



Bern, November 2022

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)

(Umsetzung des Bundesgesetzes vom 19. März 2021 über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie der Änderung vom 18. Juni 2021 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1a und Änderung Zulassung psychologische Psychotherapie)

Erläuterungen



Übersicht

Die vorliegende Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVG) dient der Umsetzung des Bundesgesetzes vom 19. März 2021 über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Änderung vom 18. Juni 2021 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1a und enthält auch eine Änderung betreffend die Zulassung psychologische Psychotherapie.

Ausgangslage

Am 18. Juni 2021 hat das Parlament die Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1a verabschiedet. Ein Teil dieser Massnahmen bedurfte nur einer minimalen oder gar keiner Umsetzung auf Stufe der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV). Der Bundesrat hat diese daher bereits per 1. Januar 2022 in Kraft gesetzt, so die Bestimmungen zur Rechnungskopie, die maximale Bussenhöhe und die Regelung zur Tariforganisation.

Die restlichen Massnahmen sollen nun per 1. Januar 2023 in Kraft gesetzt werden. Es handelt sich um die Regeln zur Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen, zum Experimentierartikel sowie zu den Pauschalen.

Weiter hat das Parlament am 19. März 2021 das Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verabschiedet. Damit wird sowohl das KVG wie auch das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz vom 26. September 2014 (KVAG) geändert. Dies bedingt Änderungen der KVV und der Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAV). Das Bundesgesetz über die Datenweitergabe soll ebenfalls auf den 1. Januar 2023 in Kraft gesetzt werden.

Um die diversen Änderungen des Umsetzungsrechts zu koordinieren, wurden diese in einer Vorlage zusammengefasst. Zusätzlich hat sich im Rahmen der Umsetzung der am 1. Juli 2022 in Kraft getretenen Neuregelung der psychologischen Psychotherapie Anpassungsbedarf hinsichtlich der Zulassungsbedingungen ergeben.

Inhalt der Vorlage

Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Mit diesem Bundesgesetz wird präzisiert, zu welchen Zwecken und in welcher Form – aggregiert oder pro versicherte Person - die Versicherer dem BAG Daten weitergeben müssen. Deshalb wurden Artikel 21 KVG und 35 Absatz 2 KVAG geändert. Entsprechend der neuen Aufteilung der Regelungen in Artikel 21 KVG und Artikel 35 Absatz 2 KVAG werden in der KVV Ausführungsbestimmungen zu Artikel 21 KVG und in der KVAV Ausführungsbestimmungen für Artikel 35 Absatz 2 erlassen.

Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1a

Ambulante Pauschalen

Mit der vorliegenden Änderung der KVV wird das neue System der Patientenpauschaltarife im ambulanten Bereich (Art. 43 Abs. 5 erster Satz, 5^{ter} und 5^{quater} KVG) per 1. Januar 2023 in Kraft gesetzt. Diesbezüglich ist kein Ausführungsrecht in der KVV notwendig.

Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen

Artikel 47b KVG verpflichtet die Leistungserbringer und Versicherer zur Bekanntgabe derjenigen Daten im Tarifwesen für ambulante Behandlungen, welche für die Erfüllung der Tarifierungsaufgaben der zuständigen Behörden notwendig sind. In der KVV wird näher geregelt, welche Daten und wie diese zu liefern sind. Weiter werden auch die Bearbeitung, die Sicherheit und die Aufbewahrung der Daten geregelt.

Experimentierartikel

Artikel 59b KVG muss in der KVV umgesetzt werden. Dies geht insbesondere aus den Absätzen 1, 5 und 6 hervor. Letzterer verlangt unter anderem, dass die Bedingungen für die Bewilligung und die Mindestanforderungen für deren Evaluation durch den Bundesrat geregelt werden.

Zulassung psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

Ab dem 1. Januar 2023 werden die Weiterbildungsstätten mit einer Anerkennung der Kategorie C nach dem Weiterbildungsprogramm «Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie» in Artikel 50c Buchstabe b Ziffer 1 KVV aufgenommen. Den bisher in Institutionen der Kategorie C tätigen psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeuten wird somit deren Tätigkeit als Zulassungsvoraussetzung anerkannt.

Erläuterungen

1 Ausgangslage

1.1 Handlungsbedarf und Ziele

1.1.1 Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die Eidgenössischen Räte haben am 19. März 2021 das Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung¹ verabschiedet. Mit diesem Bundesgesetz wird präzisiert, zu welchen Zwecken und in welcher Form – aggregiert oder pro versicherte Person - die Versicherer dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) Daten weitergeben müssen. Deshalb wurden Artikel 21 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994² über die Krankenversicherung (KVG) und Artikel 35 Absatz 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. September 2014³ (KVAG) revidiert. Das Bundesgesetz soll mit den Ausführungsbestimmungen am 1. Januar 2023 in Kraft treten.

Mit dem neuen Artikel 21 Absätze 1 und 2 KVG werden die Versicherer verpflichtet, dem BAG regelmässig die für dessen Aufgaben nach KVG erforderlichen Daten in aggregierter Form weiterzugeben. Der Bundesrat kann zudem vorsehen, dass die Daten pro versicherte Person weiterzugeben sind (Art. 21 Abs. 2 KVG), falls dies zur Erfüllung bestimmter Aufgaben nach KVG notwendig ist und die Daten nicht anderweitig zu beschaffen sind. Im KVG werden die Zwecke in Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a-c aufgeführt, die für die Datenweitergabe pro versicherte Person erfüllt sein müssen:

- a. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung 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 erhobenen Daten werden den Datenlieferanten, der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt (Art. 21 Abs. 3 und 4 KVG).

Nach Artikel 35 Absatz 2 KVAG sind die Versicherer ebenfalls verpflichtet, der Aufsichtsbehörde regelmässig die für die Erfüllung ihrer Aufsichtsaufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. Die Daten sind aggregiert weiterzugeben. Der Bundesrat kann vorsehen, 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 pro versicherte Person weiterzugeben sind. Das BAG bzw. die Aufsichtsbehörde ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist⁴.

Artikel 28 der Verordnung über die Krankenversicherung⁵ (KVV) bietet dem BAG bereits seit dem Jahr 2000 eine explizite Grundlage für die Erhebung von Daten pro versicherte Person. Seit damals ist in Absatz 1 im Wesentlichen unverändert geregelt, zu welchen Zwecken das BAG von den Versicherern Daten erheben darf. Ebenfalls seit dem Jahr 2000 ist in Artikel 28 Absatz 3 KVV im Wesentlichen unverändert geregelt, welche Daten die Versicherer dem Bundesamt jährlich pro versicherte Person anonymisiert übermitteln sollen.

Aufgrund der Verabschiedung des Bundesgesetzes sind sowohl die KVV als auch die Verordnung vom 18. November 2015⁶ betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAV) anzupassen. Dabei wird der geltende Artikel 28 KVV aufgetrennt. Entsprechend der Trennung von Artikel 21 KVG und Artikel 35 Absatz 2 KVAG werden in der KVV Ausführungsbestimmungen zu Artikel 21 KVG und in der KVAV Ausführungsbestimmungen zu Artikel 35 Absatz 2 KVAG erlassen.

1.1.2 Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1 a

Die Eidgenössischen Räte haben am 18. Juni 2021 die Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1 a) beschlossen. Dieses erste Rechtsetzungspaket hat der Bundesrat gestützt auf den Expertenbericht «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» vom 24. August 2017 dem Parlament unterbreitet. Ziel ist eine Eindämmung der Entwicklung der Kosten für die Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und auf diese Weise eine Begrenzung des Anstiegs der von den Versicherten bezahlten Prämien.

¹ BBI 2021 664

² SR 832.10

³ SR 832.12

⁴ vgl. BBI 2021 664

⁵ SR 832.102

⁶ SR 832.121

Ein Teil der Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1a bedingte nur eine minimale oder gar keine Umsetzung auf Stufe der KVV und konnte bereits per 1. Januar 2022 in Kraft treten, so die Bestimmungen zur Rechnungskopie, die maximale Bussenhöhe und die Regelung zur Tariforganisation inkl. deren Übergangsbestimmung.⁷

Diejenigen Massnahmen zur Kostendämpfung, die eine materielle Anpassung der KVV nach sich ziehen, sollen per 1. Januar 2023 in Kraft treten und sind nachfolgend erläutert.

In der Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung «Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1» wurde ebenfalls die Verständlichkeit der Rechnungen für den Schuldner beziehungsweise für die versicherte Person thematisiert. Grundsätzlich ist es Sache der Tarifpartner, für eine verständliche Rechnung zu sorgen. Das BAG hat diesbezüglich Diskussionen mit den Versicherern geführt. Diese haben insbesondere mit Informationen auf ihren jeweiligen Internetseiten zwar erste Schritte betreffend Lesbarkeit der Rechnungen für die Versicherten unternommen. Um diese Bemühungen zu verstärken und insbesondere die Leistungserbringer in die Pflicht zu nehmen soll anknüpfend an die Regelung von Artikel 42 Absatz 3 KVG eine zusätzliche Vorgabe zur Ausgestaltung der Rechnungsformulare gemacht werden.

Ambulante Pauschalen

Zu den Kostendämpfungsmassnahmen gehört die Förderung von Pauschalen im ambulanten Bereich. Artikel 43 Absatz 5 KVG verpflichtet inskünftig zu einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur für Patientenpauschalen, die sich auf ambulante Behandlungen beziehen. Diese Struktur muss von allen Leistungserbringern angewendet werden, wenn sie in einem Leistungsbereich vereinbart und vom Bundesrat genehmigt oder festgesetzt worden sind. Die Tarifpartner können Ausnahmen in Bezug auf das Erfordernis einer gesamtschweizerisch einheitlichen Pauschalstruktur vereinbaren, falls dies aufgrund regionaler Gegebenheiten nötig sein sollte (Art. 43 Abs. 5^{ter} KVG). Denkbar ist dies insbesondere in Fällen, in denen es regional spezifische Versorgungsstrukturen (d.h. bei sektoreübergreifenden oder interprofessionellen Versorgungsstrukturen wie beispielsweise kardiale Rehabilitation, psychiatrische Tages- und Nachtstrukturen, Methadonbehandlungen) gibt. Mit der Formulierung (insbesondere...) wird die Richtung entsprechend angegeben, jedoch nicht mit einer abschliessenden Aufzählung. Die Notwendigkeit einer regional geltenden Pauschale ist von der kantonalen Genehmigungsbehörde zu prüfen. Erstreckt sich eine Pauschale über mehrere Kantone, d.h. über eine bestimmte Region, braucht es die Genehmigung durch die Behörden aller betroffener Kantone. Für die Umsetzung der ambulanten Pauschalen bedarf es diesbezüglich keines Ausführungsrechts.

Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen

Leistungserbringer und Versicherer sowie die Organisation nach Artikel 47a KVG werden verpflichtet, dem Bundesrat oder der zuständigen Kantonsregierung auf Verlangen diejenigen Daten kostenlos bekannt zu geben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife notwendig sind. Dazu gehören auch die entsprechenden Sanktionsmöglichkeiten. Diese Pflicht zur Datenbekanntgabe ist Bestandteil der im Expertenbericht aufgeführten Massnahme «Tarifstruktur aktuell halten (M25)».⁸ Sie bezweckt nicht den Aufbau einer umfassenden Datensammlung im Bereich des Tarifrechts, sondern dient der Aktualisierung und Prüfung der Tarifstruktur. Die Massnahme soll dazu beitragen, das Mengenwachstum bei den ärztlichen Leistungen in Arztpraxen und Spitalambulatorien auf das medizinisch erforderliche Mass zu beschränken.

Nach Artikel 46 Absatz 1 KVG können einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände auf der einen sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände auf der anderen Seite Parteien eines Tarifvertrages sein. Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat.⁹ Können sich Leistungserbringer und Versicherer bezüglich Tarifvertrag nicht einigen, sind die zuständigen Kantonsregierungen nach Anhören der Beteiligten befugt, Tarife festzulegen oder bestehende Verträge zu verlängern.¹⁰ Zudem legt der Bundesrat eine gesamtschweizerisch einheitliche Einzelleistungstarifstruktur beziehungsweise eine Patientenpauschaltarifstruktur fest oder nimmt an einer Einzelleistungstarifstruktur Anpassungen vor, sofern sich die Tarifpartner auf solche Tarifstrukturen beziehungsweise auf eine Anpassung der Einzelleistungstarifstruktur nicht einigen können.¹¹

Im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens sind die Tarifpartner zwar zur Mitwirkung verpflichtet. Diesbezüglich, aber namentlich auch zur Festlegung und Anpassung von Tarifen, fehlte bislang eine spezifische gesetzliche Grundlage für die Datenbekanntgabe zur Erfüllung dieser Tarifierungsaufgaben von Bundesrat und zuständigen Kantonsregierungen im KVG. Eine entsprechende Pflicht zur Datenbekanntgabe ergab sich bisher lediglich aus der allgemeinen Mitwirkungspflicht der Tarifpartner in einem Genehmigungsverfahren, nicht aber bei einer Festlegung seitens der Behörden.

Mit dem neuen Artikel 47b KVG wird eine solche gesetzliche Grundlage für die Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen geschaffen. Leistungserbringer und ihre Verbände, die Versicherer und ihre Verbände sowie die Organisationen nach Artikel 47a KVG werden damit verpflichtet, dem Bundesrat oder der zuständigen

⁷ Vgl. hierzu die Erläuterungen vom Dezember 2021: www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Abgeschlossene Neuerungen und Revisionen.

⁸ Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Bericht der Expertengruppe, 24. August 2017, Massnahme 025, S. 72., unter <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/50084.pdf>

⁹ Art. 46 Abs. 4 KVG

¹⁰ Art. 47 KVG

¹¹ Art. 43 Abs. 5 und 5^{bis} KVG

Kantonsregierung auf Verlangen kostenlos die Daten bekannt zu geben, die für die Erfüllung der Tarifierungsaufgaben notwendig sind. Dazu gehören auch die entsprechenden Sanktionsmöglichkeiten, die bislang im Gesetz gar nicht vorgesehen waren.

