



Klarstellungen und Fallbeispiele

zu den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha

Version **5.04.9** vom 01. Januar 202**65**

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

Inhalt

1. VORBEMERKUNGEN	3
2. KLARSTELLUNGEN	4
2.1 Klarstellungen gültig für den gesamten stationären Bereich (SwissDRG, TARPSY und ST Reha).....	4
2.2 Klarstellungen gültig für SwissDRG	9
2.3 Klarstellungen gültig für TARPSY	9
2.4 Klarstellungen gültig für ST Reha	9
3. FALLBEISPIELE	10
3.1 Fallbeispiele gültig für den gesamten stationären Bereich (SwissDRG, TARPSY und ST Reha)	10
3.1.1 Fallbeispiele zu Kapitel 3.1 Fallzusammenführungen (publiziert am 20. März 2012)	10
3.2 Fallbeispiele gültig für SwissDRG	14
3.2.1 Fallbeispiele zu Kapitel 4.5 Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger (publiziert am 10. Mai 2012, geändert am 1. November 2016, geändert am 14. Mai 2024)	14
3.2.2 Fallbeispiele zu Absatz 4.3.1: Regel für Verlegungsabschlüsse (publiziert am 10. Mai 2012)	21
3.3 Fallbeispiele gültig für TARPSY	25
3.3.1 Fallbeispiel zu Kapitel 5.4 Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger (publiziert am 1. Januar 2018)	25
3.3.2 Fallbeispiele zu Absatz 1.5.2: Ermittlung der abrechenbaren Pflage tage TARPSY und ST Reha (publiziert am 1. Juli 2018, geändert am 26. Juni 2020)	26
3.3.3 Fallbeispiel zu Kapitel 3.6 Aufenthalte über zwei oder mehrere Rechnungsperioden / Versicherungswechsel / Wohnsitzwechsel (publiziert am 17. Mai 2022)	31
3.4 Fallbeispiele gültig für ST Reha	32

1. Vorbemerkungen

Das vorliegende Dokument bezieht sich auf die aktuell gültige Version der «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha» und orientiert sich an deren Struktur. Es umfasst sowohl Klarstellungen (Kapitel 2) als auch Fallbeispiele (Kapitel 3).

In Kapitel 2.1 werden Klarstellungen aufgeführt, die den gesamten stationären Bereich betreffen (SwissDRG, TARPSY und ST Reha). Sie nehmen Bezug auf die tarifstrukturübergreifenden Kapitel 1 bis 3 der «Regeln und Definitionen». Ab Kapitel 2.2 folgen die tarifstrukturspezifischen Klarstellungen (Kapitel 2.2 – SwissDRG, Kapitel 2.3 – TARPSY und Kapitel 2.4 – ST Reha). Sie nehmen Bezug auf die tarifstrukturspezifischen Kapitel 4 bis 6 der «Regeln und Definitionen».

In Kapitel 3.1 werden Fallbeispiele aufgeführt, die den gesamten stationären Bereich betreffen. Ab Kapitel 3.2 folgen wiederum die tarifstrukturspezifischen Fallbeispiele.

- Änderungen gegenüber der Version 4.8:
 - Klarstellung Nr. 26 (publiziert am 18. September 2014) wurde gelöscht und ist neu in den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha (Mai 2024) im Kapitel 1.4 Zuordnung von Fällen zu einer Fallgruppe unter Zusatzentgelte aufgeführt


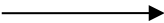

2. Klarstellungen

2.1 Klarstellungen gültig für den gesamten stationären Bereich (SwissDRG, TARPSY und ST Reha)

Klarstellung Nr. 03 (publiziert am 23. Oktober 2012, geändert am 1. Januar 2016, geändert am 14. Mai 2024)

Zu Kapitel 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.

<p style="text-align: center;">Spital A</p>  <p style="text-align: center;">Aufenthalt < 24 h</p>	<p>Verlegung</p> 	<p style="text-align: center;">Spital B</p>  <p style="text-align: center;">2. Aufenthalt < 24 h</p>
<p>Stationäre Verrechnung, wenn eine Verlegung gemäss unten genannter Kriterien erfolgt ist.</p>		<p>Ambulante Verrechnung, ausser mindestens eines der folgenden Kriterien ist erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todesfall • Verlegung in ein anderes Spital (ausgenommen sind Rückverlegungen in Spital A) • Übernachtung mit Bettenbelegung

Das Spital A rechnet den Aufenthalt stationär ab, wenn die Bedingungen 5 (Mitternachtszensus) und 6 (Bettenbelegung) gemäss Kapitel 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 Kapitel 3.4. der Anwendungsregeln.

Klarstellung Nr. 24 (publiziert am 5. August 2013)**Zu Kapitel 1.4 Zuordnung von Fällen zu einer Fallgruppe. 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 SpiGes Erhebung** 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 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 sind kein OKP-Pflichtleistungskatalog weder für die obligatorische Krankenpflegeversicherung noch für die Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung.

