
Bericht

Transparenzstrategie im Bereich der Gesundheitskosten und -leistungen

Gemäss Mandat 18.0130531500.0000-586/1 des
Bundesamts für Gesundheit
an Christian Lovis, erteilt am 1. August 2018

Dezember 2019
Christian Lovis

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Vorwort – Pandemie SARS-CoV-2	3
Zusammenfassung	4
1 Einführung	6
2 Hintergrund	8
3 Arbeitsstrategie	10
3.1 Technische und gesellschaftliche Fragen	10
3.2 Nutzbare Daten und Datennutzung	11
3.3 Szenarien	11
3.4 Bestehendes optimieren, inkrementeller Ansatz	12
4 Feststellungen	14
4.1 Bestandesaufnahme der gegenwärtigen Situation	14
4.2 Daten und Datenquellen	14
4.2.1 Primärdatenquellen	14
4.2.2 Sekundärdatenquellen	14
4.2.3 Tertiärdatenquellen	14
4.3 Datenqualität	15
4.4 Datenverfügbarkeit	15
4.5 Hindernisse	16
4.6 Schlussfolgerung	16
5 Vorschläge	18
5.1 Prämissen	18
5.2 Technische und logische Sperrungen	18
5.2.1 Semantische Interoperabilität	19
5.2.2 Technische Interoperabilität	19
5.3 Eindeutige Identifikatoren	20
5.4 Vorgeschlagenes Modell	20
5.4.1 Logisches Modell	20
5.4.2 Technisches Modell	22
5.4.3 Grundsätzliche Datenstrategie	23
5.4.4 Implementierung	23
5.4.5 Eine evidenzbasierte Kultur	23
5.4.6 Ein konkretes Beispiel	24
6 Experten und Mandatsbegleitung	25
Mandat	25
Begleitgruppe	25
Expertengruppe – technisch/semantisch	25
Expertengruppe – Politik	25
Organisation und Leitung	25
Projektstruktur	26
7 Anhang 1 – Transparenzstrategie: Aufgaben nach KVG und Use Cases	27
7.1 Daten für Gesamtsteuerung / Monitoring im Bereich OKP	42
8 Anhang 2 – Analyse der vorhandenen Daten	45
8.1 Datenexistenz: stationär	46
8.2 Identifikatoren: stationär	47
8.3 Datenexistenz: ambulant	49
8.4 Identifikatoren: ambulant	52
8.5 Anmerkungen und Erläuterungen (alphabetisch)	54

Vorwort – Pandemie SARS-CoV-2

Im Zuge der Schaffung einer Dateninfrastruktur mit teilbaren Daten wurde in der Fassung dieses Berichts vom August 2018 unterstützend ein Szenario herangezogen, das derart abwegig erschien, dass man es in der endgültigen Fassung wieder fallen liess:

3.5 Teilbare Daten

Man muss das Konzept der *geteilten Daten* von demjenigen der *teilbaren Daten* unterscheiden.

Geteilte Daten sind Daten, die tatsächlich geteilt werden. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei teilbaren Daten um solche, bei denen zwar sämtliche Kriterien für eine Teilung erfüllt sind (technische und semantische Standards, eindeutige Identifikatoren), die aber dennoch nicht geteilt werden. Ein Beschluss oder eine Änderung des regulatorischen Umfelds können allerdings eine Teilung ermöglichen.

Die Schaffung einer einheitlichen Datenbank, die sämtliche Daten im Zusammenhang mit den zur Zielerreichung erforderlichen Instrumenten in sich vereint, scheint angesichts des regulatorischen Umfelds nach vernünftigem Ermessen nicht durchführbar.

Nehmen wir als Beispiel ein Katastrophenszenario wie der Ausbruch einer Pandemie: In einem solchen Fall erfordert die Wahrung der Interessen der Bevölkerung und der Nation den sofortigen Zugriff auf eine Vielzahl von Informationen zur Kapazität des Gesundheitssystems, zu den verfügbaren Ressourcen oder zur Situation der einzelnen Bürgerinnen und Bürger. Es ist somit denkbar, dass von politischer Seite Ausnahmen auf regulatorischer Ebene gutgeheissen würden, um den Einsatz entsprechender Instrumente zu ermöglichen. Die fehlende Koordination hinsichtlich der drei für die Interoperabilität von Datenbanken kritischen Punkte (technische und semantische Standards sowie eindeutige Identifikatoren) würde jedoch der praktischen Umsetzung solcher Entscheidungen im Wege stehen.

Es gilt somit, sämtliche technischen und semantischen Sperrungen sowie diejenigen in Verbindung mit den heutigen Identifikatoren durch logische Sperrungen zu ersetzen, die dem gesetzlichen Umfeld untergeordnet sind und sich fortan unkompliziert, rasch und praxistauglich auf Beschlüsse und Anforderungen im Zusammenhang mit diesem Umfeld abstimmen lassen, und zwar im Hinblick auf eine Erhöhung oder Verringerung des Volumens geteilter Daten.

Anstelle des Konzepts der geteilten Daten empfiehlt es sich, das Konzept der teilbaren Daten zu übernehmen. Bei Letzterem werden die technischen und semantischen Sperrungen sowie diejenigen in Verbindung mit eindeutigen Identifikatoren durch solche ersetzt, die regulatorischen Anforderungen unterliegen.

Doch wie die Zukunft zeigen sollte, wurde dieses Szenario auf ebenso unerwartete wie auch dramatische Weise Realität. Mit der COVID-19-Verordnung 2 (SR 818.101.24) vom 13. März 2020 über die Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus und zur Aufrechterhaltung der Kapazitäten in der Gesundheitsversorgung wurden insbesondere eine Einschränkung beim Grenzverkehr und eine Meldepflicht betreffend die Gesundheitsversorgung erlassen.

Das scheinbar Unmögliche ist eingetreten, und es gilt nun, geeignete Massnahmen zu ergreifen, um künftig einem solchen Ereignis mit den bestmöglichen Werkzeugen begegnen zu können.

Die Technologie hat sowohl in den USA wie auch in einem Grossteil der übrigen Welt ihre wichtigste Aufgabe nicht erfüllt, nämlich unser Leben und unsere Gesundheit zu schützen. Während ich diese Zeilen schreibe, sind bereits über 380 000 Menschen verstorben, die Weltwirtschaft ist am Boden, und die Covid-19-Pandemie wütet weiter. Im Zeitalter von künstlicher Intelligenz, Genommedizin und selbstfahrenden Autos ist unsere wirksamste Antwort auf den Ausbruch der Pandemie die Massenquarantäne – eine Gesundheitsmassnahme aus dem Mittelalter.

David Rotman, MIT Tech Review, Juli/August 2020, 123-4, S. 6

Ein solches Eingeständnis aus der prestigeträchtigsten technischen Hochschule der Welt hat Seltenheitswert. Für diese Situation gibt es zahlreiche Ursachen. Eine davon ist ein grosses Informationschaos, das vor allem einer mangelnden Interoperabilität von Daten und IT-Systemen zuzuschreiben ist.

Zusammenfassung

Im Bericht der internationalen Experten über die Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen vom 17. Mai 2017¹ wird unter M04 und M05 Folgendes festgestellt: a) Mangel an Transparenz aufgrund einer fehlenden Datengrundlage bezüglich der Funktionsweise des Gesundheitswesens und b) Ineffizienz im gesamten Datenerfassungsprozess, was zu doppelten und fehlerhaften Datenerfassungen führt.

Eine Analyse der aktuellen Situation lässt erkennen, dass es im Hinblick auf die Governance des Gesundheitssystems an einer Gesamtstrategie betreffend die Datenverarbeitungsketten fehlt. Zurückzuführen ist dies im Wesentlichen auf ein uneinheitliches regulatorisches Umfeld, das historisch und rechtlich auf dem Prinzip gründet, dass eine Datenerhebung namentlich auf die Grundsätze der Zweckbindung und der Verhältnismässigkeit abstellen muss. Dies führt zu einer Vervielfachung der Datenerhebungs- und -verarbeitungsprozesse, was folgende Probleme mit sich bringt:

- 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.

Diese Situation lässt sich am ehesten mit einer vertikalen Prozessorganisation beschreiben. Der regulatorische Rahmen legitimiert eine Datenerhebung für einen bestimmten Zweck: *Erhebung und Verwendungszweck sind eng miteinander verknüpft.*

Als Fazit unserer Arbeit schlagen wir einen matrixbasierten Ansatz, ergänzt um eine horizontale Gliederung, vor, wobei jedes vertikale Datensilo in zwei Elemente aufgeteilt wird: Datenerhebung und Verwendungszweck. Dieser Ansatz ermöglicht es, den regulatorischen Rahmen beizubehalten, nach dem eine Datenerhebung zu legitimieren ist, und gleichzeitig die Prozesse zu optimieren, die ausschliesslich mit der Datenerhebung zu tun haben: *Die Prozesse im Hinblick auf die Datenerhebung und den Verwendungszweck werden voneinander getrennt.*

Das heisst, an der heutigen Regulierungslogik, die bei einer Datenerhebung eine klare Zweckbindung verlangt (*die Nutzung validierter Daten*), soll festgehalten werden, während der Prozess für die Datenerfassung, die Datenerhebung, den Datentransport und die Datenvalidierung radikal verändert wird, indem man diesen vereinheitlicht (*die Verfügbarkeit validierter Daten*).

a) **Einheitliche Datenplattform, aber Nutzung nicht möglich**

Eine einheitliche, logische Sicht auf die Daten mit Abdeckung der Bereiche Erfassung, Transport, Validierung und Abfrage, einschliesslich einer Vereinheitlichung der Datenmodelle, der Semantik, der Verfahren zum Erreichen von Datenintegrität, der Sicherung, des Zugriffs, der Rückverfolgbarkeit usw.

Eine dezentrale und gesicherte Implementierung mit lokalen Knoten nach dem Modell der «Swiss Health Data Cloud», die eine Anbindung von öffentlichen und privaten Strukturen, von Kantonen sowie von verschiedenen anderen Akteuren ermöglicht, und

¹ Der Bundesrat verstärkt die Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen [Internet]. [erwähnt am 18. August 2018]. Siehe: <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-68547.html>

zwar basierend auf technischen und semantischen Interoperabilitätsstandards sowie Sicherheits- und Zugriffsnormen.

b) **Datennutzung**

Datennutzung zu unterschiedlichen Zwecken im Einklang mit dem bestehenden regulatorischen Umfeld, insbesondere im Hinblick auf Governance, Überwachung, Vergleiche, öffentliche Gesundheit usw.

1 Einführung

Im Bericht der internationalen Experten über die Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen vom 17. Mai 2017¹ werden mit den Massnahmen M04 und M05 direkt Datenfragen angesprochen:

1. M04 – Schaffung notwendiger Transparenz

Adressaten dieser Massnahme sind gemäss Experten in erster Linie die Leistungserbringer und die Krankenversicherer. Diese sind aufgefordert, ihrer gesetzlichen Pflicht bezüglich Datenlieferung nachzukommen. Werden die gesetzlichen Vorgaben nicht beachtet, sollen entsprechende Sanktionen ergriffen werden. Der Bericht weist auf folgende Punkte hin:

- Es mangelt an Daten seitens der Leistungserbringer für Bund, Kantone, Krankenversicherer und Versicherte;
- Die Datengrundlagen sind unzureichend, fehlerhaft oder gar inexistent;
- Die Instrumente, die zur Stärkung der Entscheidungsgrundlagen hinsichtlich Steuerung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens erforderlich sind, sind unzureichend. Wobei auf das BAGSAN-Projekt des BAG hinzuweisen ist, im Rahmen dessen eine Datenbank mit anonymisierten Individualdaten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgebaut werden soll;
- Daten zu den Leistungen im ambulanten Bereich fehlen weitgehend. Es gilt jedoch auf die Umsetzung des BFS-Projekts «Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung (MARS)» hinzuweisen, das insbesondere zur Erhebung der Patientendaten Spital ambulant (PSA) und der Strukturdaten zu Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) führte. Das Ergebnis der vom BFS durchgeführten MAS-Erhebung betreffend die Daten 2017 kann sich sehen lassen: 83 % der befragten Arztpraxen und ambulanten Zentren haben Angaben zu ihrer Unternehmenssituation gemacht².

Es soll auf die Vernetzung der verschiedenen Datengrundlagen hingearbeitet und Klarheit hinsichtlich des Austauschs und der Analyse von Daten zwischen den Bundesämtern und den im Gesundheitswesen involvierten Partnern geschaffen werden.

2. M05 – Leerläufe durch doppelte und fehlerhafte Datenerfassung verhindern

Diese Massnahme soll die Datenerfassung und -verarbeitung effizienter machen, indem insbesondere Doppelerfassungen oder die Übermittlung ähnlicher Daten verhindert werden. Dies verursacht nämlich bei den für die Datenerfassung zuständigen Partnern (vor allem bei den Leistungserbringern) unnötige Kosten. Nach Ansicht der Experten ist es unerlässlich, die Effizienz der Datenerfassung und die Patientensicherheit bei der Betreuung durch die Gesundheitsfachpersonen zu erhöhen, indem die derzeit festgestellten Zeitverluste und Doppelspurigkeiten verringert werden.

- Es werden viele Daten erfasst und dann gar nicht, kaum oder fehlerhaft verwendet;
- Kosten und Nutzen bei der Datenerfassung sind sorgfältig gegeneinander abzuwägen;
- Hilfsmittel zur Datenerfassung müssen gefördert werden;

¹ Der Bundesrat verstärkt die Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen [Internet]. [erwähnt am 18. August 2018]. Siehe: <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-68547.html>

² Kraft E. MAS 2017 – die Ärzteschaft macht mit. Schweizerische Ärztezeitung. 26. Juni 2019; 100(26):873-4.

- Die Interoperabilität von Datenbanken ist zu fördern, damit Doppelerfassungen von Daten vermieden werden. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass aufgrund von gesetzlichen Bestimmungen heute gewisse Datensätze nicht miteinander verknüpft werden dürfen, was mitunter zu Doppelerfassungen führt. Gerade diese Tatsache spricht dafür, sich für mehr Interoperabilität einzusetzen;
- Im Hinblick auf einen gesamtschweizerischen Datenaustausch, insbesondere bei der integrierten Versorgung, müssen technische und semantische Standards gefördert werden, die von allen Akteuren zu verwenden sind.

