



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

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)

Änderungen per 1. Januar 2023

Änderungen und Kommentar im Wortlaut

Bern,

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|---|----|
| I. | Allgemeiner Teil..... | 3 |
| 1. | <i>Ausgangslage</i> | 3 |
| 2. | <i>Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)</i> | 6 |
| 2.1 | Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung | 6 |
| 2.2 | Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1a | 7 |
| 3. | <i>Änderung der Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAV)</i> | 7 |
| 4. | <i>Änderung der Verordnung über die Militärversicherung (MVV), der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)</i> | 8 |
| II. | Besonderer Teil..... | 9 |
| 1. | <i>Änderung der KVV</i> | 9 |
| 1.1 | <i>Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</i> | 9 |
| 1.2 | <i>Weitere Anpassungen</i> | 14 |
| 1.3 | <i>Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1a</i> | 14 |
| 1.3.1 | Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen | 14 |
| 1.3.2 | Experimentierartikel | 15 |
| 2. | <i>Änderung der KVAV</i> | 18 |
| 3. | <i>Änderung der MVV, UVV und IVV</i> | 21 |
| III. | Inkrafttreten | 21 |

I. Allgemeiner Teil

1. Ausgangslage

Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Die Eidgenössischen Räte haben am 19. März 2021 das Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) verabschiedet (BBI 2021 664). 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 insbesondere Artikel 21 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) und Artikel 35 Absatz 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. September 2014 (KVAG; SR 832.12) revidiert. Das Bundesgesetz sollte mit den Ausführungsbestimmungen am 1. Januar 2023 in Kraft treten.

Mit dem neuen Artikel 21 Absatz 1 KVG werden die *Versicherer verpflichtet, dem BAG regelmässig die für dessen Aufgaben nach KVG erforderlichen Daten 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:

- 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 zur Verfügung gestellt.

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. Die Aufsichtsbehörde ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist (vgl. BBI 2021 664).

In allen Fällen ist das Bundesamt dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist.

Artikel 28 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) 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 2015 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.

Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1a

Die Eidgenössischen Räte haben am 18. Juni 2021 die Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1a) 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.

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.¹

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 Pauschaltarifstruktur vereinbaren, falls dies aufgrund regionaler Gegebenheiten nötig sein sollte. 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 nKVG 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)».² Sie bezweckt nicht den Aufbau einer umfassenden Datensammlung im Bereich des Tarifrechts, sondern dient der Aktualisierung 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

¹ Vgl. hierzu die Erläuterungen vom Dezember 2021: www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Abgeschlossene Neuerungen und Revisionen.

² 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>

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.³ 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.⁴ 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.⁵

Im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens sind die Tarifpartner zwar zur Mitwirkung verpflichtet. Diesbezüglich, aber namentlich 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.

Mit dem neuen Artikel 47b wird eine solche gesetzliche Grundlage für die Datenbekanntgabe im Tarifenwesen 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 Kantonsregierung auf Verlangen kostenlos die Daten bekannt zu geben, die für die Erfüllung der Tarifierungsaufgaben notwendig sind. Dazu gehören auch die entsprechenden Sanktionsmöglichkeiten.

Artikel 47b KVG verpflichtet die Tarifpartner nicht zur regelmässigen Lieferung von Daten. Vielmehr sollen der Bundesrat oder die zuständige Kantonsregierung für die Wahrnehmung ihrer Tarifierungsaufgaben im Bedarfsfall auf die notwendigen Daten zugreifen können.⁶ 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. Auch die zeitliche Begrenzung steht aufgrund der besonderen Rechtssituation, die für einen bestimmten Zeitraum eine Abweichung vom Gesetz erlaubt, nicht zur Diskussion. Das EDI setzt die zeitliche Begrenzung auf dem Verordnungsweg fest, wobei die Eigenheiten jedes Pilotprojekts berücksichtigt werden.⁷ Die Teilnahme an den Pilotprojekten ist freiwillig, die Rechte der Versicherten sind jederzeit zu gewährleisten.

³ Art. 46 Abs. 4 KVG

⁴ Art. 47 KVG

⁵ Art. 43 Abs. 5 und 5^{bis} KVG

⁶ Botschaft vom 21. August 2019 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1) BBI 2019 6130

⁷ Botschaft vom 21. August 2019 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1) BBI 2019 6157

2. 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.

