



# **Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG**

**Version Mai 2017**

**Gültig ab 1.1.2018**

**Stand:** Genehmigt vom Verwaltungsrat SwissDRG AG  
am 29. Mai 2017

## Inhalt

<b>1</b>	<b>GRUNDLAGEN UND DEFINITIONEN .....</b>	<b>3</b>
1.1	Benötigte Informationen .....	3
1.2	Regeln für die Kodierung von Diagnosen und Eingriffen.....	3
1.3	Definition und Abrechnung des stationären Aufenthalts .....	3
1.4	Zuordnung von Fällen zu einer DRG.....	6
1.5	Aufenthaltsdauer .....	7
<b>2</b>	<b>ANWENDUNGSBEREICH UND ABGRENZUNGEN.....</b>	<b>8</b>
2.1	SwissDRG .....	8
2.2	TARPSY.....	8
2.3	Abgrenzung zwischen den verschiedenen stationären Tarifstrukturen.....	9
2.4	Vergütung von Pflege- oder Wartepatienten .....	12
<b>3</b>	<b>SPEZIELLE ABRECHNUNGSREGELN .....</b>	<b>13</b>
3.1	Übersicht.....	13
3.2	Ausreisser.....	13
3.3	Fallzusammenführungen .....	14
3.4	Verlegungen .....	16
3.5	Änderung des Hospitalisierungsgrundes während eines Spitalaufenthaltes.....	18
3.6	Aufenthalte über zwei oder mehrere Rechnungsperioden.....	18
3.7	Vor- und nachstationäre Behandlungen und Untersuchungen im Spital.....	19
3.8	Notfälle.....	19
3.9	Neugeborene .....	19
3.10	Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger .....	20

# 1 Grundlagen und Definitionen

Dieses Papier definiert

- ⇒ grundlegende Aspekte für die Anwendung von SwissDRG (Kapitel 1)
- ⇒ den Anwendungsbereich von SwissDRG (Kapitel 2)
- ⇒ die Regeln über die Fallabrechnung unter SwissDRG (Kapitel 3)

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 eine Vergütung mit SwissDRG-Fallpauschalen werden die Daten der medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) benötigt. Diese Daten werden auf der Grundlage des Bundesstatistikgesetz (BstatG) vom 9. Oktober 1992 und der dazugehörigen Verordnung sowie auf der Grundlage der Richtlinien und Empfehlungen des Bundesamtes für Statistik für jeden in einem Spital behandelten Fall routinemässig erhoben.

## 1.2 Regeln für die Kodierung von Diagnosen und Eingriffen

Die Kodierung der Fälle, welche mit SwissDRG 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 SwissDRG muss die SwissDRG AG ihre Anliegen beim BfS einbringen.

## 1.3 Definition und Abrechnung des stationären Aufenthalts

**Grundsatz:** Pro stationären Fall kann 1 Fallpauschale abgerechnet werden. Besonders zu beachten sind die Regelungen in Kapitel 3.3, gemäss denen unter gewissen Voraussetzungen mehrere stationäre Aufenthalte zu einem stationären Fall und somit zu einer Fallpauschale 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**

