

Argumente gegen die Vereinbarung von H+ und santésuisse zur Einführung der Tarifstruktur SwissDRG – Bern, 22. Juli 2011

## **Arztgeheimnis und Datenschutz müssen gewahrt bleiben**

Nachfolgend werden die Gründe aufgeführt, aufgrund derer die FMH die am 10. Juli 2011 zwischen H + Die Spitäler der Schweiz und santésuisse getroffene Vereinbarung über ergänzende Anwendungsmodalitäten bei der Einführung der Tarifstruktur SwissDRG hinsichtlich der vorgesehenen Datenübermittlung ablehnt:

- **Übermittlung der Diagnosen- und Prozedurendaten ist gesetzwidrig und unverhältnismässig** – [Seite 2](#)
- **Austritts- und Operationsberichte gehören in die Hand des Vertrauensarztes** – [Seite 2](#)
- **Kein Schutz der Spitäler vor noch weitergehenden Datenlieferungsforderungen der Versicherer** – [Seite 3](#)
- **Krankenversicherer will die Patientenaufklärung zensurieren** – [Seite 3](#)
- **Krankenversicherer riskieren technisches Chaos statt Datensicherheit** – [Seite 4](#)
- **Spital hat keine wirksamen Mittel, sich gegen Datenfishing der Krankenkassen zu wehren** – [Seite 4](#)
- **Beabsichtigte Trennung der gekoppelt übermittelten Daten ist Augenwischerei** – [Seite 4](#)
- **Daten werden nur in begründeten Fällen zuhanden des Vertrauensarztes gekennzeichnet, auch dann sind sie an die Versicherungsadministration zu liefern** – [Seite 5](#)
- **Krankenversicherer wollen Patientendaten dauerhaft speichern** – [Seite 5](#)
- **Datensatz führt zu einer Datensammlung im wahrsten Sinne des Wortes** – [Seite 6](#)

*Auszüge aus der Vereinbarung im Sinne einer Lesehilfe* – [Seite 7](#)

## **Übermittlung der Diagnosen- und Prozedurendaten ist gesetzwidrig und unverhältnismässig**

Im erwähnten Vertrag (Ziff. 1.1. in Verbindung mit 1.3. und 1.5.) wird die personenbezogene gekoppelte (d.h. weder anonymisierte noch pseudonymisierte) Übermittlung der Diagnosen und Prozeduren an die Versicherungsadministration vereinbart. Dies ist aus Sicht der FMH gesetzwidrig, ungeeignet und unverhältnismässig.

Diese vertragliche Regelung ist doppelt gesetzeswidrig: Genau diese Forderung der Kassen hat das Parlament mit guten Gründen 2007 ausdrücklich abgelehnt (Amtl. Bulletin 2007 N 442-46). Zudem haben die gemäss Richtlinien des Bundesamts für Statistik codierten Diagnosen und Prozeduren längst nicht alle eine Auswirkung auf die DRG-Zuordnung und damit auf die Abrechnung. Ausserdem enthält das Datenset weitere für die DRG-Zuordnung nicht relevante sensible Daten sowie offene Variablen. Der Versicherer darf jedoch gemäss Art. 84 KVG nur Informationen erhalten und bearbeiten, die für ihn relevant sind. Das vereinbarte Datenset verletzt diese Grenze.

Diese vertragliche Regelung ist ungeeignet: Die systematische Übermittlung der Diagnosen und Prozeduren ermöglicht dem Versicherer gar nicht zu prüfen, ob richtig kodiert wurde. Dafür braucht es den Zugang zur vollständigen Krankengeschichte<sup>1</sup> (die der Versicherer nicht erhalten darf).

Diese vertragliche Regelung ist unverhältnismässig: Die Versicherer haben nie überzeugend dargelegt, weshalb die routinemässige anonymisierte oder pseudonymisierte Übermittlung der Daten nicht genügt. Ein allfälliges systematisches Upcoding erkennt die unabhängige professionelle Kodierrevision, gestützt auf valide Stichprobenziehung und Zugang zur vollständigen Krankengeschichte, besser als jeder Versicherer. Auch deshalb ist die systematische personenbezogene Übermittlung der Daten nicht gerechtfertigt. Auch die Leistungspflicht der Versicherer ist an anderer Stelle (Kostengutsprache) zu beurteilen, und sie kann in aller Regel nicht anhand der codierten Diagnosen und Prozeduren beurteilt werden.

