

## Entscheid zum Antrag Nr. 13\_005

Ablauf Antrag	Datum	Status
Eingereicht	01.11.2013	
1. Behandlung	10.12.2013	
2. Behandlung	10.02.2014	erledigt
Veröffentlichung		
Gültigkeitsdatum	---	
Ersetzt durch Antrag Nr.		
Dem Vorstand H+ als Info unterbreitet am:	März 2014	
Dem Vorstand H+ als Änderungsantrag unterbreitet am:		
Berücksichtigt im Handbuch REKOLE® 2008, 3. Ausgabe	ja	
REK Entscheid	Angenommen	
Umsetzungsfrist	Nicht zertifizierungsrelevant	

### Referenzangabe zum Handbuch REKOLE® 3. Ausgabe 2008 und Antragsteller

Kapitel Nr. & Bezeichnung	8.6.2. die Leistungserbringenden Kostenstellen
Antragssteller	SwissDRG / Constanze Hergeth

### 1. Ausgangslage / Problemstellung

Mit Einführung der CHOP-Version 2014 ist erstmals die Komplexbehandlung von Erwachsenen und Kindern in einer Intermediate-Care Unit (IMCU) im Rahmen der Medizinischen Statistik von allen Spitälern zu erfassen (CHOP Codes 99.B8.1- und 99.B8.2-). Es handelt sich dabei um sehr kostenrelevante Prozeduren. Es ist davon auszugehen, dass diese Prozeduren im SwissDRG System erlösrelevant werden.

Aufgrund der aktuellen Definition der Kostenstelle 24: „Intensivpflege und Intermediate Care“ ist es derzeit nicht möglich zu unterscheiden, welche Kosten auf einer Intensiv- und welche auf einer Intermediate Care Station angefallen sind. Häufig werden Patienten in einem stationären Aufenthalt sowohl auf einer IPS als auch auf einer IMC behandelt. Um eine sachgerechte Bewertung dieser Leistungen im Rahmen der Weiterentwicklung von SwissDRG vornehmen zu können, müssen diese Kosten eindeutig erfasst und zugeordnet werden können.

#### Lösungsvorschlag

Aufteilen der Muss-Kostenstelle 24: „Intensivpflege und Intermediate Care“ in zwei Muss-Kostenstellen:

- Intensivpflege
- Intermediate Care

### 2. REK Entscheid

**Der Antrag wird angenommen** unter Berücksichtigung der untenstehenden Ergänzungen:

#### Abstimmung-Ergebnis

Anzahl Stimmen (max.):	15
Eingetroffene Stimmen:	12
Absolutes Mehr:	7
Ja:	10
Nein:	2
keine Antwort:	3

Wenn die REK mehrheitlich dem im Antrag formulierten Wille zustimmt, so weist die Kommission aber den formulierten Lösungsvorschlag (Bildung von 2 Muss-Kostenstellen IPS und Intermediate-Care) zurück.

Einerseits wird erkannt, dass zwecks Kalkulationsverfahren und besseren Abbildung von Krankheitsbildern, die Trennung von IPS und Intermediate Care Stellen/Units sinnvoll ist. Tatsache ist aber auch, dass die Trennung von Aktivitätsbereiche (IPD zu intermediate Care, Intermediate Care zu Pflege oder intermediate Care zu anerkannte Überwachungsstationen) in den Spitäler organisatorisch und aus Sicht der Behandlungsprozesse heute noch sehr unterschiedlich gelebt wird. Diese Tatsache ist einerseits auf die Grösse des Spitals zurückzuführen andererseits auf die Definition selbst von Intermediate Care Aktivitäten/Stationen (s.g. IMCU) und ihre heutige Verankerung im

Schweizer Gesundheitswesen. Letztere sind in einem Dokument umschrieben (vgl. Anhang: Schweizerische Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate-Care Units, Mai 2013) dass im letzten Mai 2013 herauskam und von zahlreichen Berufsgesellschaften getragen wird. Dennoch sind diese Richtlinien in den Schweizer Spitäler heute weder flächendeckend umgesetzt noch einheitlich anerkannt von den übrigen Gesundheitspartnern. Schliesslich gibt es heute noch kein offizielles Anerkennungsverfahren, das feststellt ob ein Spital diesen Richtlinien gerecht ist/wird.