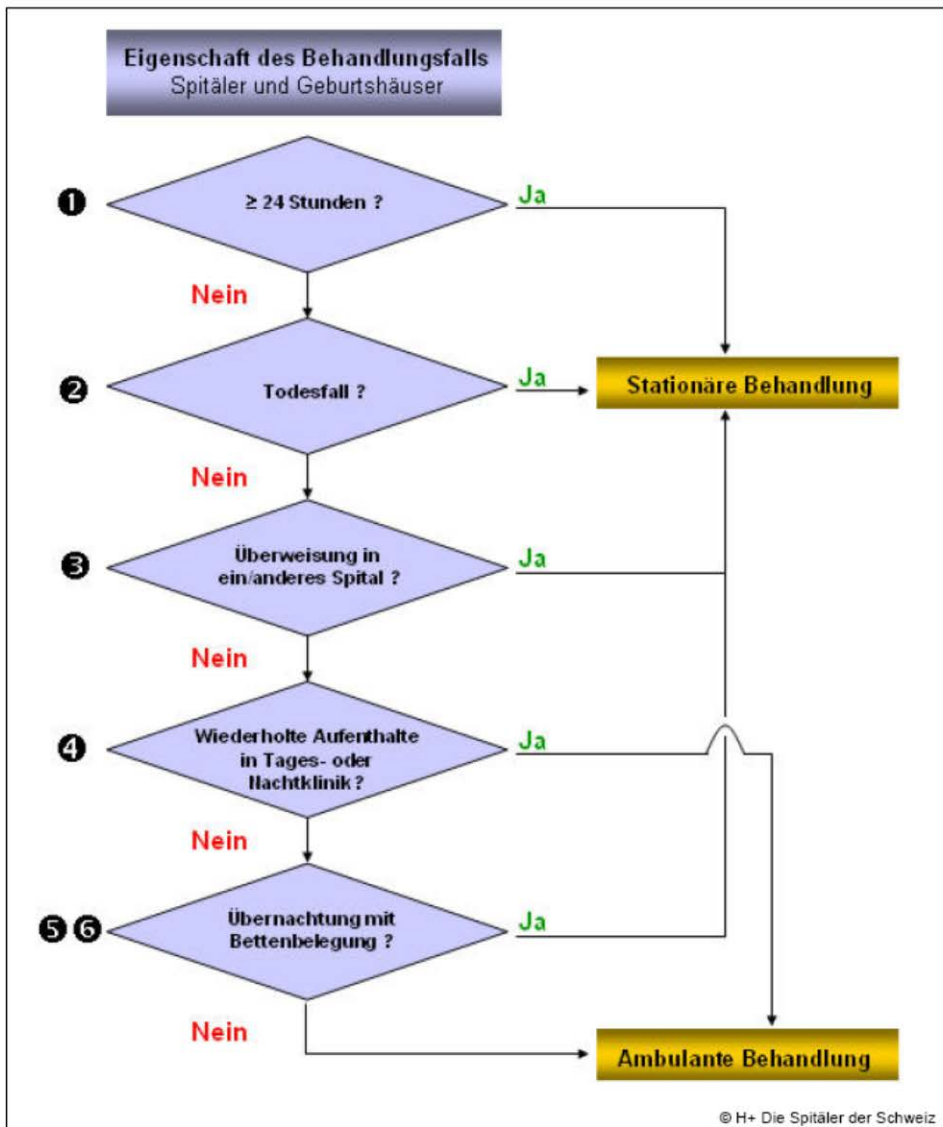
Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus:

- 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 „ $\geq 24$  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 DRG

### Alter des Patienten

Für die Gruppierung des Falles gilt das Alter bei Spitaleintritt.

### Geschlecht des Patienten

Für die Gruppierung des Falles gilt das zivilrechtliche Geschlecht bei Spitaleintritt.

Für die Abrechnung einer Behandlung bei intersexuellen Patienten ist das behandelte Geschlecht massgebend für die Rechnungsstellung.

### Manuelle Forcierung

Eine manuelle Forcierung der Gruppierung ist nicht zulässig. Alleine der Grouper definiert die Zuordnung des Falles zu einer DRG.

### Vergütungspflicht

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.

### 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 P60C<sup>1</sup>

### Unbewertete DRGs

Für die in der Anlage 1 des Fallpauschalenkatalogs aufgeführten unbewerteten DRGs vereinbaren die Tarifpartner individuelle Entgelte, soweit diese zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bzw. der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung in der stationären Akutversorgung erbracht werden dürfen.

---

<sup>1</sup> Ausgenommen von dieser Regelung sind die DRGs 960Z und 961Z, welche auch für Geburtshäuser nicht abrechenbar sind.