Artikel 47b KVG verpflichtet folglich die Tarifpartner nicht zur regelmässigen und periodischen Lieferung von Daten und bezweckt kein Sammeln von Daten auf Vorrat. Vielmehr sollen der Bundesrat oder die zuständige Kantonsregierung für die Wahrnehmung ihrer Tarifierungsaufgaben im Bedarfsfall auf die notwendigen Daten zugreifen können.¹² Analoge Bestimmungen sind neu auch im Bundesgesetz über die Militärversicherung (Art. 26 Abs. 3^{bis} und 3^{ter} MVG), Bundesgesetz über die Unfallversicherung (Art. 56 Abs. 3^{bis} und 3^{ter} UVG) und Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (Art. 27 Abs. 8 und 9 IVG) vorgesehen.

Experimentierartikel

Zu den Kostendämpfungsmassnahmen zählt auch die Einführung eines Experimentierartikels, eine der Hauptmassnahmen des Expertenberichts («Einführung eines "Experimentierartikels"» M02). Der neue Artikel 59b verankert diese Massnahme im KVG (Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung). Ziel des Experimentierartikels ist die Zulassung von innovativen Projekten ausserhalb des «normalen» Rahmens des KVG zur Eindämmung der Kostenentwicklung, zur Stärkung der Anforderungen der Qualität oder Förderung der Digitalisierung (vgl. Art. 59b Abs. 1 KVG).

Sinn und Zweck des Experimentierartikels ist es festzustellen, ob ein Projekt eine Wirkung nach Absatz 1 hat und folglich gesetzlich verankert werden soll. Die Pilotprojekte unterliegen einer Bewilligungspflicht durch das EDI. Dieses regelt im Rahmen einer Departementsverordnung die Abweichungen vom Gesetz sowie die Regeln und Pflichten der Akteure für jedes einzelne Projekt.

Die einzelnen Pilotprojekte werden inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt. Angesichts des experimentellen Charakters der Pilotprojekte sollten sie sich auf das Nötigste beschränken. Die Pilotprojekte müssen also nicht gesamtschweizerisch, aber doch in genügendem Umfang umgesetzt werden. Das EDI setzt die zeitliche Begrenzung auf dem Verordnungsweg fest, wobei die Eigenheiten jedes Pilotprojekts berücksichtigt werden.¹³ Die Teilnahme an den Pilotprojekten ist freiwillig, die Rechte der Versicherten sind jederzeit zu gewährleisten.

1.1.3 Zulassung psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

Im Rahmen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie wird für die Zulassung als Leistungserbringer zu Lasten der OKP in Artikel 50c Buchstabe b KVV unter anderem gefordert, dass eine klinische Erfahrung von drei Jahren vorliegen muss, davon mindestens 12 Monate in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtungen, die über eine Anerkennung des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) verfügen. Betreffend Weiterbildungsstätten der Erwachsenenpsychiatrie wurde die Anforderung der Kategorien A und B festgelegt.

Obwohl im Rahmen der Vernehmlassung und in den anschliessenden Stakeholdergesprächen diese Anforderung nicht umstritten war, wurden nach dem Entscheid des Bundesrats vom 19. März 2021 über die Änderung der KVV betreffend Zulassung der psychologischen Psychotherapeuten und psychologischen Psychotherapeutinnen Bedenken angemeldet und es wurde der Antrag gestellt, dass im Erwachsenenbereich auch die Weiterbildungsstätten mit einer Anerkennung der Kategorie C in Artikel 50c Buchstabe b Ziffer 1 KVV aufgenommen werden.

1.2 Erledigung parlamentarischer Vorstösse

Im Rahmen der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. Juni 2021 betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1a kann vorliegend auch die Regelung betreffend der Verständlichkeit von Rechnungen für den Schuldner beziehungsweise für die versicherte Person präzisiert werden (vgl. Art. 59 Abs. 4 KVV). Diesbezüglich werden die Anliegen der Motion 17.4270 «KVG. Transparenz bei der Leistungsabrechnung nach Tarmed» aufgenommen.

2 Vernehmlassungsverfahren

Am 11. März 2022 schickte der Bundesrat seinen Entwurf zur Änderung des KVV¹⁴ gemäss dem Vernehmlassungsgesetz vom 18. März 2005¹⁵ in die Vernehmlassung. Diese endete am 16. Juni 2022. Insgesamt gingen 114 Stellungnahmen ein. Teilgenommen haben alle Kantone und 4 in der Bundesversammlung vertretene politische Parteien. Er umfasste die folgenden Massnahmen.

¹² Botschaft vom 21. August 2019 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1) BBI 2019 6071 6130

¹³ Botschaft vom 21. August 2019 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1) BBI 2019 6071 6157

¹⁴ Die Vernehmlassungsunterlagen und der Vernehmlassungsbericht sind abrufbar unter: www.admin.ch > Vernehmlassungen > Abgeschlossene > 2022 > EDI.

¹⁵ SR 172.061

2.1 Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1a

2.1.1 Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen

Im Rahmen der Vernehmlassung wurde unter anderem die Befürchtung geäussert, dass die neuen Bestimmungen den Aufbau einer grossen Datensammlung bezwecken. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die Daten nur für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben verwendet werden dürfen und dass keine wiederkehrende und regelmässige Sammlung von Daten bezweckt wird. Auch wird betont, dass die Tarifpartner bereits heute aufgrund der Mitwirkungspflicht diese Daten in einem Genehmigungsverfahren liefern müssen, allerdings nicht bei einer Festlegung seitens der Behörden. Nun wurde diese Pflicht explizit im Gesetz verankert. Zudem wird in vorliegenden Erläuterungen deutlicher dargelegt, dass Artikel 30 KVV nur Daten der Leistungserbringer betrifft, welche für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität ihrer Leistungen erforderlich sind. Aufgrund von Artikel 59f Absatz 2 KVV dürfen Daten nicht doppelt erhoben werden.

Teilweise wurde gefordert, Artikel 59h KVV sei zu streichen. Es hängt indessen von den konkreten Daten und von den kantonalen Bestimmungen zum Datenschutz ab, ob die zuständige Kantonsregierung – oder die durch eine kantonale Delegationsnorm als zuständig bezeichnete Stelle – bei jeder Erhebung und Bearbeitung von Daten nach Artikel 47b KVG ein Bearbeitungsreglement zu erstellen hat. Sind die Daten nicht nach den betroffenen Personen erschliessbar, so muss aufgrund der bundesrechtlichen Vorschriften kein Bearbeitungsreglement erstellt werden.

2.1.2 Verständlichkeit von Rechnungen

Nach der Vernehmlassung wurde diese Bestimmung teilweise umformuliert, um zu verdeutlichen, dass es sich hierbei um eine Pflicht der Leistungserbringer handelt. Die Rechnungsstellung hat zudem nach einem einheitlichen Standard zu erfolgen, welchen die Leistungserbringer zusammen mit den Versicherern erarbeiten. Dies entspricht zudem der Zielsetzung der Bestimmung, wie sie in der Botschaft vom 7. September 2022 zur Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) vorgeschlagen wird, wonach die Leistungserbringer und die Versicherer oder deren Verbände einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen vereinbaren müssen (BBl 2022 2427).

2.1.3 Experimentierartikel

Kantone und einige Akteure haben in der Vernehmlassung die zu zahlreichen Anforderungen, die aus den Bestimmungen des Verordnungsentwurfs hervorgehen, kritisiert, da sie die Nutzung von Pilotprojekten einschränken würden. Diese Anforderungen sind indessen durch den experimentellen Charakter notwendig, was aber entgegen der Logik des gesetzlichen Rahmens steht.

Weitere Anpassungen der Bestimmungen wurden im Anschluss an die Vernehmlassung vorgenommen. So muss ein Gesuch um Bewilligung die Auswirkungen auf die Kantone enthalten (Art. 77l KVV). Sofern die Kantone nicht selbst Gesuchsteller sind, erfolgt eine Konsultation im Rahmen der Vernehmlassung zum Verordnungsentwurf des EDI (Art. 77o KVV). Die Kantone sind daher vor der Umsetzung eines Pilotprojekts in jedem Fall involviert: eine zusätzliche Konsultation ist nicht notwendig.

Verzichtet wird auf eine zusätzliche, vorgängige Evaluation («pre-approval»), da sie den gesamten Prozess verzögern würde. Ein Pilotprojekt kann nur genehmigt werden, wenn es die gesetzlich festgelegten Bedingungen erfüllt. Diese gehen aus dem Gesuch sowie aus der Bewilligung hervor (Art. 77l Abs. 2 und Art. 77n Abs. 1 KVV). Eine vorgängige Bewilligung kann diese Kriterien nicht erfüllen. Insbesondere dann nicht, wenn Elemente wie Teilnahmekriterien oder Finanzierung nicht bekannt, oder noch nicht bekannt sein können. Daher wäre es nicht möglich zu überprüfen, ob die Durchführung des Projekts tatsächlich sichergestellt werden kann.

Die Teilnahme und Einbezug anderer Akteure (wie die Regionen der neuen Regionalpolitik (NRP), und Gemeinden), wird durch das Projekt nicht ausgeschlossen. Die offene Formulierung in Artikel 77l Absatz 1 KVV erlaubt diesen Spielraum.

Hinsichtlich der Kostenfrage (Art. 77m KVV) und der Forderung einiger Leistungserbringer und Versicherer, eine finanzielle Beteiligung des Bundes vorzusehen, wurde im Gesetzgebungsverfahren zu Artikel 59b KVG klargestellt, dass keine Subventionen oder Beteiligung des Staates zu erwarten sind. Aus denselben Kreisen stammt der Vorschlag einer längeren Frist. Dies würde das Übertragen von Massnahmen in die Gesetzgebung verzögern. Angesichts der mit den Pilotprojekten verfolgten Ziele wäre dies nicht wünschenswert.

Die Frage der Tarifpartnerschaft (als Genehmigung der Vereinbarung zwischen den Projektpartnern statt einer Bewilligung des EDI) war Gegenstand der parlamentarischen Debatte. Artikel 59b KVG, wie er von den Räten verabschiedet wurde, hat diesen Vorschlag nicht weiterverfolgt. Es besteht daher zurzeit keinen Anlass, darauf zurückzukommen.

2.2 Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die Forderung der Kantone und teilweise auch der Versicherer nach mehr Verbindlichkeit und mehr Zugang zu den Daten konnte im KVG- bzw. KVV berücksichtigt werden, da Artikel 21 Absatz 4 KVG dafür eine genügende gesetzliche Grundlage darstellt. Die Anonymität der Versicherten muss aber gewährleistet sein (vgl. Art. 21 Abs. 3 KVG). Die KVV sieht nun in Artikel 28 Absatz 9 KVV anstelle einer «Kann»-Bestimmung vor, dass das BAG die Ergebnisse den am Vollzug des KVG beteiligten Stellen zur Verfügung stellt. Zudem wird mit dem neu eingeführten

Artikel 28c Absatz 3 KVV ein regelmässiger Zugang zu den erhobenen Daten für die beteiligten Stellen möglich. Dabei wird vorausgesetzt, dass passende Datenschutzmassnahmen getroffen werden. Im KVAG- bzw. KVAV-Bereich ist dies nicht möglich. Eine gesetzliche Grundlage für die Weitergabe von Daten nach Artikel 62a Absatz 2 und 3 KVAV an die Kantone und Versicherer fehlt. Deshalb wurde der vorgeschlagene Artikel 62a Absatz 9 nach einer vertieften Analyse gestrichen werden. Das Anliegen der Kantone im Sinne der Motion 19.4180 «Wiederherstellung der Transparenz bei den Gesundheitskosten» (ausführlichere Prämiengenehmigungsdaten) kann deshalb nicht schon jetzt aufgenommen werden. Hingegen bleibt Artikel 28 Absatz 9 KVV bestehen. Dieser ist der massgebende Nachfolgeartikel des geltenden Artikel 28 Absatz 2 KVV. Er hat seine Grundlage im KVG und so muss es nach dem oben Gesagten auch bleiben. Die Kantone und Versicherer erhalten somit Resultate von Erhebungen nach Artikel 28 Absatz 9 KVV wie z.B. über die Kostenentwicklung.

Der Gesetzgeber hat beim Erlass der Gesetzesbestimmungen festgehalten, wofür, in welcher Granularität und unter welchen Umständen Daten pro versicherte Person allenfalls von den Versicherern weitergegeben werden müssen. Artikel 21 Absatz 2 KVG hält fest, dass Daten pro versicherte Person nur dann erhoben werden, wenn aggregierte Daten nicht genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind. Auch sind die Merkmale, die pro versicherte Person erhoben werden, in der KVV (Art. 28 Abs. 1 Bst. a-c) aufgeführt. Deshalb kann der Einwand, wonach aggregierte Daten allein grundsätzlich genügen, nicht berücksichtigt werden. Gleichermassen kann dem Antrag, wonach Daten nur jährlich erhoben werden sollen, nicht stattgegeben werden. Das Gesetz gibt die Rahmenbedingungen bereits vor.

Der Hinweis zum «Once-Only-Prinzip» (z.B. der FDP) und die Verknüpfung mit den Forschungsdaten nach dem Postulat Humbel «Bessere Nutzung von Gesundheitsdaten für eine qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung» (15.4225) sind Schnittstellenthemen, welche in den Umsetzungsprojekten adressiert werden. Deshalb bedarf es keiner Anpassungen auf Verordnungsebene.

3 Rechtsvergleich, insbesondere mit dem europäischen Recht

Ein Vergleich mit ausländischem Recht wurde nicht vorgenommen.

