



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Inneren EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Verordnung des EDI über die Datensätze für die Datenweitergabe zwischen Leistungserbringern und Versicherern

Inkrafttreten am 1. Januar 2013

Kommentar im Wortlaut

Bern, November 2012

Inhaltsverzeichnis

1.	Ausgangslage	3
2.	Bestimmungen	3
2.1	Artikel 1	3
2.2	Artikel 2	3
3	Anhang zum Artikel 1	4
3.1	Medizinischer Datensatz	4
3.2	Administrativer Datensatz	4

1. Ausgangslage

Am 23. Dezember 2011 hat das Parlament gestützt auf die parlamentarische Initiative 11.429 Tarmed. Subsidiäre Kompetenz des Bundesrates Artikel 42 Absatz 3bis im Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) (BBl 2012 55) verabschiedet. Dieser Absatz bestimmt, dass die Leistungserbringer auf der Rechnung die Diagnosen und Prozeduren nach den aktuellen Klassifikationen codiert aufzuführen haben. Der Bundesrat hat 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 am 4. Juli 2012 das Inkrafttreten per 1. Januar 2013 festgelegt.

Gleichentags hat der Bundesrat gestützt auf den neuen Absatz 3bis von Artikel 42 die Bestimmungen zur Rechnungsstellung in der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) auf den 1. Januar 2013 angepasst. Artikel 59 Absatz 1 KVV schreibt den Leistungserbringern vor, welche Angaben den Versicherern zu liefern sind. Im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus Diagnosis Related Groups (DRG) sind Diagnosen und Prozeduren, die zur Berechnung des anwendbaren Tarifs notwendig sind, mit den Klassifikationen die im Rahmen der medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik verwendet werden, zu codieren (Art. 59a Abs. 2 KVV). Im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG sind vom Leistungserbringer sowohl die administrativen als auch die medizinischen Angaben weiterzuleiten und zwar gleichzeitig mit der Rechnung (Art. 59a Abs. 1 und 3 KVV).

Damit die Datensätze mit den administrativen und medizinischen Angaben im Falle eines DRG-Vergütungssystems schweizweit einheitlich definiert sind, legt aufgrund von Artikel 59a Absatz 1 KVV das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die gesamtschweizerisch einheitliche Struktur der Datensätze in Form einer Verordnung fest. Die Verordnung des EDI hat folglich die Struktur der Datensätze bezüglich Umfang und Inhalt der zu übermittelnden administrativen und medizinischen Angaben einheitlich zu regeln. Die Datensätze haben nur diejenigen Variablen zum Inhalt, die zur Ermittlung der DRG-Fallgruppe und Prüfung der Rechnung notwendig sind.

Eine Rechnung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG enthält daher die Angaben nach Artikel 59 Absatz 1 KVV sowie die Variablen des Anhangs zu Artikel 1 der vorliegenden Verordnung des EDI über die Datensätze für die Datenweitergabe zwischen Leistungserbringern und Versicherern.

2. Bestimmungen

2.1 Artikel 1

Artikel 1 verweist bezüglich der Struktur der Datensätze auf den Anhang. Im Anhang werden die Variablen definiert, welche von den Leistungserbringern an die Versicherer nach Artikel 59a Absätze 1, 2 und 3 KVV weiterzugeben sind

2.2 Artikel 2

Artikel 2 regelt das Inkrafttreten. Die Bestimmungen treten per 1. Januar 2013 in Kraft.

3. Anhang zu Artikel 1

In Anhang zu Artikel 1 werden die zu übermittelnden Angaben mittels einer Auflistung der Variablen definiert. Die Variablen sind - anhand ihres Informationsgehalts - in zwei Datensätze aufgeteilt, in einen medizinischen und einen administrativen Datensatz. Die Aufteilung ist notwendig und bereits in der KVV vorgesehen, weil es sich bei den Variablen des medizinischen Datensatzes um besonders schützenswerte Personendaten im Sinne von Artikel 3 Buchstabe c Ziffer 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz (DSG; SR 235.1) handelt. Die beiden Datensätze haben nur diejenigen Variablen zum Inhalt, die zur Ermittlung der DRG-Fallgruppe (tarifrelevant) und zur Prüfung der Rechnung notwendig sind.

Die Variablen sind aus der medizinischen Statistik der Krankenhäuser nach Ziffer 62 des Anhangs der Verordnung vom 30. Juni 1993 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes (Statistikerhebungsverordnung; SR 431.012.1) abgeleitet, da bereits für die Codierung der Diagnosen und Prozeduren darauf abgestellt wird und diese als Datenbasis für das DRG-System dienen. Entsprechend erfolgt die Bezeichnung analog der medizinischen Statistik der Krankenhäuser. Weiter sind pro Variable der Inhalt und die möglichen Werte spezifiziert.

3.1 Medizinischer Datensatz

Der medizinische Datensatz enthält die Liste der medizinischen Variablen. Mit Ausnahme der Variable Abklärung Garant sind alle Variablen relevant für die Ermittlung der DRG-Fallgruppe. Die Angabe Abklärung Garant ist notwendig, damit die Versicherer Fälle, für welche bspw. die Invalidenversicherung zuständig sein könnte, erkennen und deren Zuständigkeit abklären können. Diese Variable darf jedoch nur dann angegeben werden, wenn eine Behandlung im Zusammenhang mit einer Diagnose durchgeführt wird, bei deren ein anderer Kostenträger überhaupt in Frage kommen könnte.

3.2 Administrativer Datensatz

Der administrative Datensatz enthält die Liste der administrativen Variablen. Die Variablen Geschlecht, Geburtsdatum, Alter bei Eintritt, Eintrittsdatum und -stunde, Aufenthaltsort vor dem Eintritt, Eintrittsart, Administrativer Urlaub und Ferien, Entscheid für Austritt, Aufenthalt nach Austritt, Zwischenaustritte und Wiedereintritte sind alle relevant für die Ermittlung der DRG-Fallgruppe. Die folgenden administrativen Variablen sind aus den untenstehend erläuterten Gründen notwendig:

Einweisende Instanz: Diese Variable ist im Rahmen besonderer Versicherungsformen (Art. 62 KVG) und den damit im Zusammenhang stehenden Versicherungsbedingungen notwendig. Die Deckungsübernahme ist unter Umständen bereits davon abhängig, ob sich der oder die Versicherte selber ein gewiesen hat oder ob die Einweisung vom behandelnden (Haus-) Arzt veranlasst wurde. Folgende Werte sind vorgesehen: 1 = selbst oder Angehörige, 2 = Rettungsdienst (Ambulanz, Polizei), 3 = Arzt, 4 = nichtmedizinischer Therapeut / nichtmedizinische Therapeutin, 8 = andere, 9 = unbekannt

Behandlungsart: Diese Variable ist zur Überprüfung, ob der Spitalaufenthalt korrekterweise nach SwissDRG vergütet wird, notwendig. Folgende Werte sind anwendbar: 1 = ambulant, 2 = stationär, 9 = unbekannt.

Klasse: Mit dieser Variable wird sichergestellt, dass aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine Leistungen aus der Zusatzversicherung vergütet werden. Folgende Werte sind anwendbar: 1 = allgemein, 2 = halbprivat, 3 = privat, 9 = unbekannt.

Geburtsdatum der Mutter: Diese Variable ist notwendig, um die Datensätze der Mutter und der Neugeborenen-Zusatzdaten korrekt verknüpfen zu können. Das Geburtsdatum dient im aktuellen Abrechnungsprozess als weiteres Kriterium, Versicherte zu identifizieren und allfällige Falschzuteilungen frühzeitig zu erkennen.