



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

**Bundesamt für Statistik BFS**  
Abteilung Gesundheit und Soziales

Jacques Huguenin

---

# **Gesundheitsversorgungsstatistik – Ambulante Statistiken im Projekt MARS**

*(Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé)*

---

Version 6.1

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>A) Gesundheitsversorgungsstatistik</b>	<b>4</b>
1. Hintergrund .....	4
2. Ziel der Gesundheitsversorgungsstatistik .....	5
3. Aufbau der Gesundheitsversorgungsstatistik .....	6
4. Gesetzesgrundlagen und Datenschutz .....	7
5. Nutzen für die Statistik .....	9
6. Erhebungsprozess .....	11
<b>B) Umsetzung im Projekt MARS</b>	<b>13</b>
1. Stand des Projektes .....	13
2. Strukturdaten Spital ambulant (Teilprojekt 1) .....	15
a) Grundsätzliches zur Erhebung .....	15
b) Zusammenarbeit mit den Stakeholdern und Erhebungsprozess .....	15
c) Inhalt der Erhebung .....	16
d) Aktueller Stand .....	16
3. Patientendaten Spital ambulant (Teilprojekt 2) .....	17
a) Grundsätzliches zur Erhebung .....	17
b) Zusammenarbeit mit den Stakeholdern und Erhebungsprozess .....	17
c) Inhalt der Erhebung .....	18
d) Aktueller Stand .....	19
4. Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren (Teilprojekt 3) .....	21
a) Grundsätzliches zur Erhebung .....	21
b) Zusammenarbeit mit den Stakeholdern und Erhebungsprozess .....	21
c) Inhalt der Erhebung .....	23
d) Aktueller Stand .....	23
5. Weitere Teilprojekte .....	25
a) Patientendaten Arztpraxen (Teilprojekt 5) .....	25
b) Patientendaten Spitex (Teilprojekt 6) .....	25
c) Daten der Apotheken (Teilprojekt 7) .....	25
<b>Anhang 1: Schutzstufen</b>	<b>27</b>
<b>Anhang 2: Erhebungsvariablen</b>	<b>28</b>

# Einleitung

Das vorliegende Dokument gibt einen Überblick über die Gesundheitsversorgungsstatistik beim Bundesamt für Statistik. Im ersten Teil werden die Gesundheitsversorgungsstatistik und ihre zentralen Elemente und im zweiten Teil das damit verbundene Projekt MARS erläutert.

Unter Gesundheitsversorgungsstatistik versteht man die Beschreibung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Dabei werden drei Ebenen unterschieden: Betriebe (Arztpraxen, Spitäler, Tageskliniken, Apotheken 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. Im 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. Es sind heute Angaben der Krankenhäuser, der Alters- und Pflegeheime sowie der Organisationen für Hilfe und Pflege zuhause (Spitex) verfügbar. Dagegen fehlen wesentliche Daten aus der ambulanten Versorgung wie Daten aus Arztpraxen und ambulanten Zentren, ambulante Spitaldaten oder Daten aus Apotheken. 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 der einzelnen Teilprojekte 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 Krankenversicherung<sup>1</sup> 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 Vorstösse<sup>2</sup> 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 in Form von Artikeln 22a und 23 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 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)<sup>3</sup> 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.

---

<sup>1</sup> Kostengruppen: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, T 1.01,2.17, 11.01

<sup>2</sup> Interpellation 00.3557 Hollenstein, die Motion 04.3138 Rossini sowie die Motion 05.3756 Wehrli

<sup>3</sup> 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 Öffentlichkeit<sup>4</sup>

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 bereit gestellt werden. Auf diese Weise sollen übergeordnete Aufgaben in einem Gesamtkontext gelöst werden. Dazu gehören beispielsweise:

