Entscheid zum Antrag Nr. 14_006

Ablauf Antrag	Datum	Status
Eingereicht	21.8.2014	
1. Behandlung	4.12.2014	
2. Behandlung	Jan-Apr. 2015	erledigt
Gültigkeitsdatum	**1.1. 2018**	
Ersetzt Antrag Nr.		
Dem Vorstand H+ als Info unterbreitet am:	Mai 2015	
Dem Vorstand H+ als Änderungsantrag unterbreitet am:		
Berücksichtigt im Handbuch REKOLE® 2013, 4. Ausgabe		
REK Entscheid	**Angenommen**	
Umsetzungsfrist	**Ein Jahr ab Gültigkeitsdatum**	

Referenzangabe zum Handbuch REKOLE® 4. Ausgabe 2013 und Antragsteller	
Kapitel Nr. & Bezeichnung	8.6.2 / 8.8 /9.8/10.4/10.7
Antragssteller	SwissDRG AG / H+ / Spital Thurgau AG / USZ / Kantonspital Winterthur

1. Ausgangslage / Problemstellung / Lösungsvorschlag

Am SwissDRG Daten-Workshop vom 26. Juni 2014 kam u. a. heraus dass bei der Kostenerfassung im OP-Saal es aus Sicht Casemix Office (CMO) grosse Probleme gibt.

Das CMO wünscht, dass für die Kalkulation des OP-Saals genauer wird (z.B. nur noch Verwendung der effektiven Schnitt-Naht-Zeit). Ausserdem ist zu prüfen ob die Berücksichtigung der s.g. Rüstzeit und des Gleichzeitigkeitsfaktors (Wortlaut InEK) sinnvoll ist für Schweizer-Verhältnisse.

Die H+ Geschäftsstelle hat das Thema aufgenommen und in Zusammenarbeit mit Spitalvertretern (Spital Thurgau AG und USZ) das Thema im Rahmen von Arbeitsgruppen analysiert. Geprüft wurde, ob eine Präzisierung des Kalkulationsverfahrens der Kosten die im OP-Saal anfallen, sowie jene der Ärzteschaften die im OP-Saal tätig sind, gemacht werden muss.

Insbesondere sollte geprüft werden:
1. inwiefern die Thematik des Gleichzeitigkeitsfaktor (= Leistungszeitspanne wo mehrere Ärzte bzw. OP-Personal im OP-Saal sind), heute bereits berücksichtigt ist und wie dieser Punkt allenfalls präzisiert werden kann.
2. Ob die SNZ als Zeitspanne genügend ist für die MUSS-KST OP-Saal und ob eine andere Zeitspanne nicht geeigneter wäre.
3. Ob die Anästhesie-Zeitspanne „Ein-/Ausleitung inkl. Aufwachzeit“ genügend ist um ein national einheitliches Verständnis der Zeitspanne scherzustellen und somit eine einheitliche Kalkulation der OP-Saal bezogenen Anästhesiekosten.

<u>Lösungsvorschlag</u>
Aus der Arbeitsgruppe ergibt sich, dass Handlungsbedarf besteht, sowohl in der Verrechnung der ärztlichen Leistungen, die im OP-Saal erbracht werden und im Aktivitätstyp 6 des ärztlichen Leistungserfassungsblatt abgebildet sind (vgl. Tabelle S. 269), als auch in der Verrechnung der Muss-KST OP-Saal.

Folgende Eckwerte im Kalkulationsverfahren sind zu berücksichtigen:

Minimalvariante im Sinne von Muss (Zertifizierungsrelevant)

Verrechnung der ärztlichen chirurgischen Leistung im OP-Saal:

Geschäftsstelle · Lorrainestrasse 4A · 3013 Bern
T 031 335 11 11 · F 031 335 11 70
geschaeftsstelle@hplus.ch · www.hplus.ch

a. Die ärztliche chirurgische Leistungszeit (chLZ) am Patient ist die neue massgebende Zeitspanne für die Verrechnung von ärztlichen chirurgischen Leistungen am Patient im OP-Saal. Sie widerspiegelt die Arzt-Tätigkeit im OP-Saal. Die chLZ entspricht weder der Schnitt-/Nahtzeit (SNZ) noch der im TARMED normative hinterlegten "Leistungzeit im engeren Sinne". Sie ist auch nicht der in Deutschland definierten Rüstzeit gleichzustellen.

   Sie beginnt mit der physischen Anwesenheit im OP-Saal des ersten Arztes (= Beginn der operative Vorbereitungen) und endet beim Verlassen des OP-Saals des letzten Arztes, exkl. jene Ärzte, die bereits in anderen Muss-KST berücksichtig werden, wie z.B. der Anästhesist (= Ende operativen Nachbereitungen).

b. Die Anzahl der anwesenden Ärzte während der chLZ (exkl. jene die bereits in anderen Muss-KST berücksichtig werden, wie z.B. der Anästhesist) sind zu erfassen. Diese Anzahl dient als Gewichtung der ärztlichen chLZ im OP-Saal (vereinfachter Gleichzeitigkeitsfaktor (GZF)). Der Tatsache, dass ein Arzt später kommt oder früher geht wird keine Rechnung getragen.

c. Die gesamte (kumulierte) chLZ (bezogen auf einen Fall) entspricht der chLZ multipliziert mit der Anzahl anwesenden Ärzten während dieser Zeitspanne.

d. Der Aktivitätstyp 6[1] wird in 6a (ärztliche Tätigkeit im OP-Saal) und 6b aufgeteilt.

e. Die Bezugsgrösse der Aktivitätstyp 6a ist die gewichtete Ist-Minute. Die Gewichtung erfolgt mit der erfassten Anzahl der anwesenden Ärzte.

f. In der Muss-KST 31 Ärzteschaften werden 2 entsprechende Kostenblöcke 6a und 6b gebildet, wo die entsprechenden ärztlichen Lohnkostenanteile geführt werden.

g. Kostensatz für Kostenblock 6a = Σ Kostenblock 6a / Σ gewichteten chLZ (Gewichtung: Anzahl Ärzte)

h. Im KT-Ausweis werden die Gemeinkosten 6a und 6b nach wie vor <u>verdichtet</u> dargestellt.

