



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

## Empfehlungen für die Dateneingabe in ITAR\_K<sup>®</sup> V 11.0

Die vorliegenden Empfehlungen wurden in Zusammenarbeit mit dem Verein SpitalBenchmark (SBM), dem Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) sowie einigen Aktivmitgliedern von H+ entwickelt. Ziel dieser Empfehlungen ist die Vereinfachung der Dateneingabe in ITAR\_K<sup>®</sup> und die Optimierung des Plausibilisierungsprozesses. Die neuen, ab der Version 11.0 von ITAR\_K<sup>®</sup> geltenden Erfassungsempfehlungen sind am Anfang des vorliegenden Dokuments *in grüner Farbe* aufgeführt.

1. Auf der Registerkarte "KTR-Ausweis Gesamtansicht" sind die Spalten im ambulanten Bereich, die von den Spitälern selbst definiert werden, nicht mehr nach KVG, MTK und Selbstzahler unterteilt (KTR-Ausweis Gesamtansicht, Spalten FC-FF). Pro selbst definierten Tarif ist nur eine Spalte verfügbar.
2. Auf der Registerkarte "KTR-Ausweis Gesamtansicht" ist es von nun an nicht mehr möglich, Werte für die Zeilen 17 (66 Finanzerlös) und 19 (68 Erlös aus Leistungen an Personal und Dritte) einzugeben. Ausnahmen: Spalten DX (universitäre Lehre + Forschung), DY (GWL) und DZ (übrige Aufträge von Dritten).
3. Auf der Registerkarte « KTR-Ausweis Gesamtansicht » muss die Zelle EA42 (Kosten für ambulante Patientenadministration) von nun an ebenfalls die Kosten der Zellen FG42 (Material, Medikamente, Blut), FH42 (Fremdleistungen) und FI42 (kein separater Tarif) enthalten. Die Verteilung der gesamten Patientenadministrationskosten für die ambulanten Aktivitäten erfolgt weiterhin automatisch in den Zellen EC42-FF42, jedoch ohne Berücksichtigung der Kosten der Zellen FG42, FH42 und FI42. Die Umlageberechnung erfolgt im Verhältnis zu den (direkten und indirekten) Gesamtkosten ohne den Anteil der Anlagenutzungskosten der einzelnen Tarife/ambulanten Aktivitäten.
4. In den Spalten I-R der Registerkarte « KTR-Ausweis Gesamtansicht » sollten alle Fälle aufgeführt werden, für die ein Case Mix unterlegt ist, und nicht nur die nach SwissDRG verrechneten Fälle. Die Spalte DJ (weitere Tarife stationär) darf nur Fälle enthalten, für die kein Case Mix unterlegt ist (z.B. SVK-Vertrag).
5. Ab der Version 10.0 von ITAR\_K<sup>®</sup> wird die Kostendarstellung im ambulanten Bereich (außerhalb des Spitaltarifs) gemäss den Empfehlungen des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) aufgeschlüsselt und bei bestimmten Tarifen wird unterschieden zwischen:
  - «Rein KVG»
  - «MTK»
  - «übrige Selbstzahler (inkl. OKP-Anteil für ZV-Leistungen)».

Zur Harmonisierung der Gliederung der OKP-Kosten im ambulanten KVG Bereich auf nationaler Ebene empfehlen wir, folgende Regel anzuwenden: Nur die Kosten für OKP-Leistungen im KVG Bereich, die mithilfe des vereinbarten und festgesetzten Taxpunktwertes verrechnet wurden, dürfen in der Spalte «Rein KVG» aufgeführt werden. Die Kosten für MTK-Leistungen sind in der Spalte «MTK» aufzuführen.

Die übrigen Selbstzahler (z. B. Zusatzversicherte) werden in einer separaten Spalte erfasst. Wichtig: Auch der OKP-Anteil für Zusatzversicherte wird in dieser Spalte erfasst.

6. Auf der Registerkarte «KTR-Ausweis Gesamtansicht» werden die Kostenstellen «21 Herzkatheter-Labor» und «40 Psychologie» angezeigt. Diese Kostenstellen sind gemäss REKOLE® seit dem 1.1.2020 obligatorisch.
7. Hinweis zum ITAR\_K®-Prozess: Zur **Plausibilisierung** der Daten muss die Version **«Entwurf»** von ITAR\_K® an SBM übermittelt werden. Dieses Dokument kann hier generiert werden:

Upload Excel-Vorlage

Excel-Vorlage hochladen ✓ Abweichungen ✓ Abgleich KHS ✓ Abschluss ⚠

Definitiver Abschluss

Mit dieser Funktion wird der ITAR\_K Datenausweis definitiv generiert. Nachträgliche Änderungen sind nicht mehr möglich resp. müssen durch H+ freigegeben werden.