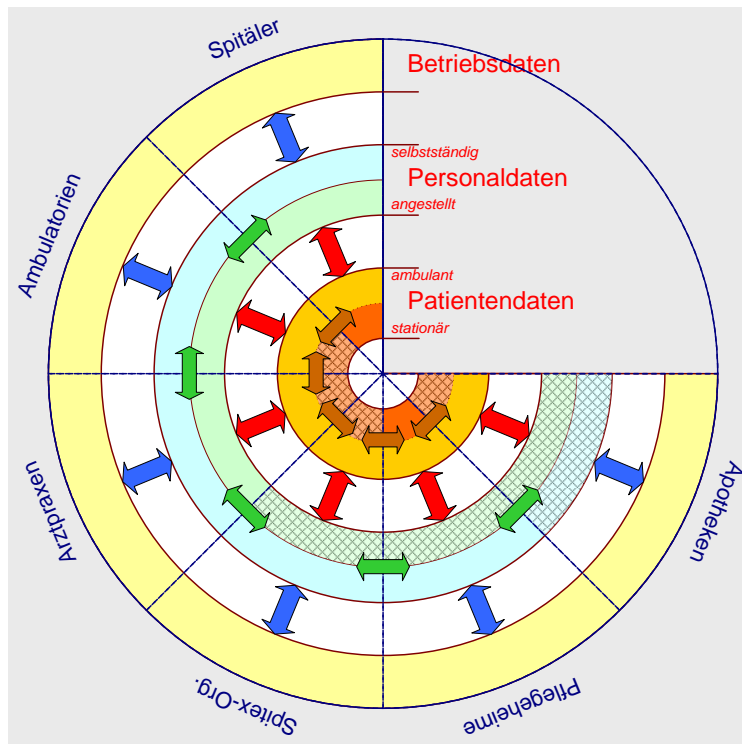
- die Abbildung der Leistungserbringer und ihrer erbrachten Leistungen (z.B. Anzahl Standorte der Betriebe nach Leistungsangebot, geographische Verteilung der Leistungserbringer),
- die Berechnung von Verhältnissen zwischen planungsrelevanten Grössen (z.B. Betreuungsgrad der Patienten, Aus- und Weiterbildungsangebote 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).

---

<sup>4</sup> Dies erfolgt nach den Grundsätzen für die Veröffentlichung von statistischen Daten, dem Code of Practice: [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/institutionen/oeffentliche\\_statistik/ethische\\_prinzipien/eu.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/institutionen/oeffentliche_statistik/ethische_prinzipien/eu.html)

### 3. Aufbau der Gesundheitsversorgungsstatistik

Die Gesundheitsversorgungsstatistik besteht aus den drei Ebenen Betriebe (Arztpraxen, Tageskliniken, Apotheken 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 selbständige, in eigener Praxis tätige Ärzte auch im Spital Leistungen erbringen. Die eindeutige Identifikation von Betrieben und Medizinalberufspersonen 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 Datensätze.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> 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. 22a und Art. 23.

Die Artikel 22a und 23 KVG unterscheiden sich darin, dass Art. 22a 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 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. 22a). 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 sollen bis 2015 die im KVG Art. 22a Abs. 4 erwähnten Bestimmungen zur Datenverwendung zu aufsichtsrechtlichen Zwecken auf Verordnungsebene in Kraft gesetzt werden. Die diesbezüglichen Arbeiten für die Verordnung und das dazugehörige Bearbeitungsreglement werden darum aktuell erstellt.

### 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

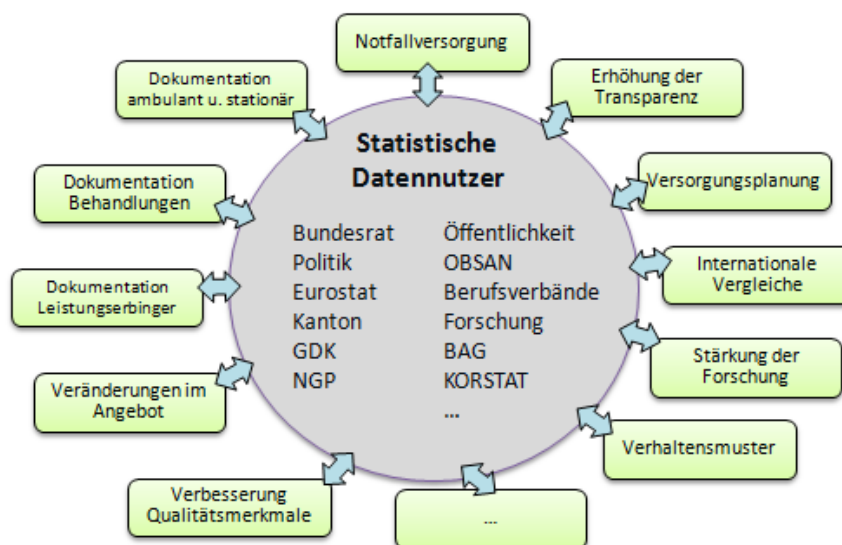
Mit den Erhebungen der Gesundheitsversorgung führt das BFS den doppelten Gesetzesauftrag aus, statistische Daten im Gesundheitsbereich zu erheben und den aufsichtsrechtlichen Datenbedarf für den Vollzug KVG zu erfüllen. Der Aufwand und die Kosten für die Umsetzung beider Ziele werden hauptsächlich vom 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 sind<sup>6</sup>.

