

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

Version Mai 2026

Gültig ab 1.1.2027

Stand: Genehmigt vom Verwaltungsrat SwissDRG AG

am **19. Juni 2026**

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
1.6	Begriffsklärung Spital	9
2	ANWENDUNGSBEREICH UND ABGRENZUNGEN.....	11
2.1	Grundsätze	11
2.2	Abgrenzung zwischen den verschiedenen stationären Tarifstrukturen.....	12
2.3	Vergütung eines Patienten, der nach medizinischer Indikation keiner Behandlung und Pflege oder keiner medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf («Wartepatient»)	15
3	ABRECHNUNGSREGELN FÜR SWISSDRG, TARPSY UND ST REHA.....	16
3.1	Fallzusammenführungen	16
3.2	Verlegungen	16
3.3	Externe ambulante Leistungen.....	16
3.4	Sekundärtransporte	17
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.....	19
3.8	Notfälle.....	19
3.9	Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger .	19
4	SPEZIELLE ABRECHNUNGSREGELN FÜR SWISSDRG	25
4.1	Ausreisser.....	25
4.2	Fallzusammenführung	25
4.3	Verlegung.....	26
4.4	Neugeborene	27
4.5	Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger .	28
5	SPEZIELLE ABRECHNUNGSREGELN FÜR TARPSY	31

5.1	Fallzusammenführungen	31
5.2	Regel für Verlegungsabschlüsse	31
5.3	Übergangsbestimmungen	31
5.4	Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger sowie anderer Kostenträger	32
6	SPEZIELLE ABRECHNUNGSREGELN FÜR ST REHA	33
6.1	Fallzusammenführungen	33
6.2	Regel für Verlegungsabschlüsse	33
6.3	Übergangsbestimmungen	33
6.4	Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger	34

1 Grundlagen und Definitionen

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

- ⇒ 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 SpiGes-Erhebung 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, 5.1 und 6.1, 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:

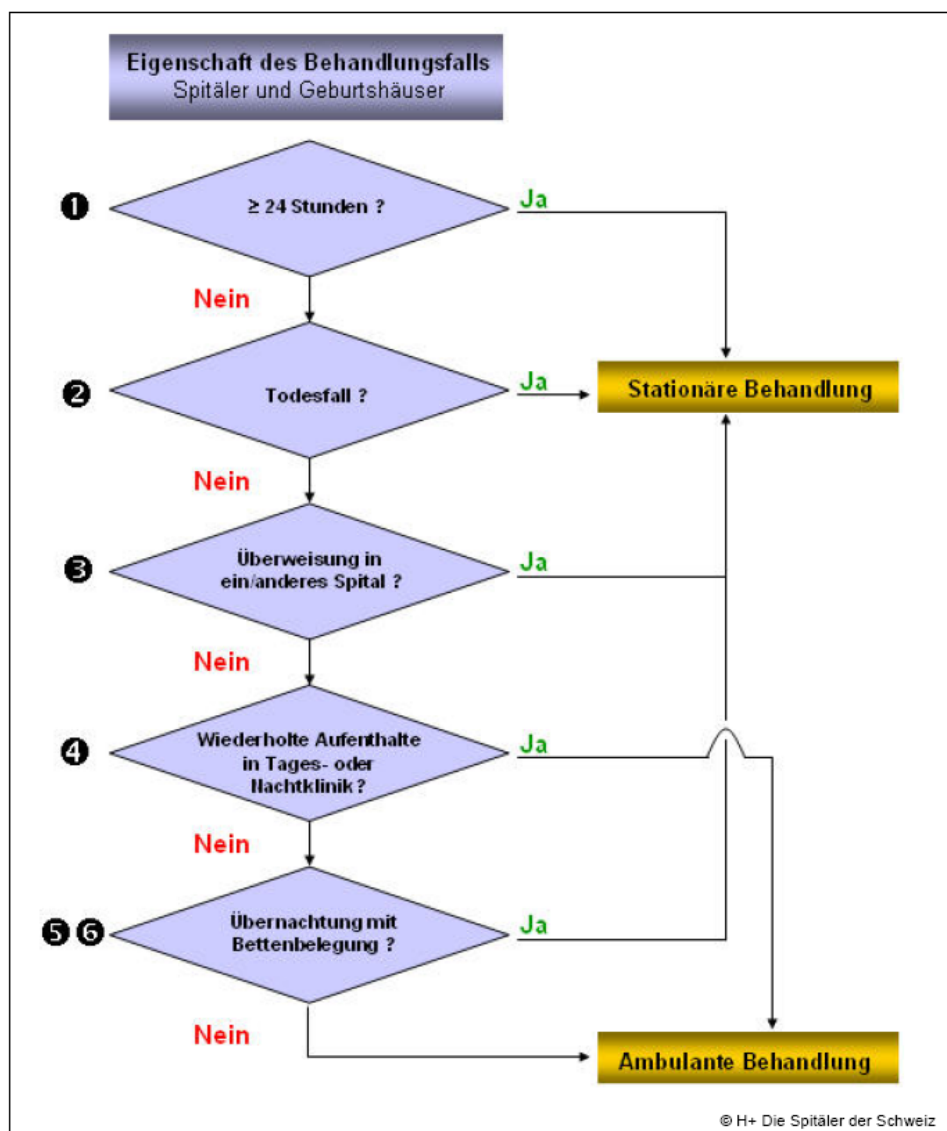
Art. 3 Stationäre Behandlung

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 Leistungsbereichen wie zum Beispiel Chemo- oder Radiotherapien, Dialysen, spitalbasierten Schmerzbehandlungen oder Physiotherapie gelten als ambulante Behandlung.

