# Klarstellungen
# und Fallbeispiele

# zu den Regeln und Definitionen
# zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY

**Version 4.2 vom 1. August 2018**

Weitere Klarstellungen und Fallbeispiele werden bei Bedarf laufend ergänzt
und in Folgeversionen publiziert.

## Vorbemerkungen

Die Klarstellungen gelten, soweit anwendbar und in Analogie, auch für TARPSY. TARPSY-spezifische Klarstellungen sind entsprechend gekennzeichnet.

- Änderungen gegenüber der Version 4.1: Korrektur Kapitel 3.10.3, Trennung der Rechnung zwischen KV und UV/MV

## Klarstellung Nr. 02 (publiziert am 23. Oktober 2012, geändert am 4. September 2015)

## Zu Absatz 1.3 Definition und Abrechnung des stationären Aufenthalts. Begriff Spital

Der Begriff Spital wird in den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG in unterschiedlicher Weise verwendet:

- Für die Abgrenzung, ob ein Fall als stationär zu betrachten ist, wird der Begriff „Spital“ im weiteren Sinne verwendet und umfasst neben Einrichtungen für die Akutsomatik auch Reha-Kliniken und Psychiatrische Kliniken.
- Für die Anwendung der Regeln zur Fallzusammenführung (Ziffer 3.3) bzw. zum Verlegungsabschlag (Ziffer 3.4) wird der Begriff Spital im engeren Sinne verwendet: Spital als Einrichtung, die in den Anwendungsbereich der SwissDRG fällt, und in Abgrenzung zu Reha-Kliniken und Psychiatrischen Kliniken.

## Klarstellung Nr. 03 (publiziert am 23. Oktober 2012, geändert am 1. Januar 2016)

## Zu Absatz 1.3 Definition und Abrechnung des stationären Aufenthalts. Aufenthaltsdauer kürzer als 24 Stunden

Bei Verlegungsketten hat der zweite Aufenthalt keinen Einfluss auf die Beurteilung, ob der erste Aufenthalt stationär oder ambulant zu verrechnen ist. Dies gilt auch bei Verlegungsketten mit Aufenthaltsdauern kürzer als 24 Stunden.

| Spital A<br><br>1. Aufenthalt < 24 h | Verlegung<br> | Spital B<br><br>2. Aufenthalt < 24 h |
|---|---|---|
| Stationäre Verrechnung nach SwissDRG, wenn eine Verlegung gemäss unten genannter Kriterien erfolgt ist. | | Ambulante Verrechnung, ausser mindestens eines der folgenden Kriterien ist erfüllt:<br>• Todesfall<br>• Verlegung in ein anderes Spital<br>• Übernachtung mit Bettenbelegung |

Das Spital A rechnet den Aufenthalt stationär ab, wenn die Bedingungen 5 (Mitternachtszensus) und 6 (Bettenbelegung) gemäss Ziffer 1.3 der Anwendungsregeln kumulativ erfüllt sind oder wenn folgende Bedingungen für die Verlegung kumulativ erfüllt sind:

- Der Transport ins Spital B wird durch Spital A veranlasst.
- Der Transport ins Spital B wird von mind. einer medizinischen Fachperson, die nicht gleichzeitig Fahrer des Fahrzeugs ist, begleitet.
- Der Transport ist medizinisch notwendig und die Wahl des Transportmittels entspricht dem medizinischen Bedarf.
- Das Transportmittel ist mind. mit Notfallmaterial, Verbandsmaterial und AED (Automatisierter Externer Defibrillator) ausgerüstet.
- Die medizinische Verantwortung für den Patienten trägt - bis zur Aufnahme im Spital B - das Spital A; das Transportunternehmen oder das Spital B.

Rechnet das Spital A den Aufenthalt stationär ab, erfolgt die Vergütung für den Sekundärtransport gemäss Ziffer 3.4.5 der Anwendungsregeln.

## Klarstellung Nr. 24 (publiziert am 5. August 2013)

## Zu Absatz 1.4 Zuordnung von Fällen zu einer DRG. Vergütungspflicht. Nichtpflichtleistungen

Werden im Rahmen eines stationären Aufenthaltes Nichtpflichtleistungen erbracht, muss wie folgt vorgegangen werden:

- Der Fall wird vollständig gemäss Kapitel 1.2 codiert und dem Bundesamt für Statistik im Rahmen der medizinischen Statistik übermittelt.
- Die Fallkosten werden vollständig gemäss Vorgaben der SwissDRG AG erfasst und der SwissDRG AG im Rahmen der Datenerhebung übermittelt.
- Der Pflichtanteil des Falles wird gemäss gesetzlichen Vorgaben dem zahlungspflichtigen Sozialversicherer in Rechnung gestellt.
- Der Nichtpflichtanteil des Falles wird dem Patienten durch das Spital in Rechnung gestellt. Die Aufklärungspflicht gilt es zwingend zu beachten.

Aus der Eingruppierung der Fälle in eine DRG und der Ermittlung von Zusatzentgelten kann nicht auf eine Leistungspflicht der Sozialversicherungen (Obligatorische Krankenpflegeversicherung bzw. Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung) geschlossen werden. SwissDRG ist kein OKP-Pflichtleistungskatalog weder für die obligatorische Krankenpflegeversicherung noch für die Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung.

## Klarstellung Nr. 26 (publiziert am 18. September 2014)

## Zu Absatz 1.4 Zuordnung von Fällen zu einer DRG. Zusatzentgelte

Bei off-label Anwendungen von Medikamenten, für die ein Zusatzentgelt etabliert ist, sind für die Rechnungsstellung die Bestimmungen von Artikel 71 KVV anzuwenden.

## Klarstellung Nr. 22 (publiziert am 1. Januar 2013)

## Zu Absatz 1.5 Aufenthaltsdauer. Definition Urlaub

Ein Urlaub liegt vor, wenn ein Patient mit Zustimmung des behandelnden Spitalarztes die Spitalbehandlung zeitlich befristet unterbricht, die stationäre Behandlung noch nicht abgeschlossen ist und keine stationäre Behandlung in einer anderen Institution während der Abwesenheit beansprucht wird. Bei Fortsetzung der stationären Spitalbehandlung nach einem Urlaub, liegt keine Wiederaufnahme vor. Demzufolge wird ein administrativer Urlaub verbucht; die Wiedereintrittsvariablen bleiben in solchen Fällen leer. Der Urlaub muss dokumentiert sein.

Bei Fallzusammenführung infolge Wiederaufnahme werden die Felder zu den Wiedereintritten ausgefüllt. Die Zeit der Abwesenheit zwischen dem ersten Austritt und dem Wiedereintritt wird nicht als administrativer Urlaub gebucht.

