

**Verordnung vom ... über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK)**

Inkrafttreten vorgesehen für den 1. Januar 2007

Kommentar und Inhalt der Verordnung (Beilage)

Bern, September 2006

## 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) .....	7
233	Verifizierung der Versichertennummer der AHV (Art. 5).....	8
24	Daten nach Artikel 42a Absatz 4 KVG.....	8
241	Umfang der Daten (Art. 6) .....	8
242	Zugriff auf die Daten nach Artikel 6 (Art. 7).....	10
243	Authentifizierung des Leistungserbringers (Art. 8) .....	12
25	Rechte und Pflichten .....	12
251	Rechte des Versicherers (Art. 9) .....	12
252	Informationspflicht des Versicherers (Art. 10) .....	12
253	Pflichten des Leistungserbringers (Art. 11) .....	13
254	Pflichten der versicherten Person (Art. 12).....	13
26	Rechnungstellung .....	13
261	Überprüfung des Versicherungsverhältnisses (Art. 13).....	13
262	Online-Verfahren (Art. 14) .....	14
27	Kantonale Modellversuche (Art. 15).....	14
28	Technische Standards (Art. 16).....	15
29	Schlussbestimmungen .....	15
291	Änderung des bisherigen Rechts (Art. 17).....	15
292	Übergangsbestimmungen (Art. 18) .....	15
293	Inkrafttreten (Art. 19).....	16
3	FINANZIERUNG .....	17

## 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 1994<sup>1</sup> 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)
- Schweizerischer Apothekerverband (SAV)
- H+ Die Spitäler der Schweiz
- Forum stationäre Altersarbeit Schweiz
- Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG)
- Spitex Verband Schweiz

---

<sup>1</sup> SR 832.10

- 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 Datenschutzbeauftragter (EDSB)
- Bundesamt für Justiz (BJ)

Das vorgeschlagene Modell wurde gestützt auf die Ergebnisse dieser Anhörungen erarbeitet. 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 keine gesetzliche Grundlage für eine Verpflichtung der Leistungserbringer, die Anwendungen nach Absatz 4 bereitzustellen. Das angepasste Modell sieht deshalb vor, dass diese Anwendungen für die Leistungserbringer freiwillig bleiben.

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 den Kantonen erlaubt, die Versichertenkarte für weitere Nutzungen zu verwenden, sofern diese in einem kantonalen Gesetz 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 Departementsverordnung 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. Diese Standards werden nachträglich 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 in elektronischer Form vorliegen. Artikel 42a KVG schreibt zwar nicht vor, dass die KVG-Leistungen elektronisch abgerechnet werden müssen. Die mit der Einfüh-

zung 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 der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 3 KVG unterstellten Person eine Versichertenkarte auszustellen. Die Ausgabepflicht umfasst somit sämtliche Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) mit Wohnsitz oder Aufenthalt in der Schweiz sowie die Versicherten mit Wohnsitz im Ausland (Art. 1 ff. der Verordnung vom 27. Juni 1995<sup>2</sup> über die Krankenversicherung; KVV). Die Versichertenkarte wird jedoch nicht von allen Versicherten tatsächlich genutzt werden können, da sie im internationalen Verhältnis nicht anwendbar ist. Die Versichertenkarte räumt den KVG-Versicherten mit Wohnsitz im Ausland 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.

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 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:

- 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);
- Erstellen einer Autorisierungsnummer (Bst. d);
- weitere Anwendungen für kantonale Modellversuche (Bst. e).

---

<sup>2</sup> SR 832.102

Die Festlegung der hierfür notwendigen technischen Einzelheiten, inklusive der Normen und Standards, wird an das EDI delegiert (vgl. Art. 16). Diese Normen und Standards werden auf Empfehlung einer Fachgruppe des Vereins eCH (vgl. Einleitung) festgelegt.

## **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 obligatorisch. Die Angaben müssen sowohl gedruckt als auch elektronisch auf der Versichertenkarte vorhanden sein (siehe unten Art. 4 Abs. 1). Aus praktischen Gründen ist es sinnvoll, dass die Kennnummer der Versichertenkarte mit der Kennnummer der Europäischen Krankenversicherungskarte identisch ist (Abs. 2).

