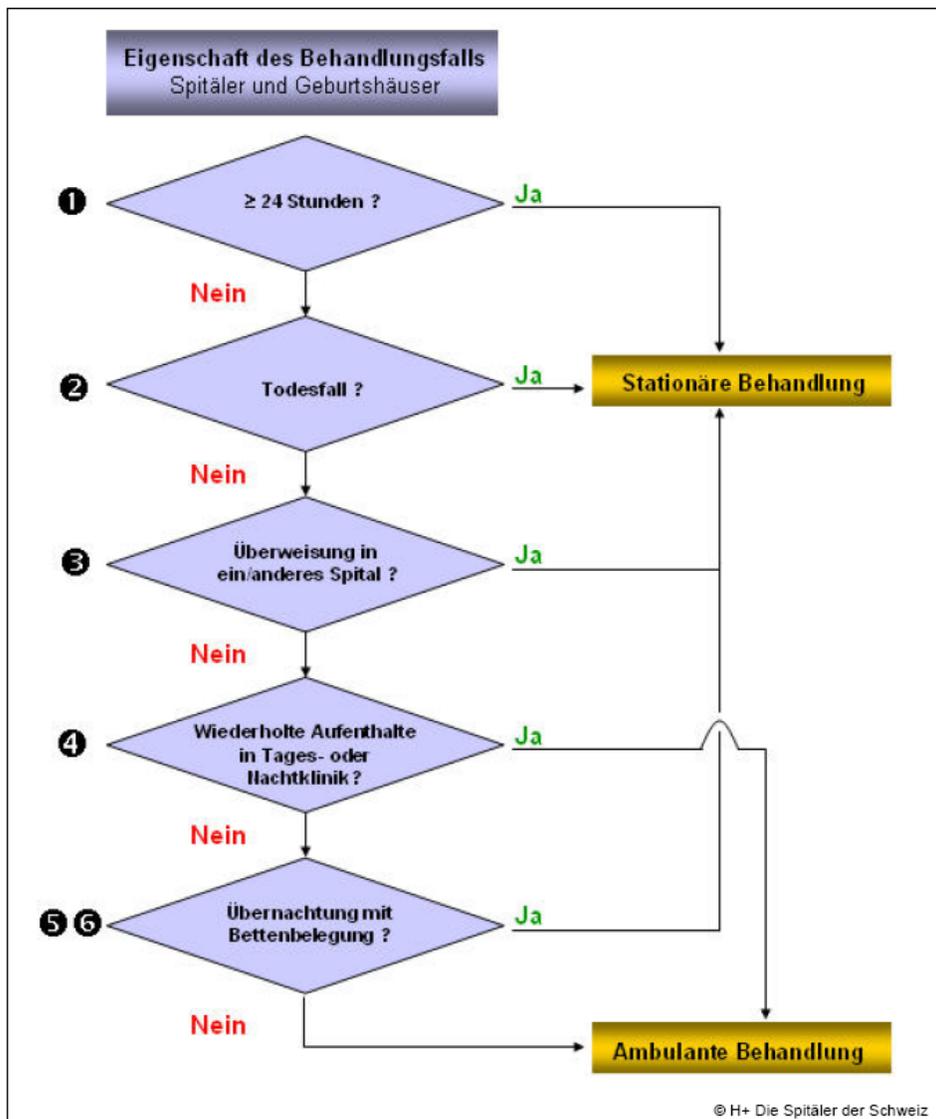
Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus:

- a. von mindestens 24 Stunden;
- b. von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;
- c. im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital;
- d. im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital;
- e. bei Todesfällen

**Art. 5 Ambulante Behandlung**

Als ambulante Behandlung nach Artikel 49 Absatz 6 des Gesetzes gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung.

• Flussdiagramm



• **Erläuterungen zu den Abgrenzungskriterien**

Das Kriterium ❶ „≥ 24 Stunden“ bedeutet, dass der Patient mindestens 24 Stunden im Spital oder im Geburtshaus bleibt.

Das Kriterium ❷ „Todesfall“ klärt die Frage, ob der Patient verstorben ist.

Das Kriterium ❸ „Überweisung in ein/anderes Spital“ klärt die Frage, ob der Patient in ein anderes Spital oder vom Geburtshaus in ein Spital überwiesen worden ist.