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

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

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

1.4 Zuordnung von Fällen zu einer Fallgruppe¹

Alter des Patienten

Für die Gruppierung des Falles gilt das Alter bei Spitaleintritt.

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 P60D².

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.

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

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

Zusatzentgelte

Zusätzlich zu einer SwissDRG-, TARPSY- oder ST Reha-Pauschale dürfen Zusatzentgelte entsprechend Anlage 2 (bewertete Zusatzentgelte) und 3 (unbewertete Zusatzentgelte) gemäss dem bei Austritt gültigen SwissDRG-Fallpauschalenkatalog 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. Zu einer ST Reha Pauschale dürfen zudem auch die Zusatzentgelte entsprechend des im Abrechnungsjahr gültigen ST Reha-Zusatzentgeltkatalogs abgerechnet werden.

Erfolgt die Anwendung von Arzneimitteln, für welche ein Zusatzentgelt existiert, gemäss den Bestimmungen der Art. 71a – d KVV sind diese Bestimmungen auch für die Rechnungsstellung massgebend.

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 Pflégetage TARPSY und ST Reha

Die Anzahl abrechenbarer Pflégetage⁴ ermittelt sich nach folgender Formel:

Fälle ohne Verlegung

Anzahl Pflégetage = Austrittsdatum ./ Eintrittsdatum ./ Urlaubstage + 1

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 Pflégetage weicht von der Berechnung der Aufenthaltsdauer gemäss BFS ab.

Fälle mit Verlegung⁵

Anzahl Pflegetage = Austrittsdatum ./ Eintrittsdatum ./ Urlaubstage

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

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

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 Belastungserprobung), 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 Leistungen in Anspruch, so gehen diese zu Lasten des Spitals und fliessen in die Diagnose- und Prozedurenkodierung ein.

Während der zweimal jährlich stattfindenden Zeitumstellung wird die zusätzliche Stunde oder die wegfallende Stunde nicht in die Urlaubsberechnung miteinbezogen.

1.6 Begriffsklärung Spital

Die Begriffe sind in Abstimmung mit SpiGeS wie folgt definiert:

Spital: Spital-ID (ehemals BUR-GESV)

Standorte eines Spitals: BUR-Nr.

Der Begriff Spital umfasst im vorliegenden Dokument Einrichtungen für die Akutsomatik, die Rehabilitation und die Psychiatrie. Ausnahmen bilden die Abschnitte zur Anwendung der Regeln zur Fallzusammenführung (Kapitel 3.1), der Abschnitt zur Änderung des Hospitalisierungsgrundes (Kapitel 3.5), sowie Kapitel 4, 5 und 6. In diesen wird der Begriff

⁵ Diese Definition beinhaltet alle Fälle, welche in der SpiGes-Variable „Aufenthalt nach Austritt“ (austritt_aufenthalt) die Ausprägungen 4 (Psychiatrische Klinik, anderer Betrieb), 5 (Rehabilitationsklinik, anderer Betrieb), 44 (Psychiatrische Abteilung/Klinik, gleicher Betrieb), 55 (Rehabilitationsabteilung/-klinik, gleicher Betrieb), 6 (anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus) oder 66 (Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb) aufweisen. Ausnahmen: Für TARPSY gilt die 44 (Psychiatrische Abteilung/Klinik, gleicher Betrieb) nicht als Verlegung. Für ST Reha gilt die 55 (Rehabilitationsabteilung/-klinik, gleicher Betrieb) nicht als Verlegung.

⁶ Entspricht Variable «Administrativer Urlaub & Ferien» (admin_urlaub) von SpiGes.

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 demnach gemäss Berechnungsformel 2 Urlaubstage abgezogen.



Spital als Einrichtung oder Abteilung verstanden, die in den Anwendungsbereich der jeweiligen Tarifstruktur fällt.

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 RCG-Katalog umfasst die Vergütung aller stationären Rehabilitations-Aufenthalte in Rehabilitationskliniken oder Rehabilitationsabteilungen.

Abweichungen vom Grundsatz

- **Frührehabilitation** fällt nicht unter den Anwendungsbereich von ST Reha. Die Vergütung erfolgt über die Tarifstruktur SwissDRG.