i. Verrechnung der Kosten der Muss-KST 20 OP-Saal: Als Leistungszeit (LZ) am Patient ist die Zeitspanne „OP Saal-Zeit" massgeben. Dadurch sind Aktivitäten wie Vorbereitung / Lagerung des Patienten sowie post-operative Patientenversorgung im OP-Saal berücksichtigt.

j. Definition der OP Saal-Zeit = Sie beginnt mit der Lagerung des Patienten durch das technischen OP-Saal Personal oder bei physischer Saaleinfahrt des Patienten, wenn der Beginn der Einleitung erst im OP-Saal stattfindet. Sie endet mit der physischen Ausfahrt des Patienten aus dem OP-Saal.

k. Die Zeitspanne "OP Saal-Zeit" wird mittels Ist-Minuten erfasst.

l. Die Gewichtung der OP Saal Zeit mittels Anzahl des technischen (nicht-medizinischen) OP Saal Personals wird als <u>Kann</u>-Lösung formuliert. Grund: Nicht wesentlich für die Fallkalkulation. (Verhältnis: Wesentlichkeit – Aufwand nicht gegeben).

m. Die Gewichtung mittels Lohnkosten (LKG) ist grundsätzlich als <u>kann</u>-Lösung zu handhaben. Grund: nicht wesentlich für die Fallkalkulation. (Verhältnis: Wesentlichkeit – Aufwand nicht gegeben).

n. Als Zeitspanne für die Anästhesie gilt die Anästhesiebetreuungszeit (Zeitspanne Beginn Anäs-thesiebetreuung – Ende Anästhesiebetreuung). In dieser Zeit wird der Patient kontinuierlich durch einen Anästhesisten mit Expertenwissen überwacht und betreut. Der Beginn der Anästhesiebetreuung ist der Beginn der fortwährenden Anästhesiebetreuung (Zeitpunkt, ab dem der Patient unter die Verantwortung des Anästhesiepersonals kommt). Das Ende der Anästhesiebetreuung ist das Ende der fortwährenden Anästhesiebetreuung (Patient geht in die Verantwortung der nachbetreuenden Stelle über) (vgl. A-QUA, SGAR). Die OP-Saal bezogene Anästhesie-Betreuungszeit wird mittels Ist-Minuten erfasst.

Folgende Zeitspannen sind national eindeutig zu definieren und darzustellen.

- die ärztliche chirurgische Leistungszeit (chLZ),
- die OP Saal bezogene ärztliche Anästhesie-Betreuungszeit
- die OP Saal-Zeit.

Bereits etablierte Definitionen sind in der Harmonisierung zu berücksichtigen.

Maximalvariante (im Sinne von möglicher Entwicklung. Nicht Zertifizierungsrelevant)

o. Bei der Ermittlung des Gleichzeitigkeitsfaktors (GZF) wird der Tatsache, dass bestimmte Ärzte später kommen oder früher gehen Rechnung getragen. Es wird die Ist-Präsenzzeit der Ärzte erfasst. Vordefinierte Zeitspannenfenster können in diesem Zusammenhang zur Anwendung kommen.

[1] Vgl. Tabelle in REKOLE Handbuch 4. Ausgabe 2013, S. 269

p. Eine Lohnkostengewichtung (LKG) der involvierten Ärzte kann zusätzlich in der Gewichtung der ärztlichen Leistungszeit berücksichtigt werden. So fällt die Gewichtung noch feiner aus (GZF x LKG).

q. In der Muss-KST 31 Ärzteschaften entspricht der Kostensatz für den Kostenblock 6a: Σ Kostenblock 6a / Σ gewichteten chLZ, gewichtet mittels GZF und LKG.

r. Verrechnung der Muss-KST 20 OP-Saal: die gesamte LZ des OP-Personals (bezogen auf einen Fall) entspricht der Saal-Zeit multipliziert mit der Anzahl des anwesenden OP-Personals während der Operation (exkl. Ärzte) (= OP Saal-Zeit x Anzahl anwesendes OP-Personal).
Eine Lohnkostengewichtung (LKG) des OP Saal-Personal erachtet die REK auch als Maximalvariante als unangemessen.

2. REK Entscheid

Der REK-Antrag und darin entwickelten Lösungsvorschlag wird angenommen
Abstimmungsergebnis: Einstimmige Genehmigung.

Der Lösungsvorschlag ist in verschiedenen Hinsichten mit visionären dennoch notwendigen Komponenten verbunden. Damit die Spital-Branche sich in diesem Sinne ausrichtet erarbeitet die REK ausnahmsweise eine der heutigen Umständen entsprechende Muss-Lösung, die mittelfristig umzusetzen ist.

Dieser REK-Entscheid ist ab 1.1.2018 gültig und ab 1.1.2019 zertifizierungsrelevant.

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

(Die Auswirkungen sind in Rot hervorgehoben)

Kapitel 8.6.2 Die leistungserbringenden Kostenstellen

…

OP-Saal (20)

© H+ Die Spitäler der Schweiz

Kann-Kostenstellen	-	Alle OP-Säle		
Inhalt (Primärkosten)	-	Alle Kosten (Personal- und Sachkosten), inkl. Personalkosten der Instrumentalisten und C-Material - Exkl. Ärzteschaften - Exkl. Anästhesiebezogene Kosten - Inkl. Textilien - 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.		
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 A'	Alle Leistungen werden mittels Ist-Minuten bewertet. Die massgebende Zeitspanne ist die OP-Saal-Zeit.		
Verrechnung		**Bezugsgrösse**	**Kostensatz**	
Minimalvariante	A A'	Ist-Min.	Kostenblock A/ ∑ Ist-Min.	CHF/Ist-Min.
Maximalvariante		Min., gewichtet	Kostenblock A/ ∑ Min., gewichtet	CHF/Min., gewichtet
Empfänger der Verrechnung	A A'	Administrativer Fall		

Zusatzinformationen zum Verrechnungsverfahren des Kostenblocks A *(REK 14_006)*
Die OP-Saal-Zeit ist die massgebende Zeitspanne um die Leistung des technischen (nicht-ärztlichen) Personal im OP-Saal am/für den Patient zu messen, sowie die dazu notwendige Nuztung der OP-Saal Infrastruktur.