Geeignet wären die Diagnosen und Prozeduren hingegen für die (unzulässige) Risikoselektion der Versicherten.

Versicherer bestreiten inzwischen aber auch immer häufiger, dass Leistungen codiert werden dürfen, obwohl die entsprechende Codierung durch die Codierungsrichtlinien vorgegeben ist (z.B. Codierung einer bekannten, möglichen OP-Komplikation bei deren Eintreten). Sie pervertieren damit das System.

## **Austritts- und Operationsberichte gehören in die Hand des Vertrauensarztes**

santésuisse und H+ haben vereinbart (Ziff. 1.3.5), dass vom Versicherer verlangte «weitere medizinische Unterlagen» im Regelfall an die Versicherungsadministration geschickt werden müssen. Nur ausnahmsweise, wenn der Patient es verlangt oder in begründeten Fällen, dürfte der Arzt sie an den Vertrauensarzt adressieren. Gemäss 1.4.2 müsste die Übermittlung an den Vertrauensarzt jedes Mal noch besonders begründet werden.

Ausserdem wurden bisher meist Austritts- und Operationsberichte verlangt, wenn der Versicherer weitergehende Abklärungen treffen wollte. Doch in letzter Zeit hört man vermehrt, dass Versicherer die ganze Krankengeschichte herausverlangen wollen – ein gemäss EDOEB klar

---

<sup>1</sup> SwissDRG Kodierrevisionsreglement Version 2.0: «Der Revisor kodiert jeden Fall der Stichprobe anhand des vollständigen Patientendossiers (Austrittsbericht, Operationsberichte, Pathologieberichte, Endoskopiebericht, Pflegedokumentation, etc.)»

gesetzeswidriges Ansinnen.<sup>2</sup> Die Versicherer könnten versucht sein, «weitere Unterlagen» in der Vereinbarung als vertragliche Rechtfertigung für das Herausverlangen der ganzen Krankengeschichte zu sehen. Auch das darf und soll nicht sein.

### **Kein Schutz der Spitäler vor noch weitergehenden Datenlieferungsforderungen der Versicherer**

Leistungserbringer und Krankenversicherer können die Übermittlung der abrechnungsrelevanten Angaben im individuellen Tarifvertrag im gegenseitigen Einvernehmen anders regeln. Der Vertrag gilt also gemäss Ziff. 1.1.3 nur subsidiär. Auch wenn gemäss Präambel «mit Genehmigung durch den Bundesrat die einheitliche Anwendung schweizweit vorgegeben wird», sind weitergehende Forderungen der Versicherer nicht nur erlaubt, sie sind in Ziff. 1.1. der Vereinbarung schon angelegt: «Die Durchführung der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle basierend auf Art. 42 Absatz 3 KVG bedingt, dass dem Krankenversicherer jene Informationen zur Verfügung gestellt werden, welche der Rechnungsstellung zu Grunde liegen.» Die Diagnosen, die für die DRG-Abrechnung codiert werden, sind in der Krankengeschichte dokumentiert; sie liegen mithin «der Rechnungsstellung zu Grunde». Damit wollen sich die Versicherer wohl den Zugang zur Krankengeschichte sichern. Es folgt eine willkürliche, sachlich nicht begründete, und vor allem nicht abschliessende Nennung: «Darunter fallen bei einem DRG – basierten Abrechnungssystem unter anderem auch die personenbezogenen Diagnose- und Prozedurendaten, welche für den jeweils abgerechneten stationären Fall codiert worden sind.» (Zu weiteren Datenforderungen siehe auch Ziff. 1.3.5 sowie 1.3.7).

Mit der Anerkennung dieses Grundsatzes würde die Tür zum Zugang der Versicherer zur kompletten Krankenakte geöffnet und damit der gläserne Patient beschlossen.

### **Krankenversicherer will die Patientenaufklärung zensurieren**

Das Spital soll den Patienten nicht nur darüber aufklären, was der Versicherer mit den Daten macht, der vertraglich vorgesehene Inhalt dieser Aufklärung ist auch noch trügerisch: Die Vereinbarung will den Arzt verpflichten, den Patienten glauben zu machen, die Weitergabe all dieser Daten diene der «Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle im Einzelfall gemäss KVG durch den Krankenversicherer» – dabei zeigen verschiedene Analysen<sup>3</sup>, dass für diese Kontrolle andere Vorgehensweisen geeignet und sinnvoll wären.

