



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

## Empfehlungen für die Dateneingabe in ITAR\_K<sup>®</sup> V 16.0

*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.*

### 1. Integration des ITAR\_K<sup>®</sup>-Prozesses in die SpiGes Plattform

Ab 2026 wird der ganze ITAR\_K<sup>®</sup>- Prozess offiziell in die SpiGes-Plattform integriert. Ein Diagramm zur Veranschaulichung des ITAR\_K<sup>®</sup>-Prozesses durch SpiGes ist auf der Webseite von H+ verfügbar.

Der Prozess beginnt mit der Lieferung der SpiGes-Files (SpiGes-Daten, bzw. SpiGes Identifikatoren-File) an die SpiGes-Plattform. Betreffend die SpiGes-Daten können die Spitäler sowohl V 1.5 oder V 1.4 einreichen. Sobald die Daten geliefert und plausibilisiert wurden, können die Spitäler eine erste «automatische Version» von ITAR\_K<sup>®</sup> generieren. Diese Version wird automatisch mit den von SpiGes geprüften Daten ausgefüllt. Daten, die nicht durch SpiGes erhoben werden, müssen von den Spitalern manuell eingegeben werden.

Ausnahme für die Erhebung 2026 (Datenjahr 2025): die Spitäler können in der Version 16.0 auch die von SpiGes automatisch vorausgefüllten Daten ändern, wenn diese nicht korrekt sind.

H+ und SpitalBenchmark (SBM) empfehlen ausdrücklich, die ausgefüllte «automatische Version» an SBM zu übermitteln, damit die Daten überprüft und validiert werden können.

Nachdem SBM ihren Plausibilisierungsprozess abgeschlossen hat, müssen die Spitäler die ausgefüllte und geprüfte automatische Version in SpiGes hochladen. Die Daten werden dann von SpiGes übernommen und plausibilisiert, um die «provisorische Version» von ITAR\_K<sup>®</sup> zu erstellen. Diese Version enthält alle Daten (SpiGes-Daten und manuell eingegebene Daten) und entspricht dem definitiven Datenausweis vor der definitiven Signatur. Die Spitäler müssen diese provisorische Version herunterladen und überprüfen. Wenn diese korrekt ist und die Datenerhebung in SpiGes abgeschlossen wurde, generiert das Spital die «finale und signierte Version» von ITAR\_K<sup>®</sup>, die schliesslich an die Kantone und Versicherer zugestellt wird.

ITAR\_K<sup>®</sup> Plattform für ein Jahr als Sicherheitslösung:

Im Jahr 2026 kann die Version 16.0 von ITAR\_K<sup>®</sup> weiterhin über die ITAR\_K<sup>®</sup>-Plattform generiert werden. Diese Möglichkeit geniesst jedoch nur subsidiären Charakter (Backup) und sollte nur bei grundsätzlichen Problemen mit der SpiGes-Plattform genutzt werden. Die ITAR\_K<sup>®</sup>-Plattform wird per Ende 2026 definitiv eingestellt.

## 2. Zuordnung der Arztkosten aus grund- und zusatzversicherten Tätigkeiten

Die REK-Kommission hat 2024 einen REK-Entscheid in Bezug auf die Identifikation und Zuordnung der Arztkosten aus grund- und zusatzversicherten Tätigkeiten angenommen (REK-Entscheid 22\_003).

Die Version 16.0 wird entsprechend angepasst, damit die Kosten der ärztlichen Aktivitäten für medizinische VVG-Mehrleistungen in ITAR\_K® transparent ausgewiesen und abgezogen werden können.

Die Gemeinkosten der ärztlichen Aktivitäten für medizinische VVG-Mehrleistungen werden im Eingabe-File (**Zeile 113, KTR-Ausweis Gesamtansicht**) erfasst. Diese Zeile ist u.a. für die Spitäler und Kliniken, die fixe Vergütungsmodelle für Ärzte aufweisen oder deren variable Vergütungsanteile nicht an den Tätigkeitsbereich der ZV-Mehrleistungen gebunden sind, vorgesehen (Siehe REK-Entscheid 22\_003).

Die eingetragenen Werte werden im definitiven Datenausweis (**Zeile 21, Gesamtansicht**) automatisch übernommen und abgezogen. Dieser Abzug stellt sicher, dass die Gemeinkosten der ärztlichen Aktivitäten keine Mehrkosten für medizinische VVG-Mehrleistungen im Hinblick auf die Ermittlung der OKP-Kosten einbeziehen.

