



KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

Brüssel, den 17.02.2003
KOM(2003) 73 endgültig

MITTEILUNG DER KOMMISSION

zur Einführung der europäischen Krankenversicherungskarte

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Einführung.....	3
1. Die Krankenversicherungskarten: Eine Bestandsaufnahme.....	5
1.1. Sehr unterschiedliche Ausgangssituation in den verschiedenen Staaten	5
1.2. Die grenzüberschreitenden Erfahrungen.....	6
1.3. Der Beitrag der Gemeinschaftspolitik.....	7
1.3.1. Aktionsplan eEurope 2005	7
1.3.2. Das Netc@rds-Projekt.....	7
1.3.3. Das sechste Rahmenprogramm für Forschung und Entwicklung.....	8
2. Die gemeinsamen Merkmale.....	8
2.1. Das Muster	8
2.2. Die auf der Karte enthaltenen Angaben	9
2.3. Die Gültigkeitsdauer	9
2.4. Die Verwendung der Karte	10
2.4.1. Der Versicherte	10
2.4.2. Der Leistungserbringer.....	12
2.4.3. Die Sozialversicherungsträger.....	12
3. Einführung der Europäischen Krankenversicherungskarte: Flexibilität und Progressivität	12
3.1. Die Karte mit sichtbaren Angaben: Optionen.....	13
3.1.1. Einbeziehung der europäischen Karte in die nationale Karte(n).....	13
3.1.2. Die Einführung einer Karte für die Mobilität in Europa.....	14
3.2. Die Modalitäten der Einführung	14
3.2.1. Allgemeine Verbreitung.....	14
3.2.2. Ausstellung auf Antrag des Versicherten.....	14
3.3. Der Zeitplan.....	15
3.3.1. Erste Phase: Vorbereitung.....	15
3.3.2. Zweite Phase: Verbreitung.....	16
3.3.3. Dritte Phase: Übergang zu einem elektronischen Datenträger.....	17
Schlussfolgerung	17
Europäische Union.....	18
EFTA-Staaten und einige Beitrittsländer.....	33

EINFÜHRUNG

Als der Europäische Rat von Barcelona den Aktionsplan billigte, der bis zum Jahr 2005 die Beseitigung der Hindernisse für die geographische Mobilität vorsieht, beschloss er auch, eine europäische Krankenversicherungskarte einzuführen. Diese wird *„sämtliche Vordrucke, die derzeit zur Inanspruchnahme von Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat erforderlich sind, ersetzen“*. Durch sie werden somit *„die Verfahren vereinfacht, bestehende Rechte und Pflichten jedoch unverändert beibehalten“*.

In diesem Zusammenhang hat der Europäische Rat die Kommission aufgefordert, ihm noch vor seiner nächsten Tagung in Brüssel am 20. März 2003 einen Vorschlag vorzulegen.

Die neue europäische Krankenversicherungskarte wird vor allem den europäischen Bürgern zu Gute kommen, indem sie ihnen die derzeitigen Verfahren zur Beschaffung der verschiedenen Vordrucke erspart, da diese durch eine einheitliche personenbezogene Karte ersetzt werden. Die Karte wird ihre Mobilität fördern, was vorübergehende Aufenthalte angeht: zunächst das Reisen, da der Vordruck E 111 wohl als erster Vordruck durch die europäische Karte ersetzt werden wird, später die Entsendung von Arbeitnehmern in ein anderes Land (E 128), das internationale Verkehrswesen (E 110), das Studium (E 128) und die Arbeitssuche (E 119).

Sie wird damit den Bürgern die Wahrnehmung der grundlegenden, seit über dreißig Jahren bestehenden Möglichkeit erleichtern, die durch die Koordinierung der gesetzlichen Krankenversicherungssysteme mit der Verordnung Nr. 1408/71¹ geschaffen wurde. Alle Personen können während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat die unverzüglich erforderlichen Leistungen unter den gleichen Bedingungen erhalten wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Patienten, die die Kosten im Land des vorübergehenden Aufenthalts, etwa bei einem Arzt, auslegen müssen, können schneller eine Erstattung von ihrem zuständigen Versicherungsträger erhalten. Die Einführung einer europäischen Krankenversicherungskarte wird den Zugang zu Sachleistungen im Land des vorübergehenden Aufenthalts erleichtern und gleichzeitig den Trägern, die das Gesundheitssystem im Aufenthaltsland finanzieren, gewährleisten, dass der Patient in seinem Herkunftsland versichert ist und dass ihnen die Kosten von dessen System erstattet werden. Hierbei ist der unterschiedlichen Ausgangssituation in den Mitgliedstaaten bezüglich der Verwendung von Karten in den Sozialschutz- und Krankenversicherungssystemen sowie dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Mitgliedstaaten für den Bereich der sozialen Sicherheit und die Ausgestaltung ihrer Systeme zuständig sind. Zwar ist in einigen Ländern die Ausgabe von Karten an die Bevölkerung schon sehr weit verbreitet, manchmal mit umfassenderen Zielsetzungen als der Übernahme der Sachleistungskosten, dies ist jedoch bei weitem nicht überall der Fall. Im Übrigen sind die Karten derzeit nicht geeignet, grenzübergreifend eingesetzt zu werden (keine „Interoperabilität“) – mit Ausnahme einiger noch in der Pilotphase begriffener Projekte – da sie nur für eine innerstaatliche Verwendung ausgestaltet sind.

Die Einführung der europäischen Krankenversicherungskarte im Rahmen der Verordnung Nr. 1408/71 über die Koordinierung der gesetzlichen Systeme der sozialen Sicherheit muss auf der Grundlage von Beschlüssen der Verwaltungskommission für die soziale Sicherheit der

¹ Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, ABl. L 149 vom 5 Juli 1971 (konsolidierte Fassung: ABl. L 28 vom 30. Januar 1997, S. 1).

Wanderarbeitnehmer (CA.SS.TM.) erfolgen. Diese Kommission besteht aus Vertretern der Mitgliedstaaten und hat u. a. die Aufgabe, die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten durch Modernisierung des Informationsaustauschs zwischen den Institutionen zu fördern und zu entwickeln und die Gewährung und Erstattung der Leistungen zu beschleunigen. Es ist vorgesehen, dass die zehn Kandidatenländer, die am 1. Mai 2004 beitreten werden, nach Unterzeichnung des Beitrittsvertrags am 16. April 2003 als Beobachter an den entsprechenden Arbeiten der Verwaltungskommission teilnehmen werden.

Die vorliegende Mitteilung verfolgt das Ziel, die zukünftige Arbeit der Verwaltungskommission zu erleichtern. Sie geht auf eine eingehende Konsultation dieser Kommission in der Folge des Europäischen Rates von Barcelona zurück. Die Mitgliedstaaten – jedoch auch die Staaten des EWR und die Schweiz, Slowenien und die Tschechische Republik – haben selbst sehr wirksam mitgearbeitet, indem sie detaillierte Informationen über ihre nationale Situation geliefert haben, was bestehende Karten oder entsprechende Vorhaben angeht. Aufgrund dieser Informationen konnte eine aktuelle und genaue Bestandsaufnahme erstellt werden, ihre Zusammenfassung findet sich im Anhang dieser Mitteilung.

Dank dieser Arbeiten ist die Kommission in der Lage, einen Zeitplan mit verschiedenen Optionen für die Umsetzung des Beschlusses von Barcelona vorzulegen. Zunächst werden auf der europäischen Karte in sichtbarer Form die Angaben vorliegen, die für die Erbringung von Sachleistungen an eine Person in einem anderen als ihrem zuständigen Mitgliedstaat und für deren Erstattung erforderlich sind. Dies schließt keineswegs aus, dass diese Angaben auch in elektronischer Form festgehalten werden können, um das Entstehen einer grenzübergreifende Interoperabilität zu fördern. Die Einführung der Karte wird progressiv in drei Phasen erfolgen:

- eine Phase der rechtlichen und technischen Vorbereitung;
- eine im Jahr 2004 beginnende Phase der Einführung, die wiederum in zwei Etappen unterteilt ist: zunächst allein die Ersetzung des Vordrucks E 111 und anschließend die Ersetzung der anderen bei einem vorübergehenden Aufenthalt verwendeten Vordrucke;
- eine dritte Phase, in der schließlich dazu übergegangen wird, die Vordrucke und einige Verfahren auf einem elektronischen Träger zu speichern. Bei den geplanten Behandlungen (E 112) gibt es in einigen Grenzregionen schon einen solchen Datenträger, die unterschiedlichen nationalen Situationen und technischen Lösungen erlauben es jedoch nicht, von vornherein zu dieser Phase überzugehen; sie ist jedoch das letztliche Ziel der Einführung einer Europäischen Krankenversicherungskarte. Was den vorübergehenden Aufenthalt angeht, so werden in einigen Projekten, etwa *Netc@rds*, das von der Europäischen Union im Rahmen des Aktionsprogramms *eTEN* gefördert wird, die technischen, administrativen, rechtlichen und finanziellen Aspekte von Lösungen für den breit angelegten Übergang von den Vordrucken auf einen elektronischen Datenträger untersucht. Der vom Europäischen Rat von Sevilla gebilligte Aktionsplan *eEurope 2005* sieht vor, dass die europäische Krankenversicherungskarte als Grundlage für die Förderung eines gemeinsamen Konzepts zur Identifikation von Patienten dienen soll und dass neue Funktionen, wie etwa die Erfassung von medizinischen Daten für dringliche Behandlungen, entwickelt werden sollen.

1. DIE KRANKENVERSICHERUNGSKARTEN: EINE BESTANDSAUFNAHME

Europa zeichnet sich durch große Unterschiede aus, die in der nationalen Zuständigkeit für die Ausgestaltung des Gesundheitssystems und des Systems der sozialen Sicherheit begründet sind. Das Projekt einer europäischen Karte geht natürlich von dieser Vielfalt aus und zielt nicht auf eine Harmonisierung der bestehenden Bestimmungen ab: seine Durchführung muss also flexibel und progressiv erfolgen, und die Verhältnismäßigkeit zwischen dem verfolgten Ziel – Förderung der Mobilität in Form von vorübergehenden Aufenthalten – und den angewandten Mitteln ist genau zu beachten.

1.1. Sehr unterschiedliche Ausgangssituation in den verschiedenen Staaten

Zwar besitzen alle Staaten ein System zur Identifikation der Versicherten, jedoch wenden einige von ihnen in den Beziehungen zwischen dem Gesundheitssystem bzw. dem System der sozialen Sicherheit und den Versicherten derzeit kein Kartensystem an (UK, S, IRL, EL, FIN und die meisten Beitrittsländer). In manchen Ländern laufen jedoch entsprechende Projekte (FIN, EL, S und CZ). In anderen Staaten gibt es zwar keine nationale Karte, es besteht jedoch die Möglichkeit, dass die Regionen (E) oder die Versicherungsträger (NL) solche Karten ausstellen.

In den Mitgliedstaaten, die Krankenversicherungskarten oder Gesundheitskarten haben² (oder sie bald in operationeller oder experimenteller Form haben werden), sind die Funktionen der Karten sehr unterschiedlich. Man kann hier beispielhaft anführen:

- einige dienen ausschließlich zur Identifikation des Versicherten (L);
- andere ermöglichen es, die Art der bestehenden Ansprüche zu überprüfen, und erleichtern die Zahlungs- oder Erstattungsverfahren (F, B, D, DK, NL);
- andere enthalten Identifizierungsdaten, die einen Zugriff auf Online-Anwendungen erlauben (A, I, E, SI).
- einige Karten gehen über den Bereich der sozialen Sicherheit hinaus: sie können etwa Daten für dringliche Behandlungen enthalten (FIN, IT), zur Feststellung der arbeitsrechtlichen Situation des Betroffenen dienen, mit dem Ziel der Bekämpfung der Schwarzarbeit (B), den Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen, etwa öffentlichen Bibliotheken (DK) oder Arbeitsämtern (E) ermöglichen. In IRL dient die nationale Karte zur elektronischen Abrufung bestimmter Sozialleistungen und zur Anmeldung beim Arbeitsamt;
- schließlich planen einige Mitgliedstaaten, im Rahmen des Aufbaus eines gesicherten Gesundheitsnetzes medizinische Patientendaten (Pathologien, durchgeführte Behandlungen, medizinische bzw. chirurgische Vorgeschichte ...) einzubeziehen (F, NL, SI).

