



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Empfehlungen für die Dateneingabe in ITAR_K® V 14.0

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® und die Optimierung des Plausibilisierungsprozesses..

1. Auswertungen von ambulanten administrativen Fällen auf der Ebene ITAR_K®

Grundsätzlich werden im ambulanten Bereich die ambulanten administrativen Fälle auf bestimmte Tarifwerke gruppiert. Kommt es vor, dass 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 im ITAR_K® auf die spezifischen Tarifwerke zugeordnet werden. Die verbleibenden Kostenpositionen des administrativen Falls, wie Material > CHF 3¹, Medikamente, Blut, Dialysen, Labor und weitere ambulante Aktivitätsbereiche bzw. Tarifwerke sind ebenfalls spezifisch in einer geeigneten Spalte ausgewiesen und nicht als «TARMED-Kosten» zu führen. Ebenso werden Kosten und Leistungen für Selbstzahler, Nicht-OKP Pflichtleistungen oder Leistungen mit einer Pauschalabrechnung nicht in die Spalte «rein KVG TARMED» erfasst.

Zudem ist sicherzustellen, dass auch bei Patientenbehandlungen, in 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).

Die ANK und die Patientenadministration folgen anteilmässig (prozentual) den Kosten der erbrachten (medizinischen und therapeutischen) Leistungen auf die entsprechenden Aktivitäten/Tarife. Seit ITAR_K® Version 12.0 ist es möglich, zwischen einer manuellen und einer automatischen Aufteilung dieser Kosten zu wählen. Diese Auswahl erfolgt in den «Zusatzinfos» der Online-Plattform von ITAR_K®.

- Bestimmte Spitäler 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. Dieser «Gemeinkostensplitt » erfolgt dann ebenfalls proportional zu den vom

¹ Die Regelung betreffend Material > 3 CHF betrifft nur Fälle, die mit TARMED (Tarif 001) abgerechnet werden, nicht aber TARMED-Pauschalen oder andere Tarife.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

ambulanten Patienten beanspruchten Tarifleistungen. Im ITAR_K®-Eingabefile füllen diese Spitäler sodann die Zeile 43 im Excel-Blatt «KTR-Ausweis Gesamtansicht».

- Wenn sich eine Einrichtung für die automatische Aufteilung entscheidet, erscheint im ITAR_K®-Erfassungsformular die neue Spalte EO «ambulante Patientenadministration», in welcher sämtliche Kosten der ambulanten Patientenadministration erfasst werden müssen. Diese Kosten werden dann im definitiven Datenausweis automatisch und proportional zu den Gesamtkosten auf alle ambulanten Aktivitäten aufgeteilt.

Schlussendlich müssen von allen TARMED Leistungen die verrechneten TARMED Taxpunkte addiert werden und in ITAR_K® eingetragen werden (Gesamtansicht, Zeile 33). 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).

Ein konkretes Beispiel für die Zuordnung von Kostenkomponenten auf den Kostenträger (Tarif-werk/Aktivitäten) gem. ITAR_K® ist im Anhang 1 dargestellt.

2. Auf der Registerkarte "KTR-Ausweis Gesamtansicht" ist es nicht mehr möglich, Werte für die Zeilen 17 (66 Finanzerlös) und 19 (68 Erlös aus Leistungen an Personal und Dritte) einzugeben. Ausnahmen: Spalten DA (universitäre Lehre + Forschung), DB (GWL) und DC (übrige Aufträge von Dritten).
3. 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 CI (weitere Tarife stationär) darf nur Fälle enthalten, für die kein Case Mix unterlegt ist (z.B. SVK-Vertrag).
4. Ab der Version 10.0 von ITAR_K® wird die Kostendarstellung im ambulanten Bereich (außerhalb des Spitaltarifs) gemäss den Empfehlungen des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) aufgeschlüsselt und bei bestimmten Tarifen wird unterschieden zwischen:
 - a. «Rein KVG»
 - b. «MTK»
 - c. «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.

