



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Bundeskanzlei BK

Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter

Erhebung der datenschutzrechtlichen Situation bei den Krankenversicherern

Dokumentinformationen

Titel: Erhebung der datenschutzrechtlichen Situation bei den Krankenversicherern
Projektnummer: 510.0000-6
Datum: 17. Dezember 2008 mit Änderung vom 1. Juli 2009
Datei: 081217_Auswertungen zum Fragebogen definitiv

Inhaltsverzeichnis

Ausgangslage	4
Antwort zur Frage A: Organisation der Krankenversicherer	7
Antwort zur Frage B: Wirtschaftlichkeitskontrolle	8
Antwort zur Frage C: Vertrauensärztlicher Dienst	18
Antwort zur Frage D: Case Management	25
Antwort zur Frage E: Outsourcing	33
Antwort zur Frage F: Datenschutzmanagement	37
G: Bemerkungen	46
Beilage: Fragebogen	47

Ausgangslage

Der Eidgenössische Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragte (EDÖB) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) haben gemeinsam bei allen anerkannten sozialen Krankenversicherern eine flächendeckende Erhebung über deren datenschutzrechtliche Organisation durchgeführt. Der entsprechende Fragebogen wurde am 4. Dezember 2007 verschickt und die Krankenversicherer hatten alle Auskünfte und Belege zu geben, welche im Fragebogen verlangt wurden. Der Fragebogen bestand aus qualitativen und quantitativen Fragestellungen, sowie aus Kontroll- und Trendfragen. Diese Fragestellungen sind in einer Beilage am Schluss des Berichtes aufgelistet.

Die Grundlage der Erhebung bilden Artikel 27 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz (DSG)¹ und Artikel 21 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)². Die Untersuchung dient in einem *ersten Schritt* dazu, sich ein vollständiges Bild über die datenschutzrechtliche Situation bei den Krankenversicherern zu machen. In einem *zweiten Schritt* unterstützt sie die Aufsichtsorgane, Kriterien zu erarbeiten für:

- a. datenschutzrechtlich konforme Organisationsstrukturen der Krankenversicherer;
- b. datenschutzrechtlich optimierte Leistungs-Kontrollprozesse der Krankenversicherer;
- c. Anregungen zum freiwilligen Datenschutz-Audit und Datenschutz-Zertifizierung der Krankenversicherer nach revidiertem DSG.

In einem *dritten Schritt* ist vorgesehen, diese Kriterien in Zusammenarbeit mit Dritten, namentlich der Schweizerischen Gesellschaft für Vertrauensärzte sowie dem Branchenverband *santésuisse*, als Empfehlungen umzusetzen. Diese sollen die Krankenversicherer unterstützen, ihre Verantwortung über die Einhaltung des Datenschutzes rechtskonform wahrzunehmen.

Die Auswertungen beziehen sich auf die Erhebungen aus den Fragebögen in Verbindung mit den Aufsichtsdaten über die 93 anerkannten sozialen Krankenversicherer (Stand Ende 2007). Das Auswertungsdesign hat die Projektgruppe Anfangs Jahr erstellt.

Bei den quantitativen Auswertungen bildet die Anzahl der anerkannten sozialen Krankenversicherer der Ausgangswert. Wo davon abgewichen wurde, ist dies vermerkt. Die neuen Helsana-Töchter *maxi.ch* und *indivo* wurden nicht erfasst, weil sie erst auf den 1. Januar 2008 vom EDI anerkannt wurden.

Die qualitativen Auswertungen wurden fertig gestellt, ohne die Wertung gesetzeskonform/gesetzeswidrig bereits explizit vorzunehmen. Dieser Schritt wird in der nächsten Projektphase berücksichtigt, in dem Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie die Krankenversicherer die Bearbeitung von Personendaten im Dienste der Öffentlichkeit verbessert durchführen können.

¹ SR 235.1

² SR 832.10

Viele Krankenversicherer arbeiten heute innerhalb einer gleichen Krankenversicherergruppe oder eines Krankenkassenverbandes zusammen. Aus der Erhebung und den Aufsichtsdaten wurden diejenigen Krankenversicherer, welche zusammenarbeiten, sei es über den Rückversicherer RVK, sei es über eine Holding, Firmen usw. in Gruppen eingeteilt. Diese Zusammenarbeit ist unterschiedlich stark ausgeprägt und es darf nicht angenommen werden, dass diese Krankenversicherer keine Eigenständigkeiten mehr aufweisen. Über die Krankenversicherer, welche weiss markiert sind, ist der Projektgruppe bisher keine Zusammenarbeit bekannt. Die Auswertungsergebnisse berücksichtigen die Gruppenbildung.

Kassen und ihre Zusammenarbeit: Stand 1. Januar 2008

Nr	Kurzname	Zusammenarbeit
312	Atupri	
881	EGK	
1386	Galenos	
1058	Gondo-Zwischenbergen	
1520	Hotela	
178	KUK Rothenburg	
455	ÖKK Landquart	
923	SLKK	
1331	Stoffel	
1384	Swica	
1147	Turbenthal	
1569	Arcosana	CSS-Gruppe
1159	Auxilia	CSS-Gruppe
8	CSS	CSS-Gruppe
1529	Intras	CSS-Gruppe
1113	CMVEO	Z. CSS-Gruppe
1097	Avantis	Groupe Mutuel
343	Avenir	Groupe Mutuel
749	Caisse Vaudoise	Groupe Mutuel
263	CMBB	Groupe Mutuel
774	Easy Sana	Groupe Mutuel
216	EOS	Groupe Mutuel
160	Fonction Publique	Groupe Mutuel
445	Hermes	Groupe Mutuel
1479	Mutuel	Groupe Mutuel
1442	Natura	Groupe Mutuel
484	Panorama	Groupe Mutuel
1535	Philos	Groupe Mutuel
1215	Troistorrents	Groupe Mutuel
1551	Universa	Groupe Mutuel
1179	Ville de Neuchâtel	Groupe Mutuel Taggeldkasse
1507	AMB	Z. Groupe Mutuel
556	St-Moritz	Z. Groupe Mutuel
1542	Assura	Gruppe um Assura
62	Supra	Gruppe um Assura
1571	Sanatop	Gruppe um Assura
1552	Aerosana	Helsana-Gruppe
1565	Avanex	Helsana-Gruppe
1562	Helsana	Helsana-Gruppe
1574	Indivo (neu)	Helsana-Gruppe
1573	Maxi.ch (neu)	Helsana-Gruppe

994	Progrès	Helsana-Gruppe
1566	Sansan	Helsana-Gruppe
829	KLuG	
376	KPT	KPT-Gruppe
294	KKM	KPT-Gruppe, PP
1560	Agrisano	PP
1423	AKK Brugg	PP
32	Aquilana	PP
1322	Birchmeier	PP
261	Carena	PP
1454	Cervino	PP
134	Einsiedeln	PP
780	Elm	PP
623	Embd	PP
558	Flaachtal	PP
591	Goms	PP
1142	Ingenbohl	PP
360	KKLH	PP
1328	kmu	PP
762	Kolping	PP
627	Lötschental	PP
97	Luchsingen	PP
820	Lugnez I	PP
182	Provita	PP
1401	Rhenusana	PP
901	Sanavals	PP
979	Schattenberge	PP
1362	Simplon	PP
941	Sodalis	PP
758	Stalden	PP
895	Staldenried	PP
246	Steffisburg	PP
194	Sumiswalder	PP
966	Surselva	PP
1040	Visperterminen	PP
1003	Zeneggen	PP
1318	Wädenswil	PP Z. Groupe Mutuel
411	Xundheit	PP Z. mit Concordia geplant
1509	Sanitas	Sanitas-Gruppe
1060	Wincare	Sanitas-Gruppe
509	Vivao Sympany	Sympany-Gruppe
1395	Vivao Sympany Schweiz	Sympany-Gruppe
57	Moove Sympany	Sympany-Gruppe exHelsana
1402	Bildende Künstler	Taggeldkasse
1540	Fenaco	Taggeldkasse
1491	Gewerbliche Bern	Taggeldkasse
1522	Metallbau	Taggeldkasse
1568	Sana24	Visana-Gruppe
1555	Visana	Visana-Gruppe
1570	Vivacare	Visana-Gruppe
790	Saastal	Z. Innova geplant
1563	Innova	Z. Saastal geplant
290	Concordia	Z. mit Xundheit geplant

PP = Rückversicherer RVK
Z = Zusammenarbeit

An dieser Stelle ist auch festzuhalten, dass die Krankenversicherer ihre Aufgaben selbst durchzuführen haben. Die Übertragung von Verwaltungsaufgaben an Dritte erfordert eine formell-gesetzliche Grundlage. Dies gilt auch für Krankenversicherer, die Verwaltungsaufgaben an Dritte übertragen. Mit der Auslagerung von Tätigkeiten, welche die Krankenversicherer selbst vorzunehmen haben, arbeiten sie nicht mehr gesetzeskonform. Hilfstätigkeiten können die Krankenversicherer jedoch auf Dritte auslagern³. Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist weiter zu erwähnen, dass die Krankenversicherer über ein internes Know-how verfügen müssen, welches ihnen ermöglicht, die Einrichtung, Ausübung und Kontrolle von Massnahmen zur Sicherung des Datenschutzes zu erfüllen. Sie tragen die Verantwortung für den Zugriff auf alle KVG-relevanten Daten, ungeachtet des Ortes ihrer Aufbewahrung. Hieran schliesst sich die Verpflichtung an, diese Daten in einer Form bereit zu halten, welche ihre Auswertung zur Prüfung der Einhaltung der KVG-Aufgaben der Krankenversicherer gestattet. Diese Aufgaben gehören zu den Kernaufgaben der Krankenversicherer und können nicht auf Dritte delegiert werden. Das Eidg. Versicherungsgericht hat diese Grundsätze im Prima-Urteil erwähnt⁴, auch der Bundesrat hat seine Antwort auf die Interpellation Dormond darauf abgestützt.

Antwort zur Frage A. Organisation der Krankenversicherer

Antwort zur Frage A.1

Ziel der Frage war es, eine Kontaktperson beim Krankenversicherer zu erhalten, um bei Mängeln und Lücken der Antworten gegebenenfalls nachzufragen. Diese Antwort wurde nicht weiter ausgewertet.

Antwort zur Frage A.2

Ziel der Frage war es, von allen Krankenversicherern zu erfahren, in welchen Versicherungsbranchen sie neben der sozialen Krankenversicherung tätig sind. Insbesondere, wie viele Krankenversicherer ausserhalb des KVG tätig sind, ob sie als Krankenzusatzversicherer beim BPV anerkannt sind, oder ob es sich um eine Vermittlung von anderen Versicherungen handelt. Dann, ob sie als Unfallversicherer nach UVG anerkannt sind, bzw. ob sie die Unfallversicherung nach UVG vermitteln. Zudem sollte in Erfahrung gebracht werden, welche Versicherungssparten angeboten werden und wie sich die einzelnen Krankenversicherer in ihrer Produkten-Palette unterscheiden.

87 Krankenversicherer haben Angaben gemacht. Es fällt auf, dass die grosse Mehrheit der Krankenversicherer die Frage nach zusätzlichen Tätigkeitsbereichen neben dem KVG-Geschäft nicht genau beschreibt. Ca. zwei Drittel der Krankenversicherer (grosse und kleine Krankenversicherer) geben dabei nur rudimentäre Antworten. Viele (grosse und kleine) Krankenversicherer begnügen sich damit anzugeben, dass sie noch Zusatzversicherungen anbieten. Ein kleiner und ein grosser Krankenversicherer machten zudem unklare bzw. offensichtlich falsche Angaben.

³ Gutachten des Bundesamtes für Justiz vom 21. Juni 2007, Ziff. 1.2.1 und 1.2.2 mit Hinweis auf Art. 178 Abs. 3 BV und Antwort des Bundesrates auf die 03.3613 IP Dormond

⁴ Thomas Poledna „Krankenversicherungen und ihre rechtliche Organisation“, S 44 f, Schulthess Verlag, Zürich 2002, sowie BGE 128 V 295

45 Krankenversicherer haben angegeben, Zusatzversicherungen nach VVG durchzuführen. Ob so viele Krankenversicherer noch selber das Zusatzversicherungsgeschäft praktizieren, müsste bei späterer Gelegenheit nachgeprüft werden, da die Krankenversicherer oftmals nicht zwischen den direkt von ihnen durchgeführten und den von ihnen vermittelten Zusatzversicherungen unterscheiden. 12 andere kleine und grosse Krankenversicherer gaben aber speziell an, Zusatzversicherungen nach VVG nur zu vermitteln. 9 von ihnen gaben an, zu welchen grösseren Krankenversicherern die Vermittlung erfolgt.

Wie sich die Krankenversicherer oder Versicherergruppen mit ihren Zusatzversicherungsprodukten von einander unterscheiden, ist aus den gemachten Angaben überhaupt nicht zu entnehmen.

10 Krankenversicherer gaben an, anerkannter Unfallversicherer nach UVG zu sein. Gemäss gültiger Liste der zugelassenen Unfallversicherer sind es aber nur 9 von ihnen. Lediglich 3 Krankenversicherer gaben an, dass sie eine UVG-Versicherung vermitteln. In Wirklichkeit könnten es mehr sein.

Ein einziger Krankenversicherer gab an, dass er noch die Krankenversicherung nach liechtensteinischem Recht im Fürstentum Liechtenstein durchführe und lediglich ein Krankenversicherer gab an, zugleich auch noch Rückversicherer zu sein. Gegenwärtig sind aber ganze 10 Krankenversicherer auch noch Rückversicherer.

Schlussfolgerung: Die Angaben der Krankenversicherer zu A.2 liefern keine neuen Angaben zu den Tätigkeitsfeldern der Krankenversicherer ausserhalb des KVG.

Antwort zur Frage B. Wirtschaftlichkeitskontrolle

Einleitend ist zu bemerken, dass die Behandlung dieses Kapitels für die Ausführung des der Arbeitsgruppe zugeteilten Mandats nicht vorrangig ist. Ziel dieses Kapitel ist es, eine erste zusammenfassende Analyse über die Organisation der Rechnungskontrolle durchzuführen. Eine detailliertere Analyse der von den Krankenversicherern erstellten und zugestellten Unterlagen bezüglich der Rechnungskontrolle könnte zukünftig mit einer ergänzenden ausführlicheren Untersuchung durchgeführt werden.

Zu bemerken ist, dass eine Verbindung zwischen den im Kapitel B geforderten Informationen und der Frage des Datenschutzes nur sehr schwer hergestellt werden kann.

Antwort zur Frage B.1

Es ist ein generelles Ziel zu überprüfen, ob die Krankenversicherer mehr Daten über die Gesundheit erhalten wollen, als zur Wirtschaftlichkeitskontrolle nötig ist (Einhaltung des Verhältnismässigkeitsprinzips). Besonders von Interesse ist es, wenn interne Richtlinien über Prozesse der Datenbearbeitung Aufschluss geben.

Spezielles Ziel der Frage(n) war es, Namen der verwendeten Software und Richtlinien – Kriterien – aufzulisten (mit Beilagen). Bei der Standardsoftware vor der Leistungserfassung ist zu prüfen, ob diese bei mehreren Krankenversicherern verwendet wird (eine Software, die von mehreren Krankenversicherern benutzt wird, gibt Hinweise darauf, dass der Wettbewerb nicht funktioniert).

Die diesbezüglichen Fragen wurden in eine Frage für benützte Software und Leitlinien vor (a), während (b) und nach (c) der Leistungserfassung unterteilt.

Mit Ausnahme eines kleinen Krankenversicherers und der Taggeldkassen haben alle Krankenversicherer die Fragen beantwortet.

a) vor der Leistungserfassung

Die Wirtschaftlichkeitskontrolle vor der Leistungserfassung erfolgt anhand von Diagnosen und Diagnosecodes. Immer wieder wird in den eingegangenen Antworten betont, dass die Kontrollen gemäss gesetzlichen, vertraglichen und tariflichen Vorgaben erfolgten. Der überwiegende Anteil aller Krankenversicherer prüft die Leistungen heute auf elektronischem Weg. Leistungsforderungen werden durch eine Systemsoftware auf die materielle und formelle Richtigkeit geprüft – was TARMED-, Apotheken- oder Laborrechnungen betrifft (vgl. B.4). Nur in kleineren Einzelkassen erledigen Mitarbeitende die Wirtschaftlichkeitskontrolle noch ausschliesslich manuell – oder sie tun dies bei allen Rechnungen, die nicht elektronisch geprüft werden können, z. B. bei stationären Rechnungen.

