

## ANHÄNGE

Die im Originaldokument " Stellungnahme zur Systemkritik an REKOLE® und ITAR\_K® » enthaltenen Erläuterungen stellen die Funktionsweise der Kostenrechnung nach REKOLE® und ITAR\_K® anhand von Beispielen dar, die auf Daten aus dem Jahr 2017 beruhen, für die die Version ITAR\_K® 8.0 relevant war. Da die Branchenlösungen REKOLE® und ITAR\_K® laufend an neue Anforderungen und Bestimmungen des BVGer angepasst werden, wurden die Erläuterungen in den Kapiteln 1.6 bis 1.8 des oben erwähnten Dokuments in den folgenden Anhängen mit der gleichen Nummerierung aktualisiert, um die Funktionsweise von ITAR\_K® für die Jahre vor oder nach 2017 zu präsentieren. Für weitere Einzelheiten und zum Verständnis der Hintergründe verweisen wir auf das Grundlegendokument.

### ANHANG 1: ERGÄNZENDE ERLÄUTERUNGEN ZU DEN DATEN 2016, GESTÜTZT AUF DIE ITAR\_K® VERSION 7.0

#### Historie der ITAR\_K® Versionen

Version	Datenbasis	Ergebnisse für das Fakturierungsjahr
V 1.0 Zusatz	2010	2012
V 2.0	2011	2013
V 3.0	2012	2014
V 4.0	2013	2015
V 5.0	2014	2015
V 6.0	2015	2016
V 7.0	2016	2018
V 8.0	2017	2019
V 9.0	2018	2020
V 10.0	2019	2021
V 11.0	2020	2022
V 12.0	2021	2023
V 13.0	2022	2024

#### Einleitung:

Zwischen den Versionen ITAR\_K® 7.0 und 8.0 wurden die folgenden wesentlichen Verbesserungen vorgenommen:

- Auswirkungen TARPSY: es wird der Daymix erhoben und analog dem Akutbereich dargestellt.
- Seit 2017 gilt nach REKOLE® der neue KTR-Ausweis. Bei den Gemeinkosten sind die Kostenstellen Intensivpflege und Intermediate-Care Stellen neu getrennt auszuweisen und bei der Ärzteschaft wird die Aktivität 6 detaillierter ausgewiesen
- Die Tarifspalten ZMT werden umbenannt auf MTK (rechtliche Anpassung).

## 1.6 Auswertungen von ambulanten administrativen Fällen auf der Ebene ITAR\_K®

Der Kosten- und Erlösträger gemäss REKOLE® ist sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich stets der "administrative Fall". Er bildet die sog. kleinste bebuchbare Einheit der Kostenrechnung. Das Regelwerk des administrativen Falls ist abschliessend geregelt und gilt grundsätzlich für alle behandelten Patientinnen und Patienten eines Spitals unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär behandelt wurden. Der Umgang mit sog. "ambulanten Dauerfällen" erfordert eine Ausnahmeregelung, welche sich aber über die Jahre bewährt hat. Die Kostenrechnung REKOLE® trifft damit hinsichtlich der Ausgestaltung der Kostenträgerrechnung **keinerlei unterschiedliche Vorgaben für ambulante und stationäre Leistungen**. Die Bildung von aussagekräftigen Kosten- und Erlösinformationen erfolgt in beiden Behandlungs- bzw. Aufenthaltsarten in Form von Auswertungen, für welche die Kosten der einzelnen administrativen Fälle bzw. in Ausnahmefällen die Kosten ihrer Einzelleistungen<sup>30</sup> geeignet verdichtet werden (z.B. zur Bildung von Tarifwerk-Kostenträgern im ITAR\_K®).