Die Zeitspanne “OP-Saal-Zeit” wird mittels Ist-Minuten erfasst.

Sie beginnt mit der Lagerung des Patienten durch das technischen OP-Saal Personal oder bei physischer Saaleinfahrt des Patienten, wenn der Beginn der Einleitung erst im OP-Saal stattfindet. Sie endet mit der physischen Ausfahrt des Patienten aus dem OP-Saal.

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

…

Anästhesie (23) ©H+ Die Spitäler der Schweiz				
Kann-Kostenstellen		- Verschiedene Standorte - Medizinische Schmerztherapie - Aufwachraum - usw.		
Inhalt (Primärkosten)		- Alle OP-Saal bezogenen und OP-Saal nicht-bezogenen Anästhesiekosten (Personal- und Sachkosten), inkl. Personalkosten der Instrumentalisten und C-Material - inkl. Ärzteschaften - 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.		
Anzahl Kostenblöcke	A	OP-Saal bezogene Anästhesiekosten: Personal-und Sachkosten (Primär-und Sekundärkosten), exkl. Kosten der Kostenblöcke A' und B		
	A'	Anlagenutzungskosten (inkl. Sekundärkosten). Folgende Kostenarten sind betroffen: 442, 444, 448		
	B	Nicht OP-Saal bezogene Anästhesiekosten: Personal-und Sachkosten (Primär- und Sekundärkosten), exkl. Kosten der Kostenblöcke A und A'		
Anzahl Leistungsblöcke	A A'	Alle OP-Saal bezogenen ärztlichen Anästhesieleistungen werden mittels Ist-Minuten bewertet. Die massgebende Zeitspanne wird durch die OP-Saal bezogene Anästhesie-Betreuungszeit definiert.		
	B	Alle nicht OP-Saal bezogenen Anästhesieleistungen werden mittels Taxpunkt (TP), Ist- oder Norm-Minuten (Min.) bewertet.		
Verrechnung		**Bezugsgrösse**	**Kostensatz**	
Minimalvariante	A A'	Ist-Min.	Kostenblock A/ ∑ Ist-Min.	CHF/Ist-Min.
	B	TP und Min.	Kostenblock A/ ∑ TP und Min.	CHF/TP und Min.
Maximalvariante	A A' B	Min., gewichtet nach Risikoklassen	Kostenblock A/ ∑ Min., gewichtet	CHF/Min., gewichtet
Empfänger der Verrechnung	A A' B	Administrativer Fall		

Zusatzinformationen zum Verrechnungsverfahren des Kostenblocks A *(REK 14_006)*
Die OP-Saal bezogene Anästhesie-Betreuungszeit (OP AnLZ) ist die massgebende Zeitspanne um die ärztliche anästhesiologische Leistung am Patient im Zusammenhang mit einer chirurgischen Behandlung im OP-Saal zu messen. Innerhalb dieser Zeitspanne, wird der Patient kontinuierlich durch einen Anästhesisten überwacht und betreut.

Die OP AnLZ wird mittels Ist-Minuten erfasst.

Sie beginnt mit dem Zeitpunkt, ab dem der Patient unter die Verantwortung des Anästhesiepersonals kommt und umfasst die fortwährende Anästhesiebetreuung. Sie endet, wenn der Patient in die Verantwortung der nachbetreuenden Stelle übergeht.

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

…

Ärzteschaften (31)

© H+ Die Spitäler der Schweiz

Kann-Kostenstellen	-	Unterteilung nach medizinischen Bereichen (Innere Medizin, Chirurgie, Onkologie, Pädiatrie, usw.)
Inhalt (Primärkosten)	-	Alle Kosten (Personal- und Sachkosten), inkl. C-Material - Exkl. Kosten der Arztpraxen (vgl. Muss-KST 80 Arztpraxen) - Exkl. Pflegepersonal (vgl. Muss-KST 39 Pflege) - Exkl. Kosten für ärztliche Leitung (vgl. Muss-KST 2 Direktion) - Exkl. Ärzteschaften der Muss-Kostenstellen Anästhesie, bildgebende Verfahren, Labor, Nuklearmedizin und Radioonkologie, Pathologie und Dialysen. - 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.
Anzahl Kostenblöcke	A	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 - Patientenvisiten - Ambulante Sprechstunde exkl. Kosten des Kostenblocks A', B, C bis G.
	A'	Anlagenutzungskosten (inkl. Sekundärkosten). Folgende Kostenarten sind betroffen: 442, 444, 448
	B	Σ der Lohnkostenanteile des medizinischen Aktivitätstyp 6a im OP-Saal (vgl. Abbildung in Kapitel 10.4 Ärzteschaften).
	C	Σ der Lohnkostenanteile der Aktivitäten in der Intensivpflege (IPS) - $6b_1$
	D	Σ der Lohnkostenanteile der Aktivitäten im Intermediate-Care Unit (IMCU) - $6b_2$
	E	Σ der Lohnkostenanteile der Aktivitäten im Notfall - $6b_3$
	F	Σ der Lohnkostenanteile der Aktivitäten im Gebärsaal - $6b_4$
	G	Σ der Lohnkostenanteile der Aktivitäten der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - $6b_5$
Anzahl Leistungsblöcke	A A'	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	Alle Leistungen werden mittels Ist-Minuten bewertet. Die massgebende Zeitspanne entspricht der ärztlichen chirurgischen Leistungszeit (chLZ). Die Gewichtung (s. g. Gleichzeitigkeitsfaktor (GZF)) erfolgt durch die während der chLZ Anzahl anwesenden Ärzte (exkl. jene die bereits in anderen Muss-KST berücksichtig werden, wie z.B. der Anästhesist).
	C bis G	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.

