

Projekt Datenaustausch Prämienverbilligung Art. 65 KVG

Konzept Datenaustausch Prämienverbilligung

erstellt durch den Verein eAHV/IV
im Auftrag der GDK und unter Mitarbeit von santésuisse



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza Svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



santésuisse

Stand: 31. Juli 2014

Kurzbeschreibung	Konzept für den elektronischen Datenaustausch zwischen den PV-Durchführungsstellen und den Krankenversicherern im Zusammenhang mit der Prämienverbilligung in der Schweiz.
Kategorie	Konzept
Datum	31. Juli 2014
Version	2-3
Status	Definitiv
Autoren	Technische Arbeitsgruppe GDK/santésuisse <ul style="list-style-type: none">• Max Bühler, SWICA Krankenversicherung AG• Olivier Guignard, Kt. Waadt / GLAS• Erwin Hitz, CSS Versicherung (Projektleiter der Arbeitsgruppe)• Sascha Jakobovic, IGS GmbH• Markus Jutzi, ASV Bern• Stefan Loosli, Adcubum AG• Rita Pleisch, Helsana Versicherungen AG• Daniela Schwarzer, SWICA Krankenversicherung AG• Max Siegrist, Gemeinsame Einrichtung KVG (Dokumentverantwortlicher)• Jörg Steinbrüchel, Adcubum AG• Rainer Witzig, SVA Aargau• Andrea Zürcher, Gemeinsame Einrichtung KVG
Herausgeber	Verein eAHV/IV (www.eahv-iv.ch / info@eahv-iv.ch) im Auftrag der GDK und in Zusammenarbeit mit santésuisse auf Basis des gemeinsam erarbeiteten Konzepts IPV.

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeines	4
1.1	Inkrafttretung	4
1.2	Änderungskontrolle	4
1.3	Referenzierte Dokumente	6
1.4	Abkürzungsverzeichnis	8
2	Einleitung	9
2.1	Ausgangslage	9
2.2	Abgrenzung.....	9
2.3	Aufbau der Dokumentation	9
3	Meldungsprozesse	10
3.1	Übersicht über die Meldungsprozesse	10
3.2	Anwendungsbestimmungen	12
3.2.1	Gültigkeit einer PV-Verfügung	13
3.2.2	Verfügungen für mehrere Personen	13
3.2.3	Enddatum einer PV-Verfügung	13
3.2.4	Rückwirkende und zukünftige Verfügungen	14
3.2.5	Plafonierung	14
3.2.6	Sistierung der Versicherungspflicht wegen Unterstellung unter die Militärversicherung	14
3.2.7	Prämienerbilligung bei Ergänzungsleistungen	14
3.2.8	Kantonswechsel	15
3.2.9	Jahresrechnung	15
3.2.10	Fusion, Übernahme, Aufspaltung, Neugründung, Auflösung, Konkurs	15
3.2.11	Eindeutige Identifizierung einer PV-Verfügung	16
3.2.12	Adresse der versicherten Person	16
3.2.13	Verarbeitungsreihenfolge und Laufnummer	16
3.2.14	Meldefrequenz und Antwortzeiten	17
3.2.15	Datenlieferung der Krankenversicherer an die Durchführungsstellen	17
3.2.16	Umgang mit elektronischen Verfügungen aus der Zeit vor der Einführung	18
3.2.17	Meldung von Vor- und Nachversicherer	18
3.2.18	Stichtag.....	19
3.3	Meldungsprozess 1 „Neue Verfügung“	19
3.3.1	Meldung „Verfügung“	19
3.3.2	Meldung „Rückweisung Verfügung“	20
3.3.3	Meldung „Bestätigung Verfügung“	20
3.4	Meldungsprozess 2 „Stopp einer Verfügung“	22
3.4.1	Meldung „Stopp“	22
3.4.2	Meldung „Bestätigung Stopp“	22
3.4.3	Meldung „Rückweisung Stopp“	23
3.5	Meldungsprozess 3 „Änderung Versicherungsverhältnis“	23
3.5.1	Meldung „Änderung Versicherungsverhältnis“	23
3.6	Meldungsprozess 4 „Anfrage Versicherungsverhältnis“	25
3.6.1	Meldung „Anfrage Versicherungsverhältnis“	25
3.6.2	Meldung „Antwort versicherte Person“	25
3.7	Meldungsprozess 5 „Verfügungsbestand“	26
3.7.1	Meldung „Verfügungsbestand“	26
3.8	Meldungsprozess 6 „Versichertenbestand“	27
3.8.1	Meldung „Versichertenbestand“	27
3.9	Meldungsprozess 7 „Jahresrechnung“	28
3.9.1	Meldung „Jahresrechnung“	28
3.10	Anwendungsbeispiel	29
3.11	Beispiel Stichtag und Jahresrechnung	31
4	Meldungsspezifikation.....	33
4.1	Schemaversion	33
4.2	Einsatz von sedex.....	33
4.3	Technische Anwendungsbestimmungen	33
4.3.1	Anwendung von eCH-Standards	33
4.3.2	Grundlegender Aufbau der einzelnen Meldungen	34

4.3.3	Schemaprüfung/Validierung	34
4.3.4	Zukünftige Änderungen am Schnittstellenstandard	34
4.3.5	Laufnummer	35
4.3.6	Verwendung von Sammelmeldungen	35
4.3.7	Aufbau der Meldungsdateien.....	35
4.3.8	Datenmodell und Referenzierung.....	36
4.3.9	Personendaten in allen Meldungen.....	37
4.3.10	Adressierung	37
4.3.11	XML Formatierung.....	38
4.3.12	Format von Datums und Zeitangaben.....	38
4.3.13	Doppelmeldungen	38
4.4	Meldungsrahmen	40
4.5	Meldungstypen und Submeldungstypen.....	41
4.6	Typen	42
4.6.1	actionType (Aktionscode).....	42
4.6.2	addressType	42
4.6.3	agencyType (Durchführungsstelle)	42
4.6.4	bagNumberType	42
4.6.5	bonusType (Bonusprodukt)	43
4.6.6	businessProcessIdType (Laufnummer).....	43
4.6.7	declarationLocalReferenceType (Lokale Referenz des Absenders).....	43
4.6.8	decreeConfirmationType (Bestätigung Verfügung)	43
4.6.9	decreeIdType (Verfügungsnummer)	43
4.6.10	decreeInventoryType (Verfügungsbestand)	43
4.6.11	decreeInventoryElementType (Einzelnes Element des Verfügungsbestands).....	43
4.6.12	decreeRejectType (Rückweisung Verfügung).....	44
4.6.13	decreeRejectReasonType (Grund der Rückweisung einer Verfügung)	44
4.6.14	decreeType (Verfügung).....	44
4.6.15	insuranceDataType (Daten des Krankenversicherers)	45
4.6.16	insuranceInventoryType (Versichertenbestand)	45
4.6.17	insuranceQueryType (Anfrage Versicherungsverhältnis)	45
4.6.18	insuranceQueryResultType (Antwort Versicherungsverhältnis).....	45
4.6.19	mutationReasonType (Grund für Änderung Versicherungsverhältnis)	46
4.6.20	mutationType (Änderung Versicherungsverhältnis)	46
4.6.21	personType (Personenidentifikation).....	46
4.6.22	premiumAgeType (Prämiengruppe)	46
4.6.23	premiumGroupType (Tarifgruppe).....	46
4.6.24	premiumRegionType (Prämienregion)	47
4.6.25	statementType (Jahresrechnung)	47
4.6.26	statementContributionYearType (Beitragsjahr innerhalb Jahresrechnung)	47
4.6.27	statementPersonType (Jahresrechnungs-Eintrag für eine Person)	47
4.6.28	statementPersonPeriodType (Zeitabschnitt)	47
4.6.29	stopType (Annulation oder Verkürzung)	48
4.6.30	stopConfirmationType (Bestätigung Annulation oder Verkürzung)	48
4.6.31	stopRejectType (Rückweisung Annulation oder Verkürzung)	48
4.6.32	stopRejectReasonType (Grund der Rückweisung eines Stopps)	48
5	Mengengerüste.....	49
5.1	Annahmen und Grundlagen.....	49
5.1.1	Häufige Meldungen	49
5.1.2	Seltene Meldungen.....	49
5.2	sedex-Sammelmeldungen jährlich, Durchführungsstellen	50
5.3	sedex-Sammelmeldungen jährlich, Krankenversicherer	51
6	Beispiele.....	52
6.1	Neue Verfügung.....	52
6.2	Bestätigung neue Verfügung	53
6.3	Jahresrechnung	54
6.4	PV mit Verfügungsnummer 0 - Stopp Meldungen	56

1 Allgemeines

Zur besseren Lesbarkeit werden im vorliegenden Dokument Berufs- und Personenbezeichnungen nur in einer Geschlechtsform (männlich oder weiblich) verwendet. Es sind stets beide Geschlechter gemeint.

1.1 Inkrafttretung

Die Version 2-3 ist ab dem 1. Januar 2015 gültig. Während der Übergangsfrist von 6 Monaten muss ein Parallelbetrieb bis 30. Juni 2015 gewährleistet sein.

1.2 Änderungskontrolle

Version / Status	Datum	Autoren	Kommentar
1-0 / Definitiv	13.12.2011	Pich / Gom	Von der Steuergruppe GDK/santésuisse genehmigt
1-1 / Definitiv	06.02.2012	Mea	Übernahme alter Bestände (Kapitel 3.2.16). Neue Typen für den Verfügungsbestand um die Laufnummer melden zu können (Kapitel 4.6.9 und 4.6.11). BFS-Ländercode anstelle des ISO-Ländercodes (Kapitel 3.2.15, 4.3.1 4.3.9, 4.6.14, 4.6.21 und 4.6.2). Format der Verfügungsnummer (Kapitel 4.6.9).
1-2 / Definitiv	02.04.2012	Mea	Meldung Bestätigung „Änderung Versicherungsverhältnis“ entfernt (Kapitel 3.5, 4.5 und 4.6). Verallgemeinerung PV anstelle von IPV (ganzes Dokument). Keine Laufnummer im Versichertenbestand (Kapitel 3.8 und 4.6.18). Lokale Referenz (Kapitel 4.6.7). Keine Verlängerung PV-Verfügung (Kapitel 3.2.3 und 3.4.1). Ergänzung zu Sammelmeldung (Kapitel 4.3.6).
2-0 / Definitiv	09.07.2012	Mea	Präzisierungen in den Anwendungsbestimmungen (Kapitel 3.2.1, 3.2.4, 3.2.6, 3.2.8, 3.2.11, 3.2.12, 3.2.13, 3.2.15, 3.2.16, 3.2.17, 3.2.18 und 3.2.19). Präzisierung der Meldeprozesse (Kapitel 3.3 bis 3.9). Insbesondere: Verfügung zu weit in der Zukunft, ausgeschlossene Personen, keine Verlustscheine (Kapitel 3.3.1 und 3.3.2), Stoppmeldung mit ursprünglicher Verfügung melden (Kapitel 3.4.1), Mutationsgründe (Kapitel 3.5.1), Präzisierung der Jahresrechnung (Kapitel 3.9.1). Zukünftige Änderungen (Kapitel 4.3.3). XML Escape Sequenzen (Kapitel 4.3.11). Datenschnittstelle entsprechen den obigen Änderungen nachführen (Kapitel 4.6.3, 4.6.4, 4.6.6, 4.6.10, 4.6.12, 4.6.13, 4.6.16, 4.6.19, 4.6.20, 4.6.24, 4.6.25, 4.6.26, 4.6.27, 4.6.28, und 4.6.32).
2-1 / Definitiv	04.03.2013	Mea	Aktualisierung der referenzierten Dokumente (Kapitel 1.3), Beschreibung und Illustration der Meldeprozesse (Kapitel 3.1), Anwendungsbestimmungen (Kapitel 3.2.13, 3.2.14, 3.2.15), Präzisierungen der Meldeprozesse (Kapitel, 3.3.2, 3.3.3, 3.4.3, 3.5.1, 3.6.1 und 3.7.1), Schemaversion (Kapitel 4.1), Technische Anwendungsbestimmung (Kapitel 4.3.1, 4.3.3, 4.3.6, 4.3.10 und 4.3.11), Anpassungen am Schema (Kapitel 4.6.2, 4.6.11, 4.6.13, 4.6.14, 4.6.19, 4.6.22, 4.6.23, 4.6.28 und 4.6.29).
2-2 / Definitiv	15.07.2013	Mea	Präzisierung in folgenden Abschnitten: Anwendungsbestimmungen (Kapitel 3.2.10, 3.2.18 und 3.2.19), Meldeprozesse (Kapitel 3.4.1, 3.4.3, 3.5.1 und 3.5.1), Beispiel Stichtag und Jahresrechnung (Kapitel 3.11), Technische Anwendungsbestimmung (Kapitel 4.3.5 und 4.3.11), Präzisierung der Typen (Kapitel 4.6.6, 4.6.20, 4.6.25 und 4.6.28). Am Schema wurden keine Änderungen vorgenommen.

