



Bern, 8. Dezember 2023

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Bericht des Bundesrates

in Erfüllung des Postulats 18.4102 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates vom 6. November 2018

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	4
Anhangsverzeichnis	4
1 Auftrag	5
2 Bestandaufnahme.....	5
2.1 Gesetzliche Grundlagen	6
2.2 Derzeit von der Bundesverwaltung verwendete Daten.....	7
2.3 Vorhandene Daten und Publikationen	9
2.4 Bericht «Transparenzstrategie im Bereich der Gesundheitskosten und -leistungen» von Professor Christian Lovis	11
2.5 Weitere Projekte im selben Kontext.....	11
2.6 Analyse	15
3 Vision.....	19
3.1 Aufgabe.....	20
3.2 Primärziele	20
4 Handlungsfelder	20
4.1 Systemisches Handlungsfeld 1: Abstimmung und Koordination	21
4.2 Systemisches Handlungsfeld 2: Managementmodelle	22
4.3 Operatives Handlungsfeld 1: Metadaten	23
4.4 Operatives Handlungsfeld 2: Topografie und Datenflüsse	24
4.5 Operatives Handlungsfeld 3: Indikatoren und Management-Informationssystem (MIS).....	25
5 Umsetzung	27
5.1 Masterplan	27
5.2 Zeitplan und geplante Meilensteine	28
6 Fazit	29
7 Anhang	30

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBI	Bundesblatt
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
DSG	Datenschutzgesetz
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EDÖB	Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter
EFIND	Erhebungsformular Individualdaten
EMBaG	Bundesgesetz über den Einsatz elektronischer Mittel zur Erfüllung von Behördenaufgaben
FAIR	findable (auffindbar), accessible (zugänglich), interoperable (interoperabel), re-usable (wiederverwendbar)
Fedestat	Expertengruppe zur Beratung der Statistikproduzenten des Bundes
FMH	Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GE KVG	Gemeinsame Einrichtung KVG
GLN	Global Location Number
HUG	Universitätsspital von Genf
KVAG	Krankenversicherungsaufsichtsgesetz
KVAV	Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LeReg	Leistungserbringerregister
MedReg	Medizinalberuferegister
MIS	Management-Informationssystem
NaDB	Nationale Datenbewirtschaftung
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Po	Postulat
REKOLE®	Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung (Betriebliches Rechnungswesen im Spital)
SGK-S	Ständerätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
SIRIS	Schweizerisches Implantat-Register
SpiGes	Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (Pilotprojekt im Rahmen des Programms NaDB)
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
SwissDRG AG	Gemeinsame Institution der Leistungserbringer, der Krankenversicherer und der Kantone im schweizerischen Gesundheitswesen
TARMED	Arzttarif (die Tarifstruktur TARMED dient der Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen mit einem Einzelleistungstarif)
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Perimeter des Programms NaDB und dessen Teilprojekt SpiGes, des Postulats 15.4225 (Humbel) und der Transparenzstrategie im Gesundheitswesen (18.4102)	13
Abbildung 2	Instrumente für mehr Transparenz im Gesundheitswesens	17
Abbildung 3	Strategie	20
Abbildung 4	Partizipative Umsetzung der Strategie	28
Tabelle 1	Zeitplan und geplante Meilensteine	28

Anhangsverzeichnis

Anhang 1 Aufgaben, Akteure, Daten im KVG und KVAG.....	30
Tabelle A1-1 Aufgaben KVAG und Daten	30
Tabelle A1-2 Aufgaben KVG und Daten	33
Tabelle A1-3 Weitere Akteure und Daten	42
Anhang 2 Publikationen des BAG im Bereich der OKP	45
Tabelle A2-1 Publikationen des BAG im Bereich der OKP – Aufsicht	45
Tabelle A2-2 Publikationen des BAG im Bereich der OKP – Grundlagen (Statistiken in der Kranken- und Unfallversicherung)	47
Tabelle A2-3 Publikationen des BAG im Bereich der OKP – Kosten und Finanzierung.....	48
Tabelle A2-4 Publikationen des BAG im Bereich der OKP – Leistungserbringer und Qualität der Leistungen	55
Tabelle A2-5 Publikationen des BAG im Bereich der OKP – Leistungskatalog.....	57
Tabelle A2-6 Publikationen des BAG im Bereich der OKP – WZW (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit)	62

1 Auftrag

Im Rahmen ihrer Arbeiten an einem Erlassentwurf zur parlamentarischen Initiative Eder 16.411 «Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Krankenversicherung»¹ befasste sich die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) eingehend mit den Datenerhebungen im Bereich der OKP. Dabei stellte sie fest, dass sowohl das Bundesamt für Gesundheit (BAG) als auch das Bundesamt für Statistik (BFS) Daten bei den Krankenversicherern oder den Leistungserbringern erheben. Die Kommission stellte sich die Frage, inwieweit es zu Doppelspurigkeiten kommen könnte und generell, welche Optimierungs- und Rationalisierungspotenziale bei diesen Erhebungen bestehen. Dies veranlasste die Kommission dazu, das Postulat 18.4102 «Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen» einzureichen. Der Bundesrat beantragte am 30. Januar 2019 dessen Annahme, und der Ständerat folgte seiner Kommission und überwies das Postulat am 21. März 2019.

Mit ihrem Postulat beauftragte die Kommission den Bundesrat, «eine Datenstrategie zu entwickeln mit dem Ziel, im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) die Transparenz des Systems zu verbessern und wirksame Massnahmen zur Kostendämpfung zu identifizieren». Der Bundesrat wird zudem aufgefordert, einen Bericht vorzulegen, aus dem hervorgeht, «wer heute von wem welche Daten erhebt», «wer welche Daten zu welchen Zwecken benötigt» und «wie die benötigten Daten zuverlässig und mit möglichst geringem Aufwand erhoben werden können». Gleichzeitig soll er erläutern, «wie der Schutz der persönlichen Daten der Versicherten beziehungsweise der Patientinnen und Patienten sichergestellt wird» und «ob Gesetzesänderungen nötig sind, um eine kohärente Datenstrategie zu ermöglichen».

2 Bestandaufnahme

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat 2017 eine internationale Expertengruppe eingesetzt, um eine Analyse der Situation im Schweizer Gesundheitswesen vorzunehmen und im Rahmen eines Berichts in der Schweiz umsetzbare Kostendämpfungsmassnahmen vorzuschlagen. Der im August 2017 veröffentlichte Bericht bildet die Grundlage für verschiedene Vorschläge, die derzeit auf Bundesebene evaluiert werden oder sich bereits in der Umsetzungsphase befinden, wie zum Beispiel das erste Massnahmenpaket zur Kostendämpfung (BBI 2019 6071).

Im Anschluss an diesen Bericht erhielt Professor Christian Lovis am Universitätsspital Genf (HUG) im August 2018 vom EDI den Auftrag, «einen Vorschlag einer Strategie für eine effizientere und effektivere Datenerhebung und ihre Nutzung für Governance-Zwecke zu erarbeiten». Ziel dieses Auftrags war es, Vorschläge als Antwort auf zwei Empfehlungen vonseiten der Expertengruppe (M04 «Schaffung notwendiger Transparenz» und M05 «Leerläufe durch doppelte und fehlerhafte Datenerfassung verhindern») machen zu können. Die Schlussfolgerungen der von Professor Lovis geleiteten Arbeitsgruppe wurden dem Bundesrat im November 2020 vorgelegt und auf der Website des BAG² publiziert. Die darin gelieferten Denkanstösse werden in diesem Bericht vorgestellt und fliessen auch in die hierin dargelegten Handlungsfelder ein.

Parallel dazu haben die eidgenössischen Räte am 19. März 2021 das neue Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung³ verabschiedet, das aus den Arbeiten rund um die parlamentarische Initiative Eder 16.411 hervorgegangen ist. Dieses Bundesgesetz präzisiert, zu welchen Zwecken und in welcher Form – aggregiert oder pro versicherte Person – die Versicherer dem BAG Daten weitergeben müssen, sei es im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG;

¹ [Parlamentarische Initiative 16.411 «Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung» \(parlament.ch\)](#)

² [Transparenzstrategie im Bereich der Gesundheitskosten und -leistungen PDF \(admin.ch\)](#)

³ [BB 2021 664 – Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung \(admin.ch\)](#)

SR 832.10) oder des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG; SR 832.12). Es regelt auch, unter welchen bestimmten Bedingungen die erhobenen Daten insbesondere der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden dürfen. Die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und die Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAV; SR 832.121) wurden entsprechend angepasst und traten am 01. Januar 2023 in Kraft. Der Gesetzgeber hat die von den Krankenversicherern weiterzugebenden Daten beschränkt, da das BAG nach dem neuen Gesetz bei den Krankenversicherern Daten pro versicherte Person nicht mehr zu Tarifpositionen oder Arzneimitteln erheben darf. Vorbehalte äusserten die eidgenössischen Räte insbesondere im Vorfeld des Bekanntwerdens der Strategie des Bundesrates, die auf das Postulat 18.4102 der SGK-S folgte, und welche die Räte möglicherweise dazu veranlassen könnte, die Gesetzgebung zu revidieren, falls Lücken festgestellt werden sollten.

Gleichzeitig beschloss das Parlament vor dem Hintergrund der Massnahmen zur Kostendämpfung, die Leistungserbringer sowie die Versicherer und deren Verbände dazu zu verpflichten, dem Bundesrat oder der zuständigen Kantonsregierung auf Anfrage diejenigen Daten kostenlos bekannt zu geben, die diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Bereich der Tarifgestaltung benötigen. Auch hier wurden die entsprechenden Ausführungsverordnungen überarbeitet und traten Anfang 2023 in Kraft.

2.1 Gesetzliche Grundlagen

Aufgaben und Zuständigkeiten im Gesundheitswesen werden in erster Linie zwischen dem Bund und den Kantonen geregelt. Die Kantone sind insbesondere für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung zuständig. Der Bund ist nur dann für die Regelung eines Themenbereichs verantwortlich, wenn die Bundesverfassung ihm die entsprechende Kompetenz zuweist, wie dies im Bereich der Krankenversicherung der Fall ist (vgl. Art. 117 BV). Der Bund legt somit im Bereich der Krankenversicherung den rechtlichen Rahmen fest und ist auch für deren Verwaltung verantwortlich, während die Kantone die eidgenössischen Regelungen umsetzen oder autonom die Bereiche ohne spezifische eidgenössische Regelungen verwalten. Diesen beiden Ebenen sind verschiedene Organe wie die Krankenversicherer oder die Tarifpartner angegliedert, denen bestimmte Aufträge erteilt werden. Im Zuge des vorliegenden Auftrags des Parlaments sind die Aufgaben und Zuständigkeiten der verschiedenen Akteure sowie der Umfang ihrer Tätigkeiten zu erläutern und Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Interaktionen und Prozesse bei der Datennutzung zu machen.

Der im Postulat definierte Analyserahmen ist durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gegeben. Letztere wird durch das KVG und in geringerem Masse das KVAG geregelt.

Das KVAG «bezweckt namentlich die Interessen der Versicherten nach dem KVG zu schützen, indem insbesondere die Transparenz in der sozialen Krankenversicherung und die Solvenz der Krankenkassen gewährleistet werden» (Art. 1 Abs. 2 KVAG). Es legt vor allem die Voraussetzungen für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung, die Solvenzkriterien sowie die Kriterien für die Genehmigung der Prämientarife fest und erlässt zudem Richtlinien in Bezug auf die Verwaltungskosten sowie zur Auskunftspflicht, die besagen, dass «alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Belege einzureichen sind, die für die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung erforderlich sind». Das KVAG umschreibt auch die Aufgaben, die der Aufsichtsbehörde obliegen. Gemäss seiner neuen Fassung, die am 1. Januar 2023 in Kraft trat, ist die Aufsichtsbehörde dafür verantwortlich, dass die Anonymität der Versicherten bei der Datenverarbeitung gewahrt wird (Art. 35 Abs. 2 KVAG).

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung deckt einen grösseren Tätigkeitsbereich ab. Einerseits regelt es ganz allgemein die Versicherungspflicht und andererseits weist es den verschiedenen Akteuren im System Aufgaben zu, sei es im Bereich des Risikoausgleichs, der Gesundheitsförderung, der Statistiken, der Leistungen, der Voraussetzungen und des Umfangs der Kostenübernahme, der Zulassung von Leistungserbringern, der Tarife und Preise oder bezüglich ausserordentlicher Massnahmen zur Eindäm-

mung der Kostenentwicklung. So erlässt der Bundesrat beispielsweise im stationären Bereich Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit und konsultiert dazu vorgängig die Kantone, die Leistungserbringer und die Krankenversicherer. Das Gesetz beauftragt den Bundesrat, Vergleiche zwischen Spitälern anzustellen. Es überträgt dem EDI die Verantwortung, nach Anhörung der zuständigen Kommissionen die erstattungsfähigen Leistungen festzulegen und die verschiedenen Tarife zu genehmigen. Das Gesetz legt zudem die Kriterien für die Beurteilung der Leistungen fest (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen). Es regelt auch die Datenweitergabe der Krankenversicherer und der Leistungserbringer an die übrigen Akteure im System.

Zu den im Rahmen dieser unterschiedlichen Aufgaben involvierten Akteuren gehören insbesondere der Bund, die Kantone als Vollzugs- und Planungsorgan, die Tarifpartner, die die verschiedenen Tarife erarbeiten, die Krankenversicherer, die für die Sicherstellung der Finanzflüsse verantwortlich zeichnen, und die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG), die sich um den Risikoausgleich kümmert. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben müssen diese Akteure über relevante Informationen verfügen. Die Leistungserbringer ihrerseits müssen nebst den Daten zu ihren Tätigkeiten, die sie im Zuge der Leistungsabrechnung übermitteln, eine Reihe von Strukturdaten (z. B. Angaben zu ihrer Finanzsituation oder zur Personalausstattung) liefern.

2.2 Derzeit von der Bundesverwaltung verwendete Daten

Anhang 1 gibt einen Überblick über die Hauptaufgaben gemäss KVG und KVAG, die Akteure (insbesondere das BAG und das BFS), die erhobenen oder verwendeten Daten sowie über die bei der Verwendung und Weitergabe der mit diesen Aufgaben verbundenen Daten geltenden Bestimmungen.

Mit Blick auf diesen Daten sind die Aufgaben der Akteure im Lichte von Rahmengesetzen wie dem Datenschutzgesetz (DSG) zu betrachten, das einen normativen Rahmen vorgibt, den es einzuhalten gilt. Es ist weder hilfreich noch sinnvoll, dass alle Akteure über sämtliche detaillierten Informationen verfügen. Daher ist der Informationsgehalt der ausgetauschten Daten, das heisst deren Detaillierungsgrad, Genauigkeit, Aktualität und Verlässlichkeit, eine abhängige Variable: Nach dem im DSG verankerten Angemessenheits- und Verhältnismässigkeitsprinzip hängt der Inhalt vom jeweiligen Akteur und der ihm zugewiesenen Aufgabe ab.

In Übereinstimmung mit dem KVAG erhebt das BAG bei den Krankenversicherern Finanz- und Statistikdaten, die es zur Wahrnehmung seiner Aufsichtsaufgaben (z. B. Solvenztest oder Genehmigung der Prämientarife) benötigt. Dabei handelt es sich in erster Linie um aggregierte Daten. Die Individualdaten (pro versicherte Person, anonymisiert) werden nur für Analysen erhoben, die eine entsprechende Detailgenauigkeit erfordern. Dies ist beispielsweise bei der Konformitätsprüfung der von den Krankenversicherern festgelegten Prämien der Fall. Das BAG veröffentlicht auch eine Reihe von Informationen pro Versicherer, die durch die KVV festgelegt werden.

Zudem erhebt es bei den Kantonen Daten zur Prämienverbilligung. Diese sind stark aggregiert und geben einen Überblick über die Finanzströme zwischen Bund, Kantonen und Empfängern. Sie geben jedoch keinen Aufschluss über die tatsächliche Belastung einer Person durch die Krankenversicherungsprämien. Zu diesem Zweck führt das BAG ein Monitoring zur Prämienverbilligung durch, für das es andere Datenquellen nutzen muss, um so Informationen über die Struktur der Haushalte und deren Einkommen zu erhalten.

Im Einklang mit dem KVG erhebt die Gemeinsame Einrichtung KVG seit der Einführung des Morbiditätskriteriums bei den Krankenversicherern Individualdaten zu Kosten und Arzneimitteln und stützt sich dabei auf pharmazeutische Kostengruppen. Diese Daten werden anschliessend zum Zweck der Weiterentwicklung des Risikoausgleichs und der Durchführung von Wirkungsanalysen an das BAG geliefert.

Das BAG ist dafür verantwortlich, die Kostenentwicklung zu überwachen und Massnahmen zur Kostendämpfung vorzuschlagen, während die Krankenversicherer dazu angehalten werden, die Abrechnungen der Leistungserbringer zu kontrollieren.

Die OKP macht zwei Fünftel der Gesundheitskosten aus. Diese werden durch Prämien und Kostenbeteiligungen finanziert. Das BAG erhebt im Rahmen seiner Statistik der obligatorischen Krankenversicherung Daten bei den Versicherern. Dabei handelt es sich in erster Linie um hoch aggregierte Daten (z. B. zu Kosten nach grösseren Kostengruppen). Detaillierte Daten, das heisst pro versicherte Person anonymisierte Individualdaten zu diesen Informationselementen, stehen dem BAG in geringerem Umfang über das «Erhebungsformular Individualdaten» (EFIND) zur Verfügung. EFIND liefert Informationen zu den Gesamtkosten pro versicherte Person, jedoch keine weiteren Informationen über deren Zusammensetzung⁴. So kann sich das BAG bei seiner Analyse zur Kostenentwicklung nur auf Teildatensätze abstützen. Mit dem Inkrafttreten der Bestimmungen des neuen Bundesgesetzes über die Datenweitergabe der Versicherer im Jahr 2023 sind die Versicherer im Hinblick auf die Kostenüberwachung durch das BAG verpflichtet, Daten zu den Abrechnungsbelegen pro versicherte Person zu liefern. Das BAG verfügt jedoch über keine Rechtsgrundlage mehr, um Daten zu Medikamenten, Mitteln und Gegenständen oder Tarifpositionen (z. B. TAR-MED) pro versicherte Person zu erheben. Um diese Lücke bestmöglich zu schliessen, wird das BAG weiterhin auf den Datenpool der elektronischen medizinischen Tarife der Dachverbände der Krankenversicherer zurückgreifen. Die Versicherer übermitteln ihrem Dachverband nämlich detailliertere Abrechnungsdaten als dem BAG zur Verfügung stehen.

Die Strukturdaten zu den Leistungserbringern und den von ihnen erbrachten Leistungen werden vom BFS zentral erfasst und dann gezielt und entsprechend ihrer jeweiligen Aufgaben an das BAG, die Kantone, den Preisüberwacher, die Qualitätskommission und die Krankenversicherer weitergeleitet. Es kommt also zu keinen Doppelerfassungen seitens einer anderen Bundesbehörde. Das BAG hat den Auftrag, Informationen zu den Aktivitäten der Leistungserbringer sowie zur Qualität der Leistungen zu veröffentlichen und erfüllt diesen Auftrag mithilfe der via BFS weitergegebenen Daten.

Das BAG ist auch für die Prüfung der WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) sowie der Voraussetzungen und des Umfangs der Kostenübernahme zuständig. Dabei stützt es sich auf Analysen oder Ad-hoc-Daten, die zum Beispiel von Versicherern bereitgestellt werden, oder auf Sekundärdatenquellen. Allerdings wären genaue Daten auf Leistungsebene pro Patient (Individualdaten) für entsprechende Prüfungen besser geeignet. Diese fehlen jedoch noch weitgehend. Der Patientenpfad oder auch die Verschreibungspraktiken von zum Beispiel Medikamenten lassen sich oft noch nicht wie angestrebt analysieren. Darüber hinaus sind zuverlässige und sachdienliche Analysen wie gesundheitsökonomische Evaluationen, die im Rahmen des HTA-Programms (Health Technology Assessment) durchgeführt werden müssen, schwierig umzusetzen.

