



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Statistik BFS
Abteilung Gesundheit und Soziales

Sektion Gesundheitsversorgung

Gesundheitsversorgungsstatistik – Ambulante Statistiken im Projekt MARS

(Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé)

Version 6.2

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
A) Gesundheitsversorgungsstatistik	4
1. Hintergrund	4
2. Ziel der Gesundheitsversorgungsstatistik.....	5
3. Aufbau der Gesundheitsversorgungsstatistik.....	6
4. Gesetzesgrundlagen und Datenschutz.....	7
5. Nutzen für die öffentliche Statistik.....	9
6. Erhebungsprozess	11
B) Umsetzung im Projekt MARS	13
1. Einleitung.....	13
2. Strukturdaten Spital ambulant (ehemaliges Teilprojekt 1)	14
a) Grundsätzliches zur Erhebung	14
b) Zusammenarbeit mit den Stakeholdern und Erhebungsprozess.....	14
c) Inhalt der Erhebung	15
d) Aktueller Stand.....	15
3. Patientendaten Spital ambulant (ehemaliges Teilprojekt 2)	16
a) Grundsätzliches zur Erhebung	16
b) Zusammenarbeit mit den Stakeholdern und Erhebungsprozess.....	16
c) Inhalt der Erhebung	17
d) Aktueller Stand.....	18
4. Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren (ehemaliges Teilprojekt 3)	19
a) Grundsätzliches zur Erhebung	19
b) Zusammenarbeit mit den Stakeholdern und Erhebungsprozess.....	19
c) Inhalt der Erhebung	21
d) Aktueller Stand.....	21
5. Weitere Arbeiten	22
a) Patientendaten Arztpraxen	22
b) Patientendaten Spitex.....	23
Anhang 1: Schutzstufen	24
Anhang 2: Erhebungsvariablen	25

Einleitung

Das vorliegende Dokument gibt einen Überblick über die Gesundheitsversorgungsstatistik beim Bundesamt für Statistik. Zuerst werden die Gesundheitsversorgungsstatistik und ihre zentralen Elemente und danach die Erweiterung um den ambulanten Teil erläutert.

Unter Gesundheitsversorgungsstatistik versteht man die Beschreibung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Dabei werden drei Ebenen unterschieden: Betriebe (Arztpraxen, Spitäler, Tageskliniken u.a.), leistungserbringende Personen (als Leistungserbringer und Betriebszugehörige) und Leistungsempfänger (Patientinnen und Patienten). Die drei Ebenen werden anhand von Struktur- und Patientendaten beschrieben. Um Doppelspurigkeiten zu vermeiden, erhebt das Bundesamt für Statistik (BFS) die fehlenden Daten sowohl für aufsichtsrechtliche Zwecke als auch für die Bedürfnisse der öffentlichen Statistik. Diesen doppelten Auftrag erfüllt das BFS, indem es die entsprechenden Datenerhebungen durchführt, die Daten anschliessend aufbereitet und den Datennutzern zur Verfügung stellt. In Kapitel A werden die Grundzüge der Gesundheitsversorgungsstatistik erläutert. Das heisst, dass die Rahmenbedingungen, Erhebungsprozesse und Verwendung für die öffentliche Statistik nach Bundesstatistikgesetz (BStatG) beschrieben sind. Die Datenverwendung für aufsichtsrechtliche Zwecke im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ist nicht Teil der Gesundheitsversorgungsstatistik.

Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit dem Aufbau der Statistiken der ambulanten Versorgung. Das BFS erhebt seit 1997 im Bereich der Gesundheitsversorgung Daten der Leistungserbringer. Seit längerem sind Angaben der Krankenhäuser, der Alters- und Pflegeheime sowie der Organisationen für Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) verfügbar. Dagegen fehlten bislang wesentliche Daten aus der ambulanten Versorgung, wie Daten aus Arztpraxen und ambulanten Zentren oder ambulante Spitaldaten. Der Bundesrat hat 2008 im Rahmen der Teilrevision des KVG Änderungen zur Verordnung beschlossen. Das BFS ist zuständig, die fehlenden Daten der ambulanten Leistungserbringer zu erheben. Zu diesem Zweck wurde das Projekt MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé) gestartet. Ziel des Projektes MARS ist es, die bereits vorhandenen Daten aus dem stationären Sektor mit den Daten über die Versorgung aus dem ambulanten Sektor zu ergänzen. Die Grundzüge des Projektes sowie der aktuelle Stand sind im zweiten Kapitel erläutert.

A) Gesundheitsversorgungsstatistik

1. Hintergrund

Die Datenlage im Gesundheitswesen weist insbesondere im ambulanten Bereich (vor allem bezüglich der Arztpraxen und des Spitals ambulant) bedeutende Lücken auf. Dieser Bereich macht rund zwei Drittel der Kosten der obligatorischen Krankenversicherung¹ und etwa 23% der Gesamtkosten des Gesundheitswesens aus. Es bestehen beim Bund keine systematischen Statistiken, welche den Entscheidungsträgern mit fundierten datenbasierten Informationen dienen könnten. Dazu gehören bspw. die Angaben zur Hausarztmedizin oder den medizinischen und pflegerischen Ausbildungsplätzen. Im internationalen Vergleich verweist die OECD regelmässig in ihren Berichten über die Schweiz auf das Fehlen eines Informationssystems. Die Forschung muss mangels Input auf unsichere, auf unvollständige oder ausländische Quellen zurückgreifen. Zahlreiche politische Vorstösse² strebten deshalb eine Verbesserung an. Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung vom 21. Dezember 2007 hat der Gesetzgeber mit den Artikeln 23 und 59a KVG einen Ausbau der Datengrundlagen - zwecks Schliessung der Lücken im ambulanten Bereich - verabschiedet. Den Auftrag für die Erhebung der Daten hat der Gesetzgeber dem Bundesamt für Statistik (BFS) erteilt.

Die Daten der Gesundheitsversorgung werden sowohl für aufsichtsrechtliche als auch für statistische Zwecke verwendet. Der Auftrag im Rahmen des KVG zur Erstellung von Grundlagen für die Beurteilung von Funktions- und Wirkungsweise des Gesetzes erfordert eine Erweiterung der bestehenden Bundeserhebungen, um Aufschluss über die Inanspruchnahme der ambulanten Medizin und deren Gründe (Diagnosen), das Leistungsgeschehen sowie die damit verbundenen Kosten geben zu können. Durch Verbindung der Daten aus dem ambulanten mit denen des stationären Bereichs lassen sich, wie in der Botschaft zur KVG-Revision (Spitalfinanzierung)³ erläutert, Patienten über mehrere Leistungserbringer verfolgen und damit Behandlungsverläufe nachzeichnen. Dies ermöglicht den Vergleich von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit unterschiedlicher Behandlungsformen und Versorgungsmodelle.

Die bestehenden Datenlücken werden auch von Bund und Kantonen im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik diskutiert. Der Bundesrat hat ausserdem im Januar 2013 das Projekt MARS in seinen gesundheitspolitischen Prioritäten „Gesundheit2020“ als eine von zehn priorisierten Massnahmen integriert.

¹ Kostengruppen: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, T 1.01,2.17, 11.01

² Interpellation 00.3557 Hollenstein, die Motion 04.3138 Rossini sowie die Motion 05.3756 Wehrli

³ Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung 04.031

2. Ziel der Gesundheitsversorgungsstatistik

Das Ziel der Gesundheitsversorgungsstatistik ist es, Daten für die Öffentlichkeit bereitzustellen, welche ein umfassendes Bild über die Tätigkeiten der verschiedenen Leistungserbringer ermöglichen. Daraus abgeleitet ergeben sich für das BFS folgende Aufgaben:

- Erhebung der Daten bei den Leistungserbringern
- Validierung und Aufbereitung der Daten
- Publikation und Bereitstellung der Daten für die Öffentlichkeit⁴.