Im Kapitel 8.2. Grundsätzen der Kostenstellenstruktur von REKOLE<sup>®</sup> wird ausserdem erklärt auf welche Prinzipien geachtet werden muss bei der Bildung der Muss- und Kann-Kostenstellenstruktur (u. a. der Grundsatz der eindeutigen Kosten- und Leistungszuordnung, selbständiger Verantwortungsbereich, usw.). Im Wissen, dass der Bewirtschaftungsaufwand einer zusätzlichen Kostenstelle (inkl. Berichtsperiodizität) im Allgemeinen erheblich ist, sollte sich der zusätzliche Aufwand im Verhältnis zur zusätzlich gewonnenen Aussagekraft lohnen. Ausserdem ist auch in Erinnerung zu bringen, dass Kostenstelle und Aktivität nicht gleichgestellt per se werden darf; Mit anderen Worten kann nicht davon ausgegangen werden, dass mit der Bildung einer Kostenstelle, eine bestimmte medizinische Aktivität dann zwingen eindeutiger erfasst und ermittelt werden kann (Scheingenaugigkeit!).

Schliesslich vertritt die REK nach wie vor die Grundhaltung, dass:

1. eine Kostenrechnung die Realität eines Betriebs abbilden soll
2. aus den verschiedenen gelebten Praxen entsteht REKOLE<sup>®</sup>, das der heutigen schweizerischen Harmonisierungsebene in Sachen Vollkostenrechnung auf Ist- und Normalkostenbasis entspricht (Bottom up Prinzip).

Ausgehen davon müssen sich die Schweizerischen Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate-Care Units in der Praxis nun zuerst bewähren. Erst dann und sofern Sie auch flächendeckend Anwendung finden kann unter Umständen von der Bildung einer Muss-KST Intermediate Care gesprochen werden. Die REK sieht es zudem nicht als Ihre Aufgabe solche Richtlinien in der Praxis zu verankern oder solche Richtlinien zu begutachten bzw. Pflegen und weiterentwickeln. Diese spezifische Handhabung der Kann-KST intermediate-Care ist vorläufig nicht Zertifizierungsrelevant.

Um dennoch die Weiterentwicklung des SwissDRG Groupers zu fördern, beschliesst die REK, dass:

1. eine eindeutige Unterscheidung zwischen anerkannte IPS und anerkannte IMCU weiter verfolgt werden sollte,
2. eine eindeutige Unterscheidung zwischen anerkannte IMCU und nicht anerkannte IMCU ebenfalls angestrebt werden,
3. Auf Ebene der REKOLE<sup>®</sup> Kostenstellenstruktur, die Muss-Ebene unverändert bleibt,
4. sobald ein Anerkennungsverfahren für IMCU vorliege, sollen anerkannte IMCU, innerhalb der Muss-KST 24 IPS und intermediate Care, in einer eigenen Kann-Kostenstelle abgebildet und getrennt auf den Kostenträger verrechnet werden.
5. Auf Ebene des Kostenträgerausweises werden in diesem Sinne und vorbeugend für die Muss-KST 24 IPS und intermediate Care zwei Gemeinkostenkomponente vorgesehen.
6. Das Verrechnungsverfahren der Kann-KST intermediate Care (IMCU) folgt jene der heute existierenden Vorgaben für die Muss-KST 24 IPS und Intermediate Care.
7. Nicht anerkannte IMCU sind in der Muss-KST 39 Pflege abzubilden.

