



Detailkonzept Projekt SpiGes

Projektbezeichnung	NaDB Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes)
Auftraggeber	Prof. Dr. Georges-Simon Ulrich
Projektleiter	Marco D'Angelo, Stellvertretung Jacques Huguenin
Autor	Projektteam SpiGes
IA-Nummer	1510540 / NaDB SpiGes - TP Fach 1510527 / NaDB SpiGes - TP IT
Projektkategorie	GL-/Schlüsselprojekt
Szenario / Projekttyp	Szenario Statistikprojekt mit IKT

Änderungsverzeichnis

Datum	Version	Änderung	Autor
18.02.2022	0.85	Interner BFS Review	DAN/JHU/SNE/EST/LPE
14.03.2022	0.9	Vorkonsultation Str. Steuerungsausschuss	EST/LPE
18.04.2022	1.0	Version für Konsultation	JHU/SNE/EST/LPE
08.09.2022	1.1	Überarbeitete Version nach Konsultation	SNE/EST
27.09.2022	1.2	Interner BFS Review	GESV
01.12.2022	1.3	Überarbeitete Version nach Konsultation	SNE/EST

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage, Ziele und Rahmenbedingungen	4
1.1	Ausgangslage	4
1.2	Zielsetzung	5
1.3	Rahmenbedingungen und Strategiebezug	6
2	Lösungsbeschreibung	8
2.1	Zielbild	8
2.2	SpiGes Dateninhalt	11
3	Grundlagen	18
3.1	Gesetzliche Grundlagen	18
3.2	Governance	21
3.3	Mitwirkung der Kantone und Spitalunternehmen	23
3.3.1	Rechte und Pflichten der Kantone	23
3.3.2	Rechte und Pflichten der Spitalunternehmen	24
3.4	Erhebungseinheit «Fall»	25
3.4.1	Falldefinition	25
3.4.2	Zeitliche Abgrenzung des Falls	25
3.5	Grundgesamtheit	26
4	SpiGes Erhebung	29
4.1	Vorbereitung der Datenlieferung.....	30
4.2	Prüfungskonzept.....	31
4.3	Erhebungsprozess	33
4.4	Datenverarbeitung	36
4.5	Fristen und Sanktionen	37
4.6	Überarbeitung der Variablenliste	40
5	Datennutzung	41
5.1	Nutzung nach KVG.....	41
5.2	Nutzung nach BStatG	43
6	Weiteres Vorgehen	45
6.1	Nächste Arbeitsschritte im Projekt SpiGes	45
6.2	Weitere Entwicklungsschritte	46
7	Anhänge	51
7.1	Kantonale Erhebungsplattform und SpiGes	51
7.2	Modell der Grundgesamtheit.....	52
7.3	Glossar	53

Dieses Dokument ist das Detailkonzept zum Projekt SpiGes und dient zur Information der Stakeholder. Es beschreibt die zukünftige **SpiGes Erhebung**, welche aus den Arbeiten des Projektes *SpiGes* hervorgeht, und ist den Partnern zur Konsultation unterbreitet worden. Zusätzlich zur hier abgebildeten Version des fachlichen Konzeptes wird ein Informationssicherheits- und Datenschutzkonzept, ein technisches Bearbeitungsreglement und ein *Bearbeitungsreglement* zur Nutzung der KVG Daten erarbeitet werden. Die technische Lösung wird separat in einem Teilprojekt umgesetzt.

Im **Kapitel 1** werden Ausgangslage, Ziele und Rahmenbedingungen des Projektes *SpiGes* aufgezeigt.

Kapitel 2 beschreibt die Lösung, welche in Zusammenarbeit mit den Stakeholdern gefunden wurde, um das Ziel des «Once Only», der Mehrfachverwendung und der Entlastung der Spitalunternehmen zu erreichen. Als Lösung der geplanten Erhebungserweiterung werden die Dateninhalte präsentiert.

Kapitel 3 zeigt gesetzliche Grundlagen, Rollen und Pflichten der beteiligten Erhebungspartner und Definitionen der *Erhebungseinheiten* auf Ebene Fall und der befragten *Grundgesamtheit* als Grundvoraussetzungen der Erhebung auf.

Kapitel 4 führt chronologisch die verschiedenen Etappen einer Erhebung auf, insbesondere die zeitliche Abfolge der verschiedenen Prüfstadien, die inhaltliche Bearbeitung der Daten während der Erhebung und die Aufgaben der beteiligten Partner.

Kapitel 5 dokumentiert gesetzliche, inhaltliche und zeitliche Aspekte der Datenverwendung.

Als Orientierung für die Stakeholder fasst **Kapitel 6** die erreichten Ziele des Projektes *SpiGes* zusammen und welche Punkte zu einem späteren Zeitpunkt im modularen Verfahren umgesetzt werden.

Kursiv geschriebene Wörter im Fliesstext und Abkürzungen sind im Glossar aufgeführt.

1 Ausgangslage, Ziele und Rahmenbedingungen

1.1 Ausgangslage

Das Bundesamt für Statistik (*BFS*) hat im Bereich Gesundheit einen doppelten gesetzlichen Auftrag. Es erhebt Daten der Leistungserbringer sowohl für **statistische als auch für administrative Zwecke**. Der Vorteil dieses doppelten Auftrags ist, dass der Aufwand für die Leistungserbringer reduziert wird, indem Doppelspurigkeiten so weit als möglich vermieden werden.

Der Erhebungsprozess und die Informatikinfrastruktur sind heute für beide Erhebungszwecke identisch. Auch in Bezug auf den Dateninhalt und die Bestimmung der *Grundgesamtheit* ist die Durchführung von nur einer Erhebung für beide Zwecke sinnvoll und effizient. Der hauptsächliche administrative Datenverwendungszweck nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) ist die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen. Der statistische Datenverwendungszweck nach dem Bundesstatistikgesetz (*BStatG*, SR 431.01) betrifft die Erarbeitung der statistischen Datengrundlagen durch das *BFS*.

Heute müssen Spitalbetriebe ihre Daten über drei Plattformen/Erhebungen ans *BFS* liefern und die *Grundgesamtheit* dieser drei Erhebungen nutzen unterschiedliche Betriebs-Identifikatoren (siehe Abbildung 1).

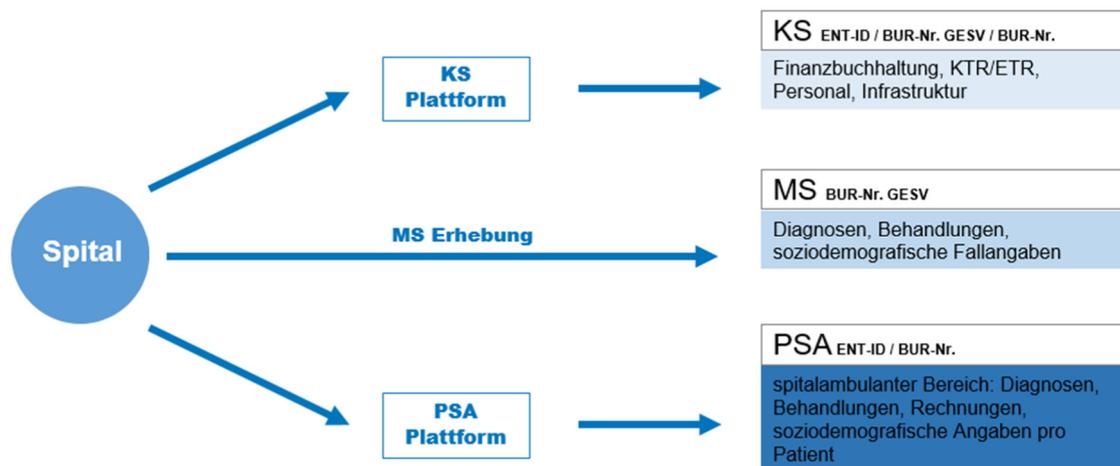


Abbildung 1: Spitalerhebungen BFS «Ist-Situation»

Darüber hinaus erheben neben dem *BFS* weitere Akteure Daten bei den Spitälern, welche zum Teil deckungsgleich sind mit den Daten des *BFS*. Entsprechend existieren bei den Dateninhalten, den Datenprozessen, den technischen Infrastrukturen und der Datennutzung nicht harmonisierte Lösungen. Die Spitalunternehmen benötigen immer mehr Zeit und Ressourcen, um die Daten bereitzustellen. Daraus entstehen inhaltliche Abweichungen bei den durch unterschiedliche Stakeholder erhobenen oder genutzten Daten, so dass sowohl

Effizienz, Transparenz und Qualität (Vergleichbarkeit) darunter leiden.

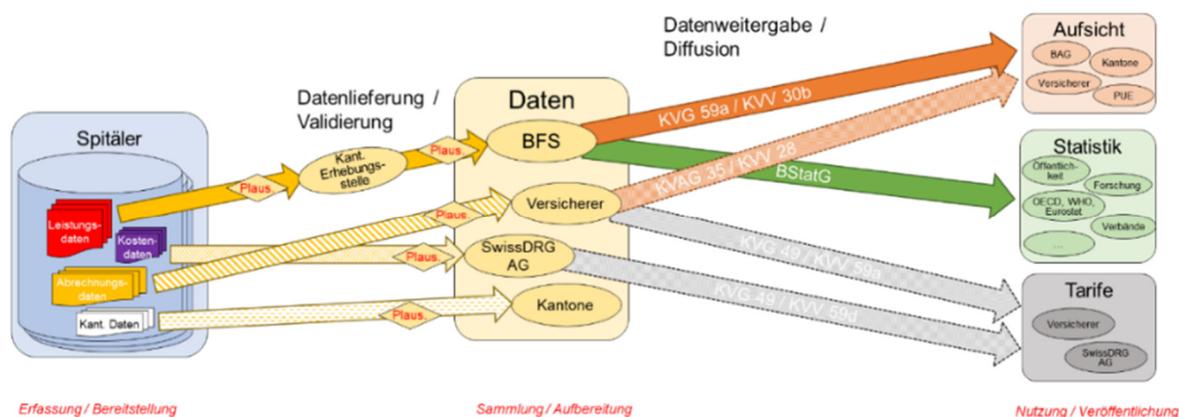


Abbildung 2: Spitaldaten «Ist-Situation»

Mit Bundesratsbeschluss vom 27.09.2019 «Mehrfachnutzung von Daten (Umsetzung des «Once-Only» Prinzips)¹» wurde das Programm «Nationale Datenbewirtschaftung» (*NaDB*)² beim *BFS* gestartet. Eines der Pilotprojekte in diesem Programm ist das Projekt «**Spitalstationäre Gesundheitsversorgung**» (*SpiGes*), welches zum Ziel hat, notwendige Optimierungen in Bezug auf die Datenflüsse und die Datenbedürfnisse umzusetzen: Das *BFS* setzt seit 2020 in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (*BAG*), den Kantonen (Gesundheitsdirektorenkonferenz, *GDK*) und den Tarifpartnern des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (*KVG*) den Auftrag für ein Pilotprojekt zum Vollzug des *KVG* und des *BStatG*³ im stationären Bereich um. Die Mehrfachverwendung der spitalstationären Gesundheitsdaten und die Nutzung einer im Aufbau befindlichen Interoperabilitäts-Plattform (*IOP*) stehen dabei im Fokus.

1.2 Zielsetzung

Die Ziele des Projekts sind in der Studie und im Projektmanagementplan detailliert aufgeführt. Die Diskussionen zum Zielbild mit den Stakeholdern (*BAG*, *GDK*, Spitalverband *H+*, *SwissDRG AG*, Krankenversicherer) haben in der Zwischenzeit zu einer Schärfung der Zielsetzung für die spitalstationäre Gesundheitsversorgung geführt:

- Datenflüsse harmonisieren / Vermeidung redundanter Erhebungen
- Reduktion der Belastung bei den datenliefernden Spitalern
- Ein Basisdatensatz für die drei zentralen Verwendungszwecke (*BStatG/KVG* – Tarifsysteme *SwissDRG AG* – Vertragsverhandlungen der Spitäler)
- Inhaltliche Erweiterung der Med. Statistik der Krankenhäuser: Fallkostenstatistik & fehlende Variablen integrieren / flexibles System für künftige Bedürfnisse
- Eindeutige Identifikation der Spitalunternehmen und -standorte für *SpiGes* und darüber hinaus für das gesamte Gesundheitswesen
- *AHV-Nr.* verwenden zur Erhöhung der Datenqualität und vermehrten Verknüpfung im *BFS* und durch Dritte

¹ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.gnpdetail.2019-0632.html>

² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/nadb/nadb.assetdetail.12307208.html>

³ SR 431.01

- Einheitliche Definition der Variablen -> Veröffentlichung der *Metadaten* für alle Datenanwender via IOP
- Datenverwendung / Zugang für die bestehenden Aufgaben und Bedürfnisse erweitern (KVG-Verordnung, Datenbearbeitungsreglement, Forschungsbedürfnisse, ...)

Die folgende Abbildung zeigt die inhaltliche Erweiterung der Spitalerhebungen⁴ beim *BFS* als Ziel von *SpiGes* und die Bereinigung der Betriebsidentifikatoren:

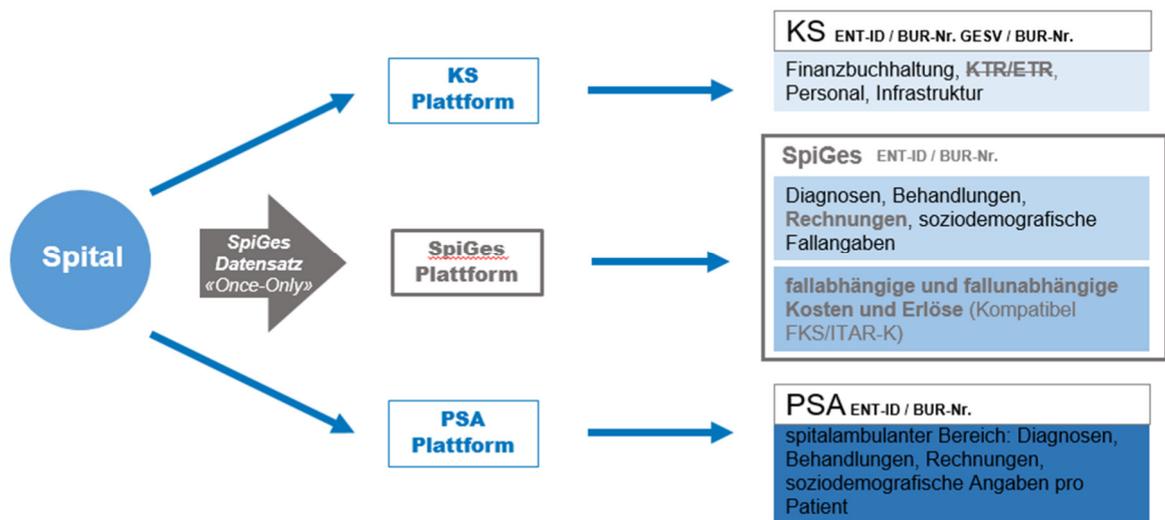


Abbildung 3: Spitalerhebungen – am Ende des *SpiGes*-Projekts

1.3 Rahmenbedingungen und Strategiebezug

Das Projekt *SpiGes* unterstützt verschiedene vom Bundesrat definierte Strategien und Massnahmen:

- Bundesratsbeschluss «Mehrfachnutzung von Daten (Umsetzung des «*Once-Only*» *Prinzip*)», EXE 2019.2009
- Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020–2030, Gesundheit 2030: Ein strategischer Schwerpunkt steht in der Strategie unter 1.1: «das vorhandene Potenzial der Gesundheitsdaten besser zu nutzen und die Digitalisierung im Gesundheitssystem koordiniert zu fördern».
- Parlamentarischer Auftrag (SGK-S) für eine kohärente Datenstrategie im KVG. Im Rahmen der kostendämpfenden Massnahmen hat das *EDI* dem *BAG* ein Mandat erteilt, um die Transparenz der Kosten im Gesundheitswesen zu erhöhen und

⁴ Zu den Änderungen der KS im Rahmen des *SpiGes* Projektes siehe Kapitel 2.2

Doppelspurigkeiten zu vermeiden: Zugang zu bestehenden «KVG-Daten» ermöglichen → Expertenbericht Lovis⁵.

- Postulat 18.4102: Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen. Auf übergeordneter Ebene unterstützt das Pilotprojekt *SpiGes* auch die Bestrebungen des Bundes, dieses Postulat umzusetzen.
- Strategie zu einer gemeinsamen Stammdatenverwaltung (EXE 2018.2424)
- Zur digitalen Transformation bestehen in der Bundesverwaltung Strategien genereller Natur (IKT-Strategie, Zielbild digitale Transformation) als auch spezifisch im Gesundheitsbereich hinsichtlich der Verbesserung des Datenmanagements (siehe BR-Bericht vom 15. Januar 2022).
- Der Bericht zum überwiesenen Po. Humbel 15.4225, «Bessere Nutzung von Gesundheitsdaten für eine qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung» zeigt auf, wie Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken weiterverwendet und verknüpft ausgewertet werden könnten.
- «Strategie eHealth Schweiz 2.0» dient der Einführung und Verbreitung des elektronischen Patientendossiers (EPD) und darüber hinaus der Koordination und Abstimmung der Digitalisierung im Gesundheitssystem⁶

⁵ https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/Kostend%C3%A4mpfung/bericht-lovis.pdf.download.pdf/Rapport_strategie-de-transparance-dans-le-domaine-des-couts-et-prestations-de-sante.pdf

⁶ https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/D/Bericht-Interoperabilitaet_de.pdf

2 Lösungsbeschreibung

2.1 Zielbild

In der Studie aus der Initialisierungsphase sind die Herausforderungen und Zielsetzungen beschrieben. Im Austausch mit den Stakeholdern wurden diese im ersten Semester 2021 geschärft. Dabei zeigte sich, dass die Lösung *SpIGes* (Dateninhalte, Datenflüsse und Bearbeitungsprozesse) massgeblich vom gesetzlich vorgegebenen Verwendungszweck der Daten abhängig ist. Es benötigte eine intensive Diskussion mit allen Interessensvertretern, um erstmals ein kohärentes und vollständiges Bild aller Bedürfnisse im spitalstationären Bereich zu zeichnen. Dabei kristallisieren sich schlussendlich vier Hauptbereiche der Datennutzung heraus:

1. Öffentliche Statistik (*BStatG*)
2. *Administrative Nutzung* (KVG)
3. Tarifstrukturen (KVG)
4. Tarifverhandlungen (KVG)

Im Sinne der Mehrfachverwendung («*Once-Only*») sollen die Spitaldaten harmonisiert und einmal für alle Verwendungszwecke erhoben werden. Die Abklärungen haben ergeben, dass diese Anforderung im Projekt *SpIGes* mehrheitlich erfüllbar ist. Abstriche für eine vollständige Umsetzung begründen sich in den unterschiedlichen Datenbedürfnissen und der damit verbundenen Prüflogik. Während die öffentliche Statistik und *administrative Nutzung* bereits heute die gleichen «Datenprodukte» verwenden und somit auf den Spitaldaten die identische Prüflogik für die Plausibilisierung angewendet wird, ist die Prüflogik bei den Tarifstrukturen und Tarifverhandlungen eine andere.

Prozess	Verwendungszweck	Datenbedürfnisse	Prüflogik
A	Öffentliche Statistik Administrative Nutzung	Medizinische und ökonomische Daten pro Fall und aggregierte Finanzdaten der Spitalunternehmen	Übergeordnete Konsistenz, Vergleich pro Kanton, Kennzahlenprüfung, Wirtschaftlichkeitsprüfung
B	Tarifstrukturen	Medizinische Angaben und Kosten pro Fall	Detaillierte Information, spezifische Tests
C	Tarifverhandlungen	Kosten pro Spital, Benchmarkdaten, ITAR_K®, Medizinische Daten, eigene Datenerhebungen	Vergleich pro Spital, pro Tarif, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Überprüfung der Kodierung der Fälle, der Mehrkosten der Liegeklasse oder der GWL Kosten

Tabelle 1: Datenverarbeitungsprozesse ABC

Das Zielbild des Projektes spitalstationäre Gesundheitsversorgung zeigt schematisch die verschiedenen Elemente der Lösung: vorgegebener *SpIGes*-Datensatz für «*Once-Only*»,

Erhebungsplattform SpiGes, Datenverarbeitungsprozesse ABC, «Datenprodukte» ABC.