² Siehe in Anhang 1 eine Zusammenfassung der Situation in den verschiedenen Mitgliedstaaten, die auf Grund der Angaben der Mitgliedstaaten, der Schweiz, Sloweniens und der Tschechischen Republik erstellt wurde.

Die Art und der Umfang der auf den verschiedenen Karten gespeicherten Daten hängen logischerweise von deren Verwendungszweck ab. Einige Karten enthalten nur die zur Identifizierung des Versicherten erforderlichen Daten und erlauben es gegebenenfalls, online auf Ressourcen und Dienste Zugriff zu nehmen. Andere enthalten auch Angaben über bestehende Ansprüche (etwa Grundsystem, dem der Inhaber angeschlossen ist, seine eventuelle Zusatzversicherung, die Erstattungsätze für die verschiedenen Behandlungen). Bis jetzt gibt es keine europäische Norm zu den Angaben, die auf solchen Karten vorhanden sein müssen.

Die angewandte technische Lösung hängt logischerweise von den Funktionen der Karte ab. Einige Karten sind mit Mikroprozessorchip ausgestattet (F, D, A, E, NL), andere mit Speicherchip (B, SI, D) oder mit Magnetstreifen (DK, FIN, IRL, L). Diese Karten sind derzeit also nicht kompatibel, obwohl es entsprechende Projekte gibt (etwa in EL im Hinblick auf die Olympischen Spiele 2004 und die zahlreichen europäischen Besucher der Wettkampfstätten). Die Karten erfordern auch unterschiedliche Lesegeräte, je nach ihrer „Intelligenz“; dies ist eine zusätzliche Einschränkung ihrer Dialogfähigkeit (oder „Interoperabilität“).

Ebenso wie die technischen Entwicklungen erfordern auch die Änderungen der Gesundheitssysteme eine ständige Anpassung der Systeme: So bietet das Internet mit seinem Datenübertragungsprotokoll und den Möglichkeiten der sicheren Übertragung und der Kryptographie (*Public Key Infrastructure*) neue Möglichkeiten für die Entwicklung von Online-Diensten für alle Akteure des Gesundheitssystems³. Die europäische Situation ist also in ständiger Entwicklung begriffen; dies macht eine Harmonisierung der technischen und funktionellen Aspekte der Karten schwer vorstellbar. Die Anstrengungen müssen sich vielmehr auf die „Interoperabilität“ der Karten konzentrieren. Dieser Weg erscheint sowohl realistisch als auch dem mit der Verordnung Nr. 1408/71 verfolgten Ziel der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit der Mitgliedstaaten angemessen.

1.2. Die grenzüberschreitenden Erfahrungen

In den Grenzgebieten besteht das Ziel häufig nicht so sehr in der Erleichterung des Zugangs zu Sachleistungen (und damit der Kostenübernahme) während eines vorübergehenden Aufenthalts, sondern darum, die Sachleistungsangebote besser miteinander zu kombinieren. Deshalb konzentrieren sich einige Projekte auf einen vereinfachten und leichteren Zugang zu den geplanten Behandlungen.

Euregio Maas-Rhein: Auf Initiative von zwei Krankenversicherungsträgern, von denen sich einer in Deutschland und der andere in den Niederlanden befindet, erhalten in den Niederlanden versicherte Personen seit dem Jahr 2000 eine besondere Krankenversicherungskarte, die in technischer Hinsicht der deutschen Versichertenkarte ähnelt und ihnen Anspruch auf Sachleistungen in der deutschen Grenzregion gibt. Diese Regelung ist gegenseitig, so dass die in dieser deutschen Grenzregion versicherten Personen ihre deutsche Versichertenkarte bei den Leistungserbringern in dem entsprechenden niederländischen Gebiet verwenden können.

Baden-Württemberg – Vorarlberg: Dank einer Vereinbarung zwischen den Krankenversicherungsträgern wird die deutsche Karte von den österreichischen Leistungserbringern an Stelle des Vordrucks E 111 anerkannt.

³ Siehe den Bericht „*Smart Cards as Enabling Technology for Future-Proof Healthcare: A Requirements Survey*“, veröffentlicht im November 2002, „Smart Card Charter“ im Rahmen der Initiative „eEurope Smart Card“.

Transcards: Zur Öffnung des französischen Thiérache und des belgischen Hennegau wurde zwischen den französischen und den belgischen Sozialversicherungsträgern eine Vereinbarung getroffen, wonach die in den Grenzgebieten wohnenden Personen (150 000) seit dem Jahr 2000 ihre nationale Karte benutzen, um Zugang zu Sachleistungen in einem in der Nähe ihres Wohnorts, jedoch jenseits der Grenze befindlichen Krankenhaus zu erhalten. Dieser Zugang ist möglich ohne vorherige Genehmigung, auf Vorlage eines Personalausweises und der Sozialversicherungskarte (belgische SIS-Karte oder französische VITALE-Karte); das Krankenhaus stellt auf Grund der Karte automatisch den Vordruck E 112 aus.

Netlink: Seit Oktober 2001 können gemäß einer Vereinbarung zwischen der deutschen und der französischen Sozialversicherung die Krankenhäuser Baden-Württembergs bei der Behandlung von Dialyse-Patienten aus dem Elsass die französische VITALE-Karte lesen und auf deren Grundlage den Vordruck E 112 ausstellen.

1.3. Der Beitrag der Gemeinschaftspolitiken

1.3.1. Aktionsplan *eEurope 2005*

Der vom Europäischen Rat in Sevilla im Juni 2002 gebilligte Aktionsplan *eEurope 2005* wird auf der vom Europäischen Rat in Barcelona beschlossenen europäischen Krankenversicherungskarte aufbauen, um eine europäische Zusammenarbeit im Bereich elektronischer Gesundheitskarten zu fördern. Insbesondere wird im Kapitel „eHealth“ (Gesundheitsfürsorge über das Netz) die Festlegung eines gemeinsamen Konzepts für einheitliche Patienten Kennungen und eine „elektronische Gesundheitsdaten-Architektur“ durch eine insbesondere vom Programm *eTEN* geförderte verstärkte Normierung angesprochen.

Diese Arbeiten stützen sich auf die schon von der *Chipkarten-Initiative* im Rahmen von *eEurope 2002* durchgeführten Arbeiten. Diese Initiative soll *die Verbreitung von intelligenten Chipkarten in ganz Europa fördern und den Bedürfnissen der Bürger und der Wirtschaft Rechnung tragen*. Die *Chipkartencharta* empfiehlt, sich bei der Entwicklung von Gesundheitskarten auf deren Funktion als Infrastrukturelemente innerhalb gesicherter Netze zu konzentrieren, die z. B. den Online-Zugang zur administrativen und medizinischen Patientenakte ermöglichen. Ihr Einsatz als Speichermedium für medizinische und administrative Daten wird also wohl begrenzt sein.

Die Einführung der europäischen Krankenversicherungskarte stellt in diesem Zusammenhang eine unerlässliche Etappe dar für mögliche Entwicklungen neuer Dienste oder Funktionen unter Anwendung der Informationstechnologien, wie etwa das Speichern von medizinischen Daten auf einer „intelligenten“ Karte oder der gesicherte Zugang zur Patientenakte mit Hilfe einer Kennung des Versicherten.

1.3.2. Das *Netc@rds-Projekt*

Im Rahmen der Politik der transeuropäischen Netze (TEN)⁴ ist *eTEN* ein Aktionsprogramm, mit dem die Gemeinschaft den Aufbau transeuropäisch ausgerichteter und über Telekommunikationsnetze laufender elektronischer Dienste (E-Dienste) unterstützt und im Interesse des sozialen Zusammenhalts Dienste von öffentlichem Interesse fördert.

⁴ Verordnung (EG) Nr. 2236/95 in der Fassung der Verordnung (EG) Nr. 1655/99.

Gefördert wird u. a. die erste Phase des Projekts Netc@rds, die im Jahre 2002 unter Beteiligung von vier Mitgliedstaaten (Griechenland, Deutschland, Österreich, Frankreich) für einen Zeitraum von 12 Monaten in Angriff genommen wurde. Dieses Projekt betrifft die Ersetzung der Papiervordrucke E 111 und E 128 durch elektronische Übertragung von auf bestehenden nationalen Karten angebrachten Angaben und/oder online verfügbaren Daten. Dieses Projekt wird innerhalb des bestehenden rechtlichen und technischen Rahmens und insbesondere unter Berücksichtigung der unterschiedlichen von den beteiligten Staaten verwendeten Karten und der laufenden nationalen Projekte durchgeführt.

Während der ersten Phase dieses Projekts soll ein „Investitionsplan“ entwickelt werden, in dem alle notwendigen technischen, administrativen, rechtlichen und finanziellen Modalitäten für seine zweite Phase aufgeführt werden sollen, in der eine erste Nutzung elektronischer Karten an Stelle von Vordrucken erfolgen soll. In einer dritten Phase ist die Ermöglichung einer noch weiter gehenden Nutzung geplant.

Die verschiedenen Phasen dieses Projekts dürften also den technischen und rechtlichen Vorbereitungsarbeiten für die Umsetzung des Beschlusses von Barcelona zu Gute kommen.

1.3.3. Das sechste Rahmenprogramm für Forschung und Entwicklung

Das sechste Rahmenprogramm für Forschung und Entwicklung strebt ein besseres Verständnis gewisser Auswirkungen der Mobilität der Patienten innerhalb der Gemeinschaft an. Die Forschungsthemen betreffen die Art, wie die Aufenthalte in anderen Mitgliedstaaten durch die Gesundheitssysteme – auch in Bezug auf die Rückerstattung – erfasst sind, Entwicklung von Szenarien im Hinblick auf grenzüberschreitende Nutzung von Kapazitäten durch die Gesundheitssysteme, und schließlich das Potential grenzüberschreitender Patientenbewegungen in einer erweiterten Union.

2. DIE GEMEINSAMEN MERKMALE

Die europäische Krankenversicherungskarte muss gemeinsame Merkmale aufweisen, damit man sie in allen Mitgliedstaaten erkennen und anwenden kann. Diese Merkmale betreffen im Wesentlichen die Art der vorhandenen Angaben, ihre Aufmachung, die so sein muss, dass die Karte für Benutzer unabhängig von deren Sprache lesbar ist, und ein europäisches Muster.

2.1. Das Muster

Es muss eine gemeinsame Musterkarte – mit einem charakteristischen europäischen Zeichen, möglicherweise einem Logo, das die europäische Mobilität symbolisiert – konzipiert werden, um die Karte für alle Akteure des Gesundheitssystems sofort erkennbar zu machen, unabhängig davon, wo sich der Karteninhaber aufhält.

Das europäische Muster muss drei Voraussetzungen Rechnung tragen:

- es steht jedem Mitgliedstaat frei, ob er eine nationale Karte mit einer „europäischen Seite“ ausstatten oder eine eigenständige europäischen Karte einführen möchte, wobei die letztere Alternative natürlich größere Freiheit und Flexibilität für ein europäisches Muster bietet;
- für den Fall, dass sich der Mitgliedstaat für die Fusion der Karten entscheidet, muss das Muster an die verschiedenen technischen Lösungen (Chipkarte oder Magnetstreifen) angepasst werden.

- für den Fall, dass sich der Mitgliedstaat für eine eigenständige europäische Karte entscheidet, muss das Muster so ausgestaltet sein, dass es von Anfang an das letzte Ziel des Übergangs zu einer elektronischen Chipkarte berücksichtigt.