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	Tarifberechnung

Aufsichtsrechtliche Verwendung durch die Vollzugsorgane:

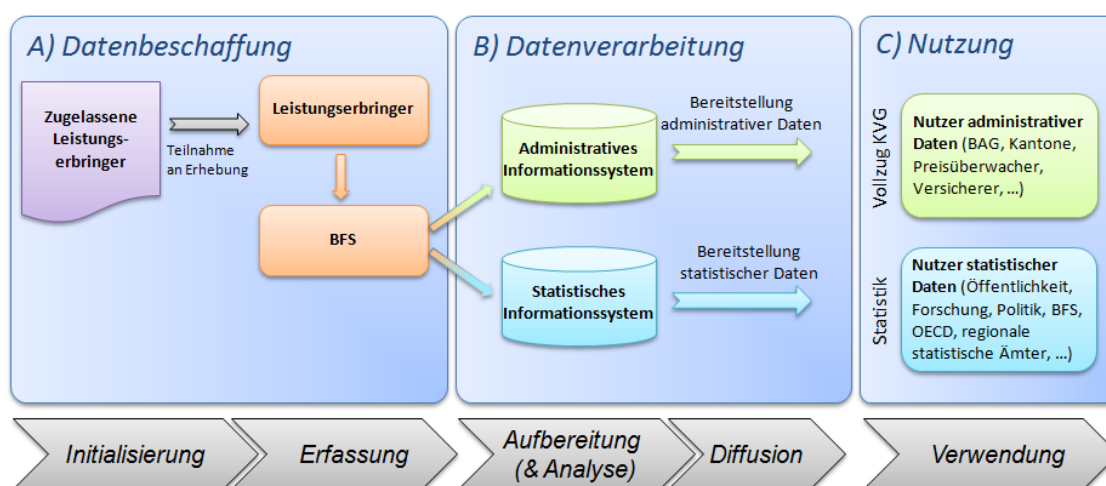
- Überblick über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als Bestandteil der gesamten Gesundheitsversorgung
- Auswirkungen der Zulassung von neuen Leistungserbringergruppen
- Grundlagen für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Leistungen
- 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

<sup>6</sup> Es können weitere Organe mit der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung des KVG beauftragt werden, welche in der vorliegenden Aufführung namentlich nicht 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 selbständige 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 Leistungserbringer<sup>7</sup> 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).

Aktuell bestehen beim BFS vier Erhebungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung: die Krankenhausstatistik, die Medizinische Statistik der Krankenhäuser, die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen und die Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Analog werden die zusätzlichen Erhebungen für die Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung betrieben. Erhebungen von Strukturdaten

<sup>7</sup> 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.

werden mittels einer Web-Applikation durchgeführt, für Patientendaten werden Datenübermittlungsinstrumente genutzt.