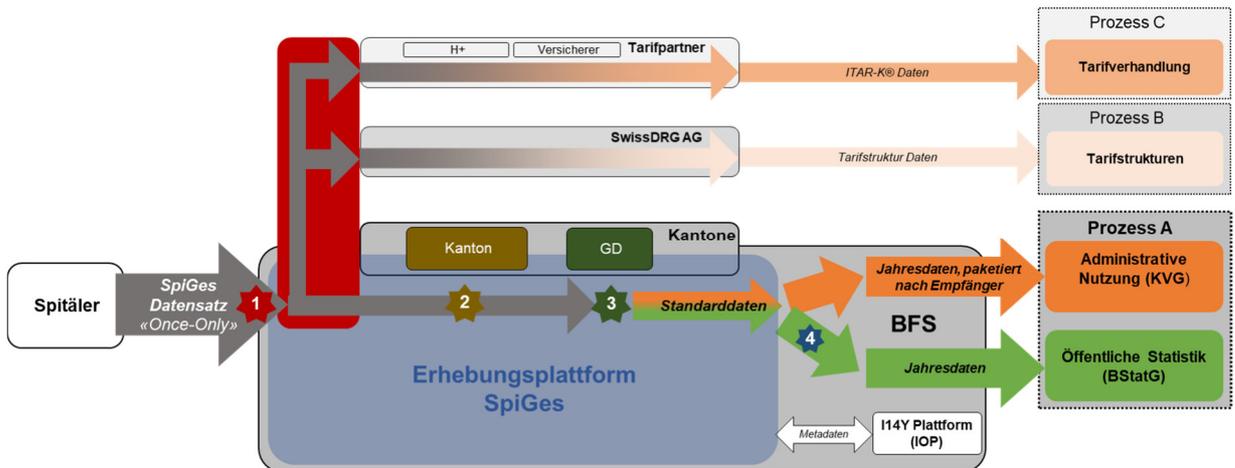


Abbildung 4: Zielbild SpiGes – Prozesse A / B / C

In der ersten Phase des SpiGes Prozesses (autonome Prüfung) wird ein einheitlicher Standarddatensatz generiert, der als Grundlage für alle weiteren Datenbearbeitungen genutzt wird (siehe Mehrwert «Once-Only»). Dies wird erreicht, indem den Datenlieferanten die *Erhebungsplattform SpiGes* zur Verfügung gestellt wird. Beim Import der Daten auf die Plattform werden die Daten automatisch überprüft. Diese Datenüberprüfung ermöglicht es eine Datengrundlage zu schaffen, die den qualitativen Mindestanforderungen für eine Mehrfachverwendung entspricht. Die hauptsächliche Datenlieferung wird zentral über die BFS Plattform erfolgen. Zusatzinformationen, die qualitativer Natur sind oder nur für einen einzigen, spezifischen Zweck benötigt werden, können separat einverlangt werden. Diese sind aber minimal zu halten.

Zur Transparenz und Verbesserung der Datenqualität werden die Prüfregeln in Zusammenarbeit mit den Tarifpartnern, den Kantonen und der *SwissDRG AG* erarbeitet und abgestimmt. Nach erfolgreicher Datenübermittlung werden die Ergebnisse dieser Prüfung dokumentiert (*Nationales Prüfprotokoll*), als Grundlage für die nachfolgende Plausibilisierung. Die Erhebungsphasen (siehe Kapitel 4) des SpiGes Prozesses (Autonome Prüfung, Plausibilisierung, Freigabe, Aufbereitung und Nutzung) sind in folgender Abbildung dargestellt:

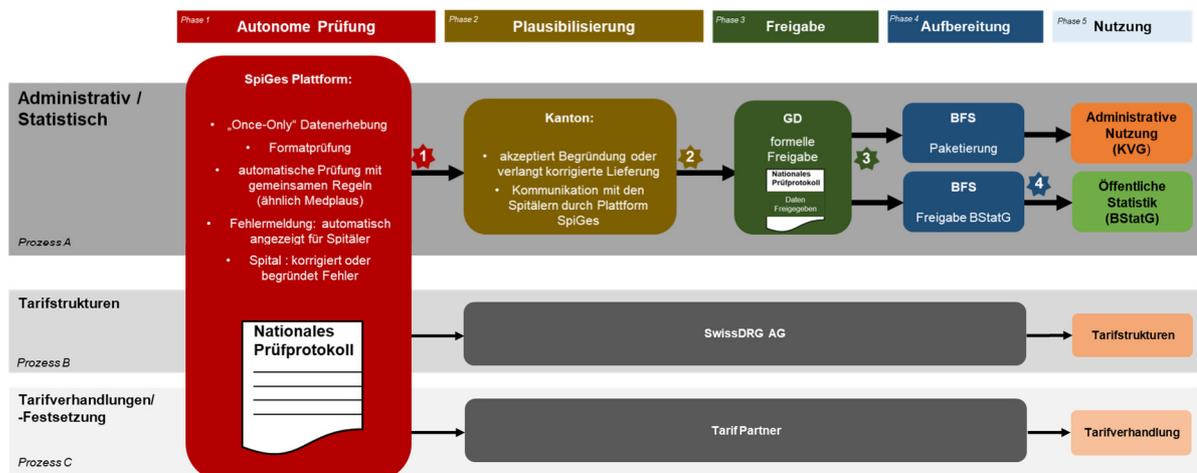


Abbildung 5: SpiGes Prozesse und Phasen

Der einheitliche *SpiGes Datensatz* wird im *SpiGes* Prozess in Phase 1 generiert.

Ab der Phase 2 des *SpiGes* Prozesses wird die Weiterverarbeitung der Daten je nach gesetzlich vorgegebenem Verwendungszweck unterschiedlich gehandhabt. Langfristig wird die Integration der Plausibilisierung und Datenbearbeitung nach Prozess B (Tarifstrukturentwicklung) und Prozess C (Tarifverhandlungen und -festsetzungen) in den *SpiGes* Prozess angestrebt (siehe 6.1 Nächste Arbeitsschritte im Projekt *SpiGes*).

Die *SpiGes* Plattform wird so gebaut, dass die vollständige Integration der Datenverarbeitungsprozesse ABC ermöglicht wird. In den kommenden Monaten werden für die Prozesse B und C Lösungen für die weitere Integration gesucht, wobei die Rollen und Fristen, wie sie das KVG und seine Verordnungen vorgibt, eingehalten werden.

Entsprechend legt *SpiGes* mit der Beschreibung und Validierung der Dateninputs für alle «drei» Datenprozesse die Basis, um

- die Transparenz für alle Stakeholder markant zu erhöhen und die Datenflüsse zu entflechten
- die Mehrfachverwendung für statistische und *administrative Nutzung* zu ermöglichen
- den Datenträger für die stationären Spitaldaten zu standardisieren (inhaltlich erweitern, technisch migrieren, etc.) und parallele Datenerhebungen zu verhindern
- die Beschreibung der stationären Spitaldaten über die *Interoperabilitätsplattform (I14Y)* öffentlich zugänglich zu machen
- die Validierung/Plausibilisierung generell zu verbessern und eine einheitliche Grundlage für die zwei «KVG-Datenbedürfnisse» Tarifstrukturen und Tarifverhandlungen zu legen

Mit der Anwendung des «*Once-Only*» *Prinzips* im Erhebungsprozess stellt sich ein Mehrwert für alle 3 Prozesse ein. So erhöht das Nationale Prüfprotokoll die Transparenz und Verfügbarkeit der Daten. Ausserdem reduziert sich der Aufwand für die Datenlieferanten. Insgesamt verbessert sich die Datenqualität, weil der «*SpiGes Datensatz*» als einheitliche Datengrundlage bereit steht, so die Interoperabilität verbessert sowie die Anwendung von gemeinsamen Prüfregeln vereinfacht wird.

Das once-only-Prinzip besagt, dass sämtliche Daten, die im staatlichen Auftrag erhoben werden, nur einmal erhoben werden sollen, nicht mehrmals. Es heisst aber nicht, dass sämtliche Daten durch das BFS erhoben werden sollen. Wenn z.B. die Versicherer also zusätzliche Angaben einfordern, die nicht in *SpiGes* enthalten sind, ist das zulässig. Sowohl die Schnittstelle für den Input als auch die Metadaten für den Output werden über die *BFS Interoperabilitätsplattform* öffentlich zugänglich sein.

Die Ausführungen ab Kapitel 2.2. beziehen sich zu weiten Teilen auf den Datenprozess A und können für die Datenprozesse B und C abweichen.

2.2 SpiGes Dateninhalt

Die Daten im spitalstationären Bereich sind nach medizinischer Behandlung pro Patient, nach Fällen und nach Betrieb kategorisiert.

Die Erhebungen der Spitalversorgung beim *BFS* lassen sich nach Abschluss des Projektes *SpiGes* wie folgt abbilden:

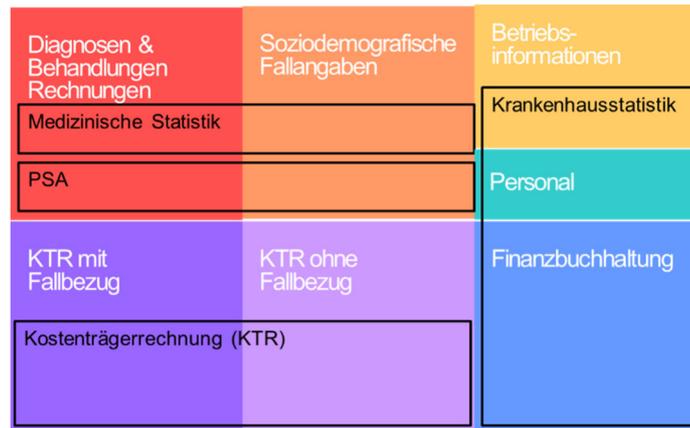


Abbildung 6: Dateninhalte Spitalerhebungen BFS

Erläuterungen:

- Krankenhausstatistik (KS): Angaben zur Infrastruktur, Personal und Finanzdaten (ohne Kosten- und Erlösträgerrechnung)
- Patientendaten Spital ambulant (PSA): Rechnungsdaten zu den ambulanten Behandlungen
- Medizinische Statistik (MS): Angaben zu Diagnosen und Behandlungen + neue *SpiGes* Variablen
- Neue Erhebung zu den Kosten und Erlösen pro Fall und fallunabhängigem Kostenträger (*SpiGes* KTR)

In diesem Dokument werden nur die neu erhobenen Dateninhalte beschrieben.

Die Einführung von *SpiGes* wirkt sich auf die Krankenhausstatistik aus. Die Kosten und Erlöse werden neu in *SpiGes* erhoben und entfallen somit bei der *KS* ab Einführung der *SpiGes*-Erhebung.

Die Abstimmbrücke wird in der *KS* verfeinert, die Aktivitätstypen fallen weg und werden mit dem Leistungsauftrag pro Standort ersetzt.

Die detaillierten Änderungen werden im aktualisierten Detailkonzept *KS* beschrieben.

Zusammenfassung der bestehenden Inhalte der medizinischen Patientendaten im stationären Spitalbereich:

Jeder Betrieb wird vom *BFS* in Zusammenarbeit mit den zuständigen kantonalen Stellen einem Betriebstyp (**BFS Spitaltypologie**) zugeordnet.

- Typologie K1 Allgemeine Krankenhäuser (Universitätskliniken, Zentrums- und Grundversorgung)
- Typologie K2 Spezialkliniken (Spezialkliniken der Psychiatrie, der Rehabilitation, der Chirurgie, der Neonatologie und andere Spezialkliniken)

Im Rahmen der Medizinischen Statistik werden auch statistischen Daten über die **Todesfälle** und **Geburten** in den Spitälern erfasst. Für **Neugeborene und psychiatrische Fälle** wird ein **erweitertes Variablenset** zur Verfügung gestellt, welches ebenfalls verpflichtend ausgefüllt werden muss.

Die Spitäler erheben die Daten der Patientinnen und Patienten an zentraler Stelle. Sie erstellen den Datensatz mit den kodierten Diagnose- und Behandlungsangaben. Folgende thematische **Kapitel** bestehen in der **heutigen MS**:

Minimaldaten

- Allgemeine Angaben zum Betrieb (Betriebsidentifikation): Betriebsnummern (*BUR-Nr*, Standort-ID, Standortkanton)
- Anonymisierte Identifikatoren (Patienten/-innen): Anonymer Verbindungscode (*AVC*)
- Soziodemographische Angaben: Alter, Geschlecht u.a.
- Eintrittsmerkmale und Austrittsmerkmale: Datum, Aufenthalt vor und nach Einweisung u.a.

Diagnosen und Behandlungen

- Die Diagnosen werden nach *ICD-10 GM* (German Modification) registriert, nach den Regeln des Kodierungshandbuches
- Grundsätzlich am wichtigsten ist die Angabe der Hauptdiagnose. Die Definition der Hauptdiagnose entspricht der Definition der WHO. Die Hauptdiagnose ist definiert als: «Derjenige Zustand, der am Ende des Spitalaufenthaltes als Diagnose feststeht und der der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung der Patientin, bzw. des Patienten war».
- Die Behandlungen werden nach der *CHOP* Klassifikation (Schweizerische Operationsklassifikation) registriert nach den Regeln des Kodierungshandbuches.
- Nach der Definition des *BFS* wird im Rahmen der Hauptdiagnose der Behandlungsprozess (chirurgische, medizinische oder diagnostische Massnahme) als Hauptbehandlung kodiert, welcher für den Heilungsprozess oder für die Diagnosestellung am entscheidendsten war. Die zusätzlichen Massnahmen werden als Nebenbehandlungen kodiert.

Medikamente

- Angaben zu den hochteuren Medikamenten (gemäss Vorgaben der *SwissDRG AG*)

Zusammenfassung der neu erhobenen Dateninhalte in SpiGes:

Der vollständige Datensatz der *SpiGes*-Erhebung mit den Spezifikationen ist auf der Internetseite des BFS verfügbar. Nachfolgende Tabelle teilt die Daten in thematische Kapitel auf und benennt einige neu zu erhebende Informationen:

Kapitel / Tabelle	Inhalt
Falldaten	Identifikatoren der Erhebungseinheiten (ENT-ID, Standort-BUR, PLZ, Wohnkanton usw.)
Diagnosen	Zusätzlich erhobene Angaben zu den Diagnosen (z.B. POA)
Behandlungen	Zusätzlich erhobene Angaben zu den Behandlungen (z.B. Beginn der Behandlung inkl. Uhrzeit)
Medikamente	Zusätzliche Angaben zu den Medikamenten (Erweiterung der Anzahl)
Rechnung	Rechnungsangaben (z.B. Betrag, Tarif, Baserate) gemäss Standard des Forums Datenaustausch
Kostenträgerrechnung (KTR)	Kosten und Erlöse gemäss dem Kostenträgerausweis nach REKOLE® für alle stationären Fälle und für alle weiteren Kostenträger (GWL, Nebenbetriebe, ambulante Tarife usw.)
Operierende (nur bei kantonaler Vorgabe)	GLN-Nummer der operierenden Ärztinnen/Ärzte, Rolle bei der OP
Patientenbewegungen	Eintritt Standort, Austritt Standort, Zwischenaustritte/Wiedereintritte, Urlaub, Belastungserprobungen, externe ambulante Behandlungen
Patientenidentifikatoren	AHV-Nummer, Geburtsdatum (aus Datenschutzgründen separat erhoben)

Tabelle 2: thematische Kapitel SpiGes-Erhebung BFS

Die Daten der Medizinischen Statistik waren bezüglich der Übermittlung in verschiedene Datensätze eingeteilt, in einen Minimaldatensatz (MB), einen Zusatzdatensatz für Neugeborene (NM), einen für Psychiatriepatientinnen und -patienten (MP) und einen Patientengruppendatensatz (MD). Die Variablen dieser Datensätze werden zukünftig anders aufgeteilt. Die Daten werden in mehreren thematischen Tabellen mit einheitlicher Granularität übermittelt. Das hat den Vorteil, dass solche Angaben in unbeschränkter Anzahl erhoben werden können (z.B. potentiell unendlich viele Behandlungen, statt maximal 50, oder unbegrenzt viele Wiedereintritte statt maximal 5).

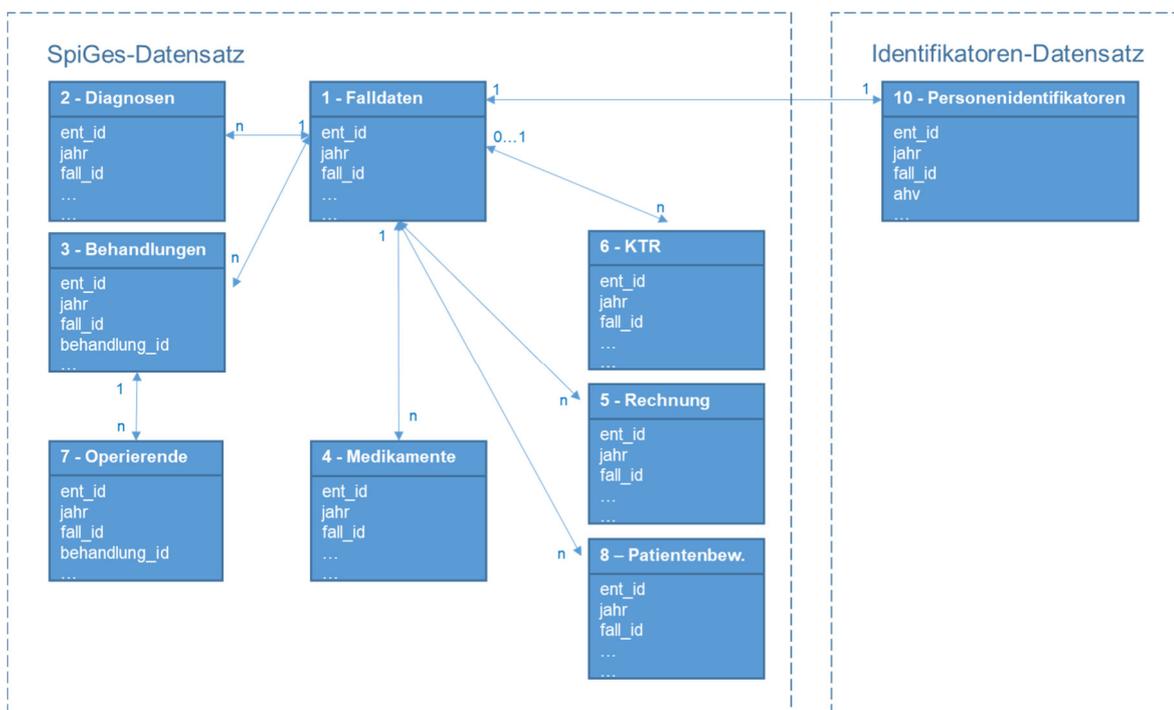


Abbildung 7: Datenstruktur der SpiGes-Erhebung

Falldaten

Die zentrale Tabelle ist jene der Falldaten, wo alle fallbezogenen Angaben abgebildet werden. Hier sind alle Angaben zu finden, die in der Regel einmal pro Fall vorkommen.

Diagnosen

Zu Beginn der Erhebung der medizinischen Statistik bestand die Möglichkeit, 10 *ICD-10* Diagnosekodes abzubilden. Diese Möglichkeit wurde zuerst auf 30, dann auf 50 mögliche Eintragungen erweitert. Mit *SpiGes* wird ein extra Datensatz für die Diagnosen geschaffen mit der Möglichkeit, eine unlimitierte Anzahl von möglichen Diagnosekodes einzugeben.

Behandlungen

Zu Beginn der Erhebung der medizinischen Statistik bestand die Möglichkeit, 10 *CHOP* Behandlungskodes abzubilden. Diese Möglichkeit wurde zuerst auf 30, dann auf 100 mögliche Eintragungen erweitert. Mit *SpiGes* wird ein extra Datensatz für die Behandlungen geschaffen mit der Möglichkeit, eine unlimitierte Anzahl von möglichen Behandlungskodes einzugeben.

Medikamente

Die hochteuren Medikamente wurden bisher in den Reservefeldern der medizinischen Statistik erhoben. Neu gibt es hierfür einen eigenen Datensatz, welcher es erlaubt, eine unbegrenzte Anzahl von Feldern auszufüllen. Bis anhin stellte das *BFS* der *SwissDRG AG* diese Felder für die Medikamente zur Verfügung, welche auch definierte, welche Medikamente in welcher Form geliefert werden müssen.

Rechnung

Die Rechnungsdaten liefern ein genaues und wahrheitsgetreues Bild des Preises für den Aufenthalt. Diese Daten bestehen aus den Informationen der elektronischen Rechnungsstellung. Sie liefern für jeden Fall und in Abhängigkeit vom Kostenträger die Einzelheiten der in Rechnung gestellten Leistungen.

Kostenträgerausweis nach REKOLE® (KTR)

Es gibt vier Identifikatoren in der Tabelle *KTR*, welche die Verknüpfung mit Daten auf unterschiedlichem Aggregationsniveau erlauben:

- *ENT-ID*: Spitalunternehmen
- Standort-BUR: Spitalstandort
- *KTR* Typ Nummer: Kostenträger (d.h. Fälle und nicht-fallbezogene *KTR* wie z.B. GWL)
- Fall-ID: Fall

Die Fall-ID ist technisch notwendig, um die verschiedenen Datensätze auf Fallebene zu verknüpfen. Die *KTR* Nummer wird dem Kostenträger zugeordnet. Die Kosten und Erlöse werden dementsprechend pro Fall oder pro nicht fallbezogene Kostenträger (z.B. Lehre und Forschung) erhoben. Um ein ITAR-K generieren zu können, werden die Kosten und Erlösen auch pro ambulantem Tarif geliefert.

Die Kosten und Erlöse werden anhand den in *REKOLE®* definierten Kostenarten-, bzw. Kostenstellennummern und Erlöskonten dargestellt. Dabei wird unterschieden zwischen Einzelkosten, die direkt auf die Kostenträger gebucht werden und Gemeinkosten, die über die Kostenstellen auf die Kostenträger verbucht werden.

