



Arbeitsdokument: Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha

Version 31.10.2018

Gültig ab 1.1.2019

Stand: Genehmigt vom Verwaltungsrat SwissDRG AG
am 07.12.2018 als Arbeitsdokument



Inhalt

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | GRUNDLAGEN UND DEFINITIONEN | 3 |
| 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 |
| 2 | ANWENDUNGSBEREICH UND ABGRENZUNGEN | 9 |
| 2.1 | SwissDRG | 9 |
| 2.2 | TARPSY | 9 |
| 2.3 | ST Reha | 9 |
| 2.4 | Abgrenzung zwischen den verschiedenen stationären Tarifstrukturen | 10 |
| 2.5 | Vergütung von Pflege- oder Wartepatienten | 13 |
| 3 | SPEZIELLE ABRECHNUNGSREGELN | 14 |
| 3.1 | Übersicht | 14 |
| 3.2 | Ausreisser | 14 |
| 3.3 | Fallzusammenführungen | 14 |
| 3.5 | Änderung des Hospitalisierungsgrundes während eines Spitalaufenthaltes | 16 |
| 3.6 | Aufenthalte über zwei oder mehrere Rechnungsperioden | 16 |
| 3.7 | Vor- und nachstationäre Behandlungen und Untersuchungen im Spital | 17 |
| 3.8 | Notfälle | 17 |
| 3.9 | Übergangsbestimmungen | 17 |
| 3.10 | 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 3.3, 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

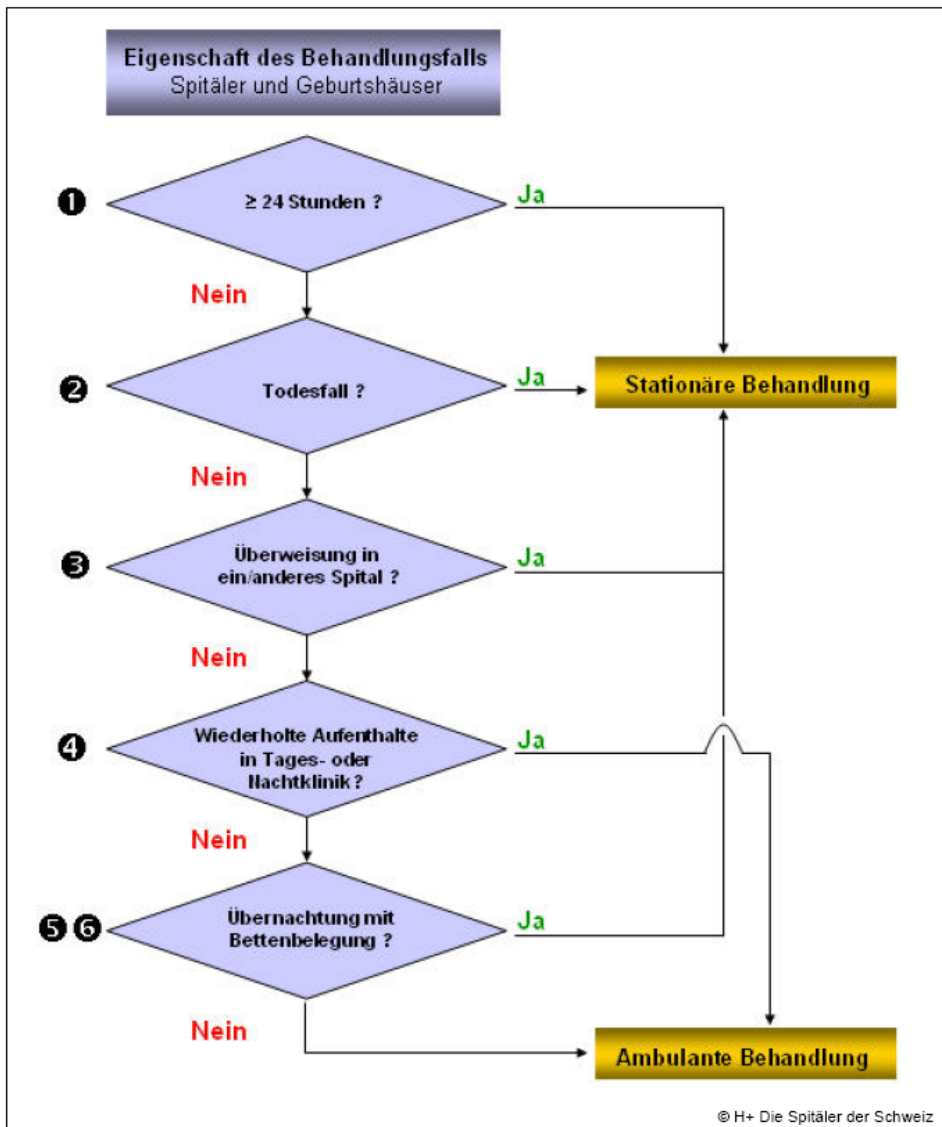
Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus:

- 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

(...)

