



16.411 s

**Parlamentarische Initiative
Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über
die Krankenversicherung**

**Vorentwurf und erläuternder Bericht der Kommission für soziale Si-
cherheit und Gesundheit des Ständerates**

vom 6. November 2018

Übersicht

Mit dem Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) soll präzisiert werden, zu welchen Zwecken die Versicherer dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) Daten in welcher Form – aggregiert oder pro versicherte Person – weitergeben müssen. Das BAG ist verantwortlich dafür, dass die Anonymität der Versicherten gewahrt wird.

Seit 2014 erhebt das BAG bei den Versicherern mit dem «Erhebungsformular Individualdaten» (EFIND) anonymisierte Daten über alle Versicherten in der OKP. Mit EFIND1 werden demografische Daten erhoben, mit EFIND2 Daten über Prämien und Behandlungskosten. Das BAG nutzt diese Daten einerseits für seine Aufgaben nach dem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) und andererseits zur Überwachung der generellen Kostenentwicklung in der OKP. Zusätzlich plante das BAG schon damals die Datenerhebungen EFIND3 (Kosten nach Leistungserbringer), EFIND5 (Medikamente) und EFIND6 (Mittel und Gegenstände). Diese sollten dem BAG ermöglichen, die Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer zu überwachen, die Wirkungsweise des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vertieft zu analysieren sowie die Qualität und die Wirtschaftlichkeit von Leistungen detaillierter zu überprüfen.

Mit dem vorliegenden Mantelerlass sollen die gesetzlichen Grundlagen für die Datenweitergabe der Versicherer im KVG und im KVAG präzisiert werden. Genauer gefasste Bestimmungen sollen die Rechtssicherheit verbessern und sicherstellen, dass bei den Datenerhebungen die Verhältnismässigkeit gewahrt wird.

Die Daten sollen aggregiert weitergegeben werden. Wenn aggregierte Daten nicht genügen, damit das BAG seine Aufgaben erfüllen kann, und anonymisierte Individualdaten nicht schon anderweitig zur Verfügung stehen, sollen die Versicherer dem BAG zur Erfüllung folgender Aufgaben Daten pro versicherte Person weitergeben:

- zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung (Art. 21 Abs. 2 Bst. a KVG);
- zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und des Gesetzesvollzugs und zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen im Hinblick auf Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen (Art. 21 Abs. 2 Bst. b KVG);
- zur Evaluation des Risikoausgleichs (Art. 21 Abs. 2 Bst. c KVG);
- zur Erfüllung der Aufsichtsaufgaben nach dem KVAG (Art. 35 Abs. 2 KVAG).

Gemäss dem Vorentwurf der Kommissionmehrheit könnte das BAG die Datenerhebungen EFIND1 und EFIND2 weiterführen und neu mit EFIND3 Daten über die Kosten nach Leistungsart und Leistungserbringer erheben. Hingegen gäbe es keine gesetzliche Grundlage für die geplanten Erhebungen EFIND5 und EFIND6. Eine solche gesetzliche Grundlage beantragt eine Kommissionsminderheit (Art. 21 Abs. 2 Bst.d).

Inhaltsverzeichnis

Übersicht	2
1 Entstehungsgeschichte	4
2 Ausgangslage	5
2.1 Die Datenerhebung EFIND und die Datensammlung BAGSAN	5
2.2 Rechtliche Grundlagen	6
2.3 Frage der Verhältnismässigkeit	8
2.4 Datenschutz	9
3 Überblick über die Vorlage	10
3.1 Ziele	10
3.2 Grundzüge	11
3.3 Minderheitsantrag	13
3.4 Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen	13
4 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen	14
4.1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung	14
4.2 Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung	18
5 Auswirkungen	19
5.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen auf den Bund	19
5.2 Finanzielle Auswirkungen auf die Kantone	20
5.3 Finanzielle Auswirkungen auf die Krankenversicherer	20
5.4 Vollzugstauglichkeit	20
5.5 Andere Auswirkungen	20
6 Verhältnis zum europäischen Recht	20
7 Rechtliche Grundlagen	21
7.1 Verfassungs- und Gesetzmässigkeit	21
7.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen	21
7.3 Erlassform	22
Anhang 1	
Anhang 2	

Bericht

1 Entstehungsgeschichte

Ständerat Joachim Eder (FDP, ZG) hat am 15. März 2016 eine parlamentarische Initiative mit folgendem Wortlaut eingereicht: «Das Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG) ist dahingehend anzupassen, dass der persönliche Datenschutz gewährleistet wird. Folgende Gesetzesanpassung stellt hierzu einen möglichen Weg dar:

Art. 35

Abs. 2^{bis}

Die Angaben über die Daten sind in gruppierter Form zu liefern, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Personen möglich sind.

Abs. 2^{ter}

Für die Durchführung des Risikoausgleichs stellen die Versicherer die erforderlichen individuellen Daten der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18 KVG) zur Verfügung. »

In seiner Begründung wies der Initiant darauf hin, das Bundesamt für Gesundheit (BAG) sei im Rahmen der sogenannten EFIND-Datenerhebung daran, eine umfassende Sammlung von individuellen Gesundheitsdaten aller versicherten Personen in der Schweiz aufzubauen. Artikel 35 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG)¹ halte jedoch explizit fest, dass die Versicherer verpflichtet seien, «Angaben über Daten» zu machen, nicht jedoch, dass die Daten an sich zu liefern seien. Die Erhebung von Individualdaten durch die Aufsichtsbehörde widerspreche damit den Grundsätzen der Rechtmässigkeit und Verhältnismässigkeit. Eine Präzisierung der gesetzlichen Grundlage erweise sich zur Klärung der Situation als sinnvoll.

Am 4. Juli 2016 gab die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) der Initiative mit 8 zu 1 Stimme bei 3 Enthaltungen Folge. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) stimmte diesem Beschluss am 13. Oktober 2016 mit 17 zu 1 Stimme bei 6 Enthaltungen zu. Am 13. Februar 2017 hörte die SGK-SR Vertretungen der Krankenversicherer, der Ärzteschaft und der Patientinnen und Patienten sowie den Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) an. Die Kommission beantragte dem Büro des Ständerates, eine Subkommission einzusetzen, was das Büro am 27. Februar 2017 genehmigte. Gestützt auf Artikel 112 Absatz 1 Parlamentsgesetz² zog die Kommission Fachleute des BAG für Rechts- und Sachauskünfte bei.

¹ SR 832.12

² SR 171.10

Die Subkommission „Datenlieferung“³ nahm ihre Tätigkeit am 1. Mai 2017 auf. An insgesamt neun Sitzungen⁴ erörterte sie die mit der Initiative zusammenhängenden Fragen und arbeitete einen Vorentwurf sowie den erläuternden Bericht aus. Am 6. November 2018 hiess die SGK-SR den Vorentwurf mit 8 zu 0 Stimmen bei 4 Enthaltungen gut. Sie beschloss, ihn zusammen mit dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassung zu unterbreiten.

2 Ausgangslage

Im Folgenden wird erläutert, worum es sich bei der Datenerhebung EFIND handelt, die zum Auslöser für die parlamentarische Initiative wurde. Es wird aufgezeigt, auf welche rechtliche Grundlage das BAG diese Datenerhebung stützt und wie sich die relevanten gesetzlichen Bestimmungen entwickelt haben. Weiter wird die Diskussion über die Frage, ob die EFIND-Datenerhebung als verhältnismässig betrachtet werden kann, zusammengefasst. Schliesslich werden auch die Bemühungen zur Wahrung des Datenschutzes dargestellt.

2.1 Die Datenerhebung EFIND und die Datensammlung BAGSAN

Im April 2014 erhob das BAG bei den Versicherern erstmals mit dem «Erhebungsformular Individualdaten» (EFIND) anonymisierte Daten aller Versicherten im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Mit EFIND1 wurden demografische Daten erhoben: Alter, Geschlecht, Bezirk und MedStat-Region⁵. Zudem wurde ein anonymer Verbindungscode pro versicherte Person erzeugt, um deren Kosten über ein Jahr hinaus (aber maximal über fünf Jahre) berechnen zu können. Gleichzeitig wurden mit EFIND2 die Prämie und die Kosten pro versicherte Person erhoben, und zwar im Einzelnen wie folgt: Deckungsperiode, Grund für Ein- und Austritt, Risikoklasse (Klassifikation gemäss Risikoausgleich), Versicherer, Versicherung (Prämie, Prämienregion, Modellart, Franchise, Unfälleinschluss), bezahlte Prämien (Total) für die Deckungsperiode, OKP-Bruttokosten (Total) für die Deckungsperiode und OKP-Kostenbeteiligung (Total) für die Deckungsperiode.

Das BAG plante bereits damals zusätzliche Erweiterungen von EFIND. Mit EFIND3 sollen die Kosten nach Leistungserbringer, mit EFIND5 die Medikamente und mit EFIND6 die Einzelleistungen gemäss der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) erhoben werden.⁶ Nachdem die SGK-SR und die SGK-NR der vorliegenden Initiative Folge gegeben hatten, wartete das BAG mit diesen Erweiterungen bei den Erhebungen jedoch zu. EFIND1 und EFIND2 hingegen wurden weiterhin jährlich erhoben.