Operierende

Einzelne Kantone schreiben für gewisse Operationen Mindestfallzahlen für Operierende fest. Zur Umsetzung dieser Massnahme erheben sie die GLN-Nummern der Operierenden sowie deren Rolle bei der Operation. Diese Angaben können freiwillig – d.h. auf kantonale Vorgabe hin über SpiGes erhoben werden.

Patientenbewegungen

Es hat sich gezeigt, dass viele temporale Aspekte im bisherigen *MS*-Datensatz schwer abgebildet werden konnten, weil eine weitere zeitliche Detaillierung des Falls fehlte. Mit der neuen Tabelle Patientenbewegungen wird diese Lücke geschlossen und es wird möglich sein unbeschränkt Verlegungen an andere Standorte des Spitalunternehmens, Zwischenaustritte / Wiedereintritte, Belastungserprobungen, Urlaube und externe ambulante Behandlungen zu erfassen. Zudem stehen so genauere Informationen über die Dauer der einzelnen Episoden zur Verfügung.

Patientenidentifikatoren

Mit der AHV-Nummer wird ein neuer Personenidentifikator erhoben, der eine bessere Verknüpfbarkeit verschiedener Fälle derselben Person verspricht. Gleichzeitig ist dieser Identifikator aber auch sehr sensibel, da die AHV-Nummer auch mit anderen Daten potentiell verknüpft werden könnte. Es braucht zusätzliche Massnahmen, um die damit verbundenen Risiken zu minimieren. Eine Massnahme ist, dass die Patientenidentifikatoren getrennt von den restlichen Informationen übermittelt und in einer gesonderten Zone gespeichert werden.

Erhebung der AHV-Nummer als neuer Personenidentifikator

Mit der *SpiGes*-Erhebung wird als Personenidentifikator die AHV-Nummer anstelle des anonymen Verbindungscode (AVC) erhoben. Ziel der Erhebung ist es, dass möglichst viele Fälle von Personen, die mehrfach hospitalisiert werden, zusammengeführt werden können, um so z.B. Wiedereintrittsraten berechnen zu können. Für die statistische Verwendung lassen sich die Patientendaten der *SpiGes* Erhebung, unter Einhaltung der Richtlinien des BFS, mit weiteren Datensätzen verknüpfen.

Abdeckung: Fast alle hospitalisierten Personen verfügen über eine AHV-Nummer. Einzig Touristinnen/Touristen, Geschäftsreisende oder andere kleinste Personengruppen in speziellen administrativen Bedingungen verfügen über keine AHV-Nummer. Aufgrund von Analysen von kantonalen Daten gehen wir davon aus, dass im Durchschnitt über 99% der Hospitalisierten eine AHV-Nummer besitzen. In einzelnen Kantonen kann dieser Anteil etwas tiefer liegen. Unter 98% sollte der Anteil aber in keinem Kanton sein. Zudem weisen die wenigen Personen ohne AHV-Nummern auch eine viel tiefere Wahrscheinlichkeit für einen Wiedereintritt auf, weil Touristinnen/Touristen nach der Behandlung oft in ihr Heimatland reisen und ggf. dort wieder hospitalisiert werden. Auch sämtliche Neugeborenen verfügen über eine AHV-Nummer. Diese wird zwar erst nach Geburt erstellt. Nach kurzer Zeit ist sie aber verfügbar.

Datenqualität: Eine weitere Bedingung für eine vollständige Zusammenführung ist, dass die AHV-Nummern möglichst vollständig erfasst werden. Zur Sicherstellung der Datenqualität wird sowohl das Datenformat und die Prüfziffer verifiziert als auch ein Abgleich mit dem Geburtsdatum durchgeführt. Da dieses System neu ist, gilt es dieses frühzeitig zu testen. Dabei helfen, die Bestände der AHV-Nummern zu prüfen, können auch die Webservices der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS).

Historisierung: Damit auch mit den bisher erhobenen Daten der *MS* weiterhin Behandlungspfade nachgezeichnet werden können und kein Systembruch entsteht, wird die ZAS für das BFS einen historisierten Umwandlungsschlüssel von AVC nach AVHN erstellen. Damit können sämtliche historischen AVC (inkl. Namensänderungen) abgebildet und einer AHV-Nummer zugeordnet werden. Ausserdem verfügt das BFS über ein System zur Pflege der AHV-Nummern, so dass Änderungen der AVHN in den Datenbeständen des BFS nachgetragen werden.

Datenschutz/Datensicherheit: Das BFS darf gemäss Art. 153c AHVG die AHV-Nummer als Personenidentifikator verwenden. Dabei werden sämtliche Rahmenbedingungen zum Schutz der Personendaten eingehalten. Die technischen und organisatorischen Massnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes und der Datensicherheit werden im Verlauf der Konzept- und Realisierungsphase konkretisiert (ISDS-Konzept für erhöhten Schutzbedarf). Da es sich um besonders schützenswerte Personendaten handelt, wird auch der EDÖB konsultiert.

Medizinische Hauptleistungsstellen

Im Rahmen der Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens müssen die Spitäler angeben, welcher Kostenstelle die Hospitalisierungsfälle in ihrem Betrieb zuzuordnen sind.

Falls die Patientin oder der Patient nacheinander in mehreren Abteilungen untergebracht war, wird jene Abteilung als Hauptleistungsstelle verwendet, welche die medizinische Verantwortung getragen hat. Diese Praxis – das Prinzip der Hauptleistungsstelle – bleibt auch künftig bestehen, d.h. es wird darauf verzichtet, mehrere Kostenstellen pro Hospitalisierung zu erheben.

Fachgebietsbezeichnung / Station	BFS Hauptleistungsstelle
Fachgebiete (allgemein)	M000
Intensivmedizin (allgemein)	M050
Innere Medizin, allgemein	M100
Chirurgie, allgemein	M200
Gynäkologie / Geburtshilfe, allgemein	M300
Pädiatrie	M400
Psychiatrie	M500 ⁷
Ophthalmologie	M600
Otorhinolaryngologie (ORL)	M700
Dermatologie und Venerologie, allgemein	M800
Medizinische Radiologie	M850
Geriatric und subakute Pflege	M900
Rehabilitation und physikalische Medizin	M950 ⁸
Notfallzentrum	M960
Ärztinnennotfallpraxis	M970
Weitere Tätigkeitsbereiche	M990

Tabelle 3: Hauptleistungsstellen

Abgrenzungen

Es hat sich gezeigt, dass die primären Datenbedürfnisse der Stakeholder mit den **Jahresdaten** erfüllt werden können. Der Fokus liegt auf dem Jährlichkeitsprinzip. Somit sind unterjährige Daten ein zweitrangiges Bedürfnis im Projekt *SpiGes*. Die Erhebung von unterjährigen Daten (bspw. monatlich) ist nicht im Scope von *SpiGes* eingeschlossen. Der Nutzen von unterjährigen Daten ist nicht bestritten, doch rechtfertigt sich der Aufwand für die Datenlieferanten noch nicht. Die Priorität liegt klar in den Zielen gemäss Kapitel 1.2. Die technische Lösung von *SpiGes* soll jedoch so ausgestaltet werden, dass eine künftige Integration von Datenflüssen höherer Frequenz (bedarfsabhängig) auf den bestehenden Prozessen aufgesetzt werden kann. Manche Kantone haben einen Datenbedarf, der über die national einheitlich spezifizierte Erhebung hinausgeht. In der Studie zu *SpiGes* wurde diesem Bedürfnis Rechnung getragen, indem beispielsweise auf Basis einer kantonalen Gesetzesgrundlage, eigens spezifizierte zusätzliche **kantonale Daten** zu Zwecken der kantonalen Nutzung erhoben werden konnten. Die Abklärungen hinsichtlich der zu erhebenden Variablen haben hingegen ergeben, dass mit der im *SpiGes* Datensatz vorgesehenen Erweiterung praktisch alle kantonalen Bedürfnisse abgedeckt und darüber hinaus auch von allen Spitälern geliefert werden können. Es ist darum noch in Klärung, ob spezifische kantonale Erhebungsteile überhaupt notwendig sind. Auch wenn diese Möglichkeit geschaffen wird, sollen spezifische kantonale Variablen regelmässig in der Fachkommission *SpiGes* (vgl. Kapitel- 3.2 **Governance**) diskutiert werden, um unterschiedliche kantonale Definitionen derselben Variablen zu vermeiden und eine zeitnahe Anpassung des nationalen Standards an verbreitete (kantonale) Anliegen sicherzustellen.

⁷ Die M500 umfasst alle Formen der Psychiatrie und somit auch Kinder- / Jugendpsychiatrie, Forensische Psychiatrie und Gerontopsychiatrie.

⁸ Die M950 umfasst alle Formen der Rehabilitation und somit auch pädiatrische und geriatrische Rehabilitation.

3 Grundlagen

3.1 Gesetzliche Grundlagen

Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat im Bereich Gesundheit einen doppelten gesetzlichen Auftrag. Es erhebt Daten der Leistungserbringer sowohl für statistische als auch für administrative Zwecke.

Der statistische Datenverwendungszweck nach dem Bundesstatistikgesetz (BStatG, SR 431.01) betrifft die Erarbeitung der statistischen Datengrundlagen durch das BFS, die Auswertung und Analyse dieser Daten und die Diffusion der Ergebnisse und der Einzeldaten in anonymisierter Form nach den Grundlagen der öffentlichen Statistik. Hierzu gelten die Ausführungsbestimmungen der Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes (Statistikerhebungsverordnung, SR 431.012.1).

Der administrative Datenverwendungszweck nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG, SR 832.10) besteht im Wesentlichen aus der Überwachung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen sowie der Planung der Versorgung durch die Kantone (Art. 59a KVG). Es gelten die Ausführungsbestimmungen auf Verordnungsebene, insbesondere aus der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) zur Erhebung (Art. 30 KVV), Bearbeitung (Art. 30a KVV), Weitergabe (Art. 30b KVV) und Veröffentlichung (Art. 31 KVV) der Daten. Die Spitäler liefern für andere Datenverwendungszwecke dieselben Daten gemäss dem KVG (z.B. zur Entwicklung der Tarifstruktur oder für Betriebsvergleiche) an die SwissDRG AG, die Versicherer, die Kantone oder H+.

Folgende Abbildung zeigt die Ist-Situation im Detail:

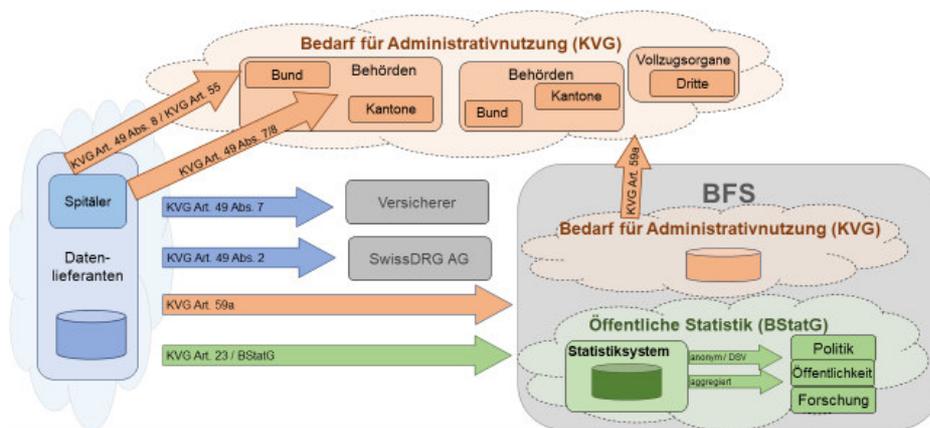


Abbildung 8: Datenflüsse nach gesetzlicher Grundlage «Ist-Situation»

Die geltenden Gesetzesgrundlagen erlauben bereits die Umsetzung von SpiGes im Rahmen vom BStatG und von Art. 59a KVG. Jedoch sind weiterreichende Bestimmungen auf Gesetzes- oder Verordnungsstufe notwendig, um alle Ziele von SpiGes zu erfüllen, damit das BFS in Zukunft diese Daten als Once-Only-Standarddatenset harmonisiert erheben kann (siehe folgender Abschnitt). Darüber hinaus fließen auch die rechtlichen Herausforderungen, die in den Berichten zu den kostendämpfenden Massnahmen sowie dem Bericht Lovis zur «Transparenzstrategie im Bereich der Gesundheitskosten- und Leistungen» vom Dezember

2019 oder dem Programm NaDB identifiziert wurden, in das Projekt ein. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Massnahme zum Spitalverzeichnis aus dem Bericht an den Bundesrat vom 12.1.2022 zur Verbesserung Datenmanagements hinzuweisen, wo der öffentliche Zugang zur harmonisierten registerbasierten Identifikation der Spitalbetriebe für die Akteure des Gesundheitswesens geregelt werden muss.

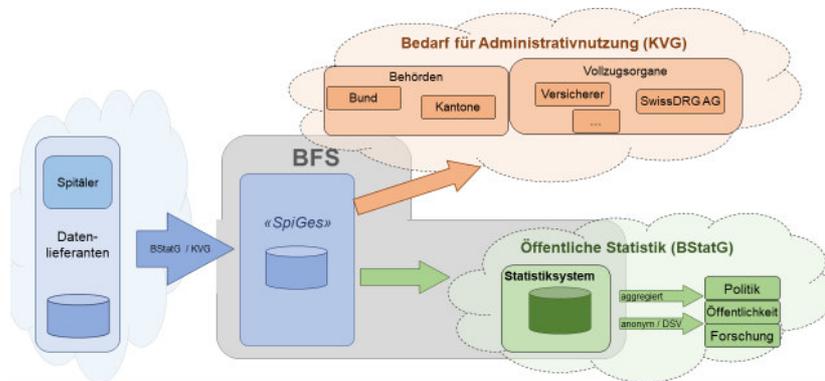


Abbildung 9: «once only» Datenfluss nach gesetzlicher Grundlage

Der Anpassungsbedarf der rechtlichen Grundlagen zur Verankerung des Once-Only-Prinzips im KVG wurde von BFS und BAG identifiziert. Dabei geht es unter anderem um die Erhebung und Weitergabe der von den Leistungserbringern gelieferten Daten nach KVG Art. 49. Heute werden diese Daten von den Spitälern direkt an die Tarifpartner und die SwissDRG AG geliefert. In Zukunft werden diese Daten im Sinne des «Once-Only» über die SpiGes Plattform des BFS erhoben und vom BFS an die Tarifpartner und die SwissDRG AG weitergegeben. Die Datenverteilung an die Datennutzer wird im Bearbeitungsreglement zum KVG geregelt. Die zentrale Datenerhebung im Sinne des NaDB verlangt Anpassungen auf Gesetzes- und Verordnungsebene, welche in ihrer Umsetzung aufwendig sind. Das BFS plant eine Totalrevision der Statistikerhebungsverordnung (SR 431.012.1) und wird diese Anpassungen mit dem BAG abstimmen. Das BAG ist für die Gesetzesanpassungen im KVG Bereich zuständig. Die Arbeiten im Projekt haben gezeigt, dass die von SpiGes erhobenen Daten auch ausserhalb des KVG und BStatG genutzt werden. Sowohl die kantonalen Krebsregister und das Kinderkrebsregister (Bundesaufgabe) wie die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) benötigen die Leistungsdaten der Spitäler für ihre spezifischen Zwecke. Auch hier ist eine Prüfung der optimalen Umsetzungsvariante und die Überprüfung der Rechtsgrundlagen durch die zuständigen Stellen nötig, um die Mehrfachnutzung der bereits vorhandenen Daten sicherzustellen.

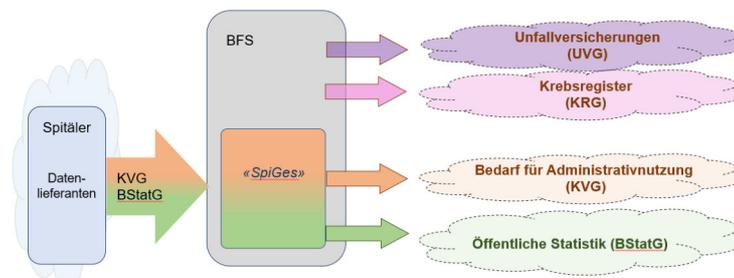


Abbildung 10: Mehrfachnutzung nach gesetzlicher Grundlage

Datenschutz

Gestützt auf Artikel 13 der schweizerischen Bundesverfassung und das Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG, SR 235.1) hat jede Person Anspruch auf Schutz ihrer Privatsphäre sowie auf Schutz vor Missbrauch ihrer persönlichen Daten. Das BFS hält diese Bestimmungen ein. Personendaten müssen durch angemessene technische und organisatorische Massnahmen gegen unbefugtes Bearbeiten geschützt werden. Gemäss der Definition in Art. 3 DSG werden im Rahmen der *SpIGes* Erhebung besonders schützenswerte Personendaten (Patientendaten) bearbeitet. Für solche Einzeldaten ist nach Art. 21 der Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz (VDSG, SR 235.11) ein Bearbeitungsreglement zu erstellen, welches insbesondere die interne Organisation sowie das Datenbearbeitungs- und Kontrollverfahren umschreibt mit dem Zweck, den Datenschutz einwandfrei zu gewährleisten und die Verletzung von Persönlichkeitsrechten zu vermeiden. Dieses interne Dokument ist Bestandteil eines Informationssicherheits- und Datenschutzkonzepts (ISDS), welches die Aspekte der Informationssicherheit und des Datenschutzes im Projekt zusammenfasst und dem EDÖB unterbreitet wird.

Um Fälle von Mehrfachhospitalisierungen zu erkennen und Behandlungspfade analysieren zu können, ist ein Personenidentifikator nötig. Neu darf als Identifikationsnummer der Person die *AHV-Nr.* in der *SpIGes* Erhebung genutzt werden. Die Rahmenbedingungen zur systematischen Verwendung der AHV-Nummer werden von der AHV-Gesetzgebung geregelt.

Verwendung der AHV-Nr.

Am 18. Dezember 2020 haben die eidgenössischen Räte die Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG, SR 831.10) angenommen, welche die Behörden zur systematischen Verwendung der AHV-Nummer (AHVN) berechtigt. Gemäss Art. 153c AHVG dürfen die eidgenössischen Departemente die AHV-Nummer nun nach Artikel 50c systematisch verwenden. Die Verwendung der AHV-Nummer nach Artikel 50c gilt als systematisch, wenn die ganze AHV-Nummer, ein Teil davon oder eine geänderte Form dieser Nummer mit Personendaten verbunden wird und diese Daten in strukturierter Form gesammelt werden.

Folgende Rahmenbedingungen gemäss AHVG sind vorgesehen:

Technische und organisatorische Massnahmen (Art. 153d AHVG)

Die zur systematischen Verwendung der AHV-Nummer berechtigten Behörden, Organisationen und Personen dürfen diese Nummer nur verwenden, wenn sie folgende technische und organisatorische Massnahmen getroffen haben:

- a. *Sie beschränken den **Zugang zu Datenbanken**, welche die AHV-Nummer enthalten, auf die Personen, welche die AHV-Nummer zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen und schränken bei elektronischen Datenbanken die **Lese- und Schreibrechte** entsprechend ein.*
- b. *Sie bezeichnen eine für die systematische Verwendung der AHV-Nummer **zuständige Person**.*
- c. *Sie sorgen dafür, dass die zugangs- und zugriffsberechtigten Personen in Aus- und Weiterbildung darin geschult werden, dass die AHV-Nummer nur aufgabenbezogen verwendet und nur entsprechend den **gesetzlichen Vorgaben bekannt gegeben** werden darf.*
- d. *Sie treffen Massnahmen zur Wahrung der **Informationssicherheit** und des **Datenschutzes**, die der Risikolage angepasst sind und dem Stand der Technik entsprechen; sie sorgen insbesondere für eine dem Stand der Technik entsprechende **Verschlüsselung von Datensätzen**, welche die AHV-Nummer enthalten und über ein öffentliches Netz übertragen werden.*
- e. *Sie legen fest, **wie im Falle eines missbräuchlichen Zugriffs** auf Datenbanken oder einer missbräuchlichen Nutzung derselben vorzugehen ist.*

Risikoanalyse (Art. 153e AHVG)

1 Die folgenden Einheiten führen periodisch eine **Risikoanalyse** durch, die insbesondere dem **Risiko einer unerlaubten Zusammenführung von Datenbanken** Rechnung trägt:

- a. die eidgenössischen Departemente und die Bundeskanzlei für Datenbanken, die sie selber führen, und für Datenbanken, welche die Behörden, Organisationen und Personen nach Artikel 153c Absatz 1 Buchstabe a Ziffern 2 und 4, die Bildungsinstitutionen in ihrem Zuständigkeitsbereich und die privaten Versicherungsunternehmen nach Artikel 153c Absatz 1 Buchstabe b führen;
- b. die Kantone für Datenbanken, die von Einheiten der kantonalen und kommunalen Verwaltung und von Organisationen und Personen nach Artikel 153c Absatz 1 Buchstabe a Ziffern 4 und 5 geführt werden, sofern das kantonale oder kommunale anwendbare Recht die systematische Verwendung der AHV-Nummer vorsieht.