Das Kriterium ❹ „wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken“ ist ein medizinischer Entscheid und ist Bestandteil des Therapieplans eines Patienten. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken im Bereich der Psychiatrie sowie wiederholte Aufenthalte im Rahmen von anderen medizinischen und therapeutischen Leistungsbereichen wie zum Beispiel Chemo- oder Radiotherapien, Dialysen, spitalbasierten Schmerzbehandlungen oder Physiotherapie gelten als ambulante Behandlung.

Das Kriterium ❺ „Nacht“ wird mittels Mitternachtszensus-Regel gemessen und erfasst. Mit anderen Worten wird das Kriterium erfüllt, wenn ein Patient um Mitternacht (00:00) im Spital oder im Geburtshaus ist.

Das Kriterium ❻ „Bettenbelegung“: ein Patient belegt ein Bett, sobald es sich um ein Pflegestationsbett handelt. Dem Pflegestationsbett gleichgestellt sind Betten auf der Station der Intensivmedizin, auf der Station der Intermediate Care und das Wöchnerinnenbett. Die Behandlung von Patienten, welche ausschliesslich die Notfallstation, das Schlaflabor oder das Geburtszimmer beanspruchen (sowohl tags als auch nachts), gelten als ambulant.

Die Kriterien ❺ „Nacht“ und ❻ „Bettbelegung“ sind nicht trennbar. Mit anderen Worten muss die Behandlung von weniger als 24 Std. die Kriterien „Nacht“ und „Bettbelegung“ erfüllen, damit sie als stationäre Behandlung erfasst und verrechnet werden kann.

## 1.4 Zuordnung von Fällen zu einer ST Reha Tarifgruppe

### **Alter des Patienten**

Für die Gruppierung des Falles gilt das Alter bei Spitaleintritt.

### **Geschlecht des Patienten**

Für die Gruppierung des Falles gilt das zivilrechtliche Geschlecht bei Spitaleintritt.

Für die Abrechnung einer Behandlung bei intersexuellen Patienten ist das behandelte Geschlecht massgebend für die Rechnungsstellung.

### **Manuelle Forcierung**

Eine manuelle Forcierung der Gruppierung ist nicht zulässig. Alleine der Grouper definiert die Zuordnung des Falles zu einer ST Reha Tarifgruppe.

### **Vergütungspflicht**

Aus der Eingruppierung der Fälle in eine ST Reha Tarifgruppe und der Ermittlung von Zusatzentgelten kann nicht auf eine Leistungspflicht der Sozialversicherungen (Obligatorische Krankenpflegeversicherung bzw. Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung) geschlossen werden. ST Reha ist kein OKP-Pflichtleistungskatalog.

### **Unbewertete ST Reha Pauschale**

Für unbewertete Fallgruppen vereinbaren die Tarifpartner individuelle Entgelte, soweit diese zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bzw. der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung in der stationären Versorgung erbracht werden dürfen.

### **Zusatzentgelte**

Zusätzlich zu einer ST Reha-Pauschale dürfen Zusatzentgelte entsprechend Anlage 2 (bewertete Zusatzentgelte) und 3 (unbewertete Zusatzentgelte) des im Abrechnungsjahr gültigen SwissDRG-Fallpauschalenkataloges abgerechnet werden, sofern der jeweilige CHOP-Kode / ATC-Code gemäss den Kodiergrundlagen in die Kodierung des Falles einfließen.

## 1.5 Aufenthaltsdauer

Die Anzahl abrechenbarer Pflage<sup>1</sup> ermittelt sich nach folgender Formel:

Fälle ohne Verlegung:

$$\text{Anzahl Pflage} = \text{Austrittsdatum} \text{./.} \text{Eintrittsdatum} \text{./.} \text{Urlaubstage} + 1$$

Fälle mit Verlegung<sup>2</sup>:

$$\text{Anzahl Pflage} = \text{Austrittsdatum} \text{./.} \text{Eintrittsdatum} \text{./.} \text{Urlaubstage}$$

Als abrechenbare Pflage gelten demnach der Aufnahmetag<sup>3</sup> sowie jeder weitere Tag des Spitalaufenthalts ohne den Verlegungstag. Vollständige Urlaubstage zählen ebenfalls nicht zur Aufenthaltsdauer.

Erfolgt nach der Entlassung im Spital A am gleichen Kalendertag eine Aufnahme im Spital B, handelt es sich ebenfalls um eine Verlegung, welche für die Ermittlung der abrechenbaren Aufenthaltsdauer berücksichtigt werden muss.

