



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

REK

Fachkommission
Rechnungswesen & Controlling

Entscheid zum Antrag Nr. 22_003

Ablauf	Datum	Status
Eingereicht	30.09.2022	
1. Behandlung	09.12.2022	
2. Behandlung	26.04.2023	
3. Behandlung	08.09.2023	
4. Behandlung	06.12.2023	
5. Behandlung	17.04.2024	
6. Behandlung	11.09.2024	
REK Entscheid	Angenommen	
Gültigkeitsdatum	01.01.2026	
Zertifizierungsrelevant ab	01.01.2027	

Referenzangabe zum Ordner REKOLE[®] 5. Ausgabe 2018 und Antragsteller

Kapitel Nr. & Bezeichnung	10.4 Ärzteschaften
Antragssteller	H+ Die Spitäler der Schweiz

1. Antrag, inkl. Lösungsvorschlag

Ausgangslage:

Aufgrund sich zunehmend ändernder Lohnmodelle bei den Ärzteschaften, u.a. hin zu einem Fixlohnmodell, funktionieren die Mechanismen zur Ausscheidung der Mehrkosten für die Zusatzversicherten Patienten im ITAR_K[®] nicht mehr. REKOLE[®] gibt heute zudem keine Vorgabe zur Aufteilung der Arzthonorare und Arztlohnkosten in den Grundversicherungs- und den Zusatzversicherungsanteil vor. In der Konsequenz verwenden Tarifpartner Modelle, um die Arztkosten zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherung möglichst fair aufzuteilen. In der Regel handelt es sich hierbei um Abschätzungen auf Basis verfügbarer Grössen (bspw. mit Hilfe der Arzthonorarerträge).

Um in der Branchenlösung REKOLE[®] eine möglichst verursachergerechte Zuordnung der Arztkosten auf die verschiedenen Kostenträger, insbesondere zwischen dem Grundversicherungs- und dem Mehrkostenanteil der Zusatzversicherung zu erreichen, erfolgt der vorliegende Antrag an die REK-Kommission zum Entscheid.

Je nach Ausgangslage im jeweiligen Betrieb, kann der nachfolgend vorgeschlagene Lösungsweg auch für andere Berufsgruppen (z.B. Psychologen), die Mehrleistungen für die Zusatzversicherten Patienten erbringen, angewandt werden.

Lösungsvorschlag:

Es wird empfohlen, die bestehende Logik in REKOLE[®] dahingehend zu schärfen, dass die Leistungsverrechnung zwischen Grundversicherungs- und ZV-Mehrleistungen differenziert wird. Weiter empfiehlt sich auch die Erbringer nach Hierarchie zu differenzieren, um den unterschiedlichen Lohnniveaus und Einsatzbereichen je Hierarchiestufe Rechnung zu tragen.

Zudem wird ein solches Modell als Minimalvariante für Spitäler und Kliniken vorgeschrieben, die fixe Vergütungsmodelle für Ärzte aufweisen oder deren variable Vergütungsanteile nicht an den Tätigkeitsbereich der ZV-Mehrleistungen gebunden sind. Einrichtungen, die Modelle verwenden, die genauer sind als die unten vorgeschlagene Lösung für die Zuordnung der Arztkosten zwischen den Grund- und Zusatzversicherungspatienten, brauchen ihre Praxis gemäss den folgenden Vorgaben nicht zu ändern.

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

Der Lösungsvorschlag könnte als zusätzliches Unterkapitel 10.4.2 im REKOLE®-Handbuch integriert werden, wobei der aktuelle Inhalt des Kapitels 10.4 neu als Unterkapitel 10.4.1 im Handbuch abzubilden wäre:

10.4.2 Identifikation und Zuordnung der Arztkosten aus grund- und zusatzversicherten Tätigkeiten

Aufgrund sich zunehmend ändernder Lohnmodelle bei den Ärzteschaften, u.a. hin zu einem Fixlohn, werden die Mechanismen zur Ausscheidung der Mehrkosten für die zusatzversicherten Patienten immer komplexer.

Für die Spitäler, in denen die Kostenzuordnungen der Lohnmodelle keine klare Zuteilung zu den Einsatzbereichen Grundversicherung / Zusatzversicherung zeigen, müssen Faktoren in der Zuweisung der Arztkosten je Fall hinterlegt werden, mit denen die Leistungen nach Versicherungs- und Patientenklasse gewichtet werden.