Per 1. Januar 2006 wurde die Europäische Krankenversicherungskarte (EU-KVK) in der Schweiz eingeführt. Das europäische Recht<sup>3</sup> 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. 3). 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.

In Absatz 4 wird das EDI ermächtigt, die Anforderungen an die grafische Gestaltung festzulegen. Diese sollen sich jedoch auf ein Minimum beschränken, d.h. voraussichtlich eine Bezeichnung der Karte in den vier Landessprachen sowie die Flagge der Eidgenossenschaft.

### **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: die Wohnadresse der versicherten Person, besondere Versicherungsformen nach Artikel 62

---

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

KVG, die allfällige Sistierung der Unfaldeckung nach Artikel 8 KVG, Angaben über Zusatzversicherungen, sofern die versicherte Person einverstanden ist, sowie die Daten der Europäischen Krankenversicherungskarte, die mit jenen der Versichertenkarte teilweise identisch sind.

### **233 Verifizierung der Versichertennummer der AHV (Art. 5)**

Als Sozialversicherungsnummer soll die Versichertennummer der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) auf der Karte aufgedruckt werden. Mit dem Bundesgesetz vom 23. Juni 2006<sup>4</sup> über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; "Neue AHV-Versichertennummer") wird 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 ZAS und veranlassen nötigenfalls die Zuweisung einer Nummer (Absatz 1). Die Nutzer der Nummer müssen bestimmte sichernde Massnahmen vorkehren, 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 (Absatz 2).

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

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

Gemäss Artikel 42a Absatz 4 KVG hat die versicherte Person die Möglichkeit, freiwillig persönliche Daten auf die Versichertenkarte aufnehmen zu lassen. Die Versichertenkarte wird bei der Kartenausgabe soweit vorbereitet sein, dass die Datenstruktur verfügbar ist und nur noch ausgefüllt werden kann. Die versicherte Person kann aus der in der Verordnung festgelegten Liste diejenigen Datenkategorien auswählen, die sie auf ihrer Versichertenkarte abspeichern lassen will. Die Einträge erfolgen durch einen von der versicherten Person beauftragten Leistungserbringer und nur soweit eine entsprechende Information vorliegt. Es sollen keine Abklärungen (z.B. Blutgruppenbestimmung) ausschliesslich zum Zwecke des Abspeicherns der Information auf der Versichertenkarte 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 Data<sup>5</sup> (LCD). Der

---

<sup>4</sup> BBl 2006 5777.

<sup>5</sup> Gemäss ISO 21549.

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.

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

*Krankheiten (Bst. d):* Die versicherte Person kann Angaben zu bestimmten Krankheiten, z.B. bestehende chronische Krankheiten, überstandene Krankheiten etc. aufnehmen lassen.

*Zusätzlicher Eintrag in medizinisch begründeten Fällen (Bst. e):* 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, vorhandene Prothesen, Herzschrittmacher usw.

*Verordnung von Arzneimitteln (Bst. f):* Die Versichertenkarte kann als Transportmittel für die elektronische Verordnung von Arzneimitteln (eRezept) eingesetzt werden. Dabei wird zuhänden des Apothekers entweder das Rezept selber oder ein Code auf der Versichertenkarte abgelegt, mit dem das Rezept auf einem Server abgeholt werden kann.

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

Die elektronische Verordnung von Arzneimitteln und auch die Medikation wurden im Rahmen der durchgeführten Anhörungen bei den interessierten Kreisen nicht bestritten. Beide Anwendungen wurden teilweise explizit gefordert, da sie in der Praxis heute schon Realität sind. Eine obligatorische Einführung dieser Funktionalitäten ist mangels gesetzlicher Grundlage aber nicht möglich. Durch die Aufnahme in den freiwilligen Datenkatalog stehen beide Anwendungen mit dem Einverständnis der versicherten Person ebenfalls zur Verfügung. Beide Anwendungen setzen jedoch finanzielle Investitionen der beteiligten Akteure voraus.

*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 oder Impfausweis) 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.