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

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

- **Paraplegiologie** fällt nicht unter den Anwendungsbereich von ST Reha. Die Vergütung erfolgt über die Tarifstruktur SwissDRG.

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.

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 kantonaler Spitalliste, Leistungsaufträge für einen Anwendungsbereich

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

⇒ Alle Fälle liegen im Anwendungsbereich von SwissDRG (inkl.: Frührehabilitation und Paraplegiologie gemäss 2.1.3)

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

⇒ Alle Fälle liegen im Anwendungsbereich von TARPSY

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

⇒ Alle Fälle liegen im Anwendungsbereich ST Reha (exkl.: Frührehabilitation und Paraplegiologie gemäss 2.1.3)

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 kommt zur Anwendung gemäss 2.1.3.

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

⇒ SwissDRG kommt zur Anwendung gemäss 2.1.3.

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

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

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

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

Die Zuordnung der Hauptleistung erfolgt anhand der Spitaltypologie

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

Für die Leistungserbringer der Kategorie K235 Spezialkliniken wird die Zuordnung anhand der Pflgeetage 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, M960, M970, 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.

Zuordnungsregel für Leistungsstelle:

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

⁹ [Kennzahlen der Schweizer Spitäler \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/gov/de/section/03/insertion/1347)

¹⁰ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/ks.assetdetail.31205017.html>

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

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

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

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

3 Abrechnungsregeln für SwissDRG, TARPSY und ST Reha

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), 5.1 (TARPSY) und 6.1 (ST Reha) 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 gemäss Kapitel 3.1 zur Anwendung.

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

¹² Beachte Kapitel 4.3 (SwissDRG) und 5.2 (TARPSY) und 6.2 (ST Reha)

Prozedurenkodierung des Spitals A ein¹³. Spital A stellt anschliessend die entsprechende Pauschale den Kostenträgern in Rechnung.

Ausnahme TARPSY und ST Reha:

Die separate und zusätzliche Verrechnung von medizinischen Leistungen während der stationären Behandlung unter TARPSY bzw. ST Reha ist gemäss den entsprechenden nationalen Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Tarifpartner möglich.

Ausnahme Geburtshäuser:

Bei einer Verlegungskette Geburtshaus – Akutspital – Geburtshaus mit ambulanter Leistung im Spital, stellt das Spital seine Rechnung direkt an den 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.

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 Allgemeinen 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) sowie 5.4 (TARPSY) und 6.4 (ST Reha).

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

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

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.

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 des gesamten Rechnungsbetrages 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, TARPSY und ST Reha berechnet.

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

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

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 Tarifierung bleiben vorbehalten.

¹⁵ Es gelten in diesem Fall auch die zum Zeitpunkt T + N gültigen Kodiergrundlagen gemäss Kapitel 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.

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 pro tarifarischem 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.

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.

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. Art. 64 Abs. 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 Art. 64 Abs. 2 ATSG die folgende Reihenfolge einzuhalten:

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

Art. 64 Abs. 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 Abs. 4 nur, wenn diese Gesundheitsschäden nicht getrennt behandelt werden können.

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

¹⁹ Beachte Kapitel 4.5 (SwissDRG), 5.4 (TARPSY) und 6.4 (ST Reha)

~~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.~~

Ob eine Behandlung vollständig zulasten einer einzigen Sozialversicherung geht oder ob ein Rechnungssplitting vorzunehmen ist, wird in drei Schritten geprüft:²⁰

Ein Rechnungssplit erfolgt nur, wenn das Gesamtkostengewicht aller erbrachten Leistungen (DRG 1) grösser als 0.46 ist.

Schritt 1: Frage nach dem Vorliegen eines einzigen Gesundheitsschadens beim Beginn der stationären Behandlung (Art. 64 Abs. 3 ATSG):

Prüffrage 1:

Liegt – allenfalls mit mehreren Ursachen - ein einziger, nicht abgrenzbarer Gesundheitsschaden vor?

Ein einziger Gesundheitsschaden kann auch dann vorliegen, wenn mehrere Ursachen zusammenwirken. Entscheidend ist, dass es sich **um ein einziges Leiden** handelt.

Beispiel: Ein Wirbelsäulenleiden, das sowohl auf einen Unfall als auch auf degenerative Entwicklungen (Krankheit) zurückgeht.

Folge bei Ja: Ist diese Frage mit **Ja** zu beantworten, geht die stationäre Behandlung zulasten einer einzigen Sozialversicherung. Dabei gilt die folgende Reihenfolge (Art. 64 Abs. 2 ATSG):

- a. Militärversicherung
- b. Unfallversicherung
- c. Invalidenversicherung
- d. Krankenversicherung

Folge bei Nein: Ist diese Frage mit **Nein** zu beantworten, liegen also mehrere voneinander abgrenzbare Gesundheitsschäden vor. Der Fall ist dann nach **Schritt 2** zu prüfen.