4 Grundzüge der Vorlage

4.1 Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Die KVV wird betreffend Datenweitergabe der Versicherer in der OKP und der Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1a ergänzt sowie hinsichtlich der Zulassungsvoraussetzungen für psychologische Psychotherapeuten und psychologischen Psychotherapeutinnen angepasst.

4.1.1 Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die Eidgenössischen Räte haben mit Artikel 21 Absatz 2 Buchstabe a KVG entschieden, dass das BAG über notwendige Angaben zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung verfügen soll. Die Angaben, welche dazu erhoben werden, werden in Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe c KVV zusammengefasst. Die Angaben, welche sich auf Rechnungen der Leistungserbringer bzw. Abrechnungsbelege der Versicherer stützen, werden mittels neuem Formular Efind 3 erhoben (Details im Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates vom 16. Mai 2019 (BBI 2019 5422)). Der Gesetzgeber hat entschieden, auf die Möglichkeit der Erhebung zusätzlicher Angaben, wie die allfällige Erhebung von Angaben auf Ebene der Tarifposition, zu verzichten (Efind 5 und Efind 6 geplante Formulare, BBI 2019 5423). Die Angabe «Tarifposition» in Artikel 28 Absatz 3 Buchstabe d KVV wird somit gestrichen.

Die bisher durchgeführten Datenerhebungen Efind 1 und Efind 2 (Bestand, Prämien, Gesamtkosten und Kostenbeteiligung) pro versicherte Person können weiterhin durchgeführt werden. Ferner kann das BAG die Erhebung bezüglich der Efind 3 Formulare (Angaben der Abrechnungsbelege über Leistungsart und Leistungserbringer) erweitern, um die Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 KVG, insbesondere die Überwachung der Kostenentwicklung, wahrzunehmen. Bei Bedarf sind auch unterjährige Erhebungen möglich. Das ursprünglich geplante Efind 4 Formular mit Angaben nach Kostengruppen nach Abrechnungsdatum erübrigt sich, da Efind 3 die Angaben bereits enthält.

Der neue Artikel 21 KVG hat in mehrfacher Hinsicht Auswirkung auf den bestehenden Artikel 28 KVV. Die Angaben nach geltendem Artikel 28 Absatz 3 Buchstaben a bis f KVV wurden in Artikel 28 Absatz 1 Buchstaben a bis c überführt und detaillierter dargestellt. Die weiteren Angaben des geltenden Artikels 28 KVV werden präzisiert und aktualisiert, um dem neuen Artikel 21 Absatz 2 KVG zu entsprechen. Auch werden in der Verordnung die Daten, die pro versicherte Person zu liefern sind, neu ausführlich genannt und neu nummeriert. Die Darstellung der Inhalte wird somit in der Verordnung verbessert.

Die Gewährleistung der Anonymität der Versicherten bei der Datenverwendung durch das BAG ist nun auf Gesetzesstufe verankert. Diese Verpflichtung kann daher in der KVV gestrichen werden. Unter der Bedingung, dass aggregierte Daten¹⁶ verfügbar sind, können diese bereits im Rahmen der bestehenden Erhebung erhoben werden. Nur wenn es nicht möglich ist, die Aufgaben mit aggregierten Daten umzusetzen oder wenn aggregierte Daten nicht

¹⁶ Aggregierte Daten enthalten eine bestimmte Anzahl kumulierter/addierter/klassierter Einzeldaten, z.B. in tabellarischer Form.

zentral verfügbar sind, werden nach der aktuellen Praxis gestützt auf Artikel 28 KVV Individualdaten erhoben. Aggregierte Daten sind in einigen Bereichen nirgends vorhanden und können deshalb auch nicht zentral abgerufen werden. Insoweit wird auch unter dem neuen Artikel 21 Absatz 2 KVG die aktuelle Praxis weitergeführt. Die Daten werden aggregiert erhoben, soweit zur Erfüllung des Gesetzes keine Individualdaten erforderlich sind und die Daten überhaupt aggregiert vorhanden sind.

Die Bestimmung von Artikel 21 Absatz 4 KVG, wonach das BAG die erhobenen Daten den Datenlieferanten, der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung stellt, bedarf zur Wahrung der Anonymität der Versicherten neuer Vollzugsmassnahmen. Diese werden in neuen Artikeln 28b und 28c KVV festgehalten. Das BAG stellt gemäss dem angepassten Artikel 28b KVV Angaben der Öffentlichkeit zur Verfügung und beschränkt sich dabei explizit auf solche, welche die Anonymität der Versicherten nicht gefährden. Bei der Veröffentlichung anonymisierter Angaben pro versicherte Person stellt das BAG zudem sicher, dass ein Rückschluss auf die Versicherer nicht möglich ist. Angaben über die Versicherer können also nur in aggregierter Form veröffentlicht werden. Detailliertere Angaben, bei denen ein erhöhtes Re-Identifikationsrisiko der Versicherten durch den Empfänger entstehen könnte, oder die Angabe des Versicherers enthalten, können nach dem neuen Artikel 28c Absatz 2 KVV auf Anfrage den Datenlieferanten, der Forschung, der Wissenschaft oder der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Bedingung ist aber, dass die Auswertungsziele der Empfänger an die Erfüllung eines gesetzlichen Zwecks geknüpft sind oder sich auf ein überwiegendes Interesse, i.d.R. einer Forschungseinrichtung, stützen (siehe Art. 84a KVG). Dabei müssen die Datenschutz- und Datensicherheitsmassnahmen im Einklang mit dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz (DSG; SR 235.1) erfolgen, z.B. mit passendem Datenschutzvertrag um die Anonymität der Versicherten zu gewährleisten. Eine Weitergabe erfolgt nicht automatisch. Das BAG bestimmt im Einzelfall unter dem Gesichtspunkt des Risikos einer Re-Identifikation des Versicherten, ob und wenn ja, welche Daten in welchem Detaillierungsgrad (aggregiert oder pro versicherte Person) weitergegeben werden können. Andererseits kann das BAG nach Artikel 28c Absatz 3 KVV Daten, die nach Artikel 28 Absatz 1 KVV erhoben wurden, den am Vollzug des KVG beteiligten Stellen (namentlich Kantone und Versicherer) regelmässig zur Verfügung stellen, sofern die Gewährleistung der Anonymität der Versicherten sichergestellt bleibt und die Daten für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlich sind. Auch bei dieser Bestimmung wird im Einzelfall geprüft, ob und welche Daten in welchem Detaillierungsgrad weitergegeben werden können. Nach Bedarf kann das BAG einen Datenschutzvertrag verlangen, damit sichergestellt wird, dass die Anonymität der Versicherten im Kontext des Empfängers gewährt bleibt. Gestützt auf Artikel 28c Absatz 4 KVV werden die Namen der Empfänger von Daten nach den Absätzen 2 und 3 veröffentlicht. In Artikel 28c Absätze 5 und 6 wird die Frage der Gebühren bei der Bearbeitung eines Gesuches für besondere Nutzung geregelt.

4.1.2 Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1a

Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen

Die Umsetzung resp. die Anwendung der Bekanntgabe der Daten im Tarifwesen für ambulante Behandlungen in Artikel 47b KVG bedarf einer weiteren Konkretisierung in der KVV.

Der neu geschaffene Artikel 59f KVV «Datenbekanntgabe» zählt in Absatz 1 die Daten und Angaben auf, die seitens der Leistungserbringer und deren Verbände, der Versicherer und deren Verbände sowie der Organisationen nach Artikel 47a KVG dem Bundesrat oder den Kantonsregierungen auf Verlangen kostenlos bekannt zu geben sind. In der Aufzählung aufgenommen sind Angaben zu den allgemeinen Betriebsdaten, Daten zum Personalbestand der Betriebe, Leistungstyp, Untersuchungen und Behandlungen, Gestehungskosten der Leistungen, Informationen zur Aufschlüsselung der Gestehungskosten auf die einzelnen Leistungen sowie Angaben zur Entwicklung der Kosten zu Lasten der OKP. Diese Daten sollen dem Bundesrat oder der zuständigen Kantonsregierung die Erfüllung ihrer Tarifierungsaufgaben nach den Artikeln 43 Absätze 5 und 5^{bis}, 46 Absatz 4 und 47 KVG (Festlegung, Anpassung oder Genehmigung von Tarifstrukturen) ermöglichen. Um Redundanzen zu verhindern und im Sinne des „once only“-Prinzips wird in Absatz 2 explizit festgehalten, dass Daten, die durch das BFS gestützt auf Artikel 30 KVV erhoben werden, aufgrund von Artikel 59f Absatz 1 KVV nicht nochmals verlangt werden dürfen. Artikel 30 KVV betrifft allerdings nur Daten der Leistungserbringer, welche für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität ihrer Leistungen erforderlich sind. Artikel 59f Absatz 1 KVV verlangt weitergehende Daten, die spezifisch für die Tarifgenehmigung resp. Festlegung benötigt werden und ist ausserdem nicht nur an die Leistungserbringer adressiert.

Experimentierartikel

Die Anwendung des Artikels, welcher Pilotprojekte erlaubt, muss in der KVV umgesetzt werden. Artikel 59b Absatz 6 KVG verlangt unter anderem, dass die Bedingungen für die Bewilligung und die Mindestanforderungen für deren Evaluation durch den Bundesrat geregelt werden. Die Ausführungsbestimmungen legen insbesondere diesen Rahmen fest. Weiter legen sie fest, was in der Verordnung des EDI über das Ad-hoc-Pilotprojekt geregelt werden muss.

4.1.3 Zulassung psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

Da auch Weiterbildungsstätten mit einer SIWF-Anerkennung der Kategorie C die Zielsetzung der Erlangung einer klinischen Erfahrung in einem breiten Spektrum von Störungen sowie in der interprofessionellen Zusammenarbeit erfüllen, werden ab dem 1. Januar 2023 diese in Artikel 50c Buchstabe b Ziffer 1 KVV aufgenommen.

4.1.4 Änderung der Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAV)

Die Ausführungsbestimmungen zu Artikel 35 Absatz 2 KVAG werden in Artikel 62a KVAV aufgenommen. Sie lehnen sich stark an den bis am 31. Dezember 2022 geltenden Artikel 28 KVV an. Artikel 62a KVAV enthält mit Ausnahme von Absatz 9 (vgl. Ausführungen weiter unten) für den aufsichtsrechtlichen Bereich eine spiegelbildliche Regelung zu Artikel 28 KVV.

Es kommt nur zu kleinen Aktualisierungen, insbesondere im Bereich des Risikoausgleichs. Die Anpassung im Bereich Risikoausgleich geschieht aufgrund der Änderung der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA; SR 832.112.1; vgl. Ziff. I der V vom 11. April 2018, in Kraft seit 1. Jan. 2020, AS 2018 1847; vgl. Ziff. I der V vom 11. Sept. 2020, in Kraft seit 1. Jan. 2021, AS 2020 3917). In der Verordnung werden die Daten, die pro versicherte Person zu liefern sind, neu ausführlich genannt. Die Inhalte der Verordnung werden deutlicher dargestellt. Die Änderung von Artikel 35 Absatz 2 KVAG hat – abgesehen von der regelmässigen (also nicht bloss jährlichen) Datenweitergabe – keine grundsätzlichen Auswirkungen auf den bis am 31. Dezember 2022 geltenden Artikel 28 KVV bezüglich der Aufsicht. Die Gewährleistung der Anonymität der Versicherten bei der Datenverwendung durch die Aufsichtsbehörde wurde auf Gesetzesstufe gehoben. Zudem ist es bei der bestehenden Erhebung bereits so, dass Daten in aggregierter Form erhoben werden, wenn dies möglich ist und aggregierte Daten vorhanden sind. Nur in den Fällen, wo die Erfüllung der Aufgaben mit aggregierten Daten nicht möglich ist oder wenn aggregierte Daten nicht zentral verfügbar sind, werden gemäss gegenwärtiger Praxis gestützt auf Artikel 28 KVV Individualdaten erhoben. Insoweit wird also auch unter dem neuen Artikel 35 Absatz 2 KVAG die bisherige Praxis weitergeführt. Die Daten werden aggregiert erhoben, soweit die Erfüllung der Aufsichtsaufgabe nicht Individualdaten erfordert und die Daten überhaupt aggregiert vorhanden sind.

Nach Artikel 35 Absatz 2 KVAG können die bereits ab 2014 durchgeführten Datenerhebungen Efind 1 und Efind 2 (Bestand, Prämien, Gesamtkosten und Kostenbeteiligung) weitergeführt werden, und die Aufsichtsbehörde kann die Aufsicht über die Versicherer weiterhin, wie im KVAG geregelt, durchführen. Damit kann z.B. geprüft werden, ob die angewandten Prämien den genehmigten Prämien entsprechen, ob eine einzelne versicherte Person einen grossen Einfluss auf die Kosten des Kollektivs hat, ob die Prämien für Rückversicherungsverträge (excess of loss) risikogerecht sind, ob die Prämienrabatte bei Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer auf Kostenunterschiede zurückzuführen sind und ob Risikoselektion gemacht wird.

4.1.5 Änderung der Verordnung über die Militärversicherung (MVV), der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)

Mit der Änderung des KVG betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1a hat der Gesetzgeber analoge Bestimmungen zur Datenbekanntgabe im ambulanten Tarifwesen (Art. 47b KVG) im MVG, UVG und IVG erlassen. Diesbezüglich besteht ebenfalls Anpassungsbedarf im Umsetzungsrecht.

5 Erläuterungen zu einzelnen Artikeln

5.1 Änderung der KVV

5.1.1 Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Artikel 28 KVV Daten der Versicherer

Absatz 1

Die Versicherer sind nach Artikel 21 Absatz 1 KVG verpflichtet, dem Bundesamt regelmässig die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach dem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. Die Daten sind aggregiert weiterzugeben. Die Daten müssen zudem pro versicherte Person weitergegeben werden, falls dies zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a-c KVG aggregierte Daten nicht genügen und die Daten pro versicherte Person nicht anderweitig zu beschaffen sind (Art. 21 Abs. 2 KVG).

