



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Das System „Versichertenkarte“

1. April 2008

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Begriffsklärung	4
3	Rechtliche Grundlagen	6
4	Ziele der Versichertenkarte	9
5	Die Anwendungen der Versichertenkarte	10
5.1	Einleitung.....	10
5.2	Anwendung „Ausgabe der Versichertenkarte“.....	13
5.3	Anwendung „Übernahme administrativer Daten von Hand“	15
5.4	Anwendung „Elektronische Übernahme administrativer Daten“	17
5.5	Anwendung „Online-Verfahren“	18
5.6	Anwendung „Speichern von persönlichen Daten“	21
5.7	Anwendung „Lesen von persönlichen Daten“	25
5.8	Anwendung „Verwendung der persönlichen Daten im Notfall“	26
5.9	Anwendung „Persönliche Daten beim Ersatz der Versichertenkarte“	27
5.10	Anwendung „Kantonale Modellversuche“	28
	Anhang: Referenzen	30

1 Einleitung

Das Parlament hat im Oktober 2004 mit Artikel 42a im Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) die rechtliche Grundlage für die Einführung einer Versichertenkarte geschaffen. Mit der Verordnung vom 14. Februar 2007 über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK; SR 832.105) hat der Bundesrat im Februar 2006 die Vollzugsbestimmungen erlassen. Die Einführung ist für das Jahr 2009 vorgesehen. Die technischen und grafischen Anforderungen an die Versichertenkarte werden in einer Verordnung des Departements des Innern (VVK-EDI; SR 832.105.1) festgelegt. Teil dieser Vorschriften ist ein Standard des Vereins eCH mit den zu berücksichtigenden technischen Vorgaben.

Der rechtliche Rahmen

Der Bund setzt mit Artikel 42a KVG, der VVK sowie der VVK-EDI nur die Leitplanken zur Einführung der Versichertenkarte. Keine Kompetenzen für eine Regelung hat der Bund bei weitergehenden Fragen der technischen Umsetzung sowie bei organisatorischen Themen, die nicht im KVG oder in der VVK geregelt sind. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat allerdings die Möglichkeit, Weisungen an die Versicherer zu richten (vgl. Art. 21 Abs. 3 KVG).

Die Kompetenzen des Bundes

Es ist Aufgabe der Akteure im Gesundheitswesen, entweder einzeln oder gemeinsam die Einführung der Versichertenkarte zu planen sowie die offenen technischen und organisatorischen Fragen zu klären. Angesprochen sind insbesondere die Versicherer und die Leistungserbringer, aber auch die Kantone, sofern sie kantonale Modellversuche mit der Versichertenkarte planen.

Die Kompetenzen der Akteure

Im Verlauf der Arbeiten an den rechtlichen Grundlagen wurden viele Fragen und Themen aufgeworfen, die weder im Artikel 42a KVG noch in der VVK explizit geregelt sind. Zweck des vorliegenden Berichtes ist es einerseits, die Ziele und Stossrichtungen der Versichertenkarte aus Sicht des Bundes sowie die Grenzen der rechtlichen Bestimmungen zu beschreiben. Andererseits soll der Bericht Antworten liefern auf Fragen der Akteure im Hinblick auf die Einführung der Versichertenkarte. Das Dokument hat keine rechtliche Bedeutung.

Zweck des vorliegenden Berichtes

Der vorliegende Bericht richtet sich an:

Zielpublikum

- Alle Akteure im Gesundheitswesen (Versicherer, Leistungserbringer, Patienten- und Konsumentenorganisationen, usw.);
- Die Krankenversicherten;
- Informatik- und Geschäftsverantwortliche in Gesundheitsinstitutionen;
- Unternehmen, die im Gesundheitswesen Beratungs- und Informationsdienstleistungen erbringen;
- Wissenschaftliche Institute und Verbände, die sich mit der Versichertenkarte und der Strategie „eHealth“ befassen;
- Entscheidungsträger der Gesundheitspolitik;
- Medien.

2 Begriffsklärung

Als administrative Daten schreibt Artikel 42a Absatz 1 KVG den Namen und die Versichertennummer der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) vor. Darüber hinaus wird die Karte zusätzliche administrative Daten enthalten – zum Beispiel aus Sicherheitsgründen oder weil sie mit der europäischen Krankenversicherungskarte kombiniert werden kann.

„Administrative Daten“

Gemäss Artikel 42a Absatz 4 KVG können im Einverständnis mit der versicherten Person zusätzliche Daten auf die Karte gespeichert und zugänglich gemacht werden. Der Gesetzgeber spricht von „persönlichen Daten“, gemeint sind damit primär medizinische Angaben (Blutgruppe, Allergien, etc.), aber auch weitere Angaben, die für Leistungserbringer hilfreich sein können (z.B. Kontaktadressen, Hinweis auf Patientenverfügungen). Die Versicherer haben keinen Zugriff auf die persönlichen Daten.

„Persönliche Daten“

Die reine Versichertenkarte nach Artikel 42a Absatz 1 KVG enthält nur administrative Daten, welche den Versicherten als Person eindeutig identifizieren und Auskunft geben über sein Versicherungsverhältnis. Primäres Ziel der Versichertenkarte ist, den administrativen Aufwand bei der Abrechnung von Leistungen zu reduzieren (weniger Fehler bei der Datenerfassung, höhere Datenqualität, erleichterte Rechnungsstellung, einfachere Handhabung von Versichertendaten, weniger telefonische und schriftliche Rückfragen).

„Versichertenkarte“

Die erweiterte Versichertenkarte enthält alle Elemente der oben beschriebenen Karte. Darüber hinaus erlaubt die Karte den Zugriff auf persönliche und medizinische Daten, die zum Beispiel bei einem Arztbesuch oder in einem Notfall relevant sein können (Kontaktadressen, Blutgruppe, Krankheiten, Medikation, Allergien, Impfungen, Organspende, etc.). In diese Richtung zielt Artikel 42a Absatz 4 KVG. Deshalb wird die vom Parlament beschlossene Versichertenkarte häufig auch „Patientenkarte“ oder „Notfallkarte“ genannt.

„Erweiterte Versichertenkarte“

Die Gesundheitskarte kann alle Elemente einer Versichertenkarte enthal-

„Gesundheitskarte“

Das System „Versichertenkarte“

ten. Zudem dient sie als Zugangsschlüssel zu zentral oder dezentral gespeicherten Dokumenten der Patienten oder zu einem elektronischen Patientendossier, wobei die Rechte auf den Zugriff und die Bearbeitung der Daten detailliert geregelt werden müssen.

Der hauptsächliche Verwendungszweck der Versichertenkarte liegt im administrativen Bereich (Rechnungstellung der Leistungen Art. 42a Abs. 2 KVG). Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden, sollen einfacher abgerechnet werden können (Qualitätsverbesserung bei den administrativen Daten, Anbindung der Abrechnungsprozesse an die Karte).

„Rechnungstellung der Leistungen“

Im Rahmen von kantonalen Modellversuchen im Gesundheitsbereich ist die erweiterte Nutzung der Versichertenkarte möglich, sofern dies im kantonalen Recht vorgesehen ist (Art. 16 Abs. 1 VVK). Im Gegensatz zu Pilotprojekten, die in Richtung einer geplanten Lösung schrittweise die Umsetzung testen, untersuchen Modellversuche mögliche Anwendungen und deren Akzeptanz und Tauglichkeit. Modellversuche sind deshalb zeitlich befristet. Es liegt in der Verantwortung der Kantone, die Entwicklung ihrer Projekte soweit untereinander zu harmonisieren, dass nicht eine Vielzahl miteinander inkompatibler Lösungen entsteht.

„Kantonale Modellversuche“

Unter „eHealth“ oder „Elektronischen Gesundheitsdiensten“ versteht man den integrierten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Prozesse und Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Gesundheitswesen. Der Bundesrat hat im Juni 2007 eine „Strategie eHealth Schweiz“ verabschiedet. Die Versichertenkarte ist dabei als erster konkreter Schritt positioniert.

„eHealth“

3 Rechtliche Grundlagen

Am 8. Oktober 2004 hat das Parlament die rechtliche Grundlage für die Einführung einer Versichertenkarte geschaffen. Seit dem 1. Januar 2005 ist der entsprechende Artikel 42a im KVG in Kraft und lautet:

Artikel 42a KVG

¹ Der Bundesrat kann bestimmen, dass jede versicherte Person für die Dauer ihrer Unterstellung unter die obligatorische Krankenpflegeversicherung eine Versichertenkarte erhält. Diese enthält den Namen der versicherten Person und die Versichertennummer der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV).

² Diese Karte mit Benutzerschnittstelle wird für die Rechnungsstellung der Leistungen nach diesem Gesetz verwendet.

³ Der Bundesrat regelt nach Anhörung der interessierten Kreise die Einführung der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen Standards.

⁴ Die Karte enthält im Einverständnis mit der versicherten Person persönliche Daten, die von dazu befugten Personen abrufbar sind. Der Bundesrat legt nach Anhören der interessierten Kreise den Umfang der Daten fest, die auf der Karte gespeichert werden dürfen. Er regelt den Zugriff auf die Daten und deren Bearbeitung.

Die VVK präzisiert die organisatorischen und technischen Rahmenbedingungen zur Einführung der Versichertenkarte:

Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK)

- Die Versicherer müssen grundsätzlich allen KVG-Versicherten eine Versichertenkarte ausstellen (Art. 1);
- Technische Anforderungen an die Versichertenkarte (Art. 2);
- Liste der aufgedruckten und auf der Karte elektronisch gespeicherten Daten für die Rechnungsstellung (Art. 3 und 4);
- Die Versicherer müssen die AHV-Nummer vor der Herausgabe der Karte verifizieren und sichernde Massnahmen für die richtige Verwendung der Nummer treffen. Die Leistungserbringer müssen der zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) die systematische Verwendung der AHV-Nummer melden, wobei eine Sammelmeldung möglich ist (Art. 5);
- Liste der persönlichen Daten, welche die Versicherten von einem Leistungserbringer freiwillig auf der Versichertenkarte abspeichern lassen können. Es handelt sich dabei primär um medizinische Informationen zur Person (Art. 6);
- Festlegung der unterschiedlichen Zugriffsrechte der Leistungserbringer auf die persönlichen Daten (Art. 7);
- Vorgaben zu einem elektronischen Leistungserbringernachweis, der für den Zugriff auf die persönlichen Daten notwendig ist (Art. 8);
- Rechte und Pflichten der Versicherten, der Versicherer und der Leistungserbringer (Art. 9 bis 13);
- Vorgaben zur Übernahme der administrativen Daten zur Rechnungsstellung (Art. 14);
- Grundsatz, dass der Versicherer dem Leistungserbringer in einem

Online-Verfahren zusätzliche administrative Informationen zur Verfügung stellen muss (Art. 15);

- Vorgaben für kantonale Modellversuche mit der Versichertenkarte (Art. 16);
- Festlegung von technischen Standards unter Einbezug der interessierten Kreise (Art. 17);
- Ausstellung der Versichertenkarte bis 1.1.2009 (Art. 18).