Verrechnung		**Bezugsgrösse**	**Kostensatz**	
Minimalvariante	A A'	TP und Min.	Kostenblock A/ ∑ TP und Min.	CHF/TP und Min.
	B	Ist-Min., gewichtet (GZF)	Kostenblock B/ ∑ Ist-Min., gewichtet (GZF)	CHF/Ist-Min., gewichtet (GZF)
	C bis G	TP und Min.	Kostenblock C/ ∑ TP und Min.	CHF/TP und Min.
Maximalvariante	A A' B C bis G	Min., gewichtet	Kostenblock A/ ∑ Min., gewichtet	CHF/Min., gewichtet
Empfänger der Verrechnung	A A' B C bis G	Administrativer Fall und Auftrag		

Zusatzinformationen zum Verrechnungsverfahren des Kostenblocks B *(REK 14_006)*

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

Die chLZ wird mittels Ist-Minuten erfasst.

Sie beginnt mit der physischen Anwesenheit des ersten Arztes (massgebend ist der Beginn der operative Vorbereitungen: Lagerung, Razur, usw. und nicht der Ort wo diese durchgeführt wird: im OP-Saal oder vor der OP-.Saal Einfahrt). Sie endet sobald der letzte Arzte den OP-Saal 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-KST berücksichtig werden, wie z.B. der Anästhesist (= Ende operative Nachbereitungen).

Zudem wird die CHLZ mit der Anzahl anwesenden Ärzte im OP-Saal innerhalb dieser Zeitspanne gewichtet (exkl. jene Ärzte, die bereits in anderen Muss-KST berücksichtig werden, wie z.B. der Anästhesist). Durch Berücksichtigung dieses s. g. 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 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.

Kapitel 8.8 Zusammenfassung der Verrechnungsmethodik

Verrechnungsmethodik der leistungserbringenden Kostenstellen

© H+ Die Spitäler der Schw

Nr.	Bezeichnung der MUSS-Kostenstelle (MUSS-KST)	Kostenblöcke, bereinigt von Kostenanteilen für Lehre und Forschung (KOA = Kostenart)			Bezugsgrösse		Kostensatz (KST = Kostenstelle)	Empfänger (aus Sicht des Spitals)	
					Varianten	Zähleinheit		Kostenstelle	Kostenträger (KT
20	OP-Saal	A	Primär- und Sekundärkosten, exkl. KOA des Kostenblocks A' (Erfolgt die Leistungsbewertung mittels der Bezugsgrösse TARMED-Taxpunkt, so sind in diesem Fall nur die TL-Punkte zu berücksichtigen.)	Minimal-variante	Ist-Minute (Min.)	∑ Kosten KST/∑ Ist-Min.	-	Administrativer Fa
				Maximal-variante	Min., gewichtet nach OP I, II, III	∑ KostenKST/∑ Min., gewichtet		
		A'	KOA: 442/444/448 und entsprechende Sekundärkosten	vgl. Kostenblock A der MUSS-KST				
23	Anästhesie (inkl. Ärzteschaft)	A	OP-Saal bezogene Kosten (Primär- und Sekundärkosten), exkl. KOA der Kostenblöcke A' und B	Minimal-variante	Ist-Min.	∑ Kosten KST/∑ Ist-Min.	-	Administrativer Fa
				Maximal-variante	Min., gewichtet nach Risikoklassen	∑ Kosten KST/∑ Min., gewichtet		
		A'	KOA: 442/444/448 und entsprechende Sekundärkosten	vgl. Kostenblock A der MUSS-KST				
		B	Nicht OP-Saal bezogene Kosten: (Primär- und Sekundärkosten), exkl. Kosten der Kostenblöcke A und A'.	Minimal-variante	TP und Min.	∑ Kosten KST/∑ Tp und Min.		
				Maximal-variante	Min., gewichtet nach Risikoklassen	∑ Kosten KST/∑ Min., gewichtet		
31	Ärzteschaften Exkl. Ärzteschaften der MUSS-Kostenstellen Anästhesie, Bildgebende Verfahren, Labor, Nuklearmedizin und Radioonkologie, Pathologie und Dialysen.	A	Personal- und Sachkosten (Primär- und Sekundärkosten) für: Rapporte, Administration, Führungsaufgaben und Öffentlichkeitsarbeiten, Aufnahme-, Aufklärungs- und Entlassungstätigkeiten, Patientenvisiten, ambulante Sprechstunde. (Erfolgt die Leistungsbewertung mittels der Bezugsgrösse TARMED-Taxpunkt, so sind in diesem Fall sowohl die AL- und TL-Punkte zu berücksichtigen.) Exkl. KOA der Kostenblöcke A' und B	Minimal-variante	TP und Min.	∑ Kosten KST/∑ TP und Min.	-	Administrativer Fall und Auftrag
				Maximal-variante	Min., gewichtet	∑ Kosten KST/∑ Min., gewichtet		
		A'	KOA: 442/444/448 und entsprechende Sekundärkosten	vgl. Kostenblock A der MUSS-KST				
		B	∑ der Lohnkostenanteile des medizinischen Aktivitätstyp 6a im OP-Saal	Minimal-variante	Ist-Min., gewichtet (GZF)	∑ Kosten KST/∑ Ist-Min., gewichtet (GZF)		
				Maximal-variante	Ist-Min., gewichtet	∑ Kosten KST/∑ Ist-Min., gewichtet		
		C	∑ der Lohnkostenanteile der medizinischen Aktivitäten in der Intensivpflege (IPS) - $6b_1$	Minimal-variante	TP und Min.	∑ Kosten KST/∑ TP und Min.		
		D	∑ der Lohnkostenanteile der medizinischen Aktivitäten im Intermediate-Care Unit - $6b_2$					
		E	∑ der Lohnkostenanteile der medizinischen Aktivitäten im Notfall - $6b_3$					
		F	∑ der Lohnkostenanteile der medizinischen Aktivitäten im Gebärsaal - $6b_4$	Maximal-variante	Min., gewichtet	∑ Kosten KST/∑ Min., gewichtet		
		G	∑ der Lohnkostenanteile der medizinischen Aktivitäten der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - $6b_5$					