An Christian Lovis vom BAG am 1. August 2018 erteiltes Mandat¹:
 Vorschlag einer Strategie für eine effizientere und effektivere Datenerhebung und ihre Nutzung für Governance-Zwecke.

Die Herausforderung, im Zuge der Entwicklung von Instrumenten zum besseren Verständnis der Kostenfaktoren und Leistungen im Schweizer Gesundheitswesen eine umfassende Datenmanagementstrategie umzusetzen, ist nicht neu. Damit hat man sich bereits in der Vergangenheit befasst. In Anbetracht dessen sind zwar auch die Feststellungen der Expertengruppe nicht neu, doch immerhin werden die bestehenden Probleme in ihrem Bericht nun klar benannt.

Eine der mit diesem Mandat verbundenen Herausforderungen besteht somit darin, unter Berücksichtigung früherer nicht zielführender Ansätze einen frischen Ansatz zu finden.

*«Wahnsinn ist, immer wieder das Gleiche zu tun und andere Ergebnisse zu erwarten.»
 Albert Einstein*

Die Erarbeitung einer Transparenzstrategie ist für die Erfüllung zahlreicher Aufgaben des Bundes unabdingbar. Insbesondere ist sie dies im Rahmen dieses Mandats aber für einen effizienten Einsatz von Instrumenten, die zur Erfüllung der im Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) und im Krankenversicherungsgesetz (KVG) definierten gesetzlichen Ziele unverzichtbar sind. Die Erfüllung dieser gesetzlichen Aufträge erfordert insbesondere Folgendes:

- a) Herstellen einer Beziehung zwischen Wert pro medizinische Leistung und Leistungsvolumen;
- b) mögliche Überwachung einer individuellen Patientensituation während des gesamten Behandlungspfades;
- c) Bereitstellung der erforderlichen Informationen über die Struktur des Gesundheitswesens auf sektoraler, quantitativer und regionaler Ebene;
- d) Anstreben einer möglichen Echtzeitanalyse.

Dazu sind detaillierte, individuelle, interoperable Daten sowie kohärente Datenmanagementprozesse notwendig.

Das derzeitige Umfeld rund um die Datenerhebung / den Verwendungszweck führt im Zusammenhang mit oben genannten Anforderungen zu strukturellen und logischen Hindernissen, und zwar sowohl in Bezug auf die Ergebnisse wie auch auf die Effizienz der Prozesse. Die Trennungen zwischen den Prozessen rund um die Datenerhebung / den Verwendungszweck können als Sperrungen auf mehreren Ebenen betrachtet werden, insbesondere auf den technischen sowie den regulatorischen und politischen Ebenen.

¹ 18.0130531500.0000-586/1

2 Hintergrund

Seit Jahren sind sich alle Akteure im Gesundheitssystem darüber einig, dass in der Schweiz ein erheblicher Mangel an Indikatoren besteht, die zwecks Steuerung des Gesundheitssystems und der öffentlichen Gesundheit herangezogen werden können, und mit denen sich die Wirkung getroffener Massnahmen evaluieren lässt. Diese Transparenzstrategie im Bereich der Gesundheitskosten und -leistungen und deren Wirkung lässt sich nur weiterentwickeln, wenn Informationen unter Einhaltung des Datenschutzes genutzt werden und jeder Akteur im Gesundheitssystem auch die Daten erhält, die er zur Erfüllung der ihm zugewiesenen Aufgaben benötigt.

Auf parlamentarischer Ebene hat Ständerat J. Eder eine Initiative¹ eingereicht, die seit Mai 2017 in der Subkommission «Datenlieferung» der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) diskutiert wird. Ziel dieser Initiative ist es, den Umfang der an die Verwaltung zur Ausübung ihrer Aufgaben weiterzugebenden Daten neu zu definieren (d. h. zu reduzieren). Auf Empfehlung der Subkommission hat auch die SGK-SR ein Postulat² eingereicht, mit dem der Bundesrat beauftragt wird, eine kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen zu entwickeln.

Das Postulat Humbel³, das eine bessere Nutzung von Gesundheitsdaten fordert, beauftragt das Eidgenössische Departement des Innern mit der Verfassung eines Berichts, in dem unter anderem auf die bestehenden Möglichkeiten der Datenverknüpfung sowie des Datenzugangs eingegangen werden soll.

Darüber hinaus verlangt die an den Bundesrat überwiesene Motion FDP-Liberale Fraktion⁴, Unternehmen bei der Datenerhebung zu entlasten, indem Doppelspurigkeiten vermieden werden und eine Koordination zwischen Gemeinden, Kantonen und Bundesämtern erfolgt.

Schliesslich fordern die im Nationalrat eingereichten und vom Bundesrat akzeptierten, aber noch nicht diskutierten Motionen Feller/Thorens⁵ die Schaffung eines unabhängigen Organs für die Erstellung von zur Steuerung des Gesundheitssystems erforderlichen Gesundheitsstatistiken.

Alle Entscheidungen im Zusammenhang mit diesen Diskussionen werden sich auf die Informationsbeschaffung im Gesundheitswesen auswirken. Daher ist eine Koordination zwischen den Überlegungen hinsichtlich mehr Transparenz im Gesundheitswesen und den vorgängig genannten Arbeiten und Diskussionen notwendig und sinnvoll. Die Transparenzstrategie wird es ermöglichen, eine Antwort auf das Postulat der SGK-SR (das im Rahmen der Arbeit der Subkommission zur parlamentarischen Initiative Eder 16.411 empfohlen wurde) zu geben. Sie wird ferner wichtige Elemente für eine Stellungnahme zu den Motionen Feller/Thorens 18.3433/18.3432 liefern, und die Lösungsvorschläge werden mit den Arbeiten

1 Parlamentarische Initiative 16.411: Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung

2 Postulat 18.4102: Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

3 Postulat 15.4225: Bessere Nutzung von Gesundheitsdaten für eine qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung

4 Motion 16.4011: Digitalisierung. Keine Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung

5 Motion 18.3433: Unbestrittene Statistiken von einem unabhängigen Organ erstellen lassen. Eine unerlässliche Voraussetzung für die Steuerung des Gesundheitswesens

abgestimmt, welche die Verwaltung als Antwort auf die Motion FDP-Liberale Fraktion 16.4011 durchführt.

3 Arbeitsstrategie

In diesem Kapitel wird die Arbeitsstrategie des Auftragnehmers zur Erfüllung dieses Mandats erläutert.

Zweifelsohne waren die datenspezifischen Herausforderungen im Gesundheitssystem, auf die im KVG eingegangen wird, bereits Gegenstand zahlreicher Analysen und Studien, und die aufgeworfenen Fragen sind nicht neu.

Es galt somit unbedingt zu vermeiden, auf bereits Bekanntes einzugehen und ein Modell vorzuschlagen, das genügend innovativ ist, um einen Konsens zwischen den verschiedenen beteiligten Akteuren herbeiführen zu können. Der Arbeitsstrategie lag daher ein lösungsorientierter Pragmatismus zugrunde.

Dies erforderte zum einen ein inkrementelles Vorgehen und zum anderen ein Vorgehen, bei dem die verschiedenen Probleme getrennt voneinander betrachtet werden. Dies vereinfacht die Identifizierung und Analyse der bestehenden Probleme, vor allem aber ermöglicht es eine Trennung der verschiedenen derzeit beobachteten Sperrungen.

Die Sperrungen, die für die Erklärung der von der Expertengruppe im Bereich KVG ermittelten und unter M04 und M05 genannten Probleme ins Spiel kommen, stehen im Zusammenhang mit drei Hauptfragen:

- a) **Vorhandensein** von Daten: Liegen Daten in ausreichendem Umfang vor?
- b) **Technische/semantische Aspekte**: Sind die vorliegenden Daten interoperabel und nutzbar?
- c) **Governance**: Wie lassen sich regulatorische oder gesellschaftliche Aspekte, die eine Datennutzung begünstigen oder einschränken, antizipieren?

3.1 Technische und gesellschaftliche Fragen

Massnahme 1: Die technisch-semantischen und die politisch-gesellschaftlichen Fragen getrennt voneinander diskutieren.

Eine der Schwierigkeiten bei früheren Arbeiten, die sich mit einer ganzheitlichen oder sektorbezogenen Lösung dieser Probleme befassten, hat mit der Herausforderung zu tun, Diskussionen über die technische Machbarkeit im engeren Sinne von Diskussionen darüber, was gesellschaftlich oder politisch wünschbar wäre, klar zu trennen. Eine Lösung, um hier die Diskussion zu erleichtern, besteht in der Schaffung von zwei Arbeitsgruppen, die die bestehenden Anforderungen diskutieren und deren Zuständigkeitsbereiche klar definiert sind:

- a) Gruppe «Technik/Semantik»
(Erhebung) – Aspekte im Zusammenhang mit den Verfahren beim Datenstrommanagement, Datenerhebung und -erfassung, Transport, Speicherung, Validierung, Interoperabilität usw.
- b) Gruppe «Politik»
(Verwendungszweck) – regulatorische, gesellschaftliche und politische Aspekte, Interessengruppen, Governance der Datennutzung und -analyse usw.

Bei den Diskussionen innerhalb der jeweiligen Gruppe konzentrierte man sich ganz gezielt nur auf die definierten Zuständigkeitsbereiche.

In einem ersten Schritt wird mit einer Expertengruppe «Technik/Semantik» eine Liste mit den aktuell verfügbaren Daten und deren Eigenschaften erstellt. Danach wird ein in der Schweiz anwendbares technisches Modell diskutiert.

In einem zweiten Schritt werden mit einer Expertengruppe «Politik und Interessen» die Rahmenbedingungen besprochen, welche die Analyse und Nutzung der Daten ermöglichen. Danach wird ein in der Schweiz anwendbares (= akzeptables) politisches (= logisches) Modell diskutiert.

3.2 Nutzbare Daten und Datennutzung

Massnahme 2: Die Fragen rund um die Datenstromprozesse und die Datennutzung getrennt voneinander diskutieren.

Es ist wichtig, zwei verschiedene Arten von Daten zu unterscheiden:

Einerseits gibt es die potenziell nutzbaren Daten (*nutzbare Daten – Erhebung*). Dazu gehören detaillierte Daten, die direkt von den Akteuren, insbesondere den Leistungserbringern, generiert werden.

Andererseits gibt es Daten, die tatsächlich genutzt werden (*genutzte Daten – Verwendungszweck*), um auf verschiedene Bedürfnisse im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung, der Abrechnung, der Qualität, der Governance usw. zu reagieren. Hier geht es um die Analyse von Daten, und zwar je nach Bedürfnis von aggregierten oder detaillierten Daten.

Eine strikte Unterscheidung dieser beiden Datenarten erlaubt, insbesondere zu Analyse Zwecken, eine vollständige Trennung des Datenproduktionszyklus vom Nutzungszyklus. Somit können Datenproduktionszyklus sowie Erfassung, Speicherung und Validierung von Daten vereinheitlicht und standardisiert werden, was eine Optimierung des Zyklus ermöglicht und dessen Kohärenz gewährleistet.

Dies erlaubt es ferner – in Bezug auf spezifische, detaillierte oder aggregierte Teilmengen von Daten –, so viele Analysezyklen wie nötig zu entwickeln, um zu konkreten Fragen Stellung nehmen oder auf bestimmte regulatorische Anforderungen reagieren zu können.

3.3 Szenarien

Massnahme 3: Vorgeben konkreter Themenbereiche, um den Diskussionen einen realitätsnahen Rahmen zu geben.

Man hat sich für einen themenbasierten Ansatz entschieden, um die Diskussionen auf pragmatische und realitätsnahe Fragen auszurichten. Dabei wurden von der Begleitgruppe sechs verschiedene Themenbereiche vorgeschlagen:

1. Ambulant vor stationär
Ist ein Übergang von einer Vorgehensweise zu einer anderen zu beobachten – beispielsweise bei den in der KLV definierten Operationen (wie Kniearthroskopien, einseitige Leistenhernienoperationen, Krampfaderoperationen)? Welche Veränderungen sind hinsichtlich Mengen, Kosten, im Zusammenhang mit welchen medizinischen Indikationen, therapeutischen Massnahmen, Gruppen von Versicherten usw. zu beobachten?
2. Anpassung/Nutzung von TARMED
Eine Analyse der in der aktuellen Abrechnung beobachteten Gruppierungen von

Tarifpositionen könnte zum Beispiel Anhaltspunkte zu Überlegungen bei den Pauschalsätzen liefern.

3. Definition und Erfassung der Leistungserbringer: Wie viele Ärzte/Arztpraxen gibt es in der Schweiz? Wie lässt sich diese Frage beantworten? Liefern die kantonalen Register für die Berufsausübungsbewilligung oder die Gesundheitsberuferegister die notwendigen Antworten?
4. Letztes Lebensjahr: Wo, bei welchen Leistungserbringern und für welche Leistungen fallen die Gesundheitskosten im letzten Lebensjahr an?
5. Aufteilung der Patientinnen und Patienten nach Pflegestufe: Wie sieht die Aufteilung nach Pflegestufen im ambulanten Bereich aus? Wie sieht die Aufteilung nach Pflegestufen in den Pflegeheimen aus?
6. Arzneimittel: Kosten und Mengen von Arzneimitteln der Spezialitätenliste (SL) unter Berücksichtigung der geltenden Kriterien; Originalpräparate, Generika, nach Preisklasse (Fokus auf hochpreisige Medikamente), ATC-Klassifizierung, Substanzen, Packungsgrösse, Zahl der Nutzerinnen und Nutzer usw.

3.4 Bestehendes optimieren, inkrementeller Ansatz

Massnahme 4: Bei den Diskussionen über die im Rahmen des Mandats vorgeschlagenen Themenbereiche nicht Lösungen mithilfe neuer Datenströme suchen, sondern die bestehenden Datenströme nutzen und optimieren.

Die Akteure im Gesundheitswesen produzieren eine Vielzahl von Daten, um den Regulierungsanforderungen, insbesondere im Hinblick auf die Abrechnung, gerecht zu werden. Die Strategie besteht darin, die jeweiligen Datenströme zu optimieren, Doppelspurigkeiten bei der Datenerfassung, dem Transport und der Speicherung zu vermeiden, die Validierungsprozesse zu vereinheitlichen und den Verwendungszweck zu klären.