Definition Urlaub<sup>4</sup>: Verlässt ein Patient die Institution für mehr als 24:00 Stunden<sup>5</sup> (>24:00h) bei bleibender Reservierung eines Bettes, so ist dies als administrativer Urlaub anzugeben. Die für einen Fall relevante gesamte Urlaubsdauer ermittelt sich aus der Summe der Stunden und Minuten der einzelnen Urlaube<sup>6</sup>.

Die Anzahl der Urlaubstage, die der Aufenthaltsdauer abzuziehen sind, errechnet sich durch den abgerundeten Wert aus der Division der Summe der Urlaubsstunden (inkl. Berücksichtigung der Minuten) mit 24.

Während eines Urlaubs dürfen den Kostenträgern keine ambulanten Leistungen in Rechnung gestellt werden. Nimmt der Patient in dieser Zeit dennoch ambulante Leistungen in Anspruch, so gehen diese zu Lasten des Spitals und fliessen in die Diagnose- und Prozedurenkodierung ein.

---

<sup>1</sup> Die Berechnung der Anzahl Pflage<sup>1</sup> weicht von der Berechnung der Aufenthaltsdauer gemäss BFS ab

<sup>2</sup> Diese Definition beinhaltet alle Fälle, welche in der BFS-Variable 1.5.V03 „Aufenthalt nach Austritt“ die Ausprägungen 4 (Psychiatrische Klinik, anderer Betrieb), 44 (Psychiatrische Abteilung/Klinik, gleicher Betrieb), 5 (Rehabilitationsklinik, anderer Betrieb), 6 (anderes Krankenhaus) oder 66 (Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb) aufweisen

<sup>3</sup> Art. 3 VKL: Für <Eintrittsdatum = Austrittsdatum> gilt: Erfolgt am Aufnahmetag eine Überweisung in ein anderes Spital, oder stirbt der Patient am Aufnahmetag, wird der Aufnahmetag als 1 Tag gewertet.

<sup>4</sup> Entspricht Variable 1.3.V04 der medizinischen Statistik der Krankenhäuser.

<sup>5</sup> Beispiel: Verlässt ein Patient das Spital für 24 Stunden und 2 Minuten, gilt die Abwesenheit als Urlaub.

<sup>6</sup> Beispiel für die Urlaubsdauer: für einen Patienten mit 3 Abwesenheiten von 8, 26 und 42 Stunden wird eine gesamte Urlaubsdauer von 68 Stunden kodiert (die Abwesenheit von 8 Stunden wird gemäss Definition nicht berücksichtigt). Dies entspricht 2,833 Tagen. Für die Berechnung der relevanten Aufenthaltsdauer werden demnach gemäss Berechnungsformel 2 Urlaubstage abgezogen.

## 2 Anwendungsbereich und Abgrenzungen

### 2.1 Grundsätze

#### 2.1.1 SwissDRG

Der Anwendungsbereich für SwissDRG-Fallgruppen umfasst die Vergütung aller stationären Akut-Aufenthalte in somatischen Akutspitälern, Akutabteilungen und Geburtshäusern sowie aller stationären Palliativbehandlungen. Ebenso sind die Frührehabilitation und Paraplegiologie in den SwissDRG-Fallgruppen abgebildet.

#### 2.1.2 TARPSY

Der Anwendungsbereich für TARPSY-Pauschalen gemäss PCG-Katalog umfasst die Vergütung aller stationären psychiatrischen Aufenthalte in psychiatrischen Spitälern oder psychiatrischen Abteilungen.

#### 2.1.3 ST Reha

Der Anwendungsbereich für ST Reha-Pauschalen gemäss Rehabilitationskostengruppen (RCG)-Katalog umfasst die Vergütung aller stationären Rehabilitations-Aufenthalte in Rehabilitationskliniken oder Rehabilitationsabteilungen.

#### Abweichungen vom Grundsatz (Gültigkeit für die Einführungsversion von ST Reha)

- **Frührehabilitation** fällt nicht unter den Anwendungsbereich von ST Reha. Die Vergütung kann über die Tarifstruktur SwissDRG oder eine alternative Tarifierung erfolgen. Die Regelung obliegt den direkt betroffenen Tarifpartnern.

