



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Bundesamt für Statistik BFS
Sektion Gesundheitsversorgung
Dr. Jacques Huguenin
Sektionschef
Espace de l'Europe 10
CH - 2010 Neuchâtel

Ort, Datum Bern, 19. Januar 2017
Ansprechpartner/in Caroline Piana

Direktwahl
E-Mail

031 335 11 53
caroline.piana@hplus.ch

Anhörungsantwort von H+ zum „Bearbeitungsreglement Daten der Leistungserbringer nach Art. 59a KVG“ vom 16.9.2016

Sehr geehrter Herr Huguenin
Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die mit Ihrem Mail vom 1. Dezember 2016 gebotene Möglichkeit, uns zu oben erwähntem Reglement zu äussern. Gerne nehmen wir die Gelegenheit zur Stellungnahme wahr. Unsere nachfolgende Anhörungsantwort beruht auf einer Umfrage bei unseren Mitgliedern.

Allgemeine Bemerkungen

Die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen möchten zwei Hauptanliegen vorausschicken: erstens soll der bereits hohe administrative Aufwand für sie nicht noch ausgebaut werden; und zweitens sind sie rechtzeitig in die Ausarbeitung weiterer Änderungen einzubeziehen.

Generell befürwortet H+ die Anhörungsvorlage. Das vom Bundesamt für Statistik ausgearbeitete Bearbeitungsreglement verdeutlicht verständlich die Rechte und Pflichten der in Art. 59a KVG aufgeführten Parteien. Das Bearbeitungsreglement ist sehr detailliert und klar. Dies ist uns wichtig, da es sich um die Weitergabe von Daten der Leistungserbringer an die unterschiedlichsten Akteure im Gesundheitswesen handelt. Die Lieferung von Auswertungen an BAG und PUE erscheinen weniger kritisch. Jene an die Kantone schon mehr: Steuerung der Versorgungsaufträge aufgrund der (Leistungs-) Daten? Bei den Daten an die Versicherungen haben die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen die grössten Vorbehalte.

Zu gewissen Dateninhalten sind aber genauere Definitionen notwendig, zum Beispiel zu den Qualitätsindikatoren. Dies hat H+ bereits in der Vernehmlassungsantwort vom 11.8.2015 zum neuen Art. 59a KVG festgehalten (Beilage). Bestimmte Dateninhalte, insbesondere die Gemeinwirtschaftlichen Leistungen, sind heute weder national noch kantonale einheitlich definiert. Die Rückmeldungen der betroffenen Parteien, vorab der Spitäler und Kliniken, werden deshalb kaum vergleichbar sein.

Die Spitäler begrüßen die klare Festlegung der Rechte und Pflichten aus Art. 59a KVG in einem Bearbeitungsreglement. Dank diesem verbindlichen Bearbeitungsreglement ist sichergestellt, dass Missverständnisse und Streitigkeiten verhindert oder verringert werden können.

Ebenfalls begrüßen die Spitäler, dass die ambulanten und stationären Leistungserbringer dieselben Pflichten zu erfüllen haben.

Unbefriedigend ist, dass für den Bereich der übrigen Sozialversicherungen keine Regelung getroffen wurde. Nachdem im revidierten UVG die sinngemässe Anwendung des KVG vorgegeben wird, soll dies auch festgehalten werden.

Mit der Entwicklung zusätzlicher stationärer nationaler Tarifstrukturen (TARPSY, ST Reha) ist es wichtig, dass das Bearbeitungsreglement in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern fortlaufend die entsprechenden Bedürfnisse, vorab neue oder andere Begriffe, rechtzeitig einpflegt. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Betriebe die oftmals nicht unerheblichen Anpassungen in der Datenerhebung und -aufbereitung zeitgerecht vornehmen können.

Das Reglement stützt sich für die Weitergabe der Daten der Leistungserbringer auf Art. 30b KVV. Entsprechend erhalten die Versicherer Daten. Dabei ist aber vorgesehen, den Versicherern Daten in einer Detaillierungsstufe zu übergeben, welche weit über das Ziel hinausschiesst und den Versicherern Marktvorteile bringen (Beispiele: Tabellen 14 und 15: Anzahl Rechnungen nach Garant / nach zuweisender Instanz mit allen Details // Anzahl Patienten nach Alterskategorie in Verbindung mit Diagnosen). Das Datenangebot an die Versicherer ist anzupassen.

Die Leistungserbringer verhandeln mit den Versicherern die Tarife und Preise und haben ihre Wirtschaftlichkeit zu begründen. Den Versicherungen wird mit den Daten ein Verhandlungsvorteil eingeräumt. Absolut störend ist, dass den Leistungserbringern (H+) jedoch nicht die gleichen Daten wie den Versicherern zur Verfügung gestellt werden. Damit wird eine Marktverzerrung bewusst in Kauf genommen.

Detailbemerkungen

- Ziffern 1.2.3 und 4.4.2

Zur Anonymität und Anonymisierung: Bei der Erhebung MARS erfolgt die Anonymisierung beim Hochladen, dies im Gegensatz zum medizinischen Datensatz, wo die Daten schon vor dem Hochladen verschlüsselt werden. Wir sehen hier noch keine vollständige Anonymisierung.