Bei der Erhebung von Angaben pro versicherte Person handelt es sich um Daten, die nicht anderswo zu beschaffen sind und für Aufgaben, welche eine Granularität pro versicherte Person (wenn auch anonymisiert) erfordert. So sind Angaben auf dem Abrechnungsbeleg pro versicherte Person erforderlich, um die Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer zu überwachen. Zum Beispiel sind die genannten Angaben erforderlich, um eine Verlagerung der Kosten von stationär nach ambulant zu analysieren.

Gegenüber dem bis zum 31. Dezember 2022 geltenden Artikel 28 Absatz 3 KVV wird die Häufigkeit der Erhebung angepasst nachdem die Häufigkeit auf Gesetzstufe angepasst wurde (Art. 21 Abs. 1 KVG). Sie kann nun regelmässig und nicht nur jährlich erfolgen. Dabei sind neben den jährlichen Erhebungen auch unterjährige oder mehrjährige Erhebungen möglich. Infrage kommen aggregierte Daten oder Daten pro versicherte Person. Artikel 21 KVG präzisiert bzw. schränkt Ziele und Detaillierungsgrad der Datenweitergabe gegenüber der bis zum 31. Dezember 2022 geltenden Regelung in Artikel 28 KVV ein.

Absatz 1 zählt auf, welche Daten die Versicherer dem BAG regelmässig pro versicherte Person weitergeben müssen. Die Daten werden vollständig genannt. Dabei sind Anpassungen technischer Natur dennoch möglich.

Die Daten, die pro versicherte Person zu übermitteln sind, umfassen a) soziodemographische Angaben; b) Angaben zur Versicherungsdeckung; c) Angaben der Abrechnungsbelege zu den Deckungsperioden. Die Angaben unter Buchstabe a und b entsprechen der bisherigen Erhebung Efind 1 und Efind 2, während die Angaben unter Buchstabe c den Vollzug von Artikel 21 Absatz 2 Buchstabe a des Gesetzes, nämlich die Überwachung der Kostenentwicklung, sicherstellen. Diese letzteren Angaben werden mit dem Formular Efind 3 neu erhoben.

Buchstabe a Soziodemographische Angaben

Gemäss *Ziffer 1* wird der Verbindungscode erhoben. Dieser wird auf Basis der AHV-Nummer erzeugt und in anonymisierter Form geliefert. Die Angabe des Verbindungscode über den Versicherten dient dazu, die Prämien, die Kosten, die Kostenbeteiligung über ein Jahr hinaus Versicherer übergreifend berechnen zu können. Nach *Ziffer 2* wird der Wohnort d.h. Postleitzahl, Gemeinde, Kanton und Land bei der Erhebung anonymisiert, bzw. in einen Bezirk oder gröbere Region transformiert. *Ziffer 3* enthält die Angabe über die Risikogruppen nach Artikel 11 VORA (Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim) und nach Artikel 12 VORA (Einteilung der Versicherten in pharmazeutische Kostengruppen (PCG) nach Artikel 12 VORA). Dies entspricht der heutigen Erhebung der Angabe zum Risikoausgleich in Efind 1 und 2.

Buchstabe b Angaben zur Versicherungsdeckung

Dabei enthalten sind 1: Beginn und Ende der Deckungsperiode; 2. Prämieigenschaften, wie örtlicher Tätigkeitsbereich des Versicherers, Prämienregion, Kategorie der besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93-101 (in der Efind-Erhebung technisch „Tariftyp“ genannt), Versicherungsform („Modellart“), Modellbezeichnung und dessen Abkürzung („Tarifakronym“), Zugehörigkeit der versicherten Person zu einem Haushalt mit mehreren Kindern oder jungen Erwachsenen („Altersuntergruppe“), Prämienstufe in der Bonusversicherung („Bonusstufe“), Höhe der Franchise und Unfalldeckung; 3. Höhe der Prämie mit und ohne Beitrag des Kantons, Prämienzuschlag nach Artikel 8 KVV, Prämienermässigungen und andere Abschläge; 4. Angabe, ob die Versicherungsdeckung nach Artikel 3 Absatz 4 KVG sistiert ist oder nicht; 5. Angabe, ob die versicherte Person dem Risikoausgleich unterstellt ist oder nicht; 6. Mutationsgründe bezogen auf die Versicherungsdeckung, wie Eintritt und Austritt, Geburt, Tod, Versichererwechsel und interner Wechsel; 7. Gesamtkosten der vergüteten Leistungen und Kostenbeteiligung; 8. für Versicherte mit einem Austritt in einem der Vorjahre: Austrittsdatum.

- Bei *Ziffer 1* handelt es sich um tagesgenaue Deckungsangaben.
- Bei *Ziffer 2* handelt es sich um die von den Versicherten im Rahmen der sozialen Krankenversicherung abgeschlossenen Versicherungsformen mit Angabe der Franchise. Das Wort Versicherungsart wird nicht mehr verwendet. Es werden neu die Prämieigenschaften erwähnt. Buchstabe b *Ziffer 2* wird somit sprachlich angepasst, und lehnt sich inhaltlich an den geltenden Artikel 28 Absatz 3 Buchstabe c KVV an. Details der Prämieigenschaften werden in *Ziffer 2* erwähnt, wobei technische Anpassungen möglich bleiben.
- Bei *Ziffer 3* handelt es sich um die Angabe der Höhe der Bruttoprämie sowie die Angabe der Nettoprämie (entspricht der Bruttoprämie (genehmigte Prämie) abzüglich Kantonsbeitrag). Auch kann dabei dokumentiert werden, ob ein Abschlag oder Zuschlag gegenüber der genehmigten Prämie vorhanden ist.
- *Ziffer 4* beschreibt, ob die Versicherungsdeckung nach Artikel 3 Absatz 4 KVG sistiert wurde oder nicht (z.B. im Falle eines Militärdienstes).
- *Ziffer 5* dokumentiert, ob eine versicherte Person während der Zeit der Versicherungsdeckung dem Risikoausgleich unterstellt ist, oder nicht.
- *Ziffer 6* beschreibt Mutationsgründe bezogen auf die Versicherungsdeckung (wie Eintritt und Austritt, Geburt, Tod, Versichererwechsel, interner Wechsel). So kann insbesondere dokumentiert werden, ob die Person bei Beginn oder Ende der Deckung den Versicherer gewechselt hat, oder nicht. Weiter kann damit dokumentiert werden, ob es sich beim Beginn der Deckung um ein neugeborenes Kind handelt. Ferner kann damit dokumentiert werden, ob es sich beim Ende der Deckung, um einen Todesfall handelt;
- Bei *Ziffer 7* werden die Kosten der vergüteten Leistungen sowie die Kostenbeteiligung erhoben. Diese *Ziffer* spiegelt die heutige Erhebung und lehnt sich an die bisherigen Buchstaben d und f von Artikel 28 Absatz 3 KVV an, wobei jetzt neu die Tarifpositionen nicht mehr pro versicherte Person erhoben werden dürfen.
- Bei *Ziffer 8* wird das Austrittsdatum für Versicherte mit einem Austritt in Vorjahren dokumentiert. Dabei handelt es sich nur um diejenigen Angaben über Versicherte, die noch Kosten zu Lasten des aktuellen Abrechnungsjahres aufweisen.

Buchstabe c Angaben der Abrechnungsbelege zu den Deckungsperioden nach Buchstabe b

Die Angaben, die pro Abrechnungsbeleg, pro versicherte Person erhoben werden entsprechen den Buchstaben d bis f des bis 31. Dezember 2022 geltenden Artikels 28 Absatz 3. Die Detaillierung der Angaben erfolgt in Anlehnung an den aktuellen Datenaustauschstandard zur Leistungsabrechnung. Im Leistungsabrechnungsbeleg werden für die Abrechnung ambulanter Leistungen u.a. Zahlstellenregisternummer, Geschäftspartnernummer (Leistungserbringer), Behandlungszeitraum, Leistungsabrechnungsdatum, Kosten und Kostenbeteiligung Total und nach Leistungsart (z.B. Arzneimittelkosten, Laboranalysen, ärztliche Behandlung) ausgewiesen. Diese Angaben sind zu den Zwecken nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a bis c erforderlich. Es werden aber keine Tarifpositionen (z.B. aus TARMED) und auch keine Angaben über Arzneimittel (z.B. mit Packungsname) erhoben. Für stationäre Behandlungen werden zusätzlich Angaben zum Spitalbeitrag und Anzahl Tage oder Nächte wie im Beleg vorhanden, dokumentiert:

- Bei *Ziffer 1* handelt es sich um die Belegnummer, die dem BAG in pseudonymisierter Form zugestellt wird, damit nachträgliche Einträge, wie Korrekturen oder Stornos eindeutig zugeordnet werden können;

- Bei *Ziffer 2* handelt es sich um das Datum der Abrechnung durch den Krankenversicherer. Das Datum wird bei der Verwendung als Monat vergrößert, nachdem die Reihenfolge der Belege etabliert ist;
- *Ziffer 3* enthält den Beginn- und das Ende der Behandlung gemäss Abrechnungsbeleg;
- Bei *Ziffer 4* werden die Gesamtkosten der vergüteten Leistungen sowie die Kostenbeteiligung des Belegs zusammengezählt. Dies entspricht der Schlussabrechnung des Belegs;
- Bei *Ziffer 5* werden die Angaben des Leistungserbringers gemäss Beleg dokumentiert. Es handelt sich dabei um die Zahlstellnummer und wenn vorhanden die GLN-Nummer. Die Angaben über den Leistungserbringer werden erst bei der Datenverwendung anonymisiert, damit Kosten und Leistungen nach Leistungserbringer und Leistungsart über ein Jahr hinaus insbesondere nach Behandlungsperiode berechnet werden können;
- Bei *Ziffer 6* wird der Leistungsbereich, d.h. der Grund der Behandlung, angegeben. Aktuell sind unterschiedliche Werte möglich wie Krankheit, Prävention, Geburtsgebrechen, Unfall aber auch zum Beispiel Mutterschaft (vgl. Kap. 3, Abschnitt 1 KVG). So ist es bei der Kostenentwicklung möglich, die Unterscheidung je nach Schadenart z.B. Unfall oder Krankheit zu untersuchen;
- Bei *Ziffer 7* wird die Art der Leistungen dokumentiert. Bei *Ziffer 8* werden Höhe des Betrags und Kostenbeteiligung je Art der Leistungen erhoben. Damit sind Kategorien an Kosten gemeint und keine Leistungspositionen. Z.B. werden die Gesamtkosten an Arzneimitteln, der Selbstbehalt und der Franchisenteil jeweils separat aufsummiert. Dabei werden keine Angaben bezüglich der Arzneimittel selbst erhoben. Weil eine Leistungsart über mehrere Dimensionen beschrieben wird, z.B. Tariftyp (z.B. TARMED), Behandlungsart (stationär, ambulant), Kostenart (statistische Gruppierung mit z.B. Bezeichnung „Labor“), können je nach Leistungsart spezifische Angaben zusätzlich erforderlich sein, die hier aus Lesbarkeitsgründen nicht weiter aufgeführt werden;
- Bei den *Ziffern 9 bis 10* handelt es sich um spezifische Angaben über die Behandlungsart. Bei stationären Behandlungen wird der Spitalbeitrag gemäss Abrechnungsbeleg dokumentiert. Auch ist die Aufenthaltsdauer (Anzahl Tage und Nächte) auszuweisen. Für ambulante Behandlungen ist die Kennzahl über die Anzahl Konsultationen (sofern verfügbar) zu dokumentieren, was eine Kennzahl zur Leistungsintensität darstellt.

Absatz 2 sieht vor, dass die Versicherer alle Daten, die sie aggregiert oder pro versicherte Person nach Artikel 21 Absatz 2 KVG weitergeben müssen, dem BAG elektronisch zur Verfügung stellen müssen. Das BAG kann die Versicherer bei Erhebungsanpassungen, d.h. bei Spezifikations- oder Häufigkeitsanpassungen, auf Gesuch hin für eine befristete Zeit befreien, wenn ihnen die Lieferung aufgrund fehlender technischer Voraussetzungen nicht möglich ist. Absatz 2 ist inhaltlich gegenüber dem bis 31. Dezember 2022 geltenden Artikel 28 Absatz 4 KVV unverändert, jedoch präzisiert (bei Erhebungsanpassungen), da die elektronische Datenlieferung bereits von allen Versicherern umgesetzt worden ist.

Nach *Absatz 3* haben die Versicherer die Daten nach Absatz 2 korrekt, vollständig, fristgerecht und auf eigene Kosten zu übermitteln. Auch dieser Absatz ist gegenüber dem bis 31. Dezember 2022 geltenden Artikel 28 Absatz 5 KVV inhaltlich unverändert. Der letzte Satz wurde gestrichen, da die Datenschutznorm nun auf Gesetzesstufe (vgl. Art. 21 Abs. 3 KVG) angehoben wurde.

Nach *Absatz 4* müssen die Versicherer dem BAG auf eigene Kosten regelmässig die vollständigen Angaben des Zahlstellenregisters weitergeben. Dieser Absatz wurde aus dem bis 31. Dezember 2022 geltenden Artikel 28 Absatz 6 KVV übernommen. Neu kann aber die Erhebung regelmässig erfolgen, während vorher jährlich vorgesehen war.

Das BAG sorgt nach *Absatz 5* dafür, dass den Versicherern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entsteht. Diese Bestimmung die im dem bis 31. Dezember 2022 geltenden Artikel 28 Absatz 2 KVV positioniert war, wird nun als neuer Absatz festgehalten.

Gemäss *Absatz 6* kann das BAG die Daten nach Absatz 1 zur Aufwandverminderung mit anderen Datenquellen zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a-c KVG verknüpfen. Absatz 6 wurde bei der Verknüpfung mit «zur Erfüllung seiner Aufgaben» präzisiert. Diese Bestimmung die im bis 31. Dezember 2022 geltenden Artikel 28 Absatz 2 KVV positioniert ist, wird nun als neuer Absatz festgehalten.

