DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Stellungnahme zur Systemkritik der Krankenversicherer an REKOLE® und ITAR_K®

- Am Beispiel des TARMED-Verfahrens 2019 des Spitals Musterstadt -

H+ Die Spitäler der Schweiz wurde über ein Verfahren des Spitals Musterstadt betreffend die Festsetzung des TARMED-Taxpunktwerts ab 1. Januar 2019 informiert. In jenem Verfahren beantragen das Spital die Tariffestsetzung gestützt auf einem innerkantonalen Benchmarking basierend auf den kostenbasierten Taxpunktwerten ("TPW") der einzelnen Spitäler. Die Herleitung der spitalindividuellen kostenbasierten TPW basiert dabei bei allen Spitälern auf REKOLE® und ITAR_K®. Alle Spitäler verfügen gemäss Ihren Ausführungen über ein REKOLE®-Zertifikat.

Im Verfahren sieht sich das Spital seitens der Krankenversicherer mit harscher Kritik an der Datenqualität und insbesondere an der Sachgerechtigkeit der Kostenrechnung REKOLE® (und des darauf aufbauenden ITAR_K®) konfrontiert.

Die Kritik der Krankenversicherer betrifft dabei drei Ebenen:

1. Die allgemeinen Vorgaben von REKOLE® und ITAR_K® (Branchenlösung)
2. Die Ebene der individuellen Umsetzung der Vorgaben in den einzelnen Spitälern.
3. Das etablierte anerkannte Zertifizierungsverfahren von REKOLE® (Systemebene) als Gütesiegel der korrekten Umsetzung von REKOLE® im Spital.

Um eine Beurteilung der Kritikpunkte der Versicherer vorzunehmen, wird zunächst die Funktionsweise der Kostenträgerrechnung nach REKOLE® und ITAR_K® dargestellt (Kapitel 1) und dabei die Gelegenheit genutzt, die Zusammenhänge auch mittels konkreter Beispiele des Musterspitals darzustellen. In einem weiteren Kapitel werden die Vorgaben von REKOLE® und ITAR_K® hinsichtlich der Systemkritik der Krankenversicherer bewertet (Kapitel 2). Sodann werden die konkreten Fragestellungen der Krankenversicherer zur Systemebene beantwortet (Kapitel 3) sowie weitere Einzelfragen (soweit H+ diese ohne Kenntnis der konkreten Kostenrechnungen der einzelnen Spitäler beantworten kann) (Kapitel 4).

Geschäftsstelle · Lorrainestrasse 4A · 3013 Bern
T 031 335 11 11 · F 031 335 11 70
geschaeftsstelle@hplus.ch · www.hplus.ch

Inhaltsverzeichnis

1. FUNKTIONSWEISE DER KOSTENRECHNUNG IM AMBULANTEN BEREICH 3

1.1 EINLEITUNG 3
1.2 RECHNUNGSWESEN UND KOSTENRECHNUNG DER SPITÄLER 3
1.3 KOSTENAUSWEIS LEISTUNGSERBRINGENDE KOSTENSTELLE 5
1.4 KOSTENTRÄGERAUSWEIS AMBULANTER ADMINISTRATIVER FALL 10
1.5 ERMITTLUNG DER KOSTEN DES AKTIVITÄTSBEREICHS TARMED 12
1.6 AUSWERTUNGEN VON AMBULANTEN ADMINISTRATIVEN FÄLLEN AUF DER EBENE ITAR_K®. 12
1.7 BEISPIEL FÜR DIE ZUORDNUNG VON KOSTENKOMPONENTEN AUF DEN KOSTENTRÄGER (TARIFWERK/AKTIVITÄTEN) GEM. ITAR_K® 17
1.8 ITAR_K® GESAMTANSICHT 21

2. BEWERTUNG DER SYSTEMGÜTE (REKOLE® UND ITAR_K®) IM AMBULANTEN BEREICH 22

2.1 BETRIEBLICHES PREISFINDUNGSINSTRUMENT HEISST VOLLKOSTENRECHNUNG AUF IST- UND NORMALKOSTENBASIS 22
2.2 TEILGEBIETE DER KOSTENRECHNUNG 23
2.3 DIE LEISTUNGSERFASSUNG, HERZSTÜCK DER KOSTENRECHNUNG 23
2.4 WARUM NICHT IST-ZEITERFASSUNG IN JEDEM FALL? 24
2.5 REKOLE® UND ITAR_K® ERFÜLLEN GEMEINSAM ALLE GESETZLICHEN VORGABEN 27
2.6 DIE «REKOLE® MUSS-EBENE» ALS NATIONALE HARMONISIERUNGSEBENE UND SICHERSTELLUNG EINER EINHEITLICHEN METHODE DER KOSTENRECHNUNG 28
2.6.1 DER KOSTENARTENRAHMEN 28
2.6.2 DER KOSTENSTELLENPLAN 29
2.6.3 DIE VERRECHNUNGSMETHODIK 29
2.6.4 DIE ANLAGENKATEGORIEN 30
2.6.5 EINDEUTIGE DEFINITION VON EINZELKOSTEN 31
2.7 DAS REKOLE® ZERTIFIZIERUNGSVERFAHREN 33
2.7.1 DAS REKOLE® ZERTIFIKAT, ALS BESCHEINIGUNG ZUR KORREKTEN VKL-UMSETZUNG 33
2.7.2 DAS ZERTIFIZIERUNGSVERFAHREN IN 8 SCHRITTE 34
2.7.3 DAS REKOLE® PRÜFPROGRAMM, ALS BESTANDTEIL DER ZERTIFIZIERUNGSRICHTLINIEN 35
2.7.4 STAND DER REKOLE® ZERTIFIZIERUNGEN SCHWEIZWEIT 36

3. BEANTWORTUNG DER KRITIKPUNKTE AN REKOLE® UND ITAR_K® 37

4. WEITERE FRAGESTELLUNGEN DER KRANKENVERSICHERER 41

5. GESAMT FAZIT 46

1. FUNKTIONSWEISE DER KOSTENRECHNUNG IM AMBULANTEN BEREICH

1.1 Einleitung

Im Rahmen von Festsetzungsverfahren für den Taxpunktwert TARMED haben wir festgestellt, dass es für Aussenstehende sehr anspruchsvoll ist, die Herkunft der Daten im ITAR_K® Formular nachzuvollziehen. Medizinische Behandlungen im Spital sind ein stark arbeitsteiliges und komplexes Zusammenspiel von verschiedenen Gesundheitsfachpersonen, organisatorischen Einheiten, Räumen, Geräten und Material. Dabei sind die Behandlungen nicht wie in der Industrie Massenware oder Fliessbandarbeit, sondern werden einzeln und individuell auf die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten abgestimmt und angepasst.

Entsprechend komplex und umfangreich ist das Räderwerk einer Kostenrechnung, welche diese Vorgänge möglichst wirklichkeitsgetreu abbilden muss. Nachstehend erläutern wir deshalb anhand eines konkreten Einzelbeispiels, wie der Zusammenhang zwischen Spital-Kostenrechnung, REKOLE® und ITAR_K® funktioniert.

Die Abbildung der medizinischen Behandlung in der Kosten- und Leistungsrechnung löst eine enorme Datenmenge aus.

Wir verweisen an dieser Stelle ebenfalls ausdrücklich auf die ausführlichen Erklärungen und Mindestvorgaben in der Branchenlösung REKOLE® von H+[1] sowie das nationale Zertifizierungsverfahren von REKOLE®[2], mit dem die Spitäler, psychiatrischen Institutionen und Rehabilitationskliniken seit 2005 resp. 2010 ihre Kostenrechnung auf REKOLE®-konforme Mindestanforderungen angepasst haben resp. daraufhin prüfen lassen können[3]. **An dieser Stelle sei bereits ausdrücklich erwähnt, dass eines der Hauptziele des Zertifizierungsverfahrens REKOLE® darin besteht, nebst der REKOLE® Implementierung in den Spitälern auch die korrekte und vollkommene Umsetzung der VKL in den Betrieben sicherzustellen.** Die VKL-Anforderungen sind integraler Bestandteil der Branchenlösung REKOLE®. Schliesslich setzen wir weiter die Kenntnis und das Verständnis von ITAR_K® voraus und verweisen auf die entsprechenden Erläuterungen auf der Website und in den Dokumenten von H+[4].

1.2 Rechnungswesen und Kostenrechnung der Spitäler

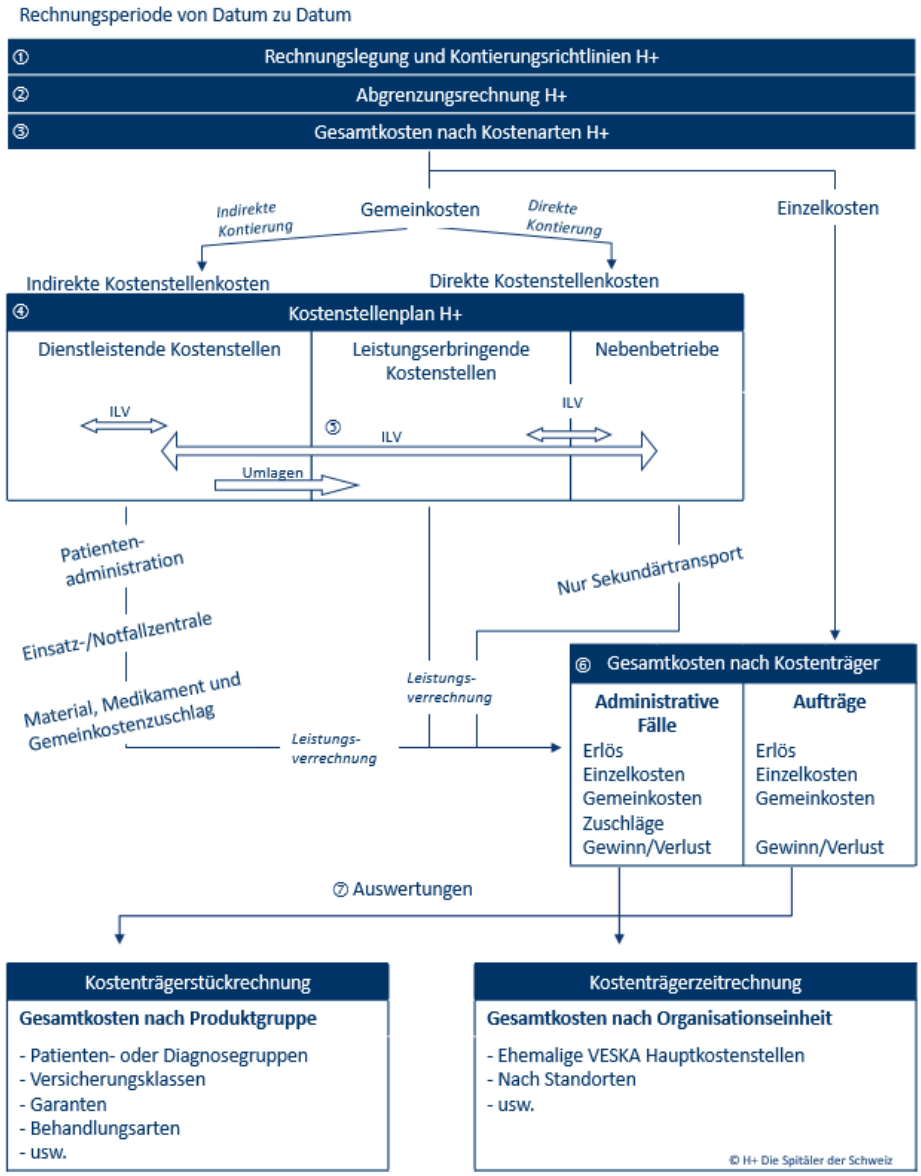
Die schematische Darstellung (Tabelle 1) des Rechnungswesens der Spitäler in der Branchenlösung REKOLE®, Kapitel 3.2, zeigt auf, wie die Daten (Aufwand und Ertrag) der Finanzbuchhaltung ❶ – nachdem die Abgrenzungsrechnung ❷ erfolgte - in der Kostenrechnung ❸ zugeordnet und auf die Kostenträger verrechnet werden. Wichtig für die Fallkostenkalkulation (entspricht der monetären Bewertung der Patientenbehandlung) ist dabei an erster Stelle der Ressourcenverbrauch, welcher wenn immer möglich direkt auf die administrativen Fälle zu buchen ist (sogenannte Einzelkosten). Nur wo dies nicht möglich oder sinnvoll ist[5], werden die Kosten auf den dienstleistenden und leistungserbringenden Kostenstellen kontiert (sogenannte Gemeinkosten) ❹. Diese Gemeinkosten werden mittels Verrechnung an Patienten (= ambulante und stationäre Fälle, sogenannte

[1] Branchenlösung REKOLE® – H+ Die Spitäler der Schweiz (hplus.ch)
[2] https://www.hplus.ch/de/rechnungswesen/zertifizierungsverfahren-rekole
[3] https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Rechnungswesen/Zertifizierungsverfahren_REKOLE_R_/Zertifikatsregister/Zertifikatsregister_REKOLE_d_01.pdf
[4] https://www.hplus.ch/de/rechnungswesen/itar-k
[5] Mögliche Gründe sind: Kosten/Nutzen nicht gegeben und/oder zwecks Unternehmenssteuerung (Verantwortungsrechnung und Budgetprozesse) der «Umweg» über die Kostenstellen als sinnvoller erachtet wird.

administrative Fälle) und Aufträge (= z. B. Auftrag für gemeinwirtschaftliche Leistungen) zugewiesen ❻. Die Verrechnung ❺ basiert auf Kostensätzen und einer patientenbezogenen[6] Leistungserfassung (Bezugsgrösse) und erfolgt so verursachergerecht. Bezugsgrösse (z.B. OPS-Minute) und Kostensatz (CHF/Min.) bilden gemeinsam die Verrechnungs- und Umlageschlüssel.

Für die Berechnung bestimmter Tarife oder Aktivitätsbereiche werden dann Auswertungen ❼ vorgenommen, indem Kostenträger (z.B. alle administrativen Fälle, welche ambulant mittels TARMED abgerechnet werden) nach diesen Tarifen oder Aktivitätsbereichen in der Kostenträgerstückrechnung gruppiert und addiert werden (vgl. REKOLE®, Kapitel 11.6).

Tabelle 1: Schematische Darstellung des Rechnungswesens der Spitäler in der Branchenlösung REKOLE®, Kapitel 3.2



[6] oder auftragsbezogenen

Wir zeigen nachfolgend anhand eines **konkreten ambulanten Beispiels** aus dem Spital Musterstadt, wie die Kosten einer leistungserbringenden Kostenstelle zum Kostenträger (administrativer Fall) fliessen und wie sie im ITAR_K® abgebildet werden.

1.3 Kostenausweis leistungserbringende Kostenstelle

Im vorliegenden **konkreten ambulanten** Beispiel «Abdominalschmerz» der leistungserbringenden Kostenstelle „BD Chirurgie“ ist ersichtlich, wie die unterschiedlichen Kostenarten (Personalkosten, Materialkosten, Kosten aus Umlagen) gesammelt und zusammengezählt werden:

Tabelle 2: Kostenstelle BD Chirurgie

Kostenstellenausweis 1 BD Chirurgie

© H+ Die Spitäler der Schweiz

Kostensatzermittlung	Bezugsgrösse	IST	Budget		Vorjahresrechnung	
		Menge	Menge	%	Menge	%
Produzierte Menge in:	m², % Besoldungen, Kg, Stück, Anschluss (Tel. oder PC), Materialbezug, Chargen, Taxpunkt (TP), Schnitt-/Nahtzeit (SNZ), Minute (Min.), Tage usw.	9'962'724				
Kostensatzberechnung	∑ Kostenstellenkosten/produzierte Menge	1.41				

Erlös (für Kostenstellen, die als Profitcenter geführt werden)			IST	Budget		Vorjahresrechnung	
			CHF	CHF	%	CHF	%
Erlös	60	Erlöse aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen für Patienten					
	61	Ärztliche Einzelleistungen					
	62	Übrige Spitaleinzelleistungen					
	65	Übrige Erlöse aus Leistungen an Patienten					
	66	Finanzerlös					
	67	Bestandesänderungen an unfertigen und fertigen Erzeugnissen sowie an unverrechneten Lieferungen und Leistungen					
	68	Erlöse aus Leistungen an Personal und Dritte					
	Total Erlös						

Primärkosten gemäss Buchungsrichtlinien				IST	Budget		Vorjahresrechnung	
				CHF	CHF	%	CHF	%
Personalkosten	30	Lohnkosten		8'031'554.27				
	37	Sozialversicherungskosten		1'676'220.95				
	39	Übrige Personalkosten		173'204.37				
	Total Personalkosten (exkl. Einzelkosten)			9'880'979.59				
Sachkosten	40	Medizinischer Bedarf		129'338.14				
	41	Lebensmittelkosten						
	42	Haushaltskosten						
	43	Unterhalt und Reparaturen	Anlagenutzungskosten[1]	139'829.55				
	440	Investitionen (< VKL Wert)		279'384.78				
	442	Abschreibungen	270'951.19	---				
	443	Mietzinse (< VKL Wert)		10'598.19				
	444	Übrige Mietzinse (inkl. operatives Leasing)		---				
	448	Kalkulatorische Verzinsung des Anlagevermögens	38'065.28	---				
	45	Kosten für Energie und Wasser						
	460	Kreditzinskosten						
	461	Darlehenszinskosten						
	463	Hypothekarzinskosten						
	466	Zinskosten auf finanziellem Leasing						
	468	Kalkulatorische Verzinsung des Umlaufvermögens[2]		41'417.50				
	469	Übrige Zinskosten						
	47	Verwaltungs- und Informatikkosten		55'416.95				
	48	Übrige patientenbezogene Kosten		87'960.36				
	49	Übrige nicht patientenbezogene Kosten		10'614.63				
	Total Sachkosten			1'063'576.57				
Total Primärkosten				10'944'556.16				

[1] Anlagenutzungskosten des Kostenblocks A'

[2] Diese KOA werden nur auf der Muss-Kostenstelle Rechnungswesen als Primärkosten geführt. Auf den anderen KST entsprechen diese Kostenarten Sekundärkosten.

		Bezugsgrösse (Minimalvariante)	IST	Kostensatz	Menge	Vorjahresrechnung	
			CHF	CHF		CHF	%
Infrastruktur		m^2	643'382.86				
Direktion		% Besoldungen	209'789.60				
Dezentrale Führungs- und Koordinationsbereiche		% Besoldungen	165'579.91				
Wäscherei		Kg oder Stück	731.50				
Reinigung		m^2	56'717.42				
Personalwesen		% Besoldungen	220'596.06				
Personalwesen	Inseratekosten	Fakturabetrag					
Rechnungswesen		% Besoldungen	123'217.68				
Support und Service		Zeit (Stundenrapporte)	132'886.98				
Support und Service,	Auskunft/Telefonzentrale	Telefon	46'050.15				
Support und Service,	EDV/Informatik	PC-Anschluss	840'645.56				
Support und Service,	Bau & Raum	m2	37'455.45				
Support und Service,	Fremdrechnungen[3]	Fakturabetrag					
Gemeinschaftlich genutze Sekretariate		Zeit (Stundenrapporte)					
Einkauf/Zentrallager	Logistik & Spitalapotheke	nach Lager/Bestellung	45'535.20				
Apotheke		Medikamentenbezug + GK-Zuschlag					
Zentralsterilisation		Chargen					
Infektiologie	Personalärztlicher Dienst	nach PE	7'984.78				
Infektiologie	Spitalhygiene/Prävention	nach Pflegetagen	186'130.70				
Nebenbetriebe (Personalvergünstigungen)		% Besoldungen	63'802.38				
Support B & I		PE, Bestellungen,Übernachtung	126'825.36				
Medizinische Departemente		PE, Anzahl Kurse, Minuten	195'552.84				
∑ **Anlagenutzungskosten** des Kostenblocks A' aus ILV und Umlagen			---				
Total Sekundärkosten, exkl. Anlagenutzungskosten des Kostenblocks A'							
Eventuelle Sekundärkostenminderungen							
Total Anlagenutzungskosten des Kostenblocks A'		Parallele Verrechnung	---				
Total Kostenstellenkosten, exkl. Anlagenutzungskosten des Kostenblocks A'							
Total Kostenstellenkosten, inkl. Anlagenutzungskosten des Kostenblocks		14'047'440.59					
Ergebnis mit und ohne Anlagenutzungskosten des Kostenblocks A'							

[3]Fremdrechnungen aus anderen dienstleistenden Kostenstellen (z.B. Reinigung, Wäscherei) werden ähnlich behandelt.
[4]Gemeinkostenzuschlag

Parallel dazu werden in der Leistungsrechnung die ärztlichen Leistungen der Kostenstelle patientenbezogen erfasst und ebenfalls aufaddiert. Damit die aus erbrachten Leistungen entstandenen Kosten anschliessend auf die Kostenträger (administrative Fälle bzw. Patienten) verursachergerecht verrechnet werden können, werden die erbrachten Leistungen der Ärzteschaften mittels Minuten (Ist- und Normal-Minuten) oder Taxpunkte erfasst.