Klarstellung Nr. 26 (publiziert am 18. September 2014)**Zu Kapitel 1.4 Zuordnung von Fällen zu einer Fallgruppe. Zusatzentgelte**

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

Klarstellung Nr. 22 (publiziert am 1. Januar 2013)**Zu Absatz 1.5.3 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.

Klarstellung Nr. 30 (publiziert am 14. Mai 2024)**Zu Absatz 1.5.3 Definition Urlaub**

Eine Belastungserprobung kann ab der Version 13.0 (2024) bei Erfüllung der Mindestmerkmale gemäss Schweizerischer Operationsklassifikation (CHOP) für die Belastungserprobung sowohl für TARPSY als auch für ST Reha erfasst werden.

Klarstellung Nr. 08 (publiziert am 20. März 2012) Zu Kapitel 3.1 Fallzusammenführungen

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

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 Erfassung der Urlaubsstunden in der SpiGes Datenerhebung des Bundesamtes für Statistik (BFS). Vgl. die Variablenliste zu SpiGes unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/projekt-spiGES.html>

Diese Regelung entspricht dem Verfahren zur Ermittlung der Urlaubstage für die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BFS). Vgl. [Medizinische Statistik der Krankenhäuser | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](#)

Klarstellung Nr. 27 (publiziert am 20. Juli 2015)**Zu Kapitel 3.1 Fallzusammenführungen**

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

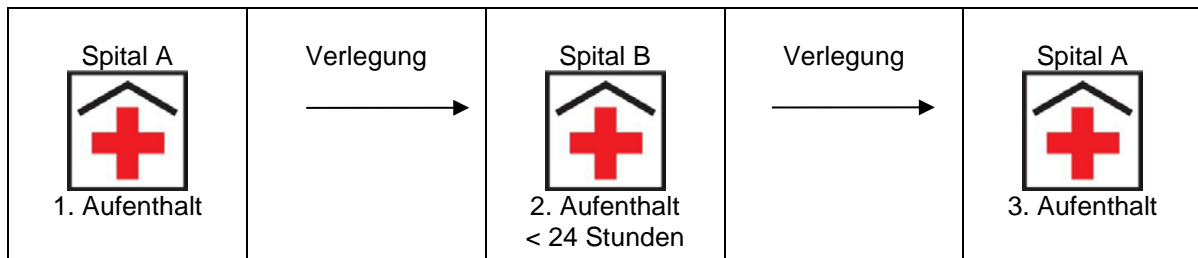
Fallkonstellation 1

<p>Spital A</p>  <p>1. Stationärer Aufenthalt</p>		<p>Spital A</p>  <p>2. Aufenthalt Wiederaufnahme oder Rückverlegung</p>
Austritt im Jahr T		Eintritt im Jahr T und Austritt im Jahr T+N

Fallkonstellation 2

<p>Spital A</p>  <p>1. Stationärer Aufenthalt</p>		<p>Spital A</p>  <p>2. Aufenthalt Wiederaufnahme oder Rückverlegung</p>
Austritt im Jahr T		Eintritt im Jahr T+N und Austritt im Jahr T+N

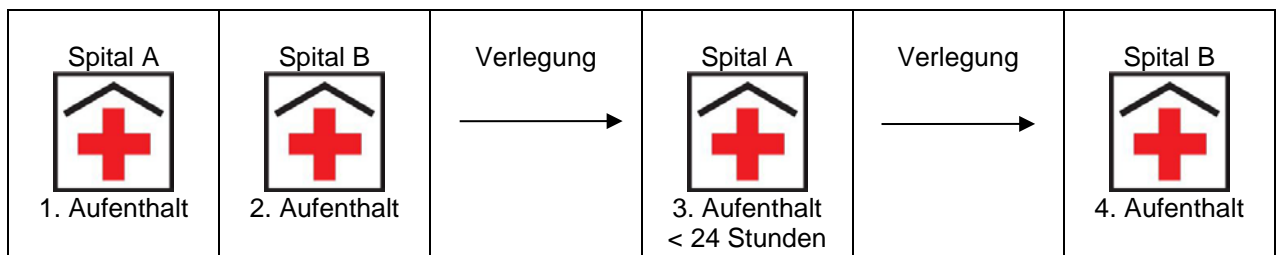
Der erste und der zweite Aufenthalt in Spital A werden in beiden Fallkonstellationen nicht zusammengeführt, da das Austrittsdatum der beiden Aufenthalte in unterschiedliche Jahre fällt.

Klarstellung Nr. 21 (publiziert am 18. September 2014)**Zu Kapitel 3.3 Externe ambulante Leistungen****Fallkonstellation 1**

Das Spital B rechnet den Aufenthalt stationär ab, wenn die Bedingungen 5 (Mitternachtszensus) und 6 (Bettenbelegung) gemäss Kapitel 1.3 der Anwendungsregeln kumulativ erfüllt sind. Bei allen anderen Aufenthalten unter 24h stellt Spital B Rechnung an Spital A gemäss Kapitel 3.3 der Anwendungsregeln. Sofern Spital B den Aufenthalt stationär abrechnet und die Kriterien gemäss Kapitel 4.2, 5.1 oder 6.1 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 Kapitel 1.3 der Anwendungsregeln kumulativ erfüllt sind. Bei allen anderen Aufenthalten unter 24h stellt Spital A Rechnung an Spital B gemäss Kapitel 3.3 der Anwendungsregeln. Sind beide Aufenthalte im Spital A stationär und die Kriterien gemäss Kapitel 4.2, 5.1 oder 6.1 Fallzusammenführungen der Anwendungsregeln erfüllt, sind die beiden Fälle in Spital A (1. und 3. Aufenthalt) zusammen zu führen.

