eHealth SG

Anforderungen an die Versichertenkarte nach KVG 42a

Spezifikationen aus der Sicht
Spital Kliniken
ausgehend der Erkenntnisse mit dem Covercard®-System

30. Mai 2006

Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen
Moosbruggstrasse 11
CH-9001 St.Gallen

Verein für Informatik im Gesundheitswesen
Moosbruggstrasse 11
CH-9001 St.Gallen

SAP (Schweiz) AG
Althardstrasse 80
8105 Regensdorf

Document	
Klassifizierung	öffentlich
Status	***Freigabe***
Autor(en)	Renato Baumgartner (BG), Bart de Witte (BW)
Erstellte Exemplare	0 - Publikation im Internet www.ehealth.sg.ch
Verteiler	Gem. Anhang 5 plus VIG-Mitglieder, eCH, Forum-Datenaustausch

- History

Datum	*Version*	*Autor/en*	*Bemerkung*	*Seiten*
23.12.2005	0.01	BG	Berichtsvorlage und Grundkapitel	11
09.01.2006	0.02	BG	Arbeitspapier 1. AG-Sitzung	12
15.02.2006	0.03	BG	Konsolidierung der 1. Kern-AG-Sitzung	13
02.03.2006	0.04	BG / BW	Konsolidierung der 2. Kern-AG-Sitzung	27
13.03.2006	0.05	BG	Vernehmlassung Kern-Arbeitsgruppe	27
19.03.2006	0.06	BG	Sitzung Kern-Arbeitsgruppe	28
01.04.2006	0.07	BG / BW	Konsolidierung Sitzung	31
18.04.2006	0.08	BG	Vernehmlassung	38
26.05.2006	0.09	BG	Berücksichtigung Vernehmlassungsantworten	38
30.05.2006	1.00	BW / BG	Freigabe	40

Gleichberechtigung
Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung wird die männliche Form gewählt. Wenn im Wortlaut für Personen die männliche Form gebraucht wird, ist im Sinn der Gleichberechtigung auch immer die weibliche Form gemeint.

Haftansprüche
Haftansprüche welche sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern hier nachweislich kein vorsätzliches oder grobfahrlässiges Verschulden vorliegt.

Copyright © 2006 Gesundheitsdepartement Kanton St.Gallen und VIG
Diese Dokumentation ist für den alleinigen Gebrauch des Herausgebers und von ihm vorgesehenen Empfängern bestimmt. Kein Teil dieser Dokumentation darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder in einem anderen Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der Herausgeber reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme ausserhalb der vorgesehenen Empfängergruppe verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen
Controllerdienst
Moosbruggstrasse 11
9001 St.Gallen

Verein für Informatik im Gesundheitswesen
Moosbruggstrasse 11
9001 St.Gallen

Inhaltsverzeichnis

1 eHealth SG 4
2 Management Summery 5
3 Ausgangslage 6
3.1 Covercard®-System 6
3.2 Aktuelle Situation Covercard®-System 6
3.3 Versichertenkarte nach KVG 42a 7
3.4 Pilot Projekte 7
3.4.1 Kanton St.Gallen 7
3.4.2 Hirslanden Gruppe 8
3.4.3 Kanton Appenzell Ausserrhoden 8
3.4.4 Erfahrungen 9
3.5 Abgrenzungen 9
4 Ziele 10
5 Anforderungsprofil 11
5.1 Stammdaten 11
5.2 Versicherungsdeckung 12
5.3 Weitere Daten 13
5.4 Prozesse beim Leistungserbringer 14
5.5 Historisierung 14
5.6 Sicherheit 14
5.6.1 Zugriff auf Daten 14
5.6.2 Weiterreichung der Daten 15
5.6.3 Compliance 15
6 Zukünftige Entwicklung 16
A.1 Covercard®–System Datenstruktur 17
A.2 Von den Versicherungen gelieferte Daten 19
A.3 XML Insurance Request/Response 20
A.3.1 Insurance Request 20
A.3.1.1 Einleitung 20
A.3.1.2 XML-Schema 21
A.3.2 Insurance Response 26
A.3.2.1 Einleitung 26
A.3.2.2 XML-Schama 27
A.4 Abkürzungen 35
A.5 Glossar 36
A.6 Arbeitsgruppenmitglieder / Vernehmlassungsteilnehmer 38

1 eHealth SG

Im April 2005 präsentierte der Verein für Informatik im Gesundheitswesen (VIG) das Grundlagenpapier „*eHealth-Strategie für die Institutionen im Gesundheitswesen des Kantons St.Gallen*[1]“. Darin sind die notwendigen Handlungsoptionen dargelegt und in einer Roadmap zusammengefasst worden.

Im Grundlagenpapier wird in Kapitel 5.3.2 Aktueller Stand der Entwicklung (Seite 37 ff) festgehalten:

- *Der Kanton kann daher in diesem Bereich nicht abwarten und auf eine Lösung von aussen hoffen. Es sollte vielmehr kurzfristig die bereits vorhandenen kantonalen Lösungen auf Eignung und allfällige Funktionslücken untersucht werden. Dabei ist auch zu untersuchen, warum die vorhandenen technischen Möglichkeiten (z.B. HIN-MailGateway, OFAC-Covercard) bisher nicht stärker genutzt worden sind. Auf Basis einer solchen Untersuchung und im Abgleich mit den vom Bund zu bestätigenden (international gültigen) Rahmenbedingungen, Normen und Standards sollte in der Folge der Auf- bzw. abschliessende Ausbau der kantonalen E-Health-Architektur vorangetrieben werden.*

Da das Covercard®-System, wenn den Bedürfnissen der Leistungserbringer entsprechend ausgestattet, auch unbestritten der Forderungen der:

- Effizienz- und Effektivitätssteigerung
- verbesserten Datenqualität
- Kostensenkung

erfüllt, ist mit den Partnern H-Net und Ofac der eHealth SG Covercard-Pilot im Sommer 2005 gestartet worden.

Im Projektauftrag Covercard wurde festgehalten:
Mit dem eHealth Pilotprojekt Covercard sollen folgende Fragen beantwortet werden können:

- *Haben die Patienten ihre von der Kasse bereitgestellte Karte konsequent auf sich?*
- *Welche Massnahmen sind notwendig um die diesbezügliche Sensibilisierung der Patienten zu verbessern (z.B. Eintrittsbroschüre, Internet, etc.)?*
- *Wie viele Patienten könnten im Besitze einer Covercard sein (lokales Versichertenspektrum)?*
- *Steigt die Qualität der erhobenen Daten?*
- *Nutzen der Covercard?*
- *Anforderungen an die Schnittstelle zur Verwaltungsapplikation und deren Kosten?*

Des weitern sind grundsätzliche Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt Covercard festzuhalten, die dann in einer Empfehlung zum weiteren Vorgehen in den Institutionen des Gesundheitswesens des Kantons St.Gallen zusammengefasst werden. Die Empfehlung hat dabei im weiteren zu berücksichtigen:

- *die Konsequenzen und Risiken unter Einbezug schweizerischer wie internationaler Entwicklungstendenzen.*
- *die Wirtschaftlichkeit*
- *den Lösungsansatz für den Betrieb und Unterhalt*
- *allfällige Rahmenverträge mit H-Net und OFAC.*

[1] http://www.sg.ch/home/gesundheit/organisation_gd/informatik_vig/veranstaltungen/e-health-strategie.html

2 Management Summery

Mit der Einführung der EHIC Versichertenkarte (Rückseite E111-Formular) in der Schweiz hat sich die Mehrzahl der Versicherungen entschlossen ihren Versicherten eine Karte auf der Basis des Covercard®-System abzugeben. Diese Tatsache hat dazu geführt, dass in mehreren Spitälern und Kliniken eine Testphase ausgelöst wurde. Eine Testphase, die Antworten auf Fragen des Nutzens und der Integrationsanforderungen im administrativen Umfeld geben soll.

Der Ansatz des Covercard®-Systems wird als richtig angesehen. Das Covercard®-System im aktuellen Stand wird jedoch als zu wenig ausgereift für einen produktiven Einsatz erachtet. Vor allem die vorliegende Datenqualität (Killerkriterium) und Datenstruktur lässt keinen Mehrwert erkennen und eine gegenwärtige Integration wäre mit einem finanziellen Risiko behaftet.

Die anstehende Verordnung zum KVG 42a haben die Arbeitsgruppe veranlasst **dieses Dokument mit Anforderungsprofil für Spitäler und Kliniken als Diskussionspapier** für die involvierten Gremien zu erstellen. Auf der Basis der aufgezeigten Anforderungen sind das XML Insurance Respons und Insurance Answer Formular erarbeitet worden. Es ist Aufgabe der nationalen Gremien die allgemeingültigen Spezifikationen als verbindlich zu erlassen.

Die künftigen Perspektiven und entsprechenden Entwicklungsschritte werden abschliessend aufgezeigt.

Im Bewusstsein, dass über die KVV die Freiwilligkeit der Zusatzversicherungsangaben nicht beeinflusst werden kann, erachten wir im Rahmen der aktuellen Spardiskussionen im Gesundheitswesen eine transparente Darstellung aller Versicherungsleistungen wie auch deren Einschränkungen als unabdingbar. Erst eine umfassende Angabe der Behandlungsberechtigungen wird dazu führen, dass die Integration in den Spitälern und Kliniken vorangetrieben wird (Enabler-Applikation).

3 Ausgangslage

3.1 Covercard®-System

Im Jahre 1995 entwickelte die Berufsgenossenschaft der Apotheker die Ofac, in Zusammenarbeit mit einigen Krankenversicherungen das Covercard®-System[2]. Seit der Einführung im Jahre 1996 ermöglicht dieses System den teilnehmenden Apotheken eine zeitgerechte Abfrage der von der Versicherung getragenen Leistungen. Die Zentral gehaltenen Daten erlauben den Apothekern neben der Gültigkeit der vorgelegten Versichertenkarte auch die Deckung für nichtpflichtige Medikamente abzufragen.
Die für das Covercard®-System benötigte Versicherungskarte (mit Magnetstreifen) wurde von den Versicherungen, in erster Linie westschweizerische Versicherungsgesellschaften, kostenlos an ihre Mitglieder abgegeben.
In der Folge sind weitere Versicherungen dem Covercard®-System beigetreten aber auch Leistungserbringer wie Spitäler, die in Teilen auch eine Integration in die Verwaltungsapplikation vollzogen haben (OPALE).
Seitens der Praxis-Software für die Ärzte ist das Covercard®-System inzwischen bei den meisten Herstellern in die Applikation integriert worden (Standard oder Option).

