

## Entscheid zum Antrag Nr. 18\_003

Ablauf	Datum	Status
Eingereicht	30.6.2017	
1. Behandlung	27.04.2018	
2. Behandlung	21.08.2018	
REK Entscheid	Angenommen	
Gültigkeitsdatum	01.01.2020	
Zertifizierungsrelevant ab	01.01.2021	

### Referenzangabe zum Handbuch REKOLE® 4. Ausgabe 2013 und Antragsteller

Kapitel Nr. & Bezeichnung	8.6.1 Leistungserbringenden Kostenstellen
Antragssteller	USB, M. Scherer

### 1. Antrag, inkl. Lösungsvorschlag

#### Ausgangslage:

Wird eine Herz-Operation nicht im OP-Saal durchgeführt, sondern im Herzkatheterlabor, sollte die Leistungserfassung dem des OP-Saals gleichgestellt sein. Das CMO (SwissDRG) möchte gerne die Kosten für die Ärzteschaften für das Herzkatheterlabor kennen.

Weiterhin muss die Leistungserfassung über effektive OP-Minuten und dem Gleichzeitigkeitsfaktor im Herzkatheterlabor erfolgen.

#### Analyse

Es gibt grundsätzlich drei Raumkategorien, in den mit unterschiedlich hohen Kosten Behandlungen durchgeführt werden: Operationssäle (OPS), Interventionsräume (IR) und Untersuchungs- und Behandlungsräume (UBR). In Bezug auf den Kostenanfall sind die Interventions- und Untersuchungs- und Behandlungsräume auf vergleichbarem Niveau. Folgende Räume gehören dazu, nicht abschliessende Aufzählung:

Sprechstunden- und Behandlungsräume („UBR“)  
Urologie-Interventionsräume (mit „Urologie-Tisch“)  
Interventionsräume der Gastroenterologie, Angiologie, Dermatologie  
Neuroradiologischer Interventionsraum  
Schockraum / Reanimationsraum  
Herzkatheterlabor

Einer dieser Räume, das Herzkatheterlabor, ist aber zu unterschiedlich. Der Kostenanfall ist für diesen Raum nicht vergleichbar mit den anderen Räumen. Die Zuordnung zu den Muss-Kostenstellen müsste daher überprüft werden, und eine Präzisierung könnte zu besserer Kostenzuordnung auf die Behandlungsfälle führen.

Die Benutzung des Herzkatheterlabors und in der Folge deren Leistungserfassung sind stark unterschiedlich zu den anderen Behandlungsräumen. Die Leistungserfassung wie sie heute durchgeführt wird, führt zu grossen Unterschieden bei gleichen Behandlungsmassnahmen, die einmal im OP und ein anderes Mal im Herzkatheterlabor durchgeführt werden. Deshalb drängt sich eine besondere Behandlung auf.

#### Lösungsvorschlag:

- Das Herzkatheterlabor wird zur Muss-Kostenstelle 21 „Herzkatheterlabor“, mit allen Folgen – Einbau in die Kalkulationsstruktur, Vorgaben für die Leistungserfassung, Gleichzeitigkeit für die Aerzte bei der Leistungserfassung, Einhaltung der Herz-Katetherlabor-Zeitstempel (= OP Saal Muss-KST).

## 2. REK Entscheid

Der REK entscheid wird ohne Ergänzungen angenommen.

Totalstimmen: 13

Ja: 10

Nein: 0

Enthaltungen: 3

## 3. Auswirkungen auf das Handbuch REKOLE®, 4. Ausgabe 2013

Kapitel 8.4 wird angepasst:

Dienstleistende Kostenstellen	Leistungserbringende Kostenstellen	Nebenbetriebe
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Infrastruktur</li><li>▪ Direktion</li><li>▪ Dezentrale Führungs- und Koordinationsbereiche</li><li>▪ Wäscherei</li><li>▪ Reinigung</li><li>▪ Personalwesen</li><li>▪ Rechnungswesen</li><li>▪ Support und Service</li><li>▪ Gemeinschaftlich genutzte Sekretariate</li><li>▪ Patientenadministration</li><li>▪ Einkauf/Zentrallager</li><li>▪ Apotheke</li><li>▪ Zentralsterilisation</li><li>▪ Pflegepools</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ OP-Saal</li><li>▪ <b>Herzkatheter-Labor</b></li><li>▪ Anästhesie</li><li>▪ Gebärsaal</li><li>▪ Intensivpflege (IPS)</li><li>▪ Bildgebende Verfahren</li><li>▪ Notfall</li><li>▪ Nuklearmedizin und Radioonkologie</li><li>▪ Medizinische und therapeutische Diagnostik</li><li>▪ Labor</li><li>▪ Dialyse</li><li>▪ Ärzteschaften</li><li>▪ Physiotherapie</li><li>▪ Ergotherapie</li><li>▪ Logopädie</li><li>▪ Nichtärztliche Therapien und Beratungen</li><li>▪ Intermediate-Care Unit (IMCU)</li><li>▪ Pflege</li><li>▪ Psychologie</li><li>▪ Hotellerie-Zimmer</li><li>▪ Hotellerie-Küche</li><li>▪ Hotellerie-Service</li><li>▪ Übrige Leistungserbringer</li><li>▪ Pathologie</li><li>▪ Forschung und universitäre Lehre</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Parkplatz</li><li>▪ Kinderkrippe</li><li>▪ Restaurationsbetriebe</li><li>▪ Personalunterkunft</li><li>▪ Blumenladen</li><li>▪ Coiffeurgeschäft</li><li>▪ Schwimmbad</li><li>▪ Militärspital</li><li>▪ Arztpraxen</li><li>▪ Rettungs- bzw. Ambulanzdienst</li><li>▪ Geschützte Operationssäle (GOPS)</li><li>▪ Einsatz- bzw. Notfallzentrale</li><li>▪ ...</li></ul>
<b>Abschliessend</b>	<b>Abschliessend</b>	<b>Nicht abschliessend</b>

### 8.6.2 Leistungserbringenden Kostenstellen

Die leistungserbringenden Kostenstellen bezeichnen Bereiche, die eine direkte medizinische, therapeutische oder pflegerische Leistung erbringen und deren Totalkosten auf die Kostenträger verrechnet werden.

Die Muss-Kostenstellen sind hier abschliessend aufgeführt.

- OP-Saal
- **Herzkatheter-Labor**
- Anästhesie
- Intensivpflege (IPS)

....