Version / Status	Datum	Autoren	Kommentar
2-3 / Definitiv	31.07.2014	azu	Präzisierung Anwendungsbestimmungen (Kapitel 3.2.1, 3.2.4, 3.2.14, 3.2.15, 3.2.16, 3.2.17, 3.2.18, 3.3.1, 3.3.2, 3.4.1, 3.4.3, 3.5.1, 3.8.1, 3.9.1, 3.11, 4.3.8, 4.3.11-13, 4.6.4, 4.6.13, 4.6.15, 4.6.19-20, 4.6.25, 4.6.28, 6.3 Hinfällig/gelöscht: 3.2.19 Änderungen Rückweisungsgrund: 4.6.13, 4.6.20 Neues Beispiel: 6.4

1.3 Referenzierte Dokumente

▪ Dokumente

Ref	Dokument	Datum
[1]	IPV-DA-Konzept, Version 2.0	06.07.2011
[2]	Projektorganisation Umsetzung Datenaustausch für Art. 65 und 64a KVG	27.06.2011

▪ Informationen über PV, Krankenversicherung, sedex und angrenzende Themen

Dokument	URL
ATSG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/830.1.de.pdf
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, dort insbesondere Art. 65 http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.10.de.pdf
KVV	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung, dort insbesondere Art. 106b bis 106e http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.102.de.pdf
Kommentar KVV	Kommentar und Inhalt der Änderungen: Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), Änderungen vorgesehen für den 1. Januar 2012 http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04104/12986/index.html?lang=de
ELG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/831.30.de.pdf
ELV	Verordnung vom 15. Januar 1971 über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/831.301.de.pdf
VPVK	Verordnung vom 7. November 2007 über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.112.4.de.pdf
VDPV-EDI	Verordnung des EDI vom 13. November 2012 zum Datenaustausch Prämienverbilligung www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.102.2.de.pdf
Kommentar VDPV-EDI	Kommentar und Inhalt des Erlasses: Verordnung des EDI über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung (VDPV-EDI), Erlass vorgesehen für den 1. Januar 2013 http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/02875/13338/index.html?lang=de
Verzeichnis der PV-Durchführungsstellen	http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00261/index.html
Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer	http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/11274/index.html?lang=de
Anzahl Versicherte pro Krankenversicherer und Kanton	http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/index.html?lang=de
GDK-Information	Information der GDK zur Durchführung der PV in den Kantonen http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=581&L=0
Prämienregionen	Aufstellung des BAG zu den Prämienregionen 2012 http://www.priminfo.ch/zahlen_fakten/praemienregionen2012.xls

Dokument	URL
sedex Handbuch	Handbuch für Software-Lieferanten, die eine Schnittstelle zwischen der partizipierenden Anwendung und dem sedex-Adapter entwickeln müssen: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/00/00/12/01.html

1.4 Abkürzungsverzeichnis

Begriff	Kommentar
AK	Ausgleichskasse
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVN13	13-stellige AHV Nummer
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
DA	Datenaustausch
DFS	Durchführungsstelle (darunter ist die kantonale Stelle gemäss Art. 106b Abs. 1 KVV und die GE KVG zu verstehen)
eCH	Verein zur Förderung, Entwicklung und Verabschiedung von E-Government-Standards in der Schweiz
EL	Ergänzungsleistungen zur AHV/IV
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
ELV	Verordnung über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
GE KVG	Gemeinsame Einrichtung KVG
HMO	Health Maintenance Organization
KAK	Kantonale Ausgleichskasse
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVV	Krankenversicherungsverordnung
MVG	Bundesgesetz über die Militärversicherung
IPV	Individuelle Prämienverbilligung
IV	Invalidenversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PV	Prämienverbilligung (IPV und Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 10 Abs. 3 Buchst. d ELG)
sedex	Abkürzung für „secure data exchange“. Generische und sichere Datenaustauschplattform des BFS. Diese wird, gemäss Registerharmonisierungsgesetz (RHG), für einen gesetzlich geregelten Datenaustausch und die Datenlieferung an die Statistik eingesetzt.
SVA	Sozialversicherungsanstalt
VPVK	Verordnung über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung
XML	eXtensible Markup Language. Auszeichnungssprache zur Darstellung hierarchisch strukturierter Daten in Textform
ZAS	Zentrale Ausgleichsstelle. Führt die zentralen Register (Versicherte, Rentenbeziehende) und ist seit Jahrzehnten eine zentrale Datenaustauschplattform v.a. für die AKs. Umfasst auch die Eidgenössische Ausgleichskasse (Bundesbetriebe und Zugehörige), die Schweizerische Ausgleichskasse (Schweizerinnen und Schweizer im Ausland sowie Ausländerinnen und Ausländer) sowie die IV-Stelle für Versicherte im Ausland

2 Einleitung

2.1 Ausgangslage

Mit dem geänderten Art. 65 KVG (Änderung vom 19.03.2010) werden die Prämienverbilligungsbeiträge aus der IPV und der EL in allen Kantonen direkt den Versicherern ausbezahlt. Der Datenaustausch erfolgt gemäss Art. 65 Abs. 2 KVG nach einem einheitlichen Standard. Die verbindliche Einführung dieses Standards ist am 1. Januar 2014 erfolgt. In 19 Kantonen ist die Ausgleichskasse oder Sozialversicherungsanstalt für die Durchführung der Prämienverbilligung zuständig, in den restlichen Kantonen beispielsweise die Steuerverwaltung.

Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) hat auf Seiten der kantonalen Durchführungsstellen die Federführung für die koordinierte Umsetzung des neuen Datenaustauschs übernommen. Da in den Kantonen meist die Ausgleichskassen bzw. Sozialversicherungsanstalten zuständig sind und gleichzeitige technische Standardisierungen vorgenommen werden müssen, hat die GDK den Verein eAHV/IV mit der effektiven Umsetzung und Einführung des Datenaustauschs PV beauftragt.

Als Grundlage für die technische Umsetzung dient das gemeinsame Konzept IPV-Datenaustausch 2.0, welches in Zusammenarbeit zwischen der GDK und santésuisse aufgrund der Basis des IPV-Konzepts Version 6.0 von santésuisse erstellt wurde. Die bereits zwischen GDK und santésuisse geklärten fachlichen Fragen sowie die Ansätze zur technischen Umsetzung wurden aus dem Konzept IPV-Datenaustausch 2.2 ins vorliegende Konzept Datenaustausch PV übernommen.

2.2 Abgrenzung

Das vorliegende Konzept befasst sich mit dem Datenaustausch im Zusammenhang mit den Vorgaben zu Art. 65 KVG. Der Datenaustausch, der den ebenfalls geänderten Art. 64a KVG betrifft, wird in einem separaten Konzept behandelt.

2.3 Aufbau der Dokumentation

Im Rahmen des Datenaustauschs bezüglich PV Art. 65 KVG werden folgende Dokumente erarbeitet:

- **Konzept Datenaustausch PV (vorliegendes Dokument):**
Beschreibung der fachlichen und technischen Meldeprozesse. Dient als Vorlage für die Umsetzung bei den Software-Herstellern und die Erstellung der Meldeschemata (XML).
- **Konzept IPV (Referenz [1]):**
Fachliches Konzeptdokument aus der Vorphase des vorliegenden Projekts. Dieses Dokument geht im vorliegenden Dokument auf und wird zum Schluss nicht mehr verwendet.
- **Einführungs- und Testkonzept (in separatem Dokument zu erstellen):**
Beschreibt das Einführungs- und Testvorgehen, um den Datenaustausch bzgl. PV termingerecht und in der notwendigen Qualität bei den 27 Durchführungsstellen und den nach Art. 13 KVG zugelassenen (OKP-)Krankenversicherern einzuführen.
- **Betriebskonzept (in separatem Dokument zu erstellen):**
Festlegung des Aufbaus der Betriebsorganisation und Regelung der notwendigen Prozesse mit Aufgaben und Verantwortlichkeiten.
- **Anwendungshandbuch (in separatem Dokument zu erstellen):**
Fachliches Handbuch zum PV-Datenaustausch. Der genaue Inhalt wird zu einem späteren Zeitpunkt festgelegt.

3 Meldungsprozesse

3.1 Übersicht über die Meldungsprozesse

Der Datenaustausch bezüglich PV gemäss Art. 65 KVG erfolgt mit sieben Meldungsprozessen:

- **Meldungsprozess 1 „Neue Verfügung“**

Die Durchführungsstelle meldet eine neue PV-Verfügung dem zuständigen Krankenversicherer. Der Krankenversicherer antwortet mit einer Bestätigung oder einer begründeten Rückweisung.

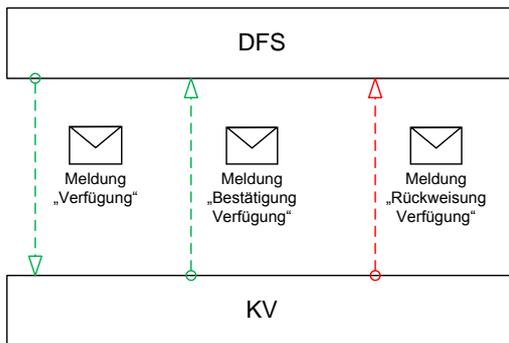


Abbildung 1: Meldungsprozess 1 „Neue Verfügung“

- **Meldungsprozess 2 „Stopp einer Verfügung“**

Die Durchführungsstelle meldet dem zuständigen Krankenversicherer eine Annullation oder eine zeitliche Verkürzung einer PV-Verfügung. Dies kann insbesondere auch rückwirkend geschehen. Der Krankenversicherer antwortet mit einer Bestätigung oder einer begründeten Rückweisung.

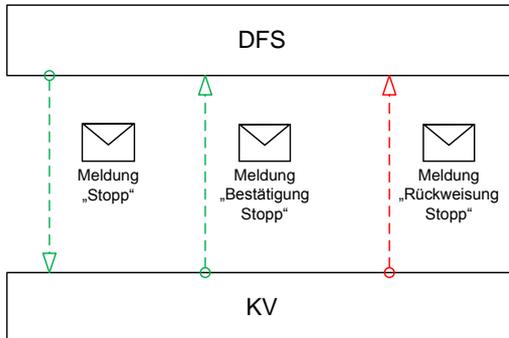


Abbildung 2: Meldungsprozess 2 „Stopp einer Verfügung“

▪ **Meldungsprozess 3 „Änderung Versicherungsverhältnis“**

Der Krankenversicherer meldet der Durchführungsstelle, sobald eine Mutation der relevanten Daten stattfindet. Die Meldung wird von der Durchführungsstelle nicht beantwortet (d.h. es gibt keine Bestätigung oder Rückweisung). Die Durchführungsstelle prüft, ob allenfalls eine neue PV verfügt werden muss. Falls ja, geschieht dies mit einem der obgenannten Meldungsprozesse.

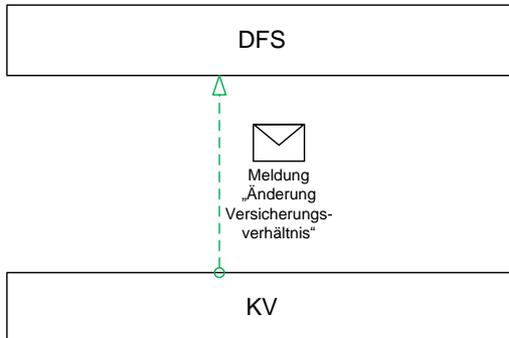


Abbildung 3: Meldungsprozess 3 „Änderung Versicherungsverhältnis“

▪ **Meldungsprozess 4 „Anfrage Versicherungsverhältnis“**

Falls eine Durchführungsstelle keine Angaben darüber hat, bei welchem Krankenversicherer eine bestimmte einzelne Person OKP-versichert war oder ist, kann sie eine Anfrage an jeden einzelnen in ihrem Zuständigkeitsbereich tätigen Krankenversicherer stellen. Für diesen Meldungsprozess muss jede DFS über eine gesetzliche Grundlage verfügen.

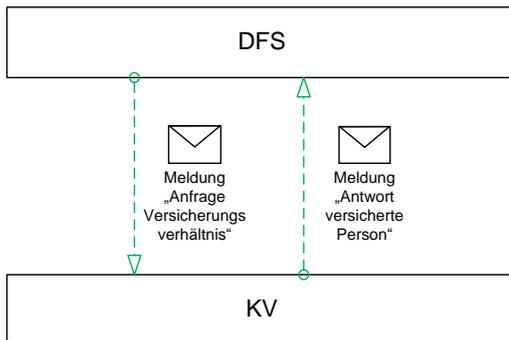


Abbildung 4: Meldungsprozess 4 „Anfrage Versicherungsverhältnis“

▪ **Meldungsprozess 5 „Verfügungsbestand“**

Zu Zwecken des Datenabgleichs ist es möglich, dass die Durchführungsstellen den Krankenversicherern in grösseren Zeitabständen (z.B. einmal jährlich) den gesamten Verfügungsbestand liefern. So kann sichergestellt werden, dass langfristig keine Differenzen in den Beständen entstehen. Für diesen Meldungsprozess muss es im Kanton, in dem die DFS tätig ist die den Verfügungsbestand liefern will, eine gesetzliche Grundlage geben.

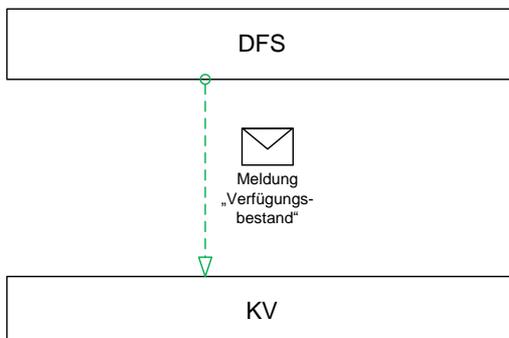


Abbildung 5: Meldungsprozess 5 „Verfügungsbestand“

▪ **Meldungsprozess 6 „Versichertenbestand“**

Zu Zwecken des Datenabgleichs ist es möglich, dass die Krankenversicherer den Durchführungsstellen in grösseren Zeitabständen (z.B. einmal jährlich) den gesamten Versichertenbestand liefern. So kann sichergestellt werden, dass langfristig keine Differenzen in den Beständen entstehen. Für diesen Meldungsprozess muss es im Kanton, in dem die DFS tätig ist die den Versichertenbestand gemeldet haben will, eine gesetzliche Grundlage geben.

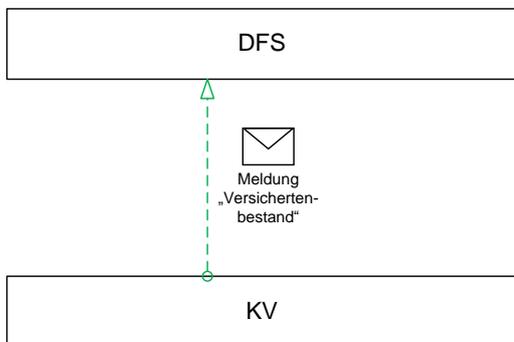


Abbildung 6: Meldungsprozess 6 „Versichertenbestand“

▪ **Meldungsprozess 7 „Jahresrechnung“**

Mittels der Jahresrechnung wird die definitive Abrechnung pro versicherte Person durchgeführt. Im vorliegenden Konzept kommt eine einheitliche und möglichst einfache Handhabung dieser Abrechnung zur Anwendung.

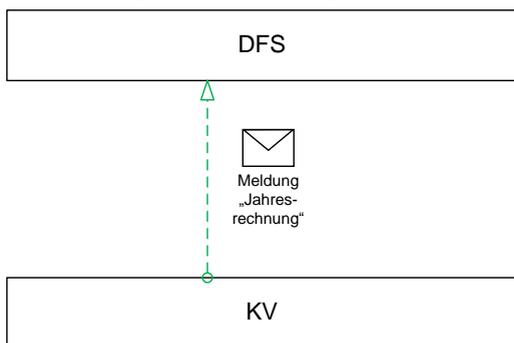


Abbildung 7: Meldungsprozess 7 „Jahresrechnung“

3.2 Anwendungsbestimmungen



Um eine einheitliche Durchführung des Datenaustauschs zu ermöglichen, müssen alle betroffenen Stellen die nachfolgenden Bestimmungen zwingend einhalten.

3.2.1 Gültigkeit einer PV-Verfügung

PV-Verfügungen sind für einen endlichen zusammenhängenden Zeitraum mit einer Monatsgranularität gültig. Der Zeitraum wird mittels des Paares „Start- und Endmonat“ definiert. Start- und Endmonat gehören dabei vollständig zum Zeitraum der Verfügung.

Beispiel: Eine Verfügung vom Januar 2011 bis Februar 2012 ist vom 1.1.2011 bis zum 29.2.2012 gültig.