---

<sup>2</sup> «Die Übermittlung einer kompletten, unzensurierten KG kann [...] gemäss unserer Auffassung weder von der versicherten Person noch von der Ärztin oder dem Arzt vom UVG-Versicherer verlangt werden, weil diese mit grösster Wahrscheinlichkeit zahlreiche Informationen enthält, welche für die Abklärung der Leistungspflicht im konkreten Fall nicht notwendig sind. Aus dem gleichen Grund dürfte im Übrigen eine Ärztin oder ein Arzt eine komplette, unzensurierte Krankengeschichte nicht an den UVG-Versicherer übermitteln. Sie/er würden ganz klar gegen den grundlegenden datenschutzrechtlichen Grundsatz der Verhältnismässigkeit verstossen und sich höchstwahrscheinlich auch gemäss Artikel 321 Absatz 1 StGB strafbar machen.» (Stellungnahme EDOEB vom 28. Juni 2011 betreffend einen UVG-Fall). Dieses Verbot gilt umso mehr für den Krankenversicherer, der weder Taggeld noch Renten versichert.

<sup>3</sup> Siehe: eHealth, Patientengeheimnis und aktuelle Fragen der Datenübermittlung, [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → POLITIK & MEDIEN → Meinung der FMH → [Stellungnahme der FMH zu eHealth, Patientengeheimnis und aktuellen Fragen der Datenübermittlung](#)

Siehe auch: Miotti R et al., Rechtsgutachten vom 30. Mai 2011 zur systematischen Weiterleitung des Datensets 2 mit der Rechnungsstellung an die Krankenversicherer, siehe [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → TARIFE → SwissDRG → [Neues Gutachten zur Rechnungsstellung im Fallpauschalen-System SwissDRG](#)

Nicht vorgesehen ist hingegen, dass der Patient über sein Recht aufgeklärt wird, die Lieferung der Daten an den Vertrauensarzt zu verlangen; der aufgeklärte Patient scheint nicht zu den Zielen dieser Vereinbarung zu gehören.

Dem Krankenversicherer ist gemäss Ziff. 1.2. Art und Inhalt der Patienteninformation auf einfache Anfrage offen zu legen – das heisst, er will gleich noch die Patientenaufklärung betreffend Datenübermittlung zensurieren können.

### **Krankenversicherer riskieren technisches Chaos statt Datensicherheit**

Die Vereinbarung sieht vor (Ziff. 1.3.3), dass das Fehlen eines technischen Standards die Spitäler nicht von ihrer Pflicht zur Datenübermittlung entbindet.

Ohne gemeinsam vereinbarte technische Standards ist die Datensicherheit jedoch gefährdet. Sollten beispielsweise die Daten zuhause des Vertrauensarztes speziell verschlüsselt werden und dies besonders hohen technischen Aufwand verursachen, so geht dieser zu Lasten der Spitäler (Ziff. 1.3.4). Sollte dies technisch nicht machbar sein, müssen die Daten trotzdem geliefert werden (Ziff. 1.3.3).

### **Spital hat keine wirksamen Mittel, sich gegen Datenfishing der Krankenkassen zu wehren**

Ziff. 1.3.6. sieht nur vor, dass das Spital im Falle von überdurchschnittlichen Rückfragen eines einzelnen Krankenversicherers von diesem eine Begründung hierfür verlangen kann. Dies ist kein taugliches Instrument. Abgesehen davon, dass «überdurchschnittlich» nicht definiert ist – die Begründung kann noch so lapidar sein, es hätte keine Konsequenzen: Das Spital kann sich nicht gegen die Datenforderungen wehren. Mindestens müssten die Krankenversicherer bei Rückfragen, die zu keiner Rechnungsänderung führen, die Bearbeitungskosten voll entschädigen (in Deutschland zahlen die Versicherer in jedem solchen Fall 300 Euro Aufwandsentschädigung an das betroffene Spital).