5. 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.
6. 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:

The screenshot shows the 'Upload Excel-Vorlage' section of the ITAR_K® interface. At the top right, a button labeled 'Entwurf Datenausweise herunterladen' is highlighted with a red box. Below this, there are status indicators: 'Excel-Vorlage hochladen' (green check), 'Abweichungen' (green check), 'Abgleich KHS' (green check), and 'Abschluss' (grey arrow with a red exclamation mark). The main heading is 'Definitiver Abschluss'. Below it, an orange banner contains the text: 'Mit dieser Funktion wird der ITAR_K Datenausweis definitiv generiert. Nachträgliche Änderungen sind nicht mehr möglich resp. müssen durch H+ freigegeben werden.' At the bottom left, a button labeled 'Entwurf Datenausweise herunterladen' is also highlighted with a red box. A red arrow points from the top-right button to the bottom-left button. Below the banner, there is a blue button labeled '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.

This screenshot is similar to the previous one, showing the 'Upload Excel-Vorlage' section. The status indicators are the same. The 'Definitiver Abschluss' heading is prominent. The orange banner with the warning text is present. At the bottom left, the 'Definitiver Abschluss' button is highlighted with a red box. A red arrow points to this button from the right.

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



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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 56, 57 und 59 + 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 2022 (ITAR_K 2022, Gesamtansicht, Spalte H) den Überlieger-Korrekturen des Vorjahres für 2023 (ITAR_K 2023, Gesamtansicht, Spalte G) entsprechen.
- Der OKP-Anteil am Honorar von Ärzten, die zusatzversicherte Patienten behandeln, muss in Zeile 65 (Gesamtansicht) eingegeben werden. Wird 0 % oder kein Wert erfasst, werden für die Tariffberechnung 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.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

- 15. 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.
- 16. Die Erträge und Kosten für die universitäre Lehre und Forschung müssen in Spalte DA des Blatts «KTR-Ausweis, Gesamtansicht» auf Grundlage der effektiven Kosten eingetragen werden.
- 17. Die Kosten im Zusammenhang mit den Erträgen der Kontengruppe 65 müssen im Blatt «Zusatzinfos» ausgewiesen werden (Tabelle 2).
- 18. Kommentare und Beträge im Zusammenhang mit der Abgrenzungsrechnung müssen in der Tabelle 6 des Blatts «Zusatzinfos» korrekt eingetragen werden.
- 19. 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.
- 20. Selbstzahlende Patienten oder Nicht-OKP-Patienten (z. B. Unfallversicherung), die nach TARMED abgerechnet werden, müssen in die Spalte TARMED (Spalten DF-DI, 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!).
- 21. 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

	rechnung	tel.nr.	Mail-Adresse	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
sachl. Abgrenz.	Total BEBU Zeitrechnung									
	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	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
Arten für Objekte> CHF 10'000 nach VKL										
	#DIV/0!					#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#E
						#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#E
	#DIV/0!					#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#E
						#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#E
						#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#E
ind unbewertete)						#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#E
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