Eine PV darf für einen Monat nur dann abgerechnet werden, wenn ein aktives OKP-Versicherungsverhältnis für diesen Beitragsmonat besteht. Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses innerhalb der Verfügungsperiode werden die Beiträge für die nicht mehr versicherten Perioden nicht mehr abgerechnet, bzw. bereits abgerechnete Beiträge zurückgefordert. Die vorhandene PV darf bei Wegfallen des OKP Versicherungsverhältnisses nicht durch den Versicherer verkürzt oder annulliert werden.

Wird das OKP Versicherungsverhältnis wieder aktiviert, wird die PV wieder abgerechnet, denn

- ① das Stoppen einer Verfügung obliegt ausschliesslich der Verantwortung der DFS.
- ① Der Krankenversicherer muss auch dann den Stopp ohne Rückweisungsgrund verarbeiten können, wenn kein OKP Versicherungsverhältnis vorhanden ist.

3.2.2 Verfügungen für mehrere Personen

Grundsätzlich kann eine Verfügung die PV von mehreren Personen betreffen, z.B. von allen Familienmitgliedern. Die PV-Beträge müssen dabei immer je berechnete Person gemeldet werden (gemäss Art. 106b Abs. 2b KVV). Es können mehrere verschiedene Krankenversicherer betroffen sein. Der resultierende Datenaustausch muss immer auf Basis der einzelnen Personen erfolgen:

- Eine neue Verfügung betreffend N Personen löst N einzelne Meldungen „Neue Verfügung“ aus, von denen jede nur Informationen zu genau einer der betroffenen Personen enthält.
- Jede dieser N Meldungen verweist auf dieselbe Verfügungsnummer (decreeld).
- Es liegt in der alleinigen Verantwortung der DFS, nach Änderungen (z.B. Tod einer der Personen) die Verfügung zu stoppen und allenfalls eine oder mehrere neue zu erlassen. Die entsprechenden Folgemeldungen (neue Verfügung, Stopps usw.) sind dann ebenfalls wieder auf Basis Einzelperson zu melden.
- Die DFS ist dafür verantwortlich, dass zu allen Personen einer Verfügung konsistente Daten gemeldet werden. Die Krankenversicherer melden keine Inkonsistenzen, die sich aus Verfügungen für mehrere Personen ergeben.

3.2.3 Enddatum einer PV-Verfügung

Mit dem Ziel, Lücken in der Abrechnung der PV an berechnete Personen möglichst zu vermeiden, werden heute teilweise PV-Verfügungen ohne Enddatum verfügt. Mit dem neuen Verfahren ist dies nicht mehr zulässig.

Es muss zwingend ein Enddatum gesetzt werden, dieses kann jedoch beliebig weit in der Zukunft liegen. Im Rahmen des vorliegenden Konzepts wird von dieser Praxis abgeraten und empfohlen, die PV auf einen sinnvollen Zeitraum zu verfügen. Erfolgen beispielsweise die Verfügungen für ein Jahr erst im Februar des Jahres, kann die Verfügung des Vorjahres bis Ende Februar dieses Jahres verfügt werden. Anschliessend wird im Februar die Verfügung des letzten Jahres bis Dezember verkürzt und eine neue Verfügung ab dem Januar gemeldet. Für ein Anwendungsbeispiel siehe Kapitel 3.10.

Das gemeldete Enddatum einer Verfügung entspricht immer dem letzten Monat, an dem noch PV-Beiträge entrichtet werden.

Eine PV-Verfügung kann gekürzt werden, indem das Enddatum des Verfügungszeitraums entsprechend geändert wird. Insbesondere kann die PV-Verfügung annulliert werden, indem das Enddatum vor das Beginndatum gesetzt wird. Eine Verlängerung einer PV-Verfügung ist nicht möglich.

3.2.4 Rückwirkende und zukünftige Verfügungen

Die Durchführungsstellen dürfen PV rückwirkend (Beginndatum) nur für das laufende Kalenderjahr sowie die vier vorangegangenen Kalenderjahre verfügen (Beispiel: Im Jahr 2011 nur für die Jahre 2007 bis 2011). Massgebend ist das Versendedatum der Meldung. Weiter zurückreichende Verfügungen sind nicht zulässig.

Weiter zurückliegende Verfügungen werden vom Krankenversicherer mit dem Grund „PV-Verfügung zu weit in der Vergangenheit“ zurückgewiesen.

Zukünftige Verfügungen dürfen maximal 15 Monate (Beginndatum) in die Zukunft erstellt werden. Damit kann die empfangende Software eine sinnvolle Datumsprüfung durchführen.

Die Durchführungsstellen dürfen Verfügungen rückwirkend nur für das laufende Kalenderjahr sowie die vier vorangegangenen Kalenderjahre stoppen (das Stopppdatum darf maximal einen Monat vor dem kleinsten möglichen Beginndatum für neue Verfügungen liegen. Beispiel: Meldedatum: 01.05.2014, Verfügung: 01.2009 – 12.2010, letztmöglicher Stopp: 12.2009). Damit ist sichergestellt, dass die gesamte gestoppte Verfügung durch eine neue Verfügung ersetzt werden kann.

Für diese Einschränkungen betreffend rückwirkenden und zukünftigen Verfügungen bestehen keine gesetzlichen Grundlagen im Bundesrecht. Es handelt sich dabei um eine Übereinkunft zwischen den Durchführungsstellen und den Krankenversicherer.

Es wird empfohlen, dass bei rückwirkenden Aufhebungen von PV-Verfügungen die DFS die Eintreibung der Forderung direkt bei der versicherten Person vornimmt. Der Grund liegt bei der gesetzlichen Einspruchsmöglichkeit und bei der EL zudem der Möglichkeit, ein Erlassgesuch stellen zu können. In beiden Fällen ist es denkbar, dass der Einsprache oder dem Erlassgesuch statt gegeben wird und eine etwaige Betreuung seitens Krankenversicherer zu Unrecht erfolgt.

3.2.5 Plafonierung

Mit der Meldung der PV-Verfügung meldet die DFS dem Krankenversicherer den maximalen PV-Betrag und ob eine Plafonierung erfolgen soll.

Im Falle einer Änderung der Tarifprämie (z.B. Einschluss Unfallversicherung) passt der Krankenversicherer die dem Kunden weitergegebene PV selbstständig bis zum verfügbaren PV-Betrag an.

Mittels der Meldung „Änderung Versicherungsverhältnis“ meldet der Krankenversicherer der Durchführungsstelle die Änderung der Tarifprämie. Es ist der Durchführungsstelle überlassen, ob und wie sie auf die Meldung reagiert. Auf der Jahresrechnung werden diese Mutationen periodengerecht ausgewiesen.

3.2.6 Sistierung der Versicherungspflicht wegen Unterstellung unter die Militärversicherung

Die Versicherungspflicht wird sistiert für Personen, die während mehr als 60 aufeinanderfolgenden Tagen dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG) unterstellt sind (Art. 3 Abs. 4 KVG). Diese Sistierungen, im Folgenden Militärsistierungen genannt, dürfen weder zu Rückweisungen noch zu einer Meldung „Änderung Versicherungsverhältnis“ führen.

Der Krankenversicherer sistiert die Auszahlung der PV selbstständig und weist diese Sistierung ausschliesslich über die Jahresrechnung aus. Wird die Sistierung nach erfolgter Jahresrechnung annulliert, zahlt der Krankenversicherer die PV selbstständig aus und weist dies in der nächsten Jahresrechnung aus.

3.2.7 Prämienverbilligung bei Ergänzungsleistungen

Bezüger von Ergänzungsleistungen erhalten als Prämienverbilligung den Pauschalbetrag für die Krankenpflegeversicherung nach Art. 10 Abs. 3 Buchst. d ELG. Daher müssen die kantonalen Durchführungsstellen mit den Krankenversicherern auch Daten zu den EL-beziehenden Personen austauschen. Da für diesen Datenaustausch kein zusätzliches Parallelsystem aufgebaut werden darf, ist die Durchführungsstelle auch für die Meldungen hinsichtlich der EL-beziehenden Personen zuständig (siehe dazu Art. 54a Abs. 5 ELV).

Damit die Durchführungsstelle ihre Aufgaben wahrnehmen kann, muss die EL-Stelle ihr die notwendigen Daten melden. Kantone mit getrennten Einrichtungen für IPV und EL müssen für den Datenaustausch zwischen diesen Stellen eine entsprechende Lösung entwickeln.

Der Datenaustausch für Prämienverbilligungen der EL-beziehenden Personen erfolgt ausschliesslich über die Durchführungsstelle.

Ob eine PV-Verfügung einen Bezüger von Ergänzungsleistungen betrifft, darf weder in der Meldung explizit ausgewiesen werden, noch über den Absender identifizierbar sein.

3.2.8 Kantonswechsel

Entgegen der bisherigen Praxis in einzelnen Kantonen richten die Krankenversicherer die PV auch bei Wechsel des Wohnsitzkantons einer versicherten Person weiterhin bis zum allfälligen Stopp der Verfügung (üblicherweise auf Ende Jahr) durch die Durchführungsstelle aus (gemäss Art. 8 VPVK SR 832.112.4). Die Hoheit für einen Stopp einer Verfügung liegt einzig bei der Durchführungsstelle. Deshalb ist es notwendig, dass die Systeme der Durchführungsstellen sämtliche Adressmutationen der PV-Bezüger auf ihren Systemen nachführen.

Diese Regelung gilt unabhängig vom verfügbaren Zeitraum, insbesondere auch über den Jahreswechsel hinaus.

3.2.9 Jahresrechnung

Der Krankenversicherer meldet der Durchführungsstelle nach Ablauf des Abrechnungsjahrs (Kalenderjahr), oder sobald er seine Geschäftstätigkeit aufgrund einer Fusion oder Übernahme einstellt, eine Jahresrechnung.

In der Jahresrechnung für das Abrechnungsjahr enthalten sind alle bis und mit Stichtag 31. Dezember des Abrechnungsjahrs (bzw. bis zur Einstellung der Geschäftstätigkeit) abgerechneten und bestätigten PV-Beträge, inklusive Korrekturen, für die gilt:

- Beitragsjahr = Abrechnungsjahr (unabhängig davon, ob im Abrechnungsjahr oder davor abgerechnet)
- Beitragsjahr < Abrechnungsjahr (im Abrechnungsjahr abgerechnet und bestätigt).

Nicht Bestandteil der Jahresrechnung sind PV-Beträge, für die gilt:

- Beitragsjahr < Abrechnungsjahr und bereits in einem früheren Abrechnungsjahr abgerechnet
- Beitragsjahr > Abrechnungsjahr

Über die gegenseitigen Laufnummern (gemäss Kapitel 3.2.13) wird mitgeteilt, welche Meldungen bezüglich einer PV-Verfügung bereits verarbeitet wurden.

3.2.10 Fusion, Übernahme, Aufspaltung, Neugründung, Auflösung, Konkurs

Das konkrete Vorgehen ist zwischen den Durchführungsstellen und den betreffenden Krankenversicherern im Einzelnen abzustimmen.

▪ Fusionen, Übernahmen, Aufspaltungen, Neugründungen

Fusionieren zwei Krankenversicherer oder übernimmt ein Krankenversicherer einen anderen, muss der übernommene Krankenversicherer eine Jahresrechnung an die Durchführungsstellen melden. Der übernehmende Krankenversicherer muss sicherstellen, dass auch rückwirkende Meldungen für den übernommenen Krankenversicherer verarbeitet werden können. Dies beinhaltet insbesondere auch eine korrekte Jahresrechnung.

Bei Aufspaltungen und Neugründungen mit Übertragung von Versichertenbeständen werden ebenfalls keine über den Stichtag hinaus laufenden Verfügungen übernommen.

Die Durchführungsstellen stoppen per Stichtag der Fusion die alten Verfügungen und melden auch per Stichtag dem neuen Krankenversicherer die neuen Verfügungen. Die neuen Krankenversicherer übernehmen keine über den Stichtag hinausgehenden Verfügungen. Deshalb liegt es im Interesse der Krankenversicherer, Fusionen frühzeitig an die Durchführungsstellen zu melden.

▪ **Auflösungen, Konkurse**

Bei Auflösungen von Krankenversicherern ohne Rechtsnachfolge sind rückwirkende Meldungen nicht möglich. Etwaige Zahlungen oder Forderungen sind direkt zwischen DFS und der versicherten Person zu klären.

3.2.11 Eindeutige Identifizierung einer PV-Verfügung

Da sich der gesamte Datenaustausch immer auf mehrere unterschiedliche PV-Verfügungen zur selben versicherten Person beziehen kann, müssen die einzelnen Verfügungen zur Unterscheidung eindeutig referenziert werden können. Jede Meldung, egal in welcher Richtung, muss diese Referenz-Angabe zwingend enthalten; davon ausgenommen sind die Meldungen „Anfrage Versicherungsverhältnis“ und „Versichertenbestand“.

Für die eindeutige Identifizierung vergibt die verfügende Durchführungsstelle jeder Verfügung eine in ihrem Kontext dauerhafte und eindeutige Referenznummer. Diese Referenznummer darf von der DFS nicht wiederverwendet werden.

Eine Verfügung wird damit basierend auf den folgenden drei Merkmalen eindeutig identifiziert:

- Verfügende DFS
- Verfügungsnummer der DFS
- Versicherte Person (AHVN13)

Sämtliche Meldungen die sich auf eine Verfügung beziehen, müssen mit derselben Versichertennummer (AHVN13 der ersten Meldung) gemeldet werden. Dies muss auch sichergestellt sein, wenn diese durch das ZAS geändert wird, d.h. ein Stopp hat immer mit der ursprünglichen AVHN13 zu erfolgen.

3.2.12 Adresse der versicherten Person

In jedem Fall wird die Adresse gemäss Art. 13 ATSG der versicherten Person gemeldet. Ein Adressabgleich zwischen DFS und Krankenversicherer ist nicht vorgesehen.

3.2.13 Verarbeitungsreihenfolge und Laufnummer

Damit Änderungen von PV-Verfügungen nicht zu unnötigen Rückweisungen führen, müssen sie in der korrekten Reihenfolge abgearbeitet werden. Wird beispielsweise eine Verfügung annulliert und eine neue Verfügung erlassen, dann muss die Annullierung beim Krankenversicherer zuerst verarbeitet werden.

Um die korrekte Reihenfolge bei der Verarbeitung von Meldungen zu einer bestimmten versicherten Person sicherzustellen, wird eine eindeutige Laufnummer übergreifend für folgende Meldungsprozesse eingeführt.

Die DFS vergibt die Laufnummer für folgende Meldeprozesse:

- Neue Verfügung (siehe auch Kap 3.3) und Stopp einer Verfügung (siehe auch Kap 3.3.3)

Der Krankenversicherer vergibt die Laufnummer für folgenden Meldeprozess:

- Änderung Versicherungsverhältnis (siehe auch Kap 3.5)

Der Sender der allerersten Meldung in einem dieser drei Meldungsprozesse (hier genannt „Initialer Sender“) vergibt der Meldung eine aufsteigende Laufnummer. Genau dieselbe Laufnummer muss bei allen im selben Meldungsprozess folgenden Meldungen wiederverwendet werden. Die Kombination „Initialer Sender, Laufnummer“ muss aus Sicht des Empfängers eindeutig sein.