### **Beabsichtigte Trennung der gekoppelt übermittelten Daten ist Augenwischerei**

Eine Trennung der Daten wie dies Art. 59 KVV und Ziff. 1.6.3 des Vertrags vorsehen würden, stellt – wenn überhaupt realisierbar – keinen Schutz dar. Sie schützt nicht davor, dass bestimmte Informationen zum Patienten resp. Merkmale des Patienten aus den Daten herausgezogen und anderweitig – personenbezogen – abgespeichert werden. Sie schützt auch nicht davor, dass die Daten im Rahmen der üblichen elektronischen Protokollierung und Dokumentation/ Archivierung der Vorgänge nach wie vor personenbezogen in den Systemen vorhanden sind (wir alle wissen, wie schwierig es ist, eine Information aus dem Internet zu löschen).

Diagnosen und Prozeduren auf die Rechnung zu schreiben ist noch aus einem weiteren Grund falsch: Die Rechnungen sind nicht nur vielen Personen in der Versicherung, sondern auch weiteren Personen und Institutionen zugänglich. Einsicht in Rechnungen erhalten je nach Situation z.B. Familienangehörige, Beistand, Sozialhilfebehörde und Steuerbehörde.

## **Daten werden nur in begründeten Fällen zuhänden des Vertrauensarztes gekennzeichnet, auch dann sind sie an die Versicherungsadministration zu liefern**

Nur in begründeten Fällen, d.h. wenn der Patient sich während des gesamten stationären Aufenthaltes (und nicht erst zum Schluss) dazu nicht äussern konnte, bei Urteilsunfähigkeit, dem Vorliegen von stigmatisierenden Diagnosen<sup>4</sup> und auf Verlangen des Patienten, dürfen die medizinischen Daten als zuhänden des vertrauensärztlichen Dienstes gekennzeichnet werden. Hierbei gilt auch der Fall, dass der Patient dies so verlangt, als Grund im Sinn des Vertrags, der gemäss 1.4.2 dem Vertrauensarzt mitgeteilt werden muss.

Das bedeutet, dass der Arzt in jedem Fall unaufgefordert auch offenlegen muss, dass es der Patient war, der die Zustellung an den Vertrauensarzt verlangte. Das allein kann schon wieder vom Versicherer als negatives Selektionskriterium gegen den Patienten verwendet werden, ebenso wie die allfällige Begründung «stigmatisierende Diagnose» oder «Urteilsunfähigkeit des Patienten».

Auch wenn die medizinischen Daten zuhänden des Vertrauensarztes geliefert werden sollen, so müssen sie gemäss Vertrag trotzdem zusammen mit der Rechnung beim Versicherer ankommen und erst nachfolgend getrennt werden<sup>5</sup>.

Es gibt keine Ausnahme für die Versandart zuhänden des Vertrauensarztes. Es ist derselbe gekoppelte Datensatz im Container auch dann an den Versicherer zu schicken, wenn die medizinischen Daten für den Vertrauensarzt bestimmt sind. Man darf ihn nur als «vertraulich zu Händen des Vertrauensarztes gekennzeichnet» verschicken, und muss dann darauf vertrauen, dass der Versicherer ihn an den Vertrauensarzt und nur an diesen weiterleitet. Dies obwohl vom Forum Datenaustausch ein Standard für die ungekoppelte Datenübermittlung entwickelt wurde.

## **Krankenversicherer wollen Patientendaten dauerhaft speichern**

Gemäss Ziff. 1.6.4 werden die Daten, welche dem Vertrauensarzt übermittelt werden, dauerhaft aufbewahrt: Sie «verbleiben dauerhaft im vertrauensärztlichen Dienst. Sie dürfen nur in den gesetzlich vorgesehenen Fällen oder bei Vorliegen einer Ermächtigung der betroffenen versicherten Person an den Krankenversicherer oder an andere Drittpersonen weitergeleitet werden.»

Dies macht deutlich, dass die Daten nicht nur zur Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung verwendet werden sollen – nach deren Abschluss wäre ja eine weitere Aufbewahrung nicht erforderlich. So aber kann die versicherte Person vor Abschluss einer Zusatzversicherung zu deren Preisgabe gezwungen werden.

---

<sup>4</sup> Was vom Patient als stigmatisierend empfunden wird, ist je nach Person sehr unterschiedlich und kann sich auch in verschiedenen Lebensphasen stark ändern. Deswegen lehnt die FMH die Festlegung einer Liste von stigmatisierenden Diagnosen ab.

