



Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY

Version Mai 2021

Gültig ab 1.1.2022

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

Inhalt

1	GRUNDLAGEN UND DEFINITIONEN	4
1.1	Benötigte Informationen	4
1.2	Regeln für die Kodierung von Diagnosen und Eingriffen.....	4
1.3	Definition und Abrechnung des stationären Aufenthalts	4
1.4	Zuordnung von Fällen zu einer Fallgruppe.....	7
1.5	Aufenthaltsdauer	8
2	ANWENDUNGSBEREICH UND ABGRENZUNGEN.....	10
2.1	Grundsätze	10
2.2	Abgrenzung zwischen den verschiedenen stationären Tarifstrukturen.....	11
2.3	Vergütung eines Patienten, der nach medizinischer Indikation keiner Behandlung und Pflege oder keiner medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf («Wartepatient»)	14
3	ABRECHNUNGSREGELN FÜR SWISSDRG UND TARPSY	15
3.1	Fallzusammenführungen	15
3.2	Verlegungen	15
3.3	Externe ambulante Leistungen.....	16
3.4	Sekundärtransporte	16
3.5	Änderung des Hospitalisierungsgrundes während eines Spitalaufenthaltes.....	17
3.6	Aufenthalte über zwei oder mehrere Rechnungsperioden / Versicherungswechsel / Wohnsitzwechsel	17
3.7	Vor- und nachstationäre Behandlungen und Untersuchungen im Spital.....	18
3.8	Notfälle.....	18
3.9	Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger .	19
4	SPEZIELLE ABRECHNUNGSREGELN FÜR SWISSDRG	20
4.1	Ausreisser.....	20
4.2	Fallzusammenführung	20
4.3	Verlegung.....	22
4.4	Neugeborene	23
4.5	Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger .	24
5	SPEZIELLE ABRECHNUNGSREGELN FÜR TARPSY	26
5.1	Fallzusammenführungen	26
5.2	Regel für Verlegungsabschläge	26



5.3	Übergangsbestimmungen	26
5.4	Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger sowie anderer Kostenträger	27

1 Grundlagen und Definitionen

Dieses Papier definiert für die Anwendung der stationären Tarife SwissDRG und TARPSY

- ⇒ grundlegende Aspekte (Kapitel 1)
- ⇒ den Anwendungsbereich (Kapitel 2)
- ⇒ die Regeln über die Fallabrechnung (Kapitel 3, 4 und 5)

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 die Vergütung eines stationären Falles 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 stationären Fälle, welche mit national einheitlichen Tarifstrukturen 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 der stationären Tarifstrukturen muss die SwissDRG AG ihre Anliegen beim BFS einbringen.

1.3 Definition und Abrechnung des stationären Aufenthalts

Grundsatz: Pro stationären Fall kann 1 Pauschale abgerechnet werden. Besonders zu beachten sind die Regelungen in den Kapiteln 3.1, 4.2 und 5.1, gemäss denen unter gewissen Voraussetzungen mehrere stationäre Aufenthalte zu einem stationären Fall und somit zu einer 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