Die Daten, die zur Beantwortung der im Rahmen des Mandats aufgeworfenen Fragen erforderlich sind, lassen sich in folgende Hauptgruppen einteilen:

- Daten, die bereits in digitaler Form im System vorhanden sind, da sie zur Erfüllung bestimmter gesetzlicher Aufträge benötigt werden. Diese Daten verursachen grundsätzlich keine grösseren technischen Probleme. Sie sind vorhanden und werden bereits verwendet, um bestimmte Fragen zufriedenstellend zu beantworten.
- Daten, die bei den Leistungserbringern oder den Datenproduzenten in digitaler Form vorliegen, aber ausser von den Datenproduzenten nicht genutzt werden, nicht übermittelt werden oder nicht strukturiert sind oder nicht auf einheitlichen und harmonisierten Nomenklaturen basieren.
- Daten, die zwar existieren, aber nicht in digitaler Form verfügbar sind und daher die Implementierung neuer Erfassungsprozesse erfordern.
- Daten, die nicht oder nur bruchstückhaft vorhanden sind oder die nicht digitalisiert oder strukturiert werden können und deren Verfügbarkeit einen substanziellen Modellierungs- und Strukturierungsaufwand sowie die Implementierung von Erfassungsprozessen erfordert.

Bei all diesen Gruppen kann man auch die Frage nach der Abdeckung und der Qualität stellen. Das heisst, decken die Daten das gesamte Interessensgebiet ab (zum Beispiel den gesamten stationären Bereich oder nur ein Pilotprojekt), erfüllen sie die Qualitätsanforderungen für den beabsichtigten Zweck usw.?

Im Grundsatz wird ein inkrementeller Ansatz vorgeschlagen. Dabei soll zunächst die Nutzung der vorhandenen Daten, die eine bestmögliche Abdeckung bieten und eine ausreichende

Qualität aufweisen, optimiert werden. Dies impliziert als beste Lösung einen schrittweisen Ansatz, bei dem die anvisierte Abdeckung und die Qualität anfänglich zwar noch nicht perfekt, aber akzeptabel sind und im Rahmen dessen die Datenströme Schritt für Schritt auf der Grundlage der gemachten Erfahrungen verbessert werden.

Mit einem solchen Ansatz lassen sich die notwendigen Grundlagen bezüglich Technik, Regulierung und Governance schaffen, die es dann schrittweise ermöglichen werden, auf einer konkreten Basis sämtliche Dimensionen der Abdeckung und der Qualität zu optimieren.

Darüber hinaus sollte ein solcher Ansatz rasch und auf breiter Front Ergebnisse liefern, ohne dass in viele kleine, kostspielige und nur schwer übertragbare Pilotprojekte investiert werden muss oder ehrgeizige Projekte zu lancieren sind, die Änderungen bei den Datenerhebungsverfahren und der Datenerhebungskultur und somit im Change-Management erfordern.

4 Feststellungen

4.1 Bestandesaufnahme der gegenwärtigen Situation

Siehe Anhang 1 – Transparenzstrategie: Aufgaben nach KVG und Use Cases, Seite 2727
Siehe Anhang 2 – Analyse der vorhandenen Daten, Seite 455

Zusammengefasst kann gesagt werden:

Aus systemischer Sicht liegt eine grosse Menge an Daten in digitaler Form vor und könnte analysiert werden.

Gesundheitsdaten können ein nahezu unendliches Informationsspektrum abdecken, das sämtliche Gesundheitsdeterminanten umfasst: von der Molekularbiologie über das Gesundheitssystem, den Lebensstil, die sozioökonomischen und bildungspolitischen Rahmenbedingungen, die Umwelt oder die Expositionsfaktoren, um nur die wichtigsten zu nennen – und dies über einen langen Zeitraum.

4.2 Daten und Datenquellen

Datenströme sind komplex, lassen sich aber durch eine Einteilung in drei Hauptgruppen vereinfacht darstellen:

4.2.1 Primärdatenquellen

Bei den Primärdatenquellen handelt es sich um den Ort der Ersterhebung und -erfassung der Daten. Diese erfolgt in erster Linie bei den Leistungserbringern.

4.2.2 Sekundärdatenquellen

Die Sekundärdatenquellen werden über die Primärdatenquellen versorgt. Sie erhalten Daten innerhalb eines gesetzlichen Rahmens und aus bestimmten Gründen – Übernahme gewisser Leistungen (Off-Label-Use), Durchführen einer Qualitätsbeurteilung oder Erfüllung von Meldepflichten usw. Es gibt zahlreiche Sekundärdatenquellen wie Bundes- und Kantonsstellen, Krankenversicherer, den ANQ, NewIndex, SASIS AG, H+, SwissDRG AG u. a. Man könnte diese aber auch auf Akkreditierungsstellen, verbindliche Register usw. ausdehnen.

4.2.3 Tertiärdatenquellen

Bei den Tertiärdatenquellen handelt es sich um die Gruppe, die sich auf die bei den Sekundärdatenquellen erfolgten Analysen abstützt. Es sind im Wesentlichen Bundes- und Kantonsstellen, deren Ergebnisse aus den Datenanalysen auf Stufe Sekundärdatenquellen der Erfüllung verschiedener Ziele (Governance, Information usw.) dienen.

Ein Musterbeispiel ist die Situation bei den stationären Leistungserbringern. Die gelieferten Daten weisen einen hohen Abdeckungsgrad auf und beantworten zahlreiche Governance-Fragen. Allerdings existiert eine Vielzahl oft redundanter Datenströme in Richtung verschiedener Stellen. Diese Datenströme müssen hinsichtlich Format, Informationsdichte, Präzision und Häufigkeit ganz unterschiedliche Anforderungen erfüllen, was dann insbesondere zu Doppelerfassungen, mehrdeutigen Informationen und heterogenen Validierungsmechanismen führt. Die Ausweitung ähnlicher Bestimmungen auf die ambulante Versorgung wird auch dort ähnliche Probleme mit sich bringen. Hinzu kommt die Schwierigkeit,

ambulante Leistungserbringer, ihren Status und ihre Strukturen zu definieren und zu identifizieren. Im Vergleich zu den stationären Leistungserbringern sind diese nämlich zahlreicher, heterogen und einem häufigeren Wandel unterworfen.

Die Ursache für diese Situation ist nicht bzw. nur in geringem Masse dem Föderalismus zuzuschreiben (es gibt Datenströme in Richtung der Kantone und der Bundesorgane (KVG 59a, KVG 49, KVG 23, BStatG, KVV 30 bis 30b), aber auch hin zu vielen anderen Empfängern wie der SwissDRG AG (KVG 49), den Versicherern usw.), sondern vielmehr der Tatsache, dass in der Vergangenheit Mechanismen geschaffen wurden, gemäss denen Daten nur für bestimmte Zwecke gesammelt werden dürfen.

- a) Zahlreiche voneinander unabhängige Datenströme, die dem Grundsatz der Zweckbindung unterliegen
- b) Duplikation von Datenströmen
- c) Redundanz bei Mechanismen zur Verwaltung von Datenströmen
- d) Fehlende Standardisierung und Interoperabilität der Inhalte von Datenströmen
- e) Keine einheitliche Rückverfolgbarkeit der Datenströme

4.3 Datenqualität

In der Fachliteratur sind die Bewertung der «Datenqualität» und die Bedeutung, die dieser beigemessen werden soll, oft Thema. Die Diskussionen in beiden vorgängig genannten Gruppen reflektieren diese Literatur. Die Ansichten unterscheiden sich je nach Zielsetzungen und Anforderungen an die «Qualität». Für die einen geht es um die Gesamtheit undokumentierter Variablen, für andere um die Genauigkeit jeder Variable, für wieder andere um die Kodierung, die zur Darstellung der Variablen verwendet wird, um die Analyse, die anhand der Variablen durchgeführt wird oder auch um die Quelle der Erhebung. Dies zeigt, wie unterschiedlich die Ansichten rund um den Begriff «Qualität» sind.

Derzeit existiert bei der Übertragung von Daten aus den Primärdatenquellen an die Sekundär- und Tertiärdatenquellen und aus den Sekundärdatenquellen an die Tertiärdatenquellen eine Vielzahl von Datenvalidierungsmodellen.

So senden beispielsweise die stationären Leistungserbringer Daten an die Kantone, die dann validiert werden. Die Kantone ihrerseits senden Daten mit einer neuen Validierung an das BFS, um ihrem Auftrag gemäss KVG 59a oder KVV 30b nachzukommen.

Ferner führen parallele Datenströme mit ähnlichen Datenquellen und jeweils eigenen Validierungen zu inkonsistenten Sekundär- oder Tertiärdatenbanken, was eine Vergleichbarkeit der Analysen schwierig macht und die Frage aufwirft, welche Daten «korrekt» sind.

Solche Situationen sind häufig.

- Mehrdimensionale qualitative Beurteilungskriterien
- Unterschiedliche Anwendungen der Kriterien
- Vervielfachung von Validierungsprozessen

4.4 Datenverfügbarkeit

Im stationären Bereich sind fallspezifische Daten zu den Leistungen und den damit verbundenen Kosten verfügbar. Vorbehaltlich eines stabilen Patientenidentifikators erfüllt dieser Bereich die Voraussetzungen für eine Implementierung.

Im ambulanten Bereich gibt es hingegen Lücken. Hier liegen keine umfassenden und detaillierten fallspezifischen Daten in digitaler Form vor. Vorbehaltlich eines stabilen Patientenidentifikators ist es jedoch möglich, einen sehr guten Überblick über die vergüteten Leistungen pro Fall zu erhalten, was für die Governance des Gesundheitssystems eine ausreichend gute Grundlage darstellen sollte. Die grösste Einschränkung stellt eine fehlende klare Definition «eines Falls» dar und insbesondere auch, dass es keine systematische Kodierung für die Gründe der Inanspruchnahme des ambulanten Versorgungssystems gibt (z. B. Kodierung nach der International Classification of Primary Care – ICPC-2 (Kodierung von Problemen in der ambulanten Versorgung))¹.

4.5 Hindernisse

Es gibt drei Haupthindernisse:

- a) Das regulatorische Umfeld
Das regulatorische Umfeld ist uneinheitlich, vielschichtig und zeichnet sich weder durch eine Gesamtstrategie noch eine ganzheitliche Sichtweise aus. Dies führt zu widersprüchlichen Auslegungen, die die Datennutzung einschränken, selbst wenn die gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden. Datenschutz und gesetzliche Bestimmungen, nach denen Daten nur für einen bestimmten Zweck erfasst werden dürfen, verbieten die Verknüpfung gewisser Datensätze, was Doppelerfassungen erforderlich macht.
- b) Die Komplexität
Komplexität ist integraler Bestandteil des Gesundheitssystems. So handelt es sich beispielsweise bei der Entwicklung eines kohärenten Behandlungspfades, der in komplizierten Fällen, insbesondere bei chronischen Mehrfacherkrankungen, auf ein analytisches Vorgehen setzt, um eine komplexe Angelegenheit. Es ist schwierig, die spezifischen Leistungen verschiedener Akteure innerhalb des Gesundheitssystems formal einem bestimmten Versorgungselement zuzuordnen und das Kosten-Nutzen-Verhältnis dieses einzelnen Elements zu bewerten, indem man es von den übrigen isoliert. Ein weiteres Beispiel, insbesondere im ambulanten Bereich, ist die Diagnostik, an der es in der Regel bei einem problemorientierten Ansatz mangelt, für den es in der Schweiz keine etablierte einheitliche Vorgehensweise gibt.
- c) Die Transparenz
Die Finanzierung des Gesundheitssystems beruht heute auf der Angemessenheit der Kosten für die Behandlung von Gesundheitsproblemen. Dabei kommen einerseits die Privatsphäre und die sensiblen persönlichen Daten und andererseits finanzielle Aspekte zum Tragen – zwei in der Schweiz traditionell stark geschützte Bereiche.

4.6 Schlussfolgerung

Eine Bestandesaufnahme der vorhandenen Instrumente zeigt, dass deren Implementierung grundsätzlich zu uneinheitlichen Prozessen hinter den existierenden Datenflüssen führt und eine uneinheitliche Nutzung der entsprechenden Daten mit sich bringt. Dies ist auf die enge Verknüpfung zwischen dem Zweck einer Datenerhebung und der Erhebung selbst zurückzuführen.

¹ WHO | International Classification of Primary Care, Second Edition (ICPC-2) [Internet]. WHO. [erwähnt am 2. November 2019]. Verfügbar unter: <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/>

Betrachtet man beispielsweise einen stationären Patienten / eine stationäre Patientin und die erbrachte Pflegeleistung als ein einzelnes Objekt, das folglich einen einzelnen Datensatz generiert, so stellt man fest, dass es eine Vielzahl von Datenerfassungsmodalitäten mit manchmal ähnlichen Zielsetzungen, aber unterschiedlichen Verfahren hinsichtlich Datengewinnung, -übertragung und -validierung gibt. Letztendlich und obwohl dies den Rahmen dieses Mandats sprengt, sollten sämtliche Datenströme, um sie optimieren und ihre Effizienz verbessern und insbesondere die Beschaffungs- und Verarbeitungskosten markant senken zu können, unabhängig von ihrem Zweck betrachtet werden.

Gleichwohl sind diese Datenströme häufig redundant und führen für die Leistungserbringer zu einer erheblichen Belastung. Zu nennen wären hier die Doppelerfassungen aufgrund regulatorischer Anforderungen oder unterschiedlicher Zielsetzungen (z. B. Statistiken, Meldepflichten, ungenügende Nutzung bestehender Register wie das Zivilstandsregister usw.).

Das Fehlen einer gemeinsamen Vision bezüglich der Analyseinstrumente, die eine faktische Quantifizierung der zu bewertenden Indikatoren oder Elemente ermöglichen, das häufige Versäumnis, diese Instrumente an die operationellen Anforderungen der Datenerfassung im klinischen Umfeld anzupassen und schliesslich das Fehlen einer gemeinsamen Vision hinsichtlich der erforderlichen Variablen und der Verfahren im Zusammenhang mit der Gewinnung, dem Transport und der Validierung führen auf allen Ebenen zu erheblichen Redundanzen – bei den Leistungserbringern, der Ärzteschaft, den IT-Kommunikationssystemen zwischen Datenlieferanten und -bezügern, der Validierung auf Seiten der Datenbezügler usw. Dies wirkt sich auch auf alle technischen Aspekte aus, sei es auf die Interoperabilität der Daten, die Verwendung gemeinsamer Modelle oder die Verfahren zur Zugangskontrolle und Rückverfolgbarkeit.