Die Ermittlung der Faktoren muss durch die folgenden Komponenten bestimmt werden:

- Anteile der Leistungsmenge je Kategorie (Grundversicherungsanteil, Mehrkostenanteil HP bzw. P) je Arztgruppe, z. B. Assistenzarzt (AA), Oberarzt (OA), leitender Arzt (LA), Chefarzt (CA)
- Lohnstruktur der Arztgruppen (Gewichtung im gegenseitigen Vergleich)
- Anteile der behandelnden Arztgruppen (Gewichtung nach Anzahl Stellen-%)
- Leistungsmengen Grundversicherungsanteil und ZV-Mehrleistungsanteil
- Spital- und/oder Klinikindividuelle Leistungs differenzierung in Grundversicherungs- und ZV-Mehrleistungen (z.B. freie Arztwahl)

Grundsätzlich werden die 31er Muss-Kostenstellen sowie diejenigen mit integrierten Arztkosten wie beispielsweise 23 Anästhesie, 26 Bildgebende Verfahren oder 28 Nuklearmedizin und Radioonkologie nicht angepasst. Die einzige Anpassung betrifft die Leistungsgewichtung. Die berechnete Gewichtung führt dazu, dass die gesamten Kosten der Kostenstelle verteilt werden. Der Vergleich zwischen dem gewichteten und dem ungewichteten Ergebnis muss dann die Kosten identifizieren, die von der VVG zusätzlich zu tragen sind.

Wie differenziert die Arztgruppen aufgeteilt werden, kann sich von Spital zu Spital, bzw. von Klinik zu Klinik, unterscheiden. Beispielsweise ist es möglich, dass keine Unterscheidung von leitenden Ärzten und Chefärzten zur Anwendung kommen soll. Dies wäre vor allem dann der Fall, wenn sich die Besoldungen in der Höhe nicht wesentlich unterscheiden

Die Ermittlung der Gewichtung ist mindestens alle vier Jahre durchzuführen. Sollten sich wesentliche Änderungen ergeben haben, ist die Gewichtung früher zu überarbeiten.

Die Berechnung der Gewichtung unterscheidet sich je nach Einrichtung der Kostenrechnung (Kostensatz) von Spital zu Spital, bzw. von Klinik zu Klinik. Die Spitäler nehmen eine Gewichtungsberechnung vor, die die Situation innerhalb ihrer Organisation widerspiegelt. Zwingend erreicht werden muss, dass die Zusatzversicherten mit entsprechenden Mehrkosten belastet werden.

Beispiel zur Kostenzuteilung auf die Grund- und Zusatzversicherungspatienten, Beschreibung unten:

Berechnung der Grund- und Zusatzversicherungsanteile der Muss-KST 31 Ärzteschaft bei einem Fixlohnsystem für Ärzte

Spital	HHH
Abteilung	XXX
Geschäftsjahr	202X

Stammdaten	VZÄ	Lohnengewichtung	Relevanter Tätigkeitsanteil am Patient	VZÄ am Patient	Lohngewichtete VZÄ am Patient
Chefärzte / Leitende Ärzte	9.90	3.72	66%	6.52	24.28
Oberärzte	13.39	1.60	69%	9.23	14.81
Assistenzärzte	15.43	1.00	85%	13.06	13.06
Total Ärzte	38.72	1.91	74%	28.81	54.89
nichtärztliches Personal	14.05	1.01	83%	11.61	11.75
Total	52.77	1.67	77%	40.42	66.64

	Rein Grundversicherung allgemein + ambulante Tätigkeit	Halbprivat (inkl. GV allgemein)	Privat (inkl. GV allgemein)	Total
Leistungen (TP, Minuten)	42'531	3'221	1'869	47'621

Aktivitätsaufteilung	Grundversicherung allgemein + ambulante Tätigkeit	Halbprivat (inkl. GV allgemein)	Privat (inkl. GV allgemein)
Chefärzte / Leitende Ärzte	19%	50%	60%
Oberärzte	33%	25%	25%
Assistenzärzte	48%	25%	15%
Total	100%	100%	100%