TARPSY-spezifische Klarstellung

## Klarstellung Nr. 28 (publiziert am 1. Januar 2018)

## Zu Absatz 1.5 Ermittlung der abrechenbaren Pflegetage. Fälle mit Verlegung

Um eine Gleichbehandlung von Fällen mit externer und interner Verlegung sicherzustellen, gelten zusätzlich zu den Variablenausprägungen der BFS Variable 1.5.V03, welche Fussnote 3 der Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY aufzählt, auch Fälle mit den Variablenausprägungen 55 (Rehabilitationsabteilung/-klinik, gleicher Betrieb) und 66 (Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb) als Fälle mit Verlegung. Die Variablenausprägung 44 (Psychiatrische Abteilung/Klinik, gleicher Betrieb) ist bei einem unter TARPSY abgerechneten Fall nicht anwendbar, da es sich um eine interne Verlegung innerhalb des gleichen Anwendungsbereichs handeln würde und somit der erste Aufenthalt noch nicht abgeschlossen wäre.

## Klarstellung Nr. 08 (publiziert am 20. März 2012)

## Zu Absatz 3.3 Fallzusammenführung

Die Ermittlung allfälliger Urlaubstage erfolgt erst nach durchgeführter Fallzusammenführung (vgl. Kapitel 1.5 „Aufenthaltsdauer. Definition Urlaub“ der Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG).

Bei einer Fallzusammenführung mit mehreren administrativen Urlauben, werden bei der Fallzusammenführung die einzelnen administrativen Urlaube in Stunden summiert. Erst die Summe aller administrativen Urlaube in Stunden wird in Tage umgerechnet.

Beispiel:
Fall 1: 36 Stunden Urlaub
Fall 2: 36 Stunden Urlaub

Nach erfolgter Fallzusammenführung: 72 Stunden = 3 Tage Urlaub.

Diese Regelung entspricht dem Verfahren zur Ermittlung der Urlaubstage für die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BFS). Vgl. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/02.Document.147762.pdf

TARPSY-spezifische Klarstellung

## Klarstellung Nr. 29 (publiziert am 1. Januar 2018)

## Zu Absatz 3.2.1 Fallzusammenführung, Wiederaufnahme oder Rückverlegung

Sofern auf den HoNOS/CA zur Bestimmung des Schweregrades abgestellt wird, sind bei Fallzusammenführungen die Assessments bei Eintritt des ersten Aufenthalts gruppierungsrelevant.

## Klarstellung Nr. 27 (publiziert am 20. Juli 2015)

## Zu Absatz 3.3 Fallzusammenführung

Es findet keine jahresübergreifende Fallzusammenführung statt, sofern die Austrittdaten der entsprechenden Aufenthalte in zwei unterschiedliche Jahre fallen.

**Fallkonstellation 1**

| | | |
|---|---|---|
| Spital A<br><br>2. Stationärer Aufenthalt | | Spital A<br><br>3. Aufenthalt<br>Wiederaufnahme oder Rückverlegung |
| Austritt im Jahr **T** | | Eintritt im Jahr **T** und Austritt im Jahr **T+N** |

**Fallkonstellation 2**

| | | |
|---|---|---|
| Spital A<br><br>1. Stationärer Aufenthalt | | Spital A<br><br>2. Aufenthalt<br>Wiederaufnahme oder Rückverlegung |
| Austritt im Jahr **T** | | Eintritt im Jahr **T+N** und Austritt im Jahr **T+N** |

Der erste und der zweite Aufenthalt in Spital A werden in beiden Fallkonstellationen nicht zusammengeführt, da das Austrittsdatum der beiden Aufenthalte in unterschiedliche Jahre fällt.

## Klarstellung Nr. 25 (publiziert am 1. Januar 2014)

## Zu Absatz 3.3.2 Rückverlegung

Bei einer Wiederaufnahme innerhalb von 18 Kalendertagen infolge einer Rückverlegung aus einem anderen Spital, das unter den Anwendungsbereich dieser Abrechnungsregeln fällt, sind die Fälle bei gleicher MDC zusammen zu führen. Die Verlegungsabschläge gemäss entsprechender Regelung im Kapitel „Verlegungen“ sind anwendbar.

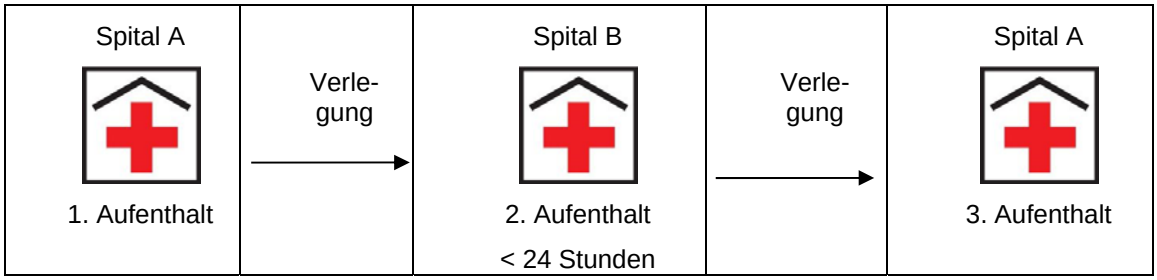
## Klarstellung Nr. 09 (publiziert am 20. März 2012, geändert am 22. Oktober 2012)
## Zu Absatz 3.4.1 Regel für Verlegungsabschläge

Sowohl der verlegte Fall als auch der zuverlegte Fall müssen in den Anwendungsbereich der SwissDRG fallen, damit ein Verlegungsabschlag möglich ist. Zwecks Verrechnung ist der Fall als Aufnahme oder Entlassung und nicht als Verlegung anzugeben, wenn eines der beiden involvierten Spitäler:

- ein ausländischer Leistungserbringer,
- eine Einrichtung der Rehabilitation gemäss Ziff. 2.1.2 oder
- eine Einrichtung der Psychiatrie oder Suchtmittelbehandlung gemäss Ziff. 2.1.2 ist.

## Klarstellung Nr. 21 (publiziert am 18. September 2014)
## Zu Absatz 3.4.4 Externe ambulante Leistungen

**Fallkonstellation 1**

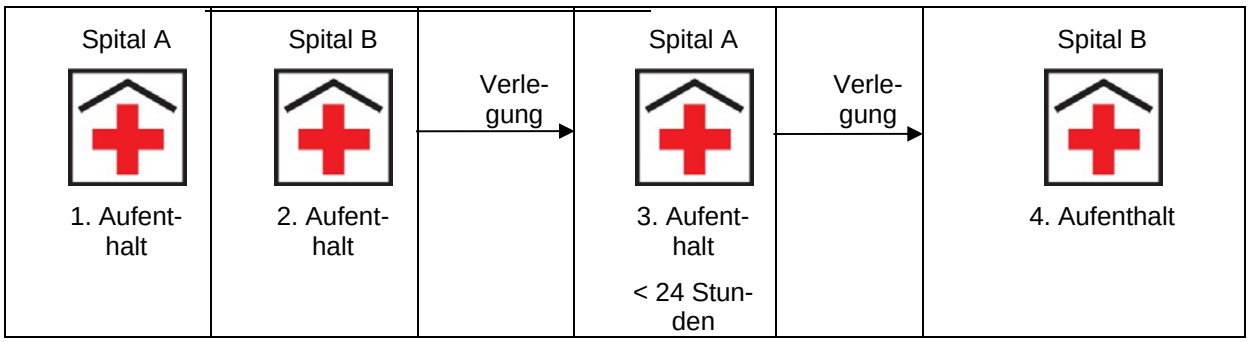



Das Spital B rechnet den Aufenthalt stationär ab, wenn die Bedingungen 5 (Mitternachtszensus) und 6 (Bettenbelegung) gemäss Ziffer 1.3 der Anwendungsregeln kumulativ erfüllt sind. Bei allen anderen Aufenthalten unter 24h stellt Spital B Rechnung an Spital A gemäss Ziffer 3.4.4 der Anwendungsregeln.