Die Entwicklung des Covercard®-System widerspiegelt sich denn auch in der heute vorliegenden Datenstruktur (siehe A.1), die sich mit den Jahren weiterentwickelt hat. Eine Datenstruktur, die zugleich auch ein Abbild der schwierig zu lösenden Transparenz der Versicherungsdeckung wiedergibt.

Die mit der Magnetkarte (enthält nur Kartennummer) abrufbaren Daten werden Leistungserbringer-Kategorien zugeordnet so gelten im vorliegenden Papier die Spezifikationen für Spitäler und Kliniken[3]. Die inhaltliche Hoheit und damit auch die Bekanntgabe von Zusatzversicherungsdeckungen liegt bei den Versicherungen.

Das Covercard®-System erfüllt, betrachtet man der eHealth-Strategien unserer europäischen Nachbarländer, die aufgezeigten Voraussetzungen:

- Einen zentralen Administrations-Server
- Eine Telematik-Infrastruktur, die
    - Eine Mehrheit der Versicherungen eingebunden hat
    - eine über Netzwerk-Anbieter (OVAN, HIN, H-Net, Covercard-Website) gehende Authentifikation erfüllt.

3.2 Aktuelle Situation Covercard®-System

Im benachbarten Fürstentum Liechtenstein wurde im Jahre 2004 der Entscheid zugunsten der Umsetzung des Covercard®-System gefällt. Basis dazu bildete ein revidiertes Gesundheitsgesetz, das u.a. auch die Einführung einer persönlichen Kennnummer festlegte.
Diese Entwicklung betrifft vor allem die Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, die einen hohen Anteil an liechtensteinischen Patienten aufweist.
Mitte 2005 wurden die ersten Versicherten mit der neuen, den EU-Richtlinien entsprechenden, Karte ausgestattet (FKB-Versicherte). Im Frühjahr 2006 folgten dann die schweizerischen Versicherungen mit Niederlassung im Fürstentum.

Mit der Einführung der neuen Versichertenkarte in der Schweiz per 1.1.2006 (Erfüllung der EHIC Konformität: E111-Formular) haben sich die meisten Versicherer dem Covercard®-System angeschlossen (Stand 17. März 2006, 6.5 Mio. Versicherte im Covercard®-System).

[2] http://www.covercard.ch/
[3] Spezifikationen für Informatik-Lieferanten Covercard-System für H-NET-Abonnenten Version 1.0 Mai 2005

Obwohl der Rollout der Karten noch nicht abgeschlossen ist, melden die Pilot-Standorte eine zunehmende Anzahl von Patienten die bei ihrem Eintritt eine Karte vorweisen können. Unter Berücksichtigung der Kassenverteilung kann davon ausgegangen werden, dass nach vollendetem Rollout im Kanton St.Gallen die Anzahl der Patienten, die eine Covercard-Versichertenkarte vorweisen können von 33% auf annähernd 90% ansteigen wird[4].

3.3 Versichertenkarte nach KVG 42a

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bereitet derzeit die Verordnungsbestimmungen zum Vollzug der Einführung einer Versichertenkarte gemäss KVG Art. 42a vor, deren Verabschiedung voraussichtlich Ende Juni 2006 erwartet wird.
Bereits das Grobdesign „*Die Versichertenkarte und der Aufbau der Telematikinfrastruktur*“[5] hält zur künftigen Versichertenkarte eine gewisse Freiwilligkeit fest:

- Identifizierung des Versicherten
- Nachweis des Versicherungsverhältnisses der OKP
- zusätzliche administrative Informationen, z.B. Zusatzversicherung (freiwillig)
- eRezept (freiwillig)
- Medizinische Basisdaten – Notfall, Medikation, Ausweise (freiwillig).

Nach KVG Art. 42a sind die OKP-Versicherer für die Ausgabe der Karte zuständig. Da z.Zt. in der Schweiz eine nationale E-Health Strategie fehlt, ist der Schritt von der Versicherten- zur Gesundheitskarte noch weitestgehend offen. Im Bereich der Zusatzversicherungen ist zu hoffen, dass die Versicherer, wie einige bereits im Covercard®-System (siehe auch Anhang A.2), ihre transparenten Informationen weiterhin zur Verfügung stellen.

3.4 Pilot Projekte

3.4.1 Kanton St.Gallen

Der Pilot wurde Mitte August 2005 an folgenden Standorten installiert:

- Kantonsspital St.Gallen: Patientenaufnahme stationär.
- Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Spital Grabs: Notfallaufnahme und Patientenaufnahme stationär.
- St.Gallische Psychiatrie-Dienste Region Süd, Pfäfers: Patientenaufnahme.

Während bei den ersten beiden Institutionen (SAP-Umfeld) die Web-Lösung zum Einsatz kommt, ist in der Psychiatrie die Schnittstelle im Verwaltungssystem (OPALE, Ordi-Conseil) integriert.

Die laufend gewonnenen Erkenntnisse sind periodisch mit den beteiligten Partnern diskutiert worden und entsprechende Korrekturen am System sind vorgenommen worden:

- Konvertierung der Umlauten (Zeichensatzproblematik) und die in Grossbuchstaben geschriebene Versichertennamen (Mitte November bis Mitte Dezember 2005).
- Fehlende Datenfelder im Zusatzversicherungsbereich (28. Februar 2006).

Während in den somatischen Spitälern der Informationsgehalt den Aufnahmeprozess nicht den Anforderungen entsprechend unterstützen kann, sieht man im psychiatrie Umfeld (nur Bedarf an der Grundversicherung) eine Entlastung. Im letzteren Fall gedenkt man den Test sogar auf die ambulanten Dienste auszudehnen.

[4] Datenbasis Versichertenstatistik 2003
[5] 19. September 2005, Debold & Lux; http://www.bag.admin.ch/kv/projekte/d/versichertenkarte.htm

3.4.2 Hirslanden Gruppe

Von September 2005 bis Januar 2006 waren in den Kliniken:

- Hirslanden Im Park, Zürich
- Hirslanden Klinik, Aarau
- Hirslanden Klinik Zürich

Covercard-Lesegeräte im Einsatz. Die Covercard-Lesegeräte wurden in den Abteilungen Patientenaufnahme, Notfallstation und Radiologie installiert und angewandt.
Im Rahmen der Pilotinstallation hat man sich in allen Kliniken gegen eine integrierte Lösung mit entsprechenden Schnittstellen in die umliegenden Patientenadministrationssysteme (Hospis) entschieden, so dass für alle autorisierten User die Web-Lösung zur Verfügung stand.

Laut Umfrageergebnis bei den Anwendern in den Kliniken hat die Covercard-Lösung mit der Web-Abfrage im Tagesbetrieb keine spürbare Arbeitserleichterung für die MitarbeiterInnen bei der Patientenaufnahme gebracht. Der Akzeptierungsgrad (4 - sehr gut, 3 - gut, 2 - gut aber verbesserungswürdig, 1 - wird nicht genutzt) wurde bei den Usern von 3 (gut) bis 2 (gut, aber verbesserungswürdig) eingeschätzt. In diesem Zusammenhang ist vor allem die mangelnde Datenqualität zu erwähnen, welche derzeit eine verlässliche Integration von Cover-Card in den Patientenaufnahmeprozess verunmöglicht. Es wurde festgestellt, dass die Datenqualität von Kostenträger zu Kostenträger sehr verschieden ist. Ein weiteres Problem stellt weniger die Karte an sich dar, sondern der Umstand, dass viele Patenten ihre Krankenkassenkarte nicht immer bei sich haben.

3.4.3 Kanton Appenzell Ausserrhoden

Der Spitalverbund AR startete Ende Januar 2006 mit dem Pilotbetrieb. Im Spital Herisau wurde in der Patientenaufnahme ein Covercard-Lesegerät eingesetzt. Durch die Installation eines Zusatzmoduls im Administrativsystem wurde das Covercard®-System in das Administrativsystem OPALE integriert. Stammdaten und Angaben zur Versicherungsdeckung des Patienten werden damit automatisiert in das Administrativsystem übernommen.

Während der 5 Wochen Pilotbetrieb wurden verschiedene Schwachpunkte und Probleme festgestellt. Die schwerwiegendsten Punkte sind:

- Die vom Covercard®-System gelieferten Daten zur Versicherungsdeckung sind ungenügend. Beispielsweise ist nicht ersichtlich, ob bei einem allgemein versicherten Patienten eine Deckung für die ganze Schweiz oder nur für den Wohnkanton besteht. Ebenfalls ist nicht ersichtlich, ob ein Patient für Unfall versichert ist.
- Der Garant muss in den meisten Fällen manuell mutiert werden, da nicht Angaben der zuständigen Agentur sondern des Hauptsitzes geliefert werden.
- Die Namen der Versicherten werden von vielen Versicherern in Grossbuchstaben und ohne Umlaute geliefert.
- Die Schreibweise der vom Covercard®-System gelieferten Namen unterscheidet sich teilweise von der im Spitalverbund angewandten Schreibweise. Dadurch werden für bereits erfasste Patienten im Administrativsystem neue Patientenrecords generiert.
- Die Adressdaten werden von den Versicherern in unterschiedlicher Form geliefert.

In Abklärung ist derzeit, welche Probleme auf die vom Covercard®-System gelieferten Daten zurückzuführen sind und welche durch die Schnittstelle zum Administrativsystem bzw. das Administrativsystem selbst verursacht werden.

3.4.4 Erfahrungen

Aufgrund der Erfahrungen aus den Pilotbetrieben kommen die Mitarbeitenden der Patientenaufnahme zum Schluss, dass der Einsatz des Covercard®-Systems derzeit keine Vorteile bringt. Im Gegenteil führen die notwendigen manuellen Nachbearbeitungen zu einem erhöhten Aufwand bei der Erfassung. Gleichzeitig verschlechtert sich die Datenqualität aufgrund der manuellen Nachbearbeitungen.

Die manuellen Nachbearbeitungen (Wohnadresse des Patienten) die fehlenden Deckungsangaben im Bereich der Zusatzversicherungen (Hoheit der Kassen), sowie die Datenqualität lassen aktuell:

- eine Vergabe der Schnittstellen-Entwicklung nicht verantworten.
- kein Nutzen im Prozess erkennen.