2.2. Die auf der Karte enthaltenen Angaben

Um die Lesbarkeit der künftigen Karte sicher zu stellen, dürfen nur die Daten aufgenommen werden, die für die Gewährung der Sachleistungen und die Erstattung der betreffenden Kosten an den Träger des Aufenthaltsorts absolut notwendig sind. Diese wesentlichen Daten sind schon jetzt auf dem Papiervordruck E 111 aufgeführt, dieser enthält jedoch außerdem Angaben, die unnötig oder hinfällig geworden sind. Die Kommission schlägt demgemäß vor, dass die auf die europäische Karte aufzunehmenden Daten auf diejenigen beschränkt werden, die in der nachstehenden, von der Verwaltungskommission zu beschließenden Liste aufgeführt sind:

- Familien- und Vorname des Karteninhabers,
- seine Kennnummer,
- die Gültigkeitsdauer der Karte,
- der ISO-Code des Versicherungsstaates,
- eine Kennnummer des zuständigen Trägers oder seine Bezeichnung,
- die fortlaufende Nummer der Karte, die es ermöglicht, die Übereinstimmung zwischen den auf der Karte befindlichen Daten und den Daten zu überprüfen, über die der zuständige Träger für dieselbe fortlaufende Nummer verfügt, insbesondere zur Verringerung der Missbrauchsgefahr.

Für die Staaten, die Unterschiede bei der Art der eröffneten Ansprüche machen (etwa nur Krankenhausbehandlung oder alle Sachleistungen), könnte die entsprechende Angabe hinzugefügt werden.

Da in der ersten Etappe der Einführung der europäischen Karte nur der Vordruck E 111 unter Zugrundelegung der derzeitigen Fassung der Verordnung Nr. 1408/71 ersetzt werden soll, muss auf den Karten auch zwischen den früheren Vordrucken E 111 und E 111+ unterschieden werden, um zu verhindern, dass die Ansprüche einer Versichertengruppe eingeschränkt werden. Derzeit haben die Bezieher von Alters- oder Invaliditätsrenten nämlich im Staat des vorübergehenden Aufenthalts Anspruch auf die erforderlichen Sachleistungen und nicht nur auf die „unverzüglich erforderlichen Leistungen“.

Schließlich muss die Aufmachung dieser Angaben genormt werden, damit die Karte durch übereinstimmende Felder für die Benutzer unabhängig von deren Sprache lesbar wird.

2.3. Die Gültigkeitsdauer

Bei der Festlegung einer Gültigkeitsdauer der europäischen Karte sind zwei Aspekte zu beachten. Einerseits entscheiden sich möglicherweise einige Mitgliedstaaten dafür, das Muster der europäischen Karte auf der Rückseite ihrer nationalen Versicherungskarte anzubringen, die ja schon eine bestimmte Gültigkeitsdauer hat. Andererseits muss bei der Festsetzung der Gültigkeitsdauer zwei Zielen Rechnung getragen werden: Förderung der

Mobilität und Vereinfachung der Verfahren und gleichzeitig Verhinderung einer nicht ordnungsgemäßen oder missbräuchlichen Nutzung der europäischen Karte.

Außerdem muss die Gültigkeitsdauer angesichts der Perspektive der Ersetzung sämtlicher Vordrucke für den vorübergehenden Aufenthalt realistisch und zweckdienlich festgelegt werden, sowohl unter dem Gesichtspunkt der Ansprüche der Inhaber, als auch im Interesse der Sozialversicherungsträger und der Leistungserbringer.

Vor diesem Hintergrund ist die Kommission auf Grund der Erörterungen in der Verwaltungskommission der Auffassung, dass angesichts dieser Unterschiede die einzige Möglichkeit darin besteht, den Mitgliedstaaten die Entscheidung über die Gültigkeitsdauer der von ihnen ausgestellten europäischen Karten zu überlassen. Diese Flexibilität muss jedoch auf jeden Fall mit der Anwendung des Grundsatzes der Verantwortlichkeit des Ausstellungsstaates einhergehen, um die Rechtssicherheit und die Glaubwürdigkeit der Karte sicherzustellen.

Dies führt zu zwei wesentlichen Konsequenzen:

- in allen Fällen muss der Träger des Ausstellungsstaates der Karte dem zuständigen Träger des Aufenthaltsstaates die Sachleistungen erstatten, die auf Grund einer gültigen Karte erbracht wurden;
- der Ausstellungsstaat ist verpflichtet, alle erforderlichen Maßnahmen zur Bekämpfung von Betrug und Missbrauch zu treffen und insbesondere eine gerichtliche Verfolgung von Tätern und angemessene Sanktionen vorzusehen.

Zu dem ersten Punkt ist zu sagen, dass die Missbrauchsgefahr bei den derzeitigen Papiervordrucken, die häufig handschriftlich ausgefüllt werden, größer ist als bei einer genormten Karte; bei der künftiger Verbreitung elektronischer Karten wird sie noch geringer sein.

2.4. Die Verwendung der Karte

Bei einer Krankenversicherungskarte gibt es drei Hauptakteure: den Versicherten, die Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser, medizinisches Hilfspersonal ...) und die Träger der sozialen Sicherheit, und zwar die des Versicherungsstaates und die des Aufenthaltsstaates, der die Erstattung der Sachleistungskosten vom Versicherungsstaat fordern wird.

2.4.1. Der Versicherte

Der Versicherte wird der erste Nutznießer der Einführung einer Karte sein. Er muss sich nämlich nicht mehr vor jedem vorübergehenden Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat bei seinem zuständigen Träger einen neuen Vordruck besorgen, und kommt unter besseren Bedingungen in den Genuss der derzeitigen Vorteile der europäischen Koordinierung der gesetzlichen Krankenversicherungssysteme.

Jede versicherte Person wird eine persönliche Karte erhalten, keine Familienkarte, da ein vorübergehender Aufenthalt auch eine einzelne Person betreffen kann (Geschäftsreisen, Schullandheime).

Zunächst wird der Versicherte die Karte wie den derzeitigen Vordruck E 111 verwenden, also sie dem Leistungserbringer oder dem Sozialversicherungsträger des Aufenthaltsortes vorlegen.

Damit die Einführung der europäischen Karte zu einer echten Vereinfachung der Verfahren führt, sind jedoch zwei Maßnahmen wünschenswert. Diese machen eine Änderung der Verordnung Nr. 1408/71 und ihrer Durchführungsverordnung Nr. 574/72 erforderlich.

- *Angleichung der Ansprüche aller Versichertengruppen.* Die Verordnung Nr. 1408/71 sieht in ihrer derzeitigen Fassung mehrere Fälle vor, in denen Versicherte bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat Anspruch auf Sachleistungen haben können. Der Umfang dieser Ansprüche ist bei den verschiedenen Versichertenkategorien unterschiedlich – eine versicherte Person kann im Aufenthaltsstaat entweder Anspruch auf die „unmittelbar erforderlichen“ oder auf die „erforderlichen“ Sachleistungen haben.

Konkret haben alle nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates versicherten Personen, außer den Staatsangehörigen der Drittländer und ihren Familienangehörigen, Anspruch auf alle „unmittelbar erforderlichen“ Leistungen. Dagegen haben Anspruch auf die „erforderlichen“ Sachleistungen die Bezieher von Alters- oder Invaliditätsrenten (E 111 mit speziellem Vermerk), die Studenten (im Studienstaat, E 128), die entsandten Arbeitnehmer, die Seeleute und andere (E 128), die Arbeitnehmer im internationalen Verkehrswesen (E 110), die Arbeitslosen, die sich zur Arbeitssuche in einen anderen Mitgliedstaat begeben (E 119), und die abhängig oder selbständig Beschäftigten, die Opfer eines Betriebsunfalls oder einer Berufskrankheit geworden sind (E 123).

Diese Unterschiede stellen an sich kein Hindernis für die Einführung der europäischen Karte dar, aber sie erschweren diese und könnten sie kostspieliger machen. Sie würden nämlich dazu zwingen, auf den Karten besondere Vermerke zur Identifizierung der „Versichertengruppe“ anzubringen, was die Verfahren zur Prüfung der Ansprüche zwischen Trägern der sozialen Sicherheit erschweren würde. Die Kommission hat im Rahmen ihres Vorschlags zur Modernisierung und Vereinfachung der Verordnung Nr. 1408/71 eine Angleichung der Ansprüche aller Versicherten, die sich in einen anderen Mitgliedstaat begeben, dahin gehend vorgeschlagen, dass sie ungeachtet der Natur des vorübergehenden Aufenthalts Anspruch auf die „medizinisch erforderlichen“ Sachleistungen haben. Der Ministerrat Sozialpolitik vom 3. Dezember 2002 hat dank der politischen Einigung über das Kapitel „Krankheit“ der Verordnung Nr. 1408/71 den Weg für einen Vorschlag geebnet, der speziell die Angleichung der Ansprüche betrifft.

- Abschaffung bestimmter Anforderungen, die von den Versicherten neben der Vorlage des Vordrucks zu erfüllen sind, wenn sie in einem anderen Staat als dem zuständigen Staat Sachleistungen in Anspruch nehmen wollen.

Die Hinweise zu den Vordrucken sehen für bestimmte Fälle und für einige Mitgliedstaaten spezifische Anforderungen vor, die vom Versicherten, der während seines vorübergehenden Aufenthaltes in einem anderen Mitgliedstaat Sachleistungen benötigt, neben der Vorlage des Vordrucks zu erfüllen sind. Es handelt sich dabei zum Beispiel um die Verpflichtung, sich vor Inanspruchnahme eines Leistungserbringers zunächst an einen Sozialversicherungsträger des Aufenthaltsortes zu wenden. Bei einem kurzen Aufenthalt in einem anderen Land kann eine solche Verpflichtung als unrealistisch oder sogar als ein echtes Hindernis für den Zugang zu Sachleistungen und für die Freizügigkeit von Personen angesehen werden. Zahlreiche Staaten haben schon jetzt auf Konsequenzen verzichtet, wenn derartige Verfahren nicht eingehalten werden. Diese Verpflichtung wird im übrigen

von den Patienten oft ignoriert; sie sind gutgläubig der Ansicht, dass ihnen der einfache Besitz des Vordrucks im Mitgliedstaat des vorübergehenden Aufenthalts nötigenfalls den Zugang zu Sachleistungen gewährleistet.

Die Kommission wird demnächst in diesem Sinne einen Änderungsvorschlag zur Verordnung Nr. 574/72 vorlegen.

2.4.2. Der Leistungserbringer

Der Leistungserbringer wird nicht mehr, wie es derzeit der Fall ist, einen schlecht ausgefüllten, schwer lesbaren oder schwer verständlichen Vordruck erhalten. Aufgrund der Standardisierung der Felder auf der Karte – mit den sichtbaren Angaben – werden die Leistungserbringer sofort über besser lesbare und klarere Angaben verfügen können.

Der Leistungserbringer muss die Karte dem Inhaber zurückgeben. Er wird eine Kopie davon machen oder eventuell über ein nationales Dokument verfügen, in das er die Daten zur Identifizierung des Versicherten und seines zuständigen Trägers überträgt, was durch die standardisierte Aufmachung erleichtert wird. Dem Leistungserbringer dürfen durch die Einführung der Karte keinerlei zusätzliche Kosten oder Verwaltungsformalitäten auferlegt werden.

Der Übergang zu einem elektronischen Datenträger, der diese physischen Schritte hinfällig macht, würde die Arbeit des Leistungserbringers noch deutlich vereinfachen.