Die Tarifpartner bauen aber häufig auch ihre eigenen Datenbanken auf. Die SwissDRG AG profitiert in diesem Zusammenhang von sehr detaillierten Daten zu Kosten, Operationen oder Diagnosen im Bereich der stationären Behandlung. Diese Daten werden direkt von den Spitälern zur Verfügung gestellt. Das BAG prüft im Rahmen des Genehmigungsverfahrens die von diesen Tarifpartnern gelieferten Daten, um zu beurteilen, ob die Tarifstruktur den gesetzlichen Anforderungen und insbesondere dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entspricht.

Abgesehen von Angaben aus dem Datenpool der elektronischen medizinischen Tarife der Dachverbände der Krankenversicherer oder bis zu einem gewissen Grad von Schätzungen basierend auf sektorspezifischen Instrumenten (Arzneimittelverkäufe an Apotheken, z. B. IQVIA-Verkaufsdaten) verfügt das BAG generell aber nur über wenige Detailinformationen, um Schätzungen der Tarifpartner plausibilisieren zu können. Mit der Änderung des KVG in 2023, die eine Datenweitergabe im Bereich der Tarife für ambulante Behandlungen vorsieht, können sich die Entscheidungsgrundlagen für die Tarifierung ambulanter Leistungen deutlich verbessern.

Bei der Erstellung der Spezialitätenliste und der Preisfestsetzung von Arzneimitteln stützt sich das BAG auf die Angaben der Hersteller, auf Vergleichsdaten zu den im Ausland veröffentlichten Preisen und auf mehrere Sekundärquellen wie die Arzneimittelverkaufszahlen in der Schweiz. Es fehlen ihm jedoch zum einen

⁴ Siehe [Krankenversicherer: anonymisierte Individualdaten \(admin.ch\)](#)

Zahlen zu den effektiven Preisrückerstattungen im Ausland und zum anderen detailliertere Angaben zum Medikamentenkonsum und der Medikamenten-Verschreibungspraxis, die man Individualdaten aus Abrechnungen entnehmen könnte.

Es zeigt sich, dass es zwar Lücken in der Datenerhebung beziehungsweise -bereitstellung gibt, aber keine Doppelspurigkeiten auf Ebene der Bundesämter: Daten zu den Leistungserbringern werden vom BFS erhoben und dann gezielt weitergeleitet, während das BAG Daten bei den Krankenversicherern erhebt. Hingegen gibt es Doppelspurigkeiten bei den Datenflüssen zu anderen im Rahmen des KVG tätigen institutionellen Akteuren wie den Tarifpartnern oder -organisationen. So liefern beispielsweise die Spitäler ähnliche Daten an die SwissDRG AG und an das BFS.

Was die Daten der Versicherer anbelangt, so müssen diese ab dem Inkrafttreten des neuen Bundesgesetzes über die Datenweitergabe der Versicherer im Jahr 2023 der Öffentlichkeit, der Forschung und Wissenschaft sowie den Datenlieferanten zur Verfügung gestellt werden, sofern die Anonymität der Versicherten gewahrt bleibt. In diesem Zusammenhang ist allerdings auf die proprietäre Entwicklung von Datenmanagementmodellen (einschliesslich Meta- oder Stammdaten) hinzuweisen, was eine mögliche vollständige Integration der verschiedenen Datenquellen mitunter erschwert. Hier gilt es noch Verbesserungen vorzunehmen.

2.3 Vorhandene Daten und Publikationen

Nebst den Daten zur OKP, die das BAG und das BFS aktuell gemäss den Bestimmungen des KVG und des KVAG verwenden, wären noch weitere Datenquellen verfügbar. Im Gesundheitswesen erheben verschiedene Akteure Daten mit unterschiedlichem Detaillierungsgrad und basierend auf unterschiedlichen Perspektiven. Die Leistungserbringer erheben beispielsweise Daten zu ihren Aktivitäten, während andere Akteure wie Krankenversicherer, Tarifpartner oder ihre Dachverbände auch statistische Informationen zwecks Ausübung ihrer Tätigkeiten sammeln. Diese Informationen sind manchmal rein sektorbezogen, können aber auch ein umfassenderes Datenset betreffen.

Basierend auf den vom BAG erhobenen oder verarbeiteten Daten erfolgen regelmässige oder auch einmalige Publikationen. Anhang 2 gibt einen Überblick über die Publikationen, die das BAG im Bereich der OKP bisher der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt hat, und ordnet diese nach Bereichen (Kosten und Finanzierung, Aufsicht über die Versicherer, Leistungserbringer und Qualität der Leistungen, Kostenübernahme, WZW).

Die Dachverbände der Krankenversicherer erstellen (über die SASIS AG) eine detaillierte Branchenstatistik der medizinischen Leistungen (Datenpool) sowie eine detaillierte Branchenstatistik der elektronischen medizinischen Tarife (Tarifpool). Die Versicherer liefern monatlich auf zentralisierte Weise ihre Abrechnungsdetails ohne personenbezogene Patientendaten. Dies ermöglicht einen genauen Überblick über die Kostenentwicklung nach Art der Leistungserbringer, nach Kostenart (Datenpool) und nach Tarifposition (Tarifpool). Das BAG stützt sich aktuell für sein Monitoring der Kostenentwicklung⁵ auf diese Daten. Doch auch wenn diese Statistiken eine präzise Erfassung der Kostenentwicklung ermöglichen, so bleiben sie dennoch nur beschränkt aussagekräftig, da sie nicht auf Individualdaten abstellen.

Das BAG verfügt zwar über die gesetzlichen Grundlagen, um das «Kreditoren»-Verzeichnis (Zahlstellenregister, ZSR), das von der SASIS AG bewirtschaftet wird, einzusehen und zu nutzen, kann aber bisher noch nicht vollumfänglich davon profitieren. Das ZSR führt pro Leistungserbringer die Qualifikationen und das medizinische Leistungsangebot auf. Ausserdem werden die Informationen laufend mit Datenquellen und Verzeichnissen (GLN und MedReg) abgeglichen, was eine hohe Zuverlässigkeit bietet. Diese Informationen würden für eine Überwachung der Kosten nach Leistungsart und Art der Leistungserbringer sowie

⁵ Siehe [Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung \(admin.ch\)](#)

für die Analyse der Angebotsdynamik benötigt, wobei insbesondere zwischen den zugelassenen und tatsächlich tätigen Leistungserbringern zu unterscheiden wäre.

Krankenversicherer nutzen die anonymisierten Daten ihrer Versicherten, um Berichte mit stärkerer analytischer Ausrichtung zu veröffentlichen, wie zum Beispiel den Arzneimittelreport⁶. Um einige seiner Aufgaben (insbesondere die Prüfung der WZW-Kriterien) wahrnehmen zu können, wendet sich das BAG an Versicherer, um von diesen die erforderlichen Informationen zu erhalten. Da diese Daten nicht erschöpfend sind, müssen sie gegebenenfalls kalibriert werden, um repräsentativ zu sein. Die FMH verfügt darüber hinaus über anonymisierte Individualdaten von Patientinnen und Patienten von rund zehntausend Arztpraxen für gesundheitsökonomische Analysen.

Die Tarifpartner oder die Arzneimittelhersteller liefern dem BAG im Rahmen von Genehmigungsverfahren, insbesondere im Zusammenhang mit der Preisfestsetzung von Arzneimitteln, bestimmte Daten. Bei solchen Prüfungen werden Sekundärdaten verwendet, die jedoch häufig den gesamten Markt abdecken und es nicht ermöglichen auszumachen, was genau zulasten der OKP abgerechnet wird.

Dasselbe ist auch in Bezug auf Mittel und Geräte sowie Implantate festzustellen. Das BAG verfügt über keine detaillierten Daten nach Tarifposition oder Material. Stiftungen wie SIRIS (Schweizerisches Implantat-Register) erfassen die von den Spitälern eingesetzten Implantate. Diese Informationen zu Patientinnen und Patienten, Operationen und Implantaten könnten für das BAG bei der Durchführung seiner Prüfung der WZW-Kriterien von Interesse sein. Ähnliches gilt für landesweite Register zur Analyse von Therapien für bestimmte Krankheiten wie das Herzinfarkt-Register AMIS Plus (National Registry of Acute Myocardial Infarction in Switzerland).

Es existieren auch kantonale Register. Zu nennen wären hier die Krebsregister, die Daten enthalten, welche als Indikatoren für den Bedarf an Pflege und Leistungen in der OKP dienen.

Schliesslich sind auch noch die kantonalen Statistiken oder die mit diesen verbundenen, auf Bundesebene geführte Statistiken zu erwähnen.

Vorgängige Beispiele lassen eine solide Datenversorgung, insbesondere innerhalb der OKP, erkennen. Allerdings ist eine Trennung zwischen öffentlichen und privaten Akteuren auszumachen. Dabei sind die jeweiligen Dateninhalte weder klar erkennbar noch kann eindeutig festgestellt werden, welcher Akteur welche Daten verarbeitet und inwieweit diese Daten aus rechtlicher und technischer Sicht teilbar wären oder inwieweit die Daten semantisch aufeinander abgestimmt sind.

Es zeigt sich jedoch, dass sich die Akteure vor allem dann koordinieren, wenn die Rechtsgrundlage dies verlangt und zulässt (z. B. mit Blick auf Daten von Leistungserbringern, die vom BFS zentral erfasst und anschliessend an bestimmte Empfänger für bestimmte Zwecke weitergeleitet werden). Ansonsten bewegen sich die Akteure unabhängig voneinander in ihrem jeweiligen rechtlichen oder sektorspezifischen Kontext. Die Daten sind somit bestenfalls teilweise verfügbar oder zwar verfügbar, aber weisen ein unzureichendes Informationsniveau auf.

Der Schluss liegt nahe, dass Daten nach wie vor nur vereinzelt zwischen staatlichen und privaten Akteuren geteilt werden, was Informationsasymmetrien schafft und zu Ineffizienzen im Gesundheitswesen führt.

⁶ [Helsana-Arzneimittelreport \(helsana.ch\)](https://www.helsana.ch/Arzneimittelreport)

2.4 Bericht «Transparenzstrategie im Bereich der Gesundheitskosten und -leistungen» von Professor Christian Lovis

Nach einer ähnlichen Situationsanalyse wie im vorangegangenen Kapitel kam der Bericht von Professor Lovis (Bericht Lovis) zu dem Schluss, dass die eingeführten Prozesse im Hinblick auf die Datenerhebung, -verarbeitung und -weitergabe im Wesentlichen auf ein uneinheitliches regulatorisches Umfeld zurückzuführen sind, das historisch und rechtlich auf dem Prinzip gründet, dass eine Datenerhebung namentlich auf die Grundsätze der Zweckbindung und der Verhältnismässigkeit abstellen muss. Dies bringt laut dem Bericht folgende Probleme mit sich:

- Existenz nicht miteinander verbundener, nicht kohärenter Datensilos mit jeweils eigenen Erfassungs-, Transport-, Speicherungs- und Validierungsprozessen;
- Schwierigkeiten, diese Prozesse zu kontrollieren und optimieren;
- rasch auftretende Blockaden bei diesen Prozessen;
- Schwierigkeiten, die bestehenden Prozesse weiterzuentwickeln oder neue einzubinden.

Hinzu kommt ein uneinheitliches Verständnis des Gesundheitswesens, zumal die Metadaten (z. B. die Grundlagen für die Berechnung der Anzahl Spitalbetten) nur selten harmonisiert sind und auch die Akteure sowie die jeweiligen Aufgaben nicht umfassend bekannt sind und beschrieben werden. Unter diesen Umständen wird es für andere Akteure schwierig festzustellen, welche Daten nicht nur genutzt werden, sondern auch nutzbar sind.

Der Bericht Lovis lieferte einen Überblick über die vorhandenen Daten und den Detaillierungs-/Aggregationsgrad hinsichtlich Leistungen und Kosten, wobei zwischen Daten zum ambulanten und stationären Bereich unterschieden wurde⁷. Beispielsweise werden die Daten zu den Fallkosten im stationären Bereich von der Tariforganisation SwissDRG AG erhoben. Diese sind für das BAG zur Wahrnehmung seiner Managementaufgaben im Gesundheitswesen jedoch selbst in anonymisierter Form immer noch nicht frei zugänglich.

Der Bericht Lovis wies im Hinblick auf mehr Transparenz im Gesundheitswesen auf zwei notwendige, separate Pfeiler hin: 1.) Den *technisch-semantischen* Pfeiler, der eine Optimierung der Datenflüsse zwischen datenproduzierenden Quellen sicherzustellen hat («Once-Only»-Prinzip) und der vor allem im Rahmen des Programms NaDB⁸ des BFS adressiert wird und 2.) den *Governance*-Pfeiler, der für die Datennutzung verantwortlich zeichnet, die beispielsweise vor dem Hintergrund einer besseren Koordination und Abstimmung zwischen den Akteuren erfolgen soll. Das Augenmerk der vorliegenden Strategie ist auf diesen zweiten Pfeiler gerichtet.

2.5 Weitere Projekte im selben Kontext

Seit jeher werden auf Bundesebene zahlreiche Diskussionen über das Gesundheitswesen und seine Verbesserung, seine Struktur oder seine Kosten geführt. Betrachtet man die letzten fünf oder sechs Jahre, so lohnt es sich, auf die folgenden Vorstösse und Aktivitäten einzugehen, die sich bereits ausgewirkt haben und sich in den kommenden Jahren noch weiter auswirken werden:

⁷ Siehe [Transparenzstrategie im Bereich der Gesundheitskosten und -leistungen \(Bericht Lovis\)](#), Anhang 2 (Analyse der vorhandenen Daten), Dezember 2019

⁸ NaDB = Nationale Datenbewirtschaftung ([Nationale Datenbewirtschaftung | BFS \(admin.ch\)](#))

2016 reichte die FDP-Liberale-Fraktion im Nationalrat eine Motion ein (16.4011⁹), die den Bundesrat beauftragte, die Unternehmen durch den Abbau von Doppelspurigkeiten in der Datenerhebung administrativ zu entlasten. Die Motion wurde von den eidgenössischen Räten angenommen und im Sinne des «Once-Only»-Prinzips (d. h. Daten werden einmalig erhoben und können mehrfach genutzt werden) konkretisiert. Durch die Anwendung dieses Prinzips sollen Unternehmen nicht wiederholt die gleichen Daten an verschiedene staatliche Stellen liefern müssen. Die Stellen, die solche identischen Daten nutzen, sollen diese miteinander teilen können.

Das Bundesamt für Statistik lancierte daraufhin das Projekt zur Schaffung einer Interoperabilitätsplattform¹⁰. Diese bietet eine Übersicht der Datensammlungen und Schnittstellen von Bund, Kantonen und Gemeinden und stellt dabei deren Metadaten zentral zur Verfügung. Ziel ist es, dass diese Plattform eine wachsende Anzahl Informationen zu allen relevanten Themen der Verwaltungstätigkeit (auf nationaler oder regionaler Ebene) zentralisiert und schliesslich zur umfassendsten zentralisierten Datenbank wird. So sollen mehr Transparenz hinsichtlich existierender Daten geschaffen und Doppelspurigkeiten in der Datenerhebung vermieden werden. Darüber hinaus sollen sektorische Projekte zur Umsetzung des «Once-Only»-Prinzips – beispielsweise das Projekt «SpiGes¹¹» in der spitalstationären Gesundheitsversorgung – dazu beitragen, dass künftig Daten zur Verfügung stehen, die mit Blick auf Struktur und Inhalt zwischen den Akteuren harmonisiert wurden.

Allgemeiner, das heisst auf Ebene der Bundesverwaltung, sieht das neue Bundesgesetz über den Einsatz elektronischer Mittel zur Erfüllung von Behördenaufgaben (EMBaG) unter anderem vor, dass die Verwaltungseinheiten des Bundes die Daten, die sie bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erheben oder erzeugen, zur freien Weiterverwendung bereitstellen. Dies steht im Einklang mit dem neuen Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer, das am 1. Januar 2023 in Kraft getreten ist, und insbesondere mit Artikel 21 KVG, der vorsieht, dass die vom BAG bei den Versicherern erhobenen Daten der Öffentlichkeit, der Forschung und Wissenschaft sowie den Datenlieferanten zur Verfügung gestellt werden müssen, sofern die Anonymität der Versicherten gewahrt bleibt.

Weitere parlamentarische Vorstösse zu diesem Thema:

- Das Postulat von Nationalrätin Ruth Humbel, das Lösungen für eine bessere Nutzung von Gesundheitsdaten fordert, mit dem Ziel einer besseren Prävention, Früherkennung und Behandlung bestimmter Krebserkrankungen (Po 15.4225¹²). Der Bundesrat schlägt einen Rahmen für die Verwendung von primären Gesundheitsdaten (Diagnosen usw.) zu Zwecken der medizinischen Forschung vor. Es geht hier darum festzulegen, zu welchen Zwecken Gesundheitsdaten zur Verfügung gestellt werden dürfen, wer das Recht hat, diese zu nutzen, und mit welchen anderen Quellen und unter welchen Bedingungen diese verknüpft werden können. Das Ziel ist ein besserer Zugang zu Informationen für die medizinische Forschung. Damit unterscheidet es sich von Postulat 18.4102, mit dem der mangelnden Datengrundlage und Kohärenz im System entgegengewirkt und mehr Transparenz hinsichtlich der Funktionsweise des Gesundheitswesens erreicht werden soll.

⁹ Zum Text der Motion [16.4011 «Digitalisierung. Keine Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung» \(parlament.ch\)](#)

¹⁰ <https://www.i14y.admin.ch/>

¹¹ Projekt zur Erneuerung der Krankenhausstatistiken im stationären Bereich (BFS)

¹² Zum Text des Postulats [15.4225 «Bessere Nutzung von Gesundheitsdaten für eine qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung» \(parlament.ch\)](#)

Abbildung 1 Perimeter des Programms NaDB und dessen Teilprojekt SpiGes, des Postulats 15.4225 (Humbel) und der Transparenzstrategie im Gesundheitswesen (18.4102)

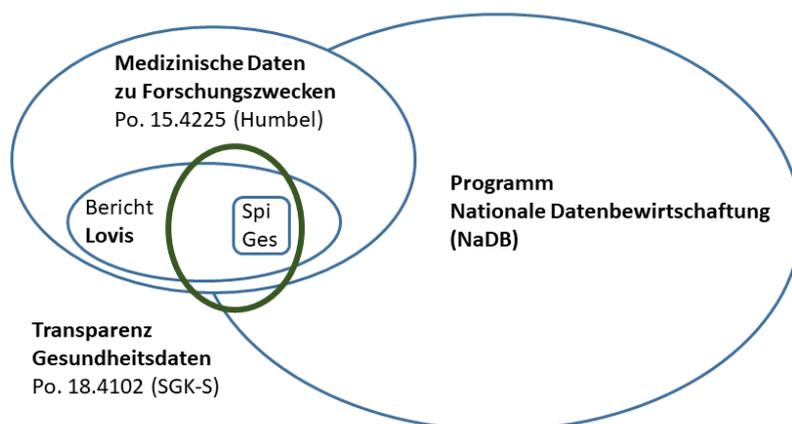


Abbildung 1 veranschaulicht die verschiedenen Perimeter der vorgängig erwähnten Arbeiten. Das Programm «Nationale Datenbewirtschaftung» (NaDB) des BFS zielt darauf ab, die Bewirtschaftung verschiedener Daten der öffentlichen Hand (Steuer-, Sozial-, Gesundheitsdaten usw.) durch die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter zu gestalten und so auch die Transparenz der Daten- und Metadaten-sammlungen der Bundesverwaltung zu verbessern. Die im Postulat Humbel angesprochenen Themen sowie die Arbeiten der internationalen Expertengruppe zur Kostendämpfung und der Bericht Lovis befassen sich mit dem Thema Gesundheit. Die jeweiligen Überlegungen gehen allerdings zum Teil über den vom Programm NaDB vorgegebenen Rahmen hinaus, werden doch die Daten von Akteuren wie Dachverbänden oder Versicherern oder Daten aus der Welt der Forschung und Wissenschaft unter dem Programm nicht oder nur teilweise berücksichtigt.