Absatz 7 entspricht dem dem bis 31. Dezember 2022 geltenden Artikel 28 Absatz 7 KVV. Er sieht vor, dass das BAG nach Anhören der Versicherer Weisungen zu den nach den Absätzen 1 – 4 zu treffenden Vorkehren erlässt. Dieser Absatz bleibt inhaltlich unverändert.

Nach *Absatz 8* wird der Begriff der Datenverwendung präzisiert. Je Bearbeitungsschritt sind passende Massnahmen im Vollzug von Artikel 21 Absatz 3 KVG sowie im Einklang mit dem DSG zu treffen. Das betrifft z.B. die Resultate der Erhebungen, die das BAG den am Vollzug des KVG beteiligten Stellen zur Verfügung stellt. Zum Beispiel werden im Rahmen der Erhebungen zur Krankenversicherungsstatistik Angaben mit kleinen Versichertenbeständen vorkommen, bei denen höchstens aggregierte Daten bekanntgegeben werden können.

Nach *Absatz 9* stellt das BAG die Resultate der mit den Daten nach Absatz 2 durchgeführten Erhebungen (sei es aus aggregierten Daten oder Daten pro versicherte Person) den am Vollzug des KVG beteiligten Stellen zur Verfügung. Unter Resultate versteht man Berechnungsergebnisse auf Basis der erhobenen Daten, z.B. die Anzahl Ein- oder Austritte der Versicherten in einem Jahr. Unter Einhaltung des Datenschutzes und insbesondere soweit die Anonymität der Versicherten gewährleistet bleibt, können die Resultate der Erhebungen den am Vollzug des KVG beteiligten Stellen zur Verfügung gestellt werden.

Artikel 28b *Veröffentlichung der Daten der Versicherer*

Absatz 1

Das BAG veröffentlicht die Daten nach Artikel 28 KVV unter Wahrung der Anonymität der Versicherten und stellt diese auf einem Portal zur Datenveröffentlichung des Bundes zu Verfügung. Es kann sich dabei um aggregierte

oder Individualdaten handeln, und für die Nutzung dieser Daten bestehen keine Einschränkungen. Das BAG verwendet dafür eine bevorzugte Veröffentlichungsplattform des Bundes (aktuell opendata.swiss) oder seine eigene Internetseite.

Absatz 2

Bei der Veröffentlichung nach Absatz 1 sorgt das BAG dafür: a. dass namentlich Angaben über die Versicherungsform, die Versicherungsleistungen und die Kosten, gesondert nach Alter, Geschlecht und Region sowie nach Kategorien von Leistungserbringern, Betrieben und Pflegeleistungen, ersichtlich sind; b. dass Daten pro versicherte Person keinen Rückschluss auf die Versicherer ermöglichen.

Buchstabe a stellt sicher, dass mindestens Angaben nach dem bis 31. Dezember 2022 geltenden Artikel 28b Absatz 1 veröffentlicht werden. Das BAG kann weitere Angaben, sofern die Wahrung der Anonymität der Versicherten gewährt ist, veröffentlichen. Dies können aggregierte Daten oder anonymisierte Daten pro versicherte Person sein. Sollten anonymisierte Angaben pro versicherte Person veröffentlicht werden, stellt das BAG nach Absatz 2 Buchstabe b zudem sicher, dass kein Rückschluss auf die Versicherer möglich ist. Die allfällige Veröffentlichung von Angaben über die Versicherer erfolgt somit nur in Form aggregierter Daten nach Absatz 3.

Absatz 3

Mit *Absatz 3* wird sichergestellt, dass mindestens folgende Angaben je Versicherer veröffentlicht werden: a. Einnahmen und Ausgaben; b. Ergebnis je versicherte Person; c. Reserven; d. Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle; e. Krankenpflegekosten; f. Risikoausgleich; g. Verwaltungskosten; h. Versichertenbestand; i. Prämien; j. Bilanz und Betriebsrechnung.

Es handelt sich um eine Fortführung der bis 31. Dezember 2022 geltenden Bestimmung von Artikel 28b Absatz 2. Diese Angaben werden z.B. im Rahmen der Krankenversicherungsstatistik auf der Internetseite des BAG veröffentlicht. Weitere Angaben je Versicherer können veröffentlicht werden, wenn die Daten in aggregierter Form aufbereitet werden. Angaben pro versicherte Person, auch wenn anonymisiert, können nicht in Kombination mit der Angabe des Versicherers veröffentlicht werden.

Artikel 28c *Gesuch für besondere Nutzung*

Absatz 1

Wer für eine besondere Nutzung zusätzlich zu den nach Artikel 28b veröffentlichten Daten weitere Daten benötigt oder die Daten in einer anderen Form benötigt, kann ein Gesuch beim BAG stellen.

Angaben, die über diejenigen nach Artikel 28b hinausgehen sind auf Anfrage den Datenlieferanten, der Forschung und Wissenschaft grundsätzlich zugänglich zu machen. Die Datenweitergabe erfolgt auch dann nicht automatisch, sondern wird unter den Rahmenbedingungen nach Absatz 2 gewährt oder nicht.

Absatz 2

Nach *Absatz 2* prüft das BAG Gesuche unter Berücksichtigung des Datenschutzrechts. Daten, bei denen ein erhöhtes Re-Identifikationsrisiko der Versicherten durch den Empfänger entstehen könnte, werden nur im Zusammenhang mit einer gesetzlichen Aufgabenzuweisung oder im Falle eines überwiegenden Interesses des Empfängers – wie i.d.R. im Falle von Forschungseinrichtungen - zur Verfügung gestellt. Auch müssen die Datenschutz- und Datensicherheitsmassnahmen in Übereinstimmung mit dem DSG erfolgen, z.B. mit passendem Datenschutzvertrag.

Das BAG führt eine individuelle und materielle Einzelfallprüfung durch und bestimmt insbesondere unter dem Gesichtspunkt des Re-Identifikationsrisikos der versicherten Person, ob Daten weitergegeben werden dürfen, und wenn ja, prüft das BAG welche Daten in welchem Detaillierungsgrad (pro versicherte Person oder aggregiert) weitergegeben werden dürfen. Da die Anonymität der versicherten Person auch von den beim Empfänger verfügbaren Datenquellen abhängt und solche Quellen eine Re-Identifizierung erleichtern könnten, muss eine Prüfung des spezifischen Kontexts des Empfängers durchgeführt werden (vgl. BGE 136 II 508).

Im Kontext des Antragstellers (je nach dem Versicherer, Kanton, Forschungsinstitut) stellen sich zudem Fragen über die geplanten Massnahmen der Datenbearbeitung und des Datenschutzes. Ein Antragsteller muss nicht nur rechtmässig berechtigt sein, die Daten zu erhalten, sondern er muss auch passende technische Massnahmen bei der Datenbearbeitung umsetzen können. So muss z.B. der Grundschutz der IT-Applikationen (z.B. verschlüsseln, loggen) dem Schutzbedarf der Daten entsprechen. Ist dies nicht der Fall, dann kann das BAG zum Beispiel entscheiden, aggregierte Daten und nicht Daten pro versicherte Person weiterzugeben, oder gar keine zusätzlichen Daten weiterzugeben. Auch kann das BAG die Weitergabe der Daten vom Abschluss eines Datenschutzvertrages abhängig machen, der u.a. die Dauer der Datennutzung, die Zwecke oder wann die Datenvernichtung zu erfolgen hat, festhält. Es findet also keine automatisierte Genehmigung statt, jeder Antrag muss einzeln materiell geprüft werden und kann je nach Aufwand zu Gebühren führen. Die Einzelheiten dazu sind in den Absätzen 5 und 6 geregelt.

Absatz 3

Nach *Absatz 3* kann das BAG Daten, die nach Artikel 28 Absatz 1 KVV erhoben wurden den am Vollzug des KVG beteiligten Stellen regelmässig zur Verfügung stellen, sofern die Anonymität der Versicherten sichergestellt ist und die Daten für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlich sind. Im Gegensatz zu Artikel 28 Absatz 9 KVV, mit dem die Datenweitergabe auf Ergebnisse beschränkt wird, und Artikel 28c Absatz 2 KVV, wonach

die Datenweitergabe einmalig erfolgen kann, sieht Artikel 28c Absatz 3 vor, dass die erhobenen Daten nach Artikel 28 Absatz 1 KVV den an den Vollzug beteiligten Stellen durch das BAG regelmässig weitergegeben werden können. Dabei werden die Zwecke, wofür Daten weitergegeben werden können, auf die Aufgaben nach dem KVG jeweiliger beteiligten Stellen beschränkt. Zudem wird geprüft, ob die Rahmenbedingungen zur Datenweitergabe von Daten pro versicherte Person oder pro Leistungserbringer erfüllt sind. Auch wird evaluiert, welche Daten in welchem Detaillierungsgrad entsprechend weitergegeben werden können. Bei Anpassung des Datenbezuges wird erneut im Einzelfall geprüft, ob die Datenschutzkriterien erfüllt sind bzw. bleiben. Das BAG kann entsprechend die Weitergabe der Daten vom Abschluss eines Datenschutzvertrags abhängig machen und dabei die Modalitäten der Bearbeitung durch den Empfänger so festhalten, dass die Wahrung der Anonymität gewährt bleibt. In der Umsetzung wird das BAG nach Bedarf Rücksprache mit dem EDÖB nehmen. Die Bestimmung nach Absatz 3 ist vorgesehen, um den administrativen Aufwand zu minimieren, weil gewisse Aufgaben der beteiligten Stellen wiederkehrende Daten erfordern (z.B. im Falle der Kantone, die die Kostenentwicklung verfolgen).

Absatz 4

Nach *Absatz 4* veröffentlicht das BAG regelmässig die Namen der Empfänger der Daten nach den Absätzen 2 und 3 (z.B. Angabe des Forschungsinstituts oder der Universität). Dies kann auf der Internetplattform des BAG erfolgen.

Absatz 5

Absatz 5 präzisiert, dass das BAG die Daten nach Massgabe seiner technischen, organisatorischen und personellen Möglichkeiten weitergibt. Gemäss *Absatz 6* kann das BAG für die Bearbeitung des Gesuches eine Gebühr erheben. Je nach Sachverhalt können z.B. aufwändige gesonderte Anonymisierungsmassnahmen erforderlich sein. Die Gebühr wird nach Zeitaufwand bemessen, darf aber 10 000 Franken nicht überschreiten. Der Stundenansatz beträgt je nach erforderlicher Sachkenntnis und Funktionsstufe des ausführenden Personals 90–200 Franken. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Gebührenverordnung vom 8. September 2004¹⁷.

5.1.2 Weitere Anpassungen

Artikel 59 Absatz 4

Artikel 42 Absatz 3 KVG hält fest, dass der Leistungserbringer dem Schuldner (die versicherte Person oder ihr Versicherer) eine detaillierte und verständliche Rechnung zuzustellen hat. Er muss auch alle Angaben machen, die benötigt werden, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Dieser Vorgabe wird insoweit nachgelebt als in vielen Leistungsbereichen gestützt auf die geltenden Tarife ein einheitliches Rechnungsformular vorgesehen ist. Angesichts der nicht abnehmenden Komplexität der Tarifwerke sind die entsprechenden Rechnungen für die Versicherten nur mit zusätzlichem Aufwand nachvollziehbar. So enthalten die Rechnungen eine Vielzahl von Positionen oder es sind gerade im spitalstationären Bereich Codes aufgeführt, die nicht selbsterklärend sind.

Daher soll festgehalten werden, dass die Leistungserbringer sicherstellen müssen, dass die Rechnung für die versicherte Person nachvollziehbar ist und insbesondere Art, Dauer und Inhalt der Behandlung verständlich dargestellt werden. Dabei ist anzustreben, dass die Rechnungsstellung nach einem einheitlichen Standard erfolgt, welchen die Leistungserbringer zusammen mit den Versicherern erarbeiten. In der Botschaft vom 7. September 2022 zur Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) wird ausserdem vorgeschlagen, dass die Leistungserbringer und die Versicherer oder deren Verbände einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen vereinbaren müssen. Vorstellbar ist auch, dass in den genannten Rechnungsformularen zusätzliche Erläuterungen ergänzt werden oder eine vereinfachte Darstellung gewählt wird.

5.1.3 Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1a

Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen

Artikel 59f Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen

In *Absatz 1* werden die dem Bundesrat oder den Kantonsregierungen auf Verlangen bekannt zu gebenden Daten und Angaben aufgelistet. Der Bundesrat und die Kantonsregierungen können grundsätzlich die Bekanntgabe aller Informationen und Daten verlangen, die für die Ausübung ihrer gesetzlichen Kompetenzen im Tarifbereich erforderlich sind. Sie können auf Basis der Auflistung in *Absatz 1* die dafür nötigen Spezifizierungen vornehmen. Die Oberkategorien der Daten (*Bst. a bis f*) sind abschliessend aufgelistet, im Gegensatz zu den Unterkategorien, bei denen die Behörden nach Bedarf weitere Daten verlangen können. Dies ermöglicht es, den sehr unterschiedlichen Gegebenheiten der verschiedenen Tarife Rechnung zu tragen. Werden nicht sämtliche aufgelistete Daten benötigt, so dürfen diese aufgrund des Verhältnismässigkeitsprinzips nicht eingefordert werden.

Mit Angaben zu Betriebsstandorten (*Abs. 1 Bst. a Ziff. 2*) ist die Standortgemeinde gemeint. Diese dient dem Zweck einer allfällig notwendigen regionalen Zuordnung. Mit der medizinisch-technischen Infrastruktur (*Abs. 1 Bst. a Ziff. 3*) sind die Gerätschaften und Einrichtungen gemeint, die für die Leistungserbringung benötigt werden. Mit Angaben

¹⁷ SR 172.041.1

zur Betriebsdauer pro Jahr (Abs. 1 Bst. a Ziff. 4) sind Informationen betreffend Öffnungszeiten resp. Arbeitszeiten in einer Praxis oder eines Ambulatoriums gemeint.