Spitalspezifischer Faktor	150%	150%
---------------------------	------	------

Ungewichtete Leistungsaufteilung	Grundversicherung allgemein + ambulante Tätigkeit	Halbprivat (inkl. GV allgemein)	Privat (inkl. GV allgemein)	Total
Chefärzte / Leitende Ärzte	8'049	1'611	1'122	10'781
Oberärzte	13'986	805	467	15'259
Assistenzärzte	20'496	805	280	21'582
Total ungewichtet	42'531	3'221	1'869	47'621

Gewichtete Leistungsaufteilung	Grundversicherung allgemein + ambulante Tätigkeit	Halbprivat (inkl. GV allgemein)	Privat (inkl. GV allgemein)	Total
Chefärzte / Leitende Ärzte	24'877	8'993	6'263	40'133
Oberärzte	22'435	1'292	750	24'476
Assistenzärzte	20'496	805	280	21'582
nichtärztliches Personal	17'340	1'313	762	19'416
Total gewichtet	85'148	12'403	8'055	105'607
Verhältnissfaktor zu ungewichteten Leistungen	2.00	3.85	4.31	2.22
VVG-Zuschlag (medizinische Mehrleistungen)	0%	92%	115%	11%

Spitalbezogener Kostenaufteilungssatz Grund-/Zusatzversicherung				
Grundversicherung-Anteil	100%	52%	46%	90%
Zusatzversicherung-Anteil	0%	48%	54%	10%

Antragsnummer: 22_003

Erläuterungen

Die Berechnung der VVG-Mehrkosten ergibt sich aus dem Unterschied der Lohnkosten zwischen Chefärzten/leitenden Ärzten und anderen Ärzten. Das Modell berechnet gewichtete Leistungen, auf deren Grundlage die Kosten nachfolgend auf die Fälle verrechnet werden können. Darüber hinaus sorgt ein spitalspezifischer Faktor dafür, dass die Leistungen von Kaderärzten für Privatpatienten übergewichtet werden können.

Dieses Modell arbeitet mit den folgenden Daten:

- VZÄ (Vollzeitäquivalent) nach Kategorien von Ärzten und nichtärztlichem Personal.
- Relative Lohnkosten pro VZÄ (Assistenzärzte = 1).
- Anteil der Tätigkeit am Patienten (d. h. ohne Lehre und Forschung oder sonstige GWL) nach Personalkategorien. Es ist möglich, auf diese Angabe zu verzichten und sie auf 100 % festzulegen, z. B. für ein nicht-universitäres Spital.
- Aktivität pro Versicherungsklasse.

Diese Modellvariante sieht folgende Parameter vor:

- Verteilung der Aktivitäten für private und halbprivate Aufenthalte nach Ärztekategorie. Idealerweise ergibt sich die Verteilung aus einer Erfassung, sie kann aber auch geschätzt werden.
- Anschliessende Gewichtung der Aktivitätsanteile entlang den Lohnkosten.
- Faktor „Spitalspezifischer Faktor“, um die Leistungen von Kaderärzten für privat- und halbprivatpatienten zusätzlich zu gewichten.

Dieser Faktor ist notwendig, um folgende nicht quantifizierbaren Mehrleistungen, die von Kaderärzten erbracht werden, kostenmässig zu berücksichtigen (Liste nicht abschliessend):

- betriebliche Vorkehrungen, um die freie Arztwahl zu gewährleisten
- Erreichbarkeit des Chef- oder leitenden Arztes für die zusatzversicherten Patienten
- betrieblichen Vorkehrungen, um die für die zusatzversicherten Patienten freie Terminwahl für ihre Operationen, Behandlungen oder genereller betrachtet Spitalaufenthalten nachzukommen.

Diese Liste ist nicht abschliessend und kann von Spital zu Spital unterschiedlich in Art und Intensität sein. Diese Leistungen, deren Kosten nicht direkt quantifizierbar sind, wirken sich auf die gesamte Organisation des Spitals und seines Personals aus, was letztendlich zu Mehrkosten führt. Um den Einfluss dieser Mehrleistungen auf die vorhandenen Ressourcen adäquat zu berücksichtigen, muss dieser Faktor im Modell eingeführt werden, um die Lohnkosten der Kaderärzte zusätzlich entlang dieser Mehrleistungen zu gewichten.

Nur unter Berücksichtigung dieses Faktors wird es möglich die organisatorischen und unterschiedlichen Realitäten der Spitäler vollständig (in Art und Intensität) Rechnung zu tragen.