Für eine Vergütung über die SwissDRG-Tarifstruktur müssen folgende minimale Abgrenzungskriterien kumulativ erfüllt sein:

- Bestehen eines expliziten Leistungsauftrags gemäss Spitalliste für Akutsomatik oder Frührehabilitation
- Erfüllung der Mindestmerkmale gemäss Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) für die fachübergreifende Frührehabilitation oder die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
- Transparente Ausscheidung der Kosten und Leistungen

- **Paraplegiologie** fällt nicht unter den Anwendungsbereich von ST Reha. Die Vergütung kann über die Tarifstruktur SwissDRG oder eine alternative Tarifierung erfolgen. Die Regelung obliegt den direkt betroffenen Tarifpartnern.

Für eine Vergütung unter der SwissDRG-Tarifstruktur müssen folgende minimale Abgrenzungskriterien kumulativ erfüllt sein:

- Bestehen eines expliziten Leistungsauftrags gemäss Spitalliste für Akutsomatik oder Paraplegiologie
- Erfüllung der Mindestmerkmale gemäss Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) für die paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung
- Transparente Ausscheidung der Kosten und Leistungen

Für eine Abrechnung der Paraplegiologie unter SwissDRG wird zwischen der Akut- und der Rehabilitationsphase kein Fallsplit vorgenommen. Der gesamte Fall muss über SwissDRG abgerechnet werden.

Für eine alternative Tarifierung der Frührehabilitation oder Paraplegiologie müssen folgende minimale Abgrenzungskriterien kumulativ erfüllt sein:

- Erfüllung der Mindestmerkmale gemäss Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) für die paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung resp. Erfüllung der Mindestmerkmale gemäss Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) für die fachübergreifende Frührehabilitation oder die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
- Transparente Ausscheidung der Kosten und Leistungen
- Datenlieferung an die SwissDRG AG gemäss den aktuellen Datenlieferungsvorgaben der SwissDRG AG

Sobald die Mindestmerkmale gemäss Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) für die paraplegiologische rehabilitative Komplexbehandlung resp. für die fachübergreifende Frührehabilitation oder die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation nicht mehr erfüllt sind, erfolgt die Abgrenzung gemäss 2.2.

## 2.2 Abgrenzung zwischen den verschiedenen stationären Tarifstrukturen

Für die Bestimmung des Anwendungsbereichs werden Leistungsaufträge in folgenden Bereichen unterschieden:

- Akutsomatik (inkl. Palliative care)
- Psychiatrie
- Rehabilitation

### 2.2.1 Das Spital hat, gemäss kantonalen Spitalliste, Leistungsaufträge für einen Anwendungsbereich

Das Spital hat einen Leistungsauftrag gemäss Spitalliste nur im Bereich der Akutsomatik.

→ Alle Fälle liegen im Anwendungsbereich von SwissDRG

Das Spital hat einen Leistungsauftrag gemäss Spitalliste nur im Bereich der Psychiatrie.

→ Alle Fälle liegen im Anwendungsbereich von TARPSY.

Das Spital hat einen Leistungsauftrag gemäss Spitalliste nur im Bereich der Rehabilitation.

→ Alle Fälle liegen im Anwendungsbereich von ST Reha

Das Spital hat einen Leistungsauftrag gemäss Spitalliste nur im Bereich der Palliative Care.

→ Alle Fälle liegen im Anwendungsbereich von SwissDRG.

Das Spital hat einen Leistungsauftrag gemäss Spitalliste nur im Bereich der Frührehabilitation.

→ SwissDRG kann zur Anwendung kommen, Ausnahmen regelt Ziff. 2.1.

Das Spital hat einen Leistungsauftrag gemäss Spitalliste nur im Bereich der Paraplegiologie.

→ SwissDRG kann zur Anwendung kommen, Ausnahmen regelt Ziff. 2.1.

## 2.2.2 Das Spital hat, gemäss kantonaler Spitalliste, Leistungsaufträge in verschiedenen Bereichen.

Verfügt ein Leistungserbringer über Leistungsaufträge in mehreren Bereichen, erfüllt die minimalen Abgrenzungskriterien und erbringt eine Leistung ausserhalb seiner Hauptleistung, so kommt die jeweilige Tarifstruktur der erbrachten Leistung zur Anwendung.

Grundsätzlich rechnet ein Leistungserbringer mit derjenigen Tarifstruktur ab, in der er seine Hauptleistung erbringt.