Die unter *Absatz 1 Ziffer b* erwähnte Spezialisierung bezieht sich auf eine allfällige Spezialisierung innerhalb einer Leistungserbringerart nach Artikel 35 Absatz 2 KVG; also beispielsweise die Facharztgruppe innerhalb der Leistungserbringerart «Ärzte und Ärztinnen».

Unter *Absatz 1 Ziffer c* fallen die Angaben der erbrachten Leistungen, die zulasten der OKP abgerechnet werden. Anzugeben sind hier die Leistungen nach Leistungsart und Leistungserbringer, die für den entsprechenden Tarif resp. die dem Tarif zugrunde gelegten Kosten relevant sind.

Zur Plausibilisierung der unter *Absatz 1 Ziffer d* aufgeführten Gestehungskosten soll jeweils auch die entsprechende Menge angegeben werden, also beispielsweise für den Raumaufwand die entsprechende Fläche der Praxis oder des Ambulatoriums.

Die Angaben unter *Absatz 1 Ziffer e* sollen dem Bundesrat und den Kantonsregierungen dazu dienen, in einem Genehmigungsverfahren die den Tarifen zugrundeliegende Kostenmodelle oder bei bereits genehmigten Tarifen die Sachgerechtigkeit und Aktualität zu beurteilen. Die Angaben zur Entwicklung der Kosten in der OKP (*Abs. 1 Bst. f*) dienen dem Bundesrat und den Kantonsregierungen zur Beurteilung der Kostenneutralität und den Kantonsregierungen zusätzlich zur Genehmigung oder Festlegung der Taxpunktwerte.

Die Aufzählung in *Absatz 1* orientiert sich an Artikel 30 KVV, geht aber darüber hinaus resp. dient einem anderen Zweck und adressiert neben den Leistungserbringern auch die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Artikel 47a KVG. Um den Aufwand für die Leistungserbringer, deren Verbände, sowie die Organisation nach Artikel 47a KVG für die Datenbekanntgabe möglichst gering zu halten und Doppelerhebungen zu vermeiden, prüfen nach Absatz 2 der Bundesrat und die Kantonsregierungen zunächst, ob die erforderlichen Daten nicht bereits durch das BFS gestützt auf Artikel 30 KVV erhoben werden. Ist dies der Fall, sind zunächst die vorhandenen Informationen zu berücksichtigen, bevor die Herausgabe weiterer Daten von den Leistungserbringern verlangt wird. Damit kommt die Bestimmung dem Grundsatz des "once-only-prinzips" nach und ist verhältnismässig.

Artikel 59g Übermittlung der Daten

Absatz 1 regelt, wie die Leistungserbringer und deren Verbände, die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Artikel 47a KVG die Daten den zuständigen Behörden zu übermitteln haben. Absatz 3 regelt das Vorgehen bei unvollständigen Datenlieferungen. Eine Delegation von der zuständigen Kantonsregierung an die zuständige Behörde ist mit einer entsprechenden kantonalen Delegationsbestimmung möglich.

Artikel 59h Kantonale Bearbeitungsreglemente

Aufgabe der jeweils zuständigen Kantonsregierung ist es, ein Bearbeitungsreglement für die Erhebung und Bearbeitung der Daten zu erstellen. Ob die zuständige Kantonsregierung - oder die durch eine kantonale Delegationsnorm als zuständig bezeichnete Stelle - bei jeder Erhebung und Bearbeitung von Daten nach Artikel 47b KVG ein Bearbeitungsreglement zu erstellen hat, hängt einerseits von den konkreten Daten und andererseits von den kantonalen Bestimmungen zum Datenschutz ab. Sind die Daten nicht nach den betroffenen Personen erschliessbar, so muss aufgrund der bundesrechtlichen Vorschriften kein Bearbeitungsreglement erstellt werden.

Auf Bundesebene ist der Inhaber eines Datenbearbeitungssystems nach den Artikeln 11 und 21 der Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz (VD SG, SR. 235.11) verpflichtet, ein Bearbeitungsreglement zu erlassen¹⁸. Dies muss in der KVV nicht erwähnt werden.

Artikel 59i Sicherheit und Aufbewahrung der Daten

Für die Behörden, die Daten erhalten, gelten Vorgaben betreffend Sicherheit und Aufbewahrung der Daten.

Experimentierartikel

Artikel 77l Gesuch

Der Antrag muss formale Mindestanforderungen erfüllen (Abs. 2).

Die in Absatz 2 Buchstabe b genannten Punkte sollen die Grundlagen für die Evaluation liefern (Art. 77q). In Bezug auf Buchstabe d wird auf den Kommentar zu Artikel 77o Absatz 1 Buchstabe e verwiesen.

Die Vorlage eines Finanzierungskonzepts (Abs. 2 Bst. f) entspricht dem Anliegen der Partnerschaft. Es lässt sich damit überprüfen, ob die Umsetzung des Projekts tatsächlich sichergestellt werden kann (vgl. auch den Kommentar zu Art. 77m).

Artikel 77m Kosten

Die Finanzierung des Projekts muss vom Projektträger oder von den Projektträgern sichergestellt werden. Keine Beteiligungen oder Subventionen vom Bund dürfen erwartet werden (BBl 2019 6071, 6167). Wenn die Versicherer sich an der Finanzierung des Projekts beteiligen, können die Kosten des Projekts (insb. die mit der Organisation

¹⁸ Mit Inkrafttreten des neuen Datenschutzrechts per 1. September 2023 wird die Pflicht zum Erlass eines Bearbeitungsreglements in Artikel 6 Datenschutzverordnung vom 31. August 2022 geregelt. Vgl. auch www.admin.ch > Dokumentation > Medienmitteilungen > Datum 31. August 2021 > Neues Datenschutzrecht ab 1. September 2023

und der Evaluation verbundenen Kosten) Teil der Verwaltungskosten des Versicherers sein und somit implizit von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden. In diesem Fall müssen die Versicherer die Verwaltungskosten auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass beschränken (Art. 19 KVG). Den Versicherten können zu diesem Zweck keine Beiträge auferlegt werden (d.h. andere Kosten als die Prämien und die Kostenbeteiligung). Die Möglichkeit zum Rückgängigmachen der Projekte liegt im Wesen des Pilotcharakters der Projekte. In dieser Bestimmung wird auf die entsprechenden Auswirkungen hingewiesen.

Artikel 77n Bewilligung

Die Bewilligung (Art. 59b Abs. 1 KVG) regelt das Verhältnis zwischen den Gesuchstellern und dem Bund.

Die Pilotprojekte verfolgen eines der definierten Ziele: Kostendämpfung, Stärkung der Qualität oder Förderung der Digitalisierung. Die neuen Modelle müssen aufzeigen, inwiefern sie gegenüber der geltenden gesetzlichen Regelung innovativ sind (Abs. 1). Wenn es um die Stärkung der Qualität geht, müssen sich die Pilotprojekte insbesondere von den Qualitätsverträgen unterscheiden (Art. 58a f. KVG). Sie müssen sich auch von den durch die Eidgenössische Qualitätskommission unterstützten nationalen oder regionalen Projekten zur Qualitätsentwicklung unterscheiden (Art. 58b und 58c Abs. 1 Bst. b, e, f und g KVG). Sie dürfen zudem nicht mit den Vereinbarungen nach Artikel 56 Absatz 3^{bis} KVG verwechselt werden, da die eingesetzten Mittel bei solchen Vereinbarungen klar auf die Vergünstigungen für die Leistungserbringer beschränkt sind und sich der Qualitätsbegriff in Artikel 56 Absatz 3^{bis} auf die Behandlung bezieht.

Die Ernennung der unabhängigen Fachpersonen ist Sache des EDI (Abs. 2 Bst. d). Das EDI ernennt die Experten, um sicherzustellen, dass die Evaluation des Pilotprojektes unabhängig und objektiv durchgeführt wird. Dies ist umso wichtiger, als dass die Evaluation Grundlage ist für den Entscheid des Bundesrates, die Massnahmen ins ordentliche Recht aufzunehmen (Art. 77n).

Die Bewilligung wird verweigert (Abs. 3), wenn das Projekt den Versicherten das Recht auf Kostenübernahme durch die OKP nicht garantiert. Die OKP definiert denn auch die Voraussetzungen für die Kostenübernahme der erbrachten Leistungen (Art. 24 f. KVG).

Die Bewilligung wird widerrufen (Abs. 4), wenn durch die Evaluation (Art. 77q) nicht nachgewiesen werden konnte, dass das verfolgte Ziel erreicht wurde, oder wenn die Rechte der Versicherten verletzt wurden. In diesen Fällen wird die entsprechende Verordnung formell aufgehoben (Art. 77o Abs. 4). Wenn die Bewilligung in Form eines Vertrages erfolgt, ist der Vertrag zu kündigen.

Gegen die Entscheide des EDI kann Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erhoben werden (Art. Art. 31, 33 Bst. d und 37 Verwaltungsgerichtsgesetz; SR 173.32).

Die Information der Öffentlichkeit (Abs. 5) erfolgt in der Regel in Form einer Medienmitteilung auf der entsprechenden Seite des BAG und betrifft auch die gescheiterten Pilotprojekte.

Artikel 77o Verordnung des EDI zu den Pilotprojekten

Die Verordnung zu den Pilotprojekten findet auf sämtliche Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Pilotprojekt Anwendung, einschliesslich Versicherte und Leistungserbringer. Sie legt die Abweichungen vom vorliegenden Gesetz und von dessen Ausführungsbestimmungen sowie die Rechte und Pflichten der Teilnehmer am Pilotprojekt fest (Art. 59b Abs. 5 KVG).

Auch wenn die Pflicht zur Einhaltung bestimmter Bestimmungen des KVG für die Dauer der Pilotprojekte aufgehoben wird, müssen die Rechte der Versicherten jederzeit gesichert sein. Dabei handelt es sich insbesondere um die Versichertenrechte nach ATSG (SR 830.1): Recht auf Aufklärung und Beratung (Art. 27), Recht auf Akteneinsicht (Art. 47) oder Recht, die vorläufige Ausrichtung von Leistungen zu verlangen (vgl. Art. 19 Abs. 4).

Die Pilotprojekte müssen räumlich begrenzt sein (Art. 59b Abs. 4 KVG). Ihr Anwendungsbereich (Abs. 1 Bst. d) hängt jedoch in erster Linie von ihrem Zweck ab und muss so weit gefasst sein, dass die Evaluation nach Artikel 77q möglich ist. So könnte bei Projekten zur Übernahme von Leistungen im Ausland ausserhalb der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit nach Artikel 34 Absatz 2 KVG (Art. 59b Abs. 2 Bst. b KVG) das Hoheitsgebiet eines fremden Staates oder ein Teil davon ausserhalb der Grenzzonen betroffen sein. Bei einem Projekt zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (Art. 59b Abs. 2 Bst. d KVG) wäre angesichts der faktisch kantonsweiten Einbindung eine Beschränkung auf ein überkommunales Gebiet nicht zielführend. In Bezug auf Buchstabe e und Absatz 3 wird auf den Kommentar zu Artikel 77p Absatz 2 verwiesen.

Die festgelegte maximale Laufzeit von drei Jahren (Abs. 2) ermöglicht, die erwartete Wirkung der erprobten Massnahme(n) im Laufe der Zeit zu messen. Sie entspricht ausserdem der Laufzeit, die zum Beispiel ursprünglich für die Pilotprojekte zur Kostenübernahme für Leistungen im Ausland vorgesehen war (Art. 36a aKVV, AS 2006 1717). Bezüglich der Verlängerung (Abs. 2, 2. Satz) wird auf den Kommentar zu Art. 77r verwiesen.

Artikel 77p Teilnahme

Die Teilnahme ist für alle Teilnehmenden freiwillig (Art. 59b Abs. 6 KVG).

Bei den Versicherten muss der Antragstellende deren ausdrückliche Zustimmung garantieren können. Eine solche Willensäusserung setzt die schriftliche Form voraus (die elektronische Zustimmung reicht aus, wenn sie mit einer elektronischen Signatur unterzeichnet wird, die den Anforderungen des Obligationenrechts entspricht, vgl. Art. 14 Abs. 2^{bis}; SR 220) (Abs. 1). In diesem Fall muss die betroffene Person über die Auswirkungen ihrer Teilnahme auf ihre Rechte und Pflichten aufgeklärt worden sein. Dies gilt auch für die Zustimmung zur Bearbeitung von sensiblen Daten: diese ausdrückliche Zustimmung rechtfertigt somit die Bearbeitung der sie betreffenden Personendaten (auch zum Zweck der Bewertung) gemäss der Datenschutzgesetzgebung.

Wenn ein Pilotprojekt die Bearbeitung von sensiblen Personendaten durch einen Versicherer als Bundesorgan im Sinne der Artikel 17a DSG, 27 und 27a VDSG erfordert, sind zudem die entsprechenden Bestimmungen anwendbar. Hier ist insbesondere an die Daten von nicht Teilnehmenden gedacht, die - im Rahmen eines Datenvergleichs - ggf. für die Evaluation des Pilotprojekts nützlich wären.

Bei den Projektträgern ergibt sich eine solche «Willensäußerung» aus ihrer Zustimmung insbesondere zur Finanzierung (vgl. auch Art. 77f Abs. 2 Bst. f), die verschiedene Formen annehmen kann (z. B. Vertrag zwischen einem Versicherer und einer Organisation von Leistungserbringern).