2.1 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 neuem 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 Gruppendaten verfügbar sind, können zudem bereits im Rahmen der bestehenden Erhebung aggregierte Daten erhoben werden. Nur wenn es nicht möglich ist, die Aufgaben mit aggregierten Daten umzusetzen und wenn (zentral) keine Gruppendaten 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 festgehalten. Das BAG stellt gemäss dem angepassten Artikel 28b 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 Reidentifikationsrisiko der Versicherten durch den Empfänger entstehen könnte, oder die Angabe des Versicherers enthalten, können nach dem neuen Artikel 28c 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 passender Datenschutzvereinbarung, um die Anonymität der Versicherten zu gewährleisten. Eine Weitergabe erfolgt nicht automatisch. Das BAG bestimmt im Einzelfall unter dem Gesichtspunkt des Risikos einer Reidentifikation des Versicherten, welche Daten in welchem Detaillierungsgrad (aggregiert oder pro versicherte Person) weitergegeben werden können.

2.2 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 wurden, nicht aufgrund von Artikel 59f Absatz 1 KVV verlangt werden dürfen.

Experimentierartikel

Für die Umsetzung und die Anwendung des Experimentierartikels ist eine Konkretisierung in der KVV erforderlich. Nach Artikel 59b Absatz 6 KVG sind insbesondere die Bewilligungsvoraussetzungen für die Pilotprojekte sowie die Mindestanforderungen an die Evaluation von Pilotprojekten zu regeln.

Die Ausführungsbestimmungen zum Experimentierartikel beinhalten daher die Grundsätze der Pilotprojekte, die (Mindest-)Anforderungen an die Gesuche und die Gesuchsteller, die Anforderungen an die Teilnahme am Projekt (insbesondere deren Freiwilligkeit), die Kosten, die Bewilligungsvoraussetzungen, die Durchführung, Auswertung, Berichterstattung sowie die Grundsätze bei einer allfälligen gesetzlichen Verankerung.

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

Die Ausführungsbestimmungen zu Artikel 35 Absatz 2 KVAG lehnen sich stark an den geltenden Artikel 28 KVV an. 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 Erhebung von Efind 1 und Efind 2 wird aber wie bisher unverändert durchgeführt. 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 bestehenden 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 bereits bei der bestehenden Erhebung so, dass dort, wo es möglich ist, und

dort, wo Gruppendaten vorhanden sind, aggregierte Daten erhoben werden. Nur in den Fällen, wo die Erfüllung der Aufgaben mit aggregierten Daten nicht möglich ist bzw. wo (zentral) keine Gruppendaten vorhanden 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 soweit 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 das BAG kann die im KVAG geregelte Aufsicht über die Versicherer weiterhin 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.

Insofern lässt sich zusammenfassend festhalten, dass Artikel 35 Absatz 2 KVAG – abgesehen von den oben erwähnten Neuerungen – keinen grundsätzlichen Einfluss auf den aufsichtsrechtlichen Teil von Artikel 28 KVV hat. Deshalb werden die aufsichtsrechtlichen Teile von Artikel 28 KVV in einen neuen Artikel 62a KVAV überführt. Dabei bedarf es einiger kleiner Aktualisierungen vor allem in den Bereichen Risikoausgleich und Prämienüberprüfung sowie sprachlicher und formaler Anpassungen.

4. 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.

II. Besonderer Teil

1. Änderung der KVV

1.1 Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Art. 28 KVV Daten der Versicherer

Absatz 1

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

Bei Erhebung von Angaben pro versicherte Person handelt 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 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 geltendem Artikel 28 Absatz 3 KVV wird die Häufigkeit der Erhebung angepasst. 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 bisherigen Regelung in Artikel 28 KVV ein.

Absatz 1 zählt auf, welche Daten die Versicherer dem BAG zudem regelmässig pro versicherte Person weitergeben müssen. Dabei sind Anpassungen technischer Natur dennoch möglich. So enthält beispielsweise die Angabe der Prämie, technisch gesehen die Einzelheiten des Prämientarifs gemäss Prämien genehmigung wie Tätigkeitsgebiet, Prämienregion, Tariftyp, Modellart, Tarifakronym, Altersuntergruppe, Bonusstufe, Höhe der Franchise und Unfalleinschluss.