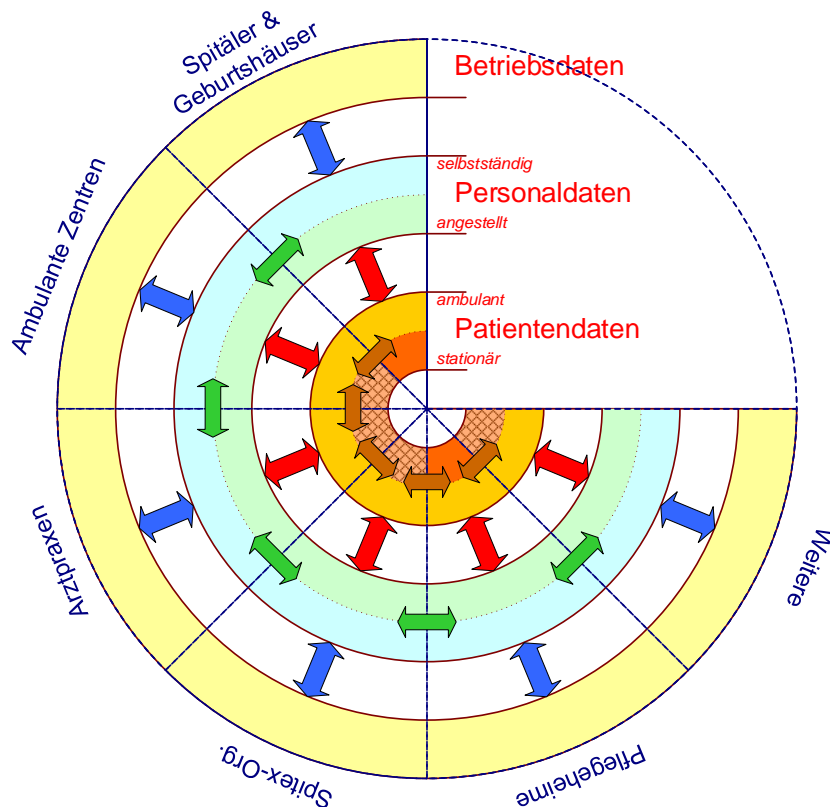
Inhaltlich gehören zur Gesundheitsversorgungsstatistik Informationen zu den Strukturen der Leistungserbringer (Betriebsstrukturen, Infrastruktur, Personal), Diagnosen, erbrachten Leistungen, Inanspruchnahme bestimmter Leistungen, Behandlungspfade der Patienten, Betriebskosten sowie zur Aus- und Weiterbildung des Personals. Zudem sollen die Entwicklung des schweizerischen Gesundheitssystems beobachtet und Grundlagen für die Versorgungsplanung, die epidemiologische Überwachung der Bevölkerung, die Wissenschaft sowie die Information der Öffentlichkeit bereitgestellt werden. Auf diese Weise sollen übergeordnete Aufgaben in einem Gesamtkontext gelöst werden. Dazu gehören beispielsweise:

- die Abbildung der Leistungserbringer und ihrer erbrachten Leistungen (z.B. Anzahl Standorte der Betriebe nach Leistungsangebot, geographische Verteilung der Leistungserbringer),
- die Berechnung von Verhältnissen zwischen planungsrelevanten Grössen (z.B. Betreuungsgrad der Patienten, Aus- und Weiterbildungsangebote der Leistungserbringer),
- das Verständnis von Krankheitsbildern in deren Erscheinung und Behandlung anhand von Versorgungs- und Behandlungspfaden (z.B. Behandlungen im Falle von chronischen Krankheiten, Überlebensraten nach bestimmten Operationen).

⁴ Dies erfolgt nach den Grundsätzen für die Veröffentlichung von statistischen Daten, dem Code of Practice: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-32-11-955>

3. Aufbau der Gesundheitsversorgungsstatistik

Die Gesundheitsversorgungsstatistik besteht aus den drei Ebenen Betriebe (Arztpraxen, ambulante Zentren, Spitäler u.a.), leistungserbringende Personen (als Leistungserbringer und Betriebszugehörige) und Leistungsempfänger (Patientinnen und Patienten) und ist in unterschiedliche Sektoren des Gesundheitswesens unterteilt. Die folgende Grafik stellt die drei Ebenen in Abhängigkeit zu den Sektoren dar.



Ziel ist also, nicht nur in einem Sektor Kernelemente zu untersuchen, sondern auch die Interdependenzen zwischen den Sektoren sowie die Verhältnisse zwischen den Ebenen zu identifizieren. Auf diese Weise soll zum Beispiel abgebildet werden können, dass selbstständige, in eigener Praxis tätige Ärzte auch im Spital Leistungen erbringen. Die eindeutige Identifikation von Betrieben und Medizinberufspersonen ist unverzichtbar, um Doppelzählungen wie beispielsweise bei Belegärzten zu vermeiden (Personen werden durch Anonymisierung geschützt). Auf Patientenebene sollen zusammenhängende Episoden verknüpft werden können, wie zum Beispiel die geplante Nachbehandlung im ambulanten Versorgungsbereich in Folge eines stationären chirurgischen Eingriffs. Hierfür ist die konkrete Identität der Patienten unerheblich und wird mittels Anonymisierung geschützt. Hingegen ist die eindeutige Erkennung der anonymisierten Patienten Voraussetzung für die Zuordnung der Datensätze⁵.

⁵ Bei der anonymen Identifizierung wird auf Basis von Personenmerkmalen ein individueller Code erzeugt, welcher die Zusammenführung der Daten aus verschiedenen Quellen ermöglicht. Die Ausgangsinformationen werden dabei durch den Datenlieferanten anonymisiert und können nicht mehr reproduziert werden. Als zusätzliche Sicherheit wird für die Übermittlung und die Aufbewahrung der individuelle Code durch das BFS zusätzlich pseudonymisiert.

4. Gesetzesgrundlagen und Datenschutz

Das BFS stützt sich bei der Erhebung von Daten zur Gesundheitsversorgung auf die folgenden gesetzlichen Grundlagen:

- Bundesstatistikgesetz BStatG, Art. 3, und die dazu gehörende Verordnung
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG, Art. 23 und Art. 59a, und Verordnung über die Krankenversicherung KVV, Art. 30, 30a, 30b, 30c, 31 und 31a.

Die Artikel 23 und 59a KVG unterscheiden sich darin, dass Art. 59a für Aufsichtszwecke steht, während Art. 23 ausschliesslich statistischen Zwecken dient, mit Verweis auf das BStatG. Das gleichzeitige Erheben von Daten für statistische und aufsichtsrechtliche Zwecke hat den Vorteil, dass der Aufwand für die Leistungserbringer so weit als möglich reduziert wird. Doppelspurigkeiten werden somit vermieden. Bereits heute werden die Daten aus dem stationären Versorgungsbereich sowohl für aufsichtsrechtliche als auch für statistische Zwecke verwendet.

Verwendung zu statistischen Zwecken

Der Statistikauftrag gemäss BStatG ist genereller Natur. Das BFS hat die Aufgabe, Informationen von öffentlichem Interesse, u.a. für Bevölkerung, Medien, Forschung oder Politik, unter strikter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu sammeln, aufzubereiten und zu veröffentlichen. Als ethische Prinzipien der Bundesstatistik gelten die „Grundsätze der öffentlichen Statistik“ der Uno, der „Verhaltenskodex“ der Europäischen Union und die Charta der öffentlichen Statistik der Schweiz. Die statistischen Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsversorgung sind im Anhang der Verordnung über die statistischen Erhebungen des Bundes (Bundesstatistikerhebung) aufgelistet und präzisiert.

Der Statistikauftrag im Rahmen des KVG zur Erstellung von Grundlagen für die Beurteilung von Funktions- und Wirkungsweise des Gesetzes erfordert eine Erweiterung der bestehenden Bundeserhebungen. Zusammen mit den Daten aus dem ambulanten Bereich lassen sich Patienten über mehrere Leistungserbringer verfolgen und damit Behandlungsverläufe aufzeichnen. Dies ermöglicht den Vergleich von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit unterschiedlicher Behandlungsformen und Versorgungsmodelle.

Verwendung zu Aufsichtszwecken

Die Daten der Leistungserbringer werden auch für die Aufsicht und den Vollzug des KVG benötigt (Art. 59a). Diese Daten dienen der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität von Leistungen durch die Organe der Krankenversicherung. Die Datenverwendung erfolgt immer nach ihrem rechtlichen Bestimmungszweck. Aus diesem Grund wurden am 1.8.2016 die in Art. 59a Abs. 4 KVG erwähnten Bestimmungen zur Datenverwendung zu aufsichtsrechtlichen Zwecken auf Verordnungsebene in Kraft gesetzt (KVV Art. 30 ff). Auf dieser Basis wurde das dazugehörige Bearbeitungsreglement Anfang 2017 erstellt, dessen Umsetzung erstmals die Daten des Referenzjahres 2017 betreffen.

Streng unterschiedliche Handhabung der Daten zu statistischen oder aufsichtsrechtlichen Zwecken

Gemäss Verwendungszweck werden die Daten umgehend nach der Datenbeschaffung getrennt. Die statistischen Daten sind grundsätzlich der Öffentlichkeit zugänglich, sind aber vollständig anonymisiert. Rückschlüsse auf einzelne Personen (Patienten, Personal oder Leistungserbringer) sind anhand statistischer Daten nicht möglich. Aufgaben der Statistik sind beispielsweise die epidemiologische Beschreibung und Analyse der Volksgesundheit, Datenlieferungen an internationale Organisationen oder die Information der Öffentlichkeit über Entwicklungen im Gesundheitswesen. Die aufsichtsrechtlichen Daten werden ausschliesslich den im Gesetz genannten Datenverwendern zur Verfügung gestellt und sind nominativ, jedoch nur auf Ebene der Leistungserbringer (Unternehmen) und nicht auf Personenebene. Somit können weder auf einzelne Patienten noch Medizinalberufspersonen Rückschlüsse gemacht werden. Zu den Vollzugsaufgaben gehören etwa die Umsetzung des Krankenversicherungsgesetzes, die Aufsicht über das Gesundheitswesen, Planungs-, Steuerungs- und Finanzierungsaufgaben oder Betriebsvergleiche.