Entsprechend der Diagnosecodes wird vorerst zwischen Krankheit, Unfall und Mutterschaft (Geburt) unterschieden. Es werden sodann die Anzahl der Behandlungen und Sitzungen sowie die Abgabe von Medikamenten überprüft. Die Wirtschaftlichkeitskontrolle richtet sich nach Preisen und Höchstbeträgen (Tarife, Prüfung mittels Tarifbrowser / Vertrags- und Tarifiedatenbanken KVG und VVG), die vielfach in einem kassenspezifischen Leistungshandbuch festgelegt sind (Gewährung der unité de doctrine). Mittels dem jeweiligen elektronischen System werden die Rechnungen den entsprechenden Prozessen zugeteilt (stationär Spital, TARMED, Ärzte, Ambulant Spital, Vorbehalte, ausländische Leistungen, Zahnmedizin, Alternativmedizin, Apotheken, anderes ambulant). Die Kostengutsprachen werden bei kleineren Kassen zusätzlich manuell überprüft, bei grösseren Kassen erfolgen sie zumindest teilweise noch stichprobenartig. Bei komplizierten Fällen oder aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen wird der vertrauensärztliche Dienst miteinbezogen.

Weitverbreitete Programme sind:

Rechnungskontrolle-Programme:

Sumex der Firma Centris

AIS, Firma Erich Walther

OFIS/OFAC

TarPoint

EDV-Programm für die Verwaltung der Mitgliedschaft:

Valsana, BBT Zermatt

Software-Eigenentwicklung der Firma Cent Systems AG

Standardlösung Syrius von Adcubum AG

Informatik der Secon AG

Siddhartha der Secon AG in Fehraltorf

Die Krankenversicherer benutzen diverse elektronische Rechnungsprüfungssysteme. Die grossen Krankenversicherergruppen verfügen meist über Eigenentwicklungen oder sind daran Eigenentwicklungen einzuführen, welche Effizienz und Wirksamkeit gewährleisten. Kleinere Krankenversicherer lassen die von ihnen benutzten Programme vielfach aus Kostengründen gemeinsam entwickeln oder lagern sogar die gesamte Rechnungsprüfung aus.

b) während der Leistungserfassung

Wiederholt wird betont, dass die gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben die Kriterien für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit seien.

Soweit nachprüfbar sind die Kompetenzen der Mitarbeitenden geregelt. In verschiedenen Krankenversicherern werden limitierte Leistungen mittels Hinweise gesondert ausgewiesen. Beträge müssen vielenorts ab einer bestimmten Höhe hierarchisch visiert werden. Es bestehen Limiten auf bestimmte Kostenarten sowie Leistungsarten-Kombinationen.

Die Rechnungen werden heute mehrheitlich mittels elektronischen Betriebssystems auf materielle und formelle Richtigkeit sowie auf die Korrektheit der Beträge überprüft. Die Plausibilitätsprüfungen erfolgen hinsichtlich Schadenart, Diagnose sowie Tarifposten. Dies betrifft die elektronisch geprüften Rechnungen sowie die Rechnungen, die manuell kontrolliert und erfasst sind.

Teils senden kleinere Krankenversicherer eingescannte Rechnungen per „Invoice Inspector“ (Verschlüsselungsprogramm) zwecks elektronischer Prüfung an eine externe Firma - was TARMED-, Apotheken- oder Laborrechnungen betrifft (vgl. B.4).

Benutzte Programme:

EDV-Programm für die Verwaltung der Mitgliedschaft:

Valsana, BBT Zermatt

IRIS, Centris AG, Solothurn

Siddhartha, Secon AG, Fehraltorf

ACI/AIS – Surplus

Syrius SE von Adcubum

Rechnungskontrolle-Programme:

SUMEX II, Centris AG, Solothurn

Medidata

Invoice Inspector

OFAC

Interne Entwicklung bei der Groupe Mutuel

Es sind mehrere Rechnungskontrolle-Programme in Gebrauch. Zu bemerken ist, dass die Prüfprogramme SUMEX II und Invoice-Inspector Standardprogramme sind. Diese können auf die Krankenversicherer individuell angepasst werden. Es lassen sich zusätzlich eigene Prüfkriterien registrieren. Dies trifft auch auf Eigenentwicklungen zu, bei welchen die Krankenversicherer eigene Kriterien definieren und erfassen können, z.B. pro Leistungserbringer.

c) Bei Nachkontrollen

Es wird hier vielfach auf die Antwort und die Erläuterungen unter B.1.b verwiesen und betont, dass sich die Wirtschaftlichkeits- und Zweckmässigkeitskontrolle stets nach den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben richten. Entscheide und definitive Rechnungsfreigabe erfolgen zum Teil erst nach Plausibilitätsprüfung der Rechnungen (Plausibilisierung mit Vorjahreszahlen und Durchschnittswerten). Diese erfolgen heute mehrheitlich auf elektronischer Basis – elektronisches Visum. Noch immer gibt es jedoch vor allem kleinere Krankenversicherer, welche bei Überschreitung von Betragslimiten den Entscheid und die definitive Rechnungsfreigabe gemäss interner Rechnungsfreigaberegelung durch Vorgesetzte visieren lassen. Allgemein werden insbesondere Privat- und Rehabilitationskliniken speziellen Kontrollen unterzogen. Ebenso werden kosmetische Behandlungen sowie „Medikamentenmissbrauch“ vertiefter überprüft. Es wird auch betont, dass Nachkontrollen mit der Hilfe interner Statistiken (Datenbankabfragen und –vergleiche) sowie der Daten von santésuisse durchgeführt würden.

Unter Nachkontrollen werden auch Qualitätsverbesserungen verstanden, die mittels Stichproben bei den einzelnen Mitarbeitenden durchgeführt werden (durch die Vorgesetzten, die interne Revision oder eine externe Firma).

Benutzte Software:

SUMEX: Fehlerkontrolle, Centris AG, Solothurn

Nachkontrolle durch externe Firmen, z.B. Data-Check, Winterthur

IS90, Syrius,

DWH (DataWareHouse) NCR

Schlussfolgerungen zur Frage B.1

Die Vielfalt der EDV-Systeme sowie der Rechnungsprüfungs-Programme beweist, dass der Wettbewerb funktioniert.

Es darf vermerkt werden, dass die gebräuchlichen Standardprogramme, wie Valsana oder Siddhartha, von den Benutzern, bzw. den Krankenversicherern, individuell angepasst werden können.

Ebenso können die Prüfprogramme von den Krankenversicherern individuell konfiguriert und mit einzelnen definierten Prüfkriterien „gespeist“ werden.

Die Krankenversicherer haben die Kompetenzen der Mitarbeitenden grösstenteils festgelegt (Kontrolle mit 4-Augen-Prinzip). Kassenspezifische Leistungshandbücher oder interne Richtlinien wurden erstellt. Mittels eingehender Analyse liessen sich daraus die genauen Abläufe sowie die Kriterien zur Wirtschaftlichkeitskontrolle erkennen.

Die eingegangenen Informationen lassen tendenziell darauf schliessen, dass das Verhältnismässigkeitsprinzip sowohl in Bezug auf die Bearbeitung der persönlichen Daten als auch in Bezug auf die Wirtschaftlichkeitskontrolle grösstenteils berücksichtigt wird.

Antwort zur Frage B.2

Es ist ein generelles Ziel zu überprüfen, welche Daten in welcher Phase der Wirtschaftlichkeitskontrolle bearbeitet werden. Dazu muss einleitend vermerkt werden, dass eine Grosszahl der Krankenversicherungen darauf dieselben Antworten gegeben haben, wie auf die Frage B.1 (a./b./c.). Offensichtlich wurde aufgrund der Fragenstellung nicht erkannt, dass mit Frage 2 in erster Linie die Prozessabläufe durchleuchtet werden sollten und es in erster Linie darum ging, festzustellen, ob die Prozessverantwortlichen tatsächlich keine Einblicke in Personendaten erhalten.

Spezielles Ziel der Frage(n) war es, Einsicht in den Prozess der Datenbearbeitung der Krankenversicherer bei der Wirtschaftlichkeitskontrolle zu gewinnen und zu erkennen, ob sie Daten erfassen, die allenfalls zu einer Negativselektion benutzt werden können (Indizien ermitteln).

Die diesbezüglichen Fragen wurden in eine Frage für die Prozesse vor (a), während (b) und nach (c) der Leistungserfassung unterteilt.

Mit Ausnahme eines kleinen Krankenversicherers und der Taggeldkassen haben alle Krankenversicherer die Fragen beantwortet.

a) vor der Leistungserfassung

Vor der Leistungserfassung wird eine formale und materielle Prüfung durchgeführt. Es werden allgemein alle medizinisch und administrativ notwendigen Daten aufgenommen und zwar unabhängig davon, ob die Rechnungsstellung elektronisch oder auf Papier erfolgt. Es handelt sich dabei insbesondere um:

- Angaben zum Versicherten (Adresse und Versichertennummer, Leistungsaufschub gem. Art. 64a KVG, eingeschränkte Wahl des Leistungserbringers);
- Rechnungsbetrag (sind die verrechneten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich);
- Kostenbeteiligung gem. Art 64 Abs. 5 KVG (Spitalbeitrag);
- Versicherungsdeckung;
- Taxpunktwert;
- Taxpunktdiagnose;
- Schadenart (handelt es sich um ein versichertes Ereignis: Krankheit, Unfall, Mutterschaft?);
- Wurde die Behandlung von einem anerkannten Leistungserbringer durchgeführt?
- Medikamente;
- Materialien;
- Anzahl der durchgeführten Behandlungen/Sitzungen;
- Sämtliche Physio- und Ergotherapien nach einer bestimmten Anzahl Sitzungen
- Stellungnahme zur Notwendigkeit;
- Pflichtleistung (ja/nein);
- Regressmöglichkeit.

Bei kleineren Kassen erfolgen diese Überprüfungen teilweise noch manuell, grössere Krankenversicherer führen sie auf elektronischer Basis und beschränken sich auf Stichproben. Auch in diesem Bereich erfolgen teilweise Auslagerungen an externe Firmen (z.B. MediData für die Formatumwandlung der Rechnungen und elektronische Prüfungen).

b) während der Leistungserfassung

Vielfach wird in der Beantwortung dieser Frage auf B.2.a oder sogar auf B.1.b verwiesen. Es wird festgehalten, dass während den Prozessabläufen alle medizinisch und administrativ notwendigen Daten verarbeitet werden und zwar unabhängig davon, ob die Rechnungsstellung elektronisch oder auf Papier eingegangen ist. Es erfolgt dabei sowohl die Prüfung des formellen als auch des materiellen Leistungsanspruchs. Ergänzend werden die Rechnungsdaten sowie die fallbezogenen Rechnungen desselben Versicherten konsultiert. Ebenso werden analoge Fälle hinzugezogen. Einzelne Krankenversicherungen erfassen gemäss erstelltem Dokument ihrer spezifischen Software (z.B. D4 Valsana-Erfassungs.doc).

c) Bei Nachkontrollen

Auch hier verweisen diverse Krankenversicherer auf bereits erfolgte Beantwortungen im gleichen Kapitel. Kleinere Krankenversicherer unterziehen alle Fälle einer Kontrolle. Wo die Wirtschaftlichkeitskontrolle infolge grosser Datenmenge überwiegend oder ausschliesslich elektronisch erfolgt, d.h. ein EDV-Plausibilitätsprogramm sämtliche Versicherungsleistungen überprüft, wird stichprobenweise nachkontrolliert. Eine Nachkontrolle findet immer statt, wenn Rechnungen im elektronischen Rechnungsprüfungssystem „hängen“ bleiben. Systematisch wird dann abgeklärt, ob die Voraussetzungen zur Kostenübernahme durch die OKP erfüllt sind (Stimmen die Eingabe, die Aufteilung der Leistungen und Selbstbehalte mit der Originalrechnung überein? Art. 56 KVG).

Schlussfolgerungen zur Frage B.2

Die eingegangenen Informationen lassen tendenziell darauf schliessen, dass das Verhältnismässigkeitsprinzip sowohl in Bezug auf die Bearbeitung der persönlichen Daten wie auf die Wirtschaftlichkeitskontrolle grösstenteils berücksichtigt wird.

In Bezug auf die Gewährleistung des Datenschutzes als problematisch erweist sich die mehrfach gegebene und nachfolgend zitierte Antwort zu B2a) und B2b).

«Es werden allgemein alle medizinisch und administrativ notwendigen Daten aufgenommen und zwar unabhängig davon, ob die Rechnungsstellung elektronisch oder auf Papier erfolgt».

In Unkenntnis darüber, welches die tatsächlich konsultierten oder registrierten medizinischen Daten sind (z.B. nur der Diagnosecode, die Tarifpositionen oder ein detaillierter medizinischer Bericht), kann diese Frage aufgrund der eingegangenen Antworten und auf deren Analyse nicht schlüssig beantwortet werden.

Antwort zur Frage B.3

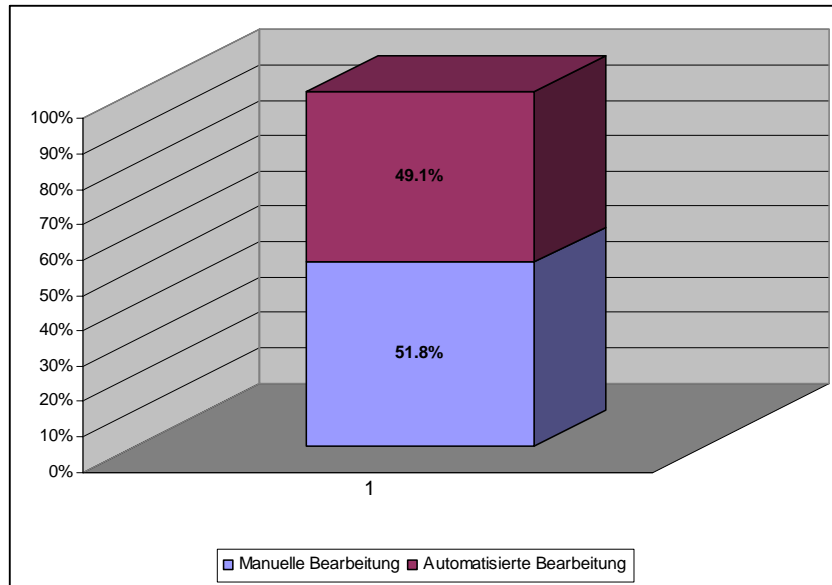
Ziel ist, Einblick in die Menge der Rechnungen/Jahr zu erhalten.

Zu bemerken ist, dass vier Kassen keine Angabe über die Menge der bearbeiteten Rechnungen/Jahr gemacht haben. Zudem hat eine Krankenversicherergruppe keine einzelnen Angaben über die OKP-Krankenversicherer mitgeteilt, sondern es wurde die Angabe für alle Kasse kommuniziert.

Unter Berücksichtigung der obenerwähnten Punkte haben die Krankenversicherer für das Jahr 2006 ca. 61'886'595 Rechnungen bearbeitet. Dies sind rund neun Rechnungen pro Einwohner.

Antwort zur Frage B.4

Die Zielvorgaben lauteten wie folgt: Ziel ist eine Ergänzung zu den E2-Formularen, welche die gleichen Kategorien frankenmässig erfassen. Die Angaben können statistisch ausgewertet und kommentiert werden. Die Tabelle erlaubt numerische und prozentuale Erfassung und die Auswertung zwischen der automatisierten und manuellen Datenverarbeitung verglichen werden. Weitere Auswertungen können aus Zeitgründen nicht vorgenommen werden.



Die Differenz von 0,1 % betrifft die Anzahl von Krankenversicherer, die keine Angaben mitgeteilt haben.

Automatisierte Bearbeitung:

Ca. die Hälfte der Rechnungen werden elektronisch geprüft, vor allem in den Bereichen Ärzte und Spital ambulant (TARMED) sowie Apotheke (OFAC/IFAK) und Labor.

Die Kassen einer Krankenversicherergruppe haben darüber orientiert, dass eine visuelle Kontrolle aller Rechnungen durch die Mitarbeitenden vor deren Freigabe durchgeführt wird, auch bei den Rechnungen, die elektronisch bearbeitet werden.

Eine Kasse hat explizit mitgeteilt, dass einige Rechnungen ganz automatisch bis zur Zahlung ohne manuelle Intervention laufen.

Einige Kassen verfügen gemäss eigenen Angaben über keine automatisierte Bearbeitung.

Manuelle Bearbeitung:

Es gibt Krankenversicherer, vor allem grosse oder Gruppen, die alle Rechnungen prüfen. Andere, vor allem mittelgrosse oder kleine, prüfen nur einen Teil der manuell bearbeiteten Rechnungen auf die Wirtschaftlichkeit, z.B. alle Rechnungen über CHF 1'000.00.

Einige kleine Kassen haben mitgeteilt, dass auch die meisten elektronisch übermittelten/geprüften Rechnungen nochmals manuell kontrolliert werden.

Weitere Bemerkungen:

Eine Auswertung pro Kostengruppe ist sehr schwierig zu erstellen, da die Krankenversicherer entweder keine einheitliche Kostenzuteilung vorgenommen oder sogar keine Kostenzuteilung mitgeteilt haben. Weiterhin haben 8 Krankenversicherer keine Angaben über die manuelle oder die automatisierte Bearbeitung gemacht.

Antwort zur Frage B.5

Ziel ist, den Prozess der Wirtschaftlichkeitsprüfung kennenzulernen und Auffälligkeiten darin zu entdecken. Die Krankenversicherer haben ihre Richtlinien zur Rechnungsprüfung bekanntgeben und deren Zweck mitteilen müssen.