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 soziodemographischen Angaben

Dabei enthalten sind 1. Der Verbindungscode; 2. Alter, Geschlecht und Wohnort 3. Angaben über die Risikogruppe nach Artikel 11 der Verordnung vom 19. Oktober 2016 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA; SR 832.112.1) und Einteilung der Versicherten in pharmazeutische Kostengruppen nach Artikel 12 VORA.

- 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 PCG). 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. Prämieneigenschaften, wie Tätigkeitsgebiet, Prämienregion, Tariftyp, Modellart, Tarifaikronym, Altersuntergruppe, Bonusstufe, Höhe der Franchise und Unfalleinschluss; 3. Höhe der Prämie mit und abzüglich vom Kantonsbeitrag, mit oder ohne Abschlag oder Zuschlag; 4. Angabe, ob die Deckung 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 Prämieneigenschaften 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 Prämieneigenschaften 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 eine Deckung sistiert wurde oder nicht (z.B. im Falle eines Militärdienstes).
- *Ziffer 5* dokumentiert, ob eine versicherte Person 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 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 z.L. des aktuellen Abrechnungsjahres aufweisen.

Buchstabe c Angaben der Abrechnungsbelege zu den Deckungsperioden nach Buchstabe b

Die Angaben, welche pro Abrechnungsbeleg, pro versicherte Person erhoben werden entsprechen den bisherigen Buchstaben d bis f des Artikels 28 Absatz 3 und werden nun erwähnt: Ziffer 1. Belegnummer in pseudonymisierter Form; 2. Datum der Abrechnung; 3. Beginn und Ende der Behandlung; 4. Gesamtkosten der vergüteten Leistungen sowie Kostenbeteiligung; 5. Angaben zum Leistungserbringer, wie Zahlstellenregisternummer und Identifikationsnummer (Global Location Number, GLN); 6. Schadenart, wie Mutterschaft, Unfall, Krankheit, Geburtsgebrechen; 7. Art der Leistung, wie Behandlungsart, Tariftyp, Kostenart; 8. Höhe des Betrags, des vergüteten Betrags, des Franchisenanteils und des Selbstbehalts; 9. bei stationären Leistungen: Spitalbeitrag und Aufenthaltsdauer; 10. bei ambulanten Leistungen, Angabe über Anzahl Konsultationen.

Die Detaillierung der Angaben erfolgt in Anlehnung an den aktuellen Datenaustauschstandard zur Leistungsabrechnung. Im Leistungsabrechnungsbeleg werden für die Abrechnung ambulanter Leistungen u.a. Zahlstelleregisternummer, Geschäftspartnernummer (Leistungserbringer), Behandlungszeitraum, Leistungsabrechnungsdatum, Kosten und Kostenbeteiligung Total und nach Leistungsart (z.B. Medikamentenkosten, 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 Leistungen werden zusätzlich Angaben zum Spitalbeitrag und Anzahl Tage oder Nächte wie im Beleg vorhanden, dokumentiert:

- Bei *Ziffer 1* handelt es sich um die Belegnummer, welche 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 das Behandlungsbeginn- und ende 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 die Schadenart, also der Grund der Behandlung, angegeben. Aktuell sind unterschiedliche Werte möglich wie Mutterschaft, Unfall, Krankheit, Geburtsgebrechen aber auch zum Beispiel Prävention. So ist es bei der Kostenentwicklung möglich, die Unterscheidung je nach Schadenart z.B. Unfall oder Krankheit zu untersuchen;
- Bei *Ziffer 7* und *Ziffer 8* werden Art der Leistungen und Höhe des Betrags und Kostenbeteiligung dokumentiert. Damit sind Kategorien an Kosten gemeint und keine Leistungspositionen. z.B. werden die Gesamtkosten an Arzneimitteln sowie der Selbstbehalt dazu 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 Leistungen, wird der Spitalbeitrag gemäss Abrechnungsbeleg dokumentiert. Auch ist die Aufenthaltsdauer (Anzahl Spitaltage und Nächte) auszuweisen. Für ambulante Leistungen ist die Kennzahl über die Anzahl Konsultationen zu dokumentieren, was eine Kennzahl zur Leistungsintensität darstellt.