Die Einträge betreffend die medizinischen Daten nach den Buchstaben a bis f müssen mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen werden, welche auf einem qualifizierten Zertifikat einer anerkannten Anbieterin von Zertifizierungsdiensten im Sinne des Bundesgesetzes vom 19. Dezember 2003 über Zertifizierungsdienste im Bereich der elektronischen Signatur<sup>6</sup> (ZertES) beruhen (Abs. 2). Es handelt sich um die Blutgruppen- und Transfusionsdaten (Bst. a), die Immunisierungsdaten (Bst. b), die Allergien (Bst. c), die Krankheiten (Bst. d), den zusätzlichen Eintrag in medizinisch begründeten Fällen (Bst. e) und die elektronische Verordnung von Arzneimitteln (Bst. f). Die Daten nach den Buchstaben a bis e werden nicht einzeln, sondern blockweise signiert. Der Leistungserbringer, der einen neuen Eintrag macht, unterschreibt somit den ganzen Datensatz. Aus diesem Grund ist es für den Leistungserbringer ratsam, vor jeder Bearbeitung den alten Datensatz im eigenen System abzuspeichern und anschliessend den bearbeiteten Datensatz zu signieren. Damit können bei Bedarf alle Änderungen auf der Versichertenkarte zurückverfolgt werden. Demgegenüber muss jede elektronische Verordnung von Arzneimitteln (Bst. f) einzeln signiert werden. Dort trägt jeder Leistungserbringer die Verantwortung für die von ihm gespeicherte Verordnung. Voraussetzung für eine qualifizierte elektronische Signatur ist z. B. eine persönliche "Health Professional Card", die gleichzeitig als Berufsausweis dient.

Bei einem allfälligen Verlust der Versichertenkarte sollte der Ersatz der Daten möglich sein. Der Arzt (in der Regel der Hausarzt), der zuletzt den Datensatz verändert und signiert hat, sollte die letzte Version aller Daten in seinen Patientenunterlagen verfügbar haben (elektronisch oder als Ausdruck). Die Daten können somit rasch wieder auf die neue Versichertenkarte übertragen werden.

Der Leistungserbringer ist nicht verpflichtet, die Daten nach Absatz 1 aufzunehmen (Abs. 3). Wenn er dies tut, so kann er für diese Dienstleistung von der versicherten Person eine Entschädigung verlangen. Es handelt sich nicht um eine Pflichtleistung nach KVG, weshalb allfällig entstehende Kosten von der versicherten Person zu tragen sind.

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

Für die Bearbeitung der freiwillig aufgenommenen persönlichen Daten ist die Einwilligung der versicherten Person notwendig. Die berechtigten Leistungserbringer und der Umfang ihrer Zugriffsrechte (Lesen, Schreiben, Löschen) sind in unten stehender Tabelle (als Anhang zur Verordnung) geregelt. Der Umfang der Schreib- und Löschrechte ist nach Kategorien von Leistungserbringern differenziert. Die Versicherer haben keinen Zugriff auf die medizinischen Daten.

---

<sup>6</sup> SR 943.03

<b>Datengruppen nach Artikel 6 Absatz 1</b>	<b>Blutgruppen- und Transfusionsdaten (Art. 6 Abs. 1 Bst. a)</b>	<b>Immunisierungsdaten (Art. 6 Abs. 1 Bst. b)</b>	<b>Allergien (Art. 6 Abs. 1 Bst. c)</b>	<b>Krankheiten (Art. 6 Abs. 1 Bst. d)</b>	<b>Zusätzlicher Eintrag in med. begründeten Fällen (Art. 6 Abs. 1 Bst. e)</b>	<b>Verordnung von Arzneimitteln (Art. 6 Abs. 1 Bst. f)</b>	<b>Medikation (Art. 6 Abs. 1 Bst. g)</b>	<b>Kontaktadressen für den Notfall (Art. 6 Abs. 1 Bst. h)</b>	<b>Hinweis auf best. Patientenverfügungen (Art. 6 Abs. 1 Bst. i)</b>
Sperrung mittels PIN-Code möglich	X	X	X	X	X	X	X		
Qualifizierte e-Signatur nötig	X	X	X	X	X	X			
<b>Ärzte und Ärztinnen</b>	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
<b>Apotheker und Apothekerinnen</b>	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen
<b>Zahnärzte und Zahnärztinnen</b>	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
<b>Chiropraktoren und Chiropraktorinnen</b>	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
<b>Hebammen</b>	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen
<b>Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen</b>	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen
<b>Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen</b>	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen
<b>Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen</b>	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen
<b>Logopäden und Logopädinnen</b>	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen
<b>Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen</b>	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen	Lesen Schreiben Löschen	Lesen Schreiben Löschen