## 3. Erfassung der Mehrkosten aus Leistungen zu Lasten der Zusatzversicherung

Die Mehrkosten zu Lasten der Zusatzversicherung (exkl. Abzug für Hotellerie-Mehrkosten für ZV-Patienten), die nicht explizit in der Kostenträgerrechnung ausgewiesen werden können, können in **Tabelle 1** auf der Registerkarte „Zusatzinfos“ erfasst werden.

Beispielweise kann es sich dabei um folgende Mehrleistungen handeln: organisatorische und prozessuale Leistungen mit kundenindividueller Aufenthaltsplanung und flexibler Behandlungsplanung sowie individuelle Besuchszeiten, erweitertes Medikamenten- und Therapieangebot, Pflegezusatzleistungen (nicht abschliessende Liste).

## 4. Institutionsbezogener Abzug für Hotellerie-Mehrkosten für ZV-Patienten

Damit die Berechnung dieses Abzugs korrekt erfolgen kann, ist es wichtig, dass die Zeilen 116-121 des Eingabe-Files (Registerkarte KTR-Ausweis Gesamtansicht) korrekt ausgefüllt werden. Diese Zeilen entsprechen den Kosten für die Kostenstellen Hotellerie inkl. ANK gemäss REKOLE® und VKL:

8 H+ Die Spitäler der Schweiz				
9 Kostenträgerausweis nach REKOLE®				
Kostenträgerstückrechnung 1.1.-31.12.2025		rein stat. KVG Fälle akut	stat. Tarif KVG ZV akut	stat. Tarif KVG Total
10				
108				
109	Fakturierte Taxpunkte			
110	Anzahl Fakturierte Taxpunkte Vorjahr			
111				
<b>Berechnungsparameter</b>				
113	GK der ärztlichen Aktivitäten für medizinische VVG-Mehrleistungen		228'000	
114	Grundversicherungsanteil an Arzthonoraren in%		48%	
115	Berechnung Abzug 65-Erträge	Kosten für 65-Erträge	187'558	37'485
116	Hotellerie-Zimmer inkl. ANK nach REKOLE®		2'298'000	757'680
117	Hotellerie-Küche inkl. ANK nach REKOLE®		2'900'000	924'000
118	Hotellerie-Service inkl. ANK nach REKOLE®		840'000	277'200
119	Hotellerie-Zimmer inkl. ANK nach VKL		2'255'000	744'150
120	Hotellerie-Küche inkl. ANK nach VKL		2'750'000	907'500
121	Hotellerie-Service inkl. ANK nach VKL		825'000	272'250

Diese Werte werden in den definitiven Datenausweis (Registerkarte "Zusatzinfos") übernommen, um den Abzug für die ZV-Hotellerie-Kosten automatisch zu berechnen. Wenn in den obigen Zeilen keine Werte eingegeben werden, führt dies zu einem Berechnungsfehler in der Registerkarte "Zusatzinfos" mit negativen Werten, der letztlich die Berechnung der Basisfallwerte im Register "Gesamtansicht" verfälscht.

#### 5. Erfassung der Beträge und Kosten im Rahmen der Pflegeinitiative

Die Kosten für nicht-universitäre Ausbildungsaktivitäten sind Teil der OKP-Kosten.

Um eine Doppelfinanzierung von nicht-universitären Ausbildungsaktivitäten zu vermeiden, müssen die Kantone klare Aufträge vorsehen, die die zusätzlichen Fördermassnahmen/Aktivitäten definieren, die zur Förderung der Ausbildung in den Spitälern durchgeführt werden müssen und die im neuen Gesetzesartikel vorgesehen sind (Art. 2 Verordnung über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege).

Diese zusätzlichen Aktivitäten sind Gegenstand eines spezifischen Auftrags, für den das Spital separate Subventionen erhält. Diese Subventionen sowie Kosten, die mit diesen zusätzlichen Aktivitäten verbunden sind, sind in ITAR\_K<sup>®</sup> in separaten Spalten anzugeben (z. B. GWL oder andere Aufträge von Dritten) und sind nicht in den OKP-Kosten enthalten.