## Zusatzentgelte

Zusätzlich zu einer Fallpauschale dürfen Zusatzentgelte entsprechend Anlage 2 (bewertete Zusatzentgelte) und 3 (unbewertete Zusatzentgelte) des Fallpauschalenkataloges abgerechnet werden, sofern der jeweilige CHOP-Kode / ATC-Code gemäss den Kodiergrundlagen in die Kodierung des Falles einfließen.

## 1.5 Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer ermittelt sich nach folgender Formel:

***Aufenthaltsdauer in Tagen = Austrittsdatum ./. Eintrittsdatum ./. Urlaubstage***

Als Aufenthaltstag gelten demnach der Aufnahmetag<sup>2</sup> sowie jeder weitere Tag des Spitalaufenthalts ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag. Vollständige Urlaubstage zählen ebenfalls nicht zur Aufenthaltsdauer.

Definition Urlaub: Wenn ein Patient während eines Aufenthalts das Spital für mehr als 24:00 Stunden<sup>3</sup> (>24:00h) verlässt, handelt es sich um einen administrativen Urlaub. Die für einen Fall relevante gesamte Urlaubsdauer ermittelt sich aus der Summe der Stunden der einzelnen Urlaube<sup>4</sup>.

Die Anzahl der Urlaubstage, die der Aufenthaltsdauer abzuziehen sind, errechnet sich durch den abgerundeten Wert aus der Division der Summe der Urlaubsstunden 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.

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.

---

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Beispiel: Verlässt ein Patient das Spital für 24 Stunden und 2 Minuten, gilt die Abwesenheit als Urlaub.

<sup>4</sup> 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.

## 2 Anwendungsbereich und Abgrenzungen

### 2.1 SwissDRG

#### a) Grundsatz

Der Anwendungsbereich für SwissDRG-Fallgruppen umfasst die Vergütung aller stationären Akut-Aufenthalte in somatischen Akutspitälern, Akutabteilungen und Geburtshäusern sowie aller stationären Palliativbehandlungen.

#### b) Abweichungen vom Grundsatz (gültig bis 31.12.2018)

Folgende Leistungserbringer fallen unter den Anwendungsbereich von SwissDRG-Fallgruppen, sofern die Tarifpartner eine Vergütung über die SwissDRG-Tarifstruktur vereinbart haben:

- Spitäler, die kein somatisches Akutspital sind und sich ausschliesslich auf Palliativbehandlungen spezialisiert haben

Für eine Vergütung über SwissDRG müssen folgende minimale Abgrenzungskriterien erfüllt sein:

- Bestehen eines expliziten Leistungsauftrags gemäss Spitalliste für Palliativbehandlungen
- Transparente Ausscheidung der Kosten und Leistungen

### 2.2 TARPSY

#### a) Grundsatz

Der Anwendungsbereich für TARPSY-Pauschalen gemäss PCG-Katalog umfasst die Vergütung aller stationären psychiatrischen Aufenthalte in psychiatrischen Spitälern oder psychiatrischen Abteilungen.

#### b) Abweichungen vom Grundsatz (gültig bis 31.12.2018)

Folgende Leistungserbringer fallen unter den Anwendungsbereich von TARPSY, sofern die Tarifpartner eine Vergütung über die TARPSY-Tarifstruktur vereinbart haben:

- Spitäler, die sich ausschliesslich auf Kinder- und Jugendpsychiatrie spezialisiert haben
- Psychiatrische Abteilungen in somatischen Akutspitälern oder in psychiatrischen Spitälern, die sich ausschliesslich auf Kinder- und Jugendpsychiatrie spezialisiert haben



Für eine Vergütung ausserhalb des Anwendungsbereichs von TARPSY müssen folgende minimale Abgrenzungskriterien erfüllt sein:

- Bestehen eines expliziten Leistungsauftrags gemäss Spitalliste für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Transparente Ausscheidung der Kosten und Leistungen

## **2.3 Abgrenzung zwischen den verschiedenen stationären Tarifstrukturen**

Für die Bestimmung des Anwendungsbereichs werden Leistungsaufträge in folgenden Bereichen unterschieden:

- Akutsomatik (inkl. Palliative care)
- Psychiatrie
- Rehabilitation

### **2.3.1 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

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

→ Alle Fälle liegen im Anwendungsbereich von TARPSY. Ausnahmen regelt Ziff. 2.2.