Als wichtigstes Verbesserungspotenzial orten die Anwender die zwingende und deutliche Verbesserung der, von Versicherung zu Versicherung, sehr unterschiedlichen Datenqualität. Zusätzlich sollte für eine effiziente und verlässliche Anwendung in der Patientenaufnahme und im Patientenmanagement aber auch der Datenumfang der Karte erweitert und transparenter gestaltet werden (z.B. Versicherungsstatus Allgemein/HP/P, Prämienrückstände, Spitalwahleinschränkungen, usw.).

Der Ansatz des Covercard®-Systems wird als richtig angesehen. Das Covercard®-System im aktuellen Stand wird jedoch als zu wenig ausgereift für einen produktiven Einsatz erachtet.

3.5 Abgrenzungen

Mit diesem Dokument werden nur die administrativen Anforderungen der Spitäler und Kliniken abgedeckt. Weitere Leistungserbringer sowie ein für die Rechnungsstellung diskutierter Standard (einheitliche Rechnungsnummer) werden nicht berücksichtigt.
Die Sicherstellung internationaler Entwicklungen wie z.B. die netc@rd-Initiative[6] obliegt der Betreiberin des künftigen Administrations-Servers resp. Datenlieferanten.

[6] http://www.netcards-project.com/index.php

4 Ziele

„Versichertenstammdatenmanagement ist die Verwaltung der Behandlungsberechtigungen zur Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung“[7].

Die Erfahrungen mit der elektronischen Abrechnung im Rahmen der Tarmed-Umsetzung haben es gezeigt und zeigen es immer noch, dass für einen, den Prozess optimal unterstützenden Datenaustausch noch enorme Aufwendungen getätigt werden müssen. Seitens der Spitäler und Kliniken ist es vor allem die Datenqualität der nicht Tarmed-Tariftypen sowie die Integration der Rückweisungen. Seitens der Versicherer fordert die Umsetzung des Auszahlungsprozesses (Verzicht auf Sammelzahlungen) und die Ausdehnung auf die stationäre Abrechnung[8] noch einigen Einsatz.

Die Datenqualität bei der Patientenaufnahme in einem Spital oder einer Klinik beeinflusst massgeblich die nachgelagerten Prozesse (Abrechnung, Umsysteme). Je präziser die Daten zu Beginn sind, desto effizienter gestalten sich diese Prozesse. Nicht zuletzt:

- wird die erhaltene Qualität (Input) mit der elektronischen Rechnung den anfänglichen Datenlieferanten wieder zur Verfügung gestellt (Output).
- kann der Patient (Kunde beider Seiten) damit auch optimal beraten werden.
- wird damit der Forderung der Wirtschaftlichkeit Rechnung getragen.

Der Massstab der Datenqualität ist von der künftigen Betreiberin des Administrations-Servers zu gewährleisten und soll überprüft werden.

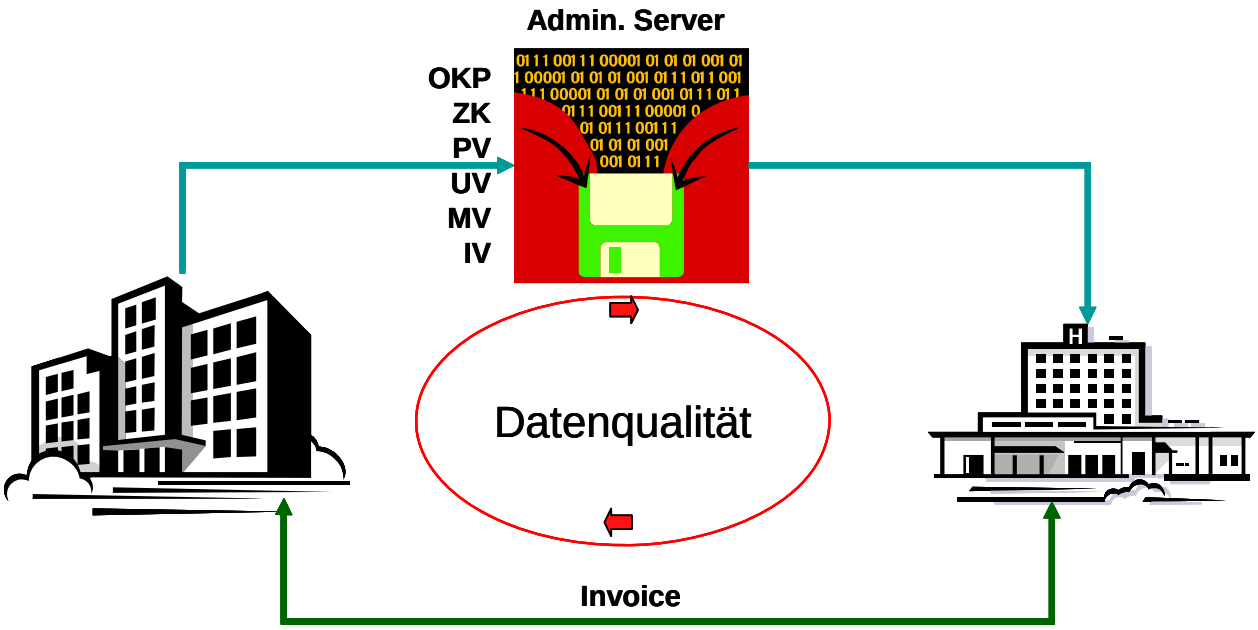

Bild 4.1: Datenqualität im administrativen Kreislauf

[7] Projektdokumentation: Planungsauftrag eRezept, eArztbrief, ePatientenakte und Telematikinfrastruktur, IBM Deutschland GmbH und ORGA Kartensysteme GmbH, März 2004
[8] eHealth SG Projekt: Stationäre Abrechnung in den psychiatrischen Kliniken

5 Anforderungsprofil

Die folgend beschriebenen Datensätze entsprechen den minimal Anforderungen seitens der Spitäler und Kliniken

Die Leseart der Feldinhalte in den folgenden Tabellen ist wie folgt:

- X Identifikationsschlüssel über die teilnehmenden Versicherungen.
- M Muss: Die Lieferung des Inhaltes ist zwingend.
- W Wunsch: Die Lieferung des Inhaltes wäre erwünscht.
- O Oder: einer der beiden Optionen ist, falls zutreffend zwingend mitzuliefern

5.1 Stammdaten

Zu den Stammdaten gehören die Angaben zum Versicherten, der Versicherung und allenfalls des Prämienzahlers.

	SVN	OKP	ZV	PV	UV	MV	IV
Identifikationen							
Sozialversicherungsnummer	X	X M	X	X	X	X	X
Kartennummer		M					
Versichertendaten							
Name		M					
Namenszusatz		W					
Geburtsname		W					
Vorname(n)		M					
Titel		W					
Strasse & Nr.		M					
PLZ		M					
Ort		M					
Wohnkanton		M					
Land		M					
Geburtsdatum		M					
Geschlecht		M					
Korrespondenzsprache		W					
Zivilstand		W					
Konfession		W					
Nationalität		M					
Versicherungsdaten							
Versicherungs- Vertragsnummer		M	M	M	M	M	M
Gültigkeit von (ttmmjjjj)		M	M	M	M	M	M
Gültigkeit bis (ttmmjjjj)		M	M	M	M	M	M
Name		M	M	M	M	M	M
Strasse & Nr.		M	M	M	M	M	M
PLZ		M	M	M	M	M	M
Ort		M	M	M	M	M	M
Telefon		W	W	W	W	W	W
EAN-Nummer		M	M	M	M	M	M
BSV-Nummer		M	M	M	M	M	M
Prämienzahler							
Name		W	W	W			
Vorname		W	W	W			
Strasse & Nr.		W	W	W			
PLZ		W	W	W			
Ort		W	W	W			
Telefon		W	W	W			

Tabelle 5.1: Stammdaten

5.2 Versicherungsdeckung

Die Versicherungsdeckung wurde in der Arbeitsgruppe intensiv diskutiert. Anfängliche „Ideen“ die gewährleisteten Tarife abzubilden erwiesen sich zum jetzigen Zeitpunkt als zu komplex. Eine zukünftig mögliche Weiterentwicklung wird daher in Kapitel 6 beschrieben.

Die in folgender Tabelle zusammengefassten Versicherungsdeckungen umfassen alle Angaben, die ein Spital für einen reibungslosen Ablauf benötigt. Die entsprechende Option zur Unfalldeckung ist dabei **immer** mitzuliefern.
Unter der Gültigkeit wird die vertragliche Versicherungsdauer verstanden.

Gruppe		Unfall mit	Unfall ohne	Gültigkeit von	Gültigkeit bis
	OKP				
A1	Ambulante Behandlung im Wohnkanton und Arbeitsort	O	O	ttmmjjjj	ttmmjjjj
B1	Ambulante Behandlung Modell	O	O	ttmmjjjj	ttmmjjjj
	Zusatzversicherungen				
C1	Ambulante Behandlung ganze Schweiz	O	O	ttmmjjjj	ttmmjjjj
D1	Allgemeine Abteilung öffentliche Spitäler ganze Schweiz	O	O	ttmmjjjj	ttmmjjjj
D1	Allgemeine Abteilung alle Spitäler ganze Schweiz	O	O	ttmmjjjj	ttmmjjjj
D1	Allgemeine Abteilung Spital gemäss Spitalliste [1)]	O	O	ttmmjjjj	ttmmjjjj
D2	Leistungsausschluss			ttmmjjjj	ttmmjjjj
E1	Halbprivate Abteilung öffentliche Spitäler ganze Schweiz	O	O	ttmmjjjj	ttmmjjjj
E1	Halbprivate Abteilung alle Spitäler ganze Schweiz	O	O	ttmmjjjj	ttmmjjjj
E1	Halbprivate Abteilung Spital gemäss Spitalliste [1)]	O	O	ttmmjjjj	ttmmjjjj
E2	Leistungsausschluss			ttmmjjjj	ttmmjjjj
F1	Private Abteilung öffentliche Spitäler ganze Schweiz	O	O	ttmmjjjj	ttmmjjjj
F1	Private Abteilung alle Spitäler ganze Schweiz	O	O	ttmmjjjj	ttmmjjjj
F1	Private Abteilung Spital gemäss Spitalliste [1)]	O	O	ttmmjjjj	ttmmjjjj
F2	Leistungsausschluss			ttmmjjjj	ttmmjjjj
G1	Zusatz Alternativ und Präventiv Medizin	O	O	ttmmjjjj	ttmmjjjj
H1	Transportkosten	O	O	ttmmjjjj	ttmmjjjj
I1	Medico / Freie Arztwahl				
J1	Hotellerie / Komfort	1er Zimmer / 2er Zimmer			
K1	Rückerstattung von Nichtpflichtleistungen				
L1	Anteil Tages- und Pflegetaxe (CHF/Aufenthalt)				
M1	Anteil medizinische Behandlung (CHF/Jahr)				
N1	%-Anteil der Kostenübernahme				

Tabelle 5.2: Versicherungsdeckungen [1)] siehe auch 5.6

5.3 Weitere Daten

Ist der Versicherte in einem Versicherten-Modell (HMO, Hausarztmodell etc.), so ist der entsprechende Typ bei der Versicherungsdeckung mitzuteilen und die Anschrift für Rückfragen bezüglich der Weiterbehandlung unumgänglich.