³ Ettlin, Bischof, Eberle, Eder, Stöckli

⁴ 1. Mai 2017, 15. August 2017, 27. September 2017, 30. Oktober 2017, 18. Dezember 2017, 22. März 2018, 4. Juni 2018, 7. September 2018, 15. Oktober 2018

⁵ «Die MedStat-Regionen bestehen aus geographischen Regionen, die genügend gross sind, damit man anonym für jede in der Schweiz hospitalisierte Person einen Wohnort angeben kann.», Bundesamt für Statistik, siehe www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Gesundheit > Medstat-Regionen (abgerufen am 12. September 2018)

⁶ Auszug aus den Spezifikationen EFIND1 – EFIND6: siehe Anhänge I und II

Die EFIND-Daten fließen in die Datensammlung «BAG Statistik auf Basis von anonymisierten Versichertendaten» (BAGSAN) ein. Diese dient «dem BAG dazu, die Aufsicht über die Krankenversicherer durchzuführen, die Gleichbehandlung der Versicherten sicherzustellen und vor Missbrauch zu schützen, zu prüfen, ob die angewendeten Prämien den genehmigten Prämien entsprechen und Entscheidungsgrundlagen bei notwendigen Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen bereitzustellen»⁷.

2.2 Rechtliche Grundlagen

Die Kommission nahm zur Kenntnis, dass das Bundesamt für Gesundheit EFIND und BAGSAN auf folgende rechtlichen Grundlagen abstützt:

- Artikel 35 KVAG: Absatz 1 verpflichtet die beaufsichtigten Unternehmen, der Aufsichtsbehörde alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Belege einzureichen, die für die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung erforderlich sind. Zudem verpflichtet Absatz 2 die Versicherer, der Aufsichtsbehörde «jährlich Angaben über die Daten zu machen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit im Bereich der sozialen Krankenversicherung anfallen».
- Artikel 28 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)⁸ führt Artikel 35 Absatz 2 KVAG aus und bestimmt, welche Daten die Versicherer dem BAG zu welchen Zwecken und nach welchen Modalitäten zu liefern haben.
- Artikel 84 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)⁹ ermächtigt unter anderen das BAG, «die Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Daten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, die sie benötigen, um die ihnen nach diesem Gesetz oder nach dem KVAG übertragenen Aufgaben zu erfüllen (...)». Artikel 84a KVG regelt die Datenbekanntgabe.

Artikel 28 KVV bietet dem Bundesamt¹⁰ bereits seit dem Jahr 2000 eine explizite Grundlage für die Erhebung von Individualdaten. Seit damals ist in Absatz 1 im Wesentlichen unverändert geregelt, zu welchen Zwecken das BAG von den Versicherern Daten erheben darf, nämlich um:

- a. die einheitliche Anwendung des Gesetzes¹¹ zu überwachen;
- b. die Kostenentwicklung zu verfolgen;
- c. die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen zu kontrollieren (statistische Kontrolle der Kosten nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Leistungserbringer);
- d. die Gleichbehandlung der Versicherten sicherzustellen;

⁷ Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Datenschutz-Bearbeitungsreglement BAGSAN, Version 1.0 vom 24. August 2015, S. 7

⁸ SR 832.102

⁹ SR 832.10

¹⁰ «Bundesamt» stand damals für das Bundesamt für Sozialversicherungen, seit dem 1. September 2004 steht es für das BAG.

¹¹ Geändert gemäss Anhang Ziff. 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. Nov. 2015, in Kraft seit 1. Jan. 2016 (AS 2015 5165): «a. die einheitliche Anwendung dieses Gesetzes und des KVAG zu überwachen;»

- e. sicherzustellen, dass die Prämienunterschiede den kantonalen und regionalen Kostenunterschieden entsprechen und die Mittel der Sozialversicherung ausschliesslich zu deren Zwecken eingesetzt werden;
- f. die Entscheidungsgrundlagen für die Durchführung von gesetzlich vorgesehenen ordentlichen oder ausserordentlichen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung vorzubereiten;
- g. die Wirkungen des Gesetzes¹² zu verfolgen und Entscheidungsgrundlagen für allfällig notwendige Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen bereit zu stellen.

Ebenfalls seit dem Jahr 2000 ist im Wesentlichen unverändert geregelt, welche Daten die Versicherer dem Bundesamt jährlich pro versicherte Person anonymisiert übermitteln sollen (Artikel 28 Absatz 3 KVV):

- a. Alter, Geschlecht und Wohnort der Versicherten;
- b. ihren Ein- und Austritt sowie die Todesfälle;
- c. die von den Versicherten im Rahmen der sozialen Krankenversicherung abgeschlossenen Versicherungsarten mit Angabe der Höhe der Prämie und der Franchise;
- d. Umfang, Art und Kosten der im Laufe eines ganzen Jahres von den Versicherten beanspruchten Leistungen;¹³
- e. die jeweiligen Erbringer dieser Leistungen;
- f. die Höhe der erhobenen Kostenbeteiligung.

Die gesetzliche Grundlage für Artikel 28 KVV war allerdings im Jahr 2000 noch sehr schmal. Effektiv stützte er sich einzig auf die Bestimmung, wonach die Versicherer dem Bundesamt ihre Jahresberichte und Jahresrechnungen einreichen müssen¹⁴.

Im Rahmen der Änderung des KVG zur Spitalfinanzierung¹⁵ schlug der Bundesrat mit Botschaft vom 15. September 2004 einen neuen Artikel 21 Absatz 4¹⁶ vor, mit dem die Datenlieferpflicht der Versicherer «der Vollständigkeit halber nun auf

¹² Geändert gemäss Anhang Ziffer 3 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom 18. November 2015, in Kraft seit 1. Januar 2016 (AS 2015 5165): «g. die Wirkungen des Gesetzes und des KVAG zu verfolgen und Entscheidungsgrundlagen für allfällig notwendige Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen bereitzustellen.»

¹³ Geändert gemäss Ziffer I der Verordnung vom 22. Oktober 2008, in Kraft seit 1. Januar 2009 (AS 2008 5097): «d. Umfang, Art, Tarifpositionen und Kosten der im Laufe eines ganzen Jahres erhaltenen Rechnungen für Leistungen nach dem Gesetz;»

¹⁴ Artikel 21 Absatz 3 KVG bzw. Artikel 21 Absatz 4 KVG (vgl. unten folgend), aufgehoben durch Anhang Ziffer 2 KVAG, mit Wirkung ab 1. Januar 2016 (AS 2015 5137; BBI 2012 1941).

¹⁵ Geschäft 04.061, Entwurf I

¹⁶ Artikel 21 Absatz 4 KVG hatte folgenden Wortlaut: «Die Versicherer sind verpflichtet, dem Bundesamt im Rahmen der Aufsicht über den Vollzug dieses Gesetzes jährlich Angaben über die Daten zu machen, die im Rahmen der Fakturierung von Leistungen und der Versicherungstätigkeit anfallen.» Er war vom 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2015 in Kraft.

Gesetzesstufe erwähnt werden»¹⁷ sollte. In der parlamentarischen Beratung wurde Artikel 21 Absatz 4 KVG im Kontext einer Erweiterung der Aufsichts- und Statistikartikel zur Erhöhung der Transparenz behandelt, die primär das Bundesamt für Statistik (BFS) betrafen und zu denen der damals neue Artikel 22a «Daten der Leistungserbringer»¹⁸ und der erweiterte Artikel 23 «Statistiken» gehörten.

Im Zusammenhang mit dem neuen Krankenversicherungsaufsichtsgesetz wurde die gesetzliche Grundlage für die Datenlieferpflicht der Versicherer erneut modifiziert. Mit seiner Botschaft vom 15. Februar 2012 schlug der Bundesrat Artikel 35¹⁹ Absatz 2 KVAG vor mit dem Hinweis, diese Bestimmung orientiere sich weitgehend an Artikel 21 Absatz 4 KVG, der mit Inkrafttreten des KVAG aufgehoben werden sollte. Zwar wies der Bundesrat in seiner Botschaft darauf hin, Artikel 35 Absatz 2 KVAG verpflichte die Versicherer «gegenüber der Aufsichtsbehörde alle Angaben zu machen die im Rahmen der Versicherungstätigkeit anfallen». Es gehe dabei «nicht um Angaben im Rahmen der Überwachung der Tätigkeit der Aufsichtsbehörde im Sinn des Auftrags wie in Absatz 1. Absatz 2 verpflichtet die beauftragten Unternehmen vielmehr dazu, der Aufsichtsbehörde die notwendigen Daten zukommen zu lassen, um die Umsetzung der Vorgaben des KVG und dieses Gesetzes zu gewährleisten. (...)».²⁰ Die hier vorgenommene Verknüpfung des KVAG mit dem KVG war dem Parlament aber offenbar nicht bewusst. Dies umso weniger, als es bei der Beratung des KVAG primär die Aufgaben vor Augen hatte, die das BAG in seiner Funktion als *Aufsichtsbehörde über die Versicherer* wahrnimmt.

Die Verschränkung von KVAG und KVG kommt auch darin zum Ausdruck, dass die Ausführungsbestimmungen zu Artikel 35 Absatz 2 KVAG nicht etwa in die Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAV)²¹ aufgenommen wurden, sondern weiterhin in Artikel 28 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zu finden sind.

