



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Empfehlungen für die Dateneingabe in ITAR_K[®] V 10.0

Die vorliegenden Empfehlungen wurden in Zusammenarbeit mit dem Verein SpitalBenchmark (SBM), dem Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) sowie gewissen aktiven Mitgliedern von H+ entwickelt. Ziel dieser Empfehlungen ist die Vereinfachung der Dateneingabe in ITAR_K[®] und die Optimierung des Plausibilisierungsprozesses. Die neuen, ab der Version 10.0 von ITAR_K[®] geltenden Erfassungsempfehlungen sind am Anfang des vorliegenden Dokuments **in grüner Farbe** aufgeführt.

1. Ab der Version 10.0 von ITAR_K[®] werden die Kosten im ambulanten Bereich gemäss den Empfehlungen des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) aufgeschlüsselt und bei bestimmten Tarifen wird unterschieden zwischen:
 - «Rein KVG»
 - «MTK»
 - «Selbstzahler (inkl. OKP-Anteil für ZV-Leistungen)».

Zur Harmonisierung der Erfassung 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 oder festgesetzten Taxpunktwertes verrechnet wurden, dürfen in der Spalte «Rein KVG» aufgeführt werden. Die Kosten für MTK-Leistungen sind ausnahmslos 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.

2. Auf der Registerkarte «KTR-Ausweis Gesamtansicht» werden die Kostenstellen «21 Herzkatheter-Labor» und «40 Psychologie» angezeigt. Diese Kostenstellen sind gemäss REKOLE[®] erst seit dem 1.1.2020 obligatorisch. Folglich können die Zeilen für diese Kostenstellen für die Daten von 2019 leer gelassen werden.
3. 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

Entwurf Datenausweise herunterladen

Definitiver Abschluss



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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.



Mit diesem Verfahren müssen die Spitäler nicht mehr auf H+ zukommen, um eventuell das Eingabe Excel nach der Plausibilisierung anzupassen. 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 Kosten der ambulanten Patientenadministration sind in der Spalte DV «Total ambulante Behandlungen» vom «KTR-Ausweis Gesamtansicht» zu erfassen. Die Kosten der ambulanten Patientenadministration werden automatisch auf die verschiedenen ambulanten Aktivitäten verteilt (Spalten DX-FM). Die Verteilung erfolgt proportional zu den Gesamtkosten (Einzel- und Gemeinkosten) ohne Anlagenutzung.
- 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.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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.

7. 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).
8. Die Anlagenutzungskosten (ANK) müssen nach REKOLE sowie nach VKL (KTR-Ausweis Gesamtansicht, Zeilen 78 und 85) eingegeben werden.
9. 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.
10. Die Anlagenutzungskosten müssen für alle Kostenträger eingegeben werden. Dies gilt auch für universitäre Lehre und Forschung und für die GWL (KTR-Ausweis Gesamtansicht, Zeilen 78 und 85).
11. Bitte stellen Sie sicher, dass die Überlieger-Korrekturen des laufenden Jahres für 2018 (ITAR_K 2018, Gesamtansicht, Spalte H) den Überlieger-Korrekturen des Vorjahres für 2019 (ITAR_K 2019, Gesamtansicht, Spalte G) entsprechen.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Die Kosten im Zusammenhang mit den Erträgen der Kontengruppe 65 müssen im Blatt «Zusatzinfos» ausgewiesen werden (Tabelle 2).
16. Kommentare und Beträge im Zusammenhang mit der Abgrenzungsrechnung müssen in der Tabelle 7 des Blatts «Zusatzinfos» korrekt eingetragen werden.
17. Der Kostenträger «kein sep. Tarif» enthält nur Kosten, die nicht explizit auf einen anderen Kostenträger zugewiesen werden können und nicht separat abgerechnet werden. Der Kostenträger «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. Der Kostenträger «kein sep. Tarif» enthält nur Kosten die schlussendlich (auch) über den Taxpunktwert TARMED (resp. Physio, Ergo, Logo etc.) finanziert werden.

