



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Inneren EDI

**Bundesamt für Gesundheit BAG**

Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

## **Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)**

**und**

## **Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)**

Vorgesehene Änderungen per 1. Januar 2013

Änderungen und Kommentar im Wortlaut

Bern, Juli 2012

## Inhaltsverzeichnis

<b>I.</b>	<b>Organisationen der Ernährungsberatung</b>	<b>3</b>
1.	Einführung	3
1.1	Ausgangslage	3
1.2	Rechtliche Grundlagen	3
1.3	Änderungen	3
2.	Bestimmungen	4
2.1	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)	4
2.2	Krankenpflegeleistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV)	4
<b>II.</b>	<b>Datenweitergabe</b>	<b>5</b>
1.	Einführung	5
1.1	Ausgangslage	5
1.2	Änderungen	6
2.	Bestimmungen	7
2.1	Artikel 59 Absatz 1 KVV	7
2.2	Artikel 59 Absätze 2, 3 und 4 KVV	8
2.3	Artikel 59a Absatz 1 KVV	8
2.4	Artikel 59a Absatz 2 KVV	8
2.5	Artikel 59a Absatz 3 KVV	8
2.6	Artikel 59a Absatz 4 KVV	8
2.7	Artikel 59a Absatz 5 KVV	9
2.8	Artikel 59a Absatz 6 KVV	9
2.9	Artikel 59a Absatz 7 KVV	9
2.10	Artikel 59a <sup>bis</sup> KVV	10
2.11	Artikel 59a <sup>ter</sup> Absatz 1 KVV	10
2.12	Artikel 59a <sup>ter</sup> Absatz 2 KVV	10
2.13	Übergangsbestimmung	11
<b>III.</b>	<b>Inkrafttreten</b>	<b>11</b>

# **I. Organisationen der Ernährungsberatung**

Mit geplantem Inkrafttreten auf den 1. Januar 2013 schlägt das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) Anpassungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) sowie der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, SR 832.112.31) vor. Es handelt sich dabei um die Zulassung von Organisationen der Ernährungsberatung als Leistungserbringer im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10).

## **1. Einführung**

### **1.1 Ausgangslage**

Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen können bereits seit 1997 auf ärztliche Anordnung hin unter der Voraussetzung, dass sie ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen und abrechnen (Art. 50a i.V. mit Art. 46 KVV). Die entsprechenden Leistungen sind in Artikel 9b KLV abschliessend aufgeführt. Im Bereich der Physiotherapie wurden per 1. August 2009 neben den selbstständig tätigen Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen die Organisationen der Physiotherapie als Leistungserbringer zugelassen (Art. 52a KVV). In der Folge ist ein Antrag des Schweizerischen Verbandes dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH (SVDE ASDD) auf Zulassung der Organisationen der Ernährungsberatung eingereicht worden. Der Verband macht u.a. geltend, es entspreche einer Tatsache, dass Ernährungsberater/innen nicht nur im Rahmen einer selbständigen Tätigkeit, sondern auch im Anstellungsverhältnis bei selbstständig tätigen Ernährungsberater/innen Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen und dass mit der Einführung von Organisationen der Ernährungsberatung dem steigenden Bedürfnis nach professionellen Dienstleistungen in der Ernährungsberatung entsprochen werden könne.

### **1.2 Rechtliche Grundlagen**

Artikel 35 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) zählt die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer auf. Die Ernährungsberatung wird im KVG nicht namentlich erwähnt. Nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe e KVG sind Personen zugelassen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen sowie Organisationen, die solche Personen beschäftigen. Artikel 38 KVG gibt dem Bundesrat die Kompetenz, die Anforderungen an diese Personen und Organisationen festzulegen. In Ausführung von Artikel 38 KVG hat der Bundesrat festgelegt, dass Ernährungsberater/-innen, die auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag Leistungen erbringen, zugelassen sind, wenn sie ihren Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben sowie nach kantonalem Recht zugelassen sind und die übrigen Zulassungskriterien nach KVV erfüllen (Art. 46 KVV).