Das Modell gewährleistet auch den Einbezug von nichtärztlichem Personal. Dies ist v.a. von Bedeutung für diejenigen Kostenstellen, bei welchen die Arztleistungen zusammen mit der technischen Umgebung verrechnet werden (Anästhesie, Bildgebung, Labor, Nuklearmedizin und Radio-Onkologie, Pathologie und Dialyse). Diese Kostenstellen enthalten medizinisch-technisches, pflegerisches oder administratives Personal, dessen Leistungen sich in den meisten Fällen nicht nach der Versicherungsklasse des Patienten unterscheiden. Der Einbezug des nichtärztlichen Personals ist notwendig, um eine Verzerrung bei der Gesamtkostenverteilung auf Kostenstellenebene zu vermeiden. Ansonsten wird der ZV-Anteil überschätzt.

Das Modell berechnet die Aufteilung der Kosten der Kostenstelle zwischen Grund- und Zusatzversicherung je nach Versicherungsklasse. Ein solches Modell stellt ein Beispiel für eine Minimalvariante dar. Eine Maximalvariante würde beispielsweise der Erfassung von spezifischen Leistungen für die Betreuung von Privatpatienten entsprechen.

Im vorherigen Beispiel wird davon ausgegangen, dass es keine VVG-Mehrkosten im ambulanten Bereich entstehen. Falls es für ein Spital relevant ist, kann zwischen ambulant und stationär Grundversicherung unterschieden werden. Tatsächlich kann es teilweise bereits im ambulanten Bereich zu einer Selektion und einer Mehrleistung durch Kaderärzte für stationär zusatzversicherte Patienten kommen. Es bietet sich daher an zu prüfen, ob die ambulanten Fälle ebenfalls bereits mit der entsprechenden

Kennzeichnung der Versicherungsklasse versehen werden und eine Mehrbelastung auch im ambulanten Bereich vorgenommen werden soll. Eine solche Unterscheidung ist aber optional im Rahmen von RE-KOLE®.

Buchung auf Kostenträger

Die VVG-Mehrkosten entsprechen der Differenz zwischen der Gewichtung der Zusatzversicherten und der Grundversicherten. Das Spital weist diese Mehrkosten getrennt auf Fallebene aus. Der Kostenträgerausweis wird mit einer zusätzlichen Zeile angepasst.

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 F. und u.L.)	% der Besoldungen	
77 Rettungs- bzw Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte)	CHF Betrag	
Total Gemeinkosten, ANK der GK		

Davon GK der ärztlichen Aktivitäten für medizinische VVG-Mehrleistungen

Total Kostenträger-Kosten (Einzel- und Gemeinkosten, inkl. GK-Zuschlag auf EK), Total ANK (EK- + GK-Anteil)

Total Kostenträger-Kosten

Ergebnis (Gewinn/ Verlust)

Hinweis: Umgang mit Kosten für Belegärzte

Im Grundsatz gilt das Prinzip, dass die Belegärzte je Fall die Kosten für die Grundversicherung und die Zusatzversicherung separieren. In der Regel sind unterschiedliche Tarife/Verträge für Grundversicherungs- und für Zusatzversicherungs-Patienten massgebend. In einem solchen Kontext entspricht der Unterschied zwischen beiden Tarifen/Verträgen den Arztkosten für medizinische VVG-Mehrleistungen. In der Praxis gibt es jedoch eine Vielzahl unterschiedlicher Modelle, um die Kosten der Belegärzte zwischen Grundversicherung und VVG sachgerecht zu verteilen. Die Entwicklung eines einheitlichen Modells ist daher nicht zielführend.

Einführungszeitpunkt: 01.01.2026 (zertifizierungsrelevant ab 01.01.2027)

2. REK Entscheid

Der REK-Antrag wird einstimmig angenommen.

Abstimmungsergebnis:

Ja 10

Nein 0

Enthaltungen 0

3. Auswirkungen auf den Ordner REKOLE®, 5. Ausgabe 2018

Kapitel 10.4 Ärzteschaft (Seite 10):

10.4.1 Leistungserfassung für die Ärzteschaft

(Übernahme des heutigen Inhalts vom Kapitel 10.4)

Antragsnummer: 22_003

10.4.2 Identifikation und Zuordnung der Arztkosten aus grund- und zusatzversicherten Tätigkeiten

Aufgrund sich zunehmend ändernder Lohnmodelle bei den Ärzteschaften, u.a. hin zu einem Fixlohn, werden die Mechanismen zur Ausscheidung der Mehrkosten für die zusatzversicherten Patienten immer komplexer.