Antragsnummer: 18\_003

Die neue MUSS-KST 21 Herzkatheter-Labor folgt dasselbe Verrechnungsverfahren wie die Muss.KST 20 OP-Saal:

Herzkatheter-Labor		(21)		
© H+ Die Spitäler der Schweiz				
Kann-Kostenstellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle Herzkatheter-Labore</li> <li>- Elektrophysiologie</li> <li>- Usw.</li> </ul>			
Inhalt (Primärkosten)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle Kosten (Personal- und Sachkosten), inkl. Fachpersonal der medizinisch-technischen Radiologie (MTRA) und C-Material</li> <li>- Exkl. Ärzteschaften</li> <li>- Exkl. Anästhesiebezogene Kosten</li> <li>- Inkl. Textilien</li> <li>- Die Personalkostenanteile und Sachkosten der Forschung und universitären Lehre sind auf die Muss-KST 47 Forschung und universitäre Lehre zu buchen. Wenn diese Kostenanteile in der vorliegenden KST enthalten sind, dann muss ein Umbuchungsverfahren zwischen der vorliegenden KST und der Muss-KST 47 vorgenommen werden.</li> </ul>			
Anzahl Kostenblöcke	A	Personal- und Sachkosten (Primär- und Sekundärkosten), exkl. Kosten des Kostenblocks A'.		
	A'	Anlagenutzungskosten (inkl. Sekundärkosten). Folgende Kostenarten sind betroffen: 442, 444, 448.		
Anzahl Leistungsblöcke	A	Alle Leistungen werden mittels Ist-Minuten bewertet. Die massgebende Zeitspanne ist die Herzkatheter-Labor Zeit.		
	A'			
Verrechnung		Bezugsgrösse	Kostensatz	
Minimalvariante	A A'	Ist-Min.	$\frac{\text{Kostenblock A'}}{\sum \text{Ist-Min.}}$	CHF/Ist-Min.
		Min., gewichtet	$\frac{\text{Kostenblock A'}}{\sum \text{Min., gewichtet}}$	CHF/Min., gewichtet
Empfänger der Verrechnung	A A'	Administrativer Fall		

### Zusatzinformationen zum Verrechnungsverfahren des Kostenblocks A

Die Herzkatheter-Labor Zeit ist die massgebende Zeitspanne um die Leistung des technischen (nicht-ärztlichen) Personals im Herzkatheter-Labor am/für den Patienten zu messen.

Die Zeitspanne "Herzkatheter-Labor Zeit" wird mittels Ist-Minuten erfasst.

Sie beginnt mit der Lagerung des Patienten durch das technische Herzkatheter-Labor Personal oder bei physischer Laboreinfahrt des Patienten, wenn der Beginn der Einleitung erst im Herzkatheter-Labor stattfindet. Sie endet mit der physischen Ausfahrt des Patienten aus dem Herzkatheter-Labor.

Mehr Informationen zum Thema Zeitspanne und Leistungserfassung finden Sie im Kapitel 10.7 Medizintechnische und therapeutische Bereiche.

.....

# Ärzeschaften

(31)

© H+ Die Spitäler der Schweiz

<b>Kann-Kostenstellen</b>	- Unterteilung nach medizinischen Bereichen (Innere Medizin, Chirurgie, Onkologie, Pädiatrie, usw.)			
<b>Inhalt (Primärkosten)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle Kosten (Personal- und Sachkosten), inkl. C-Material</li> <li>- Exkl. Kosten der Arztpraxen (vgl. Muss-KST 80 Arztpraxen)</li> <li>- Exkl. Pflegepersonal (vgl. Muss-KST 39 Pflege)</li> <li>- Exkl. Kosten für ärztliche Leitung (vgl. Muss-KST 2 Direktion)</li> <li>- Exkl. Ärzteschaften der Muss-Kostenstellen Anästhesie, bildgebende Verfahren, Labor, Nuklearmedizin und Radioonkologie, Pathologie und Dialysen.</li> <li>- Die Personalkostenanteile und Sachkosten der Forschung und universitären Lehre sind auf die Muss-KST 47 Forschung und universitäre Lehre zu buchen. Wenn diese Kostenanteile in der vorliegenden KST enthalten sind, dann muss ein Umbuchungsverfahren zwischen der vorliegenden KST und der Muss-KST 47 vorgenommen werden.</li> </ul>			
<b>Anzahl Kostenblöcke</b>	<b>A</b>	Personal- und Sachkosten (Primär- und Sekundärkosten) für folgende medizinische Aktivitätstypen 1-5 (vgl. Abbildung in Kapitel 10.4 Ärzteschaften): - Rapporte, Administration, Führungsaufgaben und Öffentlichkeitsarbeiten - Aufnahme-, Aufklärungs- und Entlassungstätigkeiten - Patientervisiten - Ambulante Sprechstunde exkl. Kosten des Kostenblocks A', B, C bis G.		
	<b>A'</b>	Anlagenutzungskosten (inkl. Sekundärkosten). Folgende Kostenarten sind betroffen: 442, 444, 448.		
	<b>B</b>	$\Sigma$ der Lohnkostenanteile (inkl. Sozialversicherungskosten) des medizinischen Aktivitätstyp <b>6a<sub>1</sub></b> im <b>OP-Saal</b> (vgl. Abbildung in Kapitel 10.4 Ärzteschaften).		
	<b>C</b>	$\Sigma$ der Lohnkostenanteile des medizinischen Aktivitätstyp <b>6a<sub>2</sub></b> im <b>Herz-Katheter Labor</b> (vgl. Abbildung in Kapitel 10.4 Ärzteschaften).		
	<b>D</b>	$\Sigma$ der Lohnkostenanteile (inkl. Sozialversicherungskosten) der Aktivitäten in der Intensivpflege (IPS) - 6b <sub>1</sub> .		
	<b>E</b>	$\Sigma$ der Lohnkostenanteile (inkl. Sozialversicherungskosten) der Aktivitäten im Intermediate-Care Unit - 6b <sub>2</sub> .		
	<b>F</b>	$\Sigma$ der Lohnkostenanteile (inkl. Sozialversicherungskosten) der Aktivitäten im Notfall - 6b <sub>3</sub> .		
	<b>G</b>	$\Sigma$ der Lohnkostenanteile (inkl. Sozialversicherungskosten) der Aktivitäten im Gebärsaal - 6b <sub>4</sub> .		
<b>Anzahl Leistungsblöcke</b>	<b>A</b> <b>A'</b>	Alle Leistungen werden mittels Taxpunkt (TP), Ist- oder Norm-Minuten (Min.) bewertet. Wird die Bezugsgrösse TARMED-Taxpunkt gewählt, so sind in diesem Fall die AL- und TL-Punkte zu berücksichtigen.		
	<b>B</b> <b>C</b>	Alle Leistungen werden mittels Ist-Minuten bewertet. Die massgebende Zeitspanne entspricht der ärztlichen chirurgischen Leistungszeit (chLZ). Die Gewichtung (sog. Gleichzeitigkeitsfaktor (GZF)) erfolgt durch die während der chLZ Anzahl anwesenden Ärzte (exkl. jene die bereits in anderen Muss-KST berücksichtigt werden, wie z.B. der Anästhesist).		
	<b>D</b> <b>bis</b> <b>H</b>	Alle Leistungen werden mittels Taxpunkt, Ist- oder Norm-Minuten (Min.) bewertet. Wird die Bezugsgrösse TARMED-Taxpunkt gewählt, so sind in diesem Fall nur die AL-Punkte zu berücksichtigen.		
<b>Verrechnung</b>	<b>Bezugsgrösse</b>		<b>Kostensatz</b>	
	<b>Minimalvariante</b>	<b>A</b> <b>A'</b>	TP und Min.	Kostenblock A / $\Sigma$ TP und Min. CHF/TP und Min.
<b>B</b> <b>C</b>		Ist-Min., gewichtet (GZF)	Kostenblock B / $\Sigma$ Ist-Min., gewichtet (GZF) CHF/Ist-Min., gewichtet (GZF)	
<b>D</b> <b>bis</b> <b>H</b>		TP und Min.	Kostenblock C / $\Sigma$ TP und Min. CHF/TP und Min.	
<b>Maximalvariante</b>		<b>A</b> <b>A'</b> <b>B</b> <b>C</b> <b>bis</b> <b>H</b>	Min., gewichtet	Kostenblock A / $\Sigma$ Min., gewichtet CHF/Min., gewichtet
	<b>Empfänger der Verrechnung</b>	<b>A</b> <b>A'</b> <b>B</b> <b>C</b> <b>bis</b> <b>H</b>	Administrativer Fall und Auftrag	