Als Antwort auf zwei Massnahmen¹³ der internationalen Expertengruppe liefert der Bericht Lovis Grundsätze der Datengouvernanz, die für Daten im Bereich KVG und KVAG, aber auch für Gesundheitsdaten im Allgemeinen anwendbar sind. So gelten Grundsätze wie die Trennung von Prozessen im Hinblick auf die Datenerhebung und den Verwendungszweck ganz allgemein. Zum Beispiel werden die Schlussfolgerungen aus dem Bericht Lovis bei der Umsetzung des Programms NaDB berücksichtigt.

Ferner veröffentlichte das BAG am 12. Januar 2022 seinen Bericht zur Verbesserung des Datenmanagements im Gesundheitsbereich¹⁴. Dieser Bericht informierte den Bundesrat über den Stand der Verbesserungen des Datenmanagements im Gesundheitswesen und insbesondere über die Massnahmen, die im Verlauf der Bewältigung der Covid-19-Pandemie umgesetzt wurden. Analog zu vorliegendem Bericht wird darin auf die vielen involvierten Akteure, die hohe Komplexität und die Uneinheitlichkeit in der Datenlandschaft hingewiesen. In diesem Zusammenhang beauftragte der Bundesrat zudem das EDI (EXE 2021.3099), mehrere Massnahmen umzusetzen, darunter die Entwicklung eines Konzepts mit dem Ziel, die Register zu harmonisieren und fehlende Identifikatoren zu ergänzen, sowie die Entwicklung von gemeinsamen Interaktionen zum Datenaustausch, und auf institutioneller Stufe das Einrichten der *Fachgruppe Datenmanagement im Gesundheitswesen*. Aufgabe der Gruppe ist es, die Voraussetzungen für die digitale Transformation im Schweizer Gesundheitswesen zu schaffen. Dabei soll sie unter breiter Beteiligung der Stakeholder für die notwendigen Standards zum Datenmanagement besorgt sein. Diese Fachgruppe wurde inzwischen gegründet und hatte ihre erste Sitzung am 19. September 2022. In dieser Fachgruppe geht es in erster Linie um Standards bezüglich der zu verwendenden Semantik, der Datenformate

¹³ M04 «Schaffung notwendiger Transparenz» und M05 «Leerläufe durch doppelte und fehlerhafte Datenerfassung verhindern»

¹⁴ Verfügbar unter [BAG | Bundesratsberichte 2022 \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/bag/berichte/2022)

und -strukturen sowie der Schnittstellen. Ziel dabei ist es, dass die vereinbarten Standards möglichst breit akzeptiert und innerhalb der Mitgliedsorganisationen umgesetzt werden. Bund und Kantone werden aufgefordert, im Rahmen ihrer Zuständigkeiten zu prüfen, ob allfällige gesetzliche Grundlagen geschaffen werden müssen, die für die Verbindlichkeitserklärung der entsprechenden Standards sinnvoll erscheinen.

Diese Bestrebungen (bessere Interoperabilität, angemessene gesetzliche Grundlagen) sind auch als Ziele des Programms **DigiSanté**¹⁵ des Eidgenössischen Departements des Inneren aufgeführt. Diese Initiative vereint die Mehrheit der Akteure im Gesundheitsbereich und wird in den kommenden Jahren einen Grundstein für eine ganze Reihe von Standardisierungsprojekten bilden. Die Kohärenz zwischen der hier beschriebenen Transparenzstrategie und den von DigiSanté initiierten Projekten ist auf Ebene der Ziele gewährleistet und wird bei der konkreten Umsetzung zu beachten sein. So werden sich auch die Umsetzungsprojekte, die mit den Handlungsfeldern der hier vorliegenden Strategie in Verbindung stehen, dort einfügen. Die Schnittstellen zu verwandten Projekten aus anderen parlamentarischen Arbeiten werden auch gestärkt. In diesem Zusammenhang sind die Arbeiten zur Erstellung einer übergeordneten Digitalisierungsstrategie (Po. 22.4022) zu nennen, welche sich auf mehr als nur Kostendaten bezieht.

Parallel zu den Vorschlägen aus der Politik gibt es weitere Initiativen auf Bundesebene, die sich mit verwandten Aspekten befassen und bei der Entwicklung einer Transparenzstrategie für den Gesundheitsbereich ebenfalls eine Rolle spielen können. Es handelt sich hier um Strategien, die entweder auf nationaler Ebene oder auf Ebene Bundesverwaltung bereits laufen:

- **Strategie «Digitale Schweiz»:** Sie versteht sich als Dachstrategie der Digitalpolitik des Bundes, die durch sektorielle Strategien ergänzt wird. Sie regelt das Handeln der Bundesverwaltung und kann für weitere Akteure der digitalen Schweiz, namentlich Wissenschaft, Wirtschaft, Behörden und Zivilgesellschaft, als Referenzrahmen dienen. Die Strategie «Digitale Schweiz» muss auf wichtige wirtschaftliche, rechtliche, technische und gesellschaftliche Entwicklungen reagieren und Prioritäten setzen können. Sie wird mindestens alle zwei Jahre aktualisiert;
- **Strategie eHealth Schweiz 2.0:** eHealth Schweiz 2.0 ist die Kompetenz- und Koordinationsstelle von Bund und Kantonen und hat zum Ziel, die Informations- und Kommunikationstechnologien so einzusetzen, dass sich die Abläufe im Gesundheitswesen verbessern und die Vernetzung der Akteure sichergestellt ist;
- **Strategie Gesundheit2030:** Sie gibt den Rahmen für die prioritären Aktivitäten des Bundes vor und konzentriert sich auf die vier dringlichsten Herausforderungen: (1) den technologischen und digitalen Wandel, (2) die demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen, (3) den Erhalt einer qualitativ hohen und finanziell tragbaren Versorgung und (4) die Chancen auf ein Leben in Gesundheit;
- **Digitalisierungsstrategie des Bundes 2020–2023:** Die Digitalisierungsstrategie soll die Bundesinformatik auf die zukünftigen Geschäftsbedürfnisse ausrichten und das Verwaltungsgeschäft bei der digitalen Transformation optimal unterstützen. Sie formuliert strategische Ausrichtungsziele entlang der folgenden vier Stossrichtungen: (1) Informations-, Daten- und Prozessmanagement, (2) Innovations- und Changemanagement, (3) Kunden- und Dienstleistungsorientierung und (4) Zusammenwirken von Geschäft und Informatik;
- **Sektorielle Initiativen:** Ein Beispiel innerhalb des BAG betrifft ein verbessertes Datenmanagement im Hinblick auf reibungslosere Datenflüsse und eine bessere Governance im Bereich übertragbare Krankheiten (insbesondere SARS-CoV-2);
- **Qualitätsstrategie:** Diese wurde am 11. März 2022 vom Bundesrat verabschiedet und betont ebenfalls, wie wichtig aussagekräftige Daten für eine fundierte Entscheidungsfindung sind. Mit Blick auf ein qualitativ gutes nationales Monitoringsystem braucht es ein Indikatoren-Set, das sämtliche Bereiche des Gesundheitswesens abdeckt.

¹⁵ [DigiSanté: Förderung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/gov/de/section/04613/all/index.html)

Während die digitale Transformation reibungslosere Informationsflüsse ermöglicht, zielt die Transparenzstrategie darauf ab, diese Informationsflüsse zu den richtigen Empfängern zu lenken, um diese mit den relevanten Informationen für die Governance im Gesundheitswesen zu versorgen.

Mithilfe dem Programm **Digitale Transformation im Gesundheitswesen (DigiSanté)** sollen die Informationsflüsse zu digitalen Informationsflüssen (wo sie es noch nicht sind) beziehungsweise zu kompatiblen digitalen Informationsflüssen werden (wo bereits eine (teilweise) Digitalisierung stattgefunden hat). Sie soll es ermöglichen, die involvierten Akteure innerhalb von kompatiblen technischen Systemen miteinander zu vernetzen und Unterbrechungen bei der Informationsweitergabe zwischen den verschiedenen Akteuren zu verhindern. Dadurch wird der Zugang zu den gesammelten Daten erleichtert und die technischen Voraussetzungen für deren Nutzung zu anderen Zwecken werden geschaffen.

Die **Datentransparenzstrategie** hat zum Ziel, das Gesundheitswesen für die verschiedenen Akteure «verständlicher» zu machen. Sie soll aufzeigen, wo Informationen verfügbar sind (oder nicht), wie diese zwischen den verschiedenen Akteuren zirkulieren, welche Hindernisse (administrativer, technischer, rechtlicher Art u. a.) oder Lücken bestehen und wie diesen entgegengewirkt werden kann. Zudem soll sie zwischen den Akteuren zu einem gut aufeinander abgestimmten Vorgehen in Bezug auf den Umgang mit Daten führen und so eine bessere Umsetzung des KVG und des KVAG gewährleisten. Wo es angebracht ist, wird die Datentransparenzstrategie ihre Themen in den Rahmen des Programms DigiSanté einordnen.

2.6 Analyse

Fehlende Übersicht über die Datenlage, die Datenflüsse und die Akteure innerhalb der OKP

Das Gesundheitswesen wird mittels verschiedener Statistiken zu Kosten, erbrachten Leistungen und Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung meist auf deskriptive Art dargestellt. Diese Statistiken werden von unterschiedlichen Akteuren auf mehr oder weniger unterschiedliche Art und Weise zur Verfügung gestellt. Daher entsprechen die von den Dachverbänden der Krankenversicherer veröffentlichten Kostengruppen auch nicht den in der KVG-Statistik des BAG verwendeten Kostengruppen. Diese Unterschiede sind manchmal in den gesetzlichen Grundlagen verankert. So spiegelt der Begriff der Bruttokosten im Rahmen der individuellen Prämienverbilligung beispielsweise die bezahlten Prämienkosten (Verordnung über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, SR 832.112.4), während die Bruttokosten aus der Sicht der Versicherer den abgerechneten Leistungen entsprechen.

Die erhobenen oder übermittelten Daten unterscheiden sich auch in Bezug auf Detailgenauigkeit, Vollständigkeit, Zeitlichkeit, Qualität und Semantik. Basierend auf den für die jeweiligen Akteure geltenden gesetzlichen Grundlagen, ihren Aufgaben und den Datenschutzbestimmungen unterliegen die Dateninhalte oft Beschränkungen oder sind verarmt. Dies obwohl die Identifikatoren der natürlichen Personen (z. B. AHV-Nummer), die für Rechnungszwecke und als Grundlage für Anonymisierungsverfahren im Rahmen der Aufgaben des KVG oder KVAG vom BAG oder vom BFS verwendet werden, technisch eine erleichterte Kommunikation in einem übergeordneten Gesundheitsdatenraum ermöglichen würden. Aufgrund solcher Beschränkungen kann ein Austausch zwischen den verschiedenen Akteuren und gegenüber der Wissenschaft und Forschung lediglich im Umfang der gesetzlichen Aufträge erfolgen. Potenzielle Synergien bleiben de facto ungenutzt. Der Inhalt der von den Versicherten an die Versicherer eingereichten Rechnungen wird daher für spätere Adressaten wie das BAG unter recht allgemeinen Kategorien zusammengefasst.

Mit Blick auf die Transparenz im Gesundheitswesen müssten nicht nur die in den Gesetzen explizit erwähnten Akteure in die Analyse miteinbezogen werden, sondern auch Organe wie Dachverbände (oder an diese angegliederte Organe wie die SASIS AG), denen bei der Nutzung der Daten zur OKP grosse Bedeutung zukommt. Es gibt jedoch keinen Datenkatalog, aus dem hervorgeht, welche Akteure welche Daten mit welchen Definitionen und auf welcher Rechtsgrundlage erheben und generieren. Im Zusammenhang mit

der Statistikerhebungsverordnung wurde zwar eine Liste erstellt, doch diese enthält lediglich die im Rahmen der statistischen Erhebungen des Bundes gesammelten Daten und gibt auch nur einen sehr allgemeinen Überblick über die Inhalte. Ein solcher Katalog, der beispielsweise Informationen zu den Aufgaben basierend auf den gesetzlichen Grundlagen, zu Datenschutzbestimmungen, Datenlieferanten, Empfängern, den Inhalten und der Art der Daten enthält, würde einen besseren Überblick darüber geben, was verfügbar ist.

Eine Datentopografie, die die Hauptakteure und Datenflüsse erfasst, und damit Übersichtlichkeit im Gesundheitswesen gewährleistet, ist heute noch keine Realität, auch wenn es einige interessante Initiativen wie das NaDB gibt. Letztere konzentriert sich jedoch nur auf Daten der öffentlichen Hand, hat eine eher beschränkte Reichweite und trägt nicht allen oben genannten wünschenswerten Informationen Rechnung.

Teilindikatoren zum Zustand der OKP

Demografische Faktoren spielen naturgemäss eine wichtige Rolle bei der Entwicklung der Gesundheitskosten. Aber auch die Akteure und ihre Funktion im Gesundheitswesen haben einen erheblichen Einfluss auf dessen Entwicklung und die damit verbundenen Kosten. Im Hinblick auf die Transparenz im Gesundheitswesen und insbesondere auf die Kostendämpfungsmassnahmen sollte die Leistung pro Sektor oder sogar pro Aufgabe erfasst werden können. Vor diesem Hintergrund wird die Entwicklung eines auf Ebene der verschiedenen Akteure (und nicht nur auf Sektorebene) einheitlichen Indikatoren-Sets mit harmonisierten Definitionen zur Priorität. Nebst der Leistungs- und Kostenperspektive sollten diese Indikatoren auch die Qualität, das Versorgungsangebot, die Morbidität und die Effizienz des Systems berücksichtigen. Jeder Themenbereich würde in Absprache mit den wichtigsten Branchenpartnern «seine» Indikatoren erarbeiten, wobei aber auch eine Koordination zwischen den verschiedenen Themenbereichen stattfinden müsste. Diese Indikatoren wären eine Ergänzung zu den bestehenden deskriptiven Statistiken.

Während es in der Schweiz ein breites Spektrum an Indikatoren zum Gesundheitszustand und zum Leistungsangebot¹⁶ mit Angaben zu den Determinanten der Gesundheit, des Gesundheitszustands der Bevölkerung und des Leistungsangebots im System gibt, fehlt ein homogenes Set an Indikatoren zu Prämien, Kosten, Leistungen und der Kostenübernahme. Das BAG liefert im Rahmen der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung¹⁷ zwar einige Statistiken und wichtige Aspekte, doch ein einheitliches Indikatoren-Set, das die verschiedenen Bereiche der Krankenversicherung abdeckt, fehlt nach wie vor. Ein solches Set würde eine zusammenfassende und idealerweise regelmässig aktualisierte Bestandsaufnahme liefern.

Erforderliche Koordinationsinstrumente

Es fehlt ein kohärentes Bündel an Instrumenten, das mehr Datentransparenz in der OKP und ihren verschiedenen Dimensionen ermöglicht. Abbildung 2 unten gibt einen Überblick über die Arten der Daten und Instrumente, die zu mehr Transparenz im Gesundheitswesen beitragen können. Dazu gehören unter anderem der Aufbau einer Topografie (Datenkatalog und Datenflüsse) und eines Informationssystems im Dashboard-Stil (Management-Informationssystem – MIS) als Ergänzung zum bestehenden statistischen Atlas.

¹⁶ Schweizer Gesundheitsatlas (BFS), Rubrik 14, verfügbar unter [Statistischer Atlas der Schweiz | BFS \(admin.ch\)](#); Schweizer Atlas der Gesundheitsversorgung, verfügbar unter www.versorgungsatlas.ch

¹⁷ Siehe [Statistik der obligatorischen Krankenversicherung | BAG \(admin.ch\)](#)

Abbildung 2 Instrumente für mehr Transparenz im Gesundheitswesen

Governance / Koordination		Instrumente
Leistungsdaten	Morbidität, Mortalität, Zugänglichkeit, Wirkung, Solvenz ...	Atlas / Indikatoren MIS
Funktionsdaten	Genehmigung, Tarifierung, Überwachung, Risikoausgleich ...	Topografie
Daten zu den Akteuren	Bund, Kantone, Versicherer, Leistungserbringer ...	Datenflüsse (Erhebung, Weitergabe)
Deskriptive Daten	Kosten, Leistungen, Prämien, Qualität ...	Metadaten, Definitionen

Es bedarf einer Koordination, ja gar einer Governance, um die Instrumente und deren Angemessenheit dauerhaft sicherzustellen.

In jedem Bereich (deskriptive Daten, Akteure, Funktionen, Leistungsindikatoren) gibt es jedoch Hindernisse zu bewältigen. Die folgenden Kapitel geben einen Überblick.

Hindernisse: deskriptive Daten / heterogene Statistiken

Die Statistiken stammen oft von unterschiedlichen Akteuren und betreffen ebenso unterschiedliche Gruppen (Patientinnen und Patienten, Versicherte, Kranke). Unterschiedliche Aufgaben (im administrativen, statistischen oder qualitätsorientierten Bereich) führen zur Erstellung von Datenbanken, die kaum eine Verknüpfung zwischen administrativen und medizinischen Daten ermöglichen. Die Daten zur Gesundheitsversorgung stammen häufig aus medizintechnischen oder proprietären Anwendungen (z. B. einem Radiologie- oder Laborsystem) und bleiben hauptsächlich auf diesen Sektor beschränkt. Bei den jeweiligen Leistungserbringern fehlen unter Umständen die Schnittstellen zu einem mehr oder weniger digitalisierten und/oder harmonisierten Patientendossier, was schliesslich eine Verknüpfung der verschiedenen Informationsarten und deren Zentralisierung in einem koordinierten System verhindert. Aufgrund der Vielfalt der genutzten Systeme scheint es nach wie vor schwierig zu sein, einen vollständigen Gesundheitsdatensatz zu erhalten.

Ausserdem können uneinheitliche Identifikatoren (Versicherten-, Patienten- und Leistungserbringernummern) sektorübergreifende Analysen behindern und es zum Beispiel erschweren, Genaueres über die Verlagerung von stationärer zu ambulanter Leistungserbringung herauszufinden. Auch nachträgliche Datenverknüpfungen zwecks Nutzung durch Wissenschaft und Forschung werden dadurch erschwert (siehe dazu die Arbeiten im Rahmen des Postulats Humbel 15.4225 und allgemeiner die Massnahme 2 des Bundesratsberichts zur Verbesserung des Datenmanagements im Gesundheitsbereich¹⁸ über die Harmonisierung von Registern und Einführung fehlender Identifikatoren).