	SVN	OKP	ZV	PV	UV	MV	IV
Angaben zum Modell							
Name		M	M	M			
Strasse & Nr.		M	M	M			
PLZ		M	M	M			
Ort		M	M	M			
Telefon		W	W	W			

Tabelle 5.3: Angaben zum Modell

Es ist damit zu Rechnen, dass während einer Übergangsfrist von mindestens 3 Jahren (Erfahrungen aus der Tarmed-Umsetzung) der Prozess für die stationäre Leistungsabrechnung noch die papierene Variante unterstützen muss. Es ist daher unerlässlich, dass der Leistungserbringer Kenntnis darüber erhält an welche Adresse (Agentur) die gedruckte Rechnung zuzustellen ist.

	SVN	OKP	ZV	PV	UV	MV	IV
Versicherungsdaten Agentur							
Name		M	M	M			M
Strasse & Nr.		M	M	M			M
PLZ		M	M	M			M
Ort		M	M	M			M
Telefon		W	W	W			W
EAN-Nummer		M	M	M			M

Tabelle 5.4: Versicherungs-Agentur

Im Falle von Leistungseinschränkungen seitens der Versicherer ist dies in Analogie zum Covercard®-System den Leistungserbringern mitzuteilen:

- bezogen auf die gesamte Versicherung
- bezogen auf einzelne Deckungen

	SVN	OKP	ZV	PV	UV	MV	IV
Leistungsanspruch							
Code		M	M	M	M	M	M
Bemerkung Freitext		M	M	M	M	M	M
Sachbearbeiter		M	M	M	M	M	M
Telefon-Nummer		M	M	M	M	M	M

Tabelle 5.5: Leistungseinschränkung

5.4 Prozesse beim Leistungserbringer

Während einer Hospitalisation lassen sich die folgenden administrativen Arbeits-Prozesse definieren bei welchen eine Überprüfung der Versicherungsdeckung angezeigt ist:

- **Aufnahme Voraufnahme**
  Die meisten administrativen Aufnahmen im stationären Bereich werden heute vor einem jeweils geplanten Spitaleintritt gemacht. Daher sollte die Versicherungsdeckung bereits zu diesem Zeitpunkt geprüft werden können. Damit kann der Leistungserbringer entsprechend reagieren und bei ungenügender Deckung Massnahmen (Information des Patienten, Depotforderung) einleiten. Daher muss die Versicherungsdeckung auch ohne die Karte (nur mit der Eingabe der Kartennummer) abgefragt werden können. Dafür müssen die Eintrittsformulare der Spitäler entsprechend angepasst werden. Der Patient kann so seine Kartennummer bekannt geben und den Leistungserbringer zur Abfrage seiner Versicherungsdaten ermächtigen.
- **Aufnahme Eintritt**
  Liegt beim effektiven Eintritt ins Spital noch keine Kostengutsprache der Versicherung vor, so kann die Kostendeckung sofort abgefragt und mit dem Patienten besprochen werden. Aus Erfahrung sind besonders viele Patienten, welche über den Notfall eintreten, ungenügend über ihre eigene Versicherungsdeckung informiert.
- **Klassenwechsel**
  In einigen Fällen möchten Patienten während ihres Spitalaufenthaltes in eine höhere Klasse wechseln. Dies ist dann auch mit höheren Kosten verbunden. Um die Patienten über die möglichen Kostenfolgen optimal zu informieren, soll auch hier eine Abfrage seiner Versicherungsdaten ermöglicht werden.
- **Abrechnung**
  Besonders bei ambulanten Behandlungen mit sehr langen Behandlungszyklen ist es wichtig, dass die aktuelle Versicherungsdeckung vor der Abrechnung nochmals geprüft werden kann. So kann eine falsche Rechnungsstellung vermieden werden und damit sinken auch die administrativen Umtriebe bei den Leistungserbringern und den Versicherungen.
- **Jahreswechsel** „Überlieger“
  Jeweils auf Ende eines Jahres können die Versicherten in der Grundversicherung die Versicherung wechseln. Um für Patienten, welche über den Jahreswechsel in stationärer Behandlung sind eine korrekte Faktura zu erstellen, müssen die Versicherungsdaten nach dem Jahreswechsel nochmals überprüft werden. Diese Überprüfung sollte in der ersten Woche des neuen Jahres stattfinden.

5.5 Historisierung

Damit die Zuordnungen zum korrekten Kostenträger für alle Fälle möglich sind, muss sichergestellt sein das die Versicherungsdaten über eine Periode von mindestens 5 Jahren historisiert werden. Die Historisierung ist unter 5.1 und 5.2 ersichtlich.

5.6 Sicherheit

Das heutige Covercard®-System kann Datensätze beinhalten, die gemäss Datenschutzgesetz DSG[9] Art. 3 Bst. c Ziff. 4 zu den besonders schützenswerten Daten zählen. Entsprechende Massnahmen sind Seitens der Leistungserbringer angezeigt.

5.6.1 Zugriff auf Daten

Für die unterschiedlichsten Personenkreise in einem Spital (Notfallaufnahme, Patientenadministration, Abrechnungswesen etc.) sind die Datenzugriffe auf das für die Tätigkeit notwendigste zu beschränken. Es ist durch die eingesetzte Applikation zu gewährleisten, dass den entsprechenden Mitarbeitern nur die für die Ausübung ihrer Arbeit benötigten Daten zur

[9] SR 235.1

Einsicht dargestellt werden. So ist z.B. der Datensatz des Prämienzahlers auf wenige Mitarbeiter im Finanzbereich zu beschränken.

5.6.2 Weiterreichung der Daten

Im Dienstleistungskreislauf der Patientenbetreuung sind weitere Leistungserbringer involviert, die nicht im direkten Patientenkontakt stehen (z.B. Laboratorien).

Für diese Gruppe, die u.a. auch direkt mit den Versicherungen abrechnen, ist eine Weiterreichung der benötigten Daten für eine Versicherungsüberprüfung vorzusehen. Denkbar wäre in Analogie der bereits für Spitäler eingesetzten Spezifikationen eine Spezifikation Labor zu schaffen, die die erforderlichen Angaben für die Abrechnung enthält (Grundversicherung genügt).
Je nach der Architektur, des künftigen Administrations-Server ist u.U. die Vollmacht des Patienten erforderlich, die durch den Auftraggeber einzuholen ist.

5.6.3 Compliance

Jede Abfrage wird vom Administrations-Server mit einer Abfrage-Nummer und einem für den Abfrage-Tag gültigen Status beantwortet. Diese Nummer ist vom abfragenden System mit Datum und Zeit zu hinterlegen.

6 Zukünftige Entwicklung

Die nächste Generation der Versicherungsdatenbank sollte auf moderner Architektur basieren! Dies bedeutet aus heutiger Sicht: Entwicklung als "Server-Applikation", auf die mit "Web-Services" zugegriffen wird. Zumindest sollte der Versicherungsdatenbank ein "zentrales" Programm sein oder die Funktion eines Point of Access übernehmen. Die unterschiedlichen Clients (z.B. Patientenadministrationssystem) greifen dann entweder direkt beim Kostenträger oder auf der Zentraler Datenbank zu. Über diese WebServices sollten mit genau einem Patient, Versicherungs-, Tarif- und Vertragsdaten aufgerufen werden können. Die Aufwände bei der Implementierung von neuen Verträgen und Tarifmodelle steigt linear mit dem Grad der Komplexität und Diversität.
Damit die IT-Kosten in einem erträglichen Rahmen bleiben, und die Umsetzbarkeit für kleinere bis mittelgrosse Spitäler realistisch bleibt, ist ein Zentraler Ansatz zu Verfolgen.

A.1 Covercard®–System Datenstruktur

Die folgenden Tabellen geben die aktuellen Umfang der Daten, die über das Covercard®-*System* übermittelt werden.

Feld-Nr.	Bezeichnung	Inhalt	Code	Ausprägung
1	MESS_RETOUR	Rückmeldung der Serververbindung	**00&OK**	Erfolgreiche Verbindung
			67&Karte gesperrt	
			69&Anwendungsproblem	Fehler beim einlesen der Karte, erneuter Versuch
			60&Versicherter unbekannt	
2	NUM_CARTE	Karten-Nummer		19stellig
3	NOM_ASS	Name der Versicherung		
4	NOME_CAISSE	Krankenversicherungsnummer		BSV-Nummer
5	NOM	Name des Versicherten		
6	PRENOM	Vorname des Versicherten		
7	NOM_DEB	Name des Prämienzahlers		
8	PRENOM_DEB	Vorname des Prämienzahlers		
9	ADRESS1	Strasse und Nummer		
10	ADRESS2	Adresszusatz		
11	ADRESS3	PLZ		
12	ADRESS4	Ort		
13	CODE_SEXE	Geschlecht	1	männlich
			2	weiblich
14	DAT_NAISS	Geburtsdatum des Versicherten		TTMMJJJJ
15	COD_PAYS	Landes Code	2	Schweiz
16	COD_LANGUE	Sprachcode des Versicherten	1	Deutsch
			2	Französisch
			3	Italienisch
17	COD_MODELE1	Gesundheitsmodell 1	0	Standard
			10	Hausarztmodell
			20	HMO
			30	PPO
			40	Hausarzt
			50	Pharmacie de confidance
18	NUM_PREST1	Leistungserbringer-Nummer	nnnnn	Identifikationsnummer des Gesundheitsnetzes
19	NOM_PREST1	Name des Modells oder des Arztes		
20	COD_MODELE2	Dito Feld 17		
21	NUM_PREST2	Dito Feld 18		
22	NOM_PREST2	Dito Feld 19		
23	COD_MODELE3	Dito Feld 17		
24	NUM_PREST3	Dito Feld 18		
25	NOM_PREST3	Dito Feld 19		
26	COD_MODELE4	Dito Feld 17		
27	NUM_PREST4	Dito Feld 18		
28	NOM_PREST4	Dito Feld 19		
29	COD_MODELE5	Dito Feld 17		
30	NUM_PREST5	Dito Feld 18		
31	NOM_PREST5	Dito Feld 19		

Tabelle A.1.1: Covercard-Datenstruktur

Bemerkung:

Die Felder 9 –12 haben aktuell unterschiedliche Inhalte:

- FL-Karte Adress-Angaben des Versicherten
- CH-Karte Adress-Angaben des Prämienzahlers, falls Name des Prämienzahlers ausgefüllt ist, ansonsten Adresse des Versicherten.

