

Verordnung vom 14. Februar 2007 über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK)

Inkrafttreten vorgesehen für den 1. März 2007

Kommentar und Inhalt der Verordnung (Beilage)

Bern, 14. Februar 2007

Inhalt

1	Einleitung	3
2	Inhalt der Verordnung	6
21	Grundsatz (Art. 1)	6
22	Technische Anforderungen (Art. 2)	6
23	Daten für die Rechnungstellung	7
231	Aufgedruckte Daten (Art. 3)	7
232	Elektronische Daten (Art. 4)	8
233	Verifizierung der Versichertennummer der AHV (Art. 5)	8
24	Daten nach Artikel 42a Absatz 4 KVG	9
241	Umfang der Daten (Art. 6)	9
242	Zugriff auf die Daten nach Artikel 6 (Art. 7)	11
243	Elektronischer Leistungserbringernachweis (Art. 8)	13
25	Rechte und Pflichten	13
251	Rechte der versicherten Person (Art. 9)	13
252	Pflichten der versicherten Person (Art. 10)	14
253	Rechte des Versicherers (Art. 11)	14
254	Pflichten des Versicherers (Art. 12)	14
255	Pflichten der Personen nach dem Anhang (Art. 13)	15
26	Rechnungstellung	15
261	Übernahme der Daten für die Rechnungstellung (Art. 14)	15
262	Online-Verfahren (Art. 15)	15
27	Kantonale Modellversuche (Art. 16)	16
28	Technische Standards (Art. 17)	16
29	Schlussbestimmungen	17
291	Änderung des bisherigen Rechts (Art. 18)	17
292	Übergangsbestimmungen (Art. 19)	17
293	Inkrafttreten (Art. 20)	17
3	Finanzielle Auswirkungen.....	18

1 Einleitung

Die Schweiz liegt weltweit in der Spitzengruppe jener Länder, die gute Voraussetzungen haben, in Informations- und Kommunikationstechnologie zu investieren und diese zu nutzen. Im Gesundheitssystem wird dieses Potential bisher nur ungenügend ausgeschöpft. Administrative und medizinische Daten werden mehrfach erfasst, übertragen und ausgelesen – zum Teil von Hand, zum Teil elektronisch. Das Resultat sind ineffiziente Abläufe, Fehler und der Verlust an Informationen.

Die föderale Organisation der Gesundheitsversorgung ermöglicht zwar praxisnahe Lösungen, sie erschwert aber einheitliche Systeme. Die Versichertenkarte ist ein erster Schritt, um die elektronischen Gesundheitsdienste auf nationaler Ebene besser zu koordinieren und zu fördern. Weitere Schritte werden mit der Umsetzung der eHealth-Strategie folgen, welche der Bundesrat im Januar 2006 in Auftrag gegeben hat.

Am 8. Oktober 2004 hat das Parlament die rechtliche Grundlage für die Einführung einer Versichertenkarte geschaffen. Der entsprechende Artikel 42a im Bundesgesetz vom 18. März 1994¹ über die Krankenversicherung (KVG) ist seit dem 1. Januar 2005 in Kraft.

Der Bundesrat hat am 22. Juni 2005 ein erstes Konzept für die Einführung einer Versichertenkarte verabschiedet und gleichzeitig auch die Ziele für das System definiert:

- **Effiziente Administration:** Reduktion des administrativen Aufwandes bei der Abrechnung von Leistungen (weniger Fehler bei der Datenerfassung, höhere Datenqualität, einfachere Handhabung von Versichertendaten, weniger Rückfragen);
- **Qualität und Sicherheit:** Verbesserung der medizinischen Qualität und Sicherheit der Versorgung (Möglichkeit, persönliche Daten auf der Versichertenkarte zu speichern);
- **„Patient Empowerment“:** Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten (Entscheid über Umfang und Verwendung der persönlichen Daten).

Auf dieser Basis hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Herbst 2005 ein Grobdesign des Systems Versichertenkarte publiziert, welches von einem Experten in Begleitung einer externen Steuergruppe erarbeitet worden war. Im Frühjahr 2006 lag ein konkretes Umsetzungskonzept vor. Das Grobdesign und der Umsetzungsvorschlag wurden jeweils mit den wichtigsten Partnern diskutiert:

- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK)
- santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer
- Schweizerischer Versicherungsverband (SVV)
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva)
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
- PharmaSuisse Schweizerischer Apothekerverband (früher: SAV)
- H+ Die Spitäler der Schweiz
- CURAVIVA Verband Heime und Institutionen Schweiz (früher: Forum stationäre Altersarbeit Schweiz)
- Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG)

¹ SR 832.10

- Spitex Verband Schweiz
- Schweizer Physiotherapie Verband (Fisio)
- Stiftung Konsumentenschutz (SKS)
- Stiftung Schweizerische Patienten-Organisation (SPO)
- Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP)
- Fédération romande des Consommateurs (FRC)
- Associazione pazienti della Svizzera italiana (APSI)
- Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter (EDÖB)
- Bundesamt für Justiz (BJ)

Das vorgeschlagene Modell basiert auf den Ergebnissen dieser Diskussionen. Zum Entwurf der Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK) wurde ausserdem zwischen Mitte September und Ende Oktober 2006 eine Anhörung der interessierten Kreise durchgeführt. Aufgrund der Eingaben wurde das Modell angepasst. Die Einführung der Versichertenkarte ist gemäss Artikel 42a Absatz 3 KVG Sache der Versicherer. Mit „Einführung“ war in der parlamentarischen Beratung implizit auch „Finanzierung“ gemeint. Da es keine Anzeichen gibt, dass sich die anderen Akteure freiwillig an den Einführungskosten beteiligen, muss ein Modell angestrebt werden, das sich eng an den Vorgaben von Artikel 42a KVG orientiert. Die Anwendungen gemäss Absatz 4 werden daher so ausgestaltet, dass der Aufwand für die Versicherer bei der Kartenausgabe bezüglich der Umsetzung von Absatz 4 minimal bleibt. Es besteht ausserdem keine gesetzliche Grundlage für eine Verpflichtung der Leistungserbringer, die Anwendungen nach Absatz 4 bereitzustellen.