Acht kleine Krankenversicherer haben diese Frage nicht beantwortet. Die Antworten innerhalb der Krankenversicherergruppen (ausgenommen RVK-Mitglieder) sind identisch.

Prüfungsrichtlinien: Es fällt auf, dass die Krankenversicherer die Frage nach den Prüfungsrichtlinien äusserst vielfältig mit Hinweisen auf die allgemeinen Grundsätze (WZW-Kriterien, Gleichbehandlungsgebot), geltende Normen (KVG, KVV, KLV, MiGeL, AVB), BAG-Weisungen, vertragliche Vorgaben, Tarifregelwerke, interne Konzepte, allgemeine und spezifische interne Vorgaben, Weisungen und Richtlinien für die Rechnungskontrolle, ein Arbeitsprozesshandbuch, andere Handbücher, Konformität der Rechnung mit Stammdaten, eine automatisierte Rechnungsprüfung und entsprechende Informatikprogramme beantworten.

Die Antworten sind innerhalb der Krankenversicherergruppen (ausser RVK-Mitglieder) einheitlich. Ein kleiner Krankenversicherer weist auch noch auf den gesunden Menschenverstand hin. Acht kleine Versicherer machen keine Angaben.

Aus den Angaben der Krankenversicherer geht nicht immer klar hervor, ob sich die Antworten auf die Wirtschaftlichkeits- und/oder die Rechnungsprüfung beziehen.

Zweck der Wirtschaftlichkeits- und/oder Rechnungsprüfung ist fast immer die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit einer Behandlung. Vereinzelt wird als Zweck auch die Gleichbehandlung der Versicherten, die Qualitätssicherung und die Koordination der Leistungen mit anderen Sozialversicherungen angegeben.

Es ist demnach davon auszugehen, dass ein Grossteil der Krankenversicherer Prüfungsrichtlinien hat, es geht aber aus den Antworten nicht klar hervor, wie diese konkret aussehen

Es ist davon auszugehen, dass eine Verbindung mit einer möglichen Datenschutzproblematik schwer herzustellen ist.

Antwort zur Frage B.6

Ziel ist, Transparenz und verantwortliche Personen innerhalb oder ausserhalb der Krankenversicherer zu erkennen. Zudem prüfen, ob die gleichen Namen bei verschiedenen Krankenversicherern mehrmals auftauchen.

Interne Überprüfung: Ca. 2 Drittel der Krankenversicherer haben die Namen und Vornamen der internen Verantwortlichen für die Rechnungsprüfung angegeben, in vielen Fällen auch deren Hauptfunktion bei der Kasse (hierarchisch und fachlich ganz verschieden). Ca. ein Drittel der Krankenversicherer (kleine und grosse Versicherer) haben keine Namen angegeben. Die gleichen Verantwortlichen sind immer innerhalb eines Versicherers bzw. einer Versichergruppe (feststellbar bei zwei Versichergruppen) tätig. Aus den Angaben geht nicht hervor, ob die Verantwortlichen Zugriff auf Personendaten neben den Leistungsdaten haben.

Externe Überprüfung: Mehr als zwei Drittel der Krankenversicherer haben eine externe Prüfungsstelle - meist ihre externe Revisionsstelle – angegeben. Lediglich 6 Kassen (5 aus verschiedenen Gruppen) haben die spezialisierte Fa Data Check AG angegeben. Etwas mehr als ein Viertel der Krankenversicherer haben keine externe Prüfungsstelle angegeben. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Rechnungskontrolle in der Regel nicht extern erfolgt.

Ein grosser Krankenversicherer hat darauf hingewiesen, dass die für die interne und externe Revision verantwortlichen Personen keine Wirtschaftlichkeitskontrolle in Verbindung mit Personendaten durchführen.

Eine Parallele mit dem Datenschutz kann nicht erkannt werden.

Antwort zur Frage C. Vertrauensärztlicher Dienst

Antwort zur Frage C.1

Die Frage zielte darauf ab zu erfahren, ob jeder Krankenversicherer einen Vertrauensarzt hat. Alle Krankenversicherer, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung anbieten, verfügen über einen Vertrauensarzt. Zudem gibt es noch fünf reine Taggeldkassen, welche zum Teil auch angegeben haben, einen Vertrauensarzt zu haben. Der Vertrauensarzt als gesetzliche Institution ist jedoch nur im Rahmen der OKP tätig, ansonsten arbeitet er als Gesellschaftsarzt. Deshalb wurden die fünf Taggeldkassen unter der Kategorie "vertrauensärztlicher Dienst" nicht berücksichtigt. Die Krankenversicherer haben neben Vertrauensärzten oft auch Vertrauenszahnärzte, deren Daten wurden im Rahmen der Umfrage nicht gesondert erhoben und erfasst.

Antwort zur Frage C.2.a und C.2.b

Mit mehreren Fragen wollten wir erfahren, ob und wie oft Vertrauensärzte für mehrere Krankenversicherer tätig sind, und wir wollten eine Übersicht gewinnen, wie viele Hilfspersonen beim vertrauensärztlichen Dienst angestellt sind. Rückfragen bei den Krankenversicherern haben ergeben, dass die Stellenprozente in der Regel auf Schätzungen zurückgehen, Ausnahmen bilden die vertrauensärztlichen Dienste der Krankenversicherergruppen.

Aus den Antworten geht hervor, dass diverse Vertrauensärzte mit einem Teilzeitpensum bei einer grossen Gruppe angestellt sind und daneben auch für kleinere Krankenversicherer im Mandatsverhältnis tätig sind. Eine grössere Anzahl Vertrauensärzte sind ausschliesslich im Mandatsverhältnis tätig. Dies bei ganz verschiedenen Klein- bis Kleinstversicherern, die über keinen eigenen vertrauensärztlichen Dienst verfügen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob dieses „Modell“ nicht vorteilhafter ist, als das auch im Raum stehende und vielfach kritisierte Modell, wo ein Arzt teils als Vertrauensarzt und teils als Versicherungsarzt in derselben Krankenversicherungsgruppe tätig ist.

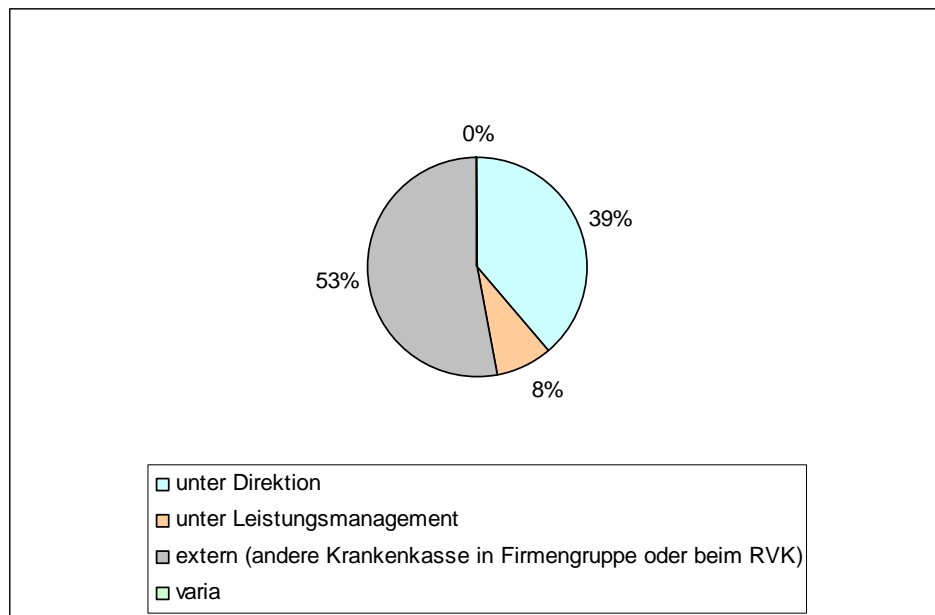
Bezüglich der angegebenen Hilfspersonen bei den vertrauensärztlichen Diensten konnte keine Überschneidung zu anderen Krankenversicherern festgestellt werden. Interessieren würde aber hier ohnehin, wie viele Hilfspersonen für einen vertrauensärztlichen Dienst überhaupt notwendig sind, um den Datenschutz optimal gewährleisten zu können. Dies könnte aber nur im Verhältnis zur Menge der Versicherten beim jeweiligen Krankenversicherer sowie zur durchschnittlichen Anzahl der vertrauensärztlichen Fälle pro Jahr festgestellt werden. Aufgrund der vorliegenden Antworten ist diese Auswertung nicht möglich.

Aus den eingegangenen Unterlagen ist nicht ersichtlich, ob die vertrauensärztlichen Dienste intern in Sachen Datenschutz auch eigene, von der Krankenversicherung unabhängige, Bearbeitungsreglemente haben. Infolge der erforderlichen Unabhängigkeit der Infrastruktur der vertrauensärztlichen Dienste von der übrigen Betriebsumgebung sollte dies eigentlich eine absolute Notwendigkeit sein.

Antwort zur Frage C.2.c

Die Krankenversicherer hatten Angaben zu liefern, wo sich der vertrauensärztliche Dienst organisatorisch eingliedert ist. Dadurch sollten Indizien gefunden werden, ob die Krankenversicherer die Sonderstellung des vertrauensärztlichen Dienstes in ihrer Organisation genügend berücksichtigen. Aus den Antworten wurden vier Kategorien gebildet: 1. Vertrauensärztlicher Dienst unter Direktion, 2. unter Leistungsmanagement, 3. vertrauensärztlicher Dienst in externer Firma (bei Rückversicherer oder anderer Firma in Krankenversicherergruppe) und 4. varia.

Darstellung C.2.C Auswertung zur organisatorischen Eingliederung des VAD beim Krankenversicherer.



Bis auf drei Krankenversicherer haben alle diese Frage beantwortet. Die OKP-Krankenversicherer, die in Krankenversicherergruppen sind, haben häufig die Frage so beantwortet, als wäre der vertrauensärztliche Dienst in ihrer Firma. Bei den Krankenversicherergruppen wird die Geschäftstätigkeit häufig nur durch einen Krankenversicherer durchgeführt. Bei einer bereinigten Auswertung würde bei einigen Kassen der vertrauensärztliche Dienst zwar der Direktion unterstehen, aber unter der Direktion einer anderen Kasse.

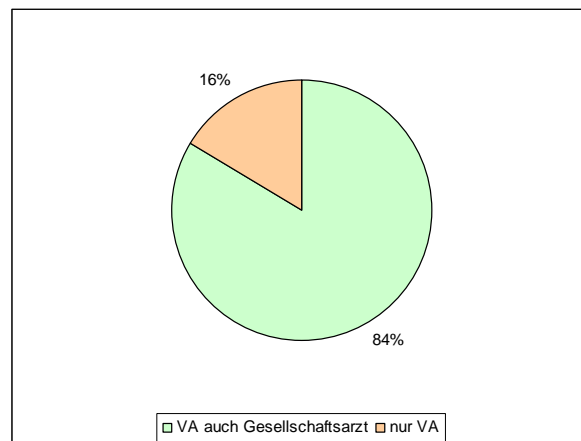
Antwort zur Frage C.2.d

Mit dieser Frage wollte man feststellen, ob es Besonderheiten bei der fachlichen Unterstellung des vertrauensärztlichen Dienstes gibt. Ein Teil der Krankenversicherer scheint aber die Frage missverstanden zu haben. Bei anderen Krankenversicherern fallen keine Besonderheiten auf. Diese Frage kann deshalb nicht abschliessend beurteilt werden.

Antwort zur Frage C.3

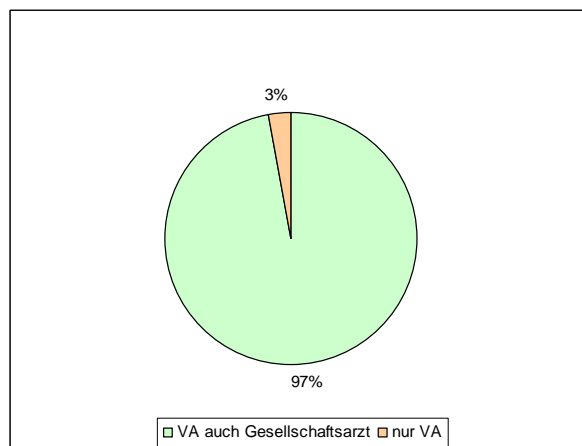
Viele Vertrauensärzte arbeiten gleichzeitig auch als Gesellschaftsärzte der Zusatzversicherungen. Im Rahmen der Untersuchung sollte erfasst werden, wie viele Ärzte diese Doppelfunktion einnehmen.

Darstellung C.3.A: Anteil der Vertrauensärzte pro Krankenversicherer, die zusätzlich auch als Gesellschaftsärzte tätig sind.



Die Vertrauensärzte der Krankenversicherer sind grösstenteils auch Gesellschaftsärzte. Als Ausgangswert beim Diagramm C.3.A wurden alle Krankenversicherer unabhängig von ihrer Grösse genommen, losgelöst davon, ob sie 400 oder 400'000 Personen versichern. Deshalb wurde beim untenstehenden Diagramm C.3.B noch die Versichertenzahl der Kassen berücksichtigt.

Darstellung C.3.B: Bevölkerungsanteil, der bei einer Kasse ist, wo die Vertrauensärzte zugleich Gesellschaftsärzte sind oder bei einem Krankenversicherer, wo die VA diese Doppelfunktion nicht wahrnehmen.



Geht man von der Anzahl der versicherten Personen bei den Kassen aus, dann ist 97 Prozent der Bevölkerung (7'274'542 Personen) bei einem Krankenversicherer versichert, dessen Vertrauensärzte zugleich Gesellschaftsärzte sind. Nur drei Prozent der Bevölkerung (203'885 Personen) ist bei einem Krankenversicherer versichert, wo der Vertrauensarzt funktional unabhängig ist.

Antwort zur Frage C.4

Die Frage, ob Vertrauensärzte zusätzlich eine eigene Praxis führen, wurde der Vollständigkeit halber gestellt. Sie wird nicht ausgewertet, weil sie von den Krankenversicherern teilweise missverstanden wurde und im Rahmen der Untersuchung nicht erforderlich ist. Die Krankenversicherer haben in der Regel vollamtliche Vertrauensärzte (in Krankenversicherergruppen, im Auftrag oder durch den PartnerPool RVK) sowie Ärzte mit eigener Praxis. Dieser Mix aus vollamtlichen und nebenamtlichen Vertrauensärzten erachtet die Projektgruppe als sinnvoll.

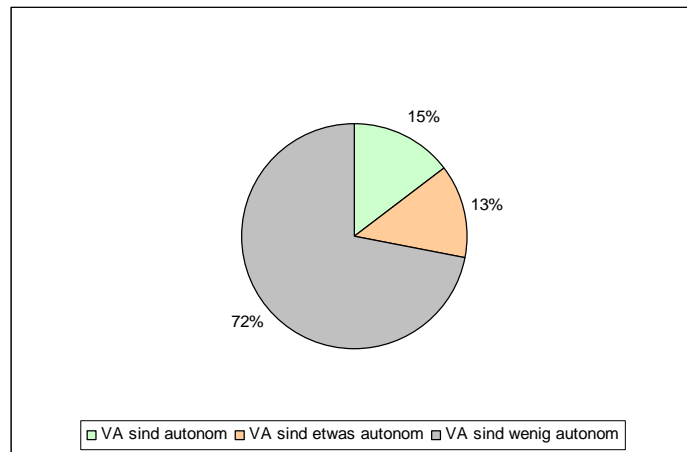
Antwort zur Frage C.5

Die Frage, ob die Vertrauensärzte noch anderen Tätigkeiten für andere Krankenversicherer oder Privatversicherer usw. nachgehen, wurde von den Krankenversicherern zum Teil aus Unwissen nicht beantwortet. Einige Krankenversicherer haben angegeben, dass die Vertrauensärzte noch fachliche Schulungen bei ihnen durchführen. Die Antworten lassen sich nicht stichhaltig auswerten. Zum Teil wurde die unterschiedliche Fragestellung zwischen C.5 und C.9 nicht verstanden.

Antwort zu den Fragen C.6 - C.8

Anhand von drei Fragen zum Verhältnis Hilfspersonal und Vertrauensarzt sollte eruiert werden, inwieweit der Vertrauensarzt seine Organisation beim Krankenversicherer selbst bestimmen kann. Die Auswertung beruht nur auf den Angaben, die sich eindeutig zuordnen lassen. Dies betrifft 75 von 88 Krankenversicherern. Drei Krankenversicherer haben keinerlei Angaben geliefert, zwei davon sind Kleinstkassen und der dritte Krankenversicherer wird bald in einer Krankenversicherergruppe eingegliedert werden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass in Kleinbetrieben oft der Geschäftsführer oder die Geschäftsführerin das Hilfspersonal des Vertrauensarztes ist. Die Fragen lauteten: Wer stellt bei Ihnen das Hilfspersonal ein? Wer leitet in Ihrem Betrieb das Hilfspersonal des vertrauensärztlichen Dienstes organisatorisch? Wer leitet in Ihrem Betrieb das Hilfspersonal des vertrauensärztlichen Dienstes fachlich? Wurde bei allen drei Fragen der Vertrauensarzt angekreuzt, dann verfügt u.E. der Vertrauensarzt über Autonomie bei den Krankenversicherern, wurden zwei Fragen mit Vertrauensarzt angekreuzt, dann hat der Vertrauensarzt etwas Autonomie, wurde nur eine Frage beantwortet mit Vertrauensarzt, dann haben wir dies mit wenig Autonomie bewertet.