Sofern Spital B den Aufenthalt stationär abrechnet und die Kriterien gemäss Ziffer 3.3 Fallzusammenführungen der Anwendungsregeln erfüllt sind, sind die beiden Fälle in Spital A (1. und 3. Aufenthalt) zusammen zu führen.

**Fallkonstellation 2**

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum




Das Spital A rechnet den 3. Aufenthalt stationär ab, wenn die Bedingungen 5 (Mitternachtszensus) und 6 (Bettenbelegung) gemäss Ziffer 1.3 der Anwendungsregeln kumulativ erfüllt sind. Bei allen anderen Aufenthalten unter 24h stellt Spital A Rechnung an Spital B gemäss Ziffer 3.4.4 der Anwendungsregeln.

Sind beide Aufenthalte im Spital A stationär und die Kriterien gemäss Ziffer 3.3 Fallzusammenführungen der Anwendungsregeln erfüllt, sind die beiden Fälle in Spital A (1. und 3. Aufenthalt) zusammen zu führen.

## Klarstellung Nr. 30 (publiziert am 1. August 2018)
## Zu Absatz 3.10.3 Trennung der Rechnung zwischen KV und UV/MV

Korrektur eines redaktionellen Fehlers bei der Aktualisierung der Regeln und Definitionen zu Fallabrechnung Version Mai 2017 gültig ab 1.1.2018.

Nachfolgend ist die anzuwendende Regel gemäss der Änderungsdokumentation Version Mai/2014 auf Version Mai/2015 abgebildet:

„Primär sind die MV oder UV leistungspflichtig (vgl. Kaskade nach Art. 64. Abs. 2 ATSG). Die KV ist in dieser Fallkonstellation verpflichtet, diejenigen Kosten, welche die MV/UV Behandlung übersteigen, zu übernehmen. Voraussetzung ist, dass der MV/UV-Fall durch die Behandlung des KV-Leidens nicht verlängert wird.

Das Spital codiert den gesamten Fall (DRG Gesamtfall) und den MV/UV-Fall (DRG MV/UV) und stellt der MV/UV Rechnung.

1) Ist das Kostengewicht der DRG MV/UV gleich hoch wie jenes des DRG Gesamtfalls, gehen die gesamten Kosten nach Art. 64 Abs. 3 ATSG zu Lasten der MV/UV.

2) Ist das Kostengewicht der DRG MV/UV kleiner als jenes des DRG-Gesamtfalls, wird die Rechnung des Spitals storniert und das Spital nimmt auf Grundlage der Angaben des MV/UV ein Rechnungssplitting analog Kapitel 3.10.2 vor.“

# Anlage 1:

# Fallbeispiele zu den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG

## Kapitel 3.3 Fallzusammenführungen

**(publiziert am 20. März 2012)**

Die Begriffe „Tage“ und „Kalendertage“ sind im folgenden Text gleichbedeutend.

**Fallkonstellation 1:**
Wiederaufnahme (Kapitel 3.3.1) innerhalb von 18 Tagen, Eingruppierung in gleiche MDC

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum

| Spital A | | Spital A |
|---|---|---|
|  | |  |
| 1. Aufenthalt | | 2. Aufenthalt Wiederaufnahme |

Der erste und der zweite Aufenthalt in Spital A werden zusammengeführt, wenn
a) beide Aufenthalte in der gleichen MDC gruppiert sind
b) die Wiederaufnahme innerhalb von 18 Tagen seit Austritt erfolgte
c) weder der erste noch der zweite Aufenthalt in eine Fallgruppe „Ausnahme von Wiederaufnahme“ gemäss Spalte 12 des Fallpauschalenkatalogs fällt.

**Fallkonstellation 2:**
Rückverlegung (Kapitel 3.3.2) innerhalb von 18 Tagen, Eingruppierung in gleiche MDC

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum

| Spital A | Spital B | Spital A |
|---|---|---|
|  |  |  |
| 1. Aufenthalt | | 2. Aufenthalt Rückverlegung |

Der erste und der zweite Aufenthalt in Spital A werden zusammengeführt, wenn
a) beide Aufenthalte in der gleichen MDC gruppiert sind
b) die Wiederaufnahme infolge Rückverlegung innerhalb von 18 Tagen seit Austritt erfolgte

**Fallkonstellation 3:**
Rückverlegung (Kapitel 3.3.2) in ein Geburtshaus innerhalb von 18 Tagen, Eingruppierung in gleiche MDC

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum

| Geburtshaus A | Spital | Geburtshaus A |
|---|---|---|
|  |  |  |
| 1. Aufenthalt | | 2. Aufenthalt Rückverlegung |

Der erste und der zweite Aufenthalt in Geburtshaus A werden zusammengeführt, wenn
a) beide Aufenthalte in der gleichen MDC gruppiert sind
b) die Wiederaufnahme infolge Rückverlegung innerhalb von 18 Tagen seit Austritt erfolgte

**Fallkonstellation 4:**
Kombinierte Fallzusammenführung (Kapitel 3.3.3)
Rückverlegung innerhalb von 18 Tagen, Eingruppierung in gleiche MDC, dann Wiederaufnahme innerhalb der Prüffrist

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum

| Spital A | Spital B | Spital A | | Spital A |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  | |  |
| 1. Aufenthalt | | 2. Aufenthalt Rückverlegung | | 3. Aufenthalt Wiederaufnahme |

Alle drei Aufenthalte in Spital A werden zusammengeführt, wenn
a) der zweite und der dritte Aufenthalt im Spital A in der gleichen MDC gruppiert sind, wie der erste Aufenthalt im Spital A
b) die Wiederaufnahme infolge Rückverlegung für den zweiten Aufenthalt innerhalb von 18 Tagen seit erstem Austritt erfolgte
c) die Wiederaufnahme für den dritten Aufenthalt ebenfalls innerhalb von 18 Tagen seit erstem Austritt erfolgte
d) weder der erste Aufenthalt, noch der dritte Aufenthalt in eine Fallgruppe „Ausnahme von Wiederaufnahme“ gemäss Spalte 12 des Fallpauschalenkatalogs fällt.