Die Kantone haben mehrfach betont, dass es aus ihrer Sicht notwendig sei, die schon bestehenden kantonalen Modellversuche an das System Versichertenkarte zu koppeln. In dieser Hinsicht wurde ein Modellversuchsartikel in die Verordnung aufgenommen, der es den Kantonen erlaubt, die Versichertenkarte für weitere Nutzungen zu verwenden, sofern diese im kantonalen Recht vorgesehen sind.

Gemäss Artikel 42a Absatz 3 regelt der Bundesrat nach Anhörung der interessierten Kreise die anzuwendenden technischen Standards. Damit diese Standards möglichst einfach an den aktuellen Stand der Technik angepasst werden können, sollen sie auf Ebene einer Verordnung des Eidgenössischen Departements des Inneren (EDI) geregelt werden. Um sie realistisch und praxisnah definieren zu können, ist die Zusammenarbeit aller am System beteiligten Akteure notwendig. Das BAG hat den Verein eCH gewählt, um eine unabhängige Plattform für den Wissensaustausch anzubieten. Die Einbettung im Rahmen eines Vereins erleichtert den Einbezug von privaten Anbietern, welche als wichtige Träger von Fachwissen an den Diskussionen teilnehmen sollen. Die Standards werden gemäss Statuten per Konsens festgelegt und können von einem Expertenausschuss als eCH-Standards empfohlen werden. Dabei werden internationale Standards berücksichtigt, sofern solche verfügbar sind und den Anforderungen des schweizerischen Gesundheitssystems entsprechen. Dies unterstützt den Wettbewerb und fördert den Abbau von technischen Handelshemmnissen. Die Standards sind unverbindlich und werden allen Interessenten kostenlos zur Verfügung gestellt. Damit wird unter anderem erreicht, dass offene, für alle frei zur Verfügung stehende Standards entwickelt werden. Die für das System Versichertenkarte wesentlichen Resultate dieser Arbeiten werden durch das EDI als verbindlich erklärt und in einer Verordnung verankert.

Die Versichertenkarte soll sicherstellen, dass bereits mit der Erfassung von administrativen Daten beim Leistungserbringer zuverlässige Angaben über die versicherte Person und das Versicherungsverhältnis vorliegen – möglichst in elektronischer Form. Artikel 42a KVG schreibt zwar nicht vor, dass die KVG-Leistungen elektronisch abgerechnet werden müssen. Die mit der Einführung der Versichertenkarte verbundene Verbreitung der Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen kann jedoch die in den Tarifverträgen vereinbarte elektronische Abrechnung fördern.

2 Inhalt der Verordnung

21 Grundsatz (Art. 1)

Die Versicherer sind verpflichtet, jeder in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versicherten Person eine Versichertenkarte auszustellen (Abs. 1). Die Ausgabepflicht umfasst somit sowohl Versicherte mit Wohnsitz oder Aufenthalt in der Schweiz als auch Versicherte mit Wohnsitz im Ausland gemäss den Artikeln 1ff. der Verordnung vom 27. Juni 1995² über die Krankenversicherung (KVV).

Die Versichertenkarte wird jedoch nicht von allen Versicherten genutzt werden können, da sie im internationalen Verhältnis nicht anwendbar ist. Die Versichertenkarte räumt gewissen Gruppen von KVG-Versicherten mit Wohnsitz in der EU/EFTA nämlich keinen eigenständigen Anspruch auf medizinische Leistungen in der Schweiz ein und wird auch im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe nicht zur Anwendung kommen. Dies betrifft jene OKP-Versicherten, welche in einem Mitgliedstaat der EG wohnen und aufgrund des Freizügigkeitsabkommens zwischen den Mitgliedstaaten der EG und der Schweiz der schweizerischen Versicherungspflicht unterstellt sind (Art. 1 Abs. 2 Bst. d KVV), sowie die Versicherten mit Wohnsitz in Island und Norwegen, die aufgrund des revidierten EFTA-Abkommens der schweizerischen Versicherung unterstellt sind (Art. 1 Abs. 2 Bst. e KVV). Für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen in der Schweiz müssen diese Personen eine europäische Krankenversicherungskarte vorweisen, und die Leistungsabrechnung erfolgt nach den Regeln der internationalen Leistungsaushilfe. Eine Ausnahme liegt bei den Versicherten mit Wohnsitz in jenen EG-Staaten vor, die mit der Schweiz das sog. Behandlungswahlrecht vereinbart haben (Belgien, Deutschland, Frankreich, Holland, Österreich und Ungarn). Diese Versicherten können sich wahlweise im Wohnstaat oder in der Schweiz behandeln lassen. Im letzteren Falle erfolgt die Abrechnung nach dem schweizerischen Recht und nicht nach den Regeln der internationalen Leistungsaushilfe, weshalb die schweizerische Versichertenkarte zur Anwendung kommt. Aus diesem Grund ist in Absatz 2 eine Ausnahme vorgesehen für Versicherte in der EU, in Island oder Norwegen (Art. 1 Abs. 2 Bst. d und e KVV), welche ausser über die internationale Leistungsaushilfe keine Leistungen zulasten der OKP im Gebiet der Schweiz beziehen können.

