



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Bundesamt für Statistik  
Herr Mathias Steffen  
Espace de l'Europe 10  
2010 Neuchâtel

Ort, Datum  
Ansprechpartner

Bern, 19. Februar 2009  
Pascal Besson

Direktwahl  
E-Mail

031 335 11 57  
pascal.besson@hplus.ch

## **Stellungnahme H+ zur Revision der Krankenhausstatistik, prov. Detailkonzept Version 4.0**

Sehr geehrter Herr Steffen

Sie haben uns freundlicherweise Gelegenheit gegeben, Ihnen bis zum heutigen Datum unsere Stellungnahme zum Detailkonzept Version 4.0 der Revision der Krankenhausstatistik zukommen zu lassen. Für diese Fristverlängerung danken wir Ihnen bestens.

Gerne nehmen wir die Gelegenheit wahr, uns zum Detailkonzept Version 4.0 zu äussern:

**Grundsätzlich begrüssen wir die Stossrichtung der Revision. Aber das vorliegende Detailkonzept Version 4.0 ist in seiner Detailausprägung in zahlreichen Punkten (noch) realitätsfremd, nicht nachvollziehbar und daher nicht akzeptabel. Wir lehnen daher die Vorlage in der vorliegenden Form ab, erklären uns aber bereit, diese gemeinsam mit Ihnen zu überarbeiten.**

### **Hoher administrativer Zusatzaufwand ohne finanzielle Entschädigung**

Es ist vorgesehen, in umfassender Art und Weise Daten zu sammeln, die sowohl in Breite und Tiefe einen gegenüber dem Status quo erheblichen zeitlichen und personellen Zusatzaufwand verursachen. Dies bedeutet einmal mehr, dass die Diskrepanz zwischen den steigenden Anforderungen an die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen und der sinkenden Zahlungsbereitschaften immer grösser wird.

### **Mehrjährige Übergangsfrist zwingend notwendig**

Zum heutigen Zeitpunkt verfügen viele Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen nicht über die geforderten Angaben. Eine Erfassung dieser Daten muss zuerst organisiert und vorgenommen werden. Dies erfordert einen grossen zusätzlichen administrativen Aufwand. Daher fordern wir eine mehrjährige Übergangsfrist bis zur definitiven Umsetzung dieser Revision.

### **Mitarbeiterbezogene Datensammlung inakzeptabel**

Inhaltlich geht aus unserer Optik vor allem die mitarbeiterbezogene Datensammlung massiv zu weit. Hier genügen die heute bereits vorhandenen Daten. Die nationale Krankenhausstatistik basiert auf der Grundlage des KVG. Daher ist es für uns besonders fragwürdig, derart viele mitarbeiterbezogene Daten zu erheben.

Der Aufwand für die Erhebung der im Detailkonzept vorgesehenen Daten wäre enorm. Insbesondere bei den Themen „Ausbildung, Herkunft der Diplome und Zuordnung Personalfunktionen“ handelt es sich um Datenangaben, die zuerst manuell erfasst werden müssten. Diese Angaben sind für den täglichen Gebrauch in den Spitälern irrelevant und deshalb in bestehenden Informatiksystemen nicht berücksichtigt. Deshalb müssten zuerst noch kostspielige und aufwändige technische Lösungen gefunden werden, um diese neuen Felder hinterlegen zu können.

### **Zusatzversicherungsbereich: Unternehmensfreiheit berücksichtigen!**

Im Zusatzversicherungsbereich und bei der Behandlung von ausländischen Patientinnen und Patienten agieren die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Unternehmer. Es kann nicht angehen, dass die Versicherungen und Behörden über statistische Angaben in diesem Bereich über erzielte Margen Informationen erhalten. Damit würde die Verhandlungsmacht einseitig zu den Versicherern verschoben.

Entsprechend muss es für Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen möglich sein, eine Betriebsrechnung nach OKP abzuliefern. Da im finanzbuchhalterischen Abschluss auch Zusatzversicherte, Drittgeschäfte und ausländische Patienten enthalten sind, ist die Weitergabe dieser Daten nicht zulässig. Die abzugebenden Daten können nur eine Teilmenge sein.

Es ist deshalb auf die Meldung der Kosten und Erträge für übrige zu verzichten oder aber die Kosten- und Ertragsangaben für Zusatzversicherte auf den Grundversicherungsbereich zu beschränken. Gemäss bestehender Rechnungslegung ist dies heute noch nicht möglich. Für Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen, die diese Trennung bis zur Einführung der revidierten Krankenhausstatistik vornehmen können, muss diese Teilmeldung möglich sein.

Wir bitten Sie, unsere Anliegen sorgfältig zu prüfen und im Detailkonzept entsprechend zu berücksichtigen. Gerne stehen wir für weitergehende Erläuterungen zur Verfügung.

Freundliche Grüße

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Wegmüller', written in a cursive style.

Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor

Stellungnahme H+ im Detail zum prov. Detailkonzept (Version 4.0)

## Revision der Krankenhausstatistik

### Stellungnahme H+ zum prov. Detailkonzept für die Pilotphase (Version 4.0)

#### 1. Konkrete Fragen

Kapitel	Vorschlag / Problemstellung / Frage	Rückmeldung / Verbesserungsvorschlag
<b>A. Allgemeine Angaben</b>		
A.06 Gemeinwirtschaftliche Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Wird Leistung angeboten?</u>: In der aktuellen Form werden die gemeinwirtschaftlichen Leistung nach juristischer Einheit erfragt:</li> <li>- Besteht die Möglichkeit / das Bedürfnis, diese Informationen aufgeteilt nach Standorte zu deklarieren?</li> </ul>	Wir unterstützen den Umstand, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen nach juristischer Einheit erfragt werden.
<b>X1 Leistungen und Behandlungen</b>		
X1.02 Betten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Planbetten</u>: Bei den Datenverwendern besteht das Bedürfnis, dass die Betriebe die Anzahl Planbetten deklarieren. Gleichzeitig sollen die Angaben der Spitäler nach Aktivitätstyp aufgeteilt werden:</li> <li>- Liegt diese Information für Ihren Betrieb nur als Gesamtheit oder aber auch aufgeteilt nach Aktivitätstypus, bzw. Standort vor?</li> </ul>	<p>Im Detailkonzept wird erwähnt, dass die Planbetten zur Berechnung von allfälligen Überkapazitäten dienen. Der Wert Planbetten ist unseres Erachtens ungeeignet, um allfällige Überkapazitäten zu berechnen. Dafür ist der Wert „betriebene Betten“ die geeignete Grösse, da es durchaus sein kann, dass ein Betrieb z.B. auf Grund von Personalmangel in der Pflege nicht die gesamten Planbetten betreiben kann und somit auf Basis der Planbetten auch keine tatsächlichen Überkapazitäten berechnet werden können.</p> <p>Vorschlag: Planbetten sollten nicht erhoben werden.</p>
X1.04 Belegärzte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Schätzung der Arbeitsleistung der Belegärzte</u>: Belegärzte werden vermehrt zu einem wichtigen Element zur Leistungserbringung der Spitäler. Daher besteht die Notwendigkeit deren erbrachte Leistung in einer Form zu</li> </ul>	Es handelt sich bei der Krankenhausstatistik um eine offizielle Bundesstatistik und unseres Erachtens sollte in einer Statistik auf gar keinen Fall mit geschätzten Angaben gearbeitet werden, da Schätzungen immer auch eine subjektive Komponente

	<p>erfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie beurteilen Sie die vorgeschlagene Form (Schätzung der Arbeitsleistung in VZÄ) bezüglich Erfassungsaufwand und Aussagekraft der Variable?</li> <li>- Bevorzugen Sie eine andere Grösse zur Erfassung der Arbeitsleistung, welche für alle verschiedenen Beschäftigungs-, bzw. Abrechnungsformen der Belegärzte anwendbar ist?</li> </ul>	<p>beinhalten.</p> <p>Alle Angaben in der Krankenhausstatistik sollen auf objektiven und systemtechnisch nachvollziehbaren Daten beruhen.</p> <p>Es ist nicht einzusehen, warum bei den Belegärzten die Leistung mit Schätzungen beurteilt werden soll, bei den angestellten Spitalärzten aber mit effektiven und systemtechnisch nachvollziehbaren Angaben (bezahlte Arbeitsstunden). Bei den Ärzten kommt es durchaus vor, dass sie mehr als die vertraglich bezahlten 50 Stunden die Woche arbeiten, die Überstunden aber nicht bezahlt erhalten und somit die Angaben zum Arbeitspensum (X2.05.02) nicht mit der tatsächlichen Arbeitsleistung übereinstimmen.</p> <p>Ohne genau zu wissen, welches Ziel die Datenverwender mit der Erhebung der Angaben zu den Belegärzten verfolgen, ist es schwierig, alternative Grössen anzugeben.</p> <p>Siehe auch unsere weiteren Bemerkungen zum Thema Belegärzte unter Punkt 7.2.4 unten.</p>
X1.05 Medizinisch – technische Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Geräte:</u></li> <li>- Kann Ihrer Meinung nach eine sinnvolle Unterteilung der Geräte und der damit erbrachten Leistungen (anhand technischer TARMED - Punkten) in die Aktivitätstypen vorgenommen werden?</li> </ul>	<p>Die Geräte sollten unseres Erachtens nicht auf die Aktivitätstypen aufgeteilt werden. Eine Unterteilung der erbrachten Leistungen in die Aktivitätstypen sollte allerdings möglich sein und erscheint unseres Erachtens auch sinnvoll.</p> <p>Ces appareils sont utilisés presque exclusivement pour de l'activité somatique aigüe, une séparation par type d'activité fait peu de sens</p>

X3 Finanz- und Betriebsdaten		
X3.06 Lohnbuchhaltung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Lohnbuchhaltung</u>: Die momentane Tabelle der Lohnbuchhaltung entspricht nicht den Definitionen von REKOLE® 2008, was einerseits zu Diskrepanzen zur Tabelle X3.03 Finanzbuchhaltung und andererseits zu mehr Aufwand bei den Spitälern führt. Gleichzeitig benötigen die Datenverwender Informationen zu den Honoraren der Belegärzte. Um beide Ansprüche zu befriedigen, legen wir im Anhang eine überarbeitete Form der Tabelle zur Vernehmlassung vor.</li> </ul>	<p>Im Vorschlag m die Lohnkosten des Medizinisch-therapeutischen Personals.</p> <p>Es ist unklar, was genau mit „Honorare für externe medizinische Leistungen“ gemeint ist. Wenn die Datenverwender Informationen zu den Honoraren der Belegärzte wünschen, dann erhalten sie diese damit nicht, weil hier gemäss Vorschlag auch externe Therapeuten, Hebammen, etc. enthalten sind. Die Information über die Honorare der Belegärzte ist dafür in X3.01. Kostenträgerrechnung, unter Kontogruppe 405, davon Arzthonorare, ersichtlich und muss also im Rahmen der Lohnbuchhaltung (wo sie sowieso nicht verbucht sind) nicht noch einmal abgefragt werden.</p> <p>Falls es bei den „Honoraren für externe medizinische Leistungen“ darum geht, die gesamten medizinischen, therapeutischen und diagnostischen Fremdleistungen zu erfassen, so ist dies im Vorschlag überflüssig, da auch diese Information in X3.01. Kostenträgerrechnung, unter Kontogruppe 405, Medizinische, therapeutische und diagnostische Fremdleistungen, ersichtlich ist.</p> <p>Dem Vorschlag im Anhang können wir in dieser Form nicht zustimmen, da unter anderem nicht klar ist, was mit „Honoraren für externe medizinische Leistungen“ gemeint ist und welchem Zweck die Information dient.</p> <p>Siehe zudem auch unsere Bemerkungen unter Punkt 7.4.6 unten.</p>