Alle direkt einem einzelnen administrativen Fall zuordenbaren Medikamente, Materialien, Implantate, externe Untersuchungen oder Arzthonorare von Belegärzten gelten als Einzelkosten[7]. Sie werden wie erwähnt direkt auf den administrativen Fall gebucht und fliessen nicht in die Kostensatzbildung der Kostenstelle ein.

Die übrigen Kostenstellenkosten werden aufsummiert und mithilfe des Kostensatzes und der patienten- bzw. kostenträgerbezogenen Leistungserfassung (Bezugsgrösse) als Gemeinkosten auf die Kostenträger verrechnet. Damit die Anlagenutzungskosten ("ANK") am Schluss im Kostenträger separat ausgewiesen werden können, werden sie bereits auf Kostenstellenebene als spezifischer Kostenblock geführt, getrennt von den übrigen Betriebskosten aufsummiert und anhand desselben Verrechnungsverfahrens und Leistungsschlüssels auf die Kostenträger verrechnet.

[7] Im vorstehend dargelegten Beispiel wurden die Leistungen mittels, TARMED-Taxpunkte (Ärzte) , IST-Minuten (Pflege) und administrative Fälle gewichtet mit Anzahl Rechnungen) (Patientenadministration) erfassten.

Tabelle 3: Kostenstelle Pflege

Kostenstellenausweis **Chirurgie übrige Pflege**

© H+ Die Spitäler der Schweiz

Kostensatzermittlung	Bezugsgrösse	IST	Budget		Vorjahresrechnung	
		Menge	Menge	%	Menge	%
Produzierte Menge in:	m², % Besoldungen, Kg, Stück, Anschluss (Tel. oder PC), Materialbezug, Chargen, Taxpunkt (TP), Schnitt-/Nahtzeit (SNZ), Minute (Min.), Tage usw.	232'817.00				
Kostensatzberechnung	∑ Kostenstellenkosten/produzierte Menge	1.79				

Erlös (für Kostenstellen, die als Profitcenter geführt werden)			IST	Budget		Vorjahresrechnung	
			CHF	CHF	%	CHF	%
Erlös	60	Erlöse aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen für Patienten					
	61	Ärztliche Einzelleistungen					
	62	Übrige Spitaleinzelleistungen					
	65	Übrige Erlöse aus Leistungen an Patienten					
	66	Finanzerlös					
	67	Bestandesänderungen an unfertigen und fertigen Erzeugnissen sowie an unverrechneten Lieferungen und Leistungen					
	68	Erlöse aus Leistungen an Personal und Dritte					
	Total Erlös						

Primärkosten gemäss Buchungsrichtlinien				IST	Budget		Vorjahresrechnung	
				CHF	CHF	%	CHF	%
Personalkosten	30	Lohnkosten		255'627.96				
	37	Sozialversicherungskosten		37'867.83				
	39	Übrige Personalkosten		-				
	Total Personalkosten (exkl. Einzelkosten)			293'495.78				
Sachkosten	40	Medizinischer Bedarf		0.00				
	41	Lebensmittelkosten		0.00				
	42	Haushaltskosten		0.00				
	43	Unterhalt und Reparaturen		0.00				
	440	Investitionen (< VKL Wert)						
	442	Abschreibungen	13'772.57	---				
	443	Mietzinse (< VKL Wert)						
	444	Übrige Mietzinse (inkl. operatives Leasing)		---				
	448	Kalkulatorische Verzinsung des Anlagevermögens	-	---				
	45	Kosten für Energie und Wasser						
	460	Kreditzinskosten						
	461	Darlehenszinskosten						
	463	Hypothekarzinskosten						
	466	Zinskosten auf finanziellem Leasing						
	468	Kalkulatorische Verzinsung des Umlaufvermögens[2]						
	469	Übrige Zinskosten						
	47	Verwaltungs- und Informatikkosten		119.44				
	48	Übrige patientenbezogene Kosten						
	49	Übrige nicht patientenbezogene Kosten						
	Total Sachkosten			119.44				
Total Primärkosten				293'615.23				

Anlagenutzungskosten[1]

[1] Anlagenutzungskosten des Kostenblocks A'

[2] Diese KOA werden nur auf der Muss-Kostenstelle Rechnungswesen als Primärkosten geführt. Auf den anderen KST entsprechen diese Kostenarten Sekundärkosten.

		Bezugsgrösse (Minimalvariante)	IST	Kostensatz	Menge	Vorjahresrechnung	
			CHF	CHF		CHF	%
Infrastruktur		m^2	-				
Direktion		% Besoldungen	10'479.49				
Dezentrale Führungs- und Koordinationsbereiche		% Besoldungen	4'508.21				
Wäscherei		Kg oder Stück	-				
Reinigung		m^2	-				
Personalwesen		% Besoldungen	11'141.40				
Personalwesen	Inseratekosten	Fakturabetrag					
Rechnungswesen		% Besoldungen	8'036.12				
Support und Service		Zeit (Stundenrapporte)	-				
Support und Service,	Auskunft/Telefonzentrale	Telefon	-				
Support und Service,	EDV/Informatik	PC-Anschluss	9'212.03				
Support und Service,	Bau & Raum	m2	-				
Support und Service,	Fremdrechnungen[3]	Fakturabetrag					
Gemeinschaftlich genutze Sekretariate		Zeit (Stundenrapporte)					
Einkauf/Zentrallager	Logistik & Spitalapotheke	nach Lager/Bestellung	-				
Apotheke		Medikamentenbezug + GK-Zuschlag					
Zentralsterilisation		Chargen	126.03				
Infektiologie	Personalärztlicher Dienst	nach PE	368.22				
Pflegeleitung	Leitungen, Pflegeinformatik, Weiterbildung Pflege etc	nach PE Pflege	64'400.07				
Pflege	ZTP-Transporte	nach Anzahl Transporte	-				
Pflegepools	Langzeitaushilfen werden schon primär im HR korrekt zugeteilt	Anzahl benötigter Stellen					
Pflegepools	stundenweise Springer	PE	8'161.06				
Nebenbetriebe (Personalvergünstigungen)		% Besoldungen	2'208.29				
Support B & I		PE, Bestellung	5'094.34				
∑ **Anlagenutzungskosten** des Kostenblocks A' aus ILV und Umlagen			---				
Total Sekundärkosten, exkl. Anlagenutzungskosten des Kostenblocks A'							
Eventuelle Sekundärkostenminderungen							
Total Anlagenutzungskosten des Kostenblocks A'		Parallele Verrechnung	---				
Total Kostenstellenkosten, exkl. Anlagenutzungskosten des Kostenblocks A'							
Total Kostenstellenkosten, inkl. Anlagenutzungskosten des Kostenblocks		417'350.47					
Ergebnis mit und ohne Anlagenutzungskosten des Kostenblocks A'							

[3]Fremdrechnungen aus anderen dienstleistenden Kostenstellen (z.B. Reinigung, Wäscherei) werden ähnlich behandelt.

[4]Gemeinkostenzuschlag

Im vorliegenden **konkreten ambulanten** Beispiel «Abdominalschmerz» und mittels der soeben dargestellten leistungserbringenden Kostenstellen BD Chirurgie und Pflege wird nun erläutert wie die Kostensatzbildungen dieser Kostenstellen erfolgen. Die leistungserbringende Kostenstelle Pflege hat insgesamt im Jahr 2017 232’817 Minuten an erbrachten Leistungen erfasst. Es gilt der Grundsatz: Die Kosten folgen den Leistungen! D.h. die Kosten werden derjenigen Patientin oder demjenigen Patienten (Kostenträger) verrechnet, die oder der sie effektiv bezogen hat.

Dafür werden Kostensätze gebildet, welche mit den erbrachten Leistungen (der Bezugsgrösse) multipliziert werden können und gemeinsam den Umlageschlüssel bilden. Der Kostensatz für die Leistungen der Pflege ergibt sich aus der Division der entsprechenden Kostenstellenkosten mit den erbrachten Leistungen. Analog erfolgt die Kostensatzbildung der Kostenstellen Ärzteschaft BD Chirurgie. Betrachtet man das Total der Kosten (exkl. ANK nach VKL), so ergeben sich folgende Kostensätze pro Kostenstellen:

Tabelle 3: Kostensatzbildung

Kostensatz - Pflege: Kostensatz 1	Kostenstellenkosten von CHF 403'557.90 / 232’817 Minuten = CHF 1.73 pro Minute
Kostensatz - Pflege: Kostensatz 2	Kostenstellenkosten (ANK nach VKL) von CHF 13'772.57 / 232’817 Minuten = CHF 0.06 pro Minute
Kostensatz - Ärzteschaften: Kostensatz 1	Kostenstellenkosten von CHF 13’776'489.40 / 9'962'724 Taxpunkte = CHF 1.38 pro Taxpunkt
Kostensatz – Ärzteschaften: :Kostensatz 2	Kostenstellenkosten (ANK nach VKL) von CHF 270'951.19 / 9'962'724 Taxpunkte = CHF 0.03 pro Taxpunkt

Für die effektive Verrechnung auf die einzelnen Kostenträger werden jedoch die Gesamtkosten zuerst noch feiner unterteilt. Es gibt Kostenblöcke z.B. für Arztkosten, für Pflegepersonalkosten, für übrige Personalkosten oder für Sachkosten. Dann werden für die Aufträge (wie Lehre & Forschung, gemeinwirtschaftliche Leistungen) die Kosten ermittelt und abgezogen. Aus den übrigen Kosten werden pro leistungserbringender Kostenstelle die kostenblockbezogenen Kostensätze gebildet. Beispielsweise werden die Arztkosten der Aktivitäten 1-5 in einem Block (sogenannte Kostenkomponente) zusammengefasst und durch die erbrachte Anzahl Taxpunkte geteilt.

Für die Zuordnung der Kosten zum ambulanten oder stationären Bereich müssen sodann die gewünschten Auswertungs- oder Verdichtungskriterien fallbezogen erfasst werden (also zum Beispiel ob eine Patientin / ein Patient ambulant oder stationär behandelt wurde, zu den Referenzdaten vgl. REKOLE®, Kapitel 9.8). Alle administrativen Fälle der beiden Aufenthaltsarten können dann getrennt gruppiert und ausgewertet werden. So kann in unserem Beispiel die ambulante und stationäre Tätigkeit einer leistungserbringenden Kostenstelle BD Chirurgie ausgewertet werden, ausgehend von der Anzahl erfasster Taxpunkte für einen administrativen Fall. So gingen 86 % der Leistungen zu Gunsten von stationären Patientinnen und Patienten und 14 % für ambulante Behandlungen gemäss TARMED. Dabei sei bereits an dieser Stelle ausdrücklich klargestellt, dass die Bildung der im ITAR_K® abgebildeten Kostenträger im stationären und im ambulanten Bereich genau denselben Regeln folgt.

Damit ermöglicht die Kostenträgerrechnung schliesslich auf einfache Art, die im ambulanten oder stationären Bereich verursachten Kosten sowie eingesetzten Ressourcen darzustellen.

1.4 Kostenträgerausweis ambulanter administrativer Fall

Die vom ambulanten Fall «Abdominalschmerz» verursachten Kosten auf der leistungserbringenden Kostenstelle BD Chirurgie werden diesem spezifischen administrativen Fall mittels der erfassten Leistung zugewiesen. Konkret bedeutet dies: wenn für den ambulanten Fall 316 Taxpunkte ärztliche Leistungen erfasst wurden, werden diese mit den für die entsprechende Kostenkomponente ermittelten Kostensätzen multipliziert und ergeben sodann den Frankenwert von CHF 434.78. Diese so berechneten Gemeinkosten entsprechen der ärztlichen Leistung für diesen spezifischen Fall. Dasselbe wird mit den entsprechenden ANK wiederholt. Weitere Angaben zur Definition der massgebenden Zeitspanne können der Branchenlösung REKOLE® Kapitel 10.4 entnommen werden.

Im untenstehenden Kostenträgerausweis des Falls «Abdominalschmerz» ist dieses Ergebnis (ärztliche Leistung) unter Gemeinkosten Kostenstelle 31 Ärzteschaften-Aktivitäten 1 bis 5 mit letztlich CHF 434.78 (+ CHF 8.56 ANK) Franken ersichtlich:

Tabelle 4: Kostenträgerausweis des administrativen Falls Abdominalschmerz

Kostenträger: administrativer Fall "Abdominalschmerz" © H+ Die Spitäler der Schweiz

Generelle Referenzdaten (nicht abschliessend)	
Administrative Fallnummer/ Auftragsnummer	Haupt- und Nebendiagnosen
Behandlungsbeginn/ -ende (bzw. Ein-/ Austritt)/ Auftragsbeginn/ -ende	DRG-Nummer
Verantwortliche Organisationseinheit (Abteilung)	Übrige Klassifikationskriterien
Versicherungsklasse (Grund-/Zusatzversicherung)	Hauptbehandlung
Garant (UV, IV, MV, KV, Selbstzahler)	Geburtsdatum
Behandlungsart (stationär, ambulant)	Geschlecht, Alter, Wohnort

Erlös Nr.	Bezeichnung	CHF
60	Erlöse aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen für Patienten	
61	Ärztliche Einzelleistungen	-262.33
62	Übrige Spitaleinzelleistungen	-200.18
65	Übrige Erlöse aus Leistungen an Patienten	
66	Finanzererlös	
67	Bestandesänderungen an unfertigen und fertigen Erzeugnissen sowie an unverrechneten Lieferungen und Leistungen	
68	Erlös aus Leistungen an Personal und Dritte	
Total Erlös		-462.51

Kann-Charakter

Einzelkosten, gemäss Buchungsrichtlinien	Bezugsgrösse	CHF			Gemeinkostenzuschlag-Satz		Menge
		Kalk. Einstands-preis	GK-Zuschlag, exkl. ANK	ANK-Zuschlag	exkl ANK	ANK	
Medizinischer Bedarf							
400 Arzneimittel (exkl. Blut und Blutprodukte)	Kalk. Einstandspreis (A- und B-Kategorie[1])						
Blut und Blutprodukte							
401 Material (exkl. Implantate), Instrumente, Utensilien, Textilien							
Implantate							
405 Medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen (exkl. Arzthonorare)	Faktura		---	---			
Arzthonorare (nicht sozialversicherungspflichtig)			---	---			
Arzthonorarkosten (sozialversicherungspflichtig)							
380 Arzthonorar, Spitalärzte	CHF gemäss Vertrag		---	---			
381 Arzthonorar, Belegärzte			---	---			
Übrige Einzelkosten							
480 Patiententransporte durch Dritte	Faktura		---	---			
485 Übrige patientenbezogene Fremdleistungen	Faktura		---	---			
486 Übrige Auslagen für Patienten	Faktura		---	---			
Einzelkosten, GK-Zuschläge, ANK							
		⇩	⇩	⇩			
		Übertrag in Total Kostenträger-Kosten					

[1] A- und B-Kategorien beziehen sich auf die ABC-Methode der Einsatzgüterklassifikation der Kostenarten 400 und 401.

Gemeinkosten (GK), gemäss Verrechnungsmethodik		Bezugsgrösse	CHF		Kostensatz		Menge
			GK, exkl ANK	ANK	GK, exkl ANK	ANK	
Kostenstellen							
10	Patientenadministration	administrativer Fall, gewichtet	6.61	0.38	6.61	0.38	1
20	OP-Saal	Ist-Min.					
21	Herzkatheter-Labor	Ist-Min.					
23	Anästhesie	Ist-Min., TP und Min.[2]					
24	Intensivpflege (IPS)	NEMS-Punkte oder Min.[3]					
25	Notfall	TP und Min.[4]					
26	Bildgebende Verfahren	TP und Min.[4]					
27	Gebärsaal	TP und Min.[4]					
28	Nuklearmedizin und Radioonkologie	TP und Min.[4]					
29	Labor	TP und Min.[4]					
30	Dialyse	Anzahl Dialysen					
31	Ärzteschaften-Aktivitäten 1 bis 5	TP und Min.[4]	434.78	8.56	1.38	0.03	316.00
	Ärzteschaften des OP-Saals - Aktivitäten $6a_1$	Ist-Min.[5], gewichtet					
	Ärzteschaften des Herzkatheter-Labor - Aktivitäten $6a_2$	Ist-Min.[5], gewichtet					
	Ärzteschaften der IPS - Aktivitäten $6b_1$	TP und Min.[4]					
	Ärzteschaften der IMCU - Aktivitäten $6b_2$	TP und Min.[4]					
	Ärzteschaften des Notfalls - Aktivitäten $6b_3$	TP und Min.[4]					
	Ärzteschaften des Gebärsaals - Aktivitäten $6b_4$	TP und Min.[4]					
	Ärzteschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten $6b_5$	TP und Min.[4]					
32	Physiotherapie	TP					
33	Ergotherapie	TP					
34	Logopädie	TP					
35	Nichtärztliche Therapien und Beratungen	TP					
36	Medizinische und therapeutische Diagnostik	TP und Min.[4]					
38	Intermediate-Care (IMCU)	TP und Min.[4]					
39	Pflege	Min.	39.87	1.36	1.73	0.06	23.00
40	Psychologie	TP					
41	Hotellerie-Zimmer	Pflegetag (PT), gewichtet					
42	Hotellerie-Küche	PT und Mahlzeit					
43	Hotellerie-Service	PT					
44	Übrige Leistungserbringer	PT					
45	Pathologie	TP und Min.[4]					
47	Forschung und universitäre Lehre (nur bezogen auf Aufträge der F. und u.L.)	% der Besoldungen					
77	Rettungs- bzw Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte)	CHF Betrag					
Total Gemeinkosten, ANK der GK			481.26	10.30			
Total Kostenträger-Kosten (Einzel- und Gemeinkosten, inkl. GK-Zuschlag auf EK), Total ANK (EK- + GK-Anteil)			481.26	10.30			
Total Kostenträger-Kosten			491.56				
Ergebnis (Gewinn/ Verlust)			29.05				

[2] Die OP-Saal bezogenen Anästhesiekosten werden nur mittels Ist-Minuten verrechnet werden. Die nicht OP-Saal bezogene Anästhesiekosten können mittels Taxpunkte (TP) und/oder Minuten verrechnet werden, folgend Fussnote 4.

[3] Die Abkürzung "Min." steht hier für Personaleinsatz-Minuten. Aufenthaltsminuten des Patienten auf der IPS wiederspiegeln nicht den Ressourceneinsatz und sind daher als Bezugsgrösse nicht erlaubt.

[4] TP = Taxpunkt. Die Abkürzung "Min." steht für Ist- und Norm-Minuten. TARMED ist ein Normzeitarif. Die Nutzung der TARMED-Taxpunkte als Bezugsgrösse ist zulässig. Wird für gewisse Gemeinkosten-komponenten die Bezugsgrösse TARMED-Taxpunkt gewählt, so werden entweder nur die TL-Punkte (technische Leistungspunkte) oder die AL- und TL-Punkte (ärztliche und technische Leistungspunkte) berücksichtigt.

[5] Die Aktivitätengruppe 6a wird nur mit gewichteten Ist-Minuten (mittels GZF) erfasst und verrechnet.

Dasselbe kann mit den anderen Gemeinkosten nachvollzogen werden:

- Gemeinkosten 10 – Patientenadministration

Diese Kosten entsprechen – in Franken ausgedrückt - der Leistung der Patientenadministration. Darunter sind insbesondere folgende Aktivitäten zu verstehen: Empfang, Fakturierung, Debitorenbuchhaltung, Telefonzentrale, OPS-Disposition, Betten-Disposition, Therapieeinteilungsteam, Codierung. Im vorliegenden Beispiel belaufen sich diese Kosten auf CHF 6.61 (+ CHF 0.38 ANK). Im Spital Musterstadt wird die Patientenadministration mittels der Bezugsgrösse «gewichtete Anzahl Fakturen» bewertet (Summe Kosten Patientenadministration / Summe Faktura =CHF 6.99 (inkl. ANK)). Die Menge entspricht hier sodann «1».

