



Corrigenda

Handbuch, REKOLE[®] 4. Ausgabe 2013

Die Referenzen der Corrigenda beziehen sich immer auf die Papierversion in der jeweiligen Sprache.
Die Präzisierungen/Ergänzungen sind in roter Farbe hervorgehoben.

Inhaltsverzeichnis

N°	Betroffene Kapitel und Seitenzahl im REKOLE Handbuch	Seite(n)	Anhang
1	Kapitel 9.11.3 / S. 226 → vgl. Präzisierungen der Corrigenda N°14	3	---
2	Kapitel 9.11.6 / S. 231-232 → vgl. Präzisierungen der Corrigenda N°14	4	---
3	Kapitel 8.6.2 / S. 167	5-6	---
4	Kapitel 10.3 / S. 267 → vgl. Präzisierungen der Corrigenda N°15	7	---
5	Kapitel 5.6.1 / S. 43	8-9	---
6	Kapitel 10.4 / S. 269 → vgl. Präzisierungen der Corrigenda N°15	10	---
7	Corrigenda nur in der italienischen Version	11	---
8	Kapitel 7.8.7 / S. 117	12-13	---
9	Kapitel 5.4 / S. 42	14	---
10	Kapitel 9.7.1 / S. 213	15	---
11	Corrigenda nur in der italienischen Version	16	---
12	Corrigenda nur in der italienischen Version	16	---
13	Kapitel 9.11.7 / S. 232	17	---
14	Kapitel 9.11/ S.224	18	1
15	Kapitel 10 / S. 259	19	2
16	Kapitel 5.6.4 / S. 46	20	3
17	Kapitel 7.7 / S. 106	21-22	---

Anhänge

N°	Bezeichnung
1	Kapitel 9.11 Forschung und universitäre Lehre
2	Kapitel 10 Die Leistungserfassung
3	Kapitel 5.6.4 Kalkulatorische Zinsen

1	Kapitel 9.11.3 / S. 226
Vorhandene Information	<p>Anwendungsrahmen der vorliegenden aktivitätsbasierten Methode der Ermittlung der Kosten für Forschung und universitären Lehre</p> <p>Für alle Universitätsspitäler und Spitäler mit universitären Aufträgen ist die vorliegende Methode umzusetzen; dies im Wissen, dass die Implementierung der vorliegenden Methode mit einem hohen und wiederkehrenden Aufwand verbunden ist. Die Tätigkeitserhebung ist mindestens alle 4 Jahren durchzuführen oder früher wenn sich wesentliche Änderungen im Universitätsspital ergeben.</p> <p>Für Nicht-Universitätsspitäler ohne universitären Auftrag in der Forschung oder in der universitären Lehre genießt die Implementierung dieser Methode fakultativer Charakter und ist als Kann-Methode einzustufen.</p>
Präzisierung	Vgl. Präzisierungen der Corrigenda N°14

2	Kapitel 9.11.6 / S. 231-232
Vorhandene Information	<p>Hinweise zur Kostenträgerdefinition Im betrieblichen Rechnungswesen REKOLE® werden die Aktivitäten der Forschung und universitären Lehre als eine bestimmte Art von Kostenträgern (bzw. Sammelkostenträgern) geführt. Sie werden je mit mindestens einem Auftrag abgebildet (vgl. Kapitel 9.10 Der Auftrag).</p> <p>Folgende Aufträge sind mindestens zu führen:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Muss-Sammelkostenträger (Aufträge)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Universitäre Ausbildung (erteilte und erhaltene Lehre, inkl. Anteil für das Doktorat) - Universitäre Weiterbildung (erhaltene und erteilte Lehre) - Forschung </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Kann-Kostenträger (Aufträge)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die verschiedenen Muss-Sammelkostenträger der universitären Aus- und Weiterbildung können z. B. in unstrukturierte und strukturierte Lehre aufgeteilt werden. - Der Muss-Sammelkostenträger Forschung kann z. B. in einzelne Forschungsprojekte aufgeteilt werden. - Im Hinblick auf vertiefte, interne Abgrenzungsanalysen zwischen Fort- und Weiterbildungskosten empfiehlt sich die Bildung und Führung von einem spezifischen Kostenträger für die erteilte und erhaltene Fortbildung. - Im Hinblick auf interne Bildungskostenanalysen von nicht-universitären Berufen (Gesundheitsberufe und Weitere) empfiehlt es sich, hierfür spezifische Kostenträger zu führen. Dies im Wissen, dass diese Tätigkeitskosten OKP-relevant sind und nach Art. 49. Abs. 1 KVG vergütet werden. </div>
Präzi- sierung	Vgl. die Präzisierungen der Corrigenda N°14

3

Kapitel 8.6.2 / S. 167

Vorhandene
Information

Nichtärztliche Therapien und Beratungen (35)			
© H+ Die Spitäler der Schweiz			
KANN-Kostenstellen	<ul style="list-style-type: none"> - Nichtärztliche Schmerztherapie - Aktivierungstherapien (z. B.: Kreativ- und Musiktherapie, meditative Therapie) - Stillberatung und Hebammenaktivitäten (sofern nicht dem Gebärsaal zugeordnet) - Diabetesberatung 	<ul style="list-style-type: none"> - Ernährungstherapie - Neuropsychologie - Stomaberatung - Psychiatrische Beratung (z. B.: Psychologie, Psychotherapie) - Sozialdienste (patientenbezogen) - Lithotryptor-Behandlungen - usw. 	
Inhalt (Primärkosten)	- Alle Kosten (Personal- und Sachkosten), inkl. C-Material		
Anzahl Kostenblöcke	A	Personal- und Sachkosten (Primär- und Sekundärkosten), exkl. Kosten des Kostenblocks A'	
	A'	Anlagenutzungskosten (inkl. Sekundärkosten). Folgende Kostenarten sind betroffen: 442, 444, 448	
Anzahl Leistungsblöcke	A	Alle Leistungen werden mittels Taxpunkt (TP) bewertet	
	A'		
Verrechnung		Bezugsgrösse	Kostensatz
Minimalvariante	A	TP	Kostenblock A / \sum TP
Maximalvariante	A'	Min.	Kostenblock A / \sum Min.
Empfänger der Verrechnung	A	Administrativer Fall	

Präzisierung

Nichtärztliche Therapien und Beratungen (35)			
© H+ Die Spitäler der Schweiz			
KANN-Kostenstellen	<ul style="list-style-type: none"> - Nichtärztliche Schmerztherapie - Aktivierungstherapien (z.B.: Kreativ- und Musiktherapie, meditative Therapie) - Stillberatung und Hebammenaktivitäten (sofern nicht dem Gebärsaal zugeordnet) - Diabetesberatung - Ernährungstherapie - Neuropsychologie - Stomaberatung - Psychologische Beratung (z.B.: Psychologie, Psychotherapie) Sozialdienste (patientenbezogen) - Lithotryptor-Behandlungen - usw. 		
Inhalt (Primärkosten)	- Alle Kosten (Personal- und Sachkosten), inkl. C-Material		
Anzahl Kostenblöcke	A	Personal- und Sachkosten (Primär- und Sekundärkosten), exkl. Kosten des Kostenblocks A'	
	A'	Anlagenutzungskosten (inkl. Sekundärkosten). Folgende Kostenarten sind betroffen: 442, 444, 448	
Anzahl Leistungsblöcke	A A'	Alle Leistungen werden mittels Taxpunkt (TP) bewertet	
Verrechnung		Bezugsgrösse	Kostensatz
Minimalvariante	A	TP	Kostenblock A / \sum TP
Maximalvariante	A'	Min.	Kostenblock A / \sum Min.
Empfänger der Verrechnung	A A'	Administrativer Fall	

4	Kapitel 10.3 / S. 267								
Vorhandene Information	<p>Die Tätigkeiten der akademischen Forschung können in zwei Kategorien eingeteilt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - akademische Forschung im Labor, - klinische akademische Forschung (in diesem Fall gelten klinische Forschung und Leistungen am Patienten als Kuppeltätigkeiten). <p>.....</p> <table border="1" data-bbox="667 517 1762 1139"> <thead> <tr> <th data-bbox="667 517 1099 571">Tätigkeitsgruppen</th> <th data-bbox="1099 517 1762 571">Akademische Forschung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="667 571 1099 818"> Tätigkeiten im Bereich der Forschung Gestaltung und Entwicklung im Rahmen von Forschungsprojekten </td> <td data-bbox="1099 571 1762 818"> <ul style="list-style-type: none"> - Informationsbeschaffung - Empirische Forschung - Anwendung von wissenschaftlichen Methoden und Abläufen - Konzeptionelle und gestalterische Arbeiten - Klinische Studien (Prävention, Diagnostik, Behandlung) - Kongresse, Seminare, Kolloquien - Sabbatical (im Arbeitsvertrag festgelegter Bildungsurlaub) - Vorbereitungsarbeiten im Rahmen des wissenschaftlichen Doktorats (PhD) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 818 1099 991"> Publikation, Information, Öffentlichkeitsarbeit Publikation von Forschungsergebnissen </td> <td data-bbox="1099 818 1762 991"> <ul style="list-style-type: none"> - Berichte über die Forschungstätigkeit - Präsentation der Forschungsergebnisse (bei Kolloquien, Seminaren, Kongressen) - Veröffentlichung der Arbeiten (wissenschaftliche Zeitschriften und Fachliteratur) - Verfassen von Thesen (PhD) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 991 1099 1139"> Verwaltung und Leitung Tätigkeiten im Rahmen von Forschungsprojekten </td> <td data-bbox="1099 991 1762 1139"> <ul style="list-style-type: none"> - Forschungsaufträge - Mittelbeschaffung und Zuweisung zum Budget - Projektvorstellungen - Administrative Aufgaben - Projekt- und Personalleitung </td> </tr> </tbody> </table>	Tätigkeitsgruppen	Akademische Forschung	Tätigkeiten im Bereich der Forschung Gestaltung und Entwicklung im Rahmen von Forschungsprojekten	<ul style="list-style-type: none"> - Informationsbeschaffung - Empirische Forschung - Anwendung von wissenschaftlichen Methoden und Abläufen - Konzeptionelle und gestalterische Arbeiten - Klinische Studien (Prävention, Diagnostik, Behandlung) - Kongresse, Seminare, Kolloquien - Sabbatical (im Arbeitsvertrag festgelegter Bildungsurlaub) - Vorbereitungsarbeiten im Rahmen des wissenschaftlichen Doktorats (PhD) 	Publikation, Information, Öffentlichkeitsarbeit Publikation von Forschungsergebnissen	<ul style="list-style-type: none"> - Berichte über die Forschungstätigkeit - Präsentation der Forschungsergebnisse (bei Kolloquien, Seminaren, Kongressen) - Veröffentlichung der Arbeiten (wissenschaftliche Zeitschriften und Fachliteratur) - Verfassen von Thesen (PhD) 	Verwaltung und Leitung Tätigkeiten im Rahmen von Forschungsprojekten	<ul style="list-style-type: none"> - Forschungsaufträge - Mittelbeschaffung und Zuweisung zum Budget - Projektvorstellungen - Administrative Aufgaben - Projekt- und Personalleitung
Tätigkeitsgruppen	Akademische Forschung								
Tätigkeiten im Bereich der Forschung Gestaltung und Entwicklung im Rahmen von Forschungsprojekten	<ul style="list-style-type: none"> - Informationsbeschaffung - Empirische Forschung - Anwendung von wissenschaftlichen Methoden und Abläufen - Konzeptionelle und gestalterische Arbeiten - Klinische Studien (Prävention, Diagnostik, Behandlung) - Kongresse, Seminare, Kolloquien - Sabbatical (im Arbeitsvertrag festgelegter Bildungsurlaub) - Vorbereitungsarbeiten im Rahmen des wissenschaftlichen Doktorats (PhD) 								
Publikation, Information, Öffentlichkeitsarbeit Publikation von Forschungsergebnissen	<ul style="list-style-type: none"> - Berichte über die Forschungstätigkeit - Präsentation der Forschungsergebnisse (bei Kolloquien, Seminaren, Kongressen) - Veröffentlichung der Arbeiten (wissenschaftliche Zeitschriften und Fachliteratur) - Verfassen von Thesen (PhD) 								
Verwaltung und Leitung Tätigkeiten im Rahmen von Forschungsprojekten	<ul style="list-style-type: none"> - Forschungsaufträge - Mittelbeschaffung und Zuweisung zum Budget - Projektvorstellungen - Administrative Aufgaben - Projekt- und Personalleitung 								
Präzisierung	Vgl. die Präzisierungen der Corrigenda N° 15								

5	Kapitel 5.6.1 / S. 43
Vorhandene Information	<p>5.6.1 Betriebsfremder und ausserordentlicher Aufwand und Ertrag</p> <p>Ob ein Geschäftsvorfall betrieblich, betriebsfremd oder ausserordentlich ist, entscheidet sich in der Regel auf Grund konkreter Verhältnisse und der Bedeutung des Buchungstatbestands für das betreffende Spital zum Zeitpunkt der Erfassung. In der Kostenrechnung werden als Kosten nur jene Aufwände einbezogen, die in Zusammenhang mit dem eigentlichen Betriebszweck des Unternehmens stehen. Aus dem Gesichtspunkt eines Spitals wären somit z. B. folgende Sachverhalte abzugrenzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausserplanmässige Abschreibungen, steuerliche Sonderabschreibungen oder erhöhte Abschreibungen, denen kein echter Wertverzehr zu Grunde liegt; ▪ Gewinne und Verluste aus Anlageverkäufen; ▪ Erträge aus Beteiligungen sowie Erträge und Aufwände aus betriebsfremdem Finanzergebnis; ▪ Ausserordentliche Aufwände und Erträge wie z. B. Wertminderungen von Wertpapieren, Bildung oder Auflösung von Rückstellungen. <p>Für solche Aufwände und Erträge sind in der Kontoklasse 7 des Kontenrahmens H+ (vgl. Salzmann / Besson, Kontierungsrichtlinien, S. 40) spezielle Kontengruppen vorgesehen; damit werden diese Aufwände und Erträge schon in der Finanzbuchhaltung isoliert geführt.</p>

5.6.1 Betriebsfremder und ausserordentlicher Aufwand und Ertrag

Ob ein Geschäftsvorfall betrieblich, betriebsfremd oder ausserordentlich ist, entscheidet sich in der Regel auf Grund konkreter Verhältnisse und der Bedeutung des Buchungstatbestands für das betreffende Spital zum Zeitpunkt der Erfassung. In der Kostenrechnung werden als Kosten nur jene Aufwände einbezogen, die in Zusammenhang mit dem eigentlichen Betriebszweck des Unternehmens stehen. Aus dem Gesichtspunkt eines Spitals wären somit z.B. folgende Sachverhalte abzugrenzen:

- Ausserplanmässige Abschreibungen, steuerliche Sonderabschreibungen oder erhöhte Abschreibungen, denen kein echter Wertverzehr zu Grunde liegt;
- Gewinne und Verluste aus Anlageverkäufen, wobei nur Sachanlagen, welche zu Renditezwecken gehalten werden, ins betriebsfremde Ergebnis (Kontoklasse 7) gebucht werden. Gewinne und Verluste aus Veräusserungen von betrieblichen Sachanlagen sind im ordentlichen Ergebnis zu führen.
- ~~Erträge aus Beteiligungen sowie~~ Erträge und Aufwände aus betriebsfremdem Finanzergebnis;
- Ausserordentliche Aufwände und Erträge. ~~z. B. Wertminderungen von Wertpapieren, Bildung oder Auflösung von Rückstellungen~~ Ausserordentliche Aufwände und Erträge fallen im Rahmen der ordentlichen Geschäftstätigkeit äusserst selten an und sind nicht voraussehbar wie z.B. Wertberichtigungen wegen Zerstörung, aussergewöhnlicher und erheblicher Schadensfall aufgrund deliktischer Handlungen.

Für solche Aufwände und Erträge sind in der Kontoklasse 7 des Kontenrahmens H+ (vgl. Salzmann / Besson, Kontierungsrichtlinien, S. 40) spezielle Kontengruppen vorgesehen; damit werden diese Aufwände und Erträge schon in der Finanzbuchhaltung isoliert geführt.

6	Kapitel 10.4 / S. 269 / Abbildung → Aktivitätstyp 7					
Vorhandene Information	<p>Folgende Tabelle beschreibt die oben erwähnten sieben Aktivitätstypen, ihre Inhalte und Bezugsgrößen, mittels derer die Leistungen verdichtet und weiterverrechnet werden können sowie eine mögliche Aufteilung der Personalkosten eines Arztes:</p> <p>(Tabellen-Auszug)</p> <table border="1" data-bbox="385 555 1778 979"> <tr> <td data-bbox="385 555 461 979" style="background-color: #003366; color: white; text-align: center; vertical-align: middle;">7</td> <td data-bbox="461 555 790 979"> Forschung und universitäre Lehre (REK 11_002) </td> <td data-bbox="790 555 1301 979"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhaltene und erteile Ausbildung in Strukturiertem und unstrukturiertem Umfeld, inkl. Anteil für das Doktorat. ▪ Erhaltene und erteile Weiterbildung in strukturiertem und unstrukturiertem Umfeld ▪ Forschung ▪ Optional: Erhaltene und erteile Fortbildung in strukturiertem und unstrukturiertem Umfeld </td> <td data-bbox="1301 555 1527 979" style="text-align: center; vertical-align: middle;">%-satz</td> <td data-bbox="1527 555 1778 979"> Direkte Kontierung oder Umbuchung auf Muss-KST 47, gestützt auf Aktivitätsanalyse. Verrechnung (und Bildung von Sekundärkosten auf Muss-KST 47) ist nicht möglich. </td> </tr> </table>	7	Forschung und universitäre Lehre (REK 11_002)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhaltene und erteile Ausbildung in Strukturiertem und unstrukturiertem Umfeld, inkl. Anteil für das Doktorat. ▪ Erhaltene und erteile Weiterbildung in strukturiertem und unstrukturiertem Umfeld ▪ Forschung ▪ Optional: Erhaltene und erteile Fortbildung in strukturiertem und unstrukturiertem Umfeld 	%-satz	Direkte Kontierung oder Umbuchung auf Muss-KST 47, gestützt auf Aktivitätsanalyse. Verrechnung (und Bildung von Sekundärkosten auf Muss-KST 47) ist nicht möglich.
7	Forschung und universitäre Lehre (REK 11_002)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhaltene und erteile Ausbildung in Strukturiertem und unstrukturiertem Umfeld, inkl. Anteil für das Doktorat. ▪ Erhaltene und erteile Weiterbildung in strukturiertem und unstrukturiertem Umfeld ▪ Forschung ▪ Optional: Erhaltene und erteile Fortbildung in strukturiertem und unstrukturiertem Umfeld 	%-satz	Direkte Kontierung oder Umbuchung auf Muss-KST 47, gestützt auf Aktivitätsanalyse. Verrechnung (und Bildung von Sekundärkosten auf Muss-KST 47) ist nicht möglich.		
Präzisierung	Vgl. die Präzisierungen der Corrigenda N° 15					

7

Corrigenda nur in der italienischen Version

8

Kapitel 7.8.7 / S. 117

Vorhandene Information

Fazit

Sowohl REKOLE® als auch die VKL beziehen sich auf die Aktivseite der Spitalbilanz um die relevante Kalkulationsbasis für die Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen zu definieren.