Absatz 2 sieht weiter vor, dass die Versicherer alle Daten, die sie aggregiert oder pro versicherte Person nach Artikel 21 Absatz 2 des Gesetzes 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 mangels technischer Voraussetzungen nicht möglich ist. Absatz 2 ist inhaltlich gegenüber Artikel 28 Absatz 4 KVV unverändert, jedoch präzisiert (bei Erhebungsanpassungen), da die elektronische Datenerlieferung bereits von allen Versicherern umgesetzt worden ist.

Nach *Absatz 3* haben die Versicherer die Daten korrekt, vollständig, fristgerecht und auf eigene Kosten zu übermitteln. Auch dieser Absatz ist gegenüber dem bisherigen 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 des Zahlstellenregisters weitergeben. Dieser Absatz wurde aus 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 bisherigen 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 des Gesetzes verknüpfen. Absatz 6 wurde bei der Verknüpfung mit «zur Erfüllung seiner Aufgaben» präzisiert. Diese Bestimmung die im bisherigen Artikel 28 Absatz 2 KVV positioniert ist, wird nun als neuer Absatz festgehalten.

Absatz 7 entspricht dem bisherigen Artikel 28 Absatz 7 KVV. Er sieht vor, dass die Aufsichtsbehörde nach Anhören der Versicherer Weisungen zu den nach den Absätzen 1 – 6 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 Gesetzes beteiligten Stellen zur Verfügung stellt. Zum Beispiel werden im Rahmen der Erhebungen zur Krankenversicherungsstatistik Angaben mit kleinen Versichertenbeständen vorkommen, bei denen höchstens gruppierten Daten bekanntgegeben werden können.

Nach *Absatz 9* kann das BAG die Resultate der mit den weitergegebenen Daten durchgeführten Erhebungen (sei es aus aggregierten Daten oder Daten pro versicherte Person) den am Vollzug des KVG beteiligten Stellen zur Verfügung stellen. Unter Resultate versteht man Berechnungsergebnisse auf Basis der erhobenen Daten, z.B. die Anzahl Ein- oder Austritte der Versicherten in einem Jahr. Bei Bedarf und unter Einhaltung des Datenschutzes 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 unter Wahrung der Anonymität der Versicherten und stellt diese auf dem Portal zur Datenveröffentlichung des Bundes. Es kann sich dabei um aggregierte oder Individualdaten handeln, und für die Nutzung dieser Daten bestehen keine Einschränkungen. Das BAG verwendet dafür die 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 bisherigen 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 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

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. 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. Die Datenweitergabe erfolgt auch dann nicht automatisch, sondern wird unter den Rahmenbedingungen nach Absatz 2 gewahrt oder nicht.

Absatz 2

Nach *Absatz 2* prüft das BAG Gesuche unter Berücksichtigung der Datenschutzkriterien. Es bestimmt im Einzelfall insbesondere unter dem Gesichtspunkt des Re-Identifikationsrisikos der versicherten Person, welche Daten in welchem Detaillierungsgrad weitergegeben werden dürfen und ob sie aggregiert weitergegeben werden müssen. Bevor das BAG Daten pro versicherte Person weitergibt, führt es eine individuelle und materielle Einzelfallprüfung durch. Es stellt sicher, dass das Geschäftsgeheimnis gewahrt bleibt und kann die Weitergabe der Daten vom Abschluss eines Datenschutzvertrags abhängig machen.

Im Kontext des Antragsstellers (je nach dem Versicherer, Kanton, Forschungsinstitut) stellen sich 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 zudem 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, der 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 Spesen führen. Diese letzteren sind in der Allgemeinen Gebührenverordnung (AllgGebV; SR 172.041.1) vom 8. September 2004 geregelt.

1.2 Weitere Anpassungen

Art. 59 Abs. 5

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 Leistungsbe-
reichen gestützt auf die geltenden Tarife ein einheitliches Rechnungsformular vorgesehen ist. Ange-
sichts der nicht abnehmenden Komplexität der Tarifwerke ist festzustellen, dass die entsprechenden
Rechnungen für die Versicherten nur mit zusätzlichem Aufwand nachvollziehbar sind. So enthalten die
Rechnungen eine Vielzahl von Positionen oder es sind gerade im spitalstationären Bereich Codes auf-
geführt, die nicht selbsterklärend sind.