Diese Situation ist in erster Linie auf die Vielfalt der mit der Ausführung gesetzlicher Aufträge betrauten Stellen sowie auf das Fehlen einer einheitlichen Datenerfassungs- und Validierungsstelle zurückzuführen, die die Empfangs- und Validierungsprozesse zentralisieren und eine Rückverfolgbarkeit sowie die Abwicklung von Anfragen gewährleisten könnte.

HINTERGRUND



Abbildung 1: Hintergrund – Ein komplexes Umfeld beeinträchtigt das gegenseitige Vertrauen der Partner.

5 Vorschläge

5.1 Prämissen

- Eine gute Steuerung des Gesundheitswesens erfordert die Kenntnis seiner Komponenten und deren Wechselwirkungen;
- Die medizinisch-ökonomische Steuerung (Governance) des Systems kann über eine erste vertretbare Näherung anhand vorhandener Daten (insbesondere Abrechnungsdaten) erfolgen;
- Um den Governance-Anforderungen gerecht werden und die Datenströme optimieren zu können, ist die Beschaffung detaillierter Einzelfalldaten zwingend erforderlich;
- Um die Datenströme optimieren zu können, müssen sämtliche technisch-semantischen Anforderungen, die Interoperabilität gewährleisten, vereinheitlicht werden;
- Gesetzliche und regulatorische Anforderungen hinsichtlich der Datennutzung sind zu respektieren.

Man kann die Erhebung und Nutzung von Daten aus Sicht der jeweiligen Akteure betrachten, die in Primär-, Sekundär- und Tertiärdatenquellen zusammengefasst werden. Bei jeder dieser Datenquellen ist zu berücksichtigen, inwieweit sie verpflichtet ist oder beabsichtigt, Daten zu nutzen oder zu erheben.

Das System lässt sich theoretisch recht einfach beschreiben:

Es gibt Leistungserbringer, die Gesundheitsleistungen gegenüber Leistungsempfängern erbringen. Die erbrachten Leistungen werden in Rechnung gestellt, die gemäss KVG ganz oder teilweise übernommen werden. Diese Leistungen haben kurz-, mittel- und langfristige Auswirkungen.

Wir möchten nun die Beziehungen zwischen diesen verschiedenen Objekten kennen.

In der Realität sind diese Beziehungen aus verschiedenen Gründen schwierig nachzuvollziehen:

- Die Auswirkungen der erbrachten Leistungen sind teilweise schwierig zu beurteilen, insbesondere bei komplexen Fällen (Polymorbidität) oder auch auf mittlere oder lange Sicht; dies betrifft einen grossen und wachsenden Teil der Leistungen;
- Die verschiedenen Akteure im Gesundheitssystem sind nicht einheitlich definiert;
- Es finden zahlreiche und ineffiziente Datenübermittlungen statt, was den rechtlichen Grundsätzen der Zweckbindung bei der Erhebung zuzuschreiben ist;
- Aus denselben Gründen existieren auch zahlreiche verschiedene Datenvalidierungsmethoden.

Dies hat zur Folge, dass:

- die Datenproduzenten mit Doppelanfragen konfrontiert sind;
- es zu Inkonsistenzen und Diskrepanzen bei den Daten und deren Analyse kommt;
- der Analysebedarf nicht abgedeckt wird;
- das System insgesamt nicht vertrauenserweckend ist und infrage gestellt wird.

5.2 Technische und logische Sperrungen

In Übereinstimmung mit den gewählten strategischen Grundsätzen ist das Konzept, das zwischen (a) *genutzten (geteilten) Daten* und (b) *verfügbaren (teilbaren) Daten* unterscheidet, beizubehalten.

Bei den genutzten Daten handelt es sich um solche, die tatsächlich geteilt und für einen bestimmten Zweck genutzt werden. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei den teilbaren Daten um solche, die verfügbar sind und potenziell zu Analysezwecken nutzbar wären. Letztere müssen grundsätzlich alle Nutzungskriterien erfüllen (technische und semantische Standards, eindeutige Identifikatoren usw.), können aber nicht genutzt werden, ohne auch sämtliche für eine Nutzung notwendigen Anforderungen, insbesondere regulatorischer Art, zu erfüllen. Ein Beschluss oder eine Änderung des regulatorischen Umfelds können allerdings eine Nutzung ermöglichen.

Es gilt somit:

- 1) sämtliche technischen und semantischen Sperrungen sowie diejenigen in Verbindung mit den heutigen Identifikatoren durch logische Sperrungen zu ersetzen, die dem gesetzlichen Umfeld untergeordnet sind und sich fortan unkompliziert, rasch und praxistauglich auf Beschlüsse und Anforderungen im Zusammenhang mit diesem Umfeld abstimmen lassen, und zwar im Hinblick auf eine Erhöhung oder Verringerung des Volumens geteilter Daten.
- 2) eine Infrastruktur einzurichten, die die Einhaltung dieser Anforderungen gewährleistet. Dies kann zum Beispiel über eine Reihe von Interoperabilitätsstandards, ein dezentrales Datenspeicherungssystem, einen gesicherten Informationsaustausch mit entsprechenden Authentifizierungen usw. erfolgen.

Anstelle des Konzepts genutzter und somit geteilter Daten empfiehlt es sich, das Konzept verfügbarer und folglich teilbarer Daten zu übernehmen. Beim Konzept teilbarer Daten werden die technischen und semantischen Sperrungen sowie diejenigen in Verbindung mit eindeutigen Identifikatoren durch logische Sperrungen ersetzt, die regulatorischen Anforderungen unterliegen.

5.2.1 Semantische Interoperabilität

Derzeit werden Daten im Rahmen zahlreicher technischer und semantischer Standards geteilt. Zu den Quellen solcher Standards gehören unter anderem die Stiftung Refdata (z. B. European Article Number (EAN)), SwissMedic (z. B. Arzneimittel), das BFS und das BAG (z. B. ICD-10, LOINC, eCH). So weit wie möglich sollten international bekannte technische und semantische Standards verwendet werden, die innerhalb der verschiedenen Gesundheitssysteme allgemein üblich sind.

Es empfiehlt sich, ein Referenzsystem mit verwendeten technischen und semantischen Standards zu erstellen und dieses dann durch die verstärkte Verwendung internationaler Standards zu vereinfachen.

5.2.2 Technische Interoperabilität

Die technische Interoperabilität gewährleistet das Vorhandensein von Schnittstellenebenen, die eine Standardisierung, Automatisierung und Weiterentwicklung der Kommunikationsströme in einer dezentralen und gesicherten Umgebung ermöglichen. Die entsprechenden Standards müssen alle für Aktivitätsüberwachungen erforderlichen Elemente umfassen sowie der Kommunikationssicherheit, der Identifizierung und der Authentifizierung usw. Rechnung tragen.

Insbesondere in den Bereichen Gesundheit, Logistik und Finanzströme existieren zahlreiche technische Kommunikationsstandards. Die erforderliche Mindestanzahl von Standards sollte ermittelt und gegebenenfalls geschaffen werden. Es ist auf die Verwendung offener

Schnittstellen zu achten, um ihre Verbreitung und ihre Nutzung durch alle berücksichtigten Partner zu ermöglichen.

Dieser Ansatz kommt den FAIR-Data-Prinzipien nahe und unterscheidet sich von Open Data. Bei FAIR Data geht es um die Schaffung einer soliden Struktur, die Interoperabilität ermöglicht. Dabei werden aber auch alle Elemente berücksichtigt, die für eine Verarbeitung nicht frei zugänglicher Daten erforderlich sind, was insbesondere im Gesundheitswesen von Bedeutung ist.

Technische Kommunikationsstandards mit offenen Schnittstellen identifizieren und einsetzen.

5.3 Eindeutige Identifikatoren

Eine der Voraussetzungen für die Schaffung von Interoperabilität ist die Fähigkeit, die berücksichtigten Elemente sicher identifizieren zu können. Die Identifikatoren müssen es ermöglichen, separate Elemente, die aber dieselben Stellen betreffen, miteinander zu verknüpfen. Diese Identifikatoren können vielfältiger Natur sein und verschiedene Verknüpfungsarten ermöglichen. Sie betreffen alle berücksichtigten Objekte, insbesondere die Patienten, die Datenquellen und sämtliche Anspruchsberechtigten.

Alle Elemente, die im Rahmen aktueller oder möglicher Behandlungen verknüpft werden können, sollten eindeutig identifiziert werden. Dazu zählen insbesondere die Leistungserbringer, die Leistungen selbst und deren Determinanten (Ursachen und Wirkungen), die Leistungsempfänger und die Krankenversicherer.

Es ist zu betonen, dass das Fehlen solcher Identifikatoren eine Verbindung der kongruenten Elemente nicht verunmöglicht und daher für die berücksichtigten Akteure keinen zusätzlichen Datenschutz bringt, sondern lediglich die Analyseergebnisse weniger zuverlässig macht und zu Verknüpfungs- und Interpretationsfehlern führen kann.

Wenn möglich, sollten bestehende und validierte Identifikatoren verwendet werden, für die bereits entsprechende Verfahren existieren, selbst wenn dies eine Anpassung der gesetzlichen Bestimmungen erfordert, beispielsweise im Falle der Verwendung der AHV-Versichertennummer, des Betriebs- und Unternehmensregisters (BUR) usw.

Es ist unabdingbar, dass jedes verknüpfbare Element eindeutig identifiziert wird, insbesondere die Leistungserbringer, die Leistungen, die Leistungsempfänger und die Krankenversicherer.

5.4 Vorgeschlagenes Modell

5.4.1 Logisches Modell

Das vorgeschlagene Modell muss hohen Anforderungen gerecht werden. Es muss:

- a) schrittweise umgesetzt werden können;
- b) auf bestehenden Strukturen, Prozessen und Fähigkeiten aufbauen;
- c) politisch vertretbar sein;
- d) die Effizienz der Datenflüsse verbessern;
- e) wirtschaftlich tragbar sein;
- f) zu einer strikten Unterscheidung zwischen nutzbaren Daten und Datennutzung führen;

- g) einem Aufsichtsorgan unterstellt werden können;
- h) eine Vereinheitlichung der Daten- und Datenstromvalidierungsprozesse ermöglichen;
- i) die Rückverfolgbarkeit ermöglichen.

Um all diesen Anforderungen gerecht werden zu können, besteht eine Lösung darin, die Aspekte im Zusammenhang mit dem Datenstrommanagement einerseits und der Governance der Datenanalyse andererseits klar voneinander zu trennen.

Daraus ergeben sich zwei separate Pfeiler:

- a) Der technisch-semantische Pfeiler: Dieser hat eine Optimierung der Datenströme zwischen den datenproduzierenden Quellen sicherzustellen und dient als Vermittlerplattform, über die die entsprechenden Daten zur Verfügung gestellt werden. Hier werden die Standards für den Datenaustausch und die jeweiligen Protokolle, die Validierungen sowie die Speicher- und Transportmodalitäten definiert. Die Normalisierung dieser Datenströme wird zu einer drastischen Reduzierung von doppelten und fehlerhaften Datenerfassungen führen. Über die Plattform werden nutzbare Daten zur Verfügung gestellt. Diese können nicht standardmässig genutzt werden.
- b) Der Governance-Pfeiler: Hier müssen die zuständigen Stellen die Nutzung der zu unterschiedlichen Zwecken benötigten Daten organisieren bzw. verwalten. Ein neues Datenbedürfnis führt zu einer Anfrage beim ersten Pfeiler, der dann dafür sorgen muss, dass so effizient wie möglich darauf reagiert werden kann. Der Governance-Bereich zeichnet für die Datennutzung verantwortlich.

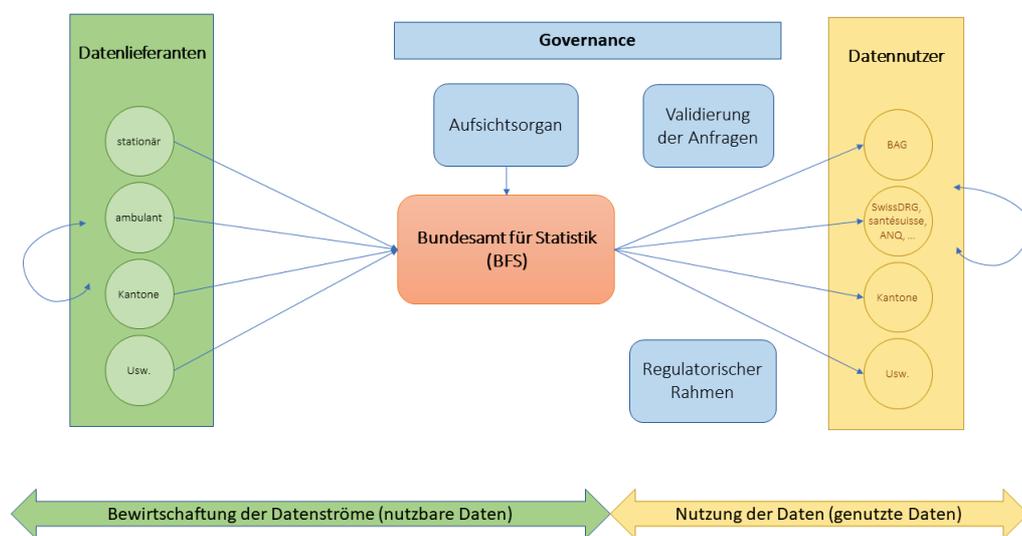


Abbildung 2: Logische Darstellung: Vereinheitlichung der Grundsätze und Dezentralisierung der Massnahmen

In diesem Modell übernimmt das BFS als vertrauenswürdige Instanz die Rolle des Datenaggregators oder damit verbundene Aufgaben wie die Definition der Datenströme, der Validierungsprozesse usw.

Die vertrauenswürdige Instanz erhält die validierten Anfragen, analysiert den Datenbedarf und reagiert entsprechend – entweder mit der Lieferung vorhandener Daten oder durch Generierung neuer Datenströme. Sie ist für die Validierung und das Management der Datenströme und somit für deren Optimierung und Standardisierung zuständig und Empfängerin detaillierter Daten. Der erforderliche Detaillierungsgrad entspricht dem feinsten für eine Datennutzung erforderlichen Grad, sodass mittels einer einzigen detaillierten Quelle

auf jede hergeleitete Anfrage reagiert werden kann. Die bestimmten Governance-Prozessen unterliegende vertrauenswürdige Instanz reagiert auf Anfragen, indem sie nur Daten in der validierten Detailgenauigkeit oder erforderlichen Verdichtung liefert.