Da bei den aufsteigenden Laufnummern v.a. die Erhaltung der korrekten Verarbeitungsreihenfolge im Vordergrund steht, gibt es keine zwingende Vorgabe der Durchgängigkeit der Laufnummern pro Empfänger. Es ist also möglich, dass in den Laufnummern Lücken auftreten. Es wird empfohlen, dass der Sender die Laufnummern jeweils spezifisch pro Empfänger führt; damit soll der künftige optionale Ausbau auf lückenlose Laufnummern ermöglicht werden.

Der Empfänger stellt sicher, dass alle auf seiner Seite eingehenden Meldungen nach Laufnummer aufsteigend sortiert abgearbeitet werden. Es wird grundsätzlich versucht, *alle* eingehenden Meldungen zu verarbeiten, auch wenn einzelne Meldungen zurückgewiesen werden.

Der Absender stellt sicher, dass alle Meldungen der Meldeprozesse 1 bis 3, die zu einem Zeitpunkt zu einer Person vorliegen, innerhalb derselben Sammelmeldung versendet werden.

Meldungen für verschiedene versicherte Personen sind bezüglich Verarbeitungsreihenfolge unkritisch, die Laufnummer muss aber in jedem Fall wie oben beschrieben vergeben werden.

Die Meldungen im Meldungsprozess „Anfrage Versicherungsverhältnis“ und die Gesamtbestände (Verfügungsbestand, Versichertenbestand, Jahresrechnung) werden nicht mit einer eigenen Laufnummer versehen.

3.2.14 Meldefrequenz und Antwortzeiten

Es wird empfohlen, die für den Versand vorbereiteten Meldungen zu sammeln und maximal einmal täglich zu versenden sowie eingegangene Meldungen abzuholen und zu verarbeiten. Kürzere Intervalle (z.B. stündlich) sind aus Kostengründen und um die korrekte Abarbeitungsreihenfolge (Laufnummer) sicherzustellen, zu vermeiden.

Nach dem Versand muss jede Meldung innerhalb von 14 Kalendertagen beantwortet sein. Dies ermöglicht es kleineren Krankenversicherern, die Meldungen im Wochenrhythmus zu verarbeiten und zu beantworten.

Bei längeren Abfolgen mehrerer Prozesse muss also für jeden einzelnen Prozess mit einer maximalen Antwortdauer von zwei Wochen gerechnet werden und die Gesamtbearbeitungsdauer kann entsprechend lang werden.

Art. 65 Abs. 4bis KVG sieht vor: „Der Kanton meldet dem Versicherer die Versicherten, die Anspruch auf eine Prämienverbilligung haben, und die Höhe der Verbilligung so früh, dass der Versicherer die Prämienverbilligung bei der Prämienfakturierung berücksichtigen kann. Der Versicherer informiert die anspruchsberechtigte Person spätestens bei der nächsten Fakturierung über die tatsächliche Prämienverbilligung“. Damit die Krankenversicherer die Prämienverbilligung bei der Fakturierung berücksichtigen können, müssten die DFS die Verfügungen spätestens im November des Vorjahres melden.

3.2.15 Datenlieferung der Krankenversicherer an die Durchführungsstellen

▪ **Basisdaten**

Die Krankenversicherer melden in den im vorliegenden Konzept vorgesehenen Fällen die vollständigen Basisdaten an die DFS:

- Versicherte Person
- Monatliche Tarifprämie
- Angabe, ob Versicherung mit oder ohne Unfall
- Beginn des aktuell laufenden Versicherungsvertrags
- Ende des aktuell laufenden Versicherungsvertrags (sofern bekannt)

▪ **Zusatzdaten**

Heute verlangen einige Kantone im Datenaustausch zwischen den Durchführungsstellen und den Krankenversicherern zusätzliche Daten, um die PV-Beträge berechnen zu können. Dazu gehören die folgenden Angaben:

- Jährliche Franchise
- Tarifgruppe (Auswahlfeld – Grundversicherung gemäss BAG, z.B. Hausarztmodell)
- Produkt-Name (Freitext)
- Bonus-Stufe (Auswahlfeld – Bonusstufe, z.B. 15%)
- Tarifaltersgruppe (Auswahlfeld – Tarifaltersgruppe, z.B. Kind)
- Tarifland (Staat mit BFS-Ländercode)
- Tarifzone (Kanton, falls Tarifland Schweiz, sonst Freitext)
- Tarifregion (gemäss Liste BAG, falls Tarifland Schweiz, sonst Freitext)

Bei Einführung des Datenaustauschs PV haben die DFS die Krankenversicherer zu informieren, falls sie die Zusatzdaten benötigen. Änderungen an den Zusatzdaten meldet der Krankenversicherer nur diesen DFS mit der Meldung „Änderung Versicherungsverhältnis“. Diese DFS stellen sicher, dass die gesetzliche Grundlage für die Lieferung dieser Daten gegeben ist, da diese im Bundesrecht fehlt.

Inkonsistenzen in den ergänzenden, aber nicht identifizierenden Daten (also alles ausser der AHV-Nummer) sind kein Rückweisungsgrund. Jede Stelle ist für die Qualität ihrer Daten selbst verantwortlich.

3.2.16 Umgang mit elektronischen Verfügungen aus der Zeit vor der Einführung

In der Vergangenheit haben einerseits DFS teilweise nicht Monatsbeträge gemeldet und andererseits haben einige Krankenversicherer die gemeldeten Beträge nicht monatlich verbucht und verarbeitet. Deshalb ist es notwendig, zwei grundsätzlich verschiedene Varianten für die Verarbeitungen von Änderungen von Verfügungen aus der Zeit vor der Einführung (vor 1.1.2014) anzubieten.

▪ Variante 1: DFS und Krankenversicherer haben monatlich verarbeitet

Nach der Aufnahme des Datenaustauschs PV müssen Verfügungen bis fünf Jahre zurück rückwirkend geändert werden können. Diese „alten“ Verfügungen nach dem bisherigen System lassen sich nicht direkt in den neuen Datenaustausch PV integrieren. Betroffen sind einerseits laufende Verfügungen aber auch sämtliche Verfügungen deren Enddatum in der Vergangenheit liegen.

Übernahme alter Bestände:

Bei der Übernahme alter Bestände sind Verfügungs- und Laufnummer nicht vorhanden. In diesem Fall sind diese mit 0 zu melden.

- Neue Verfügungen haben zwingend eine Verfügungsnummer ungleich 0.
- Sämtliche neue Meldungen haben eine Laufnummer ungleich 0.

Den DFS wird bei der Einführung dringendst empfohlen, sämtliche laufenden Verfügungen auf einen Stichtag neu zu erstellen und keine alten Bestände zu übernehmen. Damit sind die Krankenversicherer in der Lage ohne Meldung der DFS sämtliche laufenden Verfügungen auf diesen Termin zu stoppen. Das genaue Vorgehen ist zwischen den beteiligten DFS und Krankenversicherern abzusprechen.

Rückwirkende Änderungen von Verfügungen aus der Zeit vor der Einführung:

Verfügungen die nach dem alten System ausgestellt wurden, sind wegen ihrer Verfügungsnummer 0 bei Stopps nicht eindeutig identifizierbar. Die Verfügung wird deshalb anhand des Start- und Endmonats identifiziert. Der monatliche PV-Betrag wird nicht geprüft; allfällige Abweichungen der Monatsbeträge wirken sich auf die Jahresrechnung aus.

Mehrjährige Verfügungen auf unendlich, müssen beim Stopp im Endmonat wiederum auf unendlich gestoppt werden (d.h. Endmonat „9999-12“). Krankenversicherer, welche solche Verfügungen in jährliche Zeitschnitte aufgeteilt haben, müssen dementsprechend die Verfügung des entsprechenden Jahres kürzen und alle nachfolgenden Verfügungen annullieren.

Beispiele dazu sind im Kapitel 6.4.

▪ Variante 2: DFS oder Krankenversicherer haben nicht monatlich verarbeitet

Da die korrekte Zuordnung nicht sichergestellt werden kann, dürfen keine rückwirkenden Meldungen gemacht werden. Allfällige Verlustscheine aus dieser Periode dürfen nicht mit 87 anstelle von 85 Prozent abgerechnet werden.

3.2.17 Meldung von Vor- und Nachversicherer

Der Vor- und Nachversicherer wird anhand der BAG-Nummer gemäss der Liste der zugelassenen Versicherer des BAG gemeldet. Diese wird ergänzt durch Nummer 01572 für die Militärversicherung und die Nummer 09999 für die Gemeinsame Einrichtung KVG. Bei einer Befreiung von der Versicherungspflicht gemäss Art. 2 KVV, wird die BAG-Nummer 09998 verwendet. Weitere Pseudonummern für nicht identifizierte Vor- oder Nachversicherer sind nicht zulässig.

Hinweis: die GE KVG ist nicht Versicherungsträger für KVG-Versicherte. Die Meldung bedeutet, dass die betreffende Person bei der GE KVG registriert war, ist oder sein wird. Bei der GE KVG registrierte Personen sind bei einem Krankenversicherer in einem EU- oder EFTA-Mitgliedstaat versichert.

3.2.18 Stichtag

Die Meldungen „Verfügungsbestand“ und „Versichertenbestand“ werden per Stichtag gemeldet. Der Stichtag ist unabhängig von der fachlichen Gültigkeit der Daten. Eine Abfrage per Stichtag berücksichtigt sämtliche Daten die bis und mit diesem Tag (Mitternacht) im System vorhanden waren. Stichtage müssen somit vor dem Erstellungsdatum der Abfrage liegen.

Kapitel 3.11 zeigt ein Beispiel für die Verwendung des Stichtags.

3.3 Meldungsprozess 1 „Neue Verfügung“

3.3.1 Meldung „Verfügung“

Beschreibung	Meldung einer neu erlassenen PV-Verfügung für einen bestimmten Zeitraum für eine versicherte Person
Ersteller	Durchführungsstelle
Empfänger	Krankenversicherer
Auslösende Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> • Neue Verfügung einer PV • Neue Verfügung nach einer Annullierung oder Kürzung einer bestehenden Verfügung
Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Eine neue Verfügung kann nur gemeldet werden, wenn für den bestimmten Zeitraum für diese Person keine andere Verfügung mehr gültig ist. Ansonsten muss die laufende Verfügung zuerst annulliert oder entsprechend verkürzt werden. • Eine Verfügung kann einen Zeitraum betreffen, der im laufenden Kalenderjahr sowie den vier vorangegangenen Kalenderjahren (Beginndatum der PV) liegt. • Es muss ein Enddatum der PV gemeldet werden. • Das Beginndatum der PV darf maximal 15 Monate in der Zukunft liegen. • Es muss mindestens ein Betrag von 5 Rappen verfügt werden.
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Versicherte Person (identifiziert gemäss den gesetzlichen Vorgaben) • Verfügungszeitraum • Monatlicher PV-Betrag • Angabe, ob auf Tarifprämie plafoniert werden soll oder nicht
Weitere Bemerkungen	Die DFS muss die Bestätigung oder Rückweisung auf die Verfügungsmeldung prüfen. Insbesondere muss auf eine zurückgewiesene Verfügung adäquat reagiert werden.

3.3.2 Meldung „Rückweisung Verfügung“

Beschreibung	Der Krankenversicherer weist eine Verfügung zurück, da er die PV nicht wie gemeldet ausrichten kann.
Ersteller	Krankenversicherer
Empfänger	Durchführungsstelle
Auslösende Ereignisse	Eingehende PV-Verfügung
Rahmenbedingungen	Bei mehreren zutreffenden Rückweisungsgründen wird der erste zutreffende Grund gemäss folgender Liste gemeldet.
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Rückweisungsgrund: <ul style="list-style-type: none"> • PV-Verfügung zu weit in der Vergangenheit • PV-Verfügung zu weit in der Zukunft • Abweichende Versichertennummer (AHVN13) • Verfügungsnummer zu dieser Person wurde von DFS bereits benutzt • Die versicherte Person hat zu Beginn des Verfügungszeitraums zu einem anderen Krankenversicherer gewechselt • Die Person ist zu Beginn des Verfügungszeitraums nicht bei diesem Krankenversicherer OKP-versichert • Die versicherte Person erhält im Verfügungszeitraum bereits PV • • Falls die versicherte Person bereits im gemeldeten Verfügungszeitraum PV erhält, Angabe der PV ausrichtenden DFS (sind PV von unterschiedlichen DFS vorhanden ist, wird die erstgültige DFS gemeldet) • Bei Wechsel der Person zu einem anderen Krankenversicherer Angabe desselben
Weitere Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Person zu Beginn nicht versichert, prüft der Krankenversicherer auch auf Verfügungsbeginn minus einen Kalendertag und meldet ggf. den Wechsel zu einem anderen Krankenversicherer unter Angabe desselben.

3.3.3 Meldung „Bestätigung Verfügung“

Beschreibung	Der Krankenversicherer bestätigt eine Verfügung.
Ersteller	Krankenversicherer
Empfänger	Durchführungsstelle
Auslösende Ereignisse	Eingehende PV-Verfügung
Rahmenbedingungen	Gemäss Kapitel 3.2.15 werden die Basisdaten immer geliefert, die Zusatzdaten nur an diejenigen DFS, welche die Daten explizit angefordert haben.
Inhalte	Daten des Versicherers über das Versicherungsverhältnis mit der betreffenden Person.