Diese klare Trennung wird durch die Führung zweier Datenbaken (FL, CH) sichergestellt.

Feld-Nr.	Bezeichnung	Inhalt	Code	Ausprägung
32	COD_DROIT	Anrecht auf Leistungen Mitteilung des Versicherers über gewisse Leistungslimitationen gegenüber dem Leistungserbringer	**G&TG exklusive + Tel**	der Versicherte hat ausschliesslich Anspruch auf Leistungen im Tiers-Garant System, es wird
			B&ZG exklusive ausser BA OK + Tel	Alle Leistungen ausser denjenigen der Grundversicherung müssen im Tiers-Garant System verrechnet werden. Empfehlung: mit dem Versicherer Kontakt aufnehmen.
			S&Leistungen gesperrt + Tel	Der Leistungsanspruch wurde vom Versicherer aufgehoben. Empfehlung: mit dem Versicherer Kontakt aufnehmen
33	COUV1	Deckungsart 1 = Grundversicherung	**1&BA**	Grundversicherung
34	COUV2	Deckungsart 2 = Nichtpflichtleistungen	**1&NLP**	Rückvergütete nichtlistenpflichtige Produkte
35	COUV3	Deckungsart 3 = Komplemetärmedizin	**1&KM**	Komplementär-Medizin
36	COUV4	Deckungsart 4 = Unfallversicherung	**1&UF**	Unfalldeckung gebunden an die Grundversicherung
37	COUV5	Deckungsart 5 = Versicherung für ambulante Behandlung	**1&AMB1**	Komplementäre ambulante Behandlung Stufe 1
			1&AMB2	Komplementäre ambulante Behandlung Stufe 2
			1&AMB3	Komplementäre ambulante Behandlung Stufe 3
38	COUV6	Deckungsart 6 = Spitalversicherung	**1&SP1**	Spitalversicherung allgemeine Abteilung
			1&SP2	Spitalversicherung halbprivat
			1&SP3	Spitalversicherung privat
39	COUV7	Deckungsart 7 = Spitalversicherung für Mutterschaft	**1&MU1**	Versicherung für Mutterschaft, allgemeine Abteilung
			1&MU2	Versicherung für Mutterschaft, halbprivat
			1&MU3	Versicherung für Mutterschaft, privat
40	COUV12	Deckungsart 12 = Zusatzdeckung für ambulante Behandlung – Wahl des Arztes	**1&WAA**	Ambulante Behandlung: Versicherter kann Arzt seiner Wahl verlangen
41	COUV13	Deckungsart 13 = Zusatzdeckung zur Spitalversicherung (allg. Abt.) – Wahl des Arztes	**1&WAS**	Versicherter kann Arzt seiner Wahl verlangen
42	COUV14	Deckungsart 14 = Zusatzdeckung zur Spitalversicherung (allg. Abt.) – Wahl des Spitales	**1&AAS1**	Wahl eines öffentlichen Spitals, gültig für die ganze Schweiz
			1&AAS2	Wahl eines privaten Spitals, gültig für die ganze Schweiz
43	COUV15	Deckungsart 13 = Zusatzdeckung zur Spitalversicherung (allg. Abt.) – Begrenzte Wahl von Spitälern	**1&AAW1**	Begrenzte Wahl von öffentlichen Spitälern
			1&AAW2	Begrenzte Wahl von privaten Spitälern
44	COUV16	Deckungsart 16 = Zusatzdeckung zur Spitalversicherung (allg. Abt.) Komfort	**1&BET1**	1-Bett Zimmer
			1&BET2	2-Bett Zimmer
45	COUV17	Deckungsart 17 = Zusatzdeckung zur privaten und halbprivaten Spitalversicherung - Unfall	**1&UFS**	Unfall-Zusatzversicherung
46	COUV18	Deckungsart 18 = Zusatzdeckung zur privaten und halbprivaten Spitalversicherung – Wahl des Spitals	**1&PRW1**	Begrenzte Wahl von Spitälern
			1&PRW2	Unbegrenzte Wahl von Spitälern
47	COUV19	Deckungsart 19 = Zusatzdeckung zur privaten und halbprivaten Mutterschafts-Spitalversicherung – Wahl	**1&MUW1**	Begrenzte Wahl von Spitälern
			1&MUW2	Unbegrenzte Wahl von Spitälern
48	COUV20	Deckungsart 20 = Restriktionen		Tel. der Agentur
49	FRANCH_PHARM	Selbstbehalt in der Apotheke		
50	FRANCH_HOP	Selbstbehalt für das Spital		
51	VALIDITE			
52	Message			
53	NUM_VAL			

Tabelle A.1.2: Covercard-Datenstruktur

A.2 Von den Versicherungen gelieferte Daten

Da die Übermittlung des vollständigen Datensatzes (Zusatzversicherungen) erst seit dem 28. Februar 2006 ermöglicht wurde, widerspiegelt die untenstehende Tabelle den Wissensstand zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Dokumentes.

	Covercard Datensatz		***Keine***	***Keine***
Versicherung	***Vollständig***	***Unvollständig***	***Covercard***	***EHIC-Karte***
Acordia				
Aquilana				
Atupri		X		
Avanex				
BKK Heerbrugg	X			
Carena				
Concordia	X			
Coop Versicherung				
CSS		***X***[1]		
EGK-Gesundheitskasse			X	
Freiwillige KK Balzers				
Group Mutuel		X		
Helsana		X		
Innova		X		
Intras				
KPT / CPT Bern				
Landis & Gyr				
Progrès				
Provita	X			
Sanitas	X			
Swica		X		
Visana		X		
Wincare		X		
Xundheit				
Stoffelversicherung Mels		X		
Universa		X		
Agrisano			X	
OEKK			X	
Assura			X	

Tabelle A.2.1: Status der Versicherungen: Stand 5. April 2006

[1] **Per 3. April 2006 hat die CSS die Datenverfügbarkeit nur noch für die Apotheker freigegeben.**

A.3 XML Insurance Request/Response

A.3.1 Insurance Request

A.3.1.1 Einleitung

Nachfolgend werden die Elemente und Attribute einer XML-basierten Antwort auf eine Covercard-Anfrage mittels eindeutiger Kartennummer beschrieben.
Die Tabellenspalten haben dabei folgende Bedeutung (es ist zu beachten, dass letztlich die verbindlichen Definitionen und Strukturen im entsprechenden XML-Schemafile zu finden sind):

Spalte	Bedeutung
Nr.	Nummerierung der Elemente / Attribute in dieser Dokumentation
Bezeichnung	Textuelle Beschreibung der Bedeutung der Elemente / Attribute
Element / Attribut =	Name des Elements / Attributs im Schemafile
Datentyp	Definiert den Datentyp des Elements / Attributs
Default	Bei Attributen wird u.U. ein Default-Wert gesetzt. Wird ein solcher definiert und wird das Attribut in der XML-Datei nicht explizit gesetzt, so nimmt dieses Attribut automatisch den Default-Wert an.
[min,max]	Bezeichnet das minimale und maximale Vorkommen eines Elements oder Attributs, dabei ist der Wertebereich von min resp. max ein Element der natürlichen Zahlen und es gilt min <= max. Beispiele: [0,1]:Element / Attribut kann 0 bis 1 mal vorkommen [0,n]: Element / Attribut kann 0 bis n mal vorkommen [1,1]: Element / Attribut muss genau 1 mal vorkommen [1,n]: Element / Attribut muss mind. 1 mal und max. n mal vorkommen [d,1]: Element / Attribut kann abhängig von gewissen Bedingungen 0 bis 1 mal vorkommen (abhängig vom übergeordneten Element / Attribut)

A.3.1.2 XML-Schema

Nr.	Bezeichnung	Element / Attribut =	Datentyp	Default	[min,max]
10000	**Beginn XML-Dokument**		-	-	**[1,1]**
10100	**XML-Deklaration inklusive Zeichensatz UTF-8**	<?xml version="1.0" encoding="UTF-8" standalone="no"?> (Erste Zeile im XML-Dokument)			
10200 **10210** **10220** **10230**	**XML-Wurzelelement** **Namensraum xsi** **Namensraum insurance** **Insurancestyp: Insurance 1.0**	insurance:request xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance" xmlns:invoice="http://www.xxx.ch xmlInvoice/XSD" xsi:schemaLocation= http://www.xxx.ch/.xsd Für alle Elemente gilt der Namensraum "insurance". Im XML-Dokument muss für jedes Element dieser Namensraum angegeben werden. In der vorliegenden Dokumentation wird im Folgenden jeweils nur noch der Elementname aufgeführt, ohne Namensraum, z.B: "request" statt "insurance:request". Für Attribute muss im XML-Dokument kein Namensraum angegeben werden. (siehe Definition im Schema: elementFormDefault="qualified" attributeFormDefault="unqualified").			