REKOLE® bezieht sich auf den in der VKL festgelegten Zinssatz, der mit der WACC-Methode ermittelt wird.

Innerhalb der Anlagenbuchhaltung und gemäss VKL Art 10a, Abs.1 Bst. j, sollen die jährlichen kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen, als Summe der jährlichen kalkulatorischen Zinsen ermittelt werden. REKOLE® erfüllt diese Vorgabe.

Unterschiede in der Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen

Keine.

Die korrekte Anwendung des WACC-Zinssatzes für die Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen eines Betriebs bedingt allerdings, dass sowohl das Anlage- als auch das Netto-Umlaufvermögen eines Betriebs in die Kalkulationsbasis herangezogen werden. Dies setzt eine Änderung der heutigen Preisüberwacher-Praxis voraus. Weitere Informationen dazu finden Sie im Kapitel 5.6.4 Kalkulatorische Zinsen:

Unterschiede der Kalkulationsbasis bei der Anwendung

VKL : Bezug einzig auf das betriebsnotwendige Anlagevermögen (vgl. WWZ-Gutachten).

REKOLE® : Bezug auf das betriebsnotwendige Vermögen, bestehend aus Anlage- und Umlaufvermögen.

Die kalkulatorischen Zinsen und Abschreibungen auf dem Anlagevermögen werden nach REKOLE® nur solange geltend gemacht wie eine Anlage genutzt wird, im Sinne von betriebsnotwendig (REK 10_015). Damit sowohl die Ziele des betrieblichen Rechnungswesens, als auch die gesetzlichen Vorgaben für die Finanzierung der OKP-Leistungen erreicht werden, muss ein Spital in seiner Anlagenbuchhaltung die kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen nach VKL und nach REKOLE® ermitteln.

Im Kapitel 7.9 Ermittlung der stationären OKP-relevanten Anlagenutzungskosten (ANK), als Teil der OKP-relevanten Kosten, wird beispielweise erläutert, wie ausgehend von der Summe der jährlichen kalkulatorischen Zinsen die OKP-relevanten kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen ermittelt werden können.

Fazit

Sowohl REKOLE® als auch die VKL beziehen sich auf die Aktivseite der Spitalbilanz um die relevante Kalkulationsbasis für die Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen zu definieren.

REKOLE® bezieht sich auf den in der VKL festgelegten Zinssatz, der mit der WACC-Methode ermittelt wird.

Innerhalb der Anlagenbuchhaltung und gemäss VKL Art 10a, Abs.1 Bst. j, sollen die jährlichen kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen, als Summe der jährlichen kalkulatorischen Zinsen ermittelt werden. REKOLE® erfüllt diese Vorgabe.

Wenn die kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen nach REKOLE® ~~nur~~ solange geltend gemacht **werden** wie eine Anlage genutzt wird, im Sinne von betriebsnotwendig (REK 10_015), **so sieht die VKL vor, dass betriebsnotwendige Anlagen mit Restwert Null bei der Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen nicht zu berücksichtigen sind. Dies kann aus den VKL-Schlussbestimmungen entnommen werden und wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG schriftlich bestätigt (vgl. BAG-Datenerhebung Fallkosten für Betriebsvergleiche, FAQ).**

Unterschiede in der Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen

VKL:	Betriebsnotwendige Anlagen mit Restwert Null werden bei der Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen nicht berücksichtigt.
REKOLE:	Betriebsnotwendige Anlagen werden bei der Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen unabhängig von der Höhe ihres Restwertes berücksichtigt.

Schliesslich bedingt die korrekte Anwendung des WACC-Zinssatzes für die Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen eines Betriebs **allerdings**, dass sowohl das Anlage- als auch das Netto-Umlaufvermögen eines Betriebs in die Kalkulationsbasis herangezogen werden. **Dem wird die VKL heute nicht gerecht und dies** setzt eine Änderung der heutigen Preisüberwacher-Praxis voraus.

Unterschiede der Kalkulationsbasis bei der Anwendung

VKL :	Bezug einzig auf das betriebsnotwendige Anlagevermögen (vgl. WWZ-Gutachten).
REKOLE® :	Bezug auf das betriebsnotwendige Vermögen, bestehend aus Anlage- und Umlaufvermögen.

Weitere Informationen dazu finden Sie im Kapitel 5.6.4 Kalkulatorische Zinsen.

~~Die kalkulatorischen Zinsen und Abschreibungen auf dem Anlagevermögen werden nach REKOLE® nur solange geltend gemacht wie eine Anlage genutzt wird, im Sinne von betriebsnotwendig (REK 10_015).~~ Damit sowohl die Ziele des betrieblichen Rechnungswesens, als auch die gesetzlichen Vorgaben für die Finanzierung der OKP-Leistungen erreicht werden, muss ein Spital in seiner Anlagenbuchhaltung die kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen nach VKL und nach REKOLE® ermitteln.

Im Kapitel 7.9 Ermittlung der stationären OKP-relevanten Anlagenutzungskosten (ANK), als Teil der OKP-relevanten Kosten, wird beispielweise erläutert, wie ausgehend von der Summe der jährlichen kalkulatorischen Zinsen die OKP-relevanten kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen ermittelt werden können.

9

Kapitel 5.4 / S. 42 / Abbildung → Abstimmungsbrücke

Vorhandene Information

460	Kreditzinsaufwand								
461	Darlehenszinsaufwand								
463	Hypothekarzinsaufwand								
466	Zinsaufwand auf finanzielles Leasing								
468	Kalkulatorische Verzinsung des Umlaufvermögens								
469	Übriger Zinsaufwand								
47	Verwaltungs- und Informatikaufwand								
48	Übriger patientenbezogener Aufwand								
49	Übriger nicht patientenbezogener Aufwand								
70-76									
77	Steuern								
78	Ausserordentlicher Aufwand								
79	Betriebsfremder Aufwand								
	Zusatzkosten								
SUMME									
		0		0	0	0	0	0	0
		0	+	0	=	0	=	0	0
		0		0		0		0	0

Unternehmensergebnis der Finanzbuchhaltung + +/- sachliche Abgrenzungen = Betriebsergebnis der Betriebsbuchhaltung (Ebene Erlös- und Kostenarten) = Betriebsergebnis der Betriebsbuchhaltung (Ebene Erlös und Einzel-/Gemeinkosten)

Präzisierung

Neu wurde eine Zelle eingebaut, die das finanzbuchhalterische Betriebsergebnis vor Abgrenzung darstellt:

469	Übriger Zinsaufwand								
47	Verwaltungs- und Informatikaufwand								
48	Übriger patientenbezogener Aufwand								
49	Übriger nicht patientenbezogener Aufwand								
70-76									
77	Steuern								
78	Ausserordentlicher Aufwand								
79	Betriebsfremder Aufwand								
	Zusatzkosten								
SUMME									
		0		0	0	0	0	0	0
		0	+	0	=	0	=	0	0
		0		0		0		0	0

Unternehmensergebnis der Finanzbuchhaltung + +/- sachliche Abgrenzungen = Betriebsergebnis der Betriebsbuchhaltung (Ebene Erlös- und Kostenarten) = Betriebsergebnis der Betriebsbuchhaltung (Ebene Erlös und Einzel-/Gemeinkosten)

Die angepasste Abstimmungsbrücke im Excel-Format finden Sie in „Dokumente“ unter:
http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/betriebswirtschaft/rechnungswesen_spital/rekoler_handbuch/

Corrigenda - Handbuch, REKOLE 4. Ausgabe 2013 – V0.8 Februar 2017

10	Kapitel 9.7.1 / S. 213 / Behandlungsbeginn und –ende (inkl. Notfälle)
Vorhandene Information	<p>Ambulante Behandlungen Ambulante Behandlungen grenzen sich ebenfalls durch einen Behandlungsbeginn und ein Behandlungsende ab. Da es im ambulanten Bereich, im Gegensatz zum stationären Bereich, im Zusammenhang mit einer Hauptdiagnose auch ambulante Dauerfälle gibt (Serienbehandlung), entsprechen Behandlungsbeginn und Behandlungsende nicht immer einem physischen Ein- bzw. Austritt, sondern einer Serie von physischen Ein- und Austritten (vgl. Kapitel 9.7.9 Ambulanter Dauerfall).</p>
Präzisierung	<p>Ambulante Behandlungen Ambulante Behandlungen grenzen sich ebenfalls durch einen Behandlungsbeginn und ein Behandlungsende ab (inkl. telefonische Konsultationen). Da es im ambulanten Bereich, im Gegensatz zum stationären Bereich, im Zusammenhang mit einer Hauptdiagnose auch ambulante Dauerfälle gibt (Serienbehandlung), entsprechen Behandlungsbeginn und Behandlungsende nicht immer einem physischen Ein- bzw. Austritt, sondern einer Serie von physischen Ein- und Austritten (vgl. Kapitel 9.7.9 Ambulanter Dauerfall).</p>

11

Corrigenda nur in der italienischen Version

12

Corrigenda nur in der italienischen Version

13	Kapitel 9.11.7 / S. 232 / Methodologisches Vorgehen zur Ermittlung der Kosten der Forschung und universitären Lehre
Vorhandene Information	<p>9.11.7 Methodologisches Vorgehen zur Ermittlung der Kosten der Forschung und der universitären Lehre</p> <p>Die anzuwendende Methode ist in erster Linie auf Kostenstellenebene angelegt. Die Tätigkeits-erhebung hat nach national einheitlich festgelegten Minimalanforderungen zu erfolgen. H+ empfiehlt Ihren Mitgliedern sich von den Ansätzen, die das BfS oder das Universitätsspital Zürich festgelegt haben, inspirieren zu lassen. Beide Ansätze bauen auf denselben Grundsätzen auf und haben Fragebögen, Erfassungstools sowie entsprechende Befragungsabläufe und Erhebungsdesign eindeutig definiert. Die beiden Ansätze sind aber als Beispiel und möglicher Ansatz zu verstehen und haben keinen verbindlichen Charakter. Eine Anpassung an die spital-internen Gegebenheiten soll weiterhin möglich bleiben.</p>
Präzisierung	Vgl. die Präzisierungen der Corrigenda N°14

14	Kapitel 9.11/ S.224 / Forschung und universitäre Lehre
Vorhandene Information	Vgl. REKOLE Handbuch, 4. Ausgabe 2013, inkl. die Corrigenda Nummer 1, 2 und 13.
Präzisierung	<p>Das Kapitel 9.11 wurde neu geschrieben, ergänzt und angepasst. Der Hauptgrund dazu sind die verschiedenen in den letzten Jahren (2014-2016) gefallenen BVGer Urteile.</p> <p>Das neue Kapitel 9.11 wird, aus Platzgründen als Anhang 1 dieses Corrigendas geführt. Es ersetzt ebenfalls die Corrigenda Nummer 1, 2, und 13. Auf die Hervorhebung der Änderungen wurde aus Übersichtlichkeitsgründen verzichtet.</p>

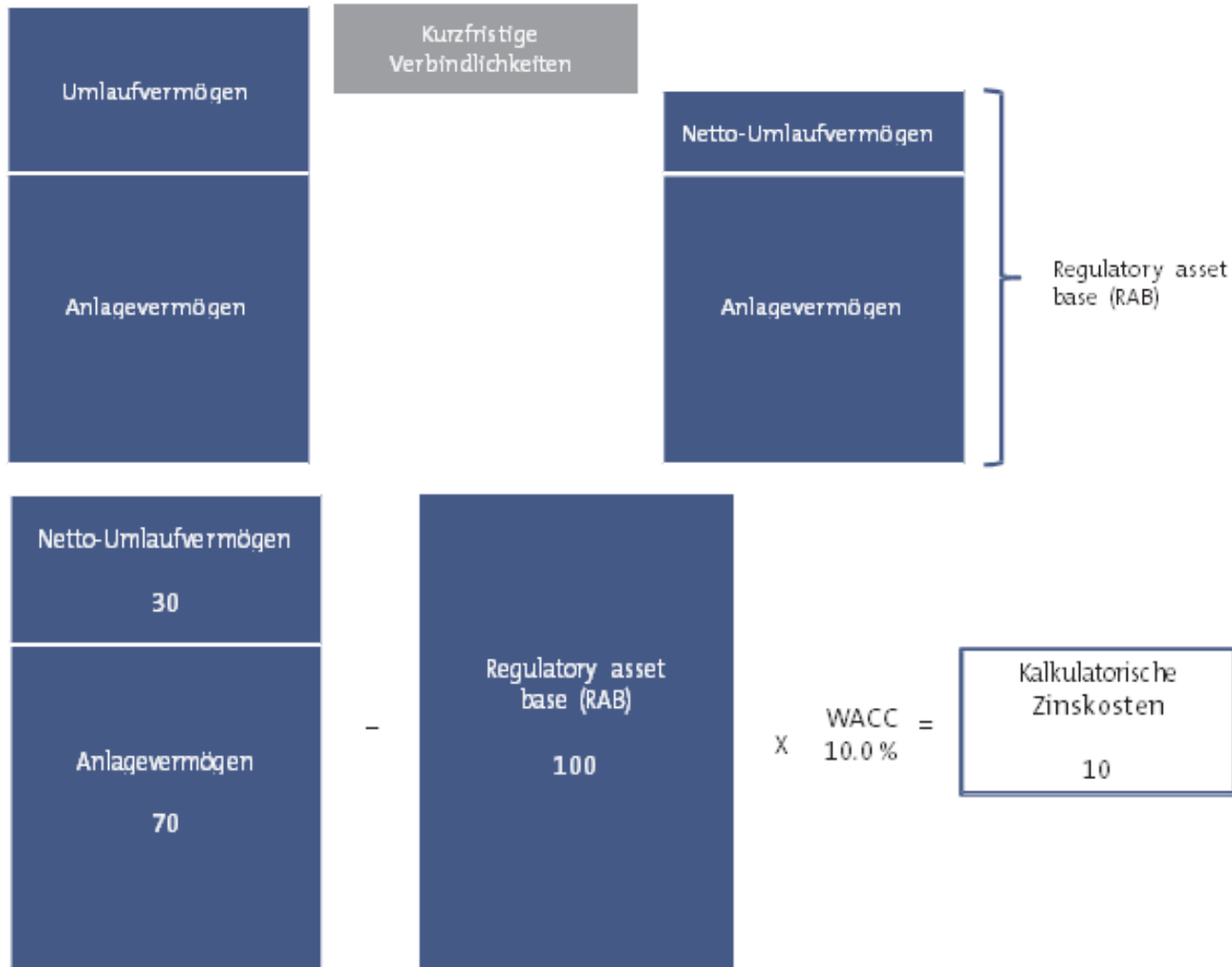
15	Kapitel 10 / S. 259 / Die Leistungserfassung
Vorhandene Information	Vgl. REKOLE Handbuch, 4. Ausgabe 2013, inkl. die Corrigenda Nummer 4 und 6.
Präzisierung	<p>Das Kapitel 10 wurde neu geschrieben, ergänzt und angepasst. Der Hauptgrund dazu sind die verschiedenen in den letzten Jahren (2014-2016) gefallenen BVGer Urteile.</p> <p>Das neue Kapitel 9.11 wird, aus Platzgründen als Anhang 2 dieses Corrigendas geführt. Es ersetzt ebenfalls die Corrigenda Nummer 4 und 6. Auf die Hervorhebung der Änderungen wurde aus Übersichtlichkeitsgründen verzichtet.</p>