22. Verarbeitung der Erträge 68

Gesamtübersicht der Kosten- und Leistungsdaten für ITAR K CH V9.1											
Musterspital											
Kostenbasis = Kostenträgerrechnung nach REKOLE® zu Vollkosten											
Modell Kostenträgerrechnung											
Geschäftsjahr 2018											
Kontaktperson: Name: Maria Muster, Tel.nr: 031 123 45 67, Mail-Adresse: maria.muster@hplus.ch											
Ko-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 exkl. Honorare	279876900		279876900	10000000					10000000	
38	Honorare (sozialversicherungsspflichtig)	17834100		17834100	800000	10000	-81000	0	1970000	10817830	
40	Medizinischer Bedarf	62424500		62424500	700000	314000	-337000	149000	6380000	52858500	
41-49	Sachaufwand exkl. Anlageaufwendungen	62736600		62736600	1500000	24000	-24500	0	209000	3807240	
44	Anlageaufwendungen (exkl. Inv. < CHF 10'000)	39148400	21835660	51982060	1300000					1300000	
46	Zinsaufwand	180000	74500	105500	15000					15000	
7	in o. Aufwand	181000	-181000	0	0	20000				20000	
16	Aufwand gem. Jahresrechnung	451044100	23484460	474528560	14335000	388000	-391225	149000	8555000	78813771	
65/68	/ Entlöse 65/68 als Kostenminderung einbezogen			-8000000						0	
17	Direkte Kosten		23484460	466528560	14335000	388000	-391225	149000	8555000	78813771	
ILV	interne Leistungsverrechnung			10599000	2400000	2400000	-2400000	3900000	27021000	39020000	
19	Total Kosten gemäss BEBU			15385000	2588000	2944225		4897000	35578000	466472334	0
38/42/5	/ Arzthonorare für zusatzversicherte Patienten			-3100000				-450000	-3379000	-1179500	0
44	/ Anlageaufwendungen (ANk = kalk. Zinsen AV, kalk. Abschreibungen, Mieten für Objekte > CHF 10'000) nach REKOLE			-2350000					-2350000	-6981829	0
65	/ Entlöse Kt gr. 65, exkl. Marge			2825341	8605000	2590560	-2643226	3632439	12343499	405617366	0
66	+ Entlöse Kt gr. 66 (sofern kostenmindernd in KST geführt)	8000000								-157500	0
21	Nettobetriebskosten (NBK I)									0	0
22	/ Subsidärer Abzug, Kosten für universitäre Lehre + Forschung									0	0
23	/ Subsidärer Abzug, Kosten für gemeinschaftliche Leistungen	0								0	0
24	NBK II									0	0
25	/ Abzug für Mehrkosten aus Leistungen für zusatzversicherte Patienten				8605000	2590560	-2643226	3632439	32330428	405459866	0
26	/ Abzüge für Zusatzentgelte SwissDRG (bewertete und unbewertete)									-1155320	0
27	+ Aufrechnung Beiträge des Kantons, sofern kostenmindernd gebucht									8299	100000
28	+ nicht sep. tarifierte Kosten, Anteil je Tarif	100000								0	0
29	Verteilung der kum. Abzüge auf die amb. Tarife									0	0
30	Abzug der UZ-Zinsen, sofern nicht nach Methode PLUS				-63833			29439	-110714	-1874500	0
31	Zuschlag für nicht berücksichtigte Zinsen auf dem Umlaufvermögen				0			0	0	0	0
32	Benchmarking relevante Betriebskosten (BRK)				8541167	2590560	-2643226	3616136	32195766	401167364	0
33	Anzahl Leistungseinheiten (case mix, dar. max. Pflegefälle, Fakt. Tagespunkte, Ertrag, etc.)										
34	Anzahl Fälle (exkl. unbewertete DRG-Fälle)										
35	Case Mix Index, Dar. Mix Index (Dw. durchschnittliche Verweildauer, wenn LE = Tag (Rehabilitation, Psychiatrie, Langzeitstation))										
36	Basiswert (Bezug, Fall, Tag, ...) pro Tarifwerk										
37	Benchmarking relevanter Basiswert (Bezug, Fall, Tag, ...) (zusammenfassend)										

Der Wert 0 muss in der Kontrollspalte DF (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 DE19), unter Berücksichtigung der Überlieger-Abgrenzung, entspricht. Diese Abgrenzung erfolgt in den Zellen G19 und H19 (siehe obenerwähnter 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 68 auf Kostenstellenebene basiert.

Verarbeitung von Aktivitäten, die Erträge 68 generieren

1. Fall: Wenn Aktivitäten, die Erträge 68 generieren, als Aufträge verarbeitet werden, weist die Zelle DE19 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 DC, 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 DE19 die **Nettokosten** der KT an. 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 DE19, 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 6.0 / 24.11.2023

Anhang 1 : Konkretes Beispiel für die Zuordnung von Kostenkomponenten auf den Kostenträger (Tarif-werk/Aktivitäten) gem. ITAR_K®

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	Finanzerlös	
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

Einzelkosten, gemäss Buchungsrichtlinien	Bezugsgrösse	CHF			Kann-Charakter		Menge
		Kalk. Einstandspreis	GK-Zuschlag, exkl. ANK	ANK-Zuschlag	exkl ANK	ANK	
Medizinischer Bedarf							
400 Arzneimittel (exkl. Blut und Blutprodukte)	Kalk. Einstandspreis (A- und B-Kategorie ¹)						
401 Material (exkl. Implantate), Instrumente, Utensilien, Textilien							
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							