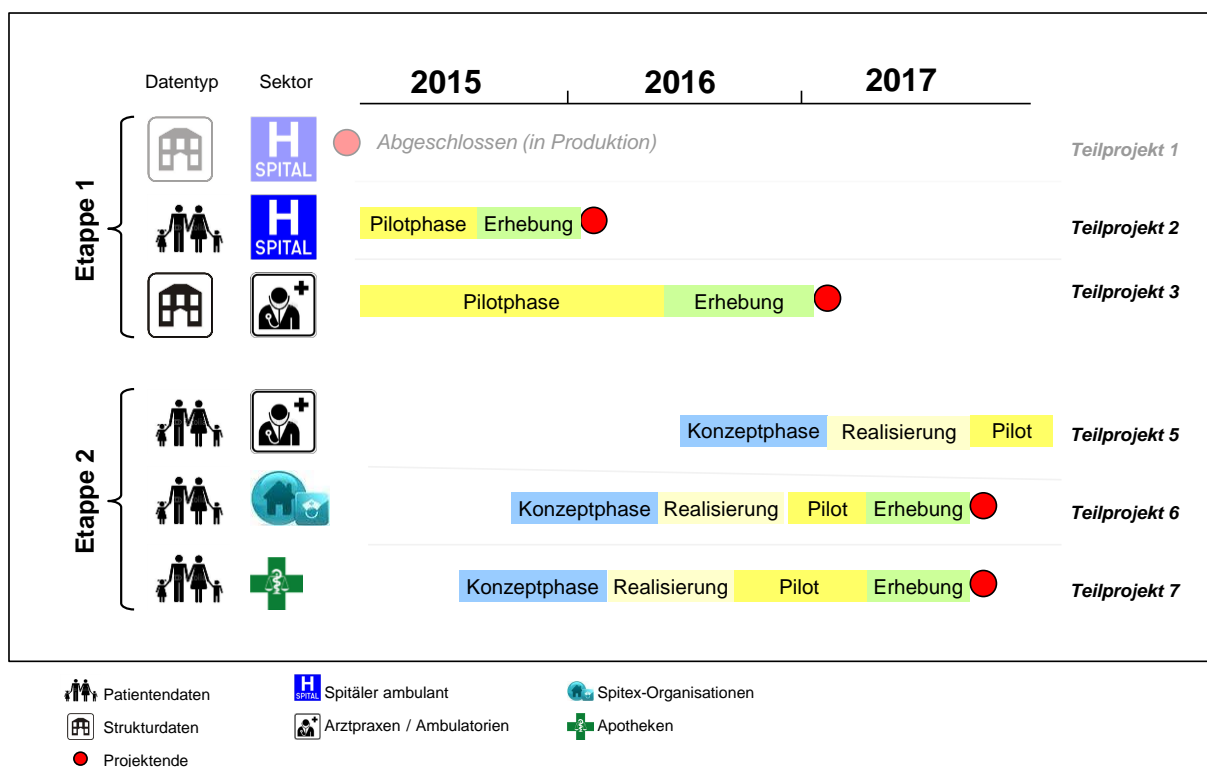
Für den ambulanten Versorgungssektor ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Leistungserbringer als Datenlieferanten deutlich höher als im stationären ist, wie auch die Anzahl der Datensätze bei patientenbezogenen Daten. Darum ist das BFS bestrebt, durch Optimierung der Technik, der Prozesse und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

Die ganzheitliche Abbildung der Gesundheitsversorgung ist heute mit der bestehenden Datenbasis nicht möglich. Informationen beim Bund 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. Das Projekt MARS ist in sieben 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, die Spitex-Organisationen und die Apotheken. Als Datentypen werden Strukturdaten (betriebsbezogene Informationen) und Patientendaten (leistungsbezogene Informationen) erhoben. Diese Teilprojekte ergänzen die bestehenden Erhebungen zur Gesundheitsversorgung.

Folgende Abbildung („Roadmap“) zeigt den schematischen Ablauf des Projektes mit den entsprechenden Phasen bis zur produktiven Inbetriebnahme.



Bei jedem Teilprojekt erfolgt nach der Realisierung eine Pilotphase zum Testen der Teilprojektergebnisse, welche durch die Inbetriebnahme für die periodische Erhebung beendet wird.

#### Aktueller Stand, Dezember 2015

Das Teilprojekt 1 „Strukturdaten Spital ambulant“ wurde Ende 2014 abgeschlossen. Nach einer Pilotphase 2013 und der Integration der neuen Variablen in die bestehende Krankenhausstatistik wurde die produktive Erhebung zum zweiten Mal durchgeführt. Mit der Publikation „Krankenhausstatistik 2014 - Standardtabellen“ wurden im November 2015 aufgrund der besseren Qualität alle Daten veröffentlicht und den im KVG vorgesehenen Institutionen für die administrative Verwendung zur Verfügung gestellt.

Im Teilprojekt 2 „Patientendaten Spital ambulant“ wurden zwei Pilotphasen durchgeführt. Die erste produktive Erhebung erfolgte im Dezember 2015. Erste Resultate stehen voraussichtlich im Sommer 2016 zur Verfügung.

Im Teilprojekt 3 „Strukturdaten der Arztpraxen und ambulante Zentren“ wurde der elektronische Fragebogen realisiert und im Sommer 2015 mit ausgewählten Arztpraxen und ambulanten Zentren eine erste Piloterhebung durchgeführt. Die Finalisierung des Fragebogeninhaltes ist auf Ende 2015 geplant, der zweite Pilot wird im Frühjahr 2016 durchgeführt und der operative Start beginnt im November 2016.

Das Teilprojekt 4 „Aufbau Auswertungsdaten/Datawarehouse“ betrifft die BFS-interne Infrastruktur. Die Teilprojekte 5 bis 7 („Patientendaten Arztpraxen“, „Patientendaten Spitex“ und „Daten der Apotheken“) folgen zu einem späteren Zeitpunkt. Erste Konzeptarbeiten bei den Apotheken wurden gestartet.