Darstellung C.6 - C.8: Inwieweit haben die Krankenversicherer den Vertrauensärzten in Bezug auf ihr Hilfspersonal Autonomie eingeräumt?



Die meisten Vertrauensärzte können weder ihr Hilfspersonal selbst einstellen, noch ihr Hilfspersonal leiten. Autonomie haben die Vertrauensärzte in der Regel bei der fachlichen Leitung der Hilfspersonen. Diese Auswertung gibt jedoch nur Hinweise auf die Strukturen. Daraus ergibt sich kein vollständiges Bild über die Autonomie der Vertrauensärzte in der Praxis.

Antwort zur Frage C.9

Die Krankenversicherer hatten anzugeben, ob ihre Vertrauensärzte weitere, bisher nicht aufgeführte Tätigkeiten wahrnehmen. Die Krankenversicherer antworteten zum Teil, dass sie dies nicht wüssten, und ein Teil der Krankenversicherer hat geschrieben, dass die Vertrauensärzte interne Weiterbildungen geben würden. Die Antworten lassen keine gesicherte Auswertung zu (vgl. C.5).

Antwort zur Frage C.10

Fünf verschiedene Fragenbereiche zielten darauf ab, spezifische Informationen zur Infrastruktur der vertrauensärztlichen Dienste der Krankenversicherer zu erhalten. Es wurde deshalb gefragt, wo der Vertrauensarzt seine Unterlagen ablege, wie er die Post erhalte, wie seine Räumlichkeit und seine elektronischen Daten vom übrigen Betrieb getrennt seien, wer seine Post (auch auf elektronischem Weg) öffnen dürfe, wie und wo die Dossiers vom Vertrauensarzt archiviert würden und wer darauf Zugriff habe.

Diese Auswertung hat zu unterschiedlichen Resultaten geführt:

Es kann festgehalten werden, dass sämtliche grösseren Gruppen der Krankenversicherer über einen eigentlichen vertrauensärztlichen Dienst verfügen. Aufgrund der eingegangenen Antworten darf davon ausgegangen werden, dass sie voll und ganz den Anforderungen einer unabhängigen Infrastruktur genügen.

Die Vertrauensärzte legen ihre Unterlagen im eigens dazu bestimmten Archiv des vertrauensärztlichen Dienstes ab. Die Post gelangt direkt in die Vertrauensärztlichen Dienste. Heute erfolgt dies vermehrt auf elektronischem Weg. Nach wie vor üblich ist der Briefeingang per Post oder FAX.

Die Räumlichkeiten der jeweiligen vertrauensärztlichen Dienste sind von den übrigen Büros der Krankenversicherer getrennt und verfügen über eigene Eingänge. Ebenso ist die IT-Infrastruktur des vertrauensärztlichen Dienstes von der übrigen unabhängig. Sämtliche Post – also auch auf elektronischem Weg eingegangene – darf nur von den Vertrauensärzten und deren Assistentinnen geöffnet werden.

Die Ablage der Daten erfolgt in Archiven des Vertrauensärztlichen Dienstes. Auch hier ist die elektronische Aufbewahrung der Patientendossiers im Vormarsch. Nach dem Einscannen werden die Dossiers elektronisch aufbewahrt. Der Zugriff bleibt auf die Mitarbeitenden des Vertrauensärztlichen Dienstes beschränkt.

Es darf demzufolge festgestellt werden, dass die Infrastruktur der vertrauensärztlichen Dienste den Empfehlungen entspricht, wie sie der EDÖB in seinen Empfehlungen im Rahmen einer Sachverhaltsabklärung bei einem grossen Krankenversicherer festgehalten hat. Die Infrastruktur entspricht ebenso den ausführlichen Erläuterungen im Entscheid des BVer 7.12.2007, A-73475/2006. Nicht wenige Krankenversicherer berufen sich explizit auf diesen Entscheid. Es darf davon ausgegangen werden, dass die grösseren Gruppen der Krankenversicherer ihren vertrauensärztlichen Dienst auch in Bezug auf elektronische Patientendossiers laufend optimieren. Was die effektive und optimale Grösse der vertrauensärztlichen Dienste unter Einbezug aller Vertrauensärzte und deren Mitarbeitenden anbelangt, so müsste die entsprechend angegebene Anzahl jeweils in Verhältnis zur Versichertenzahl oder zu den jährlich anfallenden, dem Vertrauensärztlichen Diensten unterbreiteten Fällen, gebracht werden. Nur so liesse sich schlüssig feststellen und allenfalls bemängeln, dass in einem entsprechenden vertrauensärztlichen Dienst zu viele Mitarbeiter über heikle Personen- bzw. Patientendaten Kenntnis erhalten. Diese Auswertung war aufgrund der gestellten Fragen nicht möglich.

Was die kleineren und Kleinstkassen anbetrifft, so suchen diese bei Bedarf entweder die Dienste von einzelnen Vertrauensärzten im Auftragsverhältnis oder aber sie haben ihre vertrauensärztlichen Dienste vollkommen ausgegliedert. Wo sich die Krankenversicherer einfach externer Vertrauensärzte bedienen, entspricht die Infrastruktur bei diesen externen Vertrauensärzten deren Praxisverhältnissen. Posteingänge erfolgen grossmehrheitlich per Brief oder FAX. Die Öffnung obliegt dem Arzt und seinen Praxisassistentinnen. Wo einzelne Vertrauensärzte Patientendossiers aufzubewahren haben, genügt die Datensicherheit, die sie auch ihren allgemeinen Patientendossiers in ihrer Praxis zukommen lassen.

Vereinzelte externe Vertrauensärzte sind gleichzeitig für mehrere kleinere unabhängige Krankenversicherer tätig, was zur Folge hat, dass in ihren Praxisarchiven auch Patientendossiers verschiedenster Krankenversicherer aufbewahrt werden. Bei dieser Ausgliederung von vertrauensärztlichen Dossiers an Vertrauensärzte im Mandat gelten allgemein die Vorschriften von Art 10a DSG (Datenbearbeitung durch Dritte), was grundsätzlich besagt, dass die Krankenversicherer als Auftraggeber sich insbesondere vergewissern müssen, dass die Datensicherheit auch extern gewährleistet bleibt.

Speziell liegt der Fall, wo viele kleinere Kassen sich in einem Verein zusammengeschlossen haben oder aber eine externe Firma mit der Führung eines zentralen Vertrauensärztlichen Dienstes beauftragt haben.

Bei der Vereinsvariante wird hauptsächlich mit Vertrauensärzten im Auftragsverhältnis gearbeitet. Einen zentralen vertrauensärztlichen Dienst gibt es hier somit nicht. Obschon diese Krankenversicherer als Verein auftreten, erfolgt die Archivierung der vertrauensärztlichen Dossiers nicht zentral, sondern wie bei den Kleinversicherern bei den von Fall zu Fall beauftragten Vertrauensärzten.

Wo Krankenversicherer ihre sämtlichen vertrauensärztlichen Fälle an einen externen vertrauensärztlichen Dienst weiterleiten, der vertragsgemäss durch eine externe Firma betrieben wird, erledigt diese für die diversen „angegliederten“ Krankenversicherer die Aufgaben der Vertrauensärzte. Die entsprechenden Patientendossiers werden vorgängig durch die angegliederten Krankenversicherer eingescannt und in dieser Form an den externen vertrauensärztlichen Dienst ausgegliedert. Dasselbst werden alle gescannten Patientendossiers zentral bearbeitet und elektronisch gelagert. Die elektronische Archivierung erfolgt nicht nach den einzelnen Auftraggebern, sondern obliegt der Ordnung des externen vertrauensärztlichen Dienstes.

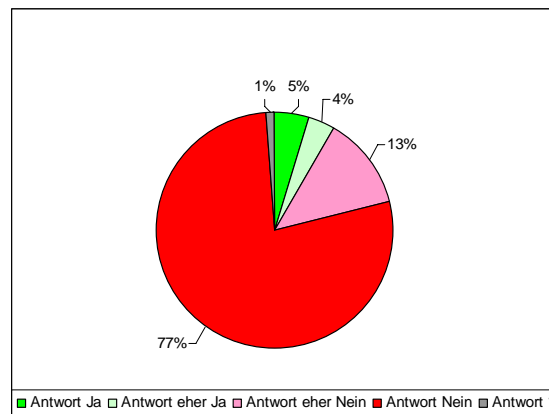
Es kann auch hier wie bei der Antwort zur Frage C.2.a und C.2.b vereinzelt festgestellt werden, dass diverse Vertrauensärzte mit einem Teilzeitpensum bei einer grossen Gruppe angestellt sind und daneben zusätzlich auch für kleinere Krankenversicherer im Mandatsverhältnis tätig sind.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob alle Krankenversicherer die Anforderungen von Art. 13 KVG erfüllen, wonach jeder Krankenversicherer die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften zu gewährleisten hat. Die Ausgliederung von „Hauptaufgaben“ ist zumindest im Hinblick auf die Unabhängigkeit fragwürdig und sollte nur unter genauen Auflagen statthaft sein (z.B. volle Information der Versicherten, spezielle Sicherheitsauflagen betreffend elektronischem Datenversand).

Antwort zur Frage C.11

Hier wurde die Trendfrage gestellt, ob sich die Krankenversicherer eine totale Ausgliederung ihres vertrauensärztlichen Dienstes in einen zentralen vertrauensärztlichen Dienst vorstellen könnten, der allen Versicherungen im KVG-Bereich total zur Verfügung stünde. Dabei wäre der vertrauensärztliche Dienst unabhängig von den einzelnen Krankenversicherer. Es muss bei der Analyse berücksichtigt werden, dass die meisten Krankenversicherer bereits einen externen Vertrauensarzt haben. Die meisten kleinen Krankenversicherern nehmen die Dienste des PartnerPools beim Rückversicherers RVK in Anspruch. In Krankenversicherergruppen ist der Vertrauensärztliche Dienst bei einem OKP-Krankenversicherer, einem Zusatzversicherer oder in einer Dienstleistungsfirma organisatorisch eingegliedert.

Darstellung C. 11: Können sich die Krankenversicherer die Ausgliederung ihres VAD in einen zentralen VAD vorstellen?



Obwohl bei den meisten Krankenversicherern der Vertrauensarzt nicht in ihrer Firma eingegliedert ist, können sich 77 Prozent der Krankenversicherer keine Ausgliederung ihres vertrauensärztlichen Dienstes in einen zentralen vertrauensärztlichen Dienst vorstellen. Summiert man noch die 13 Prozent hinzu, die diese Trendfrage mit "eher Nein" beantwortet haben, sind 90 Prozent der Krankenversicherer zu einer Ausgliederung ihres vertrauensärztlichen Dienstes in einen zentralen vertrauensärztlichen Dienst negativ eingestellt.

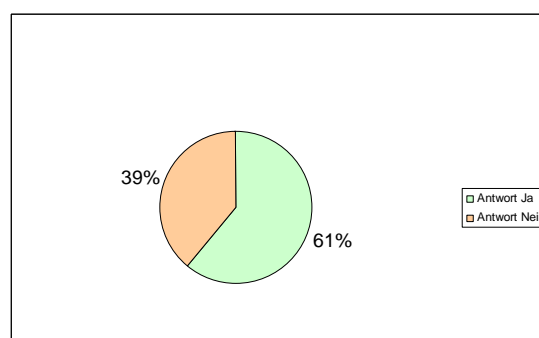
Antwort zur Frage D. Case Management

In diesem Kapitel werden Angaben zu den Case Manager, Care-Manager oder Fallmanager bei den Krankenversicherern erfasst. Sie werden nachfolgend als Case Manager bezeichnet. Bei der Auswertung wurden die fünf Taggeldkassen nicht berücksichtigt. Sie sind aber überprüft worden, ob sie Case Management anbieten, was bei vier Taggeldversicherern nicht der Fall ist und bei einem Taggeldversicherer, der Mitglied der Groupe Mutuel ist, nicht aus den Unterlagen hervorgeht.

Antwort zur Frage D.1

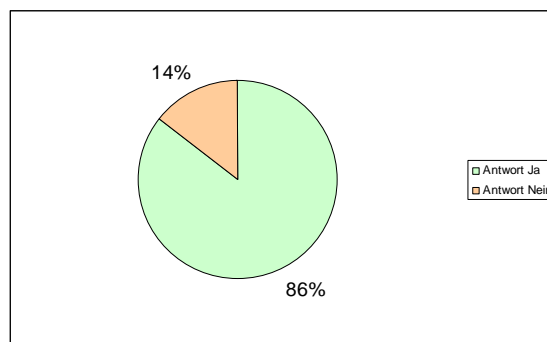
Haben Sie Case Manager, lautete die Frage an die Krankenversicherer. Ziel ist, eine Übersicht zu erhalten, wie viele soziale Krankenversicherer bereits Case Manager beschäftigen.

Darstellung D.1.A: Anteil der Kassen mit Case Managern (Ja) und ohne Case Managern (Nein)



53 Krankenversicherer von 88 Kassen bieten inzwischen Case Management an.

Darstellung D.1.B: Bevölkerungsanteil bei den Kassen, aufgeteilt in diejenigen, welche Case Management anbieten oder nicht.



Die 53 Kassen, welche Case Management anbieten, versichern 86 Prozent der Bevölkerung (6'408'086), diejenigen, welche diese Dienstleistung nicht anbieten, versichern 14 Prozent (1'070'341). Bei Letzteren handelt es sich in der Regel um kleinere Krankenversicherer.

Die Krankenversicherer, welche Case Management anbieten, können nochmals eingeteilt werden in Krankenversicherer, die einer Krankenversicherergruppe angehören oder ihr Case Management über ihren Rückversicherer RVK anbieten. Einschränkend muss bei dieser Zuordnung darauf hingewiesen werden, dass die Krankenversicherergruppen noch im Begriff der Entstehung sind oder bei einer Krankenversicherergruppe für die Projektgruppe noch nicht eindeutig zuordbar ist.

Fünf OKP-Krankenversicherer bieten Case Management an, sind aber nicht unter die Krankenversicherergruppen und nicht unter den RVK subsumiert worden. Bei allen Krankenversicherergruppen, sowie beim RVK, wird die Dienstleistung Case Management für sämtliche Krankenversicherer innerhalb der Krankenversicherergruppe, bzw. dem RVK, angeboten.

Antwort zur Frage D.2

Die Frage beinhaltet verschiedene Unterfragen, in denen die Krankenversicherer Angaben zu den Case Managern zu machen hatten.

Antwort zur Frage D.2.a

Ziel der Frage war, die Case Manager aus der Anonymität herauszuholen, dh. ihre Namen und ihre Anzahl zu erfassen. Die Case Manager sind vorwiegend bei Krankenversicherergruppen tätig oder beim RVK. Ihre Tätigkeit bei den Krankenversicherern ist uneinheitlich. Ausser bei den Krankenversicherergruppen und grösseren Krankenversicherern haben einige kleine Kassen angegeben, dass ihre Angestellten zugleich Case Manager seien. Diese können nicht in die allgemeine Erhebung einbezogen werden, weil keine Angaben zu den Namen und ihren Stellenprozent gemacht wurden. Auch diese kleinen Kassen sind im Rahmen von Lösungskonzepten zum Case Management zu berücksichtigen. Zudem muss bei der Auswertung berücksichtigt werden, dass Krankenversicherergruppen die Case Manager oft für alle Kassen nur einmal angegeben haben. In Bezug auf Stellenprozente ist somit keine stichhaltige Auswertung möglich.

Darstellung D.2.A:

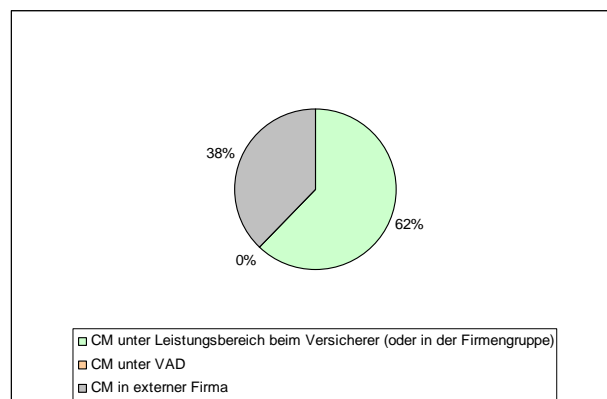
In die Auswertung wurden Case- und Care-Manager einbezogen. Nicht berücksichtigt wurde, für welche Versicherungsprodukte sie arbeiten. Aus den Namen der Case Manager geht sonst hervor, dass die Case Manager in der Regel nur innerhalb der Krankenversicherergruppe oder für den Rückversicherer tätig sind. Die Ausnahme bildet eine Krankenversicherergruppe, die angegeben hat, dass ihre Case Manager für fünf weitere Krankenversicherer tätig sind, die nicht Mitglied der Krankenversicherergruppe sind. Die 115.8 Stellen beziehen sich auf Vollzeitstellen, ein erheblicher Teil der Case Manager sind jedoch als Teilzeitangestellte tätig. Eine Krankenversicherergruppe hat sich geweigert, die Namen der Case Manager zu nennen, als Grund führt sie die Persönlichkeitsrechte ihrer Angestellten auf. Diese Argumentation wurde von der Projektgruppe nicht akzeptiert und dies wurde der Krankenversicherergruppe mitgeteilt.