<sup>5</sup> Siehe Ziff. 1.4. Abs. 3 lit a: «1.4. Übermittlung der medizinischen Daten an den Vertrauensarzt [...]»<sup>3</sup> Die elektronische Datenübermittlung gestaltet sich in diesen Fällen wie folgt: a) Der medizinische Datensatz gemäss Ziffer 1.5. wird als vertraulich zu Händen des Vertrauensarztes gekennzeichnet.» Bei 1.5. steht: «Sofern nichts anderes vereinbart, erfolgt die Datenübermittlung gekoppelt unter der Verwendung des Container-Standards des Forums Datenaustausch. Dabei werden die administrativen (Rechnung) und medizinischen (MCD) Daten gemeinsam in einem Datencontainer übermittelt.»

## **Datensatz führt zu einer Datensammlung im wahrsten Sinne des Wortes**

Der Datensatz umfasst bis zu 50 Diagnosen und 100 Behandlungen, wovon nur ein Teil für die DRG-Zuordnung relevant ist<sup>6</sup>.

Ausserdem kann der Versicherer auch mit den gruppierungsrelevanten Daten nur rein technisch die Gruppenzuordnung nachvollziehen. Er kann hingegen nicht überprüfen, ob die Diagnose auch wirklich gestellt oder die Behandlung auch wirklich durchgeführt wurde. Dafür bräuchte es den Zugang zur Krankengeschichte.

Der festgelegte Datensatz umfasst darüber hinaus zahlreiche Merkmale, die für die DRG-Zuordnung nicht erforderlich sind, so zum Beispiel:

- die Nationalität des Patienten,
- der Aufenthaltsort vor dem Eintritt (Zuhause mit SPITEX-Versorgung, Psychiatrische Klinik, Strafvollzugsanstalt etc. ...),
- die einweisende Instanz (Rettungsdienst, nichtmedizinischer Therapeut, sozialmedizinischer Dienst, Justizbehörden ...),
- Entscheid für den Austritt (auf Initiative des Behandelnden, des Patienten oder einer Drittperson ...),
- der Aufenthalt nach dem Austritt (Zuhause, Psychiatrische Klinik, Strafvollzugsanstalt etc. ...),
- die Behandlung nach Austritt («geheilt/kein Behandlungsbedarf» ...),
- bei den Diagnosen (bis zu 50): Seitigkeit und insbesondere Tumoraktivität der Diagnose,
- bei den Behandlungen (bis zu 100) Seitigkeit und insbesondere Beginn der Behandlung,
- Angaben zu hochteuren Medikamenten, die verabreicht wurden, inkl. Verabreichungsart und kumulierte Dosis;

bei Neugeborenen/Kindern:

- interne Geburtsnummer gemäss Hebammentagebuch,
- Geburtsrang bei Mehrlingsgeburten (als Indikator für den Geburtsstress),
- kongenitale Missbildungen (einschliesslich nicht lebensfähige Missbildungen),
- Kopfumfang bei Geburt;

bei intensivmedizinischen Aufenthalten:

- verschiedene Scores, z.B. für den Schweregrad der Erkrankung.

Darüber hinaus gibt es Reservfelder, deren Inhalt noch nicht genau definiert ist, aber trotzdem übermittelt werden soll.

Gemäss Bemerkung nach dem zweiten Kasten bei 1.5. soll das Geburtsgewicht (resp. Aufnahmegewicht bei Kindern) als administrative Rechnungsdaten gelten. Das darf nicht sein, denn das Neugeborenen- bzw. Aufnahmegewicht kann stigmatisierend sein: Ein tiefes Gewicht kann Rückschlüsse auf gesundheitliche, aber auch soziale Ursachen wie Vernachlässigung bei Kind und/oder Kindsmutter zulassen.

Mit all diesen Informationen – von denen viele für die Rechnungstellung gar nicht relevant sind – mutiert der Versicherer definitiv zum big brother. Dies darf und soll nicht sein.

---

<sup>6</sup> Der Hinweis in 1.5.3 auf nicht mitgeteilte Diagnosen und Prozeduren kaschiert die tatsächlichen Datenlieferpflichten, diese sind unter 1.5.4 in ausführlicherer Form enthalten (4.2. und 4.3.).