## 2. Inhalt des provisorischen Detailkonzepts (Version 4.0)

Kapitel	Bemerkung / Problem	Verbesserungsvorschlag
<b>1 Ausgangslage</b>		
• 1.4	• Gesetzliche Basis für die Krankenhausstatistik ist das Bundesstatistikgesetz (BStatG) und die Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes. Die Verweise auf das KVG oder die VKL als Begründung für die Erhebung gewisser Variablen sind fragwürdig.	• Verweise sollte nur auf die effektiv anwendbaren und relevanten gesetzlichen Grundlagen gemacht werden.
• 1.4.4	<p>• Gemäss Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes sollen unter anderem Informationen zum Leistungsangebot und den erbrachten Leistungen erhoben werden.</p> <p>Genau dies ist aber mit dem vorliegenden Konzept nicht der Fall. So können für die Rehabilitation keine Aussagen zu den angebotenen Fachrichtungen und somit zum Leistungsangebot gemacht werden. Weiter werden bzgl. erbrachter Leistungen nur vereinzelte ambulante Leistungsarten abgefragt. Angaben für verschiedene andere Leistungsarten und den gesamten stationären Bereich können nicht gemacht werden. (siehe auch 2.1, 4.2, 5.2.1/5.2.2, 7.1.6)</p>	<p>• Es muss für die Rehabilitation möglich sein, die verschiedenen angebotenen Fachrichtungen auszuweisen. Z.B. könnte, wenn die Variable A.07.01.04. Rehabilitation angewählt wird, ein weiteres Fenster aufgehen, in welchem von folgender Liste die angebotenen Fachrichtungen „angekreuzt“ werden können:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muskuloskelettale Rehabilitation</li> <li>• Neurologische Rehabilitation</li> <li>• Neurologische Frührehabilitation</li> <li>• Pulmonale Rehabilitation</li> <li>• Kardiale Rehabilitation</li> <li>• Geriatrische Rehabilitation</li> <li>• Pädiatrische Rehabilitation</li> </ul> <p>Wir verweisen in diesem Zusammenhang auch auf die bereits von H+ beim BfS gemachten Vorstösse.</p>
<b>2 Revision der Krankenhausstatistik</b>		
• 2	• Der eigentliche Zweck der Krankenhausstatistik und Informationen über detaillierte Zielsetzungen sowie Angaben darüber, wie diese Zielsetzungen mit dem vorliegenden Konzept erfüllt werden können, fehlen.	•
• 2.1	• Die hier aufgeführten Zielsetzungen der Krankenhausstatistik	•

	<p>können mit dem vorliegenden Konzept nur teilweise erfüllt werden.</p> <p>Beispiele:</p> <p>Erforderliche Grundlagen für die interkantonale Zusammenarbeit bei der Planung der Spitalversorgung bereitstellen: das ist nur bedingt möglich, da in der KS keine Angaben mehr zur Herkunft der Patienten gemacht werden müssen. Diese Angaben werden nur noch in der MS erfasst.</p> <p>Strukturveränderungen von Angebot und Leistungen aufzeigen / einen Überblick über das vollständige Leistungsangebot bieten: das ist mit den zu erhebenden Daten nicht möglich. Für die Rehabilitation gibt die MS keinerlei Auskunft über Art und Anzahl der erbrachten Leistungen und das Leistungsangebot.</p> <p>Vergleiche zwischen Institutionen ermöglichen: Es ist nicht klar, um was für Vergleiche es sich handelt, es ist aber generell davon auszugehen, dass mit den zu erhebenden Daten keine sinnvollen Vergleiche gemacht werden können. Geht es z.B. um Vergleiche von Angebot und Leistungen, so fehlen dazu nötige Informationen (siehe oben bei Strukturveränderungen). Geht es z.B. um Vergleiche von Kosten, z.B. um die Kosten der Therapien, so ist das ohne Informationen über die Anzahl geleisteter Therapien, den Schweregrad der behandelten Patienten und Angaben zur Ergebnisqualität nicht möglich</p>	<p>Es sollte ein Verweis gemacht werden, dass das Ziel nur durch eine Kombination von Daten aus der KS UND der MS erreicht werden kann.</p> <p>Es müssen zwingend detaillierte Angaben zu den Fachrichtungen (siehe Punkt 1.4.4 oben), sowie zu Art und Anzahl der erbrachten Leistungen (sowohl ambulant wie auch stationär) gemacht werden können, wenn diese Ziele erfüllt werden sollen.</p> <p>Es sollte davon abgesehen werden, die KS als Betriebsvergleichs-Werkzeug gebrauchen zu wollen, da die zu erhebenden Daten eine solche Zielsetzung nicht unterstützen. Alternativ dazu müsste sichergestellt werden, dass alle Daten, die aussagekräftige Betriebsvergleiche ermöglichen, erhoben werden. Dies würde das Leistungsangebot (Fachrichtungen, siehe Punkt 1.4.4 oben), die Anzahl und Art der Leistungen (stationär und ambulant), den Schweregrad der behandelten Patienten, die Ergebnisqualität, etc. beinhalten.</p>
--	---	--



<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.3: Künftige Erhebung, Kapitel 1. Allgemeine Angaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standorte und Angebot: es können zu wenig genaue Angaben zum Angebot gemacht werden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es muss für die Rehabilitation möglich sein, die verschiedenen angebotenen Fachrichtungen auszuweisen. Z.B. könnte, wenn die Variable A.07.01.04. Rehabilitation angewählt wird, ein weiteres Fenster aufgehen, in welchem von folgender Liste die angebotenen Fachrichtungen „angekreuzt“ werden können: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muskuloskelettale Rehabilitation</li> <li>• Neurologische Rehabilitation</li> <li>• Neurologische Frührehabilitation</li> <li>• Pulmonale Rehabilitation</li> <li>• Kardiale Rehabilitation</li> <li>• Geriatrische Rehabilitation</li> <li>• Pädiatrische Rehabilitation</li> </ul> </li> </ul> <p>Wir verweisen in diesem Zusammenhang auch auf die bereits von H+ beim BfS gemachten Vorstösse.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.3: Künftige Erhebung, Kapitel 2. Leistungen und Behandlungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Verweis auf medizinische Leistungen und medizinisch-technische und therapeutische Leistungen in der MS gilt für die Rehabilitation nicht. Es werden in der MS keine detaillierten Informationen zu Art und Anzahl der erbrachten Leistungen erfasst.</li> </ul>	<p>Siehe Verweise auf diese wichtigen Informationen an verschiedenen Stellen in dieser Vernehmlassung</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.3: Künftige Erhebung, Kapitel 2. Leistungen und Behandlungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante Behandlungen: Gemäss Erhebungsbogen wird nur ein Teil der ambulanten Behandlungen erfasst. Es ist nicht klar, welches Informationsbedürfnis diese Daten abdecken sollen (siehe auch 2.4 unten).</li> </ul>	<p>Ohne zu wissen, welches Informationsbedürfnis abgedeckt werden soll, kann auch kein Verbesserungsvorschlag gemacht werden.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.3: Künftige Erhebung, Kapitel 2. Leistungen und Behandlungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nebenbetriebe: Der Kommentar, dass die Informationen zu den Nebenbetrieben in der Abstimmungsbrücke sind, stimmt so nicht. Gemäss REKOLE sollten die Nebenbetriebe in den Kontogruppen 3,4 und 6 geführt werden. Somit sind sie in der Finanzbuchhaltung enthalten. Im Gegenzug werden sie in der</li> </ul>	

	Kostenträgerrechnung unter dem Total übrige Aufträge aufgeführt, so dass eine weitere Abstimmung in der Abstimmungsbrücke nicht nötig ist.	
• 2.3: Künftige Erhebung, Kapital 3. Personal	Funktion: Die vorgeschlagenen Funktionen sind bisher im Personalsystem nicht so erfasst. Dies erfordert eine Systemanpassung, welche Kosten zur Folge haben wird.	
• 2.3: Künftige Erhebung, Kapital 3. Personal	Herkunft des Diploms: die Information ist zurzeit in vielen Betrieben nicht elektronisch verfügbar und wird eine Systemanpassung mit Kosten zur Folge haben. Wir konnten an keiner Stelle im Detailkonzept einen Hinweis darauf finden, für welche Aufgabenerfüllung die Information zur Herkunft der Diplome benötigt wird. Es stellt sich auch hier die Frage, welches Informationsbedürfnis abgedeckt werden soll und ob es überhaupt sinnvoll ist, dies mit der KS zu tun.	Abhängig vom Informationsbedürfnis sollte ernsthaft geprüft werden, ob diese Information in der KS wirklich nötig ist.
• 2.3: Künftige Erhebung, Kapital 4. Finanz- und Betriebsdaten	• Separatrechnungen: Was ist damit gemeint?	
• 2.4	<p>Die hier erwähnte aber leider fehlende Tabelle wäre eine wichtige Voraussetzung dafür, abzuschätzen, inwieweit die zu erhebenden Variablen die damit verbundenen Informationsbedürfnisse der Datenverwender tatsächlich abdecken können. (siehe auch Bemerkungen oben unter 2.1 zu den Zielsetzungen der KS).</p> <p>Zu den einzelnen Variablen sollte unbedingt ersichtlich sein, welche Zielsetzung der KS und Aufgabenerfüllung gemäss gesetzlichen Grundlagen damit abgedeckt wird.</p>	<p>Die Tabelle sollte so schnell wie möglich nachgereicht werden.</p> <p>Im Weiteren sollten den an der Pilotphase beteiligten Betrieben die Auswertungen, die aus den Daten der Pilotphase resultieren, zur Diskussion zur Verfügung gestellt werden. Damit kann gesehen werden, ob die erhobenen Daten auch wirklich die gewünschten Informationen zur Befriedigung der Bedürfnisse der Datenverwender liefern, oder ob es allenfalls zu Fehlinformationen kommt, weil z.B. Ungleiches miteinander verglichen wird.</p> <p>Beispiel: X1.05. Geräte und Ausrüstung: Soll mit diesen Informationen geklärt werden, ob bei den Geräten</p>