#### 6. Erfassung der medizinischen Leistungen und Arzneimittel, die zusätzlich zu den bestehenden Tarifstrukturen SwissDRG, TARPSY, und ST Reha abgerechnet werden

In der Vereinbarung zur separaten Verrechnung von Leistungen während eines stationären Aufenthaltes (Art. 49 Abs. 1 KVG) werden unter Teil III Art. 3 Abs. 1 und 2 die Pflichten der Kliniken hinsichtlich der Datenerfassung geregelt. Dürfen Leistungen zusätzlich zur ST Reha oder TARPSY Pauschale abgerechnet werden, müssen diese in der Datenerfassung an die SwissDRG AG und in ITAR\_K<sup>®</sup> sauber erfasst werden. In ITAR\_K<sup>®</sup> sind diese Leistungen im Register «Zusatzgelt» in der Zeile 3478 «Medizinische Leistungen und Arzneimittel, die zusätzlich zu den bestehenden Tarifstrukturen SwissDRG, TARPSY, und ST Reha abgerechnet werden» sauber auszuweisen. Nur so kann sichergestellt werden, dass sie für die Berechnung des Benchmarking-relevanten Basiswert herausgerechnet werden und es nicht zu einer Doppelverrechnung kommt.

#### 7. Auswertungen von ambulanten administrativen Fällen auf der Ebene ITAR\_K<sup>®</sup>

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<sup>®</sup> auf die spezifischen Tarifwerke zugeordnet werden. Die verbleibenden Kostenpositionen des administrativen Falls, wie Material > CHF 3<sup>1</sup>, 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.

---

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

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).

Schlussendlich müssen von allen TARMED Leistungen die verrechneten TARMED Taxpunkte addiert werden und in ITAR\_K® eingetragen werden (Gesamtansicht, Zeile 35). 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 (Tarifwerk/Aktivitäten) gem. ITAR\_K® ist im Anhang 1 dargestellt.

8. 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 BJ (universitäre Lehre + Forschung), BK (GWL) und BL (übrige Aufträge von Dritten).
9. 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).
10. 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 Taxpunkt-wertes 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.

11. 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.

12. Die Erträge 60-69 müssen korrekt eingegeben werden (KTR-Ausweis Gesamtansicht, Zeilen 13-20).
13. Bitte stellen Sie sicher, dass die Daten des Vorjahres komplett sind (Gesamtansicht, Zeilen 58, 59 und 61 + KTR-Ausweis Gesamtansicht, Zeilen 109, 112, 115, 118, 121, 124, 127).
14. Die Anlagenutzungskosten (ANK) müssen nach REKOLE® sowie nach VKL (KTR- Ausweis Gesamtansicht, Zeilen 82 und 91) eingegeben werden.
15. Bitte stellen Sie sicher, dass die nach REKOLE® (KTR-Ausweis Gesamtansicht, Zeile 82) berechneten ANK höher sind als die nach VKL (KTR-Ausweis Gesamtansicht, Zeile 91) berechneten ANK. Falls dies nicht der Fall ist, muss dies SBM schriftlich begründet werden.
16. Die Anlagenutzungskosten müssen für alle Kostenstellen eingegeben werden. Dies gilt auch für universitäre Lehre und Forschung und für die GWL (KTR-Ausweis Gesamtansicht, Zeilen 82 und 91).
17. Bitte stellen Sie sicher, dass die Überlieger-Korrekturen des laufenden Jahres für 2024 (ITAR\_K 2024, Gesamtansicht, Spalte H) den Überlieger-Korrekturen des Vorjahres für 2025 (ITAR\_K 2025, Gesamtansicht, Spalte G) entsprechen. Gewisse Abweichungen sind möglich, insbesondere bei Stornierungen von Rechnungen nach Abschluss des Geschäftsjahres oder bei Spitalaufenthalten über ein ganzes Kalenderjahr (Eintritt im Jahr T und Austritt im Jahr T+2).
18. 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.
19. 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.
20. Die Erträge und Kosten für die universitäre Lehre und Forschung müssen in Spalte BJ des Blatts «KTR-Ausweis, Gesamtansicht» auf Grundlage der effektiven Kosten eingetragen werden.
21. Die Kosten im Zusammenhang mit den Erträgen der Kontengruppe 65 müssen im Blatt «Zusatzinfos» ausgewiesen werden (Tabelle 2).
22. Kommentare und Beträge im Zusammenhang mit der Abgrenzungsrechnung müssen in der Tabelle 6 des Blatts «Zusatzinfos» korrekt eingetragen werden.
23. 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.