### **1.3 Änderungen**

Hinsichtlich der Zulassung von Organisationen der Ernährungsberatung geht es nicht um eine Mengenausweitung, sondern in erster Linie um eine Frage der Strukturierung der Leistungserbringer. Es ist davon auszugehen, dass keine signifikanten Mehrkosten entstehen. Zudem kann analog den Organisationen der Physiotherapie zur Bedingung gemacht werden, dass auch angestellte Personen dieselben Voraussetzungen wie selbstständig tätige Personen erfüllen müssen. Davon ausgehend, dass die Zulassung von Organisationen der Physiotherapie vergleichbar mit der Zulassung von Orga-

nisationen der Ernährungsberatung ist, rechtfertigt sich zudem grundsätzlich eine Gleichbehandlung. In diesem Sinne sollen entsprechend dem Artikel über die Zulassungsbedingungen an Organisationen der Physiotherapie in einem neuen Artikel 52b KVV die Zulassungsbedingungen für die Organisationen der Ernährungsberatung festgelegt werden.

## **2. Bestimmungen**

### **2.1 Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)**

#### **Artikel 50a Absatz 1 Buchstabe b KVV**

Die zweijährige praktische Tätigkeit kann neu auch in einer Organisation der Ernährungsberatung absolviert werden. Artikel 50a Abs. 1 Bst. b KVV wird deshalb entsprechend ergänzt.

#### **Artikel 52b KVV (neu)**

In Analogie zu den Organisationen der Physiotherapie haben die Organisationen der Ernährungsberatung dieselben Voraussetzungen zu erfüllen. Nach dem neuen Artikel 52b KVV müssen die Organisationen der Ernährungsberatung deshalb nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sein (Bst. a); ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben (Bst. b); ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50a erfüllen (Bst. c); über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen (Bst. d) und an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Ernährungsberatung erbracht wird (Bst. e). Die Formulierung ist angezeigt, um eine Mengenausweitung zu vermeiden und die Qualität zu sichern.

### **2.2 Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV)**

#### **Artikel 9b Absatz 1 KLV**

Die Leistungen der Ernährungsberatung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind in Artikel 9b KLV festgelegt. Durch die Neueinführung der Organisationen der Ernährungsberatung wird es notwendig, diese in die Bestimmung aufzuführen sowie die Verweise anzupassen.

Anlässlich der Änderung betreffend Organisationen der Ernährungsberatung wird die Gelegenheit wahrgenommen, den Rechtschreibfehler (Body-mass-Index), aufgeführt in Buchstabe b von Artikel 9b Absatz 1 KLV, in der deutschen Fassung zu korrigieren.

## **II. Datenweitergabe**

### **1. Einführung**

#### **1.1 Ausgangslage**

Die Eidgenössischen Räte haben am 21. Dezember 2007 die Revision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen (AS 2008 2049). Im Zentrum stehen der Übergang zur Leistungsfinanzierung sowie die Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen, die auf einheitlichen Strukturen beruhen.

Der Bundesrat hat am 22. Oktober 2008 die Ausführungsbestimmungen in Form der Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) verabschiedet. Der Bundesrat hat insbesondere Anpassungen bei der Rechnungsstellung (Art. 59 KVV) vorgenommen sowie basierend auf Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 die Schlussbestimmungen zur KVV wie auch VKL erlassen. In Absatz 2 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV ist festgehalten, dass die Tarifpartner Begleitmassnahmen für die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen zu vereinbaren haben. Da die Tarifpartner über mehrere Punkte bisher keine Einigung erzielt haben, erachtet es der Bundesrat als notwendig, im Interesse einer geordneten Einführung sowie der Rechtssicherheit zusätzliche Bestimmungen zu erlassen. Am 2. November 2011 verabschiedete der Bundesrat bereits Bestimmungen bezüglich Monitoring und Korrekturmassnahmen sowie zu den Anlagenutzungskosten (Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV, Absätze 2bis, 2ter sowie 4; AS 2011 5037). Zudem stellte er in Aussicht, zusätzliche Bestimmungen zur Datenweitergabe im Rahmen der Rechnungsstellung zu erlassen.

Beim Diagnosis Related Groups (DRG)-Fallpauschalen-System für den akutstationären Bereich wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen, Schweregrad und Alter des Patienten einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet. Diese diagnosebasierte Tarifstruktur hat zur Folge, dass die Weitergabe von Diagnose- und Behandlungsdaten von den Leistungserbringern an die Versicherer gefordert wird.