- 18. 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.
- 19. Selbstzahlende Patienten oder Nicht-OKP-Patienten (z. B. Unfallversicherung), die nach TARMED abgerechnet werden, müssen in die Spalte TARMED (Spalten ED-EG, 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!).
- 20. Erinnerung korrekte Eingabe der Überliegerkorrekturen: 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 Eingangsdaten für ITAR K CH V9.0

In den Zeilen 9, 10, 11, 18: + Kosten der Überlieger Vorjahr / laufendes Jahr											
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	z	z
	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	
Mieten für Objekte > CHF 10'000) nach VKL											
	#DIV/0!				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
		0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
0	#DIV/0!				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
		0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
(ind unbewertete)					0	0	0	0	0	0	
0					#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
					0	0	0	0	0	0	
					0	0	0	0	0	0	



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

21. 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 2018											
Kontaktperson: Name: Maria Muster, Tel.nr: 031 123 45 67, Mail-Adresse: maria.muster@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 exkl. Honorare	279676300		279676300	10100000					10100000	
38	Honorare (sozialversicherungspflichtig)	17834100		17834100	800000	100000	-13000		1970000	10811830	
40	Medizinischer Bedarf	62424500		62424500	700000	314000	-317000	149000	6380000	52858900	
41-49	Sachaufwand exkl. Anlagennutzungskosten	60736600		60736600	1500000	24000	-24500		205000	3802240	
44	Anlagennutzungskosten (exkl. Inv. < CHF 10'000)	30146400	21835660	51982060	1300000					1300000	
46	Zinsaufwand	74500	74500	1800000	150000					150000	
7	i.a.o. Aufwand	151200	-151200	0	20000					20000	
66/68	Aufwand gem. Jahresrechnung	451044100	23484460	474528560	14335000	388000	-391226	149000	8555000	78813771	
66/68	/ Erlöse 66/68 als Kostenminderung einbezogen			-8000000						0	
17	Direkte Kosten		23484460	466528560	14335000	388000	-391226	149000	8555000	78813771	
ILV	Interne Leistungsverrechnung			1788000	200000	200000	-200000	3908000	27021000	30208000	
19	Total Kosten gemäss BEBU			15885000	2888000	2888000	-2888000	4857000	35576000	466472334	0
38/40/5	/ Arzthonorare für zusatzversicherte Patienten			30000	30000	30000	-30000			-5173000	
44	/ Anlagennutzungskosten (ANK = kalk. Zinsen AV, kalk. Abschreibungen, Mieten für Objekte > CHF 10'000) nach REKOLE			-2105000	-243440	240000	240000	-450000	-3379000	-5197000	
65	/ Erlöse Kl. gr. 65, exkl. Marge			-8250000					-76570	-8981820	
66	+ Erlöse Kl. gr. 66 (sofern kostenmindernd in KST geführt)	8000000		2825341				25439	3000341	0	
23	Nettobetriebskosten I (NBK I)			8605000	2'590'560	2'643'226	-2'643'226	3'632'439	405'617'366	0	
24	/ Subsidärer Abzug, Kosten für universitäre Lehre + Forschung								-13071	-157500	
25	/ Subsidärer Abzug, Kosten für gemeinschaftliche Leistungen	0		0					0	0	
27	NBK II				8605000	2'590'560	2'643'226	3'632'439	32'330'428	405'658'866	
28	/ Abzug für Mehrkosten aus Leistungen für zusatzversicherte Patienten									-1915'320	
29	/ Abzüge für Zusatzentgelte SwissDRG (bewertete und unbewertete)									-602'681	
30	+ Aufrechnung Beiträge des Kantons sofern kostenmindernd gebucht	100000							8299	100000	
31	+ nicht sep. tarifierte Kosten, Anteil je Tarif									0	
32	Verteilung der kum. Abzüge auf die amb. Tarife									0	
33	Abzug der Uv-Zinsen, sofern nicht nach Methode PUJE				-63833			-16303	-142961	-1874500	
34	Zuschlag für nicht berücksichtigte Zinsen auf dem Umlaufvermögen				0			0	0	0	
35	Benchmarking-relevante Betriebskosten (BRB)				8'541'167	2'590'560	2'643'226	3'618'136	32'195'766	401'167'364	
36	Anzahl Leistungseinheiten (case mix, dnr mix, Pflegetage, fakt. Taxpunkte, Ertrag, etc.)										
37	Anzahl Fälle (exkl. unbewertete DRG-Fälle)										
38	Case Mix Index, Day Mix Index (bzw. durchschnittliche Verweildauer, wenn LE = Tag (Rehabilitation, Psychiatrie, Leistungsstation))										
39	Basiswert (Bezug, Fall, Tag, ...) pro Tarifwerk										
40	Benchmarking-relevanter Basiswert (Bezug, Fall, Tag, ...) (Zusammenzug)										

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 an¹. 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 2.0 / 09.12.2019

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