Klarstellungen
und Fallbeispiele

zu den Regeln und Definitionen
zur Fallabrechnung unter SwissDRG

Version 3.2 vom 4. September 2015

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

Vorbemerkungen

Änderungen gegenüber der Version 2.1:

- Der Inhalt der Klarstellungen Nr. 10, 12, 13, 14, 15, 20 und 23 wurde per 01.01.2014 im Dokument „Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG“ aufgenommen.
- Der Inhalt der Klarstellung Nr. 01 wurde in Fussnote 9 des Fallpauschalenkatalogs überführt.

Änderungen gegenüber der Version 3.0:

- Der Inhalt der Klarstellung Nr. 03 wurde ergänzt
- Neue Klarstellungen Nr. 21 und 26 im Dokument aufgenommen.

Änderungen gegenüber der Version 3.1:

- Klarstellung 02, geändert
- Klarstellung 07, Gültigkeit auf Ende 2015 begrenzt
- Klarstellung 27, neu
- Klarstellung 17, gestrichen

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

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

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

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

Klarstellung Nr. 03 (publiziert am 23. Oktober 2012, geändert am 18. September 2014)

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

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

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

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

- Der Transport ins Spital B wird durch Spital A veranlasst.
- Der Transport ins Spital B wird von mind. einer medizinischen Fachperson begleitet.
- Das Transportmittel ist mind. mit Notfallmaterial, Verbandsmaterial und AED (Automatisierter Externer Defibrillator) ausgerüstet.
- Die medizinische Verantwortung für den Patienten trägt - bis zur Aufnahme im Spital B - das Spital A; das Transportunternehmen oder das Spital B.

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

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

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

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

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

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

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

Zu Absatz 1.4 Zuordnung von Fällen zu einer DRG. Zusatzentgelte

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

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

Zu Absatz 1.5 Aufenthaltsdauer. Definition Urlaub

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

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

Klarstellung Nr. 07 (publiziert am 20. März 2012, gültig bis 31. Dezember 2015)

Zu Absatz 3.3 Fallzusammenführung

Stimmt die durch den Grouper bezeichnete MDC nicht mit der durch den Grouper zugewiesenen DRG und dadurch resultierenden MDC gemäss Fallpauschalenkatalog überein, ist für die Fallzusammenführung die MDC gemäss Fallpauschalenkatalog massgebend.

Erläuterung:

Der Grouper weist jedem Fall aufgrund seiner Hauptdiagnose eine MDC zu. Bestimmte Fälle werden aufgrund der angegebenen Leistungsdaten unabhängig von ihrer Hauptdiagnose einer bestimmten DRG zugewiesen, die keinen Bezug zur angegebenen Hauptdiagnose und dadurch zur zugeordneten MDC hat. Das trifft insbesondere für DRGs der Prä-MDC (Zuordnung häufig z.B. allein durch die angegebenen Beatmungsstunden) oder der MDC 15 (Zuordnung allein aufgrund des Aufnahmegewichts) zu. Details hierzu sind in der Einleitung zum Definitionshandbuch sowie in der Definition der Prä-MDC/MDC 15 dokumentiert.

Daher kann es vorkommen (das ist bei allen der DRGs der Prä-MDC der Fall), dass die vom Grouper bezeichnete MDC nicht mit der im Fallpauschalenkatalog dokumentierten MDC einer DRG übereinstimmt.

Beispiel:

Grouperausgabe für Fall 1: DRG=A13E, MDC=18B (MDC gemäss Fallpauschalenkatalog = Prä-MDC)

Grouperausgabe für Fall 2: DRG=A11F, MDC=05 (MDC gemäss Fallpauschalenkatalog = Prä-MDC)

Vorgehen bei Wiederaufnahme innerhalb von 18 Tagen aufgrund von Rückverlegung:

Fallzusammenführung

Vorgehen bei Wiederaufnahme von zu Hause innerhalb von 18 Tagen (keine Rückverlegung aus einem anderen Spital):

keine Fallzusammenführung, da mind. eine der beiden DRGs in Spalte 12 des Fallpauschalenkataloges als Ausnahme gekennzeichnet ist.

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

Zu Absatz 3.3 Fallzusammenführung

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

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

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

Nach erfolgter Fallzusammenführung: 72 Stunden = 3 Tage Urlaub.