Unter diesen Umständen ist der gemeinsame Nenner zwischen den Daten der verschiedenen Akteure der medizinischen Versorgung oft anhand der Diagnose- und Rechnungsstandards (über die Tarife) oder gar anhand des betrieblichen Rechnungswesens (REKOLE®) zu eruieren. Doch selbst auf dieser Ebene bestehen nach wie vor grosse Herausforderungen:

¹⁸ Bericht zur Verbesserung des Datenmanagements im Gesundheitsbereich vom 12.01.2022, verfügbar unter [Bundesratsberichte \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/bundesratsberichte)

- Im ambulanten Bereich werden Einzelleistungen verrechnet, während stationäre Leistungen pauschal vergütet werden müssen. Insofern gibt es keine Definition für einen ambulanten Fall, und es ist somit auch nicht möglich, die Leistungen und Behandlungen systematisch zuzuordnen. Dies macht die Analyse der ambulanten Behandlungsepisoden und ihrer Kosten komplizierter;
- In der Gesundheitsversorgung werden unterschiedliche Standards verwendet (z. B. für die Diagnosestellung im ambulanten Sektor), was Vergleiche schwierig macht;
- Gewisse Standards basieren auf Stundensätzen und nicht auf zugrunde liegenden Leistungen, was die Datenanalyse erschwert;
- Die Abrechnungsdaten spiegeln zwar die Volumen gut wieder, sind aber unvollständig, da ein Teil der an die Patienten/Versicherten zugestellten Rechnungen nicht an die Versicherer weitergeleitet wird (Out-of-Pocket-Finanzierung).

Die Akteure verwenden je nach Tätigkeitsumfeld unterschiedliche Definitionen. Damit erfolgt beispielsweise bei den Kosten und Leistungen eine Abgrenzung nach Behandlungsdatum beziehungsweise Rechnungsdatum. Ein Katalog, in dem festgehalten wird, welche Statistiken von welchen Akteuren erstellt, verfügbar gemacht und verwendet werden, sollte daher auch Angaben zu den untersuchten Datenpopulationen, deren Vollständigkeit (vollständiger/partieller Datensatz), Detailgenauigkeit (individuelle oder aggregierte Daten), Qualität sowie die jeweiligen Definitionen enthalten.

Hindernisse: unvollständige Identifizierung der Akteure

Grundsätzlich mag der Perimeter der verschiedenen Akteure klar erscheinen. Bund, Kantone und Krankenversicherer verfügen über regelmässig erhobenes Datenmaterial. Es gibt aber noch zahlreiche weitere Akteure, die ebenfalls Teil des Gesundheitswesens sind – entweder aufgrund der Nutzung von Daten zwecks Einflussnahme auf das System (z. B. Dienste des Preisüberwachers) oder aufgrund von Datenerhebungen (z. B. durch die Dachverbände der Krankenversicherer), die innerhalb der Datenlandschaft im Gesundheitsbereich wichtig geworden sind. Im Zuge einer präzisen Erfassung des Gesundheitswesens und der Gesundheitsdaten ist es somit angezeigt, nebst den institutionellen Akteuren auch noch weitere Akteure mit ihren Funktionen und Daten einzubeziehen.

Die grosse Vielfalt an Leistungserbringern erschwert allerdings auch deren Identifizierung und Beschreibung, und viele Fragen der Definition bleiben unbeantwortet. In diesem Zusammenhang dürften laufende Projekte im Hinblick auf neue Register einen besseren Überblick bringen (Kriterien für die Definition von Spitaleinrichtungen und Aufbau eines entsprechenden Registers beim BFS; Aufbau eines Registers über die Erbringer ambulanter Leistungen nach KVG [LeReg] beim BAG).

Hindernisse: heterogene Prozesse bei der Datenweitergabe

Eine Erkenntnis aus dem Bericht Lovis ist die Existenz nicht miteinander verbundener, nicht kohärenter Datensilos. Auf nachgelagerter Ebene führen diese Silos zu einer nicht harmonisierten Prozesskoordination sowie zu nicht harmonisierten Datenzugangs- und weitergaberegeln und de facto auch zu unterschiedlichen Metadaten und Abläufen beim Datenaustausch und der Datenweitergabe. Es wäre daher wünschenswert, wenn sich die verschiedenen Akteure bei der Umsetzung ihrer jeweiligen Aufgaben besser untereinander austauschen und koordinieren könnten. Dies würde zu mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz gegenüber den anderen Akteuren und der Öffentlichkeit führen.

Das BFS setzt daher auf eine zentrale Datenerhebung bei den Leistungserbringern für vielfältige Zwecke und leitet diese Daten im Rahmen eines Bearbeitungsreglements, das nachgelagert mit den involvierten Parteien diskutiert wird, an verschiedene Akteure weiter. Dieses Vorgehen ist sinnvoll und sollte auch in anderen Bereichen verfolgt werden. Das BAG orientiert sich bei der Weitergabe von Daten, für die es verantwortlich zeichnet, an diesem Vorgehen.

Fazit

Die Erhebung von Daten zur OKP ist grösstenteils nicht einheitlich geregelt und hängt von geltenden Bestimmungen für die Erfüllung der gesetzlich festgelegten Aufgaben ab. Wie von Professor Lovis in seinem Bericht erwähnt, führt dies zu nicht miteinander verbundenen, nicht kohärenten Datensilos mit jeweils eigenen Prozessen. Diese systemische Fragmentierung erschwert es, sich einen Überblick zu verschaffen – sei es, um Doppelspurigkeiten auszumachen, mögliche Synergien zu nutzen oder Lücken zu erkennen. Sektorübergreifende Strategien zur digitalen Transformation, zum Daten- und Qualitätsmanagement oder zum Einsatz elektronischer Mittel bei den Behörden führen sicherlich zu mehr Datentransparenz innerhalb der OKP, doch die komplexe Landschaft, in der sich die verschiedenen Akteure bei ihrer Tätigkeit bewegen, und die uneinheitlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen erfordern auch eine dedizierte Strategie für den Umgang mit OKP-Daten.

Für bestimmte Bereiche, wie die Erhebung und Verwendung von Daten je Leistungserbringer, gibt es Bestimmungen (Art. 59a KVG), die eine koordinierte Datenbearbeitung regeln und auf mehr Kohärenz bei der Datennutzung abzielen. Es obliegt demnach dem BFS, diese Daten zu erheben, deren Verwendung in einem Bearbeitungsreglement festgehalten wird. Diese durch Art. 59a KVG definierte Koordination schliesst jedoch gewisse Lücken oder Widersprüche nicht aus. Dies ist insbesondere im stationären Bereich der Fall, da das BAG hier Daten zu detaillierten Kosten von stationären Fällen ausschliesslich im Rahmen der Genehmigung der Tarifstruktur verwenden darf. Dasselbe im ambulanten Bereich. Auch hier stehen dem BAG nur wenige Individualdaten zu den erbrachten Leistungen zur Verfügung. Andere nicht staatliche Akteure haben Zugriff auf solche Daten und nutzen diese, während sie für das BFS und das BAG nur teilweise oder gar nicht verfügbar sind. Ähnlich sieht es bei den Kosten der OKP aus. Die staatlichen Akteure erhalten keine detaillierten Daten aus den Abrechnungen. Es werden lediglich aggregierte Daten, die einen Überblick über Gesamtvolumen und -kosten geben, an diese Akteure weitergegeben, was zudem kostspielig ist.

Zwecks Rationalisierung der Erhebungen, aber auch im Hinblick auf eine bessere Datenqualität wäre zunächst ein Überblick über die Datenlage, die Datenflüsse und die Akteure innerhalb der OKP notwendig. Dieser könnte die erforderlichen Informationen liefern, um Doppelspurigkeiten zu reduzieren und fehlende gesetzliche Grundlagen zu ermitteln, die ein einfacheres Teilen von Daten ermöglichen würden. Die verschiedenen Akteure lassen sich zudem nicht unbedingt ohne Weiteres bestimmen, da insbesondere im ambulanten Bereich nicht alle Leistungserbringer und deren gelieferte Daten vollumfänglich bekannt sind.

Die Kosten sollten mit Blick auf die Kostentransparenz und die Formulierung von Massnahmen zur Kostendämpfung nicht nur auf der Grundlage von möglichst vollständigen deskriptiven und analytischen Daten analysiert werden können, sondern auch im Lichte konkreter Auswirkungen, die Indikatoren wie Zugänglichkeit, Qualität oder Wirtschaftlichkeit auf die OKP haben.

Um auf die vorhandenen Bedürfnisse mit konkreten Instrumenten reagieren zu können, braucht es Koordination. Wie diese im Detail aussehen soll, ist noch festzulegen. Die Kataloge und Indikatoren, die sich im Laufe der Zeit naturgemäss weiterentwickeln, müssen aufeinander abgestimmt und regelmässig aktualisiert werden. Um sicherzustellen, dass die Best Practices im Bereich der Datengouvernanz bekannt sind, scheint auch die Erstellung eines Kommunikations- und Weitergabekonzepts notwendig. Und damit die gewünschte Transparenz nicht nur punktuell, sondern auch dauerhaft gewährleistet werden kann, müssen sich die verschiedenen Akteure regelmässig über die vorgeschlagenen Instrumente und die damit verbundenen Ressourcen verständigen.

3 Vision

Dauerhafte Transparenz in der OKP, über die die Akteure im Gesundheitswesen und die Öffentlichkeit (u. a. die Versicherten) dank eines gemeinsamen und aufeinander abgestimmten Vorgehens der Akteure jederzeit im Bilde sind.

3.1 Aufgabe

Erarbeitung von technischen, organisatorischen oder institutionellen Arbeitsinstrumenten, die eine dauerhafte Transparenz im Gesundheitswesen sowie eine verstärkte Abstimmung zwischen den verschiedenen Akteuren fördern und so zu mehr Kohärenz und Effizienz in Bezug auf die Daten innerhalb der OKP führen.

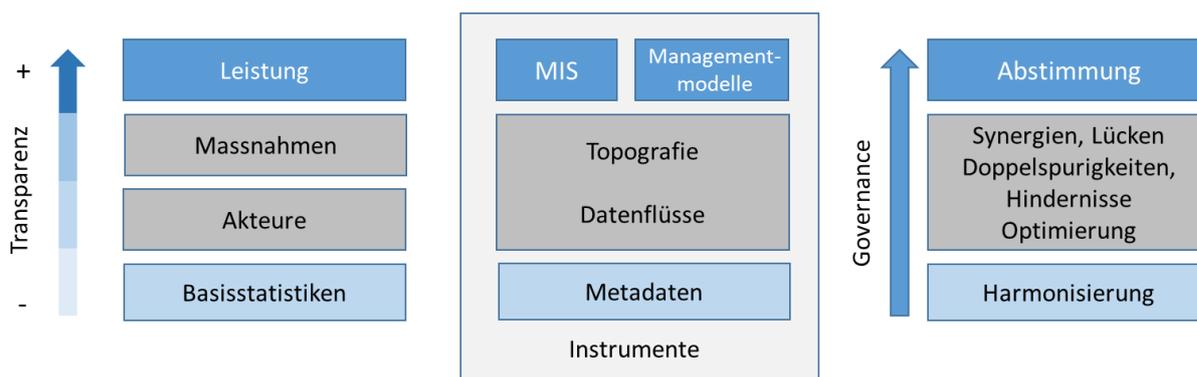
3.2 Primärziele

Mithilfe der Strategie sollen Instrumente geschaffen werden, die eine transparente und fortwährende Dokumentation der Vorgänge im Gesundheitswesen ermöglichen. Es soll erkennbar werden, welche Leistungen von welchen Akteuren für wen und mit welchen Ergebnissen erbracht werden. Die Strategie, die die Kohärenz bei der Erhebung und Bearbeitung der Daten der verschiedenen Akteure fördert, muss es ermöglichen, die Aktivitäten über den zeitlichen Verlauf anhand verschiedener Faktoren (quantitativer, qualitativer und finanzieller Natur) nachverfolgen und messen zu können. Zudem sollen auch die Auswirkungen der damit verbundenen Veränderungen auf das System evaluiert werden können. Schliesslich zielt die Strategie darauf ab, den Akteuren eine bessere Abstimmung und Koordination ihrer allgemeinen Grundsätze bei der Umsetzung von Regelungen und Prozessen im Hinblick auf den Zugang und die Weitergabe von Daten zu ermöglichen.

Die Datentransparenzstrategie konzentriert sich somit auf folgende Primärziele:

- Schaffung von **Transparenz** in der OKP über die Bereitstellung bestimmter Informationen, wobei die jeweiligen Akteure jederzeit über den Zustand vom Gesundheitssystem im Bilde sind;
- Erleichterter Zugang zu Informationen für die Öffentlichkeit und die Governance-Akteure dank verschiedener **Instrumente**, insbesondere einer Topografie zu den Datenflüssen;
- Förderung einer besseren **Governance** durch eine verstärkte Abstimmung zwischen den verschiedenen Akteuren im Hinblick auf die Erhebung und Nutzung von Daten, was eine Minimierung von Doppelspurigkeiten und eine Maximierung von Synergien bringen soll.

Abbildung 3 Strategie



4 Handlungsfelder

Es gibt zwei Arten von Handlungsfeldern:

- Die **systemischen** Handlungsfelder (Abstimmung und Koordination, Managementmodelle), die sich mit Blick auf die Erhebung und das Teilen von Gesundheitsdaten auf das gesamte System und sämtliche Akteure auswirken;

- Die **operativen** Handlungsfelder (Instrumente), die der Strategie zugrunde liegen (Metadaten, Katalog, Topografie einschliesslich Datenflüsse, Leistungsindikatoren / MIS).

Mithilfe der operativen Handlungsfelder, das heisst der Instrumente, lassen sich eventuelle Doppelspurigkeiten, Synergien oder Lücken eruieren. Diese Handlungsfelder geben Hinweise auf möglicherweise notwendige Gesetzesänderungen im Hinblick auf bessere Entscheidungsgrundlagen mit dem Ziel, analog zur Forderung im Postulat Massnahmen zur Kostendämpfung in der OKP vorschlagen zu können.

Die systemischen Handlungsfelder sorgen für eine dauerhafte, koordinierte, pragmatische und kohärente Umsetzung der Datenstrategie unter Berücksichtigung des sowohl auf staatlicher wie auch auf privater Ebene bereits vorhandenen Fachwissens.

4.1 Systemisches Handlungsfeld 1: Abstimmung und Koordination

Definition

Im Kontext der Gesundheitsdatentransparenz bezieht sich dieses Handlungsfeld auf organisatorische oder gar institutionelle Massnahmen, die die Abstimmung und Koordination der Akteure untereinander zwecks kontinuierlicher Verbesserung der Transparenz im Gesundheitswesen und der damit verbundenen notwendigen Daten erleichtern.

Bezug zum Primärziel

Transparenz ist das Ergebnis bereichsübergreifender und kontinuierlich wirkender Massnahmen verschiedener Akteure wie Bund, Kantone, private Verbände oder Versicherer, wobei aufeinander abgestimmte und kohärente Prozesse, Definitionen und Regeln zu beachten sind.

Transparenz im Gesundheitswesen lässt sich auf der technischen Seite zwar mittels Einführung bestimmter Instrumente fördern, doch eine dauerhafte Transparenz bedingt eine aufeinander abgestimmte Partizipation der verschiedenen Akteure. Das Handlungsfeld zielt darauf ab, die Abstimmung und Koordination zwischen den Akteuren zu fördern, indem es einen Gedankenaustausch zu den technischen Instrumenten sowie den Modellen der Datenerhebung und -weitergabe beziehungsweise den dazugehörigen Genehmigungsverfahren anregt.

Bestandsaufnahme

Das gegenwärtige System ist durch verschiedene Datensilos mit jeweils individueller Governance gekennzeichnet. Diese Fragmentierung verhindert einen zufriedenstellenden Informations- und Datenaustausch. Die Daten sind oft nicht in harmonisierter Form verfügbar und unterliegen Datenverarbeitungsprozessen innerhalb eines bestimmten Aufgabenbereichs und den dort geltenden gesetzlichen Grundlagen. Zudem können sich die Datenmanagementmodelle selbst als uneinheitlich oder gar widersprüchlich erweisen oder sie sind den Akteuren schlichtweg nicht bekannt. So ist es zum Beispiel gut möglich, dass der Datenschutz bei ähnlichen Daten auf unterschiedliche Weise gehandhabt wird.

In einem Umfeld, das durch ein exponentielles Datenwachstum und immer komplexer werdende Informationen gekennzeichnet ist, hat ein langsamer Übergang zu einer kohärenten und abgestimmten Datennutzung und Datenweitergabe einen entsprechend grösseren nachträglichen Korrekturaufwand zur Folge.

Handlungsfeld

Erleichterte Abstimmung und Koordination zwischen den Akteuren mittels organisatorischer Massnahmen

oder Vorschlägen im institutionellen Bereich mit dem Ziel einer besseren Kohärenz bei der Datenerhebung und -nutzung.

Grundzüge der Umsetzung

Eine Abstimmung könnte durch die Nutzung bestehender Strukturen und Expertengruppen (staatliche oder nicht staatliche), wie z.B. die Fachgruppe Datenmanagement¹⁹, welche neulich im Rahmen von DigiSanté gebildet wurde, erfolgen. Die Expertinnen und Experten könnten sich zum Katalog der Akteure und der Statistiken, zu den Definitionen, zur Ausgestaltung kohärenter Indikatoren oder auch zu Managementmodellen äussern. Sie hätten so die Möglichkeit, beispielsweise auch zu Richtlinien im Zusammenhang mit dem Prozess der Datenzugangs- und Datenlieferungsbewilligung Stellung zu nehmen.

Im Rahmen von Teilprojekten unter dem Programm NaDB (wie SpiGes) findet bereits ein entsprechender Dialog statt. Dieser zielt auf die angestrebte Konvergenz zwischen Prozessen, Definitionen und Anforderungen an die Datenerhebung ab und vereinfacht damit die Aufgabe der Datenlieferanten. Ein solcher Ansatz liesse sich auch auf andere Bereiche wie die Daten von Krankenversicherern oder den Bereich ambulante Leistungen ausweiten. Im Zuge dieses Dialogs könnten Änderungsvorschläge sowohl für die organisatorische wie auch für die institutionelle Ebene gemacht und dabei dem Gesetzgeber ergänzende Strukturen vorgeschlagen werden.

4.2 Systemisches Handlungsfeld 2: Managementmodelle

Definition

Die Managementmodelle in diesem Kontext umfassen sämtliche Regelungen und Prozesse im Zusammenhang mit der Erhebung, dem Teilen und der Weitergabe von Daten.

Bezug zum Primärziel

Die Verbesserung der Transparenz kann nicht nur mithilfe besserer Informationen über das Gesundheitswesen erreicht werden. Dazu bedarf es auch einer Erörterung, wie mögliche Daten unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben und der Anforderungen an den Datenschutz erhoben, geteilt, weitergegeben und publiziert werden können. Eine Governance mit Regelungen zum Teilen von Daten und etablierte Prozesse in Bezug auf Gesuche zur Datenweitergabe, die bekannt und nachvollziehbar sind, erleichtern die Entscheidungsfindung und ermöglichen eine Rückverfolgbarkeit, die den Anforderungen an die Transparenz gerecht wird.

Gemeinsame Definitionen und Standards zur Art der Datenweitergabe durch die verschiedenen Akteure erleichtern die Datenerhebung, senken die Kosten für die Datenlieferanten, führen zu einer besseren Qualität und letztlich auch zu mehr Transparenz.

Bestandesaufnahme

Die Nutzung und die Weitergabe von Daten werden generell durch einen speziellen gesetzlichen Rahmen geregelt, der über die Bestimmungen des DSG hinausgeht. Diese Bestimmungen lassen nämlich einige Punkte bezüglich Nutzungsanfragen vonseiten der Öffentlichkeit, der Wissenschaft und Forschung oder anderer Stellen unbeantwortet. Das Fehlen gemeinsamer Richtlinien oder Konzepte kann dazu führen, dass sich Akteure bei der Datenlieferung zu zurückhaltend zeigen und dadurch bestimmten Datenempfängern Informationen vorenthalten werden. Während einige Bundesämter Instrumente für eine gemeinsamen

¹⁹ [Siehe BAG Medienmitteilung vom 20.09.2022 \(admin.ch\)](#)

Datennutzung entwickelt haben (wie das BFS oder das BSV), ist dies bei anderen noch kaum der Fall. Ausserdem kann es mit Blick auf die Umsetzung unterschiedliche Interpretationen und technische Lösungsansätze geben, was für die Akteure und die Öffentlichkeit auch in diesem Bereich eine Fragmentierung mit wenig Kohärenz mit sich bringt. Diese Uneinheitlichkeit kann – je nach Sektor, in dem die Datenbewirtschaftung erfolgt – zu einer Ungleichbehandlung bei der Bereitstellung der Daten führen.