24. Selbstzahlende Patienten oder Nicht-OKP-Patienten (z. B. Unfallversicherung), die nach TARMED abgerechnet werden, müssen in die Spalte TARMED (Spalten BO-BR, 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!).

25. 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).

26. Verarbeitung der Erträge 68

**H+**  
DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

**Gesamtübersicht der Kosten- und Leistungsdaten für ITAR K CH V9.**

**Musterspital**  
Kostenbasis = Kostenträgerrechnung nach REKOLE® zu Vollkosten  
Modell Kostenträgerrechnung

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	279767000		279767000	10000000					10000000	
38	Honorare (sozialversicherungspflichtig)	17834100		17834100	800000				1970000	10817600	
40	Medizinischer Bedarf	62424500		62424500	700000	314000	-313700	149000	6380000	62958800	
41-43	Sächliche Aufwände exkl. Anlagenutzungskosten	69736000		69736000	1500000	24000	-24800	0	209000	30224000	
44	Anlagenutzungskosten (exkl. Inv. < CHF 10'000)	301464000	21935600	51962000	1300000					1300000	
46	Zinsaufwand	74500	1800000	1874500	15000					15000	
7	a.o. Aufwand	151200	-151200	0	20000					20000	
15	Aufwand gem. Jahresrechnung	451044100	23484460	474528560	14235000	388000	-391226	149000	8555000	78813771	
16-18	Erlöse 66/68 als Kostenminderung einbezogen			-8000000						0	
19	<b>Direkte Kosten</b>		<b>23'484'460</b>	<b>466'528'560</b>	<b>14'335'000</b>	<b>388'000</b>	<b>-391'226</b>	<b>149'000</b>	<b>8'555'000</b>	<b>788'137'711</b>	
ILV	Interne Leistungsverrechnung			13500000	3900000				27021000	139221000	
19	Total Kosten gemäss Fibu			15'885'000	<b>2'688'000</b>	<b>-2'944'226</b>		4'957'000	35'578'000	<b>466'422'334</b>	
38/40/5	/ Anzhonorare für zusatzversicherte Patienten			15'885'000						15'885'000	
44	/ Anlagenutzungskosten (ANK = kalk. Zinsen AV kalk. Abschreibungen, Mieten für Objekte > CHF 10'000) nach REKOLE			-3'100'000	-243'440	246'000	-450'000	-3'379'000		-1'917'900	
65	/ Erlöse KZ gr. 65, exkl. Marge			-9'350'000				0	-31'200	-9'381'200	
66	+ Erlöse KZ gr. 68 (sofern kostenmindernd in KST geführt)			2'825'341				29'433	22'074	3'076'848	
24	<b>Nettobetriebskosten I (NIK I)</b>			8'665'000	2'590'560	-2'643'226	3'632'439	32'343'499	405'617'366	405'617'366	
25	/ Subsidiärer Abzug: Kosten für universitäre Lehre + Forschung								-157'500	-157'500	
26	/ Subsidiärer Abzug: Kosten für gemeinnützige Leistungen								0	0	
27	<b>NIK II</b>			8'665'000	2'590'560	-2'643'226	3'632'439	32'330'429	405'459'866	405'459'866	
28	/ Abzug für Mehrkosten aus Leistungen für zusatzversicherte Patienten										
29	/ Abzüge für Zusatzentgelte SwissDRG (bewertete und unbewertete)										
30	+ Aufrechnung Beiträge des Kantons (sofern kostenmindernd gebucht)	100'000							8'299	100'000	
31	+ nicht exp. tarifäre Kosten, Anteil je Tarif										
32	Verteilung der zum Abzug auf die amb. Tarife										
33	Abzug der UV-Zinsen, sofern nicht nach Methode PUE				-63833			-16'303	-142'951	-187'400	
34	Zuschlag für nicht berücksichtigte Zinsen auf dem Umlaufvermögen				0			0	0	0	
35	Benchmarking, relevante Betriebskosten (BBK)				8'941'161	2'590'560	-2'643'226	3'616'136	32'195'766	401'161'364	
36	Anzahl Leistungseinheiten (case mix, max. Pflegeplatz, fast. Tagespunkte, Ertrag, etc.)										
37	Anzahl Fälle (exkl. unbewertete DRG-Fälle)										
38	Case Mix Index, Day Mix Index (bzw. durchschnittliche Verweildauer, wenn LE = Tag (Rehabilitation, Psychiatrie, etc.))										
39	Basiswert (Bezug: Fall Tag, 1 pro Tarifent)										
40	Benchmarking, relevanter Basiswert (Bezug: Fall, Tag,...) (Zusammenzug)										