- Gemeinkosten 39 – Pflege

Diese Kosten entsprechen – in Franken ausgedrückt - der Leistung der Pflege. Im vorliegenden Beispiel belaufen sich diese Kosten auf CHF 39.87 (+ CHF 1.36 ANK). Die Pflegezeit wird in Minuten ausgedrückt. Im Spital Musterstadt wird die Pflegeleistung mit IST- und Normzeiten bewertet (je nach Pflegestation). Im vorliegenden Fallbeispiel werden die Pflegeleistungen mittels IST-Minuten bewertet. Die fallbezogenen Minuten können der Kolonne «Menge» entnommen werden und entsprechen 23 Minuten. Multipliziert man diese Minuten mit dem Kostensatz der Kostenstelle Pflege, ergibt dies die CHF 39.87. Dasselbe wird mit den entsprechenden ANK wiederholt. Weitere Angaben zur Definition der Leistungserfassung in der Pflege können der Branchenlösung RE-KOLE® Kapitel 10.5, ab Seite 15 entnommen werden.

Allfällige weitere ärztliche Leistungen von anderen Kostenstellen (die im obigen Fallbeispiel nicht vorgekommen sind) wie Laborleistungen, Radiologie-Untersuchungen usw. werden mit der gleichen Methodik – allerdings mit spezifischen Bezugsgrössen (vgl. dazu die Zusammenfassung der Verrechnungsmethodik) - ebenfalls dem administrativen Fall verrechnet. Zusammen bilden Einzelkosten, Gemeinkosten und Anlagenutzungskosten die Gesamtkosten (inkl. ANK) des Falls von CHF 491.56.

1.5 Ermittlung der Kosten des Aktivitätsbereichs TARMED

Um die Kosten pro Taxpunkt TARMED eines bestimmten Spitals bestimmen zu können ("kostenbasierter Taxpunktwert"), müssen einerseits sämtliche Kosten (in CHF) und andererseits sämtliche Leistungen[8] dieses Spitals in den betroffenen Aktivitätsbereichen erfasst und ausgewertet werden. Dies gilt nicht nur für TARMED, sondern analog für alle Tarifwerke und insbesondere auch für die Bildung der verschiedenen Tarifwerk-Kostenträger im stationären Bereich (z.B. Abgrenzung Akutmedizin (SwissDRG) zu stationärer Psychiatrie (TARPSY)). Dafür werden pro Tarif die entsprechenden Kosten und Leistungen bestimmt und für die ambulanten Kostenträger aufsummiert. Die Selektion und Aufsummierung der zugehörigen administrativen Fälle erfolgt auf der Grundlage der dem jeweiligen Fall hinterlegten Referenzdaten (vgl. REKOLE®, Kapitel 9.8).

Die Kosten für die TARMED-Leistungen ergeben sich beispielsweise als Summe aus:

- den Arzthonoraren, welche als Einzelkosten (Faktura-Wert) auf die dem Tarifwerk TARMED zugeordneten administrativen Fälle gebucht worden sind. Die Arzthonorare können aber auch aus Gemeinkosten der Kostenstelle Ärzteschaft stammen, die auf den Fall mittels patientenbezogener Leistungserfassung verursachergerecht verrechnet werden.
- Als Gemeinkosten gelten auch jene Kosten stammend aus Kostenstellen wie OP-Saal und Gebärsaal.
- den anteiligen Gemeinkosten Patientenadministration.
- den Gemeinkosten Anästhesie, inkl. Ärzteschaft
- den Gemeinkosten Intermediate-Care und Intensivpflege, exkl. Ärzteschaft
- den Gemeinkosten Notfall, exkl. Ärzteschaft
- den Gemeinkosten für bildgebende Verfahren, inkl. Ärzteschaft
- den Gemeinkosten für Nuklearmedizin und Radioonkologie, inkl. Ärzteschaft
- den Gemeinkosten für Pathologie, inkl. Ärzteschaft
- den Gemeinkosten für nichtärztliche Therapien, Beratungen und Pflege (sofern im TARMED tarifiert)

1.6 Auswertungen von ambulanten administrativen Fällen auf der Ebene ITAR_K®

Der Kosten- und Erlösträger gemäss REKOLE® ist sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich stets der "administrative Fall". Er bildet die sog. kleinste bebuchbare Einheit der Kostenrechnung. Das Regelwerk des administrativen Falls ist abschliessend geregelt und gilt grundsätzlich für alle behandelten Patientinnen und Patienten eines Spitals unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär behandelt wurden. Der Umgang mit sog. "ambulanten Dauerfällen" erfordert eine Ausnahmeregelung, welche sich aber über die Jahre bewährt hat. Die Kostenrechnung

REKOLE® trifft damit hinsichtlich der Ausgestaltung der Kostenträgerrechnung **keinerlei unterschiedliche Vorgaben für ambulante und stationäre Leistungen**. Die Bildung von aussagekräftigen Kosten- und Erlösinformationen erfolgt in beiden Behandlungs- bzw. Aufenthaltsarten in Form von Auswertungen, für welche die Kosten der einzelnen administrativen Fälle bzw. in Ausnahmefällen die Kosten ihrer Einzelleistungen[9] geeignet verdichtet werden (z.B. zur Bildung von Tarifwerk-Kostenträgern im ITAR_K®).

Die Kostenträgerrechnung erlaubt dabei zwei grundsätzlich verschiedene Auswertungen: Die Kostenträgerstückrechnung und die Kostenträgerzeitrechnung. In der Kostenträgerstückrechnung werden die Kosten pro Fall oder pro Auftrag bestimmt. In der Kostenträgerzeitrechnung werden die Kosten der Leistungserstellung während einer bestimmten Periode (z. B. monatlich, quartalsweise oder jährlich) berechnet.

Der administrative Fall, der als Sammelstelle aller Spitalleistungen einer Patientin oder eines Patienten dient, bildet die verschiedenen Einzelleistungen – wie oben dargestellt - in einem Kostenträgerausweis ab (REKOLE®, Kapitel 9.8). Auswertungen auf der Ebene der Kostenträgerausweise werden erst aussagekräftig, wenn die administrativen Fälle nach bestimmten Verdichtungskriterien (z.B. Tarifwerk oder Garant) zusammengezogen werden.

Mit der Entwicklung von ITAR_K®[10] haben die Spitäler ein effizientes Instrument geschaffen, das auf REKOLE® aufbaut und sämtliche Kostenträgerinformationen in bestimmten Gruppen verdichtet. Diese Verdichtungsgruppen entsprechen bestimmten Tarifwerken und Aktivitäten, die unterschiedlichen Finanzierungsregeln unterstehen. Somit weiss jedes Spital, welche Betriebskosten von welchem Tarif bzw. von welcher Finanzierungsquelle zu tragen sind (ab Version 10.0, inkl. Unterscheidung der diversen Arten ambulanter Fälle zu den einzelnen Garanten UVG/KVG usw.).

ITAR_K® bildet das ganze Leistungsspektrum einer Institution ab. Die tarifliche Betrachtung steht beim ITAR_K® Modell klar im Vordergrund und liefert u.a. die Grundlagen für Betriebsvergleiche nach KVG Art. 49 Abs. 1 KVG und Tarifverhandlungen. Die Summe der Kosten pro Tarif ist im ITAR_K® (Excelblatt Kostenträgerausweis) detailliert ausgewiesen.

ITAR_K® wird laufend weiterentwickelt und insbesondere den neuen BVGer Urteile angepasst. Um die Spitalbetriebskosten des Jahres 2017 mit ITAR_K® abzubilden war die Version 8.0 von ITAR_K® massgebend[11]. Entsprechend referenzieren sich die im vorliegenden Brief vorkommenden spezifischen Excel-Zeilen/-Spalten sowie ihre Bezeichnungen auf diese Version 8.0 und nicht die aktuell Gültige Version (V13.0).

Grundsätzlich werden auch im ambulanten Bereich die ambulanten administrativen Fälle auf bestimmte Tarifwerke verdichtet/gruppiert. Kommt es vor, dass eine Patientin oder ein Patient ambulante Leistungen aus unterschiedlichen Leistungsbereichen erhält, die mit einem unterschiedlichen Tarif finanziert werden (z.B. TARMED und Physiotherapie), dann müssen die spezifischen medizinischen und physiotherapeutischen Leistungen dieses administrativen Falls für den Zweck der Bildung korrekter Tarifwerkkostenträger im ITAR_K® auf die spezifischen Tarifwerke zugeordnet werden (vgl. Ziff. 1.7 ab Seite 18). Die verbleibenden Kostenpositionen des administrativen

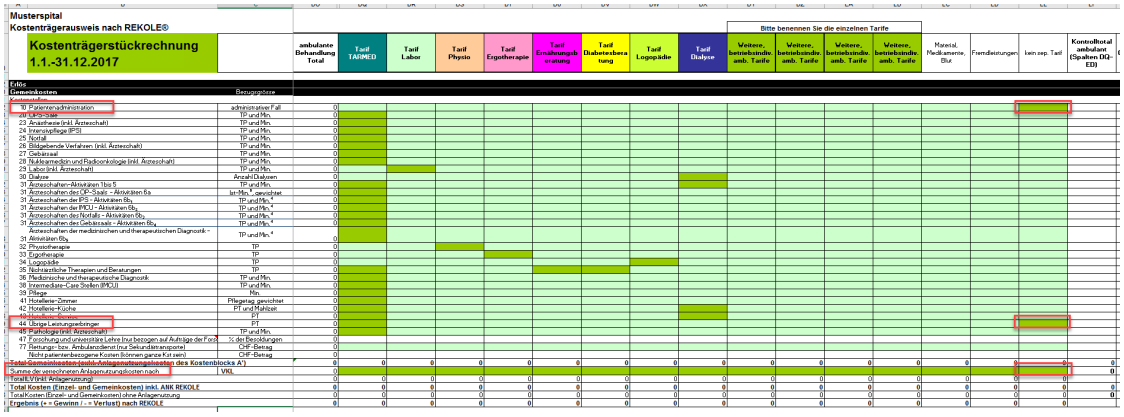
[9] Zum Beispiel, wenn ein ambulanter Fall gleichzeitig medizinische und therapeutische Leistungen enthält.
[10] ITAR_K® – integriertes Tarifmodell basierend auf Kostenträgerrechnungsbasis.
[11] H+: Erläuterungen zur Gesamtübersicht der Kosten und Leistungsdaten für ITAR_K®, Version 8.0, Okt. 2017, Bern, Kap. 1.1, S. 4.

Falls, wie Material > CHF 3, Medikamente, Blut, Dialysen, Labor und weitere ambulante Aktivitätsbereiche bzw. Tarifwerke sind ebenfalls spezifisch in einer geeigneten Spalte auszuweisen und nicht als «TARMED-Kosten» zu führen.

Ebenso werden Kosten und Leistungen für Selbstzahler, Nicht-OKP Pflichtleistungen oder Leistungen mit einer Pauschalabrechnung nicht unter dem Sammel-Kostenträger TARMED erfasst, sondern unter «übriger ambulanter Tarif» ausgewiesen.

Kosten, welche in der Spalte EE «kein separater Tarif» der Excel Lasche «KTR Ausweis Gesamtsicht» erscheinen[12], sind hauptsächlich die Gemeinkostenarten wie Patientenadministration und die ANK der ambulanten Aktivitäten. Weiter ist vorgesehen die Gemeinkostenart «Übrige Leistungserbringer», welche während ambulanten Behandlungen vorkommen könnten (wenn, dann Kosten im Zusammenhang mit Seelsorge) in dieser Spalte abzubilden, wobei hier festgehalten werden muss, dass die Seelsorge primär die stationäre Aktivität betrifft. Damit die Spitäler dennoch ihre Kosten abbilden können, wo sie tatsächlich anfallen, wurde im ITAR_K® vorgesehen Seelsorge-Kosten auch in den ambulanten Aktivitäten abbilden zu können:

Abbildung 1: Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht»), Inhalt Spalte EE «kein separater Tarif»



Diese 3 Gemeinkostenarten können bei der Verdichtung von ambulanten administrativen Fällen u. U. nicht direkt auf die im ITAR_K® vorgesehenen und beanspruchte Tarif-/Aktivitätsspalten zugeordnet werden. Ihre direkte Zuordnung ist insbesondere dann schwierig, wenn ein ambulanter Fall Leistungen aus verschiedenen Tarifwerken erhält (z. B. TARMED-Leistung und Physiotherapie-Leistung). Der Grund liegt in der Tatsache, dass diese Leistung einen eindeutigen Fallbezug haben nicht aber einen eindeutigen Tarifbezug. Dennoch ist sicherzustellen, dass auch bei Patientenbehandlungen, bei denen zwei (oder mehr) Tarifwerke betroffen sind (z.B. TARMED und Physiotherapie), auf beide entsprechende ambulante Tarife der korrekte Anteil an Kosten aus Patientenadministration und ANK verbucht werden (Gemeinkostensplitt)[13].

Damit dieser Gemeinkostensplitt sichergestellt werden kann, sieht ITAR_K® die Spalte EE «kein separater Tarif» in der Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht» vor, dank welcher eine automatische und proportionale Zuordnung dieser Gemeinkostenarten auf alle von den ambulanten

[12] H+: Erläuterungen zur Gesamtübersicht der Kosten und Leistungsdaten für ITAR_K®, Version 8.0, Okt. 2017, Bern, S.17, Kap. 9
[13] H+: Erläuterungen zur Gesamtübersicht der Kosten und Leistungsdaten für ITAR_K®, Version 8.0, Okt. 2017, Bern, S. 13, Kap. 7.8 & Fussnote 4.

Patientinnen und Patienten beanspruchten Tarifwerke/Aktivitäten sicherstellt ist (indirektes Zuordnungsverfahren). Die proportionale Zuordnung erfolgt in der Excel-Lasche «Gesamtansicht». Die folgende Abbildung stellt den Gemeinkostensplitt in 2 Schritten dar:

- Schritt 1: Erfassung der Gemeinkostenkomponenten Patientenadministration und ANK (sowie ev. von übrigen Leistungserbringern) der ambulanten Aktivitäten in den dafür vorgesehenen Zellen in der Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht» (Vgl. Abbildung 1).
- Schritt 2: die Totalkosten der Spalte EE «kein separater Tarif» (= Zelle EE77 Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht») werden automatisch in der Excel-Lasche «Gesamtansicht» (Zeile 31, Spalte DR bis EE) proportional zu den Totalkosten (NBK II, Zeile 27, Excel-Lasche «Gesamtansicht») der beanspruchten ambulanten Tarifwerke/Aktivitäten zugeordnet:

Abbildung 2: Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht», Totalkosten der Spalte EE «kein separater Tarif»

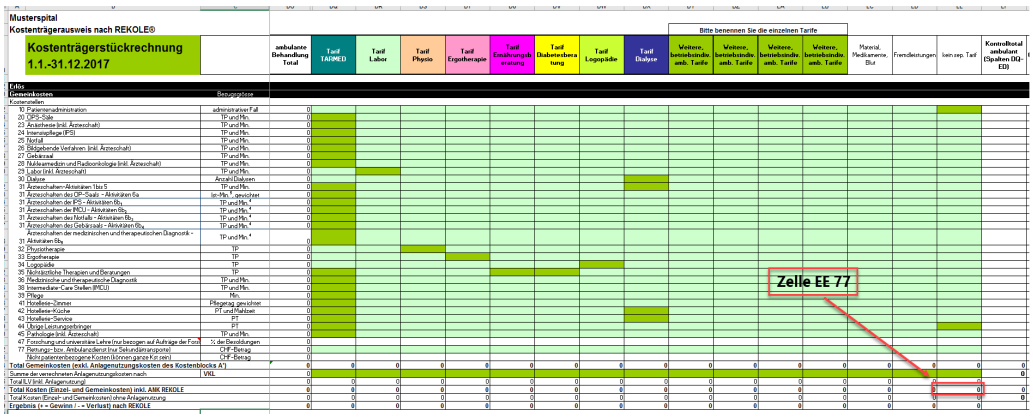
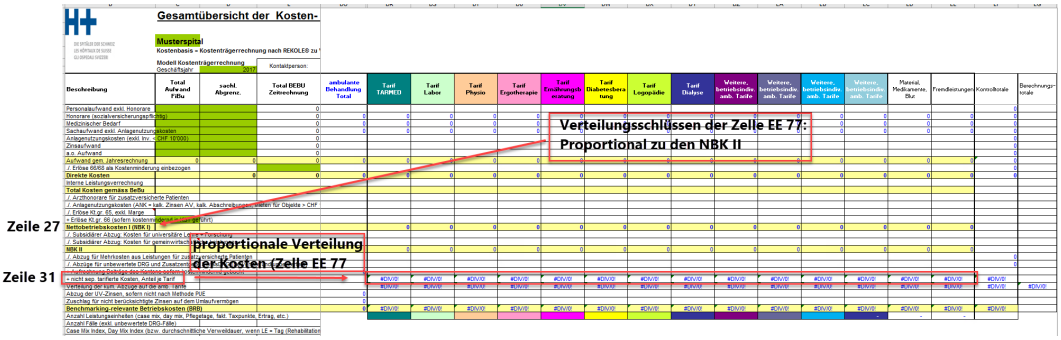
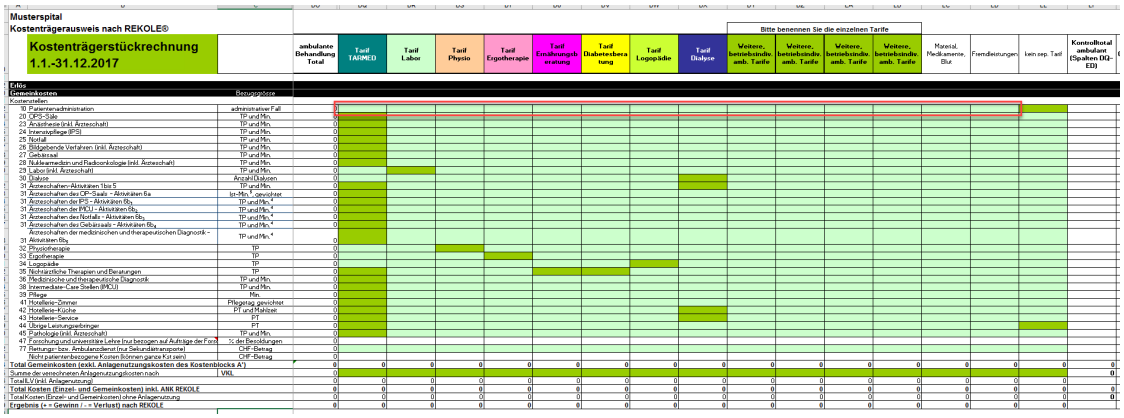


Abbildung 3: Excel-Lasche «Gesamtansicht», proportionale Zuordnung der Totalkosten «kein separater Tarif»



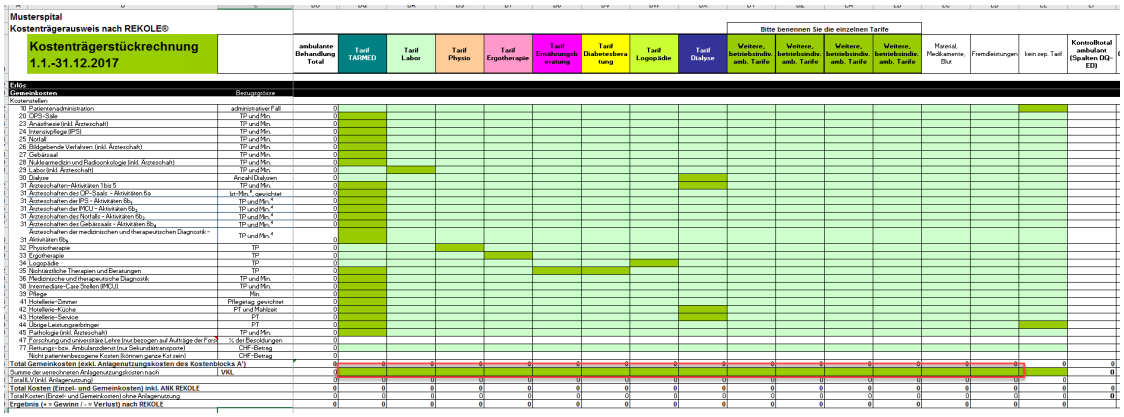
Bestimmte Spitäler (dies ist der Fall bei Spital Musterstadt) können den oben dargelegten automatischen «Gemeinkostensplitt» der Kosten aus Patientenadministration und ANK bereits in ihren KORE Systemen parametrisieren (direktes Zuordnungsverfahren) und so letztendlich die Aufteilung dieser Gemeinkostenarten bereits beim Verdichten/Erfassen der ambulanten administrativen Fälle im ITAR_K® sicherstellen (direktes Zuordnungsverfahren). Dieser «Gemeinkostensplitt» erfolgt dann ebenfalls proportional zu den vom ambulanten Patienten beanspruchten Tarifleistungen. Im ITAR_K® füllen diese Spitäler sodann allerdings folgende Zellen im KTR-Ausweis Gesamtansicht aus:

Abbildung 4: Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht» direkte Zuordnung der proportionalen Kosten aus Patientenadministration



Dasselbe ist auch für die ambulanten ANK denkbar. In diesem Fall würde das Spital folgende Zellen ausfüllen:

Abbildung 5: Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht», direkte Zuordnung der proportionalen ambulanten ANK

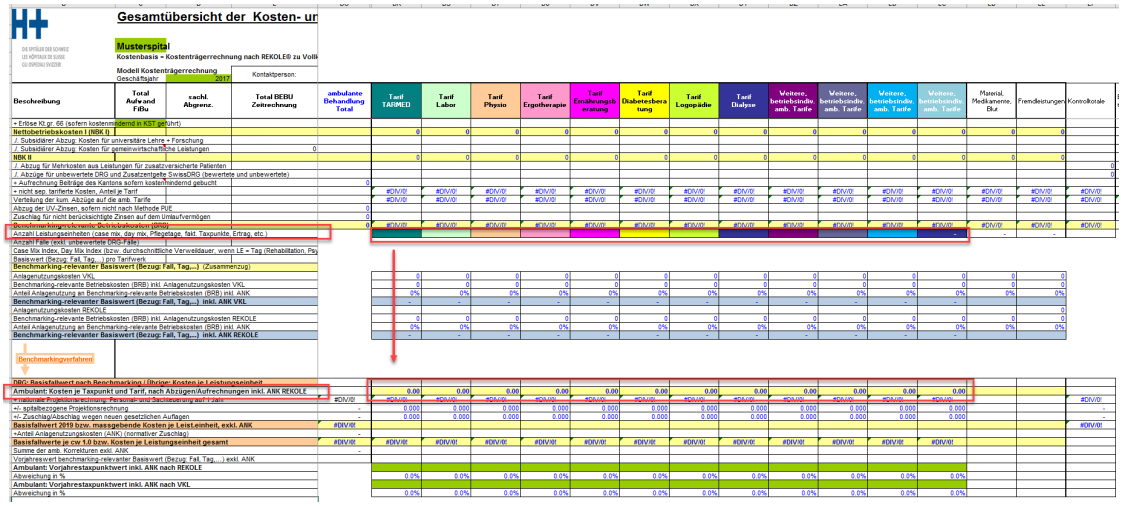


Sofern ein Spital alle 3 Gemeinkostenarten bereits in seinen KORE Systemen parametrisiert und so letztendlich die Aufteilung dieser Gemeinkostenarten bereits beim Erfassen der ambulanten administrativen Fälle im ITAR_K® sicherstellt, erübrigt sich für dieses Spital Schritt 2.

Es ist auch denkbar, dass ein Spital z.B. die Zuordnung der Gemeinkosten aus der Patientenadministration nach dem indirekten Zuordnungsverfahren und die ambulanten ANK nach dem direkten Zuordnungsverfahren sicherstellt. In diesem Fall kommt Schritt 2 zu tragen, allerdings nur für die Zuordnung der Gemeinkosten aus der Patientenadministration. Nicht zulässig in diesem Gedankenzug wäre, dass auch die ANK in Schritt 2 ebenfalls integriert würden, da dies zu einer doppelten Anrechnung der ANK führen würde!

Den Kosten eines Tarifwerks bzw. einer Aktivität werden schliesslich die Leistungen gegenübergestellt:

Abbildung 6: Zuordnung der ambulanten tarifwerkbezogenen Total-Leistungseinheiten (z.B. Total TARMED Taxpunkte)



Alle Leistungen müssen gemäss den erfassten TARMED-Taxpunkten für die ambulanten Fälle addiert werden. Wichtig ist dabei, dass die Kosten den Leistungen entsprechen, d.h. es müssen sowohl bei den Kosten wie bei der Anzahl Taxpunkte die gleichen ambulanten Fälle berücksichtigt werden (Kongruenz). Nur so lassen sich schliesslich die kostenbasierten Taxpunktwerte der verschiedenen Tarifwerke ermitteln (tarifwerkbezogene Totalkosten / tarifwerkbezogene Totalleistungen).

1.7 Beispiel für die Zuordnung von Kostenkomponenten auf den Kostenträger (Tarifwerk/Aktivitäten) gem. ITAR_K®

Im obigen Anschauungsbeispiel («Abdominalschmerzen», bezog der administrative Fall nur Leistungen, die über den TARMED tarifiert und abgerechnet werden. In diesem Fall ist die Zuordnung der entstandenen Kostenträgerkosten vergleichsweise trivial. Konkret bedeutet dies folgende Zuordnung der Kostenkomponenten des administrativen Falls auf die ITAR_K® Aktivitäten/Tarife beim Spital Musterstadt unter Anwendung des direkten Zuordnungsverfahrens:

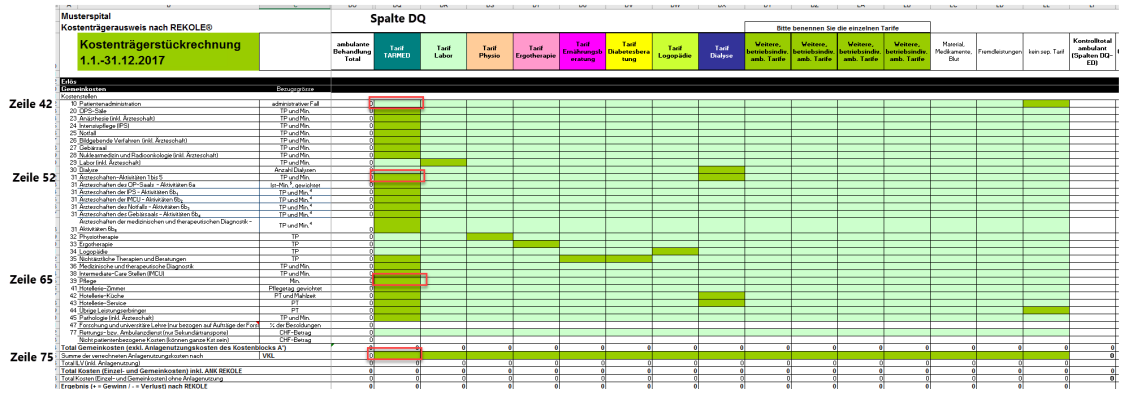
Tabelle 5: Zuordnung Kostenkomponenten auf Kostenträger gem. ITAR_K® (am Beispiel des administrativen Falls «Abdominalschmerzen»

KOA	Bezeichnung	Kosten	ITAR_K® Spalte in Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtsicht» (Version 8.0[14])
10	Patientenadministration	6.61	Spalte DQ Tarif TARMED, Zelle DQ42 (direktes Zuordnungsverfahren)
31	Ärztliche Aktivität 1 bis 5	434.78	Spalte DQ Tarif TARMED, Zelle DQ52
39	Pflege	39.87	Spalte DQ Tarif TARMED, Zelle DQ65

[14] Spaltenbezeichnung gemäss aktueller ITAR_K® Version 8.0; die Nummerierung der Spalte und ihre Bezeichnung können in älteren und späteren Versionen abweichen.

	ANK	10.30	Spalte DQ Tarif TARMED, Zelle DQ75 (direktes Zuordnungsverfahren)

Abbildung 7: Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht», Zuordnung Kostenkomponenten auf Kostenträger gem. ITAR_K® (am Beispiel des administrativen Falls «Abdominalschmerzen»)



Bezieht ein Patient neben den TARMED-Leistungen zusätzlich medizinische Leistungen, die mit anderen Tarifwerken finanziert werden (z.B. eine Laborleistung → AL-Tarif (Labor)) sowie therapeutische Leistungen (Physiotherapie oder Logopädie) und sind diese Leistungen alle in einem einzigen administrativen Fall abgebildet, so werden die Kosten der medizinischen und therapeutischen Leistungen den entsprechenden Tarifen zugeordnet. Die Leistungseinheiten (TP) und Erträge für die Leistungen der "anderen Tarifwerke" werden ebenfalls auf diesen "anderen Tarifwerken" erfasst.

Nachstehend wird die Kostenzuordnung für therapeutische Leistungen aus mehreren Leistungsbereichen anhand eines Zusatzbeispiels «Dammriss» der diese Sondersituation darstellt, aufgezeigt. In diesem Zusatzbeispiel enthält der administrative ambulante Fall sowohl Leistungen aus dem Bereich TARMED als auch aus dem Bereich Physiotherapie:

Tabelle 6: Kostenträgerausweis des administrativen Falls Dammriss

Kostenträger: administrativer Fall und Auftrag "Dammriss" (Physio)

H+ Die Spitäler der Schweiz

Generelle Referenzdaten (nicht abschliessend)	
Administrative Fallnummer/ Auftragsnummer	Haupt- und Nebendiagnosen
Behandlungsbeginn/ -ende (bzw. Ein-/ Austritt)/ Auftragsbeginn/ -ende	DRG-Nummer
Verantwortliche Organisationseinheit (Abteilung)	Übrige Klassifikationskriterien
Versicherungsklasse (Grund-/Zusatzversicherung)	Hauptbehandlung
Garant (UV, IV, MV, KV, Selbstzahler)	Geburtsdatum
Behandlungsart (stationär, ambulant)	Geschlecht, Alter, Wohnort

Erlös	Nr.	Bezeichnung	CHF
	60	Erlöse aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen für Patienten	
	61	Ärztliche Einzelleistungen	-109.35
	62	Übrige Spitaleinzelleistungen	-154.18
	65	Übrige Erlöse aus Leistungen an Patienten	-429.51
	66	Finanzererlös	
	67	Bestandesänderungen an unfertigen und fertigen Erzeugnissen sowie an unverrechneten Lieferungen und Leistungen	
	68	Erlös aus Leistungen an Personal und Dritte	
Total Erlös			-693.04

Kann-Charakter

Einzelkosten, gemäss Buchungsrichtlinien		Bezugsgrösse	CHF			Gemeinkostenzuschlag-Satz		Menge
			Kalk. Einstands-preis	GK-Zuschlag, exkl. ANK	ANK-Zuschlag	exkl ANK	ANK	
Medizinischer Bedarf								
	400	Arzneimittel (exkl. Blut und Blutprodukte)	Kalk. Einstandspreis (A- und B-Kategorie[1])					
		Blut und Blutprodukte						
	401	Material (exkl. Implantate), Instrumente, Utensilien, Textilien	65.23					
		Implantate						
	405	Medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen (exkl. Arzthonorare)	Faktura					
		Arzthonorare (nicht sozialversicherungspflichtig)		---	---			
Arzthonorarkosten (sozialversicherungspflichtig)								
	380	Arzthonorar, Spitalärzte	CHF gemäss Vertrag	---	---			
	381	Arzthonorar, Belegärzte		---	---			
Übrige Einzelkosten								
	480	Patiententransporte durch Dritte	Faktura	---	---			
	485	Übrige patientenbezogene Fremdleistungen	Faktura	---	---			
	486	Übrige Auslagen für Patienten	Faktura	---	---			
Einzelkosten, GK-Zuschläge, ANK			65.23					

⇩ ⇩ ⇩
Übertrag in Total Kostenträger-Kosten

[1] A- und B-Kategorien beziehen sich auf die ABC-Methode der Einsatzgüterklassifikation der Kostenarten 400 und 401.

Gemeinkosten (GK), gemäss Verrechnungsmethodik		Bezugsgrösse	CHF		Kostensatz		Menge
			GK, exkl ANK	ANK	GK, exkl ANK	ANK	
Kostenstellen							
	10	Patientenadministration	administrativer Fall	6.61	0.38	6.61	0.38	1
	20	OP-Saal	Ist-Min.					
	21	Herzkatheter-Labor	Ist-Min.					
	23	Anästhesie	Ist-Min., TP und Min[2]					
	24	Intensivpflege (IPS)	NEMS-Punkte oder Min.[3]					
	25	Notfall	TP und Min.[4]					
	26	Bildgebende Verfahren	TP und Min.[4]					
	27	Gebärsaal	TP und Min.[4]					
	28	Nuklearmedizin und Radioonkologie	TP und Min.[4]					
	29	Labor	TP und Min.[4]					
	30	Dialyse	Anzahl Dialysen					
	31	Ärzteschaften-Aktivitäten 1 bis 5	TP und Min.[4]	223.19	4.39	1.69	0.03	131.76
		Ärzteschaften des OP-Saals - Aktivitäten $6a_1$	Ist-Min.[5], gewichtet					
		Ärzteschaften des Herzkatheter-Labor - Aktivitäten $6a_2$	Ist-Min.[5], gewichtet					
		Ärzteschaften der IPS - Aktivitäten $6b_1$	TP und Min.[4]					
		Ärzteschaften der IMCU - Aktivitäten $6b_2$	TP und Min.[4]					
		Ärzteschaften des Notfalls - Aktivitäten $6b_3$	TP und Min.[4]					
		Ärzteschaften des Gebärsaals - Aktivitäten $6b_4$	TP und Min.[4]					
		Ärzteschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten $6b_5$	TP und Min.[4]					
	32	Physiotherapie	TP	401.05	63.05	0.90	0.14	445.86
	33	Ergotherapie	TP					
	34	Logopädie	TP					
	35	Nichtärztliche Therapien und Beratungen	TP					
	36	Medizinische und therapeutische Diagnostik	TP und Min.[4]					
	38	Intermediate-Care (IMCU)	TP und Min.[4]					
	39	Pflege	Min.					
	40	Psychologie	TP					
	41	Hotellerie-Zimmer	Pflegetag (PT), gewichtet					
	42	Hotellerie-Küche	PT und Mahlzeit					
	43	Hotellerie-Service	PT					
	44	Übrige Leistungserbringer	PT					
	45	Pathologie	TP und Min.[4]					
	47	Forschung und universitäre Lehre (nur bezogen auf Aufträge der F. und u.L.)	% der Besoldungen					
	77	Rettungs- bzw Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte)	CHF Betrag					
Total Gemeinkosten, ANK der GK				630.85	67.82			
Total Kostenträger-Kosten (Einzel- und Gemeinkosten, inkl. GK-Zuschlag auf EK), Total ANK (EK- + GK-Anteil)				696.08	67.82			
Total Kostenträger-Kosten				763.90	⇐			
Ergebnis (Gewinn/ Verlust)				70.86				

[2] Die OP-Saal bezogenen Anästhesiekosten werden nur mittels Ist-Minuten verrechnet werden. Die nicht OP-Saal bezogene Anästhesiekosten können mittels Taxpunkte (TP) und/oder Minuten verrechnet werden, folgend Fussnote 4.

[3] Die Abkürzung "Min." steht hier für Personaleinsatz-Minuten. Aufenthaltsminuten des Patienten auf der IPS wiederspiegeln nicht den Ressourceneinsatz und sind daher als Bezugsgrösse nicht erlaubt.

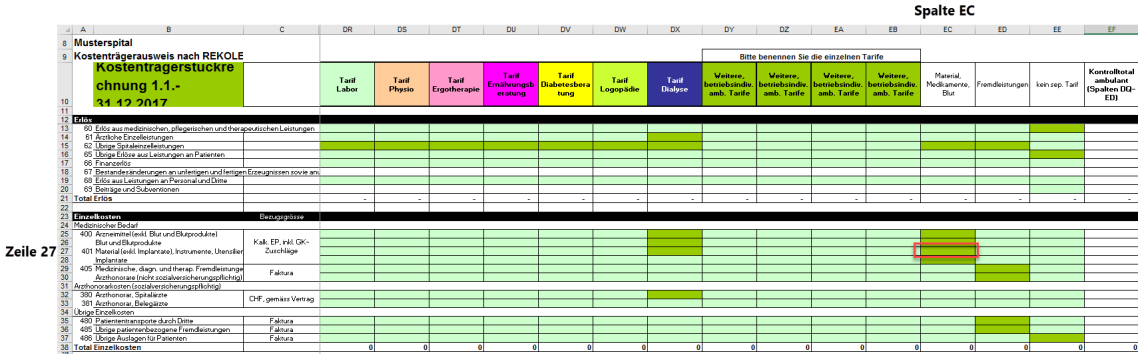
[4] TP = Taxpunkt. Die Abkürzung "Min." steht für Ist- und Norm-Minuten. TARMED ist ein Normzeitarif. Die Nutzung der TARMED-Taxpunkte als Bezugsgrösse ist zulässig. Wird für gewisse Gemeinkosten-komponenten die Bezugsgrösse TARMED-Taxpunkt gewählt, so werden entweder nur die TL-Punkte (technische Leistungspunkte) oder die AL- und TL-Punkte (ärztliche und technische Leistungspunkte) berücksichtigt.

[5] Die Aktivitätengruppe 6a wird nur mit gewichteten Ist-Minuten (mittels GZF) erfasst und verrechnet.

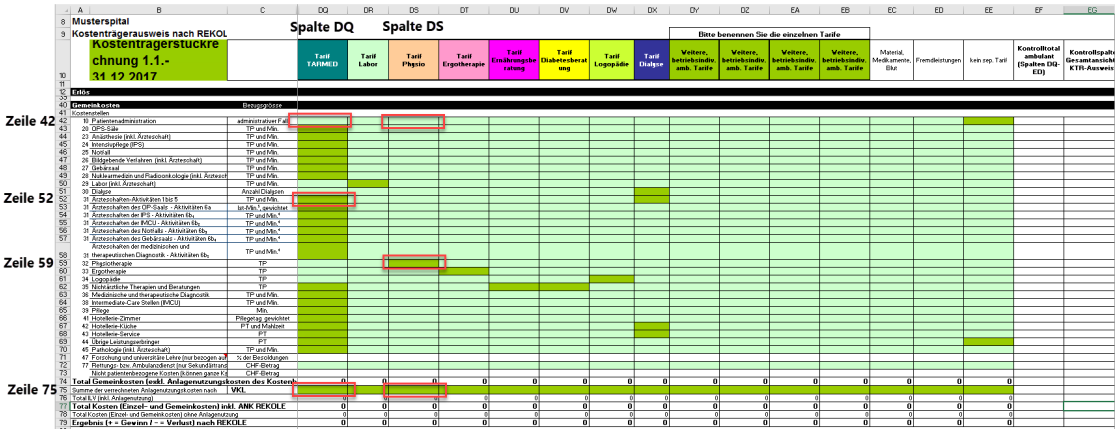
Tabelle 7: Zuordnung Kostenkomponenten auf Kostenträger gem. ITAR_K® (am Beispiel des administrativen Falls Dammriss

KOA	Bezeichnung	Kosten	ITAR_K® Spalte in Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtsicht» (Version 8.0[15])
401	Material	65.23	Spalte EC, Zelle EC 27
10	Patientenadministration	6.61	Proportionale Aufteilung der Kosten auf: - Spalte DQ Tarif TARMED, Zelle DQ42 - Spalte DS Tarif Physio., Zelle DQ42 (direktes Zuordnungsverfahren)
31	Ärztliche Aktivität 1 bis 5	223.19	Spalte DQ Tarif TARMED, Zelle DQ52
32	Physiotherapie	401.05	Spalte DS Tarif Physio, Zelle DS59
	ANK	67.82	Proportionale Aufteilung der Kosten auf: - Spalte DQ Tarif TARMED, Zelle DQ75 - Spalte DS Tarif Physio, Zelle DQ75

Abbildung 8: Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht», Zuordnung Kostenkomponenten auf Kostenträger gem. ITAR_K® am Beispiel des administrativen Falls Dammriss



[15] Spaltenbezeichnung gemäss aktueller ITAR_K® Version 8.0; die Nummerierung der Spalte und ihre Bezeichnung können in älteren oder späteren Versionen abweichen.