Kapitel 9.8 Der Kostenträgerausweis

Gemeinkosten (GK), gemäss Verrechnungsmethodik			Bezugsgrösse	Fr.		Kosten-satz	Menge
				GK, exkl ANK	ANK		
Kostenstellen							
	10	Patientenadministration	administrativer Fall				
	20	OP-Saal	Ist-Min.				
	23	Anästhesie *(REK 15_003)*	Ist-Min., TP und Min[3]				
	24	Intensivpflege (IPS)	TP und Min.[4]				
	25	Notfall	TP und Min.[4]				
	26	Bildgebende Verfahren	TP und Min.[4]				
	27	Gebärsaal	TP und Min.[4]				
	28	Nuklearmedizin und Radioonkologie	TP und Min.[4]				
	29	Labor	TP und Min.[4]				
	30	Dialyse	Anzahl Dialysen				
		Ärzteschaften-Aktivitäten 1 bis 5	TP und Min.[4]				
		Ärzteschaften des OP-Saals - Aktivitäten 6a	Ist-Min.[5], gewichtet				
		Ärzteschaften der IPS - Aktivitäten $6b_1$	TP und Min.[4]				
	31	Ärzteschaften der IMCU - Aktivitäten $6b_2$	TP und Min.[4]				
		Ärzteschaften des Notfalls - Aktivitäten $6b_3$	TP und Min.[4]				
		Ärzteschaften des Gebärsaals - Aktivitäten $6b_4$	TP und Min.[4]				
		Ärzteschaften der medizinischen und therapeutischen Diagnostik - Aktivitäten $6b_5$	TP und Min.[4]				
	32	Physiotherapie	TP				
	33	Ergotherapie	TP				
	34	Logopädie	TP				
	35	Nichtärztliche Therapien und Beratungen	TP				
	36	Medizinische und therapeutische Diagnostik	TP und Min.[4]				
	38	Intermediate-Care Stellen (IMCU)	TP und Min.[4]				
	39	Pflege	Min.				
	41	Hotellerie-Zimmer	Pflegetag (PT), gewichtet				
	42	Hotellerie-Küche	PT und Mahlzeit				
	43	Hotellerie-Service	PT				
	44	Übrige Leistungserbringer	PT				
	45	Pathologie	TP und Min.[4]				
	47	Forschung und universitäre Lehre (nur bezogen auf Aufträge der Forschung und	% der Besoldungen				
	77	Rettungs- bzw Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte)	Fr. Betrag				
	Total Gemeinkosten, ANK der GK)						
Total Kostenträger-Kosten (Einzel- und Gemeinkosten), Total ANK (EK + GK-Anteil)							
Total Kostenträger-Kosten							
Ergebnis (Gewinn/Verlust)							

[3] 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.

[4] TP = Taxpunkt. Die Abkürzung "Min." steht für Ist- und Norm-Minuten. TARMED ist einen 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) berücksichtigt.

[5] Die Aktivitätengruppe 6a wird nur mit gewichteten Ist-Minuten (mittels GZF) erfasst und verrechnet.

Kapitel 10.4 Ärztschaften

Die Summe der Beschäftigungsgrade der verschiedenen Aktivitätstypen ergibt pro Arzt in jedem Fall 100%. Die Aktivitätstypen 6a, $6b_{1\text{ bis }5}$ 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	▪ Führungsaufgabe ▪ Öffentlichkeitsarbeit.	%-satz	TP und Min.[1] *(REK 05_060)*
2	Aufnahme, Aufklärung, Entlassung	▪ Anamnese ▪ Körperliche Untersuchungen (inkl. Studium der Krankheitsgeschichte) ▪ Abschlussbericht ▪ Kodierung ▪ Patientenvisiten	%-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 $6b_{1\,bis\,5}$.	%-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 der Muss-Kostenstelle OP-Saal erbracht werden.	%-satz	Ist-Min., gewichtet (GZF) *(REK 14_006)*
		6b: Interventionen und Behandlungen, die auf den folgenden Muss-Kostenstellen erbracht werden: ▪ b_1: Intensivpflege (IPS) ▪ b_2: Intermediate-Care Unit (IMCU) ▪ b_3: Notfall ▪ b_4: Gebärsaal ▪ b_5: Medizinische und therapeutische Diagnostik.	%-satz	TP und Min.[2] *(REK 05_042)* *(REK 05_060)*
7	Forschung und universitäre Lehre, nach KVG *(REK 11_002)*	▪ Erteile und erhaltene universitäre Ausbildung, inkl. Doktorat (MD und PhD). ▪ Erteile berufliche Weiterbildung ▪ Forschung, inkl. Doktorat (PhD)	%-satz	Direkte Kontierung oder Umbuchung auf Muss-KST 47, gestützt auf Aktivitätsanalyse. Verrechnung (und Bildung von Sekundärkosten auf Muss-KST 47) ist nicht möglich.

[1] 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.

[2] 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, indem sie ihre Tätigkeit zum Teil ausüben, auf die Kostenträger verrechnet. Die Bezugsgrössen für die Verrechnung der Ärzteschaften sind:

- für die Aktivitätstypen 1 bis 5 und $6b_{1bis5}$, der Taxpunkt und / oder die Minute. Dabei kann es sich um Ist- oder Norm-Minuten handeln *(REK 05_042)*,
- für den Aktivitätstyp 6a, die gewichtete (mittels Gleichzeitigkeitsfaktor) Ist-Minute. Dabei ist die ärztliche chirurgische Leistungszeit (chLZ) im OP-Saal am Patient die massgebende Zeitspanne.

Die Ermittlung des prozentualen Beschäftigungsgrads der Aktivitätsgruppe 7 folgt schweizweit einheitlichen Rahmendefinitionen und Regeln indem u.a. eine ausführliche Tätigkeitsanalyse durchgeführt wird (vgl. Kapitel 9.11 Forschung und universitäre Lehre sowie die Kapi- tel 10.1 bis 10.3).

Die ärztliche chirurgische Leistungszeit (chLZ) *(REK 14_006)*.
Die ärztliche chirurgische Leistungszeit (chLZ) ist die massgebende Zeitspanne um die ärztliche chirurgische Leistung am Patient zu messen.

Die deutschen Vereinigungen der Anästhesiologie, Chirurgie und OP-Managmement haben das Glossar perioperativer Prozessezeiten 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 operative Vorbereitungen: Lagerung, Razur, usw. und nicht der Ort wo diese durchgeführt wird (im OP-Saal oder vor der OP-Saal Einfahrt). Sie endet sobald der letzte Arzte den OP-Saal 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 berücksichtig werden, wie z.B. der Anästhesist (= Ende operative Nachbereitungen).