Die VVK-EDI verweist im Wesentlichen auf ihre Anhänge 1 bis 4 sowie auf den Standard eCH-0064 „Spezifikationen für das System Versichertenkarte“ in der Fassung des Jahres 2008 (eCH-0064:2008). Zum Entwurf wurde bis Mitte August 2007 eine breite Anhörung durchgeführt.

- Anhang 1 enthält die Spezifikation der Daten für die Rechnungstellung;
- Anhang 2 enthält die Spezifikation der persönlichen Daten nach Artikel 6 VVK;
- Anhang 3 enthält die Spezifikation der Daten für die Abfrage im Online-Verfahren nach Artikel 15 VVK;
- Anhang 4 enthält die grafischen Anforderungen an die Versichertenkarte;
- Verweis auf den von eCH vorgängig verabschiedeten und verbindlich anzuwendenden Standard eCH-0064:2008.

Verordnung des EDI über die technischen und grafischen Anforderungen an die Versichertenkarte (VVK-EDI)

Der Standard eCH-0064:2008 enthält technische Grundanforderungen an das Versichertenkartensystem unter Berücksichtigung international gültiger Normen. Die VVK-EDI wird erst in Kraft gesetzt, wenn der Verein eCH den Standard genehmigt hat. Mit diesem Vorgehen kann der eCH-Standard für rechtsverbindlich erklärt werden. Der Expertenausschuss von eCH hat den Standard am 4. Februar 2008 genehmigt und damit zur Anwendung empfohlen.

Standard eCH-0064 „Spezifikationen für das System Versichertenkarte“ (Standard eCH-0064:2008)

Die Änderung vom 23. Juni 2006 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung („Neue AHV-Versichertennummer“; AS **2007 5259**) legt die Verwendung der AHV-Versichertennummer wie folgt fest:

- Systematische Verwendung der Versichertennummer als Sozialversicherungsnummer für die Krankenversicherer (Art. 50d in Verbindung mit Art. 42a, Abs. 1 KVG);
- Systematische Verwendung der Versichertennummer für die Leistungserbringer (Art. 50e in Verbindung mit Art. 42a, Abs. 1 KVG);
- Sichernde Massnahmen für die Stellen und Institutionen, welche die Nummer systematisch verwenden (Art. 50g).

Neue AHV-Versichertennummer

Diese Änderung ist am 1. Dezember 2007 in Kraft getreten.

Die Änderung vom 7. November 2007 der Verordnung vom 31. Oktober 1947 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AS **2007** 5271) regelt unter anderem das Vorgehen bei der systematischen Verwendung der AHV-Versichertennummer ausserhalb der AHV (Art. 134^{bis} bis 134^{octies}).

Diese Änderung ist am 1. Dezember 2007 in Kraft getreten.

Die Verordnung des EDI vom 7. November 2007 über die Mindeststandards der technischen und organisatorischen Massnahmen bei der systematischen Verwendung der AHV-Versichertennummer ausserhalb der AHV (SR 831.101.4) verlangt, dass die systematischen Verwender der AHV-Versichertennummer technische und organisatorische Massnahmen treffen für die Verwendung der richtigen Nummer und den Schutz vor deren missbräuchlichen Verwendung.

Die Versichertenkarte ist ein Instrument, das den Versicherten, Krankenkassen, Ärzten, Spitälern, Apothekern und weiteren Akteuren im Gesundheitswesen zur Verfügung steht. Die Karte liefert Hilfsmittel für eine einfachere Abrechnung von Leistungen (administrative Daten in elektronischer Form) und kann mithelfen, die Behandlung von Patientinnen und Patienten zu verbessern (medizinische Daten in elektronischer Form auf der Karte). Keinen rechtlichen Spielraum gibt es bezüglich Umfang der administrativen¹ und persönlichen² Daten, die auf der Karte gespeichert sind oder mit der Karte direkt zugänglich gemacht werden. Hier haben einzig die Kantone das Recht, solche Anwendungen in zeitlich beschränkten Modellversuchen zu erlauben – sofern sie dafür die rechtlichen Voraussetzungen schaffen.

Ein Werkzeug mit rechtlichen Grenzen

¹ Aufgedruckte und elektronisch auf der Versichertenkarte gespeicherte sowie über das Online-Verfahren verfügbare Daten (obligatorisch für die Versicherer): Name und Vorname, AHV-Nummer, Geburtsdatum und Geschlecht der versicherten Person, Name und Kennnummer des Versicherers, Kennnummer und Ablaufdatum der Versichertenkarte. Elektronisch auf der Versichertenkarte gespeicherte und über das Online-Verfahren verfügbare Daten (optional für die Versicherer): Zustelladresse der versicherten Person, Rechnungsadresse des Versicherers, besondere Versicherungsformen, Angabe darüber, ob die Unfalldeckung sistiert ist, Angaben über Zusatzversicherungen, wenn die versicherte Person einverstanden ist, Daten der Europäischen Krankenversicherungskarte (vgl. Art. 3, 4 und 15 VVK).

² Elektronisch auf der Versichertenkarte gespeicherte Daten (optional für alle): Blutgruppen- und Transfusionsdaten, Immunisierungsdaten, Transplantationsdaten, Allergien, Krankheiten und Unfallfolgen, in medizinisch begründeten Fällen einen zusätzlichen Eintrag, Medikation, Kontaktadressen für den Notfall, Hinweise auf bestehende Patientenverfügungen (vgl. Art. 6 VVK).

4 Ziele der Versichertenkarte

Beim Entscheid zur Einführung der Versichertenkarte stand in den eidgenössischen Räten der Wunsch nach administrativer Vereinfachung im Vordergrund. Beschlossen wurde eine Politik der kleinen Schritte. Zuerst müsse die Versichertenkarte eingeführt werden – allerdings so, dass der spätere Ausbau zu einer Gesundheitskarte garantiert bleibt. Mit der Möglichkeit, persönliche Daten auf der Karte zu deponieren, hat der Gesetzgeber bereits den ersten kleinen Schritt zur Patienten- oder Gesundheitskarte gemacht. Beim Entscheid für Artikel 42a Absatz 4 KVG stand die Idee einer „Notfallkarte“ im Vordergrund. Die Angaben zu Krankheiten, Allergien oder Impfungen sollen die Qualität und Sicherheit der Behandlung im Notfall verbessern. Der Absatz 4 wurde jedoch offen formuliert, da erstens der Begriff „Notfall“ Raum für Interpretationen lässt und zweitens die Versicherten selber entscheiden sollen, ob und welchen Leistungserbringern sie ihre persönlichen Daten zugänglich machen wollen.

Ziele des
Gesetzgebers

Der Bundesrat hat in der VVK die angestrebten Ziele präzisiert:

Ziele des Bundesrates

- *Effiziente Administration:* Reduktion des administrativen Aufwandes bei der Abrechnung von Leistungen (weniger Fehler bei der Datenerfassung, höhere Datenqualität, einfachere Handhabung von Versichertendaten, weniger Rückfragen). Die wichtigsten administrativen Daten sind bei der Ausgabe auf der Karte – einerseits als Sichtdaten auf der Karte gedruckt, andererseits elektronisch auf einem Chip gespeichert. Dank der einheitlichen Struktur können Ärzte, Apotheker oder Spitäler die Informationen einfach für die Abrechnung übernehmen. Mit der Versichertenkarte wird es für Ärzte, Apotheker oder Spitäler zudem möglich sein, im so genannten Online-Verfahren beim Krankenversicherer zu überprüfen, ob die administrativen Daten aktuell sind und allenfalls zusätzliche Angaben zu beziehen (z.B. Gültigkeit der Karte, Zustelladresse des Versicherten, andere Versicherungsformen, Zusatzversicherungen);
- *Qualität und Sicherheit:* Verbesserung der medizinischen Qualität und Sicherheit der Versorgung (Möglichkeit, persönliche Daten auf der Versichertenkarte zu speichern). Für alle Versicherten besteht die Möglichkeit, bei einem Arzt, Zahnarzt oder Chiropraktor zusätzlich persönliche und medizinische Daten auf der Karte speichern zu lassen, die im Notfall oder bei einem geplanten Arztbesuch nützlich sein können. Diese Daten können den Leistungserbringer in der Anamnese unterstützen, also bei der Erhebung der persönlichen Krankheitsgeschichte und in der Gesprächsführung mit dem Patienten. Besonders in Notfallsituationen ermöglichen sie eine schnelle und effiziente Versorgung des Patienten. Zudem können diese Informationen mithelfen, überflüssige Abklärungen zu vermeiden;
- *„Patient Empowerment“:* Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten – sie entscheiden über den Umfang und die Verwendung der persönlichen Daten auf der Karte.