Die beiden Beispiele zeigen detailliert auf, wie die einzelnen Kostenkomponenten den unterschiedlichen Kostenträgern (Tarifwerke/Aktivitäten) gemäss ITAR_K® zugeordnet werden.

Die ANK und die Patientenadministration folgen anteilmässig (prozentual) den Kosten der erbrachten (medizinischen und therapeutischen) Leistungen auf die entsprechenden Aktivitäten/Tarife. Die Zuordnung kann direkt (wie im Spital Musterstadt) oder über die Spalte "kein separater Tarif" erfolgen (vgl. die obenstehenden Ausführungen).

Das Total des ambulanten Geschäfts des Spitals Musterstadt (=sämtliche ambulanten Behandlungen des Spitals) ist zudem auch in der ITAR_K® *Gesamtansicht* in der Spalte DO enthalten. Dort lässt sich der Bezug zu den Gesamtkosten und der Anlagebuchhaltung nachvollziehen.

1.8 ITAR_K® Gesamtansicht

In der ITAR_K® Gesamtansicht werden die gesamten Spitalkosten aus Einzel-, Gemein- und Anlagenutzungskosten auf Zeile 19 dargestellt. Ab Zeile 20 werden die für die Tarifberechnung notwendigen Korrekturen vorgenommen. Diese Korrekturen erfolgen auf Betriebsebene und nicht auf Fallebene. Aus diesem Grund werden sie im ITAR_K® und nicht direkt auf Ebene der administrativen Fälle vorgenommen. Dieses Verfahren wird auch *Ermittlung der tarifrelevanten Betriebskosten* genannt und kann im ambulanten Bereich in folgenden Schritten zusammengefasst werden:

- Abzug der kalkulatorischen (oder betriebswirtschaftlichen) Anlagenutzungskosten.
- Abzug der Erlöse aus Kontengruppe 65 aus übrigen Leistungen für Patienten.
- Subsidiärer Abzug für gemeinwirtschaftliche Leistungen, sofern nicht bereits als eigenständiger Kostenträger «Auftrag» geführt.
- Aufrechnung von Beiträgen des Kantons (sofern kostenmindernd geführt)
- Abzug der Zinsen auf Umlaufvermögen, sofern nicht nach Methode PUE berechnet
- Zuschlag für Zinsen auf Umlaufvermögen nach PUE
- Aufrechnung der finanziellen Anlagenutzungskosten nach VKL (Zeile 41)

Das Ergebnis der tarifbezogenen ambulanten Kosten pro Taxpunkt (= kostenbasierter Taxpunkt-Wert) ergibt sich schliesslich in Zeile 57 aus der Division der Tarif-relevanten-Betriebskosten mit der Anzahl erbrachter und erfasster Taxpunkte (Zeile 36).

2. BEWERTUNG DER SYSTEMGÜTE (REKOLE® UND ITAR_K®) IM AMBULANTEN BEREICH

H+ hat angesichts der Vielfalt der Kostenrechnungsmodelle und der Notwendigkeit harmonisierter Daten über die gesamte Spitalwelt hinweg im Jahr 2002 beschlossen, das Handbuch REKOLE® zu erstellen. Dieses soll die Grundlage für eine einheitliche schweizerische Anwendungspraxis der Kosten- und Erlösrechnung schaffen, damit die Spitäler den künftigen Anforderungen gerecht werden können.

Folgende Ziele werden von REKOLE® konsequent verfolgt:

- Schaffung eines einheitlichen schweizerischen betrieblichen Rechnungswesens, das in der Grundstruktur vorgegeben und in der Ausprägung skalierbar ist (Muss- und Kann-Ebene).
- Abstützung auf national anerkannte Rechnungslegungsstandards (mindestens Swiss GAAP FER).
- Es wird primär als betriebliches Preisfindungsinstrument konzipiert und setzt folgende Schwerpunkte:
  - Sicherstellung der Nachvollziehbarkeit der ausgewiesenen Kosten und damit Förderung des Bewusstseins der Kostenverantwortung
  - Basis für Vor- und Nachkalkulationen
  - Ermittlung von Kennzahlen und Auswertungsmöglichkeiten: Budget/Ist-Vergleiche, Zeitreihenanalysen, Betriebsvergleiche.
- Gesetzliche Rahmenbedingungen und Verordnungen (VKL) werden vollkommen erfüllt.
- Das betriebliche Rechnungswesen dient als Grundlage für Tarifverhandlungen.
- Das Regelwerk beansprucht langfristige Geltung (Investitionsschutz).

Die Empfehlungen von REKOLE® stellen Minimalanforderungen (Muss-Ebene) an eine zeitgemässe Betriebsführung dar. Sie wurden von Praktizierenden für die Praxis entwickelt. Deren einheitliche Anwendung trägt zu den auf übergeordneter Ebene immer wichtiger werdenden Preisbildungsverfahren, der Vergleichbarkeit von Kosten und Leistungen und zu einer bedarfsgerechten Steuerung der Ressourcen bei.

2.1 Betriebliches Preisfindungsinstrument heisst Vollkostenrechnung auf Ist- und Normalkostenbasis

REKOLE® ist eine Vollkostenrechnung auf Ist- und Normalkostenbasis. Die Gründe dafür liegen in den Tatsachen, dass:

- Der Anteil der Fixkosten in Spitälern hoch ist.
- Die vorliegenden Minimalanforderungen an die Ermittlung der Spitalkosten in erster Linie im Hinblick auf Preiskalkulationen ausgelegt sind.
- Betriebsvergleiche im Rahmen des Preisbildungsverfahrens gesetzlich vorgesehen sind.
- Langfristig die Vollkosten effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.

Werden alle Kosten auf die Kalkulationsobjekte, insbesondere die Leistungen weiter verrechnet, so liegt eine **Vollkostenrechnung** vor. Dies bedeutet u. a., dass die fixen Kosten in den Verrechnungen und Umlagen enthalten sind.

In der **Ist-Kostenrechnung** werden die tatsächlich angefallenen Kosten verrechnet, d.h. die effektiven Ist-Mengen werden mit Ist-Preisen der Periode multipliziert. Die Ist-Kostenrechnung wird

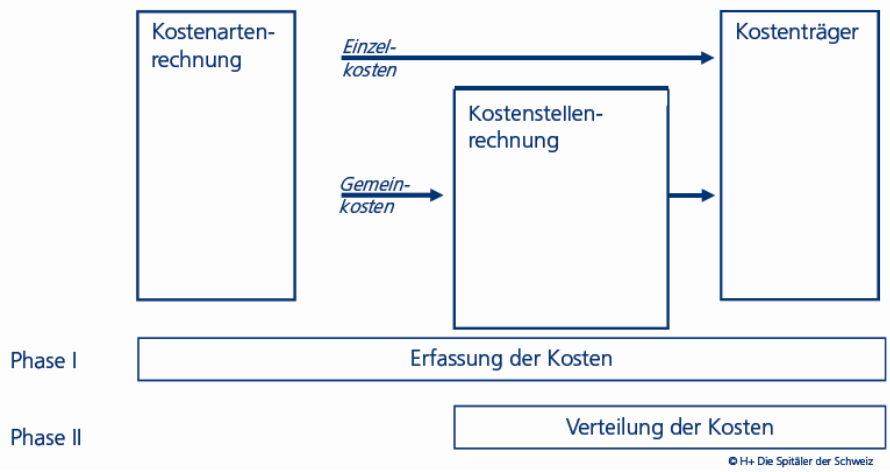
am Ende einer Rechnungsperiode erstellt. Sie dient als Ergebnisrechnung mit dem Ausweis des tatsächlichen Erfolges sowie als Instrument der Nachkalkulation für die nachträgliche Ermittlung der Selbstkosten der einzelnen Spitalleistungen.

Die **Normalkostenrechnung** basiert auf Durchschnittswerten der Vergangenheit. Die Durchschnittsbildung (Normalisierung) kann für die Preise und die Mengen erfolgen und die jeweils eingetretenen oder prognostizierten Veränderungen der Kosteneinflussfaktoren (z. B. Lohn und Gehaltserhöhungen) berücksichtigen[16].

2.2 Teilgebiete der Kostenrechnung

REKOLE® besteht aus der Kostenartenrechnung, Kostenstellenrechnung und Kostenträgerrechnung. Jede dieser Rechnungen beantwortet eine eindeutige Frage hinsichtlich der Kostenentstehung. Die Kostenartenrechnung erfasst alle im Laufe einer Periode angefallenen bzw. anfallenden Kosten. Die Kostenstellenrechnung bildet ab, wie und wo die Gemeinkosten entstanden sind. In der Kostenträgerrechnung werden die anfallenden Kosten verursachergerecht auf die Kostenträger verrechnet, nachdem alle Kosten in der Kostenartenrechnung erfasst und die Gemeinkosten in der Kostenstellenrechnung weiterverrechnet wurden. Die Kostenträgerrechnung zeigt, wofür die Kosten entstanden sind. Die Kostenermittlung in den Teilgebieten der Kostenrechnung erfolgt rechnungstechnisch in zwei Phasen: der Kostenerfassung und der Kostenverteilung:

Tabelle 8: Kostenermittlung (Kostenerfassung und Kostenverteilung)



2.3 Die Leistungserfassung, Herzstück der Kostenrechnung

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.

[16] Weitere Erläuterungen zu den verschiedenen Kostenrechnungsmodellen und -zwecke könnendem REKOLE® Handbuch Kapitel 3.1, Seite 3 entnommen werden.

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.

Tabelle 9: Kosten/Nutzen der Leistungserfassungsarten

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 abnehmendem Detaillierungsgrad 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 realitätsnahen 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.
- Weitere nicht zeitabhängige Tarifstrukturen erfassen die Tarifpositionen, die einer Leistung zugeordnet sind.

Die Genauigkeit der Kostenermittlung hängt vom Detaillierungsgrad der Leistungserfassung ab (Phase I), aber auch von der Art und Weise, wie die Verrechnung der Leistungen erfolgt (Phase II).

2.4 Warum nicht IST-Zeiterfassung in jedem Fall?

Eine Hauptkritik der Krankenversicherer zielt auf die Verwendung von Normzeiten (z.B. TARMED) als Bezugsgrössen für die Kostenumlage anstatt der Erfassung und Verwendung von IST-Zeiten ab. Wie sich aus den nachfolgenden Ausführungen ergibt, ist die Wahl der verwendeten Bezugsgrössen jedoch sehr wohl begründet:

Alle Leistungen mittels IST-Zeitmessung erfassen zu wollen, ist theoretisch denkbar, aber weder sinnvoll noch praktisch machbar: Die Ressourcenbindung, die mit einer vollständigen IST-Zeitleistungserfassung einhergehen würde, wäre betriebswirtschaftlich aber auch politisch nicht vertretbar (unnötige Aufblähung der administrativen Spitalprozesse). Dort wo sich spitalinterne Prozesse und Aktivitäten sich standardisieren/normalisieren lassen, sollte, wenn möglich mit Normzeiten (z.B. mit den im TARMED hinterlegten Normzeiten) oder mit normalisierten betriebsinternen Erfahrungswerten gearbeitet werden, um die Leistungen zu erfassen. Dass damit in wesentlichem Umfang Genauigkeit eingebüsst würde, ist in keiner Weise belegt. Ebenso ist nicht belegt und nicht zu erwarten, dass sich eine allfällige Ungenauigkeit spezifisch zulasten des ambulanten

oder TARMED-Bereichs auswirken würde. Umgekehrt sind die Erwartungen an eine durchgehende Erfassung von IST-Zeiten zu relativieren (wenn etwa Zeiten falsch oder schematisch erfasst werden und damit vor allem eine Scheingenauigkeit geschaffen wird).

Darüber hinaus gibt es sogar Leistungsbereiche, wo aus sachlichen Gründen auf die Bezugsgrösse «Zeit» komplett verzichtet wird, und die Leistungen mit anderen Bezugsgrössen erfasst werden: **Zum Beispiel die Patientenadministration**: in diesem Fall wird die Bezugsgrösse «Anzahl Austritte (=Anzahl administrative Fälle)» herangezogen.

Tabelle 10: Eckwerte der MUSS-KST Patientenadministration

Patientenadministration (10) © H+ Die Spitäler der Schweiz				
Kann-Kostenstellen	- Empfang - Fakturierung - Debitorenbuchhaltung - Telefonzentrale/ Telefonvermittlung		- OPS-Disposition - Bettendisposition - Therapieeinteilungsteam - Codierung - usw.	
Inhalt (Primärkosten)	- Alle Kosten (Personal- und Sachkosten) - Exkl. Kosten der dezentralen Führungs- und Koordinationsbereiche (Muss-KST 03) - Inkl. Krankengeschichten-Archiv (KG-Archiv)			
Anzahl Kostenblöcke	A	Personal- und Sachkosten (Primär- und Sekundärkosten), exkl. Kosten der Kostenblöcke A' und B.		
	A'	Anlagenutzungskosten (inkl. Sekundärkosten). Folgende Kostenarten sind betroffen: 442, 444, 448.		
	B	Personal- und Sachkosten der Kann-Kostenstelle Codierung (Primär- und Sekundärkosten), exkl. Kosten des Kostenblocks A'.		
Anzahl Leistungsblöcke	A A'	Alle Leistungen werden nach Austritten bewertet.		
	B	Alle Leistungen werden nach stationären Austritten bewertet.		
Verrechnung		Bezugsgrösse	Kostensatz	
Minimalvariante	A A'	Austritte (Anzahl administrative Fälle)	Kostenblock A/ ∑ Austritte	CHF/Austritt
	B	stationäre Austritte (Anzahl stationäre administrative Fälle)	Kostenblock B/ ∑ stationäre Austritte	CHF/stationärer Austritt
Maximalvariante	A A'	Administrative Fall, gewichtet	Kostenblock A/ ∑ Administrative Fall, gewichtet	CHF/ Administrative Fall, gewichtet
Empfänger der Verrechnung	A A' B	Administrativer Fall		

Dies ist nach heutigem Stand die adäquateste Bezugsgrösse, um die verschiedenen Aktivitäten der Patientenadministration verursachergerecht zu verrechnen (vgl. unter Kann-Kostenstellen in der Tabelle 4):

- Empfang
- Fakturierung
- Debitorenbuchhaltung
- Telefonzentrale / Telefonvermittlung
- OP-Saal Disposition
- Bettendisposition
- Therapieeinteilungsteam
- Codierung

Es gab 2017 einen REK-Antrag, der diese Bezugsgrösse ändern wollte (vgl. REK_Entscheid 17_001[17]) und als Alternative die Bezugsgrösse «Anzahl Rechnungen» vorschlug. Der Antrag wurde damit begründet, dass sich mit der Bezugsgrösse «Austritte - Anzahl administrative Fälle» ein Problem ergäbe, weil ambulante administrative Fälle teilweise über mehrere Jahre hinweg offen sind[18] (insb. rheumatologische Fälle) und diese aufgrund der geltenden Bezugsgrösse lediglich einmal mit Kosten aus der Patientenadministration belastet würden, in der Realität aber mehrfach Kosten auslösten (Empfang, Fakturierung, Zwischenrechnungen, usw.). Damit weiche diese Verrechnung von der Realität ab und die Kosten der Patientenadministration wären im ambulanten Bereich unterbewertet.

Der Antrag wurde von der REK-Kommission einstimmig zurückgewiesen mit der Begründung, dass in der Regel die vorgeschlagene neue Bezugsgrösse „Anzahl Rechnungen“ zwar genauer sein möge, was die Fakturierungskosten angehe, nicht aber, was alle anderen Kann-Kostenstellen und Aktivitäten betrifft, die auch unter der Muss-KST Patientenadministration abzubilden sind. Damit dem allfälligen Ausnahmefall dennoch Rechnung getragen wird, wurde die Maximalvariante so angepasst, dass andere Gewichtungen als „nach Behandlungsart“ möglich werden. Wir kommen auf den Umgang mit den Kosten der Patientenadministration im Kapitel ITAR_K® weiter unten nochmals zurück.

Es gibt aber auch Spitalbereiche – kostenintensive Bereiche und Bereiche wo die patientenbezogene Ressourcenbindung sehr unterschiedlich sein kann - in denen zwecks adäquater Abbildung der patientenbezogenen Intensität der Leistungen, die Leistungserfassung tatsächlich auf die IST-Zeiten abgestellt werden muss: dies ist zum Beispiel der Fall im OP-Saal, Herzkatheter-Labor, auf den Intensivpflegestationen und bei der Anästhesie (ab 2018[19]).

Das Beispiel rund um den Umgang mit der Patientenadministration zeigt sogleich auch, dass selbst eine Vollkostenrechnung auf IST- und Normalkostenbasis nie den Anspruch haben kann, eine exakte Wissenschaft zu sein. Eine betriebsinterne Kostenrechnung ist und bleibt ein Kalkulationssystem, das verschiedenen Zielsetzungen genügen und zwischen verschiedenen Vor- und Nachteilen unterschiedlicher Vorgehensmöglichkeiten abwägen muss. Die resultierenden Kompromisse dürfen aber weder die betriebliche Entscheidfindung noch die Fallkostenkalkulation oder die Verdichtung/Gruppierung in geeignete Auswertungsebenen beeinträchtigen.

Eine der zahlreichen **Herausforderungen von REKOLE® und ITAR_K®** war und ist es weiterhin, laufend abzuwägen, in welchem Fall / welchen Gegebenheiten welche Art der Leistungserfassung nicht nur betriebsintern, sondern auch **schweizweit zur Anwendung kommen soll** (= Definition der Muss-Ebene, die im Zertifizierungs-Verfahren dann als Mindestanforderung gilt). Dies vor dem Hintergrund von Art. 49. Abs. 7 KVG, wonach die Spitäler über geeignete Führungsinstrumente verfügen und insbesondere zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik nach einheitlicher Methode führen müssen. Weiterführende Hinweise zur Art der Leistungserfassung, insb. zur Komplexität der Leistungserfassung (gerade bei IST-Zeitmessung) zur Sicherstellung einer Fallkostenkalkulation nach national einheitlicher Methode, können der Branchenlösung REKOLE® im Kapitel 10.4 ab Seite 10 entnommen werden.

[17] https://www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/rek-entscheide

[18] Vgl. hierzu die Kostenträgerdefinition in REKOLE® Kapitel 9.7 Regelwerk des administrativen Falles

[19] Vgl. REK-Entscheid Nr. 14_006: ab 1.1.2018 neue Zeitstempel Anästhesie (massgebende Zeitspanne im OP-Saal nur noch in IST-Min.). Zertifizierungsrelevant ab 1.1.2019.

2.5 REKOLE® und ITAR_K® erfüllen gemeinsam alle gesetzlichen Vorgaben

Mit REKOLE® haben die Schweizer Spitäler über die Jahre ein abbildungsstarkes und nachvollziehbares Kostenrechnungsmodell, das den Forderungen des Art. 49 abs. 7 KVG genügt, entwickelt. Demnach werden die Spitäler aufgefordert, über geeignete Führungsinstrumente zu verfügen; insbesondere führen sie nach **einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik**. Diese beinhalten alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen.

Weiter erfüllen REKOLE® und ITAR_K® alle Forderungen der VKL lückenlos, wenn auch die VKL Anforderungen zumindest im Bereich der Bewertung der Anlagennutzungskosten den Zielsetzungen des KVG zuwiderlaufen[20]. An dieser Stelle wird erneut auch festgehalten, dass die Branchenlösung REKOLE® die Bewertung der Anlagenutzungskosten nach VKL sicherstellt und gleichzeitig auch nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen, welche im Rahmen von kostenbasierten Preisbildungen normalerweise zum Zuge kommen sollten. Seit über 10 Jahren führen die REKOLE® zertifizierten Spitäler zwei ANK Bewertungsverfahren: eines, das der VKL entspricht und eines, das den betriebswirtschaftlichen Grundsätzen folgt. Letzteres Verfahren (basierend auf betriebswirtschaftlichen Grundsätzen) findet übrigens seit 2010 Anwendung bei der Ermittlung der SwissDRG Fallkostengewichte und wird von allen Finanzierern (Kantone und Versicherer) begrüsst. Das ist zu begrüssen, da die SwissDRG Fallkostengewichte die eingesetzte Ressourcenintensität je DRG abbilden sollen.