Die chLZ entspricht weder der Schnitt-/Nahtzeit (SNZ) noch der im TARMED normativ hinterlegten “Leistungzeit im engeren Sinne”. Der Grund liegt in der Tatsache, dass mit beiden Zeitspannen die tatsächlichen mit der chirurgischen Leistung gebundenen ärztlichen Ressourcen nur bedingt wiedergeben 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 trift zu bei Aktivitäten wie Umkleiden, Händedesinfektion, Berichterstattung, Dokumentation) oder sie sind sachverhaltsfremd, da diese Tätigkeiten, in der Schweiz zumindest, i.d.R. vom technischen OP-Personal und nicht vom Arzt durchgeführt werden (dies trift zu bei Aktivitäten wie postoperative Patientenversorgung im OPS).

Die ärztliche chirurgische Leistungszeit (chLZ) wird auserdem mit der Anzahl anwesenden Ärzte im OP-Saal inerhalb dieser Zeitspanne gewichtet (exkl. jene Ärzte, die bereits in anderen Muss-KST berücksichtig werden, wie z.B. der Anästhesist). Durch Berücksichtigung dieses s. g. 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 verlässt, wird in der Ermittlung des GZK-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 der Zeitspanne “ärztliche chirurgische Leistungszeit (in Ist-Minuten)” multipliziert mit der Anzahl anwesenden Ärzten während dieser Zeitspanne (Minimalvariante).

Die Genauigkeit der patientenbezogene Verrechnung der ärztlichen chirurgischen Leistung im OP-Saal könnte noch ein wenig erhöht werden indem die Erfassung des GZF genauer (z.B., durch die genauere Erfassung der Anwesenszeit 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, Erfassungaufgaben) und dienen in erster Linie Zwecke der internen Be-

triebsführung. Zwecks der alleinige geringen Erhöhung der Genauigkeit der Fallkostenkalkulation lassen sich derartige Entwicklungen nicht rechtfertigen. Sie geniessen daher, im Rahmen der vorliegenden Branchenlösung, fakultativen Charakter.

Die OP-Saal bezogene Anästhesie-Betreuungstzeit *(REK 14_006)*
Die OP Saal bezogene Anästhesie-Betreuungszeit (OPAnBZ) ist die massgebende Zeitspanne um die ärztliche anästhesiologische Leistung am Patient im Zusammenhang mit einer chirurgiechen Behandlung im OP-Saal zu messen. Innerhalb dieser Zeitspanne, wird der Patient kontinuierlich durch einen Anästhesisten überwacht und betreut.

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

- Beginn OP AnBZ:A4
- Ende OP AnBZ: A12

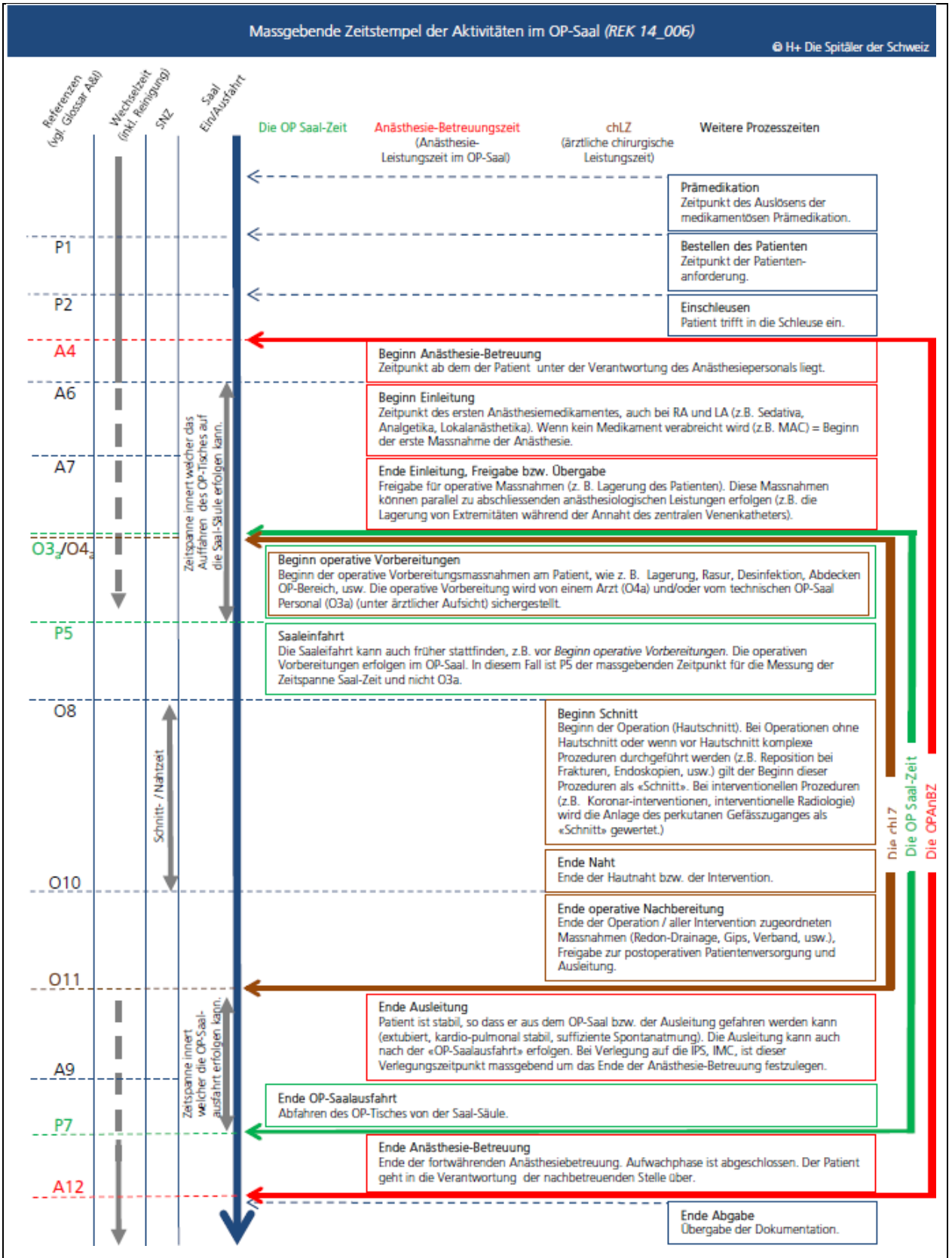
Die OPAnBZ wird mittels Ist-Minuten erfasst.