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

→ Die Fälle liegen nicht im Anwendungsbereich von TARPSY oder SwissDRG

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

→ Alle Fälle liegen im Anwendungsbereich von SwissDRG, Ausnahmen regelt Ziff. 2.1.

### **2.3.2 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
<b>SwissDRG</b>	Akutsomatik
<b>SwissDRG</b>	Geburtshaus
<b>SwissDRG</b>	Palliative Care
<b>TARPSY, Ausnahmen regelt Ziff. 2.2</b>	Psychiatrie
<b>Zwischen Tarifpartnern vereinbarter Reha-Tarif</b>	Rehabilitation

Die Zuordnung der Hauptleistung erfolgt anhand der Spitaltypologie

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

Für die Leistungserbringer der Kategorie K235 Spezialkliniken wird die Zuordnung anhand der Pflorgetage gemäss den vom BAG publizierten Kennzahlen ermittelt.<sup>5</sup>

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).<sup>6</sup>

<sup>5</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-zu-spitaelem/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html>

<sup>6</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/205849/master>

Es findet folgende Zuordnung statt.

Erbrachte Leistung	Leistungsstelle
<b>Akutsomatik</b>	M000, M050, M100, M200, M300, M400, M600, M700, M800, M850, M900, M990
<b>Geburtshaus</b>	M300
<b>Psychiatrie</b>	M500
<b>Rehabilitation</b>	M950 <sup>7</sup>
<b>Palliativ</b>	M100

Zuordnungsregel für Leistungsstelle:

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

Die Zuordnung der erbrachten Leistung zum anzuwendenden Tarif erfolgt analog zur Hauptleistung.

---

<sup>7</sup> Die M950 umfasst alle Formen der Rehabilitation und somit auch pädiatrische und geriatrische Rehabilitation.

## 2.4 Vergütung von Pflege- oder Wartepatienten

Eine separate Vergütungsregelung drängt sich unter SwissDRG nicht auf. Grundsätzlich sind die Ansprüche eines Spitals oder eines Geburtshauses mit der Vergütung gemäss SwissDRG abgegolten.

Der Aufenthalt eines Pflege- oder Wartepatienten wird nicht über SwissDRG abgerechnet. Zur Anwendung gelangt der entsprechende Tarif<sup>8</sup>. Mit anderen Worten: Wird die Aufenthaltsdauer im Spital verlängert, weil der Patient z.B. auf einen Langzeitpflegeplatz wartet, darf diese Dauer nicht dem stationären Aufenthalt nach SwissDRG zugerechnet werden.

Die Versicherer und Kantone können Kontrollmechanismen vorsehen, um sicherzustellen, dass diese Regel eingehalten wird.

---

<sup>8</sup> KVG: Solange der Patient im Sinne von Art. 49 Abs. 4 KVG nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege im Spital bedarf, sind alle Leistungen durch die Vergütung gemäss SwissDRG abgedeckt. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Artikel 50 (Tarif mit Pflegeheimen) zur Anwendung. In diesem Fall wird der SwissDRG-Fall mittels administrativem Austritt abgeschlossen und der „Pflegefall“ wird mittels administrativem Eintritt eröffnet.

## 3 Spezielle Abrechnungsregeln

### 3.1 Übersicht

In diesem Kapitel werden verschiedene Sonderfälle mit den dazugehörigen Regeln behandelt. Es handelt sich insbesondere um:

- Fallzusammenführungen (Wiedereintritt, Rückverlegung)
- Verlegungen
- Änderungen des Hospitalisierungsgrundes während eines Spitalaufenthalts
- Externe ambulante Leistungen während einer Hospitalisierung
- Aufenthalte über zwei Rechnungsperioden
- Vor- und nachstationäre Untersuchungen im Spital
- Notfälle
- Neugeborene

**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.

### 3.2 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.

#### 3.2.1 Kurzlieger (Low Outlier)

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

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

### 3.2.2 Langlieger (High Outlier)

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

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

## 3.3 Fallzusammenführungen

**Grundsatz:** Jeder Wiedereintritt wird als neuer Fall betrachtet, sofern nicht einer der folgenden Ausnahmetatbestände auf ihn zutrifft.