Gemäss Absatz 3 kann die versicherte Person die Daten nach Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a g sperren. Sie kann die gesperrten Daten fallweise freigeben. Der Nachteil besteht darin, dass die gesperrten Daten im Notfall nicht verfügbar sind, wenn die versicherte Person nicht ansprechbar ist (siehe unten Abs. 4). Satz zwei hält den Grundsatz fest, dass die versicherte Person auf keinen Fall dazu verpflichtet werden kann, freiwillig auf der Versichertenkarte gespeicherte Daten gegenüber Dritten offen zu legen. Dieser Grundsatz bedeutet aber auch, dass der versicherten Person keinen Nachteil daraus entstehen darf, dass sie keine persönlichen Daten auf der Karte aufnehmen lassen will; und im umgekehrten Fall denjenigen Versicherten, welche dies wollen, keinen Vorteil - etwa in Form von Rabatten - gewährt werden darf. Grundsätzlich sind die Daten geschützt, indem sie nur von dazu berechtigten Leistungserbringern bearbeitet werden dürfen.

Wenn die versicherte Person im Notfall nicht ansprechbar ist und somit keine Einwilligung zum Zugriff auf die medizinischen Daten erteilen kann, dürfen die Leistungserbringer ausnahmsweise ohne Zustimmung der versicherten Person auf die Daten zugreifen (Abs. 3). Dies ist jedoch nur möglich, wenn die Daten nicht mit einem PIN-Code gesperrt sind.

### **243 Authentifizierung des Leistungserbringers (Art. 8)**

Artikel 8 sieht vor, dass der Zugriff auf die medizinischen Daten gemäss Artikel 6 Absatz 1 nur in Verbindung mit einem elektronischen Ausweis erlaubt ist, der eine sichere Authentifizierung der Leistungserbringergruppe ermöglicht (siehe Tabelle Zugriffsrechte). Um der Alltagssituation der Leistungserbringer gerecht zu werden, muss auch das administrative Personal die Daten von der Versichertenkarte übernehmen können. Deshalb wird von einem persönlichen Leistungserbringernachweis abgesehen. Es genügt ein Nachweis, der die Zuordnung zu einer Leistungserbringergruppe (z.B. „Arzt“ oder „Apotheker“) sowie die Berechtigungen beim Zugriff auf die Daten bestätigt.

## **25 Rechte und Pflichten**

### **251 Rechte des Versicherers (Art. 9)**

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 (vgl. Art. 12).

### **252 Informationspflicht des Versicherers (Art. 10)**

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. Im Zusammenhang mit Datenbearbeitungen stehen den betroffenen Personen Rechte gemäss Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz<sup>7</sup> (DSG) zu. Auf diese Rechte sind sie hinzuweisen, insbesondere auf das Auskunfts-, Löschungs- und Berichtigungsrecht. Das Recht der versicherten Person, auf Gesuch hin jederzeit Auskunft über ihre Daten zu erhalten, ist Voraussetzung, um nötigenfalls die Berichtigung oder Löschung von Daten zu verlangen.

---

<sup>7</sup> SR 235.1

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 sorgen, 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.

### **253 Pflichten des Leistungserbringers (Art. 11)**

Die Leistungserbringer, die im Auftrag der versicherten Person Daten auf die Versichertenkarte aufnehmen, unterliegen in Bezug auf diese Daten ebenfalls der Informationspflicht. Sie haben die versicherte Person darüber aufzuklären, 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 (s. Abschnitt 242). Die versicherte Person, die freiwillig medizinische Daten auf die Versichertenkarte aufnehmen lässt, sollte diese Daten im Falle der Rückgabe der Versichertenkarte entfernen. Sie wird vom Leistungserbringer darauf aufmerksam gemacht. Zudem wird die versicherte Person auch bei der Herausgabe der Versichertenkarte durch den Versicherer schriftlich darauf hingewiesen.