Weitere Bemerkungen	<p>Wenn dem Krankenversicherer bereits bekannt ist, dass während dem Verfügungszeitraum eine Änderung Versicherungsverhältnis ansteht, die Person aber zu Beginn versichert ist, soll die Verfügung verarbeitet und bestätigt werden. Anschliessend ist zusätzlich die Meldung „Änderung Versicherungsverhältnis“ zu senden.</p> <p>Krankenversicherer die Austritte des OKP Versicherungsverhältnisses ohne bekannten Nachversicherer vornehmen, müssen Verfügungen annehmen und verarbeiten, solange der Nachversicherer nicht bekannt ist (Prüfung auf Versicherungsbeginn minus 1 Kalendertag). Die Meldung des Nachversicherers erfolgt mit einer Meldung Änderung Versicherungsverhältnis.</p> <p>Bezüglich der Auszahlung der PV ist der Punkt 3.2.1 zu beachten.</p>
---------------------	--

3.4 Meldungsprozess 2 „Stopp einer Verfügung“

3.4.1 Meldung „Stopp“

Beschreibung	Eine vorher erlassene Verfügung wird verkürzt oder annulliert.
Ersteller	Durchführungsstelle
Empfänger	Krankenversicherer
Auslösende Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> • Eine versicherte Person ist nicht mehr PV-anspruchsberechtigt • Eingehende Meldung über Mutationen
Rahmenbedingungen	Keine
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Die kompletten Daten der vor dem Stopp gültigen Verfügung (diese Daten sind nur für die Identifizierung von Verfügungen mit Verfügungsnummer „0“ relevant). • Bei Verkürzung: Der letzte Monat, in dem die Verfügung noch gilt • Bei einer Annullation muss das Ende des Gültigkeitszeitraums vor dessen Start gesetzt werden.
Weitere Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Verlängerung der PV-Verfügung ist nicht möglich. • Die Daten der vor dem Stopp gültigen Verfügung müssen identisch geliefert werden. • Mit einem Stopp ist es nicht möglich, eine Mutation am Betrag der Verfügung vorzunehmen. • Die DFS muss die Bestätigung oder Rückweisung auf die Stoppmeldung prüfen. • Beispiele zu Stopp mit Verfügungsnummer 0 sind im Kapitel 6.4

3.4.2 Meldung „Bestätigung Stopp“

Beschreibung	Eine Verkürzung oder Annullation wird bestätigt.
Ersteller	Krankenversicherer
Empfänger	Durchführungsstelle
Auslösende Ereignisse	Eingehende Annullation/Verkürzung einer Verfügung
Rahmenbedingungen	Keine
Inhalte	Keine
Weitere Bemerkungen	Keine

3.4.3 Meldung „Rückweisung Stopp“

Beschreibung	Der Stopp einer Verfügung wird zurückgewiesen.
Ersteller	Krankenversicherer
Empfänger	Durchführungsstelle
Auslösende Ereignisse	Eingehende Annullierung/Verkürzung einer Verfügung
Rahmenbedingungen	Militärsistierungen sind kein Grund für eine Rückweisung
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Rückweisungsgrund <ul style="list-style-type: none"> • Verfügung unbekannt • Gemeldetes Stopppdatum liegt nach dem Ende des Verfügungszeitraums • Gemeldetes Stopppdatum liegt zu weit in der Vergangenheit • Ungültiger Stopp mit Verfügungsnummer 0 • Falls der Stopp nach dem Ende des Verfügungszeitraums liegt: Angabe des Enddatums
Weitere Bemerkungen	Der Rückweisungsgrund „Ungültiger Stopp mit Verfügungsnummer 0“ wird verwendet, wenn zwar eine Verfügung im System vorhanden ist, der gemeldete Stopp mit Verfügungsnummer „0“ aber nicht zu dieser Verfügung passt. Beispiele zu Stopp mit Verfügungsnummer 0 sind im Kapitel 6.4

3.5 Meldungsprozess 3 „Änderung Versicherungsverhältnis“

3.5.1 Meldung „Änderung Versicherungsverhältnis“

Beschreibung	Meldung von Mutationen der Daten eines Versicherungsverhältnisses
Ersteller	Krankenversicherer
Empfänger	Durchführungsstelle
Auslösende Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> • Der Krankenversicherer stellt eine Mutation in den Daten aktueller oder zukünftiger Verfügungen fest. • Mutationen, die zum Zeitpunkt der Annahme der PV-Verfügung bereits bekannt sind und den Verfügungszeitraum betreffen, werden anschliessend an die Meldung „Bestätigung der Verfügung“ gemeldet.
Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Der Krankenversicherer meldet nur den gesamten neuen Datensatz. • Die Durchführungsstelle muss selbst bestimmen, welche Felder mutiert wurden. • Die Durchführungsstelle muss selbst bestimmen, ob die gemeldete Mutation auch tatsächlich eine neue Verfügung und/oder eine Verkürzung/Aufhebung einer Verfügung nötig macht. • Militärsistierungen werden nicht gemeldet. • Änderungen an den Zusatzdaten werden nur an diejenigen DFS gesendet, welche die Daten explizit angefordert haben. • Für jede betroffene Verfügung wird eine eigene Meldung gesendet.
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Daten des Versicherers über das Versicherungsverhältnis mit der betreffenden Person • Änderungsdatum

	<ul style="list-style-type: none">• Angabe des Grunds der Mutation:<ul style="list-style-type: none">• Wegzug ins Ausland• Tod• Wechsel des Krankenversicherers (inkl. Angabe des Nachversicherers)• Wegzug nach unbekannt• Änderung an den Versicherungsdaten• Angabe ob Verschiebung des Versicherungsbeginns (inkl. Angabe des Vorversicherers)
Weitere Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none">• Der Krankenversicherer richtet die PV so lange aus, wie ein aktives OKP-Versicherungsverhältnis besteht oder bis die DFS die Verfügung stoppt (siehe Kapitel 3.2.1).• Wenn die DFS die Verfügung infolge der Änderung stoppt, wartet der Krankenversicherer, bis die DFS ihm die neue Verfügung übermittelt. Je nach Situation kann der Krankenversicherer die neue Verfügung verarbeiten oder sie weist sie mit den bestehenden Gründen erneut zurück. Deshalb darf der Krankenversicherer jederzeit sämtliche zukünftigen, diesen Verfügungszeitraum betreffende Änderungen übermitteln, sobald sie ihm bekannt sind.• Ein Wechsel des Krankenversicherers wird auch dann gemeldet, wenn er am Tag nach Ende des Verfügungszeitraums eintritt.• Die DFS übernimmt die Informationen und berücksichtigt sie in der Jahresrechnung.• Der Grund der Mutation ist immer anzugeben.• Bei einer Annullation der Grundversicherung wird der Änderungsgrund „Wechsel des Krankenversicherers“ gemeldet.• Geänderte Versicherungsdaten werden nur gemeldet, wenn die Basisdaten ändern. Die Änderungen an den Zusatzdaten werden nur gemeldet, wenn diese von der DFS verlangt werden.• Das Änderungsdatum bezieht sich auf das Wirksamwerden der Änderung (d.h. bei Vertragsbeendigung ist der letzte Tag der Vertragsgültigkeit, bei Vertragsänderungen der erste Tag des neuen Vertragszustandes zu melden).• Der Wechsel des Krankenversicherers (provisorisch oder definitiv) ist erst zu melden, wenn der Nachversicherer bekannt ist.

3.6 Meldungsprozess 4 „Anfrage Versicherungsverhältnis“

3.6.1 Meldung „Anfrage Versicherungsverhältnis“

Beschreibung	Falls eine Durchführungsstelle keine Angaben darüber hat, bei welchem Krankenversicherer eine bestimmte einzelne Person versichert war oder ist, kann sie eine Anfrage mit den folgenden Angaben an mehrere Krankenversicherer stellen.
Ersteller	Durchführungsstelle
Empfänger	Mehrere Krankenversicherer (höchstens alle im Zuständigkeitsbereich tätigen Krankenversicherer); alle einzeln adressiert
Auslösende Ereignisse	Die Durchführungsstelle weiss nicht, bei welchem Krankenversicherer eine bezugsberechtigte Person versichert ist.
Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> Die DFS sendet die Anfrage höchstens an diejenigen Krankenversicherer, die in ihrem Zuständigkeitsbereich tätig sind. Für jeden adressierten Krankenversicherer erstellt die DFS eine eigene Anfrage-Meldung.
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> Versicherte Person Anfragezeitraum
Weitere Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> Es ist denkbar, dass mehrere Krankenversicherer die Meldung beantworten (Versicherte Person hat den Krankenversicherer während dem angefragten Zeitraum gewechselt, Doppelversicherung). Die Durchführungsstelle klärt die weiteren Schritte.

3.6.2 Meldung „Antwort versicherte Person“

Beschreibung	Krankenversicherer melden zurück, wenn die angefragte Person im Anfragezeitraum bei ihr OKP-versichert war.
Ersteller	Krankenversicherer
Empfänger	Durchführungsstelle
Auslösende Ereignisse	Eingehende Anfrage versicherte Person
Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> Nur wenn sie die versicherte Person im Anfragezeitraum in ihren Beständen finden, melden die Krankenversicherer zurück. Die Antwort muss innerhalb von 7 Kalendertagen versendet werden.
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> Versicherte Person Beginn des Versicherungszeitraums Ende des Versicherungszeitraums (falls Versicherungsverhältnis beendet ist)
Weitere Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> Gibt es mehrere Versicherungsverhältnisse im angefragten Zeitraum, wird jeweils eine separate Meldung verschickt. Die Militärsistierung gilt nicht als Unterbruch.

3.7 Meldungsprozess 5 „Verfügungsbestand“

3.7.1 Meldung „Verfügungsbestand“

Beschreibung	Eine Durchführungsstelle meldet einem Krankenversicherer alle Verfügungen der bei diesem Krankenversicherer versicherten Personen zum Abgleich der Datenbestände.
Ersteller	Durchführungsstelle
Empfänger	Krankenversicherer
Auslösende Ereignisse	Bestellung des Krankenversicherers (meist telefonisch) mit Angabe eines Zeitraums per Stichtag
Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Es werden nur die Daten über die beim Empfänger versicherten Personen geliefert. • Die Meldung erfolgt auf Bestellung bzw. nach meist telefonischer Absprache zwischen DFS und Krankenversicherer. • Allfällige folgende Bereinigungen des Datenbestands werden in direkter Absprache zwischen DFS und Krankenversicherer vorgenommen und laufen nicht via elektronischen Datenaustausch. • Es wird per Stichtag für einen bestimmten Zeitraum gemeldet.
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Stichtag der Erhebung des gemeldeten Verfügungsbestands • Gemeldeter Zeitraum • N mal der Inhalt einer Verfügung gemäss 3.3.1 unter Berücksichtigung von 3.4.1 inkl. der letzten jeweils dafür vergebenen Laufnummer
Weitere Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Es werden sämtliche Verfügungen gemeldet die den gemeldeten Zeitraum tangieren (auch wenn diese den Zeitraum überlappen sollten). • Annullierte und zurückgewiesene Verfügungen werden nicht geliefert.

3.8 Meldungsprozess 6 „Versichertenbestand“

3.8.1 Meldung „Versichertenbestand“

Beschreibung	Ein Krankenversicherer meldet einer PV-Durchführungsstelle alle versicherten Personen in ihrem Zuständigkeitsbereich zum Abgleich der Datenbestände.
Ersteller	Krankenversicherer
Empfänger	Durchführungsstelle
Auslösende Ereignisse	Bestellung der Durchführungsstelle (meist telefonisch) mit Angabe eines Zeitraums per Stichtag
Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Es werden nur die Daten über die im Zuständigkeitsbereich wohnhaften Personen geliefert. • Die Meldung erfolgt auf Bestellung bzw. nach meist telefonischer Absprache zwischen Kanton und Krankenversicherer. • Allfällige folgende Bereinigungen des Datenbestands nehmen die Durchführungsstelle und der Krankenversicherer in direkter Absprache vor und nicht mittels elektronischem Datenaustausch. • Es wird per Stichtag für einen bestimmten Zeitraum gemeldet.
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Stichtag der Erhebung des gemeldeten Versichertenbestands • Gemeldeter Zeitraum • N mal die Daten des Versicherers über das Versicherungsverhältnis mit der betreffenden Person.
Weitere Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Gemäss Kapitel 3.2.15 werden die Basisdaten in jedem Fall geliefert. Die Zusatzdaten nur für diejenigen DFS welche die Daten explizit angefordert haben. • Art. 106c Abs. 6 KVV gibt dem Kanton die Möglichkeit, in seinem Recht vorzusehen, dass der Krankenversicherer ihm den Versichertenbestand mitteilt. • Für die Übermittlung der versicherten Personen wird die Versicherungsnummer (AHVN13) benötigt. Der Krankenversicherer hat sicherzustellen, dass alles Mögliche unternommen wird, um diese zu eruieren. Ist dies in Ausnahmefällen nicht möglich, werden die betroffenen versicherten Personen nicht gemeldet.

3.9 Meldungsprozess 7 „Jahresrechnung“

3.9.1 Meldung „Jahresrechnung“

Beschreibung	Ein Krankenversicherer meldet der DFS sämtliche während eines Kalenderjahrs effektiv fakturierten (d.h. abgebuchten) PV-Beträge.
Ersteller	Krankenversicherer
Empfänger	Durchführungsstelle
Varianten	Keine
Auslösende Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> • Ablauf der Abrechnungsperiode • Geschäftsaufgabe eines Versicherers (Fusion, Übernahme)
Rahmenbedingungen	Siehe Anwendungsbestimmung 3.2.9
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Erstelldatum der Jahresrechnung • Gemeldetes Abrechnungsjahr • Eine Jahresrechnung hat die Gliederungsebenen (nach Hierarchiestufe von oben nach unten): <ul style="list-style-type: none"> ○ Beitragsjahre ○ darunter: Versicherte Personen pro Beitragsjahr ○ darunter: Zeitabschnitte, innerhalb derer sich hinsichtlich der abgerechneten PV nichts geändert hat • Eine solcher Zeitabschnitt besteht aus den folgenden Daten: <ul style="list-style-type: none"> ○ Eindeutige Referenznummer der Verfügung ○ Letzte verarbeitete und abgerechnete Laufnummer der DFS und Krankenversicherer im Zusammenhang mit der Verfügung ○ Beginnmonat Zeitabschnitt ○ Endemonat Zeitabschnitt ○ Kumulierte Tarifprämie ○ Total ausgerichtete PV ○ Angabe, ob Militärsistierung
Weitere Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Innerhalb der Meldung werden Laufnummern zu den Verfügungen geliefert (unterschiedliche Verfügungen zu einer Person haben unterschiedliche Laufnummern). Die Meldung der Jahresrechnung selbst besitzt aber keine Laufnummer. • Verlustscheine werden im Rahmen des Konzepts für Art. 64a weiter diskutiert. • Für alle Monate eines Zeitabschnittes wird dieselbe Tarifprämie abgerechnet. Ist dies nicht der Fall, sind mehrere Zeitabschnitte zu liefern. • Das Abrechnungsjahr bezeichnet das ordentlich abgerechnete Kalenderjahr. Erstellt wird die Abrechnung immer erst im folgenden Kalenderjahr, also z.B. in 2014 für das Abrechnungsjahr 2013. • Kapitel 3.11 zeigt ein Beispiel für die Jahresrechnung.

3.10 Anwendungsbeispiel

Nachstehend wird beispielhaft die PV-Geschichte einer fiktiven Person dargestellt. Dabei wird ebenfalls exemplarisch davon ausgegangen, dass die Durchführungsstelle jeweils am ersten Februar die bekannten PV-Fälle verfügt und damit die Verfügungen für ein Jahr jeweils auf Ende Februar des nächsten Jahres terminiert.

Die Person erhält für das Jahr 2009 das erste Mal PV, die Verfügung V1 wird am 1. Mai 2009 dem Krankenversicherer übermittelt.

1.5.2009	2009												2010												2011											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Neue Verfügung für 2009	▲ V1																																			

Gesendete Meldungen:

- Verfügung (DFS → Krankenversicherer): Laufnummer 1, Verfügungsnummer V1
- Bestätigung Verfügung (Krankenversicherer → DFS): Laufnummer 1, Verfügungsnummer V1

Anschliessend geht die Durchführungsstelle davon aus, dass auch für 2010 eine PV zulässig ist und erlässt am 1. Februar 2010 eine entsprechende Verfügung für das gesamte Jahr. Hierzu wird die Verfügung V1 auf Ende des Jahres 2009 gekürzt und die neue Verfügung V2 erstellt.