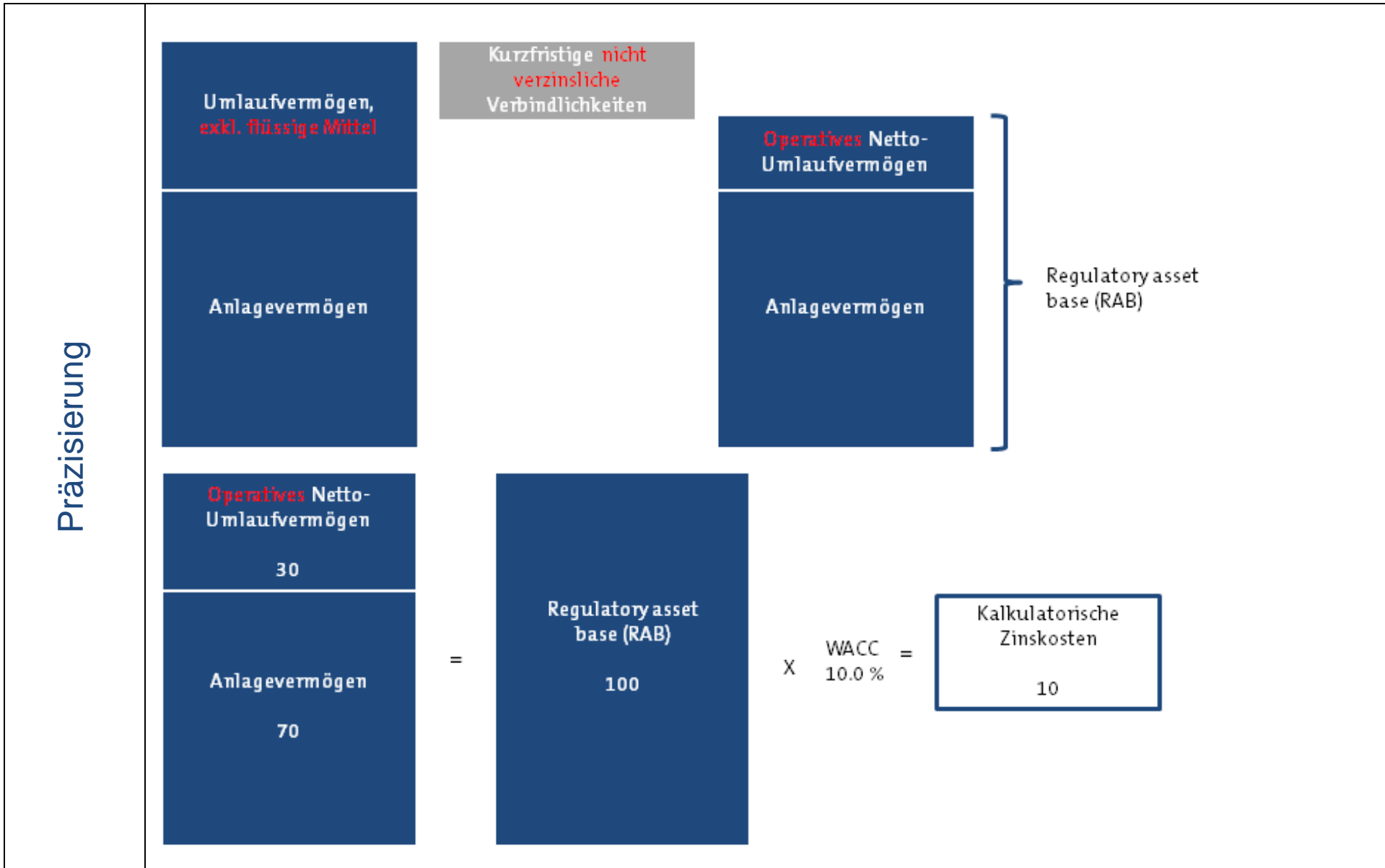
16	Kapitel 5.6.4 / S. 46 / Kalkulatorische Zinsen
Vorhandene Information	Vgl. REKOLE Handbuch, 4. Ausgabe 2013
Präzisierung	<p>Das Kapitel 5.6.4 wurde an verschiedenen Orten ergänzt.</p> <p>Das neue Kapitel 5.6.4 wird, aus Platzgründen als Anhang 3 dieses Corrigendas geführt. Die Anpassungen sind in Rot hervorgehoben.</p>

17

Kapitel 7.7 / S. 106 Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen

Vorhandene Information





9.11 Forschung und universitäre Lehre

9.11.1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

In Art. 49 Abs. 3 wird festgehalten, dass die Vergütungen nach KVG Art. 49 Abs. 1 keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten dürfen. Dazu gehören insbesondere:

- a) die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen und
- b) die Forschung und universitäre Lehre.

Gemäss Artikel 7 VKL gelten als Kosten für die universitäre Lehre nach Artikel 49 Absatz 3 Buchstabe b KVG die Aufwendungen für:

- a) die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden eines im Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die Medizinalberufe geregelten Medizinalberufes bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms
- b) die Weiterbildung der Studierenden nach Buchstabe a bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels.

Als Kosten für die Forschung nach Artikel 49 Absatz 3 KVG gelten die Aufwendungen für systematische schöpferische Arbeiten und die experimentelle Entwicklung zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden. Darunter fallen Projekte, die zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und der Behandlung von Krankheiten ausgeführt werden.

Als Kosten für die Forschung und universitäre Lehre gelten gemäss VKL Art. 7 Abs. 3 auch die indirekten Kosten sowie die Aufwendungen, die durch von Dritten finanzierte Lehr- und Forschungstätigkeiten verursacht werden.

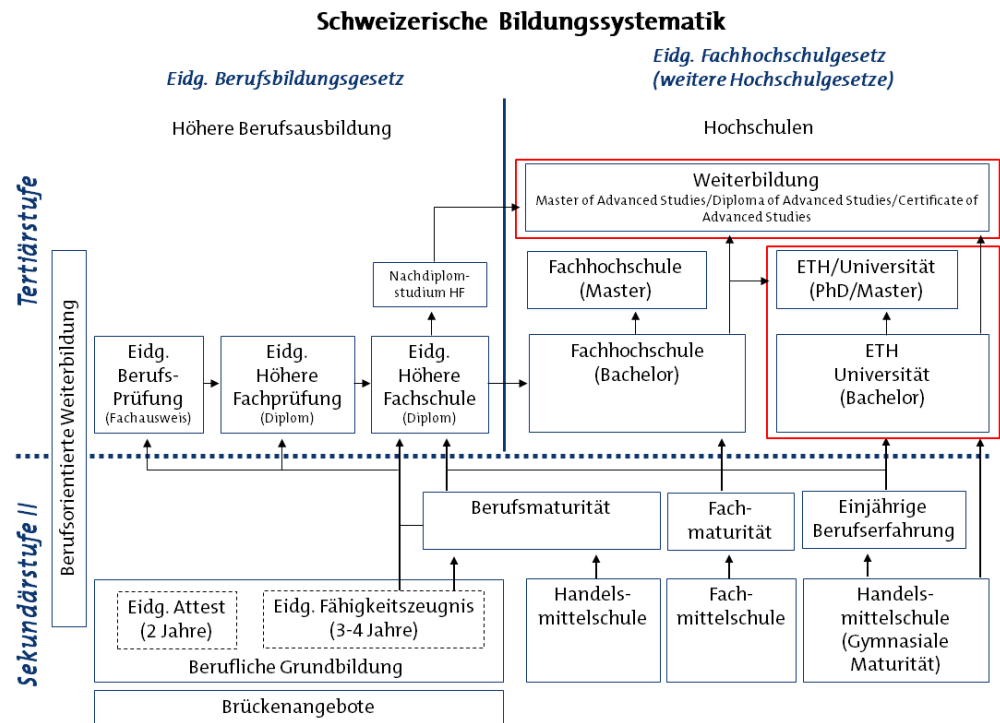
Wir verweisen auch auf die verschiedenen Bundesverwaltungsgerichtsentscheide, die in diesem Zusammenhang gefallen und wegweisend sind (vgl. Zusammenfassung der BVGer Urteile).

9.11.2 Bundesgesetz über die Berufsbildung (BBG) und über die universitären Medizinalberufe (MedBG)

Die massgebenden bundesrechtlichen Bestimmungen für die berufliche Grundbildung, die höhere Berufsbildung und die berufsorientierte Weiterbildung finden sich im Bundesgesetz über die Berufsbildung (BBG), vom 13. Dezember 2002, die Verordnung über die Berufsbildung (BBV) vom 19. November 2003 und die darauf beruhenden Bildungsverordnungen (Grundbildung), Rahmenlehrplänen und Prüfungsordnungen (höhere Berufsbildung) der einzelnen Berufe. Für die Fachhochschulbildung sind das Fachhochschulgesetz vom 16. Oktober 1995 und die, darauf beruhenden Erlasse massgebend.

Die universitäre Bildung war bis anhin mit Ausnahme der Eidgenössischen Technischen Hoch- schulen Zürich (ETH) und Lausanne (ETHL) kantonal geregelt. Mit dem in Kraft treten (1. September 2007) des Bundesgesetzes über die Medizinalberufe (MedBG) vom 23. Juni 2006, bestehen für universitären Medizinalberufe – wozu unter anderem die Ärzte gehören – bundesrechtliche Bestimmungen. Das MedBG spricht nicht von Lehre sondern von Aus- Fort- und Weiterbildung.

Folgende Abbildung stellt die schweizerische Bildungssystematik dar und positioniert die uni- versitäre Lehre und Weiterbildung gemäss KVG (in Rot):



Somit sind die Kosten der universitären Lehre gemäss KVG von folgenden, OKP-relevanten Bildungskosten zu identifizieren und zu unterscheiden:

- Bildungskosten der gesamten Sekundärstufe II
- Bildungskosten gemäss dem Eidgenössischen Bildungsgesetz (Tertiärstufe)
- Bildungskosten nach dem Eidgenössischen Fachhochschulgesetz (Fachhochschul-Laufbahn)
- Bildungskosten von nicht-formalisierten Ausbildungsleistungen wie z. B. Einblick-Stage in Gesundheitsberufe, alle Arten von Berufspraktika
- Bildungskosten der nicht-universitären Stufen
- Bildungskosten aller universitären Medizinalberufe, die im MedBG nicht abgebildet sind.

9.11.3 **Aktivitätsbasierte Ermittlung der Kosten für Forschung und universitäre Lehre – Zielsetzung und Anwendungsrahmen**

Die Kosten für Forschung und universitäre Lehre stellen Betriebskosten dar. Zwecks der Nachvollziehbarkeit der entstandenen Kosten aber auch aus Finanzierungsgründen ist es notwendig, die gesamten Kosten für Forschung und universitäre Lehre zu identifizieren, zu unterscheiden und zu ermitteln.

Wie schon mehrfach erwähnt, dient die Kostenträgerrechnung primär der internen Steuerung. Es geht also nicht darum, die Kosten für die Forschung und universitären Lehre aus der Betriebsrechnung REKOLE® auszuschneiden. Diese bildet die gesamten Kosten der betrieblichen Leistungserstellung ab und zwar sowohl für die Behandlung der Patienten als auch für andere Aufgaben, die in Form von Aufträgen dargestellt und abgerechnet werden. Die Betriebsrechnung REKOLE® soll also zeigen, wie hoch die Kosten für die Forschung und universitäre Lehre sind, um Transparenz und Steuermöglichkeiten zu schaffen. Ausserdem dient sie dazu festzulegen wie hoch der universitäre Anteil der Lehre ist.

Die Kosten für Forschung und universitäre Lehre variieren in Funktion der diesbezüglichen Aktivitäten. Das Verfahren zur Berechnung dieser Kosten muss daher aktivitätsbasiert sein. Mit dem in diesem Handbuch vorgelegten Regelwerk zur Ermittlung der Kosten der Forschung und universitären Lehre ist das Vorgehen leistungsbezogen, national harmonisiert und gesetzeskonform. Der verfolgte Ansatz baut auf einer detaillierten Analyse und Erfassung der verschiedenen Aktivitäten. Dabei werden die Aktivitätssicht des Lehrers (erteilte Lehre) und jene des Lernenden (erhaltene Lehre) berücksichtigt. Die Methode unterscheidet ebenfalls Aus-, Weiter- und Fortbildungsaktivitäten. Schliesslich löst die Methode die komplexe Thematik der Kuppelproduktion, die in der universitären Lehre und in der Forschung zu Stande kommen kann.

Anwendungsrahmen der vorliegenden aktivitätsbasierten Methode der Ermittlung der Kosten für Forschung und universitären Lehre nach KVG

Für alle Universitätsspitäler und Spitäler mit universitären Aufträgen oder Forschungsaufträge von Dritte ist die vorliegende Methode umzusetzen; dies im Wissen, dass die Implementierung der vorliegenden Methode mit einem hohen und wiederkehrenden Aufwand verbunden ist. Die Tätigkeitserhebung ist mindestens alle 4 Jahren durchzuführen oder früher wenn sich wesentliche Änderungen in den obengenannten Spitäler ergeben.

Für Spitäler ohne universitären Auftrag oder Aufträge von Dritte in der Forschung oder in der universitären Lehre geniesst die Implementierung dieser Methode fakultativer Charakter.

9.11.4 Wissenschaftliche und berufliche Bildung der universitären Medizinalberufe – Definitionen

Die wissenschaftliche und berufliche Bildung in den universitären Medizinalberufen umfasst die universitäre Ausbildung, die berufliche Weiterbildung und die lebenslange Fortbildung. Die universitäre Ausbildung vermittelt die Grundlagen zur Berufsausübung im betreffenden Medizinalberuf. Die berufliche Weiterbildung dient der Erhöhung der Kompetenz und der Spezialisierung in einem Fachgebiet. Die lebenslange Fortbildung gewährleistet die Aktualisierung der Wissens und der beruflichen Kompetenz (Art. 3 MedBG).

Diese bundesrechtliche Legaldefinition kann unter Vornahme von Modifikationen für die nicht universitären Berufe herangezogen werden.

Universitäre Ausbildung

Die Ausbildung entspricht der Grundausbildung bis zur Erlangung des Staatsexamens mit Erhalt des eidgenössischen Diploms. Gemäss MedBG vermittelt die universitäre Ausbildung die erforderlichen Grundlagen zur Berufsausübung im betreffenden Medizinalberuf (vgl. MedBG, Art 3 Abs. 2).

Berufliche Weiterbildung

Die berufliche Weiterbildung umfasst die Lehrtätigkeiten bis zum Erwerb des eidgenössischen Weiterbildungstitels. In Art. 3 Abs. 3 MedBG ist dazu Folgendes festgehalten: «Die berufliche Weiterbildung dient der Erhöhung der Kompetenz und der Spezialisierung im entsprechenden Fachgebiet. (...) Die Weiterbildung erweitert und vertieft die in der universitären Ausbildung erworbenen Kenntnisse, Fertigkeiten, Fähigkeiten, Verhaltensweisen und die soziale Kompetenz so, dass die Absolventen die berufliche Tätigkeit im betreffenden Fachgebiet eigenverantwortlich ausüben können (vgl. Art. 17 Abs. 1 MedBG)».

Lebenslange Fortbildung

Die Fortbildung gewährleistet die Aktualisierung des Wissens des Spitalpersonals und der beruflichen Kompetenz in der aktuellen Funktion. Die Fortbildungstätigkeiten der universitären Medizinalberufe entsprechen z. B. Folgendem:

- der FMH-Fortbildung der Ärzte und der übrigen universitären Medizinalberufe,
- der Fortbildung im Rahmen eines internationalen Austausches,
- der Fortbildung im Rahmen eines Kooperationsprojekts.

Gemäss dem MedBG gewährleistet die lebenslange Fortbildung die Aktualisierung des Wissens und der beruflichen Kompetenz (vgl. Art. 3 Abs. 4 MedBG). Personen, die einen universitären Medizinalberuf selbstständig ausüben, sind verpflichtet, ihre beruflichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten durch lebenslange Fortbildung zu vertiefen, zu erweitern und zu verbessern (vgl. Art. 40 Bst. b MedBG).

Für die Fortbildung der Ärzte werden, zum Beispiel, die Tätigkeiten im Zusammenhang mit der erteilten und der erhaltenen Fortbildung berücksichtigt, die für die Aktualisierung des Wissens und der beruflichen Kompetenzen der Ärzte im Hinblick auf die Bewahrung des FMH-Titels erforderlich sind. Die Fortbildung kann auch im Rahmen eines internationalen Austausches, d. h. im Zusammenhang mit einer erteilten oder erhaltenen Fortbildung im Ausland (beispielsweise Erlernen einer neuen Arbeitstechnik), oder im Rahmen eines Kooperationsprojekts erfolgen, bei dem Fortbildungsprogramme im Ausland veranstaltet werden.

Fortbildungsaktivitäten und ihre entsprechenden Kosten sind OKP-relevant und fallen daher nicht unter die Aktivitäten der universitären Lehre nach KVG. Die Tätigkeitserhebung der Fortbildung bleibt daher optional, da keinen separaten Ausweis dieser Tätigkeit von Gesetzeswegen erforderlich ist.

Aus abgrenzungstechnischen Gründen wurden im Rahmen der Tätigkeitserhebung der universitären Lehre auch die Tätigkeiten der Fortbildung definiert, da die Unterscheidung zwischen Fortbildung und Weiterbildung nicht immer gleich verstanden wird und einer vertieften Analyse im Rahmen der Tätigkeitserhebung unterzogen werden muss. Die genauen Aktivitätsdefinitionen zur Fortbildung finden sie im Kapitel 10.3 Bildung von Tätigkeitsgruppen zwecks Erfassung der Aktivitäten der Forschung und universitären Lehre nach KVG.

Schüler / Student

Ein Schüler oder Student ist dadurch charakterisiert, dass er sich im Ausbildungsstatus befindet. Darunter fallen ebenfalls Bezeichnungen wie Unterassistent oder candidatus medicinae (cand. med.)

Erteilte und erhaltene universitäre Lehre

Bei der universitären Lehre unterscheidet man zwischen erteilter und erhaltener universitäre Lehre. Im KVG wird zudem die universitäre Lehre auf die im MedBG definierten universitären Medizinalberufe eingeschränkt:

- mit der erteilter universitären Lehre, sind die Lehrtätigkeiten aus Sicht des Lehrers zu verstehen. Gemäss KVG und im Hinblick auf die Finanzierungsfrage, entsprechen sowohl die Kosten der Lehrtätigkeiten während der theoretischen und praktischen Ausbildung bis zum eidgenössischen Diploms, als auch jene Kosten, die anfallen während der Weiterbildung bis zum eidgenössischen Weiterbildungstitels, s. g. gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL).
- mit der erhaltenen universitären Lehre, sind die Lehrtätigkeiten aus Sicht des Lernenden (Studenten, Assistenzarzt) zu verstehen. Gemäss KVG entsprechen die Kosten der theoretischen und praktischen Ausbildung der Studierenden bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms, s. g. gemeinwirtschaftlichen Kosten (GWL). Die Kosten der Weiterbildung dieser Studierenden (bzw. der Lohn der Assistenzärzte) bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels entsprechen hingegen s. g. OKP-relevanten Betriebskosten.