Datenschutz ist zentral

Die Datenschutzbestimmungen gemäss Datenschutzgesetz DSG werden durchgehend rigoros eingehalten, insbesondere bei der Behandlung von besonders schützenswerten Personendaten (siehe Anhang 1).

Der Datenschutz wird im Bundesstatistikgesetz (BStatG) und dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) geregelt. Im Rahmen der Erhebungen zur Gesundheitsversorgung hat seine Einhaltung höchste Priorität. Mit dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten wurden diese Prinzipien besprochen und es findet ein laufender Austausch zum Aufbau einer ambulanten Gesundheitsversorgungsstatistik statt.

Um die Rechte von natürlichen und juristischen Personen – insbesondere zum Schutz der Persönlichkeit – zu wahren, gelten folgende Grundsätze:

- Daten dürfen ausschliesslich für die gesetzlich bestimmten Zwecke verwendet werden.
- Alle an der Erhebung und der Datenbearbeitung beteiligten Personen sind zur Datengeheimhaltung verpflichtet.
- Durch angemessene technische und organisatorische Massnahmen sind die Daten vor unbefugtem Zugriff zu schützen.
- Patientendaten sind in jedem Fall zu anonymisieren.
- Statistische Daten müssen auch auf Betriebsebene vollständig anonymisiert werden, sofern keine Einwilligung der Betroffenen vorliegt.
- Aufsichtsrechtliche Daten werden auf Betriebsebene, soweit es der gesetzliche Auftrag der Verwender zulässt, anonymisiert.

Ausserdem wird das Missbrauchspotential markant verkleinert, indem die Patientendaten bereits bei den Leistungserbringern (Betriebe) anonymisiert werden, sodass das BFS zu keinem Zeitpunkt identifizierbare Patientendaten erhält. Hierfür wird der für jede Person individuelle anonyme Verbindungscode AVC (Hash-Code) erzeugt. Da die Ausgangsinformationen nicht mehr reproduzierbar sind, können Patientendaten ohne Identifizierung anonym verknüpft werden. Zur Erhöhung des Sicherheitsstandards wird der AVC vor der Übermittlung ans BFS zusätzlich mit einem temporären Code (wird seinerseits verschlüsselt mitgeliefert) verschlüsselt. Nur das BFS besitzt die Instrumente, um den originalen AVC wieder zu generieren. Bei der Weitergabe von Einzeldaten an Aufsichtsorgane oder an die Forschung wird der AVC durch eine Laufnummer ersetzt.

5. Nutzen für die öffentliche Statistik

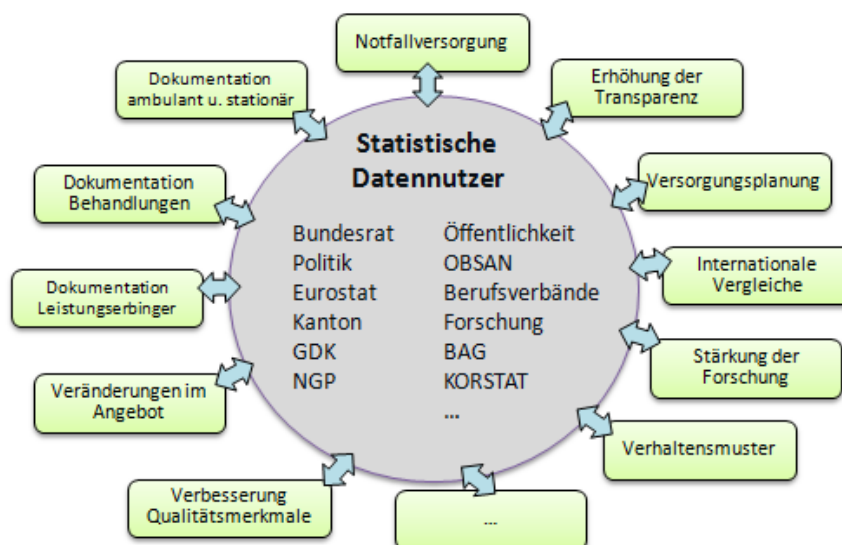
Mit den Erhebungen der Gesundheitsversorgung führt das BFS den doppelten Gesetzesauftrag aus, statistische Daten im Gesundheitsbereich zu erheben und den aufsichtsrechtlichen Datenbedarf für den Vollzug KVG zu erfüllen. Der Aufwand und die Kosten für die Umsetzung beider Ziele werden hauptsächlich vom Bund getragen.

Öffentliche Statistik

Die Verwendung der Daten nach Bundesstatistikgesetz ermöglicht unter anderem: die ganzheitliche Abbildung der Strukturen und Funktionsweise der Gesundheitsversorgung zur Unterstützung der Gesundheitspolitik (z.B. bedarfsabhängige Leistungsangebote oder Aus- und Weiterbildungsbedürfnisse); die epidemiologische Analyse von Patientendaten aus den unterschiedlichen Leistungsmodellen und Inanspruchnahmen der Leistungen; die Entwicklung der behandelten Krankheitsbilder aus epidemiologischer Sicht; den Aufbau einer bisher aus Datenmangel nur rudimentären Versorgungsforschung in universitären Instituten; die Vervollständigung von Datensätzen für Ländervergleiche durch internationale Organisationen usw.

Diese Daten sind grundsätzlich allen zugänglich. Aus Gründen des Datenschutzes müssen sie dabei vollständig anonymisiert sein. Konkret bedeutet dies, dass keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen (Patientinnen und Patienten, Personal usw.) oder Leistungserbringer (Medizinalberufspersonen usw.) möglich sind.

Die folgende Abbildung stellt die Wechselwirkung zwischen den Datennutzern und den Fragestellungen und Themen der öffentlichen Statistik dar.



Das anvisierte Informationssystem zur Gesundheitsversorgungsstatistik ermöglicht Antworten auf aktuelle Fragestellungen, die ohne Daten zum ambulanten Bereich nur partiell möglich sind oder der Gefahr von verzerrten Erkenntnissen unterliegen, wie beispielsweise folgende:

- Statistische Abbildung der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen
- Überblick über die Kosten sowie die Finanzierung im gesamten Gesundheitswesen
- Untersuchung der Funktion und Wirkung des KVG im Rahmen der gesamten Gesundheitsversorgung
- epidemiologische Untersuchungen
- Darstellung des Ablaufs von Behandlungen (Behandlungspfad)

- Darstellung der zeitlichen Abfolge der vom Patienten zur Behandlung in Anspruch genommenen Leistungserbringer (Patientenpfad)
- Abbildung der Entwicklungen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf
- Untersuchung über das Versorgungsangebot
- Datengrundlage für die wissenschaftliche Analyse der Gesundheitsversorgung
- internationale Ländervergleiche
- Wechselwirkungen zwischen dem stationären und ambulanten Sektor.

Aufsichtsrechtliche Verwendung (ergänzende Erläuterung zur Gesundheitsversorgungsstatistik)

Die erhobenen Daten bei den Leistungserbringern dienen auch der Aufsicht und Steuerung der obligatorischen Krankenversicherung. Dies verlangt einerseits detaillierte Angaben zum Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, als auch eine vollständige Sicht der Gesundheitsversorgung. Der aufsichtsrechtliche Verwendungszweck hat zur Folge, dass die Erhebungen der Gesundheitsversorgungsstatistik als obligatorische Vollerhebungen durchgeführt werden (Gleichbehandlungsprinzip). Diese finden jährlich statt. In der Regel werden nominative Daten benötigt, so dass Rückschlüsse auf konkrete juristische Personen gemacht werden können. Im Gegensatz dazu können die Angaben zu Einzelpersonen (Patientinnen und Patienten, Personal, Klientinnen und Klienten usw.) keiner konkreten Identität zugeordnet werden. Daten für aufsichtsrechtliche Zwecke werden vom BFS nur an Nutzerinnen und Nutzer weitergeleitet, welche in den gesetzlichen Bestimmungen hierfür ausdrücklich vorgesehen sind⁶.