## Zusatzinformationen zum Verrechnungsverfahren des Kostenblocks B und C

Die ärztliche chirurgische Leistungszeit (chLZ) ist die massgebende Zeitspanne, um die ärztliche chirurgische Leistung im OP-Saal **oder im Herzkatheter-Labor** am Patient zu messen.

Die chLZ wird mittels Ist-Minuten erfasst.

Antragsnummer: 18\_003

Sie beginnt mit der physischen Anwesenheit des ersten Arztes (massgebend ist der Beginn der operativen Vorbereitungen: Lagerung, Rasur usw. und nicht der Ort, wo diese durchgeführt wird: im OP-Saal **bzw. Herzkatheter-Labor** oder vor der OP-Saal **bzw. Herzkatheter-Labor** Einfahrt). Sie endet, sobald der letzte Arzt den OP-Saal **oder das Herzkatheter-Labor** verlassen hat, bzw. sobald er seine Tätigkeit am Patienten abgeschlossen hat. Nicht zu berücksichtigen bei der Messung dieser Zeitspanne sind jene Ärzte, die bereits in anderen Muss-Kostenstellen berücksichtigt werden, wie z.B. der Anästhesist (= Ende operative Nachbereitungen).

Zudem wird die chLZ mit der Anzahl anwesender Ärzte im OP-Saal **oder im Herzkatheter-Labor** innerhalb dieser Zeitspanne gewichtet (exkl. jener Ärzte, die bereits in anderen Muss-Kostenstellen berücksichtigt werden, wie z.B. der Anästhesist). Durch Berücksichtigung dieses sog. Gleichzeitigkeitsfaktors (GZF) erfolgt eine genauere Abbildung der Leistungsintensität der ärztlichen Tätigkeit am Patienten. Der Tatsache, dass ein Arzt nach Beginn der chLZ bzw. vor ihrem Abschluss den OP-Saal **oder das Herzkatheter-Labor** verlässt, wird in der Ermittlung des GZK-Faktors in der Minimalvariante keine Rechnung getragen.

Mehr Informationen zum Thema Zeitspanne und Leistungserfassung finden Sie im Kapitel 10.4 Ärzteschaften.

....

**Streichung der Kann-KST Herzkatheter Labor:**

Medizinische und therapeutische Diagnostik <span style="float: right;">(36)</span>			
© H+ Die Spitäler der Schweiz			
Kann-Kostenstellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Endoskopie (Therapie und Diagnostik)</li> <li>- EKG (Elektrokardiogramm)</li> <li>- Ultraschall</li> <li>- Schlaflabor</li> <li>- EEG (Elektro-Enzephalogramm)</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EMG (Elektro-Myogramm)</li> <li>- Dilatationsaktivitäten</li> <li>- <del>Herzkatheter-Labor</del></li> <li>- usw.</li> </ul>		
	Sonderregelung für Rehabilitationskliniken: wenn Leistungen aus bildgebenden Verfahren (vgl. Muss-KST 26 Bildgebende Verfahren) geleistet werden, können sie unter dieser Kostenstelle abgebildet werden.		
Inhalt (Primärkosten)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle Kosten (Personal- und Sachkosten), inkl. Therapeut und C-Material</li> <li>- Exkl. Ärzteschaften</li> <li>- Die Personalkostenanteile und Sachkosten der Forschung und universitären Lehre sind auf die Muss-KST 47 Forschung und universitäre Lehre zu buchen. Wenn diese Kostenanteile in der vorliegenden KST enthalten sind, dann muss ein Umbuchungsverfahren zwischen der vorliegenden KST und der Muss-KST 47 vorgenommen werden.</li> </ul>		
Anzahl Kostenblöcke	A	Personal- und Sachkosten (Primär- und Sekundärkosten), exkl. Kosten des Kostenblocks A'	
	A'	Anlagenutzungskosten (inkl. Sekundärkosten). Folgende Kostenarten sind betroffen: 442, 444, 448	
Anzahl Leistungsblöcke	A	Alle Leistungen werden mittels Taxpunkt (TP), Ist- oder Norm-Minuten (Min.) bewertet. Wird die Bezugsgrösse TARMED-Taxpunkt gewählt, so sind in diesem Fall nur die TL-Punkte zu berücksichtigen.	
	A'		
Verrechnung	Bezugsgrösse		Kostensatz
	Minimalvariante	A	Kostenblock A/ ∑ TP und Min.
	Maximalvariante	A'	Kostenblock A/ ∑ Min., gewichtet
		TP und Min.	CHF/TP und Min.
		Min., gewichtet	CHF/Min., gewichtet
Empfänger der Verrechnung	A	Administrativer Fall und Auftrag	
	A'		

# 6.6 Kontierungsrichtlinien für Gemeinkosten- und Erlösarten

....