Antwort zur Frage D.2.b

Ziel war, die organisatorische Einbindung der Case Manager zu erfahren.

Es wurde dafür eine prozentuale Erhebung der organisatorischen Eingliederung der Case Manager vorgenommen. Die Case Manager sind bei den Krankenversicherern organisatorisch unter das Leistungsmanagement eingegliedert. Dieses kann bei den Krankenversicherergruppen auch ein anderer OKP-Krankenversicherer sein oder eine andere Firma in der Krankenversicherergruppe. Bei der Auswertung zu dieser Frage wurde nicht berücksichtigt, ob der Krankenversicherer in einer Krankenversicherergruppe ist, sondern nur, wo seine Case Manager organisatorisch eingegliedert sind. Zudem wurde ausgewertet, ob Krankenversicherer beim Rückversicherer RVK das Case Management als Dienstleistung in Anspruch nehmen.

Darstellung D.2.B Ausgangspunkt sind alle 53 Krankenversicherer, die Case Management anbieten. Erfasst wird, wo die Case Manager bei den Krankenversicherern organisatorisch eingegliedert sind.

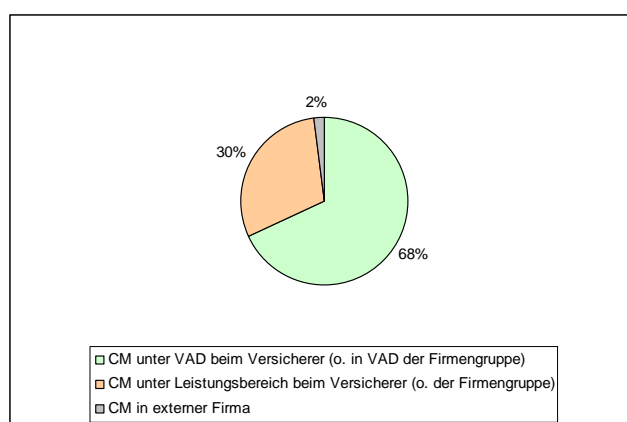


Bei 33 Kassen sind die Case Manager dem Leistungsbereich untergeordnet (62 %). Bei keiner Kasse sind die Case Manager dem Vertrauensärztlichen Dienst organisatorisch unterstellt. Von denjenigen Kassen, die ihre Case Manager als Dienstleistung bei einer externen Firma beziehen, nehmen 19 Kassen den Service beim Risk Services des Rückversicherers RVK in Anspruch und ein Krankenversicherer bei der Firma MECONEX (38 %).⁵

Antwort zur Frage D.2.c

Es wurde eine prozentuale Erhebung der fachlichen Unterstellung der Case Manager vorgenommen. Ziel der Auswertung war zu prüfen, ob der Vertrauensarzt die Case Manager fachlich unterstützt oder ob diese Aufgabe von Dritten wahrgenommen wird.

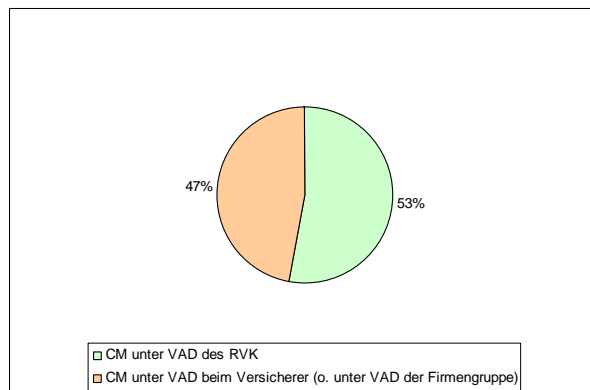
Darstellung D.2.c.A: Den Ausgangswert bilden die 53 Krankenversicherer, welche Case Manager haben. Erfasst wird, wem die Case Manager fachlich unterstellt sind.



Bei 16 Krankenversicherern sind die Case Manager der Leistungsabteilung fachlich unterstellt, bei 36 Krankenversicherern dem Vertrauensärztlichen Dienst. Darunter werden auch die Case Manager des Risk Services des Rückversicherers RVK gezählt, welche dem Vertrauensärztlichen Dienst des Partnerpool RVK fachlich unterstellt sind. Wem die Case Manager der Firma MECONEX fachlich unterstellt sind, ist vom Krankenversicherer nicht angegeben worden (2 %).

⁵ Die Website der Firma Meconex gibt als Versicherungspartner an: Atupri, Helsana Versicherungen AG, KPT, ÖKK KUV AG, sansan Versicherungen AG, Concordia, Kolping Krankenkasse AG, Moove Sympany, Progrès Versicherungen AG, Vivao Sympany, www.meconex.ch (Stand: 20.03.2008).

Darstellung D.2.c.B: Den Ausgangswert bilden die 36 Krankenversicherer, bei denen das Case Management fachlich dem Vertrauensärztlichen Dienst unterstellt ist (vgl. Darstellung 2.c.A).

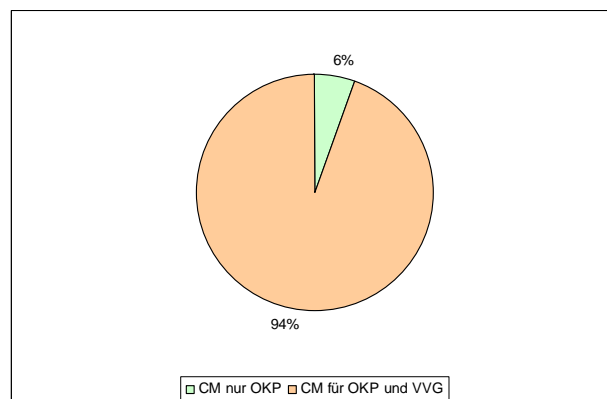


Diese Krankenversicherer werden unterteilt in 19 Krankenversicherer (53 %), wo der Case Manager dem Vertrauensärztlichen Dienst des RVK fachlich unterstellt ist und 17 Krankenversicherer, wo der Case Manager dem Vertrauensärztlichen Dienst des Krankenversicherers oder dem Vertrauensärztlichen Dienst innerhalb der Krankenversicherergruppe unterstellt ist (47 %).

Antwort zur Frage D.3

Die Krankenversicherer wurden gefragt, ob die Case Manager ausschliesslich für die OKP tätig sind. Ausgangswert sind diejenigen Krankenversicherer, die Case Management anbieten. Bei einigen Krankenversicherern musste nachgefragt werden; die Antworten zu D.3 wurden mit den Antworten zu D.4 überprüft und ergaben bei diesen Kassen inhaltliche Widersprüche.

Darstellung D.3: Tätigkeit der Case Manager für die OKP oder im VVG-Bereich.

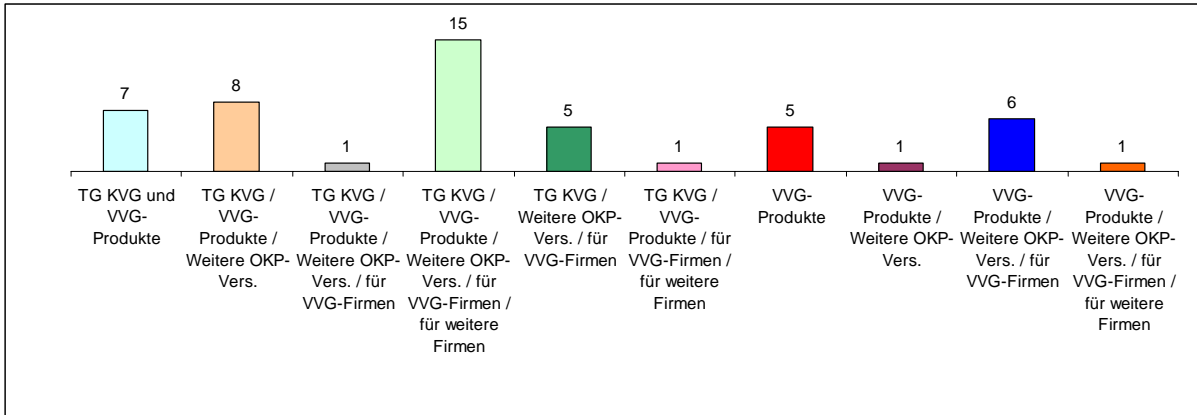


Die sechs Prozent Krankenversicherer (drei Kassen), welche Case Manager nur für die OKP einsetzen, bieten keine Zusatzversicherungsprodukte an. Es kann aber durchaus sein, dass sie diese Produkte vermitteln und die Zusatzversicherer dann Case Manager einsetzen.

Antwort zur Frage D.4

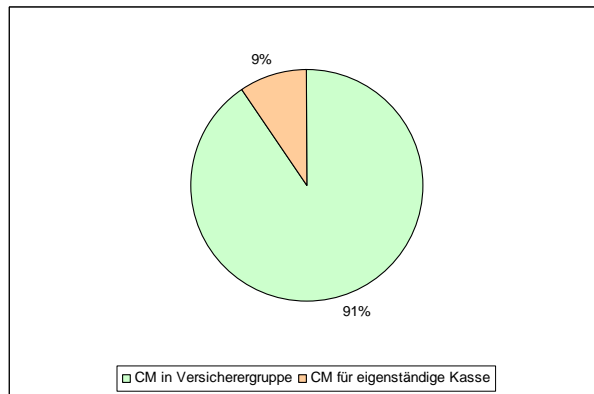
Ziel war, die Tätigkeit der Case Manager ausserhalb der OKP zu spezifizieren. Die Krankenversicherer hatten anzukreuzen, welche andere Tätigkeit die Case Manager neben der OKP wahrnehmen.

Darstellung D.4.A: Ausgangswert bilden die Case Manager derjenigen 50 Krankenversicherer, welche nicht ausschliesslich für die OKP arbeiten (Resultat aus D.3).



Aus dem Diagramm wird ersichtlich, im Rahmen welcher Versicherungsprodukte die Case Manager arbeiten. Zudem ist dargestellt, dass die Case Manager für weitere OKP-Krankenversicherer, VVG-Firmen und Firmen tätig sind.

Darstellung D.4.B: Eingliederung der CM bei Krankenversicherergruppen oder Kassen:



Den Ausgangswert bilden die 53 Krankenversicherer, welche Case Management anbieten. Die Case Manager arbeiten bei 48 Krankenversicherern, die in Krankenversicherergruppen eingegliedert sind und bei 5 Versichern, die (noch) eigenständig tätig sind, vgl. Diagramm D.1.c.

Antwort zur Frage D.5

Die Krankenversicherer hatten den Prozessablauf eines Case Managements, die Zusammenarbeit mit dem Vertrauensarzt und dem Leistungserbringer zu beschreiben sowie ein Muster der Einwilligungserklärung zum Case Management beizulegen. Aus den Antworten ergibt sich, dass die wenigsten Kassen (Krankenversicherergruppen) in der Lage oder bereit sind, den Prozessablauf detailliert darzustellen. Nur zwei Anbieter von Case Management bilden die Ausnahme. Gesamthaft lässt sich sagen, dass verschiedene Arten von Care oder Case Management in den Leistungsabteilungen der Krankenversicherern über die Jahre entstanden ist und die Grenze zwischen Care und Case Management fließend verläuft.

So vielfältig die Auslegung und die Begriffe sind, welche in der Umfrage unter Case Management subsumiert wurden, so vielfältig sind auch die Form und der Umfang der Einwilligungserklärungen bei den Krankenversicherern. Bei den grösseren Krankenversicherern erteilt die versicherte Person eine Vollmacht für den Austausch ihrer Gesundheitsdaten. Die involvierten Parteien werden ihrer Geheimnispflicht enthoben. Ausgenommen ist hier ein Grossversicherer, aus dessen Antworten nicht ersichtlich ist, ob die versicherte Person mit ihrer schriftlichen Einwilligung die rechtliche Grundlage für ein Care, bzw. Case Management gibt.

In der Einwilligungsklausel fehlt häufig die Ausstiegsklausel. Zudem ist oft nicht ersichtlich, in welchem Umfang die Vollmacht wirkt - ist sie nur für einen bestimmten Fall (Abrechnungsfall) gültig oder geht sie noch weiter. Aus Sicht der Projektgruppe sind die Einwilligungserklärungen in der Regel vage und unverständlich formuliert.

Antwort zur Frage D.6

Ziel der Auswertung ist zu prüfen, ob nur Berechtigte Zugriff auf die Personendaten über die Gesundheit bei den Krankenversicherern haben. Die Gretchenfrage, ob Case Manager innerhalb der OKP zur Datenbearbeitung nach KVG berechtigt sind, wurde bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

Anhand von Beispielen werden Problematiken bei den Krankenversicherern aufgezeigt, welche die Auswertungen erschwert haben:

Beispiel A: Die Antworten der Krankenversicherergruppe sind einheitlich, beziehen sich aber auf verschiedene Bereiche: Care Management, Case Management, Fallmanagement und Leistungsbereich (Secteur prestations).

Beispiel B: Zwei Krankenversicherergruppen verfügen über Care Management und Case Management. Aus den Antworten der Krankenversicherer geht nicht hervor, wie sich das Care Management vom Case Management unterscheidet (vgl. Analyse zu D.5).

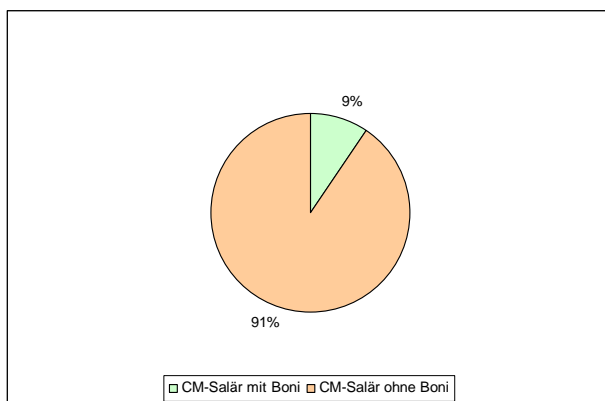
Beispiel C: Die Antworten einer Krankenversicherergruppe zur Archivierung und zum Zugriff beziehen sich auch auf den Leistungsbereich (Secteur prestations).

Aus den Unterlagen lässt sich zusammenfassend sagen: Die Care Management haben eigene Ablagen, die nicht im Vertrauensärztlichen Dienst untergebracht sind. Aufgrund der Antworten ist eher von einer breiten Zugriffsberechtigung auf die Ablagen auszugehen. Beim Case Management der Kassen werden die meisten Fällen nicht im Archiv des Vertrauensärztlichen Dienstes registriert, sondern die Case Management haben eigene Ablagen mit relativ breiten Zugriffsmöglichkeiten. Eine Krankenversicherergruppe ist als Spezialfall zu werten, weil ihre Archivierung sowie die Zugriffsberechtigungen als problematisch zu werten sind. Hinzu kommt, dass ihre Case Manager für fünf andere Krankenversicherer arbeiten, welche zum Teil angegeben haben, kein Case Management durchzuführen.

Antwort zur Frage D.7

Ist das Salär der Case Manger leistungs- bzw. erfolgsabhängig, lautet die Frage. Ziel ist, eine Übersicht zu gewinnen, inwieweit die Case Manager leistungs- oder erfolgsabhängig entlohnt werden.

Darstellung D.7: Übersicht über Verteilung von Erfolgsboni an Case Manager



Nur ein Krankenversicherer, der für seine gesamte Krankenversicherergruppe Case Management durchführt, hat angegeben, dass seine Case Manager Boni erhalten (9 %). Die restlichen Krankenversicherer zahlen ihren Case Managern keine Erfolgszulagen. Auch der RVK hat geantwortet, seine Case Manager würden keine Boni erhalten (91 %).

Antwort zur Frage E. Outsourcing

Ziel ist in diesem Kapitel, eine grobe Übersicht über die Arten von Auslagerungen von Tätigkeits- und Geschäftsbereichen der Krankenversicherer zu erhalten.

E.1.a – 1.b und 2.b

Die Fragen bezogen sich auf die von Dritten im Auftrag der Krankenversicherer ausgeführten Arbeiten sowie die dadurch mit anderen Unternehmen oder Versicherungen erzielten Synergien. Überdies war es das Ziel, beim Outsourcing den Datentransfer von sensiblen Personenangaben zur Weiterbearbeitung zu erfassen, die Datenschutznormen unterstehen.