2 Sie führen im Hinblick auf die Risikoanalyse ein **Verzeichnis der Datenbanken**, in denen die AHV-Nummer systematisch verwendet wird.

Mitwirkungspflichten (Art. 153f AHVG)

Die Behörden, Organisationen und Personen, welche die AHV-Nummer systematisch verwenden, müssen der **Zentralen Ausgleichsstelle** bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben behilflich sein. Sie haben insbesondere folgende **Mitwirkungspflichten**:

- a. Sie erstatten der Zentralen Ausgleichsstelle **Meldung** über die systematische Verwendung der AHV-Nummer.
- b. Sie lassen **Kontrollen durch die Zentrale Ausgleichsstelle** zu, stellen dieser die für die Verifizierung der AHV-Nummer notwendigen Daten zur Verfügung und erteilen ihr die diesbezüglich benötigten Auskünfte.
- c. Sie nehmen die von der Zentralen Ausgleichsstelle angeordneten **Korrekturen bei der AHV-Nummer** vor.

3.2 Governance

Nach der Inbetriebnahme der Erhebung «SpiGes» muss die Abstimmung mit allen beteiligten Stakeholdern weitergeführt werden. Dabei sollen bestehende Gremien und Plattformen genutzt werden.

Die Koordination der Bedürfnisse mit allen Stakeholdern stellt das *BFS* sicher. Im Sinne des vom Bundesrat festgelegten Vorgehens zur Datengouvernanz⁹ können die grundsätzlichen Prinzipien des Rollenmodells auch für die Erhebungen im Spitalbereich übernommen werden. Entsprechend nimmt das *BFS* die Rolle des Datenverwalters der öffentlichen Statistik im Gesundheitsbereich ein. Gemäss *BStatG*¹⁰ berät bei übergeordneten Fragestellungen zu Gesundheitsdaten die **Expertengruppe Gesundheitsstatistik** das *BFS*.

Um die Spitalerhebungen des *BFS* auf dem neusten Stand zu halten, müssen die Klassifikationen und Methoden von Drittanbietern jährlich aktualisiert werden. Auch neue Variablen, Regeln oder Definitionen bezüglich den erhobenen *BFS* Daten müssen zeitnah umgesetzt werden. Hierfür wird eine neue Fachkommission *SpiGes* eingesetzt.

Die **Fachkommission SpiGes** unterstützt das *BFS* bei der Weiterentwicklung der *SpiGes*-Erhebung für den KVG Bereich. Sie schlägt neue Variablen und Prüfregeln vor, um die KVG Aufträge im Bereich der Tarifstrukturentwicklung, Tarifverhandlungen, der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit (Benchmark) und Qualität sowie der Versorgungsplanung effizient umsetzen zu können. Weiter holt die Kommission eine Aufwandsschätzung für die Erhebung von neuen

⁹ <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-86392.html>

¹⁰ Verordnung über die Organisation der Bundesstatistik, SR 431.011, Art. 6

Variablen bei den Spitälern ein. Die Termine für die jährliche Release-Planung (siehe Kap. 4.5) werden ebenfalls in diesem Gremium besprochen. Die Fachkommission *SpiGes* erarbeitet Empfehlungen zu folgende Bereichen:

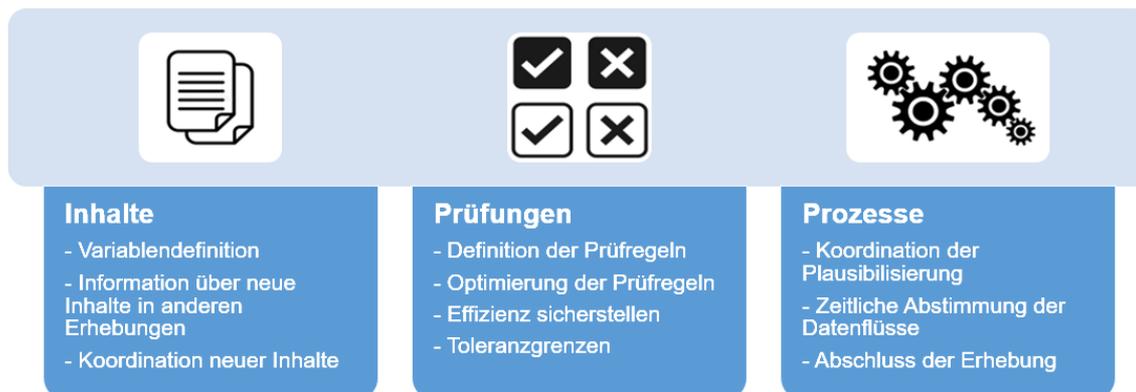


Abbildung 11: Aufgabenbereiche der Fachkommission SpiGes

Die Fachkommission *SpiGes* setzt sich aus Vertretern des heutigen Projektausschusses sowie von KORSTAT und *BFS* von statistischer Seite zusammen. Präsidium und Sekretariat liegen beim *BFS*. Ansonsten konstituiert sie sich selbst. Folgende Tabelle zeigt die Zusammensetzung:

Stakeholder(-Gruppe)	Anzahl
GDK	1
Kantonale Gesundheitsdirektionen/-ämter	2
Kantonale Statistikämter (KORSTAT)	2
Spitalvertreter	2
H+, die Spitäler der Schweiz	2
SwissDRG AG	1
Versicherer	2
BAG	2
BFS – Leitung AG	2
BFS – MS	1
BFS – GESB	1

Tabelle 4: Mitglieder der Fachkommission SpiGes

Über die Beschlüsse in bereits bestehenden Arbeitsgruppen, welche diese Thematik tangieren, wird regelmässig in der Fachkommission *SpiGes* informiert. Dies erfordert eine Abstimmung zwischen dem *BFS* und unten aufgeführten Stakeholdern. Die Stakeholder-Organisationen koordinieren ihre Arbeitsgruppen selbst und geben dem *BFS* konsolidiert Rückmeldung.

Über Beschlüsse aus folgenden bereits bestehenden Arbeitsgruppen wird in der *SpiGes* Fachkommission informiert:

BFS:

- Expertengruppe Klassifikationen
- Arbeitsgruppe Kodierungshandbuch

H+:

- REK-Kommission
- Fachkommission Tarife
- Arbeitsgruppe *ITAR_K*

SwissDRG AG:

- Ausschuss Anlagenutzungskosten
- Arbeitsgruppe Kodierrevision
- Arbeitsgruppe Falldefinition
- Arbeitsgruppe hochteure Medikamente
- Arbeitsgruppe medizinische Statistik und Daten

GDK:

- Kommission Vollzug KVG
- Arbeitsgruppe Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Expertengruppe «HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung»
- Fachgremium für Tariffragen

3.3 Mitwirkung der Kantone und Spitalunternehmen

3.3.1 Rechte und Pflichten der Kantone

Den Kantonen kommt in der *SpGes*-Erhebung eine besondere Rolle zu. Nachfolgend sind die Pflichten der Kantone aufgeführt:

Aufhebungen und Neugründungen

Die Kantone melden dem *BFS* (siehe Aktualisierung der *Grundgesamtheit*, Seite 30) Aufhebungen und Neugründungen von Spitalunternehmen, Geburtshäusern und den dazugehörigen stationären oder ambulanten Standorten.

Mitwirkung bei der Erhebung

Die Kantone sorgen dafür, dass die Erhebungen in den Spitalunternehmen innerhalb ihres Zuständigkeitsgebiets durchgeführt werden und informieren diese über anstehende Neuerungen, welche das *BFS* den Kantonen direkt kommuniziert. Bei konzeptuellen, technischen oder inhaltlichen Fragen sind die Kantone erste Anlaufstelle. Sie führen Eingangskontrollen sowie Rückfragen durch und besorgen das Mahnwesen. Bis Ende Juni des Erhebungsjahres sorgt der Kanton dafür, dass die verlangten Informationen aller im

Kanton ansässigen Spitalunternehmen und -standorten mit gesundheitspolizeilicher Betriebsbewilligung korrekt und vollständig vorliegen. Die vom Spitalunternehmen angegebenen Begründungen bei Fehlermeldungen auf dem *Prüfprotokoll* werden vom Kanton auf ihre Plausibilität hin überprüft und akzeptiert. Die Kantone dürfen grundsätzlich keine Modifikationen an den Daten vornehmen. Ansonsten ist die Datenkonsistenz nicht mehr gewährleistet.

Ergänzung von Erhebungsteilen und Plausibilisierungen durch die Kantone

Zu Plausibilisierungszwecken können die Kantone die Daten exportieren und weiteren kantonalen Prüfungen unterziehen. Weiter können die Kantone eigene Zusatzdaten definieren, jedoch keine Definitionen im *SpiGes*-Datensatz ändern. Die *Erhebungsplattform SpiGes* leitet die Zusatzdaten ungeprüft an den Kanton weiter.

Freigabe der Daten und Verwendung

Das kantonale Gesundheitsamt gibt für das betroffene Erhebungsjahr Ende Juli die Daten der Spitalunternehmen auf ihrem Hoheitsgebiet für die Nutzung nach KVG frei. Nach der Freigabe erhalten die kantonalen Gesundheitsämter die konsolidierten Daten für die Nutzung nach KVG. Diese Nutzung erfolgt unabhängig der Bearbeitung und Veröffentlichung der statistischen Daten nach *BStatG*.

Die kantonalen Statistikämter befolgen den Code of Practice der öffentlichen Statistik und können die statistischen Daten erst nach deren Publikation durch das *BFS* gemäss *BStatG* nutzen. Sofern eine kantonale gesetzliche Grundlage bezüglich einer kantonalen Datenerhebung besteht, können Kantone Daten aus dieser Erhebung bereits vorgängig veröffentlichen.

Übertragung der Erhebungsaufgaben an Dritte

Die Kantone können die Aufgabe der Erhebungsdurchführung anderen (privaten) Institutionen übertragen. Diese Organisationen unterstehen dann ebenfalls dem *BStatG* und müssen die Anforderungen des Datenschutzes einhalten.

3.3.2 Rechte und Pflichten der Spitalunternehmen

Die der Auskunftspflicht unterstehenden Spitalunternehmen müssen alle verlangten Informationen korrekt und vollständig¹¹ angeben und diese fristgerecht mittels *Erhebungsplattform SpiGes* der zuständigen kantonalen Behörde weiterleiten.¹² Alle Fehlermeldungen müssen nach Möglichkeit korrigiert werden. Kann ein Fehler nicht korrigiert werden, muss dies über die Kommentarfunktion der Plattform begründet werden. Der Kanton entscheidet, ob diese Begründung akzeptiert werden kann. Die Spitalunternehmen sind selber zuständig und verantwortlich, die Datenerhebung gemäss Vorgaben des *BFS* mit ihren Klinikinformationssystemen abzustimmen. Support, Anpassungen und Weiterentwicklung dieser Datenbanken muss durch die Hersteller der Spitalinformationssysteme oder durch Dritte übernommen werden.

Spitäler haben das Recht, für administrative Zwecke ihre Daten und die Begründungen von

¹¹ Art. 30a Abs. 1 KVV.

¹² Sofern die *kantonale Erhebungsstelle* keine andere Erhebungsform bestimmt.

Prüfungen abschliessend zu definieren. Diese können nicht durch den Kanton oder das *BFS* geändert werden. Kantone und *BFS* können lediglich die Plausibilität der Daten beurteilen. Ausgenommen sind Korrekturen der Daten zur Behebung von Inkonsistenzen für statistische Zwecke.

3.4 Erhebungseinheit «Fall»

3.4.1 Falldefinition

Stationär

Die Falldefinition stationär richtet sich nach der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL). Gemäss Art. 3 VKL entspricht eine stationäre Behandlung einem Aufenthalt in einem Spital oder Geburtshaus von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte von weniger als 24 Stunden Dauer, in deren Verlauf während einer Nacht ein Bett belegt wird, bzw. eine Überweisung in ein (anderes) Spital vorgenommen wird, gelten ebenfalls als stationäre Behandlungen. Gleiches gilt bei Todesfällen. Diese gesetzlichen Richtlinien werden in den Regeln zur Abrechnung unter *SwissDRG*, *TARPSY* und *ST Reha* präzisiert. Diese Dokumente sind auf der Internetseite der *SwissDRG AG* verfügbar.

Ambulant

Als ambulante Behandlung nach Art. 49 Absatz 6 KVG gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind (vgl. Art. 5 VKL). Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken (TNK), welche Bestandteil eines medizinischen Therapieplanes, wie beispielsweise in der Psychiatrie, bei Chemo- oder Radiotherapien, Dialysen, spitalbasierten Schmerzbehandlungen oder Physiotherapien, werden als ambulant kategorisiert.

Fall- und Patientenidentifikatoren

Sämtliche Erhebungsteile mit Fallbezug führen die Fall-ID als Fallidentifikator. Dieser löst die Fallnummer der Fallkostenstatistik als Fallidentifikator ab.

Fallidentifikator ist die Fall-ID, welche in jedem Erhebungsteil mit Fallbezug vorkommt. Der anonyme Verbindungscode wird von der **AHV Nummer** als anonymer **Patientenidentifikator** abgelöst. Diese erlaubt neben der Erhebung der Anzahl «Fälle» auch die Anzahl der Patienten und Patientinnen zu berechnen.

3.4.2 Zeitliche Abgrenzung des Falls

Jeder erfasste Fall ist anhand seiner Ein- und Austrittsdaten gekennzeichnet. Das *BFS* unterscheidet folgende Falltypen :

- **Die A-Fälle:** Häufigste Fälle, mit Austrittsdatum zwischen 1. Januar Datenjahr und 31. Dezember Datenjahr. Die Diagnosen und Behandlungen werden erhoben und eine Aufenthaltsdauer kann berechnet werden.

- **Die B-Fälle:** Patienten/Patientinnen, die im Laufe des Jahres eingetreten sind, deren Behandlung bis zum 31. Dezember aber nicht abgeschlossen ist. Die Behandlungen und Diagnosen werden nicht erhoben.
- **Die C-Fälle:** Langzeitpatienten/-patientinnen. Eintrittsdatum vor dem 1. Januar Datenjahr und Behandlung über den 31. Dezember hinaus. Die Behandlungen und Diagnosen werden erhoben. Die Aufenthaltsdauer wird auf 365 Tage begrenzt.

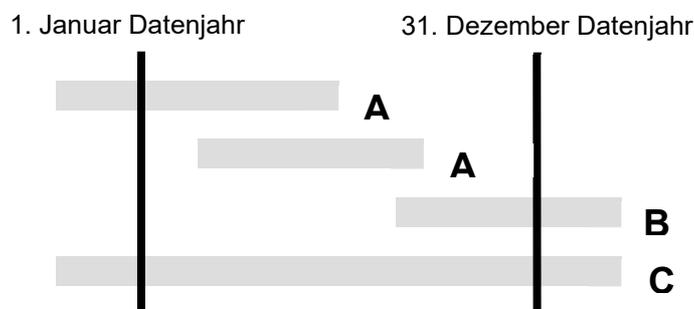


Abbildung 12: A/B/C Fälle Spitalerhebungen BFS

3.5 Grundgesamtheit

Seit der Einführung der Spitalerhebungen im Jahre 1998 sind die Kantone beauftragt, dem BFS die Spitalunternehmen zu melden. Im Rahmen einer gesundheitspolizeilichen Kontrolle erteilt der Kanton jedem Spitalunternehmen¹³ eine Betriebsbewilligung.

Ein Teil dieser bewilligten Spitäler, die sogenannten Listenspitäler, erhalten vom Kanton die Zulassung zur Erbringung von Leistungen zulasten der OKP (nach KVG Art. 39). Bewilligte Spitäler, welche nach Artikel 39 nicht auf der Spitalliste stehen, können (gemäss KVG Art. 49a Abs. 4) mit den Versicherern Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der OKP abschliessen (Vertragsspitäler). Spitalunternehmen, welche keine Leistungen zulasten der OKP erbringen, sind die Ausstandsspitäler. Diese liefern nur Daten nach BStatG.

Folgende Tabelle zeigt eine Übersicht hierzu:

Spitalunternehmen	SpiGes Daten nach	Aufsicht Kanton	Aufsicht BAG
Listenspital	BStatG und KVG	gesundheitspolizeilich KVG	KVG
Vertragsspital	BStatG und KVG	gesundheitspolizeilich	KVG
Ausstandsspital	BStatG	gesundheitspolizeilich	--

Tabelle 5: Grundgesamtheit der Spitalunternehmen

¹³ Gemäss Definition (siehe Abb. 14) entspricht ein Spitalunternehmen gemäss seiner wirtschaftlichen Tätigkeit einem Allgemeinen Krankenhaus, einer Spezialklinik oder einem Geburtshaus.

Die Kantone informieren das *BFS* jährlich in der Initialisierungsphase der Erhebung über Änderungen der Spitalunternehmen auf ihrem Hoheitsgebiet. Das Betriebs- und Unternehmensregister des *BFS* hat diese aktualisierten Informationen seit jeher übernommen und für jedes Spital eine *BUR-Nummer* generiert. Mit Einführung des Registerharmonisierungsgesetzes 2006 hat im *BFS* Register ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Anstatt nur noch Betriebsnummern (*BUR-Nr.*) zu führen, sind Unternehmensidentifikatoren (*UID / ENT-ID*) und örtliche Einheiten (*BUR-Nr.*) eingeführt worden. Diese Logik entspricht jedoch nicht der Einteilung der Spitäler nach KVG Art. 39 und hat zu einer Verzerrung der nationalen Vergleiche zwischen den Spitälern der Schweiz geführt.

Im Rahmen der «Strategie für den Ausbau der gemeinsamen Stammdatenverwaltung des Bundes»¹⁴ sind die Definitionen der Identifikatoren im Betriebs- und Unternehmensregister in der überarbeiteten Verordnung des Betriebs- und Unternehmensregisters (*BURV*)¹⁵ geschärft worden.

Um eine Harmonisierung der *Grundgesamtheit* der Spitalerhebungen für statistischen Nutzung zu erreichen, wird das *BFS* zukünftig diese registerbasierten Definitionen übernehmen. Es werden als betriebliche Einheiten nur Spitalunternehmen (*ENT-ID*) und Spitalstandorte (*BUR Nr*) geführt. Die *SpiGes*-Daten werden pro Fall, Patient, Kostenträger, Spitalstandort oder Spitalunternehmen erhoben. Folgende Abbildung zeigt einen Überblick der Situation ab den Daten 2024:



Abbildung 13: Identifikatoren und Erhebungseinheiten in den Spitalerhebungen ab 2024

Bis zur Integration der *KS* in die *SpiGes* Erhebung, wird in der *KS* neben der *ENT-ID* und der *BUR-Nr.* weiterhin eine Zwischeneinheit geführt (BUR-Nr. GESV), welche die Einheiten der Spitäler abbildet, die ein ITAR-K ausfüllen.

Folgende Tabelle zeigt die betrieblichen *Erhebungseinheiten* im Spitalbereich:

¹⁴ Stammdatenverwaltung: <https://www.bk.admin.ch/bk/de/home/digitale-transformation-ikt-lenkung/bundesarchitektur/stammdatenverwaltung.html>

¹⁵ Verordnung über das Betriebs- und Unternehmensregister (Stand am 1. April 2022) : https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1993/2253_2253_2253/de

	Semantik	ID	Definition	Quelle
Granularität	Spitalgruppe	-	Unternehmensgruppe mit mindestens einem Spitalunternehmen	BUR-Register
	Spitalunternehmen	ENT-ID	Unternehmen mit NOGA Codes 861001/861002/869004	BUR-Register
	Spital ITAR_K	BUR-Nr. GESV	Spital, welches eigenes ITAR_K ausfüllt	Spital
	Listenspital	-	Spital mit eigenem Leistungsauftrag gemäss KVG Art. 39	Kantone
	Spitalstandort	BUR-Nr.	örtliche Einheit mit NOGA Codes 861001/861002/869004	BUR-Register

Tabelle 6: betriebliche Einheiten im Spitalbereich

Folgende Definition eines Spitalunternehmens und Spitalstandorts wird nach *BStatG* ab Datenjahr 2024 angewendet:

Spitalunternehmen BFS

Ein Unternehmen, welches im Betriebs- und Unternehmensregister (BUR) mit dem NOGA-Code 861001 (Allgemeine Krankenhäuser), 861002 (Spezialkliniken) oder 869004 (Geburtshäuser) gekennzeichnet ist. Es ist mit der nicht sprechenden Identifikationsnummer *ENTID* eindeutig bezeichnet.

Spitalstandort BFS

Eine örtliche Einheit, welche im Betriebs- und Unternehmensregister BUR mit dem NOGA-Code 861001 (Allgemeine Krankenhäuser), 861002 (Spezialkliniken) oder 869004 (Geburtshäuser) gekennzeichnet ist. Ein Spitalstandort ist mit der *BUR-Nr.* eindeutig gekennzeichnet und gehört immer zu genau einem Spitalunternehmen.

Abbildung 14: Definition Spitalunternehmen und Spitalstandort nach *BStatG*

Als Ausnahme werden die Finanzangaben in der *KS* bis zur Integration der *KS* in *SpiGes* pro *ITAR_K* Spital geliefert.