Datenerhebungen werden oft nach einer beim jeweiligen Akteur (z. B. BFS, BAG, GE KVG) etablierten Vorgehensweise und teilweise basierend auf divergierenden Definitionen (z. B. der Kostenabgrenzung, des Identifikators des Leistungserbringers oder des Unternehmens) durchgeführt. Solche Diskrepanzen können den Datenlieferanten Zusatzkosten verursachen, da sie dieselben Daten inhaltlich und formal mehrfach aufbereiten müssen. Zudem erschweren diese Diskrepanzen die Datenplausibilisierung und -zuverlässigkeit.

Handlungsfeld

Die der Datenerhebung und dem Datenaustausch zugrunde liegenden Prozesse sollten analysiert werden, um daraus Richtlinien oder sogar Managementmodelle abzuleiten, die dann bei der Erarbeitung künftiger Richtlinien herangezogen werden können. Es ist möglich, dass die erfolgte Erörterung – je nach gesetzlichem Rahmen oder involvierten Akteuren – mehrere allgemein anwendbare Modelle für die Erhebung oder den Austausch von Daten hervorbringt.

Grundzüge der Umsetzung

Im Zuge eines Austauschs mit einem Expertengremium könnten Vorschläge für ein Regulierungsmodell (eine Art Toolkit) für das Teilen von Daten gemacht werden. Das DSG bildet zwar die gemeinsame Grundlage für solche Modelle, doch müssten die sektorspezifischen Besonderheiten und die Erfahrungen der verschiedenen Akteure (z. B. des BFS mit der NaDB) bei einem solchen Austausch mitberücksichtigt werden. Die vom Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) herausgegebenen Leitlinien müssen bei den Umsetzungen natürlich berücksichtigt werden. Im Sinne einer nachhaltigen Governance sollte darauf geachtet werden, dass die Modelle in Übereinstimmung mit möglichen Gesetzesrevisionen (z. B. DSG) aktualisiert werden.

4.3 Operatives Handlungsfeld 1: Metadaten

Definition

Metadaten beschreiben die Eigenschaften eines Objekts und gehen über eine reine Definition hinaus. Sie ermöglichen es, Informationselemente zu strukturieren und zu identifizieren. Auf Gesundheitsdaten bezogen handelt es sich um systematische und detaillierte Beschreibungen von Statistiken, Akteuren, Datenflüssen und Indikatoren des Gesundheitswesens.

Bezug zum Primärziel

Transparenz wird nur erreicht, wenn Informationen zugänglich und nachvollziehbar sind und so aufbereitet werden können, dass sie insbesondere via Suchfunktionen abrufbar sind. Dem FAIR-Data-Prinzip folgend²⁰ müssen Daten auffindbar (*findable*), zugänglich (*accessible*), interoperabel (*interoperable*) und wiederverwendbar (*re-usable*) sein.

Vor diesem Hintergrund wird die zentrale Dokumentation von Definitionen auch die Qualität der Analysen

²⁰ Siehe www.go-fair.org oder <https://force11.org> oder [Die FAIR Data Prinzipien für Forschungsdaten | TIB Blog \(blogs.tib.eu\)](https://blogs.tib.eu)

des Gesundheitswesens fördern. Im Zusammenhang mit wiederverwendbaren Gesundheitsdaten ist diese zentrale Dokumentation in einer übergeordneten Digitalisierungsstrategie eingebettet.

Bestandesaufnahme

Derzeit laufen mehrere Initiativen mit dem Ziel, einen Überblick über vorhandene Datenquellen und Statistiken sowie deren Eigenschaften und Abgrenzungen zu geben. Das Programm NaDB mit Ihrer Interoperabilitätsplattform²¹ leistet hier mit der Erstellung eines Katalogs einen wichtigen Beitrag, auch wenn dieser Katalog nach wie vor nur die Daten der öffentlichen Hand umfasst. Nun geht es darum, das Vorhandene mit den für die Beschreibung des Gesundheitswesens notwendigen Metadaten zu ergänzen und dabei die derzeit noch nicht berücksichtigten Akteure miteinzubeziehen sowie die schon verfügbaren Infrastrukturen wie die Interoperabilitätsplattform I14Y, das LINDAS Projekt vom Bundesarchiv oder die Plattform `open-data.swiss` zu benutzen.

Handlungsfeld

Die Analyse der verwendeten Definitionen und der bestehenden Datenkataloge in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens wird eine Skizzierung ermöglichen, wie ein Minimalkatalog an Daten und Indikatoren zum Gesundheitswesen insgesamt aussehen könnte. Letztere könnten dazu genutzt werden, die Öffentlichkeit jederzeit über den Zustand des Gesundheitswesens und die Verfügbarkeit der zugrunde liegenden Daten zu informieren. Dieser Minimalkatalog könnte auch zum besseren Datenaustausch in einem übergeordneten Gesundheitsdatenraum beitragen.

Grundzüge der Umsetzung

Eine Reihe von Gremien und Arbeitsgruppen (z. B. die Expertengruppe zur Beratung der Statistikproduzenten des Bundes, Fedestat) setzen sich mit der Thematik auseinander und beraten die Bundesämter bei ihren Aktivitäten. Auch eine Untergruppe liesse sich in den Prozess einbinden. In diesem Zusammenhang gilt es auf die Schnittstellen zum Programm NaDB zu achten und klar festzulegen, welche Metadaten dort eingeschlossen werden könnten und welche ergänzend im Rahmen einer OKP-Governance zu bewirtschaften wären. Darüber hinaus kann auch die Fachgruppe Datenmanagement im Gesundheitswesen, die auf eine bessere Interoperabilität durch gemeinsame Standards hinarbeitet, in die Auseinandersetzung mit dem Thema miteinbezogen werden. Sie könnte sich dabei insbesondere mit ihrem umfassenden Überblick (nicht nur auf Bundesebene) über die beim Austausch von Gesundheitsdaten involvierten Akteure einbringen. In dieser vom EDI koordinierten Gruppe sind zahlreiche Akteure des Gesundheitswesens vertreten.

4.4 Operatives Handlungsfeld 2: Topografie und Datenflüsse

Definition

Bei einer Datentopografie handelt es sich um eine grafische Darstellung. Diese ermöglicht eine Visualisierung und ein besseres Verständnis der zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen bestehenden Datenflüsse sowie der Hindernisse, mit denen theoretisch mögliche Datenflüsse konfrontiert sind. Diese Visualisierung ist sowohl für die Akteure im Gesundheitswesen als auch für die Öffentlichkeit bestimmt.

Bezug zum Primärziel

Während Definitionen oder Klassifikationen von Akteuren, Metadaten und Statistiken für ein Verständnis

²¹ <https://www.i14y.admin.ch/>

des Gesundheitswesens notwendig sind, bietet eine Topografie einen Analyserahmen, mit dem sich die Datenlandschaft des Gesundheitswesens modellieren, aber auch vereinfachen lässt. Sie erleichtert den Zugang zu Informationen und die Auseinandersetzung mit dem Thema der Datenflussoptimierung.

Bestandesaufnahme

Eine Internetrecherche zeigt, dass es keinen aktuellen nationalen Datenkatalog oder eine Datentopografie zu den Gesundheitsdaten und den Akteuren im Gesundheitswesen gibt. Wenn unter dem Programm NaDB ein Rahmen für die Erstellung eines Katalogs vorgesehen sein sollte, wird dieser für die kommenden Jahre auf eine bestimmte Anzahl von Bereichen beschränkt sein. Ein solcher Katalog ist jedoch eine gute Grundlage, da er eine nachhaltige Struktur bietet. Im Rahmen von Initiativen oder einzelnen Berichten (insbesondere der Bericht des Obsan²² aus dem Jahr 2004, der 2010 aktualisiert wurde) erfolgen jeweils genaue Bestandsaufnahmen. Die Datenbestände wurden jedoch nicht weiter aktualisiert oder in eine Datenbank überführt. Diese Berichte führten bereits zu Überlegungen betreffend die Erstellung eines Inventars zu den verfügbaren Datenquellen.

Handlungsfeld

Gemeinsam mit einer Expertengruppe (z. B. Fachgruppe Datenmanagement) ist eine Semantik sowie ein Modellierungsinstrument zu erarbeiten, das dann unter Berücksichtigung der Gesamtkohärenz schrittweise zu etablieren ist.

Grundzüge der Umsetzung

Dabei werden die aus vergangenen Initiativen (Obsan 2010) oder aktuellen Programmen (NaDB) gezogenen Lehren berücksichtigt. Der Bund als Unterstützer dieser Initiative könnte auf ein gängiges und innerhalb des Bundes bereits genutztes Modellierungsinstrument zurückgreifen. Falls ein solches Instrument nicht verfügbar ist, müssen die notwendigen Schnittstellen zu bestehenden Projekten entwickelt werden. Auf operativer Ebene wäre die Wahl des Tools mit anderen Projekten (NaDB usw.) abzustimmen²³. Ein fortwährendes Angebot solcher Informationen und deren Bereitstellung für die Öffentlichkeit ist ohne IT-Unterstützung und folglich ohne ein Minimum an verfügbaren Mitteln nicht möglich.

4.5 Operatives Handlungsfeld 3: Indikatoren und Management-Informationssystem (MIS)

Definition

Das Management-Informationssystem (MIS) stellt relevante Informationen zu den verschiedenen Dimensionen des Gesundheitswesens und seines Umfelds bereit. Es wird über ein Set von Indikatoren implementiert, die spezifisch, messbar, erreichbar, relevant und zeitbezogen sein müssen. Ziel ist ein sowohl für die Akteure im Gesundheitswesen als auch für die Öffentlichkeit transparentes System.

Bezug zum Primärziel

Die Definition eines Indikatoren-Sets trägt auf vielfältige Weise zu mehr Transparenz im Gesundheitswesen

²² [Obsan Bericht 38 – Inventar ausgewählter Gesundheitsdatenbanken in der Schweiz \(admin.ch\)](#)

²³ Zum Beispiel die Software *Innovator*, die beim Bund eingesetzt wird.

und bei den verwendeten oder benötigten Daten bei. Einerseits bringt es die Akteure aufgrund seiner Ausgestaltung dazu, sich mit den relevanten Informationen und den zugrunde liegenden wichtigsten Daten zur Messung der stattfindenden Entwicklung auseinanderzusetzen. Andererseits führt dieses leicht zugängliche Instrument zu mehr Transparenz, da es im zeitlichen Verlauf eine Bestandsaufnahme der Situation im Gesundheitswesen über dessen verschiedene Dimensionen hinweg ermöglicht.

Bestandesaufnahme

In der Strategie 2030 wird auf die Trends im Schweizer Gesundheitswesen eingegangen. Zur Beschreibung des Gesundheitssystems werden unter anderem Indikatoren wie Zugang zu Informationen, Gesundheitszustand, aber auch Prämienfinanzierung, Chancenungleichheit, mangelnde Transparenz, Kosten oder Versorgungsqualität und Ärztedichte herangezogen. Im Zusammenhang mit der Strategie der Datentransparenz bei den Gesundheitskosten in der OKP stellt sich die Frage, ob die verfügbaren Daten über den zeitlichen Verlauf eine zuverlässige und konsistente Bestandsaufnahme ermöglichen. Entscheidend ist ferner, dass man die Qualität der Informationsquellen kennt: Ist sie ausreichend, gibt es Lücken usw.

Der Schweizer Versorgungsatlas (BFS) liefert ein breites Spektrum an Indikatoren zum Gesundheitszustand und Leistungsangebot in der Schweiz. Das BFS stellt zudem einen Taschenatlas²⁴ mit Indikatoren zu den Gesundheitsdeterminanten, zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zum Angebot im Gesundheitswesen (Spitäler, Pflegeheime, Spitex, Ärztinnen und Zahnärzte) zur Verfügung. Das BAG liefert seinerseits Indikatoren zur Gesundheit, zum Verhalten (z. B. Suchtverhalten), aber auch Statistiken zu Kosten, Prämien sowie Indikatoren zur Qualität bestimmter Leistungen. Und auch das BAG veröffentlicht eine Taschenstatistik²⁵, in der einige wichtige Fakten über die OKP enthalten sind. Doch ein detailliertes Indikatoren-Set fehlt noch. Darüber hinaus gibt es Teilstatistiken, die von den Krankenversicherern erstellt werden. Diese sind zwar für viele Analysen im Bereich der OKP unerlässlich, bleiben aber mit Blick auf ihren Detaillierungsgrad (keine Individualdaten) beschränkt (z. B. hinsichtlich der Determinanten von Gesundheitskosten). Sie ermöglichen beispielsweise keine Unterscheidung zwischen Preiseffekten und Mengeneffekten nach einer Preiserhöhung. Die Datenquellen und Datenlieferanten werden darin genannt.

Die mangelnde Transparenz in Bezug auf Kosten, Leistungen und Qualität ist zumindest teilweise auf fehlende Daten oder Beschränkungen beim Datenaustausch zurückzuführen – eine Situation, der mit dieser Strategie entgegengewirkt werden soll.

Handlungsfeld

Die Indikatoren im Informationssystem der OKP sind in Absprache mit den Akteuren innerhalb von Expertengruppen festzulegen. Dabei ist auf harmonisierte Definitionen zu achten sowie ein Zeitplan im Hinblick auf die Ergänzung der Indikatoren und Daten zu erstellen, sollten sich diese als lückenhaft erweisen. Die Indikatoren werden die bereits gut strukturierten und harmonisierten Datenbereiche sichtbar machen, es aber auch ermöglichen, Defizite in der Datenlage oder beim Datenaustausch festzustellen. Die Indikatoren umfassen idealerweise die Bereiche Aufsicht über die Krankenversicherer, Kostenentwicklung, Qualität, Tarifgenehmigung, Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Leistungen sowie das Angebot der Leistungserbringer.

Grundzüge der Umsetzung

Die Erarbeitung der Indikatoren könnte in Fortführung der Arbeiten von Professor Lovis im Rahmen der Transparenzstrategie erfolgen, und zwar in Abstimmung mit den Akteuren, die bereits bei der ersten Analyse der OKP und der dort vorherrschenden Transparenz involviert waren. Anschliessend liessen sich in

²⁴ Download unter [Gesundheit – Taschenstatistik 2022 | Veröffentlichung | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/gov/de/section/04600/overview)

²⁵ Eine digitale Version ist verfügbar unter «Flyer» auf [Weitere Statistiken zur Krankenversicherung | BAG \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/gov/de/section/04600/overview)

Abprache mit der Expertengruppe Gesundheitsstatistiken weitere Akteure des Gesundheitswesens hinzuziehen.

Die Definition der Indikatoren gäbe einen ersten Gesamtüberblick über die OKP und wäre je nach Entwicklung der verfügbaren und teilbaren Daten durch einen mehr oder weniger hohen Detaillierungsgrad gekennzeichnet. Vor allem aber könnte sie nach und nach verfeinert werden, wobei auf einen sparsamen Einsatz der erforderlichen Mittel sowie auch auf die Teilbarkeit der ermittelten Daten zu achten wäre.

5 Umsetzung

5.1 Masterplan

Die Strategie sieht die Erarbeitung eines Masterplans vor, der die Grundlage für die festgelegten Ziele und für die Koordination der handlungsorientierten Massnahmen bildet.

Operationalisierung

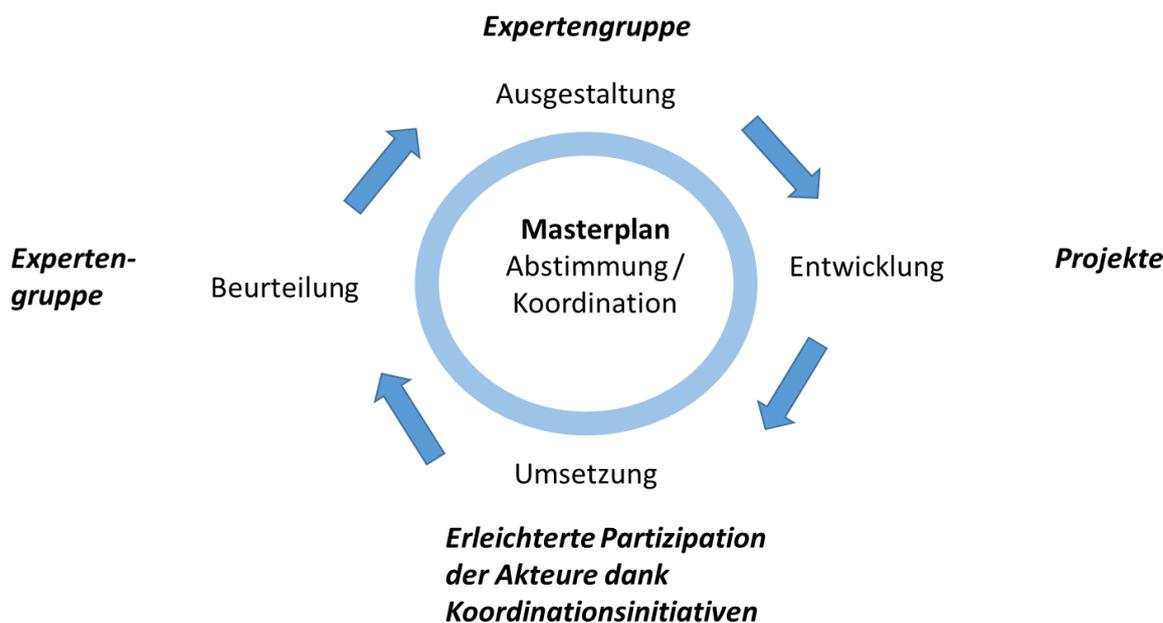
In einem ersten Schritt hat unter der Leitung des Bundes eine Koordination zwischen den Expertengruppen (auch für den Datenschutz) stattzufinden. Diese sollen einen fundierten Beitrag zur Ausgestaltung der Instrumente (Katalog, Topografie, MIS, Managementmodelle) liefern.

Während zuerst eine technische Entwicklung dieser Instrumente (oder eine Integration in bestehende Instrumente) erfolgen muss, wird es in einem zweiten Schritt notwendig sein, mit den Schlüsselakteuren die verschiedenen Initiativen zu koordinieren. Ziel dabei ist es, sowohl die Nutzung der bereitgestellten Instrumente zu fördern als auch die aus diesen Instrumenten hervorgehenden Produkte (z. B. den Datenkatalog oder Schlüsselindikatoren, die idealerweise auf harmonisierten Definitionen basieren) für die Öffentlichkeit verfügbar zu machen.

Um eine gezielte Umsetzung zu gewährleisten, können die Schwerpunktbereiche beispielsweise unter Berücksichtigung des Leistungs- oder Kostenvolumens zulasten der OKP und des Umfangs der Dokumentation der Informationsbestände definiert werden.

Sobald die Instrumente verfügbar und die Informationen dokumentiert werden, könnten den Expertengruppen mit Blick auf eine fortwährende Verbesserung der Instrumente für mehr Datentransparenz in einem dritten Schritt die aus dieser Strategie resultierenden Ergebnisse und Massnahmen in Form von wiederkehrenden Beurteilungen vorgelegt werden. In dieser Phase wird sich zeigen, ob die Massnahmen die erwarteten Fortschritte bringen oder ob darüber hinaus eine Änderung der gesetzlichen Grundlagen erforderlich ist.