2.4.3. Die Sozialversicherungsträger

In einer ersten Phase würden auf der Karte sichtbar in standardisierter Form die Daten vorhanden sein, die der Träger des Aufenthaltsorts benötigt, um beim zuständigen Träger einen Erstattungsantrag stellen zu können. Ihre Einführung dürfte die Zahl der Ablehnungen solcher Anträge verringern. Diese Daten werden nämlich besser lesbar und präziser sein als die auf den derzeitigen Vordrucken, die oft noch handschriftlich ausgefüllt werden. Auch hier dürfte der Übergang zu einem elektronischen Datenträger diese Verfahren erleichtern, da er die Gefahr von Fehlern, von Ablehnungen der Erstattungsanträge, von Betrug oder Missbrauch stark verringern würde.

Die Angleichung der Ansprüche wird die Verfahren zur Erstattung zwischen Trägern noch weiter vereinfachen, da sie die in den derzeitigen Papiervordrucken bestehenden Unterschiede zwischen den verschiedenen Versichertengruppen beseitigen wird.

3. EINFÜHRUNG DER EUROPÄISCHEN KRANKENVERSICHERUNGSKARTE: FLEXIBILITÄT UND PROGRESSIVITÄT

Der Europäische Rat von Barcelona wollte ein starkes Zeichen zu Gunsten der Mobilität und des europäischen Bürgers setzen. Deshalb schlägt die Kommission ein Szenario vor, das drei Aspekte berücksichtigt: freie Wahl der Form der europäischen Karte; flexible Einführungsmodalitäten; Zeitplan in drei Etappen.

Dieses Szenario respektiert in vollem Umfang die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung und die Verwaltung ihres Gesundheitssystems und ihres Systems der sozialen Sicherheit, u. a. auch im Hinblick auf Krankenversicherungskarten. Infolgedessen müssen die Mitgliedstaaten entsprechend der von ihnen getroffenen Entscheidung die angemessenen Finanzierungsmodalitäten vorsehen.

3.1. Die Karte mit sichtbaren Angaben: Optionen

Es gibt zwei Alternativen, was die Form der Karte angeht: entweder die Einbeziehung in eine bestehende nationale Karte oder die Ausstellung einer neuen Karte. Anfangs werden auf der europäischen Karte jedoch sichtbare Angaben angebracht sein müssen, was die Einbeziehung in eine nationale Karte zweifellos kompliziert.

3.1.1. Einbeziehung der europäischen Karte in die nationale Karte(n)

Diese Entscheidung bedeutet, dass die technischen Spezifizierungen und das Muster, die oben vorgeschlagen wurden, beachtet und gleichzeitig an die technischen Aspekte der nationalen Karten (Magnetstreifen, Mikrochips, Karten mit Prägung) angepasst werden müssen und dass der Umstand zu berücksichtigen ist, dass einige Karten bereits beide Seiten verwenden.

Zusätzlich zu diesen Zwängen tauchen einige spezifische Probleme auf:

- Im Falle einer elektronischen Karte müssen die Daten der europäischen Karte auf ihr gespeichert werden und es muss eine europäische Seite geschaffen werden, auf der dieselben Daten sichtbar aufgebracht sind. Dies würde ein mögliches Ablesen durch ein Lesegerät im Aufenthaltsland bzw. in der Aufenthaltsregion erlauben, ohne in den anderen Fällen das Ablesen sichtbarer Daten zu verhindern. Die Verwaltungskommission müsste dann auch das elektronische Format der auf der europäischen Karte befindlichen Daten festlegen.
- Viele nationale Karten besitzen eine recht lange Gültigkeitsdauer. Die Anpassung der vorhandenen nationalen Karten dahin gehend, dass man die europäische Karte in sie einbezieht, wird eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen, es sei denn, man nimmt die mit dem Austausch sämtlicher Karten verbundenen Kosten in Kauf. Es sind unterschiedliche Maßnahmen denkbar, um diese Anpassung zu erleichtern: die Anbringung eines Aufklebers bis zur Erneuerung der Karte oder die Ausstellung europäischer Karten „auf Antrag“ des Versicherten. Jedenfalls ist diese Frage eng mit der Gültigkeitsdauer verknüpft, für die man sich bei europäischen Karte entscheidet: eine unterschiedliche Gültigkeit der nationalen und der europäischen Seite der Karte ist in der Tat kaum vorstellbar⁵.
- Schließlich stellt sich die Frage der angemessenen Information der Versicherten über die unterschiedliche Verwendung der beiden Seiten ihrer Karte angesichts ihres unterschiedlichen Zwecks. Die nationale Karte, die den Anspruch des Sozialversicherten begründet, und die europäische Karte haben nämlich eine völlig unterschiedliche Tragweite. Letztere wird nur den Zugang zu Sachleistungen in einem anderen Mitgliedstaat unter den Bedingungen ermöglichen, die in der Koordinierungsverordnung Nr. 1408/71 für einen vorübergehenden Aufenthalt in einem anderen Land vorgesehen sind.

⁵ Die Gültigkeitsdauer der nationalen Karten geht über die des derzeitigen Vordrucks E 111 hinaus. Sie wird z. B. bei der im Jahre 2003 ausgestellten belgischen SIS-Karte 10 Jahre betragen und wird im Übrigen nur auf dem Chip gespeichert sein (ist also mit bloßem Auge nicht sichtbar); sie ist bei der französischen SESAM-VITALE-Karte hinsichtlich der grundlegenden Ansprüche und bei der dänischen Karte unbeschränkt.

3.1.2. Die Einführung einer Karte für die Mobilität in Europa

Die Vorteile dieser Lösung sind zahlreich. Eine besondere europäische Krankenversicherungskarte scheint dem Auftrag des Europäischen Rates offensichtlicher und besser zu entsprechen. Ihre Verbreitung könnte sich außerdem auf die Personen beschränken, die innerhalb der Gemeinschaft reisen. Technisch verringert die Einführung einer von der nationalen Karte getrennten europäischen Karte bestimmte Schwierigkeiten erheblich, etwa die, dass die Gültigkeitsdauer der beiden Seiten einer „kombinierten“ Karte vorübergehend nicht übereinstimmt. Sie würde auch wenig zufriedenstellende Übergangsmaßnahmen wie etwa das Anbringen von Aufklebern vermeiden. Die Einführung einer besonderen europäischen Karte schließt nicht aus, dass ihre Daten auch auf dem Chip der in einigen Ländern oder einigen Regionen bestehenden nationalen Karten gespeichert werden können, um eine einfachere Verwendung in Aufenthaltsländern oder -regionen mit kompatiblen Systemen zu ermöglichen.

3.2. Die Modalitäten der Einführung

Bei der Einführung der europäischen Krankenversicherungskarte sind zwei Modalitäten möglich: entweder wird sie an alle Bürger verteilt oder sie wird nach Bedarf an die Personen ausgegeben, die dies beantragen. Man muss hier daran erinnern, dass diese Karte für Personen bestimmt ist, die sich vorübergehend in anderen Mitgliedstaaten aufhalten (Urlaub, Güterkraftverkehr, Studium, Entsendung): es handelt sich also in den meisten Fällen nicht um eine Karte des täglichen Gebrauchs.

3.2.1. Allgemeine Verbreitung

Wählt man diese Lösung, so müsste die Ausgabe dieser Karte an alle Versicherte vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Karte durchgeführt werden; dieser Zeitpunkt würde dann mit dem der Aufgabe der Papiervordrucke durch den betreffenden Mitgliedstaat zusammenfallen. Die europäische Karte könnte vor ihrem Inkrafttreten und der allgemeinen Abschaffung der Papiervordrucke massiv ausgegeben werden. Dieser „große Wurf“ hat den Vorteil, eine größtmögliche Sichtbarkeit der Vorteile der europäischen Karte für die Versicherten zu gewährleisten. Sie würde jedoch hohe Kosten verursachen, außer etwa in dem Fall, dass ein Mitgliedstaat beschließen sollte, gleichzeitig eine nationale Karte einzuführen. Die Erfahrung zahlreicher Mitgliedstaaten zeigt, dass nach einer ausführlichen Vorbereitung oft mehr als ein Jahr notwendig ist, um eine allgemeine Verbreitung zu erreichen.

Die europäische Karte könnte auch anlässlich der Erneuerung einer nationalen Karte in diese einbezogen werden, entweder bei Ablauf der Gültigkeitsdauer oder nach einem Verlust oder Diebstahl, oder wenn sie aufgrund eines besonderen Ereignisses hinfällig geworden ist. Auf Zeit gesehen würde die gesamte Bevölkerung die Karte besitzen. Zwar hat diese Methode den Vorteil, die Kosten zu reduzieren, man muss jedoch bedenken, dass sich eine solche Erneuerung über einen ziemlich langen Zeitraum hinziehen würde, da in einigen Mitgliedstaaten jährlich weniger als 5% der Karten ersetzt werden.

3.2.2. Ausstellung auf Antrag des Versicherten

Diese gezieltere Lösung würde eher die Einhaltung der in dieser Mitteilung vorgeschlagenen Frist des 1. Juni 2004 für die Einführung der europäischen Karte und die allgemeine Abschaffung der Vordrucke erlauben. Ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der europäischen Karte und der allgemeinen Abschaffung der Vordrucke könnte diese ausgestellt werden, sobald sie ein Versicherter bei seinem zuständigen Versicherungsträger beantragt.

Fällt die Entscheidung zu Gunsten einer europäischen Seite auf einer nationalen Karte, so bedeutet dies, dass entweder eine dem neuen Format entsprechende Karte hergestellt werden muss oder ein Aufkleber auf der bestehenden Karte angebracht wird.

3.3. Der Zeitplan

Als er die Einführung der europäischen Karte als Ersatz für die verschiedenen Vordrucke beschloss, forderte der Europäische Rat von Barcelona die Kommission auf, im Jahre 2003 einen Vorschlag vorzulegen. In Anbetracht der obigen Feststellungen erscheint ein Zeitplan in drei Phasen – *Vorbereitung, Verbreitung, Übergang zu einem elektronischen Datenträger* – die angemessenste Lösung.

3.3.1. Erste Phase: Vorbereitung

Nach dem Beschluss des Europäischen Rates von Barcelona über die Einführung der Karte konnte im Rahmen einer eingehenden Anhörung der Hauptbeteiligten der Koordinierung der gesetzlichen Systeme der sozialen Sicherheit festgestellt werden, welche Arbeitsschritte für die materielle Einführung der Karte erforderlich sind.

1. In Anbetracht der vom Europäischen Rat von Barcelona festgelegten Fristen schlägt die Kommission vor, dass die Verwaltungskommission ihre Arbeiten auf die Ersetzung allein des Vordrucks E 111 durch die europäische Karte konzentriert. Die Beschlüsse zur Festlegung der administrativen und technischen Modalitäten der Einführung der europäischen Karte müssten bis zum Sommer 2003 getroffen werden; dabei ist eine Karte mit sichtbaren Daten vorzusehen, jedoch sollte es den Ländern, die dies wünschen, möglich sein, von Anfang an eine elektronische Karte auszustellen.

Die Verwaltungskommission müsste insbesondere eine Liste der Daten erstellen, die auf der Karte unbedingt in sichtbarer Form vorhanden sein müssen und die entweder sofort oder später auch in elektronischer Form in sie aufzunehmen sind. Sie müsste auch das Muster der europäischen Karte mit gemeinsamen Merkmalen festlegen.

Die Kommission schlägt vor, dass die Ersetzung des Vordrucks E 111 in Anbetracht der Zeitspanne, die aus technischen und administrativen Gründen für die Einführung der Karte erforderlich ist, am **1. Juni 2004** wirksam werden sollte. Es ist jedoch vorzusehen, dass sich die Mitgliedstaaten, die derzeit in ihrem Krankenversicherungs- und Gesundheitssystem keine Karte verwenden, für eine Übergangszeit entscheiden können, während der sie weiterhin E 111-Vordrucke in Papierform ausstellen. Diese werden somit bis zum Ablauf der durch die betroffenen Mitgliedstaaten vorgesehenen Übergangszeit in den anderen Staaten akzeptiert.