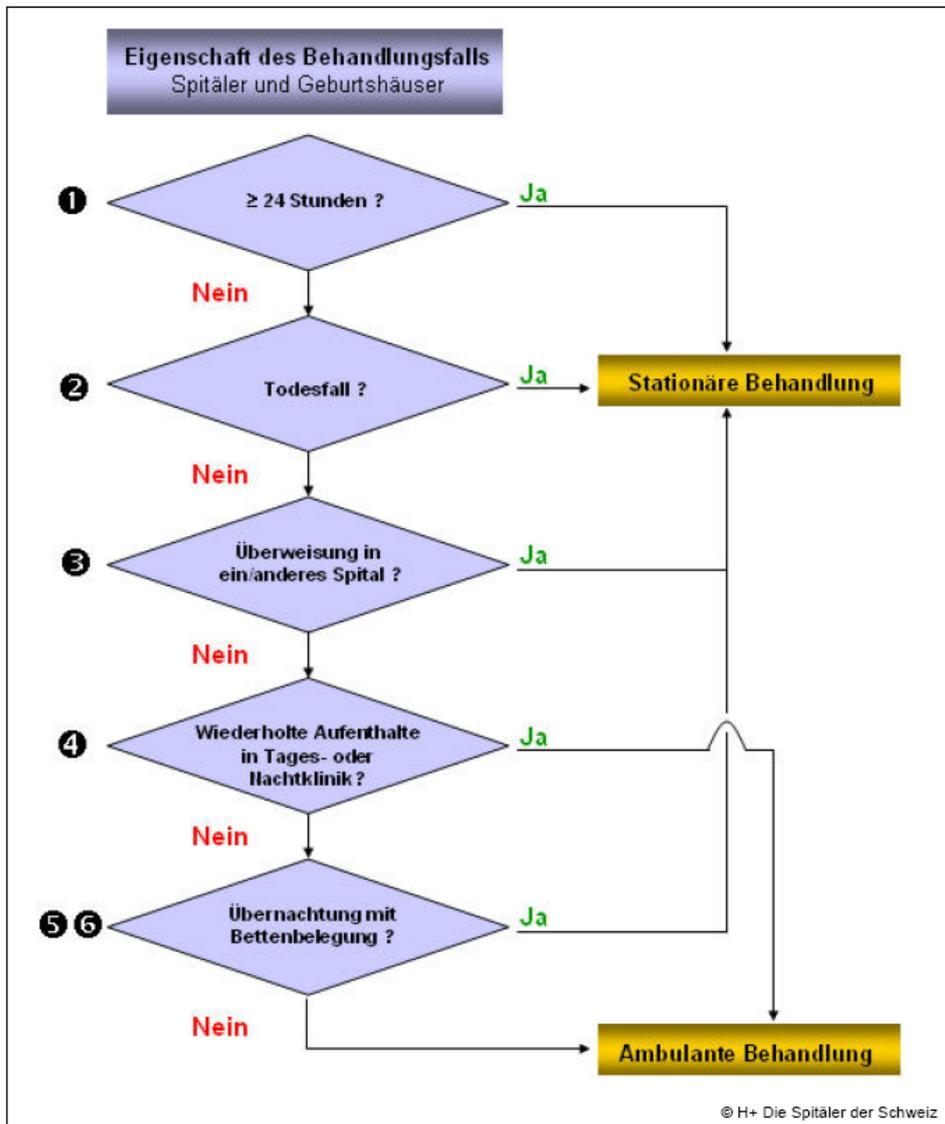
Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus:

- 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 Leistungsbe-
reichen 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 Fallgruppe¹

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 Fallgruppe.

Vergütungspflicht

Aus der Eingruppierung der Fälle in eine Fallgruppe und der Ermittlung von Zusatzentgelten kann nicht auf eine Leistungspflicht der Sozialversicherungen (Obligatorische Krankenpflegeversicherung bzw. Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung) geschlossen werden. Die stationären Tarifstrukturen reflektieren keinen OKP-Pflichtleistungskatalog.

Geburtshäuser

Stationäre Behandlungen in Geburtshäusern unterliegen dem Anwendungsbereich von SwissDRG und den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung. Für diese Fälle sind die im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen DRGs für Geburtshäuser massgebend. Werden bei Einzelfällen aufgrund der Kodierung bestimmter Diagnosen unbewertete DRGs, d.h. andere als im Fallpauschalenkatalog für Geburtshäuser ausgewiesene DRGs angesteuert, so ist die Behandlung der (werdenden) Mutter mit Abrechnung der Geburtshaus-DRG O60C abgegolten. Für den Säuglingsfall gilt entsprechend die Geburtshaus-DRG P60C²

Unbewertete Fallgruppen

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 SwissDRG oder TARPSY Pauschale dürfen Zusatzentgelte entsprechend Anlage 2 (bewertete Zusatzentgelte) und 3 (unbewertete Zusatzentgelte) dem bei

¹ Fallgruppe umfasst DRG (Diagnosis Related Groups) und PCG (Psychiatric Cost Groups)

² Ausgenommen von dieser Regelung sind die DRGs 960Z und 961Z, welche auch für Geburtshäuser nicht abrechenbar sind.

Austritt gültigen SwissDRG-Fallpauschalenkataloges abgerechnet werden, sofern der jeweilige CHOP-Kode / ATC-Code gemäss den Kodiergrundlagen in die Kodierung des Falles einfließen. Zu einer TARPSY Pauschale dürfen zudem auch die Zusatzentgelte entsprechend des im Abrechnungsjahr gültigen TARPSY Zusatzentgeltkatalogs abgerechnet werden.