Das BFS als vertrauenswürdige Instanz vorzuschlagen hat einerseits damit zu tun, dass es aufgrund des Gesetzes strengen Datenschutzregeln unterliegt, ein politisch neutrales Bundesorgan ist, über weitreichende Befugnisse zur Datenerhebung unter Wahrung der Verhältnismässigkeit verfügt und bereits seit vielen Jahren ein wichtiger Akteur bei der Bewirtschaftung komplexer Datenströme im Gesundheitswesen ist. Andererseits genießt das BFS in seiner Funktion als Datensammel- und Datenweitergabestelle auch das Vertrauen der Akteure im Gesundheitswesen, das heisst, sowohl der Datenlieferanten als auch der Datennutzer.

Zu erwähnen ist zudem der dem BFS vom Bundesrat im September 2019 erteilte Auftrag, die Grundlagen für die Umsetzung des sogenannten «Once-Only»-Prinzips zu schaffen, im Rahmen dessen Daten durch die Bundesverwaltung, insbesondere durch kantonale Behörden und andere in der Bundesgesetzgebung vorgesehene Stellen, mehrfach genutzt werden sollen, um so die Datenlieferanten zu entlasten und die Nutzung von Daten durch legitimierte Institutionen zu ermöglichen. Auf dieser Grundlage wurde das Programm «Nationale Datenbewirtschaftung» (NaDB) ins Leben gerufen. Eines der Projekte unter diesem Programm befasst sich mit der stationären Gesundheitsversorgung, und seine Zielsetzungen gehen in Richtung der Empfehlungen in diesem Bericht, nach denen die benötigten Daten nicht nur im Hinblick auf die strikte Anwendung des KVG genutzt werden sollten.

5.4.2 Technisches Modell

Man hat sich nicht eingehend mit dem Vorschlag eines technischen Implementierungsmodells, sondern lediglich mit allgemeinen Fragen der IT-Architektur befasst. Im Grundsatz soll über ein dezentralisiertes Erfassungs- und Speicherungssystem nachgedacht werden, das ein dezentrales Anfragemodell unterstützt.

Die vertrauenswürdige Instanz legt die Standards fest, die sämtliche für die Dateninteroperabilität erforderlichen Elemente, die Anfrageverteilung und die Einrichtung eines gesicherten und überprüfbar Systems abdecken. Ferner bestätigt sie die Einhaltung dieser Standards – entweder direkt oder stellvertretend.

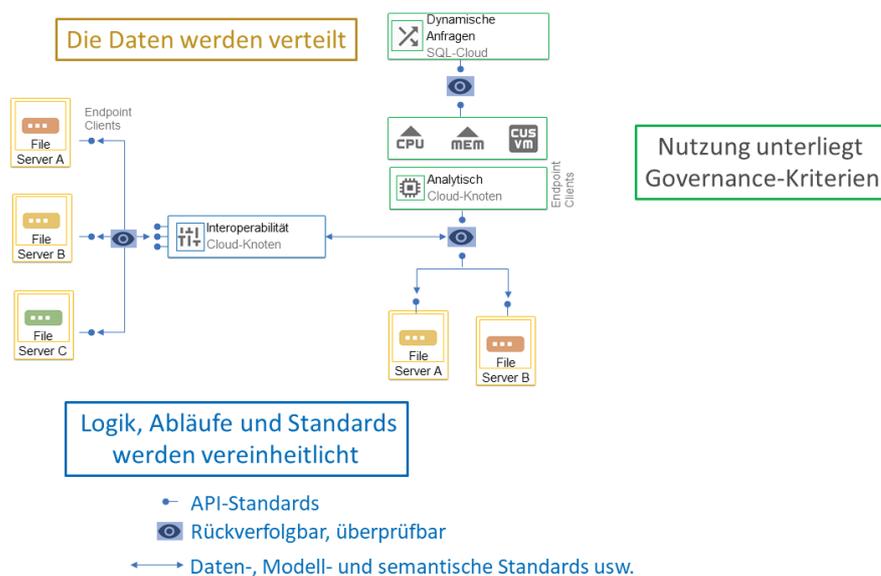


Abbildung 3: Physische Darstellung: dezentrale Datenhaltung und einheitliche Standards

5.4.3 Grundsätzliche Datenstrategie

Das vorgeschlagene Modell erfordert eine strategische Vision in Bezug auf die im Rahmen dieses Mandats genannten Daten. Diese Vision stützt sich auf die vorgängig erläuterten Elemente. Das heisst, auf eine vollständige Trennung zwischen den technischen und semantischen Strömen, die eine Dateninfrastruktur bilden, und den Strömen, die mit der Nutzung dieser Infrastruktur einhergehen. Weiter ist zu einer Nutzung von Daten zu unterschiedlichen Zwecken (z. B. Governance oder Überwachung) überzugehen.

Ein solcher Ansatz bietet zahlreiche Vorteile. Er führt unter Umständen nicht zu einer Änderung der gegenwärtigen Governance, ermöglicht eine schrittweise praktische Implementierung und kann die betreffenden Datenflüsse radikal verändern.

Wenn man für diese Vision eintritt, muss man sie verständlich machen, eine wirklich vertrauenswürdige Instanz wie das BFS einsetzen, mit einer Governance beginnen, die die gegenwärtigen Gleichgewichte nicht verändert und die für die ausgewählten Prozesse definierten Standards durchsetzen können.

5.4.4 Implementierung

In einer ersten Phase muss sich die Strategie darauf konzentrieren, das mit der Umsetzung des Modells verfolgte Ziel sowie die bei der Umsetzung involvierten Stellen zu präzisieren.

In einer zweiten Phase sollte diese Strategie darauf abzielen, schrittweise einen kohärenten gesetzlichen Rahmen zu schaffen.

Die vertrauenswürdige Instanz muss über einen gewissen Handlungsspielraum und die geeigneten Mittel verfügen, insbesondere um die Partner zu unterstützen, um eine Definition und dann eine schrittweise Implementierung der Bewirtschaftung der Datenströme und der Governance bezüglich deren Nutzung zu erarbeiten sowie eine Politik zur Rückverfolgbarkeit und dauerhaften Sicherung der Daten und ihrer Interpretierbarkeit (dauerhafte semantische Lösung) zu entwickeln. Dies hat in Absprache mit den Partnern, jedoch mit starkem Fokus auf die Standards zu erfolgen.

Bei jedem der beiden Pfeiler gibt es zahlreiche zu behandelnde Fragen. Die technischen Standards für den Austausch und die Speicherung von Daten sind zu diskutieren – beispielsweise die Verwendung einer präzisen beschreibenden Sprache anstelle eines Datenmodells oder auch, ob ein zentrales oder dezentrales Datenspeichermodell genutzt werden soll.

Um das Vertrauen der Partner in das vorgeschlagene Konzept sicherzustellen, müssen ähnliche Diskussionen rund um das Thema Governance geführt werden. Insbesondere ist die Neutralität des ersten Pfeilers zu gewährleisten und sicherzustellen, dass die Datennutzung stets regulatorischen Rahmenbedingungen unterliegt. Potenziell können die Daten von sämtlichen Partnern im Gesundheitswesen im Rahmen des KVG genutzt werden. Der Umfang der möglichen Nutzungen sowie der Inhalt der erforderlichen Daten bei diesen Nutzungen, die weiterhin der geltenden Gesetzgebung (insbesondere in den Bereichen öffentliche Gesundheit, Forschung u. a.) unterliegen, sind genau zu definieren.

5.4.5 Eine evidenzbasierte Kultur

Dieser inkrementelle und stufenweise Ansatz soll eine Sekundärnutzung von Daten im Schweizer Gesundheitswesen fördern und etablieren, insbesondere indem auch das Vertrauen gestärkt wird, das für die Schaffung von mehr Transparenz notwendig ist.

Er ermöglicht ferner die Errichtung eines kontinuierlichen Evaluierungssystems mit kurzen Zyklen, dank dem die Wirksamkeit von Interventionen überprüft, aber auch deren Return on Investment (Kosten-Nutzen) gemessen werden kann. Kurze Zyklen ermöglichen es, rasch korrigierend einzugreifen. Solche Messungen sind sowohl bei den Datenlieferanten (welche Auswirkungen hat zum Beispiel die Datenerhebung) als auch in Bezug auf die Leistungsfähigkeit und die Vielfalt an realisierbaren Instrumente in einem Umfeld mit teilbaren Daten vorzunehmen.

5.4.6 Ein konkretes Beispiel

Die von der Gemeinsamen Einrichtung KVG erhaltenen Arzneimitteldaten geben Aufschluss über den Medikamentenbezug jeder versicherten Person pro Jahr in der Schweiz und beinhalten auch die pseudonymisierte AHV-Versichertennummer als Identifikator der Person sowie die GTIN-Codes für die Arzneimittel. Es handelt sich hierbei somit um eine wertvolle Datenquelle, die aktuell lediglich für die Berechnung des Indikators pharmazeutischer Kostengruppen (PCG) im Rahmen des Risikoausgleichs zwischen den Krankenversicherern genutzt wird. Wenn man diese Informationen auch für andere Zwecke verwenden könnte, liessen sich äusserst interessante Analysen erstellen. Es lässt sich anhand dieses Beispiels folglich ein klarer zusätzlicher Nutzen erkennen.

6 Experten und Mandatsbegleitung

Mandat

Herr Thomas Christen, BAG
Frau Sandra Schneider, BAG

Begleitgruppe

Frau Katharina Füglistner, GS-EDI
Herr Thomas Christen, BAG-KUV
Herr Marco D'Angelo, BFS
Herr Stefan Otto, BAG-SML
Frau Helga Portmann, BAG-VA
Frau Sandra Schneider, BAG-Leist
Frau Salome Von Greyerz, BAG Gest-Strat
Herr Claude Vuffray, BAG-DMS

Expertengruppe – technisch/semantisch

Frau Krisztina Beer, GDK
Herr Martin Born, pharmaSuisse
Petra Busch, ANQ
Herr Christian Falk, USZ
Frau Anne-Claude Griesser, CHUV
Herr Oliver Grolimund, SASIS
Herr Kris Haslebacher, BAG
Herr Simon Hölzer, Swiss DRG
Herr Jacques Huguenin, BFS
Herr Philip Moline, Newindex
Herr Stefan Neubert, GDK
Herr Marcel Zwahlen, ISPM

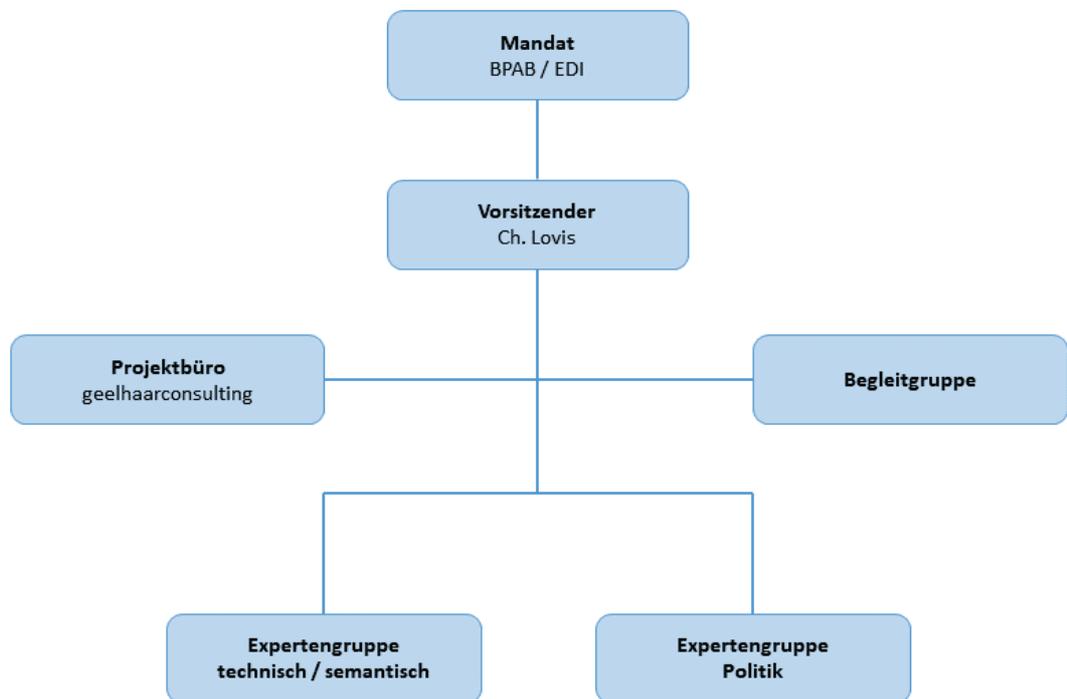
Expertengruppe – Politik

Herr Cyrill Berger, EDÖB
Herr Roland Bohren, BSV
Frau Yvonne Gilli, FMH
Herr Jacques Huguenin, BFS
Frau Esther Kraft, FMH
Frau Katja Mocellini, GDK
Herr Stefan Neubert, GDK
Herr Axel Reichlmeier, santésuisse
Frau Saskia Schenker, curafutura
Herr Markus Tschanz, H+

Organisation und Leitung

Herr Rémy Chrétien, geelhaarconsulting gmbh
Herr Michel Geelhaar, geelhaarconsulting gmbh
Frau Sarah Ott, BAG
Herr Claude Vuffray, BAG

Projektstruktur





7 Anhang 1 – Transparenzstrategie: Aufgaben nach KVG und Use Cases

Gesetzliche Grundlage	Akteur	Aufgabe	Use Cases/Anwendungsbeispiele	Benötigte Daten (aggregiert / individuell ? verknüpft / unverknüpft ?)	Genügen die Informationen in den Rechnungsdaten, um Use Case abzudecken?
Art. 23 KVG	Bund/BFS	Das BFS erarbeitet die notwendigen statistischen Grundlagen zur Beurteilung von Funktions- und Wirkungsweise des KVG und erhebt die dazu notwendigen Daten	Gesamtverlagerung in den vor- und nachstationären Bereich	Leistungsmengen nach Tarmed (niedergelassene Ärzte) (aggregiert) Leistungsmengen nach CHOP (Spitalbereich) (aggregiert)	Ja für dieses Use case, ?
Art. 25a KVG Pflegeleistungen bei Krankheit Art. 7 & 7a KLV	Bund/BAG	Bund setzt Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf fest (nach	Wie ist der Verteilung der Pflegebedarfsstufen in den einzelnen Pflegeheimen?	Spitex; es fehlen Daten zu Pflegestufen und Pflegekategorien (Leistungen A, B, C, nach Stunden	Ja Die Kosten müssen sich in der