5 Die Anwendungen der Versichertenkarte

5.1 Einleitung

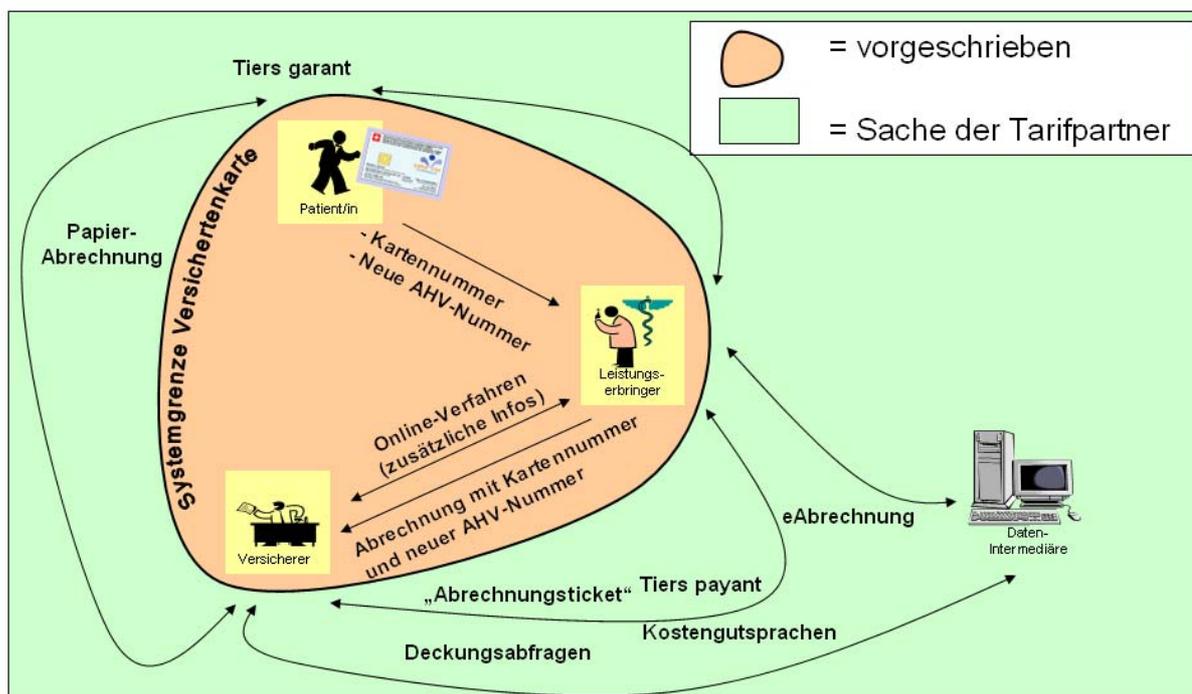
Prozesse mit rechtlicher Grundlage in der VVK werden in der Folge exemplarisch dargestellt. Hier gibt es keinen rechtlichen Spielraum, welche Daten auf der Karte gespeichert sind oder mit der Karte direkt zugänglich gemacht werden (Karte als Zugangsschlüssel).

Zwei Kategorien von Prozessen

Nachgelagerte Prozesse, welche die administrativen und persönlichen Daten der Versichertenkarte verwenden, werden im Wesentlichen von den Akteuren bestimmt, wobei die rechtlichen Vorgaben zu beachten sind (z.B. KVG, DSG³, AHVG⁴, kantonale Gesundheitsgesetze).

Die rechtlichen Vorgaben im KVG und in der VVK schreiben nicht vor, wie die Abrechnungsprozesse neu aussehen müssen. Sie legen nur fest, welche administrativen Daten für die Rechnungstellung verwendet werden müssen und wie sie zur Verfügung zu stellen sind. Es liegt damit in der Kompetenz der Versicherer und Leistungserbringer, die nachgelagerten Abrechnungsprozesse zu gestalten. Die in der Folge beschriebenen Szenarien beschränken sich deshalb auf die Vorgaben nach KVG und VVK.

Daten für die Rechnungstellung (administrative Daten)



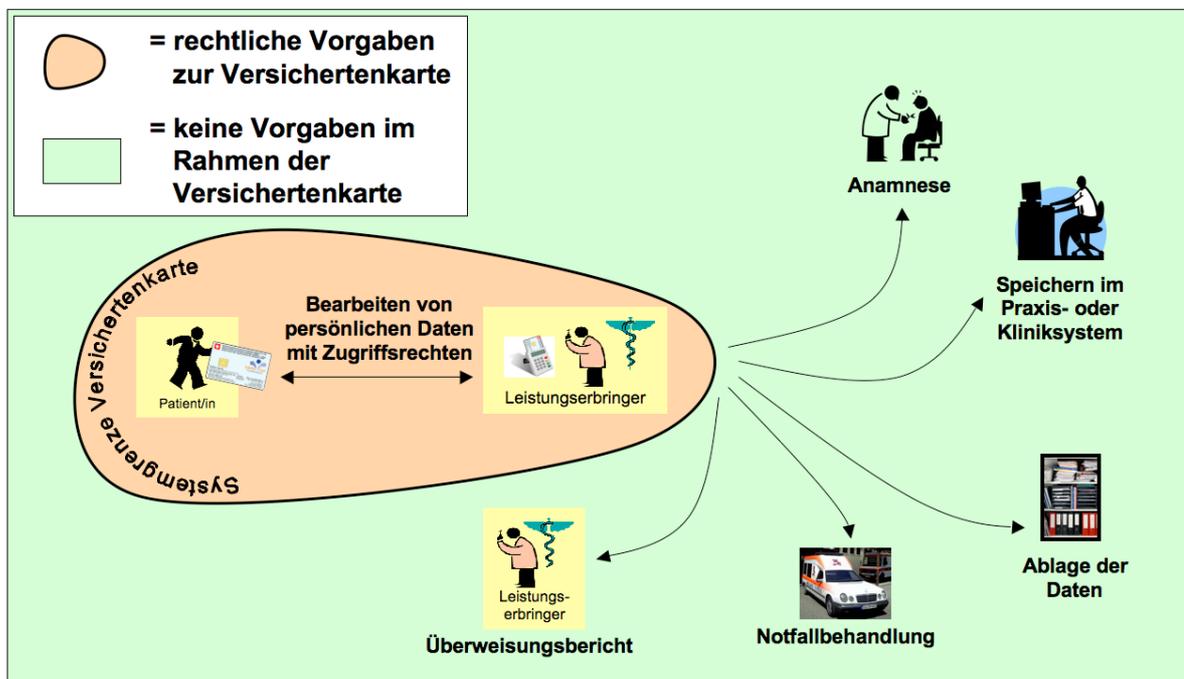
Die Systemgrenze der Versichertenkarte bei administrativen Prozessen

³ Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz (SR 235.1)

⁴ Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (SR 831.10)

Die VVK hält fest, dass die persönlichen Daten zur Verbesserung der Effizienz, der Sicherheit und der Qualität der medizinischen Behandlung auf der Versichertenkarte gespeichert werden können. Patientinnen und Patienten sollen damit die Möglichkeit erhalten, bei einer geplanten Konsultation oder im Notfall einem Leistungserbringer wichtige Informationen über ihre Person und ihren Gesundheitszustand zugänglich zu machen.

Persönliche Daten



Die Systemgrenze der Versichertenkarte bei persönlichen Daten

Der rechtlich verpflichtende Teil der Versichertenkarte besteht darin, dass die Versicherten die Karte für die Leistungsabrechnung vorweisen und die Leistungserbringer die Daten für die Rechnungstellung übernehmen müssen. Alle anderen Anwendungen sind freiwillig.

Überblick „Pflicht“ und „Freiwilligkeit“

	Leistungserbringer	Versicherte
Übernahme der administrativen Daten für die Rechnungstellung (siehe Anwendungen 5.3 und 5.4)	Pflicht, die Daten von der Karte für die Rechnungstellung zu übernehmen – von Hand oder elektronisch	Pflicht, die Karte bei jedem Leistungserbringer für die Abrechnung nach KVG vorzuweisen
Online-Verfahren (siehe Anwendung 5.5)	Freiwillig (Angebot der Versicherer)	Freiwillig (Versicherter muss mündliches Einverständnis geben)
Bearbeiten von persönlichen Daten (siehe Anwendungen 5.6 bis 5.9)	Freiwillig	Freiwillig
Kantonale Modellversuche (siehe Anwendung 5.10)	Freiwillig	Freiwillig

Es ist davon auszugehen, dass sich die freiwilligen Anwendungen breit etablieren können, wenn es den Akteuren gelingt, Prozesse an die Versichertenkarte zu koppeln, welche den Beteiligten einen erkennbaren Nutzen bringen. Es ist auch denkbar, dass die Versicherer und die Leistungserbringer die freiwilligen Anwendungen 5.3 bis 5.5 über Vereinbarungen verbindlich etablieren oder Vereinbarungen zu verbindlichen Anschlussprozessen treffen.

Das KVG enthält keine rechtlichen Bestimmungen zur elektronischen Leistungsabrechnung. Es gibt für Leistungserbringer und Versicherer damit keine direkten Vorgaben, wie die Anschluss-Prozesse zur Versichertenkarte aussehen müssen. Massgeblich sind die bestehenden rechtlichen Grundlagen. Bei der Gestaltung von Abrechnungsprozessen sind für die Versicherer und die Leistungserbringer vor allem die folgenden Bestimmungen relevant:

- KVG: Artikel 42 Grundsatz (Rechnungstellung), Artikel 42a Versichertenkarte, Artikel 84 Bearbeiten von Personendaten;
- KVV⁵: Artikel 59 Rechnungstellung;
- DSG: Im Anwendungsbereich des KVG gelten die Versicherer als Bundesorgane. Deshalb müssen sie vor allem folgende Bestimmungen des DSG beachten:
 - Artikel 17 Absatz 1: Organe des Bundes dürfen Personendaten bearbeiten, wenn dafür eine gesetzliche Grundlage besteht;
 - Artikel 19 Absatz 3: Bundesorgane dürfen Personendaten durch ein Abrufverfahren zugänglich machen, wenn dies ausdrücklich vorgesehen ist. Besonders schützenswerte Personendaten sowie Persönlichkeitsprofile dürfen nur durch ein Abrufverfahren zugänglich gemacht werden, wenn ein Gesetz im formellen Sinn es ausdrücklich vorsieht.

Vorgaben zur elektronischen Abrechnung

Die rechtlichen Grundlagen zur Versichertenkarte erwähnen als Akteure bei der Bearbeitung der Daten die „Versicherer“ und die „Leistungserbringer“. Insbesondere im Zusammenhang mit der Bearbeitung von medizinischen Daten ist zu beachten, dass damit nicht in jedem Fall der Leistungserbringer persönlich gemeint ist. Für die Delegation von Aufgaben einer Medizinalperson sind die Reglemente des Bundesamtes für Berufsbildung und Technologie (BBT) relevant. So werden etwa die Aufgaben einer medizinischen Praxisassistentin im Reglement über die Ausbildung und Lehrabschlussprüfung wie folgt umschrieben:

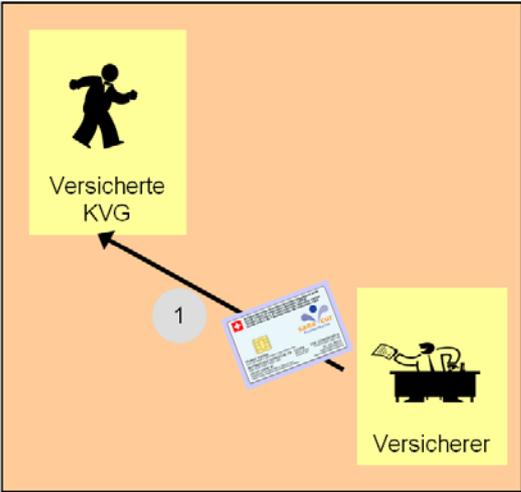
- Patienten- und Versicherungsdaten der Patienten aufnehmen;
- Formulare ausfüllen;
- Einfache Korrespondenz selbständig und nach Stichworten schreiben;
- Anspruchsvollere und vertrauliche Korrespondenz und Schriftstücke nach Vorgaben ausführen;
- Patientenkartei führen;
- Dokumente ablegen und archivieren;
- Leistungen nach geltenden Tarifen erfassen.