10300 **10310** **10320**	**Testkennzeichen:** **Produktionsnachricht oder Testnachricht** *Bezeichnet den Typ resp. die Rolle der Anfrage im Sinne eines produktiven Datensatzes* **oder eines Testdatensatzes.**	request / role = "production" "test"	String	Production	**[1,1]**
10400	Header Informationen ***Definiert "routing"-Informationen, welche für den Datenfluss bis zum Zielempfänger und von dort zurück zum initialen Sender notwendig resp. relevant sind.***				**[1,1]**
10401	Sender der Insurance Request (EAN-Nummer: EAN/UCC Global Location Number (GLN)) ***Identifiziert via eindeutiger EAN-Nummer den Sender dieser Anfrage. Es ist zu beachten, dass der Sender und der Anfragesteller nicht identisch sein müssen. Die EAN-Nummer wird gemäss den Richtlinien (cf. http://www.ean-int.org) als 13-stellige Ziffer beginnend mit "20" für Test-EAN-Nummern oder mit "76" für schweizerische EAN-Nummerndefiniert. Dies gilt für alle partneridentifizierenden EAN-Nummern (Personen, Institutionen, Firmen, usw.).***	request / header / sender / ean_party = (pattern value= "(20[0-9]{11}|76[0-9]{11})")	String		**[1,1]**

10402	Intermediär (EAN-Nummer: EAN/UCC Global Location Number (GLN)) ***Identifiziert via eindeutiger EAN-Nummer die intermediäre Institution, welche für das administrative Management verantwortlich ist und als Mittler zwischen Leistungserbringer / Anfragegssteller und Versicherungsdatenbank fungiert.*** ***Wird die Anfrage vom Leistungserbringer direkt an den Kostenträger geschickt, ist hier die EAN-Nummer des Kostenträgers aufzuführen. Der Kostenträger übernimmt in diesem Falle die Aufgaben des Intermediärs.***	request / header / intermediate / ean_party = (pattern value= "(20[0-9]{11}|76[0-9]{11})")	string		**[1,1]**
10403	Empfänger der Anfrage (EAN-Nummer: EAN/UCC Global Location Number (GLN)) ***Identifiziert via eindeutiger EAN-Nummer den Zielempfänger der Anfrage.***				**[1,1]**
10500	Prolog ***Block mit Informationen über:*** ***- das übergeordnete Software-Packet (Branchenapplikation)*** ***- den Generator, welcher die entsprechenden XML Strukturen generiert und validiert hat*** ***- der verwendeten Connector***				**[1,1]**
10510	Branchenapplikation ***Enthält Informationen bez. der übergeordneten Branchenapplikation, welche zur Patientenadministration verwendet wird.*** ***Als Dateninhalt dieses Elements wird der Name der Branchenapplikation angegeben. Werden Angaben zur Branchenapplikation geliefert, muss der Name aufgeführt sein.***	**request / prolog / package string (50)**			**[d,1]**

10511	Version der Branchenapplikation ***Versionsnummer der verwendeten Branchenapplikation. Dabei wird die Version als Ganzzahl codiert nach folgendem Schema angegeben: version = int(100*x+y) wobei x die Hauptversionsnummer (major version) und y die Nebenversionsnummer (minor version) bezeichnet.***	**request / prolog / package / version = long \ 100**			**[1,1]**
10600	XML-Generator ***Enthält Informationen über das Programm, welches die XML Anfrage generiert und stellt somit die notwendigen Informationen bez. der die XML-Daten produzierenden Software zur Verfügung.***				**[1,1]**
10610	***Enthält den Namen der Software oder des Software-Moduls, welche(s) die XML-Daten produziert hat.***	**request / prolog / generator / software string (50)**			**[1,1]**
10611	Version der Generator-Software ***Versionsnummer der verwendeten Software. Dabei wird die Version als Ganzzahl codiert nach folgendem Schema angegeben: version = int(100*x+y) wobei x die Hauptversionsnummer (major version) und y die Nebenversionsnummer (minor version) bezeichnet.***	**request / prolog / generator / software / version =**			**[1,1]**
10700	Connector ***Der Connectorr-Block stellt Informationen bez. eines Connectors zur Verfügung.***	**request / prolog / validator string (350)**			**[d,1]**

10710	Version des Connectors ***Gibt die Versionsnummer der verwendeten Connector an. Dabei wird die Version als Ganzzahl codiert nach folgendem Schema angegeben: version = int(100*x+y)*** ***wobei x die Hauptversionsnummer (major version) und y die Nebenversionsnummer (minorversion) bezeichnet.***	**request / prolog / validator / version_software =**			**[1,1]**
10800	**Anfrage** **Dieser Block enthält Informationen zu die aktuelle Anfrage.**				**[1,1]**
10810	**Datum der Anfrage**				**[1,1]**
10820	**Ablaufdatum Karte**		date (8)		**[d,1]**
10830	**Sprache**	cod_langue 1= DE, 2 = FR, 3 = IT	string (2)		**[1,1]**
10840	**Kartenummer** *z.B 19-stellige Covercard-Nummer*		String (64)		**[1,1]**
10850	**Kennnummer Karte**		String (64)		**[d,1]**
10860	**Persönliche Kennnummer**		String (64)		**[d,1]**
10870	**Typ der Versicherungsnummer**	number_type ‘1’ = EAN ’2’ = CLD/BSV	string		**[1,1]**

A.3.2 Insurance Response

A.3.2.1 Einleitung

Nachfolgend werden die Elemente und Attribute einer XML-basierten Antwort auf eine Covercard-Anfrage mittels eindeutiger Kartennummer beschrieben.
Die Tabellenspalten haben dabei folgende Bedeutung (es ist zu beachten, dass letztlich die verbindlichen Definitionen und Strukturen im entsprechenden XML-Schemafile zu finden sind):

Spalte	Bedeutung
Nr.	Nummerierung der Elemente / Attribute in dieser Dokumentation
Bezeichnung	Textuelle Beschreibung der Bedeutung der Elemente / Attribute
Element / Attribut =	Name des Elements / Attributs im Schemafile
Datentyp	Definiert den Datentyp des Elements / Attributs
Default	Bei Attributen wird u.U. ein Default-Wert gesetzt. Wird ein solcher definiert und wird das Attribut in der XML-Datei nicht explizit gesetzt, so nimmt dieses Attribut automatisch den Default-Wert an.
[min,max]	Bezeichnet das minimale und maximale Vorkommen eines Elements oder Attributs, dabei ist der Wertebereich von min resp. max ein Element der natürlichen Zahlen und es gilt min <= max. Beispiele: [0,1]:Element / Attribut kann 0 bis 1 mal vorkommen [0,n]: Element / Attribut kann 0 bis n mal vorkommen [1,1]: Element / Attribut muss genau 1 mal vorkommen [1,n]: Element / Attribut muss mind. 1 mal und max. n mal vorkommen [d,1]: Element / Attribut kann abhängig von gewissen Bedingungen 0 bis 1 mal vorkommen (abhängig vom übergeordneten Element / Attribut)

A.3.2.2 XML-Schama

Nr.	Bezeichnung	Element / Attribut =	Datentyp	Default	[min,max]
10000	**Beginn XML-Dokument**		-	-	**[1,1]**
10100	**XML-Deklaration inklusive Zeichensatz UTF-8**	<?xml version="1.0" encoding="UTF-8" standalone="no"?> (Erste Zeile im XML-Dokument)			
10200 **10210** **10220** **10230**	**XML-Wurzelelement** **Namensraum xsi** **Namensraum insurance** **Insurancestyp: Insurance 1.0**	insurance:request xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XML Schema-instance" xmlns:invoice="http://www.xxx.ch xmlInvoice/XSD" xsi:schemaLocation= http://www.xxx.ch/.xsd Für alle Elemente gilt der Namensraum "insurance". Im XML-Dokument muss für jedes Element dieser Namensraum angegeben werden. In der vorliegenden Dokumentation wird im Folgenden jeweils nur noch der Elementname aufgeführt, ohne Namensraum, z.B: "request" statt "insurance:request". Für Attribute muss im XML-Dokument kein Namensraum angegeben werden. (siehe Definition im Schema: elementFormDefault="qualified" attributeFormDefault="unqualified").			
10300 **10310** **10320**	**Testkennzeichen:** **Produktionsnachricht oder Testnachricht** *Bezeichnet den Typ resp. die Rolle der Anfrage im Sinne eines produktiven Datensatzes*	request / role = "production" "test"	String	Production	**[1,1]**

	oder eines Testdatensatzes.				
10400	Header Informationen ***Definiert "routing"-Informationen, welche für den Datenfluss bis zum Zielempfänger und von dort zurück zum initialen Sender notwendig resp. relevant sind.***				**[1,1]**
10401	Sender der Insurance Request (EAN-Nummer: EAN/UCC Global Location Number (GLN)) ***Identifiziert via eindeutiger EAN-Nummer den Sender dieser Anfrage. Es ist zu beachten, dass der Sender und der Anfragesteller nicht identisch sein müssen. Die EAN-Nummer wird gemäss den Richtlinien (cf. http://www.ean-int.org) als 13-stellige Ziffer beginnend mit "20" für Test-EAN-Nummern oder mit "76" für schweizerische EAN-Nummerndefiniert. Dies gilt für alle partneridentifizierenden EAN-Nummern (Personen, Institutionen, Firmen, usw.).***	request / header / sender / ean_party = (pattern value= "(20[0-9]{11}|76[0-9]{11})")	String		**[1,1]**
10402	Intermediär (EAN-Nummer: EAN/UCC Global Location Number (GLN)) ***Identifiziert via eindeutiger EAN-Nummer die intermediäre Institution (clearing center), welche für das administrative Management verantwortlich ist und als Mittler zwischen Leistungserbringer / Anfragegssteller und Versicherungsdatenbank fungiert.*** ***Wird die Anfrage vom Leistungserbringer direkt an den Kostenträger geschickt, ist hier die EAN-Nummer des Kostenträgers aufzuführen. Der Kostenträger übernimmt in diesem Falle die Aufgaben des Intermediärs.***	request / header / intermediate / ean_party = (pattern value= "(20[0-9]{11}|76[0-9]{11})")	string		**[1,1]**
10403	Empfänger des Antworts (EAN-Nummer: EAN/UCC Global Location Number (GLN)) ***Identifiziert via eindeutiger EAN-Nummer den Zielempfänger der Anfrage.***				**[1,1]**