Definition: voneinander abgrenzbare Gesundheitsschäden:

Bei voneinander abgrenzbaren Gesundheitsschäden handelt es sich um zwei oder mehr Leiden, die unabhängig voneinander bestehen und weder Folge noch Teil des anderen Gesundheitsschadens sind.

Beispiel: Eine virale Pneumonie und ein angeborener Herzfehler.

Hinweis: Werden abgrenzbare Gesundheitsschäden im Rahmen einer einzigen stationären Heilbehandlung angegangen, etwa weil die Gebrechen im gleichen körperlichen Bereich lokalisiert sind und es aus medizinischer Sicht sinnlos oder gar unverantwortlich wäre, zwei selbständige Eingriffe nebeneinander durchzuführen, bleibt es trotzdem bei abgrenzbaren Massnahmen.

Bei Unsicherheiten, ob die Gesundheitsschäden voneinander abgrenzbar sind oder nicht:

Wenn Unsicherheiten bestehen, ob die Gesundheitsschäden voneinander abgrenzbar sind oder nicht, bestehen folgende Möglichkeiten zur Klärung:

²⁰ Die Schritte 2 und 3 können auch in vertauschter Reihenfolge durchgeführt werden.

Bei Einzelfällen:

- Die aktuell gültigen Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln
- Die fachliche Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, dem Vertrauensarzt der Versicherer oder dem regionalen ärztlichen Dienst (RAD). Sie stehen den einzelnen Sozialversicherungen beratend zur Seite. Der Entscheid obliegt den betroffenen Sozialversicherungen.

Bei wiederkehrenden Fragestellungen:

Anträge für Änderungen der Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln sind an die Arbeitsgruppe Falldefinition der SwissDRG AG über die jeweiligen vertretenden Gesellschafter (H+, prio.swiss, GDK, MTK und FMH) einzugeben.

Schritt 2: Frage nach der Kostenrelevanz:

Prüffrage 2:

Verursacht ein weiterer, einem anderen Sozialversicherungsträger zuzuordnender abgrenzbarer Gesundheitsschaden zusätzliche Kosten?

Zur administrativen Vereinfachung wurde unter den Gesellschaftern (H+, prio.swiss, GDK, MTK und FMH) vereinbart, dass sich die Frage eines Rechnungssplittings nur stellt, wenn bei mehreren abgrenzbaren Gesundheitsschäden, die je für sich verschiedenen Sozialversicherungsträgern zuzuordnen sind, eine Kostenrelevanz vorliegt.

Folge bei Ja: Ist diese Frage mit Ja zu beantworten, ist der Fall nach **Schritt 3** weiter zu prüfen.

Die rechtliche Beurteilung, ob mehrere abgrenzbare Gesundheitsschäden vorliegen und ob diese getrennt behandelt werden können, richtet sich unabhängig davon nach Art. 64 Abs. 3 und 4 ATSG.

Folge bei Nein: Ist diese Frage mit Nein zu beantworten, erfolgt kein Rechnungssplitting. Die Abrechnung erfolgt an diejenige Sozialversicherung, welche für die Hauptdiagnose/Hauptbehandlung (grösser Aufwand) zuständig ist.

Definition Kostenrelevanz:

Kostenrelevanz liegt vor, wenn die Behandlung eines weiteren, einem anderen Sozialversicherungsträger zuzuordnenden abgrenzbaren Gesundheitsschadens zusätzliche Kosten verursacht, die ohne diesen weiteren abgrenzbaren Gesundheitsschaden nicht angefallen wären. Entstehen keine Mehrkosten, liegt keine Kostenrelevanz vor.

Ob zusätzliche Kosten vorliegen, kann sich daraus ergeben, dass:

- das Kostengewicht durch den Hinzutritt eines weiteren abgrenzbaren Gesundheitsschadens beeinflusst wird;
- die Behandlung oder Prozedur des weiteren abgrenzbaren Gesundheitsschadens kostengewichtsrelevant ist;
- administrative oder tarifrelevante Parameter wie Aufenthaltsdauer, Gewicht, Beatmungstunden oder Austrittsart durch den hinzutretenden Gesundheitsschaden beeinflusst werden und sich dadurch auf das Kostengewicht auswirken;
- eine Prozedur ein Zusatzentgelt auslöst.

Schritt 3: Frage nach der getrennten Behandlungsmöglichkeit bei Hinzutritt einer weiteren Gesundheitsschädigung während der stationären Behandlung (Art. 64 Abs. 4 ATSG):

Prüffrage 3:

Tritt während der laufenden stationären Behandlung eine weitere Gesundheitsschädigung hinzu und ist eine getrennte Behandlung möglich?

Zu beurteilen ist die gegenseitige Beziehung der beiden oder mehreren Heilbehandlungen.

Folge bei Ja: Ist eine getrennte Behandlung der abgrenzbaren Gesundheitsschäden möglich, ist grundsätzlich ein **Rechnungssplitting** vorzunehmen.