Wie ein Arzt untersteht die Praxisassistentin dem Berufsgeheimnis und muss bei Nichteinhaltung mit rechtlichen Konsequenzen rechnen. Analog zur Praxisassistentin lassen sich die Aufgaben und Kompetenzen der Pharma-Assistentin herleiten.

Delegation von administrativen Aufgaben

⁵ Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (SR 832.102)

5.2 Anwendung „Ausgabe der Versichertenkarte“

	<p>Ausgabe der Versichertenkarte</p>
<p>1) Jede versicherte Person gemäss KVG erhält von seinem Krankenversicherer eine Versichertenkarte.</p>	<p>Beschreibung</p>

Der Bundesrat kann bestimmen, dass jede versicherte Person für die Dauer ihrer Unterstellung unter die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) eine Versichertenkarte erhält. Diese enthält den Namen der versicherten Person und die Versichertennummer der AHV (Art. 42a Abs. 1 KVG).

Grundlage im KVG

Die Versicherer müssen allen versicherungspflichtigen Personen eine Versichertenkarte ausstellen. Personen, die ausser über die internationale Leistungsaushilfe keine Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beziehen können, wird keine Versichertenkarte ausgestellt (Art. 1 VVK).

Grundlage in der VVK

Artikel 1 und 4 der VVK-EDI mit Verweis auf die Anhänge 1 und 4 („Spezifikation der Daten zur Rechnungstellung“ sowie „Grafische Anforderungen an die Versichertenkarte“). Der Anhang 1 spezifiziert die Daten, die auf der Versichertenkarte aufgedruckt (Artikel 3 VVK) oder elektronisch gespeichert sind (Artikel 4 VVK). Der Anhang 4 regelt die grafischen Anforderungen an die Versichertenkarte.

Grundlage in der VVK-EDI

- **AHV-Nummer und Ausgabetermin:** Damit bei der AHV-Nummer eine qualitativ hochstehende Zuweisung und eine eindeutige Identifikation sichergestellt werden kann, müssen zuerst diverse Register und Adressbestände bereinigt werden. Da die Krankenversicherer über grosse Adressbestände verfügen, wird der Aufwand für den Abgleich massgeblich erhöht. Dies hat aus heutiger Sicht zur Folge, dass die Versichertenkarte wie geplant im Jahr 2009 ausgeliefert werden kann, jedoch nicht zu Beginn des Jahres;
- **Grafische Gestaltung:** Für die Gestaltung der sichtbaren Daten auf der Karte sind die Kriterien „Erkennbarkeit“, „Einheitlichkeit“ und „Freiraum der Gestaltung“ ausschlaggebend. Erstens muss die Versichertenkarte auf den ersten Blick als solche erkennbar sein – deshalb wird im Ti-

Bemerkungen

telbereich die Bezeichnung „Schweizerische Krankenversicherungskarte“ in den vier Landessprachen sowie das Schweizerkreuz aufgedruckt. Zweitens wird die Karte im Abrechnungsprozess routinemässig zum Einsatz kommen – deshalb müssen die administrativen Daten auf allen Karten nach einheitlichen Vorgaben im unteren Bereich aufgedruckt sein. Und drittens ist die Karte für Versicherer als Herausgeber auch ein Marketinginstrument – deshalb können sie den mittleren Bereich sowie den Hintergrund frei gestalten;

- *Aktualisierung der administrativen Daten:* Die bei der Ausgabe auf der Karte gespeicherten Daten können nachträglich nicht aktualisiert werden (z.B. Namenswechsel). Bei Mutationen muss deshalb eine neue Karte ausgestellt werden. Die Versicherer als Kartenherausgeber stellen mit Kodierungen und anderen geeigneten Massnahmen sicher, dass die administrativen Daten auf der Karte nicht manipuliert werden können und die Zugriffsrechte während der Lebensdauer der Karte gewährt bleiben. Die elektronisch auf der Karte gespeicherten administrativen Daten sind mit einem Kartenlesegerät frei lesbar;
- *Persönliche Daten:* Die Versichertenkarte muss bei der Kartenausgabe so vorbereitet sein, dass die Leistungserbringer persönliche Daten auf der Karte speichern können (gemäss Vorgabe der VVK-EDI in Verbindung mit dem Standard eCH-0064:2008);
- *Foto:* Auf die Möglichkeit einer Foto auf der Versichertenkarte wurde verzichtet. Sie könnte zwar die Kontrolle der Identität des Kartenbesitzers vereinfachen, ein Foto-Obligatorium würde aufgrund der aufwendigen Beschaffungsprozesse die Kosten der Karte jedoch mindestens verdoppeln und wäre damit für den Anwendungsbereich der Versichertenkarte unverhältnismässig. Die Foto als freiwilliges Element erachtet der Eidgenössische Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragte (EDÖB) aus datenschutzrechtlicher Sicht als nicht zweckmässig. Falls die Anforderung bestehe, den Versicherten mittels Foto zu identifizieren, müsse ein umfassendes System mit klaren Bedingungen und Voraussetzungen etabliert werden. Unter den heute vorhandenen gesetzlichen Grundlagen zur Versichertenkarte könnten diese Voraussetzungen nicht erfüllt werden;
- *Eigentum der Karte:* Die Karte bleibt auch nach der Ausgabe im Eigentum des Versicherers. Die versicherte Person muss deshalb die Karte dem Versicherer nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses oder nach Ablauf der Gültigkeit der Karte zurückschicken, falls der Versicherer das verlangt. Damit wird erreicht, dass möglichst wenige ungültige Karten im Umlauf sind.

5.3 Anwendung „Übernahme administrativer Daten von Hand“

<p>The diagram illustrates the process of taking administrative data from a patient's insurance card. It shows three main actors: Patient/in, Leistungserbringer (service provider), and Versicherer (insurer). Step 1 shows the patient presenting the insurance card to the service provider. Step 2 shows the service provider recording data from the card. Step 3 shows the service provider using this data for billing purposes.</p>	<p>Übernahme administrativer Daten von Hand</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1) Patient/in bringt die Versichertenkarte zur Konsultation bei einem Leistungserbringer mit; 2) Der Leistungserbringer schreibt die für die Rechnungstellung notwendigen Daten ab (insbesondere die Kennnummer der Versichertenkarte sowie die AHV-Nummer des Versicherten); 3) Der Leistungserbringer kann während der Gültigkeitsdauer der Versichertenkarte diese Daten zur Rechnungstellung verwenden. 	<p>Beschreibung</p>

Diese Karte mit Benutzerschnittstelle wird für die Rechnungsstellung der Leistungen nach diesem Gesetz verwendet (Art. 42a Abs. 2 KVG).

Grundlage im KVG

- *Pflicht für Versicherte:* Die versicherte Person muss dem Leistungserbringer die Versichertenkarte beim Bezug von Leistungen vorweisen. Weist die versicherte Person die Versichertenkarte nicht vor und verursacht sie dadurch zusätzliche Aufwendungen bei der Vergütung von Leistungen, so kann der Versicherer eine angemessene Gebühr erheben (Art. 10 VVK);
- *Pflicht für Leistungserbringer:* Der Leistungserbringer muss die für die Rechnungstellung erforderlichen Daten von der Versichertenkarte übernehmen (Art. 14 VVK);
- *Angaben für die Rechnungstellung:* Die Leistungserbringer haben in ihren Rechnungen folgende Angaben zu machen:
 - d. Kennnummer der Versichertenkarte
 - e. Versichertennummer der AHV

(Art. 18 VVK mit Verweis auf KVV-Änderung im Art. 59 Abs. 1, Bst. d und e).

Grundlagen in der VVK

Artikel 1 und 4 der VVK-EDI in Verbindung mit den Anhängen 1 (Spezifikation der Daten zur Rechnungstellung) und 4 (Grafische Anforderungen an die Versichertenkarte).

Grundlage in der VVK-EDI

- *Grundsatz:* Das Ziel der vereinfachten Abrechnung mit der Versichertenkarte wird dann erreicht, wenn die Leistungserbringer mit korrekten

Bemerkungen

und möglichst aktuellen administrativen Daten arbeiten. Der Versicherte muss deshalb dem Leistungserbringer die administrativen Daten der Versichertenkarte zur Verfügung stellen – und dieser muss sie für die Rechnungstellung erforderlichen Informationen übernehmen;

- *Abrechnung*: Es ist denkbar, dass Versicherer und Leistungserbringer angekoppelt an die Übernahme der administrativen Daten neue verbindliche Abrechnungsprozesse vereinbaren;
- *Übernahme von Hand*: Mit der Versichertenkarte ist zwar vorgesehen, dass die Leistungserbringer die administrativen Daten elektronisch übernehmen, sie können aber auch von Hand abgeschrieben werden. Während der Gültigkeitsdauer der Karte (voraussichtlich 3 Jahre) genügt es für eine gesetzeskonforme Abrechnung, wenn der Leistungserbringer die administrativen Daten ein Mal übernimmt;
- *Mögliche Ziele aus Sicht der Leistungserbringer*:
 - Identifikation der Patient/in (Verbesserung der Stammdatenqualität);
 - Abrechnung der Leistung zulasten des Krankenversicherers (Tiers payant mit Direktzahlung durch Krankenversicherer) oder des Patienten (Tiers garant mit Rückforderung an Krankenversicherung) unter Einhaltung der gesetzlichen (Art. 59 KVV) und vertraglichen Vorgaben;
- *Karte „vergessen“*: Die Versichertenkarte ist keine Kreditkarte und sie ist nicht Voraussetzung für den Bezug von Leistungen. Für die Abrechnung müssen die administrativen Daten aber dem Leistungserbringer zur Verfügung stehen. Falls die Karte beim Besuch eines Arztes, einer Apotheke oder eines Spitals vergessen wurde, müssen die Daten nachgereicht werden. Es gibt die Möglichkeit, die Karte in Absprache mit dem Leistungserbringer später vorbeizubringen oder die Daten telefonisch bzw. schriftlich nachzureichen;
- *„Selbstzahler“*: Die Versicherten müssen die Karte ab 2009 für die Abrechnung einer Leistung vorweisen, wenn sie eine Rückerstattung der Kosten von ihrer Krankenkasse wollen. Wenn der Versicherte die Rechnung selber bezahlen möchte (z.B. bei einer hohen Franchise), muss die Karte im Prinzip nicht vorgewiesen werden. Werden allerdings am Ende des Jahres Rechnungen ohne die AHV-Nummer und die Kennnummer der Versichertenkarte eingereicht, hat der Versicherer die Möglichkeit, beim Versicherten eine Gebühr für seine Umtriebe zu erheben (siehe unten). Deshalb kann es Sinn machen, dass „Selbstzahler“ beim Leistungsbezug zwar die Versichertenkarte vorweisen und die Daten übernehmen lassen, jedoch nicht ihr Einverständnis geben zur Abfrage im Online-Verfahren. Damit bleibt einerseits die Vertraulichkeit gegenüber dem Krankenversicherer gewahrt. Andererseits können die Versicherten jederzeit und ohne Nachteile entscheiden, die Rechnung dennoch beim Krankenversicherer zur Rückvergütung einzureichen;
- *Nichtverwendung der Karte*: Kommt es bei der Abrechnung von Leistungen zu administrativem Mehraufwand, weil die versicherte Person die Versichertenkarte beim Bezug von Leistungen nicht vorgewiesen hat, so ist der Versicherer berechtigt, für den verursachten Aufwand eine angemessene Gebühr zu erheben. Für die Leistungserbringer, welche unvollständige Rechnungen einreichen, ist keine Gebühr vorgesehen. Es ist davon auszugehen, dass sich die Leistungserbringer gesetzeskonform verhalten und die Daten übernehmen. Tun sie dies