# Auszüge aus der Vereinbarung im Sinne einer Lesehilfe

## Präambel

<sup>1</sup> Die nationalen Tarifpartner sind zusammen mit den Kantonen übereingekommen, die Tarifstruktur SwissDRG ab 1. Januar 2012 schweizweit flächendeckend einzuführen. Diesbezüglich wird auf den Tarifstrukturvertrag vom 2. Juli 2009 verwiesen.

<sup>2</sup> Die nationalen Tarifpartner nehmen zur Kenntnis, dass mit der Genehmigung der Tarifstruktur und der Anwendungsmodalitäten durch den Bundesrat die einheitliche Anwendung schweizweit vorgegeben wird.

<sup>3</sup> Die nationalen Tarifpartner sind übereingekommen, dass die einheitliche Anwendung von SwissDRG weitere Elemente bedingt, die auf nationaler Ebene Gültigkeit haben müssen. Diese Vereinbarung umfasst die diesbezügliche Einigung der nationalen Tarifpartner. Damit die nachfolgend vereinbarten Rahmenbedingungen nationale Gültigkeit erlangen, muss der Bundesrat diese Vereinbarung als Bestandteil der Anwendungsmodalitäten von SwissDRG genehmigen und auf dem Gebiet der Schweiz für verbindlich erklären. Als wichtig erachten die nationalen Tarifpartner insbesondere, dass der Bundesrat die Übermittlung der medizinischen Daten gemäss Ziffer 1 auf Konformität mit den Anforderungen des Persönlichkeits- und Datenschutzes überprüft und damit Rechtssicherheit für die Spitäler und Krankenversicherer schafft.

<sup>4</sup> Nicht Gegenstand dieses Vertrags sind sämtliche Aspekte der Preisbildung (Berechnung und Verhandlung der Basispreise sowie der Entgelte für unbewertete Fallgruppen und unbewertete Zusatzentgelte), die auf tarifvertraglicher Ebene zwischen Spitälern und Krankenversicherern oder deren Verbänden zu vereinbaren sind.

## 1. Übermittlung von medizinischen Daten bei der Rechnungsstellung an den Krankenversicherer

### 1.1. Grundsätze

<sup>1</sup> Die Durchführung der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle basierend auf Art. 42 Absatz 3 KVG bedingt, dass dem Krankenversicherer jene Informationen zur Verfügung gestellt werden, welche der Rechnungsstellung zu Grunde liegen. Darunter fallen bei einem DRG – basierten Abrechnungssystem unter anderem auch die personenbezogenen Diagnose- und Prozedurendaten, welche für den jeweils abgerechneten stationären Fall kodiert worden sind. Auf Basis des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) C-6570/2007 vom 29. Mai 2009 anerkennen die Vertragspartner daher den Grundsatz der Übermittlung dieser Daten unter Einhaltung der Prinzipien der Verhältnismässigkeit und des Datenschutzes, die mit nachfolgender Regelung konkretisiert werden.

<sup>2</sup> Die Übermittlung der medizinischen Daten gemäss Ziffer 1.5. erfolgt an den Krankenversicherer oder – wenn der Patient dies verlangt oder ein begründeter Fall (Art. 42 Abs. 5 KVG) vorliegt - an den Vertrauensarzt des Krankenversicherers.

<sup>3</sup> Leistungserbringer und Versicherer können die Übermittlung der abrechnungsrelevanten Angaben im individuellen Tarifvertrag im gegenseitigen Einvernehmen anders regeln. Liegt ein solches Einvernehmen nicht vor, gilt die vorliegende Regelung.

## 1.2. Patienteninformation

<sup>1</sup> Das Spital klärt den Patienten über Form und Inhalt der Datenübermittlung an den Krankenversicherer sowie über den **Verwendungszweck (Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle im Einzelfall gemäss KVG durch den Krankenversicherer)** der Daten auf. Die Umsetzung der Patienteninformation ist Sache des Spitals. Dem Krankenversicherer ist Art und Inhalt der Patienteninformation auf einfache Anfrage offen zu legen.

<sup>2</sup> Auf Verlangen des Patienten ist das Spital verpflichtet, die medizinischen Angaben nur an den Vertrauensarzt des Versicherers zu übermitteln (vgl. Ziffer 1.4.).

