

Fragebogen MAS-Erhebung Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren 2024 (MAS)

Aus Platzgründen wurde im Text mehrheitlich die männliche Form gewählt, es ist jedoch immer die weibliche Form mitgemeint.

Wenn wir die Erhebung 2023 für Sie erfasst haben, brauchen Sie die mit * gekennzeichneten, *kursiv geschriebenen Fragen* nur bei Änderungen zu beantworten.

Damit wir den elektronischen MAS-Fragebogen für Sie ausfüllen können, benötigen wir nebst den Zugangsinformationen zum eFragebogen (Brief BfS) folgende Zusatzangaben und Unterlagen von Ihnen:

- ☐ Ich habe an der RoKo teilgenommen
Dann brauchen wir das Deckblatt der RoKo 2024 mit PIN und Geheimnummer.
Falls Sie das Deckblatt nicht mehr haben, kontaktieren Sie bitte Ihre Kantonale Ärztesgesellschaft.
- ☐ Ich habe an der RoKo nicht teilgenommen
Dann brauchen wir Ihre Erfolgsrechnung des Jahres 2024
- ☐ Meine Praxis hat nur einen Standort, dieser entspricht der Praxisadresse.
- ☐ Meine Praxis hat mehrere Standorte, ich habe aber nur einen Fragebogen erhalten.

1. Adresse: _____

2. Adresse: _____

Art(en) der Aktivität(en) an allen Standorten (mehrere Antworten möglich):

- ☐ Ambulante Gesundheitsversorgung auf eigene Rechnung (nicht Spital)
- ☐ Ambulante Gesundheitsversorgung auf Honorarbasis (nicht Spital)
- ☐ Ambulante Gesundheitsversorgung im Spital auf eigene Rechnung (Belegarztstätigkeit)
- ☐ Ambulante Gesundheitsversorgung im Spital auf Honorarbasis
- ☐ Stationäre medizinische Spitalversorgung
- ☐ Vertrauensärztinnen/-ärzte
- ☐ Arbeitsmedizin
- ☐ Bereitstellung von Infrastruktur
- ☐ Keine dieser Aktivitäten

Situation des Unternehmensinhabers im Referenzjahr an allen Standorten (wählen Sie mindestens eine Antwort – mehrere Antworten möglich)

- ☐ Keine der folgenden Situationen
- ☐ Ehepaar mit gemeinsamer Arztpraxis
- ☐ Pensioniert, aber noch ärztlich tätig
- ☐ Langzeitabwesenheit (Mutterschaftsurlaub, Militärdienst, Sabbaticals)

Gehört die für die Erbringung der medizinischen Leistungen verwendete Infrastruktur zu Ihrem Unternehmen (Ihrer Praxis)?

- ☐ Ja ☐ Nein

* ☐ Meine Praxis ist ein Teil einer Gruppenpraxis ☐ Meine Praxis ist eine Einzelpraxis
Anzahl Praxen inklusive Ihre eigene: ____

* Ich bin Mitglied eines Ärztenetzwerkes mit Kassenverträgen (Managed Care).

- ☐ Ja ☐ Nein

- * *Terminvereinbarung Sprechstunde:*
- ☐ *Nur auf Voranmeldung (ausser Notfall)*
 - ☐ *Ohne Voranmeldung (Walk-in-Praxis)*
 - ☐ *Mit und ohne Voranmeldung*
- * *Führung der Krankengeschichten:*
- ☐ *Vollständig elektronisch*
 - ☐ *In Papierform*
 - ☐ *Teilweise elektronisch (z.B. Medis, Labor)*
- * *Abgabe von Medikamenten:*
- ☐ *Ja, Praxisapotheke (Selbstdispensation)*
 - ☐ *Ja, Erst-Medikation (Notfallapotheke)*
 - ☐ *Nein*

* *Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, wenn bei Ihnen folgendes Gerät vorhanden ist:*

- ☐ *Analoges Röntgengerät*
- ☐ *Digitales Röntgengerät*
- ☐ *Ultraschallgerät*

Labor:

- ☐ *Hämatologie*
- ☐ *Blutchemie*
- ☐ *Minimallabor*

Wurde an diesem Standort (in Ihrer Praxis) ärztliche Aus- und Weiterbildung im Referenzjahr durchgeführt?

- Weiterbildung für Ärzte ☐ Ja ☐ Nein
- Ausbildung für Medizinstudenten ☐ Ja ☐ Nein

War dieser Standort (diese Praxis) im Referenzjahr ein Lehrbetrieb (z.B. Ausbildung Medizinische Praxisassistenten EFZ)?

- ☐ Ja ☐ Nein

Nichtärztliches Personal:

Bitte geben Sie die Anzahl Personen und die Stellenprozente der in Ihrem Unternehmen (Ihrer Praxis) tätigen Personen mit nichtärztlicher Funktion an. Stichtag ist der 31.12.2024.