Daher soll festgehalten werden, dass die Leistungserbringer dafür zu sorgen haben, dass die Rechnung
für die versicherte Person nachvollziehbar ist. Insbesondere soll Art, Dauer und Inhalt der Behandlung
verständlich dargestellt werden. Vorstellbar ist, dass in den genannten Rechnungsformularen zusätzli-
che Erläuterungen ergänzt werden oder eine vereinfachte Darstellung gewählt wird.

1.3 Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 1a

1.3.1 Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen

Art. 59f Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen

In *Absatz 1* werden die dem Bundesrat oder den Kantonsregierungen auf Verlangen bekannt zu geben-
den Daten und Angaben aufgelistet. Der Bundesrat und die Kantonsregierungen können grundsätzlich
die Bekanntgabe aller Informationen und Daten verlangen, die für die Ausübung Ihrer gesetzlichen Kom-
petenzen im Tarifbereich erforderlich sind.

Mit Angaben zu Betriebsstandorten (Abs. 1 Bst. a Ziff. 2) ist die Standortgemeinde gemeint. Diese dient
dem Zweck einer allfällig notwendigen regionalen Zuordnung. Mit Angaben zur Betriebsdauer pro Jahr
(Abs. 1 Bst. a Ziff. 4) sind Informationen betreffend Öffnungszeiten resp. Arbeitszeiten in einer Praxis
oder eines Ambulatoriums gemeint.

Die Angaben unter *Absatz 1 Ziffer e* sollen dem Bundesrat und den Kantonsregierungen dazu dienen,
in einem Genehmigungsverfahren den Tarifen zugrundeliegende Kostenmodelle oder die Sachgerech-
tigkeit und Aktualität bei bereits genehmigten Tarifen zu beurteilen. Die Angaben zur Entwicklung der
Kosten in der OKP dienen dem Bundesrat und den Kantonsregierungen zur Beurteilung der Kosten-
neutralität und den Kantonsregierungen zusätzlich zur Genehmigung oder Festlegung der Taxpunkt-
werte.

Die Aufzählung in *Absatz 1* orientiert sich an Artikel 30 KVV. Um den Aufwand für die Leistungserbrin-
ger, deren Verbände, die Versicherer, 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 vorhan-
denen Informationen zu berücksichtigen, bevor die Herausgabe weiterer Daten verlangt wird.

Art. 59g Übermittlung der Daten

Absatz 1 und 2 regeln, wie die Leistungserbringer und deren Verbände, die Versicherer und deren Ver-
bände sowie die Organisation nach Artikel 47a KVG die Daten den zuständigen Behörden zu übermit-
teln haben. Absatz 3 regelt das Vorgehen bei unvollständigen Datenlieferungen.

Art. 59h Kantonale Bearbeitungsreglemente

Aufgabe der jeweils zuständigen Kantonsregierung ist es, ein Bearbeitungsreglement für die Erhebung und Bearbeitung der Daten zu erstellen.

Auf Bundesebene ist der Inhaber der Datensammlung nach Artikel 11 der Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz (VDSG, SR. 235.11) verpflichtet, ein Bearbeitungsreglement zu erlassen. Dies muss in der KVV nicht erwähnt werden.

Art. 59i Sicherheit und Aufbewahrung der Daten

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

1.3.2 Experimentierartikel

Art. 77l Antrag

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

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

Die Vorlage eines Finanzierungskonzepts (Abs. 2 Bst. e) 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).

Art. 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 5765, 5859). Wenn die Versicherer sich an der Finanzierung des Projekts beteiligen, können die Kosten des Projekts (insb. die mit der Organisation 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 KVAG). Den Versicherten können zu diesem Zweck keine Beiträge auferlegt werden (d.h. andere Kosten als die Prämien und die Kostenbeteiligung). Die Umkehrbarkeit liegt im Wesen des Pilotcharakters der Projekte. In dieser Bestimmung wird auf die entsprechenden Auswirkungen hingewiesen.

Art. 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 (vgl. auch Art. 77i Abs. 2 Bst. f) 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. 77r).

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. 3). 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, 32, 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 die gescheiterten Pilotprojekte.