Entwurf Datenausweise herunterladen

Definitiver Abschluss

Nach der Plausibilisierung der Daten durch SBM müssen die Daten nötigenfalls in der Eingabedatei ITAR\_K® angepasst und dann zum definitiven Abschluss erneut auf die Plattform hochgeladen werden. Beim definitiven Abschluss von ITAR\_K® wird der **offizielle signierte ITAR\_K®-Export** («ITAR\_K inkl. Benchmarking») generiert, der an SBM zur **Generierung des nationalen Benchmarkings** übermittelt werden muss.

Upload Excel-Vorlage

Excel-Vorlage hochladen ✓ Abweichungen ✓ Abgleich KHS ✓ Abschluss ⚠

Definitiver Abschluss

Mit dieser Funktion wird der ITAR\_K Datenausweis definitiv generiert. Nachträgliche Änderungen sind nicht mehr möglich resp. müssen durch H+ freigegeben werden.

Entwurf Datenausweise herunterladen

Definitiver Abschluss



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Mit diesem Verfahren können die Spitäler ihre Daten in der ITAR\_K®-Eingabedatei anpassen ohne H+ zu bitten, die Plattform zu entsperren. Mit diesem Verfahren ist zudem sichergestellt, dass das nationale Benchmarking sich auf die offiziellen und plausibilisierten ITAR\_K® Daten bezieht. Somit schaffen die Spitäler die Grundlage, um der geforderten Daten-Transparenz gerecht zu werden.

- Die Erträge 60-69 müssen korrekt eingegeben werden (KTR-Ausweis Gesamtansicht, Zeilen 13-20).
- Die Nachweise aus den Registerkarten «Abweichungen» und «Abgleich KHS» der ITAR\_K® Plattform müssen an SBM zur Plausibilisierung der Daten übermittelt werden.

Excel-Vorlage hochladen ✓ Generelle Fragen ✓ Abweichungen ✓ Abgleich KHS ✓ Abschluss ✓

Abweichungen PDF

Hier plausibilisieren wir eine Vielzahl der eingegebenen Daten. Diese sollen Ihnen Hinweise auf nicht plausible oder fehlerhafte Eintragungen vermitteln. So können viele Rückfragen schon im Voraus vermieden werden. Sie können sich entweder alle Plausibilisierungen anzeigen lassen oder nur die Abweichungen. Bitte kommentieren Sie die Abweichungen. Sie haben die Möglichkeit dieses Blatt als PDF zu generieren und lokal abzuspeichern.

Excel-Vorlage hochladen ✓ Generelle Fragen ✓ Abweichungen ✓ Abgleich KHS ✓ Abschluss ✓

Abgleich KHS PDF

Achtung: Abgleich erfolgt auf Stückrechnung. Wenn Krankenhausstatistik Zeitrechnung ist, kann es zu Differenzen kommen. Je nach Ausweis in der Krankenhausstatistik, können die Nebenbetriebe zu einer Differenz führen.

- Bitte stellen Sie sicher, dass die Daten des Vorjahres komplett sind (Gesamtansicht, Zeilen 58, 59 und 61 + KTR-Ausweis Gesamtansicht, Zeilen 103, 106, 109, 112, 115, 118, 121).
- Die Anlagenutzungskosten (ANK) müssen nach REKOLE® sowie nach VKL (KTR-Ausweis Gesamtansicht, Zeilen 78 und 85) eingegeben werden.
- Bitte stellen Sie sicher, dass die nach REKOLE® (KTR-Ausweis Gesamtansicht, Zeile 90) berechneten ANK höher sind als die nach VKL (KTR-Ausweis Gesamtansicht, Zeile 98) berechneten ANK. Falls dies nicht der Fall ist, muss dies SBM schriftlich begründet werden.
- Die Anlagenutzungskosten müssen für alle Kostenstellen eingegeben werden. Dies gilt auch für universitäre Lehre und Forschung und für die GWL (KTR-Ausweis Gesamtansicht, Zeilen 78 und 85).
- Bitte stellen Sie sicher, dass die Überlieger-Korrekturen des laufenden Jahres für 2019 (ITAR\_K 2019, Gesamtansicht, Spalte H) den Überlieger-Korrekturen des Vorjahres für 2020 (ITAR\_K 2020, Gesamtansicht, Spalte G) entsprechen.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