### **254 Pflichten der versicherten Person (Art. 12)**

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.

Nach einem Kartenverlust oder nach einem Versichererwechsel wird der versicherten Person eine neue Versichertenkarte ausgestellt. Beim Versichererwechsel kann der bisherige Versicherer die Rückgabe der Versichertenkarte verlangen (Abs. 2). Die Rückgabepflicht der versicherten Person ist eine vorbeugende Massnahme gegen den weiteren Gebrauch der Versichertenkarte nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

## **26 Rechnungstellung**

### **261 Überprüfung des Versicherungsverhältnisses (Art. 13)**

Das Ziel der vereinfachten Abrechnung mit der Versichertenkarte kann nur dann erreicht werden, wenn die Leistungserbringer mit aktuellen administrativen Daten arbeiten. Änderungen sind insbesondere beim Wechsel des Versicherers auf das Ende eines Kalendersemesters möglich (Art. 7 Abs. 1 KVG). Der Leistungserbringer wird daher verpflichtet, während der Dauer einer Behandlung die Daten einmal pro Semester zu überprüfen. Damit kann die Zuverlässigkeit der Abrechnungsdaten verbessert werden. Die Überprüfung kann über eine Abfrage der Daten auf der Versichertenkarte oder über eine Abfrage im Online-Verfahren erfolgen (Abs. 1). Im Online-Verfahren kann der Leistungserbringer diese Daten von einem von

den Versicherern eingerichteten Server abfragen. Die Pflicht zur Überprüfung des Versicherungsverhältnisses muss sich dem Geltungsbereich der Verordnung entsprechend auf die Daten zur obligatorischen Krankenversicherung beschränken und kann nicht auf die Daten zur Zusatzversicherung ausgedehnt werden.

Die Überprüfung des Versicherungsverhältnisses wird mit Hilfe einer Autorisierungsnummer dokumentiert, welche der Leistungserbringer auf der Rechnung anbringen muss (Abs. 2). Die Autorisierungsnummer bestätigt somit dem Versicherer, dass der Leistungserbringer das Versicherungsverhältnis kontrolliert hat. Die Autorisierungsnummer sollte aus Komponenten zusammengesetzt sein, welche den administrativen Aufwand bei der Leistungsabrechnung reduzieren (z.B. Kartennummer, AHV-Nummer des Versicherten, ZSR-Nummer des Leistungserbringers<sup>8</sup>, Datum der Abfrage, Ablaufdatum der Versicherungsbestätigung). Die definitive Zusammensetzung der Nummer regelt das Departement.

## **262 Online-Verfahren (Art. 14)**

Bei der Online-Abfrage muss der Versicherer 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. Zusätzlich kann der Versicherer dem Leistungserbringer die Angaben gemäss Artikel 4 Absatz 2 zur Verfügung stellen.

Der Zugang zum Online-Verfahren soll grundsätzlich nur mit der Versichertenkarte möglich sein (Abs. 3). In gewissen Situationen kann es jedoch vorkommen, dass die Versichertenkarte für die Abrechnung von Leistungen nicht vorliegt. Dies ist insbesondere bei Leistungserbringern der Fall, welche ihre Leistung auf ärztliche Anordnung erbringen, dabei aber keinen persönlichen Kontakt mit Versicherten haben (z.B. bei Laboranalysen oder beim Medikamentenversand). Ausserdem wird der Leistungserbringer bei Hausbesuchen die Versichertenkarte zwar zur Verfügung haben, jedoch allenfalls kein mobiles Lesegerät mitführen. Er wird darum das Versicherungsverhältnis erst im Nachhinein überprüfen können. Ferner werden sich Situationen ergeben, wo die versicherte Person die Versichertenkarte nicht vorweist oder nicht vorweisen kann. In solchen Fällen soll der Zugang zum Online-Verfahren auch ohne Versichertenkarte möglich sein (Abs. 4).