## 1.3. Übermittlung der abrechnungsrelevanten Daten bei der Rechnungsstellung

<sup>1</sup> Das Spital übermittelt dem Krankenversicherer bei der Rechnungsstellung die Angaben über alle in der fakturierten Behandlungsperiode kodierten Diagnosen und Prozedurendaten sowie alle weiteren abrechnungsrelevanten Elemente gemäss Ziffer 1.5. Die Angabe der Codes erfolgt in vollständiger Länge gemäss den anwendbaren Klassifizierungen (jeweils gültige Versionen des ICD-10 und CHOP). **Die Übermittlung dieser Angaben erfolgt unaufgefordert bei jeder Rechnungsstellung.**

<sup>2</sup> Die Datenübermittlung erfolgt in elektronischer, verschlüsselter Form, weder anonymisiert noch pseudonymisiert.

<sup>3</sup> Die nationalen Tarifpartner erarbeiten und pflegen auf nationaler Ebene den technischen Standard für die Übermittlung der abrechnungsrelevanten Angaben. **Das Fehlen eines technischen Standards entbindet die Spitäler nicht von ihrer Pflicht zur Datenübermittlung.**

<sup>4</sup> Die Rechnungsstellung an den Versicherer und die Übermittlung der abrechnungsrelevanten Daten bei der Rechnungsstellung erfolgen unentgeltlich.

<sup>5</sup> Bedarf der Krankenversicherer im Einzelfall zur Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle zusätzlicher medizinischer Informationen, um über die Vergütung entscheiden zu können, übermittelt das Spital **dem Krankenversicherer auf Verlangen weitere medizinische Unterlagen.** Liegt ein Fall gemäss Ziffer 1.4. vor, werden die medizinischen Unterlagen ausschliesslich dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers übermittelt.

<sup>6</sup> Das Spital kann im Falle von überdurchschnittlichen Rückfragen eines einzelnen Krankenversicherers von diesem **eine Begründung** hierfür verlangen.

<sup>7</sup> Die weiteren Modalitäten der Rechnungsstellung werden in den Tarifverträgen geregelt.

## 1.4. Übermittlung der medizinischen Daten an den Vertrauensarzt

<sup>1</sup> Die medizinischen Daten gemäss Ziffer 1.5. dürfen in folgenden Fällen ausschliesslich dem Vertrauensarzt des Versicherers oder dessen Hilfspersonen übermittelt werden und zugänglich sein:

a) auf Verlangen des Patienten;

b) bei Vorliegen eines begründeten Falles im Sinne von Art. 42 Abs. 5 KVG. Ein begründeter Fall liegt vor, wenn

- der Patient während des gesamten stationären Aufenthalts nicht in der Lage war, sich zur Frage der Datenübermittlung zu äussern;
- wenn der Patient unfähig ist, sich ein Urteil zu bilden;

- wenn eine kodierte Erkrankung oder Behandlung oder eine Kombination davon vorliegt, welche eine Übermittlung an den Vertrauensarzt rechtfertigt.

<sup>2</sup> Der Grund für die Übermittlung an den Vertrauensarzt gemäss Absatz 1 muss diesem mitgeteilt werden.

<sup>3</sup> Die elektronische Datenübermittlung gestaltet sich in diesen Fällen wie folgt:

a) Der medizinische Datensatz gemäss Ziffer 1.5. wird als vertraulich zu Händen des Vertrauensarztes gekennzeichnet.

b) Der Krankenversicherer stellt durch technische und organisatorische Massnahmen einwandfrei sicher, dass dauerhaft ausschliesslich der Vertrauensarzt oder dessen Hilfspersonen Einsicht in die übermittelten medizinischen Daten erhalten.

### 1.5. Spezifikation des Datensatzes

<sup>1</sup> Für die elektronische Datenübermittlung anerkennen die Parteien die in der Praxis erarbeiteten Prozesse und die Meldungsspezifikationen des Projekts eKarus Spital resp. den diesbezüglichen Standard XML des Forums Datenaustausch. Sofern nichts anderes vereinbart, erfolgt die Datenübermittlung gekoppelt unter der Verwendung des Container-Standards des Forums Datenaustausch. Dabei werden die administrativen (Rechnung) und medizinischen (MCD) Daten gemeinsam in einem Datencontainer übermittelt.