Der Wert 0 muss in der Kontrollspalte BT (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 BS19), unter Berücksichtigung der Überlieger-Abgrenzung, entspricht. Diese Abgrenzung erfolgt in den Zellen G19 und H19 (siehe oben erwähnter 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 BL, KTR-Ausweis Gesamtansicht) als Bruttobetrag ausgewiesen.

**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 BS19 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 BS19, 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 8.0 / 06.11.2025



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 Gesamtansicht», 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	<b>Stückerlös</b>				
33	381 Arzthonorar, Belegärzte				0
34	Übrige Einzelkosten				
35	489 Patiententransporte durch Dritte				0
36	485 Übrige patientenbezogene Fremdleistungen				0
37	486 Übrige Auslagen für Patienten				0
38	<b>Total Einzelkosten</b>	0	0	0	0
39					
40	<b>Gemeinkosten</b>				
41	<b>Kostenstellen</b>				
42	10 Patientenadministration				0
43	20 OPS-Säle				0
44	21 Herzkatheter-Labor				0
45	23 Anästhesie (inkl. Ärzteschaft)				0
46	24 Intensivpflege (IPS)				0
47	25 Notfall				0
48	26 Bildgebende Verfahren (inkl. Ärzteschaft)				0
49	27 Gebärsaal				0
50	28 Nuklearmedizin und Radionuklidologie (inkl. Ärzteschaft)				0
51	29 Labor (inkl. Ärzteschaft)				0
52	30 Dialyse				0
53	31 Ärzteschaften-Aktivitäten 1 bis 5				0
54	31 Ärzteschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a1				0
55	31 Ärzteschaften des Herzkatheter-Labors - Aktivitäten 6a2				0
56	31 Ärzteschaften der IPS - Aktivitäten 6b1				0
57	31 Ärzteschaften der IMCU - Aktivitäten 6b2				0
58	31 Ärzteschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b3				0
59	31 Ärzteschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b4				0
60	31 Ärzteschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b5				0
61	32 Physiotherapie				0
62	33 Ergotherapie				0
63	34 Logopädie				0
64	35 Nichtärztliche Therapien und Beratungen				0
65	36 Medizinische und therapeutische Diagnostik				0
66	38 Intermediate-Care Stellen (IMCU)				0
67	39 Pflege				0
68	40 Psychologie				0
69	41 Hotellerie-Zimmer				0
70	42 Hotellerie-Küche				0
71	43 Hotellerie-Service				0
72	44 Übrige Leistungserbringer				0
73	45 Pathologie (inkl. Ärzteschaft)				0
74	47 Forschung und universitäre Lehre (nur bezogen auf Aufträge der Forschung und universitären Lehre)				0
75	77 Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte)				0
76	Nicht patientenbezogene Kosten (können ganze Kst sein)				0
77	<b>Total Gemeinkosten (exkl. Anlagenutzungskosten des Kostenblocks A')</b>	0	0	0	0
78	Summe der verrechneten Anlagenutzungskosten nach REKOLE				0
79	Total LV (inkl. Anlagenutzung)	0	0	0	0
80	<b>Total Kosten (Einzel- und Gemeinkosten) inkl. ANK REKOLE</b>	0	0	0	0
81	Total Kosten (Einzel- und Gemeinkosten) ohne Anlagenutzung	0	0	0	0
82	<b>Ergebnis (+ = Gewinn / - = Verlust) nach REKOLE</b>	0	0	0	0
83					
84					
85	<b>Summe der verrechneten Anlagenutzungskosten nach VKL</b>				
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

einzigsten 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
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 Spitzelleistungen	-154.18
65	Übrige Erlöse aus Leistungen an Patienten	-429.51
66	Finanzerlös	
67	Bestandesänderungen an unfertigen und fertigen Erzeugnissen sowie an unverrechneten Lieferungen und Leistungen	
68	Erlös aus Leistungen an Personal und Dritte	
<b>Total Erlös</b>		<b>-693.04</b>