Strukturierte und nicht-strukturierte Umgebung

Die universitäre Lehre erfolgt in zwei unterschiedlichen Umgebungen, die einen direkten Einfluss auf die Art, und die Intensität / Menge des Lernens, sowie auf den betroffenen / involvierten Akteuren (Abgeber und / oder Empfänger des Wissens). Man spricht von strukturierter und nicht-strukturierter universitärer Lehre.

Die strukturierte universitäre Lehre verkörpert alle Tätigkeiten, die im Rahmen von Lehrveranstaltungen absolviert werden (Kurse, Seminare).

Die nicht-strukturierte universitäre Lehre steht demnach für die Tätigkeiten, die im Rahmen des Lernens während des Arbeitsprozesses oder z. B. im direkten Zusammenhang mit den Patienten ausgeübt werden.

Der Ausweis der Aktivitäten der universitären Lehre nach diesem Kriterium ist im Gesetz nicht vorgesehen (vgl. Zusammenfassung der BVGer Urteile) und wird im REKOLE® nicht verlangt.

9.11.5 Forschung–Definition

Gemäss Art. 7 Abs. 2 VKL umfassen die Kosten für die Forschung die Aufwendungen für systematische schöpferische Arbeiten und experimentelle Entwicklung zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden. Darunter fallen Projekte, die zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und der Behandlung von Krankheiten ausgeführt werden. Als Kosten für die Forschung gelten auch die indirekten Kosten sowie die Aufwendungen, die durch von Dritten finanzierte Forschungstätigkeiten verursacht werden (Art. 7 Abs. 3 VKL).

9.11.6 Voraussetzungen innerhalb von REKOLE®

Hinweise zur Abgrenzungsrechnung (Drittmittel)

Die Kosten für Forschung und universitäre Lehre werden nur teilweise über Spitalbudgets abgewickelt. Erziehungsdirektionen (Universitäten), Kantone, Staat (z. B. Nationalfond) Industrien, Forschungsinstitute, Berufsverbände, Fachgesellschaften, Stiftungen und andere Organisationen finanzieren den übrigen Teil. Um ein vollständiges und betriebsbezogenes Bild der Tätigkeit der Forschung und universitäre Lehre im Spital zu erhalten, sind, sofern diese Informationen dem Spital zur Verfügung stehen, die von Dritten finanzierten Kosten (Personal-, Sach- und Investitionskosten), die in der Erfolgsrechnung des Spitals nicht erscheinen, in der Betriebsrechnung des Spitals als Zusatzkosten zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 5.6.2 Kalkulatorische Kosten (Ermittlung der Anders- und Zusatzkosten)). Dasselbe gilt für die entsprechenden Erlöse.

Bleiben bestimmte Personalkosten im Bereich Forschung und universitäre Lehre dem Spital unbekannt, so sind spezifische Vorkehrungen im Rahmen der Wahl der Umlageschlüssel von bestimmten dienstleistenden Muss-Kostenstellen vorzunehmen damit die Umlagen des administrativen Aufwandes nicht einer Verzerrung unterliegen. Sie finden weitere Informationen dazu in diesem Kapitel unter verursachergerechte Umlage der administrativen Bereiche.

Im Hinblick auf Betriebs- und Aktivitätsvergleiche ist schliesslich wichtig festzuhalten, dass es im Zusammenhang mit Abgrenzungen von Aktivitäten der Forschung und der universitären Lehre (z. B. zwischen Universitätsspitaler und Universitäten) in der Schweiz unterschiedliche Ausgangslagen gibt, die zwar die objektive Ermittlung und Vergleiche der betriebsbezogenen OKP-relevanten Betriebskosten nicht tangieren. Sollten aber nationale Aktivitätsvergleiche der Forschung und der universitären Lehre angestrebt werden, dann sind nebst diesen unterschiedlichen spitalbezogenen Ausgangslagen ebenfalls die Unterschiede in den Aktivitätsinhalte zwingend zu berücksichtigen. Unterschiedliche Ausgangslagen und Inhalte führen schliesslich zu unterschiedlichen Finanzierungsflüssen.

Hinweise zur Struktur der Kostenstellenrechnung

Damit die verschiedenen Aktivitäten der Forschung und universitäre Lehre am Ort der Durchführung erfasst und schliesslich im Kalkulationsverfahren nachvollziehbar auf die verschiedenen Aufträge aktivitätsbezogen verrechnet werden können, wird in der Kostenstellenrechnung eine spezifische zusätzliche leistungserbringende Muss-Kostenstelle 47 geführt: Forschung und universitäre Lehre (inkl. akademische Strukturen).

Im Kapitel 8.6.2 Die leistungserbringenden Kostenstellen und Kapitel 8.8 Zusammenfassung der Verrechnungsmethodik werden alle massgebende Eckwerte zur Kalkulation pro Muss-Kostenstelle zusammengefasst.

Hinweise zur Ermittlung des Beschäftigungsgrades und Zuordnung der Lohnkostenanteile des Spitalpersonals

Die Ermittlung der Kosten für Forschung und universitäre Lehre baut auf einer Tätigkeitserhebung auf. Die verschiedenen Tätigkeitsgruppen werden mit effektiven personalbezogenen Beschäftigungsgraden versehen (vgl. Kapitel 10.3 Bildung von Tätigkeitsgruppen zwecks Erfassung der Aktivitäten der Forschung und universitären Lehre nach KVG). Die Verbindung der Beschäftigungsgrade mit den Lohnkosten erlaubt eine direkte Zuordnung von Lohnkostenanteile (KOA 300) der Forschung und der universitären Lehre auf die Muss-Kostenstelle 47 Forschung und universitäre Lehre. Ist eine direkte Kontierung der Lohnkostenanteile nicht möglich, so kann die indirekte Methode angewendet werden, indem die Lohnkostenanteile einer bestimmten Kostenstelle auf die Muss-Kostenstelle 47 Forschung und universitäre Lehre umgebucht werden. Es wird an dieser Stelle erinnert, dass das Verrechnen (ILV und Bildung von Sekundärkosten) in diesem Fall nicht zulässig ist, da dadurch eine zu tiefer Ausweis der Primärkosten der Muss-KST 47 Forschung und universitäre Lehre erfolgen würde was schliesslich zu einer Unterbewertung der gesamten Kosten der Forschung und

universitären Lehre führen würde (Mehr Infos dazu weiter unten unter dem Kapitel Verursachergerechte Umlage der administrativen Bereichen).

Hinweis zu den betroffenen Berufskategorien

Die Tätigkeitserhebung der ununiversitären Lehre nach Art. 7 VKL, betrifft alle Berufskategorien des Spitalpersonals, das eine Lehrtätigkeit wahrnimmt (erteilte Lehre, Sicht des Lehrers) im Rahmen der theoretischen und praktischen Ausbildung sowie Weiterbildung, der im MedBG definierten universitären Medizinalberufe.

Weiter betroffen von der Tätigkeitserhebung, ist ebenfalls das Spitalpersonal, das als Studierenden (erhaltene Lehre, Sicht des Students) auftritt im Rahmen der theoretischen und praktischen Ausbildung bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms, der im MedBG definierten universitären Medizinalberufe.

Folgende universitären Medizinalberufe sind heute definiert (Art. 2 Abs. 1 Med BG):

- Ärztinnen und Ärzte
- Zahnärztinnen und Zahnärzte
- Chiropraktorinnen und Chiropraktoren
- Apothekerinnen und Apotheker
- Tierärztinnen und Tierärzte.

Nicht betroffen von dieser Tätigkeitserhebung ist somit das Spitalpersonal, das von der Ausbildung sowie Weiterbildung, der im MedBG definierten universitären Medizinalberufe weder als Lehrer noch als Student betroffen ist (vgl. 9.11.2 Bundesgesetz über die Berufsbildung (BBG) und über die universitären Medizinalberufe (MedBG)).

Die Tätigkeitserhebung der Forschung kann grundsätzlich alle im Spital tätigen Berufe betreffen, sofern Letztere sich an systematische schöpferische Arbeiten und experimentelle Entwicklung zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden direkt oder indirekt beteiligen (vgl. Art. 7 Abs. 2 und 3 VKL).

Damit die Erhebungsmethode einheitlich erfolgt, gilt im Rahmen der Tätigkeitserhebung die effektiv geleistete Arbeitszeit (*REK 16_003*).

Verrechnung von Sachkosten

Unter Sachkosten sind sowohl medizinische als auch nicht-medizinische Sachkosten zu verstehen.

Als Minimalvariante gilt die prozentuale Aufteilung der Sachkosten zwischen den durch die Tätigkeitsgruppe der Forschung und der universitären Lehre betroffenen

Muss-Kostenstellen und der Muss-Kostenstelle 47 Forschung und universitäre Lehre nach KVG in Anlehnung an die ermittelten Beschäftigungsgrade.

Als Maximalvariante sind die Sachkosten am Ort ihres Verbrauchs (Kostenstelle) oder direkt auf dem administrativen Fall oder Auftrag zu kontieren. Dabei sind die Präzisierungen zu bestimmten Kostenarten hinsichtlich deren Erfassung als Einzelkosten zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 10.9 Medikamente, Implantate, Blut, Material, usw.).

Kommt es vor, dass ein Material (z. B. Implantat) mit einem kuppelproduktiven Aspekt zwischen Patientenversorgung und universitären Lehre verbunden ist, dann wird das versorgungsnotwendige Implantat dem administrativen Fall zu 100% (OKP-relevant) zugerechnet. Weitere im Rahmen der Behandlung eventuell verbrauchte (aber nicht eingesetzte) Implantate werden entweder als Kostenstellenkosten (Primärkosten) auf der Muss-Kostenstelle 47 Forschung und universitäre Lehre oder als Einzelkosten verursachergerecht auf einer der beiden Sammelkostenträger der universitären Lehre kontiert.

Verrechnung von Raumkosten und Mobilien

Unter Raumkosten sind die kalkulatorischen Abschreibungen von Immobilien (Anlagekategorien A1–An C1, und C2) zu verstehen, sowie weitere Kostenarten (z. B. Energiekosten oder Entsorgungskosten, exkl. Sonderabfälle). Die Raumkosten werden auf der Muss-Kostenstelle 01 Infrastruktur kontiert und anschliessend mittels m^2 auf die anderen Kostenstellen umgelegt (Minimalvariante).

Bestimmte Räume sind einem kuppelproduktiven Aspekt z. B. zwischen Patientenversorgung und universitären Lehre ausgesetzt: z. B. Operationssaal, Gänge, gemeinsam benutzte Büros, usw.). Diesem Umstand wird Rechnung getragen, in dem die m^2 dieser Räume kalkulatorisch aufgeteilt werden. Diese kalkulatorische Aufteilung der m^2 hat so zu erfolgen, dass die anteilmässige Nutzung der Räume für die Aktivitäten der Forschung und universitären Lehre und die verrechneten Raumkostenanteile auf die Muss-Kostenstelle 47 Forschung und universitäre Lehre realitätsbezogen sind.

Bei der Kostenstellenkontierung der kalkulatorischen Abschreibungen von mobilen Sachanlagen (Anlagekategorien D, E und F) oder Investitionen deren Anschaffungswert unter dem VKL-Wert liegen, gilt als Minimalvariante die prozentuale Aufteilung der entsprechenden Anlagenutzungskosten zwischen den durch die Aktivitäten der Forschung und universitären Lehre betroffenen Muss-Kostenstellen und der Muss-Kostenstelle 47 Forschung und universitären Lehre, in Anlehnung an die ermittelten Beschäftigungsgrade.

Umgang mit Kalkulatorische Zinsen

Die kalkulatorischen Zinsen werden wie folgt gehandhabt:

- Die Zuordnung der kalkulatorischen Zinsen des Anlagevermögens (KOA 448) auf

die Kostenstellen erfolgt proportional zu den Anlagenutzungskosten (Abschreibungen sowie übrige Mietzinsen [inkl. operatives Leasing]), die auf den Kostenstellen zugeordnet sind, nach Umlage der Muss-KST 01 Infrastruktur und Umlage der kalkulatorischen Abschreibungen für mobile Anlagen und immaterielle abnutzbaren Werte.

- Die kalkulatorischen Zinsen auf dem Netto-Umlaufvermögen (KOA 468) werden auf die Muss-Kostenstelle 07 Rechnungswesen zugeordnet und anschliessend auf alle Kostenstellen umgelegt.

Indirekte Kosten der Forschung und universitären Lehre

Die Aktivitäten der Forschung und der universitären Lehre verursachen auch sogenannte indirekte Kosten die, dank der im REKOLE® gewählten Gliederung der Kostenarten, und Kostenermittlungsverfahren bereits abgehandelt sind.

Verursachergerechte Umlage der administrativen Bereichen

Administratives Personal unterliegt grundsätzlich nicht der Tätigkeitserhebung der Forschung und universitären Lehre. Dennoch arbeitet das administrative Personal auch für diese Tätigkeitsbereiche. Die Leistungen bestimmter dienstleistenden Kostenstellen werden mittels Umlagen auf die leistungserbringenden Kostenstellen entlastet. Dabei gilt die Minimalanforderung an die Bezugsgrösse: «% der Besoldungen». Dieser Schlüssel findet Anwendung, so lange sämtliche Besoldungen des im Spital arbeitenden Personals auch in der Kostenartenrechnung berücksichtigt ist, entweder als aufwandgleiche oder als Zusatzkosten. Ist ein Spital mit der Tatsache konfrontiert, dass nicht sämtliche Besoldungen des im Spital arbeitenden Personals in der Kostenartenrechnung abgebildet sind: Die Praxis zeigt, dass in Universitätsspitalern, im Bereich der Forschung, zahlreiches Personal beschäftigt ist, deren Besoldungen weder als Aufwand, noch als Zusatzkosten im Spital geltend gemacht werden. So muss dieses Spital Vorkehrungen in Bezug auf den Umlageschlüssel bestimmter dienstleistenden Kostenstellen vornehmen: die Bezugsgrösse (Minimalvariante), die in diesem Fall zur Anwendung kommt, entspricht der Zwischenvariante «Anzahl der 100% Stellen». Dies betrifft folgende Muss-Kostenstellen:

- Direktion
- Dezentrale Führungs- und Koordinationsbereiche
- Personalwesen
- Rechnungswesen

Somit entsteht aufgrund des zu tiefen Ausweises der Primärkosten der Muss-KST 47 Forschung und universitäre Lehre, keine Verzerrung des Kostenumlageverfahrens dieser Muss-KST bzw. die Verursachergerechtigkeit wird weiterhin eingehalten.

Hinweise zur Kostenträgerdefinition

Im betrieblichen Rechnungswesen REKOLE® werden die Aktivitäten der Forschung und universitären Lehre als eine bestimmte Art von Kostenträgern (bzw. Sammel-Kostenträgern) geführt. Sie werden je mit mindestens einem Auftrag abgebildet (vgl.

Kapitel 9.10 Der Auftrag).

Folgende Aufträge sind mindestens zu führen:

Muss-Sammelkostenträger (Aufträge)
Erteilte und erhaltene universitäre Ausbildung, inkl. Anteil für Doktorat (MD und PhD)
Erteilte berufliche Weiterbildung
Forschung, inkl. Anteil für Doktorat (PhD)

10 Die Leistungserfassung

Für die Kostenrechnung ist eine umfassende kostenstellen- und kostenträgerbezogene Leistungserfassung unumgänglich.

Damit sich die Erstellungskosten einer Leistung bestimmen und erfassen lassen, ist diese zu definieren und abzugrenzen. Sie wird dadurch bewertbar.

Die Genauigkeit der Abbildung der Spitalprozesse, der Detaillierungsgrad der Leistungserfassung und der Erfassungsaufwand sind eng miteinander verbunden. Es ist immer darauf zu achten, dass zwischen den drei Zielen ein ausgewogenes Kosten- / Nutzenverhältnis besteht.



Die Leistungserfassung muss vollständig sein. Es sind nicht nur die verrechenbaren, sondern auch die nicht verrechenbaren Leistungen zu erfassen. Die Leistungserfassung dient in erster Linie nicht der Rechnungsstellung, sondern der Bewertung der eingesetzten Produktionsmittel.

Es gibt verschiedene Arten, eine Leistung zu erfassen. Die nachfolgende Aufzählung ist nach abnehmender Genauigkeit und abnehmendem Aufwand gegliedert:

- Die Ist-Zeitmessung erfasst die tatsächlich aufgewendete Ist-Zeit zur Erledigung einer Arbeit, z. B. mittels Minutage oder Stundenrapporten.
- Die Norm-Zeitmessung erfasst die vordefinierte Norm-Zeit (basierend auf Vergangenheitsmessungen) zur Erledigung einer Arbeit, z. B. mittels Norm-Minuten oder Stundenrapporten. Dazu gehören auch Tarifwerke wie z. B. TARMED. TARMED ist als Normzeittarif zu betrachten; jeder Tarifposition ist eine Normzeit hinterlegt. Die Problematik von nicht abgebildeten Leistungen bleibt mit der Benutzung vom TARMED als Leistungserfassungsstruktur vorhanden! (REK 06_039).
- Weitere nicht zeitabhängige Tarifstrukturen erfassen die Tarifpositionen, die einer Leistung zugeordnet sind (REK 06_039).

Die Genauigkeit der Kostenermittlung hängt somit vom Detaillierungsgrad der Leistungserfassung ab, aber auch von der Art und Weise, wie die Verrechnung der Leistungen erfolgt.

Die folgenden Unterkapitel beschreiben die Leistungserfassung einiger Aktivitätsbereiche und Kostenarten sowie Spezifikationen hinsichtlich Spital-Aktivitätsanalysen, denen besondere

Achtung geschenkt werden müssen, wie zum Beispiel die Erfassung der Aktivitäten von Forschung und universitärer Lehre oder die Berücksichtigung der Kuppelproduktion.

10.1 Kuppelproduktion

Die Kuppelproduktion ist eine Tätigkeit, die gleichzeitig zwei oder mehrere Produkte erzeugt. In den Spitälern sind im Allgemeinen folgende Kuppelproduktionen vertreten:

- Lehrtätigkeiten und Forschungstätigkeiten, die gleichzeitig durchgeführt werden;
- Klinische Tätigkeiten, Lehrtätigkeiten und/oder Forschungstätigkeiten, die gleichzeitig durchgeführt werden.