Einige Mitgliedstaaten könnten nämlich selbst dann Schwierigkeiten haben, am 1. Juni 2004 eine Karte einzuführen, wenn sie sich dafür entscheiden, diese auf Antrag der Versicherten vor einem vorübergehenden Aufenthalt auszustellen. Eine Übergangszeit wird ihnen unverhältnismäßige Zwänge und Kosten ersparen. Eine solche Flexibilität bringt in diesem Fall jedoch notwendigerweise mit sich, dass gleichzeitig europäische Karten und Vordrucke E 111 in den Aufenthaltsländern vorgelegt werden, unabhängig davon, ob diese selbst von der Übergangszeit profitieren. Das bedeutet, dass auch die Mitgliedstaaten, die sich für die Einführung der europäischen Karte zum 1. Juni 2004 entscheiden werden, ein zweigleisiges System verwalten müssen, je nach dem Herkunftsland des Besuchers; dies würde die

Vereinfachung, die sich aus der Einführung der europäischen Karte ergeben soll, stark verringern. Deshalb müssen diese Übergangszeiten von recht kurzer Dauer sein und dürfen keinesfalls achtzehn Monate überschreiten.

2. Die Kommission wird auf Grund der politischen Einigung auf der Ratstagung vom 3. Dezember 2002 eine Änderung der Verordnung Nr. 1408/71 in dem Sinne vorschlagen, dass die Ansprüche aller Versichertengruppen (Bezieher einer Altersrente, Studierende, Arbeitnehmer, Selbständige) dahin angeglichen werden, dass alle Anspruch auf die „medizinisch erforderlichen Sachleistungen“ erhalten.
3. Die Kommission wird auch eine Änderung der Verordnung Nr. 574/72 zur Abschaffung der Formalitäten vorschlagen, die von den Versicherten derzeit neben der Vorlage des Vordrucks im Mitgliedstaat ihres vorübergehenden Aufenthaltes zu erfüllen sind. Der Versicherte muss während eines vorübergehenden Aufenthalts Anspruch auf eine Behandlung zu den normalen Tarifen haben, damit ihm bei Erstattung der Kosten der in einem anderen Mitgliedstaat erbrachten Sachleistungen keine Schwierigkeiten entstehen.
4. Im Jahre 2004 müsste die Verwaltungskommission den Erlass der Beschlüsse vorantreiben, die für die Ersetzung aller anderen Vordrucke im Zusammenhang mit dem vorübergehenden Aufenthalt erforderlich sind. Die Ersetzung des Papiervordrucks E 111 dürfte diese Etappe erleichtern.
5. Gleichzeitig müssten aufgrund der Ergebnisse der ersten Phase des Projekts Netc@rds die für den Übergang von den Vordrucken zu einem elektronischen Datenträger erforderlichen technischen Spezifikationen geprüft werden. Die Modalitäten für elektronisches Erfassen und Lesen der Daten müssten festgelegt werden, damit die Verfahren für den Zugang zu Sachleistungen am Aufenthaltsort und die Kostenübernahme letztlich auf elektronischem Wege durchgeführt werden können.

3.3.2. *Zweite Phase: Verbreitung*

Die Verbreitung der europäischen Karte könnte in zwei aufeinander folgenden Etappen durchgeführt werden:

1. In der ersten am *1. Juni 2004* beginnenden Etappe würde die Karte zur Ersetzung des Vordrucks E 111 eingeführt. Die Papiervordrucke würden in den anderen Mitgliedstaaten nicht mehr anerkannt, vorbehaltlich der etwaigen Übergangszeiten.

In diesem Fall müssten die anderen Mitgliedstaaten nämlich bis zum Ablauf der vorgesehenen Übergangszeit weiterhin die Papiervordrucke E 111 akzeptieren.

2. In der *spätestens am 31. Dezember 2005* endenden zweite Etappe würden die Übergangszeiten auslaufen und es würden sämtliche bei einem vorübergehenden Aufenthalt verwendeten Vordrucke ersetzt.

Damit wird der parallele Umlauf von Karten und Vordrucken beendet sein. Grundsätzlich wird allein die europäische Krankenversicherungskarte den Versicherten bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat den Zugang zu Sachleistungen eröffnen.

3.3.3. *Dritte Phase: Übergang zu einem elektronischen Datenträger*

Die Ersetzung der Vordrucke durch die europäische Karte, die Vereinfachung der Verfahren, die Angleichung der Ansprüche und die Pilotprojekte zur Dialogfähigkeit verschiedener elektronischer Karten bilden eine zusammenhängende Einheit, deren Sinn und wahre Bedeutung sich erweisen werden, wenn der allgemeine Einsatz elektronischer Datenträger und die gleichzeitige automatisierte Verwaltung der Vordrucke und der Verfahren erreicht sein wird. Dieser Übergang zu einem elektronischen Datenträger würde eine dritte Phase darstellen, deren Beginn sowohl von der Bewertung der Phase 2 abhängt, die im Jahre 2008 (zwei Jahre nach Ende der zweiten Etappe und der Übergangszeiten) durchgeführt werden könnte, als auch von den Ergebnissen der ersten Etappe des Projekt Netc@rds.

Bei dieser letzten Etappe könnte man auch die Möglichkeit untersuchen, in die europäische Karte eine die Gesundheit des Einzelnen betreffende Funktion zu integrieren, etwa die Möglichkeit, auf für unverzüglich erforderliche Behandlungen nützliche medizinische Daten oder auf Angaben zu früheren Behandlungen zuzugreifen.

SCHLUSSFOLGERUNG

Die Einführung einer europäischen Krankenversicherungskarte ist ein ehrgeiziges Projekt im Dienste eines echten Europas der Bürger. Sie muss sich auf die Vielfalt und den Reichtum der Erfahrungen stützen, die in zahlreichen Ländern gemacht wurden; die Kommission ist der Auffassung, dass mit dieser europäischen Krankenversicherungskarte ab dem Jahre 2004 ein einfaches, praktisches und flexibles Werkzeug zur Verfügung stehen wird. Das in der vorliegenden Mitteilung dargestellte Szenario zur Einführung der Karte, insbesondere die Aufgliederung in drei Phasen – *Vorbereitung, Verbreitung, Übergang zu einem elektronischen Datenträger* – und deren Zeitplan, ist Ausdruck dieser Überzeugung und dieser Ambition.

ANHANG

EUROPÄISCHE UNION

	Belgien	Dänemark	Deutschland	Griechenland	Spanien	
Bezeichnung der Karte / des Projekts	Carte SIS / SIS Kaart: Sociaal Identiteit Carte / Carte d'Identité Sociale (Sozialversicherungsausweis)	Sygesikringsbeviset (Sozialversicherungsausweis)	Versichertenkarte (Versicherungsausweis)	AMKA-EMAES (Schaffung eines einheitlichen landesweiten Sozialversicherungsregisters)	TASS Tarjeta de Afiliacion de la Seguridad Social (Sozialversicherungsausweis)	TSI Tarjeta Sanitaria Individual (Krankenversicherungsausweis)
Zweck der Karte	Diese Karte ist multifunktionell einsetzbar. Die sichtbaren Daten und die PDBF können von den Einrichtungen der sozialen Sicherheit, Erbringern medizinischer Leistungen, Arbeitgebern und dem Finanzamt verwendet werden. Die Krankenversicherungsdaten können hingegen nur von den Inhabern einer SAM-Karte abgerufen werden (d. h. den Krankenversicherungsträgern, den Erbringern medizinischer Leistungen und dem Kontrollorgan für das Sozialversicherungswesen).	Bescheinigung des Anspruchs auf Sachleistungen bei Krankheit. Dient auch als Nachweis der Krankenversicherung für Touristen. Kann außerdem als Bibliotheksausweis und als Personalausweis im Umgang mit privaten und öffentlichen Unternehmen verwendet werden.	Berechtigt Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung zur Inanspruchnahme ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung.	Jede im griechischen Sozialversicherungsregister eingetragene Person erhält eine Sozialversicherungskarte.	Wird zur persönlichen Identifizierung des Inhabers im Sozialversicherungssystem / Gesundheitswesen verwendet. Erleichtert Transaktionen vor allem mit dem Ministerium für Arbeit und Soziales und ermöglicht den schnellen Zugriff auf allgemeine und personenbezogene Informationen an Terminals („Kiosks“) im ganzen Land.	Zugang zur Gesundheitsfürsorge durch das nationale Gesundheitssystem mittels Identifizierung der Person und Angabe von Informationen über den Anspruch auf Apothekenleistungen.
Datum der Einführung der Karte	1998	1993	1994	1993	1995 wurde ein Projekt lanciert, die beiden Karten (TASS und TSI) zu fusionieren. Es wurde als Pilotprojekt in der Autonomen Gemeinschaft Andalusien eingeführt.	

	Belgien	Dänemark	Deutschland	Griechenland	Spanien	
Zahl der Karten in Umlauf	Über 10 Millionen	Allen in Dänemark wohnhaften Personen wird eine Sozialversicherungskarte mit Identifizierungsdaten ausgestellt.	Alle Versicherten einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, also etwa 80 Mio. Karten.	Bis Dezember 2002 wurden 2,5 Mio. Karten ausgestellt.	5,5 Millionen	Alle Bürger, ungeachtet ihres Anspruchs auf Leistungen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge. Die TSI werden von den 17 Autonomen Gemeinschaften und vom Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz ausgegeben, das für die Autonomen Städte Ceuta und Melilla zuständig ist.
Entwicklung	<p>Auf der SIS-Karte ist noch Speicherplatz für spezifische Anwendungen, die mit einer anderen SAM-Karte aktiviert werden können. Sie könnte auch im Rahmen der belgischen e-Government-Projekte zum Einsatz kommen.</p> <p>An alle Karteninhaber wird im Zeitraum 2003/2004 eine neue Version der Karte ausgegeben.</p> <p>Es ist geplant, für alle in Belgien wohnhaften Personen eine Smartcard als Ausweis mit elektronischer Authentifizierung und Signatur einzuführen; das Pilotprojekt wurde im Jahr 2002 gestartet. Diese Karte könnte für den sicheren Online-Zugriff auf Krankenversicherungsdaten verwendet werden.</p>	<p>Es wurde darüber diskutiert, ob die Krankenversicherungsbescheinigung die Form einer Smart Card mit auf PKI basierender digitaler Unterschrift haben sollte. Augenblicklich warten wir auf die Implementierung einer softwaregestützten und auf PKI basierenden digitalen Signatur. Wenn in Dänemark aus Sicherheitsgründen eine hardwaregestützte digitale Unterschrift erforderlich wird, denken wir noch einmal darüber nach, ob die Krankenversicherungsbescheinigung eine Smart Card mit digitaler Unterschrift sein sollte.</p>	<p>Innerhalb der nächsten vier Jahre soll eine neue Generation der mikroprozessor-gestützten Gesundheitskarte eingeführt werden. Außer administrativen Daten würde diese Karte Gesundheitsdaten sowie die für eine Verwendung anstelle des Vordrucks E 111 erforderlichen Informationen enthalten. Auch gibt es Pläne für den Einsatz der Karte für das elektronische Verschreiben von Arzneimitteln.</p>	<p>Nach Abschluss des Projekts (2003) wird die Sozialversicherungskarte gemäß den Beschlüssen der zuständigen griechischen Ministerien und des Fachausschusses der Verwaltungskommission für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer durch die entsprechende Speicherkarte / Smartcard ersetzt.</p>	<p>Geplant ist die Ausgabe an alle Versicherten (Stammversicherte und Mitversicherte).</p>	