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

## **27 Kantonale Modellversuche (Art. 15)**

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

---

<sup>8</sup> Zahlstellenregister-Nummer: Es handelt sich um eine vom Dachverband der Krankenversicherer (santésuisse) vergebene Abrechnungsnummer.

sich mit der Aufnahme von Artikel 42a Absatz 4 KVG für eine Öffnung der Versichertenkarte in Richtung einer Gesundheitskarte ausgesprochen hat.

Bedingung für diesen über den Zweck der Versichertenkarte hinaus gehenden Anwendungsbereich ist, dass die Kantone die Rahmenbedingungen in einem kantonalen Gesetz 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. 16)**

Die Kompetenz zur Regelung der technischen Einzelheiten, inklusive Normen und Standards, wird an das EDI delegiert. Die Grundlagen werden im Rahmen des Vereins eCH von den am System beteiligten Akteuren erarbeitet.

## **29 Schlussbestimmungen**

### **291 Änderung des bisherigen Rechts (Art. 17)**

Die Autorisierungsnummer wird neu als verbindlicher Bestandteil der Leistungsabrechnung definiert (Ergänzung von Art. 59 Abs. 1 KVV). Damit das Potential zur Effizienzsteigerung bei über 90 Versicherern mit unterschiedlichen Rechnungssystemen ausgeschöpft werden kann, müssen darüber hinaus in Zukunft auch die Kennnummer der Versichertenkarte sowie die AHV-Nummer des Versicherten 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 1946<sup>9</sup> über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) (Bst. e);
- die Autorisierungsnummer nach Artikel 13 Absatz 2 der Verordnung (Bst. f).

### **292 Übergangsbestimmungen (Art. 18)**

Die Versicherer müssen den pflichtigen Teil des Systems Versichertenkarte bis zum 1. Januar 2008 in die Praxis umsetzen. Zwingend vorgegeben ist dabei die Einführung der Versichertenkarte nach den Vorgaben der Artikel 1-4 (Abs. 1). Zudem müssen die Versicherer die Abfrage im Online-Verfahren nach Artikel 14 bis 1. Juli 2008 einrichten (Abs. 2). Die Leistungserbringer, welche das Online-Verfahren nutzen wollen, müssen zusammen mit den Ver-

---

<sup>9</sup> SR 831.10

sicherern die Sicherheit der Datenübermittlung nach Artikel 14 Absatz 5 bis 1. Juli 2008 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. 19)**

Die Verordnung tritt unter Vorbehalt von Artikel 5 Absatz 2 am 1. Januar 2007 in Kraft. Artikel 5 Absatz 2 tritt zusammen mit der Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung ("Neue AHV-Versichertennummer") in Kraft.

### **3 Finanzierung**

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. Die Zusatzkosten, welche für die zusätzliche Ausrüstung der Versichertenkarte für kantonale Modellversuche entstehen, müssen nicht von den Versicherern getragen werden.

Das Bundesamt für Gesundheit hat im Winter 2005/2006 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 Nutzeneffekte des neuen Systems. Kosten und Nutzen wurden so dargestellt, dass eine Zuordnung zu den Akteuren möglich ist. Die Berechnungen der beauftragten Experten, Debold&Lux, Hamburg, ergaben einmalige Investitionskosten von knapp 100 Mio. CHF und jährliche Betriebskosten von neun Mio. CHF. Dem stehen einmalige Einsparungen von 16 Mio. CHF (Ersatz EU-KVK) und jährliche Einsparungen von 33 Mio. CHF (hauptsächlich administrative Vereinfachungen bei den Versicherern) gegenüber. Daraus resultiert, dass nach knapp vier Jahren die Deckung der Investitionskosten erreicht ist. Die Kosten-Nutzen-Analyse soll den Akteuren im Gesundheitswesen eine Hilfestellung liefern, den Aufwand für die Installation und den Betrieb des Systems abzuschätzen und die wirtschaftlichen Potentiale richtig zu beurteilen.