		Überkapazitäten bestehen, so ist das nicht möglich, wenn nur die ambulanten Leistungen erfasst werden. Es müssten offensichtlich auch die stationären Leistungen erfasst werden.
<b>3 Erhebungsbereich</b>		
• 3	• keine Bemerkungen	•
<b>4 Organisation und Durchführung der Erhebung</b>		
• 4.1.4	• Der vorgesehene Abgabetermin bis 31. März ist sehr früh und nicht umsetzbar. Die Erstellung der Kostenträgerrechnung nimmt erfahrungsgemäss sehr viel Zeit in Anspruch und kann erst erstellt werden, nachdem die Jahresrechnung von den zuständigen Organen (z.B. Stiftungsrat oder Verwaltungsrat) genehmigt wurde.	• Abgabetermin auf Ende April oder gar Ende Mai 2009 festlegen.
• 4.2	<p>• Die KS ist ungeeignet als Werkzeug für Betriebsvergleiche verwendet zu werden (siehe 2.1 oben).</p> <p>Es wird von „Gesamtkosten des Spitals“ und als Beispiel von „einen Anteil von 40% an den gesamten Kosten“ gesprochen. Es ist allerdings nicht klar, was mit diesen Gesamtkosten, bzw. gesamten Kosten gemeint ist. Dies muss genauer definiert werden.</p> <p>Der hier vorgeschlagene Weg zur Verteilung der nicht klar auf die Aktivitätstypen zuordenbaren Kosten, bzw. Personal käme gemäss unserem Verständnis für die Variablen X2. Personal und X3.06.</p>	<p>• Es sollte davon abgesehen werden, die KS als Betriebsvergleichs-Werkzeug gebrauchen zu wollen, da die zu erhebenden Daten eine solche Zielsetzung nicht unterstützen. Alternativ dazu müsste sichergestellt werden, dass alle Daten, die aussagekräftige Betriebsvergleiche ermöglichen, erhoben werden. Dies würde das Leistungsangebot (Fachrichtungen, siehe Punkt 1.4.4 oben), die Anzahl und Art der Leistungen (stationär und ambulant), den Schweregrad der behandelten Patienten, die Ergebnisqualität, etc. beinhalten.</p> <p>Wir gehen davon aus, dass mit Gesamtkosten / gesamten Kosten die Summe derjenigen Kosten gemeint ist, welche sich eindeutig einem Aktivitätstyp zuordnen lassen.</p> <p>Wir schlagen vor, dass die Informationen zu X2. Personal und X3.06. Lohnbuchhaltung beim „Hauptaktivitätstyp“ erfasst</p>

	<p>Lohnbuchhaltung zur Anwendung. Für X3.01. Kostenträgerrechnung braucht es dieses Vorgehen nicht, da ja die nicht direkt zuordenbaren Kosten bereits über die Kostenträgerrechnung (als Gemeinkosten) den entsprechenden administrativen Fällen der verschiedenen Aktivitätstypen zugeordnet werden.</p> <p>Zwar sind wir selber von der Problematik der unterschiedlichen Aktivitätstypen nicht betroffen, wir gehen aber davon aus, dass der hier vorgeschlagene Weg zur Verteilung der Informationen in X2. und X3.06. auf die Aktivitätstypen bei den betroffenen Betrieben Probleme auslösen wird und zudem keine aussagekräftigen Informationen liefert. Wenn ein Aktivitätstyp höhere direkt zuordenbare Kosten ausweist bedeutet dies noch lange nicht, dass er auch bei den nicht direkt zuordenbaren Kosten, bzw. Personal, entsprechend hohe Kosten auslöst.</p>	<p>werden. Die Totalkosten eines Aktivitätstyp sind in X3.01. Kostenträgerrechnung ersichtlich, welche auch die Umlagen der Gemeinkosten enthalten.</p>
<b>5 Datenschutz und Datenzugriff</b>		
• 5	<p>Durch die Erfassung der Daten übers Internet werden alle Daten auch irgendwo im Internet gespeichert. Es fehlt im Konzept eine Information über die getroffenen Sicherheitsmassnahmen, dass diese Daten nicht von unbefugten Personen (z.B. Hacker) abgerufen und eingesehen werden können.</p>	<p>Beschreibung des Datensicherheitskonzepts im Detailkonzept zur KS.</p> <p>Da die Anonymisierung der Personal-Daten zum Zeitpunkt der Übermittlung an den Kanton nicht geprüft werden kann, sollte vom System eine Meldung an den übermittelnden Betrieb generiert werden, die bestätigt, dass die Daten dem Kanton anonymisiert und wirklich nur anonymisiert übermittelt wurden. Ebenso sollte vom System eine Meldung generiert werden die bestätigt, dass die Daten allen weiteren Benutzern nur anonymisiert zur Verfügung stehen.</p>
• 5.2.1 und 5.2.2	<p>Hier wird ausgeführt, dass das BAG und die Preisüberwachung die Daten aus der KS für die Überprüfung des Kostendeckungsgrades,</p>	<p>Es sollte davon abgesehen werden, die KS als Werkzeug für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit, der Qualität und für</p>

	<p>der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen verwenden.</p> <p>Mit der neuen Spitalfinanzierung wird die leistungsbezogene Vergütung eingeführt. Es ist deshalb nicht klar, in welchem Zusammenhang die Überprüfung des Kostendeckungsgrades zu sehen ist.</p> <p>Für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen ist die KS ungeeignet, da sie nicht alle dazu benötigten Informationen liefert. Es fehlen unter anderem Angaben über die Anzahl und Art der erbrachten Leistungen, den Schweregrad der Patienten und die Ergebnisqualität. (siehe dazu auch 2.1 oben zum Thema Betriebsvergleiche)</p> <p>Beispiele:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Um die Wirtschaftlichkeit zu überprüfen muss festgestellt werden, ob mit einem bestimmten finanziellen Mitteleinsatz die maximal möglichen Leistungen erbracht wurden oder ob für ein bestimmtes Leistungsvolumen die minimal möglichen finanziellen Mittel eingesetzt wurden. Die KS liefert zwar Informationen zum Mitteleinsatz (Kostenträgerrechnung), sie liefert aber keine Informationen zu Art und Anzahl der erbrachten Leistungen (mit ganz wenigen Ausnahmen im ambulanten Bereich). Die Wirtschaftlichkeit kann auch nicht anhand der Kosten (Kostenträgerrechnung) und des Personals überprüft werden, da das Personal in einem Betrieb produktiver als in einem anderen sein kann. Dies kann aber nicht evaluiert werden, wenn keine Angaben zur Art und Anzahl der erbrachten Leistungen zur Verfügung stehen.</li> </ol>	<p>Betriebsvergleiche verwenden zu wollen, da sie dazu keine aussagekräftigen Informationen liefern kann.</p> <p>Alternativ dazu müsste sichergestellt werden, dass alle Daten, die Betriebsvergleiche und Aussagen über die Wirtschaftlichkeit und Qualität ermöglichen, auch erfasst werden. Dazu würden dann also z.B. die Art und Anzahl von stationären Leistungen, der Schweregrad der Patienten und die Ergebnisqualität gehören.</p>
--	---	--

	<p>2. In Beispiel 1 wurde der Schweregrad-Mix der Patienten nicht berücksichtigt. Hat ein Betrieb überdurchschnittlich schwere Patienten, so wird ein höherer Ressourceneinsatz benötigt, weil z.B. für die Erbringung bestimmter Leistungen bei schweren Patienten mehr als eine Person nötig ist.</p> <p>3. Bisher ebenfalls nicht berücksichtigt wurde die Ergebnisqualität. Diese kann mit der KS nicht beurteilt werden, da keine Informationen über den Schweregrad eines Patienten, die an diesem Patienten erbrachten Leistungen und sein Zustand bei Ein- und Austritt in einen Betrieb in der KS erhoben werden.</p>	
<b>6 Publikationen und statistische Daten</b>		
• 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wäre wichtig, bereits zu diesem Zeitpunkt Kenntnis vom Auswertungskonzept, den Standardtabellen und der Verwendung der Variablen in den Standardtabellen zu haben. Die zu erhebenden Daten können nur festgelegt werden, wenn klar ist, wozu sie verwendet werden sollen und welche Informationen sie liefern sollen. Wenn also das Auswertungskonzept und die Verwendung in Standardtabellen nicht bekannt sind, kann auch nicht abgeschätzt werden, ob die jetzt in der Erhebung vorgesehenen Daten die Bedürfnisse vollständig abdecken werden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswertungskonzept, Standardtabellen und Verwendung der Variablen sollten so schnell wie möglich zur Verfügung gestellt werden</li> </ul>
<b>7 Beschreibungen der Variablen der Erhebung</b>		
• 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die hier erwähnte Kapiteileinteilung stimmt nicht mit dem Fragebogen überein. Im Fragebogen gibt es keine Kapitel X3 Finanz- und Betriebsdaten, sondern direkt die Unterkapitel X3.01. – X3.07.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entweder den Fragebogen anpassen, so dass zuerst über ein Kapitel X3 eingestiegen und dann auf die Unterkapitel zugegriffen wird, oder, vermutlich einfacher, im Detailkonzept die Unterkapitel auflisten, also z.B.: - C3 Finanz –und Betriebsdaten C3.01. Kostenträgerrechnung</li> </ul>

		C3.02. Erlösträgerrechnung C3.03. Finanzbuchhaltung C3.04. Betriebsergebnis C3.05. Abstimmungsbrücke C3.06. Lohnbuchhaltung C3.07. Lehre und Forschung
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7, alle Unterkapitel mit Erklärungen zu den Variablen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es fehlt eine Verbindung der Kapitel (mit den Erklärungen zu den Variablen) zu den Nummerierungen der Variablen im Fragebogen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei den einzelnen Unterkapiteln sollten jeweils die zugehörigen Nummern der Variablen im Fragebogen aufgelistet werden.</li> </ul>
<b>7.1 Allgemeine Angaben</b>		
7.1	<p>Les données de comptabilité analytique doivent permettre de connaître les coûts et les revenus des différents types d'activité. Distinguer les charges et les recettes de la comptabilité financière selon le type d'activité ne fait dès lors que peu de sens. De plus, le calcul des coûts dans la comptabilité analytique et la répartition des données de comptabilité financière entre les types d'activité doivent être cohérents (voir remarque sur le point 7.4.5 « passerelle d'ajustement »), ce qui nécessite un travail important. La répartition du personnel entre les types d'activité ne paraît pas être un exercice très utile, étant donné le caractère arbitraire de la répartition du personnel administratif et logistique central.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7.1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die erwähnten drei vorausgefüllten Frageblöcke sind im Fragebogen nicht ersichtlich.</li> </ul> <p>Es ist nicht beschrieben, wie vorgegangen werden soll/muss, falls eine der vorerfassten Informationen nicht korrekt oder nicht mehr aktuell sein sollten.</p>	<p>Die Frageblöcke sollten ersichtlich gemacht werden, damit der Betrieb allfällige Unstimmigkeiten feststellen kann, und die dazugehörenden Nummerierungen (A.01., A.02. und A.03.) sollten erwähnt werden</p> <p>Es sollte angegeben werden, wo/wie allfällige Änderungen gemacht/mitgeteilt werden können.</p>