Folge bei Nein: Ist eine getrennte Behandlung nicht möglich, trägt diejenige Sozialversicherung, die für den Gesundheitsschaden in der Hauptdiagnose/Hauptaufwand zuständig ist, auch die Kosten des anderen Gesundheitsschadens. In zeitlicher Hinsicht ist dieser Sozialversicherungsträger für die zusätzliche Kostenübernahme so lange zuständig, wie der eigene Gesundheitsschaden behandelt wird.

Folgende Kriterien sind massgebend, um eine getrennte Behandlungsmöglichkeit auszuschliessen:

Zu beurteilen ist die gegenseitige Beziehung der beiden oder mehreren Heilbehandlungen. Folgende Kriterien sind massgebend, um eine getrennte Behandlungsmöglichkeit auszuschliessen:

- Wenn beide Heilbehandlungen sofort vorgenommen werden müssen, ist eine getrennte Behandlungsmöglichkeit ausgeschlossen
- Wenn beide Heilbehandlungen gleichzeitig vorgenommen werden müssen, ist eine getrennte Behandlungsmöglichkeit ausgeschlossen.

Folgende Kriterien sind **nicht** massgebend, um eine getrennte Behandlungsmöglichkeit auszuschliessen:

- Es liegt eine Hauptdiagnose und eine Nebendiagnose vor
- Die beiden Behandlungen sind qualitativ unterschiedlich
- Die eine Behandlung ist Voraussetzung dafür, dass die andere Behandlung vorgenommen werden kann.

Beispiele:

- ist nur einer der abgrenzbaren Gesundheitsschäden behandlungsbedürftig, während der andere lediglich einen diagnostischen Aufwand verursacht, liegt keine gleichzeitige Behandlung mehrerer Gesundheitsschäden vor.
- Ist eine Trennung der Behandlung medizinisch unmöglich, liegt eine gleichzeitige Behandlung vor.
- Wenn die eine Behandlung notwendigerweise unmittelbare (d.h. gleichzeitige) Vorbereitung oder Bestandteil der Behandlung des anderen Gesundheitsschadens ist, liegt eine gleichzeitige Behandlung vor.

Bei Unsicherheiten, ob eine getrennte Behandlung möglich ist oder nicht:

Wenn Unsicherheiten bestehen, ob die Gesundheitsschäden als getrennt behandelbar gelten oder nicht bestehen folgende Möglichkeiten zur Klärung:

Bei Einzelfällen:

- Die aktuell gültigen Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln
- Die fachliche Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, dem Vertrauensarzt der Versicherer oder dem regionalen ärztlichen Dienst (RAD). Sie stehen den einzelnen Sozialversicherungen beratend zur Seite. Der Entscheid obliegt den betroffenen Sozialversicherungen.

Bei wiederkehrenden Fragestellungen:

Anträge für Änderungen der Klarstellungen und Fallbeispiele zu den Anwendungsregeln sind an die Arbeitsgruppe Falldefinition der SwissDRG AG über die jeweiligen vertretenden Gesellschafter (H+, prio.swiss, GDK, MTK und FMH) einzugeben.

Rechnungssplitting:

Ein Rechnungssplitting wird vorgenommen, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind:

- Es liegen mehrere voneinander abgrenzbare Gesundheitsschäden vor (Schritt 1)
- diese abgrenzbaren Gesundheitsschäden sind kostenrelevant (Schritt 2)
- diese abgrenzbaren Gesundheitsschäden können innerhalb derselben Hospitalisation getrennt behandelt werden (Schritt 3).

Die Aufteilung der Kosten hat sich nach dem bei getrennter Behandlung der Schäden von den jeweiligen Sozialversicherungen zu übernehmenden Anteil zu richten, deren Bezifferung im Einzelfall gestützt auf diesbezügliche ärztliche Angaben erfolgen muss.

Bestreitung des Splittings:

Wird ein vom Spital vorgenommenes Rechnungssplitting von einem beteiligten Versicherer bestritten, geht die nach Art. 70 ATSG zuständige Sozialversicherung gegenüber dem Leistungserbringer in Vorleistung.

IV Mitteilung/Verfügung:

Massgebend für die Leistungspflicht bzw. Leistungsdauer der IV ist die Verfügung der zuständigen IV-Stelle (vgl. ~~Art. 57, Abs. 1, lit. g des Bundesgesetz über die Invalidenversicherung~~; Art. 41, Abs. 1, lit. d und Art. 74 ~~lit. a~~ der Verordnung über die Invalidenversicherung; Art. 49 ATSG).²¹

Ist die IV-Verfügung oder IV-Mitteilung nicht für den gesamten Zeitraum der Hospitalisation gültig, ist abzuklären, ob die Verfügung oder Mitteilung rückwirkend ab Beginn der Behandlung gilt.