Abbildung 4 Partizipative Umsetzung der Strategie



5.2 Zeitplan und geplante Meilensteine

Tabelle 1 Zeitplan und geplante Meilensteine

Meilenstein	Beschreibung der Umsetzung	Zeitplan
1. Erarbeitung des Masterplans und Definition der Schwerpunktbereiche	Zusammen mit dem BAG, dem BFS und in Absprache mit der Expertengruppe in Fortsetzung der Arbeiten von Professor Lovis	2024– 2025
2. Entwicklung von Transparenzinstrumenten	Definition der Projekte, Finanzierung der für die Koordination und/oder die technische Umsetzung der Projekte benötigten Ressourcen	2025– 2026
3. Umsetzung: Unterstützung der Schwerpunktbereiche bei der Koordination	Koordination in den Schwerpunktbereichen mit dem Ziel, die Informationslage zu den vorhandenen Daten und deren Austausch deutlich zu verbessern; Bereitstellung der Instrumente für die Akteure und die Öffentlichkeit	2026–
4. Beurteilung	Beurteilung der geschaffenen Instrumente mit Blick auf die erzielten Ergebnisse und Massnahmen; etwaige Empfehlungen für Anpassungen der gesetzlichen Grundlagen	2027 und folgende

6 Fazit

Die Strategie zielt darauf ab, eine dauerhafte Transparenz bei den Daten im Gesundheitswesen zu fördern, indem die verschiedenen Akteure bei der Umsetzung der strategischen Massnahmen miteinbezogen werden. Ein kohärentes Bündel an strukturierten und harmonisierten Informationen wird einerseits die Datennutzung verbessern, indem mögliche Doppelspurigkeiten, Lücken und Synergien sichtbar gemacht werden. Andererseits wird durch die daraus folgende verstärkte Koordination und die gemeinsame Nutzung von Datenmanagementmodellen eine bessere Governance resultieren.

Der Gesundheitsdatenkatalog, die Topografie einschliesslich der Datenflüsse, sowie ein Set relevanter Indikatoren werden es im Sinne des Postulats ermöglichen:

- zu dokumentieren, welche Akteure welche Daten auf welcher gesetzlichen Grundlage und zu welchem Zweck erheben, indem diese Informationen für die Akteure des Gesundheitswesens oder die Öffentlichkeit verfügbar gemacht werden;
- den Abbau von Doppelspurigkeiten zu erleichtern und mögliche Synergien auszumachen, was in Anbetracht der geschaffenen Instrumente durch die Akteure selbst erfolgen wird;
- eine Koordination bei Initiativen des Bundes zur Erhebung, Nutzung und Weitergabe von Daten sicherzustellen;
- die noch lückenhaften Daten zu dokumentieren, deren Qualität entweder durch eine bessere Koordination oder durch parlamentarische Beschlüsse verbessert werden sollte, falls gesetzliche Hürden bestehen;
- den Schutz der personenbezogenen Daten zu gewährleisten, indem von Expertengruppen validierte Managementmodelle vorgelegt werden;
- eine substantielle und rasche Verbesserung der Datentransparenz herbeizuführen, indem bestimmte Bereiche anhand von Merkmalen wie ihrem Kosten- und Volumenanteil am Total der OKP-Leistungen oder auch das Bestehen von besonders nachteiligen Informationslücken prioritär angegangen werden.

7 Anhang

Anhang 1 Aufgaben, Akteure, Daten im KVG und KVAG

Tabellen A1-1 und A1-2 geben einen Überblick über die zu erfüllenden Hauptaufgaben sowie über die Primär- oder Sekundärdaten, die in der OKP (insbesondere vom BAG und vom BFS) verwendet werden. Tabelle A1-1 stellt dabei auf das KVAG und Tabelle A1-2 auf das KVG ab. Tabelle A1-3 enthält eine nicht abschliessende Auflistung weiterer (vor allem privater) Akteure mit Begleitdaten. Dies veranschaulicht die Notwendigkeit, im Rahmen dieser Strategie auch andere Daten als die explizit in der OKP genannten miteinzubeziehen.

Tabelle A1-1 Aufgaben KVAG und Daten

Gesetzliche Grundlage KVAG	Aufgabe / Ziel	Erhebung	Datenlieferant	Ergebnisübermittlung	Primärdaten	Art der Daten	Sekundärdaten	Datenschutzbestimmung	Lücken
16	Genehmigung der Prämientarife	BAG	Versicherer	Kantone	Daten zur Genehmigung der Prämientarife der Versicherer und Rückversicherer, Finanzdaten, inkl. Reserven, Versichertenbestand, Kosten, PCGs, KVG-Statistik	Aggregierte und Individualdaten		Auskunftspflicht (durch Versicherer / 35 KVAG) / Bearbeiten von Personendaten (84 KVG); Bekanntgabe und Nutzung, Ziele (84a KVG); Anonymisierung der Individualdaten EFIND	

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Gesetzliche Grundlage KVAG	Aufgabe / Ziel	Erhebung	Datenlieferant	Ergebnisübermittlung	Primärdaten	Art der Daten	Sekundärdaten	Datenschutzbestimmung	Lücken
33	Prüfung der Rückversicherungsverträge	BAG	(Versicherer)		(nur Sekundärdaten)	Aggregierte und Individualdaten	Daten betr. die Genehmigung der Prämientarife von Versicherern und Rückversicherern, Finanzdaten, Daten zu Versichertenbestand und Kosten im Rahmen der Aufsicht (34, 35)	Auskunftspflicht (durch die Versicherer / 35 KVAG); Bearbeiten von Personendaten (84 KVG); Bekanntgabe und Nutzung, Ziele (84a KVG); Anonymisierung der Individualdaten EFIND	
34	Monitoring der Prämienverbilligung	BAG	Kantone	Kantone	Daten zu Zuschüssen nach Haushaltstyp	Aggregiert	Daten zu den Kosten pro versicherte Person (EFIND)	Anonymisierung der Individualdaten EFIND	Es fehlen Daten (der Kantone) zu den Haushaltseinkommen
34, 35	Aufsicht über die Versicherer (Einhaltung der Bestimmungen, Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit, Solvenz, Einhaltung des Geschäftsplans, Schutz der Versicherten vor Missbräuchen /	BAG	Versicherer	Teilweise an die Öffentlichkeit	Finanzdaten, inkl. Reserven und Kapitalinvestitionen, Qualitäts- und Quantitätsindikatoren, Angaben zu Prämien, Versichertenbestand und Kosten, Organisation IKS	Aggregierte und Individualdaten		Auskunftspflicht (durch die Versicherer / 35 KVAG); Bearbeiten von Personendaten (84 KVG); Bekanntgabe und Nutzung, Ziele (84a KVG); Anonymisierung der Individualdaten EFIND	

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Gesetzliche Grundlage KVAG	Aufgabe / Ziel	Erhebung	Datenlieferant	Ergebnisübermittlung	Primärdaten	Art der Daten	Sekundärdaten	Datenschutzbestimmung	Lücken
	Gleichbehandlung)								
45	(Rechtliche) Aufsicht der Gemeinsamen Einrichtung KVG	BAG	Versicherer	GE KVG, EFK, ESA		Qualitativ			

Tabelle A1-2 Aufgaben KVG und Daten

Gesetzliche Grundlage KVG	Aufgabe / Ziel	Erhebung	Datenlieferant	Ergebnisübermittlung	Primärdaten	Art der Daten	Sekundärdaten	Datenschutzbestimmung	Lücken
16, 16a, 17, 17a	Risikoausgleich: Definition, Entwicklung, Beurteilung Risikoausgleich: Umsetzung	BAG GE KVG, (17a KVG)	Versicherer GE KVG (17a) Versicherer	Versicherer (PCG)	Individualdaten. Versichertenbestand, Kosten, Aufenthalt > 3 Tage, PCG. Daten der GE KVG 17a (Medikamente, Kosten, Aufenthalt > 3 Tage, Ergebnisse des Risikoausgleichs) Medikamente, Kosten, Aufenthalt > 3 Tage	Aggregierte und Individualdaten		Anonymität der Versicherten Eingeschränkte Nutzung nach Art. 26 VORA Eingeschränkte Nutzung nach Art. 26 VORA Meldung an die Versicherer nach Art. 20 VORA	
19, 20	Förderung der Verhütung von Krankheiten	Kantone, Versicherer	Ad hoc	Öffentlichkeit	Ad-hoc-Projekte				
21	KVG-Statistiken und Angaben pro Versicherer, Kostenüberwachung	BAG	Versicherer	Wissenschaft und Forschung, Öffentlichkeit, Datenlieferanten	Versichertenbestand, Deckungen, Kosten, Abrechnungsbelege, Angaben zur Risikoklasse (PCG)	Aggregierte und Individualdaten	Zahlstellenregister	Bearbeiten von Personendaten (84); Bekanntgabe und Nutzung, Ziele (84a); Anonymität der Versicherten (21) und Versicherer im Zusammenhang mit Individualdaten Eingeschränkte Nutzung	Keine Daten zu Tarifpositionen oder Medikamenten
23	Statistische Grundlagen zur Funktionsweise des Gesetzes	BFS	Leistungserbringer	Öffentlichkeit	Leistungsvolumen, z. B. Arztpraxen	Aggregierte und Individualdaten			

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Gesetzliche Grundlage KVG	Aufgabe / Ziel	Erhebung	Datenlieferant	Ergebnisübermittlung	Primärdaten	Art der Daten	Sekundärdaten	Datenschutzbestimmung	Lücken
25a	Regelung des Verfahrens der Pflegebedarfsermittlung und der Qualitätskontrolle; Festsetzung der Beiträge, Restfinanzierung	BFS, BAG, Kantone, Leistungserbringer	Leistungserbringer	BAG		Aggregierte und Individualdaten	Datenpool der Dachverbände der Versicherer	Bearbeiten von Personendaten (84); Bekanntgabe und Nutzung, Ziele (84a); Erhebung (59a) von Patientendaten in anonymisierter oder pseudonymisierter Form durch das BFS; Einzelheiten zur Bearbeitung (30, 30a, 30b, 30c KVV) und Veröffentlichung (31 KVV und 51 MedBG); Sicherheit und Aufbewahrung der Daten (Art. 31a KVV)	Bei der Spitex fehlen Daten zu Pflegestufen und Pflegekategorien (Leistungen A, B, C).
32, 56	Kontrolle der Leistungsabrechnung	Versicherer	(Behandlungszentrum) Leistungserbringer, Versicherte		Kosten und Leistungen KVG	Individualdaten	Vom BFS bei den Leistungserbringern erhobene Daten	BFS-Daten: Daten nach Artikel 30 Bst. a, c, d und e, sofern sie für die Anwendung der Bestimmungen über die Wirtschaftlichkeitskontrolle in Bezug auf die übernommenen Leistungen erforderlich sind	
32, 33, 52 (siehe auch unter Art. 52)	WZW-Kriterien, Bedingungen und Umfang der Kostenübernahme	BAG	Versicherer, Hersteller		Daten der Spezialitätenliste bzw. die für diese benötigt werden (Wirkstoff, Dosis, Verpackung, Preis, Beschränkungen, Umsatz usw.), MiGeL, GGML, AL. Von Versicherern gelieferte Ad-hoc-Daten	Aggregiert	Datenspiegel SwissDRG, epidemiologische Daten oder Studien, Swissmedic-Informationen, Daten der Dachverbände der Versicherer (Volumen, Leistungen, Kosten,	Bekanntgabe und Nutzung, Ziele (84a); Erhebung (59a) von Patientendaten in anonymisierter oder pseudonymisierter Form durch das BFS; Einzelheiten zur Bearbeitung (30, 30a, 30b, 30c KVV) und Veröffentlichung (31 KVV und 51 MedBG); Sicherheit und Aufbewahrung	Kaum verfügbare Daten über Volumen und Umsatz pro Tarifposition oder Medikament in der OKP; keine Individualdaten zum Patientenpfad, einschliesslich Diagnostikdaten; keine Informationen

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Gesetzliche Grundlage KVG	Aufgabe / Ziel	Erhebung	Datenlieferant	Ergebnisübermittlung	Primärdaten	Art der Daten	Sekundärdaten	Datenschutzbestimmung	Lücken
					Notwendige Daten für Leistungen in Evaluation (teilweise nicht verfügbar)	Individualdaten	Versichertenbestand), Daten zum Pharmasektor (IMS), Studien, Berichte; BFS-Daten zu ambulanten Leistungen der Spitäler	der Daten (Art. 31a KVV); Anonymität der Patientinnen und Patienten	zur Verschreibungspraxis oder Einnahme von Arzneimitteln durch die Patientinnen und Patienten. Unvollständige epidemiologische Daten zu Inzidenz und Prävalenz im Hinblick auf die Schätzung von Volumen und Bedarf. Unvollständige Daten zu Leistungen und Kosten im ambulanten Bereich, insbesondere in Verbindung mit einer Diagnose. Unvollständige Daten zu nicht medizinischen Leistungen.

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Gesetzliche Grundlage KVG	Aufgabe / Ziel	Erhebung	Datenlieferant	Ergebnisübermittlung	Primärdaten	Art der Daten	Sekundärdaten	Datenschutzbestimmung	Lücken
35, 36, 36a, 37, 38	Zulassung von Leistungserbringern	BAG, Kantone	Ofac, Leistungserbringer		Daten zum Zulassungsverfahren		Studien und Berichte		Keine Daten zu Personalressourcen (VZÄ) in der Pflege, in Einrichtungen oder selbstständigen Arztpraxen; keine Daten zur Zahl der aktiven Leistungserbringer in der OKP.
39	Zulassung von Leistungserbringern - Spitalplanung (Kantone)	BFS (für die Kantone)	Spitäler, Geburtshäuser, Pflegeheime	Kantone (Art. 59a, KVG)	Strukturdaten, medizinische Statistik der Spitäler	Aggregierte und Individualdaten	Epidemiologische Daten, Daten zu Qualität und Outcome	Erhebung (59a) von Patientendaten in anonymisierter oder pseudonymisierter Form durch das BFS; Einzelheiten zur Bearbeitung (30, 30a, 30b, 30c KVV) und Veröffentlichung (31 KVV und 51 MedBG); Sicherheit und Aufbewahrung der Daten (Art. 31a KVV);	
40	Zulassung von Heilbädern	BAG	Keine direkte Erhebung						

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Gesetzliche Grundlage KVG	Aufgabe / Ziel	Erhebung	Datenlieferant	Ergebnisübermittlung	Primärdaten	Art der Daten	Sekundärdaten	Datenschutzbestimmung	Lücken
40a, 40b, 40c, 40d, 40e, 40f (noch nicht in Kraft getreten)	Leistungserbringerregister	Für die Führung des Registers zuständige Behörde (noch nicht definiert)	Kantone, Partner	Kantone, Schiedsgerichte, Partner					
43	Tarifstruktur	BAG	Keine direkte Erhebung		Versichertenbestand, Kosten, KVG-Leistungen nach Tarifposition, nach Art des Leistungserbringers, nach Spital	Aggregiert BFS: Individualdaten	Datenpool und Tarifpool der Dachverbände der Versicherer; Daten zu den ambulanten Kosten und Leistungen der Spitäler (BFS), KVG-Statistik (BAG)	Anonymität der Patientinnen und Patienten	Wenige Daten pro Patient bzw. Patientin / versicherte Person
43	Subsidiäre Tariffestlegung	BAG	Keine direkte Erhebung				Statistik diagnosebezogener Fallkosten (BFS), SwissDRG, Datenpool der Dachverbände der Versicherer (SASIS AG), KVG-Statistik (BAG)		Wenige Daten pro Patient bzw. Patientin / versicherte Person

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Gesetzliche Grundlage KVG	Aufgabe / Ziel	Erhebung	Datenlieferant	Ergebnisübermittlung	Primärdaten	Art der Daten	Sekundärdaten	Datenschutzbestimmung	Lücken
46, 47, 47a, 48, 49	Tarifgenehmigung	BAG	Tarifpartner		Daten zu Genehmigungsgesuchen (Kostenschätzungen, Patientinnen/Patienten)	Aggregiert	Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS), Datenpool und Tarifpool der Dachverbände der Versicherer (SASIS AG), KVG-Statistik (BAG), Daten zum Pharmamarkt (IMS), Spitem-Statistik (via BFS-Erhebung), SwissDRG		
47b	Datenweitergabe im Zusammenhang mit den Tarifen	BAG, Kanton	Tarifpartner, für die Tarifstruktur zuständige Organisation	BAG, Kanton					
49	Vergleich Fallkosten, Qualität	BAG, Kanton	Leistungserbringer via GDK	Öffentlichkeit / Internetseite BAG	Indikatoren CMI-bereinigte Fallkosten der Spitäler	Aggregiert	SwissDRG		

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Gesetzliche Grundlage KVG	Aufgabe / Ziel	Erhebung	Datenlieferant	Ergebnisübermittlung	Primärdaten	Art der Daten	Sekundärdaten	Datenschutzbestimmung	Lücken
52 (siehe auch Art. 32)	Erstellung und Überprüfung SL, MiGeL und AL; Beschränkungen	BAG	Hersteller	Öffentlichkeit	Daten zum Zulassungsprozess, Daten aus der Spezialitätenliste (Herstellerangaben), MiGeL, GGML; Daten zu Kosten und Beziehern nach Originalpräparat und Generikum	Aggregiert	Datenpool der Dachverbände der Versicherer (SASIS AG), KVG-Statistik (BAG), Daten zum Pharmamarkt (IQVIA); Epidemiologische Daten; Verkäufe gemäss Ofac		Fehlende Informationen aus den Leistungsabrechnung, nach Position oder Verpackung; keine Informationen zum jeweiligen Vertriebskanal; Diagnoseinformationen in den Leistungsabrechnungen unzureichend; keine Individualdaten zur Einnahme von Medikamenten, MiGeL und AL
55	Eindämmung der Kostenentwicklung (Tarife)								
51, 54	Globalbudget für Spitäler	Kantone			Daten zum Kostenvolumen, Stammdaten zu den Baserates, Taxpunktwerten usw.	Aggregiert			
55a	Beschränkung der Anzahl Ärzte und Ärztinnen	BAG, Kantone	Keine direkte Erhebung	Öffentlichkeit für maximale Anzahl und Deckungsgrad	Daten zur Anzahl der aktiven Leistungserbringer nach Fachgebiet	Basisdaten auf Individualbene	Daten aus dem Zahlstellenregister der Dachverbände		Fehlende Daten pro Arzt oder Ärztin und keine Informationen zur effektiven Tätigkeit

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Gesetzliche Grundlage KVG	Aufgabe / Ziel	Erhebung	Datenlieferant	Ergebnisübermittlung	Primärdaten	Art der Daten	Sekundärdaten	Datenschutzbestimmung	Lücken
58a, 58b, 58c	Qualitätssicherung	Qualitätskommission					Medizinische Statistik der Spitäler, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen	Datenweitergabe des BFS an die Qualitätskommission gemäss Art. 59a und 84a Bst. a KVG., Art. 58c Abs. 3 bis 5., Art. 77b und 77c KVV: Datenerbringung von Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern an Dritte; Anonymität der Patientinnen und Patienten	Keine umfassenden Daten zu ambulanten Leistungen verfügbar
58h	Massnahmen zur Qualitätsentwicklung; zweckmässiger Einsatz der Leistungen	BAG	Versicherer, Leistungserbringer		Patientendaten (anonymisiert) und Leistungen (Stichprobe)	Aggregierte oder Individualdaten	Aufträge an Obsan, Datenanfragen an Versicherer; Versorgungsatlas (BFS)		Keine umfassenden Daten zu ambulanten Leistungen verfügbar; Daten zu Diagnosen und Indikationen fehlen. Teilweise fehlende epidemiologische Daten zu Krankheits-Inzidenz/Prävalenz, sozioökonomische Faktoren oder Leistungen im Behandlungspfad.