3. Auswirkungen auf das Handbuch REKOLE®, 3. Ausgabe 2008

8.6.2. die Leistungserbringenden Kostenstellen

Intensivpflege und Intermediate-Care (24)							
© H+ Die Spitäler der Schweiz							
<b>KANN-Kostenstellen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensivpflegestation (IPS)</li> <li>- Anerkannte* Intermediate-Care units (IMCU) (REK13_005)</li> <li>- Anerkannte** Überwachungsstation</li> <li>- High Dependency Unit (HDU)</li> <li>- Stroke-Unit</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Step-Up-Unit</li> <li>- Step-Down-Unit</li> <li>- Neonatologie</li> <li>- usw.</li> </ul> <p>* Anerkannte IMCU können hier als eigene Kann-Kostenstellen geführt und getrennt auf die Kostenträger verrechnet werden. Nicht anerkannte IMCU werden unter der Muss-Kostenstellengruppe 39 Pflege geführt.                  ** In dieser Kostenstellengruppe werden nur die von der SGI oder vom TARMED-Spartenkonzept anerkannten Einheiten abgebildet. Nicht anerkannte Einheiten werden unter der Muss-Kostenstellengruppe 39 Pflege geführt.</p>						
<b>Inhalt (Primärkosten)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle Kosten (Personal- und Sachkosten), inkl. C-Material und Daten-Monitoring.</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>						
<b>Anzahl Kostenblöcke</b>	A Personal- und Sachkosten (Primär- und Sekundärkosten), exkl. Kosten des Kostenblocks A' A' Anlagennutzungskosten (inkl. Sekundärkosten). Folgende Kostenarten sind betroffen: 442, 444, 448						
<b>Anzahl Leistungsblöcke</b>	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'						
<b>Verrechnung Minimalvariante</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Bezugsgrösse</th> <th colspan="2">Kostensatz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A TP und Min.</td> <td>Kostenblock A/ Σ TP und Min.</td> <td>CHF/TP und Min.</td> </tr> </tbody> </table>	Bezugsgrösse	Kostensatz		A TP und Min.	Kostenblock A/ Σ TP und Min.	CHF/TP und Min.
Bezugsgrösse	Kostensatz						
A TP und Min.	Kostenblock A/ Σ TP und Min.	CHF/TP und Min.					
<b>Verrechnung Maximalvariante</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Bezugsgrösse</th> <th colspan="2">Kostensatz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A' Min., gewichtet nach SGI-Klassifikation</td> <td>Kostenblock A/ Σ Min., gewichtet</td> <td>CHF/Min., gewichtet</td> </tr> </tbody> </table>	Bezugsgrösse	Kostensatz		A' Min., gewichtet nach SGI-Klassifikation	Kostenblock A/ Σ Min., gewichtet	CHF/Min., gewichtet
Bezugsgrösse	Kostensatz						
A' Min., gewichtet nach SGI-Klassifikation	Kostenblock A/ Σ Min., gewichtet	CHF/Min., gewichtet					
<b>Empfänger der Verrechnung</b>	A, A' Administrativer Fall						

9.8 Kostenträgerausweis des administrativen Falls

© H+ Die Spitäler der Schweiz				
Kostenträger: administrativer Fall und Auftrag				
Gemeinkosten, gemäss Verrechnungsmethodik	Bezugsgrösse	Fr.	Kostensatz	Menge
Kostenstellen				
10 Patientenadministration	administrativer Fall			
20 OP-Saal	TP und Min. <sup>3</sup>			
23 Anästhesie	TP und Min. <sup>3</sup>			
24 Intensivpflege und Intermediate-Care (exkl. anerkannte intermediate-Care Stellen)	TP und Min. <sup>3</sup>			
Anerkannte Intermediate-Care Stellen	TP und Min. <sup>3</sup>			
25 Notfall	TP und Min. <sup>3</sup>			
26 Bildgebende Verfahren	TP und Min. <sup>3</sup>			

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

keine

<b>Ort, Datum</b>	Bern, den 12. Februar 2014	
<b>Name + Unterschrift</b>	H+ Die Spitäler der Schweiz REK Pascal Besson	