Es bleibt nach wie vor unverständlich und nicht nachvollziehbar für H+ und die Schweizer Spitäler, weshalb bei der Bildung der spitalbezogenen Basispreise nicht die betriebswirtschaftlichen Grundsätze der ANK-Bewertungen herangezogen werden, sondern jene, die in der VKL niedergeschrieben wurden. Denn die Grundsätze der VKL sind unvollständig (z.B. Definition einer Anlage) und zum Teil sogar falsch (z.B. falsche Ermittlung des WACC-Zinssatzes von 3.7%). Die VKL gleicht viel mehr einem regulatorischen «OKP-Preisdeckel-Instrument», das es schliesslich verunmöglicht, die Ziele der KVG Revision (Spitalfinanzierung) zu erreichen.

Bis dato konnten H+ keine Gesetzes- /Verordnungsanforderungen aufgezeigt werden, denen REKOLE® und ITAR_K® gemeinsam nicht nachkommen würden. Dennoch ernten die beiden Branchenlösungen seit Jahren unfundierte, diskreditierende Kritik und nicht nachvollziehbare Unterstellungen.

Mit REKOLE® und ITAR_K® pflegen die Schweizer Spitäler eine umfassende und detaillierte Branchenlösung. Diese Branchenlösung REKOLE® dient als nationale Harmonisierungsebene der Spital-Kostenrechnungen (Muss-Ebene), welche sich – im Einzelfall betrachtet - in ihrer Granularität und Ausprägung in den Schweizer Spitälern voneinander unterscheidet (Kann-Ebene), da Letztere unterschiedlichen ökonomischen, regulatorischen, rechtlichen und marktwirtschaftlichen Unternehmensumgebungen ausgesetzt sind, und die Kostenrechnung eines Unternehmens diesen Umständen Rechnung tragen muss. Mit anderen Worten: Ein Kostenrechnungsmodell, das bis ins letzte Detail für alle Spitäler gleich sein soll (Zum Beispiel IST-Zeiterfassung für Alle!) ist zwar theoretisch denkbar, allerdings mangelt es dieser Überlegung einerseits an Realitätsbezug (Funktionsweise

[20] MICHAEL WALDNER: Anlagenutzungskosten und neue Spitalfinanzierung- Die geltende VKL gefährdet eine KVG-konforme Anlagenbewertung, AJP/PJA, 10. 2017

der Prozesse eines Spitals) und an Wissen (Zweck und Grenzen einer Kostenrechnung). Dies führt sodann zu Vorstellungen und Erwartungen, in denen auch Kosten-/Nutzenverhältnisse nicht mehr gegeben sind.

2.6 Die «REKOLE® Muss-Ebene» als nationale Harmonisierungsebene und Sicherstellung einer einheitlichen Methode der Kostenrechnung

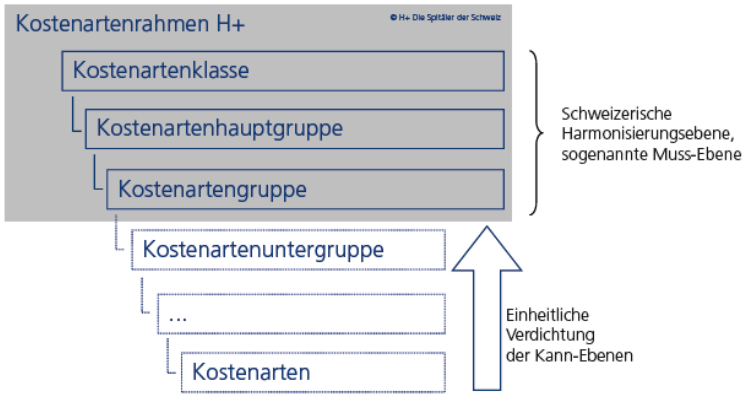
Die so genannte Muss- und Kann-Ebene zieht sich durch die ganze Branchenlösung REKOLE® durch und ermöglicht in bestimmten Kostenrechnungselementen eine einheitliche Aggregation der Spezifitäten eines einzelnen Spitals. Es gibt im REKOLE® zahlreiche solcher Kostenrechnungselemente und Sachverhalte, wo sich die Branche letztendlich selber reguliert, um dem Gesetz gerecht zu werden.

Diese REKOLE® Eigenschaft der Muss- und Kann-Ebenen sucht bis dato seinesgleichen und ermöglicht den Spitälern ihre spezifischen und nicht vergleichbaren Sachverhalte in der Kostenrechnung abzubilden und gleichzeitig diese Sachverhalte auf eine nationale Harmonisierungsebene nach festgelegten Verfahren/Kriterien zu verdichten und so letztendlich die Ermittlung der OKP-relevanten Kosten auf einheitlicher Art zu ermöglich.

Folgende fünf Kostenrechnungselemente (Kostenartenrahmen, Kostenstellenplan, Verrechnungsmethodik, Anlagenkategorien und eindeutige Definition von Einzelkosten) sollen das Konzept der Muss- und Kann-Ebene verdeutlichen. Es gibt zahlreiche weitere Kostenrechnungselemente wo dieser Ansatz im REKOLE® zu Zuge kommt, doch können wir hier nicht alle erläutern:

2.6.1 Der Kostenartenrahmen

Tabelle 11: Verdichtungsverfahren und nationale Harmonisierungsebene



Die Muss-Ebene des Kostenartenrahmens H+ ist bis auf die Kostenartengruppe definiert (dreistellige Ziffer). Die Führung von vier- bis n-stelligen Kostenartenziffern bleibt jeder Institution selbst überlassen und entspricht der sogenannten Kann-Ebene. Dasselbe gilt für die Erlösarten.

Die korrekte Verdichtung der Kann-Ebenen in die Muss-Ebene muss jedoch von jeder Institution sichergestellt werden und erfolgt entlang den detaillierten Umschreibungen jeder einzelnen Kostenart[21] sowie mittels den H+ Kontierungsrichtlinien[22] und des dort integrierten Stichwortverzeichnisses, das über 3'000 Personal- und Sachkosten auf die Muss-Ebene des Kostenstellenrahmen zuordnet!

2.6.2 Der Kostenstellenplan

Tabelle 12: Einheitliche Verdichtung der Kann-Kostenstellen in die Muss-Ebene

Der Muss-Kostenstellenplan ist national vorgegeben.

In jeder Beschreibung der Muss-Kostenstelle gibt es eine Rubrik Kann-Kostenstellen. Diese zeigt an, welche Kann-Kostenstellen auf jeden Fall in die vorliegende Muss-Kostenstelle verdichtet werden müssen (vgl. Abbildung der Muss-Kostenstelle Patientenadministration oben auf S. 25 dieses Dokuments). Dies ist für die Bildung und die Vergleichsbasis von Kostensätzen bedeutsam. So kann es vorkommen, dass Muss-Kostenstellen aus einer Aggregation bzw. Verdichtung von Kann-Kostenstellen mit unterschiedlichen Bezugsgrössen bestehen. In diesem Fall werden auf Muss-Ebene und im Hinblick auf das Verrechnungsverfahren alle auf Kann-Ebene festgelegten Bezugsgrössen und entsprechende Kostenblöcke beibehalten. Im Kostenstellen- und Kostenträgerausweis führt dies dazu, dass die entsprechenden Felder «Kostensatz» und «Menge» nicht ausfüllbar und daher leer zu lassen sind.

2.6.3 Die Verrechnungsmethodik

Eine Eigenschaft von REKOLE® ist, dass für sämtliche Muss-Kostenstellen Mindestanforderungen an die Bezugsgrössen zwecks Bildung der Kostensätze festgelegt wurden (die s.g. Minimalvariante). Die Minimalvariante bildet in Sachen Granularität (Genauigkeit) der Verrechnung die nationale Harmonisierungsebene.

Jede Muss-Kostenstellen ist – was die Bezugsgrössen angeht - auch mit einer Maximalvariante versehen. Die Maximalvariante beinhaltet eine (methodologische) visionäre Dimension für Spitäler, die noch genauer sein möchten als die Minimalvariante. Hier unten beispielhaft dargestellt mit den Muss-Kostenstellen:

- 20 OP-Saal
- 21 Herzkatheter-Labor
- Anästhesie

[21] Vgl. Branchenlösung REKOLE® Kapitel 6
[22] In Salzmann/Besson: Kontierungsrichtlinien, inkl. Kontenrahmen 8. Ausgabe 2014, Version 1.0

- Intensivpflege (IPS)

Tabelle 13: Auszug aus der Zusammenfassung der REKOLE® Verrechnungsmethodik[23]

Kostenstelle	Verrechnung	Bezugsgrösse	Bemerkung
20 OP-Saal	Minimalvariante	Ist-Min.	
	Maximalvariante	Min., gewichtet	
21 Herzkatheter-Labor	Minimalvariante	Ist-Min.	Zertifizierungsrelevant ab 01.01.2021
	Maximalvariante	Min., gewichtet	
23 Anästhesie	Minimalvariante	A-A' Ist-Min. B TP und Min.	A = OP-Saal bezogene Anästhesiekosten: Personal- und Sachkosten (Primär- und Sekundärkosten), exkl. Kosten der Kostenblöcke A' und B A' = Anlagenutzungskosten (inkl. Sekundärkosten). Folgende Kostenarten sind betroffen: 442, 444, 448 B = Nicht OP-Saal bezogene Anästhesiekosten: Personal- und Sachkosten (Primär- und Sekundärkosten), exkl. Kosten der Kostenblöcke A und A'
	Maximalvariante	A-A'-B Min., gewichtet nach Risikoklassen	
24 Intensivpflege (IPS)	Minimalvariante	NEMS Punkte oder Min.	
	Maximalvariante	Keine Empfehlung	

Zertifizierungsrelevant ist die Minimalvariante. Die gewonnene Genauigkeit bei Anwendung einer Maximalvariante ist im Einzelfall im Zertifizierungsverfahren zu belegen.

Die REKOLE® Verrechnungsmethodik kommt für alle administrativen Fälle zur Anwendung; dabei spielt die Aufenthaltsart (ambulant/stationär) der Patientin oder des Patienten keine Rolle.

2.6.4 Die Anlagenkategorien

Die unten aufgeführte Tabelle der Anlagekategorien und ihre jeweiligen Eckwerte (Anlagendefinition und -abgrenzung, Festlegung der normativen durchschnittlichen kategorienbezogenen Nutzungsdauern) ist eine weitere Eigenschaft von REKOLE®, dank welcher die von Gesetzes wegen (Art. 49 Abs. 7 KVG) geforderte einheitliche Kostenermittlung überhaupt erst möglich wird[24]:

[23] In https://www.hplus.ch/de/rechnungswesen/handbuch-rekole unter dem Stichwort *Zusammenfassung der REKOLE® Umlageschlüssel*

[24] Mehr zur Anlagenbuchhaltung in Kapitel 7 REKOLE®

Tabelle 14: REKOLE® Anlagekategorien

Anlagekategorien		% Satz	Normative durchschnittliche wirtschaftliche Nutzungsdauer (in J.)
Immobile Sachanlagen			
A0	Bebautes und unbebautes Land, Baurechte	--	--
A1-An	Spitalgebäude und andere Gebäude (z.B. Büro- und Verwaltungsgebäude, Wohngebäude, Personalhaus)	3%	33,3
B1	Bauprovisorien	100% / AswN*	AswN*
Installationen			
C1	Allgemeine Betriebsinstallationen (Heizungs-, Lüftungs-, Klima- und Kälteanlagen, Sanitär- und Elektroinstallationen inkl. Verkabelung)	5%	20
C2	Anlagespezifische Installationen	5%	20
Mobile Sachanlagen			
D1	Mobiliar und Einrichtungen (inkl. Lager)	10%	10
D2	Büromaschinen und Kommunikationssysteme	20%	5
D3	Fahrzeuge	20%	5
D4	Werkzeuge und Geräte (Betrieb)	20%	5
Medizintechnische Anlagen			
E1	Apparate, Geräte, Instrumente (inkl. Anschaffungssoftware)	12,5%	8
E2	Software-Upgrades	33,3%	3
Informatikanlagen			
F1	Hardware (Server, PC, Drucker usw.)	25%	4
F2	Software (gekaufte Lizenzen, wie z.B. für Betriebssysteme)	25%	4
Immaterielle Werte			
Nur wenn sie einer Abnutzung unterliegen wie z.B. der Ablauf eines Patents oder einer Lizenz. Marken und andere Goodwill (Kundenstamm, Firma, Logos usw.) werden nicht abgeschrieben.		100% / AswN*	AswN*
Finanzanlagen			
langfristige Anlagen (Titel, Wertschriften, Beteiligungen, Darlehen, Schuldbriefe) in fremden Unternehmen oder Investitionsprojekte.		--	--

*AswN = Anlagespezifische wirtschaftliche Nutzungsdauer

Weitere notwendige national definierte Eckwerte der Kostenstellenrechnung können der Branchenlösung REKOLE® im Kapitel 7 "Die Anlagenbuchhaltung" und 8 "Die Kostenstellenrechnung" entnommen werden.

2.6.5 Eindeutige Definition von Einzelkosten

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

Tabelle 15: REKOLE® Einzelkosten

© H+ Die Spitäler der Schweiz Einzelkosten		Umfang
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	Alle
485	Übrige patientenbezogene Fremdleistungen	Alle
486	Übrige Auslagen für Patienten	Alle

Die ABC-Methode ist in der Branchenlösung REKOLE®, Kapitel 10.9 näher erläutert. Überschreiten die Gesamtkosten eines Einsatzgutes (Einstandspreis) im akutsomatischen Bereich ([Einkaufspreis des Einsatzgutes x bezogene Menge] + Gemeinkostenzuschlag) pro Fall CHF 200 (ausgenommen sind Implantate, inkl. Osteosynthese-Material, bei denen die Frankengrenze bei CHF 50 liegt), 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.

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

2.7 Das REKOLE® Zertifizierungsverfahren

Mit den Zertifizierungsrichtlinien ist ein Zertifizierungssystem für die Kosten- und Leistungsrechnung der Spitäler entwickelt worden, welches die Übereinstimmung des betrieblichen Rechnungswesens mit den REKOLE® - Vorgaben und der VKL feststellt und als Gütesiegel für die korrekte Umsetzung von REKOLE® dient. Ziel ist es, die hohe Zuverlässigkeit der Kostendaten zu bestätigen und damit das Benchmarking unter den Spitälern zu erleichtern und generell die Umsetzung von REKOLE® in der Branche zu unterstützen.

Die Zertifizierungsrichtlinien basieren auf der Branchenlösung REKOLE® und bieten den Spitälern und Organisationen eine klare, einheitliche und realitätsbezogene Lösung zur Zertifizierung an. Die Zertifizierungsrichtlinien sind so aufgebaut, dass sie von sämtlichen Spitälern (mit öffentlicher oder privater Trägerschaft) angewendet werden können, die in den Bereichen

- Akutsomatik,
- Rehabilitation,
- Psychiatrie,
- Langzeitpflege,

tätig sind, REKOLE® umgesetzt haben und die Umsetzung nach den vorgegebenen Zertifizierungsrichtlinien attestieren lassen möchten.

Ziel der Zertifizierung ist es, die hohe Zuverlässigkeit der Kostendaten entlang der Mindestanforderungen von REKOLE® professionell und unparteilich zu bestätigen und damit das Benchmarking unter den Spitälern zu erleichtern und generell die Umsetzung von REKOLE® in der Branche zu unterstützen.

2.7.1 Das REKOLE® Zertifikat, als Bescheinigung zur korrekten VKL-Umsetzung

Das REKOLE® Zertifikat bescheinigt, dass die Vorgaben gemäss Branchenlösung REKOLE® – Betriebliches Rechnungswesen im Spital sachkonform umgesetzt sind, insbesondere:

- stimmen die Abgrenzungsrechnung und Abstimmbrücke mit den Vorgaben überein;
- sind die Abgrenzungen korrekt;
- wird die Anlagebuchhaltung gemäss den Vorgaben REKOLE® und VKL geführt;
- werden die weiteren VKL Forderungen sachgerecht umgesetzt;
- entspricht der Kostenartenrahmen dem Aufbau des Kostenartenrahmens H+;
- sind die Kontierungsrichtlinien und Verrechnung der Einzel- und Gemeinkosten nach den Kriterien gemäss Handbuch korrekt;
- ist der Kostenstellenrahmen gemäss der nationalen Harmonisierungsebene umgesetzt;
- entspricht der Kostenträger der Definition des administrativen Falls und/oder Auftrags;
- ist das Regelwerk des administrativen Falls vollständig und korrekt in sämtlichen Aktivitätsbereichen des Spitals umgesetzt;
- stimmt die Leistungserfassung (inkl. Minimalvariante der Verrechnungsmethodik) mit den Vorgaben REKOLE® überein.

2.7.2 Das Zertifizierungsverfahren in 8 Schritte

Das Zertifizierungsverfahren erfolgt in einem vorgegebenen Ablauf, der in acht Schritten zusammengefasst werden kann:

Tabelle 16: das Zertifizierungsverfahren in 8 Schritte

1. Auswahl der Prüfstelle	Auf der Homepage von H+ (www.hplus.ch) finden Sie ein Verzeichnis der von H+ akkreditierten Prüfstellen.
2. Selbstauskunft des Spitals	Ausfüllen eines Fragebogens durch das Spital, Auswertung durch die Prüfstelle. Es werden Fragen zu Organisation, Dokumentationsanforderungen, Management von Ressourcen, Umsetzung von REKOLE® gestellt.
3. Durchsicht der vorhandenen Dokumentation	Prüfung der relevanten Kostenrechnungs-Dokumentation. So macht sich die Prüfstelle ein Bild darüber, ob das Spital bereit ist für eine Zertifizierung oder ob die Zertifizierung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen sollte.
4. Audit vor Ort	Das Audit dauert, je nach Grösse des Spitals, ein bis mehrere Tage. Danach wird ein ausführlicher Auditbericht erstellt. Bei geringen Abweichungen wird eine Frist zur Nachbesserung gesetzt, bei schwerwiegenden Abweichungen wird ein Nach-Audit angesetzt.
5. Einreichen des Prüfberichts an die Zertifizierungsstelle	
6. Ausstellung des Zertifikates	
7. interne Audits	Das Zertifikat gilt für vier Jahre. In dieser Zeit werden intern jährliche Audits durch die Spitäler durchgeführt.
8. Re-Zertifizierung	Nach vier Jahren erfolgt eine Re-Zertifizierung.

Im Rahmen des Zertifizierungsaudits wird die Umsetzung und korrekte Anwendung der Zertifizierungsrichtlinien und REKOLE® – Betriebliches Rechnungswesen im Spital anhand von Interviews, Stichproben etc. überprüft. Das Spital verpflichtet sich, der Prüfgesellschaft die benötigten Unterlagen und Informationen offen vorzulegen.

Bei der Zertifizierung werden die im Auditbericht festgehaltenen Ergebnisse (Ist-Situation) mit den Vorgaben (Soll-Situation) der Zertifizierungs- sowie REKOLE®-Richtlinien auf der so genannten Harmonisierungsebene (MUSS-Ebene) verglichen. Sind die Vorgaben erfüllt, erfolgt die Zertifizierung. Bei Abweichungen von den Vorgaben werden Korrekturmassnahmen festgelegt, welche innerhalb von 6 Monaten korrigiert werden müssen.

2.7.3 Das REKOLE® Prüfprogramm, als Bestandteil der Zertifizierungsrichtlinien

Als Hilfsmittel zur Zertifizierung dient den Prüfstellen das von H+ beglaubigte Prüfprogramm basierend auf den folgenden Audit-Grundlagen:

- Zertifizierungsrichtlinien REKOLE®
- Branchenlösung REKOLE® – Betriebliches Rechnungswesen im Spital, 5. Ausgabe 2018
- REK-Entscheide
- Bundesverwaltungsgerichtsurteile.

Das Ziel des Prüfprogramms ist die Beurteilung der Funktionstüchtigkeit und Übereinstimmung des betrieblichen Rechnungswesens inkl. IT mit den Vorgaben gemäss REKOLE®, inkl. VKL Umsetzung.