ITAR_K Spital

Eine Spital-Einheit, welche ein ITAR-K ausfüllt. Ein *ITAR_K* Spital ist mit der *BUR-Nr. GESV* gekennzeichnet, welche nur auf der Datenbank von *GESV* geführt wird. Ein *ITAR_K* Spital entspricht einem Spitalunternehmen oder einem bzw. mehreren Spitalstandorten.

Abbildung 15: Definition des *ITAR_K* Spitals

4 SpiGes Erhebung

Die *SpiGes* Datenerhebung basiert auf einem Variablenbeschrieb, in dem Inhalte und Formate der zu erhebenden Variablen definiert sind. Es handelt sich um eine **Vollerhebung**, welche bei den in der *Grundgesamtheit* aufgelisteten Spitalunternehmen und Geburtshäusern der Schweiz **jährlich** durchgeführt wird. Diese Datenlieferanten sind gesetzlich verpflichtet die Daten vollständig und korrekt unter Aufsicht der *kantonalen Erhebungsstellen* an das *BFS* zu liefern.

Gemessen werden die Angaben zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember des **Datenjahres**. Die Erhebung der Daten beginnt am 1. Januar des **Erhebungsjahres**, nach Beendigung des Datenjahres und somit der Messperiode. Der Erhebung geht eine Initialisierungsphase voraus, in der die Rahmenbedingungen (z.B. *Grundgesamtheit*) auf den aktuellsten Stand des Datenjahres gebracht werden.

Die in die Erhebung eingebundenen **kantonalen Erhebungsstellen** sind Bindeglied zu den Datenlieferanten und koordinieren die Vorgaben des *BFS*. Bezüglich Kommunikation, Support, und Plausibilisierung der Daten sind sie die erste Anlaufstelle der Spitalunternehmen und Geburtshäuser.

Kommunikation und Koordination läuft über die *Erhebungsplattform SpiGes*. Es sind spezifische Kommunikationsfelder und Chat-Funktionen hierfür vorgesehen. Bei konzeptuellen, technischen oder inhaltlichen Fragen wenden sich die Spitäler zuerst an die *kantonale Erhebungsstelle*. Erst in zweiter Instanz kontaktiert die *kantonale Erhebungsstelle* das *BFS*, falls die Problemstellung nicht gelöst werden konnte.

Die **Datenlieferung** läuft über die *Erhebungsplattform SpiGes*. Die Daten können thematisch (Leistungs- oder Finanzdaten) und pro *Erhebungseinheit* (Fall, Standort, Unternehmen) differenziert geliefert werden. Jeder erneute Datenimport ersetzt bereits existierende Daten und wird datiert. Regeln, Begründungen und Kommunikation sind ebenfalls dynamisch und versioniert.

Der Übergang von einer **Erhebungsphase** zur nächsten ist jeweils an Bedingungen zeitlicher, inhaltlicher und prozessualer Art geknüpft und erfolgt gestaffelt. Jede Erhebungsphase sollte spätestens an einer vorgegebenen **Frist** abgeschlossen sein. Die Kantone sind für das **Mahnwesen** zuständig. Die zuständige kantonale Stelle mahnt die Direktion des säumigen Datenlieferanten mindestens zweimal, bevor das **Mahnwesen** in die Kompetenz des *BFS* übergeht.

Nach Abschluss der Erhebung werden die Daten für die offizielle **Nutzung** nach KVG und *BStatG* freigegeben.

Der Variablenbeschrieb wird in Zusammenarbeit mit den Stakeholdern im Rahmen der Fachkommission **SpiGes** ständig weiterentwickelt. Die neu entwickelten Schnittstellen können auf einer hierfür vorgesehenen Testumgebung getestet werden.

Folgende Abbildung zeigt den Erhebungsprozess mit den beteiligten Datenlieferanten und *kantonalen Erhebungsstellen*, den Datenfluss (Input und Output) sowie die verschiedenen Erhebungsphasen (**Autonome Prüfung, Plausibilisierung, Freigabe KVG und BstatG, Aufbereitung**):

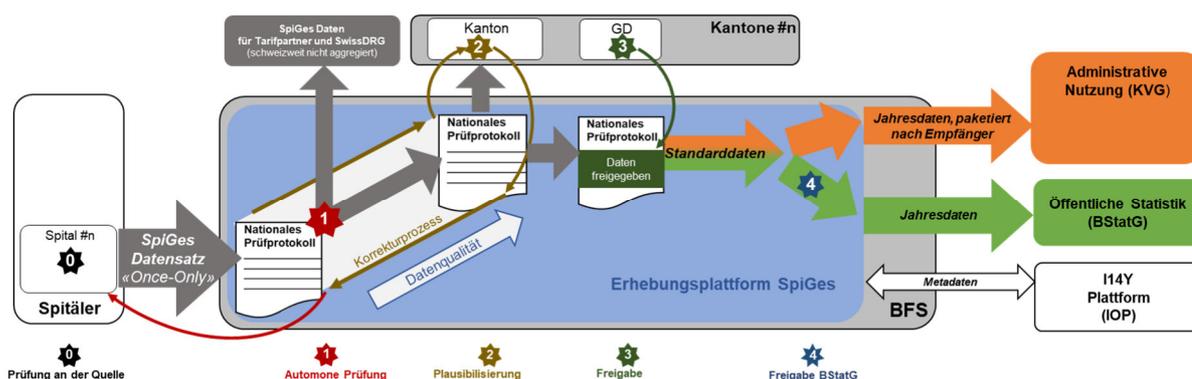


Abbildung 16: SpiGes Zielbild

4.1 Vorbereitung der Datenlieferung

Aktualisierung der Grundgesamtheit

In der Initialisierungsphase der Erhebung (September-November des Datenjahres) schickt das *BFS* den *kantonalen Erhebungsstellen* die Betriebslisten ihres Kantons zu. Diese Listen enthalten Vorjahresangaben oder Vorschläge zu den Spitalunternehmen (*ENT-ID*, Name, Adresse, PLZ, Ort, staatliche Kontrolle, Rechtsform usw.) und den Spitalstandorten (Kanton Standort, Standort-*BUR*, Name Standort, Adresse Standort usw.), welche vom Kanton auf den neuesten Stand gebracht werden. Das *BFS* gleicht die aktualisierten Angaben mit dem Betriebs- und Unternehmensregister (*BUR*) ab. Bei neuen Spitalunternehmen vergibt das *BUR* die eindeutigen Identifikatoren, welche vom *SpiGes* Team an den Kanton gemeldet werden.

In Zukunft ist ein automatisierter Prozess vorgesehen (siehe Kapitel 6.2 Weitere Entwicklungsschritte). Dabei hat die zuständige kantonale Stelle Zugriff auf das *BUR* und aktualisiert die Angaben zu den Spitalunternehmen und Spitalstandorten ihres Hoheitsgebietes selber.

Aktualisierung Plattform und Kommunikation der Änderungen

Vor Beginn der Erhebung im Januar des Erhebungsjahres muss die *SpiGes* Plattform aktualisiert und die Datenlieferanten informiert werden. Folgende Punkte sind dabei zu beachten:

1. Das *BFS* erfasst für jedes Spitalunternehmen die kennzeichnenden Informationen (Name, Adresse, Klassifizierungen etc.). Diese eingegebenen Informationen können im späteren Verlauf der Erhebung durch die Kantone oder die Betriebe nicht mehr modifiziert werden.
2. Die aktuellen Versionen aller nötigen Klassifikationen (*CHOP*, *ICD-10-GM*, *DRGs*, *SPLG*, *PLZ*) werden auf die *Erhebungsplattform SpiGes* importiert. Auf der Plattform können so während der Erhebung der Daten Kennzahlen berechnet werden (z.B. *DRGs*).
3. Das *BFS* erstellt und verwaltet die für die Plattform notwendigen Zugriffsrechte der Mitarbeitenden des *BFS* und der kantonalen Erhebungsstellen. Die *kantonalen Erhebungsstellen* aktualisieren die Zugriffsrechte der Datenlieferanten. Sowohl die Datenlieferanten wie die *kantonalen Erhebungsstellen* und die *BFS* Mitarbeiter erhalten einen Usernamen und Passwörter, welche den Schutzkonzepten des Bundes entsprechen.

entsprechen.

4. In einem Kommunikationsbereich auf der Plattform wird rechtzeitig über alle Neuerungen der Schnittstelle, Erhebungsprozess usw. für die aktuelle und die kommende Erhebung informiert.

4.2 Prüfungskonzept

Auf der *Erhebungsplattform SpiGes* werden verschiedenste Prüfungen durchgeführt, um die Qualität der Daten sicherzustellen und zu dokumentieren. Es gibt unterschiedliche Prüfungstypen, Fehler resp. Warnungen und ein *Prüfprotokoll*, welches die wichtigsten Ergebnisse des Prüf- und Plausibilisierungsprozesses dokumentiert.

Prüfungstypen

In *SpiGes* gibt es drei unterschiedliche Prüfungstypen. In der Formatprüfung wird sichergestellt, dass der Datensatz das richtige Format aufweist, so dass er überhaupt verarbeitet werden kann. In den Einzelfallprüfungen werden Variablen für jeden Fall (oder andere Elemente) auf inhaltliche Korrektheit geprüft. In den Kennzahlenprüfungen werden Indikatoren für ein Spitalunternehmen oder einen Standort berechnet und geprüft. Im Folgenden werden konkrete Beispiele zur Anschauung aufgelistet.

Formatprüfung

Die Daten einzelner Kapitel werden auf die Plattform hochgeladen und auf formale Korrektheit geprüft. Beim ersten entdeckten Fehler wird der Import gestoppt (die bereits importierten Daten werden nicht gespeichert) und es wird eine entsprechende Meldung angezeigt.

Prüfbeispiele:

- Gültigkeit der Datensatzversion
- Struktur der Datei (Recordarten, Trennzeichen, Anzahl, Art und Länge der Attribute usw.).
- Anzahl Variablen pro Record
- Eindeutigkeit der Primärschlüssel

Einzelfallprüfung

Wenn in der Formatprüfung keine Fehler gefunden werden, wird jedes Kapitel auf inhaltliche Korrektheit geprüft. Einzelfallprüfungen werden für alle Elemente im Datensatz (i.d.R. Fälle) wiederholt durchgeführt. Nur die fehlerhaften Prüfungen (Fälle) werden angezeigt. Diese Prüfung basiert auf dem herkömmlichen Plausibilisierungskonzept der Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik (MedPlaus) sowie auf Prüfregeln, die in der Fachkommission *SpiGes* erarbeitet wurden (vgl. Kapitel 3.2).

Prüfbeispiele:

- Vorzeichen von Zahlen
- Ausprägungen der Variablen
- Missings (leere Werte oder Nullwerte)
- Inhaltliche Prüfungen (jeder Fall muss Anlagenutzungskosten aufweisen)

Kennzahlprüfung

Bei den Kennzahlprüfungen werden die Daten verschiedener Kapitel und Datenjahre quer

verglichen und geprüft. Finanzbuchhaltung und Abstimmbrücke werden aus der *KS* auf die SpiGes Plattform geladen und mit den Kosten verglichen. Deren Ergebnisse werden unabhängig davon dargestellt, ob die Prüfungen anschlagen oder nicht. Kennzahlprüfungen können durch die Fachkommission *SpiGes* erarbeitet werden (vgl. Kapitel 3.2).

Prüfbeispiele:

- Vergleiche mit Vorjahresdaten auf Standortebene und Unternehmensebene
- Vergleich Anzahl Fälle in den Leistungsdaten und den ökonomischen Daten
- Anteil Anlagenutzungskosten an den Gesamtkosten eines Standorts

Fehler und Warnungen

Einzelfall- und Kennzahlprüfungen können unterschiedlich rigide sein und entweder einen Fehler oder eine Warnung generieren. Warnungen werden angezeigt, müssen aber nicht zwingend korrigiert oder begründet werden. Fehler hingegen sind zwingend zu begründen. Ob eine Prüfung einen Fehler oder eine Warnung generiert, hängt von deren Eindeutigkeit ab. Mit den Warnungen kann die Datenqualität auch in Bereichen verbessert werden, wo keine eindeutigen Prüfungen möglich sind.

- **Warnung** → Korrektur/Begründung **optional**
- **Fehler** → Korrektur/Begründung **zwingend**

Nationales Prüfprotokoll SpiGes

Die Prüfergebnisse können als *Prüfprotokoll* von der *Erhebungsplattform SpiGes* exportiert werden. Dieses Protokoll ist ein Indikator der Datenqualität und enthält die Resultate aus den durchgeführten Prüfungen sowie Zusammenfassungen der Kennzahlen des Spitalstandorts und des Spitalunternehmens und wird versioniert. So können Doppelspurigkeiten in der Datenerhebung und -prüfung vermieden und das Vertrauen in die Daten gestärkt werden.

Die folgenden Abbildungen dienen als Anschauungsbeispiele:

Erhebung 2023		Version 1.1	
-	Kapitel 1 : MS ----- 20 Fehler, 2 Warnungen ---- 4 begründet, 16 offen ---- 3 OK, 3 nicht OK ..	Kommentar	
-	Diagnosen ----- 20 Fehler, 2 Warnungen ----4 begründet, 16 offen ---- 3 OK, 3 nicht OK ..		
		<u>Spital</u>	<u>Kanton</u>
Fehler 1 ---	Beschreibung	<input type="text" value="Begründung"/>	<input type="button" value="OK"/>
Fehler 2 ---	Beschreibung	<input type="text" value="Begründung"/>	<input type="button" value="Nicht ok"/>
Fehler 3 ---	Beschreibung	<input type="text" value="Begründung"/>	<input type="button" value=""/>
Fehler 4 ---	Beschreibung	<input type="text" value="Begründung"/>	<input type="button" value=""/>
+	Kapitel 2 : KTR ----- 20 Fehler, 2 Warnungen ---- 4 begründet, 16 offen ---- 3 OK, 3 nicht OK ..		
+	Kapitel 3 : KTR ----- 20 Fehler, 2 Warnungen ---- 4 begründet, 16 offen ---- 3 OK, 3 nicht OK ..		

Abbildung 17: Mögliches Nationales Prüfprotokoll - Einzelfallprüfungen

Spital – Erhebung 2023								
+ Kapitel 1 : MS	-----	2 Fehler, 2 Warnungen	----	1 begründet, 1 offen	----	0 OK, 1 nicht OK		
+ Kapitel 2 : KTR	-----	25 Fehler, 0 Warnungen	----	25 begründet, 0 offen	----	25 OK, 0 nicht OK		
+ Kapitel 3 : KTR	-----	7 Fehler, 3 Warnungen	----	4 begründet, 3 offen	----	2 OK, 2 nicht OK		
+ Kapitel 4 : Kennzahlen		5 Fehler, 0 Warnungen	----	2 begründet, 3 offen	----	1 OK, 1 nicht OK		
Anzahl Fälle nach Tarifsysteem im Vergleich zum Vorjahr								
	2022		2023		Veränderung		Prüfung	Begründung
	Absolut	Anteil	Absolut	Anteil	Absolut	Anteil		
SwissDRG	525	78%	611	79%	16%	2%	OK	Coronawelle: ältere Akutpatienten konnten nicht in Heime rückverlegt werden
ST Reha	150	22%	142	18%	-5%	-17%	OK	
Langzeit/AÜP	1	0.1%	22	2.8%	2100%	1819%	Nicht OK	
Total	676	100%	775	100%	15%		OK	

Abbildung 18: Mögliches Nationales Prüfprotokoll - Kennzahlenprüfungen

4.3 Erhebungsprozess

Die Erhebung der Daten startet im Januar Datenjahr +1 und läuft in aufbauenden Schritten iterativ ab. Zuerst übermittelt das Spital die Daten auf die Plattform. Diese werden formal und inhaltlich getestet und die Testergebnisse auf der Plattform abgebildet. Als ersten Schritt bereinigt das Spital die Daten mit einer **autonomen Prüfung** auf der *SpiGes*-Plattform und begründet Prüfungen, die anschlagen. Im zweiten Schritt beurteilen die Kantone (*Erhebungsstellen* und Gesundheitsdirektionen) diese Begründungen und verlangen gegebenenfalls Korrekturen vom Datenlieferant (**Plausibilisierung**). Bei jeder Nachlieferung durchlaufen die Daten erneut die ersten beiden Schritte. Sind diese abgeschlossen kann als dritter Schritt die **Freigabe** durch die Kantone erfolgen. Dabei ist sowohl eine Freigabe der Daten nach KVG als auch nach *BStatG* erforderlich. Daraufhin erfolgt im vierten Schritt die **Aufbereitung** getrennt nach KVG und *BStatG*.

Vorgelagert zu diesem Erhebungsprozess werden die Daten auf hauseigenen Systemen der Spitäler **«an der Quelle»** geprüft. Dazu bereitgestellte Prüftools können in die Systeme integriert werden. Ausserdem besteht die Möglichkeit die Daten unterjährig, d.h. bereits vor der eigentlichen Datenerhebung auf der *SpiGes*-Plattform prüfen zu lassen.

Folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Erhebungsphasen:

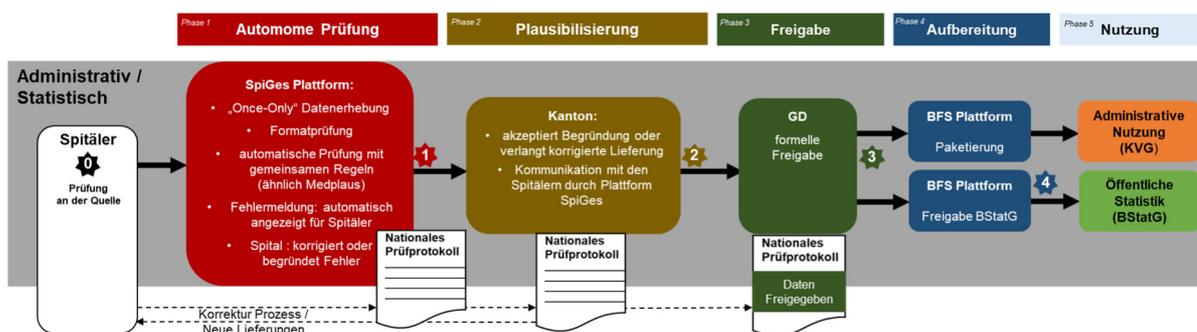


Abbildung 19: Erhebungsphasen

Die Daten können erst freigegeben werden, wenn sämtliche Prüfungen der vorherigen Phase abgeschlossen wurden. Jede Erhebungsphase sollte spätestens an einer vorgegebenen Frist abgeschlossen sein. Der zeitliche Ablauf der Erhebung ist in der folgenden Abbildung dargestellt:

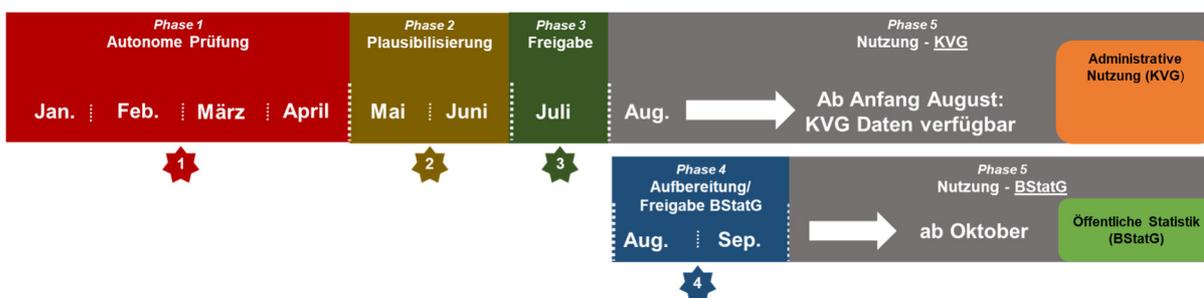


Abbildung 20: Fristen der Datenerhebung und Datennutzung

Die ganze Kommunikation zwischen Datenlieferant, Kanton und BFS sowie die Plausibilisierungsarbeit läuft über die SpiGes-Plattform. Dort wird für jeden Fehler dessen Status, die dazugehörige Kommunikation (Chat-Format) und eine Begründung angezeigt. Fehler gelten als offen, bis die kantonale Erhebungsstelle entweder die Begründung des Betriebs akzeptiert (Status O.K.) oder aber den Fehler akzeptiert, da er nicht korrigierbar ist (Status Fehler akzeptiert).

Prüfung «an der Quelle»

Idealerweise werden die Daten direkt im Eingabesystem des Spitals geprüft. Dazu stellt das BFS eine automatisierte Lösung für die Integration in die spitaleigene Informatikumgebung bereit. Die Spitalunternehmen haben zudem die Möglichkeit, ihre Daten mit der SpiGes-Plattform während dem Datenjahr zu überprüfen. Da diese Prüfung vor dem regulären Start der Erhebung (Januar Erhebungsjahr) erfolgt, wird dazu eine Test-Erhebung verwendet.

Autonome Prüfung

Das Hochladen der Daten kann zeitlich und inhaltlich gestaffelt erfolgen. Bis spätestens Ende April (Datenjahr + 1) müssen alle Daten des Spitals auf der Plattform verfügbar sein. Der Import der Daten erfolgt kapitelweise. Falls das entsprechende Kapitel bereits besteht, werden die

früher importierten Daten desselben Kapitels vollständig durch die Daten des Uploads ersetzt.