nicht, schaden sie indirekt ihren Patientinnen und Patienten, weil diese allenfalls eine Gebühr bezahlen müssen;

- Foto: Die Karte wird kein Foto des Versicherten enthalten (siehe Ziffer 5.2). Falls beim Gebrauch der Versichertenkarte Zweifel bestehen über die Identität der Person, ist es der Einschätzung des Leistungserbringers überlassen, ob er eine zusätzliche Sicherheit verlangen will (z.B. Vorweisen eines Ausweises).

5.4 Anwendung „Elektronische Übernahme administrativer Daten“

	<p>Elektronische Übernahme der administrativen Daten</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1) Patient/in bringt die Versichertenkarte zur Konsultation bei einem Leistungserbringer mit; 2) Der Leistungserbringer liest die für die Rechnungstellung notwendigen Daten elektronisch mit einem Kartenlesegerät aus und kann sie in seinem Praxis- oder Klinikinformationssystem speichern; 3) Der Leistungserbringer kann während der Gültigkeitsdauer der Versichertenkarte diese Daten zur Rechnungstellung verwenden. 	<p>Beschreibung</p>

Analog Anwendung 5.3.

Grundlage im KVG

Analog Anwendung 5.3.

Grundlage in der VVK

Analog Anwendung 5.3.

Grundlage in der VVK-EDI

Grundsätzlich gelten die gleichen Bemerkungen wie beim Anwendung 5.3. Zusätzlich sind folgende Punkte zu beachten:

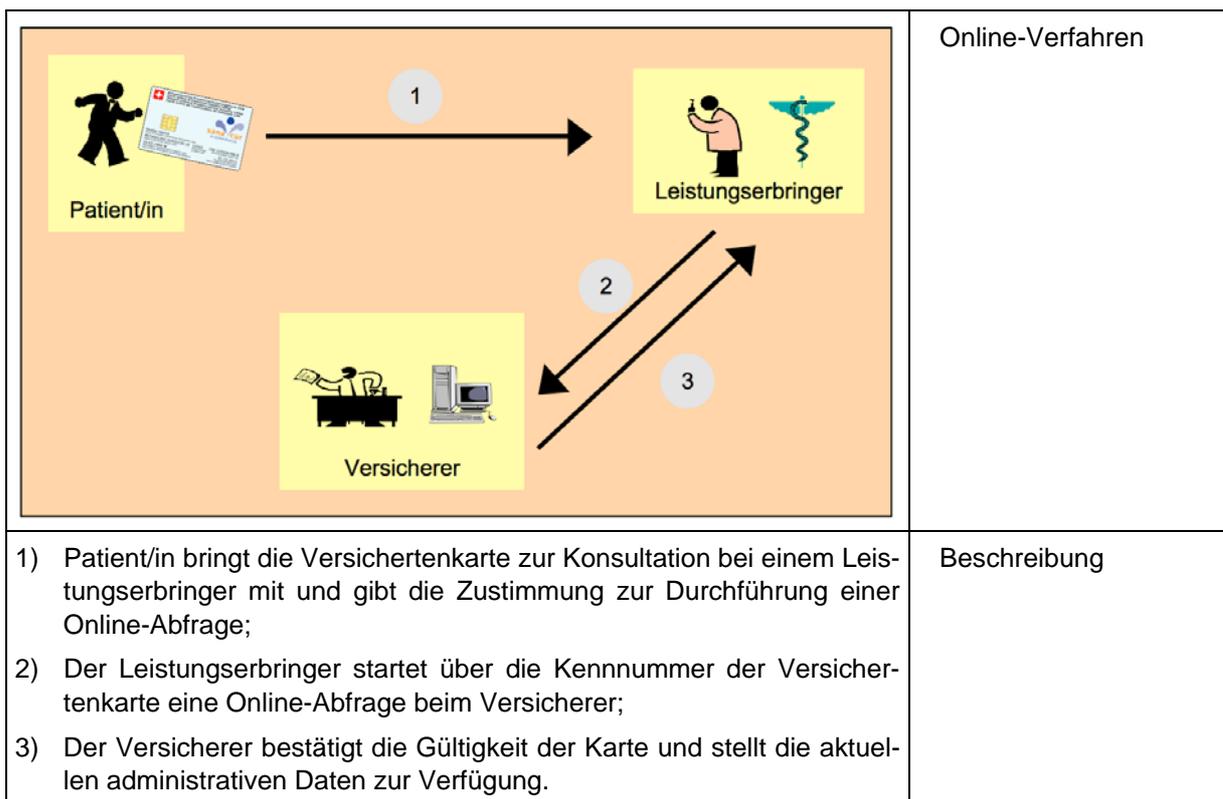
Bemerkungen

- *Mögliche Ziele aus Sicht der Leistungserbringer:* Neben der Identifikation der Versicherten und der gesetzkonformen Abrechnung können die Leistungserbringer mit einer elektronischen Übernahme ihre Administration vereinfachen (weniger manuelle Eingaben, Verknüpfung mit dem Praxis-, Administrativ- oder Klinikinformationssystem, Poten-

tial für durchgehend elektronische Abrechnungsprozesse);

- *Zusätzliche administrative Daten:* Die Versicherer können gemäss Artikel 4 Absatz 2 VVK Angaben der versicherten Person elektronisch auf der Versichertenkarte abspeichern, die nicht aufgedruckt sind (z.B. Zustelladresse, Rechnungsadresse des Versicherers, besondere Versicherungsformen, Unfalldeckung, Zusatzversicherungen). Ob die Versicherer diese Option wahrnehmen werden, ist jedoch unklar. Viele der zusätzlichen Daten können während der Gültigkeitsdauer der Karte ändern – sie können auf der Karte aber nicht aktualisiert werden. Deshalb ist die lokale Speicherung auf der Karte weniger sinnvoll als deren Erschliessung über das Online-Verfahren (siehe Anwendung 5.5);
- *Infrastruktur beim Leistungserbringer:* Die elektronisch auf der Versichertenkarte gespeicherten administrativen Daten sind mit einem Kartenlesegerät frei lesbar. Leistungserbringer, welche diese Daten elektronisch bearbeiten wollen, brauchen mindestens einen Computer mit entsprechenden Programmen sowie ein Kartenlesegerät.

5.5 Anwendung „Online-Verfahren“



- *Grundsatz:* Der Versicherer muss ein Online-Verfahren anbieten. Er muss dem Leistungserbringer folgende Informationen zur Verfügung stellen: Gültigkeit der Versichertenkarte, alle aufgedruckten Daten nach Artikel 3 VVK (Art. 15 Abs. 1 VVK):
 - Name und Vorname;
 - Versichertennummer der AHV;
 - Geburtsdatum;

Grundlagen in der VVK

- Name und Kennnummer des Versicherers;
- Kennnummer der Versichertenkarte;
- Ablaufdatum der Versichertenkarte;
- *Freiwillige Daten:* Der Versicherer kann dem Leistungserbringer zusätzlich die elektronischen Informationen nach Artikel 4 VVK zur Verfügung stellen (Art. 15 Abs. 2 VVK):
 - Zustelladresse der versicherten Person;
 - Rechnungsadresse des Versicherers;
 - Besondere Versicherungsformen, welche die versicherte Person abgeschlossen hat (z.B. HMO- oder Hausarztmodell);
 - Angaben darüber, ob die Unfalldeckung bei der Krankenversicherung sistiert ist;
 - Angaben über Zusatzversicherungen, wenn die versicherte Person damit einverstanden ist (der Versicherer darf diesen Entscheid der versicherten Person weder mit Vorteilen noch mit Nachteilen beeinflussen);
 - Daten der Europäischen Krankenversicherungskarte;
- *Zugriff:* Die Abfrage im Online-Verfahren darf nur im Einverständnis der versicherten Person erfolgen. Der Versicherer muss das Online-Verfahren so einrichten, dass die Abfrage nur mittels der Kennnummer der Versichertenkarte erfolgen kann. Der Versicherer und der Leistungserbringer müssen durch angemessene technische Vorkehrungen eine sichere Datenübermittlung gewährleisten (Art. 15 Abs. 3 bis 5 VVK).

Artikel 3 der VVK-EDI in Verbindung mit dem Anhang 3 (Spezifikation der Daten für die Abfrage im Online-Verfahren nach Artikel 15 VVK). Der Versicherer muss das Online-Verfahren gemäss VVK so einrichten, dass die Abfrage nur mittels der Kennnummer der Versichertenkarte erfolgen kann. Als zusätzliches Datenfeld vorgesehen ist die ZSR-Nummer des Leistungserbringers (Identifikation der abfragenden Person). Bei der Datenausgabe seitens der Versicherer wird zudem eine Abfragenummer mitgeliefert, welche dem Leistungserbringer die Abfrage bestätigt. Diese Nummer erlaubt es beiden Seiten, die Online-Abfrage zu rekonstruieren.