Für die Spitäler, in denen die Kostenzuordnungen der Lohnmodelle keine klare Zuteilung zu den Einsatzbereichen Grundversicherung / Zusatzversicherung zeigen, müssen Faktoren in der Zuweisung der Arztkosten je Fall hinterlegt werden, mit denen die Leistungen nach Versicherungs- und Patientenklasse gewichtet werden.

Die Ermittlung der Faktoren muss durch die folgenden Komponenten bestimmt werden:

- Anteile der Leistungsmenge je Kategorie (Grundversicherungsanteil, Mehrkostenanteil HP bzw. P) je Arztgruppe, z. B. Assistenzarzt (AA), Oberarzt (OA), leitender Arzt (LA), Chefarzt (CA)
- Lohnstruktur der Arztgruppen (Gewichtung im gegenseitigen Vergleich)
- Anteile der behandelnden Arztgruppen (Gewichtung nach Anzahl Stellen-%)
- Leistungsmengen Grundversicherungsanteil und ZV-Mehrleistungsanteil
- Spital- und/oder Klinikindividuelle Leistungs differenzierung in Grundversicherungs- und ZV-Mehrleistungen (z.B. freie Arztwahl)

Grundsätzlich werden die 31er Muss-Kostenstellen sowie diejenigen mit integrierten Arztkosten wie beispielsweise 23 Anästhesie, 26 Bildgebende Verfahren oder 28 Nuklearmedizin und Radioonkologie nicht angepasst. Die einzige Anpassung betrifft die Leistungsgewichtung. Die berechnete Gewichtung führt dazu, dass die gesamten Kosten der Kostenstelle verteilt werden. Der Vergleich zwischen dem gewichteten und dem ungewichteten Ergebnis muss dann die Kosten identifizieren, die von der VVG zusätzlich zu tragen sind.

Wie differenziert die Arztgruppen aufgeteilt werden, kann sich von Spital zu Spital, bzw. von Klinik zu Klinik, unterscheiden. Beispielsweise ist es möglich, dass keine Unterscheidung von leitenden Ärzten und Chefarzten zur Anwendung kommen soll. Dies wäre vor allem dann der Fall, wenn sich die Besoldungen in der Höhe nicht wesentlich unterscheiden

Die Ermittlung der Gewichtung ist mindestens alle vier Jahre durchzuführen. Sollten sich wesentliche Änderungen ergeben haben, ist die Gewichtung früher zu überarbeiten.

Die Berechnung der Gewichtung unterscheidet sich je nach Einrichtung der Kostenrechnung (Kostensatz) von Spital zu Spital, bzw. von Klinik zu Klinik. Die Spitäler nehmen eine Gewichtungsberechnung vor, die die Situation innerhalb ihrer Organisation widerspiegelt. Zwingend erreicht werden muss, dass die Zusatzversicherten mit entsprechenden Mehrkosten belastet werden.

Beispiel zur Kostenzuteilung auf die Grund- und Zusatzversicherungspatienten, Beschreibung unten:

Berechnung der Grund- und Zusatzversicherungsanteile der Muss-KST 31 Ärzteschaft bei einem Fixlohnsystem für Ärzte

Spital	HHH
Abteilung	XXX
Geschäftsjahr	202X

Stammdaten	VZÄ	Lohnengewichtung	Relevanter Tätigkeitsanteil am Patient	VZÄ am Patient	Lohngewichtete VZÄ am Patient
Chefärzte / Leitende Ärzte	9.90	3.72	66%	6.52	24.28
Oberärzte	13.39	1.60	69%	9.23	14.81
Assistenzärzte	15.43	1.00	85%	13.06	13.06
Total Ärzte	38.72	1.91	74%	28.81	54.89
nichtärztliches Personal	14.05	1.01	83%	11.61	11.75
Total	52.77	1.67	77%	40.42	66.64

	Rein Grundversicherung allgemein + ambulante Tätigkeit	Halbprivat (inkl. GV allgemein)	Privat (inkl. GV allgemein)	Total
Leistungen (TP, Minuten)	42'531	3'221	1'869	47'621