Gesetzliche Grundlage	Akteur	Aufgabe	Use Cases/Anwendungsbeispiele	Benötigte Daten (aggregiert / individuell ? verknüpft / unverknüpft ?)	Genügen die Informationen in den Rechnungsdaten, um Use Case abzudecken?
		Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen)	Wie ist die Aufteilung der einzelnen Leistungsbereiche in der ambulanten Krankenpflege? Prüfung der Beiträge der OKP an die Pflegeleistungen (Pflegeheime und Spitex)	erfasst, nicht verfügbar bei der Spitex). Pflegeheime; es fehlen Daten zu den Pflegestufen (zwölf Stufen, nach Minuten), SOMED erhebt die Pflegestufen nach Fall, keine Abrechnungsdaten.	Abrechnung niederschlagen. Bei Pflegeheimen gibt es die Pflegestufe und man kennt die Beiträge => Beiträge sind bekannt.
Art. 32 Abs. 2 KVG Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen	Bund/BAG	Periodische Überprüfung WZW der Leistungen	Neue pricing Modelle (pay for performance) Ist Arzneimittel/ Therapie X vs. Arzneimittel/ Therapie Y günstiger, wirtschaftlicher?	Patientenpfad über die verschiedenen Leistungserbringer (Individualdaten) Individuelle Abrechnungsdaten könnte schon viele Information bringen.	? Ja,



Gesetzliche Grundlage	Akteur	Aufgabe	Use Cases/Anwendungsbeispiele	Benötigte Daten (aggregiert / individuell ? verknüpft / unverknüpft ?)	Genügen die Informationen in den Rechnungsdaten, um Use Case abzudecken?
Art. 32, 33 KVG Bezeichnung der Leistungen	Bund	Bezeichnung ärztliche, chiropraktische, sowie von Personen auf ärztliche Anordnung erbrachte Leistungen, Monitoring und Schlussevaluation bei "Leistungen in Evaluation"	<p><u>Kniearthroskopien:</u> wie viele Kniearthroskopien mit welchen arthroskopischen therapeutischen Massnahmen werden stationär und ambulant durchgeführt bei welchen Indikationen, Versicherungs-kategorie. Anteil Patienten mit vorgängiger und nachgelagerter Physiotherapie, Anzahl und Kosten Physiotherapie, begleitende Medikation</p> <p><u>Ambulant vor Stationär:</u> Entwicklung Anzahl und Kosten stationär und ambulanter Leistungen der IAAS-Liste bei welchen Indikationen, bei welcher Qualität? Was sind die Gründe für stationäre Durchführung?</p>	<p>epidemiologischen Daten teilweise fehlend zu Inzidenz/Prävalenz im Hinblick auf zukünftige Bedarfs- und Mengenentwicklung resp. Abschätzung der Kostenfolgen.</p> <p>Leistungs- und Kostendaten im ambulanten Bereich teilweise fehlend, insbesondere auch Bezug zum Leistungseinsatz bei bestimmten Diagnosen (ganze Behandlungskette verschiedener Leistungserbringer pro Patient). Angaben zu Anzahl nicht-ärztlicher Leistungserbringer teilweise fehlend</p>	Teilweise , Anzahl Kniearthroskopien kann ausgewiesen werden. Aussagen über die Qualität sind jedoch nicht möglich.



Gesetzliche Grundlage	Akteur	Aufgabe	Use Cases/Anwendungsbeispiele	Benötigte Daten (aggregiert / individuell ? verknüpft / unverknüpft ?)	Genügen die Informationen in den Rechnungsdaten, um Use Case abzudecken?
Art. 32 ff. KVG, insbesondere Art. 56 KVG	Versicherer	Rechnungskontrolle - Überprüfung der Berechnung der Vergütung und Wirtschaftlichkeit der Leistung - Der Bundesrat erlässt Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten.		LE müssen dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen, LE haben auf Rechnung an Schuldner die Diagnose und Prozedur nach Klassifikation codiert aufzuführen. Insbesondere Klassifikation ambulant ausstehend.	Ist nicht teil der Transparenzstrategie da keine Daten benötigt werden.
Art. 35 Abs. 2 Bst. e, Art 38 KVG Zulassung andere (nicht-ärztliche) Leistungserbringer		Der Bundesrat bezeichnet die Personen (oder Organisationen), die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen zu Lasten der OKP erbringen können.	Psychologische Psychotherapie: Anzahl und FTE in medizinischer Patientenbetreuung tätiger Psychologen mit Weiterbildungstitel Psychotherapie? Versorgungsbedarf: Anzahl/Rate an Personen mit psych. Krankheiten, davon	fehlende Angaben zu Anzahl FTE tätig in Patientenbetreuung, Arbeitsort in selbständiger Praxis, stationären oder ambulanten Institutionen.	Nein



Gesetzliche Grundlage	Akteur	Aufgabe	Use Cases/Anwendungsbeispiele	Benötigte Daten (aggregiert / individuell ? verknüpft / unverknüpft ?)	Genügen die Informationen in den Rechnungsdaten, um Use Case abzudecken?
			Anteil Inanspruchnahme Behandlung und bei welchen Leistungserbringern, regionale Unterschiede, Wartezeiten, Konsum welche Psychopharmaka bei welchen Patientengruppen		
Art. 37 KVG	Kanton	Bestimmung, unter welchen Voraussetzungen Ärzte und Ärztinnen zur Führung einer Apotheke zugelassen sind			Nicht Teil der Transparenzstrategie
Art. 39 KVG	Kantone	<i>Spital- Geburtshaus- und Heimversorgungsplanung: Versorgungsplanung und –liste</i>	Die Kantone müssen bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung über die notwendigen Daten verfügen.	<ul style="list-style-type: none"> . Strukturdaten (KS, MAS von Seite Leistungserbringer) . Epidemiologische / Prävalenz Daten von Seite Inanspruchnahme . Qualität/ Outcome Daten 	Nein
Art. 40 Abs. 2 KVG	Bund/BAG	Bund legt Anforderungen fest, welche Heilbäder erfüllen müssen			Nicht Teil der Transparenzstrategie



Gesetzliche Grundlage	Akteur	Aufgabe	Use Cases/Anwendungsbeispiele	Benötigte Daten (aggregiert / individuell ? verknüpft / unverknüpft ?)	Genügen die Informationen in den Rechnungsdaten, um Use Case abzudecken?
Art. 43 KVG	Bund Kantone Tarifpartner	<p>Festsetzung der Tarifstruktur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subsidiäre Festlegung der Tarifstruktur bei Nicht-Einigung der TP <p>Anpassung der Tarifstruktur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subsidiäre Anpassung der Tarifstruktur, wenn nicht mehr sachgerecht und Revision durch TP ausbleibt <p>Erarbeitung, Weiterentwicklung, Anpassung und Pflege der Strukturen und Festlegung von (Pauschal-) Tarifen und Preisen. Dabei ist auf eine sachgerechte Struktur zu achten</p>	<p>Erarbeitung von Anpassungen am TARMED: Anhand von konkreten Abrechnungen zu bestimmten Leistungen wäre zu untersuchen, in welcher Kombinationen TARMED-Positionen abgerechnet werden bzw. ob Leistungspakete erkennbar sind; so könnten auch Pauschalierungen im TARMED überlegt werden.</p> <p>Monitoring TARMED: Welches sind die Konsequenzen der TARMED-Anpassung?</p> <p>Wurden die Ziele erreicht (dazu braucht es Informationen über die Ausschöpfung der eingeführten Limitationen)?</p>	SwissDRG TARPSY Fallkostenstatistik TARMED, Individualdaten	Ja



Gesetzliche Grundlage	Akteur	Aufgabe	Use Cases/Anwendungsbeispiele	Benötigte Daten (aggregiert / individuell ? verknüpft / unverknüpft ?)	Genügen die Informationen in den Rechnungsdaten, um Use Case abzudecken?
		<i>Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Versorgung zu möglichst günstigen Kosten</i>	Ist es zu negativen Folgen gekommen (Umgehung wie Ausweichpositionen)? Wenn ja, welche? Die Anwendung eines Tarifs kann untersucht werden. Insbesondere welche Leistungen in Anspruch genommen werden, respektive gruppiert abgerechnet werden.		
Art. 46 Abs. 4 KVG Art. 47 KVG Art. 48 KVG Art. 49 KVG	Bund	Tarifgenehmigung und Festsetzung: - Die Genehmigungsbehörde eines Tarifvertrags (stationär/ambulant) prüft, oder der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der	Im Rahmen des Genehmigungsverfahrens sind diese Daten notwendig, um prüfen zu können, ob die einheitliche Tarifstruktur (SwissDRG, TARPSY, ...) den gesetzlichen Anforderungen und insbesondere dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entspricht.	. SwissDRG . TARPSY . Fallkostenstatistik . TARMED . Patientenpfad Stationär: Bedarf an krankenhausspezifischen Daten	Ja



Gesetzliche Grundlage	Akteur	Aufgabe	Use Cases/Anwendungsbeispiele	Benötigte Daten (aggregiert / individuell ? verknüpft / unverknüpft ?)	Genügen die Informationen in den Rechnungsdaten, um Use Case abzudecken?
		Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.	Bei Einführung eines neuen Tarifes können die Anzahl unterschiedliche Personen und die Dauer der Behandlungsepisoden und nicht nur die Anzahl Bezüger oder die Gesamtkosten mit den Schätzungen der Tarifpartner verglichen werden	(Berechnungsgrundlagen) zu den Kosten und Leistungen (Individualdaten) ambulant: es braucht Kosten- und Leistungsdaten.	
Art. 49 Abs. 8 KVG	Bund/Kantone	Durchführen von (Spital)Betriebsvergleichen insbesondere zu Kosten und med. Ergebnisqualität. Der Bundesrat veröffentlicht Betriebsvergleiche	Schweregrad bereinigte Fallkosten pro Spital; Qualitätsindikatoren der Spitäler	Med stat Fallkostenstatistik Daten der GDK (eigene Statistik)	Nein,
Art. 49a KVG	Kanton	Festsetzung des kantonalen Anteils der Vergütung stationärer Leistungen			Nicht Teil der Transparenzstrategie



Gesetzliche Grundlage	Akteur	Aufgabe	Use Cases/Anwendungsbeispiele	Benötigte Daten (aggregiert / individuell ? verknüpft / unverknüpft ?)	Genügen die Informationen in den Rechnungsdaten, um Use Case abzudecken?
		Der Anteil der kantonalen Kostenübernahme wird auf mindestens 55 % festgelegt. Es steht den Kantonen aus «politischen» Gründen frei, diese Schwelle zu überschreiten.			
Art. 51 KVG Art. 54 KVG	Kanton	Festsetzung eines Globalbudgets für Spitäler und Pflegeheime (<i>u.a. als ausserordentliche Kostendämpfungsmassnahme</i>)	Es kommt auf die Umsetzung darauf an (auf Kostenblöcke, auf Leistungserbringerart usw. ??)	Daten für Festsetzung Globalbudget: Daten zum allgemeinen Kostenwachstum. Stammdaten zu den Baserates, Taxpunktwerten, Kostenteiler etc.	Ja
Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff 2, Bst. b KVG Art. 31b KLV Art. 69 Abs. 4 KVV	Bund/BAG	Departement erlässt: - Liste der in Rezeptur verwendeten Stoffen mit Tarif - BAG erstellt Spezialitätenliste	Angaben über die OKP Kosten und Anzahl Bezüger nach Originalpräparaten und Generika können verwendet werden, um Verlagerungseffekte bei	Es fehlen Informationen zu den Arzneimitteln (inkl. Gruppe, Packungen), die der OKP in Rechnung gestellt werden bzw. auch Informationen darüber, was	Ja



Gesetzliche Grundlage	Akteur	Aufgabe	Use Cases/Anwendungsbeispiele	Benötigte Daten (aggregiert / individuell ? verknüpft / unverknüpft ?)	Genügen die Informationen in den Rechnungsdaten, um Use Case abzudecken?
Art. 65d KVV Art. 65f KVV Art. 65g KVV Art. 67a KVV		<p>Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen (z.B. Dreijährliche Überprüfung der SL)</p> <p>Dreijährliche und weitere Überprüfung der Arzneimittel der SL</p> <p>Bedingungen zur Aufnahme in die Spezialitätenliste alle drei Jahre</p> <p>Indikationserweiterung oder Limitierungsänderung Indikationseinschränkung</p>	<p>Preisänderungen, Patentabläufen und Neuaufnahmen zu untersuchen.</p> <p>Monatliche bis jährliche Kosteneffekte auf Ebene Arzneimittelgruppen (IT, ATC), Arzneimittel oder Arzneimittelpackung sind auszuweisen und zu untersuchen.</p> <p>Angaben über die Kosten, die Anzahl Bezüger (und unterschiedliche Personen) nach SL Präparat werden für die Analyse der Wirtschaftlichkeit und Simulation von Preisänderungseffekte verwendet</p>	<p>nicht (mehr) in Rechnung gestellt wird.</p> <p>Es fehlen Informationen zum Verschreibungsverhalten der Leistungserbringer wie zum Arzneimittelbezug pro Patient.</p>	<p>Nein</p>