**Fallkonstellation 5:**
Kombinierte Fallzusammenführung (Kapitel 3.3.3)
Wiederaufnahme innerhalb von 18 Tagen, Eingruppierung in gleiche MDC, dann Rückverlegung innerhalb der Prüffrist

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Spital A  1. Aufenthalt | | Spital A  2. Aufenthalt Wiederaufnahme | Spital B  | Spital A  3. Aufenthalt Rückverlegung |

Alle drei Aufenthalte in Spital A werden zusammengeführt, wenn

a) der zweite und der dritte Aufenthalt im Spital A in der gleichen MDC gruppiert sind, wie der erste Aufenthalt im Spital A
b) die Wiederaufnahme für den zweiten Aufenthalt innerhalb von 18 Tagen seit erstem Austritt erfolgte
c) die Wiederaufnahme infolge Rückverlegung für den dritten Aufenthalt ebenfalls innerhalb von 18 Tagen seit erstem Austritt erfolgte
d) weder der erste Aufenthalt, noch der zweite Aufenthalt in eine Fallgruppe „Ausnahme von Wiederaufnahme“ gemäss Spalte 12 des Fallpauschalenkatalogs fällt

**Fallkonstellation 6:**
Rückverlegung (Kapitel 3.3.2), Eingruppierung nicht in die gleiche MDC, dann Wiederaufnahme (Kapitel 3.3.1) innerhalb von 18 Tagen, Eingruppierung in gleiche MDC

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Spital A  1. Aufenthalt | Spital B  | Spital A  2. Aufenthalt Rückverlegung | | Spital A  3. Aufenthalt Wiederaufnahme |

Der erste Aufenthalt wird separat mit einer DRG abgerechnet, da die Eingruppierung des zweiten Aufenthaltes nicht in die gleiche MDC wie der erste Aufenthalt erfolgte. Der zweite und der dritte Aufenthalt in Spital A werden zusammengeführt, wenn

a) beide Aufenthalte in der gleichen MDC gruppiert sind
b) die Wiederaufnahme für den dritten Aufenthalt innerhalb von 18 Tagen seit Austritt beim zweiten Aufenthalt erfolgte
c) weder der zweite, noch der dritte Aufenthalt in Spital A in eine Fallgruppe „Ausnahme von Wiederaufnahme“ gemäss Spalte 12 des Fallpauschalenkatalogs fällt.

**Fallkonstellation 7:**
Wiederaufnahme (Kapitel 3.3.1), erster Aufenthalt in einer Fallgruppe „Ausnahme von Wiederaufnahme“. Dann erneute Wiederaufnahme, Eingruppierung in die gleiche MDC, dann Rückverlegung, Eingruppierung in gleiche MDC ausserhalb der Prüffrist

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum

| Spital A | | Spital A | | Spital A | Spital B | Spital A |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Aufenthalt | | 2. Aufenthalt Wiederaufnahme | | 3. Aufenthalt Wiederaufnahme | | 4. Aufenthalt Rückverlegung |

Der erste Aufenthalt wird separat mit einer DRG abgerechnet, da er in eine Fallgruppe „Ausnahme von Wiederaufnahme“ gemäss Spalte 12 des Fallpauschalenkatalogs gruppiert wurde. Der zweite und der dritte Aufenthalt in Spital A werden zusammengeführt, wenn

a) beide Aufenthalte in der gleichen MDC gruppiert sind
b) die Wiederaufnahme für den dritten Aufenthalt innerhalb von 18 Tagen seit Austritt beim zweiten Aufenthalt erfolgte
c) weder der zweite, noch der dritte Aufenthalt in Spital A in eine Fallgruppe „Ausnahme von Wiederaufnahme“ gemäss Spalte 12 des Fallpauschalenkatalogs fällt.

Der vierte Aufenthalt in Spital A wird nicht mit den vorigen Aufenthalten 2 und 3 zusammengeführt, da er ausserhalb der Prüffrist von 18 Tagen liegt.

**Fallkonstellation 8:**
Wiederaufnahmen (Kapitel 3.3.1), drei Aufenthalte alle in der gleichen MDC und die zweite und dritte Wiederaufnahme erfolgen innerhalb von 18 Tagen nach Erstaustritt, der zweite Aufenthalt fällt in eine Fallgruppe „Ausnahme von Wiederaufnahme“

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Spital A<br><br>1. Aufenthalt | | Spital A<br><br>2. Aufenthalt Wiederaufnahme | | Spital A<br><br>3. Aufenthalt Wiederaufnahme |

Der zweite Aufenthalt wird separat mit einer DRG abgerechnet, da er in eine Fallgruppe „Ausnahme von Wiederaufnahme“ gemäss Spalte 12 des Fallpauschalenkatalogs gruppiert wurde. Der erste und der dritte Aufenthalt in Spital A werden zusammengeführt, wenn

a) beide Aufenthalte in der gleichen MDC gruppiert sind
b) die Wiederaufnahme für den dritten Aufenthalt innerhalb von 18 Tagen seit Austritt beim ersten Aufenthalt erfolgte
c) weder der erste, noch der dritte Aufenthalt in Spital A in eine Fallgruppe „Ausnahme von Wiederaufnahme“ gemäss Spalte 12 des Fallpauschalenkatalogs fällt.

# Anlage 2

# Fallbeispiele zu Kapitel 3.10 Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger [1]

## (publiziert am 10. Mai 2012, geändert am 1. November 2016)

### Absatz 3.10.2 Trennung einer Rechnung bei Vorliegen einer Verfügung der IV

*1. Fallbeispiel*

Ein Neugeborenes mit einem Geburtsgewicht von 1'600 Gramm (Geburtsgebrechen 494) und Down Syndrom bleibt 24 Tage im Spital bis zur Erreichung eines Gewichtes von 3'000 Gramm. *DRG 2* entspricht dann DRG P65B (Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem).

Anschliessend erleidet das Kind eine Pneumonie und muss kurzzeitig beatmet werden. *DRG 3* entspricht dann DRG P67A (Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen). Es bleibt noch weitere 9 Tage im Spital.

Die zuständige IV-Stelle verfügt eine Leistungspflicht für die Dauer von 24 Tagen (Erreichen eines Gewichts von 3'000 Gramm). Die übrigen Leistungen sind folglich zu Lasten des Krankenversicherers.

Der ganze Fall (*DRG 1*) hat eine Aufenthaltsdauer von insgesamt 33 Tagen und ergibt DRG P65A (Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen.)

| DRG | Bezeichnung | CW | MVWD | UGVWD | OGVWD |
|---|---|---|---|---|---|
| P65A | Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen | 5.014 | 31.5 | 10 | 48 |
| P65B | Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem | 3.702 | 22.3 | 7 | 35 |
| P67A | Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen | 2.263 | 13.6 | 5 | 30 |

[1] Die verwendeten DRGs und Kostengewichte in den Fallbeispielen stammen aus der SwissDRG Tarifstruktur Version 0.3.

Bestimmung der Vergütung:

1) effektiv verrechenbare DRG für Gesamtfall: DRG 1 = DRG P65A, cw1 = 5.014;
2) DRG für Behandlung IV: DRG 2 = DRG P65B; cw2 = 3.702;
3) DRG für Behandlung anderer Versicherungsträger: DRG 3 = P67A; cw3 = 2.263;
4) Summe der Kostengewichte DRG 2 (3.702) + DRG 3 (2.263) = 5.965;
5) Anteil Kostengewicht IV am Gesamtfallkostengewicht des obenstehenden Beispiels: 62.1% (= 3.702 / 5.965); Anteil KV am Gesamtfallkostengewicht: 37.9% (= 2.263 /5.965);
6) Damit ergibt sich für den IV-Anteil ein Kostengewicht von 3.114 (= 0.621*5.014) und für den KV-Anteil ein Kostengewicht von 1.900 (= 0.379*5.014).