**Ausnahmen:** Die nachstehenden Konstellationen führen dazu, dass die verschiedenen Aufenthalte im betreffenden Spital<sup>9</sup> zu einem Fall zusammengefasst werden und eine Neugruppierung in eine Fallpauschale 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.

### 3.3.1 Wiederaufnahme in gleiche MDC<sup>10</sup>

Erfolgt innerhalb von 18 Kalendertagen seit Austritt<sup>11</sup> 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 respektive Definitionshandbuch 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.

<sup>9</sup> Keine spitalübergreifenden Fallzusammenführungen.

<sup>10</sup> Diese Regel wurde so konzipiert, dass auch Wiederaufnahmen aufgrund einer Komplikation aus einer vorangehenden Spitalbehandlung zu einer Fallzusammenführung führen. Die Kodierrichtlinien wurden entsprechend angepasst.

<sup>11</sup> „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 (Ziffer 3.3.2.)

### **3.3.2 Rückverlegung**

Bei einer Wiederaufnahme innerhalb von 18 Kalendertagen<sup>12</sup> infolge einer Rückverlegung aus einem anderen Spital, das unter den Anwendungsbereich dieser Abrechnungsregeln fällt, sind die Fälle bei gleicher MDC zusammen zu führen. Die Verlegungsabschlüsse gemäss entsprechender Regelung im Kapitel „Verlegungen“ sind anwendbar. Die Regel ist auch bei mehr als zwei beteiligten Spitälern anwendbar (die Fallzusammenführung erfolgt bspw. auch dann, wenn die Rückverlegung nicht aus jenem Spital erfolgt, in welches der Patient zuerst verlegt wurde).

### **3.3.3 Kombinierte Fallzusammenführungen**

Bei mehrfacher Wiederaufnahme oder Rückverlegung erfolgt in gleicher Weise (gemäss 3.3.1 bzw. 3.3.2) 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.

---

<sup>12</sup> „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.

## 3.4 Verlegungen

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

### 3.4.1 Regel für Verlegungsabschlüsse

Bei einer Verlegung rechnet jedes involvierte Spital diejenige Fallpauschale ab, welche sich aus seiner Behandlung ergibt.<sup>13</sup> Sowohl das verlegende wie das aufnehmende Spital müssen jedoch einen Abschlag gewärtigen, wenn die Aufenthaltsdauer des Patienten im betreffenden Spital unterhalb der 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 (MVD  $\cdot$  Aufenthaltsdauer).

Die Regel für Verlegungsabschlüsse wird in folgenden Fällen nicht angewendet:

#### a) Verlegungsfallpauschale

- ⇒ Das Spital nimmt keinen Verlegungsabschluss vor, wenn sein Fall in eine sogenannte „Verlegungsfallpauschale“ fällt (Spalte 11 des Fallpauschalenkatalogs). Diese Regel gilt sowohl für das verlegende wie für das aufnehmende Spital.
- ⇒ Die Ab- bzw. Zuschlagsregelung für Ausreisser gemäss Ziffer 3.2 gelangt in diesem Fall normal zur Anwendung.

#### b) Überweisung innerhalb von 24 Stunden

- ⇒ Das *aufnehmende Spital* nimmt keinen Verlegungsabschluss vor, wenn der Aufenthalt im überweisenden Spital weniger als 24h betragen hat. Die Ab- bzw. Zuschlagsregelung für Ausreisser gemäss Ziffer 3.2 gelangt in diesem Fall normal zur Anwendung.
- ⇒ Diese Regel gilt nicht, wenn das Spital den Patienten anschliessend weiter verlegt. In diesem Fall gelangt der Verlegungsabschluss normal zur Anwendung.