Aktivitäten mit kuppelproduktivem Charakter sind keinesfalls einzig eine ärztlich-bezogene Eigenschaft, sondern können grundsätzlich in allen Berufsgattungen auftreten die, zum Beispiel, gleichzeitig eine klinische Tätigkeit und eine Lehrtätigkeit ausüben. Im Folgenden Kapitel wird die Kuppelproduktion am Beispiel der ärztlichen Tätigkeit dargestellt.

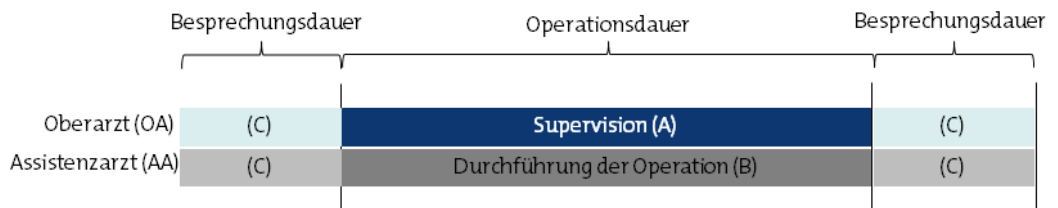
Art. 49 Abs. 3 KVG hält fest, dass die Vergütungen nach KVG Art. 49 Abs. 1 keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftlichen Leistungen enthalten dürfen. Dazu gehören insbesondere:

- a) die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen und
- b) die Forschung und universitäre Lehre.

Daraus lässt sich schliessen, dass zwecks der Ermittlung der OKP-relevanten Betriebskosten eines Spitals, auch die kuppelproduktiven Aspekte der Aktivitäten der Forschung und universitären Lehre in Betracht gezogen und mittels einem nationalen normativen Ansatz nachvollziehbar kalkuliert werden müssen. In Bezug auf die Definition eines einheitlichen Konzepts für die Aufteilung der Tätigkeiten mit kuppelproduktivem Charakter können die untenstehenden Beispielen Hilfe leisten.

Beispiel 1: Assistenzarzt operiert, Oberarzt supervisiert

Es stellt die Situation dar, in welcher ein Assistenzarzt (AA) mit Hilfe der Supervision des Oberarztes (OA) die Operation durchführt:

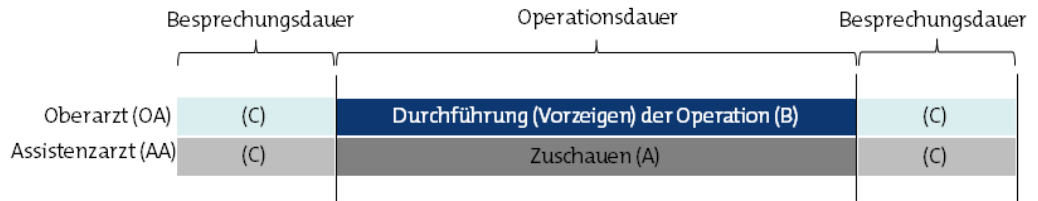


Wie sieht die Bewertung mit dieser Ausgangslage aus:

Oberarzt:	OKP-relevante medizinische Versorgung	= keine
	Erteilte Weiterbildung	= A + C
Assistenzarzt:	OKP-relevante Medizinische Versorgung	= B
	Erhaltene Weiterbildung	= C

Beispiel 2: Oberarzt operiert (Vorführung), Assistenzarzt schaut und hört zu

Stellen wir uns die andere Situation vor, nämlich wenn der Oberarzt dem Assistenzarzt die Operation vorführt:

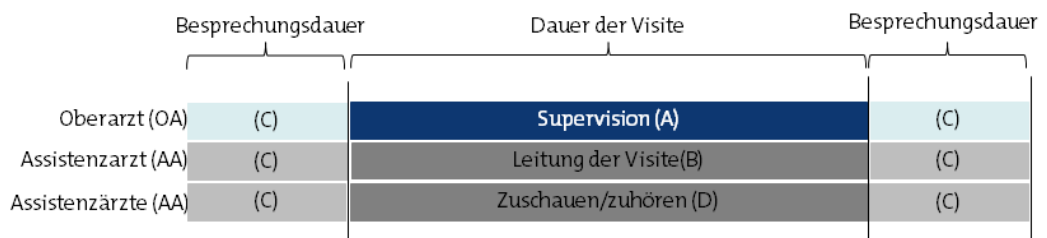


Dann sieht die Bewertung wie folgt aus:

Oberarzt:	OKP-relevante medizinische Versorgung	= B
	Erteilte Weiterbildung	= C
Assistenzarzt:	OKP-relevante medizinische Versorgung	= keine
	Erhaltene Weiterbildung	= A + C

Beispiel 3: die Patientenvisite

Der Assistenzarzt leitet die Visite, der Oberarzt supervisiert. Weitere Assistenzärzte sind anwesend:



Dann sieht die Bewertung wie folgt aus:

Oberarzt:	OKP-relevante medizinische Versorgung	= keine
	Erteilte Weiterbildung	= A + C
Assistenzarzt (Visitenleiter):	OKP-relevante medizinische Versorgung	= B
	Erhaltene Weiterbildung	= C
Assistenzärzte:	OKP-relevante medizinische Versorgung	= keine
	Erhaltene Weiterbildung (oder Fortbildung)	= D + C

Die Theorie wonach ein Assistenzarzt immer länger braucht als einen Oberarzt um eine Operation durchzuführen, und die längere Zeitspanne (gegenüber der "idealen" zeitlichen Dauer des Oberarztes) als erteilte resp. erhaltene ununiversitäre Lehre definiert wird, baut auf der umstrittenen Annahme auf, dass für eine bestimmte Tätigkeit von einer «idealen» zeitlichen Dauer bei einem bereits ausgebildeten Arzt ausgegangen werden kann. Die Operationsdauer ist immer auch abhängig vom Patienten, der operiert wird. Aufgrund anzutreffender grosser Schwierigkeiten in der Praxis zur Festlegung der s. g. «idealen» zeitlichen Dauer hinsichtlich Messbarkeit, Erfassbarkeit, Wahrung der Willkürfreiheit und Berücksichtigung letztendlich der menschlichen Komponente, wird darauf verzichtet und folgendes festgehalten:

- die Durchführung der Operation bzw. der Visite (B) gilt immer als medizinische Versorgung (OKP-relevant), unabhängig davon ob der Assistenzarzt oder der Oberarzt Diese ausführt;
- Die Besprechungsdauer (Vor- und Nachgespräche (C)) gelten immer als universitäre Lehre (erteilte und erhaltene Lehre).
- Supervision (Oberarzt) bzw. das Zuschauen (Student oder Assistenzarzt) ist immer als erteilte resp. erhaltene universitäre Lehre zu betrachten.

10.2 Tätigkeiten zum Erwerb eines Dokortitels

Gemäss dem Frascati-Handbuch (vgl. Frascati, S. 41) müssen die Studierenden auch ihre Kompetenz unter Beweis stellen, indem sie verhältnismässig selbstständig eine Studie oder ein Projekt realisieren und die entsprechenden Ergebnisse präsentieren. Im Allgemeinen umfassen diese Studien neue Elemente, die erforderlich sind, um die Arbeiten als Forschungsprojekt und experimentelle Entwicklung zu klassifizieren. In diesen Fällen sind die von den Doktoranden ausgeübten Tätigkeiten als Forschungsarbeit einzuordnen.

Die Tätigkeiten zum Erwerb eines Dokortitels umfassen die theoretischen und praktischen Arbeiten für das Erlangen eines Doktorats. Es können zwei unterschiedliche Doktorate absolviert werden:

- Das Doktorat in Medizin (MD), welches notwendig ist, um das eidgenössische Diplom zu erhalten;
- Das wissenschaftliche Doktorat (PhD), welches per se als Forschungstätigkeit betrachtet wird.

Aus Sicht der erteilten und erhaltenen universitären Lehre, sowie der Forschung müssen diese unterschiedlichen Aufgabengebiete eindeutig bewertet werden. Es gelten folgende Grundsätze:

- Als erteilte Lehre gilt die Leitung der Dissertation (Thesen), d.h. die Betreuung der Doktoranden (MD und PhD) durch die Professoren (Ärzte oder anderes medizinisches Personal wie Biologen, Chemiker, usw.).
- Als erhaltene Lehre für den Auszubildenden gelten die Arbeiten im Hinblick auf das Erlangen des eidgenössischen Diploms, einschliesslich der Arbeiten im Zusammenhang mit dem Doktorat in Medizin (MD).
- Als Forschung gelten die Vorbereitungsarbeiten im Zusammenhang mit der Studie und das Verfassen der Dissertation im Rahmen eines wissenschaftlichen Doktorats (PhD).

10.3 Bildung von Tätigkeitsgruppen zwecks Erfassung der Aktivitäten der Forschung und universitären Lehre nach KVG

Damit die entstandenen Kosten aus bestimmten Aktivitäten der Forschung und universitären Lehre verursachergerecht als Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) identifiziert, erfasst, verrechnet und ausgewiesen werden, sind verschiedene Tätigkeitsgruppen der Forschung und universitären Lehre eindeutig zu definieren, wobei bestimmte OKP-relevant und andere nicht OKP-relevant sind:

- nicht OKP-relevante Tätigkeitsgruppen (=GWL, nach KVG):

Tätigkeitsgruppen (GWL, nach KVG)
Erteilte und erhaltene universitäre Ausbildung, inkl. Anteil für Doktorat (MD und PhD)
Erteilte berufliche Weiterbildung
Forschung, inkl. Anteil für Doktorat (PhD)

- OKP-relevante Tätigkeitsgruppen:

Tätigkeitsgruppen (OKP-relevant, nach KVG)
Erhaltene universitäre Weiterbildung
Fortbildung

Die Tätigkeitsgruppen werden entlang folgenden Inhalten definiert:

Inhalte
Lehr- und Beratungstätigkeiten
Examen
Experten- und Beratungstätigkeiten
Qualitätssicherung & Weiterentwicklung
Literaturstudium und Informationsbeschaffung
Publikation, Information, Öffentlichkeitsarbeit
Teilnahme an Veranstaltungen mit dem Ziel der Weiterbildung
Verwaltung und Leitung
Praktische Bildung
Tätigkeiten im Bereich der Forschung

Die anschliessenden Umschreibungen der verschiedenen Inhalte pro Tätigkeitsgruppen haben primär Informativen Charakter mit dem Ziel Klarheit zu schaffen. Die Spitäler sollen ihre Tätigkeitserhebungen entlang dieser Definitionen aufbauen und so, Schweizweit für eine einheitliche Leistungserfassung sorgen. Die unten aufgeführten Umschreibungen sind beispielhaft für die ärztliche Berufskategorie erstellt worden. Für die übrigen betroffenen Berufskategorien (vgl. Kapitel 9.11.6 Voraussetzung innerhalb REKOLE®) sind die Inhalte entsprechend anzupassen.

10.3.1 Ausbildung bis zum eidgenössischem Diploms

Die strukturierte Ausbildung umfasst die Tätigkeiten, die im Rahmen der von der Medizinischen Fakultät festgelegten Lehrveranstaltungen vorgesehen sind. Die strukturierte Ausbildung beinhaltet auch das Doktorat in Medizin (MD), d.h. die Beratung und die Arbeiten, die mit dem Erwerb eines Doktorats in Medizin zusammenhängen. Die nicht-strukturierte Ausbildung umfasst die Tätigkeiten, die das Lernen während des Arbeitsprozesses im direkten Zusammenhang mit den Patienten ermöglichen. Es handelt sich

dabei im Wesentlichen um Praktikas für Lernende eines universitären Medizinalberufs. Diese sind implizit ein Bestandteil des Studienganges. Diese Praktikanten erhalten für diese Praktikas ein Gehalt. Dieser Lohn ist als erhaltene Lehre unter dem Gesichtspunkt einer zukünftigen Investition zu verstehen und gilt als GWL.

Inhalte	Erteilte Lehre (GWL, nach KVG)	Erhaltene Lehre (GWL, nach KVG)
Lehr- und Beratungstätigkeiten Tätigkeiten der Lehre im Rahmen der Lehrveranstaltungen	<ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung und Durchführung der Kurse, Übungen, Seminare, Referate- - Beratung der Lernenden (während den Sprechstunden) - Betreuung bei der Promotion / Leitung der Dissertation (Beratung) – Doktorat in Medizin (MD) und wissenschaftliches Doktorat (PhD) 	---
Examen Tätigkeiten in Zusammenhang mit den Examen	<ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung von Examen - Korrektur von Examen - Einsitz in Prüfungskommissionen - Prüfung von Rekursen - Ausstellung von Bescheinigungen für das Diplomstudium 	---
Experten- und Beratungstätigkeiten Expertentätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Expertenkommission zum Diplomstudium 	---
Qualitätssicherung & Weiterentwicklung Kursorganisation, Kursevaluation und Vorbereitung von Lehrprogrammen	<ul style="list-style-type: none"> - Kursorganisation - Evaluation von betreuten Lehrveranstaltungen - Vorbereitung von Lehrprogrammen 	---
Literaturstudium und Informationsbeschaffung Suche und Aufbereitung von Informationen in Zusammenhang mit der Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> - Aufbereitung von wissenschaftlichen Arbeiten - Besuch von Kongressen und Seminaren 	<ul style="list-style-type: none"> - Internetrecherche - Bezug von Nachschlagewerken - Selbststudium während der Arbeitszeit
Publikation, Information, Öffentlichkeitsarbeit Gestaltung von Lehrmitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Gestaltung von Lehrmitteln und Lehrbüchern für die Grundbildung - Lehrmittel für Lehrveranstaltungen (Skripte) 	---
Teilnahme an Veranstaltungen mit dem Ziel der Ausbildung Teilnahme an Sitzungen, deren oberstes Ziel die Bildung ist	<ul style="list-style-type: none"> - Interdisziplinäre Falldiskussionen - Kongresse, Kolloquien 	<ul style="list-style-type: none"> - Interdisziplinäre Falldiskussionen - Kongresse, Kolloquien
Verwaltung und Leitung Tätigkeiten im Rahmen der Bildung	<ul style="list-style-type: none"> - Administrative Aufgaben - Interne Leitung (Projekt & Personal) 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrative Aufgaben - Interne Leitung (Projekt & Personal)
Praktische Bildung Tätigkeiten der praktischen Bildung am Patienten (am Patientenbett oder während der ambulanten Sprechstunde)	<ul style="list-style-type: none"> - Oberaufsicht (Supervision) über medizinischen Behandlungen (inkl. Visiten), demonstrieren / vorzeigen - Anweisungen und Erläuterungen während des Arbeitsprozesses - Vor- & Nachbesprechung 	<ul style="list-style-type: none"> - Studium von demonstrierten medizinischen Behandlungen (inkl. Visiten), - Vor- & Nachbesprechung

10.3.2 Weiterbildung bis zum eidgenössischen Weiterbildungstitels

Die strukturierte berufliche Weiterbildung umfasst die Tätigkeiten, die im Rahmen der Lehrveranstaltungen für die Weiterbildung vorgesehen sind. Im Rahmen der Facharztweiterbildung werden diese Tätigkeiten entsprechend den Weiterbildungs-richtlinien vom zuständigen Organ festgelegt. Die nicht-strukturierte Weiterbildung umfasst Tätigkeiten in den Bereichen Betreuung und

Lernen in direktem Zusammenhang mit den Patienten, wie es im Spezialisierungsstudiengang zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels vorgesehen ist. Damit wird das Lernen während des Arbeitsprozesses berücksichtigt.

Inhalte	Erteilte Lehre (GWL, nach KVG)	Erhaltene Lehre (OKP-relevant)
Lehr- und Beratungstätigkeiten Tätigkeiten der Lehre im Rahmen der Lehrveranstaltungen	<ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung und Durchführung der praktischen Arbeiten, Seminare, Vorträge, Kolloquien und anderen Veranstaltungen - Betreuung der Lernenden 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung, Teilnahme und Nachbereitung von praktischen Arbeiten, Seminaren, Vorträgen, Kongressen, Kolloquien und sonstigen Veranstaltungen - Teilnahme an obligatorischen Kursen, Bearbeitung von Fachliteratur
Examen Tätigkeiten in Zusammenhang mit den Examen	<ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung von Examen - Korrektur von Examen - Einsitz in Prüfungskommissionen - Prüfung von Rekursen - Ausstellung von Bescheinigungen für die Weiterbildung 	<ul style="list-style-type: none"> - Examensvorbereitung (individuelle Lehre) im Rahmen der vom FMH-Studiengang hierfür vorgesehenen Stunden - Teilnahme an Examen
Experten- und Beratungstätigkeiten Expertentätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Expertenkommission zur Weiterbildung 	---
Qualitätssicherung & Weiterentwicklung Kursorganisation, Kursevaluation und Vorbereitung von Lehrprogrammen	<ul style="list-style-type: none"> - Kursorganisation - Evaluation von betreuten Lehrveranstaltungen - Vorbereitung von Lehrprogrammen 	---
Literaturstudium und Informationsbeschaffung Suche und Aufbereitung von Informationen im Zusammenhang mit der Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> - Aufbereitung wissenschaftlicher Arbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Internetrecherche - Bezug von Nachschlagewerken - Selbststudium während der Arbeitszeit
Publikation, Information, Öffentlichkeitsarbeit Gestaltung von Lehrmitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Betreuung bei Publikationen 	<ul style="list-style-type: none"> - Verfassen von Publikationen
Teilnahme an Veranstaltungen mit dem Ziel der Weiterbildung Teilnahme an Sitzungen, deren oberstes Ziel die Bildung ist	<ul style="list-style-type: none"> - Seminare, Sitzungen - Kurse (Theorie und praktische Arbeit) - Öffentliche Referate, Kolloquien, Kongresse - Interdisziplinäre Falldiskussionen 	<ul style="list-style-type: none"> - Seminare, Sitzungen - Kurse (Theorie und praktische Arbeit) - Öffentliche Referate, Kolloquien, Kongresse - Interdisziplinäre Falldiskussionen
Verwaltung und Leitung Tätigkeiten im Rahmen der Bildung	<ul style="list-style-type: none"> - Administrative Aufgaben - Interne Leitung (Projekt & Personal) 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrative Aufgaben - Interne Leitung (Projekt & Personal)
Praktische Bildung Tätigkeiten der praktischen Bildung am Patienten (am Patientenbett oder während der ambulanten Sprechstunde)	<ul style="list-style-type: none"> - Oberaufsicht (Supervision) über medizinischen Behandlungen (inkl. Visiten), demonstrieren / vorzeigen - Anweisungen und Erläuterungen während des Arbeitsprozesses - Vor- & Nachbesprechung 	<ul style="list-style-type: none"> - Studium von demonstrierten medizinischen Behandlungen (inkl. Visiten) - Beaufsichtigtes Erstellen medizinischer Leistungen (inkl. Visiten) - Vor- & Nachbesprechung

10.3.3 Fortbildung

Die strukturierte Fortbildung umfasst die Tätigkeiten, die im Studiengang festgelegt, von den medizinischen Fachgesellschaften vorgesehen und anerkannt sind. Die Nicht-strukturierte Fortbildung erfolgt während dem Arbeitsprozesses.