Das Spital stellt folgendermassen Rechnung:

1) Gemäss Invalidengesetz[2] werden für die IV zwei Rechnungen erstellt:
   a) Der Invalidenversicherung eine Rechnung mit 80% des IV-Basispreis und Kostengewicht 3.114;
   b) Dem Kanton eine Rechnung mit 20% des IV-Basispreis und Kostengewicht 3.114.
2) Gemäss dem Kostenteiler der neuen Spitalfinanzierung werden für die KV zwei Rechnungen erstellt:
   c) Dem Krankenversicherer eine Rechnung mit 45% (resp. mit dem jeweils gültigen Kostenteiler) des KV-Basispreis und Kostengewicht 1.900;
   d) Dem Kanton eine Rechnung mit 55% (resp. mit dem jeweils gültigen Kostenteiler) des KV-Basispreis und Kostengewicht 1.900.

*2. Fallbeispiel*

Bei einem kleinen Jungen besteht eine angeborene, indirekte, laterale Inguinalhernie. Zusätzlich besteht noch eine störende Phimose. Die beiden Leiden werden in der gleichen Hospitalisierung operativ behandelt. Beide Eingriffe sind Wahleingriffe. Der gesamte Spitalaufenthalt beträgt 5 Tage.

Die zuständige IV-Stelle verfügt eine Leistungspflicht für sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung der angeborenen, indirekten Inguinalhernie. Die übrigen Leistungen sind folglich zu Lasten des Krankenversicherers.

Die Kodierung des gesamten Falls (Inguinalhernie und Phimose zusammen) ergibt die DRG G25Z (Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre oder Eingriffe bei Hernien, Alter < 1 Jahr) mit einem Kostengewicht von 0.580;

Die Kodierung lediglich der Inguinalhernie ergibt ebenfalls die DRG G25Z und das Kostengewicht 0.580.

Die Kodierung lediglich der Phimose (Wahleingriff) ergibt die DRG M05Z (Zirkumzision und andere Eingriffe am Penis) und das Kostengewicht 0.479.

Da cw2 = cw1 ist, stellt das Spital lediglich eine Rechnung an die IV (IV-Basispreis und Kostengewicht 0.580).

[2] Gemäss Art 14$^{bis}$ des Invalidengesetzes (Änderung vom per 15. Juni 2012), vom Bundesrat per 1.1.2013 Kraft gesetzt.

*3. Fallbeispiel*

Die Aufenthaltsdauer der Splits wird gemäss Ziff. 1.5 der Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG hergeleitet. Dies hat zur Folge, dass die summierte Aufenthaltsdauer der beiden Splits nicht mit der Dauer des Gesamtaufenthalts übereinstimmt.

**Gesamtaufenthalt**

Aufenthalt: 15. Februar bis 23. Februar (= 8 Tage)
$DRG_{GESAMT}$: P66B
$CW_{GESAMT}$: 2.173

**Aufenthalt gemäss IV-Verfügung**

Aufenthalt: 15.2. bis 19.2. (= 4 Tage)
$DRG_{IV}$: P66B
$CW_{IV}$: 2.173

**Aufenthalt gemäss KV**

Aufenthalt: 20.2. bis 23.2. (= 3 Tage)
$DRG_{KV}$: P66D
$CW_{KV}$: 0.422

$CW_{IV} = CW_{GESAMT}$ -> kein Rechnungssplit

*4. Fallbeispiel*

Die Herleitung der Aufenthaltstage gemäss Ziff. 1.5 der Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG impliziert sowohl für den Gesamtaufenthalts als auch die Splits, dass bei den Kostengewichten Abschläge für Kurzlieger respektive Zuschläge für Langlieger berücksichtigt werden müssen.

**Gesamtaufenthalt**

Aufenthalt 2. April - 13. April (= 11 Tage)
$DRG_{GESAMT}$: P66D
$CW_{GESAMT}$: 0.473 (0.422 + 0.051 Zuschlag für Überschreitung der oberen Grenzverweildauer)

**Aufenthalt gemäss IV-Verfügung**

Aufenthalt: 2.4. bis 9.4. (= 7 Tage)
$DRG_{IV}$: P66D
$CW_{IV}$: 0.422

**Aufenthalt gemäss KV**

Aufenthalt 10.4. bis 13.4. (= 3 Tage)
$DRG_{KV}$: P66D
$CW_{KV}$: 0.422

$CW_{IV} < CW_{GESAMT}$ -> Rechnungssplit

Kostengewicht für Rechnung an IV: 0.473 * (0.422 / 0.422 + 0.422) = 0.473 * 0.500% = 0.2365

Kostengewicht für Rechnung an KV: 0.473 * (0.422 / 0.422 + 0.422) = 0.473 * 0.500% = 0.2365

*5. Fallbeispiel*

Stimmt das Kostengewicht der beiden Splits mit dem Kostengewicht des Gesamtaufenthalt überein, wird die Rechnung nicht getrennt und das Spital stellt der IV Rechnung für den Gesamtaufenthalt:

**Gesamtaufenthalt**

$DRG_{GESAMT}$: M04B
$CW_{GESAMT}$: 0.705

**Aufenthalt gemäss IV-Verfügung**

$DRG_{IV}$: M04B
$CW_{IV}$: 0.705

**Aufenthalt gemäss KV**

$DRG_{KV}$: M04B
$CW_{KV}$: 0.705

$CW_{IV} = CW_{GESAMT}$ -> kein Rechnungssplit

Kostengewicht für Rechnung an IV: 0.705

*6. Fallbeispiel*

Für die Splits $DRG_{IV}$ (entspricht DRG 2 gemäss Ziffer 3.10.2) und $DRG_{KV}$ (entspricht DRG 3 gemäss Ziffer 3.10.2) werden folgende administrative Merkmale des Originalfalles eingesetzt:

- Aufenthalt vor Eintritt
- Eintrittsart
- Entscheid für Austritt
- Aufenthalt nach Austritt
- System
- Version des Prozedurenkatalogs
- Version des Diagnosenkatalogs

während folgende administrative Merkmale für die beiden Splits $DRG_{IV}$ und $DRG_{KV}$ gelten:

- Aufnahmedatum
- Entlassdatum
- Urlaubstage
- Verweildauer
- Alter
- Beatmungszeit
- Aufnahmegewicht

**Gesamtaufenthalt**

| | |
|---|---|
| Aufenthalt | 9. Januar - 26. Januar (= 17 Tage) |
| $DRG_{GESAMT}$: | P66C |
| $CW_{GESAMT}$: | 1.057 |

| | |
|---|---|
| Aufenthalt vor Eintritt: | 6 – anderes Spital |
| Eintrittsart | 5 – Verlegung innert 24 h |
| Einweisende Instanz | 3 – Arzt |
| Entscheid für Austritt | 1 – Initiative des Behandelnden |
| Aufenthalt nach Austritt | 6 – anderes Spital |
| Behandlung nach Austritt | 4 – stationäre Pflege |

**Aufenthalt gemäss IV-Verfügung**

| | |
|---|---|
| Aufenthalt | 9.1. bis 10.1. (= 1 Tag) |
| $DRG_{IV}$: | P60C |
| $CW_{IV}$: | 0.248 |