¹A- 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					
Arzteschaften-Aktivitäten 1 bis 5	TP und Min. ⁴	434.76	8.56	1.38	0.03	316.00
Arzteschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a ₁	Ist-Min. ⁵ , gewichtet					
Arzteschaften des Herzkatheter-Labor - Aktivitäten 6a ₂	Ist-Min. ⁵ , gewichtet					
Arzteschaften der IPS - Aktivitäten 6b ₁	TP und Min. ⁴					
Arzteschaften der IMCU - Aktivitäten 6b ₂	TP und Min. ⁴					
Arzteschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b ₃	TP und Min. ⁴					
Arzteschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b ₄	TP und Min. ⁴					
Arzteschaften 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.	39.67	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 widerspiegeln nicht den Ressourceneinsatz und sind daher als Bezugsgrösse nicht erlaubt.

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:

Zuordnung Kostenkomponenten auf Kostenträger gem. ITAR_K® (Fall «Abdominalschmerzen»)

KOA	Bezeichnung	Kosten	ITAR_K® Spalte in Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtsicht» (Version 14.0)
10	Patientenadministration	6.61	Spalte DF Tarif TARMED, Zelle DF42 (direktes Zuordnungsverfahren)
31	Ärztliche Aktivität 1 bis 5	434.78	Spalte DF Tarif TARMED, Zelle DF53
39	Pflege	39.87	Spalte DF Tarif TARMED, Zelle DF67
	ANK	10.30	Spalte DF Tarif TARMED, Zelle DF78 (direktes Zuordnungsverfahren)

Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtsicht», Zuordnung Kostenkomponenten auf Kostenträger gem. ITAR_K® (Fall «Abdominalschmerzen»)

8 Musterspital						
9 Kostenträgerausweis nach REKOLE®						
Kostenträgerstückrechnung 1.1.-31.12.			Rein KVG TARMED	MTK TARMED	Selbstzahler (inkl. ZV) TARMED	Total TARMED
10						
11						
12	Stückerlös					
33	381 Arzthonorar - Belegärzte	Chf - Gemäss Vertrag				0
34	Übrige Einzelkosten					
35	480 Patiententransporte durch Dritte	Faktura				0
36	485 Übrige patientenbezogene Fremdleistungen	Faktura				0
37	486 Übrige Auslagen für Patienten	Faktura				0
38	Total Einzelkosten		0	0	0	0
39						
40	Gemeinkosten	Bezugsgrösse				
41	Klinikenstellen					
42	10 Patientenadministration	administrativer Fall				0
43	20 IPS-Säle	Ist-Min.				0
44	21 Herzkateter-Labor	Ist-Min.				0
45	23 Anästhesie (inkl. Ärzteschaft)	TP und Min.				0
46	24 Intensivpflege (IPS)	TP und Min.				0
47	25 Notfall	TP und Min.				0
48	26 Bildgebende Verfahren (inkl. Ärzteschaft)	TP und Min.				0
49	27 Gebärtsaal	TP und Min.				0
50	28 Nuklearmedizin und Radioonkologie (inkl. Ärzteschaft)	TP und Min.				0
51	29 Labor (inkl. Ärzteschaft)	TP und Min.				0
52	30 Dialyse	Anzahl Dialysen				0
53	31 Ärzteschaften-Aktivitäten 1 bis 5	TP und Min.				0
54	31 Ärzteschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a1	Ist-Min., gewichtet				0
55	31 Ärzteschaften des Herzkatheter-Labors - Aktivitäten 6a2	Ist-Min., gewichtet				0
56	31 Ärzteschaften der IPS - Aktivitäten 6b1	TP und Min. 4				0
57	31 Ärzteschaften der IMCU - Aktivitäten 6b2	TP und Min. 4				0
58	31 Ärzteschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b3	TP und Min. 4				0
59	31 Ärzteschaften des Gebärtsaals - Aktivitäten 6b4	TP und Min. 4				0
60	31 Ärzteschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b5	TP und Min. 4				0
61	32 Physiotherapie	TP				0
62	33 Ergotherapie	TP				0
63	34 Logopädie	TP				0
64	35 Nichtärztliche Therapien und Beratungen	TP				0
65	36 Medizinische und therapeutische Diagnostik	TP und Min.				0
66	38 Intermediate-Care Stellen (IMCU)	TP und Min.				0
67	39 Pflege	Min.				0
68	40 Psychologie	TP				0
69	41 Hoteliers-Zimmer	Pflegetag gewichtet				0
70	42 Hoteliers-Küche	PT und Mahlzeit				0
71	43 Hoteliers-Service	PT				0
72	44 Übrige Leistungserbringer	PT				0
73	45 Pathologie (inkl. Ärzteschaft)	TP und Min.				0
74	47 Forschung und universitäre Lehre (nur bezogen auf Aufträge der Forschung und universitären Lehre)	% der Besoldungen				0
75	77 Rettungsdienst - Ambulanzdienst (nur Sekundärtransport)	CHF-Betrag				0
76	Nicht patientenbezogene Kosten (können ganze Kst sein)	CHF-Betrag				0
77	Total Gemeinkosten (exkl. Anlagenutzungskosten des Kostenblocks A')		0	0	0	0
78	Summe der verrechneten Anlagenutzungskosten nach	REKOLE				0
79	Total I.V. (inkl. Anlagenutzung)		0	0	0	0
80	Total Kosten (Einzel- und Gemeinkosten) inkl. ANK REKOLE		0	0	0	0
81	Total Kosten (Einzel- und Gemeinkosten) ohne Anlagenutzung		0	0	0	0
82	Ergebnis (+ = Gewinn / - = Verlust) nach REKOLE		0	0	0	0
83						
84						
85	Summe der verrechneten Anlagenutzungskosten nach VKL					
86						
87						