Die Stakeholder, Vertreter von Datennutzern und Leistungserbringern, sind im Projekt MARS mit einbezogen. Zu diesem Zweck wurde eine Begleitgruppe<sup>8</sup> MARS zur Unterstützung der Projektarbeiten eingesetzt und die Mitglieder der Expertengruppe Gesundheitsstatistiken<sup>9</sup> 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 Stakeholder 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*).

---

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/institutionen/oeffentliche\\_statistik/bundesstatistik/expert.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/institutionen/oeffentliche_statistik/bundesstatistik/expert.html)

## 2. Strukturdaten Spital ambulant (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. Um die Änderungen in der KS zu testen, wurde 2013 eine Piloterhebung durchgeführt. Damit konnten im direkten Kontakt mit den Spitalern Erfahrungen gesammelt und in die produktive Erhebung 2014 integriert werden. Zusätzlich wurden die Kantone 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 Dokumentation wurde so angepasst, dass eine Schulung nicht notwendig ist.

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 wur-

den, 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
- GLN<sup>10</sup> 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

Die Ergebnisse aus den neu erfragten ambulanten Variablen wurden in der Publikation „Krankenhausstatistik 2013 - Standardtabellen“ veröffentlicht. Die im Jahre 2013 erstmals erhobenen Daten wurden nur für die statistische Verwendung freigegeben. Das Teilprojekt 1 wurde Ende 2014 abgeschlossen und dem regulären KS-Betrieb übergeben.

Die Daten des Jahres 2014 wurden im November 2015 auf der Internetseite des BFS veröffentlicht und für die aufsichtsrechtliche Verwendung (nach KVG) weitergegeben.

---

<sup>10</sup> 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.



### 3. Patientendaten Spital ambulant (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 erweitert durch das MARS-Teilprojekt Strukturdaten Spital ambulant) 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 wird sich positiv auf die Datenqualität auswirken. 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 ihre Standpunkte zu den Konzepten einbringen und bei Fachfragen beratend unterstützen. Ihre Rückmeldungen zum Erhebungsprozess und -inhalt wurden eingeholt und im Detailkonzept Ende 2013 integriert. Auf Wunsch der Kantonsvertreter werden die Vertreter der kantonalen Gesundheitsdirektionen und Statistikämter regelmässig zum Informationsaustausch mit dem BFS eingeladen. An der GDK-Plenarversammlung wurde der Stand des Projektes sowie die Rolle der Kantone im Teilprojekt 2 vorgestellt. Regelmässige Gespräche werden auch mit H+, dem Dachverband der öffentlichen und privaten Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen, geführt, um die gegenseitige Abstimmung bezüglich des Teilprojektes zu fördern und 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		
<b>Betrieb</b>	<b>Medizinalpersonen</b>	<b>Patient</b>
<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 2017 eine für die gesamte ambulante Gesundheitsversorgung einheitliche Diagnoseklassifikation bestimmen. Diese wird anschliessend unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips eingeführt.

#### **d) Aktueller Stand**

Mit einem Testlauf im Jahre 2013 wurde geprüft, ob eine erste Version des Variablenkatalogs für die Erhebung „Patientendaten Spital ambulant“ geliefert werden kann. Primäres Ziel war die inhaltliche und definitorische Überprüfung der Variablen durch die Betriebe. Insbesondere die Aspekte der Verfügbarkeit, der Vergleichbarkeit (u.a. zwischen Spitälern und Arztpraxen) sowie der Datenqualität wurden analysiert. Dabei hat sich gezeigt, dass die Verwendung der elektronischen Rechnungsstellung gemäss „Forum Datenaustausch“ die Datenerhebung erleichtert. Neben hilfreichen fachlichen Erkenntnissen (keine vollständige Erhebung der Informationen zur Diagnose, Verfeinerung der Informationen zum Notfall, Erweiterung der BFS-Nomenklatur Hauptkostenstellen) konnte zudem das zu erwartende Datenvolumen geschätzt werden. Auf Basis dieser Resultate wurde das XML-Format für die Datenübermittlung spezifiziert. Gemäss dem ersten Feedback von Spitälern ist die geforderte Schnittstelle mit moderatem Aufwand zu realisieren. Die in diesem Rahmen erhaltenen Daten und Rückmeldungen wurden für die Dokumentation der Schnittstelle auf der Internetseite des BFS publiziert ([www.hospital-outpatient-data.bfs.admin.ch](http://www.hospital-outpatient-data.bfs.admin.ch); Menüpunkt „Applikation und Hilfe für Benutzer“).