Bundesamt für Gesundheit BAG	Durchführung, Kontrolle und Beaufsichtigung der Durchführung des KVG, Veröffentlichung der Daten
Kantone	Versorgungsplanung und Tarifbeurteilung
Eidgenössischer Preisüberwacher PUE	Prüfung der Preise und Tarife
Versicherer	Tariffberechnung

Aufsichtsrechtliche Verwendung durch die Vollzugsorgane:

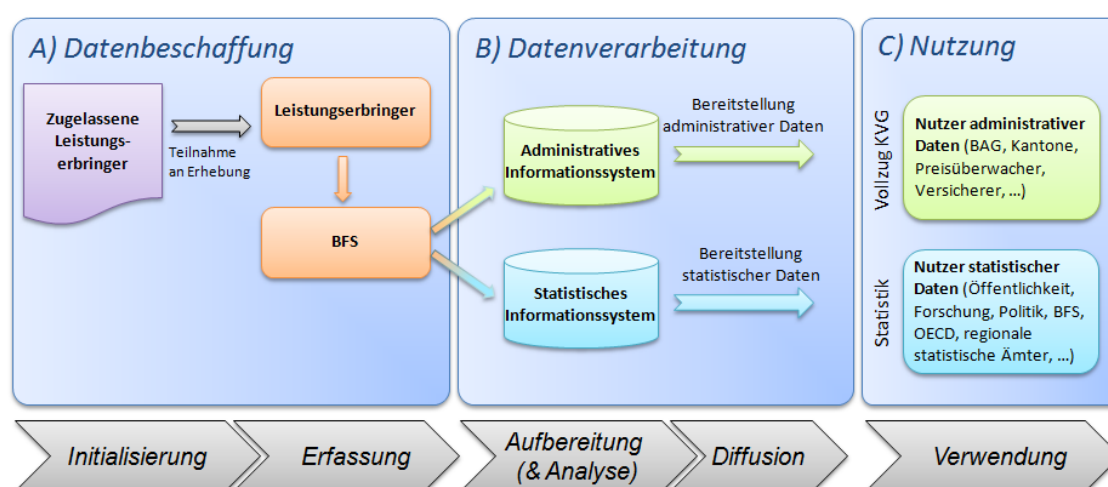
- Überblick über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als Bestandteil der gesamten Gesundheitsversorgung
- Auswirkungen der Zulassung von neuen Leistungserbringergruppen
- Grundlagen für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Leistungen
- Kantonale Versorgungsplanung
- Grundlagen zur Beurteilung medizinischer Infrastrukturkosten
- Beitrag zur Aufsicht über die Leistungserbringer und für Betriebsvergleiche zu Kosten und Qualität (Benchmarking)
- Monitoring der Auswirkungen politischer Anreize bzw. Regulierungen
- Datengrundlage für die Tarifgestaltung.

⁶ Es können weitere Organe mit der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung des KVG beauftragt werden, welche in der vorliegenden Aufführung nicht namentlich genannt werden (KVG Art. 84a).

6. Erhebungsprozess

Dem Ziel des Gesetzgebers entsprechend und um Doppelspurigkeiten zu vermeiden, werden Daten für statistische und für aufsichtsrechtliche Zwecke gemeinsam erhoben. Die Daten werden von den Leistungserbringern erfasst und je nach Erhebung unter Mitwirkung der kantonalen Erhebungsstellen an das BFS weitergeleitet. Die Daten werden vom BFS plausibilisiert, aufbereitet und mit Metainformationen versehen. Für die Validierung der Daten verfolgt das BFS den Grundsatz, dass diese so früh wie möglich im Erhebungsprozess erfolgt. Nach Eingang beim BFS werden die Daten getrennt bearbeitet und gespeichert und unterliegen unterschiedlichen und getrennten Prozessen. Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, werden die statistischen Daten der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt und für eine aufsichtsrechtliche Nutzung gemäss KVG den gesetzlich festgelegten Empfängern zweckkonform weitergegeben. Im gesamten Prozess werden die Datenschutzbestimmungen strikt eingehalten.

Die nachfolgende Grafik beschreibt diese Prozessphasen schematisch.



Grundgesamtheit

Die juristischen Personen bilden jeweils die Grundgesamtheit der Leistungserbringer. Betriebe und selbstständige Medizinalberufspersonen werden direkt befragt. Patienten und Angestellte werden hingegen nicht direkt befragt – die sie betreffenden Daten werden vom befragten Leistungserbringer geliefert.

Die Bestimmung der Grundgesamtheit der Leistungserbringer⁷ ist in der Verantwortung der Kantone, indem diese ihre Kompetenz über die Zulassung und Bewilligung der Betriebe und der Berufsausübung wahrnehmen. Dadurch üben die Kantone auch die Qualitätssicherung der Grundgesamtheit aus.

Die Adressverzeichnisse der Leistungserbringer stammen aus dem Betriebs- und Unternehmensregister (BUR) und werden von den zuständigen kantonalen Stellen bestätigt. Die Wartung der Adressen erfolgt in Zusammenarbeit mit den kantonalen Stellen und fliesst zum Zweck der erhöhten Aktualität und Qualität ins BUR und Medizinalberuferegister ein. Der Bund wacht lediglich über die Konformität mit der Bundesgesetzgebung (KVG) und über die Einhaltung der Grundsätze der Bundesstatistik (u.a. Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit).

Für den ambulanten Versorgungssektor ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Leistungserbringer als Datenlieferanten deutlich höher als im stationären ist, wie auch die Anzahl der Datensätze bei patientenbezogenen Daten. Darum ist das BFS bestrebt, durch Optimierung der Technik, der Prozesse und des Ressourceneinsatzes eine bestmögliche Unterstützung anzubieten. Das Ziel ist, die

⁷ Es ist zu beachten, dass die Grundgesamtheit für die Datenverwendung zu statistischen und aufsichtsrechtlichen Zwecken nicht identisch ist. Leistungserbringer, welche nicht im Rahmen des KVG tätig sind, gehören nur zur Grundgesamtheit der statistischen Verwendung.

Qualitätssicherung im Erhebungsprozess weiter nach vorne zu verlagern, und dadurch auf die Kontrolle der Inhalte von Einzeldaten zu verzichten. Somit müssen die Funktionen (Support, Mahnwesen, Validierung) neugestaltet und optimiert werden. Durch die geplanten Erhebungen wird der Erhebungsprozess nicht grundlegend verändert. Hingegen wird es in der Erfassungsphase durch einen höheren Automatisierungsgrad und durch eine ausgereifere Technik Vereinfachungen für die Leistungserbringer und die Kantone geben.

B) Umsetzung im Projekt MARS

1. Einleitung

Die ganzheitliche Abbildung der Gesundheitsversorgung ist mit der bestehenden Datenbasis nicht möglich. Gesamtschweizerische Informationen zum ambulanten Bereich fehlen beinahe vollständig. Für den Aufbau der ambulanten Statistiken der Gesundheitsversorgung hat das BFS darum das Projekt MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé) lanciert. Es ist in mehrere Teilprojekte gegliedert, nach Kategorien von Datentypen und von Leistungserbringern, die unabhängig und zeitlich versetzt umgesetzt werden. Die Leistungserbringer sind die Spitäler, die Arztpraxen und ambulanten Zentren und die Spitex-Organisationen. Als Datentypen werden Strukturdaten (betriebsbezogene Informationen) und Patientendaten (leistungsbezogene Informationen) erhoben.

Die Stakeholder, Vertreter von Datennutzern und Leistungserbringern, sind im Projekt MARS miteinbezogen. Zu diesem Zweck wurde eine Begleitgruppe⁸ MARS zur Unterstützung der Projektarbeiten eingesetzt und die Mitglieder der Expertengruppe Gesundheitsstatistiken werden regelmässig über den Stand des Projektes informiert.

Grundsätze bei der Projektrealisierung

- Die Umsetzung der Ziele der Gesundheitsversorgungsstatistik wird priorisiert und stufenweise angegangen. Hierfür erfolgt ein modularer Aufbau, fachlich-inhaltlich und *zeitlich (Planung -> Roadmap)*
- Die Datenbereiche „Spital ambulant“ und „Arztpraxen“ werden aufgrund ihrer grossen Bedeutung im Gesundheitsbereich prioritär behandelt (*Reihenfolge der Teilprojekte*)
- Die Kommunikation mit den Stakeholdern erfolgt transparent und offen (*Begleitgruppen*)
- Der Aufwand der Datenlieferanten wird so gering wie möglich gehalten, indem hauptsächlich Informationen erhoben werden, welche bereits in elektronischer Form vorhanden sind (*Erhebungsaufwand*)
- Soweit sinnvoll werden vorhandene Erhebungsinstrumente verwendet. Wenn immer möglich wird auf bereits vorhandene Informationen zurückgegriffen (*Erhebungsprozess*).

⁸ Begleitgruppemitglieder: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Konferenz der regionalen statistischen Ämter der Schweiz (KORSTAT), Verband der Schweizer Spitäler (H+), Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte (FMH), Konferenz der kantonalen Ärztesellschaften (KKA), Schweizerischer Apothekerverband (pharmaSuisse), Schweizer Krankenversicherer (santésuisse) und Curafutura.

2. Strukturdaten Spital ambulant (ehemaliges Teilprojekt 1)

a) Grundsätzliches zur Erhebung

Mit dem Teilprojekt Strukturdaten Spital ambulant wurde die bestehende Krankenhausstatistik (KS) um den ambulanten Leistungsbereich vervollständigt. Die Krankenhausstatistik dient in erster Linie zur Beschreibung der Infrastruktur und der Tätigkeit der Spitäler und Geburtshäuser der Schweiz. Die auskunftspflichtigen Betriebe erstatten jährlich Bericht über die erbrachten Leistungen, das Personal sowie ihre Betriebsrechnung. Mit der Erweiterung um den ambulanten Teil können im Spitalsektor die Veränderungen zwischen stationär und ambulant, sektorübergreifende Vergleiche als auch Leistungserbringerentwicklungen beobachtet werden.