2.2 Klarstellungen gültig für SwissDRG

Klarstellung Nr. 29 (publiziert am 17. Mai 2022)

Zu Kapitel 4.4 Neugeborene

Der Passus:

«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 Säugling als „Begleitperson“. Der SwissDRG-Fall wird per diesem Datum abgeschlossen.» sowie die Fussnote 26 «Rechtsprechung des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern (Entscheid vom 30. April 2001).» wurden in den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY (gültig ab 01.01.2022) ergänzt.

Die Regel zur Abrechnung von Neugeborenen kann in dieser Form erst angewendet werden, wenn die regulatorische Präzisierung durch den zuständigen Gesetzgeber (Bund) vorgenommen wurde. Die in den Anwendungsregeln festgehaltene Regelung für Neugeborene hat demnach keinen rechtlich verbindlichen Charakter. Die Regel kann im Sinne einer Good-Practice angewendet werden, sofern die Leistungspflicht im Einzelfall überprüft wurde und gegeben ist.

Klarstellung Nr. 09 (publiziert am 20. März 2012, geändert am 22. Oktober 2012, geändert am 07. November 2018)

Zu Absatz 4.3.1 Regel für Verlegungsabschlüsse

Sowohl der verlegte Fall als auch der zuverlegte Fall müssen in den Anwendungsbereich der SwissDRG fallen, damit ein Verlegungsabschluss 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 Kapitel 2.2 oder
- eine Einrichtung der Psychiatrie oder Suchtmittelbehandlung gemäss Kapitel 2.2 ist.

Wenn die Verrechnung in Spital A in den Anwendungsbereich von SwissDRG fällt und eine Verlegung zwecks stationärer Behandlung in das Spital B erfolgt, muss Spital A einen Verlegungsabschluss vornehmen, auch wenn die Behandlung im Spital B ambulant durchgeführt wird.

2.3 Klarstellungen gültig für TARPSY

Aktuell existieren keine speziellen Klarstellungen nur für die Tarifstruktur TARPSY.

2.4 Klarstellungen gültig für ST Reha

Aktuell existieren keine speziellen Klarstellungen nur für die Tarifstruktur ST Reha.

3. Fallbeispiele

3.1 Fallbeispiele gültig für den gesamten stationären Bereich (SwissDRG, TARPSY und ST Reha)

3.1.1 Fallbeispiele zu Kapitel 3.1 Fallzusammenführungen (publiziert am 20. März 2012)

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

Fallkonstellation 1:

Wiederaufnahme innerhalb von 18 Tagen, Eingruppierung in gleiche MDC¹ oder Basis RCG.

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum



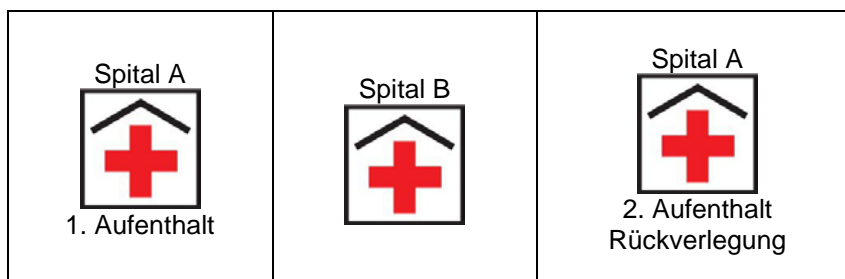
Der erste und der zweite Aufenthalt in Spital A werden zusammengeführt, wenn

- beide Aufenthalte in der gleichen MDC oder Basis RCG gruppiert sind
- die Wiederaufnahme innerhalb von 18 Tagen seit Austritt erfolgte
- weder der erste noch der zweite Aufenthalt in eine Fallgruppe „Ausnahme von Wiederaufnahme“ gemäss Spalte 12 des Fallpauschalenkatalogs fällt (SwissDRG).

Fallkonstellation 2:

Rückverlegung innerhalb von 18 Tagen, Eingruppierung in gleiche MDC oder Basis RCG.