Art. 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 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). Da das Ziel darin besteht, die Massnahme(n) auf Gesetzesebene zu verankern, müssen zudem auch die Fristen für das Gesetzgebungsverfahren (Parlament und Referendum) berücksichtigt werden. Diese betragen in der Regel zwei bis drei Jahre. Bei einer längeren Laufzeit würde sich die Umsetzung entsprechend verlängern, was im Hinblick auf das verfolgte Ziel nicht unbedingt wünschenswert ist. Wenn die Evaluation schliesslich gezeigt hat, dass das Modell zur Kostendämpfung, zur Stärkung der Qualität oder zur Förderung der Digitalisierung beiträgt, kann es verlängert werden (vgl. Kommentar zu Art. 77r).

Art. 77p Teilnahme

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

Bei den Versicherten muss der Antragsteller 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 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.

Bei den Projektträgern ergibt sich eine solche Willensäußerung aus ihrer Zustimmung insbesondere zur Finanzierung (vgl. auch Art. 77l Abs. 2 Bst. e), 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. 77l 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. e). 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. 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.

Art. 77q Evaluation

Es darf keine Pilotprojekte ohne Kontrolle, Überwachung und Evaluation geben, 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 (Abs. 1).

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 3 beendet.

Art. 77r Aufnahme der Massnahmen in das Gesetz

Der Bericht des EDI zuhanden des Bundesrates (Abs. 1) 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 (BBl 2019 6071, 6159).

Die Verlängerung wird an das EDI delegiert. Nach Artikel 48 Absatz 1 RVOG (SR 172.010) gilt: «Der Bundesrat kann die Zuständigkeit zum Erlass von Rechtssätzen auf die Departemente übertragen. Er berücksichtigt dabei die Tragweite der Rechtssätze». Der Bundesrat ist auch dann dazu befugt, wenn ein Gesetz ihn als zuständige Behörde bezeichnet, was hier aufgrund von Artikel 59b Absatz 7 KVG der Fall ist. Jedoch geht weder aus Artikel 59b Absatz 7 noch aus der entsprechenden Botschaft oder den parlamentarischen Debatten hervor, dass eine Subdelegation ausdrücklich oder implizit ausgeschlossen wurde (vgl. T. SÄGESSER, Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetz RVOG, ad Art. 48, S. 454 f.). Zudem setzt eine Delegation an ein Departement die Berücksichtigung der Tragweite des Rechtssatzes voraus (Art. 48 Abs. 1, 2. Satz, RVOG). Hier hat die Verlängerung jedoch keine grosse Tragweite (ausser für die Teilnehmenden selbst und in Bezug auf die vorwiegend finanziellen Aspekte, denen sie jedoch zugestimmt haben). Die Tragweite der Verlängerung ist somit bereits begrenzt. Zudem und vor allem geht es darum, die Gültigkeitsdauer einer Departementsverordnung zu verlängern. Aus all diesen Gründen erscheint die Subdelegation an das EDI als angemessen.

- 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. 77g).

2. Änderung der KVAV

Art. 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 werden zudem pro versicherte Person nach Absatz 2 weitergegeben, falls dies zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 notwendig ist. Im Absatz 1 werden die Aufgaben/Zwecke und im nachfolgenden Absatz 2 werden die weiterzugebenden Daten gemäss der gesetzlichen Ausgangslage einzeln aufgezählt.

Der *erste Satz von Absatz 1* ist gegenüber dem bisherigen 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 bisherigen Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe d KVV und ist unverändert.
- *Buchstabe c*: Die Daten, die nach Buchstabe c 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 alten Artikels 28 Absatz 1 Buchstabe e unverändert.

- *Buchstabe d:* Mit Buchstaben d und e werden die Aufgaben im Bereich der Prüfung der Prämien präzisiert. Die Daten, die nach Buchstabe d 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 nach Buchstabe e weitergegeben werden müssen, dienen dazu, die Prämien der Rückversicherer nach Risikogerechtigkeit zu überprüfen.
- *Buchstabe f:* Die Daten, die nach Buchstabe f 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 alten Artikels 28 Absatz 1 Buchstabe g KVV wurde aber nicht verändert. Die Bestimmungen zur Evaluation des Risikoausgleichs sind nun in Artikel 21 KVG geregelt.