**Kontierungsrichtlinien der Gemeinkosten- und Erlösarten**

H+ Die Spitäler der Schweiz

■ MUSS-Kontierung  
 ■ KANN-Kontierung  
 □ Keine Kontierung

*Beispiel*

N°	Kostenarten	Kontierung
30	Lohnkosten	■
37	Sozialversicherungskosten	■
38	Arzt honorarkosten (sozialversicherungsspflichtig)	■
39	Übrige Personalkosten	■
40	Medizinische Bedarfskosten	■
41	Lebensmittelkosten	■
42	Haushaltskosten	■
43	Kosten für Unterhalt & Reparaturen	■
440	Investitionskosten (< VKL-Wert)	■
441	In der ER besetzt für übrige Investitionen	■
442	Abschreibungskosten	■
443	Mietzinskosten (< VKL-Wert)	■
444	Übrige Mietzinskosten	■
448	Kalk. Verzinsung des Anlagevermögens	■
450	Kreditzinskosten	■
460	Darlehenszinskosten	■
463	Hypothekenzinskosten	■
466	In der ER besetzt für Zinsaufwand auf finanziellen Leasing	■
468	Kalk. Verzinsung des Umlaufvermögens	■
469	Übrige Zinskosten	■
47	Verwaltungs- und Informatikkosten	■
48	Übrige patientenbezogene Kosten	■
49	Übrige nicht patientenbezogene Kosten	■
	<b>Zusatzkosten</b>	
	<b>N° Erlösarten</b>	
60	Erlös aus medizinischen, pflegerischen und	■
61	Erlös aus ärztlichen Einzelleistungen	■
62	Erlös aus übrigen Spitalleistungen	■
65	Übrige Erlös aus Leistungen an Patienten	■
66	Finanzerlös	■
67	Bestandsänderungen an unfertigen und fertigen Erzeugnissen sowie an unverrechneten Lieferungen und Leistungen	■
68	Erlös aus Leistungen an Personal und Dritte	■
69	Beiträge und Subventionen	■
77	Steuern	■
78	Ausserordentlicher Aufwand/Ertrag	■
79	Betriebsfremder Aufwand/Ertrag	■

KST	1	2	3	4
Infrastruktur	■	■	■	■
Direktion	■	■	■	■
Dezentrale Führungs- und Koordinationsbereiche	■	■	■	■
Wäscherei	■	■	■	■
Reinigung	■	■	■	■
Personalwesen	■	■	■	■
Rechnungswesen	■	■	■	■
Support und Service	■	■	■	■
Gemeinschaftlich genutzte Sekretariate	■	■	■	■
Patientenadministration	■	■	■	■
Einkauf/Zentrallager	■	■	■	■
Apothek	■	■	■	■
Pflegepools	■	■	■	■
Zentralsterilisation	■	■	■	■
OP-Saal	■	■	■	■
<b>Herzkatheter Labor</b>	■	■	■	■
Anästhesie	■	■	■	■
Intensivpflege und Intermediate-Care	■	■	■	■
Notfall	■	■	■	■
Bildgebende Verfahren	■	■	■	■
Gebärsaal	■	■	■	■
Nuklearmedizin und Radioonkologie	■	■	■	■
Labor	■	■	■	■
Dialyse	■	■	■	■
Ärztenschaften	■	■	■	■

1 für den personalärztlichen Dienst  
 2 Lohnbuchhaltung  
 3 Telekommunikation  
 4 Telekommunikation

Kontierung der Kosten und Erlösarten auf die Kostenstellen, wenn immer möglich nach dem Verursacherprinzip!

# 9.8 Kostenträgerausweis des Administrativen Falls

Der Kostenträgerausweis wird um 2 weitere Gemeinkostenarten Informationen erweitert:

Gemeinkosten (GK), gemäss Verrechnungsmethodik	Bezugsgrösse	Fr.		Kosten-satz	Menge
		GK, exkl ANK	ANK		
<b>Kostenstellen</b>					
10 Patientenadministration	administrativer Fall				
20 OP-Saal	Ist-Min.				
21 <b>Herzkatheter Labor</b>	Ist-Min.				
23 Anästhesie (REK 15_003)	Ist-Min., TP und Min <sup>3</sup>				
24 Intensivpflege (IPS)	TP und Min <sup>4</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				
Ärztenschaften-Aktivitäten 1 bis 5	TP und Min <sup>4</sup>				
Ärztenschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a <sub>1</sub>	Ist-Min <sup>5</sup> , gewichtet				
<b>Ärztenschaften des Herzkatheter Labors - Aktivitäten 6a<sub>2</sub></b>	<b>Ist-Min<sup>5</sup>, gewichtet</b>				
Ärztenschaften der IPS - Aktivitäten 6b <sub>1</sub>	TP und Min <sup>4</sup>				
Ärztenschaften der IMCU - Aktivitäten 6b <sub>2</sub>	TP und Min <sup>4</sup>				
Ärztenschaften des Notfalls - Aktivitäten 6b <sub>3</sub>	TP und Min <sup>4</sup>				
Ärztenschaften des Gebärsaals - Aktivitäten 6b <sub>4</sub>	TP und Min <sup>4</sup>				
Ärztenschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten 6b <sub>5</sub>	TP und Min <sup>4</sup>				
32 Physiotherapie	TP				
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 Stellen (IMCU)	TP und Min <sup>4</sup>				
39 Pflege	Min.				
41 Hotellerie-Zimmer	Pflegezeit (PT), gewichtet				
47 Hotellerie-Küche	PT und Mahlzeit				

Antragsnummer: 18\_003

## 10.4 Ärzteschaften

... ..