	Belgien	Dänemark	Deutschland	Griechenland	Spanien	
Erläuterungen	Die SIS-Karte interagiert mit der Health Professional Card (Karte für Fachkräfte im Gesundheitswesen), einer Mikroprozessor-Karte mit SAM (Secure Access Module). Aufgrund der viel Einsatzmöglichkeiten der Karte ist es ausgeschlossen, darauf andere als der Identifizierung dienende Daten sichtbar aufzuführen.	Name und Anschrift der versicherten Person sowie CPR-Nummer und Leistungsgruppe erscheinen in Relieffdruck. Die Kartenrückseite enthält Informationen auf Englisch über die Krankenversicherung für Touristen, den sicheren Unterschriftstreifen und den Magnetstreifen.	a) Die Daten auf der Karte sind nicht verschlüsselt. b) Die Karte verfügt nicht über einen speziellen Zugangsschutz. c) Bei Ablauf der Gültigkeitsdauer oder Wechsel der Versicherung wird eine neue Karte ausgestellt. d) In die erste Ausstattungsrunde wurden etwa 250 Mio. Euro investiert.	Die technischen Merkmale/Einzelheiten der künftigen Speicherkarte / Smartcard liegen noch nicht fest.		Die TSI wird auch als Teil eines Informationssystems für Planung und Ressourcenmanagement im Gesundheitswesen benutzt. Die TSI dient weder als Personalausweis noch als Nachweis des Sozialversicherungsstatus des Betroffenen.
Identifizierung (* = sichtbare Daten)	Sozialversicherungs-Kennnummer (NISS) (*) Nachname, erster Vorname, erster Buchstabe des zweiten Vornamens (*) Geschlecht (grafisches Symbol) (*) Geburtsdatum (*)	CPR-Nr. (Nummer des Karteninhabers im Zentralen Personenregister)(*), Name und Anschrift (*)	Nummer und Name der ausstellenden Krankenversicherung (*) Nachname und erster Vorname der versicherten Person (*) Geburtsdatum (*) Anschrift der versicherten Person Krankenversicherungsnummer (*) Familienstand der versicherten Person (*)	Alle sichtbaren Daten (*): Erste drei Buchstaben des Vornamens, erster Buchstabe des Patronymikons* und Familienname des Karteninhabers (in griechischen und lateinischen Buchstaben) Anfangsbuchstaben des Familiennamens, des Vornamens und des Patronymikons* SSRN (Sozialversicherungsnummer) als Strichkode / SSRN für Klarschriftleser SSRN in Prägedruck	Nachname und erster Vorname des Karteninhabers (*) Mitgliedsnummer (*)	Persönliche Identifizierungsdaten des Karteninhabers (*) Sozialversicherungsnummer (*) Nummer des nationalen Personalausweises (*) Vorname(n) und Nachname (*)

	Belgien	Dänemark	Deutschland	Griechenland	Spanien	
sonstige Daten auf der Karte (* = sichtbare Daten)	Gültigkeitsdauer (Anfang und Ende) (*) Kartenummer (*)	Alle sichtbaren Daten (*): Name und Telefonnummer des praktischen Arztes, Name und Logo des Heimatkreises Name und Telefonnummer der Gemeindeverwaltung. Leistungsgruppe, Name, Anschrift und Telefonnummer der Krankenversicherung für Touristen. Erster Gültigkeitstag	APC-File Datum des Beginns des Versicherungsschutzes Gültigkeitsdauer der Karte, sofern Gültigkeit zeitlich begrenzt ist (*)	Angaben zum Generalsekretariat für Soziale Sicherheit (Postanschrift, Telefon) Anm.: Die SSRN gibt Auskunft über Geburtsdatum und Geschlecht.	Ausstellungsdatum Geburtsdatum ...	Auf der Vorderseite: – Name der Autonomen Gemeinschaft, die die Karte ausgestellt hat (*) – Identifizierungskode des ausstellenden Gebiets: Spanien + Autonome Gemeinschaft (*) – Nutzerkategorie (z. B. Erwerbstätiger, Rentner; nähere Angaben zu Apothekerleistungen) (*) – Gültigkeitsdauer (*) Auf der Rückseite: – Name des Hausarztes (*) – Anschrift und Telefonnummer des Grundversorgungszentrums (*) In 10 Gemeinschaften (einschließlich Ceuta und Melilla) haben die Karten die gleiche Aufmachung, in 7 Gemeinschaften sind sie unterschiedlich gestaltet.
Authentifizierung	Keine	Sicherer Unterschriftsstreifen	Auf der Kartenrückseite: Sicherer Unterschriftsstreifen	Authentifizierung des Karteninhabers: Sicherer Unterschriftsstreifen auf der Kartenrückseite	Das Identifizierungssystem arbeitet mit biometrischen Verfahren (Fingerabdruck).	Keine

	Belgien	Dänemark	Deutschland	Griechenland	Spanien	
Kategorien anderer auf der Karte gespeicherter Daten	Card Directory (CDIR) => zur Lokalisierung der Datendateien Issuer Data File (ISDF) => u. a. Gültigkeitsdauer der Karte Public Data File (PDBF) => einschließlich aller sichtbaren Daten über den Karteninhaber Sickness Fund Data File (SFDF) => Kennung der Krankenversicherung, ihr Zugangskode und einige Daten über die Leistungsansprüche aus der Krankenversicherung + ATR; AID=A0 00 00 33	Auf dem Magnetstreifen sind alle sichtbaren Daten, außerdem einige zusätzliche Daten wie Karteninhaber, Kartentyp, Registriernummer des praktischen Arztes und Kodenummer des Kreises und der Gemeinde gespeichert. Ein Strichkode enthält die CPR.-Nr. des Karteninhabers.	Systeminformation (Protokoll und Speicherlayout) Information zur Diagnose und Identifizierung der Karte (Kartenherstellereigenschaften) Verzeichnisinformation (Identifizierung von Personenkennung und Anwendungsart) Anwendungsdatei (vgl. obige Datenliste) Fülldatenobjekt für die kontrollierte Belegung des nicht für die Anwendungsdatei benötigten Speichers	Keine		Persönliche Identifizierungsdaten des Karteninhabers Vorname(n) und Nachname Identifizierungskode des ausstellenden Gebiets: Spanien + Autonome Gemeinschaft Nutzerkategorie Verfallsdatum
Kartentyp	Speicherchipkarte	Magnetstreifenkarte	Speicherchipkarte	Kreditkartenformat, ohne Magnetstreifen auf der Rückseite	Speicherchipkarte mit Magnetstreifen auf der Rückseite zur Gewährleistung der Interoperabilität mit der TSI	Magnetstreifenkarte, mit Ausnahme der Karte der Autonomen Gemeinschaft Andalusien, die eine Kombination aus TSI und TASS darstellt.
Prozessortyp auf der Chipkarte	EEPROM, 1024 Byte	Kein	EEPROM, 256 Byte	Kein	ROM, 16 KB RAM, 240 Byte EEPROM, 3 024 Byte	Kein
Betriebssystem auf der Karte	Starcos s2.1c	Kein	./.	Kein	TIBC, kompatibel mit VISA	Kein
zugrundeliegende internationale Normen	ISO 7816 (Kartengröße, Positionierung und Merkmale des Speicherchip, Schnittstellen und Kommunikationsprotokolle)	Magnetstreifen: DS/ISO 7811-2, Strichkode: EAN/UPC-128	Entspricht einschlägigen ISO-Normen, insbesondere in Bezug auf ISA-gerechte Position der Kontakte (ISO 7816-2)	ISO 843 für die Transkription griechischer in lateinische Buchstaben	ISO-Normen für Karten	

	Frankreich	Irland	Italien		Luxemburg	Niederlande	
Bezeichnung der Karte / des Projekts	Carte Vitale (Karte „Vitale“)	Social Service Card	Carta Nazionale dei Servizi CNS (Nationaler Dienstleistungsausweis)	CIE (Elektronische Identitätskarte)	Carte d'identification à la sécurité sociale (Karte zur Identifizierung bei allen Trägern der sozialen Sicherheit)	Verzekeringpas (Versicherungsausweis)	Zorgpas (Pflegeausweis)
Zweck der Karte	Leistungserstattung im Gesundheitswesen (z. B. Konsultation von Leistungserbringern, pharmazeutische Produkte) Es besteht eine enge Verbindung zwischen der Vitale-Karte, der CPS-Karte für das Fachpersonal im Gesundheitswesen und dem FSE (dem elektronischen Behandlungsschein). Mehr als 130 000 Gesundheitsfachleute erstellen monatlich 60 Mio. elektronische Behandlungsscheine (50 % der Gesamtzahl), wobei die Vitale-Karte ihnen die erforderlichen Versichertendaten liefert.	– Dauerhafter Nachweis der PPSN-Nummer (persönliche Kennnummer für den Umgang mit Behörden) des Karteninhabers – Augenblicklich wird die Karte auch für den elektronischen Abruf bestimmter Sozialversicherungsleistungen und von Arbeitslosen zur „Registrierung“ genutzt.	Diese Karte wird von Gebietskörperschaften (Gemeinden und Regionen) gemäß nationalen Standards ausgegeben und bietet den Bürgern verschiedene Dienstleistungen (e-Government, Verkehr, Gesundheitswesen usw.). Sie ist der CIE gleichwertig, jedoch ohne Streifen für die optische Erfassung.	Ausweiskarte und Karte für Netzdienste	Die Karte dient nur der Identifizierung (Registrierungs-Nummer). Sie verleiht dem Inhaber keine Leistungsansprüche.	Identifizierung und Berechtigungsnachweis für Versicherte	
Datum der Einführung der Karte	1998 / 2001	1992	1998 (Pilotprojekt in vier örtlichen Gesundheitsämtern im Rahmen des NETLINK-Projekts)	2001	80er Jahre	1998	1999 (regionaler Versuch mit einer Chipkarte)

	Frankreich	Irland	Italien		Luxemburg	Niederlande	
Zahl der Karten in Umlauf	40 Millionen 53,5 Millionen	An 1,75 Mio. Personen wurden Karten ausgegeben.	Ein Beispiel für eine Karte für öffentliche Dienstleistungen ist die Karte für Dienstleistungen der Region Lombardei (CRS-SISS, Carta Regionale dei Servizi della Lombardia), eine Krankenversicherungskarte, die an 300 000 Personen in Lecco ausgegeben wurde. Ein weiteres Beispiel ist die Gesundheitskarte für Angehörige der Streitkräfte. Andere Gemeinden haben ebenfalls eine der CNS vergleichbare Karte ausgegeben (Bologna, Siena, Brescia).	100 000 bis Ende 2001, mit dem Ziel, in den nächsten Jahren die gesamte Bevölkerung mit der Karte zu versorgen.	Die Karte wird für alle krankenversicherten Personen ausgestellt.	Jedem Krankenversicherungsträger steht es frei, die Karte als Berechtigungsnachweis zu nutzen. Wird eine Magnetkarte verwendet, muss sie jedoch den nationalen Spezifikationen entsprechen.	