Bei einem Upload werden sämtliche Prüfungen automatisch durchgeführt, deren Ergebnisse gespeichert und dargestellt. Ebenfalls automatisch werden Anreicherungen (z.B. SwissDRG-Groupen) vorgenommen, um die Daten auch diesbezüglich prüfen zu können. Die Prüfregeln für die autonome Prüfung werden in Zusammenarbeit mit den Datenlieferanten und -nutzern vereinbart (vgl. Kapitel 3.2) und sie sind ebenfalls für alle Verwendungszwecke einheitlich.

Der Betrieb bearbeitet die Prüfergebnisse nun autonom und korrigiert die Daten wo möglich. Ist keine Korrektur möglich oder hat die Prüfung zu Unrecht angeschlagen, verfasst der Betrieb auf der Plattform eine Begründung. Weiter kann eine Prüfung auch eine Warnung generieren, die aber nur als Hinweis dient und nicht zwingend begründet oder korrigiert werden muss. Sind alle Fehler korrigiert oder begründet, ist die autonome Prüfung abgeschlossen. Dies muss bis Ende April erfolgen.

Plausibilisierung

Wenn der Datenlieferant sämtliche Fehler korrigiert oder begründet hat, ist es die Aufgabe der Kantone, die Begründungen zu plausibilisieren. Dazu können die Kantone Begründungen akzeptieren (Status «OK») oder in der Chat-Funktion, die bei jeder fehlerhaften Prüfung zu sehen ist, Rückfragen stellen oder eine Neulieferung anfordern. Ist ein Fehler nicht korrigierbar, so kann der Kanton diesen auch akzeptieren (Status «Fehler akzeptiert»).

Die Datenlieferanten können im Chat antworten oder korrigierte Daten hochladen, wobei der Prozess wiederum bei der autonomen Prüfung beginnt. Dieser iterative Prozess dauert so lange bis keine Fehler mehr offen sind. D.h. die Fehler wurden entweder korrigiert, akzeptiert oder die Begründung des Datenlieferanten wurde angenommen.

Das *BFS* wird in diesen Prozess nur bei Nachfragen involviert. Die Beteiligten in den Kantonen und den Betrieben werden über den Stand der Prüfungen und relevante Aktivitäten auf der Plattform laufend informiert (konfigurierbare Mail-Updates).

Die Plausibilisierung erfolgt sowohl aus einer statistischen Optik als auch aus einer KVG-Optik. Prüfungen können auf der *SpGes*-Plattform nach diversen Kriterien gefiltert werden. So können die Kantone die Aufgaben intern verteilen, so dass z.B. das Gesundheitsamt Prüfungen zu Finanzthemen übernimmt und das kantonale statistische Amt die restlichen Prüfungen. Die Organisation ist den Kantonen überlassen. Weiter können die Kantone die Daten auch exportieren und weitere Plausibilisierungen ausserhalb der Plattform vornehmen.

Sobald keine offenen Fehler mehr bestehen, kann die Plausibilisierung der Daten eines Spitalstandorts oder Spitalunternehmens abgeschlossen werden. Die Plausibilisierung hat bis Ende Juni zu erfolgen.

Abschluss und Freigabe

Am Ende der Plausibilisierung muss die Korrektheit der Daten zuerst durch die Verantwortlichen des Spitals auf der *SpGes*-Plattform bestätigt werden. Danach kann der Abschluss durch den Kanton erfolgen. Dieser Schritt umfasst sowohl den Abschluss der statistischen Erhebung nach *BStatG* als auch die Freigabe der Daten für die administrative Verwendung nach KVG. Um die Verbindlichkeit der Daten im KVG-Bereich zu gewährleisten, obliegt es den kantonalen Gesundheitsämtern, die Daten offiziell für diese Nutzung freizugeben¹⁶. Sollte in einem dieser Abschlusschritte nochmals ein Fehler entdeckt werden,

¹⁶ Dies geht einher mit den in Artikel 117 ff. BV verankerten Zuständigkeiten, wonach für das Gesundheitswesen grundsätzlich die Kantone verantwortlich sind.

kann der Prozess ausnahmsweise wieder gestartet werden.

Der beschriebene Abschlussprozess erfolgt sowohl für die Daten eines Standorts (ca. 90% der Prüfungen) als auch für die Daten des gesamten Unternehmens (v.a. Finanzbuchhaltung, Abgleich KS). Grundsätzlich sind für Spitalstandorte immer die Standortkantone zuständig, für Unternehmen der Kanton des Hauptsitzes. Individuelle Absprachen zwischen den Kantonen sowie entsprechende Anpassungen in *SpiGes* sind jedoch möglich.

Nachdem sowohl auf Standort- als auch auf Unternehmensebene die Datenerhebung nach *BStatG* abgeschlossen und die Daten nach KVG freigegeben sind, werden diese auf der *SpiGes*-Plattform als definitiv gekennzeichnet. Die Daten, die Stati der Prüfungen und die Kommunikation können nun nicht mehr verändert werden. Neue Datenlieferungen sind für andere Prozesse (Tarifpartner) zwar noch möglich. Diese haben jedoch keinen Effekt auf die definitiven Daten gemäss KVG und *BStatG*¹⁷. Abschluss und Freigabe KVG erfolgen bis Ende Juli.

Aufbereitung und Nutzung nach BStatG

Nach Freigabe der KVG Daten durch die kantonalen Behörden können die Daten durch das *BFS* konsolidiert werden. Die freigegebenen Daten werden im August des Erhebungsjahres gemäss dem *Bearbeitungsreglement KVG* paketiert und den administrativen Datennutzern nach KVG zur Erfüllung ihrer Gesetzaufträge zur Verfügung gestellt.

Parallel fließen die Daten in das Statistiksystem für die Nutzung nach *BStatG* im Rahmen der öffentlichen Statistik. Die Daten werden für die statistische Verwendung vom *BFS* aufbereitet (vgl. Kapitel 4.4 Datenverarbeitung) und zur Nutzung freigegeben. Die Nutzung dieser Daten ist im *SpiGes*-Prozess ab Anfangs Oktober vorgesehen.

4.4 Datenverarbeitung

Mit Abschluss der Datenerhebung liegen dem *BFS* validierte Daten vor, welche von den Betrieben und Kantonen freigegeben wurden. Im ersten Schritt der Datenverarbeitung nimmt das *BFS* zusätzliche Anreicherungen/Codierungen vor:

Die Daten werden mit zusätzlichen Informationen ergänzt, welche für Standardprodukte regelmässig benötigt werden (z.B. Grossregionen, MedStat-Regionen, mobilité spatiale Regionen usw).

Die Identifikatoren (*ENT-ID*, *BUR-Nr.*, *GLN*¹⁸, *AHV-Nr.*) der verschiedenen *Erhebungseinheiten* (Unternehmen, Standort, Operateur, Fall, Patient) werden gemäss den Vorgaben des Bundes pseudonymisiert und somit die Daten für die Nutzer anonymisiert.

Die statistischen und administrativen Daten werden getrennt gespeichert.

Prozess der statistischen Datenverarbeitung

In der Datenanalyse werden die statistischen Produkte erstellt. Dabei werden Standardprodukte ausgewertet. (z.B. Standardtabellen, Daten für das online Datenportal (STAT-TAB) etc.). Da sich diese wiederkehrenden Analysen kaum verändern, können sie

¹⁷ Nachträgliche Lieferungen sind nach Abschluss möglich, da die Prozesse A, B und C nicht bis zum Ende koordiniert sind. Würde man die Plattform nach Abschluss der Erhebung sperren, würden die Daten für die Prozesse B und C (SwissDRG, Tarifpartner) an der *SpiGes* Plattform vorbei geliefert und die Spitäler müssten zusätzliche Schnittstellen implementieren.

¹⁸ Die GLN sind öffentlich zugänglich im Medizinalberuferegister zu finden: <http://www.medregom.admin.ch/>

weitgehend automatisiert erfolgen. Für vertiefte Datenanalysen und Datenanalysen auf Anfrage werden spezialisierte Produkte (z.B. Pressemitteilung zu einem aktuellen Thema) und Kundenanfragen bearbeitet. Eine Automatisierung ist hier kaum möglich.

Für die statistische Diffusion werden sämtliche Identifikatoren der Betriebe und der Medizinalpersonen anonymisiert. Die im Erhebungsprozess bereits anonymisierten Patientendaten werden aus Datenschutzgründen ein zusätzliches Mal anonymisiert. Die Nutzung der so anonymisierten statistischen Daten ist grundsätzlich frei.

Prozess der administrativen Datenverarbeitung

Bei der Datenverarbeitung werden für die verschiedenen Nutzer die entsprechenden Daten gemäss *Bearbeitungsreglement* bereitgestellt. Die Daten können direkt von der Plattform in dem für KVG-Zwecke vorgesehenen Format heruntergeladen werden.

Das *BFS* führt keine administrative Datenanalyse im eigentlichen Sinne durch. Um jedoch den Datenverwendern für administrative Zwecke die Daten in der Form anbieten zu können, wie sie zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags benötigt werden, führt das *BFS* bei Bedarf unterstützende Vorarbeiten wie Aggregation, Selektion etc. durch, z.B. die Aufbereitung der Informationen für das ITAR-K®. Die eigentliche Analyse erfolgt bei den Datenverwendern für administrative Zwecke selber. Die Nutzung von Identifikatoren richtet sich nach den geltenden Datenschutzbestimmungen.

4.5 Fristen und Sanktionen

Grundsätze

- Ziel ist es, dass die Daten rechtzeitig zur Verfügung stehen. Der Prozess darf nicht durch einzelne säumige Instanzen (Spitäler, Kantone) aufgehalten werden.
- Generell sollten die Arbeiten so früh wie möglich angegangen werden, da Probleme oft erst auftauchen, wenn man die Daten hochlädt oder wenn sie durch den Kanton geprüft werden.
- Damit diese Fristen eingehalten werden können, ist es erlaubt, via *KS* Erhebung provisorische Daten der Finanzbuchhaltung zu liefern, die von der Revisionsstelle noch nicht abgenommen wurden.

Fristen für die Datenerhebung und das Sanktionsverfahren

Die in Kapitel 4.3 Erhebungsprozess beschriebenen letzten Fristen bevor eine Phase abgeschlossen werden kann, unterscheiden sich zwischen Leistungs- und Kostendaten. Die Fristen der Erhebung der Leistungsdaten werden im Vergleich zu den Fristen der Kostendaten um einen Monat vorverlegt. Dies entspricht der bereits gängigen Praxis.

Gemäss Art. 6 Abs.1 des Bundesstatistikgesetzes¹⁹ sowie Art. 6 Abs. 1 der Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes²⁰, sind die zur Befragung ausgewählten natürlichen und juristischen Personen verpflichtet die Auskünfte

¹⁹ Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992 (BstatG), SR 431.01

²⁰ Verordnung vom 30. Juni 1993 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes, SR 431.012.1

wahrheitsgetreu, fristgemäss, unentgeltlich und in der vorgeschriebenen Form zu erteilen und dem Bundesamt für Statistik zu übermitteln. Falls ein Betrieb der Auskunftspflicht überhaupt nicht nachkommt und die geforderten Daten nicht liefert oder vorsätzlich falsche Angaben macht oder der Auskunftspflicht nicht richtig nachkommt (z.B. unvollständige Datenlieferung, Nicht-einhalten der gesetzten Fristen, usw.), wird ein bereits bestehendes Sanktionsverfahren²¹ eingesetzt. In diesem ist das Vorgehen bei Verletzung der Auskunftspflicht beschrieben. Folgende Tabellen zeigen den Zeitplan für die Datenerhebung SpiGes und das Sanktionsverfahren:

Initialisierung	31.10. des Datenjahres	Letzte Änderungen der Kantone betreffend der „Liste der auskunftspflichtigen Betriebe“ an das BFS.
------------------------	------------------------	--

Erhebung	Letzter Termin Leistungsdaten	Letzter Termin Kostendaten
Datenerfassung durch Betriebe	28.02. des Erhebungsjahres	31.03. des Erhebungsjahres
Autonome Prüfung durch Betriebe	31.03. des Erhebungsjahres	30.04. des Erhebungsjahres
Plausibilisierung durch Kantone	30.06. des Erhebungsjahres	
Freigabe SpiGes Daten durch Kantone	31.07. des Erhebungsjahres	

Sanktionsverfahren	Letzter Termin²²	Bemerkungen
Liste der zu mahnenden Spitalunternehmen an BFS	30.06. des Erhebungsjahres	Die Kantone liefern dem BFS eine Liste der Spitalunternehmen, die keine Daten geliefert haben. Die Liste enthält Name und Adresse des Spitalunternehmens sowie den Namen von dessen Direktor oder Direktorin.
Letzte Mahnung des BFS an die Spitalunternehmen	15.07. des Erhebungsjahres	Letzte Mahnung des BFS an die Spitalunternehmen, die ohne triftigen Grund keine oder unvollständige Daten geliefert haben, Ansetzung einer Frist von 20 Tagen.
Versand des Schlussprotokolls	10.08. des Erhebungsjahres	Einsprachefrist von 10 Tagen
Versand Strafbescheid	25.08. des Erhebungsjahres	Einsprachefrist von 30 Tagen

Tabelle 7: Erhebungs- und Sanktionsfristen

²¹ BFS, «Vorgehen bei Verletzung der Auskunftspflicht», Neuenburg 2002

²² Das BFS kann auf Wunsch der Kantone ab dem 15. Mai eine 3. Mahnung verschicken. In diesem Fall muss die Liste der betroffenen Betriebe dem BFS spätestens am 30. April zugestellt werden.

Fristen bei interkantonalen Spitalunternehmen

Bei interkantonalen Spitalunternehmen ist die Plausibilisierung der Daten der Standorte bereits einen Monat früher abzuschliessen. So steht ein Monat für die Prüfung der konsolidierten Daten im Hauptsitzkanton zur Verfügung. Für den Hauptsitzkanton gelten in der Folge wieder dieselben Fristen wie bei «normalen» Spitalunternehmen.

Verzug von Spitälern

Um den Plausibilisierungsprozess rechtzeitig abschliessen zu können, muss dieser früh genug gestartet werden. Eine Erstlieferung der Leistungsdaten Ende Februar und der Kostendaten per Ende März ist darum zwingend nötig.

Ist ein Spital in Verzug mit Prüfungen, Korrekturen oder Abschluss, kann der Kanton resp. das *BFS* die Datenerhebung trotzdem abschliessen. Dasselbe ist möglich, wenn ein Spital sich weigert, Fehler zu korrigieren.

In diesem Fall erfolgt der Abschluss «mit Fehlern», was im Prüfprotokoll der betroffenen Spitalunternehmen und -standorte vermerkt wird. Auch in anderen Publikationen kann auf die mangelnde Datenqualität oder -lieferung hingewiesen werden.

Verzug von Kantonen

Für einen rechtzeitigen Abschluss des Plausibilisierungsprozesses, müssen die bestehenden Probleme möglichst frühzeitig identifiziert werden. Nach der Erstlieferung der Spitäler prüfen die Kantone die Lieferungen in der Regel innerhalb von zwei Wochen.

Ist ein Kanton in Verzug mit der Beantwortung von Prüfungen oder dem Abschluss oder sind die Spitäler des Kantons in Verzug, kann das *BFS* nach Ablauf der Erhebungsfristen die Datenerhebung trotzdem abschliessen.

In diesem Fall erfolgt der Abschluss «mit Fehlern», was im Prüfprotokoll der betroffenen Spitalunternehmen und -standorte vermerkt wird. Auch in anderen Publikationen kann auf die mangelnde Datenqualität oder -lieferung hingewiesen werden.

Alternativ zu einem Abschluss «mit Fehlern» können die Kantone beim *BFS* maximal zwei Nachfristen à zwei Wochen beantragen.

Folgende Massnahmen können im Sanktionsprozess ergriffen werden (nach aufsteigender Eskalationsstufe):

1. **Veröffentlichung** der fehlenden Lieferung / mangelhaften Datenqualität in Publikationen des Bundes (z.B. Kennzahlen der Schweizer Spitäler, Fallkostenvergleiche, Standardtabellen)
 - Daten werden mit Stand 31.7. veröffentlicht, unabhängig vom Stand der Datenlieferung, der Plausibilisierung und des Abschlusses. Folgende Vermerke werden gesetzt.

→ Keine Daten	→ «Datenlieferung verweigert»
→ Fehlende Daten	→ «Unvollständige Datenlieferung»
→ Unbegründete Prüfungen	→ «Abschluss mit Fehlern»
→ Fehlender Abschluss	→ «Daten durch Spital/Kanton nicht bestätigt»
 - Das *BFS* stellt eine Liste mit der Datenqualität nach Kanton und Spitälern differenziert

nach den erwähnten Vermerken allen Datenempfänger zur Verfügung.

2. **Busse:** Bei Verletzung der Auskunftspflicht kann das *BFS* Bussen von bis zu 5'000 Fr. verhängen. Vgl. dazu das Konzept «Vorgehen bei Verletzung der Auskunftspflicht» vom Juli 2002.

4.6 Überarbeitung der Variablenliste

Die Schnittstelle ist zum heutigen Zeitpunkt darauf ausgerichtet, möglichst alle sinnvoll integrierbaren Datenbedürfnisse zu integrieren, um das «*Once-Only*» Prinzip umzusetzen. Damit dieses Prinzip aber auch über die Zeit gültig bleibt, braucht es einen Mechanismus um Entwicklungen der **Datenbedürfnisse zu koordinieren** und den Umfang der Erhebung dynamisch anzupassen. Dabei ist auch immer der **Aufwand** auf Seiten der Leistungserbringer zu beachten. Dies alles geschieht in der Fachkommission *SpiGes* (siehe Kapitel 3.2 Governance).

Anpassungen sollen so rasch und flexibel wie möglich erfolgen, ohne jedoch die Datenqualität zu gefährden. Spitäler brauchen für Anpassungen der Informatiksysteme und für die Schulung der betroffenen Mitarbeitenden je nach Komplexität bis zu einem halben Jahr **Vorlaufzeit**, um neue Daten erheben zu können. Bei einer ausserordentlich aufwändigen Änderung muss das Spital noch Budget beantragen. Dies kann die Vorlaufzeit auf ein Jahr verlängern. Bei einem jährlichen Erhebungsrhythmus bedeutet dies, dass reguläre Anpassungen bis im Juni t-1 bekannt sein müssen, um die Daten des Jahres t im Jahr t+1 zu erheben. Bei Daten, die in den Spitälern bereits existieren, entfällt das Erhebungsjahr und die Vorgaben können bis zum Juni t bekannt gemacht werden, um die Daten des Jahres t im Jahr t+1 zu erheben. Bis zu diesen Zeitpunkten im Juni werden die Neuerungen kommuniziert werden und die Fachkommission *SpiGes* wird ihre Entscheide bezüglich der Schnittstelle nach diesem Zeitplan richten.

Kürzer können die Vorlaufzeiten bei **Prüfungen** oder **Klassifikationen** von Drittanbietern sein. Dazu sind in der Regel auf Seiten des Spitals weniger zeitintensive Änderungen nötig. Auch bei diesen Änderungen wird auf genügend lange Vorlaufzeiten geachtet.

Der Datensatz stützt sich auch auf Klassifikationen und Methoden von Drittanbietern, welche jährlich aktualisiert werden. Neue Variablen, Regeln oder Definitionen innerhalb der *SpiGes* Erhebung müssen zeitnah umgesetzt werden können.

Änderungen im **Variablenbeschrieb** *SpiGes* werden den Betrieben gemäss Release-Planung kommuniziert. Sowohl das *BFS* wie die Betriebe implementieren die Änderung bis Ende Datenjahr-1 auf ihren Systemen. Während dem Datenjahr steht die angepasste Version auf einer Testumgebung der Plattform *SpiGes* den Betrieben für Tests zur Verfügung.

Die Daten können jederzeit auf eine **Testplattform** geladen werden. Bei neuen Versionen der Schnittstelle (siehe Kapitel 4.1 Vorbereitung der Datenlieferung) können so im Datenjahr neu eingeführte Variablen, Regeln oder aktualisierte Funktionalitäten der Plattform durch die Spitalunternehmen und *kantonalen Erhebungsstellen* getestet werden. Theoretisch wären auch Datenlieferungen während des Datenjahres möglich. Bis anhin ist dies jedoch nicht vorgesehen.

5 Datennutzung

Die *Erhebungsplattform SpiGes* wird eine zentrale Rolle spielen für die Umsetzung des Once-Only-Prinzips im spitalstationären Bereich, weil Spitaldaten nur einmal für verschiedene Verwendungszwecke erhoben werden. Dabei muss unterschieden werden zwischen der Rechtsgrundlage für die Datenerhebung (*BStatG/KVG*) und der Rechtsgrundlage der Datennutzung (*BStatG/KVG/KRG/UVG*).