---

<sup>13</sup> 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 Verlegungsabschluss vorgenommen). Das aufnehmende Spital kennzeichnet den Aufenthaltsort vor dem Eintritt mit „8=andere“.



- ⇒ Das *überweisende Spital* unterliegt der normalen Verlegungsabschlagsregelung.

### **Bemerkungen zur Regel für Verlegungsabschläge**

Falls später eine Rückverlegung stattfindet, gelangt die Regelung zur Fallzusammenführung gemäss 3.3 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.

#### **3.4.2 Verlegung vom Geburtshaus in ein Akutspital**

Die Verlegungsabschläge sind normal anwendbar.

#### **3.4.3 Interne Verlegungen**

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

#### **3.4.4 Externe ambulante Leistungen**

Wird der Patient nur für ambulante Leistungen in ein anderes Spital verlegt und daraufhin wieder zurück verlegt, so wird im Spital A für diesen Patienten nur ein Fall geführt und die von Spital B erbrachten Leistungen werden dem Spital A in Rechnung gestellt (= externe Leistungserbringung bei einem anderen Leistungserbringer während einer Hospitalisierung).

Die externen ambulanten Leistungen umfassen alle OKP-Leistungen, die von einem KVG-Leistungserbringer erbracht wurden. Die analoge Regelung gilt für andere Sozialversicherer nach UV, IV und MV.

Das Spital A integriert die ihm in Rechnung gestellte externe Behandlung in sein stationäres Patientendossier. Die Behandlung in Spital B fliesst in die Diagnose- und Prozedurenkodierung des Spitals A ein<sup>14</sup>. Spital A stellt anschliessend die entsprechende SwissDRG-Fallpauschale den Kostenträgern in Rechnung.

---

<sup>14</sup> Damit bei Auswertungen keine Verzerrungen auftreten, müssen extern erbrachte Leistungen bei der Kodierung entsprechend gekennzeichnet werden.

**Ausnahme:**

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

Weitere Ausnahmen sind nicht zulässig.

**3.4.5 Sekundärtransporte**

Sekundärtransporte werden vom verlegenden Spital übernommen und im Rahmen der SwissDRG- Fallpauschale 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 SwissDRG-Fallpauschale aus<sup>15</sup>.

Die in Rechnung zu stellende SwissDRG-Fallpauschale 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 zur regeln.

Diesbezüglich zu beachten ist die Regelung über das Rechnungssplitting gemäss Kapitel 3.10.

**3.6 Aufenthalte über zwei oder mehrere Rechnungsperioden**

Die Fakturierung der SwissDRG-Fallpauschalen erfolgt nach Austritt des Patienten. Patienten die im Jahr T eingetreten und erst im Jahr T+N austreten, werden im Jahr T+N und zu dem im Jahr T+N gültigen Tarif in Rechnung gestellt<sup>16</sup>. Jede Form von Zwischenrechnung per 31.12. ist ausgeschlossen (es gibt nur eine SwissDRG-Rechnung pro Spitalaufenthalt). Die Tarifpartner können für Fälle mit sehr langer Aufenthaltsdauer jedoch tarifvertraglich die Leistung von Akontozahlungen vereinbaren.

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> Es gelten in diesem Fall auch die zum Zeitpunkt T + N gültigen Kodiergrundlagen gemäss Ziffer 1.2 dieses Dokuments.

Zusatzentgelte werden mit der bei Austritt gültigen Systemversion gemeinsam mit der DRG 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 Austritt an den Versicherer gestellt, bei dem der Patient bei Spitaleintritt versichert war. Die Aufteilung der Rechnung unter den Krankenversicherern erfolgt pro rata temporis (nach Anzahl Aufenthaltstage). Dabei wird die Anzahl Aufenthaltstage gemäss Ziff. 1.5 der Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG 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.