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

Die OP-Saal bezogene Anästhesie-Betreuungszeit entspricht weder der eigentlichen Ein-/Ausleitungszeit noch der im TARMED normativ hinterlegten “Anästhesie-Zeitspannen”.

Graphische Darstellung der verschiedenen Zeitspannen *(REK 14_006)*
In der folgenden graphischen Darstellung werden die drei massgebenden OP-Saal bezogenen Zeitspannen dargestellt:

- die ärztliche chirurgische Leistungszeit (chLZ) in Braun
- die OP Saal bezogene Anästhesie-Betreuungszeit (OP AnBZ) in Rot
- die OP Saal-Zeit, in Grün.



(Am Ende des Entscheids finden Sie die Abblidung in A4 Format)

Kapitel 10.7 Medizintechnische und therapeutische Bereich

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-Zeit *(REK 14_006)*

Die OP-Saal-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-Managmement haben das Glossar perioperativer Prozessezeiten herausgegeben (vgl. Glossar A&I). Der Beginn und das Ende der OP Saal-Zeit kann auf dieses Glossar referenziert werden und entspricht folgenden Zeitpunkten:

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

Die Zeitspanne "OP Saal-Zeit" wird mittels Ist-Minuten erfasst.

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

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

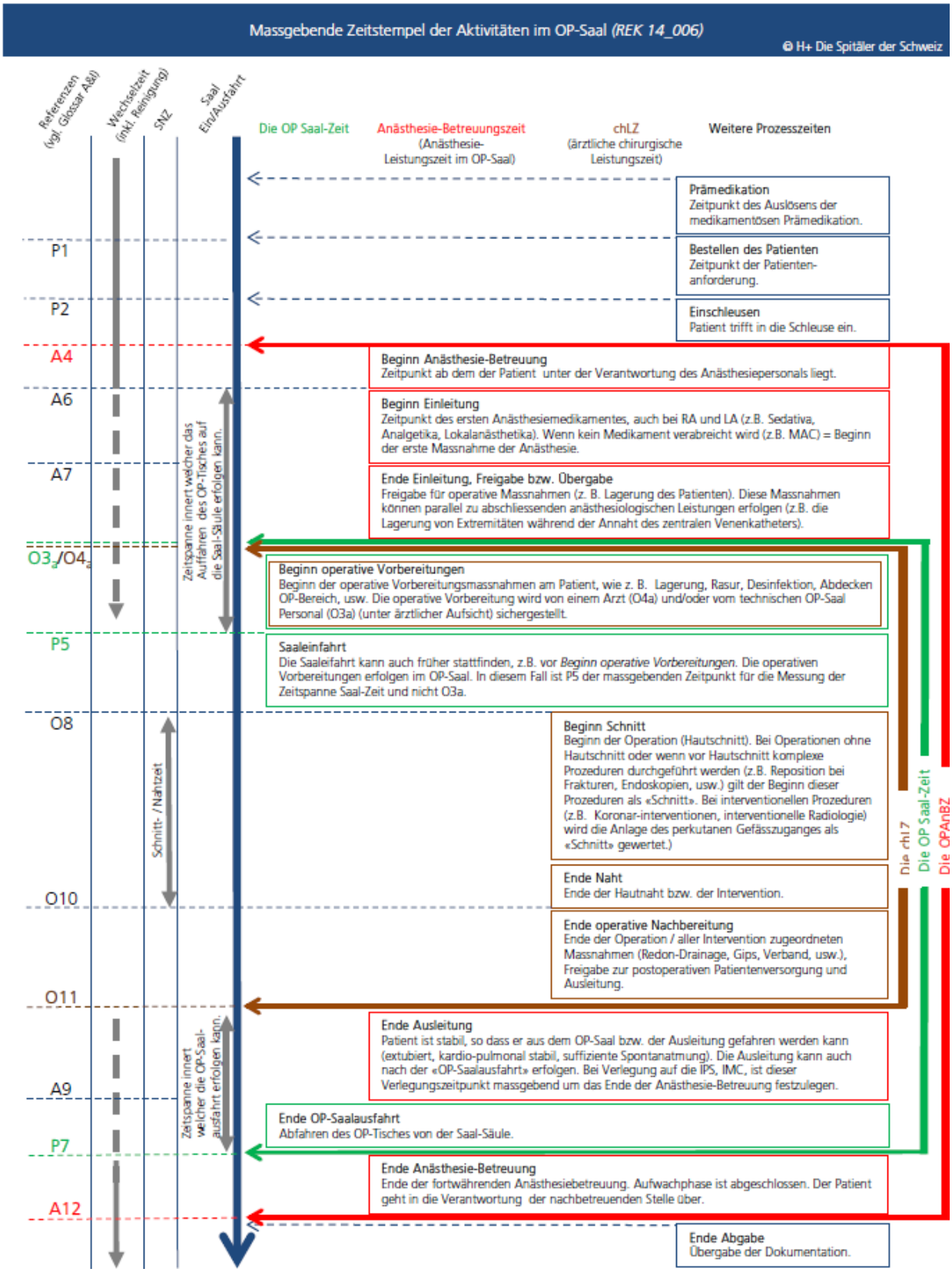
- Die Vorbereitung und Lagerung des Patienten im/für den OP-Saal,
- Die postoperative Patientenversorgung im OP-Saal.

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-Personals.