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Gesetzliche Grundlage KVG	Aufgabe / Ziel	Erhebung	Datenlieferant	Ergebnisübermittlung	Primärdaten	Art der Daten	Sekundärdaten	Datenschutzbestimmung	Lücken
59a	Lieferung der Daten der Leistungserbringer (durch das BFS) an das BAG, die Qualitätskommission, die Kantone, den Preisüberwacher	BFS	Leistungserbringer	Öffentlichkeit	Daten der Leistungserbringer	Aggregierte oder Individualdaten		Erhebung (59a) von Patientendaten in anonymisierter oder pseudonymisierter Form durch das BFS; Einzelheiten zur Bearbeitung (30, 30a, 30b, 30c KVV) und Veröffentlichung (31 KVV und 51 MedBG); Sicherheit und Aufbewahrung der Daten (Art. 31a KVV);	
59a	Veröffentlichung von medizinischen Qualitätsindikatoren	BAG	Keine direkte Erhebung	Öffentlichkeit	Daten der Leistungserbringer	Individualdaten	Vom BFS übermittelte Daten	Einzelheiten zur Bearbeitung (30, 30a, 30b, 30c KVV) und Veröffentlichung (31 KVV und 51 MedBG); Sicherheit und Aufbewahrung der Daten (Art. 31a KVV);	

Tabelle A1-3 Weitere Akteure und Daten

Aufgabe / Ziel	Erhebung	Datenlieferant	Ergebnisübermittlung	Primärdaten	Art der Daten	Sekundärdaten	Datenschutzbestimmung	Lücken
Bundesstatistiken zur Bevölkerung und Gesundheit	BFS	Zivilstandsamt, Ärztinnen und Ärzte, kantonale Krebsregister, Leistungserbringer	Öffentlichkeit	Todesfallstatistik; Statistiken zu Spitälern und Geburtshäusern; Strukturdaten zu Leistungserbringern; Schweizerische Gesundheitsbefragung; Gesundheitsversorgungsstatistik; Krankenhausstatistik; Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause			Einschränkungen, siehe Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes (431.012.1)	
Kantonale Gesundheitsstatistiken	Kantone	Leistungserbringer		Z. B. Daten zu Klientinnen und Klienten (Pflegerheime), Patientinnen und Patienten	Anonymisierte Individualdaten			
Kantonale Statistiken zur Prämienverbilligung	Kantone							
Expertise für gesundheitsökonomische Fragestellungen	NewIndex (NAKO), OBELISC	Arztpraxen	FMH, KKA	Abrechnungsdaten von rund 10 500 Arztpraxen	Anonymisierte Individualdaten		Kodex NewIndex DSG 235.1	
Branchenstatistik der medizinischen Leistungen	SASIS-Datenpool	Versicherer	Öffentlichkeit (Vertrag)	Detaillierte Abrechnungsdaten, Kosten, Kostengruppen, Prämien, Kostenbeteiligungen pro Zahlstellen-	Anonymisierte Individualdaten		Datenschutz Zertifizierung	

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Aufgabe / Ziel	Erhebung	Datenlieferant	Ergebnisübermittlung	Primärdaten	Art der Daten	Sekundärdaten	Datenschutzbestimmung	Lücken
				Nummer, Ergebnis				
Branchenstatistik der elektronischen medizinischen Tarife	SASIS-Tarifpool	Versicherer	Öffentlichkeit (Vertrag)	Tarife, Tarifpositionen in den Rechnungen der Leistungserbringer, inkl. Medikamente, Angabe der Zahlstellen-Nummer	Anonymisierte Individualdaten		Datenschutz Zertifizierung	
Statistiken nach Versicherergruppe	Versicherer	(Versicherte)	Öffentlichkeit	Tarife, Tarifpositionen in den Rechnungen der Leistungserbringer, inkl. Medikamente, Angabe der Zahlstellen-Nummer	Anonymisierte Individualdaten			
Statistiken nach Dachverbänden der Leistungserbringer		Leistungserbringer	Öffentlichkeit	Aktivitätsindikatoren, z. B. H+		Sekundäre Datenquellen BFS		
Statistiken der Pharmabranche	IQVIA	Apotheken	Vertrag	Umsatz, Verkaufsvolumen Arzneimittel				
Krebsregister	Kantonale Register	Spitäler, Ärztinnen und Ärzte, Labore	Nationales Register	Daten zu Patientinnen und Patienten, Diagnose, Behandlung	Personenbezogene Daten			

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Aufgabe / Ziel	Erhebung	Datenlieferant	Ergebnisübermittlung	Primärdaten	Art der Daten	Sekundärdaten	Datenschutzbestimmung	Lücken
Schweizerisches Implantat-Register	SIRIS (Schweizerisches Implantat-Register)	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)	Öffentlichkeit	Daten zu Patientinnen und Patienten, Operationen, Implantaten	Personenbezogene Daten			
Sektorielle Register	Z. B. Herzinfarkt-Register AMIS Plus	Z. B. Spitäler						
Ärztereister	Z. B. FMH		Öffentlichkeit	Z. B. Stammdaten von Ärztinnen und Ärzten (doctorfmh.ch)	Stammdaten			

Anhang 2 Publikationen des BAG im Bereich der OKP

Tabelle A2-1 Publikationen des BAG im Bereich der OKP – Aufsicht

Schwerpunkt Aufsicht	Bezeichnung	Beschreibung	Sprache	Publikationskanal / Periodizität -- Darstellung / Inhalt	Datenquelle: Lieferant an Erheber	Rolle BAG ab (Detaillierungs- grad Daten)	Ab Jahr
Aufsicht über die Ver- sicherer	Aufsichtsdaten	Aufsichtsdaten zu allen Versicherern der OKP, seit 1996 (Bruttoleistung, Reserven, administrative Ausgaben...).	de, fr	Internetseite BAG / jährlich -- PDF, Excel-Tabellen	Krankenversiche- rungstatisik: Versi- cherer an BAG	Erhebung (aggregierte Daten und Finanzdaten je Versicherer)	1996
	Betriebsrechnungen und Bilanzen Krankenversi- cherer	Das BAG veröffentlicht die aufsichts- rechtlichen Jahresrechnungen der KVG- Versicherer, bestehend aus Bilanz und Betriebsrechnung.	de, fr	Internetseite BAG / jährlich -- Excel-Tabellen	Krankenversiche- rungstatisik: Versi- cherer an BAG	Erhebung (aggregierte Daten und Finanzdaten je Versicherer)	2013
	Ergebnisse des KVG-Sol- venztests (Solvenzquote)	Der KVG-Solvenztest ermittelt, wie gross die Risiken der Krankenversiche- rer sind. Er beurteilt, in welchem Aus- mass die Versicherer in der Lage sind, diese Risiken zu tragen. Der Test wird von den Versicherern ausgefüllt. Statisti- ken dazu werden auf Priminfo und auf der BAG Internetseite veröffentlicht.	de, fr, it	Internetseite BAG , Priminfo / jährlich -- PDF (Text, Tabelle)	Solvenztest: Versi- cherer an BAG	Erhebung (aggregierte Daten und Finanzdaten je Versicherer)	2013
	Faktenblätter zum Thema Solvenztest und Reserve- abbau in der OKP	Erläuterungen für die Öffentlichkeit, so- wie Kernkennzahlen zum Solvenztest und Reserveabbau in der OKP.	de, fr, it	Internetseite BAG / jährlich -- PDF (Text, Tabelle, Grafik)	Solvenztest: Versi- cherer an BAG	Erhebung (aggregierte Daten und Finanzdaten je Versicherer)	

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Schwerpunkt Aufsicht	Bezeichnung	Beschreibung	Sprache	Publikationskanal / Periodizität -- Darstellung / Inhalt	Datenquelle: Lieferant an Erheber	Rolle BAG ab (Detaillierungs- grad Daten)	Ab Jahr
Aufsicht über die Versicherer	Verzeichnisse der zugelassenen Kranken- und Rückversicherer	Art. 4 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG) sieht vor, dass die Aufsichtsbehörde eine Liste der zugelassenen Krankenversicherer veröffentlicht. Gemäss Art. 28 KVAG veröffentlicht das BAG ausserdem eine Liste der zugelassenen Rückversicherer.	de, fr, it	Internetseite BAG / jährlich und nach Bedarf unterjährig -- PDF (Liste), Excel-Tabelle	Berichterstattung aus dem Aufsichtsbereich: (Rück-) Versicherer an BAG	Aufbereitung	
Aufsicht über die Kranken-, Unfall- und Militärversicherung	Tätigkeitsbericht über die Aufsicht der sozialen Kranken- und Unfallversicherung	Mit diesem Bericht schafft die Aufsichtsbehörde Transparenz über ihre Tätigkeiten. Dabei werden teilweise auch Beiträge und Kennzahlen ausgewiesen.	de, fr	Internetseite BAG , Bundespublikationen / jährlich -- PDF (Text), Druck (Text)	Daten der Aufsicht (aus jeweiliger Publikation stammend)	Aufbereitung	2017 für 2016
Information an die Öffentlichkeit (Ratgeber, Factsheets, Weisungen, Massnahmen, etc.)	Veröffentlichung aufsichtsrechtlicher Massnahmen und strafrechtlicher Sanktionen	Das BAG verfügt über umfassende Aufsichtsbefugnisse. Insbesondere können sichernde Massnahmen gegenüber dem Kontrollorgan (Verwaltungsrat) und der Geschäftsleitung eines Versicherers angeordnet werden. Das BAG kann die Öffentlichkeit über seine Aufsichtsmassnahmen und über sich daraus ergebende strafrechtliche Sanktionen informieren.	de, fr, it	Internetseite BAG / ad hoc -- Online-Zusammenfassung, PDF (Text, nur de)	allfällige ad-hoc Datenerhebung: Versicherer an BAG	Erhebung (aggregierte Daten und Finanzdaten je Versicherer)	
	Kreis- und Informationsschreiben	Das BAG verfasst Kreis- und Informationsschreiben zuhanden der Versicherer, die seiner Aufsicht unterstehen.	de, fr	Internetseite BAG / ad-hoc -- PDF (Text)	Berichterstattung aus dem Aufsichtsbereich	Aufbereitung	

Tabelle A2-2 Publikationen des BAG im Bereich der OKP – Grundlagen (Statistiken in der Kranken- und Unfallversicherung)

Schwerpunkt Grundlagen	Bezeichnung	Beschreibung	Sprache	Publikationskanal / Periodizität -- Darstellung / Inhalt	Datenquelle: Lieferant an Erheber	Rolle BAG ab (Detaillierungs- grad Daten)	Ab Jahr
Grundlagen	Taschenstatistik der Kranken- und Unfallversicherung	Kleiner Falzflyer mit verschiedenen Grafiken und Tabellen, die die Krankenversicherung und Unfallversicherung in der Schweiz zusammenfassen (Gesundheitsausgaben und deren Finanzierung, Prämien und Leistungen in der OKP, Einnahmen und Ausgaben in der UV, Leistungen und Anzahl Klienten im stationären Bereich)	de, fr, it, en	Druck (Falzflyer); Internetseite BAG / jährlich -- Grafiken, Tabellen	Daten aus anderen BAG-Publikationen -- öffentlich zugängliche Daten (auch international)	Erhebung , Bearbeitung (aggregierte Daten) -- Bearbeitung (aggregierte Daten)	2017
	Topcharts Gesundheit	Top Kennzahlen im Gesundheitswesen der Schweiz	de, fr	Internetseite BAG / jährlich -- PDF (Grafiken)	Krankenversicherungstatistik: Versicherer an BAG -- Prämienvorbereitung: Kantone an BAG -- Risikoausgleichsdaten: Versicherer an GE KVG -- öffentlich zugängliche Daten (auch international)	Erhebung (aggregierte Daten und Finanzdaten ab Versicherer) -- Erhebung (aggregierte Daten ab Kanton) -- Bearbeitung (aggregierte Daten ohne Angabe des Versicherers) -- Bearbeitung (aggregierte Daten)	2022 für Daten 2019/2020

Tabelle A2-3 Publikationen des BAG im Bereich der OKP – Kosten und Finanzierung

Schwerpunkt	Bezeichnung	Beschreibung	Sprache	Publikationskanal / Periodizität -- Darstellung / Inhalt	Datenquelle: Lieferant an Erheber	Rolle BAG ab (Detaillierungsgrad Daten)	Ab Jahr
Kosten und Finanzierung	Kostenentwicklung	Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung (MOKKE)	de, fr	Internetseite BAG / quartalsweise -- Online-Grafiken, Online-Tabellen, Excel-Tabellen	Datenpool: Versicherer an SASIS AG	Bearbeitung (aggregierte Daten ohne Angabe des Leistungserbringers oder Versicherers)	1997
	Portal Statistik der obligatorischen Krankenversicherung	Diese Anwendung stellt Indikatoren der obligatorischen Krankenversicherung in einer Zeitreihe ab 2012 dar.	de, fr	Internetseite BAG , opendata.swiss / jährlich -- Online-Grafiken, Excel-Tabellen	Krankenversicherungst Statistik: Versicherer an BAG -- Prämienverbilligung: Kantone an BAG -- Risikoausgleichsdaten: Versicherer an GE KVG	Erhebung (aggregierte Daten und Finanzdaten ab Versicherer) -- Erhebung (aggregierte Daten ab Kanton) -- Bearbeitung (aggregierte Daten ohne Angabe des Versicherers)	2015

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Schwerpunkt	Bezeichnung	Beschreibung	Sprache	Publikationskanal / Periodizität -- Darstellung / Inhalt	Datenquelle: Lieferant an Erheber	Rolle BAG ab (Detaillierungsgrad Daten)	Ab Jahr
Kosten und Finanzierung							
Kostenentwicklung	Nettoleistungen OKP je versicherte Person nach Kanton, Alter, Geschlecht, Spitalaufenthalt im Vorjahr und PCGs	Statistik der Nettoleistungen in der obligatorischen Krankenversicherung aus den anonymisierten Individualdaten. Es werden die Nettoleistungen pro versicherte Person, die Standardabweichungen der Kosten und die Anteile der versicherten Personen in vorgegebenen Kostenintervallen nach verschiedenen Variablen und deren Kombination (Wohnkanton, Altersklasse, Spitalaufenthalt im Vorjahr, Geschlecht, PCGs) dargestellt.	de, fr	Internetseite BAG / jährlich -- Online-Text, Online-Grafiken, Excel-Tabellen, PDF (Text, Tabellen)	Krankenversicherungsstatistik: Versicherte an BAG	Erhebung (anonymisierte Individualdaten)	2020 für Daten ab 2013
Finanzierung	Prämienübersicht	Übersicht der Prämien für das folgende Jahr für alle Versicherer (OKP CH, OKP EU)	de, fr, it	Internetseite BAG , Priminfo, open-data.swiss / jährlich -- PDF, Excel-Tabellen, csv-Tabellen (open-data.swiss)	Prämiengenehmigungsdaten: Versicherer an BAG	Erhebung (aggregierte Daten und Finanzdaten je Versicherer)	1996

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Schwerpunkt	Bezeichnung	Beschreibung	Sprache	Publikationskanal / Periodizität -- Darstellung / Inhalt	Datenquelle: Lieferant an Erheber	Rolle BAG ab (Detaillierungsgrad Daten)	Ab Jahr
Kosten und Finanzierung							
Finanzierung	Monitoring Prämienverbilligung	Bericht über die Wirksamkeit der Prämienverbilligung, vom BAG in Auftrag gegeben	de	Internetseite BAG / alle 3 bis 4 Jahre -- PDF (Text, Grafiken, Tabellen)	Öffentliche Publikationen und direkte Nachfragen: GDK und Kantone an Auftragnehmer des Berichts -- Prämienverbilligung: Kantone an BAG	Bericht (aggregierte Daten) -- Erhebung (aggregierte Daten je Kanton)	1998
Kostenentwicklung	Kostenprognosebericht	Die Konjunkturforschungsstelle KOF an der ETHZ verfasst jährlich im Auftrag vom BAG einen Bericht über die Prognose der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.	de	Internetseite BAG ; KOF-Webseite / jährlich -- PDF (Text, Grafiken, Tabellen)	Datenpool: Versicherer an SASIS AG	Bearbeitung (aggregierte Daten)	2015
	Monitoring der Analysenliste (AL)	Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt das BAG regelmässig ein Monitoring der Analysenliste durchzuführen. Ziel des Monitorings AL ist generell die fortlaufende Beobachtung der Mengen- und Umsatzentwicklung bei den Laboranalysen im ambulanten Bereich zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.	de, fr, it	Internetseite BAG / mehrfährlich -- PDF	Tarifpool: Versicherer an SASIS AG	Bearbeitung (aggregierte Daten)	2008

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Schwerpunkt	Bezeichnung	Beschreibung	Sprache	Publikationskanal / Periodizität -- Darstellung / Inhalt	Datenquelle: Lieferant an Erheber	Rolle BAG ab (Detaillierungsgrad Daten)	Ab Jahr
Kosten und Finanzierung	Kostenentwicklung	Publikation der Fallkosten der Spitäler	de, fr	Internetseite BAG / jährlich -- Excel-Tabelle	CMI-bereinigte Fallkostendaten: Kantone an GDK	Bearbeitung	2020 für 2018
Grundlagen	Statistik der obligatorischen Krankenversicherung	Umfassende Übersicht der OKP: Versicherer, Leistungen, Kostenbeteiligung, Prämien, Prämienverbilligung, Versichererbestand, freiwillige Taggeldversicherung, Risikoausgleich	de, fr	Internetseite BAG , teilweise Priminfo, opendata.swiss / jährlich -- PDF (Text, Grafiken, Tabellen), Excel-Tabellen	Krankenversicherungst Statistik: Versicherer an BAG -- PV: Kantone an BAG -- Risikoausgleichsdaten: Versicherer an GE KVG -- öffentlich zugängliche Daten (auch international)	Erhebung (aggregierte Daten und Finanzdaten ab Versicherer) -- Erhebung (aggregierte Daten ab Kanton) -- Bearbeitung (aggregierte Daten ohne Angabe des Versicherers) -- Bearbeitung (aggregierte Daten)	1996
Grundlagen	Statistiken aus dem Pool von anonymisierten Individualdaten im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherungspflege	Analysen anhand der anonymisierten Individualdaten zu verschiedenen Themen im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung, für die aggregierte Daten nicht ausreichen. Z. B. Bericht über Versichererwechsel.	de, fr	Internetseite BAG / ad hoc -- Grafik, PDF (Text, Grafiken, Tabellen), Excel-Tabelle	Krankenversicherungst Statistik: Versicherer an BAG	Erhebung (anonymisierte Individualdaten)	2021 für Daten 2016/2017

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Schwerpunkt	Bezeichnung	Beschreibung	Sprache	Publikationskanal / Periodizität -- Darstellung / Inhalt	Datenquelle: Lieferant an Erheber	Rolle BAG ab (Detaillierungsgrad Daten)	Ab Jahr
Kosten und Finanzierung	Prämienregionen	Bei unterschiedlichen Kosten innerhalb grösserer Kantone werden diese in zwei oder drei Prämienregionen aufgeteilt. Die Regionen werden vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) festgelegt. Es bestimmt auch die maximal zulässigen Prämienunterschiede zwischen den Regionen.	de, fr, it, en	Internetseite BAG / jährlich -- Excel-Tabelle		Bearbeitung	
	Statistik der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung	Die Statistik der Prämienverbilligung wird als Teil der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung durchgeführt.	de, fr	Internetseite BAG , Priminfo / jährlich sowie open-data.swiss -- PDF (Text, Grafiken, Tabellen), Excel-Tabellen	Prämienverbilligung: Kantone an BAG	Erhebung (aggregierte Daten ab Kanton)	1996
	Priminfo Prämienrechner	Offizieller vom BAG zur Verfügung gestellter Rechner für die Krankenkassenprämien. Die Berechnung erfolgt anonym, unabhängig und werbefrei.	de, fr, it	Seite Priminfo / jährlich -- interaktives Formular	Auf Basis der Daten der Prämiengenehmigung	Aufbereitung	
Grundlagen	Priminfo Statistiken und Prämienliste	Zusammenstellung verschiedener Kennzahlen und Erklärungen zum Thema Versicherungen. Leistungen der OKP (Stat KV), Anzahl und Grösse, Versicherer (Stat KV), Reserveabbau, Solvenzquote, Prämienliste	de, fr, it	Seite Priminfo / jährlich -- Online-Text, -Grafiken, -Tabellen	auf Basis der Daten der Prämiengenehmigung	Aufbereitung	