### **3.7 Vor- und nachstationäre Behandlungen und Untersuchungen im Spital**

Vor- und nachstationäre Untersuchungen im Spital können mit dem jeweils geltenden Tarif abgerechnet werden, d.h. es finden keine Fallzusammenführungen zwischen stationären und ambulanten Fällen statt.

Präoperative Behandlungen und Untersuchungen sind jedoch grundsätzlich im Rahmen des stationären Aufenthaltes des Patienten vorzunehmen, ausser wenn die Einhaltung der Kriterien<sup>17</sup> Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit eine Behandlung oder Untersuchung vor dem stationären Spitaleintritt erfordern.

### **3.8 Notfälle**

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

### **3.9 Neugeborene**

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

---

<sup>17</sup> Gemäss Art. 32 KVG müssen die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

Die Rechnungsstellung erfolgt beim gesunden Neugeborenen<sup>18</sup> 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 und werden dem Kostenträger der Mutter in Rechnung gestellt, sofern mit diesen DRGs die Geburt des Neugeborenen vergütet wird. In allen anderen Fällen werden die DRGs P66D und P67D dem Kostenträger des Neugeborenen in Rechnung gestellt.

### **3.10 Rechnungsstellung bei Leistungspflicht mehrerer Sozialversicherungsträger**

#### **3.10.1 Grundlage**

Die Leistungskoordination zwischen den einzelnen Sozialversicherern ist im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) geregelt. Artikel 64 Absatz 1 ATSG sieht vor, dass die Kosten für Heilbehandlungen ausschliesslich von einer einzigen Sozialversicherung übernommen werden, soweit die Leistungen gesetzlich vorgeschrieben sind. Bei der Bestimmung des zuständigen Sozialversicherers ist nach Artikel 64 Absatz 2 ATSG die folgende Reihenfolge einzuhalten:

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

Art. 64 Absatz 3 ATSG sieht vor, dass der nach Abs. 2 bestimmte leistungspflichtige Sozialversicherer bei stationären Behandlungen alleine und uneingeschränkt die Heilungskosten übernimmt. Dies auch, wenn nur ein Teil der Gesundheitsschädigung auf einen von ihm zu deckenden Versicherungsfall zurückzuführen ist.

Dies gilt allerdings gemäss Art. 64 Absatz 4 nur, wenn diese Gesundheitsschäden nicht getrennt behandelt werden können.

Eine getrennte Behandlung ist bei Wahleingriffen möglich oder wenn innerhalb der Behandlungsdauer ein klarer Zeitpunkt ermittelt werden kann, ab dem die Leistungspflicht von einem Versicherer zum anderen wechselt.

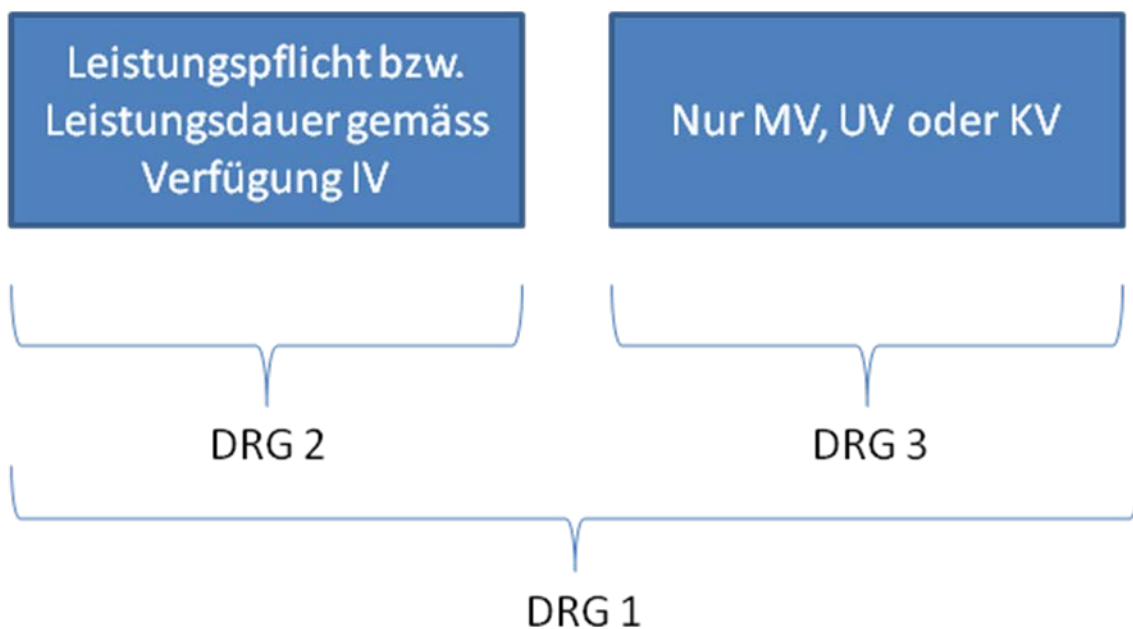
Massgebend für die Leistungspflicht bzw. Leistungsdauer der IV ist die Verfügung der zuständigen IV-Stelle (vgl. Art. 57, Absatz 1, lit. g des Bundesgesetz über die Invalidenversicherung; Art. 41, Absatz 1, lit. d und Art. 74 der Verordnung über die Invalidenversicherung; Art. 49 ATSG).<sup>19</sup>