1.2.2010	2009												2010												2011											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Verkürzung V1	▲ V1												X																							
Neue Verfügung für 2010													▲ V2																							

Gesendete Meldungen:

- Stopp (DFS → Krankenversicherer): Laufnummer 2, Verfügungsnummer V1
- Verfügung (DFS → Krankenversicherer): Laufnummer 3, Verfügungsnummer V2
- Bestätigung Stopp (Krankenversicherer → DFS): Laufnummer 2, Verfügungsnummer V1
- Bestätigung Verfügung (Krankenversicherer → DFS): Laufnummer 3, Verfügungsnummer V2

Im Verlaufe des Jahres (per 20.5.2010) erkennt die Durchführungsstelle, dass der PV-Betrag per Mitte des Jahres angepasst werden muss (beispielsweise aufgrund einer Mutationsmeldung durch den Krankenversicherer). Hierzu wird die Verfügung V2 auf Ende Juni 2010 gekürzt und eine neue Verfügung V3 für den Rest des Jahres 2010 erstellt.

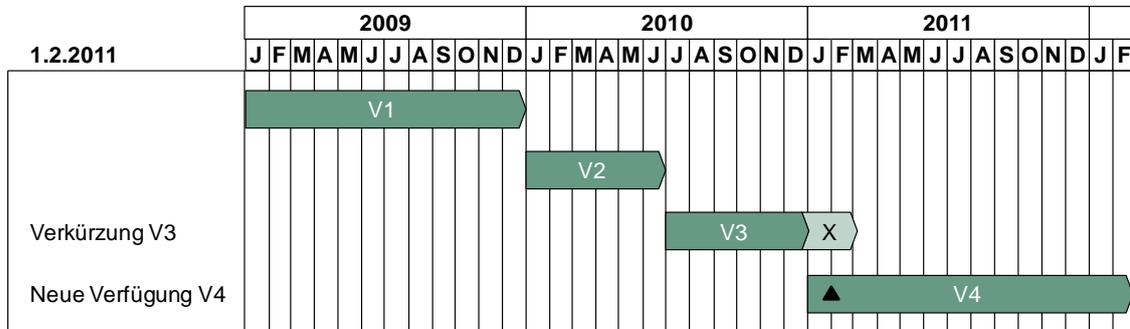
20.5.2010	2009												2010												2011											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Verkürzung V2													V2						X																	
Neue Verfügung V3													▲ V3																							

Gesendete Meldungen:

- Stopp (DFS → Krankenversicherer): Laufnummer 4, Verfügungsnummer V2
- Verfügung (DFS → Krankenversicherer): Laufnummer 5, Verfügungsnummer V3

- Bestätigung Stopp (Krankenversicherer → DFS): Laufnummer 4, Verfügungsnummer V2
- Bestätigung Verfügung (Krankenversicherer → DFS): Laufnummer 5, Verfügungsnummer V3

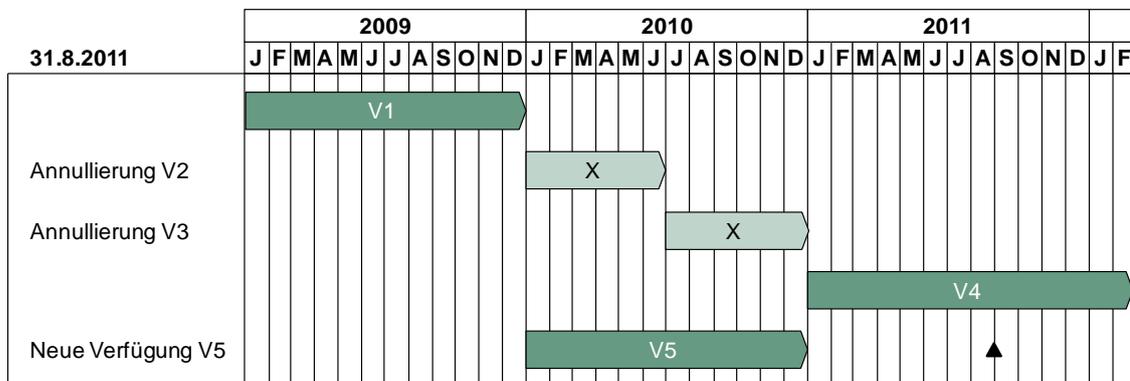
Anschliessend geht die Durchführungsstelle davon aus, dass auch für 2011 eine PV zulässig ist und erlässt am 1. Februar 2011 eine entsprechende Verfügung für das gesamte Jahr. Hierzu wird die Verfügung V3 auf Ende des Jahres 2010 gekürzt und die neue Verfügung V4 erstellt.



Gesendete Meldungen:

- Stopp (DFS → Krankenversicherer): Laufnummer 6, Verfügungsnummer V3
- Verfügung (DFS → Krankenversicherer): Laufnummer 7, Verfügungsnummer V4
- Bestätigung Stopp (Krankenversicherer → DFS): Laufnummer 6, Verfügungsnummer V3
- Bestätigung Verfügung (Krankenversicherer → DFS): Laufnummer 7, Verfügungsnummer V4

Aufgrund neuer Erkenntnisse stellt die Durchführungsstelle im Verlaufe des 2011 fest, dass für 2010 über das gesamte Jahr eine falsche PV festgesetzt wurde und eine rückwirkende Korrektur notwendig ist. Da für 2010 damit die PV neu verfügt werden muss, annulliert die Durchführungsstelle die Verfügungen V2 und V3 und erstellt eine neue Verfügung V5 für das Jahr 2010.



Gesendete Meldungen:

- Stopp (DFS → Krankenversicherer): Laufnummer 8, Verfügungsnummer V2
- Stopp (DFS → Krankenversicherer): Laufnummer 9, Verfügungsnummer V3
- Verfügung (DFS → Krankenversicherer): Laufnummer 10, Verfügungsnummer V5
- Bestätigung Stopp (Krankenversicherer → DFS): Laufnummer 8, Verfügungsnummer V2
- Bestätigung Stopp (Krankenversicherer → DFS): Laufnummer 9, Verfügungsnummer V3
- Bestätigung Verfügung (Krankenversicherer → DFS): Laufnummer 10, Verfügungsnummer V5

3.11 Beispiel Stichtag und Jahresrechnung

Zusammenfassend gibt es im vorhergehenden Beispiel folgende Mutationen:

Datum Erfassung der Mutationen	2009												2010												2011												
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J
01.05.2009	V1																																				
01.02.2010	V1												V2																								
20.05.2010	V1												V2						V3																		
01.02.2011	V1												V2						V3						V4												
31.08.2011	V1												V5												V4												

▪ Stichtag

Folgende Tabelle erläutert, zu welchem Stichtag welcher Verfügungsbestand zu melden ist. Es ist dabei zu beachten, dass der Verfügungsbestand ausschliesslich vom Stichtag abhängt und unabhängig davon ist, wann die Meldung erstellt wird (der Stichtag muss vor dem Zeitpunkt der Meldungserstellung liegen).

Stichtagbereich	Meldungsperiode	Verfügungsbestand
Bis und mit 30.04.2009	01/2010 – 12/2010	Leer
01.05.2009 – 31.01.2010	01/2010 – 12/2010	V1 (01/2009 – 02/2010)
01.02.2010 – 19.05.2010	01/2010 – 12/2010	V2 (01/2010 – 02/2011)
20.05.2010 – 31.01.2011	01/2010 – 12/2010	V2 (01/2010 – 06/2010) V3 (07/2010 – 02/2011)
01.02.2011 – 30.08.2011	01/2010 – 12/2010	V2 (01/2010 – 06/2010) V3 (07/2010 – 12/2010)
Ab 31.08.2011	01/2010 – 12/2010	V5 (01/2010 – 12/2010)

▪ **Jahresrechnung**

Folgende Tabelle erläutert, in welcher Jahresrechnung welche Beträge zu melden sind. Dabei gelten folgende Annahmen.

- PV-Beträge: V1 = CHF 150, V2 = CHF 170, V3 = CHF 180, V4 = CHF 150, V5 = CHF 200
- Die Tarifprämie beträgt im ganzen Zeitraum CHF 300
- Im Jahr 2010 gab es eine Militärsistierung von Juni bis August

Abrechnungsjahr	Beitragsjahr	Verfügungen und Zeitabschnitte	Betrag (CHF)		Kumulierte Tarifprämie (CHF)	Militärsistierung
2009	2009	V1, 01/2009 – 12/2009	12 x 150	1800	3600	
2010	2010	V2, 01/2010 – 05/2010	5 x 170	850	1500	
		V2, 06/2010 – 06/2010		0	0	Ja
		V3, 07/2010 – 08/2010		0	0	Ja
		V3, 09/2010 – 12/2010	4 x 180	720	1200	
	2010	V2, 01/2010 – 05/2010	5 x -170	-850	1500	
		V3, 09/2010 – 12/2010	4 x -180	-720	1200	
		V5, 01/2010 – 05/2010	5 x 200	1000	1500	
		V5, 06/2010 – 08/2010		0	0	Ja
		V5, 09/2010 – 12/2010	4 x 200	800	1200	
	2011	V4, 01/2011 – 12/2011	12 x 150	1800	3600	

4 Meldungsspezifikation

Dieser technische Teil bildet den Inhalt des fachlichen Teils in die XML-Strukturen der einzelnen Meldungen ab.

4.1 Schemaversion

Zu dieser Version des Konzept DA-PV (2-3) gehört das Schema (XSD) der Version 3.0.

4.2 Einsatz von sedex

Der Datenaustausch bezüglich PV erfolgt über die Plattform sedex. Diese wurde vom Bundesamt für Statistik für die Registerharmonisierung aufgebaut und für weiteren Behördenaustausch freigegeben. Die E-Government-Strategie Schweiz legt sedex als strategische Datenaustauschplattform fest. Sedex hat folgende Eigenschaften:

- End-to-End-Sicherheit (Authentifizierung, Zugriffskontrolle, Vertraulichkeit, Datenintegrität, Datenannahme).
- Die Kommunikation geschieht asynchron analog Briefpost oder E-Mail. Es ist damit nicht sichergestellt, dass die Meldungen in Versandreihenfolge empfangen werden.
- Mittels Versandquittungen wird der Versender über den Status des Versands informiert (erfolgreich oder nicht erfolgreich übermittelt). Der Erhalt der Versandquittung ist aber keine Bestätigung, dass die Meldung vom Empfänger verarbeitet wurde.
- Die Erfahrung der bereits produktiv laufenden Domänen zeigt, dass die sedex-Plattform sehr zuverlässig und stabil ist.

Für den Anschluss an sedex ist der sedex-Adapter in Betrieb zu nehmen. Die Schnittstelle der partizipierenden Anwendungen zum sedex-System besteht für jeden Teilnehmer im Wesentlichen aus drei Verzeichnissen in seinem lokalen Dateisystem. Die Anwendung muss lediglich die zu versendenden Meldungen als Dateien in einem Verzeichnis bereitstellen und kann die empfangenen Meldungen wiederum als Dateien aus einem anderen Verzeichnis lesen. Versandquittungen des Systems werden ebenfalls in Form von Dateien bereitgestellt.

Weiterführende Informationen sind im sedex-Handbuch des BFS zu finden.

4.3 Technische Anwendungsbestimmungen

4.3.1 Anwendung von eCH-Standards

Der gesamte Datenaustausch berücksichtigt eCH-Standards, wo immer sinnvoll. Folgende Standards kommen zur Anwendung:

- eCH-0007: Datenstandard Gemeinden (hier: Kantonskürzel)
- eCH-0008: Datenstandard Staaten und Gebiete (hier: BFS-Ländercode)
- eCH-0010: Datenstandard Postadresse (hier: Wohnsitz natürlicher Personen)
- eCH-0044: Datenstandard Austausch von Personenidentifikationen
- eCH-0058: Schnittstellenstandard Meldungsrahmen (in der Version 4)
- eCH-0090: sedex-Umschlag und -Quittung

Der eCH-Standard 0090 gibt vor, welche Informationen mitgegeben werden müssen, um Daten über sedex versenden zu können: „Die über die sedex-Plattform ausgetauschten Meldungen bestehen aus einem Umschlag und aus Nutzdaten. Der Umschlag ist ein XML-Dokument, welches die für die korrekte Zustellung einer Meldung erforderlichen Adressierungsinformationen enthält.“ (Zitat aus der Dokumentation des eCH-Standards 0090).

Der eCH-Standard 0058 beschreibt die Informationen für die Verarbeitung der Meldung: „Der Standard eCH-0058 beschränkt sich auf fachliche Definitionen (Elemente, Abläufe, Grundsätze), welche für alle Ereignismeldungen im elektronischen Behördenverkehr Gültigkeit haben. Pro Fachdomäne muss auf Basis des eCH-0058 eine spezifische Implementation des Meldungsrahmens erstellt werden.“ (Zitat aus der Dokumentation des eCH-Standards 0058).

Eine schematische Darstellung der verschiedenen Ebenen ist in Abbildung 8 enthalten.

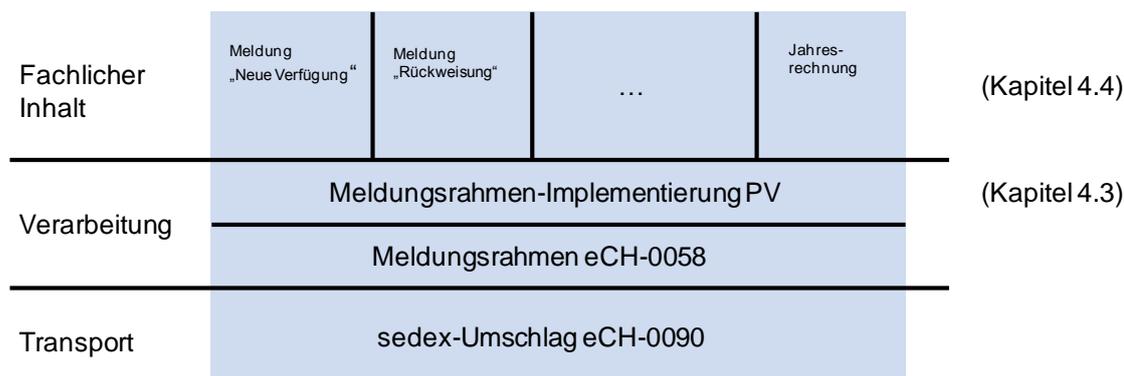


Abbildung 8: Einordnung der eCH-Standards 0090 und 0058

4.3.2 Grundlegender Aufbau der einzelnen Meldungen

Jede einzelne Meldung wird als eigene XML-Datei kodiert und muss einem vorgegebenen Schema entsprechen. Die Meldungen sind vorläufig XML-Namensräumen der Art

<http://www.gdk-cds.ch/xmlns/pv-5201-000101/1>

zugeordnet, wobei die letzte „1“ für „Erstversion“ steht. Die effektiv im Betrieb zu verwendenden Namensräume und ein öffentlicher Ablageort der Schemadateien müssen spätestens in der Einführungsphase festgelegt werden.