• 7.1.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wozu dient die Information, ob ein Spital auf der Spitalliste anderer Kantone aufgeführt ist, wenn keine zusätzlichen Angaben wie z.B. Anzahl der anderen Kantone oder Auflistung der anderen Kantone (z.B. mittels Auswahl in einer Liste der Kantone), gemacht werden können?</li> </ul>	•
• 7.1.5	<p>In Variable A.05.01 kann angewählt werden, ob der öffentliche Beitrag in Form von Fallpauschalen erfolgt. Gemäss neuer Spitalfinanzierung (Art. 49, Abs. 1 KVG Version vom 21.12.2007) vereinbaren die Vertragspartner Pauschalen. In der Regel sollen dies Fallpauschalen sein, es ist aber denkbar, dass z.B. für den Rehabilitationsbereich weiterhin mit Tagespauschalen gearbeitet wird und somit der öffentliche Beitrag auf Tagespauschalen basiert. Würden wir in diesem Fall unseren öffentlichen Beitrag unter A.05.05 Weitere Vergütungsformen vermerken, oder wäre es sinnvoller, die Bezeichnung von A.05.01 zu ändern?</p>	<p>Da neben Fallpauschalen auch andere Pauschalen, z.B. Tagespauschalen (z.B. im Rehabilitationsbereich), denkbar sind, würden wir vorschlagen, die Bezeichnung der Variable A.05.01. zu ändern in: A.05.01. Pauschalen. Eine entsprechende Erklärung sollte unter 7.1.5 auch angebracht werden.</p>
• 7.1.6	<p>In Fusszeile 46 wird erwähnt, dass in der MS die medizinischen Leistungen entsprechend den für die Patientinnen und Patienten erbrachten Leistungen erhoben werden. Für die Rehabilitation kann in der MS keine Angabe über Art und Anzahl der erbrachten Leistungen gemacht werden. Siehe dazu auch die Bemerkungen unter 1.4.4., 2.1, 4.2, 5.2.1/5.2.2.</p> <p>Es wird erwähnt, dass Angaben zu den wichtigen gemeinwirtschaftlichen Leistungen bzgl. Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Forschung im Kapitel „Personal“ erhoben werden. Weitere Informationen werden auch im Unterkapitel X3.07. Lehre und Forschung erhoben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es sollte präzisiert werden, welche Leistungsinformationen in der MS erhoben werden und welche nicht.</li> </ul> <p>Kapitelnummerierung anbringen und Verweis auf Unterkapitel X3.07.</p>
• 7.1.8	<p>Wir sind zwar von Langzeitbehandlungen im Spital nicht betroffen, aber der letzte Satz in diesem Unterkapitel erscheint uns unklar zu sein. Wenn die Langzeitbehandlung nicht in die vier Aktivitätstypen</p>	<p>Evtl. wäre es sinnvoll, einen eigenen Aktivitätstyp Langzeitpflege zu haben.</p>



	unterteilt werden kann, beim welchen Aktivitätstyp soll sie dann erfasst werden?	
• 7.1.9	Es wird erwähnt, dass die Spitäler die Standardanzahl der bezahlten Arbeitsstunden, welche einer 100%-Beschäftigung entsprechen, jährlich definieren müssen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die einmal definierten Standard-Arbeitsstunden sollen jeweils fürs Folgejahr übernommen werden, so dass ein Betrieb nur noch dort Anpassungen vornehmen muss, wo es allenfalls Änderungen gegeben hat.</li> </ul>
<b>7.2 Leistungen und Behandlungen</b>		
• 7.2.1	<p><b>Austritte:</b> Laut Definition entsprechen die Austritte der Anzahl behandelter Fälle. Für die Kategorie Spezialkliniken (Psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken und übrige Spezialkliniken) mit längeren Aufenthalten und teilweiser Langzeitbehandlung können die Austritte nicht mit der Anzahl behandelter Fälle gleichgesetzt werden. Das Nichtzählen der Endbestände verfälscht alle statistischen Auswertungen (z.B. Kosten pro Fall). Denn sämtliche Kosten (Leistungen) der nicht ausgetretenen Fälle werden mit dieser Zählweise den ausgetretenen Fällen zugewiesen. Allein in der Psychiatrie mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von rund 30 Tagen wirkt sich dieser Systemfehler frappant aus.</p> <p>Il n'y a toujours pas de définition des nouveau-nés sains .</p> <p>Die erwähnte Personalrate pro Patient liefert unter Umständen falsche Angaben, da beim Personal auch dasjenige Personal zu erfassen ist, welches an andere Unternehmen (z.B. Stiftungen) ausgeliehen wird. Dadurch wird z.B. die Personalrate pro Patient für Therapeuten zu hoch, wenn diese Therapeuten ausgeliehen werden und Leistungen an Patienten anderer Betriebe erbringen.</p> <p>Mit E-Mail vom 14. Oktober 2008 hat Herr Steffen uns die neue Definition der verrechneten Pflgetage zugestellt. Wir gehen davon</p>	<p>Für die Spezialkliniken müsste deshalb die Formel für die Ermittlung der Anzahl Fälle wie folgt lauten: <b>Austritte + Endbestand der Periode!</b></p> <p>Il faut en prévoir une définition pour les nouveau-nés sains.</p> <p>Es ist klar zu stellen, dass die Personalrate pro Patient unter den Betrieben nicht verglichen werden kann, ohne genaue Details über das erfasste Personal zu kennen, d.h. ohne Information darüber, ob das erfasste Personal ausgeliehen wurde und Leistungen für andere Betriebe erbracht hat.</p> <p>Definition für verrechnete Pflgetage gemäss E-Mail vom 14.</p>

	<p>aus, dass diese für das endgültige Konzept zur Anwendung kommt.</p> <p>Es wurde bereits oben an mehreren Stellen darauf hingewiesen, dass die MS für die Rehabilitation keiner Angaben über die Art und Anzahl der erbrachten Leistungen sowie das Leistungsangebot liefert. Die im Detailkonzept erwähnten Aufgaben Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und Betriebsvergleiche können ohne diese Informationen nicht erfüllt werden.</p>	<p>Oktober 2008 verwenden.</p> <p>Es ist davon abzusehen, die KS als Betriebsvergleichs-Werkzeug oder zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit zu verwenden, da die dazu benötigten Informationen nicht vollständig erhoben werden.</p> <p>Alternativ dazu müsste sichergestellt werden, dass alle Daten, die Betriebsvergleiche und Aussagen über die Wirtschaftlichkeit zulassen, auch erhoben werden. Also z.B. die Art und Anzahl von stationären Leistungen, der Schweregrad der Patienten, die Ergebnisqualität, etc.</p>
<p>• 7.2.2</p>	<p><b>Planbetten</b> Planbetten gibt es nicht in jedem Betrieb. Für die erwähnte Berechnung von allfälligen Überkapazitäten ist der Wert Planbetten unseres Erachtens ungeeignet. Si on exclue les lits pour nouveau-nés sains, il faut veiller à ne pas prendre en compte les journées correspondantes quand on calcule des taux d'occupation.</p> <p><b>Betriebsbetten</b> Für die erwähnte Berechnung von allfälligen Überkapazitäten ist der Wert betriebene Betten die geeignete Grösse, da es durchaus sein kann, dass ein Betrieb z.B. auf Grund von Personalmangel in der Pflege nicht die gesamten Planbetten betreiben kann und somit auf Basis der Planbetten auch keine tatsächlichen Überkapazitäten berechnet werden können. Il faut que les lits annoncés correspondent autant que possible aux mouvements des patients hospitalisés. Les lits dans lesquels des</p>	<p>Der Wert Planbetten sollte nicht erhoben werden.</p>

	<p>patients hospitalisés peuvent rester plus de 24 heures devraient être considérés comme des lits exploités. Il s'agit en particulier de l'unité d'observation des urgences (mais pas les boxes des urgences qui sont bien des « lits spéciaux »).</p> <p><b>Betriebsbettentage</b>  Diese Grösse kann nicht mit vernünftigem Aufwand berechnet werden. Bis auf kleine Abweichungen wird sie in der Regel sowieso den verrechneten Pflgetagen entsprechen. Es ist nicht klar, wozu diese Grösse erhoben werden soll.  La définition ne paraît pas claire. Quelle est la différence avec les lits exploités ? ou se rapproche-t-on de la notion de lits occupés ?</p>	<p>Da nicht klar ist, wozu die Grösse erhoben werden soll, kann auch keine abschliessender Vorschlag abgegeben werden. Vermutlich kann aber die Grösse ganz weggelassen werden, da sie mehr oder weniger den verrechneten Pflgetagen entspricht, oder es sollten alternativ dazu die Betriebstage als Betriebene Betten x 365 (366) automatisch vom System berechnet werden.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7.2.3</li> </ul>	<p>Gerade in der Psychiatrie wird der bisherige teilstationäre Bereich (Tageskliniken) weiter ausgebaut und gewinnt dadurch zunehmend an Bedeutung. In der Psychiatrie werden diese Leistungen auch in Zukunft nicht über den Tarmed sondern über Tagespauschalen abgegolten.</p> <p>Es wird einleitend von der ambulanten Pflege gesprochen, welche im Spitalbetrieb zunehmend an Bedeutung gewinnt. Sollte hier die ambulante Behandlung gemeint sein, da ambulante Pflege im Spital eher selten vorkommt?</p> <p>Es wird weiter darauf verwiesen, dass es gemäss VKL möglich sein muss, die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der ambulanten Behandlung im Spital zu bestimmen. Das ist mit den erhobenen Leistungen nicht möglich, weil diese auch die Leistungen von UV/MV/IV Patienten enthalten. Oder sollen hier nur die KVG Leistungen erfasst werden?</p>	<p>Auch wenn in der nächsten KVG-Revision der Begriff teilstationär gestrichen wird, muss innerhalb des ambulanten Bereichs eine eigene Subkategorie für den bisherigen teilstationären Bereich geschaffen werden.</p> <p>ambulante Pflege in ambulante Behandlung umformulieren.</p> <p>Es muss klar beschrieben werden, welche Leistungen (KVG, UV/MV/IV) erfasst werden müssen.</p>

	<p>Mit den vorgeschlagenen zu erfassenden Leistungen wird kein komplettes Bild möglich sein, da verschiedene Leistungen fehlen. Es sind dies z.B. die Neuropsychologie UV/MV/IV, TarReha Leistungen (=Tagespauschalen im ambulanten Bereich), Ernährungsberatung, etc. Einen Zusammenhang z.B. zwischen ambulanten Leistungen und Kosten herzustellen wird somit nicht möglich sein. Auch die oben erwähnte Anforderung der VKL kann nicht erfüllt werden.</p> <p>Die anzugebenden Werte sind ungenau bzw. nicht definiert. Sie sind auch in der bisherigen BfS-Statistik nicht vorhanden.</p> <p>Pour mesurer les activités ambulatoires, on utilise les points TARMED. Il y a les points qui sont saisis et les points qui, in fine, sont facturés. Il faudrait préciser si l'on prend les points pour l'activité fournie ou selon l'activité facturée (ajout de règles de facturations).</p> <p>Pour le test, nous avons pris les points saisis sur le terrain (activité fournie).</p>	<p>Gemäss E-Mail von Herrn Steffen vom 5.11.08 sind für TarReha Patienten die „Einzelleistungen“ (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) zu erfassen. Es muss aber für die Endfassung des Fragebogens und Konzepts geklärt werden, ob TarReha Leistungen separat zu erfassen sind.</p> <p>Die Erfassung der ambulanten Leistungen sollte zudem generell auf Basis der Zielsetzungen der KS überprüft werden. Siehe auch Punkt 2 oben bzgl. Zielsetzungen. Anzugebene Werte genau definieren</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7.2.4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Begriff Belegärzte sollte konkretisiert werden. Es sollte z.B. geklärt werden, wie mit Konsiliarärzten umzugehen ist. Wir haben bei uns in der Klinik angestellte Spitalärzte, die aber nicht alle Medizinischen Fachrichtungen abdecken können. Wird ein Arzt einer Fachrichtung benötigt, die wir nicht mit unseren Ärzten abdecken (z.B. Kardiologie, da wir keine kardiologische Rehabilitation anbieten, aber durchaus Patienten mit kardiologischen Problemen haben können), so ziehen wir einen Konsiliararzt (mit dem wir in der Regel eine Vereinbarung haben) bei.</li> </ul>	<p>Wir schlagen vor, dass hier nur die Anzahl der Belegärzte zu erfassen ist, ohne Schätzung der VZÄ und ohne Angabe der medizinischen Fachrichtung. Als Belegärzte sollten diejenigen Ärzte bezeichnet werden, die in einem Spital den Grossteil der ärztlichen Leistungen erbringen, weil das Spital selber keine oder nur sehr wenige angestellte Ärzte hat.</p> <p>Konsiliarärzte, die zu den angestellten Ärzten ergänzende Leistungen in anderen medizinischen Fachbereichen erbringen, die auch stark von den anwesenden Patienten abhängig sind,</p>