Die Versichertenkarte muss bei der Ausstellung bestimmte Vorgaben erfüllen bezüglich der technischen Ausstattung (Art. 2) und der Daten für die Rechnungstellung (Art. 3 und 4).

22 Technische Anforderungen (Art. 2)

Nach dem vorgeschlagenen Konzept ist die Versichertenkarte mit einem Mikroprozessorchip ausgestattet, welcher die in Artikel 2 Absatz 1 aufgelisteten Anwendungen unterstützen kann. Ein Mikroprozessor besitzt teilweise die Fähigkeiten eines Kleincomputers und kann insbesondere Sicherheitsdienstleistungen, die bei der Bearbeitung von persönlichen Daten relevant sind, ausführen. Der Mikroprozessorchip muss die folgenden Anwendungen unterstützen:

² SR 832.102

- Bearbeitung von Personendaten (Bst. a) und der damit verbundenen Sicherheitsmassnahmen wie die Überprüfung der Berechtigung für den Datenzugriff (Bst. b);
- Sperren von Daten mit einem PIN-Code (Bst. c);
- weitere Anwendungen für kantonale Modellversuche (Bst. d).

Die Festlegung der hierfür notwendigen technischen Einzelheiten, inklusive der Normen und Standards, wird an das EDI delegiert (vgl. Art. 17). Diese Normen und Standards werden auf Empfehlung einer Fachgruppe des Vereins eCH (vgl. Einleitung) festgelegt.

Die Versicherer sorgen dafür, dass die von ihnen herausgegebenen Versichertenkarten untereinander kompatibel sind (Abs. 2).

23 Daten für die Rechnungstellung

231 Aufgedruckte Daten (Art. 3)

Artikel 42a Absatz 1 KVG sieht vor, dass die Versichertenkarte den Namen der versicherten Person sowie eine vom Bund zu vergebende Sozialversicherungsnummer enthält.

Die in Absatz 1 aufgelisteten Daten dienen der erleichterten Identifikation der versicherten Person durch den Leistungserbringer und weiteren administrativen Zwecken im Rahmen der Behandlung, insbesondere der Rechnungstellung. Die zusätzlichen persönlichen Daten wie Geburtsdatum und Geschlecht minimieren das Risiko einer fehlerhaften Identifikation der versicherten Person. Dadurch wird die Effizienz des Systems gesteigert. Im Gegensatz zu den persönlichen Daten im Sinne von Artikel 42a Absatz 4 KVG ist der administrative Datensatz von Artikel 3 obligatorisch. Die gedruckten Angaben müssen auch elektronisch auf der Versichertenkarte vorhanden sein (siehe unten Art. 4 Abs. 1).

Per 1. Januar 2006 wurde die Europäische Krankenversicherungskarte (EU-KVK) in der Schweiz eingeführt. Das europäische Recht³ gestattet den Vertragsstaaten, die EU-KVK auf der Rückseite der in den Mitgliedstaaten bestehenden Krankenversicherungskarten anzubringen. Die Schweiz möchte es den Versicherern freistellen, die KVG-Versichertenkarte mit der EU-KVK auf einer einzigen Karte zu kombinieren oder zwei eigenständige Karten herauszugeben (Abs. 2). Bei einer Kombination hätte die Karte dann eine "europäische" und eine "schweizerische" Seite. Es ist heute davon auszugehen, dass die KVG-Versicherer eine kombinierte Karte ausstellen werden. Dabei sind beide Datensätze vollständig auf der entsprechenden Seite anzubringen. Bei einer Kombination der Karten ist es sinnvoll, dass die Kennnummer der Versichertenkarte mit der Kennnummer der Europäischen Krankenversicherungskarte identisch ist.

In Absatz 3 wird das EDI ermächtigt, die Anforderungen an die grafische Gestaltung festzulegen.

³ Beschluss Nr. 189 der Verwaltungskommission der Europäischen Gemeinschaften für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer vom 18. Juni 2003.

232 Elektronische Daten (Art. 4)

Die aufgedruckten Daten nach Artikel 3 Absatz 1 müssen auch in elektronischer Form auf der Karte abgespeichert sein (Abs. 1).

Für die Rechnungstellung können zusätzliche Informationen erforderlich sein. Absatz 2 erlaubt deshalb den Versicherern, folgende weitere Angaben auf der Versichertenkarte zu speichern:

- Zustelladresse der versicherten Person;
- Rechnungsadresse des Versicherers;
- besondere Versicherungsformen nach Artikel 62 KVG;
- allfällige Sistierung der Unfalldeckung nach Artikel 8 KVG;
- Angaben über Zusatzversicherungen, sofern die versicherte Person einverstanden ist;
- Daten der Europäischen Krankenversicherungskarte.

Die Daten der Europäischen Krankenversicherungskarte sind mit jenen der Versichertenkarte teilweise identisch.