Der Fokus der KS liegt auf der Erhebung der Betriebsstruktur: Infrastruktur, Personal, Finanzbuchhaltung, Kosten und Erlöse. Mit dem „Teilprojekt Strukturdaten Spital ambulant“ wurden neue Variablen zum ambulanten Sektor erhoben (bspw. die Anzahl ambulanter Konsultationen) und bestehende Variablen nach Leistungssektor ambulant und stationär unterschieden (bspw. die Auslastung der medizinisch-technischen Infrastruktur). Ebenso konnten die Erkenntnisse aus dem Projekt „Kosten der universitären Lehre und Forschung in den Universitätsspitalern“ in den überarbeiteten Fragebogen eingebaut werden. Bei externem medizinischen Personal wie bspw. selbstständig erwerbenden Belegärzten und Beleghebammen wurde neu ein individueller Datensatz erfasst.

Die Erweiterung der KS um den ambulanten Sektor wurde mit einer möglichst geringen Belastung für die Betriebe umgesetzt. Daher wurde der bestehende Prozess mit der heutigen Aufgabenteilung zwischen Betrieben und Kantonen verwendet. Die Grundgesamtheit der KS bleibt gleich. Der bestehende KS Fragebogen ist punktuell mit den neuen Variablen ergänzt worden. Zudem ist neu im elektronischen Fragebogen ein Steuerungsmechanismus für die Selektion der ambulanten und/oder stationären Variablen hinterlegt. Es sind nur diejenigen Fragen angezeigt, welche für das ambulante und/oder stationäre Leistungsangebot und den/die jeweiligen Aktivitätstypen des Betriebes relevant sind. Die Datenerfassung für die Leistungserbringer wird dadurch vereinfacht.

b) Zusammenarbeit mit den Stakeholdern und Erhebungsprozess

Im Februar 2012 hat das BFS in der externen Begleitgruppe über das Projekt MARS und das Teilprojekt 1 informiert. In der Folge wurde der Input aus der Begleitgruppe zum Detailkonzept „Teilprojekt Strukturdaten Spital ambulant“ abgeholt und durch das BFS integriert. Die Dokumentationen wurden für die Implementierung durch die Spitäler mit einem Jahr Vorlauf veröffentlicht. Mit dem Verband der Schweizer Spitäler H+ fanden regelmässig Besprechungen statt. 2013 wurde eine Piloterhebung durchgeführt. Die Kantone wurden an regelmässigen Informationsveranstaltungen über das Teilprojekt und ihre Rolle informiert. Weil das Teilprojekt 1 „Strukturdaten Spital ambulant“ in die bestehende jährliche Erhebung der Krankenhausstatistik integriert ist, entsteht für die Kantone bis auf die Kontrolle der neuen Variablen kein Mehraufwand.

Die Erhebung der spitalambulanten Strukturdaten ist in die Erhebung KS integriert und erfolgt über die erweiterte Web-Applikation der KS. Die Spitalbetriebe prüfen ihre erfassten Daten. Sobald die Daten vollständig erfasst und überprüft worden sind, validiert die für den Kanton zuständige Fachstelle den Fragebogen und stellt ihn dem BFS zu. Das BFS kann den Fragebogen erneut überprüfen und ihn anschliessend mit Hilfe derselben Web-Applikation genehmigen. Ist die Qualität nicht ausreichend, sendet das BFS den Fragebogen an den Kanton zurück. Sobald die Daten vom BFS genehmigt wurden, werden sie ins Datawarehouse importiert. Von dort werden sämtliche statistischen Auswertungen vorgenommen.

c) Inhalt der Erhebung

Die Kernelemente im Teilprojekt 1 betreffen die Vervollständigung der Angaben im ambulanten Spitalbereich. Als Neuerung sind die Identifikation der medizinischen Berufspersonen und die Kosten zur Lehre und Forschung differenzierter im Fragebogen aufgenommen.

Neu erfasste Variablen im Bereich Spital ambulant:

- Ambulantes Leistungsangebot pro Standort/Aktivität
- Med.-techn. Infrastruktur: Auslastung Gerätschaft stationär/ambulant
- GLN⁹ der Ärzte und Hebammen (intern/extern angestellt)
- Individualerfassung des externen Personals
- Anzahl ambulante Konsultationen.

Kosten der universitären Lehre und Forschung (ab Daten 2014):

Die gewonnenen Erkenntnisse aus dem Projekt „Kosten der universitären Lehre und Forschung in den Universitätsspitalern“ wurden innerhalb der Erhebung der Krankenhausstatistik umgesetzt. Die dementsprechend angepasste Berechnungsmethode richtet sich nach REKOLE®.

d) Aktueller Stand

Das Teilprojekt 1 wurde Ende 2014 abgeschlossen. Als Ergebnis werden die neuen Informationen in die KS integriert und stehen den Nutzern zur Verfügung¹⁰.

⁹ GLN: Global Location Number = eindeutige Identifikationsnummer, die ehemals mit EAN bezeichnet wurde. Sie wird den Ärztinnen und Ärzten bei der Erteilung eines eidg. Diploms oder bei der Anerkennung eines ausländischen Diploms zugeteilt. Die GLN der Hebammen kann bei Medwin beantragt werden. Die GLN wird nur zu internen Plausibilisierungszwecken verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

¹⁰ Siehe unter dem folgenden Link:
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler/infrastruktur-beschaeftigung-finanzen.html>

3. Patientendaten Spital ambulant (ehemaliges Teilprojekt 2)

a) Grundsätzliches zur Erhebung

Die „Patientendaten Spital ambulant“ sind Gegenstand einer neuen Erhebung bei Spitälern und Geburtshäusern. Zusammen mit den bestehenden Statistiken zu den Strukturdaten (Krankenhausstatistik) und den stationären Patientendaten (Medizinische Statistik der Krankenhäuser) vervollständigt sie die Dokumentation der Spitalbetriebe. Die erfragten Informationen sind weitgehend auch Bestandteil der ambulanten Rechnungsstellung. Dies reduziert den Erhebungsaufwand bei den Betrieben und wirkt sich positiv auf die Datenqualität aus. Patientendaten sind besonders sensible Informationen. Daher hat der Datenschutz eine hohe Bedeutung.

Die Patientendaten Spital ambulant sind ein wichtiger Meilenstein zur Erhöhung der Transparenz im Gesundheitswesen. Aufgrund der zentralen Position der Spitäler ist ihre Bedeutung auf eine ganzheitliche Versorgungsstatistik gross. Ein wesentlicher Mehrwert wird durch die Verbindung der einzelnen Teilprojekte untereinander, insbesondere aber auch mit den vorhandenen Daten zur stationären Gesundheitsversorgung, erzielt. Insgesamt ergeben sich im Teilprojekt „Patientendaten Spital ambulant“ drei Ebenen, welche durch die neu zu erhebenden Daten erschlossen werden:

- Die Erhebung der Patientendaten Spital ambulant schliesst eine heute bestehende Datenlücke. Es besteht ein direkter Nutzen durch die Dokumentation der ambulanten Leistungen. Zusammen mit den Strukturdaten kann die ambulante Versorgung in den Spitälern und Geburtshäusern umfassend dokumentiert werden (Mengengerüst der verwendeten Tarife und Medikamente, Notfallversorgung, usw.). Weiter werden Erkenntnisse bezüglich soziodemographischer Aspekte sichtbar wie regionale Besonderheiten oder geschlechtsspezifische Verhaltensmuster.
- Auf Basis der Leistungsdaten zum ambulanten und stationären Bereich sind erstmals konsolidierte Analysen zu den Spitälern und Geburtshäusern als Ganzes möglich. Damit können neu die Wechselwirkungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung direkt beobachtet werden (Substitutionseffekte, Veränderungen in der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder, Demographie und Rolle des Gesundheitspersonals).
- Die „Patientendaten Spital ambulant“ ermöglichen aussagekräftige Vergleiche zwischen den Sektoren und gesamtgesellschaftliche Analysen. Eine solche integrale Gesundheitsversorgungsstatistik über mehrere Leistungserbringer und Versorgungsformen hinweg bietet das Potential, komplexe Fragestellungen angemessen zu bearbeiten (Behandlungspfade, Epidemiologie, Hinweise zur Systemoptimierung betreffend Planung, Vorsorge oder Qualität).

b) Zusammenarbeit mit den Stakeholdern und Erhebungsprozess

In der externen Begleitgruppe wurde im April 2012 erstmals über die Arbeiten im Teilprojekt „Patientendaten Spital ambulant“ informiert. Die Mitglieder konnten sich zu den Konzepten einbringen und bei Fachfragen beratend unterstützen. Auf Wunsch der Kantonsvertreter werden die Vertreter der kantonalen Gesundheitsdirektionen und Statistikämter regelmässig zum Informationsaustausch mit dem BFS eingeladen. Regelmässige Gespräche werden auch mit H+, dem Dachverband der öffentlichen und privaten Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen, geführt, um die operative Ausgestaltung der Erhebung zu prüfen.