**Aufenthalt gemäss KV**

| | |
|---|---|
| Aufenthalt | 11.1. bis 26.1. (= 15 Tage) |
| $DRG_{KV}$: | P66C |
| $CW_{KV}$: | 1.057 |

**Absatz 3.10.3 Trennung der Rechnung zwischen KV und UV/MV**

*1. Fallbeispiel (SwissDRG V.5.0)*

*Ein Mann erleidet eine Femur-Schaftfraktur. Diese wird offen reponiert und mit einer Osteosynthese stabilisiert. Während der gleichen Hospitalisierung wird auch noch eine seit langem zunehmend störende Phimose operativ behandelt. Der Spitalaufenthalt dauert 15 Tage.*

*Die Kodierung des gesamten Falls (Femurfraktur und Phimose zusammen) ergibt die DRG I08D (Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur,) mit einem Kostengewicht von 1.4890.*

*Die Kodierung lediglich der Femurfraktur ergibt ebenfalls die DRG I08D.*

*Die Kodierung lediglich der Phimose (Wahleingriff) ergibt die DRG M05Z (Zirkumzision und andere Eingriffe am Penis) und das Kostengewicht 0.589.*

*Das Spital schickt die gesamte Rechnung an den UV-Versicherer (UV-Basispreis und Kostengewicht 1.489)* [3]*. Da cw2 = cw1 ist, übernimmt der UV-Versicherer die gesamte Rechnung.*

*2. Fallbeispiel (SwissDRG V.5.0)*

Nach einer Sprunggelenksfraktur links, die mit einer Platte versorgt wurde, klagt eine Patientin ein halbes Jahr später über eine Irritation im Wadenbein. Gleichzeitig schmerzt der Hallux valgus rechts.

Die Metallentfernung am Bein links und die Hallux valgus-Korrektur am Fuss rechts werden in der gleichen Operation behandelt. Der Spitalaufenthalt dauert 2 Tage. Beide Eingriffe sind Wahleingriffe.

Die Kodierung des gesamten Falls (Bein und Fuss) ergibt die DRG I20F (Eingriffe am Fuss, Alter >15) mit einem Kostengewicht von 0.629.

Die Kodierung lediglich des Beins ergibt die DRG I23B (Bestimmte Eingriffe ausser an Hüftgelenk und Femur, Alter > 9 Jahre) mit einem Kostengwicht von 0.535.

Die Kodierung lediglich des Fusses ergibt analog dem Gesamtfall die DRG I20F.

Das Spital schickt die gesamte Rechnung an den UV-Versicherer (UV-Basispreis und Kostengewicht 0.629). Der Unfallversicherer stellt fest, dass er für einen Teil der erbrachten Leistungen nicht leistungspflichtig ist. Er nimmt eine Aufteilung der Rechnung gemäss Kapitel 3.10.2 vor. Die Rechnung wird dem Spital retourniert, mit der Aufforderung eine Stornierung vorzunehmen und auf der Grundlage der Angaben des Unfallversicherers neue Rechnungen gemäss Kapitel 3.10.2 zu stellen:

- an den Unfallversicherer: 0.460*0.629*UV-Basispreis
- an den Krankenversicherer: 0.540*0.629*KV-Basispreis*Kostenanteil KV
- an den Kanton: 0.540*0.629*KV-Basispreis*Kostenanteil Kanton

[3] Im vorliegenden Beispiel handelt es sich um einen Unfallversicherer nach UVG. Ein Unfallversicherer nach KVG würde natürlich mit dem Krankenversicherungstarif abrechnen.

TARPSY-spezifisches Fallbeispiel

# Fallbeispiel zu Kapitel 3.9 Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger [4]

## (publiziert am 1. Januar 2018)

### Absatz 3.9.2 Trennung einer Rechnung unter TARPSY, bei Vorliegen einer Verfügung der IV

Fallbeispiel:

Eine akutpsychiatrische Therapie dauert 20 Tage. Die zuständige IV-Stelle verfügt eine Leistungspflicht für die Dauer von 5 Tagen. Die übrigen Leistungen sind zu Lasten des Krankenversicherers. Der ganze Fall hat eine Aufenthaltsdauer von insgesamt 20 Tagen und ergibt PCG TP25C „Schizophrene oder akut psychotische Störungen, Alter > 17 Jahre ohne komplizierende somatische Nebendiagnose“ (TARPSY Version 1.0, 2018). Das Kostengewicht pro Tag beträgt 0.996. Das Kostengewicht des Gesamtfalls beträgt 19.92.

Bestimmung der Vergütung:

1. Effektiv verrechenbare PCG für Gesamtfall: TP25C, Kostengewicht Gesamtfall 19.92;

2. Pro rata Anteil Kostengewicht IV am Gesamtfallkostengewicht des obenstehenden Beispiels: 25% (5 von 20 Tagen = 5/20 = 0.25);
   Anteil KV am Gesamtfallkostengewicht: 75% (15 von 20 Tagen = 15/20 = 0.75)

3. Anteil Kostengewicht IV: 4.98 (= 19.92 * 0.25);
   Anteil Kostengewicht KV: 14.94 (= 19.92 * 0.75)

Das Spital stellt folgendermassen Rechnung:

1. Gemäss Invalidengesetz werden für die IV zwei Rechnungen erstellt:
   a. Der Invalidenversicherung eine Rechnung mit 80% des IV-Basispreis und Kostengewicht 4.98;
   b. Dem Kanton eine Rechnung mit 20% des IV-Basispreis und Kostengewicht 4.98.

2. Gemäss dem Kostenteiler der neuen Spitalfinanzierung werden für die KV zwei Rechnungen erstellt:
   a. Dem Krankenversicherer eine Rechnung mit 45% (resp. mit dem jeweils gültigen Kostenteiler) des KV-Basispreis und Kostengewicht 14.94;
   b. Dem Kanton eine Rechnung mit 55% (resp. mit dem jeweils gültigen Kostenteiler) des KV-Basispreis und Kostengewicht 14.94.

Zur Trennung von Kosten, welche die MV/UV Behandlung übersteigen oder wenn aus anderen Gründen eine zeitlich befristete Leistungspflicht eines Kostenträgers oder Leistungspflicht unterschiedlicher Sozialversicherungsträger besteht, gilt ein analoges Vorgehen.

[4] Die verwendeten PCGs und Kostengewichte in den Fallbeispielen stammen aus der TARPSY Tarifstruktur Version 1.0.

# Anlage 3:
# Fallbeispiele zu Kapitel 3.4.1: Regel für Verlegungsabschläge
## (publiziert am 10. Mai 2012)

Sowohl das verlegende wie das aufnehmende Spital müssen einen Abschlag gewärtigen, wenn die Aufenthaltsdauer des Patienten im betreffenden Spital unterhalb der Mittleren Verweildauer MVD der abgerechneten Fallgruppe gemäss Fallpauschalenkatalog liegt.