Grundlage in der VVK-EDI

- *Grundsatz:* Die Angaben im Online-Verfahren müssen laufend aktualisiert werden. Zusätzlich muss die Gültigkeit der Versichertenkarte angezeigt werden. Die Gültigkeit wird an Hand der Kartenummer überprüft und gibt Auskunft darüber, ob die Versichertenkarte gesperrt ist oder nicht. Diese Auskunft ist insbesondere bei Versicherungswechsel sowie bei Diebstahl oder Verlust der Versichertenkarte von Bedeutung, da in diesen Fällen mehrere Karten derselben Person im Umlauf sein können. Es ist dem Versicherer aber gemäss den Erläuterungen zur VVK nicht erlaubt, die Versichertenkarte im Fall eines Aufschubes der Kostenübernahme gemäss Artikel 64a KVG für ungültig zu erklären;
- *Einverständnis der Versicherten:* Es kann sein, dass Versicherte eine Rechnung selber bezahlen wollen oder aus anderen Gründen nicht wünschen, dass der Versicherer über eine Online-Abfrage indirekt vom Besuch bei einem Leistungserbringer erfährt. Deshalb darf das Online-Verfahren nur im Einverständnis der versicherten Person erfolgen. Bereits heute verlangen Leistungserbringer im Hinblick auf die Abrechnung von Leistungen durch Dritte vorgängig ein schriftliches

Bemerkungen

Einverständnis für die externe Bearbeitung von administrativen und medizinischen Daten. Allenfalls kann es Sinn machen, diese Form des Einverständnisses an die Anforderungen des Online-Verfahrens anzupassen;

- *Anzahl Online-Verfahren:* Die VVK verpflichtet die Versicherer nicht, nur ein gemeinsames Online-Verfahren anzubieten. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass santésuisse ein Online-Verfahren im Auftrag vieler Versicherer betreiben wird. In jedem Fall ist anzustreben, dass die Leistungserbringer nicht unterschiedliche Internet-Adressen anwählen müssen, sondern ein gemeinsames Eingangsportale erhalten;
- *Mögliche Ziele aus Sicht der Leistungserbringer:* Zugang zu aktuellen administrativen Daten, welche für eine effiziente Abrechnung relevant sein können (z.B. Zustelladresse des Versicherten, Rechnungsadresse der Krankenkasse, Zusatzversicherungen);
- *Zugriff über Kennnummer der Versichertenkarte:* Abfragen im Online-Verfahren dürfen zudem nur über die Kennnummer der Versichertenkarte erfolgen (Art. 15 Abs. 4 VVK). Mit dieser Einschränkung wird das Online-Verfahren eng an die Versichertenkarte geknüpft und es kann z. B. verhindert werden, dass über das Abfragekriterium "Namen" allzu einfach Abfragen auf die Daten von Versicherten vorgenommen werden können;
- *Verknüpfung mit der Abrechnung:* Das Online-Verfahren bietet sich an als Basis über die Etablierung von neuen Abrechnungsprozessen. Das Online-Verfahren gemäss VVK darf jedoch nicht über Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Versicherer so erweitert werden, dass es direkten Zugriff gibt auf weitere Daten des Versicherten. Es ist aber denkbar, dass Leistungserbringer und Versicherer neue Prozesse zur Abrechnung an eine abgeschlossene Online-Abfrage anbinden;
- *Ausgestaltung und Zugriffskontrolle:* Die Zugriffskontrolle erfolgt mindestens über ID und Passwort. Zugriffsberechtigt sind selbständig tätige Leistungserbringer, die eine ZSR-Nummer besitzen sowie medizinisch und administrativ tätige Mitarbeitende von Institutionen mit ZSR-Nummer oder beauftragte Institutionen. Die Versicherer kontrollieren die Zugriffsberechtigungen der anfragenden Personen oder Institutionen, wobei die Leistungserbringer lediglich einen Lesezugriff erhalten (keine Bearbeitung der Daten). Der Standard eCH-0064:2008 beschreibt die unterschiedlichen Möglichkeiten der technischen Ausgestaltung des Online-Verfahrens;
- *Zugriff bei delegierten Leistungen:* Bei Leistungen, die auf ärztliche Anordnung und in Abwesenheit des Versicherten erfolgen (z.B. Laboranalysen), sollten die Leistungserbringer unter sich praktikable Lösungen finden. Allenfalls macht es Sinn, dass die ärztliche Anordnung das Einverständnis des Versicherten sowie die Kartenummer enthält;
- *Zugriff für Inkassostellen:* Das Online-Verfahren ist grundsätzlich auch zugänglich für externe Verrechnungs- und Inkassostellen, welche im Auftrag der Leistungserbringer abrechnen. Dazu müssen separate Vereinbarungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern getroffen werden. Wichtig bleibt, dass die Versicherten informiert werden und ihr Einverständnis geben können (siehe oben).

5.6 Anwendung „Speichern von persönlichen Daten“

	<p>Speichern von persönlichen Daten</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1) Patient/in bringt die Versichertenkarte zur Konsultation bei einem Leistungserbringer mit; 2) Der Leistungserbringer authentisiert sich mit seinem elektronischen Leistungserbringernachweis gegenüber der Versichertenkarte und erhält damit technisch die Möglichkeit, persönliche Daten auf die Karte zu schreiben; 3) Der Leistungserbringer speichert auf Wunsch und in Absprache mit dem Patient/in persönliche Daten auf der Karte; 4) Patient/in hat die Möglichkeit, die Daten mit einer PIN zu schützen. 	<p>Beschreibung</p>

Die Karte enthält im Einverständnis mit der versicherten Person persönliche Daten, die von dazu befugten Personen abrufbar sind (Art. 42a Abs. 4 KVG).

Grundlage im KVG

- *Umfang der Daten:* Die Personen aus dem Kreis der Leistungserbringer können zur Verbesserung der Effizienz, der Sicherheit und der Qualität der medizinischen Behandlung folgende Daten in elektronischer Form auf der Versichertenkarte abspeichern, sofern die versicherte Person damit einverstanden ist (Art. 6 Abs. 1 VVK):
 - Blutgruppen- und Transfusionsdaten;
 - Immunisierungsdaten (d. h. Daten zum Impfen);
 - Transplantationsdaten;
 - Allergien;
 - Krankheiten und Unfallfolgen;
 - in medizinisch begründeten Fällen einen zusätzlichen Eintrag;
 - Medikation;
 - eine oder mehrere Kontaktadressen für den Notfall;
 - Hinweis auf bestehende Patientenverfügungen;
- *Kennzeichnung der Daten:* Die Leistungserbringer müssen die Daten mit ihrer EAN (European Article Number) und dem Datum des Eintrages versehen (Art. 6 Abs. 2 VVK);
- *Freiwilligkeit für die Leistungserbringer:* Die Leistungserbringer sind nicht verpflichtet, die persönlichen Daten aufzunehmen (Art. 6 Abs. 3 VVK);
- *Bearbeitungsrechte:* Die Leistungserbringer haben je nach Berufsgruppe unterschiedliche Rechte. Ärzte, Zahnärzte und Chiropraktoren haben bei allen Daten Lese-, Schreib- und Löschrrechte. Alle anderen Leistungserbringer haben diese Rechte nur bei Kontaktadressen und Hinweisen auf Patientenverfügungen (sonst überall Leserecht). Ausnahme: Apotheker können bei der Medikation ebenfalls Lesen, Schreiben und Löschen (Art. 7 Abs. 1 VVK);

Grundlagen in der VVK

- *Datenschutz und Datensicherheit:* Der Zugriff erfolgt mit einem elektronischen Leistungserbringernachweis. Die Leistungserbringer dürfen die Daten nur mit Einwilligung der versicherten Person lesen, schreiben und löschen. Die versicherte Person kann die medizinischen Daten mit einer PIN sperren (Art. 7 Abs. 2 bis 4 VVK);
- *Elektronischer Leistungserbringernachweis:* Der elektronische Leistungserbringernachweis muss eine Authentifizierung der zugriffsberechtigten Person ermöglichen. Für die Ausgabe der Nachweise sind die zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassenen Leistungserbringer zuständig. Sie können diese Aufgabe auch Dritten übertragen. Die Leistungserbringer müssen sicherstellen, dass der Nachweis nur den Personen ausgestellt wird, die über eine nach den Vorschriften des Bundes oder der Kantone anerkannte Ausbildung verfügen (Art. 8 VVK);
- *Keine Vor- und Nachteile:* Es wäre denkbar, dass die Versicherer spezielle Angebote für Versicherte lancieren, welche persönliche Daten auf der Versichertenkarte speichern lassen. Der Versicherer darf den Entscheid der versicherten Person über die Aufnahme oder die Nichtaufnahme von Daten nach Absatz 1 jedoch weder mit Vorteilen noch mit Nachteilen beeinflussen (Art. 6 Abs. 4 VVK);
- *Information über die Daten:* Die versicherte Person hat das Recht, über die auf der Versichertenkarte enthaltenen persönlichen Daten informiert zu werden und sie jederzeit auf Wunsch bei einem berechtigten Leistungserbringer löschen zu lassen (Art. 9 VVK);
- *Informationspflicht der Leistungserbringer:* Leistungserbringer, die persönliche Daten auf der Versichertenkarte abspeichern, sind verpflichtet, die versicherte Person über ihre Rechte aufzuklären (Art. 13 VVK). Diese Information muss insbesondere umfassen:
 - Die Aufklärung über die Rechte der Versicherten;
 - Die Aufklärung darüber, wer die Daten zu welchen Zwecken bearbeiten kann;
 - Den Hinweis auf die Möglichkeit, die Daten mittels PIN zu sperren sowie die Vor- und Nachteile einer solchen Sperrung;
 - Den Hinweis, die Daten vor Rückgabe der Versichertenkarte an den Versicherer löschen zu lassen.

Artikel 2 der VVK-EDI in Verbindung mit dem Anhang 2 (Spezifikation der persönlichen Daten nach Artikel 6 VVK). Die persönlichen Daten werden in strukturierter Form gespeichert. Bei der Auswahl der konkreten Datensätze steht der Anwendung „Notfallsituation“ im Vordergrund. Weil die persönlichen Daten nicht zentral oder dezentral über einen oder mehrere Server zugänglich sind, sondern lokal auf der Versichertenkarte gespeichert werden, sollten möglichst stabile Daten aufgenommen werden (z.B. systemisch wirkende Dauermedikationen).