Tätigkeiten, deren Zeitspannen hingegen für jede Operation nahezu gleich lang sind wie zum Beispiel das Umkleiden, die Händedesinfektion, die Berichterstattung und die Dokumentationstätigkeiten werden in der Zeitspanne OP Saal-Zeit nicht berücksichtigt. Auch die Berücksichtigung der postoperativen Nachbereitung des OP-Saals (= s.g. 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-Zeit (bezogen auf einen Patient) erfährt keine Gewichtung: Es wird kein Gleichzeitigkeitsfaktor (GZF) mittels Anzahl Personen des anwesenden technischen OP-Saal Personals (Minimalvariante) vorgenommen. Der Grund liegt in der Tatsache, dass diese Anzahl i.d.R. von Eingriff zu Eingriff nicht wesentlich unterschiedlich ist. Weiter wurde festgestellt, dass die Höhe der Lohnkosten der verschiedenen betroffenen Lohnkostengruppen des technischen OP-Saal Personals sich zwar von einander unterscheiden können, dass diese Lohnkostenunterschiede im Zusammenhang mit der Erhöhung der Kalkulationsgenauigkeit aber nicht wesentlich ausfällt 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 fakultativen Charakter.

Graphische Darstellung der OP-Saalzeit *(REK 14_006)*
In der folgenden graphischen Darstellung wird die OP Saal-Zeit, in Grün dargestellt:



(Am Ende des Entscheids finden Sie die Abbildung in A4 Format)

Weitere Information sind in der Abbildung der verschiedenen massgebenden Zeitstempel zu entnehmen im Kapitel 10.4.

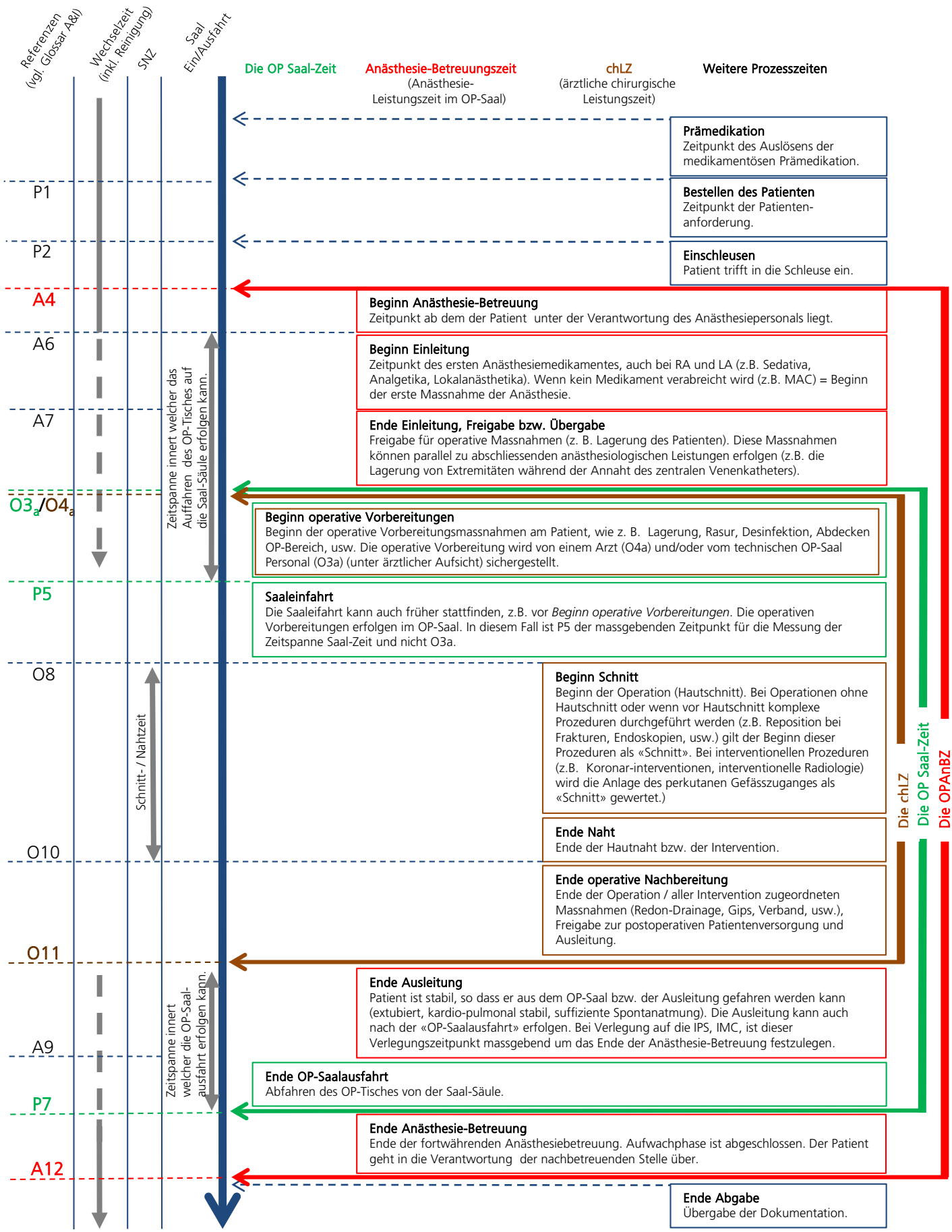
Kapitel 15 Literaturverzeichnis

GEHVAL	**GEHVAL**: Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung der Walliser Spitäler und Institutionen, GEHVAL, 2001-2002
Glossar A&I	BDA/DGAI, BDC/DGCH, VOPM: Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen, Aktiv Druck & Verlag, ISSN 0170-5334 1 02330, November 2016
Grasshoff	**Grasshoff J.**: Betriebliches Rechnungswesen und Controlling, Band I und II, 5. Ausgabe, Verlag Dr. Kovac, 2003
Güntert	**Güntert B.**: Regressionsanalyse zur Plausibilisierung der Daten für die Ermittlung des klinischen Mehraufwandes für die universitäre Lehre und Forschung am Inselspital Bern, Universität Bielefeld, Auftraggeber Inselspital Bern, Abschlussbericht, Januar 2002

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

Keine

Ort, Datum	Bern, den 28. August 2017	
Name + Unterschrift	H+ Die Spitäler der Schweiz REK Pascal Besson	

Massgebende Zeitstempel der Aktivitäten im OP-Saal *(REK 14_006)*

© H+ Die Spitäler der Schweiz