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Schwerpunkt	Bezeichnung	Beschreibung	Sprache	Publikationskanal / Periodizität -- Darstellung / Inhalt	Datenquelle: Lieferant an Erheber	Rolle BAG ab (Detaillierungsgrad Daten)	Ab Jahr
Kosten und Finanzierung	Risikoausgleich	Zusammenstellung aus Links zum Thema Risikoausgleich in der OKP (Seite Risikoausgleich der Gemeinsamen Einrichtung KVG, Priminfo, Info über Risikoausgleich auf BAG-Seite)	de, fr	Internetseite BAG / jährlich -- Links	Risikoausgleichsstatistik: Versicherer an Gemeinsame Einrichtung KVG	Bearbeitung	
Analyse, Beiträge, Evaluationen	Analysen und Beiträge	Verschiedene Analysen und Beiträge des BAG zum Thema Krankenversicherung und Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz.	de, fr	Internetseite BAG ; z.T. Soziale Sicherheit CHSS / ad hoc - PDF (Text, Tabellen, Grafiken)	Abhängig von der jeweiligen Analyse, Beitrag oder Evaluation	Abhängig von der jeweiligen Analyse, Beitrag oder Evaluation	1997
	Forschungsberichte	Studien und Berichte im Auftrag des BAG	de, (fr)	Internetseite BAG / ad hoc -- PDF (hauptsächlich Text)	Abhängig von der jeweiligen Analyse, Beitrag oder Evaluation	Abhängig von der jeweiligen Analyse, Beitrag oder Evaluation	1994
Analyse, Beiträge, Evaluationen	Evaluationsberichte Kranken- und Unfallversicherung	Evaluationen beschaffen Wissen, das dem BAG und seinen Partnern hilft, insbesondere die Wirkungen gesundheitspolitischer Massnahmen zu optimieren. Sie beurteilen deren Wert und Nutzen und tragen zu erhöhter Transparenz bei.	de, (fr, it, en)	Internetseite BAG / ad hoc -- PDF	Abhängig von der jeweiligen Analyse, Beitrag oder Evaluation	Abhängig von der jeweiligen Analyse, Beitrag oder Evaluation	
	Forschungsberichte Kranken- und Unfallversicherung	Verschiedene Berichte zum Thema der Kranken- und Unfallversicherung, intern oder extern in Auftrag gegeben	de, fr	Internetseite BAG / ad hoc -- PDF (Text, Grafiken, Tabellen)	Abhängig von der jeweiligen Analyse, Beitrag oder Evaluation	Abhängig von der jeweiligen Analyse, Beitrag oder Evaluation	

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Schwerpunkt	Bezeichnung	Beschreibung	Sprache	Publikationskanal / Periodizität -- Darstellung / Inhalt	Datenquelle: Lieferant an Erheber	Rolle BAG ab (Detaillierungsgrad Daten)	Ab Jahr	
Kosten und Finanzierung	Information an die Öffentlichkeit (Ratgeber, Factsheets, Weisungen, Massnahmen, etc.)	Ratgeber zur obligatorischen Krankenversicherung	Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt. Sie fragen - wir antworten.	de, fr, it, en	Internetseite BAG ; Druck / ad hoc -- Druckversion und PDF (Text)	Berichterstattung aus dem Aufsichtsbereich sowie weitere Vollzugsbereiche KUV	Aufbereitung	
	Wegleitung zur optimalen Franchise OKP	Excel-Makro, der hilft, die optimale Franchise für eine gegebene Krankenversicherung (Versicherer, PLZ, Alterskategorie, Modell, Unfallversicherung) zu wählen.	de, fr	Internetseite BAG / jährlich -- Excel-Makro	auf Basis der Daten der Prämien genehmigung	Aufbereitung	2004	
Information an die Öffentlichkeit (Ratgeber, Factsheets, Weisungen, Massnahmen, etc.)	Faktenblätter zu Prämien und Prämienvergleiche, FAQs	Faktenblätter mit Informationen für die Versicherten zum Thema Prämien und Versicherer	de, fr, it	Internetseite BAG / ad hoc - PDF (Grafiken, Tabellen, Text)	Daten aus anderen BAG-Publikationen -- Berichterstattung aus dem Aufsichtsbereich	Erhebung Bearbeitung (aggregierte Daten) -- Aufbereitung		

Tabelle A2-4 Publikationen des BAG im Bereich der OKP – Leistungserbringer und Qualität der Leistungen

Schwerpunkt Leistungserbringer/ Qualität Leistungen	Bezeichnung	Beschreibung	Sprache	Publikationskanal / Periodizität -- Darstellung / Inhalt	Datenquelle: Lieferant an Erheber	Rolle BAG ab (Detaillierungsgrad Daten)	Ab Jahr
Leistungserbringer: Spital stationär	Kennzahlen der Schweizer Spitäler	Überblick über Struktur, Patienten, Leistungen, Angebot, Personal und finanzielle Situation sowie den mitt- leren Schweregrad der Hospitalisie- rungen von Akutpatienten der Spitä- ler.	de, fr, it	Internetseite BAG , opendata.swiss / jährlich -- Excel-Tabellen, PDF (Text, Tabellen)	Medizinische Statistik der Spitäler: Leis- tungserbringer (Spitä- ler) an BFS -- Krankenhausstatistik: Leistungserbringer (Spitäler und Geburts- häuser) an BFS	Bearbeitung (detaillierte Daten inkl. soziodemographische Variablen des Patien- ten in anonymisierter Form sowie Diagnose und Behandlung) -- Bearbeitung (aggregierte Daten je Betrieb)	2008/2009
Qualität: Akutspitäler	Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspi- täler	Für 65 Krankheitsbilder und Behand- lungen werden die Qualitätsindikato- ren des BAG, die Swiss Inpatient Quality Indicators (CH-IQI), darge- stellt. Diese umfassen die Typen «Fallzahlen», «Mortalitätszahlen», «Anteilswerte», «Aufenthaltsdauern» und «Verlegungsraten».	de, fr, it	Internetseite BAG , opendata.swiss / jährlich -- Online-Tabellen, Excel-Tabellen, PDF (Text, Tabellen)	Medizinische Statistik der Spitäler: Leis- tungserbringer (Spitä- ler) an BFS	Bearbeitung (detaillierte Daten inkl. soziodemographische Variablen des Patien- ten in anonymisierter Form sowie Diagnose und Behandlung)	2009 für Daten 2006
Leistungserbringer: Pflegeheime	Kennzahlen der Schweizer Pflege- heime	Pro Pflegeheim werden Kennzahlen zu Plätzen, Klienten, Pflegeintensi- tät, Personal und Finanzen darge- stellt.	de, fr, it	Internetseite BAG , opendata.swiss / jährlich -- PDF (Tabellen), Excel-Tabellen	Erhebung der sozial- medizinischen Institu- tionen: Leistungser- bringer (Alters- und Pflegeheime) an BFS	Bearbeitung (aggregierte Daten je Betrieb)	2012

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Schwerpunkt Leistungserbringer/ Qualität Leistungen	Bezeichnung	Beschreibung	Sprache	Publikationskanal / Periodizität -- Darstellung / Inhalt	Datenquelle: Lieferant an Erheber	Rolle BAG ab (Detaillierungsgrad Daten)	Ab Jahr
Qualität: Pflege- heime	Medizinische Qualitäts- indikatoren	Statistiken zu Pflegeheimen (Medizi- nische Qualitätsindikatoren: aktueller Stand der Daten)	de, fr, it	Internetseite BAG , opendata.swiss / jährlich -- PDF (Text, Tabellen, Grafiken)	Erhebung der Quali- tätsindikatoren im Be- reich der Pflegeheime: Leistungserbringer (Alters- und Pflege- heime) an BFS	Bearbeitung (aggregierte Daten je Betrieb)	2022 für Daten 2019/2020
Leistungserbringer: Spital ambulant	Ambulante Spitalkenn- zahlen	Die wichtigsten Kennzahlen des spi- talambulanten Sektors werden ge- samt und nach Dimensionen (wie z. B. Spitaltyp oder Hauptkosten- stelle) sowie für jedes Schweizer Spital dargestellt.	de, fr, it	Internetseite BAG folgt / jährlich -- PDF (Tabellen, Gra- fiken)	Patientendaten Spital ambulant: Leistungs- erbringer (Kranken- und Geburtshäuser) an BFS	Bearbeitung (erbrachte Leistungen gemäss Rechnung inkl. soziodemographi- sche Basisinformation der Patienten in ano- nymisierter Form und Diagnoseinformatio- nen)	Geplant: 2023 für Daten 2019/2020

Tabelle A2-5 Publikationen des BAG im Bereich der OKP – Leistungskatalog

Schwerpunkt Leistungskatalog	Bezeichnung	Beschreibung	Sprache	Publikationskanal / Periodizität -- Darstellung / Inhalt	Datenquelle: Liefere- rant an Erheber	Rolle BAG ab (Detaillierungsgrad Daten)	Ab Jahr
Analysenliste (AL)	Analysenliste (AL)	Die AL enthält diejenigen Analysen, die von medizinischen Laboratorien nach Artikel 54 KVV erbracht werden und von der OKP übernommen werden. Sie bildet den Anhang 3 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).	de, fr, it	Internetseite BAG / ad hoc mehrmals im Jahr -- PDF (Text, Liste), Excel-Tabelle	Gesuchsdaten AL: Hersteller von Diagnostika, Laboratorien und Fachverbände an BAG	Erhebung, Antrag (sämtliche Infos zur Beurteilung der WZW Kriterien einer Laboranalyse)	
	Änderungen, Faktenblätter und Handbuch zur AL	Änderungen der AL und Kommentare zu den Änderungen sowie Faktenblätter zum Thema AL und ein Handbuch als Hilfe zur AL.	de, fr, it	Internetseite BAG / ad hoc -- PDF (Text, Liste)	Berichterstattung aus dem entsprechenden Vollzugsbereich KUV	Aufbereitung	
Arzneimittelliste mit Tarif (ALT)	Arzneimittelliste mit Tarif (ALT)	Die ALT enthält die in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit entsprechenden Tarifen. Diese Tarife umfassen auch die Leistungen des Apothekers oder der Apothekerin.	de, fr, it	Internetseite BAG / ad hoc -- PDF (Liste)	Gesuchsdaten ALT: Hersteller und Apotheker an BAG --	Antrag, Bearbeitung (Gesuchsunterlagen der Hersteller) -- Aufbereitung	
	Änderungen und Faktenblätter ALT	Änderungen der ALT sowie Faktenblätter zum Thema ALT.	de, fr, it	Internetseite BAG / ad hoc -- PDF (Liste)	Berichterstattung aus dem entsprechenden Vollzugsbereich KUV	Aufbereitung	

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Schwerpunkt Leistungskatalog	Bezeichnung	Beschreibung	Sprache	Publikationskanal / Periodizität -- Darstellung / Inhalt	Datenquelle: Liefere- rant an Erheber	Rolle BAG ab (Detaillierungsgrad Daten)	Ab Jahr
Spezialitätenliste (SL)	Neuigkeiten zur Spezi- alitätenliste (SL)	Im BAG-Bulletin werden Neuigkeiten zur SL publiziert: Neuzugänge Präparate, andere Packungen und Dosierungen, neu gestrichene Präparate und Packungen, Preissenkungen, Preiserhöhungen, Limitations- und Indikationsänderung, Limitierung bei Neuaufnahme und Limitationsänderungen.	de, fr	BAG-Bulletin / wöchentlich -- PDF (Tabellen)	Gesuchsdaten SL und GGSL: Hersteller an BAG -- SL-Datenbank	Antrag , Bearbeitung (Gesuchsunterlagen der Hersteller) -- Bearbeitung	
	Spezialitätenliste (SL)	Die SL enthält die von der OKP vergüteten Originalpräparate und günstigeren Generika mit Preisen.	de, fr, it	Internetseite BAG und externe Internetseite / mind. 12 Updates pro Jahr -- PDF, Online-Suche, Excel, XML	Gesuchsdaten SL und GGSL: Hersteller an BAG -- SL-Datenbank	Antrag , Bearbeitung (Gesuchsunterlagen der Hersteller) -- Bearbeitung	2003
	Preissenkungsliste	Das BAG überprüft sämtliche Arzneimittel, die in der Spezialitätenliste (SL) aufgeführt sind, alle drei Jahre daraufhin, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen. Eine Liste der Originale, Generika, Co-Marketing und Biosimilars mit Preissenkung wird veröffentlicht.	de, fr	Internetseite BAG / jährlich und ad hoc -- Excel-Tabelle	Berichterstattung aus dem entsprechenden Vollzugsbereich KUV	Aufbereitung	

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Schwerpunkt Leistungskatalog	Bezeichnung	Beschreibung	Sprache	Publikationskanal / Periodizität -- Darstellung / Inhalt	Datenquelle: Liefere- rant an Erheber	Rolle BAG ab (Detaillierungsgrad Daten)	Ab Jahr
Spezialitätenliste (SL)	Liste voraussichtlicher Selbstbehalt	Ein erhöhter Selbstbehalt kann zur Anwendung gelangen, wenn das Pa- tient eines Wirkstoffes abgelaufen ist und deswegen Generika erhältlich und in der SL gelistet sind.	de, (fr, it, en)	Internetseite BAG / jährlich -- Excel-Tabelle (nur de)	Berichterstattung aus dem entsprechenden Vollzugsbereich KUV	Aufbereitung	
	Beurteilungen BAG von Arzneimitteln der Spezialitätenliste SL	Nach Abschluss des Verfahrens pu- bliziert das BAG bei Neuaufnahmen, Indikationserweiterungen und Limi- tierungsänderungen von Originalprä- paraten die Grundlagen seiner Beur- teilung (Art. 71 Abs. 2 KVV).	de	Internetseite BAG / ad hoc -- PDF (Text, Tabellen, Grafiken)	Gesuchsdaten SL und GGSL: Hersteller an BAG -- SL-Datenbank	Antrag, Bearbeitung (Gesuchsunterlagen der Hersteller) -- Bearbeitung	
Geburtsgebrenchen- spezialitätenliste (GGSL)	Geburtsgebrenchenme- dikamentenliste (GGML)	Die Liste enthält die durch die OKP zu bezahlenden Arzneimittel, die den Versicherten der IV wegen ihres Geburtsgebrenchens bis zu ihrem 20. Altersjahr vergütet worden sind und welche die Versicherten ab diesem Zeitpunkt weiterhin benötigen.	de, fr	externe Internetseite / ad hoc bis monat- lich -- Online-Suche, Excel, XML	Gesuchsdaten SL und GGSL: Hersteller an BAG -- SL-Datenbank	Antrag, Bearbeitung (Gesuchsunterlagen der Hersteller) -- Bearbeitung	
	Geburtsgebrenchenspe- zialitätenliste (GGSL)	Die GGSL enthält Arzneimittel, wel- che zur Behandlung der von der In- validenversicherung (IV) anerkannt- en Geburtsgebrenchen indiziert sind und deren Anwendung in den über- wiegenden Fällen vor Vollendung des 20. Altersjahres beginnen (Art. 3 ^{sexies} IVV). Die GGSL löst nach einer Übergangsfrist die bestehende Geburtsgebrenchenmedikamenten- liste (GGML) sowie die Auflistung	de, fr	externe Internetseite -- Online-Suche, Excel, XML	Gesuchsdaten SL und GGSL: Hersteller an BAG -- SL-Datenbank	Antrag, Bearbeitung (Gesuchsunterlagen der Hersteller) -- Bearbeitung	

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Schwerpunkt Leistungskatalog	Bezeichnung	Beschreibung	Sprache	Publikationskanal / Periodizität -- Darstellung / Inhalt	Datenquelle: Liefere- rant an Erheber	Rolle BAG ab (Detaillierungsgrad Daten)	Ab Jahr
		der Arzneimittel im IV-Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen (KSME) ab.					
Mittel- und Gegen- ständeliste (MiGeL)	Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)	Anhang 2 der KLV	de, fr, it	Internetseite BAG / ad hoc mehrmals pro Jahr -- PDF, Excel	Gesuchsdaten MiGeL: Hersteller, Fachgesellschaften an BAG	Antrag , Bearbeitung (Gesuchunterlagen mit sämtlichen Infos zur Beurteilung der WZW Kriterien eines Produkts)	
	Änderungen, Kommentare, Faktenblätter zum Thema MiGeL	Änderungen der MiGeL und Kommentare zu den Änderungen, sowie Faktenblätter zur Vergütung von digitalen Gesundheitsanwendungen im Rahmen der OKP; Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Anpassung der Vergütung des Pflegematerials per 1. Oktober 2021 «Frequently Asked Questions» (FAQ)	de, fr, it	Internetseite BAG / ad hoc -- PDF (Text)	Berichterstattung aus dem entsprechenden Vollzugsbereich KUV	Aufbereitung	
Information an die Öffentlichkeit (Ratgeber, Factsheets, Weisungen, Massnahmen, etc.)	Monitoring KLV Regelung «Ambulant vor Stationär»	Seit dem 1. Januar 2019 wird bei sechs Gruppen von Eingriffen nur noch die ambulante Durchführung vergütet, ausser es liegen besondere Umstände vor, die eine stationäre Durchführung erfordern. Zur Abschätzung des Verlagerungspotenzials und der Kostenfolgen hatte 2018 das BAG das schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)	de, fr, it	Internetseite BAG / ad hoc Online-Text, PDF (Text)	Abhängig von der jeweiligen Analyse, Beitrag oder Evaluation	Abhängig von der jeweiligen Analyse, Beitrag oder Evaluation	

Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Schwerpunkt Leistungskatalog	Bezeichnung	Beschreibung	Sprache	Publikationskanal / Periodizität -- Darstellung / Inhalt	Datenquelle: Liefere- rant an Erheber	Rolle BAG ab (Detaillierungsgrad Daten)	Ab Jahr
		damit beauftragt, einen Bericht zu erstellen.					
Information an die Öffentlichkeit (Ratgeber, Factsheets, Weisungen, Massnahmen, etc.)	Rundschreiben BAG	Veröffentlichung der vom BAG verschickten Rundschreiben zum Thema AL.	de, fr	Internetseite BAG / ad hoc -- PDF (Text)	Berichterstattung aus dem entsprechenden Vollzugsbereich KUV	Aufbereitung	

Tabelle A2-6 Publikationen des BAG im Bereich der OKP – WZW (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit)

Schwerpunkt WZW	Bezeichnung	Beschreibung	Sprache	Publikationskanal / Periodizität -- Darstellung / Inhalt	Datenquelle: Lieferant an Erheber	Rolle BAG ab (Detaillierungs- grad Daten)	Ab Jahr
Analyse, Beiträge, Evaluationen	Health Technology Assessment Berichte (HTA-Berichte)	Im Rahmen des HTA-Programms werden jährlich Themen ausgewählt und Berichte darüber extern in Auftrag gegeben. Die HTA-Berichte dienen der evidenzbasierten Entscheidungsfindung und werden auf der Webseite « HTA-Projekte » publiziert.	(de, fr, it, en)	Internetseite BAG / ad hoc -- Online-Text, PDF (Text in Sprache des Verfassers) HTA-Newsletter, 3-4x/Jahr	Abhängig von der jeweiligen Analyse, Beitrag oder Evaluation	Abhängig von der jeweiligen Analyse, Beitrag oder Evaluation	