Die Kommission nahm zur Kenntnis, dass Gutachter, die vom Versichererverband Santésuisse beauftragt worden waren, die rechtliche Grundlage für die Datenerhebung EFIND1-6 grundsätzlich als ausreichend erachteten – dies jedenfalls dann, wenn die erhobenen Daten als Sachdaten zu qualifizieren seien (siehe Ziffer 2.4). Gleichzeitig bezweifelten sie jedoch die Verhältnismässigkeit dieser Datenerhebung.

2.3 Frage der Verhältnismässigkeit

Die Kommission beschäftigte sich eingehend mit der Frage der Verhältnismässigkeit der EFIND-Datenerhebung. Professor Thomas Gächter hatte in einem Gutachten, das er im Auftrag von Santésuisse verfasst hatte, die Auffassung vertreten, die Erhebung von Daten im Umfang von EFIND1-6 sei nicht verhältnismässig. Diese Datenerhebung sei zwar geeignet zur Erfüllung der weit gefassten Aufsichtsaufgaben des BAG, und sie sei den Versicherern allenfalls auch zumutbar. «Ob die Lieferung dieser Daten auch erforderlich ist, muss allerdings deutlich bezweifelt werden.

¹⁷ BBl 2004 5572.

¹⁸ Artikel 22a KVG wurde durch Anhang Ziffer 2 KVAG aufgehoben und durch den fast gleichlautenden Artikel 59a KVG ersetzt, mit Wirkung ab 1. Januar 2016 (AS 2015 5137; BBl 2012 1941)

¹⁹ Zum Zeitpunkt der Botschaft handelte es sich noch um Artikel 34.

²⁰ BBl 2012 1977

²¹ SR 832.121

Dagegen spricht zum einen, dass die Lieferung von Daten auf Vorrat dem Grundsatz der Datensparsamkeit widerspricht und zum anderen, dass die im Grossen und Ganzen identischen Daten bereits vom Bundesamt für Statistik ermittelt und dem BAG zur Verfügung gestellt werden», hielt der Gutachter fest²². Er bezog sich dabei auf Artikel 59a KVG, der die Leistungserbringer verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der KVG-Bestimmungen über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Erhoben werden die Daten vom BFS, das diese unter anderem dem BAG zur Verfügung stellt.

Das BAG widersprach dieser Einschätzung insbesondere mit folgenden Argumenten²³: Zwar erhebe das BFS im Rahmen des Projektes Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung (MARS) Daten teilweise in einem ähnlichen Bereich, dies aus Sicht der Leistungserbringer. Es erhebe weder Daten über die Versicherer noch über die Prämie, die Kostenbeteiligung, das Versicherungsmodell oder die Deckung der Versicherten. Die BFS-Daten seien deshalb nicht geeignet für die Aufsicht über die Versicherer. Auch zur Erfüllung anderer Aufgaben nach KVAG und KVG seien die BFS-Daten nicht geeignet, da die MARS-Erhebung insbesondere nicht zwischen OKP und anderweitig gedeckten Leistungen (z.B. Zusatzversicherungen) unterscheide und es beispielsweise auch nicht erlaube, Behandlungsverläufe sowie den Bezug von Leistungen bei mehreren Leistungserbringern zu erkennen. Zudem decke diese Erhebung nicht alle Versicherten ab, sondern nur jene, die Leistungen bezogen hätten. Das BAG wies weiter darauf hin, dass das BFS gestützt auf die Bundesstatistikgesetzgebung und Artikel 23 KVG zwar Daten bei den Versicherern erheben dürfte, dies jedoch nur zu statistischen Zwecken und nicht für Aufsichtszwecke. Das BAG vertrat deshalb die Auffassung, die geplanten Datenerhebungen seien besonders im Lichte der unterschiedlichen Datenbeschaffenheit verhältnismässig.

Die Frage, welche Datenerhebungen im Bereich des KVG erforderlich und damit verhältnismässig sind, beschäftigte die Kommission intensiv. Sie vermisst in diesem Bereich eine kohärente Strategie (siehe Ziffer 3.4). Solange eine solche nicht vorliegt, erachtet es die Kommission als zielführend, die Datenerhebungen des BAG bei den Versicherern auf das derzeit Nötige zu beschränken und die gesetzliche Grundlage entsprechend zu präzisieren (siehe Ziffer 3.1 und 3.2).

2.4 Datenschutz

Die Kommission nahm zur Kenntnis, dass das Projekt BAGSAN Anlass zu einem intensiven Austausch zwischen dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) und dem BAG gab. So ging der EDÖB zunächst davon aus, «dass ein Teil der zu übermittelnden Angaben als besonders schützenswerte Personendaten eingestuft werden muss»²⁴.

Im Laufe des Jahres 2016 wurden das Anonymisierungsverfahren für den Datenaustausch zwischen Versicherern und BAG sowie der Prozess zur Bearbeitung der

²² Nicht publiziertes Gutachten vom 13. Februar 2017, zitiert mit Einwilligung von Santésuisse.

²³ Stellungnahme des BAG vom 13. Juli 2017, nicht publiziert.

²⁴ Tätigkeitsbericht 2015/2016 des Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten, S. 46

anonymisierten Informationen verbessert. Zudem übertrug der Bundesrat ab dem 1. August 2016 dem BAG die Verantwortung, die Anonymität der Versicherten im Rahmen der Datenverwendung und der Datenverknüpfung zu wahren. In der Folge attestierte der EDÖB dem BAG, dass die Datensätze EFIND1 und EFIND2 als anonymisierte Daten angesehen werden könnten. Anonymisierte Daten seien keine Personendaten gemäss Artikel 3 Buchstabe a des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG)²⁵, weil ein Personenbezug nicht oder nur noch mit unverhältnismässig hohem Aufwand hergestellt werden könne. Es handelt sich demnach um Sachdaten.

Allerdings kann angesichts des Detaillierungsgrads, der Einzigartigkeit, der Akkumulierung und der Verknüpfung der EFIND-Daten eine Re-Identifizierung von bestimmten Personen nicht ausgeschlossen werden, wie die Kommission in Anhörungen von Experten²⁶ zur Kenntnis nahm. Die von der Kommission beigezogenen Fachpersonen des BAG versicherten, das BAG stehe in engem Kontakt mit dem EDÖB und setze die Vorgaben der Datenschutzgesetzgebung um, um das Risiko einer Re-Identifikation möglichst klein zu halten. So würden Daten verarmt, indem die für einen bestimmten Auswertungszweck nicht benötigten Informationen weggelassen oder zusammengefasst würden (z.B. Alter in Altersklasse oder Bezirk in Kanton; vgl. auch die Anhänge I und II). Zudem dürfe nur eine kleine Zahl von Mitarbeitenden des BAG auf die Datenbank zugreifen, der Zugang sei geschützt und Arbeitsschritte könnten jederzeit verfolgt werden. Die aufbereiteten Daten würden den befugten Mitarbeitenden so zugänglich gemacht, dass jeweils nur die zur Erfüllung einer bestimmten Aufgabe benötigten Informationen abrufbar seien.

Es ist jedoch unabdingbar, dass das BAG und der EDÖB weiterhin alles daran setzen, den Datenschutz optimal zu gewährleisten und das Risiko einer Re-Identifikation von Versicherten zu reduzieren.

3 Überblick über die Vorlage

3.1 Ziele

Mit dem vorliegenden Entwurf will die Kommission die gesetzlichen Grundlagen für die Datenerhebungen des BAG bei den Versicherern präzisieren. Mit genauer gefassten Bestimmungen will sie die Rechtssicherheit verbessern. Zudem will sie dafür sorgen, dass der Grundsatz der Verhältnismässigkeit eingehalten wird: Das BAG soll nur jene Daten erheben, die zur Erfüllung seiner Aufgaben geeignet und erforderlich sind und deren Lieferung den Versicherern zumutbar ist.

Die Kommission orientiert sich mit ihrer Vorlage an folgenden Grundsätzen:

- Die Erhebung von Daten, die das BAG zur Ausübung seiner *Aufsicht über die Versicherer* benötigt, soll im KVAG geregelt und vom Bundesrat in der KVAV ausgeführt werden. Die Erhebung von Daten, die das BAG zur Erfül-

²⁵ SR 235.1

²⁶ Anhörung des EDÖB Adrian Lobsiger vom 13. Februar 2017 und Anhörung von Professor Christian Lovis an der Sitzung der Subkommission «Datenlieferung» vom 15. August 2017

lung seiner *Aufgaben nach KVG* benötigt, soll im KVG geregelt und vom Bundesrat in der KVV ausgeführt werden. Auf diese Weise kann eine gesetzestechnische Klärung herbeigeführt und die Verwirrung behoben werden, die dadurch entstanden ist, dass das KVAG teilweise in der KVV ausgeführt wird (Art. 35 Abs. 2 KVAG und Art. 28 KVV, siehe Ziff. 2.2).

- Die Daten sollen aggregiert erhoben und bearbeitet werden. Je stärker die Daten der einzelnen Versicherten zusammengefasst werden können, ohne dass der Informationsgehalt zu stark reduziert wird, desto geringer ist das Risiko einer Re-Identifikation von einzelnen Versicherten.
- Wenn aggregierte Daten zur Erfüllung einer Aufgabe ungeeignet sind und die benötigten Daten nicht schon anderweitig zur Verfügung stehen, soll das BAG anonymisierte Individualdaten erheben können. Die betreffenden Aufgaben sind auf Gesetzesstufe möglichst klar zu bezeichnen. Subsidiär kann der Bundesrat ermächtigt werden, diese Aufgaben und die zu erhebenden Daten auf Verordnungsstufe festzulegen.