Das Audit vor Ort wird entlang dieses national definierten Prüfprogramms festgelegt und der REKOLE® Entwicklung laufend angepasst. Die Granularität des Prüfprogramms ist so angesetzt, dass davon ausgegangen werden kann, dass die Mindestanforderungen von REKOLE® und insbesondere die VKL-Kompatibilität der auditierten Spital-Kostenrechnungen vorhanden sind. Als Beispiel zur Granularität der Auditanalyse wurden nachstehend einige Fragen aus dem Prüfprogramm REKOLE® entnommen und hier dargestellt:

- Frage zur Ermittlung der Abschreibungen der Anlagekategorien A1-An & C1

  In Rot hervorgehoben die Tatsache, dass bei der Ermittlung der Abschreibungen der Anlagekategorien A1-An & C1 sowohl die Bewertung der Kalkulationsbasis der Anlagen als auch das Abschreibungsverfahren nach betriebswirtschaftlichen Kriterien und nach VKL Vorgaben zu erfolgen hat und vorzulegen ist. Wenn dies nicht der Fall ist, dann ist der Punkt im Audit nicht bestanden und muss – sofern das Zertifikat ausgestellt werden soll - innert sechs Monaten entsprechend angepasst werden:

Tabelle 17: Auszug Prüfprogramm REKOLE®, Kapitel 7 Anlagenbuchhaltung, Frage 7.5.3

7.5	Anlagekategorien und Ermittlung der Abschreibungsbasen	N/A	Ja	Nein	Prüftechnik	Dokumentation	Bemerkung/Empfehlung
7.5.3	Basieren die kalkulatorischen Abschreibungen für Anlagen der Anlagekategorie A1–An sowie C1 sowohl auf Basis historischer Anschaffungswert und der anschliessenden Indexierung der Abschreibungen (REKOLE®, Variante A) wie auch Anschaffungswert ohne Indexierung der Abschreibungen (VKL)? Hinweis: Ist der historische Anschaffungs-/Herstellungswert nicht bekannt, so ist der Anschaffungswert herzuleiten, indem der Brandversicherungswert auf das Jahr der Inbetriebnahme der Anlage rückindexiert wird (Schätzmethode). Vor der Rückindexierung ist sicherzustellen, dass der Brandversicherungswert alle notwendigen Baukostenkomponenten berücksichtigt. Fehlt die genaue Aufteilung des Brandversicherungswerts in die beiden Anlagekategoriengruppen A1–An und C1, wird folgende ermittelte durchschnittliche Aufteilung des Brandversicherungswerts angewendet: ▪ A1–An: 65 % ▪ C1: 35 % Der Nachweis der kalkulatorischen Abschreibungen für Anlagen der Anlagekategorie A1–An sowie C1 muss zwingend nach REKOLE® und VKL vorhanden sein. Die Verwendung des Brandversicherungswerts (inkl. Indexierung) als Kalkulationsbasis (REKOLE®, Variante B) geniesst nur noch subsidiären Charakter. Siehe auch REK-Entscheid 13_002. (Vgl. Kapitel 7.5.1 Immobile Sachanlagen (Anlagekategorien A0/A1–An/B1)					Abschreibungstabelle	

- Frage zur Tätigkeitsanalyse der Forschung und universitären Lehre

  In Rot hervorgehoben die direkte Verbindung zur VKL und zum MedBG. Unten in Rot hervorgehoben die direkte Verbindung zur Branchenlösung REKOLE® und die dort vorgegebenen und mittels einem Zertifikat verbindlich erklärten Mindestanforderungen:

Tabelle 18: Auszug Prüfprogramm REKOLE®, Kapitel 9.11 Forschung und universitäre Lehre Frage 9.11.1

9.11	Forschung und universitäre Lehre	N/A	Ja	Nein	Prüftechnik	Dokumentation	Bemerkung/Empfehlung
	Die Betriebsrechnung REKOLE® soll zeigen, wie hoch die betriebsbezogenen Kosten für die Forschung und universitäre Lehre sind und die betriebsbezogenen OKP-relevanten Kosten davon zu bereinigen um Transparenz und Steuermöglichkeiten zu schaffen. Ausserdem dient sie dazu festzulegen wie hoch der universitäre Anteil der universitären 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 im Handbuch vorgelegten Regelwerk zur Ermittlung der Kosten der Forschung und universitären Lehre ist das Vorgehen leistungsbezogen, national harmonisiert und gesetzeskonform.						
	Nachstehende Prüfungshandlungen gelten für Universitätsspitäler und Spitäler mit universitären Aufträgen und/oder Forschungsaufträgen von Dritten:						
	Hinweis: Im Hinblick auf Betriebs- und Aktivitätsvergleiche ist festzuhalten, dass es im Zusammenhang mit Abgrenzungen von Aktivitäten der Forschung und der universitären Lehre (z. B. zwischen Universitätsspitäler und Universitäten) in der Schweiz unterschiedliche Ausgangslagen gibt, die zwar die objektive Ermittlung der betriebsbezogenen OKP-relevanten Betriebskosten nicht tangieren aber im Rahmen von nationalen Aktivitätsvergleichen der Forschung und der universitären Lehre zwingend zu berücksichtigen sind.						
9.11.1	Wurde in den letzten 4 Jahren eine Tätigkeitsanalyse durchgeführt? Hinweis: Die Tätigkeitserhebung der universitären Lehre nach Art. 7 VKL, betrifft alle Berufskategorien des Spitalpersonals im Rahmen der theoretischen und praktischen Ausbildung sowie Weiterbildung, der im MedBG definierten universitären Medizinalberufe[1] ▪ die eine Lehrtätigkeit wahrnehmen (erteilte Lehre, Sicht des Lehrers) und ▪ Studierende (erhaltene Lehre, Sicht des Studenten) Die Analyse der Kuppelproduktion muss in der Tätigkeitserhebung zwecks der Ermittlung der OKP relevanten Betriebskosten bzw. Ermittlung der Kosten für Forschung und universitäre Lehre lückenlos durchgeführt werden. [1] Folgende universitäre Medizinialberufe sind heute definiert (Art. 2 Abs. 1 MedBG): ▪ Ärztinnen und Ärzte ▪ Zahnärztinnen und Zahnärzte ▪ Chiropraktiorinnen und Chiropraktoren ▪ Apothekerinnen und Apotheker ▪ Tierärztinnen und Tierärzte.						

Tabelle 19: Auszug Prüfprogramm REKOLE®, Kapitel 9.11 Forschung und universitäre Lehre Frage 9.11.3

9.11.3	Wurde die Tätigkeitserhebung mindestens unterteilt in (erteilt und erhalten): ▪ Ausbildung ▪ Weiterbildung und ▪ Forschung? Hinweis: Fortbildungsaktivitäten und ihre entsprechenden Kosten sind OKP-relevante Kosten und fallen daher nicht unter die Aktivitäten der Forschung und universitären Lehre nach KVG. Die Tätigkeitserhebung der Fortbildung bleibt daher optional, da kein separater Ausweis dieser Tätigkeit von Gesetzes wegen erforderlich ist. Fortbildungsaktivitäten sind auf die administrativen Fälle zu verrechnen. Die Tätigkeitsgruppen gemäss Handbuch Kapitel 10.3 wurden für die ärztlichen Berufskategorien beispielhaft zugeschnitten. Erstellt ein Spital eine noch feinere Tätigkeitserhebung, so ist sicherzustellen, dass die erhaltenen Informationen (z. B. prozentuale Anteile des Beschäftigungsgrads) richtig verdichtet werden. Eventuelle fehlende und für die übrigen Berufskategorien spezifische Tätigkeitsgruppen sind zu bilden. Weitere Details sind dem Handbuch REKOLE®, Betriebliches Rechnungswesen, 4. Ausgabe 2013, Kapitel 9.11.6 Voraussetzungen innerhalb von REKOLE® und Kapitel 10.3 Bildung von Tätigkeitsgruppen zwecks Erfassung der Aktivitäten der Forschung und universitären Lehre zu entnehmen.						

2.7.4 Stand der REKOLE® Zertifizierungen schweizweit

Ende Juni 2019 wurde der Zertifizierungsstand des gesamten Spital-Betriebsaufwands gemessen. Das Ergebnis ist sehr erfreulich: 82% des Betriebsaufwands 2017 aller Schweizer Spitäler und Kliniken ist REKOLE® zertifiziert:

Tabelle 20: REKOLE® Zertifizierungsstand der Schweizer Spitäler per 28.6.2019

Nach Spitalkategorien	Betriebsaufwand 2017	Zertifiziert in %
Akutsomatik Grundversorgung	2'522'123'434	58
Akutsomatik Zentrumsversorgung	7'447'075'923	82
Privatkliniken	2'857'082'975	77
Psychiatrie	1'365'569'847	69
Rehabilitation	782'295'501	74
Universitätsspitäler	5'611'634'894	100
Total Betriebsaufwand	**20'585'782'574**	**82**

3. BEANTWORTUNG DER KRITIKPUNKTE AN REKOLE® UND ITAR_K®

Ausgehend von den Ausführungen oben kann H+ auf folgende Kritikpunkte der Krankenversicherer wie folgt Stellung nehmen:

Rz.	Inhalt der Kritik und Stellungnahme dazu
	"Wie ist das genaue Vorgehen bei der Erstellung der ambulanten Kostenträgerrechnung? Wie werden die Kosten auf dem Tarifwerk-Kostenträger TARMED-KVG genau gebildet?" **Einschätzung H+:** Es gibt nicht eine "ambulante" Kostenträgerrechnung, sondern eine betriebsbezogene Kostenträgerrechnung. Ambulante und stationäre Fälle unterliegen denselben Prinzipien. Der Begriff "ambulant" ist nicht eine Eigenschaft der Kostenrechnung, sondern eine in der VKL definierte Aufenthaltsart, welche einen administrativen Fall charakterisiert. Der von den Krankenversicherern angesprochene sog. «*Tarifwerk-Kostenträger TARMED_KVG*» bezieht sich auf ITAR_K® und die dort so bezeichnete Excel-Spalte. ITAR_K® ist eine Art, wie administrative Fälle und ihre beanspruchten Einzelleistungen sinnvoll gruppiert und als verdichtete Kostenträger dargestellt werden können. Der sog. «*Tarifwerk-Kostenträger TARMED_KVG*» stellt die Verdichtung aller erbrachten Spital-Leistungen, die vom Tarifwerk TARMED abgegolten werden, dar. Die Gruppierung aller erbrachten TARMED-Einzelleistungen auf dem sog. «*Tarifwerk-Kostenträger TARMED_KVG*» erfolgt durch eindeutige Zuordnung der medizinischen Leistungen (inkl. Sach- und Umlagekosten) ausgehend von allen ambulanten administrativen Fällen, die in einem Spital behandelt wurden. In der Regel werden im ambulanten wie im stationären Bereich die administrativen Fälle einfach nach Tarifwerk gruppiert. Kommt es vor, dass administrative Fälle Leistungen erhalten, die schliesslich durch unterschiedliche Tarifwerke entgolten werden, so müssen die einzelnen Leistungen des administrativen Falls den unterschiedlichen Tarifwerken zugeordnet werden. In diesem Fall ist ein besonderes Augenmerk auf bestimmte Gemeinkosten (Patientenadministration und ANK) zu richten, da diese Gemeinkosten u.U. (abhängig von den Spitalbetriebssystemen) proportional zu den Gesamtkosten der verschiedenen beanspruchten Tarifwerken zu verteilen sind.

	Im obigen Kapitel 1 wird mittels zweier Beispiele dargestellt, wie der Ressourcenverbrauch in Kosten bewertet, auf die administrativen Fälle verrechnet und schliesslich auf die verschiedenen ambulanten Tarifwerke gruppiert wird. **Fazit:** Der gesamte Bewertungs-, Verrechnungs- und Darstellungsprozess der Kostenentstehung pro Tarifwerke ist im REKOLE® und ITAR_K® transparent dargelegt. Es ist eine Tatsache, dass mit der Gesetzesanforderung an die Spitäler eine Kostenträgerrechnung zu führen, die Kostenrechnungsmethode der Spitäler gegenüber jener Methode der 90er Jahren bekannt unter dem Namen «VESKA-Kostenstellenrechnung» massiv an Komplexität gewonnen hat. Ein fundiertes Studium der Branchenlösung REKOLE® und ITAR_K® und eine praktische Kenntnis der Behandlungsprozesse in den Spitälern erhöht das Verständnis der aktuellen Kostenrechnungsmethode und der Kostenkalkulation in den Spitälern.
30	"*Die Rechnungslegungs- und Tarifherleitungsmodelle (nach REKOLE® und ITAR_K®) verwenden normative Schlüsselungen und Weiterverrechnungen, z.B. kann bei der Leistungserfassung auf Normzeiten nach TARMED-Minutagen anstatt auf effektiven Zeitaufwand abgestellt werden (Handbuch REKOLE®, Kapitel 10).*" **Einschätzung H+:** REKOLE® und ITAR_K® sind keine Rechnungslegungsmodelle. Rechnungslegungsmodelle oder -standards sind bereits besetzte Begriffe, betreffen die Finanzbuchhaltung und regeln die Art und Weise wie Bilanz, Erfolgsrechnung und Abschlüsse eines Betriebs/Konzerns bewertet, strukturiert und präsentieren werden. Es ist korrekt, dass REKOLE® vorsieht, dass dort, wo dies aus Kosten/Nutzen-Gründen sinnvoll ist, die Leistungserfassung von medizinischen Aktivitäten mittels TARMED (Taxpunkte und/oder hinterlegte Normminuten) möglich ist. Jedoch sieht REKOLE® für den stationären und den ambulanten Bereich gleichermassen vor, dass in den ressourcenintensiven Leistungsorten eines Spitals die Leistungserfassung auf IST-Zeiterfassung abstellt. **Fazit:** «Normative Ansätze» in der Leistungserfassung und Verrechnungsmethodik sind nicht *per se* etwas, das in der Kostenrechnung in jedem Fall vermieden werden sollte. Im Gegenteil: Die Herausforderung einer effizienten Kostenrechnung liegt genau darin, zu orten, wo mit normativen Ansätzen gearbeitet werden kann, ohne dabei die Entscheidfindung im Rahmen der Unternehmensführung und die realitätsnahe Erfassung der Kosten zu beeinträchtigen. **Es geht immer um ein Abwägen zwischen Genauigkeit, Scheingenauigkeit und Aufwand der Kostenerfassung**. Die Führung einer Kostenrechnung ist nämlich kostenintensiv und bringt aus Sicht der Patientin oder des Patienten keinen Mehrwert. Insofern ist es aus Kosten-/Nutzensicht sinnvoll, wenn immer möglich die Kostenrechnung auf Informationen abzustützen, die bereits für andere Zwecke im Betrieb erhoben werden (Krankheitsgeschichte des Patienten, OP-Berichte, Laborberichte, Debitorenrechnung, usw.). In allen ressourcenintensiven Aktivitäten basiert die Leistungserfassung nach REKOLE®, wie von den Krankenversicherern gefordert, auf IST-Zeiten.

30	*"Für TARMED als eine Tarifstruktur, die sich in der Betriebsphase befindet, sind nicht normative Schlüsselungen und Weiterverrechnungen, sondern Schlüsselungen nach effektiven Werten (z.B. effektiver Zeitaufwand) zu fordern."* **Einschätzung H+:** Wie oben dargelegt, können normative Schlüssel ein sehr geeignetes Instrument zur Leistungserfassung sein, das auch zu realitätsnahen Ergebnissen führt. Der Entscheid über die Verwendung von normativen Schlüsseln oder z.B. IST-Zeiten ist stets auf der Basis einer Kosten-/Nutzen Abwägung vorzunehmen. Wo der zu erwartende Nutzen den Mehraufwand rechtfertigt, sieht REKOLE® für den stationären und den ambulanten Bereich die Verwendung von IST-Zeiten zwingend vor. Dies trifft zum Beispiel zu bei allen kostenintensiven Teilprozessen einer medizinischen und pflegerischen Behandlung. Für andere weniger leistungsintensive Leistungsbereiche führt die Abwägung der verschiedenen Interessen dazu, dass die Verwendung normativer Schlüssel geeigneter ist. Ein «normativer Ansatz» in der Kostenrechnung bedeutet keinesfalls, dass Kosten ungenau, unpräzis oder intransparent erfasst würden. Und mit einer IST-Zeiterfassung ist nicht auszuschliessen, dass dabei nur eine Scheingenauigkeit kultiviert wird. Eine durchgehende Erfassung von IST-Zeiten wäre im Spitalalltag mit enormem administrativem Mehraufwand und einer zusätzlichen Belastung des medizinischen Personals verbunden. Dies würde mit Sicherheit den WZW-Kriterien widersprechen! Durchsetzbar wäre dieser Ansatz zudem im Spital keineswegs, da der zu erwartende Gewinn an Genauigkeit, in keiner Weise den hierfür zu erbringenden Mehraufwand rechtfertigt. Im Übrigen ist H+ keine Branche bekannt, deren Kostenrechnung einzig auf IST-Zeiterfassung basiert!
33	*"Das ITAR_K®-Formular zeigt sog. "Tarifwerk-Kostenträger" (Tarifwerk-KTR) auf. Der eigentlichen Kostenträger (KTR) gemäss REKOLE® ist jedoch (bloss) der administrative Fall."* **Einschätzung H+:** ITAR_K® stellt eine Möglichkeit dar, wie die im REKOLE® definierten Kostenträger (administrativer Fall und Auftrag) sinnvoll gruppiert werden können. Der administrative Fall und der Auftrag bilden die kleinsten bebuchbaren Einheiten. Dank ITAR_K® können alle administrativen Fälle in Tarifwerke gruppiert werden und sichergestellt werden, dass z.B. nicht OKP-relevante Tätigkeiten und Kosten in geeigneten Spalten gruppiert und separat ausgewiesen werden. **Fazit:** ITAR_K® ist integraler Bestandteil von REKOLE® und bildet eine bestimmte Art ab, wie Kostenträger (administrativer Fall und Auftrag) sinnvoll verdichtet werden können.
33	*"Die Tarifwerk-KTR sollten (bei einer korrekten Kostenträgerrechnung) durch die Aufsummierung der administrativen Fälle des jeweiligen Tarifwerks gebildet werden."*

	Einschätzung H+: Die Bildung der Tarifwerk-KTR erfolgt genau in der von den Krankenversicherern geforderten Weise (sog. Aufsummierung). Im Zuge der Verdichtung der (ambulanten) administrativen Fälle zu Tarifwerk-KTR, die dann im ITAR_K® dargestellt werden, werden die administrativen Fälle auf der Grundlage der den einzelnen Fällen hinterlegten Referenzdaten (vgl. REKOLE® Handbuch, Kapitel 9.8) zusammengezogen und aufaddiert. Dieses Vorgehen unterscheidet sich in keiner Weise vom Vorgehen im stationären Bereich, wo die in ITAR_K® abgebildeten stationären Tarifwerk-KTR auf dieselbe Weise gebildet (verdichtet) werden. Eine Besonderheit gilt, wo einem administrativen Fall ausnahmsweise Leistungen mehrerer Tarifwerke zugeordnet sind (z.B. TARMED und Physiotherapie) (vgl. dazu die Beispiele oben in Kapitel 1). Allerdings erlaubt diese Besonderheit keinesfalls eine Diskreditierung der gesamten Branchenlösung.
33	*"Im stationären Bereich dürfte die Bildung der Tarifwerk-KTR gemäss dieser Vorgabe (vgl. oben) erfolgen. Im ambulanten Bereich dürfte dies nicht der Fall sein."* **Einschätzung H+:** Vgl. Antwort auf die Frage oben. Die Bildung der Tarifwerk-KTR erfolgt ambulant und stationär in derselben Weise durch Aufsummierung der dem jeweiligen Tarifwerk hinterlegten Referenzdaten.
33	*"Möglicherweise müssen die Kostenstellen-Kosten direkt auf die ambulanten Tarifwerk-KTR umgelegt werden, weil den ambulanten administrativen Fällen weder Tarifwerke noch Gesetze (KVG, UVG etc.) zugeordnet werden." (Vermutung zur tatsächlichen Bildung der Tarifwerk-KTR)* **Einschätzung H+:** Die Vermutung trifft nicht zu. Die für die Verdichtung zu Tarifwerk-KTR erforderlichen Daten sind den einzelnen administrativen Daten als Referenzdaten hinterlegt (vgl. Branchenlösung REKOLE®, Kap. 9.8).
33	*"Eine Herleitung der Kosten auf dem Tarifwerk-KTR "TARMED-KVG", der nicht auf einer Aufsummierung der administrativen Fälle des jeweiligen Tarifwerks TARMED-KVG basiert, kann nicht als (korrekte) Kostenträgerrechnung qualifiziert werden.* **Einschätzung H+:** Die Verdichtung der ambulanten administrativen Fälle auf die geeigneten heute gültigen ambulanten Tarifwerke ist möglich und belegbar. Ausserdem, und sofern sich Gründe aufdrängen, darf nicht vergessen werden, dass sich die Tarifwerke höchstwahrscheinlich an die Spitalrealitäten anpassen sollten und nicht umgekehrt! Schliesslich darf nicht vergessen werden, dass sowohl ITAR_K® wie auch REKOLE® lernende Systeme sind, die sich mit der Zeit laufend anpassen müssen um einerseits die sich ändernden Betriebsrealität und anderseits neue gesetzliche Anforderungen (inkl. Auslegungen des BVGer) zu berücksichtigen.