10500	Prolog ***Block mit Informationen über:*** ***- das übergeordnete Software-Packet (Branchenapplikation)*** ***- den Generator, welcher die entsprechenden XML Strukturen generiert und validiert hat*** ***- der verwendeten Connector***				**[1,1]**
10510	Branchenapplikation ***Enthält Informationen bez. der übergeordneten Branchenapplikation, welche zur Patientenadministration verwendet wird.*** ***Als Dateninhalt dieses Elements wird der Name der Branchenapplikation angegeben. Werden Angaben zur Branchenapplikation geliefert, muss der Name aufgeführt sein.***	**request / prolog / package string (50)**			**[d,1]**
10511	Version der Branchenapplikation ***Versionsnummer der verwendeten Branchenapplikation. Dabei wird die Version als Ganzzahl codiert nach folgendem Schema angegeben:*** ***version = int(100*x+y)*** ***wobei x die Hauptversionsnummer (major version) und y die Nebenversionsnummer (minor version) bezeichnet.***	**request / prolog / package / version = long \ 100**			**[1,1]**
10600	XML-Generator ***Enthält Informationen über das Programm, welches die XML Anfrage generiert und stellt somit die notwendigen Informationen bez. der die XML-Daten produzierenden Software zur Verfügung.***				**[1,1]**
10610	***Enthält den Namen der Software oder des Software-Moduls, welche(s) die XML-Daten produziert hat.***	**request / prolog / generator / software string (50)**			**[1,1]**

10611	Version der Generator-Software ***Versionsnummer der verwendeten Software. Dabei wird die Version als Ganzzahl codiert nach folgendem Schema angegeben: version = int(100*x+y) wobei x die Hauptversionsnummer (major version) und y die Nebenversionsnummer (minor version) bezeichnet.***	**request / prolog / generator / software / version =**			**[1,1]**
10700	Connector ***Der Connectorr-Block stellt Informationen bez. eines Connectors zur Verfügun.***	**request / prolog / validator string (350)**			**[d,1]**
10710	Version des Connectors ***Gibt die Versionsnummer der verwendeten Connector an. Dabei wird die Version als Ganzzahl codiert nach folgendem Schema angegeben: version = int(100*x+y) wobei x die Hauptversionsnummer (major version) und y die Nebenversionsnummer (minorversion) bezeichnet.***	**request / prolog / validator / version_software =**			**[1,1]**
10800	**Versichertendaten**		-	-	**[1,1]**
10810	**Kartennummer**	num_carte	num (19)		**[1,1]**
10820	**Personen-ID (SV-Nummer)**	pers_id	String (15)		**[0,1]**
10830	**Name des Versicherten**	nom	string (30)		**[1,1]**
10840	**Gesetzlicher Vorname(n) des Versicherten**	prenom	string (30)		**[1,1]**
10850	**Titel des Versicherten**	title	string (15)		**[0,1]**
10860	**Geburtsname des Versicherten**	birth_name	string (30)		**[0,1]**
10870	**Namenszusatz des Versicherten**	name_affix	string (15)		**[0,1]**
10880	**Geschlecht des Versicherten**	sex	string (3)		**[1,1]**
10890	**Geburtsdatum des Versicherten**	birth_date	date (8)		**[1,1]**
10900	**Strasse**	insurant_street	string (40)		**[1,1]**
10910	**PLZ**	insurant_zip	string (10)		**[1,1]**
10920	**Ort**	insurant_city	string (40)		**[1,1]**
10930	**Ortsteil**	insurant_district	string (40)		**[0,1]**

10940	**Land (ISO Ländercode)**	insurant_countrycode	string (3)		**[1,1]**
10950	**Kanton**	insurant_statecode	string (25)		**[0,1]**
10960	**Zivilstand**	Insurant_civilstatus	string (25)		**[0,1]**
10970	**Konfession**	Insurant_confession	string (25)		**[0,1]**
10980	**Nationalität**	Insurant_nationality	string (25)		**[1,1]**
10990	**Korrespondenzsprache des Versicherten**	cod_langue 1= DE, 2 = FR, 3 = IT	string (2)		**[0,1]**
11000	**Hausarzt (EAN-Nummer: EAN/UCC Global Location Number (GLN))** **Gibt die EAN-Nummer der verantwortlichen Person an, unter welcher für das Hausarztmodel und HMO-Model verwendet werden.**	Ean_Family_Physician	String (64)		**[d,1]**
11010	**Namens des Hausarztes**	name_Family_Physician	string (40)		**[d,1]**
11020	**Strasse**	Family_Physician_street	string (40)		**[d,1]**
11030	**PLZ**	Family_Physician_zip	date (8)		**[d,1]**
11040	**Land**	Family_Physician_Country	string (40)		**[d,1]**

Nr.	Bezeichnung	Element / Attribut =	Datentyp	Default	[min,max]
12000	**Vorschlagsvorrat Versicherungsverhältnisse**		-	-	**[1,n]**
12010	**Versicherungsnummer** *Identifiziert via eindeutiger EAN-Nummer oder CLD (Code List Database) die Versicherung (Kostenträger)*	insurance_number	string (64)		**[1,1]**
12011	**Typ der Versicherungsnummer**	number_type '1' = EAN '2' = CLD/BSV	char (2)		**[1,1]**
12012	**Organisation der Versicherung**	Insurance_org '1' = Agentur '2' = Zentrale	char (2)		**[1,1]**
12020	**Name der Versicherung**	insurance_name	string (30)		**[1,1]**
12030	**Name des Arbeitsgebers (nur bei 10080='08')**	insruance_employer	string (30)		**[d,1]**
12040	**Strasse**	Insurance_street	string (40)		**[d,1]**
12050	**PLZ**	Insurance_zip	string (10)		**[d,1]**
12060	**Ort**	Insurance_city	string (40)		**[d,1]**
12070	**Gültigkeitsbeginn des Versicherungsverhältnisses**	insurance_begin	date (8)		**[1,1]**
12080	**KoGu-WebService Adresse** **Bezeichnet eine vollständige URL Adresse, welche zum KoGo-verfahren verwendet werden kann.**		string (100)		**[0,1]**
12090	**Gültigkeitsende des Versicherungsverhältnisses**	insurance_end	date (8)		**[1,1]**
12100	**Versichertennummer** *Eindeutige Nummer des Patienten bei der Versicherung* *Wird bei der Rechnung mitgeteilt*	vernr	string (20)		**[1,1]**
12110	**Versicherungsart**	insurance_type ,05' = Grundversicherung ,06' = Zusatzversicherung ,07' = Invalidenversicherung ,08' = Unfallversicherung ,09' = Militärversicherung ,10' = Kanton	string (2)		**[1,1]**
12120	**Versicherungsdeckung** ***Datenbank***	Siehe Tabelle A.3.1	String (40)		**[1,1]**
12121	**Zusatz zur Versicherungsdeckung** Text	3000 Zimmer	String (40)		**[1,n]**

12122	**Zusatz zur Versicherungsdeckung** **z.B. Währung**	z.B. CHF			**[1,n]**
12123	**Bemerkungen zur Versicherungsdeckung**				**[d,1]**
12130	**Unfall** *Bezeichnet ob der Versicherte für Unfälle versichert ist. Bei Versicherungsdeckungen 10 bis 16 (Siehe Tabelle A.3.1) muss dieser Parameter übermittelt werden.*				**[d,1]**
12140	**Leistungseinschränkungen** *Deutet darauf hin das bestimmte Leistungseinschränkungen vorhanden sind*				**[0,1]**
12150	**Versicherungsklasse**	class ‚3' = Allgemein '2' = Halbprivat '1' = Privat	char (1)		**[1,1]**
12151	**Bemerkung zur Versicherungsklasse**				
12160	**Tiers Garant**	mode ‚1' = Tiers Garant '2' = Tiers Payant	char (1)		**[1,1]**
12170	**Bemerkungen zum Versicherten**	message	String (100)		**[0,3]**
12180	**Ansprechpartner** *Ansprechpartner bei der Versicherung für evtl. Rückfragen*	contact	String (100)		**[1,n]**
12190	**Abteilung / Division / Sachbearbeiter**	Insurance_division	String (30)		**[1,1]**
12200	**Tel. (Direktwahl)**	Insurance_tel	String (25)		**[1,1]**
12210	**Fax**	Insurance_fax	String (25)		**[0,1]**
12220	**Email** *Bezeichnet eine eMail-Adresse gemäss RFC821.*	Insurance_email	String (70)		**[0,1]**

Element	Attribut
0000001	Hausarztmodell
0000002	HMO
0000003	PPO
0000004	
0000005	
0000006	
0000007	
0000008	
0000009	
0000010	Im Wohnkanton und Arbeitsort
0000011	Ganze Schweiz
0000012	Öffentliche Spitäler ganze Schweiz
0000013	Alle Spitäler ganze Schweiz
0000014	Gemäss Spitalliste
0000015	Zusatz Alternativ- und Präventivmedizin
0000016*	Transportkosten
0000017	Medico / Freie Arztwahl
0000018	Hotellerie / Komfort 1-Zimmer
0000019	Hotellerie / Komfort 2-Zimmer
0000020	Rückerstattung von Nichtpflichtleistungen
0000021	Anteilmässige Übernahme in %
0000022	Anteilmässige Übernahme in CHF

Tabelle A.3.1

A.4 Abkürzungen

AG	Arbeitsgruppe
BAG	Bundesamt für Gesundheit
CLD	Code List Database http://europa.eu.int/comm/employment_social/cld/public/findInstitution.do?lang=de
EHIC	European Health Insurance Card
FKB	Freiwillige Krankenkasse Balzers
IV	Invalidenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MV	Militärversicherung
OKP	Obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung
PV	Privat-Versicherung
SVN	Sozialversicherungsnummer
UV	Unfallversicherung
VIG	Verein für Informatik im Gesundheitswesen www.vig.ch
VK	Versichertenkarte
ZK	Zusatz Krankenkasse