15. Der OKP-Anteil am Honorar von Ärzten, die zusatzversicherte Patienten behandeln, muss in Zeile 67 (Gesamtansicht) eingegeben werden. Wird 0 % oder kein Wert erfasst, werden für die Tarifberechnung die gesamten Honorare abgezogen, d.h. die Kosten der Grundversicherung enthalten keine Anteile an Arzthonoraren. Trifft dies zu, muss neben den offiziellen Nachweisen von ITAR\_K® ein weiterer Nachweis zur Plausibilisierung an SBM übermittelt werden.
16. Mehrkosten aus der Zusatzversicherung:
  - a. Mehrkosten im Zusammenhang mit der Hotellerie müssen in Tabelle 1 des Blatts «Zusatzinfos» klar erkennbar eingetragen werden. Prozentsätze <1 % gelten als sehr niedrig. Prozentsätze <0 % sind nicht möglich.
  - b. Die anderen Mehrkosten im Zusammenhang mit der Zusatzversicherung müssen in Tabelle 1a des Blatts «Zusatzinfos» eingetragen werden.
17. Die Erträge und Kosten für die universitäre Lehre und Forschung müssen in Spalte DX des Blatts «KTR-Ausweis, Gesamtansicht» auf Grundlage der effektiven Kosten eingetragen werden.
18. Die Kosten im Zusammenhang mit den Erträgen der Kontengruppe 65 müssen im Blatt «Zusatzinfos» ausgewiesen werden (Tabelle 2).
19. Kommentare und Beträge im Zusammenhang mit der Abgrenzungsrechnung müssen in der Tabelle 7 des Blatts «Zusatzinfos» korrekt eingetragen werden.
20. Die ambulante Spalte «kein sep. Tarif» darf nur Kosten enthalten, die nicht in einer anderen Kategorie eingetragen werden können. Die Spalte «kein sep. Tarif» enthält keine Leistungen, welche direkt dem Patienten oder der Versicherung ausserhalb der Tarifstruktur TARMED in Rechnung gestellt werden (z.B. Medikamente). Grund: Diese Kosten werden in der Gesamtansicht Zeile 30 auf alle verbleibenden ambulanten Tarifwerke aufgeteilt, also auch auf TARMED. Die Spalte «kein sep. Tarif» enthält nur Kosten, die schlussendlich (auch) über den Taxpunktwert TARMED (resp. Physio, Ergo, Logo usw.) finanziert werden.
21. Die Kosten und Leistungen, bei denen ambulante Pauschalen zur Abrechnung verwendet wurden, dürfen nicht in der Spalte TARMED, sondern in der Spalte «Weitere, betriebsindiv. amb. Tarife» abgebildet werden.
22. Selbstzahlende Patienten oder Nicht-OKP-Patienten (z. B. Unfallversicherung), die nach TARMED abgerechnet werden, müssen in die Spalte TARMED (Spalten EC-EF, KTR Ausweis, Gesamtansicht) eingegeben werden. Selbstzahlende Patienten, die nicht nach TARMED abgerechnet werden, müssen in der Spalte «Weitere, betriebsindiv. amb. Tarife» abgebildet werden (und keinesfalls zum Beispiel in der Spalte TARMED!).



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

23. Erinnerung korrekte Eingabe der Überlieger: Wenn Sie in den jeweiligen Zellen auf die kleinen roten Dreiecke klicken, erscheint eine Erläuterung zur korrekten Eingabe von Überlieger-Patienten (vgl. nachfolgende Abbildung).

**Übersicht der Leistungsdaten für ITAR K CH V9.0**

In den Zeilen 9, 10, 11, 18:  
+ Kosten der Überlieger Vorjahr / laufendes Jahr

In den Zeilen 9, 10, 11, 18:  
- Kosten der Überlieger laufendes Jahr/Folgejahr

sachl. Abgrenz.	Total BEBU Zeitrechnung	Neben-Betriebe	Überlieger-korrektur Stationär Vorjahr	Überlieger-korrektur Stationär laufendes Jahr	rein stat. KVG Fälle akut	stat. Tarif KVG ZV akut	stat. Tarif KVG Total	stat. Tarif MTK akut	stat. T
	0								
	0				0	0	0	0	
	0				0	0	0	0	
	0				0	0	0	0	
	0								
	0								
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			0	0	0	0	0	0	0
Nettoerlöse für Objekte > CHF 10'000 nach VKL									
	#DIV/0!				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#C
		0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#C
0	#DIV/0!				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#C
		0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#C
und unbewertete)					0	0	0	0	
0					#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#C
					0	0	0	0	