Aktivitätsaufteilung	Grundversicherung allgemein + ambulante Tätigkeit	Halbprivat (inkl. GV allgemein)	Privat (inkl. GV allgemein)
Chefärzte / Leitende Ärzte	19%	50%	60%
Oberärzte	33%	25%	25%
Assistenzärzte	48%	25%	15%
Total	100%	100%	100%

Spitalspezifischer Faktor	150%	150%
---------------------------	------	------

Ungewichtete Leistungsaufteilung	Grundversicherung allgemein + ambulante Tätigkeit	Halbprivat (inkl. GV allgemein)	Privat (inkl. GV allgemein)	Total
Chefärzte / Leitende Ärzte	8'049	1'611	1'122	10'781
Oberärzte	13'986	805	467	15'259
Assistenzärzte	20'496	805	280	21'582
Total ungewichtet	42'531	3'221	1'869	47'621

Gewichtete Leistungsaufteilung	Grundversicherung allgemein + ambulante Tätigkeit	Halbprivat (inkl. GV allgemein)	Privat (inkl. GV allgemein)	Total
Chefärzte / Leitende Ärzte	24'877	8'993	6'263	40'133
Oberärzte	22'435	1'292	750	24'476
Assistenzärzte	20'496	805	280	21'582
nichtärztliches Personal	17'340	1'313	762	19'416
Total gewichtet	85'148	12'403	8'055	105'607
Verhältnissfaktor zu ungewichteten Leistungen	2.00	3.85	4.31	2.22
VVG-Zuschlag (medizinische Mehrleistungen)	0%	92%	115%	11%

Spitalbezogener Kostenaufteilungssatz Grund-/Zusatzversicherung				
Grundversicherung-Anteil	100%	52%	46%	90%
Zusatzversicherung-Anteil	0%	48%	54%	10%

Antragsnummer: 22_003

Erläuterungen

Die Berechnung der VVG-Mehrkosten ergibt sich aus dem Unterschied der Lohnkosten zwischen Chefärzten/leitenden Ärzten und anderen Ärzten. Das Modell berechnet gewichtete Leistungen, auf deren Grundlage die Kosten nachfolgend auf die Fälle verrechnet werden können. Darüber hinaus sorgt ein spitalspezifischer Faktor dafür, dass die Leistungen von Kaderärzten für Privatpatienten übergewichtet werden können.

Dieses Modell arbeitet mit den folgenden Daten:

- VZÄ (Vollzeitäquivalent) nach Kategorien von Ärzten und nichtärztlichem Personal.
- Relative Lohnkosten pro VZÄ (Assistenzärzte = 1).
- Anteil der Tätigkeit am Patienten (d. h. ohne Lehre und Forschung oder sonstige GWL) nach Personalkategorien. Es ist möglich, auf diese Angabe zu verzichten und sie auf 100 % festzulegen, z. B. für ein nicht-universitäres Spital.
- Aktivität pro Versicherungsklasse.

Diese Modellvariante sieht folgende Parameter vor:

- Verteilung der Aktivitäten für private und halbprivate Aufenthalte nach Ärztekategorie. Idealerweise ergibt sich die Verteilung aus einer Erfassung, sie kann aber auch geschätzt werden.
- Anschliessende Gewichtung der Aktivitätsanteile entlang den Lohnkosten.
- Faktor „Spitalspezifischer Faktor“, um die Leistungen von Kaderärzten für privat- und halbprivatpatienten zusätzlich zu gewichten.

Dieser Faktor ist notwendig, um folgende nicht quantifizierbaren Mehrleistungen, die von Kaderärzten erbracht werden, kostenmässig zu berücksichtigen (Liste nicht abschliessend):

- betriebliche Vorkehrungen, um die freie Arztwahl zu gewährleisten
- Erreichbarkeit des Chef- oder leitenden Arztes für die zusatzversicherten Patienten
- betrieblichen Vorkehrungen, um die für die zusatzversicherten Patienten freie Terminwahl für ihre Operationen, Behandlungen oder genereller betrachtet Spitalaufenthalten nachzukommen.

Diese Liste ist nicht abschliessend und kann von Spital zu Spital unterschiedlich in Art und Intensität sein. Diese Leistungen, deren Kosten nicht direkt quantifizierbar sind, wirken sich auf die gesamte Organisation des Spitals und seines Personals aus, was letztendlich zu Mehrkosten führt. Um den Einfluss dieser Mehrleistungen auf die vorhandenen Ressourcen adäquat zu berücksichtigen, muss dieser Faktor im Modell eingeführt werden, um die Lohnkosten der Kaderärzte zusätzlich entlang dieser Mehrleistungen zu gewichten.