<sup>18</sup> Die DRG P66D und P67D enthalten die gesunden Neugeborenen.

<sup>19</sup> Diese Regelungen gelten nur für die Rechnungsstellung. Das Spital erfasst in der medizinischen Statistik die Kodierung des gesamten, ungesplitteten Falles. Dementsprechend werden auch die Kosten des gesamten, ungesplitteten Falles ausgewiesen und der SwissDRG AG übermittelt.

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

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



Die für Abrechnungszwecke hergeleiteten Verweildauern werden in ganzen Tagen angegeben:

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

Bestimmung der Vergütung (vgl. vorstehende Abbildung):

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

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

- 1) Eine Rechnung an die IV, wobei der Anteil  $\frac{cw2}{cw2 + cw3}$  der DRG 1 multipliziert mit ihrem Basispreis in Rechnung zu stellen ist;

- 2a) Zwei Rechnungen für den Restaufenthalt, der vom anderen Sozialversicherungsträger zu übernehmen ist, falls dies ein Krankenversicherer ist:
- a) Der Krankenversicherer übernimmt den Anteil  $\frac{cw3}{(cw2 + cw3)}$  der DRG 1 multipliziert mit ihrem Basispreis gemäss dem nach den Regeln der neuen Spitalfinanzierung geltenden Kostenteiler.<sup>20</sup>
  - 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 anderen Sozialversicherungsträger 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 ebenfalls gemäss den Teilungsregeln (1) und (2) auf die Kostenträger aufgeteilt und vergütet.

### 3.10.3 Trennung der Rechnung zwischen KV und UV/MV

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

Das Spital codiert den gesamten Fall (DRG Gesamtfall) und den MV/UV-Fall (DRG MV/UV). Rechnung stellt das Spital immer der MV, UV und der zuständige Sozialversicherer vergütet diese vollumfänglich.

- 1) Ist das Kostengewicht der DRG MV/UV gleich hoch wie jenes des DRG Gesamtfalls, gehen die gesamten Kosten nach Art. 64 Abs. 3 ATSG zu Lasten der MV/UV.
- 2) Ist das Kostengewicht der DRG MV/UV kleiner als jenes des DRG-Gesamtfalls, wird die Rechnung des Spitals storniert und das Spital nimmt auf Grundlage der Angaben des MV/UV ein Rechnungssplitting analog Kapitel 3.10.2 vor.

---

<sup>20</sup> Kostenteiler vorbehältlich der Übergangsbestimmungen des KVG vom 21. Dezember 2007, Absatz 5. Sondervergütungen gemäss den Anlagen zum Fallpauschalen-Katalog sind entsprechend aufzuteilen.