Die Aufnahme der Angaben zu den Zusatzversicherungen (Art. 4 Abs. 2 Bst. e) ist für die versicherte Person freiwillig. Die Verordnung verbietet daher den Versicherern explizit, den Entscheid der versicherten Person über die Aufnahme oder Nichtaufnahme dieser Daten mit Vor- oder Nachteilen zu beeinflussen (Abs. 3).

233 Verifizierung der Versichertennummer der AHV (Art. 5)

Als Sozialversicherungsnummer gemäss Artikel 42a Absatz 1 Satz 2 KVG soll die Versichertennummer der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) auf der Karte aufgedruckt werden. Mit dem Bundesgesetz vom 23. Juni 2006⁴ über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; "Neue AHV-Versichertennummer") wird voraussichtlich spätestens per 1. Januar 2008 die neue "nichtsprechende" Nummer eingeführt, welche für die Versichertenkarte verwendet werden soll.

Vor Ausgabe der Versichertenkarte verifizieren die Versicherer die Versichertennummer bei der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) und veranlassen nötigenfalls die Zuweisung einer Nummer (Abs. 1). Die Nutzer der Nummer müssen bestimmte sichernde Massnahmen vorsehen, welche in Artikel 50g AHVG umschrieben sind. Folgende Massnahmen müssen die Nutzer beachten:

- Meldung an die ZAS erstatten (Abs. 1);
- die technischen und organisatorischen Massnahmen zur Verwendung der richtigen Nummer und den Schutz vor deren missbräuchlicher Verwendung treffen (Abs. 2 Bst. a);
- die notwendigen Daten für die Verifizierung der Versichertennummer zur Verfügung stellen (Abs. 2 Bst. b);
- auf Anordnung der ZAS Korrekturen bei der Zuordnung der Nummer vornehmen (Abs. 2 Bst. c).

Die Mindeststandards für die technischen und organisatorischen Massnahmen werden vom EDI in Absprache mit dem EFD definiert (Art. 50g Abs. 3). Für die von den Versicherern zu treffenden sichernden Massnahmen genügt deshalb ein Verweis auf Artikel 50g AHVG (Abs. 2).

⁴ BBl 2006 5777.

24 **Daten nach Artikel 42a Absatz 4 KVG**

Gemäss Artikel 42a Absatz 4 KVG hat die versicherte Person die Möglichkeit, freiwillig persönliche Daten auf die Versichertenkarte aufnehmen zu lassen. Mit diesem Angebot 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 Informationen 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.

241 **Umfang der Daten (Art. 6)**

Die versicherte Person kann aus der in der Verordnung festgelegten Liste diejenigen Datenkategorien auswählen, die sie auf ihrer Versichertenkarte abspeichern lassen will. Diese Daten unterstützen den Leistungserbringer in der Anamnese, 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. Die Einträge erfolgen durch eine von der versicherten Person beauftragte Person. Schreibberechtigt sind die im Anhang aufgeführten medizinischen Fachpersonen. Die Aufnahme medizinisch relevanter Informationen (Abs. 1 Bst. a-g) ist den Angehörigen der universitären Medizinalberufe vorbehalten, während die übrigen Informationen wie Kontaktadressen und der Hinweis auf eine Patientenverfügung von allen Personen gemäss Anhang auf der Karte gespeichert werden können. Diese Personen können entweder selbst zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen oder Angestellte eines Leistungserbringers (Spital, Spitexorganisation) sein. Es sollen nur Angaben aufgenommen werden, die bereits bekannt sind. Abklärungen ausschliesslich zum Zwecke des Speicherns von Informationen auf der Versichertenkarte sollen nicht vorgenommen werden.

Der in Artikel 6 Absatz 1 festgehaltene Katalog von freiwillig aufnehmbaren Daten orientiert sich an einem bereits definierten Notfalldatensatz, dem sog. Limited Clinical Data⁵ (LCD). Der LCD enthält ausgewählte Notfalldaten, Immunisierungsdaten, Blutgruppen- und Transfusionsdaten.

Blutgruppen- und Transfusionsdaten (Bst. a): Die versicherte Person kann Angaben zur Blutgruppe, zum Rhesusfaktor, zu Bluttransfusionen und verabreichten Blutprodukten usw. aufnehmen lassen.

Immunisierungsdaten (Bst. b): Die versicherte Person kann Angaben zu Impfungen, zum Impfstatus usw. aufnehmen lassen.

⁵ Gemäss ISO 21549.

Transplantationsdaten (Bst. c): Die versicherte Person kann Angaben über erfolgte Transplantationen aufnehmen lassen.

Allergien (Bst. d): Die versicherte Person kann Angaben zu vorhandenen Allergien gegen gewisse Stoffe, Lebensmittel etc. aufnehmen lassen.

Krankheiten und Unfallfolgen (Bst. e): Die versicherte Person kann Angaben zu Krankheiten, z.B. bestehende chronische Krankheiten, überstandene Krankheiten und Unfallfolgen wie chronische Schmerzen, Beschwerden und Schleudertraumata aufnehmen lassen.

Zusätzlicher Eintrag in medizinisch begründeten Fällen (Bst. f): Der zusätzliche medizinische Eintrag ermöglicht der versicherten Person, in begründeten Fällen individuell wichtige Informationen zur Verfügung zu stellen. Zu denken ist dabei z.B. an erfolgte Operationen, Implantate, usw.