1.5 Aufenthaltsdauer

1.5.1 Aufenthaltsdauer SwissDRG

Die Aufenthaltsdauer ermittelt sich nach folgender Formel:

Aufenthaltsdauer in Tagen = Austrittsdatum ./ Eintrittsdatum ./ Urlaubstage

Als Aufenthaltstag gelten demnach der Aufnahmetag³ sowie jeder weitere Tag des Spitalaufenthalts ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag. Vollständige Urlaubstage zählen ebenfalls nicht zur Aufenthaltsdauer.

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.

1.5.2 Ermittlung der abrechenbaren Pflage tage TARPSY

Die Anzahl abrechenbarer Pflage tage⁴ ermittelt sich nach folgender Formel:

Fälle ohne Verlegung

Anzahl Pflage tage = Austrittsdatum ./ Eintrittsdatum ./ Urlaubstage + 1

Fälle mit Verlegung⁵

Anzahl Pflage tage = Austrittsdatum ./ Eintrittsdatum ./ Urlaubstage

Als abrechenbare Pflage tage gelten demnach der Aufnahmetag³ sowie jeder weitere Tag des Spitalaufenthalts ohne den Verlegungstag. Vollständige Urlaubstage zählen ebenfalls nicht zur Aufenthaltsdauer.

³ 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.

⁴ Die Berechnung der Anzahl Pflage tage weicht von der Berechnung der Aufenthaltsdauer gemäss BFS ab.

⁵ Diese Definition beinhaltet alle Fälle, welche in der BFS-Variable 1.5.V03 „Aufenthalt nach Austritt“ die Ausprägungen 4 (Psychiatrische Klinik), 5 (Rehabilitationsklinik), 55 (Rehabilitationsabteilung/-klinik, gleicher Betrieb), 6 (anderes Krankenhaus oder 66 (Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb) aufweisen.

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 ab-rechenbaren Aufenthaltsdauer berücksichtigt werden muss.

1.5.3 Definition Urlaub

Definition Urlaub⁶: Verlässt ein Patient die Institution für mehr als 24:00 Stunden⁷ (>24:00h) bei bleibender Reservierung eines Bettes (ferienhalber oder als Belastungs-erprobung in der Psychiatrie), 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 Urlaube⁸.

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 Leis-tungen in Anspruch, so gehen diese zu Lasten des Spitals und fliessen in die Diag-nose- und Prozedurenkodierung ein.

⁶ Entspricht Variable 1.3.V04 der medizinischen Statistik der Krankenhäuser.

⁷ Beispiel: Verlässt ein Patient das Spital für 24 Stunden und 2 Minuten, gilt die Abwesenheit als Urlaub.

⁸ 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 dem-nach 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 Akutso-matik 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 kantonomer 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.

→ Die Fälle liegen nicht im Anwendungsbereich von TARPSY oder SwissDRG

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 kantonomer 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.⁹

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

Die Identifizierung der erbrachten Leistung erfolgt über die auf der Rechnung ausgewiesene Leistungsstelle (vgl. Anhang III Krankenhausstatistik: Zuordnung der Leistungsstellen auf die Aktivitätstypen).¹⁰

Es findet folgende Zuordnung statt.

Erbrachte Leistung	Leistungsstelle
Akutsomatik	M000, M050, M100, M200, M300, M400, M600, M700, M800, M850, M900, M990
Geburtshaus	M300
Psychiatrie	M500
Rehabilitation	M950 ¹¹
Palliativ	M100

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

⁹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html>

¹⁰ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ks.assetdetail.285568.html>

¹¹ Die M950 umfasst alle Formen der Rehabilitation und somit auch pädiatrische und geriatrische Rehabilitation.

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 SwissDRG und TARPSY nicht auf. Grundsätzlich sind die Ansprüche eines Spitals oder eines Geburtshauses mit der Vergütung gemäss SwissDRG und TARPSY 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.

3 Abrechnungsregeln für SwissDRG und TARPSY

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.

3.1 Fallzusammenführungen

Grundsatz: Jeder Wiedereintritt wird als neuer Fall betrachtet, sofern nicht ein Ausnahmetatbestand auf ihn zutrifft.

Die in Kapitel 4.2 (SwissDRG) respektive 5.1 (TARPSY) genannten 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 Verlegungen¹²

3.2.1 Interne Verlegungen

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

¹² Beachte Kapitel 4.3 (SwissDRG) und 5.2 (TARPSY)

3.3 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 ein¹³. Spital A stellt anschliessend die entsprechende Pauschale den Kostenträgern in Rechnung.