Die Erhebung „Patientendaten Spital ambulant“ ist eine jährliche Vollerhebung bei den Spitälern und Geburtshäusern der Schweiz, welche eine Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) besitzen. Krankenhausstatistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Patientendaten Spital ambulant richten sich an dieselben Datenlieferanten. Die Grundgesamtheit wird im Rahmen der Krankenhausstatistik in Zusammenarbeit mit den Kantonen definiert. Jeder Teilnehmer verfügt über eine eigenständige Identifikationsnummer im Betriebs- und Unternehmensregister (BUR). Die Datenbeschaffung für statistische und aufsichtsrechtliche Zwecke wird aus Gründen der Effizienz gemeinsam durchgeführt und so eine Doppelerhebung vermieden. Der Prozess unterscheidet sich gegenüber Krankenhaus- und Medizinischer Statistik der Krankenhäuser insofern,

dass die Betriebe die Daten direkt dem BFS liefern. Die Kantone haben somit keine Mitwirkungspflicht bei der Erhebung. Die Anonymisierung erfolgt im Erhebungsprozess so früh als möglich und dezentral bei den Betrieben. Nominative Patientendaten werden dem BFS zu keinem Zeitpunkt übermittelt. Aus Gründen des Datenschutzes und der unterschiedlichen Gesetzesgrundlagen werden nach der Erhebung (Inputdaten) im BFS zwei physisch getrennte Datenbanken geführt. Die Daten werden sowohl für aufsichtsrechtliche als auch für statistische Zwecke verwendet.

Um den Aufwand der Datenlieferanten minimal zu halten, werden hauptsächlich Informationen erhoben, welche in den Verwaltungssystemen der Betriebe oder in bestehenden Datenbanken und Registern bereits in elektronischer Form vorhanden sind. Das BFS stellt die Erhebungsinstrumente und die Schnittstellenspezifikationen zur Verfügung. Wie bei der Einführung einer neuen Erhebung üblich, müssen die Leistungserbringer mit einem anfänglichen Mehraufwand rechnen, um einmalig ihre internen Informationssysteme anzupassen. Danach kann die elektronische Datenübermittlung automatisiert erfolgen.

c) Inhalt der Erhebung

In der Erhebung „Patientendaten Spital ambulant“ werden alle ambulanten Leistungen der Spitäler und Geburtshäuser erfragt, welche gemäss eines Leistungstarifs in Rechnung gestellt werden. Zur Unterscheidung von ambulant und stationär werden die gesetzlichen Bestimmungen der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) angewendet. Eine Datenlieferung beinhaltet sämtliche fakturierten ambulanten Leistungen, deren Rechnungsperiode im Erhebungsjahr beginnt. Analog zur einheitlichen Fakturierung wird für jede Leistung eine Zeile im Datensatz erfasst. Die pro Leistung verlangten Angaben liefern Informationen zu den verschiedenen Ebenen ihrer Erbringung:

1. Leistungserbringer (Spital und Geburtshäuser)
2. Medizinalperson
3. Patient

Patientendaten Spital ambulant		
Betrieb	Medizinalpersonen	Patient
<u>Identifikation</u> – EntID – BUR-Nummer <u>Betriebl. Organisation</u> – Erbringende Fachrichtung	<u>Identifikation</u> – Durchführende/r Ärztin/Arzt	<u>Identifikation</u> – Patienten (anonym) <u>Soziodemographisch</u> – Geschlecht – Geburtsjahr – Wohnregion / Land – Nationalität <u>Behandlungspfad</u> – Zuweisende Instanz – Zuweisende/r Ärztin/Arzt – Zuweisender Leistungserbringer <u>Bezogene Leistung</u> – Behandlungsperiode – Datum Leistungserbringung – Tariftyp/-ziffer – Anzahl – Garant – Verrechneter Preis – Diagnoseklassifikation/-code

Die detaillierten Angaben zum Betrieb (Strukturdaten) werden grundsätzlich in der Krankenhausstatistik erfasst, weshalb nur Informationen zum Ort der Leistungserbringung erfragt werden. Mit der Identifikation der ausführenden Medizinalperson kann deren Einsatz über örtliche Standorte und Betriebseinheiten hinweg dokumentiert werden. Die Angaben auf Stufe der Patienten dokumentieren den soziodemographischen Hintergrund, den Behandlungspfad und die bezogene ambulante Leistung. In der stationären Gesundheitsversorgung werden die Behandlungen anhand der Schweizerischen Operationsklassifikation CHOP beschrieben. Im ambulanten Bereich übernimmt der Tarif für ambulante ärztliche Leistungen TARMED aufgrund seines Detaillierungsgrades diese Funktion. Entsprechend gelten für die Patientendaten Spital ambulant die gleichen Grundlagen wie für die Rechnungsstellung gemäss „Forum Datenaustausch“.

Die Diagnose ist Grundlage für sämtliche epidemiologischen Analysen und daher für den (längerfristigen) Mehrwert der Erhebung zentral. Input aus der Begleitgruppe und Erkenntnisse aus einer Testdatenerhebung machen deutlich, dass die Diagnosen zurzeit nicht flächendeckend und, wo vorhanden, mit unterschiedlichen Klassifikationen codiert werden. Daher ist momentan eine vollständige Erhebung der Diagnose nicht realistisch. Aufgrund ihrer zentralen Bedeutung kann jedoch nicht auf sie verzichtet werden. Für die Betriebe besteht daher vorerst die Verpflichtung, alle vorhandenen Diagnosen zu übermitteln. Gemäss der revidierten Verordnung über die Krankenversicherung KVV (seit dem 1.1.2015 in Kraft) wird das Eidgenössische Departement des Innern EDI bis 2019 national anwendbare Diagnose- und Prozedurenklassifikationen für den Bereich «Rehabilitation und ambulant» definieren. Diese werden anschliessend unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips eingeführt.

d) **Aktueller Stand**

Das Teilprojekt 2 wurde abgeschlossen. Als Ergebnis wird neu die Erhebung „Patientendaten Spital ambulant“ jährlich durchgeführt. Das BFS publizierte die Daten 2016 zum ersten Mal. Sie stehen den Nutzern zur Verfügung¹¹.

¹¹ Siehe unter folgendem Link:
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler/patienten-hospitalisierungen.assetdetail.1000209.html>

4. Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren (ehemaliges Teilprojekt 3)

a) Grundsätzliches zur Erhebung

Die Erhebung Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren (MAS)¹² ist eine neu eingeführte Erhebung, mit der regelmässig und konsistent zu den bestehenden Erhebungen des BFS Daten erhoben werden. Die Einführung der Erhebung MAS ist ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zur Verbesserung der Datenlage der gesamten Gesundheitsversorgung und der damit verbundenen Erhöhung der Transparenz im Gesundheitswesen.

Die Daten bilden das Angebot und die erbrachten Leistungen in Arztpraxen und ambulanten Zentren ab, dienen als Datenbasis für gesundheitspolitische Diskussionen (z.B. Versorgungsplanung, Versorgungssicherheit, Zulassungsstopp, Planung der Ausbildungsplätze) und leisten einen wichtigen Beitrag zu einem statistischen Gesundheitsinformationssystem in der Schweiz.

Jeder Leistungserbringer dieses Sektors wird aufgefordert, an der Erhebung teilzunehmen. Basis für die Bestimmung der Grundgesamtheit ist das Betriebs- und Unternehmensregister des BFS. Als Leistungserbringer gilt die juristische Person – also die Arztpraxis. Die Erhebung der Daten erfolgt in der Regel jährlich und wird online mit Hilfe eines eFragebogens durchgeführt. Für die Arztpraxis fallen abgesehen vom Zeitaufwand für das Ausfüllen keine zusätzlichen Kosten oder Softwareinstallationen an. Ab dem zweiten Erhebungsjahr können im Fragebogen wie bei einer Steuererklärung die Daten aus dem Vorjahr aufgerufen werden, was die Dateneingabe deutlich erleichtert. Die Daten werden ohne Mitwirkung der kantonalen Erhebungsstellen direkt vom BFS erhoben und plausibilisiert. Besonderes Gewicht wird auf die strikt getrennte Datenverarbeitung von statistischen und aufsichtsrechtlichen Daten gelegt, damit die Prinzipien der öffentlichen Statistik und die gesetzlichen Anforderungen des BStatG und des KVG erfüllt werden.

b) Zusammenarbeit mit den Stakeholdern und Erhebungsprozess

In der externen Begleitgruppe hat das BFS die Stakeholder frühzeitig über das Projekt MARS informiert. Um der Ärzteschaft die Datenlieferung zu erleichtern und ihren administrativen Aufwand zu reduzieren, hat sich die FMH in die Erarbeitung des Online-Fragebogens eingebracht.

Ein Teil der zu erfragenden Daten liegt bereits heute bei der Ärzteschaft in elektronischer Form vor. Die so bereits erhobenen Daten können – die Einwilligung des betroffenen Leistungserbringers stets vorausgesetzt – durch einen Webservice direkt beim BFS importiert werden. Ausserdem besteht die Möglichkeit, Informationen des Medizinalberuferegisters über einen Webservice zu importieren.