Medikation (Bst. g): Die abgegebenen Medikamente werden als Liste erfasst. Jeder Eintrag kann z.B. ergänzt werden mit dem Namen des verschreibenden Arztes und/oder der abgebenden Apotheke, dem Pharmacode sowie einem Archivkennzeichen, falls das Mittel nicht mehr eingenommen wird. Die abgegebenen Medikamente können zudem auf Interaktionen und Kontraindikationen überprüft werden.

Eine oder mehrere Kontaktadressen für den Notfall (Bst. h) und ein Hinweis auf bestehende Patientenverfügungen (Bst. i): Auf der Versichertenkarte wird ein zusätzliches Feld vorgesehen, auf das die versicherte Person freiwillig Kontaktadressen für den Notfall sowie einen Hinweis auf bestehende Patientenverfügungen (z.B. Organspendeausweis) aufnehmen lassen kann. Die Informationen über Angehörige und/oder behandelnde Ärzte können im Notfall für einen Leistungserbringer sehr hilfreich sein. Die Möglichkeit, einen Hinweis auf bestehende Patientenverfügungen auf die Versichertenkarte aufzunehmen, erfolgt auf vielseitigen Wunsch der Patienten- und Konsumentenorganisationen. Damit werden Akzeptanz und Nutzen der Versichertenkarte zusätzlich gesteigert. Auf der Versichertenkarte wird nicht der Ausweis oder die Verfügung gespeichert, sondern es wird lediglich ein Hinweis auf den Aufbewahrungsort der Dokumente aufgenommen.

Einträge von medizinischen Daten nach den Buchstaben a bis g werden mit der persönlichen EAN-Nummer⁶ der Medizinalperson sowie mit dem Datum des Eintrages versehen (Abs. 2). Somit ist nachvollziehbar, wer wann einen Eintrag gemacht hat. 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.

Artikel 42a KVG bietet keine gesetzliche Grundlage, die Leistungserbringer zur Einrichtung einer technischen Infrastruktur zur Speicherung von persönlichen Daten zu verpflichten. In Absatz 3 wird deshalb festgehalten, dass die Personen nach dem Anhang nicht verpflichtet sind, die Daten nach Absatz 1 aufzunehmen. Die Kosten, welche durch die Aufnahme der Da-

⁶ European Article Numbering

ten nach Artikel 42a Absatz 4 KVG im Rahmen von medizinischen Konsultationen entstehen, werden von der OKP übernommen.

Artikel 42a Absatz 4 KVG ist als erster Schritt hin zu einer Gesundheitskarte angelegt. Die versicherte Person erhält die Möglichkeit, auf der administrativen Zwecken dienenden Versicherungskarte eine beschränkte Menge medizinischer Daten speichern zu lassen. Die Nutzung dieser Zusatzfunktion muss aber freiwillig bleiben. Die Verordnung verbietet daher den Versicherern explizit, den Entscheid der versicherten Person über die Aufnahme oder Nichtaufnahme dieser Daten mit Vor- oder Nachteilen zu beeinflussen (Abs. 4).

242 Zugriff auf die Daten nach Artikel 6 (Art. 7)

Die zugriffsberechtigten Personen und der Umfang ihrer Bearbeitungsrechte werden in nachstehender Tabelle (als Anhang zur Verordnung) definiert (Abs. 1). Die Versicherer haben keinen Zugriff auf die medizinischen Daten.

	Blutgruppen- und Transfusionsdaten (Art. 6 Abs. 1 Bst. a)	Immunisierungsdaten (Art. 6 Abs. 1 Bst. b)	Transplantationsdaten (Art. 6 Abs. 1 Bst. c)	Allergien (Art. 6 Abs. 1 Bst. d)	Krankheiten und Unfall- folgen (Art. 6 Abs. 1 Bst. e)	In med. begründeten Fällen ein zusätzlicher Eintrag (Art. 6 Abs. 1 Bst. f)	Medikation (Art. 6 Abs. 1 Bst. g)	Kontaktadressen für den Notfall (Art. 6 Abs. 1 Bst. h)	Hinweis auf best. Patientenverfügungen (Art. 6 Abs. 1 Bst. i)
Ärzte und Ärztinnen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen
Apotheker und Apothekerinnen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen
Zahnärzte und Zahnärztinnen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen
Chiropraktoren und Chiropraktorinnen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen
Hebammen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen
Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen
Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen
Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen
Logopäden und Logopädinnen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen
Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen

Absatz 2 sieht vor, dass der Zugriff auf die medizinischen Daten gemäss Artikel 6 Absatz 1 nur in Verbindung mit einem elektronischen Leistungserbringernachweis erlaubt ist (siehe unten Art. 8).

Gemäss Absatz 3 ist für die Bearbeitung der freiwillig aufgenommenen persönlichen Daten die Einwilligung der versicherten Person notwendig.

Gemäss Absatz 4 kann die versicherte Person die Daten nach Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a-g sperren. Bei der Ausgabe ist die Karte zu diesem Zweck mit einem neutralen PIN-Code versehen. Bei der ersten Bearbeitung der Daten entscheidet die versicherte Person, ob sie die Einträge schützen will. In diesem Fall legt sie einen persönlichen PIN-Code fest. Damit kann sie später die gesperrten Daten fallweise freigeben. Der Entscheid für oder gegen einen PIN-Code kann die versicherte Person bei einer späteren Datenbearbeitung neu fällen – auch kann der PIN-Code bei dieser Gelegenheit geändert werden. Der Nachteil des PIN-Codes besteht darin, dass die gesperrten Daten im Notfall nicht verfügbar sind, wenn die Person nicht ansprechbar ist (siehe unten Abs. 5). Ausserdem sind die Einträge verloren, falls die versicherte Person den selber gewählten PIN-Code vergisst.