	<p>Bei Belegärzten handelt es sich gemäss unserem Verständnis mehr um diejenigen Ärzte, die in einem Spital die entsprechenden Fachrichtungen abdecken, aber anstatt angestellt zu sein, arbeiten sie als Selbständigerwerbende.</p> <p>Belegärzte arbeiten also gemäss unserem Verständnis mehr anstelle von angestellten Spitalärzten, während Konsiliarärzte ergänzend zu angestellten Spitalärzten arbeiten und damit im Spital fehlende Fachkräfte ersetzen, da das Volumen für die Anstellung dieser Fachärzte zu klein ist.</p> <p>Warum sollen die Belegärzte den medizinischen Fachrichtungen zugeteilt werden, wo hingegen diese Information für angestellte Spitalärzte nicht vorhanden ist?</p>	<p>sollten hier nicht berücksichtigt werden, da sie nur einen kleinen Teil der ärztlichen Leistungen erbringen.</p> <p>Zur Schätzung der erbrachten VZÄ siehe unsere Bemerkungen oben unter Punkt X1.04 bei den Konkreten Fragen im Teil 1.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7.2.5</li> </ul>	<p>Unterschiedliche und unklare Definitionen</p> <p>Wenn nur die ambulanten Taxpunkte angegeben werden, sind keine Rückschlüsse auf die Effizienz/Auslastung möglich, was doch eigentlich der Sinn dieser Angaben wäre.</p> <p>Es ist nicht nachvollziehbar, warum bei der Angabe der Leistungen zu den verschiedenen Geräten nur die ambulanten Leistungen erfasst werden sollen. Damit können keine sinnvollen Aussagen für die Planung der Spitalversorgung oder der Auslastung der Geräte gemacht werden. Es gibt zudem eine Diskrepanz zwischen dem</p>	<p>Die verlangten Leistungen müssen genau definiert werden. Sonst besteht die Gefahr, dass jedes Spital unterschiedlich definiert. Es muss definiert werden, ob die Anzahl der Leistungen, die Anzahl Taxpunkte oder ein Frankenbetrag angegeben werden soll.</p> <p>Es muss klar beschrieben werden, welche Leistungen (ambulant und stationär?) und in welcher Form (Punkte (Achtung: es sind nicht für alle Leistungen TARMED Punkte vorhanden), Anzahl) zu erfassen sind.</p>

	<p>Detaillkonzept, welches besagt, dass die technischen TARMED Punkte zu erfassen sind, und dem Fragebogen, welcher besagt, dass die Anzahl Leistungen zu erfassen sind.</p> <p>Bei der Liste der Geräte und Räume für spezielle Zwecke fehlen für die Rehabilitation wichtige Elemente wie z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lokomat</li> <li>- Überwachungsstation mit Monitoring (sogenannte neurologische Frührehabilitation)</li> </ul> <p>Diese bedingen eine höhere Personaldotation und höhere Investitionskosten.</p> <p>La remarque relative à la « justification des dépenses d'investissement des établissements » (fin du premier paragraphe) est obscure. Ces équipements ne constituent qu'une partie des dépenses d'investissement des hôpitaux.</p> <p>Appareils pour dialyses : Faut-il indiquer tous les appareils y compris ceux de réserve ou uniquement le nombre d'appareil en service un jour d'exploitation normale ?</p> <p>Volume de prestations appareils et équipements : il faudrait renseigner toute l'activité (pour patients ambulatoires et hospitalisés) sinon le volume de prestation par appareil ne fait aucun sens.</p> <p>Pour les dialyses, il n'y a pas de points techniques TARMED. La mesure la plus pertinente est le nombre de séances.</p> <p>Salle d'accouchement : par « nombre de naissances » entend-on le</p>	<p>In der Liste der Geräte Lokomat aufnehmen.</p> <p>In der Liste der Räume Überwachungsstation (Frührehabilitation) aufnehmen. Die Leistungen können z.B. anhand der auf der Überwachungsstation erbrachten Pflegetage erhoben werden.</p>
--	---	---

	nombre d'enfants nés vivants dans tout l'hôpital ? Cela ne paraît a priori pas très pertinent à cause des césariennes programmées mais cela a l'avantage d'être simple à relever.	
<b>7.3 Personal</b>		
• 7.3	<p>Für einige Institutionen ist es schwierig wenn nicht gar unmöglich, einige dieser Fragen zu beantworten. Einige Daten wie z.B. Arbeitsplatznummer, Diplom Herkunft oder Diplom Datum müssten zuerst aufwändig neu erfasst werden und dazu die Felder im HR System einbauen.</p> <p>Weiter stellen wir uns aufgrund der Privatsphäre der Mitarbeitenden folgende Fragen im Zusammenhang mit den persönlichen Daten von Mitarbeitenden und dem Datenschutz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Worin besteht der Nutzen dieser Datenerfassung?</li> <li>• Wozu werden diese Daten verwendet?</li> <li>• Welche Sicherheiten gibt es hier, dass diese Personaldaten geschützt sind?</li> </ul> <p>Grundsätzlich ist hier zu bemerken, dass einige der gegenüber der alten KS neuen Punkte Systemanpassungen zur Folge haben werden. Es stellt sich damit die Frage, wer für deren Kosten aufkommen wird? Gleichzeitig gilt es zu bedenken, dass solche Systemanpassungen eine angemessene Vorlaufzeit brauchen.</p> <p>Da alle während eines Erhebungsjahres beschäftigten Personen (mit Arbeitsvertrag) angegeben werden müssen, liefern die daraus zu generierenden Kennzahlen (z.B. Personaldichte pro Patient) keine aussagekräftigen Ergebnisse und können nicht für Betriebsvergleiche verwendet werden. Dies deshalb, weil sich unter dem zu erfassenden Personal auch Personal der Nebenbetriebe</p>	

	<p>(z.B. Cafeteria) und Personal, welches an andere Institutionen ausgeliehen wird, befindet. Wir beschäftigen z.B. Therapeuten und Ärzte (sind bei uns angestellt und beziehen den Lohn über unsere Klinik), die ganz oder teilweise an eine separate Stiftung ausgeliehen werden.</p> <p>Im letzten Satz heisst es „Zudem sind diese Informationen wichtige Indikatoren für die Behandlungsqualität und ...“. Es ist unklar, was damit gemeint ist. Eine höhere Personaldichte pro Patient bedeutet z.B. nicht notwendigerweise eine höhere Behandlungsqualität. Eine höhere Personaldichte kann nötig sein, weil der Schweregrad der Patienten höher ist (diese Information wird aber in der KS nirgendwo erhoben) oder weil ein Betrieb Personal angestellt hat, das aber ausgeliehen wird und gar nicht die Patienten des Betriebs betreut (siehe unsere Bemerkungen dazu in obigem Abschnitt).</p> <p>Le « calcul de la densité du personnel par patient » (dernier paragraphe) n'est pas pertinent en raison de l'activité ambulatoire et, surtout, de formation et de recherche.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7.3.5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemäss diesem Punkt und Bestätigung von Herrn Steffen mit E-Mails vom 5. und 21. November sind Personen, die über ein Zeitarbeitsunternehmen beschäftigt werden, aber über keinen Arbeitsvertrag verfügen, und Praktikanten auf Rechnung, die ebenfalls über keinen Arbeitsvertrag verfügen, ebenfalls zu erfassen. Im Zusammenhang mit Punkt 7.3., wonach alle Personen, welche über einen Arbeitsvertrag verfügen, erfasst werden müssen, kann dieser Punkt zu Unklarheiten führen.</li> </ul> <p>Bisher wurden bei uns Personen, welche über ein Zeitarbeitsunternehmen beschäftigt werden und Praktikanten auf</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es sollte an einer Stelle ganz klar und deutlich aufgelistet werden, welches Personal zu erfassen und welches nicht zu erfassen ist.</li> </ul>



	<p>Rechnung nicht im Personalsystem erfasst, da deren Bezahlung über die Rechnungsstellung der entsprechenden Unternehmen/Schulen erfolgt. Wenn diese Personen auch erfasst werden müssen, bedeutet dies einen Mehraufwand. Es muss zudem berücksichtigt werden, dass das Personal dann zwar erfasst ist und der entsprechende Aufwand in der FIBU unter dem Lohnaufwand verbucht ist. In der Lohnbuchhaltung wird sich aber der entsprechende Aufwand nicht wiederfinden. Somit kann keine vollständige Verbindung zwischen Personaldaten und Lohnkosten (in der Lohnbuchhaltung), wie das im letzten Satz von Punkt 7.3.5 erwähnt ist, hergestellt werden.</p> <p>Eine Zuordnung der Mitarbeitenden in die 8 Kategorien und die dazugehörigen Funktionen findet bisher nicht statt. Dies wird eine Systemanpassung zur Folge haben. Verschiedene Funktionen sind im Anhang II zum Detailkonzept noch nicht aufgelistet, dazu gehören unter anderem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chefarztsekretariat, Medizinische Sekretariate, therapeutische Sekretariate</li> <li>• Patientenaufnahme, Patientenadministration</li> <li>• Therapieeinteilung</li> <li>• Einkauf</li> <li>• Logistik (das Personal hat verschiedene Funktionen, aber immer nur einen Arbeitsvertrag: Chauffeur, Transportdienst, Postpersonal)</li> <li>• Therapiebad/Bademeister</li> <li>• Patientenunterhaltung</li> <li>• Bibliothek (für Patienten und Personal)</li> <li>• Köche, Kellner, Chef de Service (Cafeteria, Speisesaal)</li> <li>• Leitung Hotellerie (verantwortlich für Küche, Speisesaal, Reinigung, Wäscherei, Cafeteria, Telefonzentrale,</li> </ul>	<p>Die Zuordnung dieser Funktionen sollte genau überprüft werden. Einige Übergangslösungen für die Pilotphase erscheinen für die zukünftige KS unpassend (z.B. Zuordnung der Psychologen und Patientenunterhaltung zum Sozialdienst, Therapiebad/Bademeister zum Hausdienstpersonal)</p> <p>Evtl. könnte die Kategorie „Hausdienstpersonal“ in „Hotelleriepersonal“ umbenannt werden.</p>
--	---	---