Grundsätzlich ist bzw. war es Aufgabe der Tarifpartner, die konkrete Regelung der Weitergabe von Diagnose- und Prozedurencodes, respektive die Rechnungsstellung vor der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen zu vereinbaren. Mit Blick auf die Einführung der leistungsbezogenen Finanzierung konnten sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Ausgestaltung der Spitalrechnungen einigen. Für die Versicherer ist klar, dass sie aufgrund der Fallpauschale nicht überprüfen können, ob die Rechnungsstellung korrekt erfolgt ist und ob die durchgeführte Behandlung den Kriterien der Wirtschaftlichkeit genügt, so wie es das Gesetz verlangt. Aus diesem Grund verlangen die Versicherer, dass die Spitäler nebst der Fallpauschale sämtliche Diagnosen und Prozeduren auf der Rechnung auflisten. Demgegenüber argumentieren die Leistungserbringer, dass eine Kontrolle der DRG-Codierung bereits im Rahmen der Kodierrevision stattfindet. Dieses Kontrollverfahren, bei welchem externe Revisoren stichprobentypisch prüfen, ob das Spital aufgrund der gemachten Diagnosen die richtige Fallpauschale in Rechnung stellt, sei wirksam und respektiere gleichzeitig das Patientengeheimnis. Die Leistungserbringer sind der Meinung, die Aufführung der Fallpauschale auf der Rechnung sei genügend und nur in begründeten Fällen seien auf Nachfrage zusätzliche Angaben zu liefern. Die systematische Datenübermittlung wird seitens der Spitäler als unverhältnismässig erachtet und man befürchtet eine Verletzung des Patientengeheimnisses.

Nach Artikel 42 Absatz 3 und 4 des Gesetzes muss der Leistungserbringer dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen, wobei er ihm alle Angaben machen muss, die er benötigt,

um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Der Versicherer kann eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen (Art. 42 Abs. 4 KVG). Absatz 5 von Artikel 42 KVG hält dazu fest, dass der Leistungserbringer in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet ist, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt des Versicherers bekannt zu geben. Auf der Rechnung bekanntzugeben sind laut Artikel 59 Absatz 1 KVV das Kalendarium der Behandlung, erbrachte Leistungen, Diagnosen, Kennnummer der Versichertenkarte und die Versichertennummer. Die Versicherer und Leistungserbringer können gemeinsam vereinbaren, welche Angaben und Diagnosen in der Regel nur dem Vertrauensarzt weitergegeben werden (Art. 59 Abs. 2 KVV).

Die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen ändert grundsätzlich nichts an diesen rechtlichen Vorgaben. Der Bundesrat hat im Rahmen der Verordnungsanpassungen zur KVG-Revision auf den 1. Januar 2009 im Bereich der Spitalfinanzierung Artikel 59 KVV bereits ergänzt und festgehalten, dass die Versicherer die nach Artikel 20 der Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz erforderlichen technischen und organisatorischen Massnahmen treffen (Art. 59 Abs. 1bis KVV), eine klare Trennung zwischen der Rechnung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und der Rechnung für die Zusatzversicherung zu erfolgen hat und zwei separate Rechnungen erstellt werden müssen (Art. 59 Abs. 3 KVV). Gleichzeitig hat er festgehalten, dass die diagnosebezogenen Daten pseudonymisiert aufzubewahren sind, wobei die Pseudonymisierung einzig durch den Vertrauensarzt aufgehoben werden kann (Art. 59 Abs. 1ter KVV). Damit trug der Bundesrat der möglichen Weitergabe von diagnosebezogenen Daten Rechnung und hat insbesondere bereits den Versicherern klare Vorgaben für den Umgang mit sensiblen Daten gemacht. Diese Bestimmungen sollen denn auch nicht angepasst werden.