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

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

Mit der Entwicklung von ITAR\_K®<sup>31</sup> haben die Spitäler ein effizientes Instrument geschaffen, das auf REKOLE® aufbaut und sämtliche Kostenträgerinformationen in bestimmten Gruppen verdichtet. Diese Verdichtungsgruppen entsprechen bestimmten Tarifwerken und Aktivitäten, die unterschiedlichen Finanzierungsregeln unterstehen. Somit weiss jedes Spital, welche Betriebskosten von welchem Tarif bzw. von welcher Finanzierungsquelle zu tragen sind (ab Version 10.0, inkl. Unterscheidung der diversen Arten ambulanter Fälle zu den einzelnen Garanten UVG/KVG usw.).

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

ITAR\_K® wird laufend weiterentwickelt und insbesondere den neuen BVGer Urteile angepasst. Um die Spitalbetriebskosten des Jahres 2016 mit ITAR\_K® abzubilden war die Version 7.0 von ITAR\_K® massgebend<sup>32</sup>. Entsprechend referenzieren sich die im vorliegenden Anhang vorkommenden spezifischen Excel-Zeilen/-Spalten sowie ihre Bezeichnungen auf diese Version 7.0 und nicht die aktuell Gültige Version.

---

<sup>30</sup> Zum Beispiel, wenn ein ambulanter Fall gleichzeitig medizinische und therapeutische Leistungen enthält.

<sup>31</sup> ITAR\_K® – integriertes Tarifmodell basierend auf Kostenträgerrechnungsbasis.

<sup>32</sup> H+: Erläuterungen zur Gesamtübersicht der Kosten und Leistungsdaten für ITAR\_K®, Version 7.0, Dez. 2016, Bern, Kap. 1.1, S. 4.

Grundsätzlich werden auch im ambulanten Bereich die ambulanten administrativen Fälle auf bestimmte Tarifwerke verdichtet/gruppert. Kommt es vor, dass eine Patientin oder ein Patient ambulante Leistungen aus unterschiedlichen Leistungsbereichen erhält, die mit einem unterschiedlichen Tarif finanziert werden (z.B. TARMED und Physiotherapie), dann müssen die spezifischen medizinischen und physiotherapeutischen Leistungen dieses administrativen Falls für den Zweck der Bildung korrekter Tarifwerk Kostenträger im ITAR\_K® auf die spezifischen Tarifwerke zugeordnet werden (vgl. Ziff. 1.7). Die verbleibenden Kostenpositionen des administrativen Falls, wie Material > CHF 3, Medikamente, Blut, Dialysen, Labor und weitere ambulante Aktivitätsbereiche bzw. Tarifwerke sind ebenfalls spezifisch in einer geeigneten Spalte auszuweisen und nicht als «TARMED-Kosten» zu führen.

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

Kosten, welche in der Spalte EF «kein separater Tarif» der Excel Lasche «KTR Ausweis Gesamtsicht» erscheinen<sup>33</sup>, sind hauptsächlich die Gemeinkostenarten wie Patientenadministration und die ANK der ambulanten Aktivitäten. Weiter ist vorgesehen die Gemeinkostenart «Übrige Leistungserbringer», welche während ambulanten Behandlungen vorkommen könnten (wenn, dann Kosten im Zusammenhang mit Seelsorge) in dieser Spalte abzubilden, wobei hier festgehalten werden muss, dass die Seelsorge primär die stationäre Aktivität betrifft. Damit die Spitäler dennoch ihre Kosten abbilden können, wo sie tatsächlich anfallen, wurde im ITAR\_K® vorgesehen Seelsorge-Kosten auch in den ambulanten Aktivitäten abbilden zu können:

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

Musterspital Kostenträgerausweis nach REKOLE® Kostenträgerstückrechnung 1.1.-31.12.2016		Total	Tarif TARMED	Tarif Labor	Tarif Physio	Tarif Ergotherapie	Tarif Ernährung	Tarif Untersuchungsleistung	Tarif Logopädie	Tarif Dialyse	Bitte benennen Sie die einzelnen Tarife				Material, Medikamente, Blut	Fremdleistungen	kein sep. Tarif
<b>Gemeinkosten</b>																	
10 Patienten	administrativer Fall																
20 OP-Späte	IP und Men																
21 Anästhesie (incl. Anesthetik)	IP und Men																
24 Kranienpflege und intensive Care	IP und Men																
25 Notfall	IP und Men																
26 Blütgebende Verfahren (incl. Anesthetik)	IP und Men																
27 Geburtshilfe	IP und Men																
28 Stillkammer und Stillkammerpflege (incl. Anesthetik)	IP und Men																
29 Labor (incl. Anesthetik)	IP und Men																
30 Dialyse	Angew. Diätetik																
31 Anesthetik-Ärztinnen bis 5	IP und Men																
32 Anesthetik-Ärztinnen > 5	IP und Men																
33 Chiropraktik	IP																
34 Logopädie	IP																
35 Ergotherapie	IP																
36 Medizinische Therapien und Behandlungen	IP																
38 Physiotherapie und therapeutische Übungen	IP und Men																
39 Pflege	Men																
40 Ernährung-Diätetik	Phlegma geschloss.																
42 Heilmittel-Richtlinie	PF und Maßnahme																
43 Heilmittel-Richtlinie	PF																
44 Übrige Leistungserbringer	PF																
45 Übrige Leistungserbringer	PF																
47 Forschung und universitäre Lehre (incl. bezogen auf Aufgabe der Forsch.)	IP und Men																
77 Planung: Im Ambulanten (incl. Teil- und Langzeit)	% der Beschäftigten																
78 Planung: Im Ambulanten (incl. Teil- und Langzeit)	CHF-Betrag																
79 Planung: Im Ambulanten (incl. Teil- und Langzeit)	CHF-Betrag																
<b>Total Gemeinkosten (inkl. Anlagenwertkosten des Kostenblocks A)</b>																	
<b>Summe der verschiedenen Kostenträgerarten nach REKOLE</b>																	
<b>Total (Voll-Abgrenzung)</b>																	
<b>Total Kosten (Gesamt- und Gemeinkosten) inkl. ANK REKOLE</b>																	
<b>Total Kosten (Gesamt- und Gemeinkosten) ohne Anlagenwert</b>																	
<b>Ergebnis (+ = Gewinn / - = Verlust) nach REKOLE</b>																	

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

<sup>33</sup> H+: Erläuterungen zur Gesamtübersicht der Kosten und Leistungsdaten für ITAR\_K®, Version 7.0, Dez. 2016, Bern, S.17, Kap. 9

Physiotherapie), auf beide entsprechende ambulante Tarife der korrekte Anteil an Kosten aus Patientenadministration und ANK verbucht werden (Gemeinkostensplitt)<sup>34</sup>.

Damit dieser Gemeinkostensplitt sichergestellt werden kann, sieht ITAR\_K® die Spalte EF «kein separater Tarif» in der Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht» vor, dank welcher eine automatische und proportionale Zuordnung dieser Gemeinkostenarten auf alle von den ambulanten Patientinnen und Patienten beanspruchten Tarifwerke/Aktivitäten sicherstellt ist (indirektes Zuordnungsverfahren). Die proportionale Zuordnung erfolgt in der Excel-Lasche «Gesamtansicht». Die folgende Abbildung stellt den Gemeinkostensplitt in 2 Schritten dar:

- Schritt 1: Erfassung der Gemeinkostenkomponenten Patientenadministration und ANK (sowie ev. von übrigen Leistungserbringern) der ambulanten Aktivitäten in den dafür vorgesehenen Zellen in der Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht» (Vgl. Abbildung 1).
- Schritt 2: die Totalkosten der Spalte EF «kein separater Tarif» (= Zelle EF71 Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtansicht») werden automatisch in der Excel-Lasche «Gesamtansicht» (Zeile 31, Spalte DR bis EE) proportional zu den Totalkosten (NBK II, Zeile 27, Excel-Lasche «Gesamtansicht») der beanspruchten ambulanten Tarifwerke/Aktivitäten zugeordnet:

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

The screenshot shows an Excel spreadsheet titled 'Musterspital Kostenträgerausweis nach REKOLE®'. The main table has columns for 'Total', 'Tarif IAI/PEI', 'Tarif Labor', 'Tarif Physio', 'Tarif Ergotherapie', 'Tarif Ergotherapie waltung', 'Tarif Ernährungsberatung', 'Tarif Diätberatung', 'Tarif Logopädie', 'Tarif Diätologe', and four 'Mehrfach...' columns. The rows list various cost items like 'Personenadministration', 'Krankenpflege', 'Medikation', etc. A red box highlights cell EF71, which is the total for the 'kein separater Tarif' column.

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

The screenshot shows an Excel spreadsheet titled 'Gesamtübersicht der Kosten- und Leistungsdaten für ITAR\_K CH V7.0'. The table has columns for 'KostG', 'Beschreibung', 'Total Aufw and Erlös', 'sachl. Abgrenz.', 'Total BEREZ. Zuteilung', and various 'Tarif' columns. The rows list various cost items like 'Personale/Fremd erwl. Honorare', 'Medizinischer Bedarf', 'Arbeitsaufwand', etc. A red box highlights cell EF71, which is the total for the 'kein separater Tarif' column. A red arrow points from cell EF71 to the 'proportionale Verteilung der Kosten (Zelle EF71)' section.

<sup>34</sup> H+: Erläuterungen zur Gesamtübersicht der Kosten und Leistungsdaten für ITAR\_K®, Version 8.0, Okt. 2017, Bern, S. 13, Kap. 7.8 & Fussnote 4.

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

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

Musterspital Kostenträgerstreckrechnung 1.1.-31.12.2016		Total	Tarif TAP/PE	Tarif Labor	Tarif Physio	Tarif Ergotherapie	Tarif Ernährungserg.	Tarif Diätberatung	Tarif Logopädie	Tarif Dialyse	Bitte benennen Sie die einzelnen Tarife				Platzal, Multiarbeits, BSt	Fremdbelegungen	kein exp. Tarif
<b>Gemeinkosten</b>																	
<b>Kostenstellen</b>																	
10	Personenadministration	administrativer Fall															
20	OP-Säle	TP und Mn															
23	Anästhesie (inkl. Anesthetika)	TP und Mn															
24	Intensivpflege und intermediate Care	TP und Mn															
25	Notfall	TP und Mn															
26	Bildgebende Verfahren (inkl. Anesthetika)	TP und Mn															
27	Gerätschaften	TP und Mn															
28	Radiationstherapie und Radioonkologie (inkl. Anesthetika)	TP und Mn															
29	Labor (inkl. Anesthetika)	TP und Mn															
30	Dialyse	Angew. Wissen															
31	Anesthetika-Mitarbeiter (bis 5)	TP und Mn															
32	Anesthetika-Mitarbeiter > 5	TP und Mn															
33	Chirurgische Pflege	TP															
34	Logopädie	TP															
35	Physiotherapie	TP															
36	Nichtärztliche Therapeuten und Belegungen	TP und Mn															
37	Medizinische und therapeutische Ultraschall	TP und Mn															
39	Frage	Mn															
41	Hörheilmittel	Phlegma geschoben															
42	Hörheilmittel	PF und Maßgaben															
43	Hörheilmittel	PF															
44	Übrige Leistungserbringer	PF															
45	Früherkennung (inkl. Anesthetika)	TP und Mn															
47	Forschung und experimentelle Lehre (nur bezogen auf Aufgabe der Forsch.)	% der Belegungen															
77	Planung: Inv. Ambulanzdienst (nur Teil- und Langzeit)	CHF-Beleg															
78	Stichtagenbezogene Kosten (Stimmen gegenwärtig nur nach CHF-Beleg)	CHF-Beleg															
79	<b>Total Gemeinkosten (Leist., Anlageneinsatzkosten des Kostenblocks A')</b>																
80	Summe der verschiedenen Belegungsstellen (inkl. ANK REKOLE)																
81	Total V (inkl. Anlageneinsatz)																
70	<b>Total Kosten (Leist.- und Gemeinkosten) inkl. ANK REKOLE</b>																
71	Total Kosten (Leist.- und Gemeinkosten) ohne Anlageneinsatz																
72	<b>Ergebnis (+ = Gewinn / - = Verlust) nach REKOLE</b>																