Grundlage in der VVK-EDI

- *Grundsatz:* Mit dem Speichern von persönlichen Daten auf der Versichertenkarte werden weder bestehende Ausweise mit medizinischen Angaben ersetzt noch wird ein elektronisches Patientendossier etabliert. Vielmehr können die Patientinnen und Patienten im Notfall oder bei geplanten Konsultationen den Leistungserbringern wichtige Infor-

Bemerkungen

mationen über ihre Person und ihre Gesundheit zugänglich machen. Jeder Eintrag ist für die versicherte Person freiwillig. Es kann somit kein Anspruch auf Vollständigkeit gestellt werden. Die persönlichen Daten sind als „Mitteilung“ oder „Hinweis zur Beachtung“ zu verstehen – die Informationen sind nicht gleichwertig mit einem ärztlichen Überweisungsbericht und werden deshalb nicht elektronisch signiert. Es sollen nur Angaben aufgenommen werden, die bereits bekannt sind. Medizinische Untersuchungen allein zum Zwecke des Speicherns von Informationen auf der Versichertenkarte sollen nicht vorgenommen werden;

- *Karte als Speichermedium:* Die persönlichen Daten sind lokal auf der Versichertenkarte gespeichert und nicht serverbasiert verfügbar. In späteren Ausbausritten wird ein Instrument wie die Versichertenkarte (oder Gesundheitskarte) weniger Datenträger als vielmehr Zugangsschlüssel zu zentral oder dezentral über einen oder mehrere Server verfügbaren Informationen sein. Der Artikel 42a KVG genügt jedoch nicht als gesetzliche Grundlage für diesen Schritt. Erstens sieht er die lokale Speicherung vor („Die Karte enthält...“). Und zweitens enthält er keine Verpflichtungen an die Adresse der Leistungserbringer, die in der Gesundheitsversorgung für die Bearbeitung und Verwaltung von medizinischen Daten verantwortlich sind. Parlament und Bundesrat wollen ein schrittweises Vorgehen. Medizinische Daten auf einem zentralen oder mehreren dezentralen Servern zu speichern wäre ein sehr grosser erster Schritt, da sich bei dieser Lösung komplexe organisatorische Fragen sowie Fragen der Datensicherheit und des Datenschutzes stellen werden. Diese Fragen werden in den nächsten Jahren im Rahmen der Umsetzung der Strategie „eHealth“ beantwortet. In einer ersten Phase werden deshalb möglichst stabile Daten auf der Versichertenkarte gespeichert;
- *Schreibrechte:* Medizinische Daten schreiben und löschen können nur Ärzte, Zahnärzte und Chiropraktoren. Apothekern ist es ausserdem erlaubt, die Medikation aufzunehmen und zu löschen. Einzig die Kontaktadressen für den Notfall und den Hinweis auf bestehende Patientenverfügungen können von allen Fachpersonen aufgenommen werden, die über eine von Bund oder Kantonen anerkannte Ausbildung verfügen (Hebammen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pflegefachpersonen, Logopäden und Ernährungsberater, s. Anhang der VVK). Alle schreibberechtigten Personen können entweder im Rahmen der OKP als selbständig Erwerbende zugelassen oder Angestellte eines Leistungserbringers (z.B. Spital, Spitexorganisation) sein. Es ist jedoch zu beachten, dass kein Leistungserbringer verpflichtet ist, diese Dienstleistung anzubieten;
- *Ausstellung des Leistungserbringernachweises:* Zuständig für die Ausgabe der elektronischen Leistungserbringernachweise sind die Personen und Institutionen aus dem Kreis der Leistungserbringer. Sie können die Aufgabe an Dritte delegieren. Es ist denkbar, dass die grösseren nationalen Verbände der Leistungserbringer den elektronischen Nachweis für ihre Mitglieder entwickeln und weiteren Berufsgruppen anbieten. Um die Dienstleistung der Erfassung von persönlichen Daten anbieten zu können, muss eine Person über eine von Bund oder Kantonen anerkannte Ausbildung verfügen. Damit erfüllt sie die Anforderungen zum Bezug eines elektronischen Leistungserbringernachweises;

- *Vollständigkeit und Aktualität der Daten:* Das Angebot an die Versicherten, auf ihrer Versichertenkarte eine beschränkte Menge medizinischer Daten speichern zu lassen, ist als erster Schritt hin zu einer Gesundheitskarte angelegt. Die Nutzung dieser Zusatzfunktion muss allerdings freiwillig bleiben – dies gilt für jeden einzelnen Eintrag. Damit ist aber nicht sichergestellt, dass die Informationen auf der Versichertenkarte vollständig und aktuell sind. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass primär Patientinnen und Patienten medizinische Daten speichern lassen, welche die wesentlichen Informationen zugänglich machen wollen. Sie werden deshalb nicht alleine über den Umfang der gespeicherten Daten entscheiden, sondern dies mit dem Arzt, Zahnarzt oder Chiropraktor absprechen. Zudem sind alle Einträge mit der persönlichen EAN-Nummer der Medizinalperson sowie mit dem Datum des Eintrages versehen. Somit ist nachvollziehbar, wer wann den letzten Eintrag gemacht hat;
- *Haftung:* Die persönlichen Daten sind lediglich als „Mitteilung“ oder „Hinweis zur Beachtung“ zu verstehen und sind vom Leistungserbringer nicht elektronisch signiert (siehe oben). Auch wenn die versicherte Person und der Leistungserbringer jedes Interesse an der Richtigkeit der medizinischen Daten haben, kann keine Haftung daraus abgeleitet werden, wenn die Daten unvollständig oder nicht mehr aktuell sind – oder fehlerhaft aufgenommen wurden;
- *PIN:* Bei der Ausgabe ist die Versichertenkarte so vorbereitet, dass die persönlichen Daten durch eine PIN geschützt werden können. Bei jeder Bearbeitung der Daten entscheidet die versicherte Person, ob sie die Einträge schützen will. In diesem Fall legt sie eine persönliche PIN und die zu schützenden Daten fest. Es können wahlweise einzelne Kategorien geschützt werden (z.B. nur „Krankheiten“ oder „Allergien“). Mit der PIN können die gesperrten Daten fallweise freigegeben werden. Der Entscheid für oder gegen eine PIN kann die versicherte Person bei jeder späteren Datenbearbeitung neu fällen – auch kann die PIN bei dieser Gelegenheit geändert werden. Der Nachteil der PIN besteht darin, dass die gesperrten Daten im Notfall nicht verfügbar sind, wenn die Person nicht ansprechbar ist (siehe Anwendung 5.7). Ausserdem sind die Einträge verloren, falls die versicherte Person die selber gewählte PIN vergisst. Gemäss dem Standard eCH-0064:2008 bedarf eine PIN-Änderung nicht der Anwesenheit eines Leistungserbringers;
- *Finanzierung:* Das KVG bietet keine gesetzliche Grundlage, die Leistungserbringer zur Einrichtung einer technischen Infrastruktur zur Speicherung von persönlichen Daten zu verpflichten. Der Einstieg in dieses Gebiet bleibt damit ein unternehmerischer Entscheid jedes Leistungserbringers. Für die Speicherung von persönlichen Daten muss zum Beispiel ein frei praktizierender Arzt gemäss der vom BAG in Auftrag gegebenen Kosten-Nutzen-Analyse von Debold&Lux⁶ vom 8. Juni 2006 mit Investitionen in der Höhe von durchschnittlich 2'100.- Franken rechnen. Die Kosten, welche durch die Aufnahme der Daten im Rahmen von medizinischen Konsultationen entstehen, werden dagegen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt. Die Art der Abgeltung ist zwischen den Tarifpartnern zu vereinbaren.

⁶ Die Kosten-Nutzen-Analyse von Debold & Lux vom 8. Juni 2006 kann eingesehen werden unter <http://www.ehealth.admin.ch/>

5.7 Anwendung „Lesen von persönlichen Daten“

<p>Das Diagramm zeigt den Prozess des Lesens von persönlichen Daten von einer Versichertenkarte. Ein Patient/in (links) bringt die Karte zu einem Leistungserbringer (rechts). Der Prozess ist in fünf nummerierte Schritte unterteilt: 1. Patient/in bringt die Karte; 2. Leistungserbringer authentifiziert sich; 3. Patient/in gibt die PIN ein; 4. Leistungserbringer liest die Daten; 5. Patient/in ändert die PIN.</p>	<p>Lesen von persönlichen Daten</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1) Patient/in bringt die Versichertenkarte zur Konsultation bei einem Leistungserbringer mit; 2) Der Leistungserbringer authentisiert sich mit seinem elektronischen Leistungserbringernachweis gegenüber der Versichertenkarte und erhält damit technisch die Möglichkeit, persönliche Daten zu lesen; 3) Patient/in gibt durch Eingabe der PIN die geschützten Daten frei (dieser Prozessschritt fällt weg, wenn keine PIN gesetzt wurde); 4) Der Leistungserbringer übernimmt auf Wunsch und in Absprache mit dem Patient/in persönliche Daten von der Karte; 5) Patient/in kann bei dieser Gelegenheit die PIN ändern oder aufheben. 	<p>Beschreibung</p>

Analog Anwendung 5.6.

Grundlage im KVG

Analog Anwendung 5.6. Zusätzlich gilt die folgende Bestimmung:

Grundlagen in der VVK

- *Offenlegung*: Die Versicherten können die Offenlegung der persönlichen Daten ohne Angaben von Gründen verweigern (Art. 9 Abs. 2 VVK).

Analog Anwendung 5.6.

Grundlage in der VVK-EDI

Grundsätzlich gelten die gleichen Bemerkungen wie beim Anwendung 5.6. Zusätzlich sind folgende Punkte zu beachten:

Bemerkungen

- *Nutzen der Daten*: Medizinische Informationen können den Leistungserbringer in der Anamnese unterstützen, also bei der Erhebung der persönlichen Krankheitsgeschichte und in der Gesprächsführung mit dem Patienten. Gegenwärtig zeigen vor allem Spitalkreise Interesse an einer Nutzung der Daten;
- *Leserechte*: Lesezugriff auf die persönlichen Daten haben Ärzte, Apotheker, Zahnärzte, Chiropraktoren, Hebammen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pflegefachpersonen, Logopäden und Ernährungsberater, welche über eine von Bund oder Kantonen anerkannte Ausbildung verfügen. Sie brauchen einen elektronischen Leistungserbringernachweis. Versicherer haben keinen Zugriff auf die persönlichen Daten nach Artikel 6 VVK;
- *Entscheidung liegt bei den Patienten*: Leistungserbringer dürfen nur im Einverständnis mit der Patientin oder dem Patienten auf die persönlichen Daten zugreifen. Die mündliche Form genügt.