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

Klarstellung Nr. 27 (publiziert am 4. September 2015)

Zu Absatz 3.3 Fallzusammenführung

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

Fallkonstellation 1

Spital A 1. Stationärer Aufenthalt		Spital A 2. Aufenthalt Wiederaufnahme oder Rückverlegung
Austritt im Jahr **T**		Eintritt im Jahr **T** und Austritt im Jahr **T+N**

Fallkonstellation 2

Spital A 1. Stationärer Aufenthalt		Spital A 2. Aufenthalt Wiederaufnahme oder Rückverlegung
Austritt im Jahr **T**		Eintritt im Jahr **T+N** und Austritt im Jahr **T+N**

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

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

Zu Absatz 3.3.2 Rückverlegung

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

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

Zu Absatz 3.4.1 Regel für Verlegungsabschläge

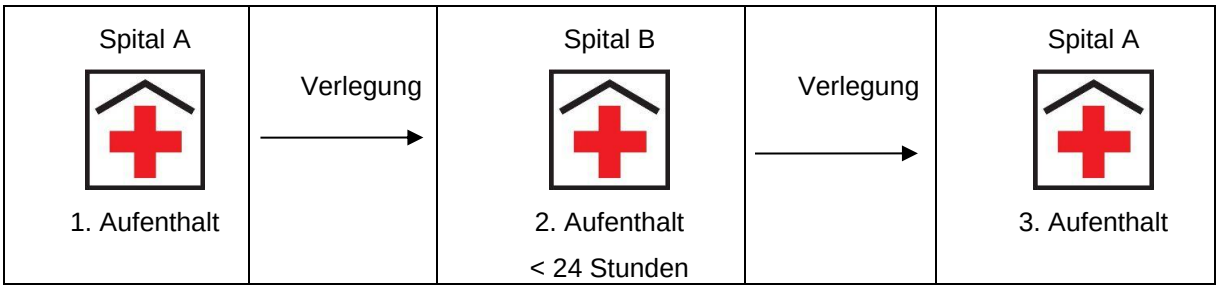
Sowohl der verlegte Fall als auch der zuverlegte Fall müssen in den Anwendungsbereich der SwissDRG fallen, damit ein Verlegungsabschlag möglich ist. Zwecks Verrechnung ist der Fall als Aufnahme oder Entlassung und nicht als Verlegung anzugeben, wenn eines der beiden involvierten Spitäler:

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

Klarstellung Nr. 21 (publiziert am 18. September 2014)

Zu Absatz 3.4.4 Externe ambulante Leistungen

Fallkonstellation 1

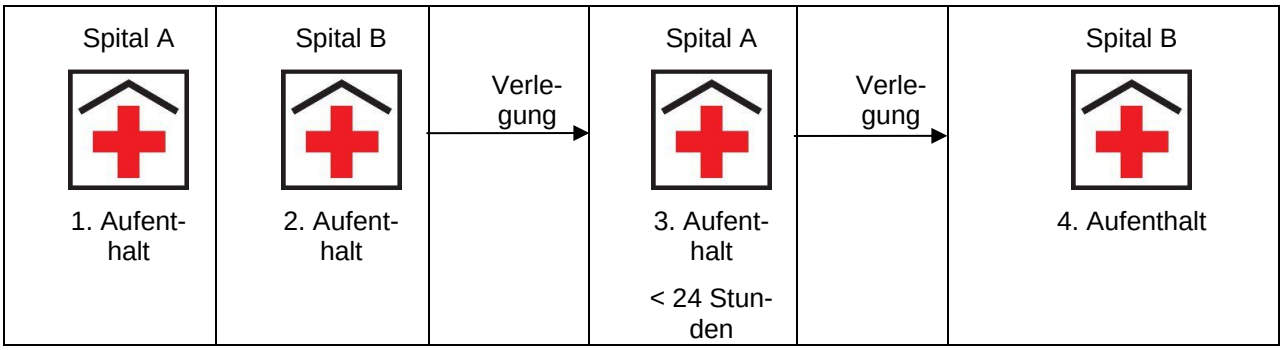


Das Spital B rechnet den Aufenthalt stationär ab, wenn die Bedingungen 5 (Mitternachtszensus) und 6 (Bettenbelegung) gemäss Ziffer 1.3 der Anwendungsregeln kumulativ erfüllt sind. Bei allen anderen Aufenthalten unter 24h stellt Spital B Rechnung an Spital A gemäss Ziffer 3.4.4 der Anwendungsregeln.

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

Fallkonstellation 2

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum



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

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

Anlage 1:

Fallbeispiele zu den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG

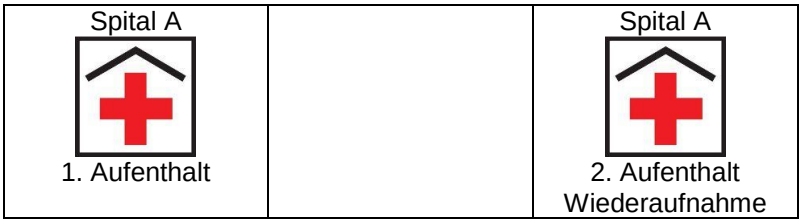
Kapitel 3.3 Fallzusammenführungen

(publiziert am 20. März 2012)

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

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

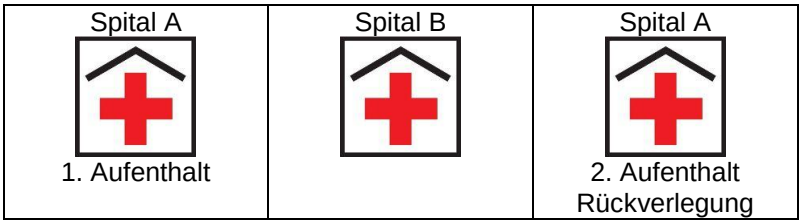
Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum



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

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

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum



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

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

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum

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

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

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

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum

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

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

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

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum

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

Alle drei Aufenthalte in Spital A werden zusammengeführt, wenn

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

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

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum

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

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

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

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

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum

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

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

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

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

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

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum

Spital A		Spital A		Spital A
1. Aufenthalt		2. Aufenthalt Wiederaufnahme		3. Aufenthalt Wiederaufnahme

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

a) beide Aufenthalte in der gleichen MDC gruppiert sind
b) die Wiederaufnahme für den dritten Aufenthalt innerhalb von 18 Tagen seit Austritt beim ersten Aufenthalt erfolgte

c) weder der erste, noch der dritte Aufenthalt in Spital A in eine Fallgruppe „Ausnahme von Wiederaufnahme“ gemäss Spalte 12 des Fallpauschalenkatalogs fällt.

Anlage 2

Fallbeispiele zu Kapitel 3.11 Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger [1]

(publiziert am 10. Mai 2012, geändert am 1. Januar 2013)

Absatz 3.11.2 Trennung einer Rechnung, bei Vorliegen einer Verfügung der IV

1. Fallbeispiel

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

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

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

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

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

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

Bestimmung der Vergütung:

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

Das Spital stellt folgendermassen Rechnung:

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

2. Fallbeispiel

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

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

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

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

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

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

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

3. Fallbeispiel

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

Gesamtaufenthalt

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

Aufenthalt gemäss IV-Verfügung

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

Aufenthalt gemäss KV

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

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

4. Fallbeispiel

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

Gesamtaufenthalt

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

Aufenthalt gemäss IV-Verfügung

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

Aufenthalt gemäss KV

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

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

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

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

5. Fallbeispiel

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

Gesamtaufenthalt

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

Aufenthalt gemäss IV-Verfügung

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

Aufenthalt gemäss KV

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

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

Kostengewicht für Rechnung an IV: 0.705

6. Fallbeispiel

Für die Splits DRG_{IV} (entspricht DRG 2 gemäss Ziffer 3.11.2) und DRG_{KV} (entspricht DRG 3 gemäss Ziffer 3.11.2) werden folgende administrative Merkmale des Originalfalles eingesetzt:

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

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

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

Gesamtaufenthalt

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

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

Aufenthalt gemäss IV-Verfügung

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

Aufenthalt gemäss KV

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

Absatz 3.11.3 Trennung der Rechnung zwischen KV und UV/MV

1. Fallbeispiel

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, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC) mit einem Kostengewicht von 1.581;

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 0.479.

Das Spital schickt die gesamte Rechnung an den UV-Versicherer (UV-Basispreis und Kostengewicht 1.581).[3] Da cw2 = cw1 ist, übernimmt der UV-Versicherer die gesamte Rechnung.

2. Fallbeispiel

Bei einem Mann besteht nach einem Unfall an der rechten Hüfte eine posttraumatische Hüftgelenksarthrose. Diese muss durch die Implantation einer Hüft-Totalprothese behandelt werden. Am Fuss wird eine schmerzhafte Hyperostose festgestellt (krankhaftes Leiden ohne Unfall). Hüfte und Fuss werden in der gleichen Operation behandelt. Der Spitalaufenthalt dauert 5 Tage. Beide Eingriffe sind Wahleingriffe.

Die Kodierung des gesamten Falls (Hüfte und Fuss) ergibt die DRG I08B(Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur od. komplexer Diagnose bei zerebraler Lähmung oder mit äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule. Alter > 15 Jahre) mit einem Kostengewicht von 3.113;

Die Kodierung lediglich der Hüfte ergibt die DRG I47B (Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff) mit einem Kostengewicht von 1.794.

Die Kodierung lediglich des Fusses ergibt die DRG I20E (Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, ohne schweren Weichteilschaden, Alter > 15 Jahre, ohne Knochentransplantation, ohne Implantation einer Zehengelenkendoprothese) und das Kostengewicht 0.669.

Das Spital schickt die gesamte Rechnung an den UV-Versicherer (UV-Basispreis und Kostengewicht 3.113). Der Unfallversicherer stellt fest, dass er für einen Teil der erbrachten Leistungen nicht leistungspflichtig ist. Er nimmt eine Aufteilung der Rechnung gemäss Kapitel 3.11.2 vor und stellt dem Krankenversicherer eine Rechnung für die Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung der Hyperostose am Fuss. (0.272*3.113*UV-Basispreis).

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

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

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

Die Regel für Verlegungsabschläge wird in folgenden Fällen nicht angewendet:

Fallkonstellation 1: Verlegungsfallpauschale

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

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

Fallkonstellation 2: Überweisung innerhalb von 24 Stunden

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

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

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

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

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

Fallkonstellation 3c: Überweisung innerhalb von 24 Stunden nach Wiedereintritt

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

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

Prüffrist: 18 Kalendertage ab Entlassungsdatum

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

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

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