In einem Grundsatzurteil vom 29. Mai 2009 (C-6570/2007) hat das Bundesverwaltungsgericht zur Auslegung von Artikel 42 KVG und 59 KVV festgehalten, dass die geltenden Bestimmungen eine tarifvertragliche Regelung bezüglich der systematischen Übermittlung bestimmter medizinischer Auskünfte erlauben, dabei aber insbesondere auch die allgemeinen verfassungs-, verwaltungs- und sozialversicherungsrechtlichen Prinzipien zu respektieren seien, wozu das grundrechtlich geschützte Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten wie auch die datenschutzrechtlichen Bestimmungen gehören. Insbesondere sei bei der Bearbeitung von Personendaten der Grundsatz der Verhältnismässigkeit zu beachten. Bezüglich Wirtschaftlichkeitskontrolle geht das Bundesverwaltungsgericht davon aus, dass bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit stationärer Leistungen grundsätzlich nach der analytischen Methode (Einzelfallprüfung) vorgegangen werden muss, allenfalls mit Hilfe einer genügend grossen Anzahl von (gezielten) Stichproben. Diese Prüfung hat sich nicht auf eine blosser Rechenkontrollen zu beschränken, sondern muss sich auch darauf erstrecken, ob der Behandlungsaufwand unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes und des angestrebten Heilerfolges notwendig und vertretbar war. Dies setzt voraus, dass für jeden Einzelfall Kenntnis über die Diagnose, die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen sowie das angestrebte diagnostische und therapeutische Ziel bestehe. Nach Ansicht des Bundesverwaltungsgerichts erweisen sich die Diagnose und der Eingriffscode somit als geeigneter und adäquater Ausgangspunkt zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit. Sollte sich anhand dieser Ausgangsinformationen zeigen, dass weitere medizinische Auskünfte erforderlich sind, so könnten diese im Rahmen von Artikel 42 Absatz 4 und 5 KVG - gegebenenfalls über den Vertrauensarzt - einverlangt werden. Im zu entscheidenden Fall wurde daher festgehalten, dass die tarifvertragliche Vereinbarung der systematischen Übermittlung von Diagnosen mit der Eintrittsmeldung respektive von Diagnosen und von Eingriffscode mit der Rechnung, in der Regel in nicht anonymisierter Form an sich nicht als unverhältnismässig zu beurteilen ist.

Für die Datenübermittlung wurde zwischenzeitlich - nicht zuletzt angesichts der Uneinigkeit zwischen den Tarifpartnern - eine präzisierte gesetzliche Grundlage im Rahmen der Anpassung des KVG, gestützt auf die parlamentarische Initiative 11.429 Tarmed. Subsidiäre Kompetenz des Bundesrates (BBl 2012 55) geschaffen. Die Bestimmung von Artikel 42 Absatz 3bis KVG besagt, dass die Leistungserbringer auf der Rechnung die Diagnosen und Prozeduren nach den aktuellen Klassifikationen codiert aufzuführen haben. In diesem Sinne wird eine systematische Übermittlung der Daten nun explizit vor-

geschrieben. Der Bundesrat hat indessen die Aufgabe, Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips zu erlassen. Nach dem ungenutzten Ablauf der Referendumsfrist am 13. April 2012 hat der Bundesrat das Inkrafttreten per 1. Januar 2013 festgelegt und gleichzeitig den Entscheid über die vorliegende Anpassung der KVV getroffen.

## 1.2 Änderungen

Ausgehend von der präzisierten gesetzlichen Grundlage wird festgehalten, dass im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus Diagnosis Related Groups (DRG), welche zur Berechnung des anwendbaren Tarifs notwendig sind Diagnosen und Prozeduren mit der Klassifikation, die im Rahmen der medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik verwendet wird, zu codieren und aufzuführen sind. Der Leistungserbringer hat also dem Versicherer sowohl die administrativen wie die medizinischen Angaben weiterzuleiten und zwar gleichzeitig. Damit beide Datensätze zusammengeführt werden können muss der Leistungserbringer sie mit einer Identifikationsnummer versehen. Die gesamtschweizerisch einheitliche Struktur des administrativen und medizinischen Datensatzes wird vom Eidgenössischen Departement des Innern in Form einer Verordnung festgelegt.

Für den ambulanten Bereich sowie die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie wird derzeit auf eine detaillierte Regelung verzichtet, da die erwähnten Klassifikationen im ambulanten Bereich teilweise nicht angewandt werden und die notwendigen Regelungen und Klassifikationen zuerst noch erarbeitet werden müssen.