	Frankreich	Irland	Italien		Luxemburg	Niederlande	
Entwicklung	<p>Das Projekt Vitale 1b (2003-2004) dient der stärkeren Öffnung des Systems für Zusatzversicherungen. So ist die Erstellung von „elektronischen Erstattungsanträgen“ vorgesehen.</p> <p>Da die Karte zunehmend via Internet verwendet wird, muss der gesamte Datenstrom verschlüsselt werden.</p> <p>Das Projekt Vitale 2 zielt darauf ab, allen Anspruchsberechtigten (60 Mio.) eine Karte auszustellen, die Notfallinformationen, die letzten drei oder vier signierten Verschreibungen, einige Links (z. B. Anschrift des Leistungserbringers, Aufbewahrungsort der Krankenblätter), Angaben zu den letzten Finanztransaktionen und Informationen über die Zusatzkrankenversicherung enthält.</p>	<p>Die Sozialversicherungskarte wird durch eine „Public Service Card“ (Karte für den Umgang mit Behörden) mit neuer Technologie ersetzt, die den Zugang zu diesen Behörden erleichtert.</p>	<p>Das INPS (Nationale Sozialfürsorgeanstalt) ist ebenfalls am Projekt NETLINK beteiligt und untersucht die Möglichkeit, es auf den Sektor Renten und Sozialleistungen auszudehnen.</p>	<p>In den nächsten vier Jahren wird die Karte als nationaler elektronischer Personalausweis eingeführt.</p>	Kein	<p>Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen haben andere Möglichkeiten, die Berechtigung ihrer Patienten elektronisch ohne Einsatz einer Karte zu überprüfen. Daher wurde der Einsatz der Karte als Berechtigungsnachweis ab 1. September 2002 eingestellt.</p>	<p>Der Funktionsumfang kann künftig auf andere Anwendungen wie etwa Gesundheitsdaten ausgeweitet werden.</p>

	Frankreich	Irland	Italien		Luxemburg	Niederlande	
Erläuterungen	Siehe Informationen über Transcards, Netlink und Netc@rds	a) Gemäß neuen Rechtsvorschriften wird der Anwendungsbereich der Karte erweitert. Sie soll schließlich allen Bürgern als „Schlüssel“ für den Zugang zu den verschiedensten Leistungen des öffentlichen Sektors dienen.	Qualifiziertes Personal erhält eine spezielle Karte „CNS/O – Carta Nazionale dei Servizi/Operatori“, die ihm Zugang zu vertraulichen Daten im Beisein der Bürger bietet.	Auf der Karte können mehrere Funktionen eingerichtet werden. Möglicherweise wird in einiger Zeit in Italien nur noch sie verwendet. Jedenfalls entspricht sie dem Standard, den die für Informationstechnologie zuständige italienische Behörde für die öffentliche Verwaltung befürwortet hat.	Jeder, der einer Sozialversicherung angeschlossen ist, erhält eine Karte. Die Informationen werden nicht automatisch aktualisiert, doch können die Karteninhaber bei Änderung der Informationen eine neue Karte beantragen.	Der Magnetstreifen wird nicht immer genutzt, zum Teil deswegen, weil die Ärzte, besonders praktische Ärzte, nicht über Lesegeräte für die Karten verfügen.	
Identifizierung (* = sichtbare Daten)	Nationale Kennnummer (NIR) (*) Nachname, Vorname des Karteninhabers (*) Bei Frauen Ehefrau (*)	PPSN (Persönliche Kennnummer für den Umgang mit Behörden) (*) Name des Karteninhabers (*) Geburtsdatum (*)	Personenbezogene Daten Nationale Kennnummer (Steuernummer) des Karteninhabers Kenndaten der Gemeinde	Personenbezogene Daten Nationale Kennnummer (Steuernummer) des Karteninhabers Kenndaten der Gemeinde	Registrierungsnummer (numerisch und Strichcode), Geburtsname, Vorname und, für verheiratete Frauen, Ehefrau	Nachname und Vorname (*) Registrierungsnummer (*) Geburtsdatum (*) Geschlecht (*)	
sonstige Daten auf der Karte (* = sichtbare Daten)	Krankenpflichtversicherung Kontaktbüro Anschrift des Karteninhabers	Ausstellungsdatum Verfallsdatum Geschlecht	Notfalldaten E111-Netlink-Datensatz	Notfalldaten E111-Netlink-Datensatz	Kartennummer	Name des Versicherungsträgers (*) Namen des Hausarztes und Apothekers (*) Versicherungsangaben (*) Gültigkeit (Anfangs- und Enddatum) (*)	
Authentifizierung	Gegenseitige Erkennung von Vitale-Karte und CPS-Karte (Mikroprozessor-Karte für Fachkräfte des Gesundheitswesens)	Auf der Kartenrückseite: Sicherer Unterschriftsstreifen	Ja, mit starker digitaler Signatur und „Challenge Response Mechanism“.	Ja, mit starker digitaler Signatur und „Challenge Response Mechanism“.			

	Frankreich	Irland	Italien		Luxemburg	Niederlande	
Kategorien anderer auf der Karte gespeicherter Daten	Gültigkeitsdauer der Karte Angaben zur Anspruchsberechtigung einschließlich Gültigkeit Anspruch auf Zusatzkrankenversicherung		E-111, gemäß Netlink-Spezifikation	E-111, gemäß Netlink-Spezifikation Keine Anwendungen auf der Karte. Lediglich Schlüssel für die Identifizierung und Authentifizierung mittels asymmetrischer Kryptografie sowie Daten für die Inanspruchnahme von Diensten.	Neben den genannten Daten enthält der Magnetstreifen auch die Adresse des Inhabers.		
Kartentyp	Mikroprozessor-Karte	Plastikkarte mit Magnetstreifen	Smartcard (Mikroprozessor)	Mikroprozessor + optische Speicherkarte	Kreditkartenformat, mit Magnetstreifen auf der Rückseite	Plastikkarte mit Magnetstreifen (von den meisten Krankenversicherungen genutzt)	Mikroprozessor-Karte
Prozessortyp auf der Chipkarte		Kein		EEPROM, 16 KB	Kein	Kein	
Betriebssystem auf der Karte	COS	Kein			Kein	Kein	

	Frankreich	Irland	Italien		Luxemburg	Niederlande	
zugrundeliegende internationale Normen	ISO 7816	Entspricht den jeweiligen ISO-Normen	Vgl. Empfehlungen zu NETLINK	ISO-7816-pile und PKCS-RSA-pile		<p>ISO/IEC 7810: Identifizierungskarten- Physische Merkmale NEN-EN-ISO/IEC 7811: Identifizierungskarten - Aufzeichnungstechnik ISO/IEC 7813: Identifizierungskarten – Karten für Finanztransaktionen NEN 1888: Generelle Definition personenbezogener Daten NEN 5825: Adressen - Definition, Zeichensätze, Austauschformat und physische Präsentation EN 1387: Karten für Gesundheitsfürsorge- Anwendungen – Allgemeine Merkmale ENV 12018: Identifizierung, administrative und gemeinsame Gesundheitsdatenstrukt ur</p>	

	Österreich	Portugal		Schweden	Finnland		Vereinigtes Königreich
Bezeichnung der Karte / des Projekts	e-Card	Cartão do Utente Ministério da Saúde (Identifizierungskarte für alle beim nationalen Gesundheitsdienst registrierte Personen)	CARDLINK (Notfallkarte für Diabetiker)	Entfällt (siehe ERLÄUTERUNGEN)	(Standard- Krankenversicherungskarte (ohne / mit Foto))		Entfällt (siehe ERLÄUTERUNGEN)
Zweck der Karte	In der ersten Phase soll die Karte das frühere Krankenscheinsystem für alle Versicherten in Österreich ersetzen.	Zur Vorlage bei allen SNS-Gesundheitsdiensten und – Einrichtungen (Serviço Nacional de Saúde) sowie in Apotheken und Einrichtungen, die Vereinbarungen mit dem Gesundheitsministerium geschlossen haben.			Die Karten werden hauptsächlich in Apotheken eingesetzt, wo die Versicherten ihre persönliche Karte vorzeigen müssen, um die Kostenerstattung für rezeptpflichtige Arzneimittel zu erhalten. Die mit einem Foto versehene Karte dient als Identitätsnachweis, auch wenn sie kein amtlicher Personalausweis ist.	Hauptziel ist es, das Potenzial der Karte als tragbarer Suchschlüssel für den Informationsabruf aus dem Netz zu nutzen. – Elektronische Identifizierung – Krankenversicherung – Sozialschutz und Gesundheitsfürsorge	
Datum der Einführung der Karte	2001				1990	1999	
Zahl der Karten in Umlauf	Alle Versicherten in Österreich	Rund neun Millionen	1100 Diabetiker-Karten und 250 Karten für Fachkräfte im Gesundheitswesen		Die Standardkarte wurde allen Bewohnern Finnlands ausgestellt; rund 600 000 haben sie gegen eine Fotokarte eingetauscht (die gebührenpflichtig ist).	Regionales Pilotprojekt	

	Österreich	Portugal		Schweden	Finnland		Vereinigtes Königreich
Entwicklung	In der zweiten Phase wird die Karte zu einem Schlüssel für andere Einsatzzwecke im Bereich Sozialversicherung und Gesundheitsfürsorge sowie – vor allem in Verbindung mit der elektronischen Unterschrift – eine Bürgerkarte für e-Government-Zwecke über das Internet werden.	Eine Sozialversicherungs-Ausweiskarte (wird derzeit geprüft)					
Erläuterungen	a) Die Karte dient als Schlüssel für das österreichische Gesundheitsfürsorgesystem, sie trägt selbst keine spezifischen Daten, sondern erleichtert eher den Zugang zu Diensten und Daten. b) Der Zugang zu Daten auf der Karte und/oder die Aktivierung von Anwendungen ist nur möglich mit dem gleichzeitigen Einsatz einer zweiten Karte, die die entsprechende Berechtigung verleiht. c) Die Karte ist für die elektronische Unterschrift vorbereitet.		Die Karte kann überall da eingesetzt werden, wo auch die SNS-Registrierungskarte verwendet wird.	Es gibt für die Einwohner Schwedens keine elektronische Identifizierungs- / Datenkarte seitens der schwedischen Sozialversicherungsbehörde, derzeit ist die Einführung einer solchen Karte auch nicht geplant. Es gibt jedoch ein Pilotprojekt für elektronische Identitätskarten, die für Zwecke der Authentifizierung und elektronischen Unterschrift im Rahmen von e-Services genutzt werden können.		Hauptziel ist es, dem Kunden die Möglichkeit der elektronischen Identifizierung zu bieten, vertrauliche Informationen vor der Übermittlung zu verschlüsseln und eingehende Mitteilungen mit Hilfe einer elektronischen Signatur zu verifizieren.	Eine öffentliche Anhörung begann im Juli 2002 und wird bis Januar 2003 laufen (www.homeoffice.gov.uk/dob/ecu.htm).
Identifizierung (*) = sichtbare Daten	nationale Sozialversicherungsnummer (*) Vorname, Nachname, Anrede (*) Geburtsdatum Geschlecht Kartennummer (*)	SNS-Registrierungsnummer (*) vollständiger Name des Karteninhabers (*) Geburtsdatum (*) Geburtsort Geschlecht Staatsangehörigkeit	SNS-Registrierungsnummer (*) vollständiger Name des Karteninhabers (*) Geburtsdatum (*)		– Personenkennnummer des Karteninhabers – Familienname, Vornamen – Geburtsdatum – Wohnort	Für die Sozialversicherung enthält die Karte dieselben Daten wie für die Krankenversicherung.	