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. So enthält beispielsweise die Angabe der Prämie technisch gesehen die Einzelheiten des Prämientarifs gemäss Prämien genehmigung (wie Tätigkeitsgebiet, Prämienregion, Tariftyp, Modellart, Tarifikronym, Altersuntergruppe, Bonusstufe, Höhe der Franchise, Unfalleinschluss).

Nach den Buchstaben a und b müssen die Versicherer regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: *Buchstabe a* enthält die soziodemographischen Angaben: 1. Der Verbindungscode; 2. Alter, Geschlecht und Wohnort; 3. Angaben über die Risikogruppe nach Artikel 11 und Einteilung der Versicherten in pharmazeutische Kostengruppen (PCG) nach Artikel 12 VORA. *Buchstabe b* enthält Angaben zur Versicherungsdeckung.

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 enthält die Angaben zur Versicherungsdeckung: 1. Beginn und Ende der Deckungsperiode; 2. Prämieigenschaften wie Tätigkeitsgebiet, Prämienregion, Tariftyp, Modellart, Tarifikronym, Altersuntergruppe, Bonusstufe, Höhe der Franchise und Unfalleinschluss; 3. Höhe der Prämie mit und abzüglich vom Kantonsbeitrag, mit oder ohne Abschlag oder Zuschlag; 4. Angabe, ob die Deckung 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 bisherigen 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 eine Deckung sistiert wurde oder nicht (z.B. im Falle eines Militärdienstes).
- *Ziffer 5* dokumentiert, ob eine Person 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 bisherigen 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 z.L. 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 mangels technischer Voraussetzungen nicht möglich ist. Absatz 3 ist inhaltlich gegenüber 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 korrekt, vollständig, fristgerecht und auf eigene Kosten zu übermitteln. Auch dieser Absatz ist gegenüber dem bisherigen 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 bisherigen 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. Sonst ist Absatz 6 verglichen mit dem bisherigen Artikel 28 Absatz 2 KVV unverändert.

Absatz 7 entspricht dem bisherigen Artikel 28 Absatz 7 KVV. Er sieht vor, dass die Aufsichtsbehörde nach Anhören der Versicherer Weisungen zu den nach den Absätzen 1 – 6 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 35 Absatz 2 KVAG sowie im Einklang mit dem DSG zu treffen. Das betrifft z.B. die Resultate der Erhebungen, die die Aufsichtsbehörde den am Vollzug des Gesetzes beteiligten Stellen zur Verfügung stellt. Zum Beispiel werden im Rahmen der Erhebungen zur Prämiegenehmigung Angaben mit kleinen Versichertenbeständen vorkommen, bei denen höchstens gruppierten Daten bekanntgegeben werden können.

Nach Absatz 9 kann die Aufsichtsbehörde die Resultate der mit den weitergegebenen Daten durchgeführten Erhebungen (sei es aus aggregierten Daten oder Daten pro versicherte Person) den am Vollzug des KVAG beteiligten Stellen zur Verfügung stellen. Unter Resultate versteht man Berechnungsergebnisse auf Basis der erhobenen Daten, z.B. die Anzahl Ein- oder Austritte der Versicherten in einem Jahr.

3. Änderung der MVV, UVV und IVV

Art. 13b Abs.3 MVV

Für die Datenbekanntgabe, die Erhebung und Bearbeitung der Daten, das Bearbeitungsreglement sowie die Sicherheit und Aufbewahrung der Daten sollen die entsprechenden Bestimmungen der KVV sinngemäss anwendbar sein.

Art. 70 Abs. 3 UVV

Für die Datenbekanntgabe, die Erhebung und Bearbeitung der Daten, das Bearbeitungsreglement sowie die Sicherheit und Aufbewahrungen der Daten sollen die entsprechenden Bestimmungen der KVV sinngemäss anwendbar sein.

Art. 24^{bis} Abs. 6 IVV

Für die Datenbekanntgabe, die Erhebung und Bearbeitung der Daten, das Bearbeitungsreglement sowie die Sicherheit und Aufbewahrungen der Daten sollen die entsprechenden Bestimmungen der KVV sinngemäss anwendbar sein.

III. Inkrafttreten

Die Änderung tritt am 1. Januar 2023 in Kraft.