Die Regel für Verlegungsabschläge wird in folgenden Fällen nicht angewendet:

**Fallkonstellation 1: Verlegungsfallpauschale**

| Spital A | | Spital B |
|---|---|---|
| <br>1. Aufenthalt | Verlegung<br>→ | <br>2. Aufenthalt |
| Kein Verlegungsabschlag, falls der Fall in eine Verlegungsfallpauschale gemäss Fallpauschalenkatalog fällt. | | Kein Verlegungsabschlag, falls der Fall in eine Verlegungsfallpauschale gemäss Fallpauschalenkatalog fällt. |

Wird der Fall mit einer Verlegungsfallpauschale abgegolten, kommen die Ab- bzw. Zuschlagsregelung für Ausreisser gemäss Ziff. 3.2 zur Anwendung.

**Fallkonstellation 2: Überweisung innerhalb von 24 Stunden**

| Spital A | | Spital B |
|---|---|---|
| <br>1. Aufenthalt | Verlegung<br>< 24 h<br>→ | <br>2. Aufenthalt |
| Verle-gungsabschlag ge-mäss Ziff. 3.4.1 | | Kein Verlegungs-abschlag<br><br>Ab- und Zuschläge gemäss Ziff. 3.2 |

**Fallkonstellation 3a: Überweisung innerhalb von 24 Stunden, weiter verlegen < 24 Stunden**

| Spital A | | Spital B | | Spital C |
|---|---|---|---|---|
| <br>1. Aufenthalt | Verle-gung < 24h<br>→ | <br>2. Aufenthalt | Verle-gung < 24 h<br>→ | <br>3. Aufenthalt |
| Verlegungsabschlag gemäss Ziff. 3.4.1 | | Verlegungsabschlag gemäss Ziff. 3.4.1 | | Kein Verlegungsab-schlag<br><br>Ab- und Zuschläge gemäss Ziff. 3.2 |

**Fallkonstellation 3b: Überweisung innerhalb von 24 Stunden, weiter verlegen > 24 Stunden**

| Spital A | | Spital B | | Spital C |
|---|---|---|---|---|
| <br>1. Aufenthalt | Verle-gung < 24 h → | <br>2. Aufenthalt | Verle-gung > 24 h → | <br>3. Aufenthalt |
| Verlegungsabschlag gemäss Ziff. 3.4.1 | | Verlegungsabschlag gemäss Ziff. 3.4.1 | | Verlegungsabschlag gemäss Ziff. 3.4.1 |

**Fallkonstellation 3c: Überweisung innerhalb von 24 Stunden nach Wiedereintritt**

| Spital A | | Spital A | | Spital B |
|---|---|---|---|---|
| <br>1. Aufenthalt | Wieder-eintritt innerhalb 18 Tagen in gleiche MDC → | <br>2. Aufenthalt < 24 h | Verle-gung < 24 h → | <br>3. Aufenthalt |
| Fallzusammenführung des 1. und 2. Aufenthalts gemäss Ziff. 3.3<br>Verlegungsabschlag auf dem zusammengeführten Fall gemäss Ziff. 3.4.1 | | | | Verlegungsabschlag gemäss Ziff. 3.4.1 |

**Fallkonstellation 4: Überweisung mit Rückverlegung (Ziff. 3.3.2), Eingruppierung in gleiche MDC, Fallzusammenführung**

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum

| Spital A | | Spital B | | Spital A |
|---|---|---|---|---|
|  1. Aufenthalt | Verle-gung → |  2. Aufenthalt | Rückverle-gung → |  3. Aufenthalt |
| Fallzusammenführung mit 3. Aufenthalt gemäss Ziff. 3.3<br><br>Aufenthaltsort vor dem Eintritt: Zuhause | | Verle-gungsabschlag gemäss Ziff. 3.4.1 | | Fallzusammen-führung mit 1. Aufenthalt gemäss Ziff. 3.3<br><br>Aufenthalt nach dem Austritt: Zu-hause |

Für den zusammengeführten Fall im Spital A kommt kein Verlegungsabschlag zur Anwendung, da beim zusammengeführten Fall sowohl die Aufnahmeart als auch die Entlassart als „normal“ aufgeführt werden.

Ein Verlegungsabschlag gemäss Ziff. 3.4.1 käme für den zusammengeführten Fall im Spital A gegebenenfalls zur Anwendung, wenn eine Zuverlegung ins Spital A (1. Aufenthalt) oder Entlassverlegung aus dem Spital A (3. Aufenthalt) stattfinden würde.

# Anlage 4:

## Fallbeispiele zu Kapitel 1.5: Berechnung der Aufenthaltsdauer gemäss Übergangsregelung TARPSY, gültig bis 31.12. 2019

**(publiziert am 1. Juli 2018)**

**Fallkonstellation 1a: Ambulante Leistungen während Belastungserprobung**

| | | |
|---|---|---|
| Spital A<br><br>01.01.2018, 08.00 Uhr – 10.01.2018, 10.00 Uhr | Belastungserprobung<br>⟶<br>71.5 Stunden<br>= 2.98 Tage<br>= 2 Tage | Spital A<br><br>13.01.2018, 09.30 – 18.01.2018, 11.00 Uhr |
| Stationäre Verrechnung nach TARPSY | Ambulante Leistungen während admin. Urlaub fliessen in die Spitalkodierung ein | Stationäre Verrechnung nach TARPSY; Austrittsart: **nicht verlegt** |
| 1 Rechnung 01.01.2018 – 18.01.2018 / 18 Tage:<br>18 Tage – 2 Tage Belastungserprobung = 16 Tage + 1 zusätzlicher Pflegetag gem. Tarifstrukturvertrag<br>= **17 abrechenbare Pflegetage** | | |

**Fallkonstellation 1b: Ambulante Leistungen während Belastungserprobung**

| | | |
|---|---|---|
| Spital A<br><br>01.01.2018, 08.00 Uhr – 10.01.2018, 10.00 Uhr | Belastungserprobung<br>⟶<br>71.5 Stunden<br>= 2.98 Tage<br>= 2 Tage | Spital A<br><br>13.01.2018, 09.30 – 18.01.2018, 11.00 Uhr |
| Stationäre Verrechnung nach TARPSY | Ambulante Leistungen während admin. Urlaub fliessen in die Spitalkodierung ein | Stationäre Verrechnung nach TARPSY; Austrittsart: **verlegt** |
| 1 Rechnung 01.01.2018 – 18.01.2018 / 17 Tage:<br>17 Tage – 2 Tage Belastungserprobung = 15 Tage + 1 zusätzlicher Pflegetag gem. Tarifstrukturvertrag<br>= **16 abrechenbare Pflegetage** | | |

**Fallkonstellation 2a: Fallzusammenführung**

| | | |
|---|---|---|
| Spital A<br><br>01.01.2018 – 10.01.2018 | Austritt nach Hause<br><br>72 Stunden | Spital A<br><br>13.01. – 18.01.2018 |
| Stationäre Verrechnung nach TARPSY;<br>Austrittsart: **nicht verlegt** | Ambulante Leistungen z.L. Kostenträger | Stationäre Verrechnung nach TARPSY;<br>Austrittsart: **verlegt** |
| Fallzusammenführung: 1 Rechnung 01.01.2018 – 18.01.2018<br>01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 Tage (Anzahl Pflegetage = Austrittsdatum ./. Eintrittsdatum ./. Urlaubstage + 1)<br>13.01.2018 – 18.01.2018 = 5 Tage (Anzahl Pflegetage = Austrittsdatum ./. Eintrittsdatum ./. Urlaubstage)<br>= **15 abrechenbare Pflegetage** | | |