Folgende Tabelle zeigt zukünftige Mehrfachnutzungen (Liste nicht abschliessend):

Data Use Cases (nach KVG)	Datennutzer
Beurteilung der Tarife	BAG
Betriebsvergleiche	
Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen	
Veröffentlichung der Daten	
Planung der Spitäler/Geburtshäuser	Kantone
Beurteilung der Tarife	
Tarifstrukturentwicklung	SWISSDRG AG
Tarifverhandlungen und ITAR_K®	Tarifpartner
Beurteilung der Tarife (Empfehlungstätigkeit)	Preisüberwacher
Data Use Cases (nach UVG)	Datennutzer
Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen	MTK
Data Use Cases (nach KRG)	Datennutzer
Jährliche Bekanntgabe der Daten der Patientinnen und Patienten mit Krebsdiagnose	Kantonale Krebsregister
Data Use Cases	Datennutzer
Unterjährigen Daten	Diverse
Weitere Data Use Case (zu definieren)	Diverse

Tabelle 8: Data Use Cases

5.1 Nutzung nach KVG

Die Mehrfachnutzung nach KVG wird im Gesetz und der Verordnung vom *BAG* angepasst werden. Gemäss KVV Art. 30c erstellt das *BFS* in Zusammenarbeit mit dem *BAG* für die Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe von Daten nach Artikel 59a KVG ein ***Bearbeitungsreglement*** im Sinne von Artikel 21 der Verordnung vom 14. Juni 1993 zum Bundesgesetz über den Datenschutz.

Im *Bearbeitungsreglement* werden nach Anhörung der betroffenen Kreise die Variablen im Sinne von Artikel 30a Absatz 1, welche die Leistungserbringer zu liefern haben, festgehalten. Die **Termine der Datenlieferungen** sind vom Verwendungszweck nach KVG abhängig. Die Daten für alle Zwecke nach KVG werden den Nutzern im August des Erhebungsjahres zur Verfügung gestellt. Gemäss KVV Art. 30b Abs. 2 muss die Anonymität der Patientinnen und Patienten bei der Weitergabe der personenbezogenen Daten sichergestellt werden.

Das *BAG* veröffentlicht die Ergebnisse der weitergegebenen Daten zu den Spitalunternehmen nach Artikel 39 KVG auf Stufe der einzelnen Einrichtung mit deren Namen und Standort. Bei den übrigen Leistungserbringern werden die Daten nach Gruppen von Leistungserbringern veröffentlicht. Personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten und des Personals werden nicht veröffentlicht.

Mit diesen Daten wird es für die Datenlieferanten und -nutzenden in verschiedener Hinsicht ein Mehrwert geschaffen: von der Erhebung über die Plausibilisierung bis zur Analyse. Hier sind einige ausgewählte Anwendungsbeispiele («Use-Cases») in der Praxis aufgeführt:

- Dank der systematischen Erfassung von nicht-fallbezogenen Kostenträgern wird es möglich, die gemeinwirtschaftlichen Leistungen zu analysieren, deren Entwicklung zu überwachen und die Klassifikation laufend weiterzuentwickeln. Auch die Aufwendungen für universitäre Lehre und Forschung werden genauer analysierbar.
- Mit der besseren Verknüpfbarkeit der *MS*-Daten mit den Fallkostendaten und deren Verfügbarmachung für alle berechtigten Stakeholder werden vertiefte Analysen der Kosten breiter zugänglich. Dies ist die Grundlage für eine objektive, transparente und datengestützte Entwicklung des Gesundheitswesens, insbesondere der Finanzierung und der Planung. Konkret könnten so z.B. die hochdefizitären Fälle und deren Einfluss auf die Finanzen von Universitäts- und Zentrumsspitalern genauer analysiert werden.
- Mit den neu verfügbaren Informationen zur Abrechnung können Abweichungen zwischen Abrechnung und Betriebsbuchhaltung aufgezeigt werden, was wiederum die Qualität der Daten und letztlich der Tarifsysteme verbessert.
- Die neu enthaltenen Variablen zu den Operierenden erlauben es, für ausgewählte Behandlungen (*CHOP*-Kodes) Mindestfallzahlen für Operierende zu definieren, sei dies auf Ebene *IVHSM* oder auf der Ebene einzelner Kantone.
- *SpiGes* enthält sämtliche Angaben für die Berechnung der Fallkosten gemäss *ITAR_K®* und den Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfungen der *GDK*. Diese stehen maschinenlesbar zur Verfügung, was es erlaubt, Analysen rasch vorzunehmen, die früher nur sehr aufwändig möglich waren. So werden Kostenvergleiche zwischen Spitalern erleichtert und die Diskussionen können sich auf inhaltliche und methodische Fragen konzentrieren.
- Die Neukonzeption des Datenmodells auf Ebene der Erhebungsstellen, d.h. die saubere Unterscheidung von Unternehmen und Standorten ermöglicht zusätzliche und präzisere Analysen auf Unternehmens- und Standortebene.
- Für Spitäler wird es einfacher möglich, Ihre Unternehmen und Standorte mit anderen zu vergleichen. So wird ein lernendes System gefördert.

ITAR_K® aus der SpiGes Plattform Erhebung 2025 bis 2027

Neu wird auch das integrierte Tarifmodell Kostenträgerrechnung (*ITAR_K*), d.h. das Instrument des Spitalverbands H+, das für die Messung der Wirtschaftlichkeit (z.B. im Rahmen der Vergabe der Leistungsaufträge durch die Kantone) und für die Tarifbestimmung angewendet wird, direkt über die *SpiGes*-Plattform erstellt. H+ ist einverstanden den Prozess der Erstellung des *ITAR_K®* Exports H+ in die *SpiGes* Plattform zu integrieren. Das geistige Eigentum von *ITAR_K®*, insbesondere im Hinblick auf die künftige Weiterentwicklung, bleibt ausschliesslich bei H+.

Das vollständige *ITAR_K®* Export File inklusive Zusatzinformationen wird mittels der *SpiGes* Plattform mit *SpiGes* Daten generiert. Das Spital gibt das *ITAR_K®* frei und verschickt es zusammen mit dem Prüfprotokoll an die Tarifpartner.

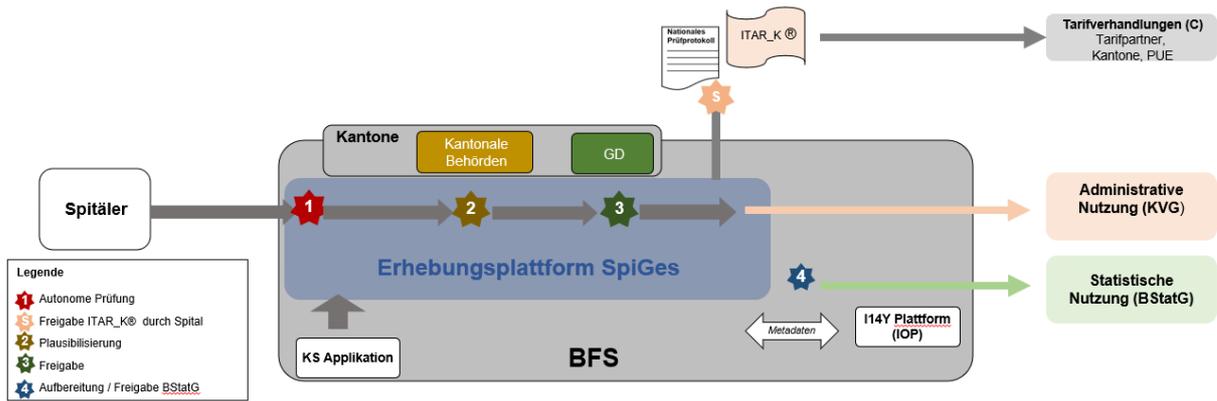


Abbildung 21: ITAR_K® aus der SpiGes Plattform

Der Prozess ab Erhebung der Daten 2027 wird im Kapitel «6.1 Nächste Arbeitsschritte im Projekt SpiGes» im Abschnitt «Übergang zu einer gemeinsamen Plausibilisierung» beschrieben.

5.2 Nutzung nach BStatG

Folgende Abbildung zeigt die Nutzer der statistischen Daten nach BStatG:

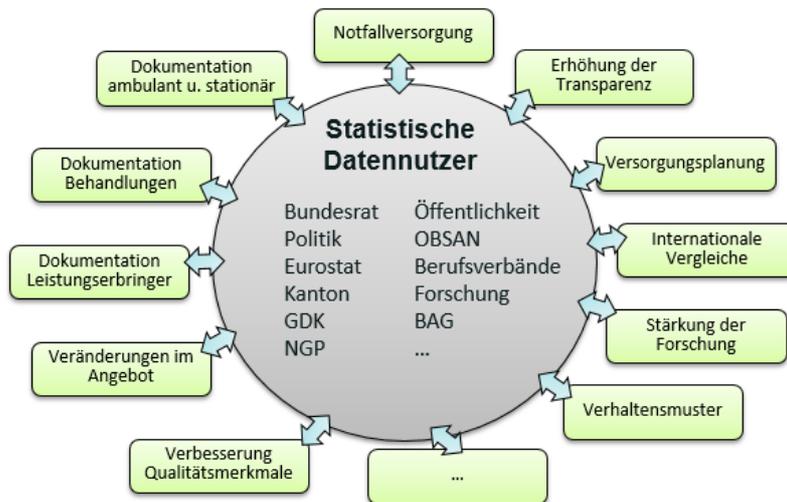


Abbildung 22: Darstellung der statistischen Nutzer

Die statistischen Daten stehen nach der *Aufbereitungsphase* zur Verfügung. Grundsätzlich stehen die Angaben der Forschung, der Politik, weiteren statistischen Organisationen auf internationaler Ebene und Privatpersonen zur Verfügung. Einzeldaten können nur mit einem Datenschutzvertrag an Organisationen geliefert werden. Die Anonymität der juristischen und natürlichen Person muss jederzeit gewahrt werden.

Statistische Daten werden auf der Webseite des *BFS* ab **Oktober des Erhebungsjahres** publiziert und stehen ab da auch zur statistischen Datennutzung zur Verfügung.

Das *BStatG* regelt zudem die **Verknüpfung** der Daten zu statistischen Zwecken, wie auch die Diffusion von statistischen Daten, Analysen, Auswertungen und Ergebnissen.

Mit der systematischen Verwendung von registerbasierten Identifikatoren, insbesondere der AHV-Nummer, wird das Verknüpfungspotential deutlich erhöht. Zum Beispiel wird es möglich, die Überlebensraten nach der Hospitalisierung für bestimmte Operationen gemäss internationalen Standards zu ermitteln. Andererseits hat dabei die Sicherstellung des Datenschutzes höchste Priorität. Die rechtlichen Grundlagen und die Prozesse sind für die öffentliche Statistik gemäss *BStatG* geregelt und auf der Homepage des *BFS*²³ beschrieben. Die Anforderungen und Prozesse bei Datenverknüpfungen für Dritte sind ebenfalls enthalten. Die Forschung macht davon schon heute rege Gebrauch.

²³ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/dienstleistungen/datenverknuepfungen.html>

6 Weiteres Vorgehen

Das vorliegende Detailkonzept dokumentiert die Lösung und bildet die Basis für die Umsetzung gemäss den definierten Zielsetzungen. Aufgrund der vielen gesetzlichen Vorgaben, Aufträge, Strategien und Abhängigkeiten wurde der Umfang der Umsetzung klar abgegrenzt. Gleichzeitig soll mit der Umsetzung von *SpiGes* auch die Basis für weitere Entwicklungen und Ausbauschritte gelegt werden. Entsprechend werden die weiteren Arbeiten aufgezeigt und die damit verbundenen Fragestellungen skizziert. Weiter werden auch die späteren Entwicklungsschritte von *SpiGes* respektive Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Datenmanagement im Gesundheitswesen abgehandelt.

6.1 Nächste Arbeitsschritte im Projekt SpiGes

Arbeitsgruppe (AG) «Prüfung SpiGes»

Im ersten Semester 2022 wurde die Arbeitsgruppe «Prüfung *SpiGes*» gestartet. Diese Arbeitsgruppe wird die im Kapitel 3.2 beschriebenen Aufgaben der späteren Fachkommission *SpiGes* während dem *SpiGes* Projekt umsetzen. Nach dem Projekt wird diese AG Prüfung *SpiGes* in die Fachkommission *SpiGes* umgewandelt. Ziel ist es, Empfehlungen zu Handen des *BFS* zu verabschieden hinsichtlich der Variablenliste, der Prüfungen und der Prozesse.

SpiGes Prozesse

Das *BFS* strebt die vollständige Prozessintegration an und wird die Gespräche mit den betroffenen Stakeholdern diesbezüglich weiterführen. Eine vollständige Prozessintegration bedeutet, dass *H+*, die Versicherer und *SwissDRG AG* direkt auf der *SpiGes*-Plattform plausibilisieren und einen gemeinsamen Datensatz produzieren. Neben den Prüfungen werden auch die Erhebungsfristen über die Fachkommission *SpiGes* koordiniert. Sämtliche finalen Begründungen sind für alle Plausibilisierenden (*BFS*, Kantone, *SwissDRG*, *H+*, Versicherer) sichtbar. Folgende Abbildung zeigt den aktuellen Stand und die Planung der Integration der verschiedenen Datenprozesse in die *SpiGes* Erhebung:

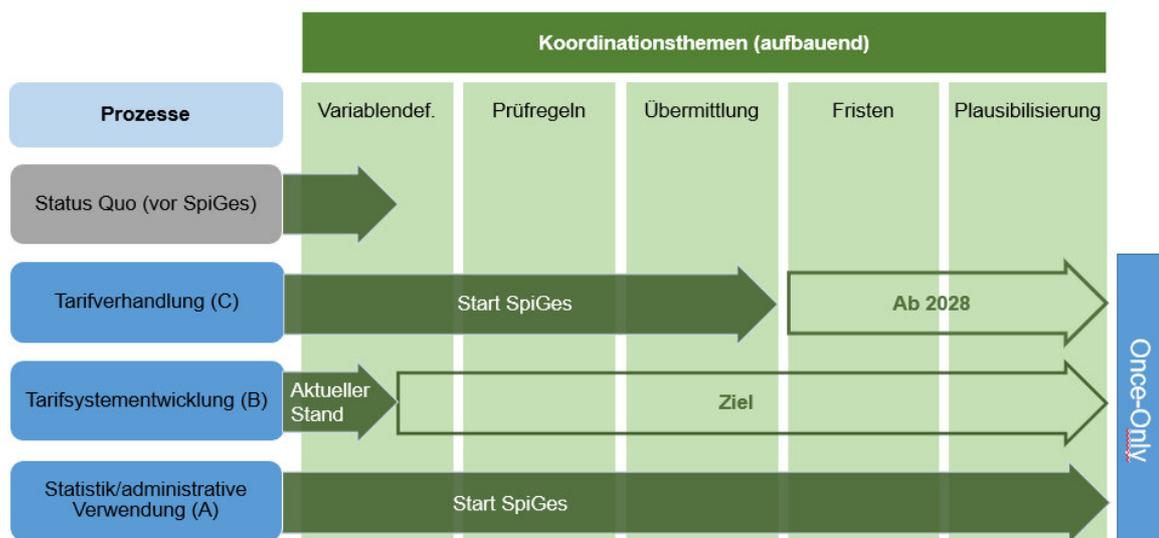


Abbildung 23: Integration der Datenprozesse in SpiGes

Gesamtplanung

Folgende Gesamtplanung* ist vorgesehen:

Aktivitäten	Wer	Wann
Ende Konzeptphase (HERMES)	SpiGes Projektleitung	Mai 2023
Agile Entwicklung mit dem BIT	SpiGes Team, BIT und externe Partner	Jan. 2023 bis Dez. 2024
Realisierungsphase (HERMES)	SpiGes Team, BIT und externe Partner	Juni 2023 bis Okt. 2024
Piloterhebung	SpiGes Team, Kantone, Spitäler	März 2024 bis Juni 2024
Testerhebung (Schnittstelle)	alle Spitäler/Kantone	Okt. 2024
Betriebsaufnahme (HERMES)	SpiGes Projektleitung	Dez. 2024
BETRIEB		ab Januar 2025
Einführungsphase (HERMES)	SpiGes Team, BIT und externe Partner	Nov. 2024 bis Nov. 2025
Projekt Abschluss (HERMES)	SpiGes Projektleitung	30.11.2025

Tabelle 9: Gesamtplanung Projekt SpiGes

* «Best Case» Planung noch abhängig von Abklärungen mit dem Entwicklungspartner und den Beschaffungsmodalitaten gemäss Richtlinien der Bundesverwaltung.

6.2 Weitere Entwicklungsschritte

Die Modernisierungen der Spitalerhebungen des *BFS* werden auch nach Abschluss des Projektes *SpiGes* weitergeführt werden. So ist geplant, künftig die Erhebung der Daten zur Krankenhausstatistik über die in *SpiGes* neu aufgebaute Plattform durchzuführen. Im Rahmen des Datenmanagements soll ein Spitalregister mit den Identifikatoren aus dem Unternehmensregister des *BFS* veröffentlicht werden und die Aktualisierung der *Grundgesamtheit* der Spitalerhebungen wird automatisiert. Weitere langfristige Vorhaben betreffen den spitalambulanten Spitalbereich und eine zeitlich gestraffte Datenerhebung.

Erhebungsplattform SpiGes mit Integration der KS

Im Sinne der Umsetzung von «*Once-Only*» kann nach Inbetriebnahme von *SpiGes* der Scope nochmals erweitert und später in einem weiteren Schritt die *KS* Plattform abgelöst werden:

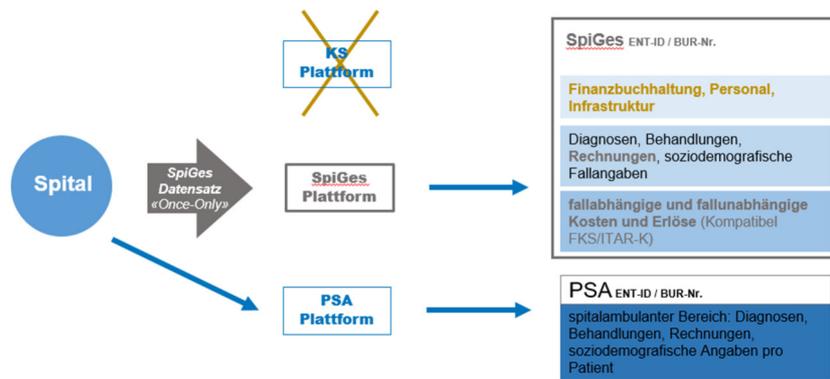


Abbildung 24: Spitalerhebungen – langfristig

Projekt Aufbau eines Spitalregisters der spitalstationären Leistungserbringer

Um übergreifend einen zuverlässigen Datenaustausch im stationären Spitalbereich zu gewährleisten, wurde im Rahmen des Bundesratsberichtes zur Verbesserung des Datenmanagements im Gesundheitsbereich ein neues Projekt angekündigt. Ziel ist ein nationales Spitalregister von Spitälern und deren Standorte, Spitalistenzugehörigkeit, etc. aufzubauen. Folgende Abbildung zeigt einen Überblick:

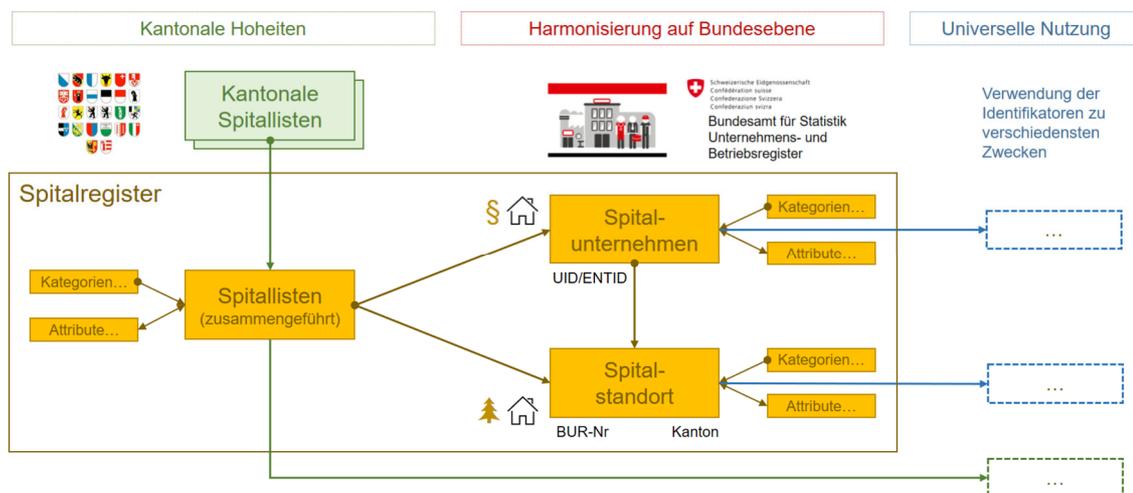


Abbildung 25: Projekt Spitalregister, Systemskizze

In Zukunft ist für die Erhebungen beim *BFS* ein automatisierter Prozess vorgesehen, um die *Grundgesamtheit* der Spitalerhebungen des *BFS* zu aktualisieren (siehe Abbildung 26). Die zuständige kantonale Stelle hat Zugriff auf das Betriebs- und Unternehmensregister (*BUR*) und liefert die Angaben zu den Spitalunternehmen und Spitalstandorten seines Hoheitsgebietes auf einer hierfür vorgesehenen Plattform.