Anzuwendende Tarifstruktur	Hauptleistung
SwissDRG	Akutsomatik
SwissDRG	Geburtshaus
SwissDRG	Palliative Care
TARPSY	Psychiatrie
ST Reha	Rehabilitation

Die Zuordnung der Hauptleistung erfolgt anhand der Spitaltypologie

Hauptleistung	Spitaltypologie
Akutsomatik	K111, K112, K121, K122, K123, K231, K233, K234
Geburtshaus	K232
Psychiatrie	K211, K212
Rehabilitation	K221
Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation	K235

Für die Leistungserbringer der Kategorie K235 Spezialkliniken wird die Zuordnung anhand der Pflegetage gemäss den vom BAG publizierten Kennzahlen ermittelt.<sup>7</sup>

Für eine Vergütung über eine andere Tarifstruktur als derjenigen der Hauptleistung müssen folgende minimale Abgrenzungskriterien erfüllt sein:

- Bestehen eines expliziten Leistungsauftrags gemäss Spitalliste in einem anderen Bereich
- Transparente und separate Ausscheidung der Kosten und Leistungen

<sup>7</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html>

Die Identifizierung der erbrachten Leistung erfolgt über die auf der Rechnung ausgewiesene Leistungsstelle (vgl. Anhang III Krankenhausstatistik: Zuordnung der Leistungsstellen auf die Aktivitätstypen).<sup>8</sup>

Es findet folgende Zuordnung statt.

Erbrachte Leistung	Leistungsstelle
<b>Akutsomatik</b>	M000, M050, M100, M200, M300, M400, M600, M700, M800, M850, M900, M990
<b>Geburtshaus</b>	M300
<b>Psychiatrie</b>	M500
<b>Rehabilitation</b>	M950 <sup>9</sup>
<b>Palliativ</b>	M100

Bei Leistungen der Frührehabilitation oder Paraplegiologie die über SwissDRG abgerechnet werden, sind die Leistungsstellen der Akutsomatik anzuwenden.

Zuordnungsregel für Leistungsstelle:

Für die Bestimmung der Leistungsstelle ist der Beherbergungsort des Patienten (Standort des Pflegestationsbettes) ausschlaggebend.

Die Zuordnung der erbrachten Leistung zum anzuwendenden Tarif erfolgt analog zur Hauptleistung.

### 2.3 Vergütung eines Patienten, der nach medizinischer Indikation keiner Behandlung und Pflege oder keiner medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf («Wartepatient»)

Eine separate Vergütungsregelung drängt sich unter ST Reha nicht auf. Grundsätzlich sind die Ansprüche eines Spitals mit der Vergütung gemäss ST Reha abgegolten.

Der Aufenthalt eines Patienten, der nach medizinischer Indikation keiner stationären Behandlung und Pflege oder keiner stationären medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf, wird gemäss Art. 49 Abs. 4 bzw. Art. 50 KVG abgerechnet.

Die Versicherer und Kantone können Kontrollmechanismen vorsehen, um sicherzustellen, dass Art. 49. Abs. 4 KVG vom Spital eingehalten wird.

<sup>8</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ks.assetdetail.285568.html>

<sup>9</sup> Die M950 umfasst alle Formen der Rehabilitation und somit auch pädiatrische und geriatrische Rehabilitation.

## 3 Spezielle Abrechnungsregeln

### 3.1 Übersicht

In diesem Kapitel werden verschiedene Sonderfälle mit den dazugehörigen Regeln behandelt. Es handelt sich insbesondere um:

- Fallzusammenführungen (Wiedereintritt, Rückverlegung)
- Verlegungen
- Änderungen des Hospitalisierungsgrundes während eines Spitalaufenthalts
- Externe ambulante Leistungen während einer Hospitalisierung
- Aufenthalte über zwei Rechnungsperioden
- Vor- und nachstationäre Untersuchungen im Spital
- Übergangsbestimmungen
- Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger

**Grundsatz:** Ein Spital mit mehreren Standorten gilt als 1 Spital. Verlegungen zwischen verschiedenen Standorten desselben Spitals gelten demnach nicht als Verlegungen - der Fall ist zu betrachten, wie wenn der Patient ohne Verlegung behandelt worden wäre.

### 3.2 Fallzusammenführungen

**Grundsatz:** Jeder Wiedereintritt wird als neuer Fall betrachtet, sofern nicht einer der folgenden Ausnahmetatbestände auf ihn zutrifft.