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:

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				
Versicherungskategorie (Grund-/Zusatzversicherung)			Hauptbehandlung				
Garant (UV, IV, MV, KV, Selbstzahler)			Geburtsdatum				
Behandlungsort (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	Finanzenerlöse					
	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. Einstandspreis	GK-Zuschlag, exkl. ANK	ANK-Zuschlag	exkl ANK	ANK	
Medizinischer Bedarf							
400 Arzneimittel (exkl. Blut und Blutprodukte)							
401 Material (exkl. Implantate), Instrumente, Utensilien, Textilien	Kalk. Einstandspreis (A- und B-Kategorie ¹)	65.23					
405 Medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen (exkl. Arzthonorare)	Faktura		---	---			
Arzthonorare (nicht sozialversicherungspflichtig)							
Arzthonorarkosten (sozialversicherungspflichtig)							
350 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							

¹A- 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. ²					
25 Notfall	TP und Min. ⁴					
26 Biologebende 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 Dialyisen					
Arzteschaften-Aktivitäten 1 bis 5	TP und Min. ⁴					
Arzteschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a,	Ist-Min. ¹ , gewichtet	223.19	4.39	1.69	0.03	131.78
Arzteschaften des Herzkatheter-Labor - Aktivitäten 6a,	Ist-Min. ¹ , gewichtet					
Arzteschaften der IPS - Aktivitäten 6b,	TP und Min. ⁴					
Arzteschaften der IMCU - Aktivitäten 6b,	TP und Min. ⁴					
Arzteschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b,	TP und Min. ⁴					
Arzteschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b,	TP und Min. ⁴					
Arzteschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b,	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	Pflegtag (PT), gewichtet					
42 Hotellerie-Küche	PT und Mahlzeit					
43 Hotellerie-Service	PT					
44 Übrige Leistungsbringer	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)		70.88				

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 Fusnote 4.

³ Die Abkürzung "Min." steht hier für Personaleinsatz-Minuten. Aufenthaltsminuten des Patienten auf der IPS widerspiegeln 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 Normzertifikat. 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 Aktivitätsgruppe 6a wird nur mit gewichteten Ist-Minuten (mittels GZF) erfasst und verrechnet.