**Fallkonstellation 2b: Fallzusammenführung**

| | | |
|---|---|---|
| Spital A<br><br>01.01.2018 – 10.01.2018 | Spital B<br><br>72 Stunden | Spital A<br><br>13.01. – 18.01.2018 |
| Stationäre Verrechnung nach TARPSY;<br>Austrittsart: **verlegt** | Stationäre Verrechnung, je nach angewandter Tarifstruktur | Stationäre Verrechnung nach TARPSY;<br>Austrittsart: **verlegt** |
| Fallzusammenführung: 1 Rechnung 01.01.2018 – 18.01.2018<br>01.01.2018 – 10.01.2018 = 9 Tage (Anzahl Pflegetage = Austrittsdatum ./. Eintrittsdatum ./. Urlaubstage)<br>13.01.2018 – 18.01.2018 = 5 Tage (Anzahl Pflegetage = Austrittsdatum ./. Eintrittsdatum ./. Urlaubstage)<br>= **14 abrechenbare Pflegetage** | | |

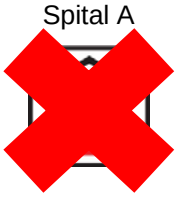
**Fallkonstellation 3: Unterbruch der Belastungserprobung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Spital A<br><br>01.01.2018 – | 03.01.2018<br>Belastungserpro-bung ab 8.00<br>→<br>5 Stunden | Spital A<br><br>Kurzaufenthalt (z.B. für Thera-pieeinheit) | 03.01.2018<br>Belastungserpro-bung ab 15.00<br>→<br>20 Stunden | Spital A<br><br>04.01. – 18.01.2018 |
| Stationäre Ver-rechnung nach TARPSY | | | | Stationäre Verrech-nung nach TARPSY; Austrittsart: **verlegt** |

1 Rechnung 01.01.2018 – 18.01.2018
= 17 abrechenbare Pflegetage (Anzahl Pflegetage = Austrittsdatum ./. Eintrittsdatum ./. Urlaubstage)

Tritt der Patient während des Belastungsurlaubes in die Klinik A wieder ein, so gilt dies als Abbruch des Belastungs-urlaubes. Im Beispiel handelt es sich um 2 separate Belastungsurlaube. Wobei keine dieser Abwesenheiten länger als 24 Stunden dauert und somit auch nicht bei der Berechnung der Aufenthaltsdauer berücksichtigt werden müs-sen.

**Fallkonstellation 4: Belastungserprobung ohne Wiedereintritt**

| | | |
|---|---|---|
| Spital A<br><br>01.01.2018 – 10.01.2018 | Belastungerpro-bung für 72 Stun-den geplant<br>→ | Spital A<br> |
| Stationäre Verrechnung nach TARPSY | Ambulante Leis-tungen nach Be-ginn der geplan-ten Belastungser-probung z.L. Kos-tenträger | Patient kehrt aus Belastungserprobung nicht zurück |

1 Rechnung 01.01.2018 – 10.01.2018
= 10 abrechenbare Pflegetage (Anzahl Pflegetage = Austrittsdatum ./. Eintrittsdatum ./. Urlaubstage + 1)
Austrittsdatum = Start der Belastungserprobung

**Fallkonstellation 5: Belastungserprobung und Eintritt Spital B**

| | | |
|---|---|---|
| Spital A<br><br>01.01.2018 – 10.01.2018 | Belastungerpro-bung für 72 Stun-den geplant<br> | Spital B<br><br>12.01.2018 – 20.01.2018 |
| Stationäre Verrechnung nach TARPSY | Ambulante Leis-tungen nach Be-ginn der geplan-ten Belastungser-probung z.L. Kos-tenträger | Stationäre Verrechnung nach TARPSY; Austrittsart: **verlegt** |
| Spital A: 1 Rechnung 01.01.2018 – 10.01.2018<br>= 10 abrechenbare Pflegetage (Anzahl Pflegetage = Austrittsdatum ./. Eintrittsdatum ./. Urlaubstage + 1)<br>Austrittsdatum = Start der Belastungserprobung<br><br>Spital B: 1 Rechnung 12.01.2018 – 20.01.2018<br>= 8 abrechenbare Pflegetage (Anzahl Pflegetage = Austrittsdatum ./. Eintrittsdatum ./. Urlaubstage) | | |

**Fallkonstellation 6a: Entweichung ohne Wiedereintritt**

| | | |
|---|---|---|
| Spital A<br><br>01.01.2018 – 10.01.2018 | Entweichung<br> | Spital A<br> |
| Stationäre Verrechnung nach TARPSY | | Patient kehrt nicht zurück |
| 1 Rechnung 01.01.2018 – 10.01.2018<br>= 10 abrechenbare Pflegetage (Anzahl Pflegetage = Austrittsdatum ./. Eintrittsdatum ./. Urlaubstage + 1)<br>Austrittsdatum = Datum der Entweichung | | |

**Fallkonstellation 6b: Entweichung mit Wiedereintritt und Fallzusammenführung**

| | | |
|---|---|---|
| Spital A<br><br>01.01.2018 – 10.01.2018 | Entweichung<br> | Spital A<br><br>15.01.2018 – 30.01.2018 |
| | Ambulante Leistungen während der Entweichung z.L. Kostenträger | Stationäre Verrechnung nach TARPSY; Austrittsart: **nicht verlegt** |
| Fallzusammenführung: 1 Rechnung 01.01.2018 – 30.01.2018<br>01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 Tage (Anzahl Pflegetage = Austrittsdatum ./. Eintrittsdatum ./. Urlaubstage + 1)<br>Austrittsdatum = Datum der Entweichung<br><br>15.01.2018 – 30.01.2018 = 16 Tage (Anzahl Pflegetage = Austrittsdatum ./. Eintrittsdatum ./. Urlaubstage + 1)<br>= **26 abrechenbare Pflegetage** | | |

**Fallkonstellation 6c: Entweichung mit Wiedereintritt**

| | | |
|---|---|---|
| Spital A<br><br>01.01.2018 – 10.01.2018 | Entweichung<br> | Spital A<br><br>20.03.2018 – 30.03.2018 |
| | Ambulante Leistungen während der Entweichung z.L. Kostenträger | Stationäre Verrechnung nach TARPSY; Austrittsart: **nicht verlegt** |
| Spital A: 1 Rechnung 01.01.2018 – 10.01.2018<br>= **10 abrechenbare Pflegetage** (Anzahl Pflegetage = Austrittsdatum ./. Eintrittsdatum ./. Urlaubstage + 1)<br>Austrittsdatum = Datum der Entweichung<br><br>Spital A: 1 Rechnung 20.03.2018 – 30.03.2018<br>= **11 abrechenbare Pflegetage** (Anzahl Pflegetage = Austrittsdatum ./. Eintrittsdatum ./. Urlaubstage + 1) | | |