	Österreich	Portugal		Schweden	Finnland		Vereinigtes Königreich
sonstige Daten auf der Karte (*) = sichtbare Daten	Zertifikate für Authentifizierung, elektronische Unterschrift, mit entsprechendem „private key“	Ausstellungsdatum (*) Region / Subregion / Gesundheitszentrum			Die Fotokarte enthält zusätzliche Informationen hauptsächlich für Rentenempfänger. + Name des Sozialversicherungsträgers Datum der Ausstellung Sonstige Daten aus dem Bereich soziale Sicherheit	Die elektronischen Daten umfassen – neben Identitätsdaten, Signatur und Verschlüsselungselementen (PKI) – Informationen über Impfungen, chronische Krankheiten, Anweisungen hinsichtlich Organspenden, Angaben zu den nächsten Angehörigen.	
Authentifizierung	Der „key“ ist ein im gesamten System nur einmal vorkommender Code. Je nach Sicherheitsanforderung der einzelnen Anwendungen sind unterschiedliche Sicherheitsstufen möglich: zweite Berechtigungskarte, Verschlüsselung, PIN, elektronische Unterschrift	Kein	Kein		Die Fotokarte trägt die Unterschrift des Karteninhabers.	Zertifikate für Authentifizierung und elektronische Unterschrift	
Kategorien anderer auf der Karte gespeicherter Daten	Derzeit wird daran gearbeitet, eventuell auch E-111 im Rahmen des Projekts Net@rds zu laden.	Angaben zu Kostenteilung bei Rezeptgebühren, Befreiung von Pauschalgebühren; Untersysteme oder Versicherungsunternehmen mit relevanten Gültigkeitsdaten				wichtige Informationen (verschlüsselt) zu Leistungen der Sozial- und Gesundheitsfürsorge	
Kartentyp	Prozessor-Chipkarte mit Kryptografie-Prozessor	Magnetstreifen	Smartcard mit Magnetstreifen		plastic „SII card“	Mikroprozessor-Karte mit Kryptografie-Prozessor	
Prozessortyp auf der Chipkarte	EEPROM, 32 KB	Kein			Kein		

	Österreich	Portugal		Schweden	Finnland		Vereinigtes Königreich
Betriebssystem auf der Karte	MICARDO 2.1 (Betriebssystem für mehrere Anwendungen, mit Möglichkeit des Ladens von Anwendungen nach der Ausstellung)	Kein			Kein		
zugrundeliegende internationale Normen	geltende technische und internationale Normen				Entsprechende ISO-Normen	Einschlägige ISO-Normen + EU/G7- und CEN-TC/251-Normen	

EFTA-STAA TEN UND EINIGE BEITRITTS LÄNDER

	Island	Liechtenstein	Norwegen	Schweiz		Tschechische Republik	Slowenien
Bezeichnung der Karte / des Projekts	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Covercard®System	Schweizer Projekt einer Krankenversicherungskarte	MACHA (Gesundheitsdaten- und Krankenversicherungskarte)	Kartica zdravstvenega zavarovanja HIC (Krankenversicherungsausweis)
Zweck der Karte				Nachweis des Leistungsanspruchs Bietet den Leistungserbringern (Krankenhäusern, Apotheken, Ärzten usw.) die Möglichkeit, jederzeit anlässlich einer Leistung „online“ die Gültigkeit der vom Inhaber vorgelegten Karte zu prüfen.	Nachweis des Leistungsanspruchs Erleichtert den administrativen Datenaustausch (für Erstattungen)	Elektronische Gesundheitsdaten- und Krankenversicherungskarte. Identifizierung von Patienten / Versicherten Bestätigung erbrachter Dienstleistungen für das Krankenversicherungsamt Die Karte enthält Identifizierungsdaten und medizinische Informationen, PIN, elektronische Signatur, Sozialversicherungsdaten	HIC ist das einzige Dokument zur Identifizierung und Nutzung der Ansprüche aus der gesetzlichen und freiwilligen Krankenversicherung. Sie dient auch als Schlüssel zu den Dienstleistungen, die über Selbstbedienungsterminals zugänglich sind.
Datum der Einführung der Karte				In der Schweiz am 1. Juni 1996 eingeführt.	Das Projekt muss noch vom Schweizerischen Parlament gebilligt werden.	1997-9	Piloteinführung in einer Region 1998 landesweite Einführung im Oktober 2000 abgeschlossen
Zahl der Karten in Umlauf				35 Versicherungsträger (von insgesamt 93) haben für ihre Versicherten rund vier Millionen Karten ausgestellt.	Kein	Pilotprojekt: 30 000 Karten für Versicherte, 100 Karten für Fachkräfte im Gesundheitswesen	Die HIC wurde allen Personen ausgestellt, die der gesetzlichen Krankenversicherung Sloweniens angeschlossen sind, also der gesamten Bevölkerung (knapp zwei Millionen); außerdem sind rund 18 000 Karten für Fachkräfte im Gesundheitswesen in Umlauf.

	Island	Liechtenstein	Norwegen	Schweiz	Tschechische Republik	Slowenien
Entwicklung				<p>Es ist vorgesehen, dass die Krankenversicherungskarte zu gegebener Zeit zu einer echten Gesundheitskarte wird, die den Versicherten und den Leistungserbringern einen gesicherten Zugang zu den Daten des Versicherten bietet.</p>	<p>Das Projekt wurde vom Gesundheitsministerium koordiniert und vom Amt für Krankenversicherung unterstützt. Die Pilotphase läuft noch. 2002 diente die Pilotphase als Grundlage zur Vorbereitung der landesweiten Einführung eines „elektronischen Identifikationssystems für Krankenversicherte“, dessen erste Phase (Analyse und Konzeption) 2003 anlaufen soll.</p>	<p>2000: Erste Phase, das HIC-System umfasste die Identifizierung des Versicherten und den Nachweis des Versicherungsanspruchs sowie die Registrierung des gewählten Hausarztes. 2001: Neue Dienste – Anforderung von Bescheinigungen (ähnlich dem EU-Formblatt E111) über Selbstbedienungsterminals, wobei die HIC als Zugangsschlüssel dient. 2003: Neue Daten – Aufzeichnung von Daten über bereitgestellte medizinisch-technische Hilfen, Allergien und Impfungen sowie die eventuelle freiwillige Verpflichtung des Karteninhabers zur Organ- und Gewebespende. 2004: Technische Aktualisierung – PKI und elektronische Signatur (in der ersten Phase auf der HPC, in der zweiten Phase auch auf der HIC). Das System ist flexibel, die bereits im Umlauf befindlichen Karten können aktualisiert, neue Anwendungen und Datensätze können geladen werden; dies geschieht nach genormten Systempflegeverfahren.</p>

	Island	Liechtenstein	Norwegen	Schweiz		Tschechische Republik	Slowenien
Erläuterungen	Eine Berechtigungskarte ist vorgesehen.			Zu den Daten, die derzeit in E111 vorgesehen sind: 1. Daten über den Versicherten, mit Ausnahme von Angaben zum Erwerbsstatus (abhängig beschäftigt, selbständig, Rentner usw.) 2. Die Karten sind personenbezogen; es werden keine Angaben zu Familienangehörigen aufgenommen. 3. In einigen Fällen wird die Gültigkeitsdauer der Karte nicht angegeben. 4. Bezeichnung der zuständigen Einrichtung, jedoch keine näheren Angaben	Sollte das Projekt einer EU-Versicherungskarte vor dem Schweizer Projekt konkrete Formen annehmen, wird letzteres entsprechend angepasst.	Projekt mit Unterstützung durch das EU-Programm PHARE. Pilotgebiet: Litomerice (größte Stadt der Region). Teilnehmer: 1 städtisches Krankenhaus, 14 Ärzte, 1 Krankenversicherungsgesellschaft Im Rahmen des Pilotprojekts wurde ein Lenkungsteam geschaffen, das sich ständig mit dem Thema Krankenversicherungskarte befasst.	Das HIC-System umfasst die HPC (Health Professional Card – Karte für Fachkräfte im Gesundheitswesen), Kartenlesegeräte, ein Netz von Selbstbedienungsterminals, einheitliche Standard-API auf allen Arbeitsplatzsystemen der Leistungserbringer. Die Fachkräfte im Gesundheitswesen haben Zugriff auf die HIC-Daten ausschließlich mit ihrer persönlichen HPC-Karte und einem dafür reservierten Kartenleser. Die Inhaber von HPC-Karten sind in mehrere Gruppen unterteilt; die einzelnen Gruppen verfügen über unterschiedliche Schlüssel auf ihrer Karte und haben entsprechende unterschiedliche Zugriffsrechte auf die HIC-Daten. Das Netz der Selbstbedienungsterminals dient zur Online-Aktualisierung der HIC-Daten, für Dienstleistungen (Anforderung von Versicherungsbescheinigungen, wobei die HIC als Zugangsschlüssel dient), zum Laden neuer Anwendungen und Funktionen auf die HIC (neue Dateien, Änderung der Zugriffsrechte) und zur Information.

	Island	Liechtenstein	Norwegen	Schweiz		Tschechische Republik	Slowenien
Identifizierung (* = sichtbare Daten)				Name des Versicherungsträgers (*) Name, Vorname, Geburtsdatum und Geschlecht des Versicherten (*) Versicherungsnummer (*) Notfall-Telefonnummer (*) Strichcode (*)	Mindestens dieselben wie auf den derzeit in der Schweiz ausgegebenen Karten Es ist die Einführung einer neuer Versicherungsnummer geplant, die für die gesamte Dauer des Versicherungsschutzes einer Person im Schweizerischen System gültig bleiben soll.	– Vor- und Nachname (*), Geburtsdatum (*), Anschrift, Krankenversicherungsnummer (*), Krankenversicherungs- gesellschaft (*)	Krankenversicherungsnummer (*) – laufende Nummer der Karte (*), – Vor- und Nachname (*), – Geburtsdatum (*)
sonstige Daten auf der Karte (* = sichtbare Daten)				Versicherungsschutz: gemein- same Versicherungseinrich- tung für Krankheit und Mutterschaft (LaMal), private Zusatzversicherung	Es ist vorgesehen, den Versicherten die Möglichkeit zu geben, persönliche Daten für Notfälle (Blutgruppe, Allergien auf bestimmte Medikamente usw.) bereitzustellen.	ID-Daten für Sozialversicherung, ID-Daten des Patienten (Kontaktadresse, Adresse des Dienstleistungserbringers, Aufbewahrungsort der Patientenakte), ausgewählte medizinische Daten, Ausstellungsdatum (*)	– Daten des Karteninhabers (Adresse, Geschlecht), – Angaben zur Versicherung (Registrierungsnummer, Firmenname, Adresse), – Angaben zur Pflicht- versicherung (Datum der Bestätigung, Gültigkeitsdauer der Versicherung), – Angaben zur privaten (frei- willigen) Krankenversiche- rung (Versicherungsgesell- schaft, Art der Police, Gültig- keitsdauer), – Ausgewählte Daten zu behandelnden Ärzten (praktischer Arzt/Kinderarzt, Zahnarzt, Gynäkologe)
Authentifizierung						PIN	Gegenseitige Erkennung von HIC und HPC (mittels „Challenge/response mechanism“ HPC dient als Zugangs- schlüssel für Daten auf der HIC (mit symmetrischer 3DES-Kryptografie und PIN- Code).
Kategorien anderer auf der Karte gespeicherter Daten						Sicherheitsdaten, PIN	Kein

	Island	Liechtenstein	Norwegen	Schweiz		Tschechische Republik	Slowenien
Kartentyp				Magnetstreifenkarte	Eine Mikroprozessor-Karte ist geplant.	Mikroprozessor-Karte	Mikroprozessor-Karte
Prozessortyp auf der Chipkarte				Kein		MOTOROLA SC21, 3 KB EEPROM, 6 KB ROM	16 KB EEPROM, 32 KB ROM, 1280 B RAM, 16-Bit-CPU
Betriebssystem auf der Karte				Kein		ORGA ICCRe/V.24	GEMXCOS

	Island	Liechtenstein	Norwegen	Schweiz		Tschechische Republik	Slowenien
zugrundeliegende internationale Normen				ISO 2	Ggf. die internationalen NETLINK-Normen	ISO-Normen: 7816-1, 2, 3, 7810	<ul style="list-style-type: none"> - ISO/IEC 7816 (Physische Eigenschaften, Abmessungen und Anordnung der Kontakte, elektronische Signale und Übertragungsprotokolle, industrieübergreifende Befehle für Austausch, Nummerierungssystem und Registrierungsverfahren für Anwendungsidentifikatoren, industrieübergreifende Datenelemente, sicherheitsbezogene industrieübergreifende Befehle), - ISO/IEC 10373 (Testmethoden), - ISO/IEC 11770 (Mechanismen mit asymmetrischer Technik), - ISO/IEC 7810 (Physische Merkmale), - ISO/IEC 7812 (Nummerierungssystem), - ISO/IEC 8824, 8825 (Abstract Syntax Notation One, - CEN ENV 1375 (ID-000 Kartengröße und physische Merkmale), - prEN (Allgemeine Merkmale), - EN 1867 (Nummerierungssystem), - EN 726 (Anwendungsunabhängige Anforderungen an Karten), - sowie einschlägige EU-Empfehlungen