3.2 Grundzüge

Ausgehend von den unter Ziffer 3.1 formulierten Grundsätzen schlägt die Kommission einen Mantelerlass zur Revision des KVG und des KVAG unter dem Titel «Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» vor. Es geht dabei nur um Daten, über welche die Versicherer bereits verfügen.

Im KVG wird die Datenweitergabe in einem neuen Artikel 21 geregelt. Die Versicherer sollen verpflichtet werden, dem BAG regelmässig die Daten weiterzugeben, die zur Erfüllung seiner Aufgaben nach dem KVG erforderlich sind. Die Daten sind aggregiert weiterzugeben. Sofern aggregierte Daten zur Erfüllung der nachstehend aufgeführten Aufgaben nicht genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind, kann der Bundesrat vorsehen, dass die Versicherer dem BAG die Daten pro versicherte Person weitergeben müssen. Bevor der Bundesrat die KVV ändert, hat er also zu prüfen, ob insbesondere die beim BFS, der Gemeinsamen Einrichtung KVG²⁷ und der SASIS AG²⁸ verfügbaren Daten nicht genügen, damit das BAG folgende Aufgaben erfüllen kann:

- *Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung (Buchstabe a).* Bisher erhebt das BAG mit EFIND2 die Brutto- und die Nettokosten (d.h. die Bruttokosten abzüglich der Kostenbeteiligung) pro versicherte Person. Neu soll es im Rahmen von EFIND3 auch die Kosten nach Art der Leistung (z.B. ambulant erbrachte ärztliche Leistungen nach Tarmed oder Arzneimittel) und nach Leistungserbringer (z.B. Spital, Arzt oder Apotheke) erheben können. Diese Daten ermöglichen es, die Kostenentwicklung in der OKP wesentlich diffe-

²⁷ Die Gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 KVG führt unter anderem den Risikoausgleich unter den Versicherern durch.

²⁸ Die SASIS AG ist ein Unternehmen der Santésuisse-Gruppe und führt unter anderem einen Datenpool und einen Tarifpool.

renzierter zu beobachten. So kann zum Beispiel eruiert werden, in welchem Ausmass die Leistungen bei verschiedenen Kategorien von Versicherten vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden. Die Kommission erachtet Informationen über Art und Umfang der vergüteten Leistungen nach Leistungserbringer als notwendig, damit aussagekräftige Analysen gemacht und wirksame Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums in der OKP entwickelt werden können.

- *Analyse der Wirkung des Gesetzes und des Gesetzesvollzugs und Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen im Hinblick auf Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen (Buchstabe b).* Die Bundesversammlung ist nach Artikel 170 der Bundesverfassung²⁹ verpflichtet dafür zu sorgen, dass die Massnahmen des Bundes auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Für den Bereich der OKP überträgt Artikel 32 KVV dem BAG die Aufgabe, in Zusammenarbeit mit den Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen sowie Vertretern der Wissenschaft wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und die Wirkungen des Gesetzes durchzuführen.
- *Evaluation des Risikoausgleichs (Buchstabe c).* Der Gesetzgeber hat in Artikel 17a Absatz 2 KVG bestimmt, dass bei der Verfeinerung des Risikoausgleichs unter den Versicherern jeder zusätzliche Indikator der Morbidität einer Wirkungsanalyse zu unterziehen ist. Eine solche Evaluation setzt, wie auch die Berechnung des Risikoausgleichs, anonymisierte Individualdaten voraus.

Zusätzliche Erweiterungen der Datenerhebung, wie sie das BAG mit EFIND5 (Arzneimittel) und EFIND6 (Mittel und Gegenstände, MiGeL) geplant hat, lehnt die Mehrheit der Kommission zurzeit ab. Sie will mit Blick auf die angestrebte Verhältnismässigkeit und Datensparsamkeit etappenweise vorgehen³⁰. Eine neue Beurteilung könnte allenfalls angezeigt sein, wenn eine kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen vorliegt (siehe Ziffer 3.4).

Im KVAG soll Artikel 35 Absatz 2 präzisiert werden. Die Versicherer sollen verpflichtet werden, der Aufsichtsbehörde regelmässig die für deren Aufsichtsaufgaben nach KVAG erforderlichen Daten weiterzugeben. Der Bundesrat soll ermächtigt werden vorzusehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, falls dies zur Erfüllung bestimmter Aufsichtsaufgaben notwendig ist; er bezeichnet diese Aufgaben und die Daten. Die Kommission geht aufgrund der Auskünfte der Verwaltung davon aus, dass die bereits bisher durchgeführten Datenerhebungen EFIND1 und EFIND2 genügen, damit das BAG die im KVAG geregelte Aufsicht über die Versicherer durchführen kann. Im Rahmen seiner Aufsicht prüft das BAG beispielsweise, ob die angewandten Prämien den genehmigten Prämien entsprechen, ob ein einzelner Versicherter einen grossen Einfluss auf die Kosten des Kollektivs hat und ob die Prämien für Rückversicherungsverträge der Versicherer risikogerecht sind.

²⁹ SR 101

³⁰ Die Kommission ist sich im Übrigen bewusst, dass die vorliegende Gesetzesänderung auch keine Grundlage für regelmässige Datenerhebungen bei den Versicherern für subsidiäre Anpassungen der Tarifstruktur durch den Bundesrat nach Artikel 43 Absatz 5^{bis} KVG bietet.

3.3 Minderheitsantrag

Eine Minderheit (Stöckli, Berberat, Bruderer Wyss, Rechsteiner Paul) beantragt, die Erhebung weiterer anonymisierter Individualdaten zuzulassen, damit das BAG zusätzlich die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen im Bereich der Arzneimittel und im Bereich der Mittel und Gegenstände beurteilen und überprüfen kann (Art. 21 Bst. d KVG). Damit würde eine präzise gesetzliche Grundlage geschaffen für die vom BAG geplanten Erhebungen EFIND5 (Arzneimittel) und EFIND6 (MiGeL). Diese Daten lieferten aussagekräftige Grundlagen zu Themen, die in der Öffentlichkeit intensiv diskutiert würden, argumentierte die Minderheit. So könne zum Beispiel nur anhand dieser Daten der OKP-Umsatz mit einem neuen, sehr teuren Arzneimittel zuverlässig ermittelt werden.

3.4 Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

Der vorliegende Entwurf vermag zu klären, nach welchen Modalitäten *das BAG von den Versicherern* zur Erfüllung seiner Aufgaben nach KVG und KVAG Daten erheben darf.

Parallel dazu erhebt das BFS gestützt auf Artikel 59a KVG und die Bundesstatistikgesetzgebung Daten von den Leistungserbringern. Umfassend ist die Datenerhebung im stationären Bereich, während sie im ambulanten Bereich im Aufbau ist (Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung [MARS]). Gestützt auf die Bundesstatistikgesetzgebung kann das BFS auch bei den Versicherern Daten zu statistischen Zwecken erheben. Der Vollständigkeit halber wird dies in Artikel 23 KVG wiederholt, der dem BFS die Aufgabe überträgt, die notwendigen statistischen Grundlagen zur Beurteilung von Funktions- und Wirkungsweise des KVG zu erarbeiten.

Das BAG und das BFS erheben damit Daten, denen letztlich ein ähnlicher oder gar gleicher Sachverhalt zu Grunde liegt, nämlich das Erbringen und Vergüten bestimmter medizinischer Leistungen im Bereich der sozialen Krankenversicherung. Es stellt sich deshalb die Frage, ob eine kohärente Datenstrategie im Bereich der OKP dazu beitragen könnte, allfällige Doppelspurigkeiten und damit die administrative Belastung der Leistungserbringer und der Versicherer zu reduzieren. Eine kohärente Datenstrategie würde zudem dem Grundsatz der Datensparsamkeit und damit dem Persönlichkeitsschutz der Versicherten beziehungsweise der Patientinnen und Patienten besser Rechnung tragen.

Die Kommission erachtet eine kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen als wichtig und beantragt deshalb ihrem Rat ein entsprechendes Postulat. Der Bundesrat soll beauftragt werden, eine Datenstrategie zu entwickeln mit dem Ziel, im Bereich der OKP die Transparenz des Systems zu verbessern und wirksame Massnahmen zur Kostendämpfung zu identifizieren. Insbesondere sollen die Antworten auf folgende Fragen in einem Bericht dargelegt werden: Wer erhebt heute von wem welche Daten? Wer benötigt welche Daten zu welchen Zwecken? Wie können die benötigten Daten zuverlässig und mit möglichst geringem Aufwand erhoben werden? Wie wird der Schutz der persönlichen Daten der Versicherten beziehungsweise der Patientinnen und Patienten sichergestellt? Sind Gesetzesänderungen nötig, um eine kohärente Datenstrategie zu ermöglichen? Die Kommission nahm zur Kenntnis, dass das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) plant, eine Expertengruppe mit der Erarbeitung einer Strategie für die Erfassung, Bearbeitung und Analyse der

Daten im Gesundheitsbereich zu beauftragen.³¹ Mit ihrem Postulat will die Kommission sicherstellen, dass sich die Datenstrategie an den oben genannten Zielen orientiert und die notwendigen Datenerhebungen optimal ausgestaltet werden.