Gesetzliche Grundlage	Akteur	Aufgabe	Use Cases/Anwendungsbeispiele	Benötigte Daten (aggregiert / individuell ? verknüpft / unverknüpft ?)	Genügen die Informationen in den Rechnungsdaten, um Use Case abzudecken?
Art. 67 Abs. 1quater KVV Art. 38 KLV	Bund/BAG	Festlegung der Vorgaben für den Vertriebsanteil	Bezogen auf den Vertriebsanteil fehlen Daten zu den Kosten für die Medikamentenabgabe.	Medikamentenabgabe (Mengen + Preis) nach Vertriebskanälen (Apo, (SD-)Arzt, Spital amb.)	Ja
Art. 71a ff KVV	Bund/BAG	Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall: Die Umsetzung der Bestimmungen durch die Versicherer ist zu evaluieren.	Dazu notwendig sind u.a. Daten über die Indikationen, die Vergütungshöhe und die Verfahrensdauer.	Indikationen fehlen ? Die Rechnungen geben schon viele Information; es sind auch wenige Fälle	Ja teilweise
Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 1 AL Art. 32 Abs. 2	Bund	Departement erlässt Liste der Analysen (AL) mit Tarif Periodische Überprüfung der AL / Monitoring		epidemiologische Daten teilweise fehlend zu Inzidenz/Prävalenz im Hinblick auf zukünftige Bedarfs- und Mengenentwicklung resp. Abschätzung der Kostenfolgen. Leistungs- und Kostendaten im ambulanten Bereich teilweise fehlend, insbesondere auch Bezug zum Leistungseinsatz bei bestimmten Diagnosen (ganze	Teilweise , Diagnose fehlen in den Rechnungsdaten



Gesetzliche Grundlage	Akteur	Aufgabe	Use Cases/Anwendungsbeispiele	Benötigte Daten (aggregiert / individuell ? verknüpft / unverknüpft ?)	Genügen die Informationen in den Rechnungsdaten, um Use Case abzudecken?
				Behandlungskette verschiedener Leistungserbringer pro Patient). Angaben zu Anzahl nicht-ärztlicher Leistungserbringer teilweise fehlend	
Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3 MiGeL Art. 32. Abs. 2	Bund	Departement erlässt Bestimmung zur Leistungspflicht und Umfang der Vergütung bei Mitteln und Gegenständen Periodische Überprüfung der MiGeL / Monitoring	Im Bereich MiGeL wird dank Individualdaten der Anteil der von den Versicherten selbst bezahlten Kosten, welche über den von der Versicherung vergüteten Höchstvergütungsbetrag (HVB) hinausgehen, pro Produktgruppe und Abgabestelle untersucht. Fehlentwicklungen können identifiziert werden und entsprechende Anpassungen in den Leistungsvoraussetzungen vorgenommen werden	epidemiologischen Daten teilweise fehlend zu Inzidenz/Prävalenz im Hinblick auf zukünftige Bedarfs- und Mengenentwicklung resp. Abschätzung der Kostenfolgen. Leistungs- und Kostendaten im ambulanten Bereich teilweise fehlend, insbesondere auch Bezug zum Leistungseinsatz bei bestimmten Diagnosen (ganze Behandlungskette verschiedener Leistungserbringer pro Patient). Angaben zu Anzahl nicht-ärztlicher Leistungserbringer teilweise fehlend	Teilweise , Diagnose fehlen in den Rechnungsdaten



Gesetzliche Grundlage	Akteur	Aufgabe	Use Cases/Anwendungsbeispiele	Benötigte Daten (aggregiert / individuell ? verknüpft / unverknüpft ?)	Genügen die Informationen in den Rechnungsdaten, um Use Case abzudecken?
Art. 53 KVG	Bund	Stellungnahmen in Beschwerdeverfahren gegen kantonale Tarif- und Planungsentscheide	?	?	?
Art. 55 KVG	Bund und Kanton	<i>Aussergewöhnliche Kostendämpfungsmassnahme</i> Zuständige Behörde verordnet ein Stopp der Erhöhung der Tarife und Preise, wenn Kostenwachstum eine gewisse Grenze überschreitet		Daten zum allgemeinen Kostenwachstum, Lohn- und Preisentwicklung	Ja
Art. 55a KVG	Bund / Kantone	Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung		Zahl der zugelassenen und aktiv tätigen Leistungserbringer	Nein
Art. 58 KVG Qualitätssicherung	Bund, Tarifpartner	- Kontrollen zur Sicherung der Qualität einer OKP-Leistung			Nein



Gesetzliche Grundlage	Akteur	Aufgabe	Use Cases/Anwendungsbeispiele	Benötigte Daten (aggregiert / individuell ? verknüpft / unverknüpft ?)	Genügen die Informationen in den Rechnungsdaten, um Use Case abzudecken?
		<ul style="list-style-type: none"> - Regelung, welche Massnahmen die Qualität sichern oder wiederherstellen sollen 			
Art. 58 KVG zweckmässiger Einsatz	Bund, Tarifpartner	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrollen zum zweckmässigen Einsatz der OKP-Leistungen - Regelung, welche Massnahmen den zweckmässigen Einsatz von Leistungen sichern oder wiederherstellen sollen 	Versorgung mit invasiver Kardiologie: bei welchen Indikationen, Patientenprofilen werden welche diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Leistungen durchgeführt? Entsprechen diese den klinische Leitlinien? gibt es regionale Unterschiede?	teilweise fehlende epidemiologische Daten zu Krankheits-Inzidenz/Prävalenz, sozioökonomische Faktoren, Leistungen verschiedener Leistungserbringer im gesamten Behandlungspfad	Nein , Diagnosen / Indikation fehlt.
Art. 59a KVG Daten der Leistungserbringer	Bund	Datenbekanntgabe durch die Leistungserbringer an Bund, um die Anwendung der Bestimmungen des KVG über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen:		Vorhanden: <ul style="list-style-type: none"> - Krankenhausstatistik - Med. Statistik der Krankenhäuser - MARS (Erhebung der ambulanten Leistungen: Patientendaten Spital) 	Nein



Gesetzliche Grundlage	Akteur	Aufgabe	Use Cases/Anwendungsbeispiele	Benötigte Daten (aggregiert / individuell ? verknüpft / unverknüpft ?)	Genügen die Informationen in den Rechnungsdaten, um Use Case abzudecken?
		<ul style="list-style-type: none">- Art der ausgeübten Tätigkeit, Einrichtung, Ausstattung, Rechtsform- Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze- Anzahl und Struktur der Patienten in anonymisierter Form- Art, Umfang und Kisten der erbrachten Leistungen- Aufwand, Ertrag, finanz. Betriebsergebnis- Med. Qualitätsindikatoren		<p>ambulant; Patientendaten (Arztpraxen)</p> <ul style="list-style-type: none">- BAG Statistik auf Basis von anonymisierten Versichertendaten (BAGSAN)- Tarifpool- Datenpool <p>Nicht vorhanden:</p> <ul style="list-style-type: none">- Kosten- und Leistungsstatistik- Angaben zu ambulanten Leistungen- Qualitätsindikatoren im ambulanten Bereich	



7.1 Daten für Gesamtsteuerung / Monitoring im Bereich OKP

	Akteur	Aufgabe	Use cases	(nicht) vorhandene Daten
Kostendaten				
	Bund	Ermittlung/Prognosen der Ausgaben/Kosten (-entwicklung) der Kostenblöcke/Kostengruppe auf Ebene: <ul style="list-style-type: none"> - des Bundes; - der Kantone; - der (einzelnen) Leistungserbringern 		In KV-Statistik vorhanden: <ul style="list-style-type: none"> - Kosten der einzelnen Kostenblöcke - Bruttoleistungen nach Kostengruppe BFS, Kosten und Finanzierung
		Ermittlung/Prognosen der Ausgaben/Kosten (-entwicklung) des Bundes und der Kantone nach: <ul style="list-style-type: none"> - Kostenblock - Leistungserbringern - Art der Leistungen - Etc. 		z. T. BFS, Kosten und Finanzierung
		Ermittlung der Kosten (-entwicklung) pro Leistungen nach: <ul style="list-style-type: none"> - Art der Leistung - Leistungserbringer 	Letztes Lebensjahr: Wo, durch welche LE und für welche Leistungen werden Kosten hervorgerufen?	Stationär: <ul style="list-style-type: none"> - z.T. vorhanden bei SwissDRG, Fallkostenstatistik ambulanz:



	Akteur	Aufgabe	Use cases	(nicht) vorhandene Daten
				- z.T. vorhanden bei SASIS Tarifpool (sehr unklar)
		Ermittlung Preis (-entwicklung) pro Leistung [Tarif]		teilweise DRG, Tarifpool
Leistungsdaten				
		Ermittlung der Mengen (-entwicklung) einer Leistung nach: <ul style="list-style-type: none"> - nach Leistungserbringer (stationär, ambulant) - nach Kanton - nach Geschlecht - etc. (Analog Versorgungsatlas Schweiz)	Verlagerung stationär ambulant: Sind Verlagerungseffekte erkennbar? Medikation in Pflegeheimen: Welche Medikamente werden zu welchem Zweck Patientinnen und Patienten verabreicht? Mengenangaben zur Art der Leistung z.B. nach Leistungserbringer (stationär, ambulant), nach Leistungserbringer (stationär, ambulant)	



	Akteur	Aufgabe	Use cases	(nicht) vorhandene Daten
		Kenntnisse zur Entwicklung der Anzahl Hospitalisationen		Medizinische Statistik, BFS
		Kenntnisse zur Entwicklung der Aufenthaltsdauer Spital/Reha/etc.		Medizinische Statistik, BFS
		Kenntnisse zur Entwicklung der Anzahl Leistungserbringer		Anzahl Gesundheitseinrichtungen (ambulant/stationär); Krankenhausstatistik, BFS, sozialmed. Institutionen, Anzahl Leistungserbringer; MARS?
Qualität				
		<ul style="list-style-type: none">- Ausbau Qualitätsindikatoren/Qualitätsprogramme- Ermittlung der Anzahl Med. Zwischenfälle und deren Folgen		

8 Anhang 2 – Analyse der vorhandenen Daten

Hintergrund	Die Arbeitsgruppe „technisch“ hat anlässlich des Workshops vom 20. März 2019 eine Analyse der Gesundheitsdaten durchgeführt. Dabei galt es, die Verfügbarkeit von Daten zu Kosten und Leistungen sowie das Vorhandensein von Identifikatoren im Gesundheitssystem abzuklären. Die Ergebnisse wurden von der Projektleitung verdichtet und werden hiermit der Arbeitsgruppe zur Validierung vorgelegt.
Datum	20. Mai 2019
erstellt von:	Claude Vuffray, BAG Jacques Huguenin, BFS Rémy Chrétien, geelhaarconsulting gmbh
Aufgabe	Überprüfen Sie die Einträge in den folgenden Tabellen sowie im Teil „Anmerkungen und Erläuterungen“ auf ihre sachliche Richtigkeit. Tragen Sie Änderungen und Bemerkungen im Korrekturmodus ein und senden Sie das überarbeitete Dokument bis zum 14.5.2019 an das Projektoffice (rc@geelhaarconsulting.ch). Bei Fragen steht Ihnen Rémy Chrétien unter derselben Mailadresse oder Telefon 079 619 46 18 gerne zur Verfügung.

8.1 Datenexistenz: stationär

		CHOP	ICD-10	DRG/ TARPSY	Zusatzentgelte	Bemerkungen, Herausforderungen (<i>unterschiedliche Base-Rate</i>)
1. Bei wem sind die Anzahl und Art der Leistungen vorhanden?	BAG	Ind.	Ind.	Ind.	Ind.	Das BAG verfügt zusätzlich zu den Daten des BFS (ind.) auch über Daten der SASIS (aggr.)
	BFS	Ind.	Ind.	Ind.	Ind.	
	Kantone	Ind.	Ind.	Ind.	Ind.	Einige Kantone verfügen zusätzlich zu den im Auftrag des BFS erhobenen Daten (ind.) auch über eigene zusätzliche Erhebungsdaten.
	SASIS	Ind.	Ind.	Aggr.	Aggr.	
	SwissDRG AG	Ind.	Ind.	Ind.	Ind.	Medizinische Angaben zur Erhebung der Fallkostendaten (=Teilmenge Netzwerkspitäler)
	Versicherer	Ind.	Ind.	Ind.	Ind.	
	Leistungserbringer	Ind.	Ind.	Ind.	Ind.	
2. Bei wem sind die Kosten¹¹ der Leistungen vorhanden?	BAG			Ind.	Ind.	Erhebung der Fallkosten ¹² (Teilmenge Netzwerkspitäler) nur für Tarifgenehmigung
	BFS			Ind.	Ind.	Erhebung der Fallkosten ² (=Teilmenge Netzwerkspitäler)
	Kantone			Ind.	Ind.	Die Daten sind in den meisten Kantonen auf Individualebene vorhanden. Einige Kantone erheben zusätzlich die Fallkosten ¹²
	SASIS			Aggr.	Aggr.	

¹¹ Kosten im Sinne der Rechnungsbelege, nicht der Gestehungskosten

¹² Diese Daten Beinhalten die Gestehungskosten. Über die abgerechneten DRG und unter Berücksichtigung der Base-Rate können die abgerechneten Erträge berechnet werden.

	SwissDRG AG			Ind.	Ind.	Erhebung der IST-Kostendaten auf Fallebene (=Teilmenge Netzwerkspitäler)
	Versicherer			Ind.	Ind.	
	Leistungserbringer			Ind.	Ind.	Was die Zusatzentgelte anbelangt, so sind die Spitäler nicht in der Lage, systematisch die Kosten pro Spitalaufenthalt zu ermitteln.

Legende: Ind. = Individualdaten, Aggr. = aggregierte Daten, n = keine Daten vorhanden

8.2 Identifikatoren: stationär

3. Gibt es Identifikatoren? Welche?	Fall	Patient	Leistungserbringer	Bemerkungen, Herausforderungen
BAG	AVC+Datum	AVC	BUR	
BFS	AVC+Datum	AVC ¹³	BUR	
Kantone	AVC+Datum	AVC	BUR	
SASIS	Nein	Nein	ZSR/GLN	
SwissDRG AG	Fallnummer	Anonyme Patientennummer / teilweise AVC	BUR	Institutionen nach BUR, jedoch teilweise aggregiert und teilweise detaillierter (nach Einzelstandort)
Versicherer	AHV-Nr.	AHV-Nr.	ZSR/GLN	Zusätzlich Eintritt/Austritt, tarifarischer Fall, Fallnummer

¹³ Das BFS verfügt mit dem AVC über die verknüpfbare Identifikation der Patienten. Dagegen erhalten BAG und Kantone nur einen pseudonymisierten Identifikator auf Basis des AVC mit auf das Referenzjahr eingeschränkter Verknüpfungsmöglichkeit.