	Patientenunterhaltung, Bibliothek) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pharma-Assistenten</li> <li>• Psychologen</li> </ul>	
• 7.3.6	<p>Es wird von „erwerbstätigen“ Personen gesprochen, die zu erfassen sind. Siehe auch Punkte 7.3 und 7.3.5 bzgl. Hinweise auf die zu erfassenden Personen.</p> <p>Die Ermittlung des Beschäftigungsgrads des Personals anhand der bezahlten Arbeitsstunden kann ein falsches Bild ergeben, da Überstunden häufig erst im Folgejahr und nicht im Betrachtungsjahr ausgezahlt werden. Die Bestimmung des Personalbedarfs oder Betriebsvergleiche können daher nicht mit dem so ermittelten Beschäftigungsgrad stattfinden, da es zu falschen Aussagen kommen würde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es sollte an einer Stelle ganz klar und deutlich aufgelistet werden, welches Personal zu erfassen und welches nicht zu erfassen ist.</li> </ul>
• 7.3.7	<p>Der Verweis auf die Definitionen der VKL zum Ausdruck „Ausbildung“ sollte überprüft werden, da die neue VKL den Begriff „Ausbildung“ nur im Zusammenhang mit Medizinalberufen verwendet. Wir gehen davon aus, dass in der KS auch die Ausbildung anderer Berufe (z.B. Köche, kaufm. Angestellte, etc.) erfasst werden soll.</p> <p>La référence au projet « coûts de la formation et de la recherche académiques médicales dans les hôpitaux universitaires » n'est pas dénuée d'ambiguïté. En effet, ce projet concerne l'offre en matière de formation qui n'est qu'en partie destinée aux collaborateurs de l'hôpital. Il ne sera pas pertinent de lier les coûts de la formation académique médicale dans les hôpitaux universitaires au nombre de collaborateurs en formation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
• 7.3.8	<p>Die Erhebung der Herkunft der Diplome hat eine Systemanpassung zur Folge und bedeutet Mehraufwand, da die Informationen zurzeit</p>	<p>Es sollte geprüft werden, ob diese Information in der KS wirklich nötig ist. Siehe auch Bemerkungen unter Punkt 2.3, Personal,</p>

	nicht im System erfasst und auch nicht für alle Mitarbeitenden vorhanden sind.	oben. Falls diese Information wirklich benötigt wird, sollte eine Übergangsfrist gewährt werden, d.h. die Information sollte nur für neu angestellte Mitarbeitende obligatorisch sein, so dass der Aufwand minimiert werden kann.
7.3.9	<p>Dieser Begriff muss genauer definiert werden. Informationen zu diesem Punkt sind heute in vielen Betrieben nicht verfügbar.</p> <p>Il n'y aura qu'un lien très faible entre le nombre de collaborateurs actifs dans la recherche est le coût de la recherche mentionné dans les données de comptabilité analytique. En effet, de nombreux collaborateurs ne consacrent qu'une partie de leur temps de travail à la recherche, les coûts de la recherche ne sont pas composées uniquement de coûts de personnel et ils comprennent également des coûts indirects.</p>	
• 7.3.10	• Die neuen Kategorien erfordern eine Systemanpassung und entsprechenden Mehraufwand.	•
<b>7.4 Finanz- und Betriebsdaten</b>		
• 7.4	<p>• Mit der neuen Spitalfinanzierung wird die leistungsbezogene Vergütung eingeführt. Es ist deshalb nicht klar, in welchem Zusammenhang die hier erwähnte Überprüfung des Kostendeckungsgrades zu sehen ist.</p> <p>Bezüglich der hier erwähnten Ziele, insbesondere zu den Themen Wirtschaftlichkeit, Betriebsvergleiche, Kennzahlen sei auf die bereits an verschiedenen Stellen oben gemachten Bemerkungen verwiesen.</p>	<p>Es sollte davon abgesehen werden, die KS als Werkzeug für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit, der Qualität und für Betriebsvergleiche verwenden zu wollen, da sie dazu keine aussagekräftigen Informationen liefern kann.</p> <p>Alternativ dazu müsste sichergestellt werden, dass alle Daten, die Betriebsvergleiche und Aussagen über die Wirtschaftlichkeit</p>

		und Qualität ermöglichen, auch erfasst werden. Dazu würden dann also z.B. die Art und Anzahl von stationären Leistungen, der Schweregrad der Patienten und die Ergebnisqualität gehören. Mit der Angabe von Kosten alleine können keine aussagekräftigen Informationen zu diesen Themen geliefert werden.
7.4	Unklarheit betreffend Angaben von ausländischen Patienten, die aufgrund von Abkommen den schweizerischen Patienten in den abgerechneten Tarifen entsprechend.	Bei der Aufteilung der KVG, MTK und übrige ist noch anzugeben, ob ausländische Patienten, die aufgrund von Abkommen den schweizerischen Patienten in den abgerechneten Tarifen entsprechen, auch unter KVG und MTK zu zählen bzw. unter übrige zu zählen sind.
<b>7.4.1 Kostenträgerrechnung</b>		
7.4.1	<p>Bei den ambulanten Krankenkassenpatienten wird nicht in allen Betrieben erfasst, in welcher Versicherungsklasse der Patient versichert ist. In diesen Fällen ist eine Zuordnung nicht möglich.</p> <p>Im ambulanten Bereich haben nicht alle Betriebe die Kosten aufgeteilt nach ambulant und stationär und Kostenart.</p> <p>Der Betrag für Lehre und Forschung ist in den Kosten noch enthalten.</p>	<p>Hier muss es möglich sein, einen Gesamtbetrag ambulant anzugeben– anrechenbare ohne Anlagenkosten und weitere nicht anrechenbare Kosten.</p> <p>Die Kostenträgerrechnung müsste noch ergänzt werden, damit diese Kosten separiert werden können.</p> <p>Arzthonorare können in ambulante und stationäre Honorare aufgeteilt werden.</p> <p>Die Anlagennutzungskosten müssen bis 2010 noch genau definiert werden.</p>
7.4.1.1	– La définition du cas administratif et du mandat n'est pas satisfaisante. Seules les prestations cliniques aux patients doivent aller sur le cas administratif. Le mandant (d'un mandat) peut en effet également être le patient pour des prestations non	

	<p>cliniques (téléphones, prestations hôtelières supplémentaires, etc.). Les prestations cliniques prises en charge par un autre fournisseur de soins (par exemple sous-traitance dans le cadre d'une hospitalisation) doivent aller sur le cas administratif du patient en question. Les collectivités publiques sont probablement le mandant le plus important puisqu'elles financent une grande partie de la formation, de la recherche et des tâches d'intérêt général.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Assurance-maladie (AOS 100%) : les patients hors canton hospitalisés en division commune sont-ils compris dans cette catégorie bien que le canton de domicile, voire une assurance complémentaire prenne en charge une partie des coûts du séjour ? Dans le test, nous les avons mis dans la rubrique AOS 100%</li> <li>– Autres : les patients européens dont le séjour en division commune est facturé à l'institution commune LAMal sont-ils compris dans cette catégorie ? Dans le test, nous les avons mis dans la rubrique AUTRES</li> <li>– Patients ambulatoires : Il n'est pas possible de répartir ces coûts entre les garants. Une répartition précise des coûts ambulatoires sur les patients engendrerait un travail supplémentaire important. Dans le test, nous les avons mis dans la rubrique AUTRES</li> <li>- Le calcul des coûts en fonction des prestations financées par les assurances complémentaires et l'AOS pour un même séjour est difficilement compatible avec les méthodes de comptabilité analytique utilisées dans les hôpitaux suisses. Différents subterfuges pour parvenir tout de même à séparer ces coûts sont imaginables mais ils risquent d'aboutir à des résultats peu significatifs.</li> </ul>	
--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7.4.1.1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provisorische Regelung für die Pilotphase zum Ausweis der Kosten der OKP: diese Regelung ist aus unserer Sicht in Ordnung und der einzige gangbare Weg.</li> </ul> <p>REKOLE sieht keine differenzierte Kostenverrechnung auf die Fälle nach OKP und Zusatzversicherung vor. Mit der heute nach REKOLE umgesetzten Kostenträgerrechnung ist es deshalb nicht möglich, den OKP-Anteil und den Zusatzversicherungsanteil zu separieren. Dies könnte eventuell im schlimmsten Fall nur mit massivem Mehraufwand ermöglicht werden. Es würde unter anderem bedingen, dass OKP und Zusatzversicherungsleistungen klar getrennt erfasst und auch die entsprechend dazu gehörenden Kosten getrennt erfasst werden, was teilweise praktisch unmöglich, bzw. allenfalls nur mit massivem Aufwand und einer nicht sehr sinnvollen Ungenauigkeit möglich ist. Zudem wären Systemanpassungen nötig, die mit entsprechenden Mehrkosten (wer finanziert diese?) verbunden wären. Im Folgenden einige Beispiele zur Problematik:</p> <p>MUSS-KST 41: Hotellerie – Zimmer</p> <p>Die Kosten werden gemäss REKOLE nach gewichteten Pflagezeiten auf die Fälle verrechnet. Wenn z.B. die Gewichtung für allgemein 1 und für privat 2 ist und der Kostensatz CHF 100 beträgt, dann wird dem allgemein Patienten für einen 20-tägigen Aufenthalt CHF 2'000 und dem privat Patienten CHF 4'000 verrechnet. Im KTR-Ausweis (gemäss REKOLE) erscheint dann auf der Zeile 41 Hotellerie – Zimmer beim privat Patienten CHF 4'000, aber keine Aufteilung in OKP und Zusatzversicherung. Wie schon erwähnt, ist das gemäss REKOLE auch nicht</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die provisorische Regelung für die Pilotphase zum Ausweis der Kosten für die OKP Patienten (reine OKP-Patienten) ist auch für die Endversion der KS beizubehalten.</li> </ul> <p>Die Kosten der OKP Patienten aus Sicht der Finanzierer können mittels der Erlöse ermittelt werden, weil dort eine Aufteilung in OKP-Tarife und Tarife für die Mehrleistungen der Zusatzversicherung erfolgen kann bzw. ab 2009 erfolgen muss. Wir sind allerdings der Ansicht, dass die Erlöse für die Mehrleistungen der Zusatzversicherungen nicht Bestandteil der KS sein dürfen. Siehe dazu Punkt 7.4.2 unten.</p>
---	---	--

	<p>vorgesehen. Eine Aufteilung wäre nur denkbar, wenn die Kosten der KST 41 Hotellerie-Zimmer in separate Konten für OKP und Zusatzversicherung aufgeteilt werden könnten - wie soll dies aber sinnvoll und „exakt“ möglich sein?</p> <p>MUSS-KST 41: Hotellerie – Küche</p> <p>Die Kosten werden gemäss Pflgetagen (Minimalvariante) oder gewichtete Mahlzeiten (Maximalvariante) verrechnet. In der Regel ist dies einer der Bereiche, wo es Unterschiede in den Leistungen für die OKP und Zusatzversicherten gibt. Auch hier gilt dass eine Aufteilung der Kosten nur dann möglich wäre, wenn die Kosten für die Zusatzversicherung (z.B. für eine grössere Menü-Auswahl oder gratis Kaffee) auf separaten Konten erfasst werden. Dies ist einerseits nicht exakt möglich (weil zum grossen Teil Zusatzleistungen wie z.B. die „Menüauswahl“ kostenmässig nicht abbildbar sind) und wäre andererseits mit einem massiven Mehraufwand verbunden der nur einen fragwürdigen Zusatznutzen bringen würde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● MUSS-KST 31: Ärzteschaften</li> </ul> <p>Die Kosten werden gemäss TP (Minimalvariante) oder Minuten (Maximalvariante) verrechnet. Wir haben in unserer Klinik angestellte Ärzte (keine Belegärzte), die über ein Salär entlöhnt werden (keine Honorare). Die Mehrleistungen der Zusatzversicherten bestehen unter anderem aus der „qualitativen“ Mehrleistung der Behandlung durch Chefärzte (es werden aber auch Allgemeinpatienten durch Chefärzte behandelt, wenn dies medizinisch nötig ist). Diese Visiten, z.B.,</p>	
--	---	--