Die folgenden Konstellationen führen dazu, dass die verschiedenen Aufenthalte im betreffenden Spital zu einem Fall zusammengefasst werden und eine Neugruppierung in eine Fallgruppe vorgenommen wird. Die Diagnosen und Behandlungen der zusammengeführten Fälle sind dabei so zu kodieren, wie wenn die gesamte Behandlung nur in einem Aufenthalt erfolgt wäre. Ebenso werden die Aufenthaltsdauern der zusammenzuführenden Fälle addiert. Die Ermittlung allfälliger Urlaubstage erfolgt erst nach durchgeführter Fallzusammenführung.

Es findet keine jahresübergreifende Fallzusammenführung statt.

Es findet keine spitalübergreifende Fallzusammenführung statt.

### **3.2.1 Wiederaufnahme oder Rückverlegung**

Erfolgt innerhalb von 18 Kalendertagen seit Austritt<sup>10</sup> eine Wiederaufnahme oder Rückverlegung in dasselbe Spital und dieselbe Basis-RCG, so werden die Fälle zusammengeführt. Bei Fallzusammenführungen sind die Assessments / Messinstrumente bei Eintritt des ersten Aufenthalts für die Erfassung massgebend.

### **3.2.2 Kombinierte Fallzusammenführungen**

Bei mehrfacher Wiederaufnahme oder Rückverlegung erfolgt in gleicher Weise (gemäss 3.2.1) eine Fallzusammenführung für alle Aufenthalte mit einer Frist von 18 Tagen ab Erstentlassung bzw. Erstverlegung. Die Prüffrist beginnt immer mit dem ersten Fall, der die Fallzusammenführung auslöst.

## **3.3 Regel für Verlegungsabschläge**

Unter ST Reha werden keine Verlegungsabschläge vorgenommen.

## **3.4 Interne Verlegungen**

Bei einer Wiederaufnahme infolge Rückverlegung aus einer Abteilung desselben Spitals, welche nicht unter denselben Anwendungsbereich fällt, gelangen die Regeln für die Fallzusammenführung gemäss 3.2 zur Anwendung.

## **3.5 Externe ambulante Leistungen (Gültigkeit für die Einführungsversion ST Reha)**

Wird der Patient nur für ambulante Leistungen in ein anderes Spital verlegt und daraufhin wieder zurück verlegt, so wird im Spital A für diesen Patienten nur ein Fall geführt und die von Spital B erbrachten Leistungen werden dem Spital A in Rechnung gestellt (= externe Leistungserbringung bei einem anderen Leistungserbringer während einer Hospitalisierung).

Die externen ambulanten Leistungen umfassen alle OKP-Leistungen, die von einem KVG-Leistungserbringer erbracht wurden. Die analoge Regelung gilt für andere Sozialversicherer nach UV, IV und MV.

Das Spital A integriert die ihm in Rechnung gestellte externe Behandlung in sein stationäres Patientendossier. Die Behandlung in Spital B fliesst in die Diagnose- und Prozedurenkodierung des

---

<sup>10</sup> „Innerhalb 18 Tage seit Austritt“ heisst: die Frist beginnt mit dem Austritt und dauert bis und mit dem 18. Kalendertag nach dem Austrittstag. Der Austrittstag wird demnach nicht in die Frist mit eingerechnet.

Spitals A ein<sup>11</sup>. Spital A stellt anschliessend die entsprechende ST Reha-Pauschale den Kostenträgern in Rechnung.

Die separate und zusätzliche Verrechnung von medizinischen Leistungen während der stationären Behandlung unter ST Reha ist gemäss entsprechender nationaler Vereinbarung zwischen den Verbänden der Tarifpartnern möglich. Dies unter Vorbehalt, dass eine solche Vereinbarung bis zum 30. Juni 2021 von allen Verbänden unterschrieben wird. Kommt keine Vereinbarung fristgerecht zustande, entfällt dieser Zusatz.

### **3.6 Sekundärtransporte**

Sekundärtransporte werden vom verlegenden Spital übernommen und im Rahmen der ST Reha - Pauschale abgegolten. Dem verlegenden Spital gleichgestellt ist das rückverlegende Spital. Diese Regelung gilt nicht für Transporte, die von Dritten in Auftrag gegeben werden.

### **3.7 Änderung des Hospitalisierungsgrundes während eines Spitalaufenthaltes**

Unabhängig von der Art der Änderung des Hospitalisierungsgrundes stellt das Spital lediglich eine Rechnung mit nur einer ST Reha Pauschale aus<sup>12</sup>.

Die in Rechnung zu stellende ST Reha -Pauschale wird wie für einen Aufenthalt ohne Änderung des Hospitalisierungsgrundes nach den Vorgaben des BfS ermittelt.