Nichtärztliches Gesundheitspersonal	Anzahl Personen	Stellenprozente
Medizinische Praxisassistenten		
Pflege (inkl. Spezialisierungen)		
Diagnostik (Labor/Radiologie/etc.)		
Operationstechnik		
Physiotherapie		
Nichtärztliche Psychotherapie		
Sonstige nicht ärztliche Gesundheitsfachpersonen		
Weitere Personen		
Kaufmännische Leitung, Administration		
Ökonomie, Raumpflege		
Informatik		
Sonstige weitere Personen		

→ Diese Seite ist nur für Spezialisten zum Ausfüllen

Hat dieser Standort (Ihre Praxis) eine der unten genannten Räumlichkeiten oder Geräte?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja

Wie viele der folgenden Räumlichkeiten oder Geräte hat dieser Standort (Ihre Praxis)?

Findet eine gemeinsame Nutzung mit anderen Unternehmen (Praxen) statt?

	Anzahl	Gemeinsam genutzt	
Operationssaal/-säle:	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Geburtssaal/-säle:	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
MRI:	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
CT-Scanner:	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mammographiegerät:	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
DXA-Scanner:	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
PET-Scanner:	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gamma Camera: (inkl. Szintigraphie und SPECT-Scanner)	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Linearbeschleuniger:	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lithotriptor:	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Angiographiegerät:	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Dialysegerät:	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

In der Praxis tätige Ärztinnen und Ärzte

→ **Bitte füllen Sie diese Seite für sich selbst und jeden in der Praxis tätigen Arzt aus.**

Name/Vorname: _____

GLN-Nummer: _____

Arbeitsverhältnis: ☐ Angestellt ☐ Inhaber ☐ Andere

Hauptfunktion: ☐ Facharzt ☐ Assistent ☐ Med. Leitung

Waren Sie am 31. Dezember 2024 für dieses Unternehmen (Praxis) tätig?

☐ Ja ☐ Nein

Arbeitspensum Die Fragen zum Arbeitspensum (Anzahl Halbtage pro Woche, Arbeitszeit in Stunden usw.) beziehen sich ausschliesslich auf die Tätigkeits-/Vertragsdauer des Arztes am <u>angegebenen Standort</u> .		
Tätigkeits-/Vertragsdauer in Monaten (inkl. Ferien, Militär, etc.)		Monate
Davon Wochen abwesend (wegen Aus-, Fort- und Weiterbildung, Ferien, Militär, Krankheit, etc.)		Wochen
• Davon Tage abwesend wegen med. Fort- und Weiterbildung		Tage
Anzahl Halbtage pro Woche, die der Arzt insgesamt in einer durchschnittlichen Woche arbeitet (1 Woche = 14 Halbtage):		Halbtage
• Davon Anzahl Halbtage mit ärztlicher Tätigkeit		Halbtage
• Davon Anzahl Halbtage in der Grundversorgung		Halbtage
Wochenarbeitszeit in einer typischen Arbeitswoche (Schätzung)		Stunden

Weitere ärztliche Tätigkeiten:

- ☐ Hausbesuche
- ☐ Besuche in Heimen (Pflegeheime, Altersheime...)
- ☐ Teilnahme am Grundversorger-Notfalldienst
- ☐ Teilnahme am Spezialisten-Notfalldienst
- ☐ Belegarztstätigkeit mit alleiniger Abrechnung über dieses Unternehmen
- ☐ Belegarztstätigkeit mit teilweiser Abrechnung über dieses Unternehmen
- ☐ Belegarztstätigkeit mit alleiniger Abrechnung über Belegarztspital
- ☐ Keine der oben genannten Tätigkeiten
- Anzahl Tage: _____
- Anzahl Tage: _____

Auftrag zum Ausfüllen der MAS – Erhebung des BfS für das Jahr 2024

Hiermit beauftrage ich PonteNova, für mich den eFragebogen MAS-Erhebung 2024 auszufüllen. Für Teilnehmer der RoKo betragen die Kosten 250 Franken, für alle anderen 400 Franken. Gleichzeitig ermächtige ich PonteNova, falls nötig, meinen persönlichen TrustCenter-Praxispiegel einzusehen.

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns ein grosses Anliegen; wir versichern Ihnen, dass alle Mitarbeiter der PonteNova zur absoluten Geheimhaltung verpflichtet wurden. Das heisst unter anderem, dass sie gegenüber Dritten, über persönliche Kundendaten weder schriftlich noch mündlich Auskünfte erteilen dürfen.

Bitte wählen Sie eine der aufgeführten Freigaben:

- ☐ Ich stelle meine Daten für statistische und aufsichtsrechtliche Zwecke zur Verfügung.
- ☐ Ich stelle meine Daten nur für statistische Zwecke zur Verfügung.

Praxisstempel oder Adresse/Tel. vermerken

Datum: _____ Unterschrift: _____

Beilagen

- ☐ Brief BfS mit Zugangsdaten zum eFragebogen
- ☐ Deckblatt RoKo-Fragebogen (Geheimnummer und PIN) für RoKo-Teilnehmer
- ☐ Erfolgsrechnung 2024 für **nicht** RoKo-Teilnehmer
- ☐ Geheimnummer und PIN NewIndex falls Sie diese erhalten haben.