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum



Der erste und der zweite Aufenthalt in Spital A werden zusammengeführt, wenn

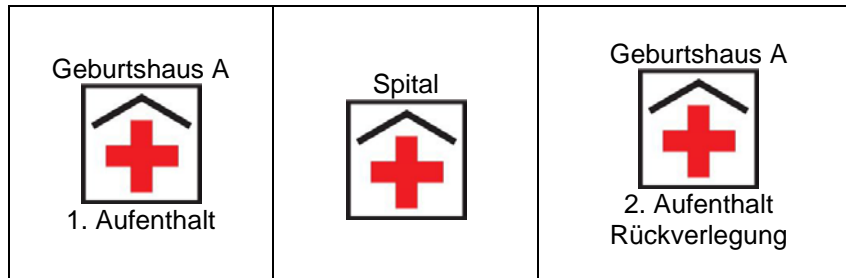
- beide Aufenthalte in der gleichen MDC oder Basis RCG gruppiert sind
- die Wiederaufnahme infolge Rückverlegung innerhalb von 18 Tagen seit Austritt erfolgte

¹ Alle TARPSY-Fälle werden als Fälle in der gleichen MDC betrachtet.

Fallkonstellation 3:

Rückverlegung in ein Geburtshaus innerhalb von 18 Tagen, Eingruppierung in gleiche MDC

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum



Der erste und der zweite Aufenthalt in Geburtshaus A werden zusammengeführt, wenn

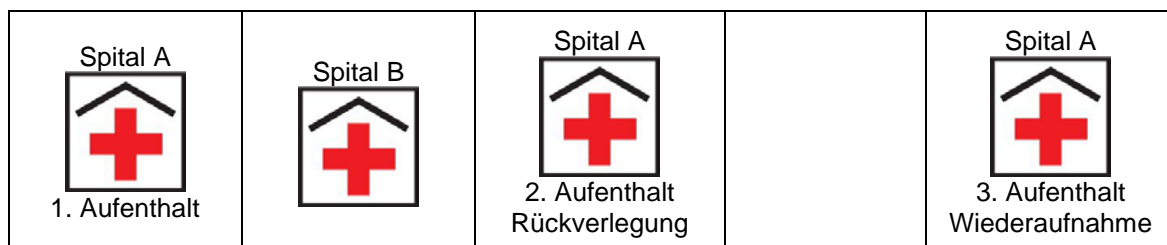
- beide Aufenthalte in der gleichen MDC gruppiert sind
- die Wiederaufnahme infolge Rückverlegung innerhalb von 18 Tagen seit Austritt erfolgte

Fallkonstellation 4:

Kombinierte Fallzusammenführung

Rückverlegung innerhalb von 18 Tagen, Eingruppierung in gleiche MDC oder Basis RCG, dann Wiederaufnahme innerhalb der Prüffrist

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum



Alle drei Aufenthalte in Spital A werden zusammengeführt, wenn

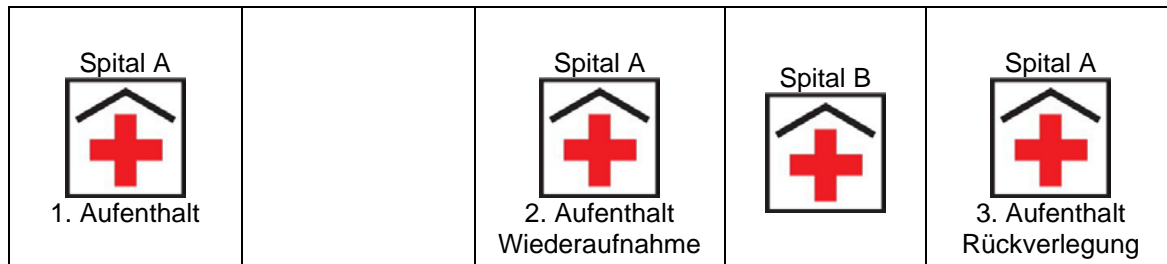
- der zweite und der dritte Aufenthalt im Spital A in der gleichen MDC oder Basis RCG gruppiert sind, wie der erste Aufenthalt im Spital A
- die Wiederaufnahme infolge Rückverlegung für den zweiten Aufenthalt innerhalb von 18 Tagen seit erstem Austritt erfolgte
- die Wiederaufnahme für den dritten Aufenthalt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

Fallkonstellation 5:

Kombinierte Fallzusammenführung

Wiederaufnahme innerhalb von 18 Tagen, Eingruppierung in gleiche MDC oder Basis RCG, dann Rückverlegung innerhalb der Prüffrist

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum



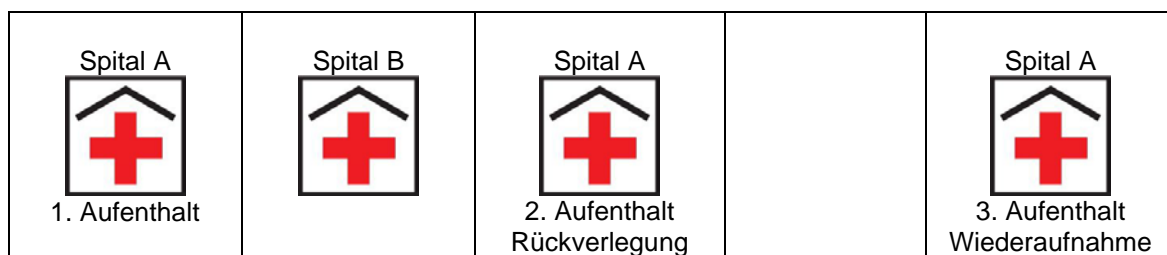
Alle drei Aufenthalte in Spital A werden zusammengeführt, wenn