Wenn die versicherte Person im Notfall nicht ansprechbar ist und somit keine Einwilligung zum Zugriff auf die medizinischen Daten erteilen kann, dürfen die berechtigten Personen ausnahmsweise ohne Zustimmung der versicherten Person auf die Daten zugreifen (Abs. 5). Dies ist jedoch nur möglich, wenn die Daten nicht mit einem PIN-Code gesperrt sind.

243 Elektronischer Leistungserbringernachweis (Art. 8)

Gemäss Absatz 1 muss der elektronische Leistungserbringernachweis eine Authentifizierung der zugriffsberechtigten Person ermöglichen. Die Authentifizierung bezeichnet den Vorgang der Überprüfung der Identität eines Gegenübers. Einer Identität (d.h. einer identifizierten Person) werden üblicherweise bestimmte Rechte zugeordnet, in diesem Fall bestimmte Bearbeitungsrechte im Zusammenhang mit den medizinischen Daten gemäss Artikel 6 Absatz 1.

Zuständig für die Ausgabe der elektronischen Leistungserbringernachweise sind die zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassenen Leistungserbringer. Diese sind in den Artikeln 38 ff. KVV aufgelistet. Im Gegensatz zu den Personen, die im Anhang aufgeführt sind, handelt es sich hier nicht ausschliesslich um Personen, sondern auch um Institutionen. Die Leistungserbringer sind frei, diese Aufgabe an Dritte zu delegieren (Abs. 2).

Die oben erwähnten Leistungserbringer müssen sicherstellen, dass nur Personen einen solchen Nachweis erhalten, die über eine nach den Vorschriften des Bundes oder der Kantone anerkannte Ausbildung verfügen. (Abs. 3).

25 Rechte und Pflichten

251 Rechte der versicherten Person (Art. 9)

Gemäss Absatz 1 hat die versicherte Person das Recht, sich jederzeit über ihre auf der Versichertenkarte enthaltenen Daten informieren zu lassen. Nötigenfalls kann sie unrichtige Daten berichtigen und auf Wunsch freiwillig aufgenommene Daten wieder löschen lassen. Diese Rechte kann sie für die administrativen Daten nach Artikel 3 und 4 beim Versicherer bzw. für

die medizinischen Daten nach Artikel 6 bei den zugriffsberechtigten Personen geltend machen.

Sie kann die Offenlegung der Daten nach Artikel 6 ohne Angabe von Gründen verweigern (Abs. 2).

252 Pflichten der versicherten Person (Art. 10)

Absatz 1 hält den Grundsatz fest, dass die versicherte Person die Versichertenkarte beim Bezug von medizinischen Leistungen dem Leistungserbringer vorweisen muss. Die Gewährung von medizinischen Leistungen darf allerdings nicht an das Vorweisen der Versichertenkarte geknüpft werden.

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 (Abs. 2).

Nach einem Kartenverlust oder nach einem Versichererwechsel wird der versicherten Person eine neue Versichertenkarte ausgestellt. Beim Versichererwechsel und nach Ablauf der auf der Versichertenkarte aufgedruckten Gültigkeitsdauer kann der bisherige Versicherer die Rückgabe der Versichertenkarte verlangen (Abs. 3). Die Rückgabepflicht der versicherten Person ist eine vorbeugende Massnahme gegen den weiteren Gebrauch der Versichertenkarte nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

253 Rechte des Versicherers (Art. 11)

Das Eigentum an der Versichertenkarte bleibt beim Versicherer, der sie ausgestellt hat. Er kann zudem eine Gültigkeitsdauer für die Versichertenkarte festlegen. Bleibt das Eigentum beim Versicherer, ist auch sein Rückforderungsanspruch nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses gewährleistet (siehe oben Art. 10 Abs. 3).

254 Pflichten des Versicherers (Art. 12)

Der Transparenzgrundsatz verlangt, dass die betroffenen Personen über die Grundsätze der Bearbeitung ihrer persönlichen Daten informiert werden, und zwar so, dass sie nachvollziehen können, welche Daten auf der Versichertenkarte enthalten sind und wer welche Daten zu welchem Zweck von der Versichertenkarte abrufen und bearbeiten kann (Abs. 1). Die versicherte Person muss über die ihr gemäss Artikel 9 zustehenden Rechte aufgeklärt werden. Ihr Recht, auf Gesuch hin jederzeit über ihre Daten informiert zu werden, ist Voraussetzung, um nötigenfalls die Berichtigung oder Löschung von Daten zu verlangen. Auskunft kann sie bei der jeweiligen leseberechtigten Person verlangen. Berichtigungen oder Löschungen von Daten können hingegen nur durch schreib- bzw. löschungsberechtigte Personen erfolgen. Daher muss die versicherte Person ihr Berichtigungs- oder Löschungsrecht für Daten nach den Artikeln 3 und 4 bei ihrem Versicherer und für Daten nach Artikel 6 bei einer nach dem Anhang berechtigten Person geltend machen.