Gilt die IV-Verfügung oder IV-Mitteilung rückwirkend, ist für die bereits erbrachten Leistungen massgebend, ob ein einziger Gesundheitsschaden behandelt wurde (Art. 64 Abs. 3 ATSG; kein Splitting der Rechnung) oder nicht (Siehe Rechnungssplitting). Vgl. für das Vorgehen die Erläuterung von Art. 64 Abs. 3 ATSG.

²¹ Diese Regelungen gelten nur für die Rechnungsstellung. Das Spital erfasst in der SpiGes-Erhebung die Kodierung des gesamten, ungesplitteten Falles. Dementsprechend werden auch die Kosten des gesamten, ungesplitteten Falles ausgewiesen und der SwissDRG AG übermittelt.

Zusatzentgelte:

Ob ein Rechnungssplitting erfolgt, richtet sich nach den Prüffragen 1–3. Kommt es zu einem Rechnungssplitting, wird das Zusatzentgelt derjenigen Sozialversicherung in Rechnung gestellt, die für diese konkrete Zusatzleistung leistungspflichtig ist. Kommt es mangels Kostenrelevanz zu keinem Rechnungssplitting, wird das Zusatzentgelt ebenfalls derjenigen Sozialversicherung in Rechnung gestellt, die für diese konkrete Zusatzleistung leistungspflichtig ist. Fällt ein Zusatzentgelt nicht unter Art. 64 Abs. 3 oder 4 ATSG, ist für dessen Abrechnung die materielle Leistungspflicht für die konkrete Zusatzleistung massgebend.

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

Erster Tag mit Abschlag bei unterer Grenzverweildauer + 1

– Aufenthaltsdauer

= Zahl der Abschlagstage

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

Aufenthaltsdauer + 1

– erster Tag mit zusätzlichen Entgelt bei oberer Grenzverweildauer

= Zahl der Zuschlagstage

4.2 Fallzusammenführung

4.2.1 Wiederaufnahme in gleiche MDC²²

Erfolgt innerhalb von 18 Kalendertagen seit Austritt²³ 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. 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.

²² Diese Regel wurde so konzipiert, dass auch Wiederaufnahmen aufgrund einer Komplikation aus einer vorangehenden Spitalbehandlung zu einer Fallzusammenführung führen. Die Kodierrichtlinien wurden entsprechend angepasst.

²³ „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.

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 in ein Geburtshaus (Kapitel 4.2.2).

4.2.2 Rückverlegung

Bei einer Wiederaufnahme innerhalb von 18 Kalendertagen²⁴ infolge einer Rückverlegung aus einem anderen Spital, das unter den Anwendungsbereich dieser Abrechnungsregeln fällt, sind die Fälle bei gleicher MDC zusammen zu führen. Die Verlegungsabschläge gemäss entsprechender Regelung im Kapitel „Verlegungen“ sind anwendbar. 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 Kapitel 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.

4.3 Verlegung

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

4.3.1 Regel für Verlegungsabschläge

Bei einer Verlegung²⁵ rechnet jedes involvierte Spital diejenige Fallpauschale ab, welche sich aus seiner Behandlung ergibt. Sowohl das verlegende wie das aufnehmende Spital müssen jedoch einen Abschlag gewärtigen, wenn die Aufenthaltsdauer des Patienten im betreffenden Spital mehr als einen Tag 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 Grouperdokumentation)

²⁴ „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.

²⁵ 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“.

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 Kapitel 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 Kapitel 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

Falls später eine Rückverlegung stattfindet, gelangt die Regelung zur Fallzusammenführung gemäss Kapitel 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 Neugeborenen²⁶ an den Kostenträger der Mutter, beim kranken Neugeborenen an den Kostenträger des Neugeborenen.

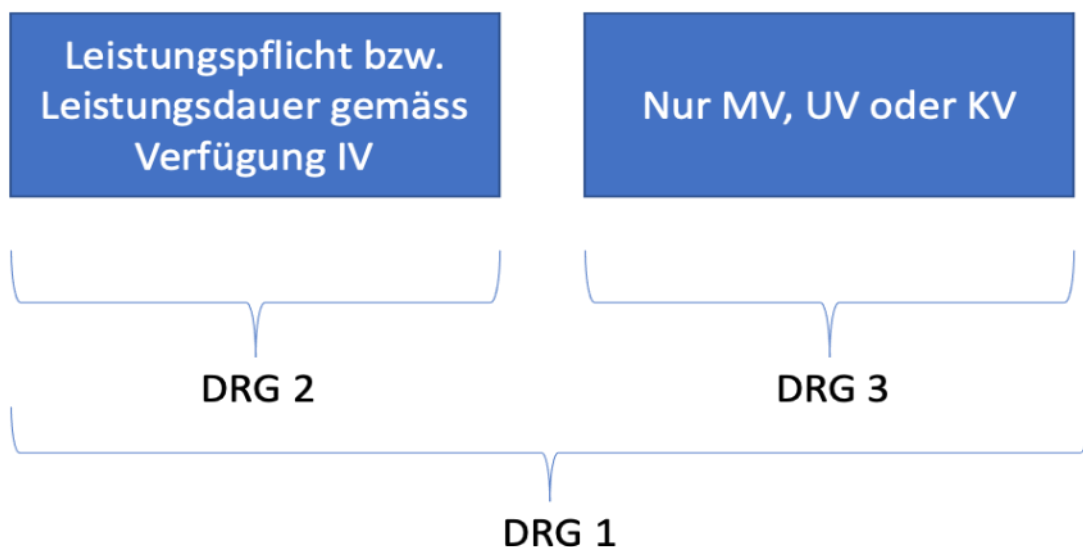
Zu Abrechnungszwecken gelten Neugeborene in den DRGs P66D und P67D als gesund sofern mit diesen DRGs die Geburt des Neugeborenen vergütet wird.