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

Fallkonstellation 6:

Rückverlegung, Eingruppierung nicht in die gleiche MDC oder Basis RCG, dann Wiederaufnahme innerhalb von 18 Tagen, Eingruppierung in gleiche MDC oder Basis RCG

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum








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

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

Fallkonstellation 7:

Wiederaufnahme, 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

 1. Aufenthalt	 2. Aufenthalt Wiederaufnahme	 3. Aufenthalt Wiederaufnahme	 4. Aufenthalt Rückverlegung	 5. Aufenthalt Rückverlegung
--	--	--	--	---

Der erste Aufenthalt wird separat mit einer Fallpauschale 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




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

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, 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

 1. Aufenthalt		 2. Aufenthalt Wiederaufnahme		 3. Aufenthalt Wiederaufnahme
--	--	--	--	--

Der zweite Aufenthalt wird separat mit einer Fallpauschale 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

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

3.2 Fallbeispiele gültig für SwissDRG

3.2.1 Fallbeispiele zu Kapitel 4.5 Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger² (publiziert am 10. Mai 2012, geändert am 1. November 2016, geändert am 14. Mai 2024)

Absatz 4.5.1 Trennung einer Rechnung bei Vorliegen einer Verfügung der IV

Die nachfolgenden Fallbeispiele dienen der Illustrierung und sind unabhängig von der aktuell gültigen Liste der Geburtsgebrechen.

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 Gewichtes 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

² 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 (= $0.621 \cdot 5.014$) und für den KV-Anteil ein Kostengewicht von 1.900 (= $0.379 \cdot 5.014$).

Das Spital stellt folgendermassen Rechnung:

- 1) Gemäss Invalidengesetz³ 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).

³ Gemäss Art 14^{bis} des Invalidengesetzes, vom Bundesrat per 1.1.2013 Kraft gesetzt.

3. Fallbeispiel

Die Aufenthaltsdauer der Splits wird gemäss Absatz 1.5.1 der „Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha“ 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

$CW_{IV} = CW_{GESAMT} \rightarrow$ kein Rechnungssplit

4. Fallbeispiel

Die Herleitung der Aufenthaltstage gemäss Absatz 1.5.1 der „Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha“ impliziert sowohl für den Gesamtaufenthalt 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

$CW_{IV} < CW_{GESAMT} \rightarrow$ 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

$CW_{IV} = CW_{GESAMT} \rightarrow$ kein Rechnungssplit

Kostengewicht für Rechnung an IV: 0.705

6. Fallbeispiel

Für die Splits DRG_{IV} (entspricht DRG 2 gemäss Absatz 4.5.1) und DRG_{KV} (entspricht DRG 3 gemäss Absatz 4.5.1) 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
- Entlassungsdatum
- Urlaubstage
- Verweildauer
- Alter
- Beatmungszeit⁴
- 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

⁴ Ab SwissDRG Version 13.0 2024 nicht mehr gruppierungsrelevant

7. Fallbeispiel

Fallbeschreibung: Am 10.05.2022 findet die Geburt im Spital A statt. Am selben Tag erfolgt die Verlegung des Neugeborenen in ein Kinderspital B. Am 13.05.2022 kommt es zur Rückverlegung des gesunden Neugeborenen in das Spital A. Der Austritt von Mutter und Kind findet am 16.05.2022 aus Spital A statt. Es liegt eine IV-Verfügung für den Aufenthalt im Kinderspital B sowie für den Aufenthalt 1 im Spital A vor.

Die beiden Aufenthalte des Neugeborenen im Spital A werden zusammengeführt (Rückverlegung aus Spital B). Es erfolgt ein Rechnungssplit. Aufenthalt 1 in Spital A geht zu Lasten der Invalidenversicherung. Aufenthalt 2 in Spital A geht zu Lasten der Krankenversicherung

Spital A, zusammengeführter Gesamtfall, DRG 1

P67C Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, mit bestimmter Konstellation

VD=4

CW1 0.46

Spital A, Aufenthalt 1, DRG 2, Aufenthalt gemäss IV-Verfügung

Entlassungsart: verlegt in Akutspital

P60C Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme oder andere Konstellationen im Geburtshaus

VD=1

CW2 = 0.359

Spital A, Aufenthalt 2, DRG3 Aufenthalt zu Lasten KV

P67D Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g

Aufnahmeart: zuverlegt aus Akutspital

VD=3

CW3 = 0.212

CW 2 < CW 1 -> Split

Anteil IV:

$CW 2 / (CW 2 + CW 3) = 0.359 / (0.359 + 0.212) = 0.629$, Anteil IV 62.9% -> cw 0.29

Anteil KV:

$CW 3 / (CW 2 + CW 3) = 0.212 / (0.359 + 0.212) = 0.371$, Anteil KV 37.1% -> cw 0.17

Für die Berechnung der DRGs der Einzelfälle werden die ursprünglichen Ein- und Austrittsmerkmale der Einzelfälle verwendet.