Nach der Auswertung dieser Fragen, welche für 86 Krankenversicherer (E1a) bzw. 85 Krankenversicherer (E1b) bzw. 88 Krankenversicherer (E2b) beantwortet wurden, können folgende Schlüsse gezogen werden:

Vor allem die grossen Gruppen der Krankenversicherer haben sehr viele Arbeitsbereiche ausgelagert. Die im Auftrag von Dritten durchgeführten Aufgaben decken die ganze Bandbreite von anfallenden Tätigkeiten: vom Telefondienst über die Telefonberatung, von der Büroreinigung zur Aktenvernichtung, von der Herstellung der Versichertenkarte bis zur Digitalisierung von Papierrechnungen usw. Es wurden in den Antworten ausführliche Angaben aufgelistet.

Ein Hauptteil der an externe Firmen ausgelagerten Arbeiten betrifft die elektronische Datenverarbeitung, die Digitalisierung und die entsprechende Aufbereitung aller Datenbereiche. Die grossen Gruppen der Krankenversicherer sind mit der Digitalisierung der Patientendaten am weitesten fortgeschritten. Auch die Papier-Dossiers verlangten zwar früher nach Archivierung, die ganze Registrierung wie Aufbewahrung blieb dabei aber noch Sache der internen Mitarbeiter und erfolgte innerhalb der versicherungseigenen Bürogebäude. Ebenso war der Aktenlauf mit allen Sicherheitsanforderungen intern geregelt und überschaubar. Mit der Digitalisierung der Patientendossiers inklusive des ganzen Rechnungswesens hat sich eine neue hochkomplexe Organisation aufgedrängt. Vom Einscannen bis zur ganzen Zugriffsregelung (wer darf in welchem Stadium auf welche Dossiers zugreifen) sowie der digitalen Aufbewahrung musste alles neu durchdacht und geregelt werden. Die meisten grossen Krankenversicherer neigen daher heute dazu, nicht nur die Entwicklung der im Krankenversicherungsbe- reich benötigten Softwares durch externe Firmen entwickeln zu lassen, sondern beauftragen diese direkt mit der Datenbearbeitung. Patientendossiers werden nicht einmal mehr im "Mutterhaus" eingescannt. Die ganze Abwicklung der digitalisierten Abläufe im ausgelagerten Bereich der externen Softwarefirmen ermöglicht den Krankenversicherern zudem, die kosten- und zeitintensive Schulung von internen Mitarbeitern einzusparen. Die Verantwortung der korrekten Verarbeitung und digitalen Archivierung ist damit zu grossen Teilen an die Softwareunternehmen ausgelagert. Allein die Zugriffsrechte müssen noch kassenintern geregelt werden.

Was auf dem Wege des Outsourcens mit den Daten und ihrem Schutz geschieht, lässt doch einige Fragen aufkommen. Sind wirklich alle Beteiligten ausreichend bestrebt, die heiklen Patientendaten genügend zu schützen? In welchem Rahmen wird der ganze Datenfluss verschlüsselt abgewickelt? Wie werden Backups hergestellt und vor missbräuchlichen Zugriffen abgesichert? Es zeigt sich, dass die Aufsichtspflicht gegenüber den Krankenversicherern vermehrt auch auf die externen Firmen ausgelagert werden muss, wo diese mit zentralen Aufgaben der Krankenversicherer beauftragt sind. Im ganzen Zusammenhang stellt sich nicht nur die Frage nach Audits, welche der Qualitätsförderung des Datenschutzes dienen, sondern auch Zertifizierungsfragen drängen sich auf.

Bei den kleineren Krankenversicherern bleibt die Datenschutzsicherheit einigermaßen überschaubar. Die Auslagerung von spezifischen Aufgaben der Krankenversicherer erfolgt in weitaus geringerem Ausmass. Aber auch hier führt der Zusammenschluss der kleineren Krankenversicherer wie der entsprechende Einsatz im Verbund eines Partnerpools letztendlich zu ähnlichen Problemen.

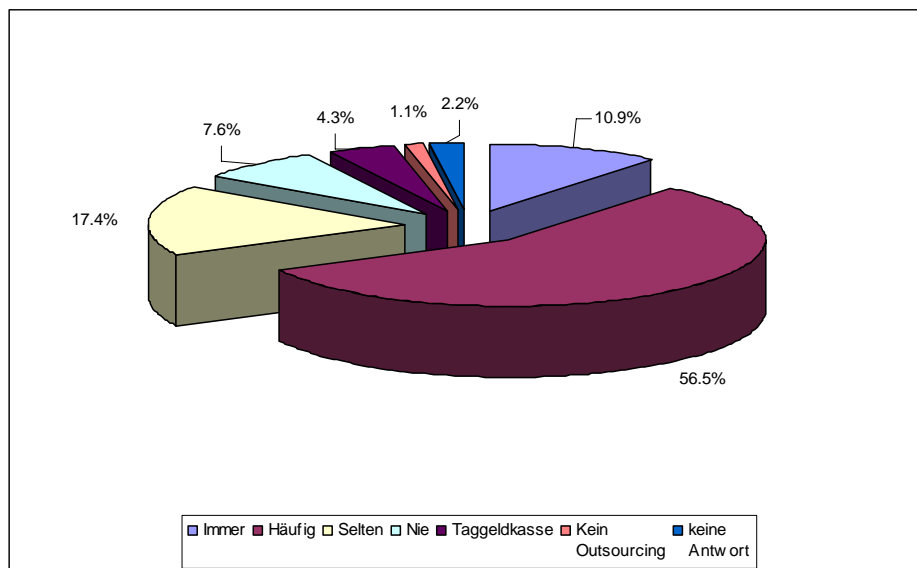
Was die Nutzung von Synergien zwischen den einzelnen Gesellschaften anbelangt, so beschränkt sich dies bei einigen grösseren Krankenversicherungsgruppen auf die Personenressourcen, die Nutzung der gemeinsamen Infrastruktur und den einheitlichen Marktauftritt. Bei anderen erfolgt die Durchführung von Aufgaben innerhalb der Gruppe gemeinsam.

Infolge Fehlens eines eigenen Vertrauensärztlichen Dienstes benutzen die kleineren Krankenversicherer gleichzeitig diverse Vertrauensärzte im Mandatsverhältnis. Ebenso lassen sie sich durch externe Juristen beraten und vertreten. Die Synergienutzung bewegt sich ansonsten fast ausschliesslich im Rahmen von Verbandsmitgliedschaften (santésuisse, SVK und RVK). Ausserhalb der grossen Gruppen beteiligen sich fast alle Krankenversicherer an der gemeinsamen und dadurch kostengünstigeren Entwicklung von Branchensoftwares. Teils erfolgt die Führung der EDV gemeinsam.

Antwort zur Frage E.3

Ziel ist, eine prozentuale Auswertung über die Informationspraxis der Krankenversicherer zu erhalten. Dafür wurden die Krankenversicherer angefragt, ob sie die bei ihnen versicherten Personen sowie Interessierte über die Outsourcing-Praxis ihres Unternehmens, beziehungsweise ihrer Versicherung informieren (vgl. ATSG 27 und die Weisung "Transparenz beim Marktauftritt, Informationspflicht für interessierte Personen und Mindestanforderungen an den Geschäftsbericht, 03/1"). Sie konnten auswählen zwischen: 1. immer, 2. häufig, 3. selten und 4. nie. Mit dieser Frage sollten die Krankenversicherer angeregt werden, sich mit ihrer Informationspflicht auseinandersetzen.

Darstellung E.3: So beurteilen die Krankenversicherer ihre Informationspraxis:



Zehn Krankenversicherer informieren immer ihre Versicherten. 52 Kassen informieren häufig ihre Versicherten. 16 Kassen informieren selten ihre Versicherten. sieben Kassen informieren nie ihre Versicherten. Eine Kasse hat kein Outsourcing angegeben und zwei Kassen und vier Taggeldversicherer haben diese Fragen nicht beantwortet. Die Antworten beruhen auf den Angaben der Krankenversicherer, es war auch nicht vorgesehen, sie zu überprüfen anhand ihrer Websites, Reglemente, Broschüren usw. Eine Auswertung wird nicht vorgenommen. Es ist zu bemerken, dass selbst grosse Krankenversicherer angegeben haben, ihre Versicherten nie zu informieren.

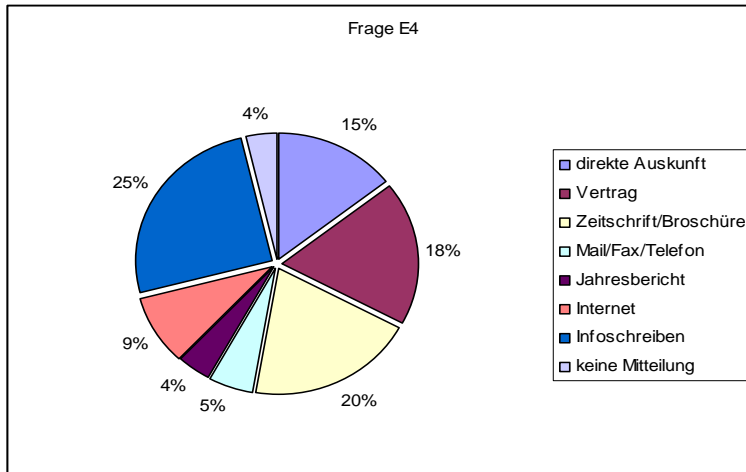
Antwort zur Frage E.4

Ziel zweier Fragen war es, eine Übersicht der Informationspraxis der Krankenversicherer zur Outsourcing-Praxis zu gewinnen. Dafür mussten die Krankenversicherer ihr Informationskonzept mit einer Quellenangabe beschreiben.

Ausgewertet wurden 65 Eingänge. Mehrheitlich wird nicht das Verfahren zur Information der Versicherten zur Outsourcing-Praxis beschrieben. Vielmehr wird auf Versicherungsbroschüren und allgemeine Vertragsbedingungen hingewiesen. Diese geben der versicherten Person in den wenigsten Fällen einen umfassenden Einblick in die Liste der Outsourcing-Partner gemäss den Angaben zu Frage E.1.

Information der Versicherten über die Outsourcing-Praxis:

Die Versicherten werden bei 18% der Kassen zur Zeit des Vertragsabschlusses, bei Vertrags- bzw. Prämienänderungen oder bei 15% der Kassen nach direkter Anfrage beim Krankenversicherer informiert. Fast die Hälfte der Kassen informiert mittels Infoschreiben, Zeitschriften, Jahresberichten und Broschüren. Die Information erfolgt sowohl via Email, Fax, Telefon und Webservices. Vier Prozent geben an die Versicherten nicht zu informieren.



Die Auswertung zeigt, dass die Krankenversicherer ohne erkennbares Informationskonzept eine umfangreiche Offenlegung ihrer Outsourcing-Praxis nicht erreichen.

Antwort zur Frage E.5:

Ziel war es zu prüfen, ob die Krankenversicherer die Anforderungen des Datenschutzes beim Outsourcing an Dritte verstehen. Sind genügend vertragliche Regelungen vorhanden?

51 Kassen haben die Frage E.5 beantwortet.

Bei 15 Krankenversicherern sind die beschriebenen Verfahren als gut zu bezeichnen. D.h. es bestehen Verträge, welche den Umfang des Outsourcing, die Datenschutzerfordernungen, die Konsequenzen bei Nichteinhaltung und das Kontrollverfahren der Kasse über die Einhaltung der Anforderungen beschreiben.

Bei 25 Kassen sind die Verfahren genügend. Das bedeutet, dass mind. eine Komponente fehlt. Dabei handelt es sich in der Regel um geeignete Kontrollverfahren zur Überprüfung der Einhaltung der Datenschutzerfordernungen durch den Krankenversicherer.

11 Kassen haben ungenügende Verfahren. Sie weisen mehrheitlich in Verträgen darauf hin, dass der Datenschutz gewährleistet sein muss.

Antwort zu Frage F. Datenschutzmanagement

Ziel dieses Kapitels ist eine Übersicht zu erhalten, ob die Krankenversicherer über ein Datenschutzkonzept verfügen und anhand von verschiedenen Themen einen vertieften Einblick in die Datenbearbeitung der Krankenversicherer zu erhalten.

Dieses Kapitel wurde von 9 Krankenversicherern nicht beantwortet. Dem wurde nicht weiter nachgegangen, da es sich um Betriebe handelt, die entweder nur als Taggeldkassen tätig sind, gerade neu gegründet wurden oder die Zusammenarbeit mit einem anderen Krankenversicherer planen. Diese Krankenversicherer werden in die Auswertung nicht mit einbezogen, so dass wir hier von einem Total von 85 Krankenversicherern ausgehen. Da in diesem Kapitel die Fragen z.T. nur in der Form von Stichworten gestellt wurden, die den Krankenversicherern viel Spielraum für Interpretationen offen liessen, sind nicht alle Fragen im gleichen Sinne beantwortet worden. Wo aus diesem Grund eine Auswertung nicht vorgenommen werden konnte, wird dies ausgewiesen.

Antwort zu den Fragen von F.1

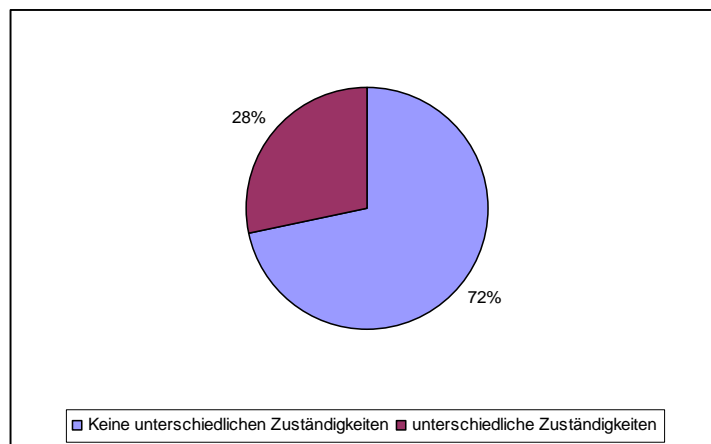
Die Krankenversicherer hatten die Organisation ihres Datenschutzes zu beschreiben. Insbesondere die Fragen nach dem Organigramm (F.1.a), den Zuständigkeiten (F.1.b), der Organisation (F.1.c), dem Datenfluss (F.1.f) und der Ausbildung (F.1.g) wurden unterschiedlich interpretiert und lassen sich hier nicht über alle Krankenversicherer auswerten. Die Frage nach der Stellung des Datenschutzes im Betrieb wurde aber unter F.2.b - Beschreibung der organisatorischen Unterstellung beantwortet und wird dort ausgewertet.

Antwort zur Frage F.1.a (Organigramm)

Die Frage wird nicht ausgewertet, da einzelne Krankenversicherer hier nur das Organigramm des Datenschutzes, andere das der ganzen Versicherung angegeben haben. Die Frage nach der Stellung des Datenschutzbeauftragten in der Organisation wurde unter F.2.b gestellt und wird dort ausgewertet.

Bei den beigelegten Firmenorganigrammen lässt sich aber feststellen, dass der Datenschutz resp. der Datenschutzbeauftragte häufig nicht als eigenständige Organisations- oder Funktionsbezeichnung erwähnt wird, was auf eine eher untergeordnete Rolle im Betrieb hindeutet.

Antwort zur Frage F.1.b (Zuständigkeiten für die verschiedenen Bereiche):



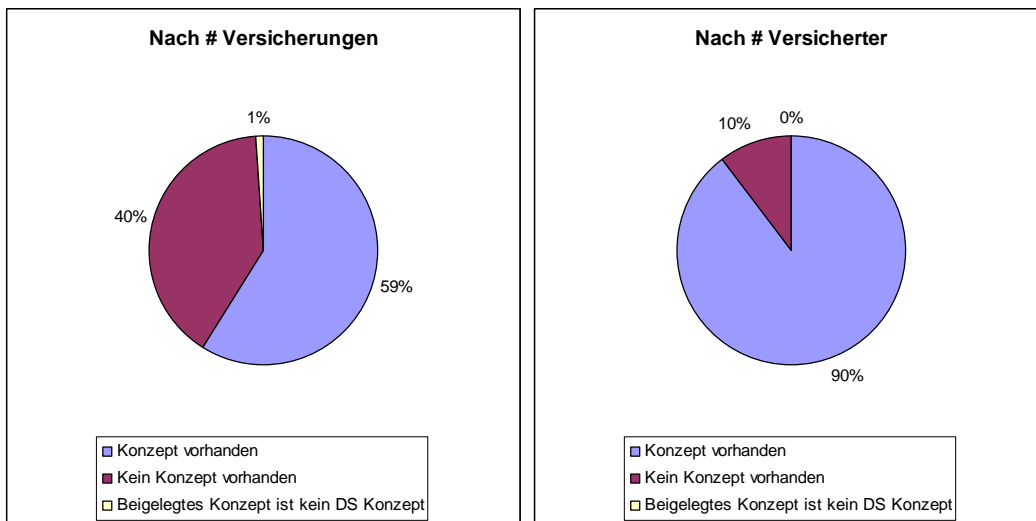
Unterschiedliche Zuständigkeiten im Datenschutz kennen gut 28% der Krankenversicherer. Es sind dies naturgemäss die grossen Betriebe mit einer eigenen Datenschutzorganisation. Bei gut 70% der Krankenversicherer werden Zuständigkeiten nicht unterschieden, dies entweder, weil der Datenschutzbeauftragte im Betrieb nicht durch eine Organisation unterstützt wird, die Rolle gar nicht wahr genommen wird (vgl. F.2.a) oder aber der Betrieb grundsätzlich alle Datenschutzfragen an eine Stelle delegiert hat, die dann für alle Fachbereiche zuständig ist. Die Frage wird nicht weiter ausgewertet, da aus den Antworten nicht hervorgeht, wie weit der Datenschutzbeauftragte in den verschiedenen Bereichen (UVG, VVG, OKP, Taggeld) auch unterschiedliche Datenschutzstandards anwendet. Alleine die Existenz von unterschiedlichen Zuständigkeiten sagt noch nichts darüber aus, wie diese wahrgenommen werden.