Das Recht, die Zustimmung zur Teilnahme am Projekt zu widerrufen, ist mit der freiwilligen Teilnahme verbunden (Abs. 2). Im Antrag (Art. 77f Abs. 2 Bst. d) muss somit die Frist vermerkt sein, innerhalb derer der Widerruf möglich ist. Da diese Frist vom Zweck des Projekts selbst abhängt, wird sie in der entsprechenden Verordnung festgelegt (Art. 77o Abs. 1 Bst. f). Diese Frist kann nicht über das laufende Kalenderjahr hinausgehen. Damit die Inhaber des Pilotprojekts einen gewissen Spielraum haben, um die notwendigen Anpassungen vorzunehmen, ist eine angemessene Kündigungsfrist einzuhalten. Die Versicherten müssen im Rahmen ihrer Zustimmung ausdrücklich darauf hingewiesen werden. Im Falle einer Kündigung im Dezember müssen die Versicherten darauf aufmerksam gemacht werden, dass der Widerruf erst am Ende des darauffolgenden Kalenderjahres wirksam wird. Wenn eine grosse Teilnehmerzahl sich zurückzieht, so muss im Rahmen der Berichterstattungspflicht darauf verwiesen werden (Art. 77q Abs. 1: «während seiner Umsetzung», mit der möglichen Folge, dass die Konsequenz nach Art. 77n Abs. 4 eintritt). So sollten die Versicherer immer verpflichtet sein, die Leistungen der OKP zu erbringen.

Artikel 77q Evaluationen

In Bezug auf Absatz 1 ist festzuhalten, dass es keine Pilotprojekte ohne Kontrolle, Überwachung und Evaluation geben darf, da der Sinn und Zweck von Pilotprojekten darin besteht, festzustellen, ob das getestete Modell eine kostendämpfende, qualitätssteigernde oder digitalisierungsfördernde Wirkung hat und daher gesetzlich verankert werden sollte.

Die Evaluationsberichte werden vom Antragsteller nach dem vorgesehenen Zeitplan vorgelegt (Art. 77n Abs. 2 Bst. c). Der Antragsteller muss dafür sorgen, dass der Bericht so gestaltet ist, dass darin mindestens folgende Fragen beantwortet werden (Abs. 2):

- Welche Kosteneinsparungen, welche Qualitätssteigerung oder welche positiven Auswirkungen auf die Digitalisierung wurden erzielt? Eine Antwort darauf liefert unter anderem eine Gegenüberstellung der Situation zu Beginn des Projekts und der Situation zum Zeitpunkt der Evaluation.
- Welche wissenschaftliche(n) Methode(n), die anerkannten Standards und Richtlinien entspricht/entsprechen, wurde(n) angewendet (Art. 77n Abs. 2 Bst. d)?
- Welche Auswirkungen haben die getroffenen Massnahmen auf die gesetzlichen Bestimmungen, von denen sie abgewichen sind?

Fehlen diese Angaben im Evaluationsbericht wird das Pilotprojekt nach Artikel 77o Absatz 4 beendet.

Artikel 77r Bericht an den Bundesrat

Der Bericht des EDI zuhanden des Bundesrates (Abs. 2) muss folgende Ergebnisse unterscheiden:

- Wenn die Evaluation gezeigt hat, dass das Modell die Kostendämpfung, die Stärkung der Qualität oder die Förderung der Digitalisierung ermöglicht:

In diesem Fall ist eine Verlängerung möglich (Art. 59b Abs. 7 1. Satz KVG). Eine solche Verlängerung soll verhindern, dass ein Projekt, das sich als wirksam erwiesen hat, unterbrochen wird, bis die getestete Massnahme in eine endgültige Regelung aufgenommen wird (BBI 2019 6071, 6159). Artikel 59b Absatz 7 1. Satz KVG ist direkt anwendbar, d. h. der Bundesrat kann direkt gestützt auf das Gesetz vorsehen, dass Bestimmungen anwendbar bleiben. Der Bundesratsentscheid kann sich nur auf die Prüfung der Zwischenevaluationen stützen (Art. 77q und 77r Abs. 3). Demnach:

- Sollte das EDI die Evaluationen als geeignet erachten und feststellen, dass die geplanten Massnahmen das angestrebte Ziel erreichen (z.B. Kostendämpfung), kann es dem Bundesrat die Fortsetzung der Massnahmen empfehlen. Die in der Verordnung des EDI (Art. 77o) vorgesehenen Massnahmen werden in der Folge in einer Verordnung des BR umgesetzt (und die Verordnung des EDI wird aufgehoben).
 - Im Gegensatz zur eben erwähnten Hypothese kann das EDI, sollte festgestellt werden, dass vor Ablauf der Projektdauer die Evaluation zu wenig zielführend ist, die Verordnung verlängern um weitere Evaluationen durchzuführen (Art. 77o Abs. 2 2. Satz). Wenn die Zwischenevaluationen vor Ablauf der verlängerten Projektdauer ergibt, dass die geplanten Massnahmen zielführend sind, kann der Bundesrat, wie oben beschrieben, eine Verordnung erlassen.
- Wenn mit der Evaluation nicht nachgewiesen werden kann, dass das Modell die Kostendämpfung, die Stärkung der Qualität oder die Förderung der Digitalisierung ermöglicht:

In diesem Fall müssen die Massnahmen eingestellt werden (vgl. Art. 77o Abs. 4).

Grundsätzlich sollte die Abschlussevaluation (Art. 77q Abs. 1 2. Satz) in dieselbe Richtung gehen wie die Zwischenevaluationen.

Wenn die Abschlussevaluation im Gegensatz zur Zwischenevaluationen zeigt, dass das verfolgte Ziel erreicht wurde und es sich lohnt, die Massnahmen in das Gesetz aufzunehmen, kommt das ordentliche parlamentarische Verfahren zum Zug: Nach beenden des Pilotversuchs kann der Bundesrat tatsächlich nicht mehr über die Fortführung der Massnahmen entscheiden (Art. 59b Abs. 7 KVG und 77r Abs. 3).

5.1.4 Zulassung psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

Art. 50c Bst. b Ziff. 1 Psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

Ab dem 1. Januar 2023 werden die Weiterbildungsstätten mit einer Anerkennung der Kategorie C nach dem Weiterbildungsprogramm «Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie» in Artikel 50c Buchstabe b Ziffer 1 KVV aufgenommen. Den bisher in Institutionen der Kategorie C tätigen psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird somit deren Tätigkeit als Zulassungsvoraussetzung anerkannt.

Für Zulassungen bei Fachpersonen, die vor dem 1. Juli 2022 die drei Jahre klinische Erfahrung erlangt haben, gelten weiterhin die Übergangsbestimmungen (vgl. Abs. 5 Übergangsbestimmungen vom 23. Juni 2021).

5.2 Änderung der KVAV

Artikel 62a Daten der Versicherer

Die Versicherer sind nach Artikel 35 Absatz 2 KVAG verpflichtet, der Aufsichtsbehörde regelmässig die für die Erfüllung ihrer Aufsichtsaufgaben erforderlichen Daten weiterzugeben. Die Daten sind aggregiert weiterzugeben. Die Daten müssen zudem pro versicherte Person weitergegeben werden, falls dies zur Erfüllung bestimmter Aufgaben notwendig ist. Der Gesetzgeber hat dem Bundesrat die Kompetenz verliehen, die Einzelheiten auf Verordnungsstufe zu regeln. Gemäss der neuen Regelung in Artikel 62a KVAV werden in Absatz 1 die Aufgaben/Zwecke und im nachfolgenden Absatz 2 die weiterzugebenden Daten gemäss der gesetzlichen Ausgangslage einzeln aufgezählt.

Der *erste Satz von Absatz 1* ist gegenüber dem bis 31. Dezember 2022 geltenden Artikel 28 Absatz 1 KVV unverändert und nennt in den Buchstaben a – f die Aufgaben bzw. Zwecke, für welche die Daten von den Versicherern an die Aufsichtsbehörde weitergegeben werden müssen. Die Daten, die von den Versicherern nach Artikel 35 Absatz 2 KVAG pro versicherte Person weitergegeben werden müssen, dienen somit der Erfüllung der in den Buchstaben a – f genannten Zwecke.

- *Buchstabe a:* Die Daten, die von den Versicherern nach Artikel 35 Absatz 2 KVAG weitergegeben werden müssen, dienen nach Buchstabe a dazu, die einheitliche Anwendung des KVG und des KVAG zu überwachen. Buchstabe a ist gegenüber Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe a KVV unverändert.
- *Buchstabe b:* Die Daten, die weitergegeben werden müssen, dienen dazu, die Gleichbehandlung der Versicherten sicherzustellen. Dieser Buchstabe b entspricht dem bis 31. Dezember 2022 geltenden Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe d KVV und ist unverändert.
- *Buchstabe c:* Die Daten, die weitergegeben werden müssen, dienen dazu, sicherzustellen, dass die Prämienunterschiede den kantonalen und regionalen Kostenunterschieden entsprechen und die Mittel der sozialen Krankenversicherung ausschliesslich zu deren Zwecken eingesetzt werden. Dieser Buchstabe c übernimmt den Inhalt des bis 31. Dezember 2022 geltenden Artikels 28 Absatz 1 Buchstabe e unverändert.
- Mit Buchstaben d und e werden die Aufgaben im Bereich der Prüfung der Prämien präzisiert. Die Daten, die weitergegeben werden müssen, dienen dazu, die Prämien der Versicherer im Rahmen der Prämien genehmigung zu überprüfen und sicherzustellen, dass die angewandten Prämien den genehmigten Prämien entsprechen.

Im Rahmen der Prämien genehmigung werden unter anderem auch die Prämien der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer überprüft (entspricht geltender Praxis und ist Teilaufgabe aus Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe g KVV). Für letztere Überprüfung werden insbesondere die Angaben der Risikoausgleichsgruppe und der PCG nach Artikel 62a Absatz 2 Buchstabe a Ziffer 3 benötigt.

- *Buchstabe e:* Die Daten, die weitergegeben werden müssen, dienen dazu, die Prämien der Rückversicherer nach Risikogerechtigkeit zu überprüfen.
- *Buchstabe f:* Die Daten, die weitergegeben werden müssen, dienen dazu, die Wirkungsanalyse des KVG und des KVAG und des Vollzugs dieser Gesetze vorzunehmen und Entscheidungsgrundlagen für Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen bereitzustellen.

Dieser Buchstabe f übernimmt den Inhalt von Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe g KVV. Der Buchstabe f wurde sprachlich leicht angepasst. Der eigentliche Inhalt des bis 31. Dezember 2022 geltenden Artikels 28 Absatz 1 Buchstabe g KVV wurde aber nicht verändert.

Absatz 2 zählt auf, welche Daten die Versicherer der Aufsichtsbehörde regelmässig pro versicherte Person weitergeben müssen. Die Daten werden vollständig genannt. Dabei sind Anpassungen technischer Natur dennoch möglich.

Nach den Buchstaben a und b müssen die Versicherer regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: *Buchstabe a* enthält die soziodemographischen Angaben: *Buchstabe b* enthält Angaben zur Versicherungsdeckung.

Buchstabe a Soziodemographische Angaben

Gemäss *Ziffer 1* wird der Verbindungscode erhoben. Dieser wird auf Basis der AHV-Nummer erzeugt und in anonymisierter Form geliefert. Die Angabe des Verbindungscode des Versicherten dient dazu, die Prämien, die Kosten, die Kostenbeteiligung über ein Jahr hinaus und Versicherer übergreifend berechnen zu können. Nach *Ziffer*

2 wird der Wohnort d.h. Postleitzahl, Gemeinde, Kanton und Land bei der Erhebung anonymisiert, bzw. in einen Bezirk oder gröbere Region transformiert. Ziffer 3 enthält die Angabe über die Risikogruppen nach Artikel 11 VORA (Indikator Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim) und nach Artikel 12 VORA (Einteilung der Versicherten in PCG). Dies entspricht heutiger Erhebung der Angabe zum Risikoausgleich in Efind 1 und 2.

Buchstabe b Angaben zur Versicherungsdeckung

Angaben zur Versicherungsdeckung enthalten: 1. Beginn und Ende der Deckungsperiode; 2. Prämieigenschaften wie örtlicher Tätigkeitsbereich des Versicherers, Prämienregion, Kategorie der besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93-101 KVV (in der Efind-Erhebung technisch „Tariftyp“ genannt), Versicherungsform („Modellart“), Modellbezeichnung und dessen Abkürzung („Tarifakronym“), Zugehörigkeit der versicherten Person zu einem Haushalt mit mehreren Kindern oder jungen Erwachsenen („Altersuntergruppe“), Prämienstufe in der Bonusversicherung („Bonusstufe“), Höhe der Franchise und Unfalldeckung; 3. Höhe der Prämie mit und ohne Beitrag des Kantons, Prämienzuschlag nach Artikel 8 KVV, Prämienermässigungen und andere Abschläge; 4. Angabe, ob die Versicherungsdeckung nach Artikel 3 Absatz 4 KVG sistiert ist oder nicht; 5. Angabe, ob die versicherte Person dem Risikoausgleich unterstellt ist oder nicht; 6. Mutationsgründe bezogen auf die Versicherungsdeckung wie Eintritt und Austritt, Geburt, Tod, Versichererwechsel und interner Wechsel; 7. Gesamtkosten der vergüteten Leistungen und Kostenbeteiligung; 8. für Versicherte mit einem Austritt in Vorjahren: Austrittsdatum.