	<p>fließen als Mehrminuten in die Leistungserfassung. Einem Zusatzversicherten werden demnach mehr Minuten verrechnet als einem Allgemeinversicherten, aber mit dem gleichen Kostensatz. Für eine Aufteilung der Kosten in OKP und Zusatzversicherung müsste die Verrechnungsmethodik dieser KST massiv verkompliziert werden, d.h. es müssten verschiedene Kostenblöcke (bedingt die Aufteilung der Kosten auf verschiedene Konten) gebildet und verschiedene dazugehörige Leistungen definiert werden.</p> <p>Solche Überlegungen und die Umsetzung in einer Kalkulation sind reine Scheingenauigkeitsüberlegungen, die falsch sind, mit Kostenrechnung nichts zu tun haben und sowohl für das Spital wie auch aus volkswirtschaftlicher Sicht keinen Nutzen haben.</p> <p>Zusammengefasst kann gesagt werden, dass grundsätzlich folgendes gilt: wenn auf einen Patienten die Kosten für eine Leistung verrechnet und ausgewiesen werden sollen, so muss einerseits eine entsprechende Leistung definiert sein und andererseits müssen die zu dieser Leistung gehörenden Kosten in einem Konto verbucht sein. Dadurch kann sichergestellt werden, dass ein entsprechender Kostensatz berechnet werden kann.</p>	
• 7.4.1.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Kommentar „Im Rahmen der Neuordnung des Gesundheitswesens ist eine Form der Rechnungsstellung vorgesehen, bei welcher die Spitäler zwischen den Kosten der Grund- und der Zusatzversicherung trennen. Nach Angaben der Spitäler ist dies aufgrund der momentan gängigen Form der Kostenerfassung äusserst schwierig“ ist unverständlich.</li> </ul> <p>Es ist zwischen der Rechnungsstellung, welche i.d.R. auf Tarifen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sollen die Kosten der OKP Patienten aus Sicht der Finanzierer ermittelt werden, so kann dies zumindest ab 2009 problemlos über die Erlöse erfolgen, weil dort die Erlöse separat für die OKP und die Zusatzversicherungsleistungen erfasst werden. (siehe Punkt 7.4.2 unten). Wir schlagen vor dass dies der generelle Ansatz für die Kostenermittlung der OKP Patienten sein sollte, da die Vergütung in Zukunft ohnehin leistungsbezogen und nicht mehr kostenorientiert erfolgt.</li> </ul>



	(bei uns sind das Tagespauschalen) basieren, und der Kostenermittlung auf Fallebene zu unterscheiden. Für die Rechnungsstellung braucht es keine Kostenträgerrechnung, es braucht nicht einmal eine detaillierte Leistungserfassung im stationären Bereich. Wir brauchen nur zu wissen, wie viele Tage der Patient bei uns war und ob er OKP oder Zusatzversichert ist. Auf der Rechnung könnten wir den OKP-Anteil und den Zusatzversicherungsanteil separat ausweisen, und werden dies ab 1.1.2009 auch tun.	
• 7.4.1.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es ist nicht klar, wo Patienten mit Zusatzversicherung ganze Schweiz zu erfassen sind. Gehören diese zu OKP oder Zusatzversicherte? (Gemäss E-Mail von Herrn Steffen vom 5.11.08 haben wir diese für die Pilotphase den OKP Patienten zugeordnet)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wir würden empfehlen, diese Patienten den OKP-Versicherten zuzuordnen.</li> </ul>
• 7.4.1.1	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Einzelkosten:</b> es fehlt eine Angabe, wo Kontogruppe 386, Zeugnisse und Gutachten, zu erfassen ist.</li> </ul> <p>Les définitions des natures comptables doivent être adaptées à la nouvelle version de REKOLE</p> <p>Les définitions correspondent aux natures comptables mais pas aux coûts qui peuvent directement être attribués aux séjours. Ainsi le matériel réutilisable ou les équipements médicaux, mentionnés dans la définition du groupe de comptes 401, ne peuvent pas être imputés directement aux patients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>
• 7.4.1.1	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Gemeinkosten:</b> bei 31 Ärzteschaften steht „... und ärztliche Leistungen“. Es sollte heissen „... und ärztliche Leitung.“</li> </ul> <p>Warum sollen die KST 20, 24 und 29 separat ausgewiesen werden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>

7.4.1.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Note de bas de page 81(laboratoires) : les laboratoires ne représentent pas un compte, mais un centre de charges (no 29). Ce centre de charges est obligatoire selon REKOLE mais ces charges peuvent être entièrement externes, c'est-à-dire facturées par des tiers, ce que REKOLE appelle un centre de charges de calcul.</li> <li>– Autres centres de charges obligatoires : la pathologie (centre de charge REKOLE 45) devrait être sous « centres de charges médicaux obligatoires » plutôt que sous « autres centres de charges obligatoires ».</li> <li>- Charges d'utilisation des investissements : ces explications sont complètement fausses. Les charges liées aux immobilisations (amortissement et intérêts) doivent être comptabilisées dans les centres de charges qui utilisent les immobilisations. En principe, les coûts liés aux bâtiments sont comptabilisés dans le centre de charge « infrastructure ». Ces coûts sont ensuite déversés avec tous les autres coûts. Une répartition directe des coûts des immobilisations sur les patients est <u>exclue</u>. Il est cependant envisageable de distinguer sur la base des natures comptables les coûts des immobilisations dans les unités finales d'imputation.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7.4.1.2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es sollte geprüft werden, ob bei übrigen Aufträgen ein expliziter Hinweis auf die Nebenbetriebe gemacht werden soll.</li> </ul> <p>Hinweis: gemäss Korrespondenz mit Herrn Steffen vom 28.11.08 besteht generell Bedarf zur Klärung der Handhabung der Nebenbetriebe in der KS. Dies betrifft auch die Variablen X3.02 – X3.05.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>

7.4.2 Erlösträgerrechnung		
7.4.2	Wir erachten es als äusserst problematisch, wenn bei der Erlösträgerrechnung bei „übrige“ die Erlöse angegeben werden müssen. Anhand dieser Zahlen kann der Kostendeckungsgrad einfach ermittelt werden. Dabei handelt es sich um Unternehmensinterne Unterlagen, die nicht in die Hand statistischer Ämter gelangen sollten.	Auf Angabe der Erlöse verzichten.
7.4.2	Viele Patienten haben verschiedene Garanten, die Zuweisung zu einem bestimmten Garanten muss zuerst genau definiert und dann softwaremässig umgesetzt werden. Dies ist für die Institutionen mit einem grossen Aufwand verbunden und muss zuerst organisiert werden. Ambulant kann nicht in die verschiedenen Versicherungsklassen aufgeteilt werden. Ambulant - davon Labor, davon Physiotherapie – wird addiert. Die jetzige Addition ist jedoch sinnvoll – man hat die Möglichkeit zu detaillieren oder nicht.	zusätzliche Spalte „alle stationären Erträge“ für diejenigen Spitäler, die die Erträge nicht nach Garant aufteilen.
• 7.4.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auch hier wird wieder darauf hin gewiesen, dass die Angaben für Aussagen zur Wirtschaftlichkeit und zu Betriebsvergleichen verwendet werden sollen. Wir weisen erneut daraufhin, dass Angaben zu Kosten alleine keine Aussagen zur Wirtschaftlichkeit zulassen. Dazu braucht es auch Angaben zu Art und Anzahl der erbrachten Leistungen sowie zum Patientengut (Schweregrad der Patienten, etc.). Im Weiteren ist unklar, wie die Erlöse eine Aussage zur Wirtschaftlichkeit erlauben sollen. Ebenso wenig können diese Angaben zu Betriebsvergleichen genutzt werden, wenn nicht klar ist, was mit den Kosten, bzw. für die Erlöse geleistet wurde.</li> </ul> <p>Wir nehmen an, dass mit „... in gleicher Weise aufzugliedern wie die Kosten in der Kostenträgerrechnung“ gemeint ist, dass die Erlöse auch für die reinen OKP-Patienten, die grundversicherten</p>	•

	<p>UVG/IVG/MVG Patienten und die Übrigen zu erfassen sind.</p> <p>Diese Aufteilung macht unseres Erachtens keinen Sinn. Einerseits kann damit wie oben ausgeführt keine Aussage zur Wirtschaftlichkeit und für Betriebsvergleiche gemacht werden und andererseits ist es auch nicht möglich, damit die Kosten für die OKP-Patienten aus Sicht der Krankenversicherer auszuweisen (siehe Punkt 7.4.1.1 oben).</p>	<p>Um eine Aussage über die Kosten der OKP Patienten machen zu können, sollten die Erlöse, wie bereits von der REK empfohlen, aufgeteilt werden in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- KVG: OKP-Patienten und OKP-Anteil der Zusatzversicherten Patienten</li> <li>- UVG/IVG/MVG: Grundversicherte Patienten und grundversicherten Anteil der Zusatzversicherten Patienten</li> </ul> <p>Nicht einverstanden sind wir mit der zusätzlichen Angabe der Erlöse für Übrige inkl. Zusatzversicherungsanteil der OKP und UVG/IVG/MVG Patienten.</p> <p><b>Anmerkung:</b> Für die Pilotphase haben wir die Erlöse für Übrige inkl. Zusatzversicherte Patienten im Fragebogen angegeben. Wir weisen aber auch an dieser Stelle noch einmal daraufhin, dass wir mit diese Angabe, bzw. mit der Angabe der Erlöse für Übrige inkl. Zusatzversicherungsanteil der OKP und UVG/IVG/MVG Patienten in der Endversion der KS nicht einverstanden sind. Es gibt unseres Wissens keine gesetzliche Grundlage, die die Angabe dieser Erlöse von Zusatzversicherten in der KS obligatorisch machen würde.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7.4.2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warum sollen TARMED (TL), Physiotherapie und Labor separat ausgewiesen werden? In der Erklärung heisst es, damit Informationen über die drei Hauptbereiche der nationalen ambulanten Tarife ersichtlich werden. Dazu werden ja bereits entsprechende Informationen in X1.03 erfasst. Mit den dort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wir empfehlen, die Erlöse für TARMED (TL), Physiotherapie und Labor nicht separat auszuweisen, da die Informationen anhand der Taxpunkte in X1.03. und der Taxpunktwerte ermittelt werden können.</li> </ul>

	<p>angegebenen Taxpunkten und den entsprechenden Taxpunktwerten können die Erlöse, falls von Interesse, berechnet werden.</p> <p>Weiter heisst es, dass der direkte Vergleich mit den definierten Kosten der Kostenträgerrechnung nur beschränkt möglich ist. Dies wäre allenfalls für das Labor der Fall, für die TL und Physiotherapie sind in der Kostenträgerrechnung keine expliziten Kosten ausgewiesen, es kann also kein Vergleich mit Erlösen gemacht werden und es sollte auch nicht auf diese Kosten verwiesen werden.</p> <p>Weiter heisst es, dass ähnliche Leistungen im stationären Bereich in Konto 60 erfasst werden. Wenn mit ähnlichen Leistungen TARMED, Physiotherapie und Labor gemeint ist, so stimmt diese Aussage nicht. Diese werden, falls für stationäre Fälle überhaupt explizit und separat verrechnet, ebenfalls in der Erlösgruppe 62 verbucht.</p> <p>Bei 65 Übrige Erlöse aus Leistungen an Patienten heisst es, dass es sich um fallunabhängige Leistungen (Aufträge) für Patienten handelt. Leistungen für Patienten sind aber in der Regel fallabhängig. Was ist hier mit fallunabhängigen Leistungen gemeint?</p> <p>Im übrigen ist ebenfalls die Handhabung der Erlöse der Nebenbetriebe klar zu definieren.</p>	
7.4.2	<p>Laboratoire et physiothérapie : ces revenus doivent-ils être identifiés sur la base de la nomenclature tarifaire ou du centre de charges ?</p>	