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

Grundsätzlich werden Ein- und Austritt, sowie Urlaubstage nach den Vorgaben des Bundesamtes für Statistik erfasst. Die Ermittlung der abrechenbaren Aufenthaltsdauer richtet sich nach der Pauschalisierungsart von ST Reha und wird zu einem späteren Zeitpunkt definiert.

Es kommen zwei Varianten für die Ermittlung der Aufenthaltsdauer infrage:

A) Tarifstruktur mit Tagespauschale:

Die Anzahl abrechenbarer Pflégetage¹ ermittelt sich nach folgender Formel:

Fälle ohne Verlegung

Aufenthaltsdauer in Tagen = Austrittsdatum ./ Eintrittsdatum ./ Urlaubstage + 1

Fälle mit Verlegung²

Anzahl Pflégetage = Austrittsdatum ./ Eintrittsdatum ./ Urlaubstage

Als abrechenbare Pflégetage gelten demnach der Aufnahme-³ sowie jeder weitere Tag des Spitalaufenthalts ohne den Verlegungstag. Vollständige Urlaubstage zählen ebenfalls nicht zur Aufenthaltsdauer.

B) Tarifstruktur mit Fallpauschale (Verlegungsabschlägen, Verlegungsfallpauschale, etc.):

Anzahl Pflégetage = Austrittsdatum ./ Eintrittsdatum ./ Urlaubstage

Als Aufenthaltstag gelten demnach der Aufnahme-⁴ sowie jeder weitere Tag des Spitalaufenthalts ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag. Vollständige Urlaubstage zählen ebenfalls nicht zur Aufenthaltsdauer.

Definition Urlaub: Wenn ein Patient während eines Aufenthalts das Spital für mehr als 24:00 Stunden⁵ (>24:00h) verlässt, handelt es sich um einen administrativen Urlaub. Die

¹ Die Berechnung der Anzahl Pflégetage weicht von der Berechnung der Aufenthaltsdauer gemäss BFS ab.

² Diese Definition beinhaltet alle Fälle, welche in der BFS-Variable 1.5.V03 „Aufenthalt nach Austritt“ die Ausprägungen 4 (Psychiatrische Klinik), 5 (Rehabilitationsklinik) oder 6 (anderes Krankenhaus) aufweisen.

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

⁴ Art. 3 VKL: Für <Eintrittsdatum = Austrittsdatum> gilt: Erfolgt am Aufnahme- tag eine Überweisung in ein anderes Spital, oder stirbt der Patient am Aufnahme- tag, wird der Aufnahme- tag als 1 Tag gewertet.

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

für einen Fall relevante gesamte Urlaubsdauer ermittelt sich aus der Summe der Stunden der einzelnen Urlaube⁶.

Die Anzahl der Urlaubstage, die der Aufenthaltsdauer abzuziehen sind, errechnet sich durch den abgerundeten Wert aus der Division der Summe der Urlaubsstunden 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.

Aufenthaltsdauer bei Verlegung: Jedes beteiligte Spital bestimmt die für seinen Fall relevante Aufenthaltsdauer nach dieser Formel. Bei einer Fallzusammenführung (bspw. bei Rückverlegung oder Wiederaufnahme) ermittelt sich die für den abgerechneten Fall relevante gesamte Aufenthaltsdauer für Spital X aus der Summe der Aufenthaltstage der einzelnen Aufenthalte in Spital X.

⁶ 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 SwissDRG

a) Grundsatz

Der Anwendungsbereich für SwissDRG-Fallgruppen umfasst die Vergütung aller stationären Akut-Aufenthalte in somatischen Akutspitälern, Akutabteilungen und Geburtshäusern sowie aller stationären Palliativbehandlungen.

2.2 TARPSY

a) Grundsatz

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

b) Abweichungen vom Grundsatz (gültig bis 31.12.2019)

Folgender Bereich von Leistungserbringern fällt nicht unter den Anwendungsbereich von TARPSY, sofern die Tarifpartner eine Vergütung ausserhalb der TARPSY-Tarifstruktur einvernehmlich vereinbart haben:

Eigenständige auf forensische Psychiatrie spezialisierte Abteilung

Für eine Vergütung ausserhalb des Anwendungsbereichs von TARPSY müssen folgende minimale Abgrenzungskriterien erfüllt sein:

- Bestehen eines expliziten Leistungsauftrags gemäss Spitalliste für eigenständige auf forensische Psychiatrie spezialisierte Abteilung
- Transparente Ausscheidung der Kosten und Leistungen

2.3 ST Reha

a) Grundsatz

Der Anwendungsbereich für ST Reha-Pauschalen umfasst die Vergütung aller stationären Rehabilitations-Aufenthalte in Rehabilitationskliniken oder Rehabilitationsabteilungen.

2.4 Abgrenzung zwischen den verschiedenen stationären Tarifstrukturen

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

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

2.4.1 Das Spital hat, gemäss kantonaler 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. Ausnahmen regelt Ziff. 2.2.