A.5 Glossar

Authentifikation	(engl. *authentication*) bezeichnet den Vorgang, die Identität einer Person oder eines Programms an Hand eines bestimmten Merkmals zu überprüfen. Dies kann zum Beispiel mit einem Fingerabdruck, einem Passwort oder einem beliebigen anderen Berechtigungsnachweis geschehen
eHealth	Unter E-Health verstehen wir den integrierten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Prozesse und Teilnehmer im Gesundheitswesen.
Gesundheitskarte	Werden auf einer Karte zusätzlich zu den administrativen Daten auch Daten zum Gesundheitszustand und/oder zu Therapien gespeichert, so spricht man von einer Gesundheitskarte. Auch hier bieten sich die beiden Varianten an, d.h. die direkte Speicherung der Informationen auf der Karte oder die Speicherung eines Schlüssels, der den Zugriff via Netzwerk auf eine zentrale Ablage der Gesundheitsinformationen des betreffenden Karteninhabers ermöglicht. Hierbei sind auch Mischformen möglich, z.B. die wichtigsten / aktuellsten Daten sowie die so genannten „Notfalldaten“ auf der Karte, weiterführende / historische Daten über die zentrale Ablage
KVG Art. 42a	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 eine vom Bund vergebene Sozialversicherungsnummer. 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.
KVG Art.84	[1] Sofern kein überwiegendes Privatinteresse entgegensteht, dürfen Organe, die mit der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betraut sind, Daten in Abweichung von Artikel 33 ATSG bekannt geben: a. anderen mit der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betrauten Organen, wenn die Daten für die Erfüllung der ihnen nach diesem Gesetz übertragenen Aufgaben erforderlich sind; b. Organen einer anderen Sozialversicherung, wenn sich in Abweichung von Artikel 32 Absatz 2 ATSG eine Pflicht zur Bekanntgabe aus einem Bundesgesetz ergibt; c. den für die Quellensteuer zuständigen Behörden, nach den Artikeln 88 und 100 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 1990 über die direkte Bundessteuer sowie den entsprechenden kantonalen Bestimmungen; d. den Organen der Bundesstatistik, nach dem Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992; e. Stellen, die mit der Führung von Statistiken zur Durchführung dieses Gesetzes betraut sind, wenn die Daten für die Erfüllung dieser Aufgabe erforderlich sind und die Anonymität der Versicherten gewahrt bleibt; f. den zuständigen kantonalen Behörden, wenn es sich um Daten nach Artikel 21 Absatz 4 handelt und diese für die Planung der Spitäler und Pflegeheime erforderlich sind; g. den Strafuntersuchungsbehörden, wenn die Anzeige oder die Abwendung eines Verbrechens die Datenbekanntgabe erfordert; h. im Einzelfall und auf schriftlich begründetes Gesuch hin: 1. Sozialhilfebehörden, wenn die Daten für die Festsetzung, Änderung oder Rückforderung von Leistungen beziehungsweise für die Verhinderung ungerechtfertigter Bezüge erforderlich sind, 2. Zivilgerichten, wenn die Daten für die Beurteilung eines familien- o-

	der erbrechtlichen Streitfalles erforderlich sind, 3. Strafgerichten und Strafuntersuchungsbehörden, wenn die Daten für die Abklärung eines Verbrechens oder eines Vergehens erforderlich sind, 4. Betreibungsämtern, nach den Artikeln 91, 163 und 222 des Bundesgesetzes vom 11. April 1889 über Schuldbetreibung und Konkurs. [2] .. [3] Daten, die von allgemeinem Interesse sind und sich auf die Anwendung dieses Gesetzes beziehen, dürfen in Abweichung von Artikel 33 ATSG veröffentlicht werden. Die Anonymität der Versicherten muss gewahrt bleiben. [4] Die Versicherer sind in Abweichung von Artikel 33 ATSG befugt, den Sozialhilfebehörden oder anderen für Zahlungsausstände der Versicherten zuständigen kantonalen Stellen die erforderlichen Daten bekannt zu geben, wenn Versicherte fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nach erfolgloser Mahnung nicht bezahlen. [5] In den übrigen Fällen dürfen Daten in Abweichung von Artikel 33 ATSG an Dritte wie folgt bekannt gegeben werden: a. nicht personenbezogene Daten, sofern die Bekanntgabe einem überwiegenden Interesse entspricht; b. Personendaten, sofern die betroffene Person im Einzelfall schriftlich eingewilligt hat oder, wenn das Einholen der Einwilligung nicht möglich ist, diese nach den Umständen als im Interesse der versicherten Person vorausgesetzt werden darf. [6] Es dürfen nur die Daten bekannt gegeben werden, welche für den in Frage stehenden Zweck erforderlich sind. [7] Der Bundesrat regelt die Modalitäten der Bekanntgabe und die Information der betroffenen Person. [8] Die Daten werden in der Regel schriftlich und kostenlos bekannt gegeben. Der Bundesrat kann die Erhebung einer Gebühr vorsehen, wenn besonders aufwendige Arbeiten erforderlich sind.
Versichertenkarte	Die Versichertenkarte weist die Berechtigung des Inhabers zum Bezug einer medizinischen Dienstleistung aus. Auf der Karte sind die entsprechenden Deckungs-Informationen direkt abgelegt oder die gespeicherten Schlüssel ermöglichen den Zugriff über ein Netzwerk auf die dort zentral abgelegten Daten. In beiden Fällen handelt es sich um Daten, die den administrativen Prozess unterstützen

A.6 Arbeitsgruppenmitglieder / Vernehmlassungsteilnehmer

Arbeitsgruppe

Baumgartner Renato [1)] - Projektleiter	Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen; Controllerdienst Moosbruggstr.11; 9001 St.Gallen T 071 229 34 41 M renato.baumgartner@sg.ch
Büchel Evelyne [1)]	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland; Stv. Leiterin Pata, Alte Landstrasse 106, 9442 Rebstein T 071 775 81 06 E evelyne.buechel@srrws.ch
Cichocki Jeam-Bernard	Ofac, Rue Pédro-Meylan 7; Case Postale 260; 1211 Genéve T 022 718 98 00 M cichocki@ofac.ch
De Vocht Annieck [1)]	SAP Schweiz AG; Althardstrasse 80; CH-8105 Regensdorf T 079 404 21 69 E annieck.de.vocht@sap.com
De Witte Bart [1)]	SAP Schweiz AG; Althardstrasse 80; CH-8105 Regensdorf T 079 770 50 64 E bart.de.witte@sap.com
Mahrer Peter	Inselspital, 3010 Bern T 031 632 12 06 M peter.mahrer@insel.ch
Mettler Reto	Vitodata AG; Deisrütistrasse 10; 8472 Seuzach T 052 320 55 55 M reto.mettler@vitodata.ch
Och Kurt [1)]	Kantonsspital St.Gallen; Betriebs und Support Organisation; Rorschacherstrasse 139; 9014 St.Gallen T 071 494 24 31 M kurt.och@kssg.ch
Peter Sandro	Helsana Versicherungen AG; Partnerbetreuung, Zücherstrasse 130; Post-fach; 8081 Zürich T 043 340 55 66 M sandro.peter@helsana.ch
Voltz David	Ofac, Rue Pédro-Meylan 7; Case Postale 260; 1211 Genéve T 022 718 98 00 M voltz@ofac.ch
Ziegler Michael	H-Net AG, Krönleinstr. 34; 8044 Zürich T 079 752 52 09 M mziegler@h-net.ch
Zobrist Nicole	Helsana Versicherungen AG; Partneraquisition/-beratung, Zücherstrasse 130; Postfach; 8081 Zürich T 043 340 54 33 M nicole.zobrist@helsana.ch

[1)] Mitglieder der Kern-Arbeitsgruppe

Später zugekommene Arbeitsgruppenmitglieder

Dörler Johannes [1)]	Spitalverbund AR, Krombach, 9101 Herisau T 071 353 84 40 M johannes.doerler@spital.ar.ch
Kliebenschädel Matthias [1)]	Spitalverbund AR, Krombach, 9101 Herisau T 071 353 84 42 M matthias.kliebenschaedel@spital.ar.ch
Konrad Anna-Dora [1)]	Hirslanden, Head Office, Seefeldstrasse 214, 8008 Zürich T 044 388 xx xx M anna-dora.konrad@hirslanden.ch
Stolz Renate [1)]	Hirslanden, Head Office, Seefeldstrasse 214, 8008 Zürich T 044 388 75 53 M renate.stolz@hirslanden.ch

[1)] Mitglieder der Kern-Arbeitsgruppe

Erweiterte Vernehmlassungsteilnehmer

Bättig Hans-Peter	Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern, Abteilung Organisation und Informatik, Bahnhofstrasse 15, 6002 Luzern T M hanspeter.baettig@lu.ch
Coupy Jacques	Groupe Mutuel T M jcoupy@groupemutuel,ch
Geisseler Bernard	Universitätsspital Zürich T M bernard.geisseler@usz.ch
Graf Daniela	Kantonsspital St.Gallen, Administrative Aufnahme, 9007 St.Gallen T 071 494 33 12 M daniela.graf@kssg.ch
Grichting Thomas, Dr.	Groupe Mutuel T M tgrichting@groupemutuel.ch
Grob Ladina	SignPool GmbH, Vogelsangstrasse 15;CH - 8307 Effretikon eCH Fachgruppe eHealth UPI, GKA, QDZ T 052 208 01 01 M ladina.grob@signpool.com
Kohler Christian	Integic AG, Voltastrasse 1, 8044 Zürich T 043 222 60 22 M christian.kohler@integic.ch
Liersch Guido	SWICA Gesundheitszentren, Römerstrasse 38, 8400 Winterthur T 052 244 23 06 E guido.liersch@swica.ch
Monney Vincent	Unilabs, Via Rovere 8, C.P. 365, 6932 Breganzona T 091 960 73 73 M vmonney@unilabs.ch

Nüssli Stephan	iSOFT Switzerland GmbH, Sonnenbergstr. 72, 8603 Schwerzenbach T 044 806 11 00 M stephan.nuessli@isoft.ch
Portmann Urs	Kantonsspital Luzern, Leiter Kompetenzzentrum Tarife und Leistungen T 041 205 4331 M urs.portmann@ksl.ch
Rohner Peter, Dr.	Universität St.Gallen, IWI, CC HNE T 071 224 38 60 M peter.rohner@unisg.ch
Scheffler Mike	CC24B, Rorschacher Strasse 139, 9007 St. Gallen T 071 494 32 84 M mike.scheffler@kssg.ch
Straub Klaus	SWICA Gesundheitszentren, Römerstrasse 38, 8400 Winterthur T 052 244 23 92 E klaus.straub@swica.ch
Ursch Sandro	St. Gallische Psychiatrie-Dienste Region Süd, CH-7312 Pfäfers T 081 303 68 18 M sandro.ursch@gd-kpds.sh,ch
Weilenmann Thomas	Viollier Winterthur AG, Brunngasse 6, 8400 Winterthur T 052 264 57 57 M thomas.weilenmann@viollier.ch
Wolf Christian	AXALO AG, Josef-Rheinberger-Strasse 6 FL – 9490 Vaduz T +423 388 29 28 M christian.wolf@axalo.com