	<p>Les contributions des corporations, de fondations et de privés (697) incluent-elles les contributions du Fonds national pour la recherche scientifique (FNRS) ou ces dernières sont-elles à comptabiliser dans « contributions de la Confédération » (696) ?</p> <p>Activité ambulatoire : Il serait possible de répartir les revenus entre les garants. Dans le test, cela n'a pas été fait par soucis de cohérence avec les données de coût.</p>	
<b>7.4.3 Finanzbuchhaltung</b>		
7.4.3	Um die Kosten der Spitäler sinnvoll vergleichen zu können, müssten die gesamten Anlagekosten abgefragt/ausgewiesen werden. Ab 2012 ist dies gesetzlich vorgeschrieben. Wie geht das BfS damit um?	
7.4.3	Da im finanzbuchhalterischen Abschluss sind auch Zusatzversicherte, Drittgeschäfte und ausländische Patienten enthalten. Es kann nicht angehen, dass via Statistik die Versicherungsseite oder auch Bundesämter u.a. über erzielte Margen in diesem Bereich Informationen erhalten. Es würde so die Verhandlungsmacht einseitig zu den Versicherern verschoben.	Nur Betriebsrechnung nach OKP soll abgeliefert werden, keine Angaben über Zusatzversicherte, Drittgeschäfte und ausländische Patienten
• 7.4.3	Was ist mit „Durch die Integration der Finanzbuchhaltung in der KS wird die Wirtschaftlichkeit eines Betriebes besser abgrenzbar“ gemeint?	
• 7.4.3.1/7.4.3.2	Es muss geklärt werden, wie mit Kontogruppen 77, 78 und 79 umgegangen werden soll.	
<b>7.4.4 Betriebsergebnis</b>		
• 7.4.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es muss geklärt werden, wie mit Kontogruppen 78 und 79 umgegangen werden soll. Sind diese in Variable X3.04.10. zu berücksichtigen, oder nicht?</li> </ul>	Bzgl. Kontogruppe 78, a.o. Aufwand und Ertrag sind wir der Ansicht, dass dies zum "ordentlichen Betriebsergebnis" gehört (gemäss REKOLE Handbuch stehen diese i.d.R. mit der Betriebstätigkeit in Zusammenhang). Es sollten daher in X3.03.

	<p>Auch die Handhabung der Nebenbetriebe sollte geklärt werden.</p> <p>Was ist mit „Private Rechtsträger“ gemeint?</p>	<p>Felder für diese Angaben vorgesehen werden. Analog sollte dann klar sein, dass in X3.04 Kontogruppe 78 im Betriebsergebnis enthalten ist. Wie bereits früher erwähnt sollte meines Erachtens das Betriebsergebnis aus X3.03 berechnet werden.</p> <p>Kontogruppe 79 gehört nicht zum "ordentlichen Betriebsergebnis". Für diese Kontogruppe sollten daher, falls die Informationen überhaupt gewünscht sind, bzw. benötigt werden, in X3.03 und X3.04 separate Felder zur Verfügung stehen.</p> <p>Bzgl. Nebenbetriebe: diese gehören gemäss REKOLE eigentlich in die ordentlichen Kontogruppen 3, 4 und 6, da sie in der BEBU über Kostenstellen ausgewiesen werden. Allerdings lässt REKOLE auch die Option offen, diese zusätzlich in separaten Kontenkreisen (Kontogruppen 70 bis 77) zu führen. Anscheinend führen bereits viele Betriebe die Nebenbetriebe in den Kontogruppen 3, 4 und 6 so dass sich eine Anpassung des Fragebogens erübrigen würde. Möglicherweise ist das aber nicht bei allen Betrieben der Fall und es stellt sich dann wohl die Frage, wie im Fragebogen damit umgegangen werden soll.</p> <p>Der Begriff „Private Rechtsträger“ sollte anhand von Beispielen erklärt werden.</p>
<b>7.4.5 Abstimmungsbrücke</b>		
7.4.5	Die geforderten Dateneinblicke zielen massiv zu weit und tangieren schutzwürdige Interessen der Institutionen hinsichtlich Berufsgeheimnisse.	Dieser Punkt ist zwingend zu korrigieren.
7.4.5	Les ajustements posent problème et sont dénués de sens dans le test en raison de la séparation entre somatique et psychiatrique car	

	les méthodes pour séparer ces activités sont différentes entre la comptabilité financière et la comptabilité analytique. Si la séparation entre types d'activité est maintenue, il faudra répartir la comptabilité financière à l'aide des clés de la comptabilité analytique, ce qui demandera un travail important et peu utile.	
	Charges supplétives : supprimer « générées par les cas administratifs » car les charges supplétives peuvent aussi concerner les mandats ou, le plus souvent, ni les cas administratifs ni les mandats directement.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>7.4.5</li> </ul>	<p>Anderskosten: es heisst hier, dass im anderen Feld der Wert Null einzutragen ist. Das ist zumindest in der jetzigen Version des Erhebungsbogens nicht möglich, muss also entsprechend angepasst werden.</p> <p>Neutraler Aufwand: damit dieser, wie hier erwähnt, vom Aufwand der FIBU subtrahiert werden kann, muss er oder überhaupt zuerst erfasst werden, was momentan nicht möglich ist. Siehe Punkt 7.4.3 oben.</p> <p>Es sollte geklärt werden, wie mit Kostenminderungen durch die Erlösgruppen 65 und 68 umgegangen werden soll (siehe meine Anfrage an Herrn Steffen vom 12.11.08). Eine solche Kostenminderung kann sich z.B. aus einer Personalausleihe ergeben, welche gemäss REKOLE, 4.7.3, Informationen zum Konto 309, in der Gruppe 68 zu verbuchen ist, wenn die Einnahmen nicht aufwandgleich sind. In einem solchen Fall ist zwar der Aufwand in der FIBU enthalten, die Kosten werden aber in der KORE durch den Erlös gemindert. Dies muss irgendwo in der Abstimmungsbrücke abgebildet werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abgrenzung für Kostenminderungen in der Abstimmungsbrücke unter X3.05.05 Neutraler Aufwand erfassen. Im Detailkonzept sollte dies dann bei Neutralem Aufwand ergänzt werden.</li> </ul>



7.4.6 Lohnbuchhaltung		
7.4.6	Die Unterscheidung zwischen medizinisch-technischem und medizinisch-therapeutischem Personal ist in der BfS-Dokumentation nicht definiert.	Unterscheidung definieren
7.4.6	Dieser Punkt ist für Belegarztspitäler wichtig. Mit den geforderten Angaben zur Lohnbuchhaltung werden Aussagen zu Daten der Belegärzteschaft verlangt. Die aufgeführten Belegarzthonorare beziehen sich primär auf den Zusatzversicherungsbereich und werden in der Regel direkt vom selbständigen wirtschaftlichen Subjekt Belegarzt dem Patienten zugestellt. Das Belegarztspital selbst kennt die entsprechenden Werte somit nicht. Das Spital selbst hat auch keinerlei Befugnisse, in die Geschäftsdaten der Belegärzteschaft Einblick zu nehmen.	Dieser Punkt ist umfassend zu korrigieren.
• 7.4.6	Fusszeile 94: Die neue VKL, Art. 10, Abs. 1, besagt nur, dass die Spitäler und Geburtshäuser eine Finanzbuchhaltung führen müssen. Eine Aufteilung des Personalaufwands in Personalkategorien wird nicht gefordert. Die erwähnte Erfassung der Struktur der Beschäftigten kann über das Kapitel X2. Personal erfolgen, dazu ist die Lohnbuchhaltung unseres Erachtens wenig sinnvoll.	• Es sollte geprüft werden, ob das Kapitel Lohnbuchhaltung überhaupt notwendig ist.
• 7.4.6	Es heisst im Detailkonzept, dass die meisten relevanten Betriebsgrössen unabhängig davon erfasst werden, ob Belegärzte oder sozialversicherungspflichtige angestellte Ärzte oder beide an der Erbringung einer Leistung beteiligt waren.  Was ist in diesem Zusammenhang mit relevanten Betriebsgrössen gemeint?  Bezogen auf die Leistungserfassung kann es sehr wohl Differenzen	•

	<p>zwischen angestellten Ärzten (sozialversicherungspflichtig) und Belegärzten geben. Gemäss 7.2.4 ist ein Belegarzt ein unabhängiger Arzt, der seine Sozialabgaben selber entrichtet und beispielsweise neben seiner Tätigkeit in einer privaten Praxis auch medizinische Leistungen im Auftrag eines Spitals erbringt. Daher würden wohl auch die bei uns tätigen Konsiliarärzte unter diese Definition fallen. Die Leistungen der Konsiliarärzte werden aber als Rechnungsbetrag auf die betroffenen Fälle erfasst, wo hingegen die Leistungen der angestellten Ärzte mit effektiv erbrachten Minuten erfasst werden.</p> <p>Die Bemerkung im Detailkonzept, dass für Betriebsvergleiche zur Wirtschaftlichkeit Informationen zur Art der Leistungserfassung, wie beispielsweise hier die Höhe der Belegarzthonorare benötigt werden, können wir nicht nachvollziehen. Was soll die Art der Leistungserfassung über die Wirtschaftlichkeit aussagen? Für eine Aussage zur Wirtschaftlichkeit müssten neben den Kosten auch die erbrachten Leistungen, das Patientengut und die Qualität betrachtet werden. Dies ist aber, wie bereits an mehreren Stellen in diesem Dokument erwähnt, mit den vorgesehenen Daten nicht möglich.</p> <p>Die Höhe der Belegarzthonorare kann über Kapitel X3.01. Kostenträgerrechnung, Kontogruppe 405, ermittelt werden. Siehe auch X3.06. unter Konkrete Fragen oben in Teil 1.</p>	
<b>7.4.7</b>	<b>Kosten der universitären Lehre und Forschung</b>	
7.4.7	Diese Daten sind heute nicht in allen Betrieben verfügbar. Deren Erhebung ist sehr aufwändig und muss zuerst organisiert werden.	

<b>Anhang II: Zuordnung der Personalfunktionen</b>		
•	• Es sind nicht alle relevanten Funktionen zugeordnet. Siehe Punkt 7.3.5 oben.	•
<b>Anhang III: Zuordnung der Belegärzte zu den Leistungsstellen</b>		
•	• Die Zuordnung Tagesklinik, Nachtklinik, Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung, Teilstationäres niederschwelliges Tagesprogramm bei M500, Psychiatrie und Psychotherapie, scheint etwas komisch. Eine teilstationäre Rehabilitationseinrichtung, zum Beispiel, gibt es nicht nur für die Psychiatrie und Psychotherapie, zudem gibt es den Begriff „teilstationär“ mit der Revision der VKL nicht mehr.	• Der Begriff „teilstationär“ muss gestrichen und die Zuordnungen geprüft werden.