4 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

4.1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Gliederungstitel vor Art. 21 und Sachüberschrift für Art. 23

Bis anhin lautet der Gliederungstitel «Statistiken», und der Abschnitt besteht lediglich aus Artikel 23. Da neu Artikel 21 eingefügt wird, der die Datenweitergabe der Versicherer im Bereich KVG an das BAG regelt, muss der Gliederungstitel wie folgt abgeändert werden: «Datenweitergabe und Statistiken».

Die Sachüberschrift beim neuen Artikel 21 lautet «Daten der Versicherer». Artikel 23 benötigt neu eine Sachüberschrift und zwar «Statistiken».

Art. 21

Die Kommission hat im Grundsatz entschieden, dass die Erhebung von Daten, die das BAG zur Ausübung seiner Aufsicht über die Versicherer benötigt, im KVAG geregelt und vom Bundesrat in der KVAV ausgeführt werden. Die Erhebung von Daten, die das BAG zur Erfüllung seiner Aufgaben nach KVG benötigt, soll im KVG geregelt und vom Bundesrat in der KVV ausgeführt werden. Die Aufteilung in einen Teil KVAG/KVAV und einen Teil KVG/KVV bedeutet, dass die für die Aufsicht relevanten Teile aus dem geltenden Artikel 28 KVV auch im KVAG bzw. in der KVAV enthalten sein müssen (Teil mit Bezug zu EFIND1 und EFIND2). Zudem muss auch im KVG und in der KVV eine Revision vorgenommen werden, weil die Aufgaben beziehungsweise die Zwecke und die entsprechenden Daten getrennt werden. Die für das KVG und die KVV noch relevanten Teile des geltenden Artikels 28 KVV (Teil mit Bezug zu EFIND1-3 beziehungsweise gemäss dem Minderheitsantrag Teil mit Bezug zu EFIND1-6) müssen deshalb im KVG bzw. in der KVV geregelt werden. Deshalb muss im KVG ein neuer Artikel 21 «Daten der Versicherer» geschaffen werden. Zudem muss anschliessend die KVV angepasst werden. Ohne diese gleichzeitige Revision im KVG und in der KVV bestünde für diese Aufgaben infolge der vorgesehenen Änderung des KVAG keine gesetzliche Grundlage mehr und diese Arbeiten könnten nicht mehr durchgeführt werden. Dabei ist festzustellen, dass gewisse Zwecke/Aufgaben sowie die entsprechenden Daten sowohl im Teil KVAG/KVAV als auch im Teil KVG/KVV also doppelt aufgeführt sein müssen.

³¹ Stellungnahme des Bundesrates vom 29. August 2018 zu den beiden gleichlautenden Motionen «Unbestrittene Statistiken von einem unabhängigen Organ erstellen lassen. Eine unerlässliche Voraussetzung für die Steuerung des Gesundheitssystems», die von Nationalrätin Adèle Thorens Goumaz (18.3432) und von Nationalrat Olivier Feller (18.3433) eingereicht wurden.

Der beantragte Artikel 21 Absatz 1 KVG sieht als Grundsatz vor, dass die Versicherer verpflichtet sind, dem Bundesamt regelmässig die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. Der Begriff «Weitergabe» wird dabei im Sinne von Artikel 3 DSGVO verwendet. Somit geht es um Daten, über die der Versicherer schon verfügt.

Nach Absatz 2 sind die Daten aggregiert weiterzugeben. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind: a. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Vorbereitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung; b. zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und des Gesetzesvollzugs und zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen im Hinblick auf Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen; c. zur Evaluation des Risikoausgleichs.

Die Gewährleistung der Anonymität der Versicherten bei der Datenverwendung durch das Bundesamt, die aktuell bereits in Artikel 28 Absatz 5 KVV festgehalten ist, soll im Zusammenhang mit der vorliegenden Revision auf Gesetzesstufe gehoben werden. Der dritte Absatz von Artikel 21 KVG stellt sicher, dass das Bundesamt grundsätzlich verpflichtet ist, technische und prozessuale Massnahmen zur Wahrung der Anonymität der Versicherten zu treffen. Dabei ist zu beachten, dass das Bundesamt nicht nur verantwortlich ist, Massnahmen entsprechend umzusetzen, sondern auch, deren Wirksamkeit regelmässig zu prüfen. Die Einhaltung des Datenschutzes wird vom BAG zusammen mit dem EDÖB fortlaufend überwacht.

Werden einzelne Datensätze nach einer oder mehreren Variablen zusammengeführt, handelt es sich um eine Gruppierung. Je nach Gruppierungseinheit können mehr oder weniger Aussagen gemacht werden. Die Begriffe «gruppiert» und «aggregiert» sind dabei gleichbedeutend. Da in der KVV bereits der Begriff «aggregiert» verwendet wird (vgl. Art. 30b Abs. 3 KVV), soll dieser Begriff auch in die neue gesetzliche Grundlage übernommen werden.

Der beantragte Artikel 21 KVG entspricht dem geplanten Erhebungsumfang EFIND1-3 (EFIND1 mit Angaben über den Bestand, EFIND2 mit Angaben über die Prämien und Gesamtkosten sowie die Kostenbeteiligung, EFIND3 auf Ebene der Belege und zwar mit Angaben über die Leistungsarten, die erbracht wurden, sowie dessen Leistungserbringer). Dies ist gegenüber dem grundsätzlich schon seit dem Jahr 2000 geltenden Artikel 28 KVV eine starke Einschränkung. Denn der geltende Artikel 28 KVV sieht detaillierte Datenerhebungen für alle Leistungsarten (ursprüngliche Version von EFIND1-6) vor, ohne Beschränkung auf die Arzneimittel und die Mittel und Gegenstände. Danach könnte bei Bedarf die Erhebung von Daten bis auf die Ebene der Tarifposition EFIND5 (Angaben über Arzneimittelleistungen) und EFIND6 (Angaben über Einzelleistungen anderer Tarife, wie z.B. TARMED) erfolgen. Die der Subkommission «Datenlieferung» unterbreiteten Varianten 1-2, 1-3, 1-5 und 1-6 sind also gegenüber dem geltenden Artikel 28 KVV schon stark eingeschränkt worden.

Für die vorliegenden Revisionsarbeiten werden die wesentlichen Elemente aus dem geltenden Artikel 28 KVV übernommen. Die Parlamentarische Initiative Eder und

in der Folge auch die SGK-SR und die Subkommission «Datenlieferung» verlangten vom BAG jedoch eine Beschränkung der nach Artikel 28 KVV vorgesehenen EFIND-Erhebungen für Individualdaten. Deshalb hat das BAG der Subkommission «Datenlieferung» die oben erwähnten vier Varianten (EFIND 1-2, 1-3, 1-5 und 1-6) unterbreitet. Die Subkommission «Datenlieferung» hat an ihrer Sitzung vom 7. September 2018 beschlossen, der SGK-SR die Variante EFIND1-3 zu beantragen.

Die Minderheit (Stöckli, Berberat, Bruderer Wyss, Rechsteiner Paul) beantragt, die bereits auf die Arzneimittel (EFIND1-5) und die Mittel und Gegenstände (EFIND1-6) beschränkte EFIND-Erhebung im Umfang EFIND1-6 vorzunehmen.

Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a – c KVG umfassen die erwähnten Aufgaben der geplanten Erhebung EFIND1-3. Nachfolgend wird kurz beschrieben, welche Aufgabebearbeitung mit EFIND1-3 erfolgen kann.

Mit EFIND1-2 können die KVG-Aufgaben Verfolgung der Entwicklung der Brutto- und Nettokosten und die Vorbereitung von Entscheidgrundlagen zur Kosteneindämmung sowie Wirkungsanalysen des Gesetzes und des Gesetzesvollzugs und Vorbereitungen von Entscheidgrundlagen für Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen vorgenommen werden.

Neben den Aufgaben EFIND1-2 können nun bei EFIND1-3 durch die Lieferung der genannten Individualdaten zusätzlich die Aufgaben der Verfolgung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie die Evaluation des Risikoausgleichs vorgenommen werden. Damit kann insbesondere nicht nur eine Analyse der Gesamtkosten, sondern zudem eine Verfolgung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer wahrgenommen werden. Dabei sind Angaben über die Leistungen nach Leistungserbringer und Kostenarten auf Individualdatenebene (EFIND3) erforderlich. Diese Angaben sind nicht nur für aussagekräftige Analysen der Kosten nach Leistungsart wie zum Beispiel Arzneimittelkosten, Kosten der stationären Behandlung, Kosten für ärztliche Leistungen oder für die Unterscheidung von Verlagerungseffekten, sondern auch für die Analyse von gewissen Mengen- und Preiseffekten erforderlich. Beispielsweise kann nach der Aufhebung der Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringer differenziert untersucht werden, ob und wie eine Mengenausweitung stattgefunden hat.