In der Information über die Datenbearbeitung ist ausdrücklich und deutlich darauf aufmerksam zu machen (z.B. durch Fettdruck), dass vor der Rückgabe der Versichertenkarte an den herausgebenden Versicherer die allenfalls darauf aufgenommenen persönlichen Daten gemäss Artikel 6 zu entfernen sind. Es ist anschliessend Sache der versicherten Person, dafür zu sor-

gen, dass ihre medizinischen Daten vor Rückgabe der Versichertenkarte an den Versicherer von der Karte entfernt werden. Dies kann auch durch Zerschneiden der Versichertenkarte bzw. des Mikrochips erfolgen. Die Versicherer haben die Informationen schriftlich und in verständlicher Form zusammen mit der Versichertenkarte abzugeben.

255 Pflichten der Personen nach dem Anhang (Art. 13)

Personen, die im Auftrag der versicherten Person Daten auf die Versichertenkarte aufnehmen, unterliegen in Bezug auf diese Daten ebenfalls der Informationspflicht. Sie müssen die versicherte Person über ihre Rechte aufklären und sie darüber informieren, wer die medizinischen Daten zu welchem Zweck von der Versichertenkarte abrufen und bearbeiten kann. Insbesondere müssen sie die versicherte Person darauf hinweisen, dass sie die Möglichkeit hat, Daten durch einen PIN-Code zu sperren und welche Vor- und Nachteile sich daraus ergeben. Zudem ist die versicherte Person, die freiwillig medizinische Daten auf die Versichertenkarte aufnehmen lässt, darauf aufmerksam zu machen, dass sie ihre Daten im Falle der Rückgabe der Versichertenkarte entfernen lässt.

26 Rechnungstellung

261 Übernahme der Daten für die Rechnungstellung (Art. 14)

Das Ziel der vereinfachten Abrechnung mit der Versichertenkarte wird dann erreicht, wenn die Leistungserbringer mit korrekten und möglichst aktuellen administrativen Daten arbeiten. Der Leistungserbringer muss folglich die für die Rechnungstellung erforderlichen Daten von der Versichertenkarte übernehmen. Er hat aber auch die Möglichkeit, diese Daten im Online-Verfahren abzufragen.

262 Online-Verfahren (Art. 15)

Der Versicherer muss ein Online-Verfahren einrichten (Abs. 1). Bei der Abfrage im Online-Verfahren muss er dem Leistungserbringer grundsätzlich die gleichen Daten wie auf der Versichertenkarte zur Verfügung stellen, d.h. Angaben darüber, ob ein Versicherungsverhältnis besteht sowie die Daten für die Rechnungstellung nach Artikel 3 Absatz 1. Diese Angaben müssen laufend aktualisiert werden. Zusätzlich muss die Gültigkeit der Versichertenkarte angezeigt werden. Die Gültigkeit gibt Auskunft darüber, ob die Versichertenkarte gesperrt ist oder nicht, was insbesondere bei Diebstahl oder Verlust der Versichertenkarte von Bedeutung ist, falls mehrere Karten unter einem Namen im Umlauf sind. Es ist dem Versicherer aber nicht erlaubt, die Versichertenkarte im Fall eines Aufschubes der Kostenübernahme gemäss Artikel 64a KVG für ungültig zu erklären.

Zudem hat der Versicherer die Möglichkeit, dem Leistungserbringer zusätzliche administrative Informationen gemäss Artikel 4 Absatz 2 zur Verfügung zu stellen (Abs. 2).

Die Abfrage dieser Daten im Online-Verfahren darf der Leistungserbringer nur im Einverständnis der versicherten Person vornehmen (Abs. 3). Ein mündlich abgegebenes Einverständnis reicht aus.

Abfragen im Online-Verfahren dürfen zudem nur über die Kennnummer der Versichertenkarte erfolgen (Abs. 4). Mit dieser Einschränkung soll verhindert werden, dass über das Abfragekriterium "Namen" allzu einfach Online-Abfragen vorgenommen werden können.

Der Versicherer und der Leistungserbringer müssen gemeinsam durch angemessene technische Vorkehrungen eine sichere Datenübermittlung gewährleisten (Abs. 5).

27 Kantonale Modellversuche (Art. 16)

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 mit der Aufnahme von Artikel 42a Absatz 4 KVG für eine Öffnung der Versichertenkarte in Richtung einer Gesundheitskarte ausgesprochen hat. Bei der Ausgabe werden alle Versichertenkarten mit gewissen Fähigkeiten für Modellversuche ausgestattet sein, wobei sich diese spezifischen Anforderungen in einem technisch und finanziell angemessenen Rahmen bewegen müssen. Diese Anforderungen müssen von den Kantonen bei den Versicherern rechtzeitig bestellt werden. Die Kosten sind von den Kantonen zu tragen.

Bedingung für diesen über den Zweck der Versichertenkarte hinaus gehenden Anwendungsbereich ist, dass die Kantone die Rahmenbedingungen im kantonalen Recht regeln. Im Gegensatz zu Pilotprojekten, die in Richtung einer geplanten Lösung schrittweise die Umsetzung testen, untersuchen Modellversuche die möglichen Ausgestaltungen einer Lösung und deren Akzeptanz und Tauglichkeit. Daher wird die Versichertenkarte bei der Ausgabe so ausgestaltet, dass sie kantonale Modellversuche unterstützen kann (z.B. genügend Speicherplatz, Vorbereiten der Verschlüsselung). Es liegt in der Verantwortung der Kantone, die Entwicklung ihrer Projekte soweit untereinander zu harmonisieren, dass nicht eine Vielzahl miteinander inkompatibler Lösungen entsteht. Kantone, die die Versichertenkarte in ihren Modellversuchen einsetzen, haben die Versuche zu evaluieren und den Evaluationsbericht dem Bundesamt für Gesundheit zuzustellen.