Die separate und zusätzliche Verrechnung von medizinischen Leistungen während der stationären Behandlung unter TARPSY 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.

Ausnahme:

Bei einer Verlegungskette Geburtshaus – Akutspital – Geburtshaus mit ambulanter Leistung im Spital, stellt das Spital seine Rechnung direkt dem zuständigen Krankenversicherer. Die ambulante Behandlung im Akutspital fliesst nicht in die Diagnose- und Prozedurenkodierung des Geburtshauses ein.

Weitere Ausnahmen sind nicht zulässig.

3.4 Sekundärtransporte

Sekundärtransporte werden vom verlegenden Spital übernommen und sind im Rahmen des stationären Falls abgegolten. Dem verlegenden Spital gleichgestellt ist das rückverlegende Spital. Diese Regelung gilt nicht für Transporte, die von Dritten in Auftrag gegeben werden.

¹³ Damit bei Auswertungen keine Verzerrungen auftreten, müssen extern erbrachte Leistungen bei der Kodierung entsprechend gekennzeichnet werden.

3.5 Änderung des Hospitalisierungsgrundes während eines Spitalaufenthaltes

Unabhängig von der Art der Änderung des Hospitalisierungsgrundes stellt das Spital lediglich eine Rechnung mit nur einer Pauschale aus¹⁴.

Die in Rechnung zu stellende 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 Allgemein Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG). Die Frage wer was bezahlt ist zwischen den Versicherern zu regeln.

Diesbezüglich zu beachten sind die Regelungen über das Rechnungssplitting gemäss den Kapiteln 3.9, 4.5 (SwissDRG) respektive 5.4 (TARPSY).

3.6 Aufenthalte über zwei oder mehrere Rechnungsperioden / Versicherungswechsel / Wohnsitzwechsel

Grundsatz:

Die Fakturierung der Pauschale 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 gestellt¹⁵. Jede Form von Zwischenrechnung per 31.12. ist ausgeschlossen (es gibt nur eine Rechnung für den gesamten stationären 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 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 Austritt¹⁶ 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 Kapitel 1.5 der Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY 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.

¹⁴ 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 Spitalaufenthalts führt ebenfalls zu keinem neuen Fall.

¹⁵ Es gelten in diesem Fall auch die zum Zeitpunkt T + N gültigen Kodiergrundlagen gemäss Ziffer 1.2 dieses Dokuments.

¹⁶ Bei Langliegern in der forensischen Psychiatrie erfolgt die Rechnungsstellung im Falle einer Jahresschlussrechnung per 31.12. an den jeweils zuständigen Versicherer und Kanton.

Ausnahme:

Für forensische Patienten in psychiatrischen Einrichtungen mit Leistungsauftrag für die forensische Psychiatrie, die im Jahr T eintreten und am 31.12. des Jahres T+1 noch nicht ausgetreten sind, stellt das Spital dem Versicherer und dem Wohnkanton eine Jahresschlussrechnung) für den Aufenthalt in den Jahren T und T+1. Bei der Jahresschlussrechnung wird der Fall tarifarisch (nicht für SwissDRG AG und Bundesamt für Statistik) abgeschlossen, d.h. die Rechnung wird nach dem im Jahr T+1 gültigen Tarif gestellt und nach dem definitiven Austritt des Patienten nicht mehr korrigiert. Dieses Vorgehen wird beim Nichtaustritt des Patienten jeweils per 31.12. jedes darauffolgenden Jahres wiederholt. In diesem Fall kommt das jeweils tiefste Kostengewicht der ermittelten PCG¹⁷ zur Anwendung. Die Rechnung beim Austritt des Patienten umfasst lediglich die Aufenthaltsperiode des Patienten im Austrittsjahr. Das heisst, es gibt keine Rechnung über den Gesamtfall. An die SwissDRG AG und das Bundesamt für Statistik ist der vollständige Fall bei Austritt zu übermitteln. Korrekturen aufgrund der Prüfung durch die Versicherer/ Kantone bzw. aufgrund einer rückwirkenden Tarifanpassung bleiben vorbehalten.

3.7 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 Kriterien¹⁸ 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.

3.8 Notfälle

Die notfallmässige Aufnahme eines Patienten hat keinen Einfluss auf die Gruppierung eines Falls in eine bestimmte Fallgruppe.