Da es sich in den Zeilen 20 & 21 um Abzüge handelt:  
- Kosten der Überlieger Vorjahr / laufendes Jahr

Da es sich in den Zeilen 20 & 21 um Abzüge handelt:  
+ Kosten der Überlieger laufendes Jahr/Folgejahr





DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

## 24. Verarbeitung der Erträge 66/68

Gesamtübersicht der Kosten- und Leistungsdaten für ITAR K CH V9.1											
Musterspital											
Kostenbasis = Kostenträgerrechnung nach REKOLE® zu Vollkosten											
Modell Kostenträgerrechnung											
Geschäftsjahr 2016											
Kontaktperson: Name: Maria Muehle, Tel.nr: 031 133 25 67, Mail-Adresse: maria.muehle@hplus.ch											
Kos-Gr.	Beschreibung	Total Aufwand Fibu	sachl. Abgrenz.	Total BEBU Zeitrechnung	Neben-Betriebe	Überlieger-korrektur Stationär Vorjahr	Überlieger-korrektur Stationär laufendes Jahr	übrige Aufträge von Dritten	ambulante Behandlung Total	Total	Kontrollspalte
30-39	Personalaufwand exist. Honorare	27987000		27987000	10000000					10000000	
38	Honorare (sozialversicherungsspflichtig)	17834100		17834100	8000000					8000000	
40	Medizinischer Bedarf	62424500		62424500	7000000	314000	-313700	149000	6380000	6380000	
41-49	Sachaufwand exist. Anlagenutzungskosten	60736000		60736000	15000000	240000	-240000		2050000	2050000	
44	Anlagenutzungskosten (inkl. Inv. < CHF 10'000)	301494000	21835000	519829000	13000000					13000000	
46	Zinsaufwand	74800		1874500	150000					150000	
7	son. Aufwand	1612000		1874500	20000					20000	
15	Aufwand gem. Jahresrechnung	451044100	23484460	474528560	14335000	388000	-391220	149000	8555000	78813771	
66/68	J. Erlöse 66/68 als Kostenminderung einbezogen			8000000						8000000	
17	Direkte Kosten		23484460	486528560	14335000	388000	-391220	149000	8555000	78813771	
ILV	Interne Leistungsverrechnung			15985000					3908000	27021000	
18	Total Kosten gemäss BEBU			15985000					3908000	27021000	
38/40/5	J. Arzthonorare für zus.versicherte Patienten			15985000					3908000	27021000	
44	J. Anlagenutzungskosten (ANk = kalk. Zinsen AV, kalk. Abschreibungen, Mieten für Objekte > CHF 10'000) nach REKOLE			-3105000					-450000	-3379000	
65	J. Erlöse KZ gr. 65, exkl. Marge			-8250000						-8250000	
66	J. Erlöse KZ gr. 66, sofern kostenmindernd in KST geführt	8000000		2825341					29438	2854779	
19	Nettobetriebskosten I (NIKI I)			8665000	2590560	-2643220		3632439	32363499	405617366	
20	J. Subsidiärer Abzug: Kosten für universitäre Lehre + Forschung									-13071	
21	J. Subsidiärer Abzug: Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen									-157500	
22	NIKI II									0	
23	J. Abzug für Mehrkosten aus Leistungen für zus.versicherte Patienten				8665000	2590560	-2643220	3632439	32330428	405458866	
24	J. Abzug für Zusatzentgelte SwissDRG (bewertete und unbewertete)									-1915320	
25	+ Aufrechnung Beiträge des Kantons, sofern kostenmindernd gebucht									8299	
26	+ nicht sep. tarifierte Kosten, Anteil je Tarif	100000								100000	
27	Verteilung der kalk. Abzüge auf die amb. Tarife									0	
28	Abzug der UV-Zinsen, sofern nicht nach Methode PUE				-63833				-16303	-184536	
29	Zuschlag für nicht berücksichtigte Zinsen auf dem Umlaufvermögen				0				0	0	
30	Benchmarking relevante Betriebskosten (BRB)				8541167	2590560	-2643220	3616136	32195766	401167364	
31	Anzahl Leistungseinheiten (case mix, day mix, Pflegeetage, fall, Taxpunkte, Ertrag, etc.)										
32	Anzahl Fälle (inkl. unbewertete DRG-Fälle)										
33	Case Mix Index, Day Mix Index (bzw. durchschnittliche Verweildauer, wenn LE = Tag (Rehabilitation, Psychiatrie, etc.))										
34	Basiswert (Bezug: Fall, Tag, ...) pro Tarifwerk										
35	Benchmarking relevanter Basiswert (Bezug: Fall, Tag, ...) (zusammenf.)										