	Der Aktualisierungsrhythmus von ITAR_K® erfolgt wie folgt: 2018 wurde die Version 8.0 ITAR_K® definiert und aktualisiert, so dass 2019 die Spitalbetriebsdaten 2017 damit erhoben werden konnten. **Fazit** Die Krankenversicherer forderten 2019 einen ITAR_K® Detailierungsgrad, der in der Version 10.0 vorgesehen ist, nicht aber in der Version 8.0. Damals hatten sie selbst auch noch nicht daran gedacht (offiziell ist bei H+ zumindest nie einen entsprechenden Antrag eingegangen). H+ bedauert dieses Vorgehen, zumal die Spitäler und H+ alles daransetzen, die Branchenlösungen REKOLE® und ITAR_K® so zeitnah wie möglich den steigenden Ansprüchen anzupassen. An dieser Stelle soll festgehalten werden, dass Spitalkostenrechnungen nach REKOLE® seit Beginn (2005), die Erfassung solcher patientenbezogenen administrativen Angaben - wie Garant - natürlich vorsehen. Ansonsten könnten die Spitäler nicht adäquat fakturieren. Weiter hätten die Spitäler, die von den Versicherern zusätzlich zu ITAR_K® 8.0 geforderten detaillierteren Auswertungen 2018 nicht aufbereiten können. Dass solche detaillierteren Auswertungen (z. B. nach Garant) nun ins ITAR_K® einfliessen und national verbindlich werden ist eine andere Ebene/Dimension, die aber wie soeben erwähnt ab Version 10.0 vorgesehen ist.
34	*Die Kostenträgerrechnungen der Spitäler sind im ambulanten Bereich und insbesondere in Bezug auf den KTR "TARMED-KVG" ungenügend (keine realitätsnahen Ergebnisse).* **Einschätzung H+:** Dank REKOLE® und ITAR_K® kann die ambulante und stationäre Spitaltätigkeit zeitgleich realitätsnahe abgebildet werden. Bis heute werden die Ergebnisse eines Spital-Betriebsjahrs per 1. Mai des darauffolgenden Jahres (Art. 15 VKL) den Krankenversicherern zur Einsicht und zwecks Plausibilisierungsarbeiten bereitgestellt.

4. WEITERE FRAGESTELLUNGEN DER KRANKENVERSICHERER

Neben den oben genannten Kritikpunkten, die den Kern der Funktionsweise von REKOLE® und ITAR_K® betreffen, werden weitere Fragen und Kritikpunkte aufgebracht, die nachfolgend ebenfalls beantwortet werden sollen. Da H+ keinen Einblick in die Kostenrechnungen der einzelnen Spitäler hat, kann H+ diese Kritikpunkte jedoch nur in allgemeiner Weise beantworten:

Rz.	Inhalt der Kritik und Stellungnahme dazu
40	"*Die Kostenumlage im ambulanten Bereich zeigt einen sehr hohen Anteil an Gemeinkosten*." **Einschätzung H+:** Wenn die Krankenversicherer monieren, dass der Anteil der Gemeinkosten hoch ist, wäre zunächst anhand von Vergleichen zu klären, inwiefern dieser Anteil hoch sein sollte? Wir können an dieser Stelle nur erneut an drei zentrale Sachverhalte erinnern:

	▪ Im REKOLE® gibt es nur ein Verrechnungs- und Umlageverfahren. Dabei untersteht das ambulante und stationäre Geschäft den gleichen Regeln: Patientenbezogene Erfassung der Leistung und verursachergerechte Verrechnung- und Umlageverfahren. ▪ Die Vollkostenrechnung basierend auf IST- und Normalkosten bildet lediglich das «Fundament» um Einzel- und Gemeinkosten von administrativen Fälle zu vergleichen. Sie bleibt ungeeignet, um Einzel- und Gemeinkosten zu vergleichen, ohne zuvor zusätzliche Vergleichsspielregeln zu definieren und genauere Analysen vorzunehmen. ▪ REKOLE® und ITAR_K® sind klar keine Betriebsvergleichssysteme und auch keine Vergleichssysteme von Fallkostenkomponenten. In einem derartigen Kostenrechnungsmodell kann, wenn überhaupt, nur das Total der Fallkosten verglichen werden. Wobei auch in diesem Fall, zusätzliche Betriebs- und Fallmerkmale zwingen in Betracht zu ziehen und zu berücksichtigen sind: z.B. die medizinischen und therapeutischen Fallmerkmale und die durchgeführten Prozeduren/Behandlungen, die dieselben sein müssen. **Begründung:** Eine Vollkostenrechnung ist keine Prozesskostenrechnung! Die Gemeinkosten bilden 1) betriebsinterne Behandlungsabläufe, Supportprozesse und Organisationsstrukturen ab, welche sich so nicht vergleichen lassen, da unterschiedlich (Spitäler sind keine standardisierten Betriebe Typus Mc Donalds oder Lidl) und 2) bilden Einzel- und Gemeinkosten je eine Seite derselben Medaille, da sie komplementär zueinander sind. Spitäler können z.B. ihre Laborleistungen entweder als Gemeinkosten führen oder als Einzelkosten: im ersten Fall führen die Spitäler selbst ein Labor, im zweiten Fall kaufen sie die Laborleistungen ein. Es ist daher nicht zielführend Einzelkosten und Gemeinkosten von administrativen Fällen unter Spitälern auf ITAR_K® Ebene zu vergleichen.
	"Ein so hoher Anteil an Gemeinkosten ist unplausibel." **Einschätzung H+:** Dito oben.
40	*"Der Anteil der Einzelkosten an der Kostenumlage im ambulanten Bereich ist sehr unterschiedlich hoch zwischen den Spitälern."* **Einschätzung H+:** Einzelkosten werden nicht umgelegt, sondern es wird ein patientenbezogener Frankenbetrag ohne Umlageschlüssel eins zu eins auf die Patienten, die diese Kosten verursacht haben, verbucht. Auch hier muss aufgepasst werden, nicht Betriebsvergleiche oder Fallvergleiche anstellen zu wollen. **Begründung:** Die Gründe der unterschiedlichen Höhe können mehrere sein (vgl. oben erwähntes Beispiel der Kostenabbildung einer Laborleitung). Ein relevanter Grund ist beispielsweise, ob das Spital mit Belegärzten arbeitet oder nicht. Im ersten Fall weist das Spital – sofern es die Honorar-Informationen vom Belegarzt erhält - unter der Einzelkostenart 405 aus, im zweiten Fall als Gemeinkostenart 31! Die Erklärungsmöglichkeiten sind daher vielfältig!
40	*"Solch (hohe) Unterschiede im Anteil der Einzelkosten sind unplausibel."*

	Einschätzung H+: *Dito oben.*
40	*"Die Schlüssel für die Umlage der Gemeinkosten sind aus ITAR_K® nicht ersichtlich."* **Einschätzung H+:** Ausgehend von den im Kapitel 2 erläuterten Mechanismen der Kostenrechnung REKOLE®, insbesondere der Herleitung der nationalen Harmonisierungsebene, ist es nachvollziehbar, dass im ITAR_K® eine Abbildung der Umlagen in der Gesamtsicht von ITAR_K® nicht angestrebt werden kann. Dies ist im Übrigen auch nicht möglich in der ITAR_K® Lasche «KTR Ausweis Gesamtsicht». Schliesslich ist dies bereits nicht mehr möglich im Kostenträgerausweis der einzelnen administrativen Fälle. Diese Tatsache ergibt sich aus der Branchenlösung REKOLE®, Kapitel 9.8 auf Seite 17, wo festgehalten wird: «…*Die Spalten «Menge» und «Kostensatz» bzw. «Gemeinkostenzuschlagsatz» der Excel-Vorlage des Ausweises des administrativen Falls geniessen Kann-Charakter und haben rein betriebsinternen Informationscharakte*r». Bestehen ausserdem die Muss-Kostenstellen aus einer Aggregation bzw. Verdichtung von Kann-Kostenstellen mit unterschiedlichen Bezugsgrössen, so sind im Kostenstellen- und Kostenträgerausweis die entsprechenden Felder «Kostensatz» und «Menge» nicht ausfüllbar und daher leer zu lassen.
46	*"Eine Reihe von Kostenstellen im ITAR_K-Formularset umfassen Kosten, welche eher nicht TARMED KVG-Kosten sind. Falls solche Kostenstellenkosten trotzdem im Kostenträger TARMED KVG enthalten sind, haben die Gesuchsteller Details und Begründungen zu liefern. Es handelt sich um die folgenden Kostenstellen: 29 Labor, 30 Dialysen, 32 Physiotherapie, 33 Ergotherapie, 34 Logopädie, 35 Nichtärztliche Therapien und Beratungen, 39 Pflege, 41 Hotellerie Zimmer, 42 Hotellerie Küche, 43 Hotellerie Service, 44 übrige Leistungserbringer und 77 Rettungs- bzw. Ambulanzdienst."* **Einschätzung H+:** Bei den von den Versicherern aufgezählten Kostenstellen ist zu differenzieren zwischen Gemeinkostenarten die nur ausnahmsweise auf der Spalte "Tarif TARMED" zu erwarten sind und solchen, die regelmässig auf den Kostenträger "Tarif TARMED" zu verbuchen sind. Bei den folgenden Gemeinkostenarten ist im Grundsatz zu erwarten, dass sie nicht auf der ITAR_K® Spalte «Tarif TARMED», sondern einer der nachfolgenden Tarifspalten zugeordnet werden (je nach Hintergrund der erbrachten Leistung kann aber die ausnahmsweise Erfassung auf dem "Tarif TARMED" möglich sein):

Gemeinkostenarten	**ITAR_K® Spalte in Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtsicht» (Version 8.0[25])**
29 Labor	DR
30 Dialysen	DX

[25] Spaltenbezeichnung gemäss aktueller ITAR_K® Version 8.0; die Nummerierung der Spalte und ihre Bezeichnung können in älteren und späteren Versionen abweichen.

32 Physiotherapie	DS
33 Ergotherapie	DT
34 Logopädie	DW
44 übrige Leistungserbringer	I-Q[26]
77 Rettungs- bzw. Ambulanzdienst	Primärtransporte: DN Sekundärtransporte für Dritte: I-Q

Kosten aus folgenden Kostenstellen, können dagegen ohne Weiteres Eingang in die ITAR_K® Spalte «Tarif TARMED» finden, zumal die Leistungen der nichtärztlichen Therapien und Beratungen, der Pflege sowie die eventuellen Kosten im Zusammenhang mit Hotellerie im TARMED im Sach- und Umlagesatz (sog. SUK-Satz) abgebildet sind.

Gemeinkostenarten	**ITAR_K® Spalte in Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtsicht» (Version 8.0[27])**
35 Nichtärztliche Therapien und Beratungen	DQ
39 Pflege	DQ
41 Hotellerie Zimmer	DQ
42 Hotellerie Küche	DQ
43 Hotellerie Service	DQ

In Bezug auf die Gemeinkostenart 35 "nichtärztliche Therapien und Beratungen" ist darauf hinzuweisen, dass TARMED mehrere Dutzend Tarifpositionen für "nichtärztliche" Leistungserbringung kennt[28]. Dazu zählen z.B. auch die die Leistungen der delegierten Psychotherapie (Psychologen) oder Neuropsychologie sowie entsprechend spezifizierte, eigenständige Leistungen des spezialisierten Pflegepersonals.

Auf der Gemeinkostenart 39 "Pflege" werden die Kosten der Pflegeleistungen im Zusammenhang mit TARMED Leistungen abgebildet. Die Pflege ist im Spital nicht nur bei den stationären Leistungen involviert, sondern – und zwar in erheblichem Ausmass – auch bei den ambulanten Leistungen.

Wir erinnern an dieser Stelle, dass im TARMED 01.08.01 BR (01.102014) die Hotellerie-Kosten während ambulanten Behandlungen abrechenbar sind. Ob die dafür vorgesehene

[26] Im KSSG ITAR-K 2017 beinhaltet die Gemeinkostenarten 44 ausschliessliche Leistungen der Seelsorge und dies nur auf dem stationären Kostenträger

[27] Spaltenbezeichnung gemäss aktueller ITAR_K® Version 8.0; die Nummerierung der Spalte und ihre Bezeichnung können in älteren und späteren Versionen abweichen.

[28] Vgl. den TARMED Tarifkatalog.

	TARMED Position 35.0510 kostendeckend ausfällt, ist eine andere Frage, die hier nicht behandelt wird. Die Tatsache, dass es aber eine TARMED Position gibt, zeigt, dass es ambulante Fälle gibt, die Hotellerie-Leistungen erhalten können.
47	*"Die beschriebene Methode, wie die Patientenadministration verbucht wird, zeigt eindeutig, dass die Gesuchsteller im ambulanten Bereich zu normativen Methoden greifen. Da es sich oft um beträchtliche Beträge handelt, stellt eine solche normative Zuteilung der Kosten der Patientenadministration eine nicht akzeptable Ungenauigkeit dar."* **Einschätzung H+:** Wir verweisen hier auf die Ausführungen im Kapitel 1 und 2 dieses Dokumentes. Die gewählte Methodik basiert auf einer bewussten Abwägung der verschiedenen Möglichkeiten und der damit verbundenen Vor- und Nachteile mit Blick auf Aufwand und realitätsnahe Ergebnisse.
48	*"Einige Gesuchsteller verbuchen zunächst verschiedene Kosten im Tarifwerk-Kostenträger „ohne Tarif", um anschliessend diese Kosten in einem zweiten Schritt auf die ambulanten Tarifwerk-Kostenträger zu verteilen. Diese Verteilung geschieht im Tabellenblatt „Gesamtansicht" in der Zeile 31. Ein derartiges Vorgehen ist jedenfalls separat zu erläutern und die OKP-Pflicht der Kosten zu begründen."* **Einschätzung H+:** Hinweis: Die Kritik bezieht sich wohl auf den Kostenträger "kein separater Tarif", ein Kostenträger "ohne Tarif" besteht nicht. Die Krankenversicherer beziehen sich auf die Zeile 31 der Excel-Lasche «Gesamtsicht», die die Verteilung der Spalte «kein separater Tarif» betrifft (indirektes Zuordnungsverfahren). Wir verweisen hier auf die Ausführungen in diesem Dokument in Ziff. 1.6 und 1.7 ab Seite 13 resp. 17 zum Umgang mit Auswertungen von ambulanten administrativen Fällen auf der Ebene ITAR_K® - insbesondere Umgang mit der Spalte «kein separater Tarif». An dieser Stelle sei einfach festgehalten, dass die Spalte «kein separater Tarif» keine Leistungen enthält, welche bereits direkt der Patientin oder dem Patienten oder der Versicherung ausserhalb der Tarifstruktur TARMED oder andere Tarife in Rechnung gestellt wurden (z.B. Medikamente). Daher werden diese Kosten in der Gesamtansicht von ITAR_K® Zeile 31 (neu 30, ITAR_K® Version 11) auf alle verbleibenden ambulanten Tarifwerke anteilmässig verteilt, also auch auf TARMED.
	"Die kostenbasierten TPW (Kosten aus der KoRe / TP) der Spitäler unterscheiden sich zwischen Spitälern sehr stark und schwanken im Zeitverlauf erheblich (Daten ein und desselben Spitals). Das ist unplausibel und ein Indiz für eine ungenügende Kostenrechnung." **Einschätzung H+:** Wir nehmen zu Kenntnis das hier offensichtlich ein «spread» der kostenbasierten TPW TARMED von den Krankenversicherern festgestellt wird (ca. CHF 0.62 – CHF 2.82). Diese Feststellung kann viele Ursachen haben, denen H+ zusammen mit den Versicherern und den betroffenen Spitäler sehr gerne nachgehen kann.

	Daraus aber pauschal ableiten zu wollen, dass die Kostenrechnung der Spitäler bzw. bestimmter Spitäler ungenügend ist, scheint H+ doch etwas zu einfach zu sein. Immerhin weisen auch die Baserates im SwissDRG-Bereich einen grossen «spread» auf.

5. GESAMT FAZIT

REKOLE® (inkl. ITAR_K®) ist die nationale Branchenlösung der Schweizer Spitäler und entspricht einem sachgerechten Modell, das methodisch/technisch alle Anforderungen an eine Kostenträgerrechnung erfüllt und damit den gesetzlichen Anforderungen (Art. 49 Abs. 7 KVG) genügt.

Mangels gesetzlicher Vorgaben (inkl. VKL) müssen die Systementwickler von REKOLE® und ITAR_K® gewisse Entscheidungen zur Ausgestaltung des Systems selbst treffen.

Die getroffenen Entscheidungen zur Ausgestaltung sind allesamt aus sachlichen und guten Gründen getroffen worden.

Versicherer, Kantone, BAG und weitere Akteure im Gesundheitswesen wie z.B. SwissDRG AG können – wie auch alle Spitäler - seit Inkraftsetzung von REKOLE® und ITAR_K® Anträge an H+ stellen und sie persönlich im Rahmen der REK- bzw. ITAR_K®-Kommission vortragen. Dazu gibt es ein ordentliches Antragsverfahren via H+ Website. Bis dato haben mehrheitlich Spitäler und die SwissDRG AG davon Gebrauch gemacht. Seitens Bundesämter hat dies einzig das BfS einmal gemacht. Seitens der Kantone und Versicherer wurde nie auf diese Möglichkeit zurückgegriffen.

Mit ihrer Frontalkritik stellen die Krankenversicherer REKOLE® und ITAR_K® grundsätzlich in Frage, denn wenn der ambulante Bereich integral in Frage gestellt wird, wird zugleich der stationäre Bereich integral in Frage gestellt. Das ist umso fraglicher, als die Krankenversicherer seit Anbeginn die Möglichkeit haben, über die REK konstruktiv an der Weiterentwicklung von REKOLE® mitzuwirken. Von dieser Möglichkeit haben die Versicherer – wie bereits erwähnt - jedoch bisher keinerlei Gebrauch gemacht. Weiter scheint im stationären Bereich REKOLE® und die Fallkostenkalkulation zwecks Ermittlung der Relativkostengewichte (SwissDRG-Grouper im akutsomatischen, rehabilitativen und psychiatrischen Bereich) und Ermittlung der betriebsbezogenen Basispreise durchaus zu genügen!

Selbst wenn einzelne Kritikpunkte in einer konstruktiven Diskussion aufgenommen werden könnten (Bereitschaft der Krankenversicherer zur konstruktiven Mitwirkung vorausgesetzt), so ist das aktuelle Modell sachgerecht und mit guten Argumenten vertretbar. Die Frontalkritik der Krankenversicherer ist in keiner Art und Weise begründet.

Mit einer derartigen Frontalkritik stellt sich viel mehr die Frage, was die Versicherer damit bezwecken wollen, vielleicht eine systematische Kultivierung der angeblichen Intransparenz? Es ist erschreckend festzustellen, dass die Versicherer erst nach 15 Jahren mit derartigen «Fragestellungen» über Gerichtsverfahren auf die Spitäler zukommen. Leider ist das Gerichtsverfahren, als Wahl der Austragung dieser Fragstellungen nicht der Weg einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit.

Weiter irritierend ist die Art und Weise wie Kritiken formuliert werden: Behauptungen und Unterstellungen. H+ bezweifelt, dass dies der richtige Weg ist, um gemeinsam und partnerschaftlich Transparenz in der Kostenermittlung der OKP-relevanten Betriebskosten sicherzustellen und das Vertrauen in die implementierte Branchenlösung (REKOLE®, ITAR_K® und REKOLE®-Zertifizierungsverfahren) langfristig zu bestärken.

H+ möchte an dieser Stelle zuhanden der Versicherer nochmals seine Bereitschaft ausdrücken und bekräftigen, dass die Schaffung von Verständnis und Vertrauen in der Kostenermittlung der OKP-relevanten Betriebskosten (ambulant und stationär) eines seiner zentralen Anliegen ist und H+ sich nach wie vor gerne bereit erklärt, gemeinsam und partnerschaftlich den hier formulierten Fragestellungen / Unsicherheiten / Annahmen nachzugehen.