<sup>2</sup> Als Grundlage für die Spezifikation des Datensatzes dienen die Variablen der Medizinischen Statistik des BFS (Schnittstellenkonzept, Version 1.0 oder neuer). Diese Variablen sind dem Krankenversicherer – unter Beachtung der Einschränkungen gemäss nachfolgenden Absätzen 3 und 4 – vollständig zu übermitteln.

<sup>3</sup> Folgende Variablen der Medizinischen Statistik sind von der Datenübermittlung generell ausgenommen:

Va. Nr.	Bezeichnung
0.1.V01	Rekordart
0.2.	Identifikation
0.3.	Zusätzliche Daten**
1.6.	Diagnosen
1.7.	Behandlungen
2.1.V01	Rekordart
2.3.	Angaben betreffend die Mutter
3.	Psychiatrie-Zusatzdaten
4.1.	Allgemeine Angaben
4.6.	MD-Fallkostenstatistik

\*\*der Kantonale Zusatzdatensatz wird dem Krankenversicherer nicht übermittelt

<sup>4</sup> Die folgenden Variablen der Medizinischen Statistik definieren die medizinischen Angaben, die in den gemäss Ziffer 1.4 definierten Fällen nur an den Vertrauensarzt übermittelt werden dürfen:

Va. Nr.	Bezeichnung
2	Neugeborenen – Zusatzdaten, ausser 2.2.V04***
4.2.	MD-Diagnosen
4.3.	MD-Behandlungen
4.4.	MD-Intensivmedizin
4.5.	MD-Kinder, ausser 4.5.V01***

\*\*\* die Variablen 2.2.V04 (Geburtsgewicht) und 4.5.V01 (Aufnahmegewicht) gelten als administrative Rechnungsdaten

## 1.6. Persönlichkeits- und Datenschutz

<sup>1</sup> Die Vertragsparteien gewährleisten den Persönlichkeits- und den Datenschutz gemäss den gesetzlichen Bestimmungen in ihrem jeweiligen Einflussbereich wie auch während der Datenübermittlung. Dazu treffen sie die nach Art. 8 ff sowie Art. 20 der Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz (VDSG) erforderlichen technischen und organisatorischen Massnahmen.

<sup>2</sup> Die Krankenversicherer stellen sicher, dass die gestützt auf diese Vereinbarung erhaltenen medizinischen Angaben ausschliesslich für die Zwecke der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäss KVG verwendet werden.

<sup>3</sup> Die Krankenversicherer legen in Datenbearbeitungsreglementen insbesondere auch die Zugriffsrechte auf die diagnose- und prozedurenbezogenen Daten und die Aufbewahrungsdauer dar. Die Zugriffsrechte sind auf Mitarbeitende zu beschränken, die im Rahmen der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung Einsicht in die nicht anonymisierten und nicht pseudonymisierten medizinischen Daten benötigen. In Übereinstimmung mit Art. 59 KVV wird bei der Aufbewahrung der diagnosebezogenen Daten der Zugriff des Krankenversicherers auf die Diagnose-daten aufgehoben. Die Aufhebung der Pseudonymisierung kann nur durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers erfolgen.

<sup>4</sup> Die Daten, welche dem Vertrauensarzt übermittelt werden, verbleiben dauerhaft im vertrauensärztlichen Dienst. Sie dürfen nur in den gesetzlich vorgesehenen Fällen oder bei Vorliegen einer Ermächtigung der betroffenen versicherten Person an den Krankenversicherer oder an andere Drittpersonen weitergeleitet werden.

## 1.7. Rechnungsstellung an den Kanton

<sup>1</sup> Es gelten grundsätzlich die Vorgaben gemäss Art. 49a Abs. 3 KVG. Demnach entrichtet der Wohnkanton seinen Rechnungsanteil direkt dem Spital, sofern zwischen Kanton und Versicherer keine anderslautende Vereinbarung besteht.

*Die von H+ und santésuisse unterzeichnete Vereinbarung über ergänzende Anwendungsmodalitäten bei der Einführung der Tarifstruktur SwissDRG finden Sie auf [www.hplus.ch](http://www.hplus.ch).*