Die EFIND3 Angaben werden ferner auch für eine weitergehende Wirkungsanalyse des Gesetzes benötigt. Nur mit Daten aus den Belegen auf Individualdatenebene können Fragen zu Behandlungsverläufen, zur Entwicklung der Inanspruchnahme der Leistungen (elektiv oder Notfall) oder zur Patientenmigration untersucht werden. Aggregierte Daten, welche aktuell vorliegen, erlauben nur deskriptive Feststellungen und geben nur wenig Auskunft über die Dynamik der Kostentreiber. Auch sind zum Beispiel für Simulationen, Kostenprognosen und Zeitreihenanalysen weitgehend Individualdaten erforderlich. Wenn beispielsweise die Kosten für ärztliche Leistungen um eine Million Franken zugenommen haben, können aggregierte Daten keine Auskunft darüber geben, ob dies auf Mehrkonsultationen derselben Personen, auf eine Zunahme der Personen, auf höhere Kosten pro Konsultation oder auf höhere Taxpunktwerte zurückzuführen ist. Auch kann den aggregierten Daten nicht entnommen werden, welcher Anteil der Versicherten mehrere ähnliche Konsultationen

bei unterschiedlichen Leistungserbringern hatten. Für solche Analysen sind Individualdaten im Umfang von Variante EFIND1-3 erforderlich.

Die Variante EFIND1-3 enthält zudem die Aufgabe der Evaluation des Risikoausgleichs. Diese Aufgabe erfordert zwingend jahresübergreifende sowie den Versicherer übergreifende Angaben auf Individualdatenebene. Wohl kann das BAG dabei teilweise auf die von der Gemeinsamen Einrichtung KVG erhobenen Daten zurückgreifen (Art. 17, 17a KVG). Diese reichen für die Ermittlung der Berechnungsmethoden der Risikoausgleichsbeiträge und zu einem gewissen Grad zur Pflege und Weiterentwicklung der pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) aus, sind aber für die Evaluation des Risikoausgleichs nicht ausreichend. Dafür sind weitere Angaben zu den Beständen und zu den Leistungsarten (Arzneimittelkosten, Kosten der stationären Behandlung) erforderlich. Ferner sind Angaben dazu nötig, ob es sich bei der Ursache für die Leistung um Krankheit, Unfall oder Mutterschaft handelt.

Minderheit (Stöckli, Berberat, Bruderer Wyss, Rechsteiner Paul)

Die Minderheit beantragt eine Erweiterung der Erhebung auf die Variante EFIND1-6. Diese ist aber auch auf die Arzneimittel und die Mittel und Gegenstände beschränkt. Deshalb soll Artikel 21 Absatz 2 KVG mit dem Buchstaben d ergänzt werden. Die Daten sind demnach zur Beurteilung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen im Bereich der Arzneimittel sowie im Bereich der Mittel und Gegenstände pro versicherte Person zu übermitteln, sofern aggregierte Daten zur Erfüllung der Aufgaben nicht genügen und die Daten anderweitig nicht zu beschaffen sind.

Mit der EFIND1-5 wird als zusätzliche Aufgabe die Beurteilung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen im Bereich der Arzneimittel aufgenommen. Die Aufgabe wird in dieser Variante damit auf den Bereich Arzneimittel beschränkt.

Bisher verfügt das BAG für die Evaluation oder Simulation von Preisänderungseffekten über keine Daten der Versicherer, sondern lediglich über Branchendaten oder Schätzungen der Hersteller. Neu werden die Daten im Umfang von EFIND1-5 Auskunft über die tatsächlichen Kosten einzelner Packungen gemäss Spezialitätenliste (SL) zu Lasten der OKP und zu deren Bezüger geben. Dank den EFIND1-5 Daten können zum Beispiel Verlagerungseffekte zwischen Originalpräparaten und Generika, sowohl seitens Bezüger als auch seitens Leistungserbringer, analysiert werden. Diese Daten können auch dazu beitragen, kostendämpfende Massnahmen im Arzneimittelbereich vorzuschlagen.

Die Kostenübernahme in Einzelfällen nach den Artikeln 71a ff. KVV könnte mit dieser Variante verfolgt werden. Zudem könnte besser überprüft werden, ob die mit der Aufnahme eines Arzneimittels in die SL verbundenen Auflagen und Bedingungen weiterhin angemessen sind. Auch kann ein allfälliger Mehrfachbezug von Arzneimitteln durch Versicherte bei unterschiedlichen Leistungserbringern nur mittels Individualdaten untersucht werden. Evaluationen und Simulationen von Limitationsanpassungen über Mengen, Alter usw. bedingen Minimalangaben über die Bezüger wie Altersklasse und Geschlecht (z.B. nur eine grosse Packung oder zwei kleine Packungen; nur für Erwachsene; nur für Männer).

Bei der Variante EFIND1-6 gemäss dem Minderheitsantrag handelt es sich um eine stark eingeschränkte Variante im Vergleich zum geltenden Artikel 28 KVV (ursprüngliche Version von EFIND1-6). Die EFIND1-6 Ausgestaltung nach dem geltenden Artikel 28 KVV sieht vor, dass nach Bedarf und nach Anhörung der Versicherer, Angaben auf Ebene der Tarifposition erhoben werden können (z.B. TARMED), ohne Beschränkung auf einen gesonderten Bereich (z.B. Mittel und Gegenstände). Die eingeschränkte Variante EFIND1-6, welche die Minderheit vertritt, sieht vor, dass zusätzlich zu den Arzneimitteln auch Daten zur Beurteilung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen nur im Bereich der Mittel und Gegenstände erhoben werden.

Gestützt auf Individualdaten kann bei Mitteln und Gegenständen z.B. abgeschätzt werden, welche Produkte über oder unter dem von der Versicherung vergüteten Höchstvergütungsbetrag (HVB) abgegeben werden, aufgeteilt nach Produktgruppe und abgebendem Leistungserbringer. Die Beurteilung der Kosten einzelner Mittel und Gegenstände, beziehungsweise ganzer Produktgruppen, haben einen Einfluss auf die Berechnungen zur Anpassung von HVB (economies of scale). Informationen zu den Kategorien der Abgabestellen (z.B. Apotheke, Arzt (nach Facharztztitel), Spital ambulant, Sanitätsfachgeschäfte) sind erforderlich, um die relevanten Abgabekanäle zu identifizieren. Die verschiedenen Abgabekanäle haben unterschiedliche Kostenstrukturen, was bei der Berechnung der HVB zu berücksichtigen ist. Dabei können auch Fehlentwicklungen identifiziert und entsprechende Anpassungen bei den Leistungsvoraussetzungen in der MiGeL vorgenommen werden. Die allfälligen Anpassungen haben wiederum Auswirkungen auf die geschätzten Kosten zu Lasten der OKP. Regionale Unterschiede beim Leistungsbezug können auch auf Über-/Unterversorgung oder fragliche Erfüllung der WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) hinweisen, worauf vertiefte WZW-Prüfungen und Untersuchungen zur Versorgungssituation ausgelöst werden könnten.

Die Variante EFIND1-6 sieht aber nicht vor, dass die Anwendung anderer Regelwerke/Tarife durch Individualdaten feiner evaluiert werden können (z.B. im Bereich TARMED). Es kann also nicht geprüft werden, welche Leistungen wie gruppiert abgerechnet werden, und es kann auch nicht untersucht werden, wie ein Pauschaltarif im ambulanten Bereich erarbeitet werden könnte. Ferner geht daraus auch nicht hervor, ob nach einer tariflichen Anpassung auf Tarifpositionsebene Verlagerungseffekte stattgefunden haben. Auch in diesem Aufgabenbereich genügen aggregierte Daten nicht und auch andere Daten sind nach heutigem Kenntnisstand nicht anderweitig zu beschaffen.

4.2 Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung

Sachüberschrift sowie Art. 35 Abs. 2

Die bisherige Sachüberschrift von Artikel 35 KVAG, nämlich «Auskunfts- und Meldepflicht» wird erweitert. Sie lautet neu «Auskunfts-, Datenweitergabe- und Meldepflicht».

Auswirkungen auf den Bund. Bereits jetzt erfolgt die Datenerhebung EFIND1 und 2. Durch die Erweiterung auf EFIND3 muss das bestehende IT-System erweitert und den Krankenversicherern zur Verfügung gestellt werden. Dafür braucht es eine Startinvestition von geringer Höhe. Danach muss das System unterhalten und gepflegt werden. Die neuen Daten können mit dem bereits beim Bund vorhandenen Personal erhoben werden. Bei Annahme des Minderheitsantrags würden zusätzliche geringfügige Zusatzkosten entstehen.

Je nach Auswertungen und Analysen der erhobenen Daten könnte ein gewisser mässiger Mehraufwand beim Bund entstehen. Das hätte aber jeweils zum Ziel herauszufinden, was für neue Massnahmen zu Kosteneinsparungen in der Krankenversicherung führen könnten und ob getroffene Massnahmen wirken und zu den gewünschten Einsparungen führen.

5.2 Finanzielle Auswirkungen auf die Kantone

Die Vorlage hat keine finanziellen Auswirkungen auf die Kantone.