Der Wert 0 muss in der Kontrollspalte EC (Gesamtansicht) erscheinen. So ist sichergestellt, dass die Gesamt-Nettodarstellung der BEBU aus Sicht der Kostenartenrechnung (Zeitrechnung, Zelle E17) derjenigen aus Sicht der Kostenträgerrechnung (Stückrechnung, Zelle EB19), unter Berücksichtigung der Überlieger-Abgrenzung, entspricht. Diese Abgrenzung erfolgt in den Zellen G19 und H19 (siehe obenerwählter Punkt). Der eventuelle Abzug in Zelle E16 ermöglicht die Verknüpfung der Kostenartenrechnung (Bruttoausweis der Kosten) mit der Kostenträgerrechnung, wenn diese auf einem Nettoausweis der Kosten aufgrund eines Abzuges der Erträge 66/68 auf Kostenstellenebene basiert.

Die Erträge 68 sind für die OKP nicht relevant, die Erträge 66 hingegen schon. Aus diesem Grund müssen die Erträge 66 erneut in Zeile 23 eingegeben werden.

### Verarbeitung von Aktivitäten, die Erträge 68 generieren

**1. Fall:** Wenn Aktivitäten, die Erträge 68 generieren, als Aufträge verarbeitet werden, weist die Zelle EB19 die Aktivitäten, die Erträge 68 generieren, als Bruttobeträge aus. Die Erträge 68 erscheinen in Zeile 19 von Blatt «KTR-Ausweis Gesamtansicht».

**Beispiel:** Personalausleihe an Dritte, die als Auftrag verarbeitet wird. In diesem Fall werden die Einnahmen aus dieser Personalmiete als Ertrag in einem bestimmten KT «Auftrag XY» eingegeben und die Kosten für diese «Personalausleihe» im selben KT (Spalte DZ, KTR-Ausweis Gesamtansicht) als Bruttobetrag ausgewiesen.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

**2. Fall:** Aktivitäten, die Erträge 68 generieren, werden nicht als Auftrag verarbeitet. In diesem Fall werden die Erträge 68 unter Abzug der Kosten der Kostenstellen erfasst. Auf diese Weise gibt Zelle EB19 die **Nettokosten** der KT an<sup>1</sup>. Da die Kostenartenrechnung (basierend auf der Finanzbuchhaltung, Spalte E des Blattes «Gesamtansicht») die **Bruttokosten** darstellt, muss eine Korrektur in Zelle E16 vorgenommen werden, damit die Ergebnisse der Kostenartenrechnung (Zelle E17, Gesamtansicht) mit denen der Kostenträgerrechnung (Zelle EB19, Gesamtansicht) verglichen werden können.

Beispiel: Personalausleihe an Dritte, die nicht als Mandat verarbeitet wird. Die vom Spital erhaltenen Einnahmen werden als Minderung der Personalkosten in der Kostenstelle, in der der Mitarbeiter beschäftigt ist, erfasst. In diesem Fall sind die den KT zugeordneten Kosten niedriger, da es sich um Nettobeträge handelt. Eine Korrektur der Zelle E16 ist erforderlich für den Nachweis, dass die Schnittstelle zwischen der Kostenartenrechnung (Bruttoansicht) und der Kostenträgerrechnung (in diesem Fall Nettoansicht) korrekt ist.

**Bemerkung:** Gemäss H+ Kontierungsrichtlinien (Version 1.0, 2014) ist die Nettomethode nur für die Personalausleihe (inkl. Sozialversicherungsaufwand) zulässig und sofern Kosten = Einnahmen.

Version 3.0 / 07.12.2020

---

<sup>1</sup> REKOLE® erlaubt dies, sofern Kosten = Einnahmen (Quelle: H+, Kontierungsrichtlinien, 8. Ausgabe, 2014, S. 26).