Inhalte	Erteilte Lehre (OKP-relevant)	Erhaltene Lehre (OKP-relevant)
Lehr- und Beratungstätigkeiten Tätigkeiten der Lehre im Rahmen der Lehrveranstaltungen	- Vorbereitung und Durchführung der Kongresse, Seminare, Kurse und Kolloquien	---
Examen Tätigkeiten in Zusammenhang mit den Examen	---	---
Experten- und Beratungstätigkeiten Expertentätigkeiten	---	---
Qualitätssicherung & Weiterentwicklung Kursorganisation, Kursevaluation und Vorbereitung von Lehrprogrammen	- Kursorganisation - Evaluation von betreuten Lehrveranstaltungen - Vorbereitung von Lehrprogrammen	---
Literaturstudium und Informationsbeschaffung Suche und Aufbereitung von Informationen in Zusammenhang mit der Ausbildung	- Aufbereitung von wissenschaftlichen Arbeiten	- Internetrecherche - Bezug von Nachschlagewerken - Selbststudium während der Arbeitszeit
Publikation, Information, Öffentlichkeitsarbeit Gestaltung von Lehrmitteln	---	---
Teilnahme an Veranstaltungen mit dem Ziel der Fortbildung Teilnahme an Sitzungen, deren oberstes Ziel die Bildung ist	- Fortbildungsveranstaltungen: Kongresse, Seminare, Übungsgruppen, Kurse, Kolloquien - Interdisziplinäre Falldiskussionen	- Fortbildungsveranstaltungen: Kongresse, Seminare, Übungsgruppen, Kurse, Kolloquien - Interdisziplinäre Falldiskussionen
Verwaltung und Leitung Tätigkeiten im Rahmen der Bildung	- Administrative Aufgaben - Interne Leitung (Projekt & Personal)	- Administrative Aufgaben - Interne Leitung (Projekt & Personal)
Praktische Bildung Tätigkeiten der praktischen Bildung am Patienten (am Patientenbett oder während der ambulanten Sprechstunde)	- Bildung im Rahmen eines internationalen Austausches - Bildung im Rahmen eines Kooperationsprojekts	- Bildung im Rahmen eines internationalen Austausches

10.3.4 Forschung

Die Tätigkeiten der akademischen (universitären und nicht-universitären) Forschung können in zwei Kategorien eingeteilt werden:

- akademische Forschung im Labor,
- klinische akademische Forschung (in diesem Fall, gelten klinische Forschung und Leistungen am Patienten als Kuppeltätigkeiten).

Ausgeschlossen aus dem Umfang der Forschung sind somit medizinische Behandlungen, die nicht direkt mit einem spezifischen Forschungsprojekt oder einem Projekt der experimentellen Entwicklung zusammenhängen (vgl. Frascati, S. 43) und klinische Tätigkeiten zur Behandlung von Patienten, die als Patientenbehandlung zugelassen werden. Ob die Leistung verrechenbar ist oder nicht, ist in diesem Zusammenhang unwesentlich.

Dagegen werden Forschungstätigkeiten, die mit der Patientenbehandlung in Verbindung stehen und Resultat eines Beschlusses einer Ethikkommission sind, als Forschung

berücksichtigt.

Zur akademischen Forschung gehören weiter auch die Forschungstätigkeiten und die Tätigkeiten im Bereich der experimentellen Entwicklung, die von Doktoranden für den Erwerb eines wissenschaftlichen Doktorats (PhD) ausgeübt werden.

Das gesamte an akademischen Forschungsprojekten beteiligte Personal, unabhängig von Ausbildung und Funktion, ist von den Forschungstätigkeiten betroffen.

Inhalte	Forschung (GWL, nach KVG)
Tätigkeiten im Bereich der Forschung Gestaltung und Entwicklung im Rahmen von Forschungsprojekten	<ul style="list-style-type: none"> - Informationsbeschaffung - Empirische Forschung - Anwendung von wissenschaftlichen Methoden und Abläufen - Konzeptionelle und gestalterische Arbeiten - Klinische Studien (Prävention, Diagnostik, Behandlung) - Kongresse, Seminare, Kolloquien - Sabbatical (im Arbeitsvertrag festgelegter Bildungsurlaub) - Vorbereitungsarbeiten im Rahmen des wissenschaftlichen Doktorats (PhD)
Publikation, Information, Öffentlichkeitsarbeit Publikation von Forschungsergebnissen	<ul style="list-style-type: none"> - Berichte über die Forschungstätigkeit - Präsentation der Forschungsergebnisse (bei Kolloquien, Seminaren, Kongressen) - Veröffentlichung der Arbeiten (wissenschaftliche Zeitschriften und Fachliteratur) - Verfassen von Thesen (PhD)
Verwaltung und Leitung Tätigkeiten im Rahmen von Forschungsprojekten	<ul style="list-style-type: none"> - Forschungsaufträge - Mittelbeschaffung und Zuweisung zum Budget - Projektvorstellungen - Administrative Aufgaben - Projekt- und Personalleitung

10.4 Ärzteschaften

Die ärztlichen Dienste erbringen Leistungen, die unterschiedlich bewertet und weiterverrechnet werden.

Die meisten ärztlichen Aktivitäten sind im TARMED als Einzelleistung abgebildet (vgl. TARMED). Im ambulanten Bereich können sie auch als solche verrechnet werden. Im stationären Bereich dient TARMED allenfalls nur der Leistungserfassung. Gewisse Aktivitäten sind aber nicht im Rahmen des Einzelleistungstarifs mittels Tarifpositionen abgebildet und können demzufolge nicht mittels Taxpunkten weiterverrechnet werden (z. B. administrative Arbeit, Rapporte, Öffentlichkeitsarbeit). Diese Aktivitäten sind aber im TARMED in der Produktivitätsberechnung der ärztlichen (AL) und technischen Leistung (TL) berücksichtigt worden. Schliesslich gibt es Kuppelproduktionen, denen Rechnung zu tragen sind (z. B. zwischen medizinischer Versorgung, Forschung und universitärer Lehre).

Auf der Muss-Kostenstelle 31 Ärzteschaften sind auch andere nichtärztliche Berufsbereiche zugeordnet, sogenannte Overheadfunktionen, wie z. B. Direktion, Personalwesen, Rechnungswesen/Controlling, Sekretariate, Informatik, Kodierung, usw. Diese Berufsbereiche sind auf der Muss-Kostenstelle Ärzteschaften als Primär- oder Sekundärkosten definiert, je nachdem

ob sie ihr direkt oder zum Beispiel mittels der Muss-Kostenstelle 03 Dezentrale Führungs- und Koordinationsbereiche (REK 05_023) zugeordnet werden. Diese Kostenanteile fliessen in die Bildung der Kostensätze der Muss-Kostenstelle Ärzteschaften ein.

Beispiel

Damit sich die Genauigkeit, Nachvollziehbarkeit und der Aufwand der Leistungserfassung im ärztlichen Bereich in einem vertretbaren Kosten-/Nutzenverhältnis bewegen, sind die verschiedenen Aktivitäten der Ärzte in Typen zu definieren.

REKOLE® definiert unten, als Beispiel, sieben Aktivitätstypen, die pro Arzt zu ermitteln sind. Die Summe der Beschäftigungsgrade der verschiedenen Aktivitätstypen ergibt pro Arzt in jedem Fall 100%. Die Aktivitätstypen 6a, 6b_{1 bis 5} und 7 sind aber, sofern diese vorkommen, in jedem Fall getrennt von den übrigen definierten Aktivitätstypen zu führen und zu verrechnen.

Damit die Verrechnung der erbrachten Leistungen aus den verschiedenen Kostenstellen der Ärzteschaften gemäss den Vorgaben aus der Verrechnungsmethodik möglich wird, sind die Personalkosten der Ärzte prozentual auf die sieben Aktivitätstypen aufzuteilen. Diese prozentuale Aufteilung stützt sich auf die, von den sieben Aktivitäten über einen definierten Zeitraum, beanspruchte Zeit.

Die Ermittlung der Beschäftigungsgrade des Aktivitätstyps 7 Forschung und universitäre Lehre nach KVG wird mittels der entsprechenden durchzuführenden Aktivitätsanalyse bestimmter Tätigkeitsgruppen sichergestellt. Die prozentualen Beschäftigungsgrade der 3 nicht OKP-relevanten Tätigkeitsgruppen lassen sich in Lohnkostenanteile ausdrücken), und sind in der untenstehenden Tabelle im Aktivitätstyps 7 zusammengefasst.

Name des Arztes:		Funktion:		
Aktivitäten	Inhalt	Beschäftigungsgrad (% Personalkosten)	Bezugsgrösse der Verrechnung	
1	Rapporte, Administration	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Führungsaufgabe ▪ Öffentlichkeitsarbeit. 	%-satz	TP und Min. ¹ (REK 05_060)
2	Aufnahme, Aufklärung, Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnese ▪ Körperliche Untersuchungen (inkl. Studium der Krankheitsgeschichte) ▪ Abschlussbericht ▪ Kodierung ▪ Patientenvisiten 	%-satz	
3	Medizinische Aktivitäten, die mit ihrer technischen Umgebung verrechnet werden.	Alle Arten (z.B. diejenigen, die in den verschiedenen Untersuchungs- und Behandlungsräumen [UBR] stattfinden.) Exkl. Aktivitäten 6a und 6b _{1 bis 5} .	%-satz	
4	Ambulante Sprechstunde	Vgl. Aktivitäten 1 und 2 (Intervention im OP-Saal → vgl. Aktivität 6a.)	%-satz	
5	Privatärztliche Tätigkeit		%-satz	
6	Medizinische Aktivitäten, die nicht mit ihrer technischen Umgebung verrechnet werden, sondern getrennt davon.	6a: Interventionen und Behandlungen, die auf der Muss-Kostenstelle OP-Saal erbracht werden.	%-satz	Ist-Min., gewichtet (GZF) (REK 14_006)
		6b: Interventionen und Behandlungen, die auf den folgenden Muss-Kostenstellen erbracht werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ b₁: Intensivpflege (IPS) ▪ b₂: Intermediate-Care Unit (IMCU) ▪ b₃: Notfall ▪ b₄: Gebärsaal ▪ b₅: Medizinische und therapeutische Diagnostik. 	%-satz	TP und Min. ² (REK 05_042) (REK 05_060)
7	Forschung und universitäre Lehre, nach KVG (REK 11_002)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erteile und erhaltene universitäre Ausbildung, inkl. Doktorat (MD und PhD). ▪ Erteile berufliche Weiterbildung ▪ Forschung, inkl. Doktorat (PhD) 	%-satz	Direkte Kontierung oder Umbuchung auf Muss-KST 47, gestützt auf Aktivitätsanalyse. Verrechnung (und Bildung von Sekundärkosten auf Muss-KST 47) ist nicht möglich.
<p>¹ Die Abkürzung Min. steht für Ist- und Norm-Minuten. TARMED ist einen Normtarif. Die Nutzung der TARMED Taxpunkte als Bezugsgrösse ist zulässig. Wird für die Gemeinkostenkomponente Ärzteschaften-Aktivitäten 1 bis 5 die Bezugsgrösse TARMED-Taxpunkt gewählt, so sind in diesem Fall die AL- und TL-Punkte zu berücksichtigen.</p> <p>² Wird für die Gemeinkostenkomponente Ärzteschaften-Aktivität 6b die Bezugsgrösse TARMED Taxpunkt gewählt, so sind in diesem Fall nur die AL-Punkte zu berücksichtigen.</p>				

Die Ergebnisse der aus der oben abgebildeten Tabelle gewonnenen Informationen sind periodisch zu überprüfen. Eine neue Ermittlung der prozentuale Aufteilung ist zwingend durchzuführen bei wesentlichen Aktivitätsänderungen des Betriebs (REK 11_002).

Die Ärzteschaften der folgenden Tätigkeitsbereiche werden nicht mittels der Muss-Kostenstellengruppe 31 Ärzteschaften verrechnet, sondern mit ihrer zur Leistungserbringung benötigten technischen Umgebung (Personal und Infrastruktur) (vgl. Kapitel 8.6.2 Die Leistungserbrin-

genden Kostenstellen) (REK 05_055):

Ärzeschaft (REK08_001)	Kontierung in der MUSS-Kostenstellengruppe
▪ Anästhesie	▪ 23 Anästhesie
▪ Radiologie, usw.	▪ 26 Bildgebende Verfahren
▪ Nuklearmedizin, usw.	▪ 28 Nuklearmedizin und Radioonkologie
▪ Labormedizin	▪ 29 Labor
▪ Pathologie	▪ 45 Pathologie
▪ Dialysen (REK09_007)	▪ 30 Dialysen

Diese Ärzteschaften führen ebenfalls eine periodische Aktivitätsanalyse durch und ermitteln unter anderem ihren Anteil an Kosten für Forschung und universitäre Lehre.

Die übrigen Ärzteschaften werden mittels der Muss-Kostenstellengruppe 31 Ärzteschaften getrennt vom technischen Umfeld, wo sie ihre Tätigkeit zum Teil ausüben, auf die Kostenträger verrechnet. Die Bezugsgrößen für die Verrechnung dieser Ärzteschaften sind:

- für die Aktivitätstypen 1 bis 5 und 6_{b1 bis 5}, der Taxpunkt und / oder die Minute. Dabei kann es sich um Ist- oder Norm-Minuten handeln (REK 05_042),
- für den Aktivitätstyp 6_a, die gewichtete (mittels Gleichzeitigkeitsfaktor) Ist-Minute. Dabei ist die ärztliche chirurgische Leistungszeit (chLZ) im OP-Saal am Patient die massgebende Zeitspanne.

Die Ermittlung des prozentualen Beschäftigungsgrads der Aktivitätsgruppe 7 Forschung und unviertären Lehre nach KVG folgt schweizweit einheitlichen Rahmendefinitionen und Regeln (vgl. Kapitel 9.11.6 Voraussetzungen innerhalb REKOLE®).

Die ärztliche chirurgische Leistungszeit (chLZ) (REK 14_006).

Die ärztliche chirurgische Leistungszeit (chLZ) ist die massgebende Zeitspanne um die ärztliche chirurgische Leistung im OP-Saal am Patient zu messen. Sie beginnt mit der physischen Anwesenheit des ersten Arztes (massgebend ist der Beginn der operativen Vorbereitungen: Lagerung, Razer, usw. und nicht der Ort wo diese durchgeführt wird: im OP-Saal oder vor der OP-Saal Einfahrt). Sie endet sobald der letzte Arzt den OP-Saal verlassen hat bzw., sobald er seine Tätigkeit am Patienten abgeschlossen hat. Nicht zu berücksichtigen bei der Messung der chLZ, sind jene Ärzte, die bereits in anderen Muss-KST berücksichtigt werden, wie z.B. der Anästhesist.

Die chLZ wird mittels Ist-Minuten erfasst.

Die chLZ entspricht weder der Schnitt-/Nahtzeit (SNZ) noch der im TARMED normative hinterlegten "Leistungszeit im engeren Sinne". Der Grund liegt in der Tatsache, dass mit beiden Zeitspannen die tatsächlichen mit der chirurgischen Leistung gebundenen ärztlichen Ressourcen nur bedingt wiedergeben werden. Die chLZ ist auch nicht der in Deutschland definierten Rüstzeit gleichzustellen. Der Grund liegt darin, dass die in der Rüstzeit z.T. berücksichtigten spezifischen tätigkeitsbezogenen Zeitspannen unwesentlich sind um die Genauigkeit der Kostenverrechnung der ärztlichen Leistung zu erhöhen: entweder sind sie für alle Operationen in etwa gleich (dies trifft zu bei Aktivitäten wie Umkleiden,

Händedesinfektion, Berichterstattung, Dokumentation) oder sie sind sachverhaltsfremd, da diese Tätigkeiten, in der Schweiz zumindest, i.d.R. vom technischen OP-Personal und nicht vom Arzt durchgeführt werden (dies trifft zu bei Aktivitäten wie postoperative Patientenversorgung im OPS).

Die ärztliche chirurgische Leistungszeit (chLZ) wird ausserdem mit der Anzahl anwesenden Ärzte im OP-Saal innerhalb dieser Zeitspanne gewichtet (exkl. jene Ärzte, die bereits in anderen Muss-KST berücksichtigt werden, wie z.B. der Anästhesist). Durch Berücksichtigung dieses s. g. Gleichzeitigkeitsfaktor (GZF), erfolgt eine genauere Abbildung der Leistungs-Intensität der ärztlichen Tätigkeit am Patienten. Der Tatsache, dass ein Arzt nach Beginn der chLZ bzw. vor ihrem Abschluss den OP-Saal verlässt wird in der Ermittlung des GZK-Faktors keine Rechnung getragen. Weiter werden Operateure, die sich während einer Operation ablösen (Job-Sharing, Arbeitsteilung) als ein "Operateur" gezählt und nicht als zwei.