5.3 Finanzielle Auswirkungen auf die Krankenversicherer

Bei den Krankenversicherern ist mit den neuen Bestimmungen gemäss Einschätzung des BAG ebenfalls mit einem geringfügigen Mehraufwand zu rechnen. Sie müssen dem BAG bereits jetzt die Daten EFIND1 und 2 liefern. Die Daten für eine Erweiterung auf EFIND3 und allenfalls auf EFIND1-6 (Minderheitsantrag) sind bei den Krankenversicherern bereits vorhanden. Für die Weitergabe an das BAG ist ebenfalls mit einer Startinvestition zu rechnen. Danach haben die Krankenversicherer für die Pflege und Unterhaltung des IT-Systems nur einen geringfügigen Mehraufwand.

5.4 Vollzugstauglichkeit

Die Vorlage sieht die Änderung bestehender Bestimmungen vor. Beim Vollzug ist deshalb nicht mit Problemen zu rechnen.

5.5 Andere Auswirkungen

Es sind keine anderen Auswirkungen zu erwarten.

6 Verhältnis zum europäischen Recht

Das Sozialversicherungsrecht der Europäischen Union sieht keine Harmonisierung der nationalen Sozialversicherungssysteme vor. Die Mitgliedstaaten können den

Aufbau, den persönlichen Geltungsbereich, die Finanzierungsmodalitäten und die Organisation ihrer Sozialversicherungssysteme weitgehend frei festlegen. Sie müssen sich jedoch an die Koordinierungsgrundsätze gemäss der Verordnung (EG) Nr. 883/2004³² und der Verordnung (EG) Nr. 987/2009³³ halten. Dazu gehören das Diskriminierungsverbot, die Totalisierung von Versicherungszeiten und die grenzüberschreitende Leistungserbringung. Seit dem Inkrafttreten des Abkommens vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit³⁴ am 1. Juni 2002 sind diese Grundsätze auch für die Schweiz massgebend. Diese Vorlage betrifft die Datenweitergabe der Versicherer an den Bund in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Das in der Schweiz anwendbare europäische Recht sieht keine Normen in diesem Bereich vor. Die Vorlage ist daher mit dem von der Schweiz übernommenen europäischen Recht vereinbar.

7 Rechtliche Grundlagen

7.1 Verfassungs- und Gesetzmässigkeit

Die Vorlage stützt sich auf Artikel 117 der Bundesverfassung³⁵. Nach dieser Bestimmung erlässt der Bund Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung.

7.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Artikel 96 KVG beauftragt den Bundesrat, das KVG zu vollziehen und ermächtigt ihn, Ausführungsbestimmungen zu erlassen. Die Vorlage sieht bezüglich Artikel 21 KVG vor, dass der Bundesrat vorsehen kann, dass die Daten pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind. Bezüglich Artikel 35 Absatz 2 KVAG wird der Bundesrat ermächtigt, die betreffenden Aufgaben und die erforderlichen Daten näher zu bezeichnen. Der Bundesrat wird entsprechend die erforderlichen Ausführungsbestimmungen erlassen.

³² Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L. 200 vom 7.6.2004, S. 1.

³³ Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L. 284 vom 30.10.2009, S. 1.

³⁴ SR **0.142.112.681**

³⁵ SR **101**

7.3 Erlassform

Nach Artikel 164 Absatz 1 BV sind alle wichtigen rechtsetzenden Bestimmungen in der Form eines Bundesgesetzes zu erlassen. Bei dieser Vorlage geht es um die Weitergabe von aggregierten Daten und in Ausnahmefällen kann das BAG anonymisierte Individualdaten erheben. Deshalb benötigen die vorgeschlagenen Bestimmungen einer klaren formellen Gesetzesgrundlage. Der Entwurf zum Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist ein referendumsfähiger Mantelerlass, der die Änderungen der beiden betroffenen Erlasse der gleichen Regelungsstufe enthält. Die Reform beinhaltet sowohl die Erhebung der Daten im Bereich KVG als auch die Erhebung der Daten im Bereich KVAG. Deshalb ist die Zusammenfassung beider Gesetzesänderungen in einem einzigen Erlass sinnvoll.

Anhang I

Spezifikation EFIND1-EFIND6

Die unten folgenden Tabellen geben einen Überblick über die Erhebungsinhalte der EFIND Formulare, in der ab dem Jahre 2014 auf die Varianten EFIND 1-2, 1-3, 1-5 (Arzneimittel) und 1-6 (Mittel und Gegenstände) eingeschränkten Version. Die letzte Spalte der Tabellen gibt jeweils Auskunft über die Angaben, welche durch einen Anonymisierungsvorgang vor der Datenweitergabe an das BAG transformiert werden. Zudem werden die EFIND1-EFIND6 Daten durch den gleichen Anonymisierungsvorgang nicht gesamthaft, sondern als zweckgebundene Teilmengen (sogenannte Datentöpfe) an das BAG übermittelt. Die Aufstellung dieser Datentöpfe ist dem Anhang 2 zu entnehmen.

Spezifikation EFIND1, demographische Daten

	Feld	Bezeichnung bei Erhebung	Datenweitergabe
1	BAGNR	BAG-Nr. des Krankenversicherers	
2	JAHR	Berichtsjahr	
3	AHVNR	AHV-Nr. (wird anonymisiert)	HASH (anonymer Verbindungscode)
4	PERSONID	Schlüssel für die Verbindung der Dateien EFIND1, EFIND2, EFIND3, EFIND5 und EFIND6 innerhalb einer Lieferung (anonyme Angabe)	Sequenznummer
5	GEBURTSJAHR	Geburtsjahr	
6	GESCHLECHT	Geschlecht	
7	LAND	Land	
8	GEMEINDENR	Gemeindenummer (wird in Bezirk anonymisiert)	Bezirk
9	PLZ3112	Wohnort per 31.12 (Postleitzahl) (wird in MedStat Region anonymisiert)	MedStat Region
10	RISKLA	Risikoklasse (Kategorie)	

11	AUSTRITTSDATUM	Austrittsdatum (für Austritte im Vorjahr)	
12	LIEFERUNG	Lieferung	
13	ADHOC1	Feld für adhoc Erhebung reserviert	
14	ADHOC2	Feld für adhoc Erhebung reserviert	
15	ADHOC3	Feld für adhoc Erhebung reserviert	

Spezifikation EFIND2, Prämien, Gesamtkosten und Kostenbeteiligung

	Feld	Bezeichnung bei Erhebung	Datenweitergabe
1	BAGNR	BAG-Nr. des Krankenversicherers	
2	JAHR	Berichtsjahr	
3	PERSONID	Schlüssel für die Verbindung der Dateien EFIND1 und EFIND2, EFIND3, EFIND5, EFIND6 innerhalb einer Lieferung (anonyme Angabe)	Sequenznummer
4	ALTERSUNTERGRUPPE	Altersuntergruppen in Bezug auf Kinderprämien	
5	VON	Datum Anfang	
6	BIS	Datum Ende	
7	STATUSVON	Grund des neuen Datensatzes	
8	STATUSBIS	Grund für das Ende des Datensatzes	
9	TAETIGKEITSGEBIET	Tätigkeitsgebiet	
10	LANDKANTON	Kanton	
11	REGION	Prämienregion	
12	TARIFTYP	Tariftyp	
13	MODELLART	Modellart	
14	TARIFAKRO	Name (Akronym) des Tarifs	

		nach Angaben des Versicherers	
15	FRANCHISENSTUFE	Franchisestufe	
16	FRANCHISE	Franchise	
17	UNFALLEINSCHLUSS	Mit Unfallversicherung	
18	PRAEMIE	Prämien (Konto 300)	
19	BONUSPRAEMIENSTUFE	Bonusmodell Prämienstufe	
20	BRUTTOKOSTEN	Bruttokosten (Bruttoleistungen)	
21	KOBE	Kostenbeteiligung	

Spezifikation EFIND3, Kosten nach Leistungsart und Leistungserbringer

	Feld	Bezeichnung bei Erhebung	Datenweitergabe
1	BAGNR	BAG-Nr. des Krankensicherers	
2	JAHR	Berichtsjahr	
3	PERSONID	Schlüssel für die Verbindung der Dateien EFIND1 und EFIND2, EFIND3, EFIND5, EFIND6 innerhalb einer Lieferung (anonyme Angabe)	Sequenznummer
4	NACHRICHTTYP	Nachrichtyp	
5	RECHNUNGSNR	Interne Nummer des Dokuments (Rechnung / Beleg), wird durch APVC anonymisiert	Sequenznummer
6	VON	Datum des Anfangs der Deckung, auf welche der Beleg abgerechnet wurde	Monat
7	RECHNUNGSDATUM	Rechnungsdatum (des Leistungserbringers)	Monat
8	ZAHLUNGSART	Zahlungsart (Tiers payant oder Tiers garant)	
9	ERBRINGUNGSORT	Erbringungsort	