Leistungserbringer	AHV-Nr.	AHV-Nr.		Für die Ermittlung der Spitalaufenthalte ist die AHV-Versichertennummer nicht wirklich geeignet, da es sich dabei um einen Personenidentifikator handelt. In der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS findet sich eine Aufenthaltsnummer (Variable).
--------------------	---------	---------	--	---

8.3 Datenexistenz: ambulant

		Diagnose	Tarife (Tarmed/ AL/...)	Verschriebene / verabreichte Arzneimittel	Bemerkungen, Herausforderungen <i>(Tarmedposition, resp. Taxpunkte sind gleich, Taxpunktwerte sind kantonal festgelegt)</i>
1. Bei wem sind die Anzahl und Art der Leistungen vorhanden?	BAG	n	Aggr. / Ind	Aggr. / Ind	SASIS-Daten (Aggregierte Daten der Versicherer) / Daten des BFS nur für Spital ambulant (PSA Daten)
	BFS	n	Ind.	Ind.	Nur für Spital ambulant (PSA Daten) und für Arzt ambulant (MAS Daten). Hinweis: Die Daten MAS decken nicht die detaillierten Leistungen ab. Auf aggregierter Ebene der Leistungserbringer gibt es «nur» ein Mengengerüst der Anzahl Patienten, der Patientenkontakte und der medizinischen Leistungen von Ärzten und aus Medikamenten. Es liegen jedoch keine codierten Leistungen vor (z.B. Taxpunktwerte).
	Kantone	n	Ind.	Ind.	Daten des BFS nur für Spital ambulant (PSA Daten) und in aggregierter Form für Arzt ambulant (MAS Daten). Es gilt derselbe Hinweis wie oben. Ausserdem verfügen die meisten Kantone verfügen zurzeit nicht über diese Daten.
	SASIS	n	Aggr.	Aggr.	
	SwissDRG AG	n	-	-	-

	Versicherer	n	Ind.	Ind.	Nur teilweise digital (falls digital: mehrheitlich nach Tessiner Code klassiert)
	Leistungserbringer	Ind.	Ind.	Ind.	<p>Elektronische Rechnung von abrechnender Instanz (nicht zwingend identisch mit Leistungserbringer, z.B. Ärztekasse)</p> <p>Die Spitäler verfügen in der Regel nicht über Diagnosecodes für ambulante Aufenthalte.</p> <p>Die Spitäler verfügen über detaillierte und individuelle Daten zu den in Rechnung gestellten Leistungen.</p> <p>Die Spitäler verfügen nicht unbedingt über verwertbare Daten zu den Medikamenten, die ambulanten Patientinnen und Patienten verschrieben wurden. Sie verfügen hingegen über Daten zu den Medikamenten, die sie selber abgeben und in Rechnung stellen.</p> <p>Die Out of pocket-Kosten kennt der Leistungserbringer nur zu einem kleinen Teil – für nicht durch einen Versicherer abgedeckte Leistungen, beispielsweise bei In-vitro-Fertilisationen, wird jeweils ein Selbstzahler-Fall angelegt. Für diese (ambulanten) Selbstzahler-Fälle sind dann aber nicht zwingend dieselben Identifikatoren (AHV-Nummer) vorhanden, wie bei den üblichen ambulanten Fällen / Patienten.</p>

2. Bei wem sind die Kosten ¹⁴ der Leistungen vorhanden? ³⁾	BAG		Aggr.	Aggr.	SASIS-Daten (Aggregierte Daten der Versicherer) / Daten des BFS nur für Spital ambulant (PSA Daten)
	BFS		Ind. / Aggr.	Ind. / Aggr.	Individualdaten nur für Spital ambulant (PSA Daten). Finanzdaten in aggregierter Form nach Leistungserbringer (MAS)
	Kantone		Ind. / Aggr.	Ind. / Aggr.	Daten des BFS nur für Spital ambulant (PSA Daten). Finanzdaten in aggregierter Form nach Leistungserbringer (MAS)
	SASIS		Aggr.	Aggr.	
	SwissDRG AG		-	-	Es gibt keine offenen, verlässlichen Datenquellen zu ambulanten Kosten (nur ambulante Preise, Mengen und resultierende Gesamtkosten)
	Versicherer		Ind.	Ind.	Die Versicherer verfügen im Tiers-Garant nur über die Rechnungen, die von den Patienten tatsächlich eingereicht werden, d.h. diese sog. «Out-of-Pocket»-Leistungen, werden rein vom Patienten finanziert.
	Leistungserbringer		Ind.	Ind.	Elektronische Rechnung von abrechnender Instanz (nicht zwingend identisch mit Leistungserbringer, z.B. Ärztekasse). Die Leistungserbringer fakturieren im Tiers-Garant direkt an den Patienten. Gesamthaft gesunde Versicherte werden diese Rechnungen aufgrund der gewählten hohen Franchisen selber bezahlen müssen,

¹⁴ Kosten im Sinne der Rechnungsbelege, nicht der Gestehungskosten



					und reichen diese deshalb oft nicht an die Versicherer weiter (sog. Out-of-Pocket-Finanzierung). D.h. die Leistungsdaten dieser meist günstigen Patienten mit geringem Leistungsbezug gelangen nicht zu den Versicherern, und fehlen in der wirtschaftlichen Beurteilung des praxisambulanten Sektors.
--	--	--	--	--	--

Legende: Ind. = Individualdaten, aggr. = aggregierte Daten, n = keine Daten vorhanden

8.4 Identifikatoren: ambulant

3. Gibt es Identifikatoren? Welche?	Fall	Patient	Leistungserbringer	Bemerkungen, Herausforderungen <i>(Tarmedposition, resp. Taxpunkte sind gleich, Taxpunktwerte sind kantonal festgelegt)</i>
BAG	AVC+Datum	AVC	BUR	Daten des BFS nur für Spital ambulant (keine Daten für niedergelassene Ärzte)

BFS	AVC ^{15, 16} + Datum	AVC	BUR	Individualdaten auf Patientenebene nur für Spital ambulant (keine nur aggregierten Daten für niedergelassene Ärzte)
Kantone	AVC+Datum	AVC	BUR	Daten des BFS nur für Spital ambulant (keine Daten für niedergelassene Ärzte)
SASIS	Nein	Nein	ZSR/GLN	
SwissDRG AG	-	-	-	
Versicherer	n	AHV-Nr.	ZSR/GLN	„Fall“ ist nicht definiert. Zusätzlich Versicherten-Nr.
Leistungserbringer	n	Vers.-Nr.		<p>„Fall“ ist nicht definiert. AHV-Nr. wird oft nicht erhoben.</p> <p>Bei der Versicherungsnummer handelt es sich nicht wirklich um einen Patientenidentifikator, da mehrere Nummern existieren können, und zwar sowohl gleichzeitig (z. B. KVG und UVG) wie auch nacheinander (Wechsel des Versicherers). Sie steht im Zusammenhang mit den an die Schweizer Sozialversicherer in Rechnung gestellten Leistungen zur Verfügung, aber nicht zwingen bei den übrigen.</p> <p>Seit Einführung der Versichertenkarte verfügen mindestens die Spitäler sowohl über die Versicherungsnummer(n), wie auch über die AHV-Nummer. Einzig bei Selbstzahlern, ausländischen Patienten und Neugeborenen ist keine AHV-Nummer und (oft) auch keine (schweizerische) Versicherungsnummer bekannt.</p>

¹⁵ Identifikation des Patientenkontaktes. Ein ambulanter Fall ist nicht definiert.

¹⁶ Das BFS verfügt mit dem AVC über die verknüpfbare Identifikation der Patienten. Dagegen erhalten BAG und Kantone nur einen pseudonymisierten Identifikator auf Basis des AVC mit auf das Referenzjahr eingeschränkter Verknüpfungsmöglichkeit.

8.5 Anmerkungen und Erläuterungen (alphabetisch)

Ambulant	Es wird nur die in Arztpraxen, ambulanten medizinischen Zentren und Spitälern erbrachten Leistungen erfasst. Damit sind namentlich die ambulante Krankenpflege (Spitex) nicht berücksichtigt.
AVC	Anonymer Verbindungscode. Die Leistungserbringer übermitteln dem BFS gestützt auf Art. 59a und 23 KVG und auf das BStatG Patientendaten. Diese werden mit dem AVC bereits bei den Leistungserbringern anonymisiert. Damit ist kein Rückschluss auf die Ausgangsinformationen möglich.
Base-Rate	Die Abrechnung der Leistungen von Spitälern und Kliniken erfolgt mittels Fallpauschalen gemäss DRG. Jedem Code ist ein landesweit einheitliches Kostengewicht sowie eine für jeden Leistungserbringer individuelle Base Rate zugeordnet. Der in Rechnung gestellte Betrag ist das Produkt von Kostengewicht und Base Rate. Dieser Umstand führt dazu, dass trotz Fallpauschalen die gleiche Leistung nicht bei jedem Leistungserbringer gleich viel kostet. Es kann also von der SwissDRG-Tarifstruktur allein nicht direkt auf die Kosten geschlossen werden.
BUR	Betriebs- und Unternehmensregister des BFS. Es umfasst alle Unternehmen und Betriebe des privaten und öffentlichen Rechts, die in der Schweiz domiziliert sind und eine wirtschaftliche Tätigkeit ausüben (Link)
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation, Codierungssystem für spitalstationäre Behandlungen in der Schweiz (Link)
Daten	Es werden nur elektronisch vorhandene, maschinenlesbare Daten berücksichtigt. Damit sind beispielsweise Rechnungen in Papierform nur dann erfasst, wenn sie von den Versicherern in digitale Daten (z.B. mittels OCR-Scan) umgewandelt werden. Handschriftliche Notizen des Arztes im Patientendossier (z.B. Diagnose) sind nicht erfasst.
DRG	Diagnosis Related Groups, Tarifsystem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen. In der Schweiz gilt der vom System German DRG abgeleitete Katalog SwissDRG (Link)
Fall	Im stationären Bereich ist der Begriff abgegrenzt durch die Definition der Fallpauschalen (1 Code SwissDRG bzw. TARPSY = 1 Fall). Der Begriff ist ambulanten Bereich, der keine Fallpauschalen kennt, nicht definiert und somit ungeeignet. Die kleinste bekannte Einheit ist die Einzelposition auf der Rechnung des Leistungserbringers.
GLN	Global Location Number. Referenzierung von natürlichen und juristischen Personen im schweizerischen Gesundheitswesen. Die Codierung erfolgt nach dem GS1-Standard. Alle erfassten Personen sind in der Datenbank refdatabase öffentlich einsehbar (link)
Fallkostenstatistik	Die Statistik diagnosebezogener Fallkosten zeigt die Fallkosten (in Form von Vollkosten) für die stationären Patienten in den akutsomatischen Spitälern der Schweiz (Link).

ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Codierungssystem für Diagnosen. Die Schweiz verwendet die deutsche Modifikation GM (Link)
Kosten	<p>Es werden nur die zulasten des KVG anfallenden Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) berücksichtigt, d.h. jene, die den Versicherern gestützt auf das KVG verrechnet werden. Damit sind die von den Versicherten selbst zu tragenden Kosten der OKP ausgeklammert (z.B. Franchise, Selbstbehalt, Spitalbeitrag), ebenso wie jene ausserhalb der OKP (z.B. Prävention, Zusatzversicherungen, Komplementärtherapien ausserhalb der Grundversicherung).</p> <p>Ebenfalls nicht berücksichtigt sind die Kosten, die die Spitäler den Kantonen direkt verrechnen.</p>



Medizinische Statistik	Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser erfasst jedes Jahr die anfallenden Daten aller Hospitalisierungen in den Schweizerischen Krankenhäusern und Geburtshäusern. Sie umfasst sowohl soziodemographische Informationen der Patienten wie Alter, Geschlecht, Wohnregion als auch administrative Daten wie Versicherungsart oder Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen. Die Statistik enthält keine Kostenangaben (Link).
Leistungen	Als Leistung gelten dem Leistungsumfang der Krankenversicherung entsprechenden und die Voraussetzungen zur Kostenübernahme erfüllenden Behandlungen, die vom Leistungserbringer nach den geltenden Tarifen in Rechnung gestellt werden. Sie sind zu differenzieren nach Patient, Fall und Leistungserbringer.
Leistungserbringer	Gegenüber dem Versicherer zur Abrechnung von Leistungen zulasten der OKP berechnete natürliche (z.B. niedergelassene Ärzte, Apotheker, Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten, etc.) oder juristische Personen (z.B. Spitäler, Medizinische Zentren).
Stationär	Es werden nur spitalstationäre Behandlungen betrachtet, d.h. ohne Pflegeheime und Rehabilitation
Tarife im ambulanten Bereich	Nebst Tarmed kommen im ambulanten Bereich eine Reihe weiterer Tarife zur Anwendung, um Leistungen zulasten der OKP abzurechnen, z.B. <ul style="list-style-type: none">- AL (Anseliste, für medizinische Laboranalysen)- MiGeL (Mittel- und Gegenständeliste)- SL (Spezialitätenliste, für Arzneimittel)
TARPSY	Tarifsysteem für alle stationären Leistungsbereiche der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie (Link)
Taxpunktwert	Im ambulanten Bereich werden die Kosten nach TARMED anhand der Taxpunktwerte ermittelt, die der jeweiligen Tarifposition zugeordnet sind. Der Betrag ergibt sich aus der Anzahl der Taxpunkte multipliziert mit ihrem Taxpunktwert. Die Taxpunktwerte sind allerdings je nach Kanton unterschiedlich hoch, ausserdem kann die Anzahl Taxpunkte je nach Behandlung variieren. Entsprechend können aus den TARMED-Codes allein keine zuverlässigen Kostenberechnungen erstellt werden, sondern es sind die Individualdaten notwendig.
Tessiner Code	Die Regelung über Diagnose / Diagnosecode (sogenannter Tessiner Code) ist ein Anhang zum Rahmenvertrag TARMED zwischen santésuisse und FMH (Link). Der Code wird von den beiden Organisationen nicht publiziert.
ZSR	Zahlstellenregister. Die ZSR-Nummer wird an selbständig tätige, natürliche oder juristische Personen (Organisationen sowie Abteilungen bzw. Standorte dieser Organisationen) erteilt, die zu Lasten der

	Krankenversicherung tätig sein können und wollen und dient der Abrechnung mit den Versicherern (Link).
Zusatzentgelte	Mit einem Zusatzentgelt werden bestimmte Leistungen vergütet, die nicht sachgerecht auf eine Pauschale umgelegt werden können. Sie werden für die Vergütung von kostenintensiven Arzneimitteln, Blutprodukten, Implantaten und weiteren Behandlungsmethoden eingesetzt.