- Bei *Ziffer 1* handelt es sich um tagesgenaue Deckungsangaben.
- Bei *Ziffer 2* handelt es sich um die von den Versicherten im Rahmen der sozialen Krankenversicherung abgeschlossenen Versicherungsformen mit Angabe der Franchise. Das Wort Versicherungsart wird nicht mehr verwendet. Es werden jetzt neu die Prämieigenschaften erwähnt. Buchstabe b *Ziffer 2* wird somit sprachlich angepasst, und lehnt sich inhaltlich an den bis 31. Dezember 2022 geltenden Artikel 28 Absatz 3 Buchstabe c KVV an. Details der Prämieigenschaften werden in *Ziffer 2* erwähnt, wobei technische Anpassungen möglich bleiben.
- Bei *Ziffer 3* handelt es sich um die Angabe der Höhe der Bruttoprämie sowie die Angabe der Nettoprämie (entspricht der Bruttoprämie (genehmigte Prämie) abzüglich Kantonsbeitrag). Auch kann dabei dokumentiert werden, ob ein Abschlag oder Zuschlag gegenüber der genehmigten Prämie vorhanden ist.
- *Ziffer 4* beschreibt, ob die Versicherungsdeckung nach Artikel 3 Absatz 4 KVG sistiert wurde oder nicht (z.B. im Falle eines Militärdienstes).
- *Ziffer 5* dokumentiert, ob eine Person während der Zeit der Versicherungsdeckung dem Risikoausgleich unterstellt ist, oder nicht.
- *Ziffer 6* weist Mutationsgründe bezogen auf die Versicherungsdeckung (wie Eintritt und Austritt, Geburt, Tod, Versichererwechsel, interner Wechsel). So kann insbesondere dokumentiert werden, ob die Person bei Beginn oder Ende der Deckung den Versicherer gewechselt hat, oder nicht. Weiter kann damit dokumentiert werden, ob es sich beim Beginn der Deckung um ein neugeborenes Kind handelt. Ferner kann damit dokumentiert werden, ob es sich beim Ende der Deckung, um einen Todesfall handelt.
- Bei *Ziffer 7* werden die Kosten der vergüteten Leistungen sowie die Kostenbeteiligung erhoben. Diese *Ziffer* spiegelt die heutige Erhebung und lehnt sich an die Buchstaben d und f des bis 31. Dezember 2022 geltenden Artikel 28 Absatz 3 KVV an, wobei jetzt neu die Tarifpositionen nicht mehr pro versicherte Person erhoben werden dürfen.
- Bei *Ziffer 8* wird das Austrittsdatum für Versicherte mit einem Austritt in einem der Vorjahre dokumentiert. Dabei handelt es sich nur um diejenigen Angaben über Versicherte, die noch Kosten zu Lasten des aktuellen Abrechnungsjahres aufweisen.

Absatz 3 sieht weiter vor, dass die Versicherer alle Daten nach Artikel 35 Absatz 2 KVAG, die sie aggregiert oder pro versicherte Person weitergeben müssen, der Aufsichtsbehörde elektronisch zur Verfügung stellen müssen. Die Aufsichtsbehörde kann die Versicherer bei Erhebungsanpassungen, d.h. bei Spezifikations- oder Häufigkeitsanpassungen, auf Gesuch hin für eine befristete Zeit befreien, wenn ihnen die Lieferung aufgrund fehlender technischer Voraussetzungen nicht möglich ist. *Absatz 3* ist inhaltlich gegenüber dem bis 31. Dezember 2022 geltenden Artikel 28 Absatz 4 KVV unverändert, jedoch präzisiert (bei Erhebungsanpassungen), da die elektronische Datenlieferung bereits von allen Versicherern umgesetzt worden ist.

Nach *Absatz 4* haben die Versicherer die Daten nach *Absatz 3* der Aufsichtsbehörde korrekt, vollständig, fristgerecht und auf eigene Kosten zu übermitteln. Auch dieser *Absatz* ist gegenüber dem bis 31. Dezember 2022 geltenden Artikel 28 Absatz 5 KVV inhaltlich unverändert. Der letzte Satz wurde gestrichen, da die Datenschutznorm nun auf Gesetzesstufe (vgl. Art. 35 Abs. 2 KVAG) angehoben wurde.

Die Aufsichtsbehörde sorgt nach *Absatz 5* dafür, dass den Versicherern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entsteht. *Absatz 5* ist im Vergleich zum bis 31. Dezember 2022 geltenden Artikel 28 Absatz 2 KVV unverändert.

Gemäss *Absatz 6* kann die Aufsichtsbehörde die Daten nach *Absatz 2* zur Aufwandverminderung mit anderen Datenquellen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach *Absatz 1* verknüpfen. *Absatz 6* wurde bei der Verknüpfung mit «zur Erfüllung seiner Aufgaben» präzisiert.

Absatz 7 entspricht dem bis 31. Dezember 2022 geltenden Artikel 28 Absatz 7 KVV. Er sieht vor, dass die Aufsichtsbehörde nach Anhören der Versicherer Weisungen zu den nach den *Absätzen 1 – 4* zu treffenden Vorkehrungen erlässt. Dieser *Absatz* bleibt inhaltlich unverändert.

Nach *Absatz 8* wird der Begriff der Datenverwendung präzisiert. Je Bearbeitungsschritt sind passende Massnahmen im Vollzug von Artikel 35 Absatz 2 KVAG sowie im Einklang mit dem DSGVO zu treffen.

5.3 Änderung der MVV, UVV und IVV

Artikel 13b Absatz 3 MVV

Für die Datenbekanntgabe, die Übermittlung der Daten sowie die Sicherheit und Aufbewahrung der Daten sollen die entsprechenden Bestimmung der KVV sinngemäss anwendbar sein. Weil im Bereich der Militärversicherung die Tarife gesamtschweizerisch und nicht kantonal vereinbart werden, ist der Verweis auf das kantonale Bearbeitungsreglement nach Artikel 59h KVV nicht nötig.

Artikel 70b Absatz 3 UVV

Für die Datenbekanntgabe, die Übermittlung der Daten sowie die Sicherheit und Aufbewahrungen der Daten sollen die entsprechenden Bestimmung der KVV sinngemäss anwendbar sein. Weil im Bereich der Unfallversicherung die Tarife gesamtschweizerisch und nicht kantonal vereinbart werden, ist der Verweis auf das kantonale Bearbeitungsreglement nach Artikel 59h KVV nicht nötig.

Artikel 24^{bis} Absatz 6 IVV

Für die Datenbekanntgabe, die Übermittlung der Daten sowie die Sicherheit und Aufbewahrungen der Daten sollen die entsprechenden Bestimmung der KVV sinngemäss anwendbar sein. Weil im Bereich der Invalidenversicherung die Tarife grundsätzlich gesamtschweizerisch und nicht kantonal vereinbart werden, ist der Verweis auf das kantonale Bearbeitungsreglement nach Artikel 59h KVV nicht nötig.

6 Auswirkungen

6.1 Auswirkungen auf den Bund

Die Umsetzung der Massnahmen zur Kostendämpfung des Paket 1a, die per 1. Januar 2023 in Kraft treten (Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen, Experimentierartikel und neues System der Patientenspachaltarifen im ambulanten Bereich) bedeuten neue und zusätzliche Aufgaben für den Bund. Diesbezüglich hat der Bundesrat für die Jahre 2022 und 2023 zusätzliche personelle Ressourcen bewilligt

Was den neuen Artikel 21 KVG zur Datenweitergabe der Versicherer betrifft, so wird dessen Absatz 4 ebenfalls Auswirkungen auf die Ressourcen des Bundes haben. Die Einrichtung der Prozesse zur Bereitstellung der Individualdaten, die Aufbereitung der Daten, um die Anonymität der Versicherten zu gewährleisten, die Bereitstellung der Daten auf den entsprechenden Publikationsplattformen und die allfälligen Verträge zur Datennutzung und deren Überwachung erfordern zusätzliche Ressourcen beim BAG. Es ist insbesondere damit zu rechnen, dass die Anfragen nach der Bereitstellung von Daten im Vergleich zu dem, womit das BAG derzeit konfrontiert ist, zunehmen werden. Um diesen steigenden Anforderungen gerecht zu werden, muss entsprechend auch die IT-Infrastruktur angepasst werden.

Die übrigen Änderungen haben keine Auswirkungen auf den Bund.

6.2 Auswirkungen auf Kantone und Gemeinden sowie auf urbane Zentren, Agglomerationen und Berggebiete

Es sind keine Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden sowie auf urbane Zentren, Agglomerationen und Berggebiete zu erwarten, mit Ausnahme der Experimentierartikel und Pauschalen im ambulanten Bereich, deren Auswirkungen weiter unten erläutert werden.

Experimentierartikel

Die Kantone haben mit der Bestimmung neu die Möglichkeit, ein Pilotprojekt zu lancieren und umzusetzen. Die Einführung eines solchen Projekts hat Auswirkungen auf die Ausgaben und Ressourcen der betreffenden Kantone. Die Kostenschätzung ist in diesem Stadium schwierig, denn je nach Projekt sind die Auswirkungen auf die Ressourcen unterschiedlich. Die Kostendämpfung in der OKP liegt in der Verantwortung aller Akteure. Pilotprojekte sind Instrumente, die von gewissen Akteuren in den Bereichen, die von der Kostenentwicklung am stärksten betroffen sind, gezielt eingesetzt werden können. Es ist daher plausibel, dass die Kantone und Gemeinden ganz oder teilweise verbindlich oder freiwillig an einem Pilotprojekt beteiligt sind. Eine genaue Prognose ist in diesem Stadium allerdings schwierig, da eine solche von den einzelnen Projekten abhängt, die zur Genehmigung eingereicht werden

Pauschalen im ambulanten Bereich

Für die Kantone ist kein grösserer Aufwand absehbar, da die Genehmigungskompetenz für kantonal geltende Tarifverträge (auch für Anschlussverträge zu den gesamtschweizerisch geltenden Tarifstrukturen) bereits unter der bestehenden Gesetzgebung bei den Kantonen lag. Auch sind die kantonalen Behörden unter der bestehenden Gesetzgebung bereits mit der subsidiären Festsetzungskompetenz nach Artikel 47 KVG vertraut.

6.3 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft

Die Auswirkungen der Pilotprojekte im Rahmen des Experimentierartikels werden für die betroffenen Akteure in erster Linie von den Projekten abhängig sein. Die Finanzierung der Pilotprojekte muss vom Projektträger sichergestellt werden.

Bei den anderen Änderungen wird von keinen relevanten Auswirkungen auf die Volkswirtschaft ausgegangen.

6.4 Auswirkungen auf die Gesellschaft

Die Auswirkungen sind im Rahmen des Experimentierartikels abhängig vom Projekt selbst.

Bei den übrigen Änderungen sind von keinen relevanten Auswirkungen auf die Volkswirtschaft zu erwarten.

6.5 Auswirkungen auf die Umwelt

Es sind keine Auswirkungen auf die Umwelt zu erwarten; die entsprechenden Fragen wurden daher nicht geprüft.

6.6 Andere Auswirkungen

Es sind keine weiteren Auswirkungen zu erwarten; es wurden daher keine weiteren Fragen geprüft.

7 Rechtliche Aspekte

7.1 Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz

Experimentierartikel

Die geplanten Pilotprojekte verfolgen hauptsächlich ein internes Ziel der Schweiz und betreffen vor allem Akteure in der Schweiz (Kantone, Krankenversicherer, Leistungserbringer und Versicherte). Da die möglichen Abweichungen begrenzt sind, sind die allgemeinen Bestimmungen des KVG in Verbindung mit der Beitrittspflicht oder der Zulassung der Leistungserbringer – ausser bei einer möglichen Abweichung vom Territorialitätsprinzip nach Artikel 34 Absatz 2 KVG und damit verbunden der Frage der Kostenübernahme durch schweizerische Krankenversicherer – von dieser Bestimmung nicht betroffen. Die weiteren Massnahmen haben keine Auswirkungen ausserhalb der Schweiz.

Bei Pilotprojekten, die eine extraterritoriale Auswirkung haben könnten, wird die Rechtslage im Rahmen der Gesuchprüfung zu analysieren sein.

Zulassung psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen

Das Erfordernis für die Zulassung zur OKP von drei Jahren klinische Erfahrung in psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen hat einen Bezug zum Freizügigkeitsabkommen (FZA; SR 0.142.112.681). Die vorliegende Änderung der KVV ist mit den Voraussetzungen des FZA vereinbar.

7.2 Erlassform

Die Änderungen der Artikel 59f, 59g, 59h und 59i KVV stützen sich auf Artikel 47b KVG, die Änderungen von Artikel 59 Absatz 4 auf Artikel 42 Absatz 3 KVG. Artikel 13b Absatz 3 MVV stützt sich auf Artikel 26 Absatz 3^{bis} MVG, Artikel 70b Absatz 3 UVV auf Artikel 56 Absatz 3^{bis} UVG und Artikel 24^{bis} Absatz 6 auf Artikel 27 Absatz 8 IVG.

Die Änderungen der Artikel 28, 28b und 28c KVV stützen sich auf Artikel 21 KVG (vgl. Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung) und die Änderungen von Artikel 62a KVAV stützen sich auf Artikel 35 Absatz 2 KVAG (vgl. Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung).

Der neue Titel 4a (Art. 77f ff. KVV) stützt sich auf Art. 59b KVG.

Die Anpassung von Artikel 50c KVV stützt sich auf Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe e KVG.

7.3 Subdelegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Eine Subdelegation von Rechtsetzungsbefugnissen ist nicht vorgesehen.

7.4 Datenschutz

In den Ausführungsbestimmungen betreffend das Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden die Vorgaben des Datenschutzgesetzes entsprechend umgesetzt. Nach Artikel 21 Absatz 4 KVG soll das BAG neu die erhobenen Daten den Datenlieferanten, der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung stellen. Dazu wurden entsprechende Ausführungsbestimmungen erlassen, welche die Anforderungen des Datenschutzgesetzes erfüllen. Falls ein Pilotprojekt die Bearbeitung von besonders schützenswerten Personendaten durch einen Versicherer als Bundesorgan im Sinne von Artikel 17a DSG, 27 und 27a VDSG erfordert, finden diese Bestimmungen im Übrigen Anwendung (vgl. Kommentar zu Art. 77p KVV).

8 Inkrafttreten

Die Änderung tritt am 1. Januar 2023 in Kraft.