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

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

Musterspital Kostenträgerstreckrechnung 1.1.-31.12.2016		Total	Tarif TAP/PE	Tarif Labor	Tarif Physio	Tarif Ergotherapie	Tarif Ernährungserg.	Tarif Diätberatung	Tarif Logopädie	Tarif Dialyse	Bitte benennen Sie die einzelnen Tarife				Platzal, Multiarbeits, BSt	Fremdbelegungen	kein exp. Tarif
<b>Gemeinkosten</b>																	
<b>Kostenstellen</b>																	
10	Personenadministration	administrativer Fall															
20	OP-Säle	TP und Mn															
23	Anästhesie (inkl. Anesthetika)	TP und Mn															
24	Intensivpflege und intermediate Care	TP und Mn															
25	Notfall	TP und Mn															
26	Bildgebende Verfahren (inkl. Anesthetika)	TP und Mn															
27	Gerätschaften	TP und Mn															
28	Radiationstherapie und Radioonkologie (inkl. Anesthetika)	TP und Mn															
29	Labor (inkl. Anesthetika)	TP und Mn															
30	Dialyse	Angew. Wissen															
31	Anesthetika-Mitarbeiter (bis 5)	TP und Mn															
32	Anesthetika-Mitarbeiter > 5	TP und Mn															
33	Chirurgische Pflege	TP															
34	Logopädie	TP															
35	Physiotherapie	TP															
36	Nichtärztliche Therapeuten und Belegungen	TP und Mn															
37	Medizinische und therapeutische Ultraschall	TP und Mn															
39	Frage	Mn															
41	Hörheilmittel	Phlegma geschoben															
42	Hörheilmittel	PF und Maßgaben															
43	Hörheilmittel	PF															
44	Übrige Leistungserbringer	PF															
45	Früherkennung (inkl. Anesthetika)	TP und Mn															
47	Forschung und experimentelle Lehre (nur bezogen auf Aufgabe der Forsch.)	% der Belegungen															
77	Planung: Inv. Ambulanzdienst (nur Teil- und Langzeit)	CHF-Beleg															
78	Stichtagenbezogene Kosten (Stimmen gegenwärtig nur nach CHF-Beleg)	CHF-Beleg															
79	<b>Total Gemeinkosten (Leist., Anlageneinsatzkosten des Kostenblocks A')</b>																
80	Summe der verschiedenen Belegungsstellen (inkl. ANK REKOLE)																
81	Total V (inkl. Anlageneinsatz)																
70	<b>Total Kosten (Leist.- und Gemeinkosten) inkl. ANK REKOLE</b>																
71	Total Kosten (Leist.- und Gemeinkosten) ohne Anlageneinsatz																
72	<b>Ergebnis (+ = Gewinn / - = Verlust) nach REKOLE</b>																

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

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

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

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

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

### 1.7 Beispiel für die Zuordnung von Kostenkomponenten auf den Kostenträger (Tarifwerk/Aktivitäten) gem. ITAR\_K®

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

Tabelle 5: Zuordnung Kostenkomponenten auf Kostenträger gem. ITAR\_K® (am Beispiel des administrativen Falls «Abdominalschmerzen»)

KOA	Bezeichnung	Kosten	ITAR_K® Spalte in Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtsicht» (Version 7.0 <sup>35</sup> )
10	Patientenadministration	6.61	Spalte DR Tarif TARMED, Zelle DR42 (direktes Zuordnungsverfahren)

<sup>35</sup> Spaltenbezeichnung gemäss aktueller ITAR\_K® Version 7.0; die Nummerierung der Spalte und ihre Bezeichnung können in älteren und späteren Versionen abweichen.