Auf der Basis des Detailkonzepts und den Ergebnissen der Testdatenphase wird in der Realisierungsphase die notwendige technische Infrastruktur (Erhebungsinstrument, Datenbanken usw.) erstellt. Um die primären Elemente wie Übermittlungskanal, Datenanonymisierung oder Erhebungsverwaltung auf ihre Funktionsfähigkeit zu testen, wurde im Sommer 2015 eine Piloterhebung durchgeführt. Die zwölf teilnehmenden Betriebe konnten dem Erhebungsinstrument eine gute Funktionalität bescheinigen. Als Schwachpunkt wurde das Fehlen von geeigneten Programmen zur Validierung der vorbereiteten XML-Dateien in den Spitälern identifiziert. Als Folge stellt das BFS ein entsprechendes Programm auf seiner Internetseite zur Verfügung. Die in diesem Rahmen erhaltenen Daten sind nicht für die Publikation vorgesehen. Vor dem Start der ersten obligatorischen Erhebung der Patientendaten Spital ambulant im Dezember 2015 (Daten des Geschäftsjahres 2014), wurden in einem Systemtest technische Modifikationen überprüft.

2015								2016			
Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Jan.	Febr.	März	
Pilot 1											
		Erhebungsinstrument									
		Modifikationen									
				Testing		Abnahme					
Technische Realisierung Datenspeicherung											
Realisierung											
Testing & Korrektur											
					Pilot 2						
							Erhebung Daten 2014				

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

### a) Grundsätzliches zur Erhebung

Im Teilprojekt Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren<sup>11</sup> werden jährlich, analog und konsistent zu den bestehenden Erhebungen des BFS im Bereich der Gesundheitsversorgung Daten erhoben. Das Teilprojekt „Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren“ ist ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zur Verbesserung der Datenlage der gesamten Gesundheitsversorgung und der damit verbundenen Erhöhung der Transparenz. Der statistische Nutzen der Erhebung wird noch mehr zum Tragen kommen, wenn die weiteren MARS-Teilprojekte umgesetzt sind und die Gesundheitsversorgung in der Schweiz ganzheitlich abgebildet werden kann.

Die Daten für die statistische Verwendung werden das Angebot und die erbrachten Leistungen in Arztpraxen und ambulanten Zentren abbilden und als Datenbasis für gesundheitspolitische Diskussionen dienen (z.B. Versorgungsplanung, Versorgungssicherheit, Zulassungsstopp, Masterplan Hausarztmedizin, Planung der Ausbildungsplätze) und einen wichtigen Beitrag zum statistischen Gesundheitsinformationssystem in der Schweiz leisten.

Jeder Leistungserbringer dieses Sektors wird aufgefordert, an der Erhebung teilzunehmen. Als Leistungserbringer ist die juristische Person – also die Arztpraxis – gemeint. Die Erhebung der Daten soll jährlich online mit Hilfe eines Fragebogens erfolgen. Für die Arztpraxis fallen abgesehen vom Zeitaufwand für das Ausfüllen keine zusätzlichen Kosten oder Softwareinstallationen an. Ab dem zweiten Erhebungsjahr wird der Fragebogen wie bei der Steuererklärung mit Daten aus dem Vorjahr vorausgefüllt werden, was die Dateneingabe deutlich erleichtert. Die Daten werden ohne Mitwirkung der kantonalen Erhebungsstellen 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 berücksichtigt werden.