Verunfallt ein wegen einer Erkrankung hospitalisierter Patient oder erkrankt ein wegen eines Unfalls hospitalisierter Patient so gilt Art. 64 des Bundesgesetzes über den Allgemein Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG). Die Frage wer was bezahlt ist zwischen den Versicherern zu regeln.

Diesbezüglich zu beachten ist die Regelung über das Rechnungssplitting gemäss Kapitel 3.11.

### **3.8 Aufenthalte über zwei oder mehrere Rechnungsperioden**

Die Fakturierung der ST Reha Pauschalen erfolgt nach Austritt des Patienten. Patienten die im Jahr T eingetreten und erst im Jahr T+N austreten, werden im Jahr T+N und zu dem im Jahr T+N

---

<sup>11</sup> Damit bei Auswertungen keine Verzerrungen auftreten, müssen extern erbrachte Leistungen bei der Kodierung entsprechend gekennzeichnet werden.

<sup>12</sup> Nur eine Rechnung wird ebenfalls gestellt, falls zuerst geplant war, dass die Unfallversicherung die Vergütung des Falls übernimmt und es schliesslich die Militärversicherung ist (oder umgekehrt). Eine Änderung der Versicherungs-kategorie während des Spitalaufenthaltes führt ebenfalls zu keinem neuen Fall.

gültigen Tarif in Rechnung gestellt<sup>13</sup>. Jede Form von Zwischenrechnung per 31.12. ist ausgeschlossen (es gibt nur eine ST Reha -Rechnung pro Spitalaufenthalt). Die Tarifpartner können für Fälle mit sehr langer Aufenthaltsdauer jedoch tarifvertraglich die Leistung von Akontozahlungen vereinbaren.

Zusatzentgelte werden mit der bei Austritt gültigen Systemversion gemeinsam mit der ST Reha Pauschale des entsprechenden Aufenthaltes dem Kostenträger in Rechnung gestellt.

Auf der Rechnung entspricht das Behandlungsdatum der verwendeten CHOP-Codes dem Datum der Leistungserbringung.

Bei einem Versicherungswechsel des Patienten wird die Rechnung bei Austritt an den Versicherer gestellt, bei dem der Patient bei Spitaleintritt versichert war. Die Aufteilung der Rechnung unter den Krankenversicherern erfolgt pro rata temporis (nach Anzahl Aufenthaltstage). Dabei wird die Anzahl Aufenthaltstage gemäss Ziff. 1.5 der Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha berechnet.

Bei einem Wohnsitzwechsel des Patienten ist der Wohnsitz bei Eintritt entscheidend für die Rechnungsstellung bei Austritt.

Ändert sich der Vergütungsteiler gemäss Art. 49a Abs. 2 KVG, so gilt der Vergütungsteiler bei Austritt des Patienten.

### **3.9 Vor- und nachstationäre Behandlungen und Untersuchungen im Spital**

Vor- und nachstationäre Untersuchungen und Behandlungen im Spital können mit dem jeweils geltenden Tarif abgerechnet werden, d.h. es finden keine Fallzusammenführungen zwischen stationären und ambulanten Fällen statt.

Behandlungen und Untersuchungen sind jedoch grundsätzlich im Rahmen des stationären Aufenthaltes des Patienten vorzunehmen, ausser wenn die Einhaltung der Kriterien<sup>14</sup> Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit eine Behandlung oder Untersuchung vor dem stationären Spitaleintritt erfordern.

Ambulante Leistungen des Spitals mit Bezug zur stationären Behandlung am Eintritts- und Austrittstag sind mit der stationären Pauschale abgegolten. Am Eintritts- und Austrittstag dürfen vom Spital für diese ambulanten Leistungen keine zusätzlichen Rechnungen gestellt werden.

---

<sup>13</sup> Es gelten in diesem Fall auch die zum Zeitpunkt T + N gültigen Kodierungsgrundlagen gemäss Ziffer 1.2 dieses Dokuments.

<sup>14</sup> Gemäss Art. 32 KVG müssen die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

---

### **3.10 Übergangsbestimmungen**

Ein Fall mit Eintrittsdatum vor dem ST Reha Einführungszeitpunkt (1.1.2022) wird Ende 2021 nicht abgeschlossen und per 1.1.2022 neu eröffnet. Die Abrechnung erfolgt bei Austritt nach ST Reha über die gesamte Aufenthaltsdauer. Die Rechnungsstellung des Spitals berücksichtigt sämtliche Zwischenabrechnungen und Akontozahlungen.