²⁶ Die DRG P66D und P67D enthalten die gesunden Neugeborenen.

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 und es handelt sich um mindestens zwei voneinander abgrenzbare Gesundheitsschäden, welche innerhalb der gleichen Hospitalisation getrennt behandelt werden können und sind beide getrennt behandelbaren Gesundheitsschäden oder die trennbaren Behandlungen kostenrelevant, nimmt das Spital eine Trennung der Rechnung nach folgendem Schema vor (Bedingung: Kostengewicht 2 < Kostengewicht 1; sonst keine getrennte Rechnungsstellung).



Bei der Kodierung der DRG 2 wird angenommen, dass lediglich die IV-Leistungen erbracht wurden und für die Ermittlung von DRG 3 wird angenommen, dass lediglich die KV/UV/MV-Leistungen erbracht wurden.

Die für Abrechnungszwecke hergeleiteten Verweildauern werden Liegen zeitlich abgrenzbare Gesundheitsschäden vor, werden die Verweildauern in ganzen Tagen angegeben:

- Austrittszeitpunkt für Berechnung der DRG 2: 23:5945 Uhr des Tages x
- Eintrittszeitpunkt für Berechnung der DRG 3: 0:00 Uhr des Tages x+1

Die Summe der Aufenthaltsdauern in DRG 2 und 3 ergibt in diesem Fall die Aufenthaltsdauer in DRG 1.

Im Regelfall sind die Gesundheitsschäden allerdings nicht zeitlich abgrenzbar. In diesem Fall wird für die Ermittlung von DRG 2 und DRG 3 je eine medizinisch realistische Aufenthaltsdauer angenommen. Dabei kann es zu Überschneidungen in den Aufenthaltsdauern kommen, d.h. die Summe der Aufenthaltsdauern in DRG 2 und 3 kann höher oder tiefer sein als die Aufenthaltsdauer in DRG 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 $\frac{cw2}{cw2 + cw3}$ der DRG 1 multipliziert mit ihrem Basispreis in Rechnung zu stellen ist; Zwei Rechnungen für die Behandlung, die in den Leistungsbereich der Invalidenversicherung fällt und von dieser zu übernehmen ist:~~
 - a) Die Invalidenversicherung übernimmt den Anteil $\frac{cw2}{cw2 + cw3}$ der DRG 1 multipliziert mit ihrem Basispreis gemäss Art. 14^{bis} Abs. 1 IVG geltenden Kostenteiler
 - b) Der Kanton übernimmt entsprechend den Anteil $\frac{cw2}{cw2 + cw3}$ der DRG 1 multipliziert mit dem Basispreis der Invalidenversicherung gemäss Art. 14^{bis} Abs. 1 IVG geltenden Kostenteiler.
- 2a) ~~Zwei Rechnungen für den Restaufenthalt, für die Behandlung, die in den Leistungsbereich des der vom anderen Sozialversicherungsträger fällt und von diesem zu übernehmen ist, falls dies ein Krankenversicherer ist:~~
 - a) Der Krankenversicherer übernimmt den Anteil $\frac{cw3}{cw2 + cw3}$ der DRG 1 multipliziert mit ihrem Basispreis gemäss dem nach den Regeln der ~~neuen~~ aktuellen Spitalfinanzierung geltenden Kostenteiler.²⁷
 - b) Der Kanton übernimmt entsprechend den Anteil $\frac{cw3}{cw2 + cw3}$ 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 für die Behandlung, die in den Leistungsbereich des anderen Sozialversicherungsträger fällt und von diesem zu übernehmen ist, falls dies ein Unfallversicherer oder die Militärversicherung ist: Die UV/MV übernimmt den Anteil $\frac{cw3}{cw2 + cw3}$ der DRG 1 multipliziert mit ihrem Basispreis.~~

Zusatzentgelte werden ~~derjenigen Sozialversicherung in Rechnung gestellt, welche für die Zusatzentgelte leistungspflichtig ist. Besteht eine Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungen, werden die Zusatzentgelte gemäss den Teilungsregeln (1) und (2) auf die Kostenträger aufgeteilt und vergütet 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 **UV/MV-Fall** (DRG **UV/MV**) und stellt der **UV/MV** Rechnung.