31	Ärztliche Aktivität 1 bis 5	434.78	Spalte DR Tarif TARMED, Zelle DR52
39	Pflege	39.87	Spalte DR Tarif TARMED, Zelle DR65
	ANK	10.30	Spalte DR Tarif TARMED, Zelle DR75 (direktes Zuordnungsverfahren)

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

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

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

Tabelle 6: Kostenträgerausweis des administrativen Falls Dammriss

Kostenträger: administrativer Fall und Auftrag "Dammriss" (Physio)		© H. Die Spitzler der Schweiz					
<b>Generelle Referenzdaten (nicht abschliessend)</b>							
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					
Behandlungsart (stationär, ambulant)		Geschlecht, Alter, Wohnort					
<b>Erlös</b>	<b>Nr.</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>CHF</b>				
	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	Finanzerlös					
	67	Bestandesänderungen an unfertigen und fertigen Erzeugnissen sowie an unverrechneten Lieferungen und Leistungen					
	68	Erlöse aus Leistungen an Personal und Dritte					
<b>Total Erlös</b>			<b>-693.04</b>				
Kann-Charakter							
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)						
Blut und Blutprodukte							
401 Material (exkl. Implantate), Instrumente, Utensilien, Textilien		65.23					
Implantate							
405 Medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen (exkl. Arzthonorare)	Faktura						
Arzthonorare (nicht sozialversicherungspflichtig)							
<b>Arzthonorarkosten (sozialversicherungspflichtig)</b>							
380 Arzthonorar, Spitalärzte	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	
<b>Kostenstellen</b>						
10 Patientenadministration	administrativer Fall	6.61	0.38	6.61	0.36	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					
31 Ärzteschaften-Aktivitäten 1 bis 5	TP und Min. <sup>4</sup>	223.19	4.39	1.69	0.03	131.76
31 Ärzteschaften - Aktivität 6	Ist-Min. <sup>5</sup> gewichtet					
32 Physiotherapie	TP	401.05	63.05	0.9	0.14	445.85
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 Hotellerie-Zimmer	Pflegezeit (PT), gewichtet					
42 Hotellerie-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>763.9</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 Gemeinkostenkomponenten die Bezugsgrösse TARMED-Taxpunkt gewählt, so werden entweder nur die TL-Punkte (technische Leistungspunkte) oder die AL- und TL-Punkte (ärztliche und technische Leistungspunkte)



Tabelle 7: Zuordnung Kostenkomponenten auf Kostenträger gem. ITAR\_K® (am Beispiel des administrativen Falls Dammriss)

KOA	Bezeichnung	Kosten	ITAR_K® Spalte in Excel-Lasche «KTR Ausweis Gesamtsicht» (Version 7.0 <sup>36</sup> )
401	Material	65.23	Spalte ED, Zelle ED 27
10	Patientenadministration	6.61	Proportionale Aufteilung der Kosten auf: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spalte DR Tarif TARMED, Zelle DR42</li> <li>- Spalte DT Tarif Physio., Zelle DT42</li> </ul> (direktes Zuordnungsverfahren)
31	Ärztliche Aktivität 1 bis 5	223.19	Spalte DR Tarif TARMED, Zelle DR52
32	Physiotherapie	401.05	Spalte DT Tarif Physio, Zelle DT54
	ANK	67.82	Proportionale Aufteilung der Kosten auf: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spalte DR Tarif TARMED, Zelle DR69</li> <li>- Spalte DT Tarif Physio, Zelle DT69</li> </ul>