Aus sicht des Patienten entspricht somit die gesamte (kumulierte) chLZ im OP-Saal der Zeitspanne "ärztliche chirurgische Leistungszeit (in Ist-Minuten)" multipliziert mit der Anzahl anwesenden Ärzte währen dieser Zeitspanne (Minimalvariante).

Die Genauigkeit der patientenbezogene Verrechnung der ärztlichen chirurgischen Leistung im OP-Saal könnte noch ein wenig erhöht werden indem die Erfassung des GZF genauer (z. B., durch die genauere Erfassung der Anwesenzeit jedes einzelnen Arztes) und indem zusätzlich eine Lohnkostengewichtung (LKG) der anwesenden Ärzte vorgenommen würde. Diese beiden Entwicklungsschritte sind allerdings mit wesentlichen betriebsinternen Mehrkosten verbunden (IT-Infrastruktur, Organisation, Erfassungsaufgaben) und dienen in erster Linie Zwecke der internen Betriebsführung. Zwecks der alleinig geringen Erhöhung der Genauigkeit der Fallkostenkalkulation lassen sich derartige Entwicklungen nicht rechtfertigen. Sie geniessen daher, im Rahmen der vorliegenden Branchenlösung, fakultativen Charakter.

Die OP Saal bezogene Anästhesie-Betreuungszeit (REK 14_006)

Die OP Saal bezogene Anästhesie-Betreuungszeit (vgl. A-Qua, SGAR) ist die massgebende Zeitspanne um die ärztliche anästhesiologische Leistung am Patient im Zusammenhang mit einer chirurgischen Behandlung im OP-Saal zu messen. Innerhalb dieser Zeitspanne, wird der Patient kontinuierlich durch einen Anästhesisten überwacht und betreut.

Die OP Saal bezogene Anästhesie-Betreuungszeit wird mittels Ist-Minuten erfasst.

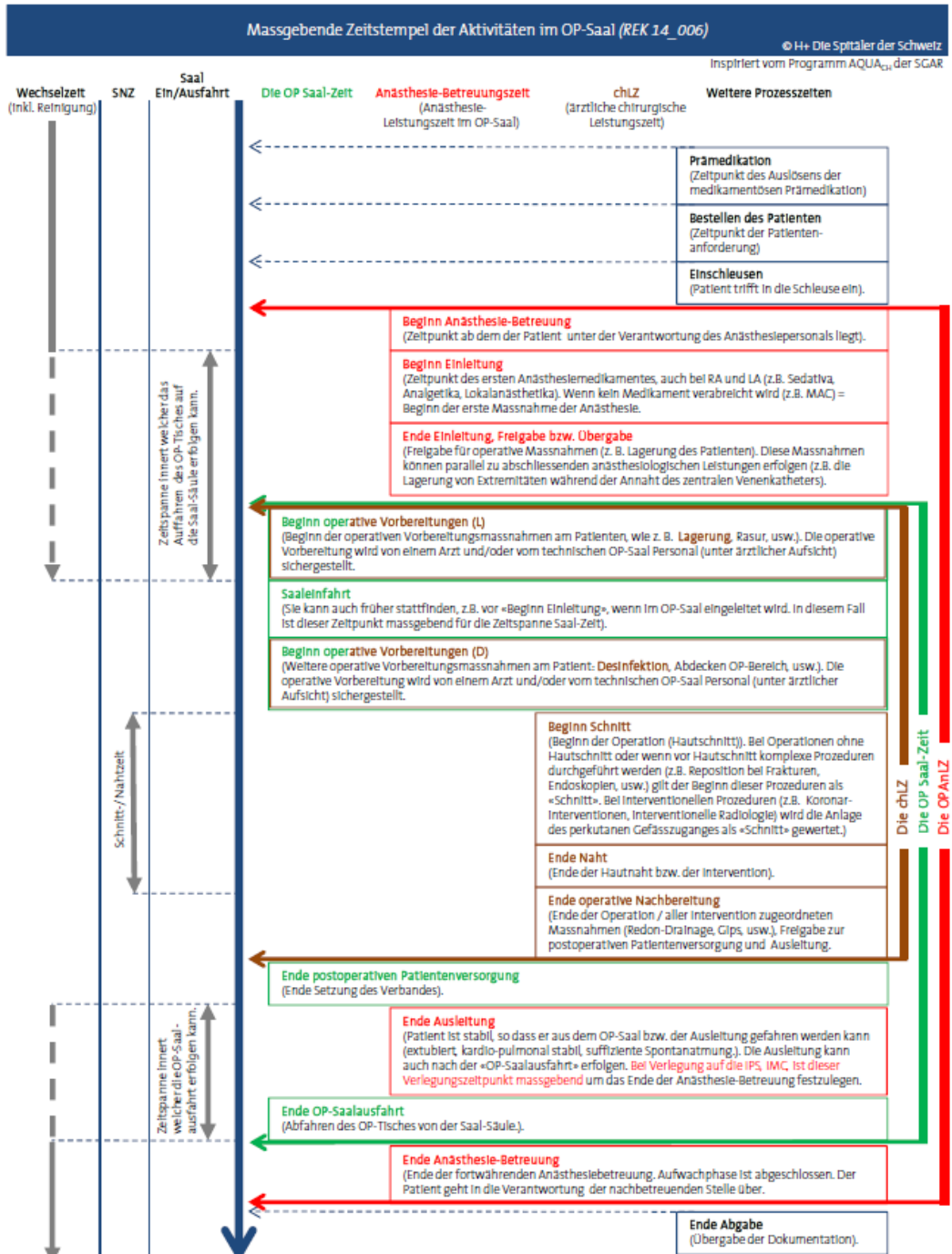
Sie beginnt mit dem Zeitpunkt, ab dem der Patient unter die Verantwortung des Anästhesiepersonals kommt und umfasst die fortwährenden Anästhesiebetreuung. Sie endet wenn der Patient in die Verantwortung der nachbetreuenden Stelle übergeht. Somit werden die tatsächlichen mit der Anästhesie-Leistung gebundenen ärztlichen Ressourcen patientenbezogen und national einheitlich am Besten wiedergeben.

Die OP Saal bezogene Anästhesie-Betreuungszeit entspricht weder der eigentlichen Ein-/Ausleitungszeit noch der im TARMED normative hinterlegten "Anästhesie-Zeitspannen".

Graphische Darstellung der verschiedenen Zeitspannen (REK 14_006)

In der folgenden graphischen Darstellung werden die drei massgebenden OP Saal bezogenen Zeitspannen dargestellt:

- die ärztliche chirurgische Leistungszeit (chLZ) in Braun
- die OP Saal bezogene Anästhesie-Betreuungszeit in Rot
- die OP Saal-Zeit, in Grün.



10.5 Pflegedienste

Die von der Pflege erbrachten Leistungen machen einen grossen Teil der Gesamtkosten eines Spitals aus. Ihrer möglichst genauen und korrekten Ermittlung für den einzelnen Fall (Kostenträger) kommt deshalb grosse Bedeutung zu, stellt aber auch eine grosse Herausforderung für die Kostenrechnung dar. Die Leistungserfassung in der Pflege muss kumulativ spital-, fall- und leistungsbezogen erfolgen. Eine verweildauerbezogene und/oder eine auf nationalen Durchschnittswerten normierte Leistungserfassung, ohne fallbezogenen Leistungsbezug, sind nicht zugelassen (REK 16_004).

Die Bezugsgrösse der Verrechnung der Pflege ist die Minute. Dabei kann es sich um Ist- oder Norm-Minuten handeln (REK 05_042).

Folgende Leistungserfassungssysteme in der Pflege haben sich in der Schweiz in den letzten Jahren regional verbreitet:

- Vor allem für die Akutpflege (vgl. Fischer, Pflegeleistungen):
 - LEP (vgl. LEP)
 - PRN (vgl. PRN)
 - TACS
- Vor allem für die Langzeitpflege:
 - RAI/RUG (vgl. RAI/RUG)
 - PLAISIR (vgl. PLAISIR)
 - BESA

Diese Liste ist nicht vollständig und beinhaltet keine Aussage über die Eignung der Systeme im Einzelfall.

Die in Spitälern und Heimen eingeführten Leistungserfassungssysteme vermögen aus Sicht der Kostenrechnung alle Anforderungen zu erfüllen. Gewisse Systeme liefern gar Daten, deren Detaillierungsgrad für den Zweck der Bewertung und Weiterverrechnung der Leistung nicht nötig sind. Der Aufwand erscheint im Verhältnis zur zusätzlich gewonnenen Genauigkeit recht hoch zu sein und er mag aus anderen Gründen (z. B. Steuerung der Pflegeleistungen, Dokumentation) gerechtfertigt sein.

Für Informationen zu den verschiedenen Leistungserfassungssystemen sei auf die gängige Fachliteratur verwiesen.

Ermittlung der Kosten der Forschung

Das KVG definiert Forschung und präzisiert (vgl. Zusammenfassung BVGer Urteile), dass damit sowohl die Aktivitäten der universitären als auch der nicht-universitären Forschung zu verstehen ist.

Die Ermittlung der Beschäftigungsgrade dieses Aktivitätstypen wird mittels der durchzuführenden Aktivitätsanalyse der Forschung sichergestellt. Als Grundlage zur Definition der Aktivitäten sind jene, die im Kapitel 10.3 Bildung von Tätigkeitsgruppen zwecks Erfassung der Aktivitäten der Forschung und universitären Lehre nach KVG, beispielhaft für die Ärzte formuliert wurden, heranzuziehen und nach Bedarf zu ergänzen bzw. anzupassen.

Im Kapitel 9.11.6 finden Sie alle wesentlichen Informationen die mit der Kalkulation der Kosten der Forschung zusammenhängen.

10.6 Hotellerie-Zimmer

Die Muss-Kostenstelle Hotellerie-Zimmer wurde gebildet, um sowohl die Infrastrukturkosten wie auch Kosten der Reinigung und Wäscherei möglichst genau auf den Kostenträger verrechnen zu können (vgl. Kapitel 8.8 Zusammenfassung der Verrechnungsmethodik).

Für die unterschiedlichen Zimmerkategorien lassen sich eigene Kann-Kostenstellen bilden.

Im Weiteren ist bei der Weiterverrechnung der Kosten der Muss-Kostenstelle Hotellerie-Zimmer auf den Kostenträger eine Gewichtung einzubauen, da ein Einzelbettzimmer, bezogen auf das Bett, mehr Aufwand verursacht als ein Vierbettzimmer. Die Gewichtung stützt sich auf die empirische Erhebung im jeweiligen Spital, um die Realität möglichst genau abzubilden. Folgende Tabelle dient als fiktives Beispiel:

Bezugsgrösse	Bewertung				Kosten
AnzahlPflegetage Einzelzimmer	Menge	X	Gewichtung z. B.: 1,4	X	Kostensatz = Betrag in CHF
AnzahlPflegetage 2-Bettzimmer	Menge	X	Gewichtung z. B.: 1,2	X	Kostensatz = Betrag in CHF
AnzahlPflegetage 4-Bettzimmer	Menge	X	Gewichtung z. B.: 0,8	X	Kostensatz = Betrag in CHF

© H+ Die Spitäler der Schweiz

10.7 Medizintechnische und therapeutische Bereiche

Die Bezugsgrösse der Verrechnung von medizintechnischen und therapeutischen Bereichen entspricht i.d.R. dem Taxpunkt und / oder der Minute. Dabei kann es sich um Ist- oder Norm-Minuten handeln.

Die OP Saal-Zeit (REK 14_006)

Die OP Saal-Zeit ist die massgebende Zeitspanne um die Leistung des technischen (nicht-ärztlichen) Personal im OP-Saal am/für den Patient zu messen.

Die Zeitspanne "OP Saal-Zeit" wird mittels Ist-Minuten erfasst.

Sie beginnt mit der Lagerung des Patienten durch das technischen OP-Saal Personal oder bei physischer Saaleinfahrt des Patienten, wenn der Beginn der Einleitung erst im OP-Saal stattfindet. Sie endet mit der physischen Ausfahrt des Patienten aus dem OP-Saal.

Die OP Saal-Zeit entspricht weder der Schnitt-/Nahtzeit (SNZ) noch der im TARMED

normative hinterlegten "Leistungszeit im engeren Sinne". Der Grund liegt in der Tatsache, dass mit diesen beiden Zeitspannen den tatsächliche mit der Leistung des technischen (nicht-ärztlichen) OP-Saal Personal verbundenen Ressourcenverbrauch nur bedingt wiedergeben ist. Es gibt z. B. folgende weitere technische Tätigkeiten, die vom technischen OP-Saal Personal i.d.R. durchgeführt werden und die in den oben erwähnten Zeitspannen nicht abgebildet sind:

- Die Vorbereitung und Lagerung des Patienten im/für den OP-Saal,
- Die postoperative Patientenversorgung im OP-Saal.

Da diese Aktivitäten je nach Eingriff zeitlich stark variieren können, führt eine Berücksichtigung ihrer beanspruchten Zeit in der Kostensatzbildung zu einer Erhöhung der Verrechnungsgüte der Leistung des technischen OP-Personals.

Tätigkeiten, deren Zeitspannen hingegen für jede Operation nahezu gleich lang sind wie zum Beispiel das Umkleiden, die Händedesinfektion, die Berichterstattung und die Dokumentationsaktivitäten werden in der Zeitspanne OP Saal-Zeit nicht berücksichtigt. Auch die Berücksichtigung der postoperativen Nachbereitung des OP-Saals (= s.g. Wechselzeit (inkl. Reinigung)) ist i.d.R. unwesentlich im Hinblick auf die die Erhöhung des Leistungsbezugs im Kalkulationsverfahren und wird daher grundsätzlich nicht berücksichtigt. Allfällige Ausnahmen sind dennoch festzuhalten und werden berücksichtigt.

Die Zeitspanne OP Saal-Zeit (bezogen auf einen Patient) erfährt keine Gewichtung: es wird kein Gleichzeitigkeitsfaktor (GZF) mittels Anzahl Personen des anwesenden technischen OP-Saal Personals (Minimalvariante) vorgenommen. Der Grund liegt in der Tatsache, dass diese Anzahl i.d.R. von Eingriff zu Eingriff nicht wesentlich unterschiedlich ist. Weiter wurde festgestellt, dass die Höhe der Lohnkosten der verschiedenen betroffenen Lohnkostengruppen des technischen OP-Saal Personals sich zwar von einander unterscheiden können, dass diese Lohnkostenunterschiede im Zusammenhang mit der Erhöhung der Kalkulationsgenauigkeit aber nicht wesentlich ausfällt und eine Lohnkostengewichtung (LKG) im Rahmen des Verrechnungsverfahrens nicht gerechtfertigt ist. Diese beiden nach wie vor möglichen Entwicklungsschritte sind zudem mit wesentlichen betriebsinternen Mehrkosten verbunden (IT-Infrastruktur, Organisation, Erfassungsaufgaben) und dienen, in diesem Fall, in erster Linie Zwecke der internen Betriebsführung. Im Rahmen der vorliegenden Branchenlösung genießen die GZF und LKG im Zusammenhang mit der Verrechnung der Kosten der Muss-Kostenstelle OP-Saal fakultativen Charakter.

Weitere Information sind in der Abbildung der verschiedenen massgebenden Zeitsempel zu entnehmen im Kapitel 10.4.

Ermittlung der Kosten der Forschung und universitären Lehre

Die Aktivitäten der Forschung und der universitären Lehre sowie die Ermittlung der daraus entstehenden Kosten (direkte und indirekte Kosten) sind ausführlich im Kapitel 9.11 Forschung und universitäre Lehre sowie in den Kapiteln 10.1 bis 10.3 umschrieben.

10.8 Dienstleistende Bereiche

Die von der dienstleistenden Muss-Kostenstelle 08 Support und Service erbrachten Leistungen werden mittels Arbeitsrapporten (Kostenblock A) und pro Anschluss (Kostenblock B und C) erfasst (Minimalvariante).

Die auf der dienstleistenden Muss-Kostenstelle 09 Gemeinschaftlich genützte Sekretariate erbrachten Leistungen werden mittels normativer Zeit nach Auftraggeber erfasst (Minimalvariante).

Für die Muss-Kostenstelle 05 Reinigung gelten grundsätzlich die gleichen Überlegungen. Im Rahmen des betrieblichen Rechnungswesens REKOLE® wurde hier aber die m²-Reinigungsfläche als Minimalvariante bestimmt. Die Zeiterfassung wird als Maximalvariante empfohlen.

10.9 Medikamente, Implantate, Blut, Material usw.

Im betrieblichen Rechnungswesen REKOLE® werden folgende Kostenarten als Einzelkosten betrachtet:

Einzelkosten		Umfang (REK 05_016)
Konto Nr.	Bezeichnung der Kostenarten	
38	Arzthonorar (sozialversicherungspflichtig)	Alle
400	Arzneimittel (inkl. Blut und Blutprodukte)	ABC Methode
401	Material, Instrumente, usw.	ABC Methode
403	Film- und Fotomaterial	ABC Methode (in der Regel C)
404	Chemikalien, Reagenzien	ABC Methode (in der Regel C)
405	Medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen, inkl. Leistungen von Belegärzten (nicht sozialversicherungspflichtig)	Alle
480	Patiententransporte durch Dritte (REK 05_008)	Alle
485	Übrige patientenbezogene Fremdleistungen (REK 05_008)	Alle
486	Übrige Auslagen für Patienten	Alle

Bevor Sachkosten als Einzelkosten erfasst werden, ist zu definieren, was in welchem Umfang zu erfassen ist.

Jedes Einsatzgut der Kostenartengruppe 400 und 401 wird mit den beiden Kriterien Einstandspreis und verbrauchte Menge bewertet, um grundsätzlich festzustellen welches Einsatzgut als Einzelkosten zu erfassen ist. Dieses Vorgehen kann auch auf die Kostenartengruppen 403 und 404 ausgedehnt werden. Dabei werden die Einsatzgüter durch das Spital in folgende drei Gruppen eingeteilt:

- Mit einem A-Wert werden Einsatzgüter bezeichnet, deren verrechnete Einstandspreise vom Spital als hoch, unabhängig von der konsumierten Menge eingestuft werden.