28 Technische Standards (Art. 17)

Die Kompetenz zur Regelung der technischen Standards wird an das EDI delegiert, das die Vorgaben unter Einbezug der interessierten Kreise festlegt. Die Grundlagen werden im Rahmen des Vereins eCH von den am System beteiligten Akteuren erarbeitet. Bei der Festlegung der technischen Standards ist die internationale Normung zu berücksichtigen.

29 Schlussbestimmungen

291 Änderung des bisherigen Rechts (Art. 18)

Damit das Potential zur Effizienzsteigerung bei über 90 Versicherern mit unterschiedlichen Rechnungssystemen ausgeschöpft werden kann, müssen in Zukunft die Kennnummer der Versichertenkarte sowie die AHV-Nummer der versicherten Person auf der Rechnung angegeben werden. Die Leistungserbringer haben in ihren Leistungsabrechnungen gemäss Artikel 59 Absatz 1 KVV neu folgende Nummern aufzubringen:

- die Kennnummer der Versichertenkarte nach Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe f der Verordnung (Bst. d);
- die Versichertennummer des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946⁷ über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) (Bst. e);

292 Übergangsbestimmungen (Art. 19)

Die Versicherer müssen den pflichtigen Teil des Systems Versichertenkarte bis zum 1. Januar 2009 in die Praxis umsetzen (Abs. 1).

Des Weiteren müssen die Versicherer die Abfrage im Online-Verfahren nach Artikel 15 bis 1. Januar 2009 einrichten (Abs. 2).

Die Leistungserbringer, welche das Online-Verfahren nutzen wollen, müssen zusammen mit den Versicherern die Sicherheit der Datenübermittlung nach Artikel 15 Absatz 5 ab 1. Januar 2009 gewährleisten (Abs. 3).

Da die Umsetzung von Artikel 42a Absatz 4 KVG für die Leistungserbringer freiwillig ist, können ihnen diesbezüglich keine zeitlichen Vorgaben gemacht werden.

293 Inkrafttreten (Art. 20)

Die Verordnung tritt am 1. März 2007 unter Vorbehalt der Absätze 2 und 3 in Kraft (Abs. 1).

Artikel 5 tritt zusammen mit der Änderung vom 23. Juni 2006 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung ("Neue AHV-Versichertennummer") in Kraft (Abs. 2).

Artikel 18, der sich auf die Anpassung der Rechnungstellung gemäss Art. 59 KVV bezieht, tritt am 1. Januar 2009 in Kraft (Abs. 3).

⁷ SR 831.10

3 **Finanzielle Auswirkungen**

In den parlamentarischen Beratungen wurde mit "Einführung" implizit auch "Finanzierung" der Versichertenkarte gemeint. Die Versicherer tragen somit insbesondere die Kosten der Einführung der Versichertenkarte und des administrativen Servers. Damit die Leistungserbringer den neuen Anforderungen an die Rechnungsstellung erfüllen können, sind auch auf ihrer Seite Investitionen in Hardware und Software notwendig. Grundsätzlich müssen die Leistungserbringer diese Kosten selber tragen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Investitionen durch bestehende Verträge unter den Tarifpartnern abgedeckt sind oder dass sie in zukünftigen Tarifvereinbarungen berücksichtigt werden. Wie erwähnt, müssen die Kosten, welche für die zusätzliche Ausrüstung der Versichertenkarte für kantonale Modellversuche entstehen, nicht von den Versicherern getragen werden.

Das BAG hat im Winter 2005/2006 bei Debold & Lux, Hamburg, eine Kosten-Nutzen-Analyse zum geplanten Modell der Versichertenkarte durchführen lassen. Die Kosten-Nutzen-Analyse ermittelte die Investitions- und Betriebskosten für die Umsetzung und den Betrieb einer Versichertenkarte nach Artikel 42a KVG und identifiziert und bewertet Nutzeffekte des neuen Systems. Für die Neuausgabe der Versichertenkarte ist mit Investitionen von 25 Millionen Franken zu rechnen, welche von der OKP getragen werden. Auf Seiten der Leistungserbringer sind Angaben zu den Gesamtkosten nicht möglich, da für die Rechnungsstellung keine Pflicht zum elektronischen Prozess besteht (Art. 15) und die Bearbeitung von persönlichen Daten auch für die Leistungserbringer freiwillig bleibt (Art. 6). Leistungserbringer, die sich für die elektronischen Anwendungen entscheiden, müssen gemäss der Kosten-Nutzen-Analyse im Durchschnitt mit folgenden Investitionen rechnen.

Investitionen pro Institution (in CHF)	
Arztpraxen	2100.-
Zahnarztpraxen	1800.-
Apotheken	2500.-
Spitäler	13'800.-
Sozialmedizinische Dienste	700.-
Spitex / Hebammen	2300.-
Physiotherapeuten, Chiropraktoren	1400.-

Quelle: Kosten-Nutzen-Analyse Versichertenkarte
Debold & Lux, Juni 2006