REKOLE® definiert unten, als Beispiel, sieben Aktivitätstypen, die pro Arzt zu ermitteln sind. Die Summe der Beschäftigungsgrade der verschiedenen Aktivitätstypen ergibt pro Arzt in jedem Fall 100%. Die Aktivitätstypen 6a<sub>1</sub> und 2, 6b<sub>1</sub> bis 5 und 7 sind aber, sofern diese vorkommen, in jedem Fall getrennt von den übrigen definierten Aktivitätstypen zu führen und zu verrechnen.

.....

Name des Arztes:		Funktion:		
Aktivitäten	Inhalt	Beschäftigungsgrad (% Personalkosten)	Bezugsgrösse der Verrechnung	
1	Rapporte, Administration	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Führungsaufgabe</li> <li>▪ Öffentlichkeitsarbeit</li> </ul>	%-satz	TP und Min. <sup>1</sup>
2	Aufnahme, Aufklärung, Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anamnese</li> <li>▪ Körperliche Untersuchungen (inkl. Studium der Krankheitsgeschichte)</li> <li>▪ Abschlussbericht</li> <li>▪ Kodierung</li> <li>▪ Patientenvisiten</li> </ul>	%-satz	
3	Medizinische Aktivitäten, die mit ihrer technischen Umgebung verrechnet werden.	Alle Arten (z.B. diejenigen, die in den verschiedenen Untersuchungs- und Behandlungsräumen [UBR] stattfinden.) Exkl. Aktivitäten 6a und 6b <sub>1 bis 5</sub>	%-satz	
4	Ambulante Sprechstunde	Vgl. Aktivitäten 1 und 2 (Intervention im OP-Saal → vgl. Aktivität 6a.)	%-satz	
5	Privatärztliche Tätigkeit		%-satz	
6	Medizinische Aktivitäten, die nicht mit ihrer technischen Umgebung verrechnet werden, sondern getrennt davon.	6a: Interventionen und Behandlungen, die auf den folgenden Muss-Kostenstellen erbracht werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ a<sub>1</sub>: OP-Saal</li> <li>▪ a<sub>2</sub>: <b>Herzkatheter-Labor</b></li> </ul>	%-satz	Ist-Min., gewichtet (GZF)
		6b: Interventionen und Behandlungen, die auf den folgenden Muss-Kostenstellen erbracht werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ b<sub>1</sub>: Intensivpflege (IPS)</li> <li>▪ b<sub>2</sub>: Intermediate-Care Unit (IMCU)</li> <li>▪ b<sub>3</sub>: Notfall</li> <li>▪ b<sub>4</sub>: Gebärsaal</li> <li>▪ b<sub>5</sub>: Med. und therap. Diagnostik.</li> </ul>	%-satz	TP und Min. <sup>2</sup>
7	Forschung und universitäre Lehre, nach KVG	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erteilte und erhaltene universitäre Ausbildung</li> <li>▪ Erteile berufliche Weiterbildung</li> <li>▪ Forschung, inkl. Doktorat (MD und PhD)</li> </ul>	%-satz	Direkte Kontierung oder Umbuchung auf Muss-Kostenstelle 47, gestützt auf Aktivitätsanalyse. Verrechnung (und Bildung von Sekundärkosten auf Muss-Kostenstelle 47) ist nicht möglich.

<sup>1</sup> Die Abkürzung Min. steht für Ist- und Norm-Minuten. TARMED ist einen Normzeitarif. Die Nutzung der TARMED Taxpunkte als Bezugsgrösse ist zulässig. Wird für die Gemeinkostenkomponente Ärzteschaften-Aktivitäten 1 bis 5 die Bezugsgrösse TARMED-Taxpunkt gewählt, so sind in diesem Fall die AL- und TL-Punkte zu berücksichtigen.

<sup>2</sup> Wird für die Gemeinkostenkomponente Ärzteschaften-Aktivität 6b die Bezugsgrösse TARMED Taxpunkt gewählt, so sind in diesem Fall nur die AL-Punkte zu berücksichtigen.

....

Die übrigen Ärzteschaften werden mittels der Muss-Kostenstellengruppe 31 Ärzteschaften getrennt vom technischen Umfeld, wo sie ihre Tätigkeit zum Teil ausüben, auf die Kostenträger verrechnet. Die Bezugsgrössen für die Verrechnung dieser Ärzteschaften sind:

- für die Aktivitätstypen 1 bis 5 und 6b<sub>1 bis 5</sub>, der Taxpunkt und / oder die Minute. Dabei kann es sich um Ist- oder Norm-Minuten handeln (REK 05\_042),

Antragsnummer: 18\_003



- für den Aktivitätstyp 6a<sub>1</sub> und 2, die gewichtete (mittels Gleichzeitigkeitsfaktor) Ist-Minute. Dabei ist die ärztliche chirurgische Leistungszeit (chLZ) im OP-Saal bzw. im Herzkatheter Labor am Patient die massgebende Zeitspanne.

Die Ermittlung des prozentualen Beschäftigungsgrads der Aktivitätsgruppe 7 Forschung und universitäre Lehre nach KVG folgt schweizweit einheitlichen Rahmendefinitionen und Regeln (vgl. Kapitel 9.11.6 Voraussetzungen innerhalb REKOLE®).

### Die ärztliche chirurgische Leistungszeit im OP-Saal und im Herzkatheter-Labor (chLZ)

Die ärztliche chirurgische Leistungszeit (chLZ) ist die massgebende Zeitspanne um die ärztliche chirurgische Leistung am Patienten zu messen.

Die deutschen Vereinigungen der Anästhesiologie, Chirurgie und OP-Management haben das Glossar perioperativer Prozesszeiten herausgegeben (vgl. Glossar A&I). Der Beginn und das Ende der chLZ kann auf dieses Glossar referenziert werden und entspricht folgenden Zeitpunkten:

- Beginn chLZ: O4a
- Ende chLZ: O11

Die chLZ wird mittels Ist-Minuten erfasst.

Sie beginnt mit der physischen Anwesenheit des ersten Arztes (O4a). Massgebend ist der Beginn der operativen Vorbereitungen: Lagerung, Rasur usw. und nicht der Ort, wo diese durchgeführt werden (im OP-Saal oder vor der OP-Saal Einfahrt). Sie endet, sobald der letzte Arzt den OP-Saal bzw. das Herzkatheter-Labor verlassen hat bzw. sobald er seine Tätigkeit am Patienten abgeschlossen hat (O11). Nicht zu berücksichtigen bei der Messung dieser Zeitspanne sind jene Ärzte, die bereits in anderen Muss-KST berücksichtigt werden, wie z. B. der Anästhesist (= Ende operative Nachbereitungen).