Absatz 4.5.2 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)⁵. 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 Kostengewicht 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 Absatz 4.5.2 vor. Die Rechnung wird dem Spital retourniert, mit der Aufforderung eine Stornierung vorzunehmen und auf der Grundlage der Angaben des Unfallversicherers neue Rechnungen gemäss Absatz 4.5.2 zu stellen:

- an den Unfallversicherer: $0.460 \cdot 0.629 \cdot \text{UV-Basispreis}$
- an den Krankenversicherer: $0.540 \cdot 0.629 \cdot \text{KV-Basispreis} \cdot \text{Kostenanteil KV}$
- an den Kanton: $0.540 \cdot 0.629 \cdot \text{KV-Basispreis} \cdot \text{Kostenanteil Kanton}$




⁵ Im vorliegenden Beispiel handelt es sich um einen Unfallversicherer nach UVG. Ein Unfallversicherer nach KVG würde natürlich mit dem Krankenversicherungstarif abrechnen.

3.2.2 Fallbeispiele zu Absatz 4.3.1: 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 mehr als einen Tag unterhalb der Mittleren Verweildauer MVD der abgerechneten Fallgruppe gemäss Fallpauschalenkatalog liegt.




Die Regel für Verlegungsabschläge wird in folgenden Fällen nicht angewendet:

Fallkonstellation 1: Verlegungsfallpauschale






<p>Spital A</p>  <p>1. Aufenthalt</p>	<p>Verlegung</p> 	<p>Spital B</p>  <p>2. Aufenthalt</p>
<p>Kein Verlegungsabschlag, falls der Fall in eine Verlegungsfallpauschale gemäss Fallpauschalenkatalog fällt.</p>		<p>Kein Verlegungsabschlag, falls der Fall in eine Verlegungsfallpauschale gemäss Fallpauschalenkatalog fällt.</p>

Wird der Fall mit einer Verlegungsfallpauschale abgegolten, kommen die Ab- bzw. Zuschlagsregelung für Ausreisser gemäss Kapitel 4.1 zur Anwendung.




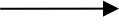

Fallkonstellation 2: Überweisung innerhalb von 24 Stunden

<p>Spital A</p>  <p>1. Aufenthalt</p>	<p>Verlegung < 24 h</p> 	<p>Spital B</p>  <p>2. Aufenthalt</p>
Verlegungsabschlag gemäss Absatz 4.3.1		<p>Kein Verlegungsabschlag</p> <p>Ab- und Zuschläge gemäss Kap. 4.1</p>






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

<p>Spital A</p>  <p>1. Aufenthalt</p>	<p>Verlegung < 24h</p> 	<p>Spital B</p>  <p>2. Aufenthalt</p>	<p>Verlegung < 24 h</p> 	<p>Spital C</p>  <p>3. Aufenthalt</p>
Verlegungsabschlag gemäss Absatz 4.3.1		Verlegungsabschlag gemäss Absatz 4.3.1		<p>Kein Verlegungsabschlag</p> <p>Ab- und Zuschläge gemäss Kap. 4.1</p>

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


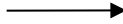



Spital A  1. Aufenthalt	Verlegung < 24 h 	Spital B  2. Aufenthalt	Verlegung > 24 h 	Spital C  3. Aufenthalt
Verlegungsabschlag gemäss Absatz 4.3.1		Verlegungsabschlag gemäss Absatz 4.3.1		Verlegungsabschlag gemäss Absatz 4.3.1

Fallkonstellation 3c: Überweisung innerhalb von 24 Stunden nach Wiedereintritt

Spital A  1. Aufenthalt	Wiedereintritt innerhalb 18 Tagen in gleiche MDC 	Spital A  2. Aufenthalt < 24 h	Verlegung < 24 h 	Spital B  3. Aufenthalt
Fallzusammenführung des 1. und 2. Aufenthalts gemäss Kap. 4.2 Verlegungsabschlag auf dem zusammengeführten Fall gemäss Absatz 4.3.1				Verlegungsabschlag gemäss Absatz 4.3.1

Fallkonstellation 4: Überweisung mit Rückverlegung (Absatz 4.2.2), Eingruppierung in gleiche MDC, Fallzusammenführung

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum

Spital A  1. Aufenthalt	Verlegung 	Spital B  2. Aufenthalt	Rückverlegung 	Spital A  3. Aufenthalt
Fallzusammenführung mit 3. Aufenthalt gemäss Kap. 4.2 Aufenthaltsort vor dem Eintritt: Zuhause		Verlegungsabschlag gemäss Absatz 4.3.1		Fallzusammenführung mit 1. Aufenthalt gemäss Kap. 4.2 Aufenthalt nach dem Austritt: Zuhause

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 Absatz 4.3.1 käme für den zusammengeführten Fall im Spital A gegebenenfalls zur Anwendung, wenn eine Zuerlegung ins Spital A (1. Aufenthalt) oder Entlassverlegung aus dem Spital A (3. Aufenthalt) stattfinden würde.