¹⁷ Die zu fakturierende PCG und das Kostengewicht der Jahresschlussrechnung werden wie folgt ermittelt: Im ersten Schritt wird der tarifarische Fall ab dem 1.1. bis zum 31.12. (oder bis zum effektiven Austritt) des zu fakturierenden Jahres kodiert, um die PCG zu ermitteln. Dabei werden bei der Groupierung die HoNOS-Werte per tarifarischen Fallbeginn berücksichtigt. In einem zweiten Schritt wird das Kostengewicht der letzten Phase der ermittelten PCG gem. PCG-Katalog mit der Anzahl der Behandlungstage (ermittelt nach Regel 1.5.2) multipliziert. Allfällige Zusatzentgelte werden zusätzlich in Rechnung gestellt. Der entsprechende MCD-Datensatz wird zusammen mit der Rechnung dem zuständigen Versicherer übermittelt.

¹⁸ Gemäss Art. 32 KVG müssen die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

3.9 Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger¹⁹

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 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).²⁰

¹⁹ Beachte Kapitel 4.5 (SwissDRG) und 5.4 (TARPSY)

²⁰ 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.

4 Spezielle Abrechnungsregeln für SwissDRG

4.1 Ausreisser

Ausreisser werden aufgrund der Abweichung von der Normalaufenthaltsdauer (Inlier) definiert. Für Kurzlieger und Langlieger kommen Abschläge respektive Zuschläge zur Anwendung. Diese werden im Fallpauschalenkatalog pro Fallgruppe individuell angegeben.

4.1.1 Kurzlieger (Low Outlier)

Wenn die Aufenthaltsdauer kleiner oder gleich dem „ersten Tag mit Abschlag“ gemäss Fallpauschalenkatalog (Spalte 6) ist, ist pro Tag ein Abschlag auf dem Kostengewicht vorzunehmen. Die Zahl der Abschlagstage berechnet sich wie folgt

$$\begin{aligned} & \text{Erster Tag mit Abschlag bei unterer Grenzverweildauer} + 1 \\ & \quad - \text{Aufenthaltsdauer} \\ & = \text{Zahl der Abschlagstage} \end{aligned}$$

4.1.2 Langlieger (High Outlier)

Wenn die Aufenthaltsdauer grösser oder gleich dem „ersten Tag mit Zuschlag“ gemäss Fallpauschalenkatalog (Spalte 8) ist, kann pro zusätzlichem Aufenthaltstag ein Zuschlag auf dem Kostengewicht berechnet werden. Die Zahl der Zuschlagstage berechnet sich wie folgt

$$\begin{aligned} & \text{Aufenthaltsdauer} + 1 \\ & \quad - \text{erster Tag mit zusätzlichen Entgelt bei oberer Grenzverweildauer} \\ & = \text{Zahl der Zuschlagstage} \end{aligned}$$

4.2 Fallzusammenführung

4.2.1 Wiederaufnahme in gleiche MDC²¹

Erfolgt innerhalb von 18 Kalendertagen seit Austritt²² eine Wiederaufnahme in dasselbe Spital und fallen beide Fälle in dieselbe MDC, so werden die Fälle zusammengeführt.

Die Fallzusammenführung richtet sich nach der vom Grouper zugewiesenen MDC.

²¹ Diese Regel wurde so konzipiert, dass auch Wiederaufnahmen aufgrund einer Komplikation aus einer vorangehenden Spitalbehandlung zu einer Fallzusammenführung führen. Die Kodierrichtlinien wurden entsprechend angepasst.

²² „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.

Die SwissDRG AG kann für Wiederaufnahmen gemäss dieser Regelung jene Fallgruppen bezeichnen, für welche die Regelung über die Fallzusammenführung nicht gilt (bspw. onkologische Behandlungen). Wesentliches Kriterium ist dabei die von vornherein klare Mehrzeitigkeit der Behandlungen / Eingriffe.

Fällt ein Spitalaufenthalt in eine Fallgruppe „Ausnahme von Wiederaufnahme“ (Spalte 12 des Fallpauschalenkatalogs), so wird dieser Fall nicht mit anderen Fällen zusammengeführt, ausser bei Rückverlegung (Ziffer 4.2.2.)