Bedingt durch die angewendeten Klassifikationen werden in einem DRG-Vergütungsmodell viele medizinische und damit schützenswerte Angaben mit einem hohem Detaillierungsgrad weitergegeben. Entsprechend sind für die Datenweitergabe im Rahmen der Rechnungsstellung weitere Vorgaben vorzusehen. Die medizinischen Angaben die notwendig sind zur Berechnung des anwendbaren Tarifs, sind entsprechend zur Rechnungskontrolle zu übermitteln. Um dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit Rechnung zu tragen muss für die Datennahme und -weitergabe beim Versicherer eine spezielle Regelung vorgesehen werden. Aus diesem Grund muss der Versicherer über eine sogenannte zertifizierte Datenannahmestelle verfügen. Eine zertifizierte Datenannahmestelle hat insbesondere die Aufgabe, mittels einer vollständig automatisierten Rechnungskontrolle eine Triage der Rechnungen vorzunehmen. Bei der vollständig automatisierten Rechnungskontrolle handelt es sich um eine automatisierte Triage, die nur sogenannte „auffällige Rechnungen“ zur genaueren Überprüfung herausfiltert. Die Rechnungen, welche herausgefiltert werden, werden an den Versicherer zur weiteren - manuellen - Abklärung, weitergeleitet. Alle anderen Rechnungen werden zur Zahlung freigegeben, ohne dass die medizinischen Angaben von Mitarbeitenden der Versicherer eingesehen werden. Der Eidgenössische Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragte wird die Zertifizierung der Datenannahmestelle und somit die Einhaltung der Vorschriften des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG; SR 235.1) überwachen und eine Liste der zertifizierten Datenannahmestellen veröffentlichen. Da noch nicht alle Versicherer über eine solche zertifizierte Datenannahmestelle verfügen und der Zertifizierungsprozess eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen wird, wird bis Ende 2013 im Sinne einer Übergangsregelung vorgesehen, dass eine systematische Datenweitergabe direkt an den Vertrauensarzt oder an die Vertrauensärztin erfolgen kann. Nach diesem Zeitpunkt dürfen medizinische Angaben ausschliesslich systematisch übermittelt werden, wenn eine zertifizierte Datenannahmestelle vorhanden ist. Die Übermittlung der Angaben zwischen dem Leistungserbringer und der zertifizierten Datenannahmestelle muss selbstverständlich gesichert sein.

## **2. Bestimmungen**

### **2.1 Artikel 59 Absatz 1 KVV**

Artikel 59 Absatz 1 zählt auf, welche Angaben die Leistungserbringer auf ihren Rechnungen machen müssen. Buchstabe c wird angepasst, indem im Einklang mit dem neuen Artikel 42 Absatz 3bis KVG zusätzlich zu den Diagnosen noch die Prozeduren anzugeben sind, welche zur Berechnung des anwendbaren Tarifs notwendig sind. Im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG sind damit einzig die gruppierungsrelevanten medizinischen Angaben gemeint. Der Einleitungssatz wird ergänzt mit der Vorgabe aus Artikel 42 Absatz 3 und 3bis KVG, wonach die Rechnung alle Angaben enthalten muss, welche für die Überprüfung der Berechnung der Vergütung sowie für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistung notwendig werden. Damit soll dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit Rechnung getragen werden, indem nicht mehr Angaben auf der Rechnung aufgeführt werden, als tatsächlich notwendig sind.

### **2.2 Artikel 59 Absätze 2, 3 und 4 KVV**

Die Absätze 2, 3 und 4 entsprechen integral den ehemaligen Absätzen 3, 4 und 5. Der Artikel wurde aus gesetzestechnischen Gründen neu nummeriert und zwei neue Artikel geschaffen.

### **2.3 Artikel 59a Absatz 1 KVV**

Die Leistungserbringer müssen die Datensätze mit den nach Artikel 59 Absatz 1 Buchstabe c notwendigen medizinischen und administrativen Angaben an die Versicherer weiterleiten. Diese Datensätze werden mittels einer einmaligen Identifikationsnummer verbunden.

Basierend auf Artikel 48 des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetz (RVOG) soll die Kompetenz zur Festlegung einer gesamtschweizerisch einheitlichen Struktur des administrativen und medizinischen Datensatzes an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) delegiert werden.

### **2.4 Artikel 59a Absatz 2 KVV**

Diagnosen und Prozeduren sind mit dem Code nach dem Anhang zur Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes erstellten medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Statistikerhebungsverordnung; SR 131.012.1) auf der Rechnung aufzuführen

### **2.5 Artikel 59a Absatz 3 KVV**

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Datensätze mit den administrativen und den medizinischen Angaben gleichzeitig mit der Rechnung an die Datenannahmestelle des Versicherers weiterzuleiten. Der Versicherer ist verpflichtet sicherzustellen, dass auf die medizinischen Angaben, die bei der Datenannahmestelle eingehen, niemand zugreifen kann.