3.3 Fallbeispiele gültig für TARPSY

3.3.1 Fallbeispiel zu Kapitel 5.4 Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger⁶ (publiziert am 1. Januar 2018)

Absatz 5.4.1 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“. 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.



⁶ Die verwendeten PCGs und Kostengewichte in den Fallbeispielen stammen aus der TARPSY Tarifstruktur Version 1.0.

3.3.2 Fallbeispiele zu Absatz 1.5.2: Ermittlung der abrechenbaren Pflegetage TARPSY und ST Reha (publiziert am 1. Juli 2018, geändert am 26. Juni 2020)




Fallkonstellation 1a: Ambulante Leistungen während Belastungserprobung, gültig bis 31.12. 2019

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




Fallkonstellation 1b: Ambulante Leistungen während Belastungserprobung, gültig bis 31.12. 2019

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




Fallkonstellation 2a: Fallzusammenführung

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



Fallkonstellation 2b: Fallzusammenführung

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



Fallkonstellation 3: Unterbruch der Belastungserprobung

<div style="text-align: center;">  <p>Spital A</p> <p>01.01.2018 –</p> </div>	<div style="text-align: center;"> <p>03.01.2018</p> <p>Belastungserprobung ab 8.00</p> <p>→</p> <p>5 Stunden</p> </div>	<div style="text-align: center;">  <p>Spital A</p> <p>Kurzaufenthalt (z.B. für Therapieeinheit)</p> </div>	<div style="text-align: center;"> <p>03.01.2018</p> <p>Belastungserprobung ab 15.00</p> <p>→</p> <p>20 Stunden</p> </div>	<div style="text-align: center;">  <p>Spital A</p> <p>04.01. – 18.01.2018</p> </div>
Stationäre Verrechnung nach TARPSY				Stationäre Verrechnung nach TARPSY; Austrittsart: <u>verlegt</u>
<p>1 Rechnung 01.01.2018 – 18.01.2018</p> <p>= 17 abrechenbare Pflgetage (Anzahl Pflgetage = Austrittsdatum ./ Eintrittsdatum ./ Urlaubstage)</p> <p>Tritt der Patient während des Belastungsurlaubes in die Klinik A wieder ein, so gilt dies als Abbruch des Belastungsurlaubes. 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 müssen.</p>				



Fallkonstellation 4: Belastungserprobung ohne Wiedereintritt

Spital A  01.01.2018 – 10.01.2018	Belastungserprobung für 72 Stunden geplant →	Spital A 
Stationäre Verrechnung nach TARPSY	Ambulante Leistungen nach Beginn der geplanten Belastungserprobung z. L. Kostenträger	Patient kehrt aus Belastungserprobung nicht zurück
1 Rechnung 01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 abrechenbare Pflgetage (Anzahl Pflgetage = Austrittsdatum ./ Eintrittsdatum ./ Urlaubstage + 1) Austrittsdatum = Start der Belastungserprobung		

Fallkonstellation 5: Belastungserprobung und Eintritt Spital B




<p>Spital A</p>  <p>01.01.2018 – 10.01.2018</p>	<p>Belastungserprobung für 72 Stunden geplant</p> <p>→</p>	<p>Spital B</p>  <p>12.01.2018 – 20.01.2018</p>
Stationäre Verrechnung nach TARPSY	Ambulante Leistungen nach Beginn der geplanten Belastungserprobung z. L. Kostenträger	Stationäre Verrechnung nach TARPSY; Austrittsart: verlegt
<p>Spital A: 1 Rechnung 01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 abrechenbare Pflage tage (Anzahl Pflage tage = Austrittsdatum ./ Eintrittsdatum ./ Urlaubstage + 1) Austrittsdatum = Start der Belastungserprobung</p> <p>Spital B: 1 Rechnung 12.01.2018 – 20.01.2018 = 8 abrechenbare Pflage tage (Anzahl Pflage tage = Austrittsdatum ./ Eintrittsdatum ./ Urlaubstage)</p>		

Fallkonstellation 6a: Entweichung⁷ ohne Wiedereintritt


<p>Spital A</p>  <p>01.01.2018 – 10.01.2018</p>	<p>Entweichung</p> <p>→</p>	<p>Spital A</p> 
Stationäre Verrechnung nach TARPSY Austrittsart: unbekannt		Patient kehrt nicht zurück
<p>1 Rechnung 01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 abrechenbare Pflage tage (Anzahl Pflage tage = Austrittsdatum ./ Eintrittsdatum ./ Urlaubstage + 1) Austrittsdatum = Datum der Entweichung</p>		

⁷ Bei Entweichungen muss erst ab einer Abwesenheit von 24h ein Austritt erfasst werden