4.2.2 Rückverlegung

Bei einer Wiederaufnahme innerhalb von 18 Kalendertagen²³ infolge einer Rückverlegung aus einem anderen Spital, das unter den Anwendungsbereich dieser Abrechnungsregeln fällt, sind die Fälle bei gleicher MDC zusammen zu führen. Die Verlegungsabschlüsse gemäss entsprechender Regelung im Kapitel „Verlegungen“ sind anwendbar. Die Regel ist auch bei mehr als zwei beteiligten Spitälern anwendbar (die Fallzusammenführung erfolgt bspw. auch dann, wenn die Rückverlegung nicht aus jenem Spital erfolgt, in welches der Patient zuerst verlegt wurde).

4.2.3 Kombinierte Fallzusammenführungen

Bei mehrfacher Wiederaufnahme oder Rückverlegung erfolgt in gleicher Weise (gemäss 4.2.1 bzw. 4.2.2) 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.

²³ „Innerhalb 18 Kalendertagen“ heisst: die Frist beginnt mit der Verlegung und dauert bis und mit dem 18. Kalendertag nach dem Verlegungstag. Der Verlegungstag wird demnach nicht in die Frist mit eingerechnet.

4.3 Verlegung

Mit den Verlegungsabschlägen soll erreicht werden, dass die Vergütungen für einen Patienten, der in mehreren Institutionen behandelt wird, die unter den Anwendungsbereich dieser Abrechnungsregeln fallen, gesamthaft nicht höher ausfallen als die Vergütung für die Behandlung in einer einzigen Institution.

4.3.1 Regel für Verlegungsabschläge

Bei einer Verlegung rechnet jedes involvierte Spital diejenige Fallpauschale ab, welche sich aus seiner Behandlung ergibt.²⁴ Sowohl das verlegende wie das aufnehmende Spital müssen jedoch einen Abschlag gewärtigen, wenn die Aufenthaltsdauer des Patienten im betreffenden Spital unterhalb der auf ganze Tage abgerundeten Mittleren Verweildauer MVD der abgerechneten Fallgruppe gemäss Fallpauschalenkatalog liegt. Der Abschlag berechnet sich aus dem Abschlagssatz pro Tag (individuell pro Fallgruppe festgelegt und im Fallpauschalenkatalog ausgewiesen), multipliziert mit der Anzahl der Abschlagstage. (Siehe Grupperdokumentation)

Die Regel für Verlegungsabschläge wird in folgenden Fällen nicht angewendet:

a) Verlegungsfallpauschale

- ⇒ Das Spital nimmt keinen Verlegungsabschlag vor, wenn sein Fall in eine sogenannte „Verlegungsfallpauschale“ fällt (Spalte 11 des Fallpauschalenkatalogs). Diese Regel gilt sowohl für das verlegende wie für das aufnehmende Spital.
- ⇒ Die Ab- bzw. Zuschlagsregelung für Ausreisser gemäss Ziffer 4.1 gelangt in diesem Fall normal zur Anwendung.

b) Überweisung innerhalb von 24 Stunden

- ⇒ Das *aufnehmende Spital* nimmt keinen Verlegungsabschlag vor, wenn der Aufenthalt im überweisenden Spital weniger als 24h betragen hat. Die Ab- bzw. Zuschlagsregelung für Ausreisser gemäss Ziffer 4.1 gelangt in diesem Fall normal zur Anwendung.
- ⇒ Diese Regel gilt nicht, wenn das Spital den Patienten anschliessend weiter verlegt. In diesem Fall gelangt der Verlegungsabschlag normal zur Anwendung.
- ⇒ Das *überweisende Spital* unterliegt der normalen Verlegungsabschlagsregelung.

Bemerkungen zur Regel für Verlegungsabschläge

²⁴ Erfolgt eine Verlegung aus einem ausländischen Spital (ausserhalb des Anwendungsbereichs von SwissDRG) in ein Spital das unter den Anwendungsbereich von SwissDRG fällt, ist der Fall zur Abrechnung als Aufnahme und nicht als Verlegung anzugeben (es wird kein Verlegungsabschlag vorgenommen). Das aufnehmende Spital kennzeichnet den Aufenthaltsort vor dem Eintritt mit „8=andere“.

Falls später eine Rückverlegung stattfindet, gelangt die Regelung zur Fallzusammenführung gemäss 4.2 normal zur Anwendung.

Erfolgt nach der Entlassung im Spital A am gleichen oder darauf folgenden Kalendertag eine Aufnahme im Spital B, handelt es sich ebenfalls um eine Verlegung und die Abschläge für Verlegungen gelangen für beide Spitäler gemäss den Regeln zur Anwendung.