Die chLZ entspricht weder der Schnitt-/ Nahtzeit (SNZ) noch der im TARMED normativ hinterlegten "Leistungszeit im engeren Sinne". Der Grund hierfür liegt in der Tatsache, dass mit beiden Zeitspannen die tatsächlichen mit der chirurgischen Leistung gebundenen ärztlichen Ressourcen nur bedingt wiedergegeben werden. Die chLZ ist auch nicht der in Deutschland definierten Rüstzeit gleichzustellen. Der Grund liegt darin, dass die in der Rüstzeit z. T. berücksichtigten, spezifischen tätigkeitsbezogenen Zeitspannen unwesentlich sind, um die Genauigkeit der Kostenverrechnung der ärztlichen Leistung zu erhöhen: Entweder sind sie für alle Operationen in etwa gleich (dies trifft zu bei Aktivitäten wie Umkleiden, Händedesinfektion, Berichterstattung, Dokumentation) oder sie sind sachverhaltsfremd, da diese Tätigkeiten – zumindest in der Schweiz – i.d.R. vom technischen Personal des OP-Saals oder Herzkatheter-Labors und nicht vom Arzt durchgeführt werden (dies trifft zum Beispiel zu bei Aktivitäten wie der postoperativen Patientenversorgung im OP-Saal).

Die ärztliche chirurgische Leistungszeit (chLZ) wird ausserdem mit der Anzahl anwesender Ärzte im OP-Saal oder Herzkatheter-Labor innerhalb dieser Zeitspanne gewichtet (exkl. jene Ärzte, die bereits in anderen Muss-KST berücksichtigt werden, wie z. B. der Anästhesist). Durch Berücksichtigung dieses sog. Gleichzeitigkeitsfaktor (GZF) erfolgt eine genauere Abbildung der Leistungsintensität der ärztlichen Tätigkeit am Patienten. Der Tatsache, dass ein Arzt nach Beginn der chLZ bzw. vor ihrem Abschluss den OP-Saal oder das Herzkatheter-Labor verlässt, wird in der Ermittlung des GZF-Faktors keine Rechnung getragen. Weiter werden Operateure, die sich während einer Operation ablösen (Job-Sharing, Arbeitsteilung) als ein "Operateur" gezählt und nicht als zwei.

Aus Sicht des Patienten entspricht somit die gesamte kumulierte chLZ im OP-Saal oder Herzkatheter-

**theter-Labor** der Zeitspanne "ärztliche chirurgische Leistungszeit (in Ist-Minuten)" multipliziert mit der Anzahl anwesender Ärzte während dieser Zeitspanne (Minimalvariante).

Die Genauigkeit der patientenbezogenen Verrechnung der ärztlichen chirurgischen Leistung im OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** könnte noch ein wenig erhöht werden, indem die Erfassung des GZF genauer (z. B. durch die genauere Erfassung der Anwesenheitszeit jedes einzelnen Arztes) und indem zusätzlich eine Lohnkostengewichtung (LKG) der anwesenden Ärzte vorgenommen würde. Diese beiden Entwicklungsschritte sind allerdings mit wesentlichen betriebsinternen Mehrkosten verbunden (IT-Infrastruktur, Organisation, Erfassungsaufgaben) und dienen in erster Linie Zwecken der internen Betriebsführung. Für die lediglich geringe Erhöhung der Genauigkeit der Fallkostenkalkulation lassen sich derartige Entwicklungen nicht rechtfertigen. Sie geniessen daher, im Rahmen der vorliegenden Branchenlösung, fakultativen Charakter.

### **Die OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** bezogene Anästhesie-Betreuungszeit**

Die OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** bezogene Anästhesie-Betreuungszeit (OPHLAnBZ) ist die massgebende Zeitspanne, um die anästhesiologische Leistung am Patienten im Zusammenhang mit einer chirurgischen Behandlung im OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** zu messen. Innerhalb dieser Zeitspanne wird der Patient kontinuierlich durch einen Anästhesisten überwacht und betreut.

Die deutschen Vereinigungen der Anästhesiologie, Chirurgie und OP-Management haben das Glossar perioperativer Prozesszeiten herausgegeben (vgl. Glossar A&I). Der Beginn und das Ende der OP AnBZ kann auf dieses Glossar referenziert werden und entspricht folgenden Zeitpunkten:

- Beginn OPHL AnBZ: A4
- Ende OPHL AnBZ: A12

Die OPHLAnBZ wird mittels Ist-Minuten erfasst.

Sie beginnt mit dem Zeitpunkt, ab dem der Patient unter die Verantwortung des Anästhesiepersonals kommt (A4) und umfasst die fortwährende Anästhesiebetreuung. Sie endet, wenn der Patient in die Verantwortung der nachbetreuenden Stelle übergeht (A12). Auf diese Weise werden die tatsächlichen, mit der Anästhesie-Leistung gebundenen ärztlichen Ressourcen patientenbezogen und national einheitlich am besten wiedergegeben.

Die OPHL AnBZ entspricht weder der eigentlichen Ein-/ Ausleitungszeit noch den im TARMED normativ hinterlegten "Anästhesie-Zeitspannen".