Nur unter Berücksichtigung dieses Faktors wird es möglich die organisatorischen und unterschiedlichen Realitäten der Spitäler vollständig (in Art und Intensität) Rechnung zu tragen.

Das Modell gewährleistet auch den Einbezug von nichtärztlichem Personal. Dies ist v.a. von Bedeutung für diejenigen Kostenstellen, bei welchen die Arztleistungen zusammen mit der technischen Umgebung verrechnet werden (Anästhesie, Bildgebung, Labor, Nuklearmedizin und Radio-Onkologie, Pathologie und Dialyse). Diese Kostenstellen enthalten medizinisch-technisches, pflegerisches oder administratives Personal, dessen Leistungen sich in den meisten Fällen nicht nach der Versicherungsklasse des Patienten unterscheiden. Der Einbezug des nichtärztlichen Personals ist notwendig, um eine Verzerrung bei der Gesamtkostenverteilung auf Kostenstellenebene zu vermeiden. Ansonsten wird der ZV-Anteil überschätzt.

Das Modell berechnet die Aufteilung der Kosten der Kostenstelle zwischen Grund- und Zusatzversicherung je nach Versicherungsklasse. Ein solches Modell stellt ein Beispiel für eine Minimalvariante dar. Eine Maximalvariante würde beispielsweise der Erfassung von spezifischen Leistungen für die Betreuung von Privatpatienten entsprechen.

Im vorherigen Beispiel wird davon ausgegangen, dass es keine VVG-Mehrkosten im ambulanten Bereich entstehen. Falls es für ein Spital relevant ist, kann zwischen ambulant und stationär Grundversicherung unterschieden werden. Tatsächlich kann es teilweise bereits im ambulanten Bereich zu einer Selektion und einer Mehrleistung durch Kaderärzte für stationär zusatzversicherte Patienten kommen. Es bietet sich daher an zu prüfen, ob die ambulanten Fälle ebenfalls bereits mit der entsprechenden

Kennzeichnung der Versicherungsklasse versehen werden und eine Mehrbelastung auch im ambulanten Bereich vorgenommen werden soll. Eine solche Unterscheidung ist aber optional im Rahmen von RE-KOLE®.

Buchung auf Kostenträger

Die VVG-Mehrkosten entsprechen der Differenz zwischen der Gewichtung der Zusatzversicherten und der Grundversicherten. Das Spital weist diese Mehrkosten getrennt auf Fallebene aus. Der Kostenträgerausweis wird mit einer zusätzlichen Zeile angepasst.

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 F. und u.L.)	% der Besoldungen	
77 Rettungs- bzw Ambulanzdienst (nur Sekundärtransporte)	CHF Betrag	
Total Gemeinkosten, ANK der GK		

Davon GK der ärztlichen Aktivitäten für medizinische VVG-Mehrleistungen

Total Kostenträger-Kosten (Einzel- und Gemeinkosten, inkl. GK-Zuschlag auf EK), Total ANK (EK- + GK-Anteil)

Total Kostenträger-Kosten

Ergebnis (Gewinn/ Verlust)

Hinweis: Umgang mit Kosten für Belegärzte

Im Grundsatz gilt das Prinzip, dass die Belegärzte je Fall die Kosten für die Grundversicherung und die Zusatzversicherung separieren. In der Regel sind unterschiedliche Tarife/Verträge für Grundversicherungs- und für Zusatzversicherungs-Patienten massgebend. In einem solchen Kontext entspricht der Unterschied zwischen beiden Tarifen/Verträgen den Arztkosten für medizinische VVG-Mehrleistungen. In der Praxis gibt es jedoch eine Vielzahl unterschiedlicher Modelle, um die Kosten der Belegärzte zwischen Grundversicherung und VVG sachgerecht zu verteilen. Die Entwicklung eines einheitlichen Modells ist daher nicht zielführend.

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

keine

Ort, Datum	Bern, den 11.11.2024	
Name + Unterschrift	H+ Die Spitäler der Schweiz REK Michaël Rolle	

Antragsnummer: 22_003