Die Meldungen im Datenaustausch PV haben alle den folgenden Aufbau (hier als Beispiel angedeutet eine Meldung „Neue Verfügung“):

```
<message>
  <header>
    <senderId>...</senderId>
    <recipientId>...</recipientId>
    ...
  </header>
  <content>
    <decree>
      <decreeId>...</decreeId>
      <person>...</person>
      ...
    </decree>
  </content>
</message>
```

Dabei enthält das <header>-Element den Meldungsrahmen, der in Kapitel 4.3.11 beschrieben ist. Dieser Meldungsrahmen ist grundsätzlich für alle in diesem Konzept spezifizierten Meldungen gleich. Ausnahmen sind entsprechend beschrieben.

Das <content>-Element enthält die fachlichen Inhalte der Meldungen. Die zulässige Struktur dieser Inhalte unterscheidet sich je nach Meldung; die entsprechenden Spezifikationen finden sich in Tabelle 1 in Kapitel 4.5.

Der sedex-Adapter prüft den eCH-0090-Umschlag auf Schema-Konformität. Die Korrektheit der Dateninhalte ist vom Sender zu gewährleisten und vom Empfänger zu prüfen.

4.3.3 Schemaprüfung/Validierung

Der Versender ist dafür verantwortlich, dass vor dem Versand sämtliche Meldungen (XML) einer Schemaüberprüfung (gemäss XSD) unterzogen werden. Es wird empfohlen, dass die Schemaprüfung auch beim Empfang vorgenommen wird.

4.3.4 Zukünftige Änderungen am Schnittstellenstandard

Es ist damit zu rechnen, dass es in Zukunft Änderungen am Konzept Datenaustausch PV geben wird. Dabei wird voraussichtlich folgende Regelung gelten.

Änderungen werden auf einen Stichtag eingeführt (z.B. auf den 1. September eines Jahres). Ab diesem Stichtag müssen Meldungen nach dem alten und nach dem neuen Standard verarbeitet

werden können. Es werden somit mehrere Versionen der Schemas und der entsprechenden Verarbeitungslogik zeitgleich gültig sein.

Zu einem späteren zweiten Stichtag wird der Datenaustausch nach altem Standard abgelöst und darf nicht mehr verwendet werden.

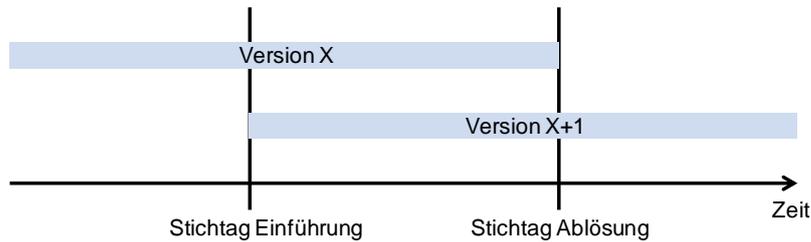


Abbildung 9: Gültigkeit der Versionen bei einer zukünftigen Änderungen am Schnittstellenstandard

4.3.5 Laufnummer

Entsprechend der Anwendungsbestimmung 3.2.13 werden die „täglichen“ Meldungen mit einer Laufnummer zur Sortierung beim Empfänger versehen. Die Laufnummer wird bei jeder versendeten Meldung inkrementiert und gibt die Abarbeitungsreihenfolge beim Empfänger vor. Die Laufnummer ist als 64-Bit-Wert (maximal 18 Dezimalstellen) definiert und wird deshalb nicht überlaufen. Alle 6 Jahre können die Laufnummern nach Bedarf auf 0 zurückgesetzt werden.

4.3.6 Verwendung von Sammelmeldungen

Aufgrund des sehr hohen Mengengerüsts werden die häufig vorkommenden Einzelmeldungen nicht jeweils sofort einzeln über sedex versendet, sondern gesammelt und höchstens einmal am Tag gemeinsam versendet (sog. Sammelmeldung). Der Meldungsrahmen nach eCH-0058 sieht vor, dass eine solche Sammelmeldung aus einer ZIP-Datei besteht, welche die XML-Dateien enthält, die den Einzelmeldungen entsprechen. Die ZIP-Datei ist flach und enthält keine Unterordner. Jede solche ZIP-Datei wird als Nutzdatenpaket zusammen mit einem einzigen sedex-Umschlag gemäss eCH-0090 an den vorgesehenen Empfänger verschickt.

Sämtliche Meldungen einer Sammelmeldung müssen vom gleichen sedex-Meldungstyp sein (z.B. 5211) und an den gleichen Empfänger gerichtet sein. Beispiel: Die Meldungen „Bestätigung/Rückweisung Neue Verfügung“, „Bestätigung/Rückweisung Stopp Verfügung“ und „Änderung Versicherungsverhältnis“ werden zusammen versendet.

Die sedex-Quittung bestätigt dem Sender den Eingang der Sendung beim Empfänger nur auf Ebene Sammelmeldung. Falls der Sender dies auch für jede Einzelmeldung sicherstellen will, muss er über die Zuordnung „Einzelmeldungen zu Sammelmeldungen“ separat Buch führen; dies wird nicht in diesem Konzept behandelt.

Beispiel: Ein Krankenversicherer versendet alle seine Meldungen immer am Freitag. Angenommen, es haben sich seit dem Versand am letzten Freitag mehrere Meldungen eines bestimmten Meldungstyps an insgesamt 20 verschiedene Kantone angesammelt. Dann sind 20 Sammelmeldungs-ZIPs mit den entsprechenden Einzelmeldungs-XMLs zu erstellen und an die jeweiligen Durchführungsstellen zu versenden.

4.3.7 Aufbau der Meldungsdateien

Für den sedex-Versand müssen verschiedene formale Vorgaben eingehalten werden:

- Das sedex-Nutzdatenpaket wird benannt nach dem Schema **data_[XXX].zip**
- Der sedex-Umschlag wird benannt nach dem Schema **envl_[XXX].xml** (mit gleichem Wert für [XXX] wie das Nutzdatenpaket)
- Die XML-Dateien für die Einzelmeldungen werden nach folgendem Schema benannt: **message_[Action]-[Nummer].xml** (z.B. message_5-32533.xml)
 - Die Angabe [Nummer] muss lokal, d.h. innerhalb einer Sammelmeldung eindeutig sein
 - Die Angabe [Action] entspricht dem Wert im Header der Nachricht (1=neu; 5=Anfrage; 6=Antwort)

- Dieses Schema ist auch zu befolgen, wenn die Sammelmeldung nur eine einzige Einzelmeldung enthält
- Bei den Meldungen der Typen 000101, 000102, 000103, 000201, 000202, 000203, 000301 wird für [Nummer] jeweils die (gemäss Definition lokal eindeutigen) Laufnummern gesetzt. Dies hat den Vorteil, dass die Meldungen bereits anhand des Dateinamens sortiert verarbeitet werden können, ohne dass die Dateien vorgängig für den Erhalt der Laufnummer eingelesen werden müssen.

Eine schematische Übersicht über den Aufbau von sedex-Umschlag und des zugehörigen Nutzdatenpakets (Sammelmeldung mit N Einzelmeldungen) ist in Abbildung 10 angegeben.

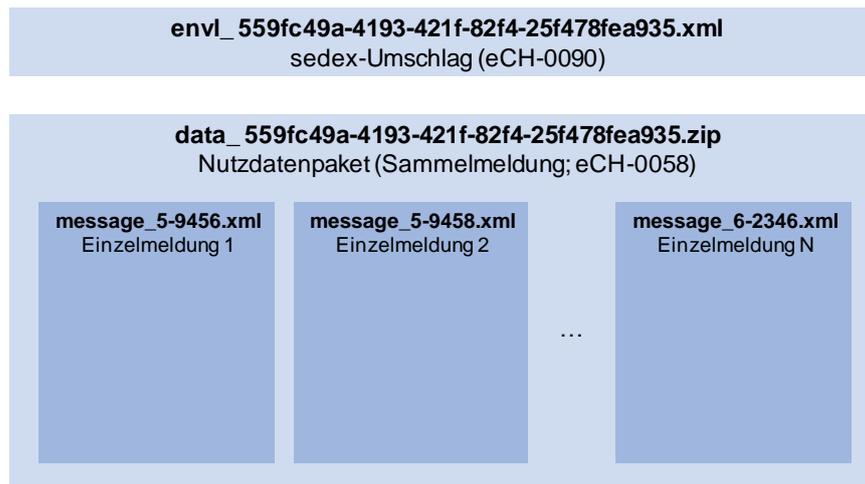


Abbildung 10: Aufbau einer Meldungsdatei

4.3.8 Datenmodell und Referenzierung

Es werden verschiedene Mechanismen zur Identifizierung und Referenzierung angewendet:

- vn: Jede versicherte Person wird über die 13-stellige neue AHV-Nummer eindeutig identifiziert.
- decreeld: Jede Verfügung wird von der Durchführungsstelle eindeutig mit einer Referenznummer versehen und von allen Stellen im weiteren Datenaustausch entsprechend referenziert.
- businessProcessId: Jeder Geschäftsprozess muss eine Referenznummer haben. Die Stelle, welche innerhalb des Geschäftsprozesses die erste Meldung versendet, vergibt die Referenznummer. Bei bestimmten Prozessen dient diese Referenznummer als Laufnummer (siehe Anwendungsbestimmung 3.2.13). Alle zur selben Instanz dieses Geschäftsprozesses gehörenden weiteren Meldungen (Antworten) müssen dabei diese Referenznummer wiedergeben.
- messageId: Jede einzelne Meldung erhält eine Nachrichten-ID. Diese ist im Kontext des Senders zwingend eindeutig. Bei Anfragen (action=5) und Antworten (action=6) muss in der entsprechenden Antwortmeldung der Inhalt von referenceMessageId gleich dem Inhalt des Feldes messageId der Anfrage-Meldung sein. Beispiel: „Verfügung“ und „Rückweisung Verfügung“. Zu beachten ist, dass die sedex-Quittung die messageId der Sammelmeldung referenziert, nicht aber diejenigen der in der Sammelmeldung enthaltenen Meldungen.

Die Beziehungen zwischen den verschiedenen Objekten und die oben beschriebenen Referenzierungsmechanismen sind in Abbildung 11 schematisch dargestellt

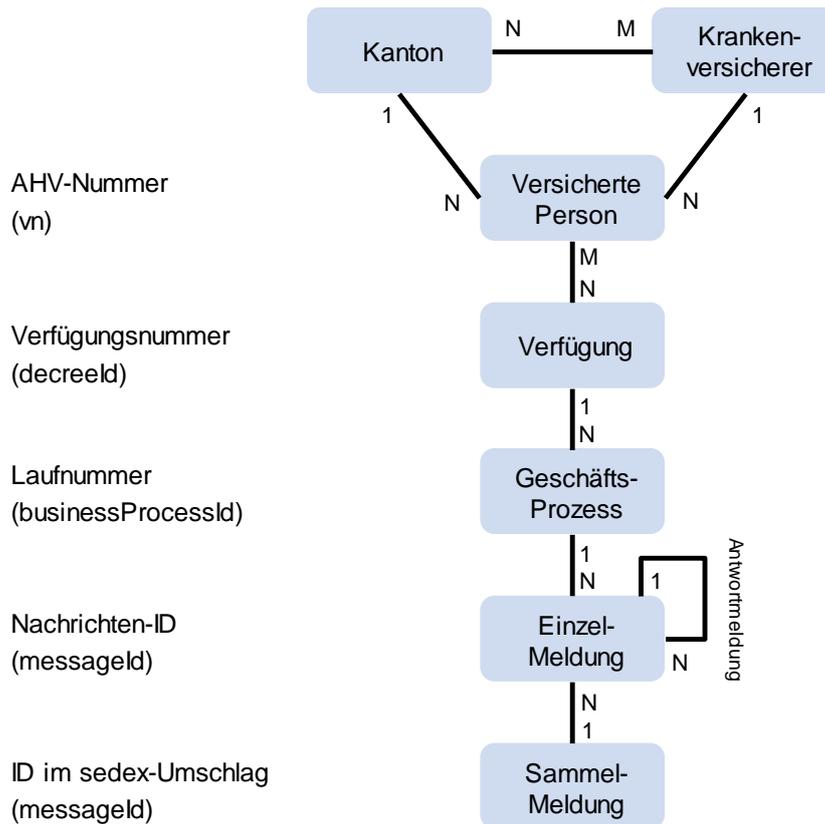


Abbildung 11: Datenmodell

4.3.9 Personendaten in allen Meldungen

Zur vereinfachten Fehlersuche werden die Personendaten in sämtlichen Meldungen mitgeliefert, auch wenn eine Zuweisung über Referenznummern erfolgen kann. Zu den Personendaten gehört neben den bestimmenden Merkmalen auch die Adresse.

4.3.10 Adressierung

Grundsätzlich wird immer nur ein einziger Empfänger adressiert.

4.3.11 XML Formatierung

▪ XML-Kodierung

Die XML-Dateien sind mit dem Zeichensatz UTF-8 zu codieren.

Die XML-Dateien sollen so formatiert werden, dass sie gut menschenlesbar sind und sollen deshalb Zeilenumbrüche und Einrückungen enthalten.

Es werden ausschliesslich folgende fünf XML Escape Sequenzen verwendet:

- " = "
- ' = '
- < = <
- > = >
- & = &

▪ Byte Order Mark (BOM)

Das Byte Order Mark (BOM, Unicode: U+FEFF, UTF-8: EF BB BF) ist ein Steuerzeichen, welches die Byte-Reihenfolge und Kodierungsform in UCS/Unicode-Zeichenketten bezeichnet. Bei einer UTF-16 bzw. UTF-32 Kodierung, muss die Byte-Reihenfolge angegeben werden um den Datenstrom korrekt interpretieren zu können.

Beim Datenaustausch PV wird gemäss Konzept DA-PV eine UTF-8 Kodierung verwendet. Somit ist das BOM-Zeichen nicht notwendig. Insbesondere treten bei der Verwendung des BOM-Zeichens in UNIX-basierten Systemen Probleme bei der Verarbeitung auf. Da verschiedene Teilnehmer am DA-PV solche Systeme im Einsatz haben, darf das BOM-Zeichen nicht verwendet werden.

▪ Best Practices

Weitere Empfehlung können eCH-0018 (XML Best Practices) entnommen werden.

4.3.12 Format von Datums und Zeitangaben

Sämtliche Zeit- und Datumangaben sind in der koordinierten Weltzeit (UTC) anzugeben. Namentlich betrifft dies die Typen xs:dateTime, xs:date, xs:gYearMonth, xs:gYear.

- Das Suffix „Z“ kann dabei verwendet werden (z.B. „2013-10Z“ ist gleichbedeutend zu interpretieren als „2013-10“, gleiches gilt für „2013-08-26T13:39:23Z“ und „2013-08-26T13:39:23“)
- Die Verwendung von Zeitzonekorrekturen ist nicht zulässig (z.B. „2013-10+02:00“ oder „2013-08-26T11:39:23+02:00“ dürfen nicht verwendet werden)

4.3.13 Doppelmeldungen

Doppelmeldungen sind Einzelmeldungen die im System des Empfängers doppelt eingehen. Bei einer doppelt eingehenden Sammelmeldung sind sämtliche darin enthaltenen Einzelmeldungen Doppelmeldungen.