Verlegungsabschläge und Abschläge für Kurzlieger kommen nicht kumulativ zur Anwendung. In allen Fällen, bei denen ein Verlegungsabschlag zur Anwendung kommt, wird kein Kurzliegerabschlag vorgenommen, auch wenn die Aufenthaltsdauer des Patienten unterhalb der unteren Grenzverweildauer gemäss Fallpauschalenkatalog liegt.

4.3.2 Verlegung vom Geburtshaus in ein Akutspital

Die Verlegungsabschläge sind normal anwendbar.

4.4 Neugeborene

Jedes Neugeborene (ob krank oder gesund) wird als separater Fall betrachtet und über eine eigene Fallpauschale verrechnet.

Die Rechnungsstellung erfolgt beim gesunden Neugeborenen²⁵ an den Kostenträger der Mutter, beim kranken Neugeborenen an den Kostenträger des Neugeborenen.

Zu Abrechnungszwecken gelten Neugeborene in den DRGs P66D und P67D als gesund sofern mit diesen DRGs die Geburt des Neugeborenen vergütet wird. Weiter gelten Neugeborene / Säuglinge bis zum 56. Tag nach der Geburt losgelöst davon, ob die korrekte Codierung eine DRG P66D oder P67D ergibt oder nicht, ebenfalls als gesund im Sinne von Art. 29 Absatz 2 Buchstabe d KVG und werden dem Kostenträger der Mutter in Rechnung gestellt, sofern sie sich ausschliesslich als Begleitperson der behandlungsbedürftigen, erkrankten oder verunfallten Mutter im Spital aufhalten. Ab dem 57. Tag nach der Geburt endet die OKP-Leistungspflicht für den gesunden Säugling²⁶ als „Begleitperson“. Der SwissDRG-Fall wird per diesem Datum abgeschlossen.

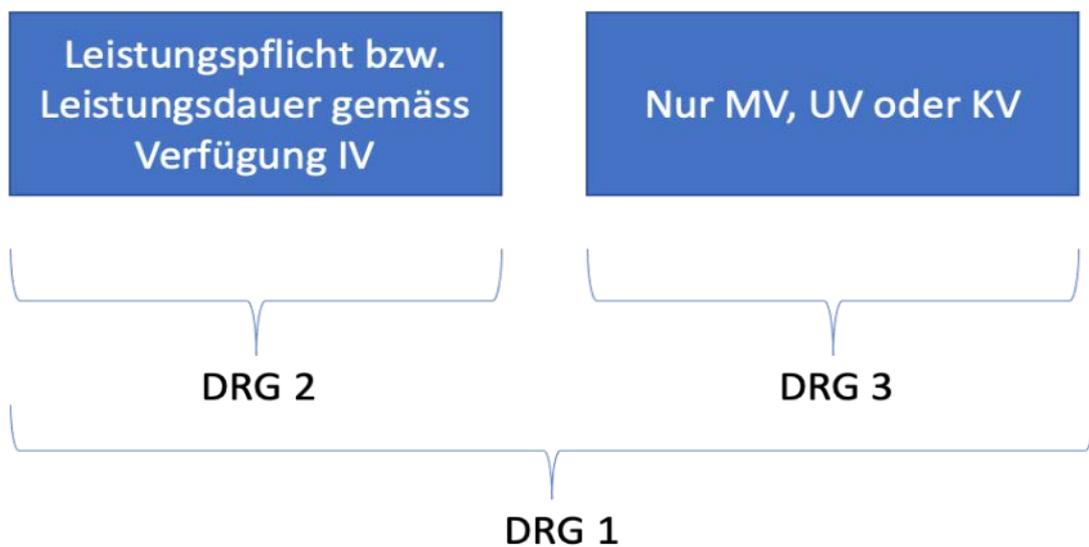
²⁵ Die DRG P66D und P67D enthalten die gesunden Neugeborenen.

²⁶ Rechtsprechung des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern (Entscheid vom 30. April 2001).

4.5 Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger

4.5.1 Trennung einer Rechnung, bei Vorliegen einer Verfügung der IV

Liegt die Verfügung einer IV Stelle vor nimmt das Spital eine Trennung der Rechnung nach folgendem Schema vor (Bedingung: Kostengewicht 2 < Kostengewicht 1; sonst keine getrennte Rechnungsstellung).