### b) Zusammenarbeit mit den Stakeholdern und Erhebungsprozess

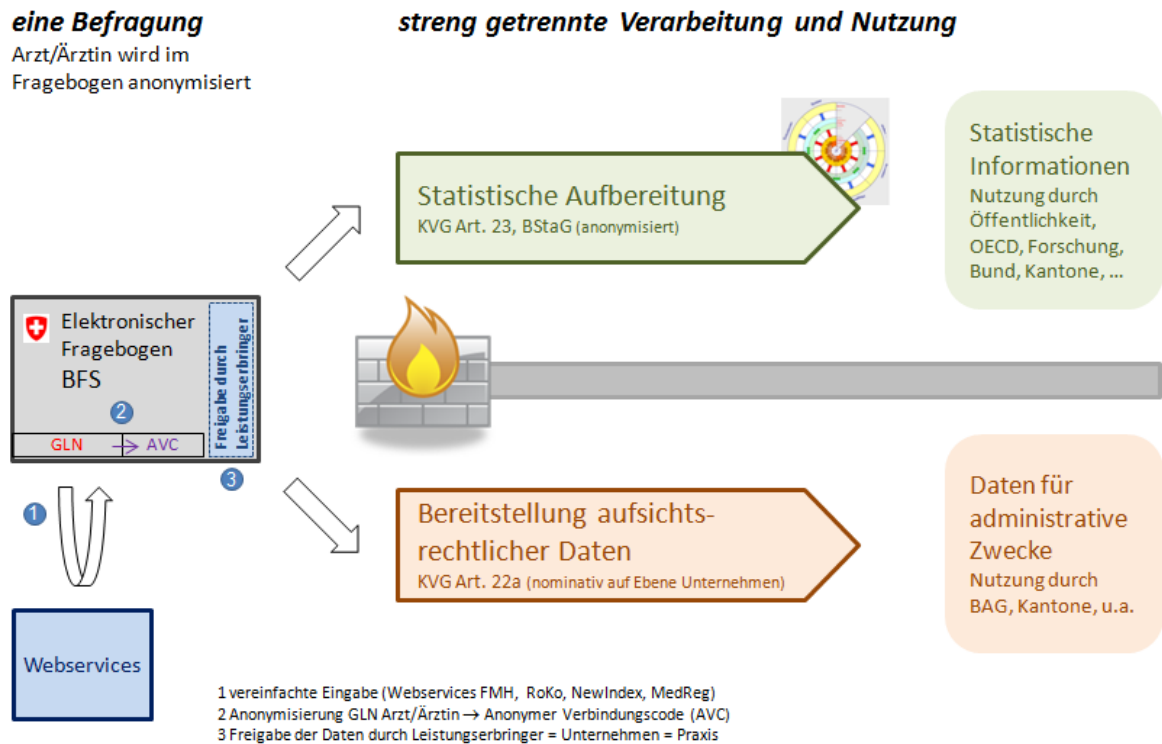
Über die externe Begleitgruppe hat das BFS die Stakeholder frühzeitig über das Projekt MARS informiert. Die FMH kommt nach Einblick in die Erhebungsunterlagen zum Schluss, dass sie aufgrund der gesetzlichen Auflagen und der Datenlieferungspflicht, die Leistungserbringer bei der praktischen Erfüllung dieser gesetzlichen Auflage unterstützen will (Reduzierung des Aufwandes). Um der Ärzteschaft die Datenlieferung zu erleichtern und ihren administrativen Aufwand zu reduzieren, hat sich die FMH frühzeitig in die Erarbeitung des Online-Fragebogens eingebracht. Ein Teil der zu erfragenden Daten liegt bereits heute bei der Ärzteschaft in elektronischer Form vor – so etwa in den Datenquellen myFMH, Roko, NewIndex – oder kann in den entsprechenden Erhebungen sachgerecht und mit reduziertem Aufwand für die Leistungserbringer ergänzt werden. 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, bestehende Informationen des Medizinalberuferegisters ebenfalls über einen geeigneten Webservice zu importieren. Zum Teilprojekt Strukturdaten „Arztpraxen und ambulante Zentren“ haben das BFS und die FMH eine Absichtserklärung unterzeichnet. Diese deckt die Zusammenarbeit in der ersten Pilotphase des Teilprojektes, um die Umsetzung des Webservices der FMH zusammen mit ihren Partnern Ärztekasse und NewIndex zu prüfen, ab.

Im Teilprojekt „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

<sup>11</sup> Zur besseren Verständlichkeit wird nachfolgend im Text vom Teilprojekt Strukturdaten Arztpraxen gesprochen.

Datennutzung nicht mehr möglich, weil die Identifikation über die GLN<sup>12</sup> in einen anonymen Verbindungscode umgewandelt wird. Die Bereitstellung der aufsichtsrechtlichen Daten unterliegt den Vorgaben des KVG. Diese betreffen nominative Daten zu den Unternehmen, einzelne Ärzte sind auch für die aufsichtsrechtliche Nutzung mit dem gleichen Verfahren 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:



<sup>12</sup> Als Identifikation des Arztes/der Ärztin wird im Erhebungsinstrument die GLN 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.

### c) Inhalt der Erhebung

Im Rahmen des Teilprojektes Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren umfasst die Erhebung fünf Hauptkategorien: Unternehmen; Standorte; Personen; Finanzen; Aktuell.