## 3.11 Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger

### 3.11.1 Grundlage

Die Leistungskoordination zwischen den einzelnen Sozialversicherern ist im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) geregelt. Artikel 64 Absatz 1 ATSG sieht vor, dass die Kosten für Heilbehandlungen ausschliesslich von einer einzigen Sozialversicherung übernommen werden, soweit die Leistungen gesetzlich vorgeschrieben sind. Bei der Bestimmung des zuständigen Sozialversicherers ist nach Artikel 64 Absatz 2 ATSG die folgende Reihenfolge einzuhalten:

- a) Militärversicherung (MV)
- b) Unfallversicherung (UV)
- c) Invalidenversicherung (IV)
- d) Krankenversicherung (KV)

Art. 64 Absatz 3 ATSG sieht vor, dass der nach Art 64 Abs. 2 bestimmte leistungspflichtige Sozialversicherer bei stationären Behandlungen alleine und uneingeschränkt die Heilungskosten übernimmt. Dies auch, wenn nur ein Teil der Gesundheitsschädigung auf einen von ihm zu deckenden Versicherungsfall zurückzuführen ist.

Dies gilt allerdings gemäss Art. 64 Absatz 4 nur, wenn diese Gesundheitsschäden nicht getrennt behandelt werden können.

Eine getrennte Behandlung ist bei Wahleingriffen möglich oder wenn innerhalb der Behandlungsdauer ein klarer Zeitpunkt ermittelt werden kann, ab dem die Leistungspflicht von einem Versicherer zum anderen wechselt.

Massgebend für die Leistungspflicht bzw. Leistungsdauer der IV ist die Verfügung der zuständigen IV-Stelle (vgl. Art. 57, Absatz 1, lit. g des Bundesgesetz über die Invalidenversicherung; Art. 41, Absatz 1, lit. d und Art. 74 der Verordnung über die Invalidenversicherung; Art. 49 ATSG).<sup>15</sup>

### 3.11.2 Trennung einer Rechnung, bei Vorliegen einer Verfügung der IV

Liegt die Verfügung einer IV Stelle vor, nimmt das Spital eine Trennung der Rechnung pro rata temporis vor. Das für die Rechnungsstellung relevante Kostengewicht ergibt sich aus der Anzahl verrechenbarer Pflage tage des Gesamtfalles. Das Spital stellt der IV die Anzahl verrechenbarer Pflage tage gemäss IV Verfügung und dem anderen Sozialversicherungsträger die Differenz aus der gesamten Anzahl verrechenbarer Pflage tage und der Pflage tage zu Lasten der IV in Rechnung. Handelt es sich beim anderen Sozialversicherungsträger um einen Krankenversicherer, erstellt das Spital zwei Rechnungen gemäss dem Kostenteiler der neuen Spitalfinanzierung an

---

<sup>15</sup> Diese Regelungen gelten nur für die Rechnungsstellung. Das Spital erfasst in der medizinischen Statistik die Kodierung des gesamten, ungesplitteten Falles. Dementsprechend werden auch die Kosten des gesamten, ungesplitteten Falles ausgewiesen und der SwissDRG AG übermittelt.

Krankenversicherer und Kanton. Das Spital berücksichtigt bei der Rechnungsstellung den Basispreis des jeweiligen Sozialversicherungsträgers.

Zusatzentgelte werden ebenfalls pro rata temporis auf die Kostenträger aufgeteilt und vergütet.

Bei Vorliegen einer IV-Verfügung sind die Leistungen nach Kostenträgern zu trennen.

### **3.11.3 Trennung der Rechnung zwischen KV und UV/MV**

Primär sind die MV oder UV leistungspflichtig (vgl. Kaskade nach Art. 64. Abs. 2 ATSG). Sind Bedingungen für einen Rechnungssplit gemäss Art. 64 ATSG erfüllt, ist der KV verpflichtet, diejenigen Kosten, welche die MV/UV Behandlung übersteigen, zu übernehmen. Das Spital nimmt eine Trennung der Rechnung pro rata temporis vor.

Das Spital codiert den gesamten Fall (ST Reha Gesamtfall). Für diejenigen Kosten, welche die MV/UV Behandlung übersteigen, erstellt das Spital auf Grundlage der Angaben des MV/UV zwei Rechnungen gemäss dem Kostenteiler der neuen Spitalfinanzierung an Krankenversicherer und Kanton.