- Mit einem B-Wert werden Einsatzgüter bezeichnet, deren verrechnete Einstandspreise vom Spital als niedrig, die verbrauchten Mengen aber als hoch eingestuft werden.
- Mit einem C-Wert werden Einsatzgüter bezeichnet, deren verrechnete Einstandspreise und verbrauchten Mengen als niedrig eingestuft werden. Sie sind nach effektiven Bezügen von den leistungserbringenden Kostenstellen zu erfassen und fliessen in die Bildung der Kostensätze der Kostenstellen ein.

Überschreiten die Gesamtkosten eines Einsatzgutes im akutsomatischen Bereich ($[\text{Einstandspreis des Einsatzgutes} \times \text{bezogene Menge}] + \text{Gemeinkostenzuschlag}$) pro Fall CHF 200 (ausgenommen sind Implantate, inkl. Osteosynthese-Material wo die Frankengrenze bei CHF 50 liegt) (*REK 15_004*), so sind die durch dieses Einsatzgut entstandenen Kosten in jedem Fall als Einzelkosten zu führen (Minimalanforderung) bzw. wird dieses Einsatzgut mit dem A- oder B-Wert versehen.

Die durch A- und B-Einsatzgüter entstandenen Kosten werden als Einzelkosten definiert. Die durch C-Einsatzgüter entstandenen Kosten gelten als Gemeinkosten und fliessen als Sachkosten in die Kostensatzbildung der Kostenstellen ein.

Die Verrechnung von A- und B-Einsatzgütern erfolgt zum Einstandspreis der Einheit, unter Berücksichtigung der verbrauchten Mengen, zuzüglich dem entsprechenden Gemeinkostenzuschlag. Die Bildung des Gemeinkostenzuschlags ist im Kapitel 8.6.1 Die dienstleistenden Kostenstellen unter der Muss-Kostenstelle Einkauf-/Zentrallager und Apotheke erläutert. Die Verrechnung sowie der Ausweis des Material- bzw. Medikamentenpreises und des entsprechenden Gemeinkostenzuschlags auf den Kostenträger, können separat oder verdichtet stattfinden.

Bei Kostenstellen wie Pflegestationen oder OP-Sälen, wo Lager für A- und B-Einsatzgüter geführt werden können, dürfen die Einstandspreise (und je nach interner Verrechnung auch die Gemeinkostenzuschläge) nicht in die Bildung der Kostensätze der soeben erwähnten Kostenstellen einfließen.

Minimalanforderungen als SwissDRG-Netzwerkspital

Werden bestimmte Einsatzgüter aus den Kostenarten 400 Arzneimittel (inkl. Blut und Blutprodukte), 401 Material, Instrumente, Utensilien, Textilien oder 404 Chemikalien, Reagenzien innerhalb einer Behandlung separat finanziert, so sind diese Einsatzgüter als Einzelkosten zu führen, unabhängig von ihrer Klassifikation aus der oben erwähnten ABC-Methode: dies betrifft zum Teil die Einsatzgüter, die auf den von SwissDRG geführten Listen gepflegt werden.

Ab 1.1.2012 publiziert und pflegt die SwissDRG AG u. a. in Zusammenarbeit mit dem Verein Schweizerischer Amts- und Spitalapotheker (GSASA) verschiedene Listen (vgl. SwissDRG, Einsatzgüterliste) von Einsatzgütern, die die Netzwerkspitäler zuzüglich zu ihren Fallkosten dem Casemix Office (CMO) zu liefern haben:

- Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen;
- Liste von bestimmten Implantaten.

Mit diesen Informationen zu bestimmten Medikamenten, Blutprodukten, und Implantaten werden die Berechnungen der vorgesehenen Zusatzentgelte sichergestellt wie auch Projekti-

onsberechnungen vorgenommen um den SwissDRG Grouper weiterzuentwickeln, indem z. B. versucht wird kostendiskriminierende Substanzen zu identifizieren, die nicht im Rahmen der üblichen Kostenstreuung einer DRG durch die SwissDRG-Tarifstruktur abgebildet sind.

10.10 Fremdrechnungen

Die Fremdrechnungen entstehen aus Leistungen von Dritten.

Sind die Fremdleistungen patientenbezogen, können sie einen medizinischen, diagnostischen, therapeutischen oder logistischen Hintergrund aufweisen. Aus Sicht des Kostenträgers sind sie als Einzelkosten zu betrachten und ihm direkt zu verrechnen. Eine statistische Erfassung der Fremdrechnung auf einer Kalkulationskostenstelle oder auf der betroffenen Muss-Kostenstelle ist möglich.

Bei Patiententransporten ist zu beachten, dass die Primärtransporte nicht dem Kostenträger des Spitals (administrativer Fall), sondern direkt dem Patienten verrechnet werden.

Sind die Fremdrechnungen nicht patientenbezogen (Reinigungsdienst, technischer Dienst, usw.), werden sie den verursachenden (dienstleistende und leistungserbringende) Kostenstellen verrechnet (*REK 10_005*).

Anhang 3

REKOLE Corrigenda

V. 0.8, Februar 2017

5.6.4 Kalkulatorische Zinsen

Kapital steht in Form von Eigen- und Fremdkapital zur Finanzierung der Vermögensgegenstände (Anlage- und Umlaufvermögen) zur Verfügung. Während Fremdkapitalgeber Zinszahlungen erhalten, erwartet ein Eigenkapitalgeber eine angemessene Ausschüttung, die er ansonsten bei alternativen Anlagen erhalten würde (Opportunitätskosten).

Die Kosten für das Kapital werden in der Betriebsrechnung als kalkulatorische Zinsen berücksichtigt. In Theorie und Praxis ist unbestritten, dass bei der Herleitung der WACC-Methode die zu berücksichtigende Kapitalstruktur (Passivseite der Bilanz) dem nachhaltigen Verhältnis zwischen Fremd- und Eigenkapital (Finanzierungsstruktur) entsprechen muss. Dabei sollen beide Kapitalarten theoretisch korrekt zu Marktwerten in die Berechnung einfließen.

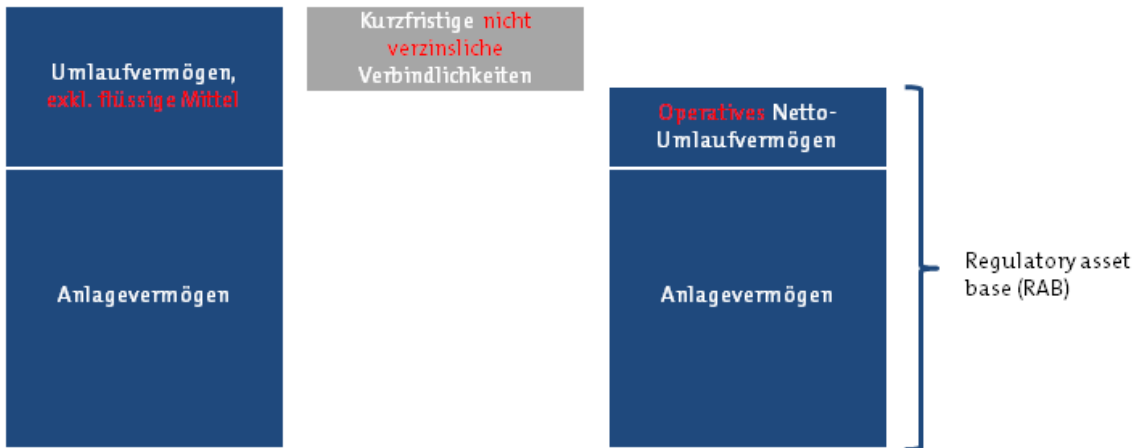
Im Rahmen der Ermittlung der OKP-relevanten Betriebskosten der Spitäler wird die Anwendung des WACC-Zinssatzes bei der Herleitung der kalkulatorischen Verzinsung eingeschränkt, indem vorgesehen ist, dass der WACC-Zinssatz (vgl. VKL Art. 10a, Abs. 4) nur mit den für die Erbringung der Spitalleistungen erforderlichen betriebsnotwendigen Anlagen (Anlagevermögen) multipliziert wird (Durchschnittswertmethode) (VKL Kommentar, Okt. 2008, S. 5).

Um den gesetzlichen Vorschriften gerecht zu werden, muss auf die oben erwähnte korrekte Festlegung der Kalkulationsbasis auf der Kapitalstruktur (Passivseite der Bilanz) verzichtet und dafür die Aktivseite der Bilanz (Vermögensstruktur) eines Spitals herangezogen werden. Dieses Vorgehen drängt sich aus folgenden Gründen auf:

- Der Gesetzestext erlässt nur Vorgaben in Bezug auf die Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen: Letztere müssen getrennt von den kalkulatorischen Zinsen auf dem Umlaufvermögen geführt werden und als Bestandteil der Anlagenutzungskosten ausgewiesen werden.
- Die VKL schränkt die Anwendung des WACC-Zinssatzes ein, indem nur die Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen vorgesehen ist (VKL-Kommentar, Okt. 2008, S. 5).
- Einzig die Aktivseite der Bilanz ermöglicht eine separate Ermittlung der Kalkulationsbasen womit die kalkulatorischen Zinsen auf Umlauf- und Anlagevermögen berechnet werden.

Regulatory asset base als Kalkulationsbasis

Eine korrekte Anwendung des WACC-Zinssatzes, basierend auf der Aktivseite der Bilanz, setzt voraus, dass das investierte Kapital bzw. die regulatory asset base (RAB) bestehend aus dem Anlagevermögen und dem operativen **Netto-Umlaufvermögen** (NUV) als Kalkulationsbasis herangezogen wird. Es ist grundsätzlich eine bilanzielle Optik einzunehmen.



Die RAB ist zu Marktwerten zu ermitteln. Im Rahmen der aktuellen Regulierungspraxis in anderen Branchen werden Buch- und Marktwerte einander gleichgesetzt. Dies trifft auch auf die Vorgehensweise bei der Ermittlung der kalkulatorischen Kapitalkosten der Spitäler zu (vgl. IF- BC-Gutachten, S.18).

Beispiel

Beträgt die RAB 100 (30 **operatives** NUV und 70 Anlagevermögen) und wird ein WACC von 10 % unterstellt, so resultieren kalkulatorische Zinskosten von 10 % von 100 = 10. Diese Berechnung ist in der folgenden Abbildung dargestellt.



Die Kalkulationsbasis zur Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen auf dem Umlaufvermögen entspricht dem **operativen Netto-Umlaufvermögen**. Das **operative Netto-Umlaufvermögen** wird als Differenz zwischen dem Umlaufvermögen (ohne flüssige Mittel) und den kurzfristigen nicht verzinslichen, d. h. auch operativen Verbindlichkeiten ermittelt (vgl. IFBC-Gutachten, S.18). **Negativ-Zinsen auf dem Umlaufvermögen auf Grund eines Negativen Umlaufvermögens, die sich in Form eines Erlös auf die Kostenrechnung auswirken, werden nicht berücksichtigt.** Die Formel lautet:

$$\text{Der durchschnittliche, an das Vermögen gebundene Netto-Kapitalbestand} = \frac{\text{Netto-Anfangsbestand} + 12 \text{ Netto-Monatsendbestände}}{13}$$

Abgeleitet davon werden die kalkulatorischen Zinsen auf dem Umlaufvermögen wie folgt berechnet:

$$\text{Kalkulatorische Zinsen auf dem operativen Netto-Umlaufvermögen p. a.} = \text{Der durchschnittliche, an das Vermögen gebundene Netto-Kapitalbestand} \times \text{WACC Zinssatz in \%}$$

Die Kalkulationsbasis zur Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen entspricht dem betriebsnotwendigen Anlagenvermögen. Es ist wie folgt zu ermitteln:

Ermittlung des betriebsnotwendigen Anlagevermögens	
▪	Nicht abnutzbares Anlagevermögen wird zu 100% berücksichtigt.
▪	Abnutzbares Anlagevermögen wird zu 50% berücksichtigt (halbe Abschreibungsbasis: halber Anschaffungswert).
-	Betriebsfremdes Anlagevermögen
=	betriebsnotwendiges Anlagevermögen

Die Formel lautet:

$$\text{Der durchschnittliche, an das Vermögen gebundene Anlagebestand (REK 10_015)} = \frac{\text{Abschreibungsbasis (historischer Anschaffungswert / Herstellungswert)}}{2}$$

Abgeleitet davon werden die kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen wie folgt berechnet:

$$\text{Kalkulatorische Zinsen auf dem Anlagevermögen p. a.} = \text{Der durchschnittliche, an das Vermögen gebundene Anlagebestand} \times \text{WACC Zinssatz in \%}$$

Kostenstellenzuordnung der kalkulatorischen Zinsen

Bei der Kostenstellenzuordnung der kalkulatorischen Zinsen auf dem operativen Netto-Umlaufvermögen (KOA 468) ist davon auszugehen, dass kein direkter Bezug zwischen den kalkulatorischen Zinsen und dem Ort der Leistungserbringung besteht. Die gesamten kalkulatorischen Zinsen auf dem operativen Netto-Umlaufvermögen werden daher auf die Muss-Kostenstelle Rechnungswesen zu- geordnet.

Die Zuordnung der kalkulatorischen Zinsen des Anlagevermögens (KOA 448) auf die Kosten-

stellen erfolgt proportional zu den Anlagenutzungskosten (Abschreibungen [KOA 442] sowie übrigen Mietzinsen, inkl. operativem Leasing [KOA 444]), die auf den Kostenstellen zugeordnet sind.

Die kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen werden, wie die kalkulatorischen Abschreibungen, nur solange geltend gemacht wie eine Anlage genutzt wird, im Sinne von betriebsnotwendig (REK 10_015).

Die kalkulatorischen Zinsen auf dem Anlagevermögen werden in der Kostenstellenrechnung mit den kalkulatorischen Abschreibungen und weitere Anlagenutzungskostenarten in spezifischen Kostenblöcken geführt und als Bestandteil einer eigenen Kostenart auf Kostenträgerebene ausgewiesen.

Abweichung zur Praxis der Preisüberwachung

Die Praxis des Preisüberwachers regelt die Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen auf dem Umlaufvermögen wie folgt: Die Höhe des Zinssatzes berechnet sich auf Basis der Durchschnittsrendite von Obligationen der Eidgenossenschaft mit einer Laufzeit von 10 Jahren bei einer Zahlungsfrist von 40 Tagen. Die Kalkulationsbasis entspricht dem anrechenbaren «Betriebsaufwand netto 3» gemäss Schema der Preisüberwachung (Praxis der Preisüberwachung, S. 10):

Berechnung der Standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten (SBKo) für die allgemeine Abteilung eines Spitals			
a	Bettenbelegungsgrad in %, normativer Auslastungsschwellenwert	85.00	Formeln
b	Anzahl Pflgeetage	12'000	
c	Anzahl betriebene Betten	50	
d	Anzahl Austritte	2'000	
e	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	6.00	b/d
f	Durchschnittlicher Bettenbelegungsgrad, %	65.75	b/(c*365)*100
g	Abzugssatz aufgrund Überkapazität, %	18.11	80-(80*f/a)
h	Betriebskosten (netto 1. ohne Leistungen SVK)	15'000'000	
i	Kosten für Lehre und Forschung (25% auf Brutto-Au / 1-5% der Konti 30-39 ohne 38)	60'000	
k	Betriebskosten (netto 2)	14'940'000	h-i
l	Betriebskostenanteile aus Überkapazität	2'706'295	k/100*g
m	Abschlagsatz 0-2% (nach Zusatzversichertenanteil) für Allgemeinabteilung auf netto 2	298'800	k/100*Satz
n	Betriebskosten (netto 3)	11'934'905	k-l-m
o	Plus Zinsen auf Umlaufvermögen (Zins Obligationen der Eidgenossenschaft, Laufzeit 10 Jahre, für 40 Tage) auf netto 3	27'450	
p	Bereinigte Betriebskosten	11'962'355	n+o
q	Berücksichtigte Teuerung in %, normativ (Anteil PersKo * Δ NLI + Anteil Sachko * Δ LIK)	1.05	
r	Standardisierte betriebswirtschaftliche Kosten (SBKo)	12'087'960	p*(1+(q/100))

Werden nun die Zinsen auf dem Umlaufvermögen nach dem Schema der Preisüberwachung hergeleitet, kann es zu Abweichungen der absoluten Zinsen auf dem Umlaufvermögen kommen. Die Praxis der Preisüberwachung verfolgt nicht eine bilanzielle Betrachtungsweise in Bezug auf die Ermittlung der Zinskosten für das Umlaufvermögen (vgl. Praxis der Preisüberwachung, S.10). Es

besteht zwischen VKL und Praxis der Preisüberwachung zumindest eine methodologische Inkongruenz: bei einer Durchschnittsrendite der oben erwähnten Obligationen von 2.5% würde der anwendbare Zinssatz auf dem «Betriebsaufwand netto 3» 0.27% betragen ($[2.5\% \times 40] / 365$).

Übertragen auf unser vorhergehendes Beispiel (mit korrekter Anwendung der WACC-Methode) und damit dennoch kalkulatorische Zinskosten von insgesamt 10 resultieren, müsste demnach die Verzinsung auf dem Anlagevermögen angepasst und folglich auf einen vom WACC-Zinssatz abweichenden Zinssatz zurückgegriffen werden. Diese Vorgehensweise ist jedoch weder praktikabel (Verstoss gegen VKL Forderung), noch entspricht sie der Best Practice (vgl. IFBC-Gutachten, S.19).

Aus diesem Grund folgen die Minimalanforderungen von REKOLE® im Rahmen der Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen auf dem Umlaufvermögen nicht der Praxis der Preisüberwachung. Gemäss REKOLE® und WACC-Methode ist die gesamte regulatory asset base mit dem WACC-Zinssatz zu verzinsen.