Das Spitalregister wird von grosser Bedeutung für die Erhebungen des *BFS* sein und die Bedürfnisse aller Akteure im Gesundheitswesen hinsichtlich der eindeutigen Identifikation von Spitalunternehmen und Spitalstandorten gemäss ihren gesetzlichen Aufträgen (*KVG*, *EpG*, *BStatG*, *KRG*, *ePG*, *EPDG*, *UVG*, *VVG*, etc.) berücksichtigen.

Spitalregister: Unternehmen | Gesundheitsversorgung | KVG

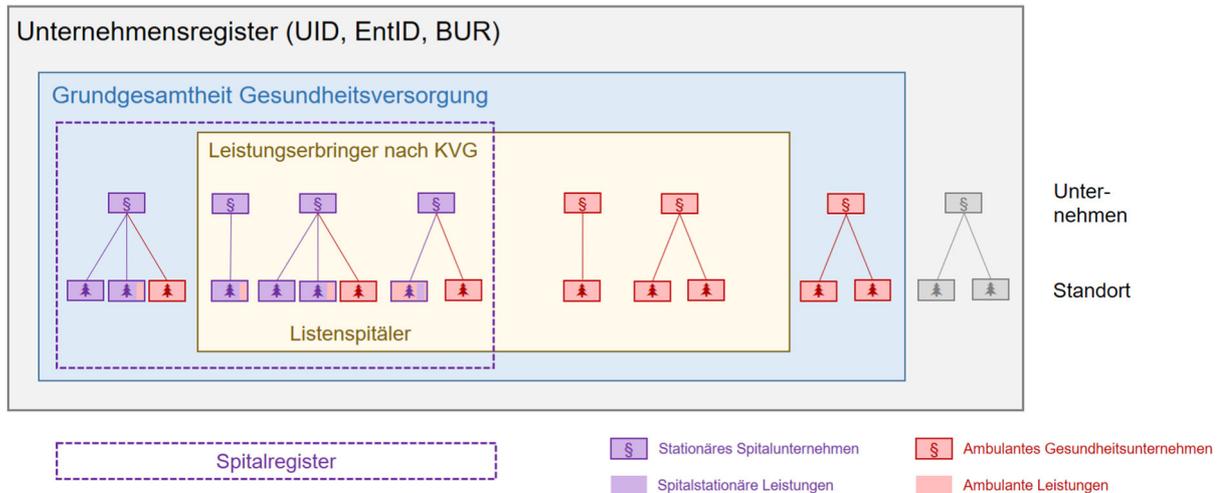


Abbildung 26: Spitalregister, Abgrenzung Grundgesamtheiten

Interoperabilitätsplattform

Die *Interoperabilitätsplattform* (I14Y) ist das Herzstück des Programms Nationale Datenbewirtschaftung (*NaDB*). Der Bundesrat will die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand einfacher und effizienter machen. Das sogenannte «*Once-Only*» Prinzip setzt voraus, dass die gleichen Daten zu unterschiedlichen Zwecken verwendet werden können. Hierzu müssen sie harmonisiert und standardisiert werden. Zugleich muss bekannt sein, welche Daten vorhanden sind.

Die I14Y *Interoperabilitätsplattform* ist die Referenz für Datensammlungen der Schweizer Verwaltung. Sie dokumentiert diese öffentlich, enthält jedoch selber keine eigentlichen Datensätze. Dank Angaben zu den Datenhaltern und den technischen Schnittstellen (APIs) erleichtert sie den Datenaustausch mit und innerhalb der Verwaltung. Die Interoperabilitätsstelle *IOS* stellt die Instrumente zur Harmonisierung, Standardisierung und Mehrfachverwendung von Daten bereit. Sie verwaltet die Basisleistungen der I14Y *Interoperabilitätsplattform*, insbesondere den Katalog mit *Metadaten* und Nomenklaturen.

Entsprechend werden einerseits die Klassifikationen der heutigen *MS* (*ICD-10-GM*, *CHOP*, *SPLG*, etc.) künftig auf der I14Y zu finden sein. Andererseits wird das *SpiGes* Datenmodell (basierend auf dem *SpiGes Datensatz*) als Basis für die Beschreibung der *SpiGes* Variablen für die Verwendung nach *KVG* und *BStatG* dienen und auf der Interoperabilitätsplattform einsehbar sein.

Spitalambulanter Bereich

Mit der Motion (09.3546)²⁴ wird der Bundesrat beauftragt, eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vorzuschlagen und die heutige Finanzierungsordnung zu ändern. Geprüft werden soll eine dual-fixe Finanzierung sämtlicher Leistungen (ambulant und stationär) durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) und die Kantone. Sobald die Parlamentarische Initiative 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand» umgesetzt ist, wird dies die Erfassung der Kosten und Erlöse des spitalambulantem Bereichs, sowie die Abgrenzungskriterien rein ambulanter Spitalstandorte verändern.

Abgrenzung zu ambulanten Einrichtungen

Standorte die ambulanten Leistungen erbringen und einem Spitalunternehmen angehören, liefern Daten über die Infrastruktur der Erhebung der ambulanten Patientendaten von Spitälern und Geburtshäusern (PSA). Diese Erhebung wird von *SpiGes* insofern betroffen sein, dass die Konsistenz der *Grundgesamtheit* und der Patientenidentifikation gewährleistet werden muss. Inhaltlich jedoch sind diese Einrichtungen ausserhalb des Umfangs von *SpiGes*.

Gesundheitseinrichtungen mit einem ambulanten Leistungsangebot, welche nicht einem Spitalunternehmen angehören, liefern Daten in einer anderen Infrastruktur und sind ausserhalb des Umfangs von *SpiGes*.

Straffere Erhebungsfristen

In der Praxis (in einigen Kantonen ist dies derzeit bereits der Fall) liefern einige Spitalunternehmen ihre Daten bereits im Februar. Falls sich eine solche Fristvorverlegung schweizweit durchsetzen liesse, wäre langfristig ein deutlich verkürzter Zeitplan für die Zurverfügungstellung der *SpiGes*-Daten umsetzbar:

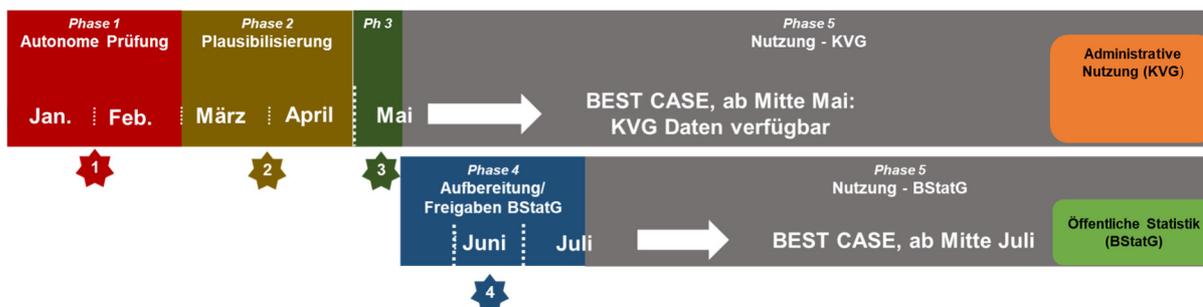


Abbildung 27: Fristen BEST CASE

²⁴ 09.528: Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus (HUMBEL RUTH)

Das BFS plant deshalb die Fristen für die SpiGes Erhebung schrittweise zu straffen:

Jahre		Fristen			Zeit für Prozessschritte in Monaten	
Erhebung	Daten	Autonome Prüfung	Plausibilisierung	def. Daten KVG	Plausibilisierung	Freigabe
2025	2024	30.4.	30.6.	1.8.	2	1
2026	2025	15.4.	15.6.	16.7.	2	1
2027	2026	30.3.	31.5.	16.6.	2	0.5
2028ff	2027ff	15.3.	15.5.	31.5.	2	0.5

Tabelle 10: Schrittweise Straffung der Fristen

Übergang zu einer gemeinsamen Plausibilisierung

Sobald die Fristen gestrafft sind und ein definitives ITAR_K® per Ende Mai (Erhebungsjahr) ab der SpiGes Plattform zur Verfügung steht, erklären sich die Tarifpartner zu einer gemeinsamen Plausibilisierung auf der SpiGes Plattform bereit. Dies ist 2028 geplant.

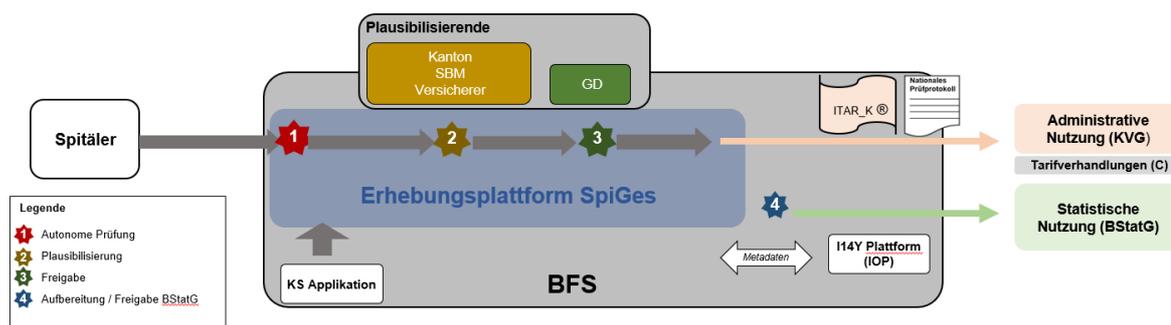


Abbildung 28: Gemeinsame Plausibilisierung Tarifpartner

7 Anhänge

7.1 Kantonale Erhebungsplattform und SpiGes

Einzelne Kantone verfügen bereits über eine eigene Plattform, mit der SpiGes-Daten nach dem *Once-Only-Prinzip* erhoben werden können. Diese Kantone müssen sicherstellen, dass dieselben SpiGes-Daten auf der kantonalen Plattform erhoben werden und dass diese mit denselben SpiGes-Prüfungen geprüft werden (dazu kann die API Prüfung-an-der-Quelle verwendet werden). Sie übermitteln dann mit einer Schnittstelle automatisiert sämtliche Daten im SpiGes-Format an die SpiGes-Plattform. Darüber hinaus liefern sie auch die Begründungen zu den Prüfungen, die angeschlagen haben. Der Abschlussprozess erfolgt auch über die kantonale Plattform. Als Endergebnis liefern die Kantone für jedes Spital ein Prüfprotokoll, das sowohl vom jeweiligen Spital als auch vom Kanton abgesegnet wurde.

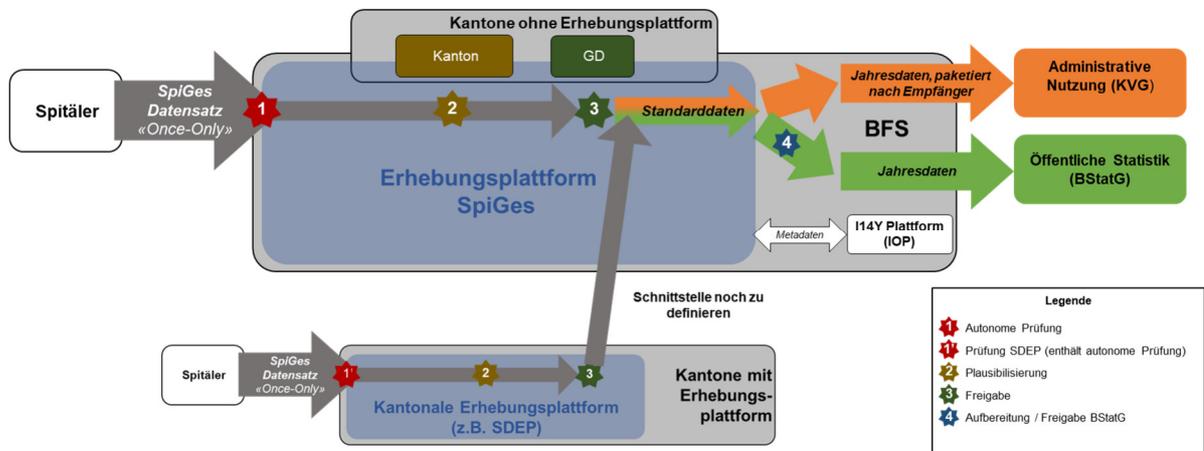


Abbildung 29: Darstellung/Zielbild für Kantone mit SDEP oder andere Erhebungsplattform

7.2 Modell der Grundgesamtheit

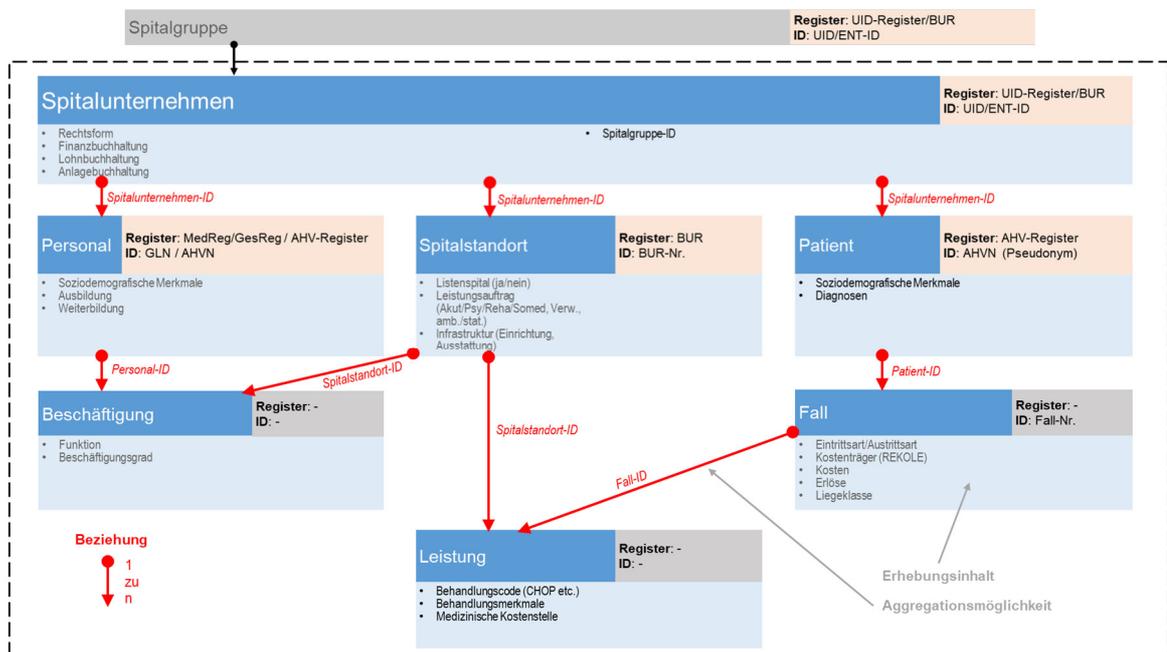


Abbildung 30: Detaillierte Darstellung der Grundgesamtheit und der Erhebungsinhalte

7.3 Glossar

Abkürzung / Fachwort	Erläuterung
<i>Administrative Nutzung (KVG)</i>	Nutzung der Daten, um die Anwendung der Bestimmungen des KVG über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen.
<i>Bearbeitungsreglement (KVG)</i>	https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen.assetdetail.19924165.html
<i>BURV</i>	SR 431.903 Verordnung über das Betriebs- und Unternehmensregister https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1993/2253_2253_2253/de
<i>Erhebungseinheit</i>	Die einer statistischen Erhebung zu Grunde liegenden, exakt definierten Elemente (z.B. aus einer <i>Grundgesamtheit</i>), über die Aussagen gemacht werden.
<i>Erhebungsplattform SpiGes</i>	Web-basierte <i>SpiGes</i> Erhebungsanwendung
<i>Grundgesamtheit</i>	Die <i>Grundgesamtheit</i> bezeichnet diejenige Menge aller Objekte, über die eine Aussage getroffen werden soll, auch Population genannt.
<i>Interoperabilitätsplattform (I14Y)</i>	Die I14Y <i>Interoperabilitätsplattform</i> ist der Nationale Datenkatalog der Schweiz und unterstützt den effizienten Datenaustausch zwischen Behörden, Unternehmen und Bürgern. Darin wird eine Übersicht der Datensammlungen und Schnittstellen von Bund, Kantonen und Gemeinden laufend ausgebaut und deren <i>Metadaten</i> zentral zur Verfügung gestellt. https://www.i14y.admin.ch/de/home
<i>Kantonale Erhebungsstelle</i>	eine an der Bundesdatenerhebung mitwirkende kantonale Behörde
<i>Metadaten</i>	<i>Metadaten</i> sind strukturierte Daten, die Informationen über Merkmale anderer Daten enthalten
<i>Nationales Prüfprotokoll</i>	Dieses Protokoll ist ein Indikator der Datenqualität und enthält die Resultate aus den durchgeführten Prüfungen.
<i>«Once-Only» Prinzip</i>	Die Leistungserbringer liefern mehrfach genutzte Daten nur einmal.
<i>Unternehmenstammdaten</i>	Stammdatenverwaltung: https://www.bk.admin.ch/bk/de/home/digitale-transformation-ikt-lenkung/bundesarchitektur/stammdatenverwaltung.html

Projekt / Programm-Management Begriffe / Abkürzungen

<i>HERMES</i>	Vorgehensmethodik für Projekte und Programme <i>HERMES 5</i> ist ein eCH Standard
<i>NaDB</i>	Programm Nationale Datenbewirtschaftung
<i>SpiGes</i>	Projekt Spitalstationäre Gesundheitsversorgung

Statistik Begriffe / Abkürzungen

<i>BStatG</i>	Bundesstatistikgesetz
<i>FKS</i>	Statistik diagnosebezogener Fallkosten (Fallkostenstatistik)
<i>KS</i>	Krankenhausstatistik
<i>MS</i>	Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Administrative Einheiten und Akteure

<i>BAG</i>	Bundesamt für Gesundheit
<i>BFS</i>	Bundesamt für Statistik
<i>EDI</i>	Eidgenössisches Departement des Innern

<i>Forum Datenaustausch</i>	Im « <i>Forum Datenaustausch</i> » haben sich verschiedene Akteure des Schweizer Gesundheitswesens zusammengeschlossen. Das Forum verfolgt u.a. das Ziel, einheitliche, gemeinsam entwickelte Standards für den elektronischen Datenaustausch festzusetzen. https://www.forum-datenaustausch.ch/de/forum-datenaustausch/forum-datenaustausch/
<i>GD</i>	Gesundheitsdirektion
<i>GDK</i>	Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz
<i>H+</i>	Nationaler Spitzenverband der öffentlichen und privaten Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
<i>SGK</i>	Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit
<i>SH</i>	Stakeholder
<i>SwissDRG AG</i>	«Swiss Diagnosis Related Groups». Gemeinsame Institution der Leistungserbringer, der Versicherer und der Kantone im schweizerischen Gesundheitssystem. Verantwortlich für die Einführung, Weiterentwicklung und Pflege der stationären Tarifstrukturen.

Andere Begriffe / Abkürzungen	
<i>AHV-Nr.</i>	Nichtsprechende Versichertennummer der Alters- und Hinterlassenenversicherung
<i>BUR-Nr.</i>	Nichtsprechende Identifikationsnummer der örtlichen Einheit im Betriebs- und Unternehmensregister (Art. 2a Abs.a und Art. 3 Abs c <i>BURV</i>). Die BUR-Nummer steht in der <i>SpiGes</i> Erhebung für den Spitalstandort; gemäss Definition der <i>Interoperabilitätsplattform</i> : https://www.i14y.admin.ch/de/datasets/ENTERPRISE_MASTER_DATA/datastructure#structure-2
<i>CHOP</i>	Schweizerische Operationsklassifikation
<i>ENT-ID</i>	Nichtsprechende Identifikationsnummer (ENTID-Nummer) des Unternehmens im Betriebs- und Unternehmensregister (Art. 3 Abs. m <i>BUVR</i>). Die ENTID-Nummer steht in <i>SpiGes</i> für das Spitalunternehmen.
<i>ICD-10</i>	«International Classification of Diseases» (Diagnoseklassifikation)
<i>IKT</i>	Informations- und Kommunikationstechnik
<i>IOS</i>	Interoperabilitätsstelle
<i>ITAR_K®</i>	Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis
<i>IVHSM</i>	Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin
<i>KTR</i>	Kostenträgerrechnung
<i>REKOLE®</i>	Revision der Kosten- und Leistungsrechnung
<i>SDEP</i>	Spitaldatenerhebungsplattform (Kanton ZH und BE)
<i>ST Reha</i>	Stationäre Tarifstruktur für die Rehabilitation
<i>TARPSY</i>	nationale Tarifstruktur für stationäre Psychiatrie
<i>UID</i>	Identifikationsnummer der rechtlichen Einheit. Definition gemäss <i>BURV</i> Art. 2a Abs.b <i>rechtliche Einheit: juristische Person oder selbstständig erwerbende natürliche Person, die dem UIDG unterstellt und im UID-Register eingetragen ist;</i>