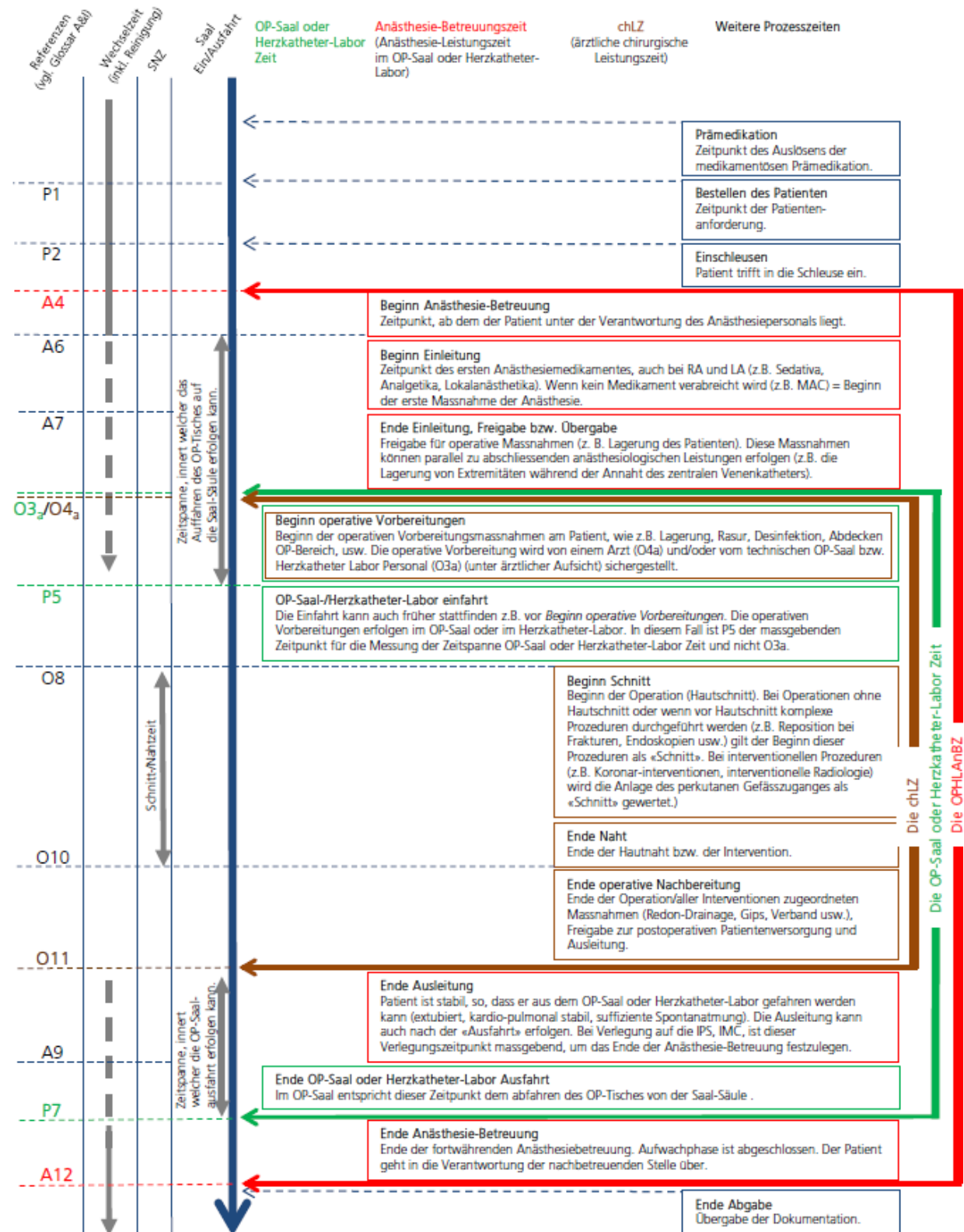
### **Grafische Darstellung der verschiedenen Zeitspannen**

In der folgenden grafischen Darstellung werden die drei massgebenden OP-Saal **und Herzkatheter-Labor** bezogenen Zeitspannen dargestellt:

- die ärztliche chirurgische Leistungszeit (chLZ), in braun
- die OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** bezogene Anästhesie-Betreuungszeit (OPHL AnBZ), in rot
- die OP-Saal oder **Herzkatheter-Labor Zeit**, in grün.

# Massgebende Zeitstempel der Aktivitäten im OP-Saal oder Herzkatheter-Labor

© H+ Die Spitäler der Schweiz



10.7

Antragsnummer: 18\_003

## 10.8 Medizintechnische und therapeutische Bereiche

Die Bezugsgrösse der Verrechnung von medizintechnischen und therapeutischen Bereichen entspricht i.d.R. dem Taxpunkt und / oder der Minute. Dabei kann es sich um Ist- oder Norm-Minuten handeln.

### Die OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** Zeit

Die OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** Zeit ist die massgebende Zeitspanne, um die Leistung des technischen (nicht-ärztlichen) Personals ~~im OP-Saal~~ am / für den Patienten zu messen.

Die deutschen Vereinigungen der Anästhesiologie, Chirurgie und OP-Management haben das Glossar perioperativer Prozesszeiten herausgegeben (vgl. Glossar A&I). Der Beginn und das Ende der OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** Zeit kann auf dieses Glossar referenziert werden und entspricht folgenden Zeitpunkten:

- Beginn OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** Zeit: O3a (oder P5, wenn die operativen Vorbereitungen im OP-Saal **oder im Herzkatheter-Labor** beginnen)
- Ende OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** Zeit: P7

Die Zeitspanne "OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** Zeit" wird mittels Ist-Minuten erfasst.

Sie beginnt mit den operativen Vorbereitungen des Patienten durch das technischen OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** Personal (O3a) oder mit der physischen Saaleinfahrt des Patienten (P5), wenn die operativen Vorbereitungen im OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** stattfinden. Sie endet mit der physischen Ausfahrt des Patienten aus dem OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** (P7).

Die OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** Zeit entspricht weder der Schnitt-/ Nahtzeit (SNZ) noch der im TARMED normativ hinterlegten "Leistungszeit im engeren Sinne". Der Grund hierfür liegt in der Tatsache, dass mit diesen beiden Zeitspannen der tatsächliche, mit der Leistung des technischen (nicht-ärztlichen) OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** Personals verbundene Ressourcenverbrauch nur bedingt wiedergegeben ist. Es gibt z. B. folgende weitere technische Tätigkeiten, die vom technischen OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** Personal i.d.R. durchgeführt werden und die in den oben erwähnten Zeitspannen nicht abgebildet sind:

- Die Vorbereitung und Lagerung des Patienten im/ für den OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor**,
- Die postoperative Patientenversorgung im OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor**.

Da diese Aktivitäten je nach Eingriff zeitlich stark variieren können, führt eine Berücksichtigung ihrer beanspruchten Zeit in der Kostensatzbildung zu einer Erhöhung der Verrechnungsgüte der Leistung des technischen OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** Personals.

Tätigkeiten, deren Zeitspannen hingegen für jede Operation nahezu gleich lang sind, wie z. B. das Umkleiden, die Händedesinfektion, die Berichterstattung und die Dokumentations-tätigkeiten, werden in der Zeitspanne "OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** Zeit" nicht berücksichtigt. Auch die Berücksichtigung der postoperativen Nachbereitung des OP-Saals **oder des Herzkatheter-Labors** (= sog. Wechselzeit (inkl. Reinigung)) ist i.d.R. unwesentlich im Hinblick auf die Erhöhung des Leistungsbezugs im Kalkulationsverfahren und wird daher grundsätzlich nicht berücksichtigt. Allfällige Ausnahmen sind dennoch festzuhalten und werden berücksichtigt.