5.8 Anwendung „Verwendung der persönlichen Daten im Notfall“

	<p>Verwendung der persönlichen Daten im Notfall</p>
<p>1) Patient/in trägt die Versichertenkarte mit gespeicherten persönlichen Daten bei sich;</p> <p>2) In einer Notfallsituation authentisiert sich der Leistungserbringer mit seinem elektronischen Leistungserbringernachweis gegenüber der Versichertenkarte und greift auf die persönlichen Daten zu.</p>	<p>Beschreibung</p>

Analog Anwendung 5.6.

Grundlage im KVG

Analog Anwendung 5.6. Zusätzlich gilt die folgende Bestimmung:

Grundlagen in der VVK

- *Zugriff im Notfall:* Ist es für die Versorgung im Notfall erforderlich und kann die versicherte Person ihre Einwilligung nicht erteilen, so dürfen Leistungserbringer mit ihrem elektronischen Nachweis ohne Einwilligung der versicherten Person auf die persönlichen Daten zugreifen (Art. 7 Abs. 5 VVK).

Analog Anwendung 5.6.

Grundlage in der VVK-EDI

Grundsätzlich gelten die gleichen Bemerkungen wie beim Anwendung 5.6. Zusätzlich sind folgende Punkte zu beachten:

Bemerkungen

- *Nutzen der Daten:* Besonders in Notfallsituationen kann der Zugriff auf persönliche und medizinische Informationen eine schnelle und effiziente Versorgung der Patientinnen und Patienten ermöglichen;
- *Einverständnis:* In Notfallsituationen ist es denkbar, dass Patientinnen oder Patienten nicht ansprechbar sind oder aus anderen Gründen kein Einverständnis für den Zugriff auf die persönlichen Daten geben können. In diesem Fall dürfen berechnigte Leistungserbringer die Daten ohne Einverständnis auslesen;
- *Notfall und PIN:* Die Möglichkeit für die Versicherten, ihre persönlichen Daten auf der Versichertenkarte mit einer PIN zu schützen, kann im Notfall einen Nachteil haben: Die gesperrten Daten sind aus technischen Gründen nicht verfügbar, wenn die Patientinnen und Patienten nicht ansprechbar sind. Umso wichtiger ist es, dass die Leistungserbringer bei der Speicherung der Daten auf diesen Punkt hinweisen. Es kann allerdings angenommen werden, dass Versicherte mehrheitlich nur dann persönliche Daten speichern lassen, wenn sie diese auch einem Arzt, Apotheker oder Spital zugänglich machen wollen – und somit in der Regel auf eine PIN verzichten.

5.9 Anwendung „Persönliche Daten beim Ersatz der Versichertenkarte“

<p>The diagram illustrates a three-step process on an orange background. In the top left, a person labeled 'Patient/in' holds a Swiss health insurance card. An arrow labeled '2' points to the top right, where a person labeled 'Leistungserbringer' (service provider) is shown with a medical symbol. In the bottom center, a person labeled 'Versicherer' (insurer) is shown at a desk. An arrow labeled '1' points from the insurer to the patient. A third arrow labeled '3' points from the service provider back to the patient, with a card icon above it.</p>	<p>Persönliche Daten beim Ersatz der Versichertenkarte</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1) Nach einem Diebstahl, Kartenverlust, Kassenwechsel oder nach Ablauf der Gültigkeitsdauer erhält der Versicherte von seinem Krankenversicherer eine neue Versichertenkarte; 2) Patient/in bringt die Versichertenkarte bei der nächsten Konsultation zum Leistungserbringer; 3) Der Leistungserbringer speichert auf Wunsch und in Absprache mit dem Karteninhaber die persönlichen Daten wieder auf die Versichertenkarte. 	<p>Beschreibung</p>

- *Rückgabepflicht:* Nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses und nach Ablauf der Gültigkeitsdauer muss die versicherte Person die Versichertenkarte dem Versicherer auf Verlangen zurückgeben (Art. 10 Abs. 3 VVK);
- *Daten löschen lassen:* Leistungserbringer und Versicherer sind verpflichtet, die Versicherten darauf hinzuweisen, dass sie persönliche Daten vor Rückgabe der Versichertenkarte an den Versicherer löschen lassen sollten (Art. 12 und 13 VVK).

Grundlagen in der VVK

- *Backup beim Leistungserbringer:* Es ist davon auszugehen, dass jeder Arzt, Zahnarzt oder Chiropraktor nach der Aktualisierung der persönlichen Daten eine Kopie im Patientendossier der versicherten Person elektronisch oder auf Papier ablegt – wie dies die Leistungserbringer bereits heute mit medizinischen Unterlagen tun. Die konkreten rechtlichen Vorgaben zur Archivierung von medizinischen Daten sind in der Regel in den kantonalen Gesundheitsgesetzen festgehalten;
- *Datenverlust vermeiden:* Bei einem allfälligen Verlust der Versichertenkarte sowie bei Neuausgabe der Karte sollte der Ersatz der persönlichen Daten sichergestellt sein. Deshalb sollte die versicherte Person einen Ausdruck der aktuellen Daten verlangen, damit diese später ohne Zusatzaufwand auf die neue Versichertenkarte übertragen werden können;
- *Missbrauch von Daten:* Die Gefahr, dass Daten auf einer verlorenen oder gestohlenen Karte missbraucht werden, ist klein. Die Daten kön-

Bemerkungen

nen nur gelesen werden, wenn ein gültiger Leistungserbringernachweis und die entsprechende Hard- und Software vorhanden sind;

- *Daten löschen lassen:* Es besteht die Befürchtung, dass sich die Versicherer bei der Rückgabe von alten Karten über Leistungserbringer den Zugriff verschaffen auf persönliche Daten, die auf der Versichertenkarte gespeichert sind. Es ist Sache der versicherten Person, die allenfalls auf der Versichertenkarte aufgenommenen persönlichen Daten zu löschen, zu überschreiben oder unleserlich zu machen, bevor sie die Karte bei Ablauf oder Versicherungswechsel dem Versicherer zurücksendet (z.B. Löschen bei einem Leistungserbringer, Zerschneiden des Mikropchips, sofern dies der Versicherer als Karteneigentümer erlaubt). Der Versicherer hat seine Versicherten bei der Ausstellung auf diese Pflicht hinzuweisen.

5.10 Anwendung „Kantonale Modellversuche“

- *Grundsatz:* Im Rahmen von kantonalen Modellversuchen im Gesundheitsbereich ist die erweiterte Nutzung der Versichertenkarte möglich, sofern dies im kantonalen Recht vorgesehen ist (Art. 16 Abs. 1 VVK).
- *Rahmenbedingungen:* Das kantonale Recht muss den Rahmen und den Zweck des Versuchs und eine zeitliche Befristung des Versuchs festlegen, das zuständige kantonale Organ bezeichnen, die Freiwilligkeit der Teilnahme der Versicherten und der Leistungserbringer gewährleisten, die im Rahmen des Versuchs bearbeiteten Personendaten festlegen und die Zugriffsrechte auf Personendaten regeln. Der Modellversuch ist durch eine Evaluation des Kantons zu begleiten. Der Kanton erstattet dem Bundesamt für Gesundheit über den Modellversuch Bericht (Art. 16 Abs. 2 und 3 VVK).

Grundlagen in der VVK

Für kantonale Modellversuche ist auf jeder Versichertenkarte ein dediziertes Verzeichnis (Verzeichnisdatei DF) vorhanden. Nutzdateien, Logikdateien, Schlüsseldateien und Dateien mit Zertifikaten müssen innerhalb eines solchen Verzeichnisses abgelegt werden. Zudem ist sicherzustellen, dass die Funktionen der Versichertenkarte nach KVG und VVK in jedem Fall unverändert bleiben.

Grundlage im Standard eCH-0064:2008

- *Kompetenz der Kantone:* Die Kantone haben die verfassungsmässige Kompetenz, Gesundheitskarten auf ihrem Gebiet einzuführen. Im heutigen Zeitpunkt betreiben oder planen bereits mehrere Kantone Projekte oder Karten mit Anwendungen, die über die Funktionalitäten der Versichertenkarte hinausgehen. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, dass die Versichertenkarte in solchen Modellen eingesetzt werden kann. Die Verordnung ermöglicht deshalb den Kantonen, eine erweiterte Nutzung der Versichertenkarte im Rahmen von Modellversuchen im Gesundheitsbereich zu testen. Die kantonalen Initiativen entsprechen zudem der Stossrichtung des Parlamentes, das sich für eine Öffnung der Versichertenkarte in Richtung einer Gesundheitskarte ausgesprochen hat. Im Rahmen der Strategie eHealth Schweiz ist eine Koordination vorgesehen.

Bemerkungen

- *Art der Modellversuche:* Bisher ist nicht klar, welche Kantone Modellversuche mit der Versichertenkarte lancieren wollen oder wie diese aussehen sollen. Denkbar ist die Speicherung von persönlichen und medizinischen Daten auf einem Rechner – hier könnte die Versichertenkarte versuchsweise bereits die Funktion einer Gesundheitskarte übernehmen (elektronischer Zugangsschlüssel). Möglich sind auch administrative Prozesse, die nicht in der VVK geregelt sind (z.B. das eRezept);
- *Technische Fähigkeiten:* Bei der Ausgabe können alle Versichertenkarten mit gewissen Fähigkeiten für Modellversuche ausgestattet sein, wobei sich diese spezifischen Anforderungen in einem technisch und finanziell angemessenen Rahmen bewegen müssen. Zusätzliche Anforderungen müssen von den Kantonen bei den Versicherern rechtzeitig bestellt werden. Die Kosten sind von den Kantonen zu übernehmen. Wenn die Kantone diese Anforderungen in Absprache mit den Versicherern rechtzeitig vor einer Kartenausgabe definieren, müssen sie nur den Aufpreis für die Wünsche bezahlen.

Anhang: Referenzen

- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), SR 832.10, http://www.admin.ch/ch/d/sr/832_10/
- Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK), SR 832.105, http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/c832_105.html
- Verordnung des EDI über die technischen und grafischen Anforderungen an die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK-EDI), SR 832.105.1, <http://www.admin.ch/ch/d/sr/sr.html> (832.105.1 eingeben)
- Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG), SR 831.10, http://www.admin.ch/ch/d/sr/831_10/
- Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV), SR 831.101, http://www.admin.ch/ch/d/sr/c831_101/
- eCH-0064 – Spezifikationen für das System Versichertenkarte (genehmigt durch den eCH-Expertenausschuss am 4. Februar 2008), verfügbar unter www.ech.ch
- Informationen zur Versichertenkarte und zur „Strategie eHealth Schweiz“: www.ehealth.admin.ch