In einer technischen Arbeitsgruppe wurde diese operative Zusammenarbeit zwischen dem BFS, der FMH und ihren Partnern koordiniert. Die Entwicklung gemeinsamer Schnittstellen für myFMH, RoKo und NewIndex ist sowohl ein wichtiger Meilenstein in der Zusammenarbeit mit der FMH und ihren Partnern als auch ein Meilenstein in der Realisierung des eFragebogens.

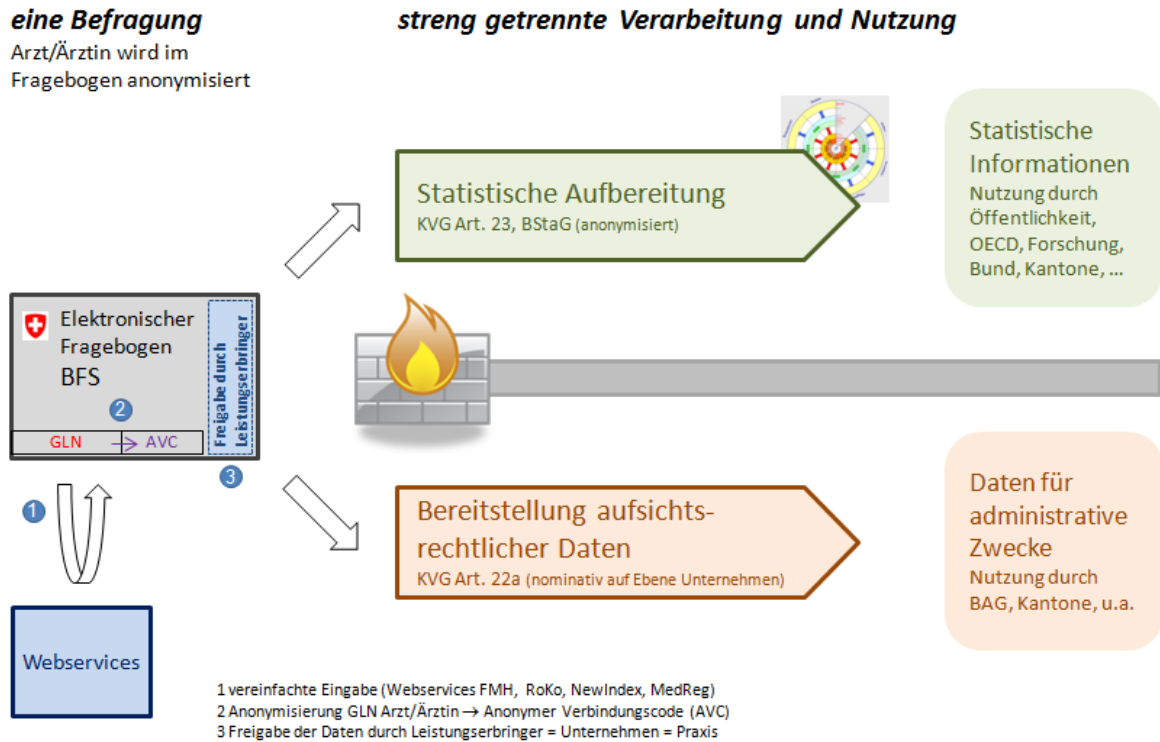
Das BFS hat zur Erhöhung der Akzeptanz die Erhebung bei verschiedenen kantonalen Ärztesellschaften als auch den kantonalen Vertretern der Gesundheitsdirektoren präsentiert.

In der Erhebung „Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren“ werden die Daten via elektronischen Fragebogen erfasst und nach der Erhebung getrennt für die statistische und aufsichtsrechtliche Verwendung verarbeitet. Für die Datenverwendung nach statistischen Zwecken (BStatG) werden alle Personen- und Unternehmensdaten anonymisiert. Die Identifikation von einzelnen Ärzten ist bei der Datennutzung nicht mehr möglich, weil die Identifikation über die GLN¹³ in einen anonymen Verbin-

¹² **Medical Ambulatory Structure**

¹³ Als Identifikation des Arztes/der Ärztin wird im Erhebungsinstrument die GLN (Global Location Number) verwendet und anschliessend mit der Bildung eines Verbindungscode anonymisiert, analog der Anonymisierung von Patientendaten bei BFS-Erhebungen. Bei der Freigabe der Daten durch das Unternehmen/die Praxis wird nur der anonyme Verbindungscode ans BFS weitergeliefert, nicht die GLN.

dingenscode umgewandelt wird. Die Bereitstellung der aufsichtsrechtlichen Daten unterliegt den Vorgaben des KVG. Für die Datenverwendung nach administrativen Zwecken (KVG) werden nur die Personendaten anonymisiert. Für die Erhebung Strukturdaten Arztpraxen unterstützen die Kantone das BFS bei der Bestimmung der Grundgesamtheit der Arztpraxen. Die Kantone als Zulassungsorgan sind gefordert, aufbereitete Informationen aus dem Betriebs- und Unternehmensregister zu prüfen und zu aktualisieren. Der dafür benötigte Aufwand hängt von der Infrastruktur der jeweiligen Kantone ab. Die getrennte Datenverarbeitung sowie die wesentlichen Elemente des Erhebungsprozesses sind nachfolgend schematisch dargestellt:



c) Inhalt der Erhebung

Die Erhebung „Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren“ umfasst vier Hauptkategorien: Standort/Praxis, Personen; Finanzen; aktuelle Themen.

Standort / Praxis	Finanzen
Allgemeine Angaben zum Standort / Praxis	Aufwand [Personal, Sachaufwand für med. Tätigkeit, Sonstiges]
Infrastruktur und Ausstattung	Ertrag (KVG / gesamt) [Praxistätigkeit, ausserhalb Praxis, Sonstiger Ertrag]
Aus- und Weiterbildungsangebot	Betriebsergebnis (automatisch berechnet)
Anzahl Patienten und Patientenkontakte	
Personen	Aktuelle Themen
Ärzte/Ärztinnen (anonymisiert) [Aus-/Weiterbildung, Tätigkeit, Beschäftigungsgrad]	Erhebungsaufwand, Feedback
Nicht ärztliche Berufsgruppen (aggregiert) [Anzahl, Stellenprozente]	Schnittstellenunterstützung: NewIndex, FMH/MedReg, Roko

Die Daten über das Unternehmen und die Standorte beinhalten Angaben zur Infrastruktur und der technischen Ausstattung der Arztpraxen und ambulanten Zentren; sie charakterisieren die verschiedenen Unternehmens- und Organisationsformen.

Mit den Personendaten werden die personellen Ressourcen im Unternehmen abgebildet. Die erfassten Personendaten werden am Ende des Fragebogens anonymisiert und betreffen sowohl das ärztliche als auch das nicht-ärztliche Personal. Hauptsächlich werden Angaben zur Demographie, Ausbildung und Tätigkeit gemacht.

Die Finanzdaten geben Aufschluss über die Aufwände und Erträge der Arztpraxen und unterscheiden die KVG-Erträge von den anderen Erträgen.

Die Kategorie „Aktuell“ erlaubt es ad hoc und situativ auf brennende Themen der Politik, Ärzteschaft, Bevölkerung oder Forschung einzugehen.

d) Aktueller Stand

Die Erhebung Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren wurde am 15. November 2016 bei rund 20'000 Betrieben gestartet und dauerte bis am 15. Juni 2017. Die Daten dieser ersten Erhebung werden nur für statistische Zwecke gemäss BStatG und Art. 23 KVG verwendet, nicht aber für administrative Zwecke. Der nächste Schritt ist die Analyse der Erhebung und die Auswertung der Daten. Eine erste Publikation mit Fokus auf die Grundgesamtheit wird im November 2017 veröffentlicht, und die ersten Datenergebnisse werden im April 2018 publiziert. Die nächste Erhebung startet im November 2018.

5. Weitere Arbeiten

Die Priorität des Projekts MARS liegt auf der ersten Etappe (Teilprojekte 1 – 3; siehe Kap. B.1). Diese wird Ende 2017 abgeschlossen werden und anschliessend einer Evaluation unterzogen. *Aus der Optik des Projektmanagements ist die dauerhafte Weiterführung des Projektes durch die zunehmende Komplexität, die Dauer des Projektes (gestartet 2009) und die Weiterentwicklung der Management-instrumente erschwert.*

Hinsichtlich der Umsetzung der zweiten Etappe müssen aus inhaltlicher Optik die verschiedenen Informationsbedürfnisse überprüft und nach ihrer Wichtigkeit geordnet werden, schliesslich waren seit dem Projektstart einige Änderungen im Gesundheitswesen zu verzeichnen. Am bedeutendsten sind die Patientendaten der Arztpraxen. Diese sind wichtig zur Untersuchung von epidemiologischen Fragestellungen, aber auch von Fragen zum Tarifwesen und zur Vergütung. Einen weiteren wichtigen Bereich bildet die Thematik der Qualität und hierbei insbesondere die Qualitätsindikatoren der Pflege – sowohl in den Heimen (Erweiterung der bestehenden SOMED-Statistik) als auch zu Hause (Ausbau der Spitex-Statistik). Der Sektor der Apotheken hat aus Sicht der Gesundheitsversorgungsstatistik eine tiefere Priorität. Das BFS hat zu diesem Sektor im Rahmen des Projektes MARS ein Grundlagendokument ausgearbeitet, eine allfällige Realisierung wird aber auf später verschoben.