Antwort zur Frage F.1.c (Organisation)

Die Frage wird nicht ausgewertet, da einzelne Krankenversicherer hier nur die Organisation des Datenschutzes, andere die der ganzen Versicherung angegeben haben. Die Frage nach der Stellung des Datenschutzbeauftragten in der Organisation wurde unter F.2.b gestellt und wird dort ausgewertet.

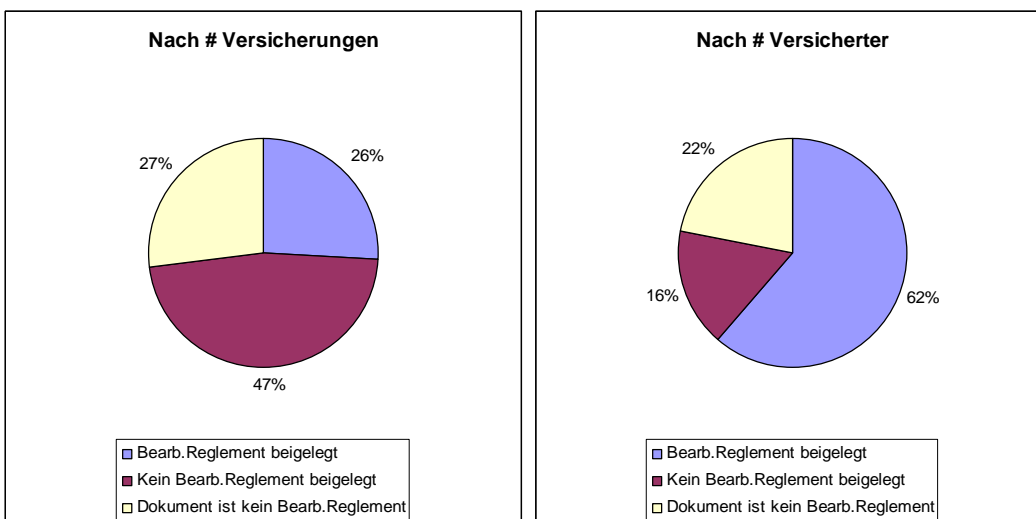
Bei den beschriebenen Datenschutzorganisationen lässt sich feststellen, dass bei den grösseren Krankenversicherern der Datenschutz häufig durch eine Gruppe mit Vertretern aus den einzelnen Bereichen unter der Leitung des Datenschutzbeauftragten sichergestellt wird. Dies sorgt für eine Verankerung des Datenschutzes im ganzen Betrieb (das Wissen über die Abläufe in den einzelnen Einheiten ist gesichert und die Mitarbeitenden haben nahe Ansprechpersonen).

Antwort zur Frage F.1.d (Konzept)



Ausgewertet wurde, ob ein eigenständiges Datenschutzkonzept vorliegt resp. ob im Datenschutz nach einem Konzept vorgegangen wird. Ein Krankenversicherer hat ein Dokument beigelegt, das als Datensicherheitsanalyse resp. –Massnahmenplan zu interpretieren ist, aber nichts über das Konzept im Datenschutz aussagt. drei Krankenversicherer planen die Erstellung eines Datenschutzkonzeptes bis Ende 2008 resp. für die Zertifizierung nach goodpriv@cy. Das Datenschutzkonzept ist häufig Teil der QS-Organisation des Krankenversicherers. Zwei Krankenversicherer geben an, dass sie ihren Datenschutz durch Aufträge an das interne Audit ihrer Krankenversicherergruppe sicherstellen. Einzelne kleine Krankenversicherer verweisen hier auf das Datenschutzkonzept der santésuisse, die meisten Kleinkassen verfügen aber über kein eigenständiges Datenschutzkonzept.

Antwort zur Frage F.1.e (Bearbeitungsreglemente)



Ausgewertet wurde, ob für die schützenswerten Personendatensammlungen eigenständige Bearbeitungsreglemente vorliegen. Nach Art. 11 der Verordnung vom 14. Juni 1993 zum Bundesgesetz über den Datenschutz (VDSG)⁶ gibt ein Bearbeitungsreglement Auskunft über die interne Organisation sowie das Datenbearbeitungs- und Kontrollverfahren und enthält die Unterlagen über die Planung, Realisierung und den Betrieb der einzelnen Datensammlung und der zugehörigen Informatikmittel. Ein Bearbeitungsreglement bezieht sich immer auf eine konkrete Datensammlung. Reglemente, die z.B. dem Personal verbieten, Daten der Angehörigen zu bearbeiten oder nur die allgemeinen Vorgaben zum Datenschutz und zur Datensicherheit im Betrieb beschreiben, können nicht als Bearbeitungsreglemente eingestuft werden. Das Bearbeitungsreglement ist die Grundlage, damit der Datenschutz in Bezug auf eine Datensammlung operativ überhaupt wahrgenommen werden kann. Nur knapp 26% der Krankenversicherer verfügen aber über konkrete Bearbeitungsreglemente, 27% der Krankenversicherer wissen nicht, was ein Bearbeitungsreglement nach VDSG ist.

Anhand der Antworten zu dieser Frage liessen sich auch die Antworten zur Frage F.1.g. (Ausbildung) bewerten. Wo statt einem Bearbeitungsreglement ein allgemeines Datenschutzkonzept oder ein Auszug aus dem Personalreglement beigelegt wurde, ist die Ausbildung des Datenschutzbeauftragten nicht ausreichend für seine Funktion.

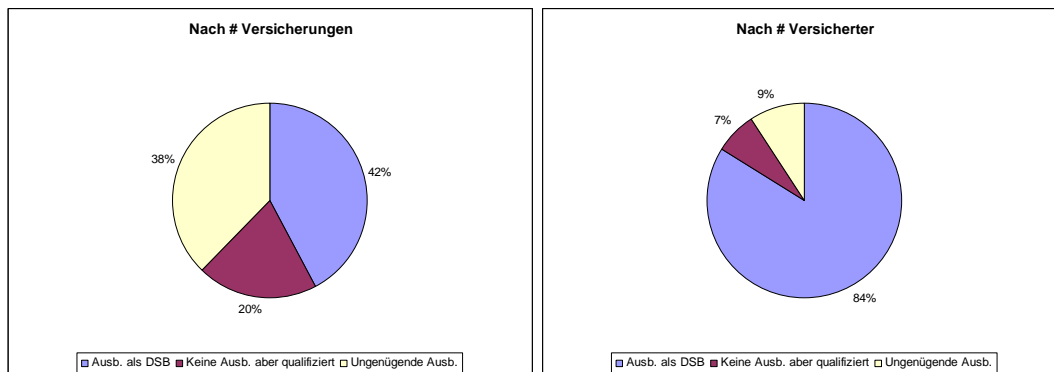
Es fällt auf, dass eine grosse Krankenversicherergruppe keine Bearbeitungsreglemente, sondern nur das Mitarbeiterreglement beigelegt hat. Eine Kleinkasse gibt an, auf das vom Verwaltungsrat bei der santésuisse in Auftrag gegebene Musterbearbeitungsreglement zu warten. Eine Kasse, die ein sehr gutes, umfassendes Bearbeitungsreglement beigelegt hat, gibt an, dass dieses Bearbeitungsreglement seit einiger Zeit in Bearbeitung sei, um den Ansprüchen des Datenschutzbeauftragten des Fürstentums Liechtenstein zu genügen.

Antwort zur Frage F.1.f (Datenfluss)

Die Frage wird nicht ausgewertet, da sie von den Krankenversicherern sehr unterschiedlich interpretiert wurde. Nur vereinzelt wurden konkrete Angaben zum allgemeinen Datenfluss innerhalb des Betriebes gemacht.

⁶ SR 235.11

Antwort zur Frage F.1.g (Ausbildung):



Obschon auch diese Frage z.T. missverstanden wurde, konnte sie ausgewertet werden. Viele Krankenversicherer haben hier angegeben, wie sie ihre Mitarbeitenden intern im Bereich des Datenschutzes schulen resp. weiterbilden. Die Frage zielte aber auf die Ausbildung des Datenschutzbeauftragten. Anhand der Antworten zu den anderen Fragen in diesem Kapitel konnte diese Information abgeleitet werden. Es ist festzuhalten, dass die Ausbildung des Datenschutzbeauftragten nicht unbedingt von der Grösse der Kasse abhängig ist. Einzelne Kleinkassen haben gute bis sehr gute Bearbeitungsreglemente beigelegt, dagegen gibt es eine grosse Krankenversicherergruppe, die unter einem Bearbeitungsreglement ein Personalreglement versteht. Alle Antworten, wo für den Datenschutzbeauftragten keine spezifischen Datenschutz-Ausbildungen angegeben wurden, aus der allgemeinen Ausbildung des Datenschutzbeauftragten resp. aus den vorherigen Antworten aber eine genügende Ausbildung abgeleitet werden konnte, wurden unter 'keine Datenschutz-Ausbildung aber qualifiziert' erfasst. Bei 32 Krankenversicherern muss festgehalten werden, dass entweder die Rolle des Datenschutzbeauftragten nicht besetzt ist oder der Rolleninhaber über eine ungenügende Ausbildung in seinem Bereich verfügt. Es betrifft dies leider nicht nur Kleinkassen.

Antwort zur Frage F.1.h (Datenmanagement als Unfallversicherer nach UVG)

Die Frage wird hier nicht ausgewertet, da Krankenversicherer sich hier als Unfallversicherer nach UVG eingestuft haben, auch wenn sie nur als Vermittler tätig sind oder die subsidiäre Unfalldeckung im Rahmen der Grundversicherung anbieten (vgl. Art 1a Abs. 2 Bst. b KVG).

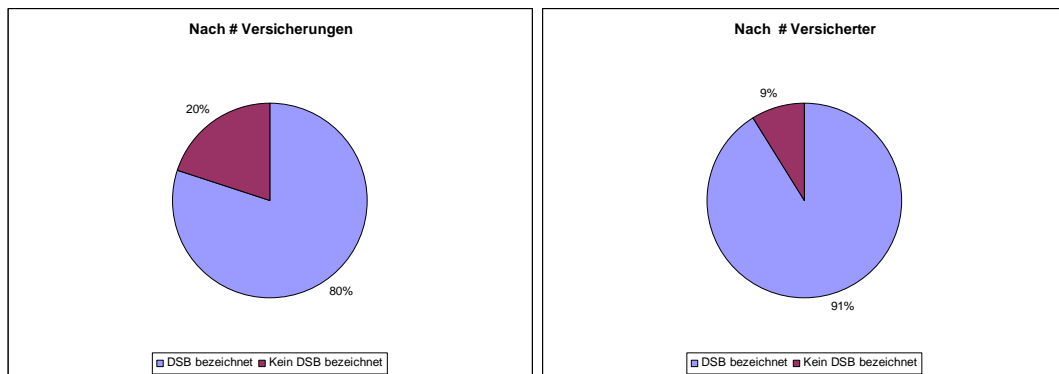
Antwort zur Frage F.1.i (weitere Angaben)

Weitere Angaben wurden kaum gemacht.

Antwort zu Fragen F.2

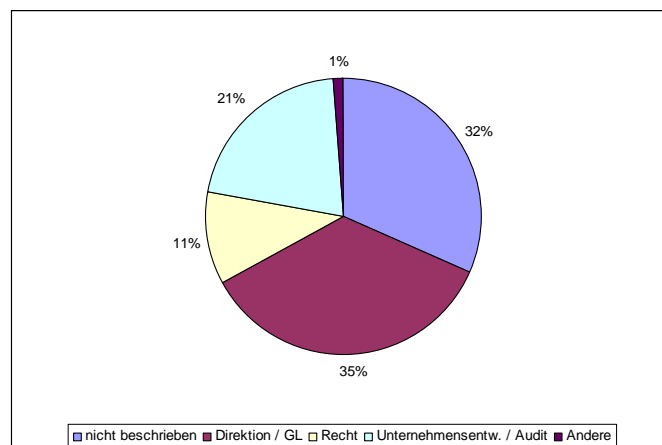
Unter diesem Abschnitt wurden konkrete Fragen zum Datenschutzbeauftragten gestellt. Es gilt zur Auslagerung der Verwaltungsaufgaben, was schon in der Einleitung zu diesem Bericht festgehalten wurde.

Antwort zur Frage F.2.a (Name und Funktionsbezeichnung):



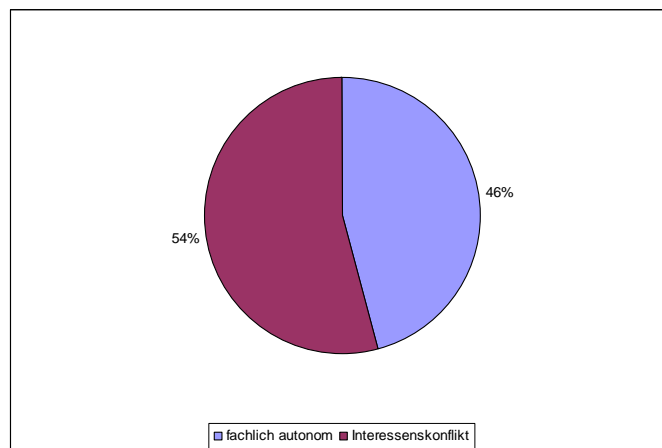
Mit Ausnahme von 2 Gruppen haben alle Krankenversicherer mit mehreren Töchtern ihren Datenschutz zentralisiert und für alle Betriebe denselben Datenschutzbeauftragten angegeben. Eine Krankenversicherergruppe hat gar keinen Datenschutzbeauftragten bezeichnet und nur eine Gruppe führt korrekt einen Datenschutzbeauftragten je Tochterfirma. Die Kassen ohne Datenschutzbeauftragten haben diese Funktion nicht besetzt. Wo angegeben wurde, dass der Geschäftsführer diese Rolle wahrnimmt, wurde die Rolle als besetzt erfasst.

Antwort zur Frage F.2.b (Beschreibung der organisatorischen Unterstellung):



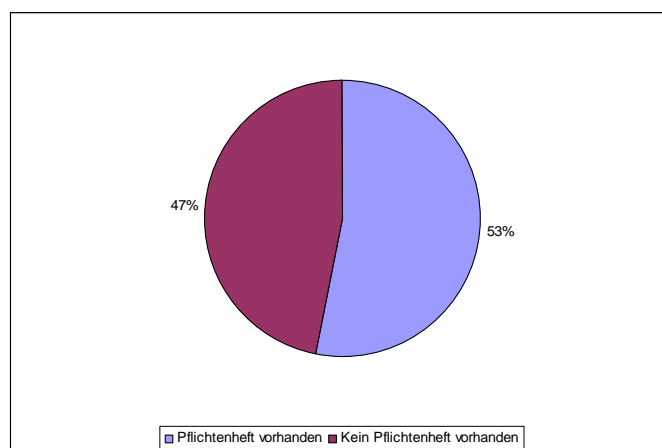
Organisatorisch ist der Datenschutz bei den grösseren Versicherungen im Recht oder bei der internen Unternehmensentwicklung resp. im Audit angesiedelt. Vor allem die kleineren Kassen haben die Rolle mit einem Direktionsmitglied besetzt. Bei einer grösseren Kasse ist der Datenschutz dem Bereich Finanzen und Services zugeordnet.

Antwort zur Frage F.2.c (Beschreibung der fachlichen Unterstellung):



Bei den grösseren Kassen ist die Autonomie des Datenschutzbeauftragten durchwegs sichergestellt. Auch wenn er organisatorisch einem Bereich unterstellt ist, rapportiert er zuhanden der Direktion. Wo, wie das bei kleinen Kassen üblich ist, der Geschäftsführer die Rolle des Datenschutzbeauftragten besetzt, steht der Rolleninhaber in einem Interessenskonflikt. Es ist festzuhalten, dass 46 Kassen resp. mehr als 54% so die Autonomie des Datenschutzbeauftragten nicht garantieren können oder die Rolle nicht besetzt haben.