Die Zeitspanne "OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** Zeit" (~~bezogen auf einen Patienten~~) erfährt keine Gewichtung: Es wird kein Gleichzeitigkeitsfaktor (GZF) mittels Anzahl Personen des anwesenden technischen OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** Personals (Minimalvariante) vorgenommen. Dies weil diese Anzahl i.d.R. von Eingriff zu Eingriff nicht wesentlich unterschiedlich

Antragsnummer: 18\_003

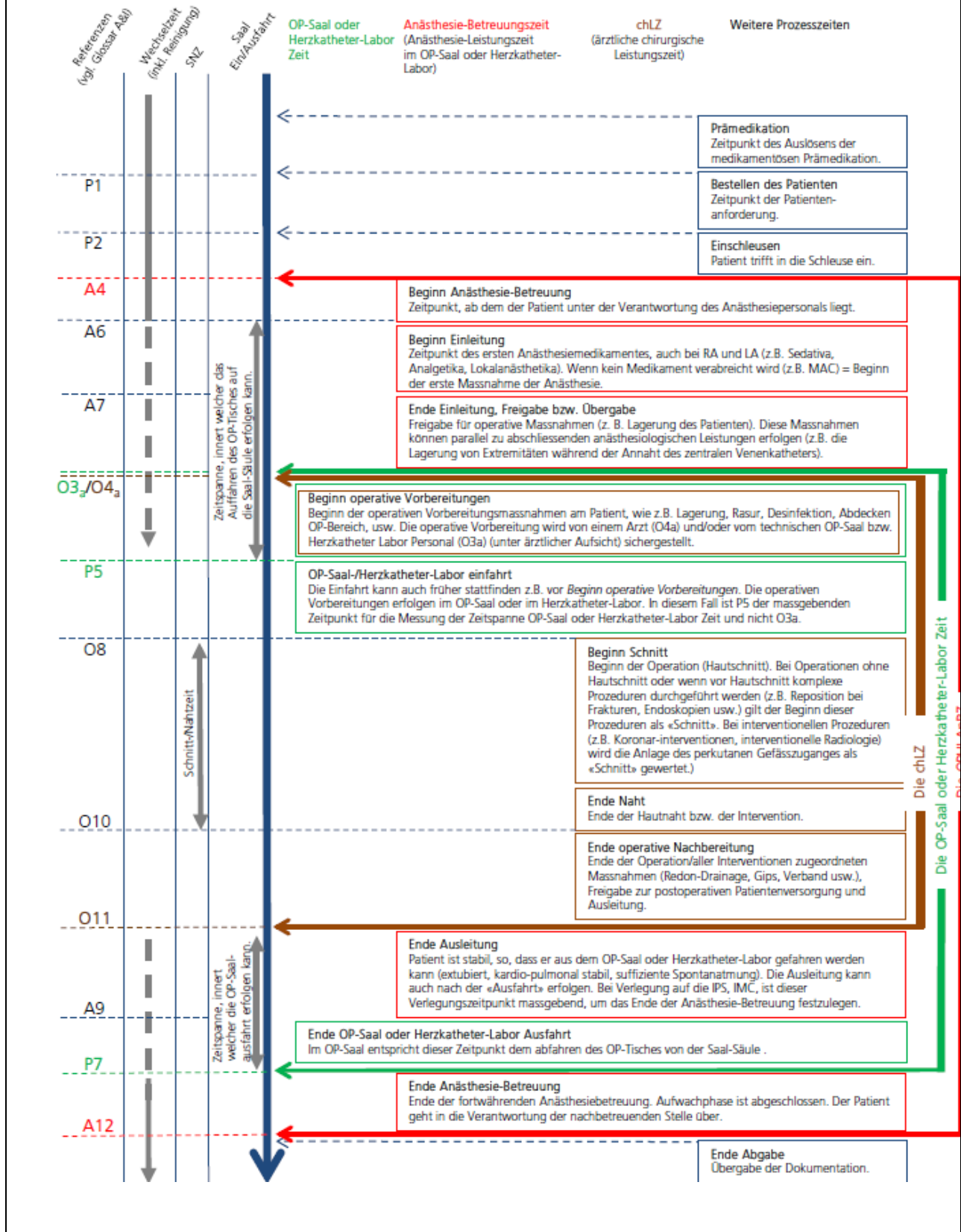
ist. Weiter wurde festgestellt, dass die Höhe der Lohnkosten der verschiedenen betroffenen Lohnkostengruppen des technischen OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** Personals sich zwar von einander unterscheiden können, dass diese Lohnkostenunterschiede im Zusammenhang mit der Erhöhung der Kalkulationsgenauigkeit aber nicht wesentlich ausfallen und eine Lohnkostengewichtung (LKG) im Rahmen des Verrechnungsverfahrens nicht gerechtfertigt ist. Diese beiden nach wie vor möglichen Entwicklungsschritte sind zudem mit wesentlichen, betriebsinternen Mehrkosten verbunden (IT-Infrastruktur, Organisation, Erfassungsaufgaben) und dienen in diesem Fall in erster Linie Zwecken der internen Betriebsführung. Im Rahmen der vorliegenden Branchenlösung geniessen die GZF und LKG im Zusammenhang mit der Verrechnung der Kosten der Muss-Kostenstelle OP-Saal **und Herzkatheter-Labor** daher fakultativen Charakter.

#### **Grafische Darstellung der OP-Saal-Zeit**

In der folgenden grafischen Darstellung wird die OP-Saal **oder Herzkatheter-Labor** Zeit in grün dargestellt:

# Massgebende Zeitstempel der Aktivitäten im OP-Saal oder Herzkatheter-Labor


© H+ Die Spitäler der Schweiz



Antragsnummer: 18\_003

**4. Auswirkungen auf den Kontenrahmen H+, 8. überarbeitete Ausgabe 2014**

---

<b>Ort, Datum</b>	Bern, den 28. August 2018	
<b>Name + Unterschrift</b>	H+ Die Spitäler der Schweiz REK Pascal Besson	

---

Antragsnummer: 18\_003