Die Vorschläge zur Umsetzung der zweiten Etappe werden dem Bundesrat vorgelegt, der über das weitere Vorgehen entscheiden wird.

a) Patientendaten Arztpraxen

Dieses Teilprojekt soll soziodemographische Angaben und Informationen bezüglich der Behandlung der Patienten in Arztpraxen erschliessen. Es baut einerseits auf das Teilprojekt „Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren“ auf, indem es sich auf die gleiche Grundgesamtheit der Befragten bezieht, und andererseits auf das Teilprojekt Patientendaten Spital ambulant, indem analoge Inhalte erfragt werden. Für die Umsetzung sind folgende Massnahmen erforderlich:

- Identifikation der Patienten analog zu den übrigen BFS-Patientendatenerhebungen. Durch die Erstellung eines anonymen Verbindungscode vor der Datenlieferung aus Gründen des Datenschutzes wird die Anonymisierung der Patientendaten konsequent umgesetzt.
- Erstellung eines Fragenkatalogs mit einer minimalen Anzahl an Variablen analog zum Teilprojekt Patientendaten Spital ambulant (soziodemographische Basisinformationen zu den Patienten, erhaltene Behandlungen oder Leistungen, Diagnose, durchführender Leistungserbringer). Der Fokus wird dabei auf elektronisch vorhandene Routinedaten gerichtet sein.

Wiederum soll diese neue Erhebung mit einer möglichst geringen Belastung der befragten Leistungserbringer einhergehen. Damit dies möglich wird, sollen die in den Arztpraxen standardmässig verwendeten Informationssysteme für die Patientenadministration genutzt und entsprechende Schnittstellen programmiert werden. Zudem können Intermediäre (NewIndex, Trustcenter, Abrechnungsdienstleister wie die Ärztekassen usw.) in die Datenlieferung miteinbezogen werden. Mit diesem Teilprojekt kann die wichtigste Datenlücke im ambulanten Bereich der Gesundheitsversorgung geschlossen werden, sowohl quantitativ (Menge an Leistungserbringern und Patienten) wie auch qualitativ (Bedeutung der Arztpraxen in der ganzheitlichen ambulanten Versorgungskette).

Bis zur Realisierung müssen noch offene Fragen geklärt werden. Der Erhebungsprozess muss die Menge an Datenlieferanten und insbesondere die Verfügbarkeit der Daten bei den Arztpraxen berücksichtigen. Der privatwirtschaftliche Charakter dieses Sektors und die grosse Zahl einzelner Leistungserbringer werden einen Einfluss auf die Rücklaufquote haben.

b) Patientendaten Spitex

Während seit 2008 regelmässig Strukturdaten von Spitex-Organisationen (und selbstständigen Pflegefachpersonen) vom BFS erhoben werden, sind zu den betreuten Patienten nur aggregierte Informationen verfügbar. Um Patientenpfade verfolgen und die Gesundheitsversorgungsstatistik erweitern zu können, ist die Erhebung von Einzeldaten unerlässlich. Hierfür bestehen allerdings gute Voraussetzungen:

- Die Grundgesamtheit der Leistungserbringer ist beim BFS bereits erfasst.
- Der Erhebungsprozess für die Strukturdaten via Kantone ist bereits in Betrieb.
- Die spezifisch für Spitex-Leistungen relevanten Inhalte der Patientendaten sind bereits einheitlich definiert.
- Eine Datensammlung (Spitex-Datenpool) beim Spitex-Verband, welche für eine Erhebung beim BFS kompatibel ist, existiert bereits.

Die betroffenen Stakeholder, insbesondere das BAG und der Spitex-Verband, unterstützen eine Erweiterung auf patientenbezogene Einzeldaten, da medizinische Qualitätsindikatoren (zwecks Bedarfsabklärung zum Gesundheitszustand) auf Einzeldaten beruhen.

Anhang 1: Schutzstufen

Stufe 0 (Sachdaten): nicht personenbezogene Daten, z.B. Messdaten.

Stufe 1 (einfache Personendaten): Daten, die kein relevantes Gefährdungspotenzial für die Persönlichkeit der betroffenen Personen beinhalten (z.B. Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Branchenzugehörigkeit eines Betriebes). Zusammen mit besonders schützenswerten Daten können solche Daten jedoch zu einer höheren Schutzstufe gehören, z.B. Namen der Insassen einer Strafanstalt oder einer Aids-Klinik. Daten der Stufe 1 sind zudem oft relativ leicht zugänglich (Telefonbuch, Jahresberichte, andere Veröffentlichungen) und können mit entsprechendem Aufwand auch von Dritten, unabhängig vom BFS, erhoben werden.

Stufe 2 (qualifizierte Personendaten): Daten, die ein gewisses Gefährdungspotenzial für die Persönlichkeit der betroffenen Personen beinhalten (z.B. Einkommens- und Vermögensdaten, Mietpreise, Geschäftsbeziehungen, Daten über Bildung, Erwerb, Meinungen und Verhalten in den nicht zur Stufe 3 gehörenden Bereichen).


Stufe 3 (besonders schützenswerte Personendaten): Daten, die ein grosses Gefährdungspotenzial für die Persönlichkeit der betroffenen Personen beinhalten (z.B. Angaben über Religion, weltanschauliche, gewerkschaftliche, politische Ansichten und Tätigkeiten, Rasse, Gesundheit, Intimsphäre, Sozialhilfe, Straftaten).


Anhang 2: Erhebungsvariablen


Welche Daten im Einzelnen bei den Leistungserbringern beschafft werden sollen, wird zunächst durch die Gesetzesgrundlage für die administrative Verwendung in Art. 59a KVG definiert. Zusätzlich besteht aufgrund des BStatG und KVG (Art. 23) die Möglichkeit, für statistische Zwecke weitere Informationen zu erheben.

In folgender Tabelle werden die in Art. 59a KVG vorgegebenen Erhebungsinhalte gemäss der Bestimmungen auf Verordnungsebene (Art. 30 ff KVV) präzisiert.

thematische Kategorien nach Art. 59a KVG		Inhalte nach Art. 30 KVV	Ebene*	Begriff nach Art. 30 KVV
a.	Art der Tätigkeit	Betriebstyp, Leistungsangebot	Betrieb	a. Betriebsdaten
	Einrichtung	Standorte		
	Ausstattung	Medizinisch-technische Infrastruktur		
	Rechtsform	Rechtsform, Art des öffentlichen Beitrages		
b.	Anzahl der Beschäftigten	Personalbestand	Betrieb	b. Personal-
	Anzahl der Ausbildungsplätze	Aus- und Weiterbildungsangebot		
	Struktur der Beschäftigten	Personalangaben zu Beschäftigungsvolumen, Funktion, Soziodemografische Merkmale	Personal	
	Struktur der Ausbildungsplätze	Angaben zum Personal in Aus- und Weiterbildung		
c.	Anzahl der Patienten/innen	Ambulanter Patientenkontakt, Ein- und Austritte, Pflagestage, Bettenbelegung	Betrieb	c. Patienten-
	Struktur der Patienten/innen in anonymisierter Form	Diagnosen, Morbiditätsgrad, Art des Ein- und Austritts, Pflegebedarf, Soziodemografische Merkmale	Patient	
d.	Art der erbrachten Leistungen	Leistungstyp, Untersuchungen, Behandlungen	Fall	d. Leistungs-
	Umfang der erbrachten Leistungen	Leistungsvolumen		
	Kosten der erbrachten Leistungen	Gestehungskosten, Erlöse	Fall	e. Kosten-
e.	Aufwand	Betriebsaufwand aus Finanzbuchhaltung, Lohn- und Anlagebuchhaltung	Betrieb	f. Finanz-
	Ertrag	Betriebsertrag aus Finanzbuchhaltung		
	Finanzielles Betriebsergebnis	Betriebsergebnis aus Finanzbuchhaltung		
f.	Medizinische Qualitätsindikatoren	Angaben zu Rückschlüssen über Wirksamkeit, Effizienz, Angemessenheit, Sicherheit, Patientenzentriertheit, Rechtzeitigkeit, Chancengleichheit der Erbringung medizinischer Leistungen	Fall	g. Medizini-

 Einzeldaten Betrieb
(Unternehmen oder Standort)

 Einzeldaten
Personal

 Einzeldaten Patienten /
medizinischer Fall

* Tiefste Ebene, für die es relevante Angaben zu den genannten Kategorien geben muss. Die tiefst mögliche Erfassungsebene muss nicht der umgesetzten Erhebungsebene entsprechen. Die Weitergabe der Daten findet auf höchstmöglicher dem Verwendungszweck entsprechender Aggregation statt.