Fallkonstellation 6b: Entweichung mit Wiedereintritt und Fallzusammenführung

<p>Spital A</p>  <p>01.01.2018 – 10.01.2018</p>	<p>Entweichung</p> 	<p>Spital B</p>  <p>10.01.2018 – 13.01.2018</p>
Stationäre Verrechnung nach TARPSY, die Aufenthaltsdauer muss jedoch aufgrund der Regel «1.5.2 Ermittlung der abrechenbaren Pflgetage TARPSY» um einen Tag gekürzt werden; Austrittsart: unbekannt	Falls ein Transport ins Akutspital erfolgt, handelt es sich um einen Primärtransport.	Stationäre Verrechnung nach SwissDRG
<p>Spital A: 1 Rechnung 01.01.2018 – 10.01.2018 = 9 abrechenbare Pflgetage (Anzahl Pflgetage = Austrittsdatum ./ Eintrittsdatum ./ Urlaubstage) Austrittsdatum = Datum der Entweichung</p> <p>Spital B: 1 Rechnung 10.01.2018 – 13.01.2018 = 3 abrechenbare Pflgetage (Anzahl Pflgetage = Austrittsdatum ./ Eintrittsdatum ./ Urlaubstage)</p>		

Fallkonstellation 6c: Entweichung mit Wiedereintritt und Fallzusammenführung

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

Fallkonstellation 6d: Entweichung mit Wiedereintritt

 Spital A 01.01.2018 – 10.01.2018	Entweichung 	 Spital A 20.03.2018 – 30.03.2018
Stationäre Verrechnung nach TARPSY Austrittsart: unbekannt	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 = 10 abrechenbare Pflagestage (Anzahl Pflagestage = Austrittsdatum ./ Eintrittsdatum ./ Urlaubstage + 1) Austrittsdatum = Datum der Entweichung Spital A: 1 Rechnung 20.03.2018 – 30.03.2018 = 11 abrechenbare Pflagestage (Anzahl Pflagestage = Austrittsdatum ./ Eintrittsdatum ./ Urlaubstage + 1)		

3.3.3 Fallbeispiel zu Kapitel 3.6 Aufenthalte über zwei oder mehrere Rechnungsperioden / Versicherungswechsel / Wohnsitzwechsel (publiziert am 17. Mai 2022)
Ausnahme forensische Langzeitpatienten*Fallbeispiel 1:*

Ein Patient tritt am 1. Juli 2021 in die forensische Psychiatrie ein und tritt am 26. Februar 2025 wieder aus:

- Erste Rechnung vom 1. Juli 2021 (Eintritt) bis 31. Dezember 2022: Für die Gruppierung des Falls werden der HoNOS-Wert vom 1. Juli 2021 sowie die Leistungen (CHOP, ICD-10, usw.) in der Periode vom 1. Juli 2021 bis 31. Dezember 2022 berücksichtigt. Für die Rechnungsstellung wird der am 31. Dezember 2022 gültige Basispreis verwendet. (Jahresschlussrechnung 2022)
- Zweite Rechnung vom 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023: Für die Gruppierung des Falls werden der HoNOS-Wert vom 1. Januar 2023 sowie die Leistungen (CHOP, ICD-10, usw.) in der Periode vom 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023 berücksichtigt. Für die Rechnungsstellung wird der am 31. Dezember 2023 gültige Basispreis verwendet. (Jahresschlussrechnung 2023)
- Dritte Rechnung vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024: Für die Gruppierung des Falls werden der HoNOS-Wert vom 1. Januar 2024 sowie die Leistungen (CHOP, ICD-10, usw.) in der Periode vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024 berücksichtigt. Für die Rechnungsstellung wird der am 31. Dezember 2024 gültige Basispreis verwendet. (Jahresschlussrechnung 2024)
- Vierte Rechnung vom 1. Januar 2025 bis 26. Februar 2025: Für die Gruppierung des Falls werden der HoNOS-Wert vom 1. Januar 2025 sowie die Leistungen (CHOP, ICD-10, usw.) in

der Periode vom 1. Januar 2025 bis 26. Februar 2025 berücksichtigt. Für die Rechnungsstellung wird der am 26. Februar 2025 gültige Basispreis verwendet. (Austrittsrechnung 2025)

An die SwissDRG AG sowie das Bundesamt für Statistik werden die Leistungs- und Kostendaten des Falls für die Periode vom 1. Juli 2021 (Eintritt) bis zum 26. Februar 2025 (Austritt) mit dem HoNOS-Wert vom 1. Juli 2021 und den Leistungen (CHOP, ICD-10, usw.) und Kosten in der Periode vom 1. Juli 2021 bis 26. Februar 2025 übermittelt.

Fallbeispiel 2:

Ein Patient tritt am 1. Juli 2021 in die forensische Psychiatrie ein und tritt am 31. Dezember 2022 wieder aus:

Es wird in diesem Fall lediglich eine Rechnung gestellt für einen Fall vom 1. Juli 2021 bis 31. Dezember 2022: Für die Gruppierung des Falls werden der HoNOS-Wert vom 1. Juli 2021 sowie die Leistungen (CHOP, ICD-10, usw.) in der Periode vom 1. Juli 2021 bis 31. Dezember 2022 berücksichtigt. Für die Rechnungsstellung wird der am 31. Dezember 2022 gültige Basispreis verwendet. (Austrittsrechnung 2022)

3.4 Fallbespiele gültig für ST Reha

Aktuell existieren keine speziellen Fallbeispiele, welche nur für die Tarifstruktur ST Reha gültig sind.