Einzelkosten, gemäss Buchungsrichtlinien	Bezugsgrösse	CHF			Gemeinkostenzuschlag-Satz		Menge
		Kalk. Einstandspreis	GK-Zuschlag, exkl. ANK	ANK-Zuschlag	exkl ANK	ANK	
<b>Medizinischer Bedarf</b>							
400 Arzneimittel (exkl. Blut und Blutprodukte)	Kalk. Einstandspreis (A- und B-Kategorie <sup>1</sup> )	65.23					
401 Material (exkl. Implantate), Instrumente, Utensilien, Textilien							
405 Medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen (exkl. Arzthonorare)	Faktura						
<b>Arzthonorarkosten (sozialversicherungspflichtig)</b>							
380 Arzthonorar, Spitälerärzte	CHF gemäss Vertrag						
381 Arzthonorar, Belegärzte							
<b>Übrige Einzelkosten</b>							
480 Patiententransporte durch Dritte	Faktura						
485 Übrige patientenbezogene Fremdleistungen	Faktura						
486 Übrige Auslagen für Patienten	Faktura						
<b>Einzelkosten, GK-Zuschläge, ANK</b>		<b>65.23</b>					
		Übertrag in Total Kostenträger-Kosten					

<sup>1</sup>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	
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. <sup>2</sup>					
24 Intensivpflege (IPS)	NEMS-Punkte oder Min. <sup>3</sup>					
25 Notfall	TP und Min. <sup>4</sup>					
26 Bildgebende Verfahren	TP und Min. <sup>4</sup>					
27 Gebärsaal	TP und Min. <sup>4</sup>					
28 Nuklearmedizin und Radioonkologie	TP und Min. <sup>4</sup>					
29 Labor	TP und Min. <sup>4</sup>					
30 Dialyse	Anzahl Dialysen					
Arzteschaften-Aktivitäten 1 bis 5	TP und Min. <sup>4</sup>	223.19	4.39	1.69	0.03	131.78
Arzteschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a <sub>1</sub>	Ist-Min. <sup>5</sup> , gewichtet					
Arzteschaften des Herzkatheter-Labor - Aktivitäten 6a <sub>2</sub>	Ist-Min. <sup>5</sup> , gewichtet					
Arzteschaften der IPS - Aktivitäten 6b <sub>1</sub>	TP und Min. <sup>4</sup>					
Arzteschaften der IMCU - Aktivitäten 6b <sub>2</sub>	TP und Min. <sup>4</sup>					
Arzteschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b <sub>3</sub>	TP und Min. <sup>4</sup>					
Arzteschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b <sub>4</sub>	TP und Min. <sup>4</sup>					
Arzteschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b <sub>5</sub>	TP und Min. <sup>4</sup>					
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. <sup>4</sup>					
38 Intermediate-Care (IMCU)	TP und Min. <sup>4</sup>					
39 Pflege	Min.					
40 Psychologie	TP					
41 Hotellene-Zimmer	Pflegetag (PT), gewichtet					
42 Hotellene-Küche	PT und Mahlzeit					
43 Hotellerie-Service	PT					
44 Übrige Leistungserbringer	PT					
45 Pathologie	TP und Min. <sup>4</sup>					
47 Forschung und universitäre Lehre (nur bezogen auf Aufträge der F. und u.L.)	% der Besoldungen					
77 Rettungs- bzw. Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte)	CHF Betrag					
<b>Total Gemeinkosten, ANK der GK</b>		<b>630.85</b>	<b>67.82</b>			
<b>Total Kostenträger-Kosten (Einzel- und Gemeinkosten, inkl. GK-Zuschlag auf EK), Total ANK (EK- + GK-Anteil)</b>		<b>696.08</b>	<b>67.82</b>			
<b>Total Kostenträger-Kosten</b>		<b>763.90</b>				
<b>Ergebnis (Gewinn/ Verlust)</b>		<b>70.86</b>				

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Die Aktivitätengruppe 6a wird nur mit gewichteten Ist-Minuten (mittels GZF) erfasst und verrechnet.