Zuordnung Kostenkomponenten auf Kostenträger gem. ITAR_K® (Fall «Dammriss»)

KOA	Bezeichnung	Kosten	ITAR_K® Spalte in Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtsicht» (Version 14.0)
401	Material	65.23	Spalte ER, Zelle ER 27
10	Patientenadministration	6.61	Proportionale Aufteilung der Kosten auf: <ul style="list-style-type: none"> - Spalte DF Tarif TARMED, Zelle DF42 - Spalte DK Tarif Physio., Zelle DK42 (direktes Zuordnungsverfahren)
31	Ärztliche Aktivität 1 bis 5	223.19	Spalte DF Tarif TARMED, Zelle DF53
32	Physiotherapie ANK	401.05	Spalte DK Tarif Physio, Zelle DK61
		67.82	Proportionale Aufteilung der Kosten auf: <ul style="list-style-type: none"> - Spalte DF Tarif TARMED, Zelle DF78 - Spalte DK Tarif Physio, Zelle DK78

Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtsicht», Zuordnung Kostenkomponenten auf Kostenträger gem. ITAR_K® (Fall «Dammriss»)

Kostenträgerausweis nach REKOLE®		Rein KVG TARMED	MTK TARMED	Selbstzahler (inkl. ZV) TARMED	Total TARMED	Tarif Labor	Rein KVG Physio	MTK Physio	Selbstzahler (inkl. ZV) Physio	Total Physio	Material, Medikamente, Blut
8	Musterspital										
9	Kostenträgerstückrechnung 1.1.-31.12.										
10	Stückerlöse										
11	Einzelkosten										
12	Medizinischer Bedarf										
13	400 Arzneimittel (inkl. Blut und Blutprodukte)										
14	401 Material (inkl. Implantate) Instrumente, Überzüge, Textilien										
15	405 Medizinische, diag. und therap. Fremddienstleistungen (inkl. Anästhesiare)										
16	380 Anästhesiare, Spitalzuteile										
17	381 Anästhesiare, Biologie										
18	480 Patientenentgelte durch Dritte										
19	485 Übrige patientenbezogene Fremddienstleistungen										
20	488 Übrige Aussagen für Patienten										
21	Total Einzelkosten										
22	Gemeinkosten										
23	19 Knochenschellen										
24	20 Labor										
25	21 Herzschrittmacher										
26	22 Anästhesiare (inkl. Anästhesiare)										
27	23 Intensivpflege (IPS)										
28	24 Dialyse										
29	25 Blödiende Verfahren (inkl. Anästhesiare)										
30	27 Zahnarzt										
31	28 Radiemessung und Radioökologie (inkl. Anästhesiare)										
32	29 Labor (inkl. Anästhesiare)										
33	30 Kalk										
34	31 Arztbesuchen, Aktivitäten 1 bis 5										
35	32 Arztbesuchen des OP-Staats - Aktivität 5a										
36	33 Arztbesuchen des Hochintensiv-Labors - Aktivität 5a2										
37	34 Arztbesuchen der IPS - Aktivität 5b1										
38	35 Arztbesuchen der ICU - Aktivität 5b2										
39	36 Arztbesuchen des Notfall - Aktivität 5b3										
40	37 Arztbesuchen des Gebärhaus - Aktivität 5b4										
41	38 Arztbesuchen, diagnostische und therapeutische Diagnostik - Aktivität 5b5										
42	39 Physiotherapie										
43	40 Logopädie										
44	41 Nichtärztliche Therapien und Beratungen										
45	42 Medizinische und therapeutische Diagnostik										
46	43 Intensiv-Care Stellen (ICU)										
47	44 Pflege										
48	45 Psychologie										
49	46 Hotelliers-Zimmer										
50	47 Hotelliers-Küche										
51	48 Hotelliers-Straße										
52	49 Übrige Leistungserbringer										
53	50 Pathologie (inkl. Anästhesiare)										
54	51 Forschung und universitäres Lehre (inkl. bezogen auf Aufgabe der Forschung und universitären Lehre)										
55	52 Patientenbezogene Kosten (Nüchtern-gesamte Kost.)										
56	53 Total Gemeinkosten (inkl. Anlagen- und Instandhaltungskosten des Kostenblocks A)										
57	54 Sonstige unveranschlagte Aufwandszusätze nach REKOLE										
58	55 Total Kosten (Einzel- und Gemeinkosten) inkl. ANK REKOLE										

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 der Kosten für die Patientenadministration kann direkt (wie im obigen Beispiel) oder über die Spalte "ambulante Patientenadministration" (Spalte EO, Eingabe-File) erfolgen (automatische Verteilung).