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, Ausnahmen regelt Ziff. 2.1.

2.4.2 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, Ausnahmen regelt Ziff. 2.2 | 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 Pflergetage gemäss den vom BAG publizierten Kennzahlen ermittelt.⁷

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

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

- Transparente und separate Ausscheidung der Kosten und Leistungen

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

Es findet folgende Zuordnung statt.

| Erbrachte Leistung | Leistungsstelle ⁹ |
|-----------------------|--|
| Akutsomatik | M000, M050, M100, M200, M300, M400, M600, M700, M800, M850, M900, M990 |
| Geburtshaus | M300 |
| Psychiatrie | M500 |
| Rehabilitation | M950 ¹⁰ |
| Palliativ | M100 |

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.

⁸ <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/205849/master>

⁹ <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/285568/master>

¹⁰ Die M950 umfasst alle Formen der Rehabilitation und somit auch pädiatrische und geriatrische Rehabilitation.

2.5 Vergütung von Pflege- oder Wartepatienten

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 Pflege- oder Wartepatienten wird nicht über ST Reha abgerechnet. Zur Anwendung gelangt der entsprechende Tarif¹¹. Mit anderen Worten: Wird die Aufenthaltsdauer im Spital verlängert, weil der Patient z.B. auf einen Langzeitpflegeplatz wartet, darf diese Dauer nicht dem stationären Aufenthalt nach ST Reha zugerechnet werden.

Die Versicherer und Kantone können Kontrollmechanismen vorsehen, um sicherzustellen, dass diese Regel eingehalten wird.

¹¹ KVG: Solange der Patient im Sinne von Art. 49 Abs. 4 KVG nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege im Spital bedarf, sind alle Leistungen durch die Vergütung gemäss ST Reha abgedeckt. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Artikel 50 (Tarif mit Pflegeheimen) zur Anwendung. In diesem Fall wird der ST Reha-Fall mittels administrativem Austritt abgeschlossen und der „Pflegefall“ wird mittels administrativem Eintritt eröffnet.

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
- Notfälle
- 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 Ausreisser

(...)

3.3 Fallzusammenführungen

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

Es wird datengestützt geprüft, ob Fallzusammenführungen unter ST Reha sinnvoll sind. Sollte dies der Fall sein, kommen entweder die Regelungen von SwissDRG oder TARPSY zur Anwendung.

3.3.1 Rückverlegung

(...)

3.3.2 Kombinierte Fallzusammenführungen Verlegungen

(...)

3.3.3 ggf. Regel für Verlegungsabschläge

(...)

3.3.4 Interne Verlegungen

(...)

3.3.5 Externe ambulante Leistungen

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 Spitals A ein¹². Spital A stellt anschliessend die entsprechende SwissDRG-Fallpauschale den Kostenträgern in Rechnung.

3.3.6 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.

¹² Damit bei Auswertungen keine Verzerrungen auftreten, müssen extern erbrachte Leistungen bei der Kodierung entsprechend gekennzeichnet werden.

3.4 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 aus¹³.

Die in Rechnung zu stellende ST Reha -Pauschale wird wie für einen normalen Aufenthalt 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 Allgemeinen 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 3.10.

3.5 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 gültigen Tarif in Rechnung gestellt¹⁴. 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.

¹³ 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 Versicherungsklasse während des Spitalaufenthaltes führt ebenfalls zu keinem neuen Fall.

¹⁴ Es gelten in diesem Fall auch die zum Zeitpunkt T + N gültigen Kodiergrundlagen gemäss Ziffer 1.2 dieses Dokuments.

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

3.6 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 Aufenthalts des Patienten vorzunehmen, ausser wenn die Einhaltung der Kriterien¹⁵ 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.

3.7 Notfälle

Die notfallmässige Aufnahme eines Patienten hat keinen Einfluss auf die Gruppierung eines Falls in eine bestimmte ST Reha –Tarifgruppe.

3.8 Übergangsbestimmungen

Ein Fall mit Eintrittsdatum vor dem ST Reha Einführungszeitpunkt (1.1.20xx) wird Ende 20xx nicht abgeschlossen und per 1.1.20xx neu eröffnet. Die Abrechnung erfolgt bei Austritt nach ST Reha über die gesamte Aufenthaltsdauer. Die Rechnungsstellung des Spitals berücksichtigt sämtliche Zwischenabrechnungen und Akontozahlungen.

¹⁵ Gemäss Art. 32 KVG müssen die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

3.9 Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger

3.9.1 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).¹⁶

3.9.2 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 Pflgetage des Gesamtfalles. Das Spital stellt der IV die Anzahl verrechenbarer Pflgetage gemäss IV Verfügung und dem anderen Sozialversicherungsträger die Differenz aus der gesamten Anzahl verrechenbarer Pflgetage und der

¹⁶ 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.

Pflegetage 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 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.

3.9.3 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 Rechnungssplitt 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 zwei Rechnungen gemäss dem Kostenteiler der neuen Spitalfinanzierung an Krankenversicherer und Kanton.