Antwort zur Frage F.2.d (Pflichtenheft):

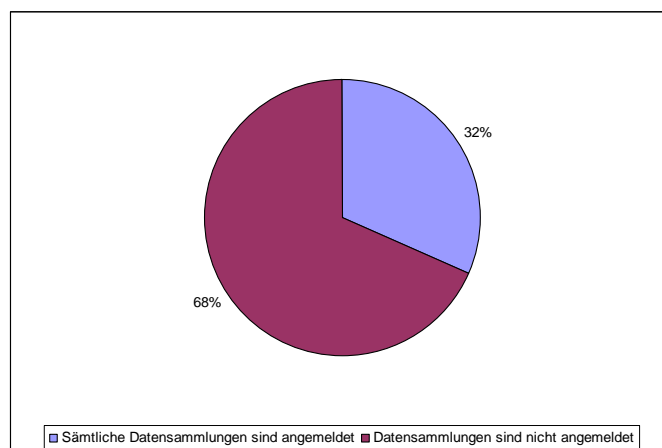


Bei 40 Krankenversicherern verfügt der Datenschutzbeauftragte nicht über ein schriftliches Pflichtenheft zu seiner Rolle. Der Verweis auf Art 11a Abs. 5 lit. e des DSG bei der Antwort durch eine grosse Versicherung kann nicht als Pflichtenheft interpretiert werden, in diesem Artikel werden die operativen Aufgaben und Zuständigkeiten im Betrieb nicht beschrieben, sondern nur festgehalten, dass ein Betrieb seine Datensammlungen nicht anmelden muss, falls er *"einen Datenschutzverantwortlichen bezeichnet hat, der unabhängig die betriebsinterne Einhaltung der Datenschutzvorschriften überwacht und ein Verzeichnis der Datensammlungen führt"*.

Antwort zur Frage F.2.e (Welche zusätzlichen Aufgaben nimmt der Datenschutzbeauftragte sonst noch wahr?)

Die Frage wird hier nicht ausgewertet. Nur bei einer Kassengruppe besetzt der Datenschutzbeauftragte eine Vollzeitstelle. Je nach Grösse der Kasse und organisatorischer Unterstellung des Datenschutzbeauftragten (vgl. F.2.b) übernimmt er weitere Aufgaben.

Antwort zur Frage F.3 (Haben Sie sämtliche Datensammlungen beim EDÖB angemeldet):



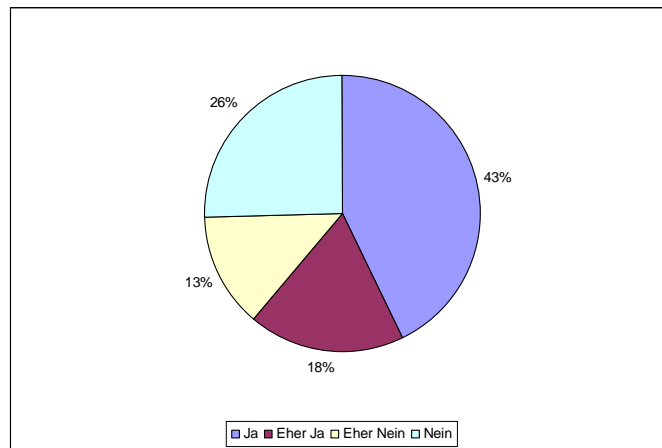
Der zuständige Sachbearbeiter des EDÖB hat zwischen dem 16. und 17. August 2006 für Frau Prieur (ehemalige Projektleiterin) von sämtlichen sozialen Krankenversicherern nach Artikel 12 KVG Auszüge ihrer Registrierung gemacht. Diese wurden am 22. August 2006 daraufhin untersucht, ob:

- es sich um einen der 87 anerkannten Krankenversicherer handelt und
- ob die Einträge im Register mit den Einträgen aus dem Handelsregister übereinstimmen.

Das Ergebnis: 53 Einträge waren beim EDÖB vorhanden. Davon waren 37 anerkannte Krankenversicherer nach KVG. Unter diesen 37 Krankenversicherern befanden sich 20 Krankenversicherer, die seit langem eine andere Adresse oder einen anderen Namen hatten oder gelöscht wurden. Lediglich bei 17 von 87 Krankenversicherern waren Adresse und Name korrekt.

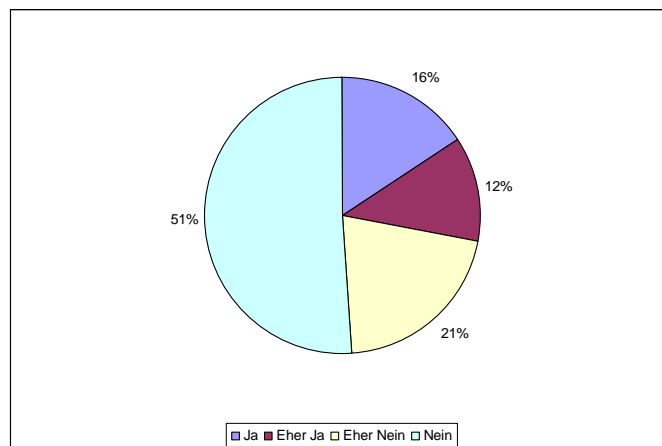
Im Laufe des Sommers 2008 wird das Register vom EDÖB im Internet publiziert und die Anmeldungen können von den Inhabern der Datensammlung selbst online gemacht werden.

Antwort zur Frage F.4 (Haben Sie vor künftig Datenschutz-Audits durchzuführen?):



Es lässt sich festhalten, dass die Krankenversicherer für die Datenschutzproblematik sensibilisiert sind. Eine klare Mehrheit ist bereit, sich einem Datenschutz-Audit zu unterziehen. Diese Bereitschaft ist nicht von der Grösse der Kasse abhängig.

Antwort zur Frage F.5 (Planen Sie sich einer Datenschutzzertifizierung zu unterziehen?)



Einzelne Krankenversicherer haben angegeben, sich einer Zertifizierung nach goodpriv@cy unterziehen zu wollen, eine Datenschutzzertifizierung wird aber deutlich weniger akzeptiert als ein Audit. Auch hier ist die Bereitschaft nicht von der Grösse der Kasse abhängig.

G. Bemerkungen

20 Krankenversicherer haben Bemerkungen angekreuzt, davon 18 auch Bemerkungen eingetragen. Der Fragebogen wurde von den Krankenversicherern einer Krankenversicherergruppe als praxisfremd tituiert. Sechs Kleinkassen haben den Aufwand zur Beantwortung als hohe Belastung gefunden und die Fragen teilweise als unklar empfunden. Zwei Krankenversicherer wiesen darauf hin, dass sie sich von goodpriv@cy zertifizieren lassen. Drei Krankenversicherer haben geschrieben, dass sie sich mit anderen Krankenversicherern zusammengeschlossen haben oder zusammenschliessen wollen. Ein Krankenversicherer hat bemängelt, dass keine elektronische Mustervorlage bereit gestellt wurde, ein anderer, dass es kein elektronisches Erhebungsformular gegeben hätte. Hier muss angefügt werden, dass auf dem Fragebogen stand, dass dieser auch elektronisch erhältlich ist. Davon hat ein erheblicher Teil der Krankenversicherer auch Gebrauch gemacht. Ein Krankenversicherer machte auf ein kürzlich bei ihm durchgeführtes Audit aufmerksam. Ein Krankenversicherer wies darauf hin, dass er optimalen Kundenservice anbieten würde, weil er die Versicherungen nach KVG, UVG und die Krankenzusatzversicherungen nach VVG alle in der gleichen Gesellschaft hätte. Ein Krankenversicherer versicherte, dass Datenschutz ihm ein grosses Anliegen sei, ein Krankenversicherer empfand die Erhebung als Übung, die zum sicheren Tod kleiner Kassen führen würde, obwohl sich das Schweizervolk für die Vielfalt der Kassen ausgesprochen habe. Zudem seien die Grossen in der Einhaltung des Datenschutzes gewaltig mehr durchlöchert.

Fragen zur Organisation und zum Datenschutz

A. Fragen zur Organisation

1. Geben Sie uns bitte Name, BAG-Zulassungsnummer und Adresse an sowie eine Kontaktperson für allgemeine Rückfragen (mit Telefonnummer und E-Mailadresse).

2. In welchen Bereichen ist Ihre Versicherung ausserhalb des KVG zusätzlich tätig (Krankenzusatzversicherung, anerkannter Unfallversicherer nach UVG etc.)?

B. Wirtschaftlichkeitskontrolle

1. Welche Kriterien wenden Sie zur Wirtschaftlichkeitskontrolle an (Diagnosen, Beträge)? Geben Sie uns bitte die internen Vorschriften und die Bezeichnung und Hersteller der verwendeten Computerprogramme von 2006 und 2007 an, die Sie verwenden für:

a. die Rechnungskontrolle vor der Leistungserfassung

b. die Dateneingabe während der Leistungserfassung

c. die Nachkontrollen

2. Welche Daten werden in welcher Phase der Wirtschaftlichkeitskontrolle bearbeitet?

a. bei der Rechnungskontrolle vor der Leistungserfassung

b. bei der Dateneingabe während der Leistungserfassung

c. bei Nachkontrollen

3. Wie viele Rechnungen und welcher Art (Kostengruppe) haben Sie 2006 bearbeitet?

4. Wie viele Rechnungen und welcher Art (Kostengruppe) haben Sie 2006 überprüft?

Automatisiert (bitte absolut und prozentual zur Gesamtmenge der Rechnungen angeben)

Manuell (bitte absolut und prozentual zur Gesamtmenge der Rechnungen und prozentual zur Gesamtmenge der überprüften Rechnungen angeben)

5. Mit welchen Prüfungsrichtlinien überprüfen Sie diese Rechnungen zu welchem Zweck?

6. Wer nimmt diese Überprüfungen vor?

- interne Revision: Name der verantwortlichen Person/en

- externe Revision: Name der verantwortlichen Firma

C. Vertrauensärztlicher Dienst

1. Haben Sie einen Vertrauensarzt oder mehrere Vertrauensärzte?

- einen Vertrauensarzt
 mehrere Vertrauensärzte
 keinen Vertrauensarzt

2. Liefern Sie uns bitte zum Vertrauensärztlichen Dienst (nachfolgend VAD) folgende Angaben:

a. die Namen der Vertrauensärzte mit Stellenprozenten

b. die Namen des Hilfspersonals mit Stellenprozenten

c. Beschreibung der organisatorischen Eingliederung

d. Beschreibung der fachlichen Unterstellung

3. Ist der Vertrauensarzt (oder die Vertrauensärzte) auch für die Krankenzusatzversicherungen tätig?

- ja
 nein

4. Führt der Vertrauensarzt (oder die Vertrauensärzte) zusätzlich eine eigene Praxis?

- ja
- nein

5. Arbeitet der Vertrauensarzt (oder die Vertrauensärzte) auch für andere Krankenversicherer, Privatversicherer, usw.?

- wenn ja, Namen angeben

- nein

6. Wer stellt bei Ihnen das Hilfspersonal für den VAD ein?

- Vertrauensarzt
- andere Person, Namen und Funktion angeben

7. Wer leitet in Ihrem Betrieb das Hilfspersonal des VAD administrativ?

- Vertrauensarzt
- andere Person, Namen und Funktion angeben

8. Wer leitet in Ihrem Betrieb das Hilfspersonal des VAD fachlich?

- Vertrauensarzt
- andere Person, Name und Funktion angeben

9. Nimmt der Vertrauensarzt (die Vertrauensärzte) noch weitere bisher nicht aufgeführte Tätigkeiten wahr?

- ja, bitte beschreiben

- nein

10. Beschreiben Sie bitte die Infrastruktur des VAD anhand folgender Fragen.

a. Wo legt der Vertrauensarzt seine Unterlagen ab?

b. Wie erhält er die Post?

c. Wie sind seine Räumlichkeit und seine elektronischen Daten vom übrigen Betrieb getrennt?

d. Wer darf seine Post (auch auf elektronischem Wege) öffnen?

e. Wie und wo werden die Dossiers vom Vertrauensarzt archiviert, wer hat darauf Zugriff?

11. Können Sie sich eine totale Ausgliederung Ihres VAD in einen zentralen VAD vorstellen, der allen Versicherungen im KVG-Bereich total zur Verfügung stünde („einheitlicher von den einzelnen Versicherungen unabhängiger VAD“)?

- ja
- eher ja
- eher nein
- nein

D. Case Management

1. „Case Manager, Care-Manager oder Fallmanager“ werden nachfolgend als Case Manager bezeichnet. Haben Sie Case Manager?

- ja
- nein

2. Liefern Sie uns bitte zu den Case Managern folgende Angaben:

a. die Namen mit Stellenprozenten

b. Beschreibung der organisatorischen Eingliederung

c. Beschreibung der fachlichen Unterstellung

3. Sind die Case Manager ausschliesslich für die obligatorische Krankenpflegeversicherung tätig?

- ja
- nein

4. Kreuzen Sie bitte an, welche anderen Tätigkeiten die Case Manager durchführen, namentlich für:

- Taggeldversicherungen nach KVG
- Krankenzusatzversicherungen nach VVG
- weitere OKP-Versicherer (auch innerhalb einer Holding, bzw. eines Konzerns)
- für Krankenzusatzversicherer nach VVG (auch innerhalb einer Holding, bzw. eines Konzerns)
- für weitere Unternehmen: Liste aller Firmen beilegen

5. Beschreiben Sie den Prozessablauf eines Case Managements, die Zusammenarbeit mit dem VAD und den Leistungserbringern und legen Sie das Muster der Einwilligungserklärung der versicherten Personen bei.

6. Wie und wo werden die Dossiers der Case Manager archiviert und wer hat darauf Zugriff?

7. Ist das Salär des CM leistungs- bzw. erfolgsabhängig?

- Ja, dann bitte Leistungsreglement beilegen
- Nein

E. Outsourcing

1. Welche Tätigkeits- und Geschäftsbereiche haben Sie ausgelagert, das heisst konkret:

a. welche Arten von Arbeiten werden in Ihrem Auftrag von Dritten ausgeführt?

b. welche Synergien nutzen Sie mit anderen Unternehmen oder Versicherungen (externe und/oder interne)?

2. Welches dieser ausgelagerten Unternehmen erhält von Ihnen Personendaten der Versicherten und zu welchem Zweck (Auflistung aller Firmennamen, auch innerhalb der Unternehmensgruppe)?

3. Informieren Sie Ihre versicherten Personen sowie Interessierte über die Outsourcing-Praxis Ihres Unternehmens resp. Ihrer Versicherung?

- immer
- häufig
- selten
- nie

4. Beschreiben Sie das Informationskonzept mit Angaben von Quellen wie Schreiben an die betroffenen Versicherten, Reglemente, Internet, Broschüren usw.:

a. im konkreten Einzelfall und

b. im Allgemeinen

5. Welche Gewähr besteht dafür, dass Dritte in Erfüllung der ausgelagerten Arbeiten die gesetzlichen Vorgaben sowie Ihre internen Datenschutzrichtlinien einhalten (Aufsichts- und Kontrollmöglichkeiten, Vertragsbeispiel beilegen)?

F. Datenschutzmanagement

1. Beschreiben Sie anhand folgender Angaben, wie Sie Ihren Datenschutz organisiert haben:

a. Organigramm (beilegen)

b. Zuständigkeiten für die verschiedenen Bereiche

c. Organisation

d. Konzept

e. Bearbeitungsreglemente (bitte ein Beispiel beilegen)

f. Datenfluss

g. Ausbildung

h. Datenmanagement als Unfallversicherer nach UVG

- i. weitere Angaben

2. Teilen Sie bitte folgende Angaben zum Datenschutzbeauftragten mit:

- a. Name und Funktionsbezeichnung

- b. Beschreibung der organisatorischen Unterstellung

- c. Beschreibung der fachlichen Unterstellung

- d. Pflichtenheft (beilegen)

- e. Welche zusätzlichen Aufgaben nimmt der Datenschutzbeauftragte sonst noch wahr?

3. Haben Sie sämtliche Datensammlungen beim eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten angemeldet?

- ja
 nein

4. Haben Sie vor, künftig regelmässig Datenschutz-Audits durchzuführen?

- ja
 eher ja
 eher nein
 nein

5. Planen Sie, sich mit dem revidierten Bundesgesetz über den Datenschutz einer Datenschutzzertifizierung zu unterziehen?

- ja
 eher ja

- eher nein
- nein

G. Bemerkungen

Haben Sie zum Fragebogen Anregungen, Bemerkungen, Zusatzinformationen?

- ja, bitte schreiben

- nein

Hiermit bestätigt eine im Handelsregister als zeichnungsberechtigt eingetragene Person des Krankenversicherers, dass alle Fragen wahrheitsgemäss beantwortet wurden.

Ort und Datum:

Unterschrift:

Herzlichen Dank. Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen bis zum 15. Februar 2008 (Frist) an: John Bessire, Bundesamt für Gesundheit, Kranken- und Unfallversicherung, 3003 Bern. Er und Frau Yvonne Prieur stehen Ihnen für Fragen zur Verfügung: 031 32370 63 und 324 07 44.