### **2.6 Artikel 59a Absatz 4 KVV**

Die zertifizierte Datenannahmestelle stellt die datenschutzkonforme Weiterleitung von Rechnungen an die zuständige Stelle beim Versicherer sicher. Wie bereits erwähnt, wird nach Erhalt der Rechnungsdaten bei der zertifizierten Datenannahmestelle eine vollständig automatisierte Rechnungskontrolle

vorgenommen, wobei nur diejenigen Rechnungen, die gemäss voreingestellten Parametern auffällig sind, zur Prüfung an den Versicherer weitergeleitet werden. Alle nicht herausgefilterten Rechnungen werden zur Bezahlung freigegeben. Es werden folglich unter Wahrung der Verhältnismässigkeit nur diejenigen Angaben an den Versicherer zur manuellen Weiterverarbeitung weitergegeben, die vertieft zu prüfen sind. Der Versicherer darf nicht nachträglich nach Erhalt der triagierten Rechnungen Weisungen an die Datenannahmestelle erteilen, damit für bestimmte Rechnungen zusätzliche Angaben weitergegeben werden. In diesem Sinne ist die Datenannahmestelle unabhängig vom Versicherer und nicht weisungsgebunden.

## **2.7 Artikel 59a Absatz 5 KVV**

Müssen weitere Auskünfte medizinischer Natur einverlangt werden, muss der Versicherer in Einklang mit Artikel 42 Absatz 5 KVG die versicherte Person darüber informieren, dass die Möglichkeit besteht, die Einsicht nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu gewähren.

## **2.8 Artikel 59a Absatz 6 KVV**

Die Versicherer müssen eine zertifizierte Datenannahmestelle vorsehen, damit auch bei einer systematischen Übermittlung von medizinischen Angaben der Datenschutz und die Verhältnismässigkeit der Datenbearbeitung gewährleistet werden.

Das Zertifizierungsverfahren wird im DSG- das den Schutz von Persönlichkeit von Personen, über die Daten bearbeitet werden bezweckt - u.a. in Artikel 11 sowie in der Verordnung über die Datenschutz-zertifizierung (VDSZ, SR 235.13) geregelt. Nach Artikel 11 DSG können u.a. die Hersteller von Datenbearbeitungssystemen sowie private Personen oder Bundesorgane, die Personendaten bearbeiten, ihre Systeme, Verfahren und ihre Organisation einer Bewertung durch anerkannte unabhängige Zertifizierungsstellen unterziehen, um den Datenschutz und die Datensicherheit zu verbessern. Der eidgenössische Datenschutzbeauftragte nach Artikel 26 DSG prüft die Zertifizierungsverfahren. Gestützt auf Artikel 6 VDSZ ist die Zertifizierung nur für eine bestimmte Zeit gültig. Danach muss eine Rezertifizierung erfolgen.

Es besteht für die Versicherer die Möglichkeit, die Aufgaben der Datenannahmestelle auszulagern (Outsourcing). Dies unter der Voraussetzung, dass die Daten nur so bearbeitet werden, wie es der Krankenversicherer selber tun dürfte und keine gesetzliche oder vertragliche Geheimhaltungspflicht dies verbietet (Art. 10a DSG). Artikel 84 KVG erlaubt den Krankenversicherern, Personendaten einschliesslich besonders schützenswerter Daten und Persönlichkeitsprofile durch Dritte bearbeiten zu lassen.<sup>1</sup> Selbstverständlich muss allen weiteren datenschutzrechtlichen Bestimmungen in diesem Zusammenhang Rechnung getragen werden.

## **2.9 Artikel 59a Absatz 7 KVV**

Die Zertifizierung der Datenannahmestellen wird vom Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) überprüft. Nach erfolgter Zertifizierung oder Rezertifizierung sind die Versicherer verpflichtet, den EDÖB zu informieren. Er darf jederzeit die relevanten Unterlagen zur Überprüfung einfordern und publiziert eine Liste der zertifizierten Datenannahmestellen, damit die Leistungserbringer sich leicht informieren können.