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

Das BFS hat den elektronischen Fragebogen realisiert und parallel dazu in Zusammenarbeit mit den Stakeholdern verschiedene Webservices entwickelt, damit bestimmte Daten von RoKo, myFMH, MedReg und NewIndex in den Fragebogen importiert werden können. Im Sommer 2015 wurde mit zwanzig Betrieben eine erste Piloterhebung durchgeführt (Usabilitytest). Das Evaluieren der Benutzerfreundlichkeit des Erhebungsinstruments und des Aufwandes für die Betriebe waren zentrale Bestandteile der ersten Piloterhebung. Die Rückschlüsse aus dem Bericht zur ersten Pilotphase sind bis Ende 2015 in den Fragebogen eingeflossen. Eine zweite Piloterhebung in grösserem Umfang (Hauptprobe) wird im Frühling 2016 durchgeführt. Die produktive Inbetriebnahme wird schliesslich im November 2016 starten.





## 5. Weitere Teilprojekte

### a) Patientendaten Arztpraxen (Teilprojekt 5)

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 der Datenlieferung mit einbezogen werden. Mit diesem Teilprojekt kann die wichtigste Datenlücke im ambulanten Bereich der Gesundheitsversorgung geschlossen werden, sowohl quantitativ (Menge an Leistungserbringer 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 (Teilprojekt 6)

Während seit 2008 regelmässig Strukturdaten von Spitex-Organisationen (und selbständigen 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 die Bildung von medizinischen Qualitätsindikatoren (zwecks Bedarfsabklärung zum Gesundheitszustand) auf Einzeldaten beruht.

### c) Daten der Apotheken (Teilprojekt 7)

Bei den Apotheken ist die Ausgangslage ebenfalls günstig: Aufgrund der mengenmässig grossen Medikamentenleistungen sind diese sehr gut organisiert und erfassen bereits ihre Daten nach einem ein-

heitlichen elektronischen Standard<sup>13</sup>. Für die Erhebung der von Patienten bezogenen Leistungen sind die Angaben im einheitlichen Rechnungsformular (Medikamente, Produkte der Mittel- und Gegenstände-Liste MiGel) ausreichend. Die Herausforderung besteht in der Bereitstellung von Metadaten zu den Medikamenten, dem Datenvolumen sowie in der Auswertung der fachlich komplexen Daten. Für die Erhebung der Strukturdaten müssen zuerst noch die Bedürfnisse geklärt werden. Erste Konzeptarbeiten und Stakeholderanalysen sind gestartet.

---

<sup>13</sup> Einheitliches Rechnungsformular gemäss <http://www.forum-datenaustausch.ch/>

# 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. 22a 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. 22a KVG vorgegebenen Erhebungsinhalte präzisiert. Wie die genaue Umsetzung bei den unterschiedlichen Leistungserbringern zu erfolgen hat, kann auf Verordnungsstufe präzisiert werden, wie dies beispielsweise für Spitäler und Pflegeheime bereits geschehen ist.

thematische Kategorien		Inhalte	Ebene*	Begriff
a.	Art der Tätigkeit	Betriebstyp, Angebotspalette	Betrieb	Betriebsdaten
	Einrichtung	Nicht medizinische Infrastruktur		
	Ausstattung	Medizinisch-technische Infrastruktur		
	Rechtsform	Rechtsform, Art des öffentlichen Beitrages		
b.	Anzahl der Beschäftigten	Personalbestand	Betrieb	Personaldaten
	Anzahl der Ausbildungsplätze	Angebot an Aus- und Weiterbildungsplätze		
	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	Ein- und Austritte, Pflgetage, Bettenbelegung	Betrieb	Betriebsdaten
	Struktur der Patienten/innen in anonymisierter Form	Diagnosen, Morbiditätsgrad, Soziodemografische Merkmale	Patient	Patientendaten
d.	Art der erbrachten Leistungen	Leistungstyp, Behandlungen	Fall	Leistungsdaten
	Umfang der erbrachten Leistungen	Leistungsvolumen, Behandlungstyp, Behandlungswirkung		
	Kosten der erbrachten Leistungen	Gestehungskosten (Kostenträgerrechnung) und Erlöse (Erlösträgerrechnung)	Fall	Kostendaten
e.	Aufwand	Betriebsaufwand aus Finanzbuchhaltung, Lohn- und Anlagebuchhaltung	Betrieb	Finanzdaten
	Ertrag	Betriebsertrag aus Finanzbuchhaltung		
	Finanzielles Betriebsergebnis	Betriebsergebnis aus Finanzbuchhaltung		
f.	Medizinische Qualitätsindikatoren	Kennzahlen zur Qualität der Leistungen	Fall	Indikatoren

Betriebsdaten

Individualdaten  
Personal

Individualdaten 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. Beispielsweise bestehen im Spital Kostendaten für stationäre Behandlungen auf Patientenebene, diese werden aber auf Ebene des Betriebes nur in aggregierter Form erhoben.)