10	ABRECHNUNGSDATUM	Buchhaltungs-/ Abrechnungsdatum der Rechnung (muss im Buchhaltungsjahr fallen)	Monat
11	STORNODATUM	Buchhaltungs-/Abrechnungsdatum des Storno/Rückzahlung/Anpassung des Betrags der Rechnung	Monat
12	GESAMTBETRAG	Gesamtbetrag, Bruttokosten OKP	
13	TARMEDBETRAG	TARMED Leistungen, Betrag	
14	TARMEDAL	TARMED Taxpunkte ärztliche Leistungen	
15	TARMEDTL	TARMED Taxpunkte technische Leistungen	
16	LABORBETRAG	Gesamtbetrag der Pflichtleistungen auf Niveau des Leistungstyps Analysenliste	
17	MIGELBETRAG	Gesamtbetrag auf Niveau der Pflichtleistungen aller MiGeL Positionsbeträge	
18	PHYSIOBETRAG	Gesamtbetrag auf Niveau der Pflichtleistungen aller Physiopositionsbeträge	
19	MEDIBETRAG	Gesamtbetrag der Pflichtleistungen auf Niveau des Leistungstyps Medikament	
20	KOBE	Kostenbeteiligung	
21	SPITALBEITRAG	Selbstbehalt zur Position Spitalbeitrag	
22	BEHANDLUNGSBEGINN	Behandlungsbeginn	Monat
23	BEHANDLUNGSENDE	Behandlungsende	Monat
24	SCHADENART	Schadenart	
25	BEHANDLUNGSART	Behandlungsart	
26	AUFENTHALTSDAUER	Aufenthaltsdauer	

27	ZSRLEISTUNGSERBRINGER	ZSR Leistungserbringer, wird durch APVC anonymisiert	Anonymer Verbindungscode, Erbringergruppe
28	ZSRABGABESTELLE	ZSR Abgabestelle, bei Abweichung, wird durch APVC anonymisiert	Anonymer Verbindungscode, Erbringergruppe
29	ZSRVERANLASSER	ZSR Veranlasser, wird durch APVC anonymisiert	Anonymer Verbindungscode, Erbringergruppe
30	KONSULTATIONEN	Anzahl Konsultationen	

Spezifikation EFIND5, Medikamente als Leistungsposition

	Feld	Bezeichnung bei Erhebung	Datenweitergabe
1	BAGNR	BAG-Nr. des Krankensicherers	
2	JAHR	Berichtsjahr	
3	PERSONID	Schlüssel für die Verbindung der Dateien EFIND1 und EFIND2, EFIND3, EFIND5, EFIND6 innerhalb einer Lieferung (anonyme Angabe)	Sequenznummer
4	RECHNUNGSNR	Interne Nummer des Dokuments (Rechnung / Beleg),	anonymer Verbindungscode
5	ZSRLEISTUNGSERBRINGER	ZSR Leistungserbringer, wird durch APVC anonymisiert	anonymer Verbindungscode, Erbringergruppe
6	ZSRABGABESTELLE	ZSR Abgabestelle, wird durch APVC anonymisiert	anonymer Verbindungscode, Erbringergruppe
7	ZSRVERANLASSER	ZSR Leistungsveranlasser, wird durch APVC anonymisiert	anonymer Verbindungscode, Erbringergruppe
8	GLNLEISTUNGSERB	GLN Leistungserbringer,	anonymer Ver-

	RINGER	wird durch APVC anonymisiert	bindungscode, Erbringergruppe
9	GLNABGABESTELLE	GLN Abgabestelle, wird durch APVC anonymisiert	anonymer Verbindungscode, Erbringergruppe
10	GLNVERANLASSER	GLN Leistungsveranlasser, wird durch APVC anonymisiert	anonymer Verbindungscode, Erbringergruppe
11	ABGABEDATUM	Datum, an welchem das Medikament (erstmalig) abgegeben wurde	
12	TARIFCODE	Tarifcode	
13	TARIFPOSITION	Tarifziffer gemäss Rechnung	
14	GENERIKA	Angabe ob Medikament als Generika abgerechnet wurde	
15	POSITIONTEXT	Tarifbeschrieb zu der Ziffer der Medikamentenposition	
16	ANZAHL	Anzahl gemäss Rechnung	
17	SWISSMEDICNR	Swissmedic Nummer	
18	GTINCODE	GTIN Code	
19	PHARMACODE	Pharmacode (falls GTIN nicht verfügbar)	
20	POSITIONBETRAGTOT	Bruttokosten Medikamentenposition	
21	SBANRECHENBAR	Anrechenbare Kostenbeteiligung/Selbstbehalt Medikamente	
22	SBNICHTANRECHENBAR	Nicht anrechenbare Kostenbeteiligung/Selbstbehalt Medikamente	
23	INDIZIERT	Indiziert durch Leistungserbringer, Angabe gemäss Rechnung	

Spezifikation EFIND6, MiGeL Einzelleistungen

	Feld	Bezeichnung bei Erhebung	Datenweitergabe
1	BAGNR	BAG-Nr. des Krankenversicherers	
2	JAHR	Berichtsjahr	
3	PERSONID	Schlüssel für die Verbindung der Dateien EFIND1 und EFIND2, EFIND3, EFIND5, EFIND6 innerhalb einer Lieferung (anonyme Angabe)	Sequenznummer
4	RECHNUNGSNR	Interne Nummer des Dokuments (Rechnung / Beleg), wird durch APVC anonymisiert	anonymer Verbindungscode
5	ZSRLEISTUNGSERBRINGER	ZSR Leistungserbringer, wird durch APVC anonymisiert	anonymer Verbindungscode, Erbringergruppe
6	ZSRABGABESTELLE	ZSR Abgabestelle, bei Abweichung mit ZSR Leistungserbringer, wird durch APVC anonymisiert	anonymer Verbindungscode, Erbringergruppe
7	ZSRVERANLASSER	ZSR Leistungsveranlasser, wird durch APVC anonymisiert	anonymer Verbindungscode, Erbringergruppe
8	ABGABEDATUM	Datum, an welchem das MiGEL (erstmalig) abgegeben wurde.	Monat
9	ERBRINGUNGSDATUM	Datum der Leistungserbringung gemäss Rechnung Oder Datum, an welchem das MiGEL (letztmalig) abgegeben wurde, wenn anders als Abgabedatum).	Monat
10	TARIFCODE	Tarifcode (452, MiGeL)	
11	TARIFPOSITION	Tarifziffer gemäss Rechnung	
12	POSITIONTEXT	Tarifbeschreibung zu der Ziffer	

		der Tarifposition	
13	ANZAHL	Anzahl gemäss Rechnung	
14	POSITIONBETRAG	Bruttokosten gemäss Rechnung (MiGeL: tatsächlich verrechneter Betrag)	
15	POSITIONTP1	Taxpunkte 1 Anzahl Taxpunkte gemäss Rechnung (nicht relevant bei MiGeL)	
16	POSITIONTP2	Taxpunkte 2 (nicht relevant bei MiGeL)	
17	SBANRECHENBAR	Kostenbeteiligung der Leistungsposition/Selbstbeteiligung, anrechenbarer Anteil	
18	SBNICHTANRECHENBAR	Nicht anrechenbarer Anteil des Selbstbehalts	
19	INDIZIERT	Indiziert durch Leistungserbringer, Angabe gemäss Rechnung	

Bemerkung: EFIND4, Angaben nach Kostengruppen nach Abrechnungsdatum wird nicht erhoben.

Übersicht über die EFIND Datenerhebung und Datenweitergabe je Variante

Die EFIND1-EFIND6 Angaben werden nicht gesamthaft an das BAG weitergegeben, sondern die Übermittlung erfolgt nach einem Anonymisierungsvorgang als zweckgebundene Teilmenge (pro Datentopf). Die unten folgende Tabelle fasst die Datentöpfe und die entsprechenden Dateninhalte nach EFIND Erhebungsformular zusammen.

Datentopf und Zweck	EFIND1 Demographische Angaben	EFIND2 Prämie, Gesamtkosten Kostenbeteiligung	EFIND3 Kosten nach Leistungsart und Leistungserbringer	EFIND5 Medikamente Einzelleistungen	EFIND6 Einzelleistungen, Tarife
D1: Aufsicht (KVAG), Gesamtkostenentwicklung (KVG)	Vollständig	Vollständig	-	-	-
D2 : Kostenmonitoring (KVG)	Basisdaten	Basisdaten	Vollständig	-	-
D3 : Medikamentenaufnahme (KVG)	Basisdaten	Basisdaten	Basisdaten	Vollständig für neue Medikamente	
D4 : Medikamentenüberprüfung (KVG)	Basisdaten	Basisdaten	Basisdaten	Vollständig für eine Auswahl an Medikamenten	
D5 : Medikamentengenerika (KVG)	Basisdaten	Basisdaten	Basisdaten	Vollständig für Original und Generika	

D6 : MiGEL	Basisdaten	Basisdaten	Basisdaten	-	Nur MiGeL
D7: Tarife, ad hoc (KVG)	Basisdaten	Basisdaten	Basisdaten	-	Andere-Tarife

Die Kommission hat beschlossen, dass das BAG EFIND1-EFIND2 für bestimmte KVAG Zwecke und EFIND1 bis EFIND3 für bestimmte KVG Zwecke erheben kann (womit Datentöpfe D1 und D2 weitergegeben werden).

Die Minderheit beantragt, dass das BAG zusätzlich EFIND5 und EFIND6 erheben kann, womit Datentöpfe D3, D4, D5 und D6 dem BAG weitergegeben werden können.

In der ab dem Jahre 2000 geplanten ursprünglichen Version der Erhebung, also vor der Einschränkung ab dem Jahre 2014, wäre noch der Datentopf D7, Einzelleistungen ohne Einschränkung auf die MiGeL, geplant gewesen.