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

The screenshot shows an Excel spreadsheet with the following structure:

- Columns:** A, B, C, DP, DD, DG, DT, DU, DV, DW, DX, DY, DZ, EA, EB, EC, ED, EE, EF.
- Row 1:** Musterspital
- Row 2:** Kostenträgerausweis nach REKOLE®
- Row 3:** Kostenträgerstückrechnung 1.1.-31.12.2016
- Row 4:** Total, Tarif TARMED, Tarif Labor, Tarif Physio, Tarif Ergotherapie, Tarif Ernährungserziehung, Tarif Diätberatung, Tarif Logopädie, Tarif Dialyse, Metene, Instrumente, Metene, Instrumente, Metene, Instrumente, Metene, Instrumente, Material, Neulieferung, Fremdleistungen, kein sep. Tarif
- Row 5:** Einzelkosten, Denunziata
- Row 6:** 400 Arzneimittel (inkl. Blut- und Blutprodukte)
- Row 7:** 401 Material (inkl. Implantate, Instrumente, Utensilien, Textilien)
- Row 8:** 402 Medizinische, diag. und therap. Fremdleistungen (inkl. Anästhesie)
- Row 9:** 300 Anästhesie, Spezialanästhesie
- Row 10:** 490 Storgepotenzialbezogene Fremdleistungen
- Row 11:** 499 Storgepotenzialbezogene Fremdleistungen
- Row 12:** Total Einzelkosten
- Row 13:** Gesamtkosten, Denunziata

<sup>36</sup> Spaltenbezeichnung gemäss aktueller ITAR\_K® Version 8.0; die Nummerierung der Spalte und ihre Bezeichnung können in älteren oder späteren Versionen abweichen.

Musterspital Kostenträgerstückrechnung 1.1.-31.12.2016		Total	Tarif TARPEO	Tarif Labor	Tarif Physio	Tarif Ergotherapie	Tarif Erdbebergr erhaltung	Tarif Erdbeberber euerung	Tarif Logopädie	Tarif Diagnostik	Bitte berechnen Sie die einzelnen Tarife				Material, Medikament, Bü	Fremdleistungen	son. exp. Tarif	
Gesamtkosten		Beschreibung																
01	Poliklinik																	
02	Poliklinik																	
03	OP-Saal																	
04	Anästhesie (inkl. Anesthetik)																	
05	Intensivpflege und Intensivpflege (inkl.)																	
06	Stationäre Pflege (inkl. Anesthetik)																	
07	Stationäre Pflege (inkl. Anesthetik)																	
08	Stationäre Pflege (inkl. Anesthetik)																	
09	Stationäre Pflege (inkl. Anesthetik)																	
10	Stationäre Pflege (inkl. Anesthetik)																	
11	Stationäre Pflege (inkl. Anesthetik)																	
12	Stationäre Pflege (inkl. Anesthetik)																	
13	Stationäre Pflege (inkl. Anesthetik)																	
14	Stationäre Pflege (inkl. Anesthetik)																	
15	Stationäre Pflege (inkl. Anesthetik)																	
16	Stationäre Pflege (inkl. Anesthetik)																	
17	Stationäre Pflege (inkl. Anesthetik)																	
18	Stationäre Pflege (inkl. Anesthetik)																	
19	<b>Total Gesamtkosten (inkl. Anlagen- und Materialkosten des Kostenblocks A)</b>																	
20	Kosten der einzelnen Kostenstellen nach																	
21	Kosten für die Anlagennutzung																	
22	Total Kosten (Material- und Gesamtkosten) inkl. ANK, REKOL																	
23	Total Kosten (Material- und Gesamtkosten) ohne Anlagennutzung																	
24	Ergebnis (= Gewinn / = Verlust) nach REKOL																	

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

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

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

## 1.8 ITAR\_K® Gesamtansicht

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

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

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