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

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, Sind die Bedingungen für einen Rechnungssplitt erfüllt, nimmt das Spital auf Grundlage der Angaben des UV/MV ein Rechnungssplitting analog Kapitel 4.5.1 vor.

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 Verlegungsabschlüsse

Unter TARPSY werden keine Verlegungsabschlüsse 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 und es handelt sich um mindestens zwei voneinander abgrenzbare Gesundheitsschäden, welche innerhalb der gleichen Hospitalisation getrennt behandelt werden können und sind beide getrennt behandelbaren Gesundheitsschäden oder die trennbaren Behandlungen kostenrelevant, 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 für den IV Fall sowie für den KV Fall je zwei Rechnungen gemäss dem Kostenteiler der neuen aktuellen Spitalfinanzierung (KVG Art. 49a) bzw. nach Art. 14^{bis} Abs. 2 IVG an Invalidenversicherung und an Krankenversicherer sowie an den 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.~~

Zusatzentgelte werden derjenigen Sozialversicherung in Rechnung gestellt, welche für die Zusatzentgelte leistungspflichtig ist. Besteht eine Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungen, werden die Zusatzentgelte gemäss den Teilungsregeln (1) und (2) auf die Kostenträger aufgeteilt und vergütet.

Zur Berechnung der Aufenthaltstage werden die Urlaubstage bei jenem Versicherer berücksichtigt, der zu diesem Zeitpunkt für die Aufenthaltskosten leistungspflichtig war.

5.4.2 Trennung der Rechnung zwischen KV und UV/MV

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

~~Primär sind die MV oder UV leistungspflichtig (vgl. Kaskade nach Art. 64, Abs. 2 ATSG). Sind die Bedingungen für einen Rechnungssplit gemäss Art. 64 ATSG erfüllt, ist die KV verpflichtet, diejenigen Kosten, welche die MV/UV Behandlung übersteigen, zu übernehmen. Das Spital nimmt das Spital auf der Grundlage der Angaben des UV/MV eine Trennung der Rechnung pro rata temporis analog Kapitel 5.4.1 vor.~~

~~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.~~

6 Spezielle Abrechnungsregeln für ST Reha

6.1 Fallzusammenführungen

6.1.1 Wiederaufnahme oder Rückverlegung

Erfolgt innerhalb von 18 Kalendertagen seit Austritt²⁹ eine Wiederaufnahme oder Rückverlegung in dasselbe Spital und dieselbe Basis-RCG, so werden die Fälle zusammengeführt. Bei Fallzusammenführungen sind die Assessments / Messinstrumente bei Eintritt des ersten Aufenthalts für die Erfassung massgebend.

6.1.2 Kombinierte Fallzusammenführungen

Bei mehrfacher Wiederaufnahme oder Rückverlegung erfolgt in gleicher Weise (gemäss 6.1.1) 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.

6.2 Regel für Verlegungsabschlüsse

Unter ST Reha werden keine Verlegungsabschlüsse vorgenommen.

6.3 Übergangsbestimmungen

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

²⁹ „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.

6.4 Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger

6.4.1 Trennung einer Rechnung, bei Vorliegen einer Verfügung der IV

Liegt die Verfügung einer IV Stelle vor und es handelt sich um mindestens zwei voneinander abgrenzbare Gesundheitsschäden, welche innerhalb der gleichen Hospitalisation getrennt behandelt werden können und sind beide getrennt behandelbaren Gesundheitsschäden oder die trennbaren Behandlungen kostenrelevant, 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 für den IV Fall sowie für den KV Fall je zwei Rechnungen gemäss dem Kostenteiler der neuen aktuellen Spitalfinanzierung (KVG 49a) bzw. nach Art. 14^{bis} Abs. 2 IVG an Invalidenversicherung und an Krankenversicherer sowie an den 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.

Zusatzentgelte werden derjenigen Sozialversicherung in Rechnung gestellt, welche für die Zusatzentgelte leistungspflichtig ist. Besteht eine Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungen, werden die Zusatzentgelte gemäss den Teilungsregeln (1) und (2) auf die Kostenträger aufgeteilt und vergütet.

Zur Berechnung der Aufenthaltstage werden die Urlaubstage bei jenem Versicherer berücksichtigt, der zu diesem Zeitpunkt für die Aufenthaltskosten leistungspflichtig war.

6.4.2 Trennung der Rechnung zwischen KV und UV/MV

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

Primär sind die MV oder UV leistungspflichtig (vgl. Kaskade nach Art. 64, Abs. 2 ATSG). Sind die Bedingungen für einen Rechnungssplit gemäss Art. 64 ATSG erfüllt, ist die KV verpflichtet, diejenigen Kosten, welche die MV/UV Behandlung übersteigen, zu übernehmen. Das Spital nimmt das Spital auf der Grundlage der Angaben des UV/MV eine Trennung der Rechnung pro rata temporis analog Kapitel 6.4.1 vor.

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.