---

<sup>1</sup> Vgl. Kreisschreiben Nr. 7.1

## **2.10 Artikel 59a<sup>bis</sup> KVV**

Für den ambulanten Bereich sowie die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie erlässt das Departement ausführende Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Diagnosen und Prozeduren unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips zu erlassen.

## **2.11 Artikel 59a<sup>ter</sup> Absatz 1 KVV**

Diese Bestimmung nimmt den Inhalt des aufgehobenen Absatz 1bis von Artikels 59 KVV auf. Es wird geregelt, wie die Versicherer vorzugehen haben, damit auf technischer und organisatorischer Ebene der Datenschutz gewährleistet wird. Der Begriff diagnosebezogen wurde gestrichen und in Einklang mit der verwendeten Terminologie durch medizinische Angaben ersetzt. Weiter wurde der Verweis auf Artikel 20 der Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz (VDSG; SR 235.11) gestrichen – da er nicht direkt auf die Versicherer anwendbar ist – und mit einem Verweis auf Artikel 21 VDSG, welcher die Versicherer verpflichtet Bearbeitungsreglemente zu erstellen, und auf Artikel 22 VDSG, welche die Datenbearbeitung im Auftrag regelt, ersetzt. Damit wird auch hier die bisherige Regelung im Grundsatz weitergeführt.

## **2.12 Artikel 59a<sup>ter</sup> Absatz 2 KVV**

Diese Bestimmung löst den aufgehobenen Absatz 1ter des Artikels 59 KVV und regelt bis anhin die Aufbewahrung der diagnosebezogenen Daten. Bislang war eine Pseudonymisierung vorgesehen. Diese Regelung wird nun aufgehoben und künftig wird explizit festgehalten, dass auch verschlüsselte Angaben den Anforderungen an eine sichere Aufbewahrung genügen, demzufolge kann nur der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin die Verschlüsselung aufheben.

## **2.13 Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...**

*Abs. 1:* Die medizinischen Angaben dürfen nur systematisch übermittelt werden, wenn eine zertifizierte Datenannahmestelle nachgewiesen werden kann. Den Versicherern ist daher eine Frist bis zum 31. Dezember 2013 zur Einrichtung dieser Datenannahmestelle und deren Zertifizierung einzuräumen. Während dieses Übergangs ist die systematische Übermittlung von medizinischen Angaben nur möglich, wenn diese direkt an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin weitergegeben werden. Ab dem 1. Januar 2014 dürfen die medizinischen Angaben nur noch systematisch übermittelt werden, wenn der Versicherer den Nachweis einer zertifizierten Datenannahmestelle erbringt.

Während der Übergangszeit und bis zum Zeitpunkt, in dem eine zertifizierte Datenannahmestelle zur Verfügung steht, dürfen die medizinischen Angaben systematisch einzig direkt dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin im Einklang mit Artikel 57 Absatz 7 des Gesetzes übermittelt werden. Diese geben im Einzelfall nur diejenigen Angaben an den Versicherer weiter, die für diesen notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen oder eine Verfügung zu begründen. Damit ist es dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin auch möglich, den Versicherer im Einzelfall auf unplausible oder auffällige medizinischen Angaben nach Artikel 59 Absatz 2bis unter Angabe der Identifikationsnummer aufmerksam zu machen oder ihm diese weiterzuleiten, jeweils jedoch unter Vorbehalt von Artikel 42 Absatz 5 des Gesetzes. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin kann nach Artikel 57 KVG auch weitere Abklärungen beim Spital vornehmen oder weitere Angaben einfordern. Dieses Recht steht im Einzelfall auch dem Krankenversicherer nach Artikel 42 Absatz 4, jedoch unter Einschränkung nach Absatz 5 des Gesetzes zu. Der Begriff des Vertrauensarztes umfasst auch seine Hilfspersonen und damit eigentlich den Vertrauensärztlichen Dienst (VAD).

*Abs. 2:* Das Departement erlässt bis Ende 2014 detaillierte Bestimmungen für den ambulanten Bereich sowie die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie. Während diesem Zeitraum bleiben die Tarifverträge zwischen den Leistungserbringer und den Versicherern anwendbar. Ab 2015, am Ende der Übergangsfrist, müssen die Leistungserbringer alle Angaben codiert nach den schweizweit anwendbaren Klassifikationen, an die Versicherer weitergeben.

### **III. Inkrafttreten**

Die Bestimmungen sollen per 1. Januar 2013 in Kraft treten.