Die für Abrechnungszwecke hergeleiteten Verweildauern werden in ganzen Tagen angegeben:

- Austrittszeitpunkt für Berechnung der DRG 2: 23:45 Uhr des Tages x
- Eintrittszeitpunkt für Berechnung der DRG 3: 0:00 Uhr des Tages x+1

Bestimmung der Vergütung (vgl. vorstehende Abbildung):

- 1) effektiv verrechenbare DRG für Gesamtfall: DRG 1 mit Kostengewicht 1 (cw1);
- 2) DRG für Behandlung IV: DRG 2 mit Kostengewicht 2 (cw2);
- 3) DRG für Behandlung anderer Versicherungsträger: DRG 3 mit Kostengewicht 3 (cw3).

Das Spital stellt die DRG 1 („Gesamt-DRG“) folgendermassen in Rechnung:

- 1) Eine Rechnung an die IV, wobei der Anteil $cw2/(cw2 + cw3)$ der DRG 1 multipliziert mit ihrem Basispreis in Rechnung zu stellen ist;
- 2a) Zwei Rechnungen für den Restaufenthalt, der vom anderen Sozialversicherungsträger zu übernehmen ist, falls dies ein Krankenversicherer ist:
 - a) Der Krankenversicherer übernimmt den Anteil $cw3/(cw2 + cw3)$ der DRG 1 multipliziert mit ihrem Basispreis gemäss dem nach den Regeln der neuen Spitalfinanzierung geltenden Kostenteiler.²⁷
 - b) Der Kanton übernimmt entsprechend den Anteil $cw3/(cw2 + cw3)$ der DRG 1 multipliziert mit dem Basispreis des Krankenversicherers gemäss dem nach den Regeln der neuen Spitalfinanzierung geltenden Kostenteile
- 2b) Eine Rechnung für den Restaufenthalt, der vom anderen Sozialversicherungsträger zu übernehmen ist, falls dies ein Unfallversicherer oder die Militärversicherung ist: Die UV/MV übernimmt den Anteil $cw3/(cw2 + cw3)$ der DRG 1 multipliziert mit ihrem Basispreis

Zusatzentgelte werden ebenfalls gemäss den Teilungsregeln (1) und (2) auf die Kostenträger aufgeteilt und vergütet.

4.5.2 Trennung der Rechnung zwischen KV und UV/MV

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 nimmt das Spital auf Grundlage der Angaben des MV/UV ein Rechnungssplitting analog Kapitel 4.5.1 vor.

²⁷ Kostenteiler vorbehältlich der Übergangsbestimmungen des KVG vom 21. Dezember 2007, Absatz 5. Sondervergütungen gemäss den Anlagen zum Fallpauschalen-Katalog sind entsprechend aufzuteilen.

5 Spezielle Abrechnungsregeln für TARPSY

5.1 Fallzusammenführungen

5.1.1 Wiederaufnahme oder Rückverlegung

Erfolgt innerhalb von 18 Kalendertagen seit Austritt²⁸ eine Wiederaufnahme oder Rückverlegung in dasselbe Spital, so werden die Fälle zusammengeführt. Sofern auf den HoNOS/CA zur Bestimmung des Schweregrades abgestellt wird, sind bei Fallzusammenführungen die Assessments bei Eintritt des ersten Aufenthalts gruppierungsrelevant.

5.1.2 Kombinierte Fallzusammenführungen

Bei mehrfacher Wiederaufnahme oder Rückverlegung erfolgt in gleicher Weise (gemäss 5.1.1) 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.

5.1.3 Ausnahmeregelung Forensik

Zwischen forensischen Kliniken oder Abteilungen und nicht-forensischen Kliniken oder Abteilungen kommen keine Fallzusammenführungen zur Anwendung. Die Fälle werden separat abgerechnet.

5.2 Regel für Verlegungsabschläge

Unter TARPSY werden keine Verlegungsabschläge vorgenommen.

5.3 Übergangsbestimmungen

Ein Fall mit Eintrittsdatum vor dem TARPSY Einführungszeitpunkt wird Ende des Vorjahres nicht abgeschlossen und per 1.1. neu eröffnet. Die Abrechnung erfolgt bei Austritt nach TARPSY über die gesamte Aufenthaltsdauer. Die Rechnungsstellung des Spitals berücksichtigt sämtliche Zwischenabrechnungen und Akontozahlungen.

²⁸ „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.

5.4 Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger sowie anderer Kostenträger

5.4.1 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 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.

5.4.2 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 (TARPSY 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.