- Zu 2.2 **Tabelle 1**

Der vorgegebene Termin (28.2. unter „Periodizität (Frist)“ ist nicht realistisch. Korrekt ist die Datenlieferung nach der abgeschlossenen Kodierrevision. Damit sind die Daten testiert und definitiv. Verschiedene Kantone setzen die Deadline noch früher (z.B. ZH am 28.2. für die Krankenhausstatistik). Dies ist unbefriedigend und führt nicht zu besserer Datenqualität. Die Fristen sollten für alle Kantone gleich gelten.

- Ziffer 4.2, Tabelle 2, Buchstabe e)

Wünschenswert ist hier die Angabe des Rechnungslegungsstandards.

- Zu 4.3.2 **d) Validierung**

Auch wenn sich der Ablauf im Vergleich zu heute nicht ändert, muss der Datenlieferant seine eigenen erfassten oder hochgeladenen Daten in maschinenlesbarer Form wieder runterladen können, damit er seine Angaben validieren und somit die Richtigkeit des Inhalts der Lieferung bestätigen kann.

- Zu 4.4.2 **Abbildung 6**

Auch wenn sich der Ablauf im Vergleich zu heute nicht ändert, fehlt eine Zwischenstufe zwischen Datenlieferung durch Spitäler und Geburtshäuser sowie der Verschlüsselung der Behörde. Die Rückweisung von gelieferten Daten (bei Erkennung von Mängeln) muss ohne weitere Verschlüsselung erfolgen, damit die Daten bereinigt werden können.

- Ziffer 4.5

Es ist nicht spezifiziert in welcher Form die Daten übermittelt werden? Als Datendownload oder Versand? In welchem Format?

Leider ist nicht vorgesehen, die Leistungserbringer zu informieren, welche Empfänger welche Daten erhalten?

Unklare Begriffe bringen Rechtsunsicherheit

Das Reglement beinhaltet eine Reihe von unklaren Begriffen, zum Beispiel:

- **Abschnitt 6.1.1:**

„Gemeinwirtschaftliche Leistungen“ (GWL): Wie bereits einleitend erwähnt, es gibt KEINE national einheitliche und abschliessende Definition der GWL und entsprechend auch keine kantonale verfügbare Zusammenstellung der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen in den Spitälern. Die von den betroffenen Spitälern und Kliniken gelieferten Angaben werden daher von geringer Homogenität und Vergleichbarkeit sein. Unsere Mitglieder befürchten, dass diese Unklarheit zu Willkür führt.

„Anzahl Untersuchungen der Geräte“: Hier dürfte es sich um einen Verschreiber handeln. Wahrscheinlich geht es um die „Anzahl durchgeführter Untersuchungen je Gerät“.

„Betriebs- und Planbetten nach Aktivität“: Eine Aufteilung der Betten nach Aktivität erscheint wenig sinnvoll. Je nach Organisationsform im Spital werden Abteilungen interdisziplinär geführt. Eine strikte Aufteilung, insbesondere bei den Planbetten ist nicht gegeben.

- **Tabelle 5**

Zur Identifikation: Wie sind zentrale Strukturen einer Spitalgruppe abzubilden? Wo erscheinen deren FTEs? Zu Allgemein/Standorte: Was ist die genaue Definition von einem Standort?

- **Tabelle 8**

Kosten nach Konto: Müsste korrekterweise heissen „Kosten nach Kostenart“.

Erlöse nach Konto: Müsste korrekterweise heissen „Erlöse nach Erlösart“.

- **Tabelle 10**

Die Gruppierung der Falldaten in der medizinischen Statistik nach SPLG-Systematik erscheint wenig sinnvoll. Die SPLG-Systematik ist nicht national geregelt. Nach welchen Kriterien soll diese Gruppierung vorgenommen werden, wenn kantonale Unterschiede in der Anwendung der SPLG-Systematiken bestehen?

- **Tabelle 11**

In Tabelle 11 sind die Felder «Verteilung nach Hauptdiagnose» und «Verteilung nach Diagnose» enthalten. Es ist unklar, was da der Unterschied sein soll. Wie unterscheidet sich die Hauptdiagnose von der Diagnose?

- **Tabelle 12**

Felder „SwissDRG“ und „DRG-Status“: Welche Daten werden hier erhoben? Es gilt zu berücksichtigen, dass die Organisation SwissDRG auch zuständig ist für die Tarifsysteme der stationären Palliative Care, Psychiatrie, Transplantationen (mit gewissen Ausnahmen) und Rehabilitation (freiwillig ab 2018, verbindlich ab 2020). Die Version der SPLG und auch des DRG-Groupers sind anzugeben. Die SPLG-Systematik stellt die Frage: Welche Gruppierungen? Nach SPLG und SPLG Mindestfallzahlen?

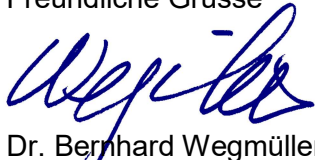
- **Tabelle 15 und 17**

Mit den Variablen „Verwendete Diagnoseklassifikationen“ und „Verteilung häufiger Diagnosecodes“ im ambulanten Behandlungskontext sind die Spitäler weiterhin unzufrieden, da die Diagnosedefinition unterschiedlich angewendet wird (z.B. Verdachtsdiagnose, gesicherte Diagnose, ausgeschlossene Diagnose). Die Qualität dieser Datensätze im Rahmen der MARS-Erhebungen ist zu berücksichtigen.

Wir empfehlen zu prüfen, ob nicht sinnvollerweise die Hauptkostenstelle gemäss BFS-Erhebungsvorgaben zu verwenden wäre.

Wir danken Ihnen, dass Sie unsere Anliegen aufnehmen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor

Beilage