▪ Meldeprozesse 1 bis 3

Doppelmeldungen sind vom Empfänger nicht zu verarbeiten. Innerhalb einer Sammelmeldung sind diejenigen Einzelmeldungen zu ignorieren die als Doppelt identifiziert werden. Im Falle einer doppelt verschickten Sammelmeldung, werden entsprechend sämtliche Einzelmeldungen ignoriert.

Doppelmeldungen sind aufgrund der Nachrichten-ID (messageId), der Sender-ID (senderId) und der zugehörigen Verfügungsnummer (decreedId) zu prüfen.

Es wird empfohlen, dass der Sender über das Vorkommen von Doppelmeldungen informiert wird.

- **Meldeprozess 4**

Die Anfrage Versicherungsverhältnis können doppelt beantwortet werden. Eine Identifikation von Doppelmeldungen ist nicht notwendig.

- **Meldeprozesse 5 bis 7**

Die Meldungen zum Bestand und der Jahresrechnung werden manuell ausgelöst und verarbeitet. Eine automatisierte Identifikation von Doppelmeldungen ist nicht notwendig.

4.4 Meldungsrahmen

Die nachstehenden Felder des Meldungsrahmens werden für alle PV-Submeldungstypen definiert. Sie bauen auf dem eCH-Standard 0058 Version 4 (Meldungsrahmen) auf und dienen der Adressierung und technischen Verarbeitung der Meldung, enthalten selbst aber keine fachlichen Inhalte.

Element	Vork.	Beschreibung
senderId	1	Sedex-ID des Absenders
recipientId	1	Sedex-ID des Empfängers
messageId	1	ID der Einzelmeldung
referenceMessageId	0..1	ID der ursprünglichen Anfragemeldung (nur bei Antwortmeldungen mit action=6, dann aber verpflichtend)
businessProcessId	1	Eindeutige Referenznummer des Geschäftsprozesses. Bei 000101, 000102, 000103, 000201, 000202, 000203 die aufsteigende Laufnummer der Meldung (Kapitel 4.6.6)
messageType	1	sedex-Meldungstyp
subMessageType	1	Submeldungstyp
sendingApplication	1	Sendende Anwendung
messageDate	1	Nachrichtendatum (Zeitpunkt des Versands), UTC-Format
action	1	Erlaubte Werte: 1=neu 5=Anfrage 6=Antwort
declarationLocalReference	1	Lokale Referenz, z.B. Ansprechperson, Sachbearbeitender, Verantwortlicher, Bezeichnung einer Abteilung (Kapitel 4.6.7)
testDeliveryFlag	1	Angabe, ob diese Meldung eine Testmeldung ist (Verwendung ist im Testkonzept zu regeln)
subject	0	Nicht verwendet
modificationDate	0	Nicht verwendet
uniqueIdBusinessTransaction	0	Nicht verwendet
ourBusinessReferenceId	0	Nicht verwendet
yourBusinessReferenceId	0	Nicht verwendet
eventDate	0	Nicht verwendet
initialMessageDate	0	Nicht verwendet
comment	0	Nicht verwendet
originalSenderId	0	Nicht verwendet
responseExpected	0	Nicht verwendet
partialDelivery	0	nicht verwendet
businessCaseClosed	0	Nicht verwendet

4.5 Meldungstypen und Submeldungstypen

Folgende sedex-Meldungstypen (messageType) werden verwendet:

- 5201: Häufige Meldungen Durchführungsstellen → Krankenversicherer
- 5202: Anfrage Versicherungsverhältnis Durchführungsstellen → Krankenversicherer
- 5203: Gesamtbestandsmeldungen Durchführungsstellen → Krankenversicherer
- 5211: Häufige Meldungen Krankenversicherer → Durchführungsstellen
- 5212: Antwort Versicherungsverhältnis Krankenversicherer → Durchführungsstellen
- 5213: Gesamtbestandsmeldungen Krankenversicherer → Durchführungsstellen
- 5214: Jahresrechnung Krankenversicherer → Durchführungsstellen

Eine Detailebene darunter werden innerhalb eines Anwendungsbereichs weitere Submeldungstypen je nach Geschäftsprozess unterschieden. Dabei wird das Schema AAAABB (mit AAAA = Nummer des Geschäftsprozesses, BB = Nummer der Meldung innerhalb desselben Geschäftsprozesses) verwendet. Beispiel: Die Meldung 1 innerhalb des Prozesses 5 heisst 000501.

Die einzelnen Meldungen und Meldungsprozesse unterscheiden sich, wie oben beschrieben, in der Struktur ihres fachlichen Inhalts, also der Schemadefinition des <content>-Elements. Die genauen Spezifikationen dieser unterschiedlichen „Typen“ sind in Kapitel 4.6 angegeben. Sie heissen generisch *elementnameType*.

Submeldungen und Typen sind getrennt definiert, da es Typen gibt, die in mehreren Meldungen verwendet werden (z.B. wird *decreeType* sowohl einzeln in der Meldung „Neue Verfügung“ als auch mehrfach innerhalb der Meldung „Gesamtbestand Verfügungen“ benutzt). Alle Meldungen und die darin verwendeten Typen sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Prozess	Meldungsname	Belegung von <header>-Unterelementen			Typ des Elements unterhalb <content>
		messageType	subMessageType	action	
1	Neue Verfügung	5201	000101	5	Decree
	Bestätigung Verfügung	5211	000102	6	DecreeConfirmation
	Rückweisung Verfügung	5211	000103	6	DecreeReject
2	Stopp	5201	000201	5	Stop
	Bestätigung Stopp	5211	000202	6	StopConfirmation
	Rückweisung Stopp	5211	000203	6	StopReject
3	Mutation Versicherungsverhältnis	5211	000301	5	Mutation
4	Anfrage Versicherungsverhältnis	5202	000401	5	InsuranceQuery
	Antwort Versicherungsverhältnis	5212	000402	6	InsuranceQueryResult
5	Verfügungsbestand	5203	000501	1	DecreeInventory
6	Versichertenbestand	5213	000601	1	InsuranceInventory
7	Jahresrechnung	5214	000701	1	Statement

Tabelle 1: Meldungen und verwendete Typen

4.6 Typen

4.6.1 actionType (Aktionscode)

Es sind nur die folgenden Werte für den Aktionscode erlaubt (siehe auch Tabelle 1):

- 1 = neue Meldung
- 5 = Anfrage
- 6 = Antwort

4.6.2 addressType

Die verwendeten Elemente basieren auf dem Typ eCH0010:addressInformationType. Es werden nur diejenigen Elemente verwendet die im PV-Meldeverkehr erforderlich sind. Zudem wird der BFS-Ländercode und nicht der ISO-Ländercode verwendet. Bei der Postleitzahl ist zu beachten, dass entweder die schweizerische oder die ausländische Postleitzahl zu setzen ist.

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
addressLine1	eCH-0010:addressLineType	0..1	Adresszusatzzeile für personalisierte Adressangaben (z.B. c/o-Adresse)
addressLine2	eCH-0010:addressLineType	0..1	Adresszusatzzeile für unpersonalisierte Adressangaben
street	eCH-0010:streetType	0..1	Strassenbezeichnungen (dies kann auch der Name einer Lokalität, etc. sein)
houseNumber	eCH-0010:houseNumberType	0..1	Hausnummer (zu setzen, falls vorhanden)
town	eCH-0010:townType	1	Ortsname (in ausländischen Adressen falls nötig inkl. Provinz etc.)
swissZipCode	eCH-0010:swissZipCodeType	1	Schweizer Postleitzahl (zu setzen, falls Land Schweiz)
foreignZipCode	eCH-0010:foreignZipCodeType	1	Ausländische Postleitzahl (zu setzen, falls Ausland)
country	eCH-0008:countryIdType	1	Land, vierstelliger BFS-Ländercode

4.6.3 agencyType (Durchführungsstelle)

Bezeichnet die DFS anhand des Kantonskürzels bzw. dem Kürzel „GEKVG“ für die Gemeinsame Einrichtung KVG.

Der agencyType basiert auf dem Typ eCH-0007:cantonAbbreviationType und ergänzt diesen um die gemeinsame Einrichtung KVG. Erlaubt sind folgende Elemente: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, TI, VD, VS, NE, GE, JU, GEKVG.

4.6.4 bagNumberType

Bezeichnet den Krankenversicherer anhand der BAG-Nummer (siehe Kapitel 3.2.17).

Der bagNumberType ist vom Typ xs:token und beinhaltet 5 numerische Stellen (mit führenden Nullen wo notwendig). Regular Expression: `^\d{5}$`.

Ist der Krankenversicherer unbekannt, darf kein Pseudowert wie die 00000 oder 09999 gemeldet werden.

4.6.5 bonusType (Bonusprodukt)

Bonusprodukt:

- 0 = 45 %
- 1 = 35 %
- 2 = 25 %
- 3 = 15 %
- 4 = 0 %
- 9 = kein Bonusprodukt

4.6.6 businessProcessIdType (Laufnummer)

Die Laufnummer ist vom Typ xs:unsignedLong und darf maximal 18 Stellen (Dezimal) lang sein.

4.6.7 declarationLocalReferenceType (Lokale Referenz des Absenders)

Bezeichnet die fachliche Stelle (Fachabteilung oder Sachbearbeiter) welche auf Seiten des Absenders für das Geschäft zuständig ist. Anstelle der lokalen Referenz gemäss eCH-0058 (unstrukturierter String) wird folgende Struktur verwendet.

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
name	xs:token	1	Name Sachbearbeiter oder Fachabteilung
department	xs:token	0..1	Abteilung
phone	analog eCH-0046:phoneNumberType	1	Telefonnummer
email	analog eCH-0046:emailAddressType	1	Emailadresse
other	xs:token	0..1	Freitext

4.6.8 decreeConfirmationType (Bestätigung Verfügung)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
decreed	decreedType	1	Referenznummer der betroffenen Verfügung
person	personType	1	Personenidentifikation
insuranceData	insuranceDataType	1	Daten des Krankenversicherers

4.6.9 decreedType (Verfügungsnummer)

Die Verfügungsnummer ist ein alphanumerischer String inklusive der drei Zeichen „_“ (Unterstrich), „-“ (Minus) und „.“ (Punkt) mit einer Länge von 1 bis 30 Zeichen.

Regular Expression: `^[a-zA-Z0-9_-\.\.]{1,30}$`

4.6.10 decreeInventoryType (Verfügungsbestand)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
inventoryDate	xs:date	1	Stichtag der Erhebung des gemeldeten Verfügungsbestands
beginDate	xs:date	1	Beginn der Meldungsperiode
endDate	xs:date	1	Ende der Meldungsperiode
decreeInventoryElement	decreeInventoryElementType	1..n	Verfügungen inklusive der Laufnummer

4.6.11 decreeInventoryElementType (Einzelnes Element des Verfügungsbestands)

Beim Melden des Verfügungsbestands wird die Verfügung (decreeType) inklusive der letzten verarbeiteten Laufnummer (lastBusinessProcessId) gemeldet. Anstelle einer Vererbung des decreeType sind die Felder dupliziert (analog zu den eCH Standards).

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
decreeld	decreeldType	1	Referenznummer der betroffenen Verfügung
person	personType	1	Personenidentifikation
beginMonth	xs:gYearMonth	1	Beginn Monat (Format YYYY-MM)
endMonth	xs:gYearMonth	1	Ende Monat (Format YYYY-MM)
amount	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Monatlicher PV-Betrag in CHF in Franken und Rappen auf 5 Rappen gerundet und grösser Null
limitation	xs:boolean	1	False=keine Plafonierung True=Plafonierung auf Tarifprämie
lastBusinessProcessId	businessProcessIdType	1	Letzte für die Verfügung verarbeitete Laufnummer

4.6.12 decreeRejectType (Rückweisung Verfügung)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
decreeld	decreeldType	1	Referenznummer der rückgewiesenen Verfügung
person	personType	1	Personenidentifikation
decreeRejectReason	decreeRejectReasonType	1	Grund für die Rückweisung der Verfügung
newInsurance	bagNumberType	0..1	Falls neuer Krankenversicherer, BAG-Nummer des neuen Versicherers
agency	agencyType	0..1	Falls die versicherte Person bereits im gemeldeten Verfügungszeitraum PV erhält, Angabe der PV ausrichtenden DFS

4.6.13 decreeRejectReasonType (Grund der Rückweisung einer Verfügung)

Es kann die folgenden Gründe dafür geben, dass ein Krankenversicherer eine Verfügung bzw. Verkürzung oder Annullation zurückweist und dies der zuständigen Durchführungsstelle meldet:

- 1 = PV-Verfügung zu weit in der Vergangenheit
- 2 = PV-Verfügung zu weit in der Zukunft
- 3 = Verfügungsnummer zu dieser Person wurde von DFS bereits benutzt
- 4 = Wechsel zu anderem Krankenversicherer
- 5 = Die versicherte Person ist zu Beginn des Verfügungszeitraums nicht bei diesem Krankenversicherer OKP-versichert
- 6 = Die versicherte Person erhält im Verfügungszeitraum bereits PV
- 7 = (dieser Typ wird nicht mehr verwendet)
- 8 = abweichende Versichertennummer (AHVN13)

4.6.14 decreeType (Verfügung)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
decreeld	decreeldType	1	Referenznummer der betroffenen Verfügung
person	personType	1	Personenidentifikation
beginMonth	xs:gYearMonth	1	Beginn Monat (Format YYYY-MM)
endMonth	xs:gYearMonth	1	Ende Monat (Format YYYY-MM)
amount	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Monatlicher PV-Betrag in CHF in Franken und Rappen auf 5 Rappen gerundet und grösser als Null
limitation	xs:boolean	1	False=keine Plafonierung True=Plafonierung auf Tarifprämie

4.6.15 insuranceDataType (Daten des Krankenversicherers)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
premium	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Monatliche Tarifr�mie in Franken und Rappen
accident	xs:boolean	1	True=mit Unfall False=ohne Unfall
contractStartDate	xs:date	1	Beginn des OKP-Versicherungsverhältnisses
contractEndDate	xs:date	0..1	Ende des OKP-Versicherungsverhältnisses falls bekannt/vorhanden
franchise	xs:decimal (fractionDigits = 2)	0..1	Jährliche Franchise auf Franken und Rappen
premiumGroup	premiumGroupType	0..1	Tarifgruppe
productName	xs:token	0..1	Produktname (Freitext)
bonus	bonusType	0..1	Bonusprodukt
premiumAge	premiumAgeType	0..1	Tarifaltersgruppe
premiumCountry	eCH-0008:countryIdType	0..1	Tarifland, vierstelliger BFS-Ländercode gemäss http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infotehk/nomenklaturen/blank/blank/sg/01.html
premiumZoneCH	eCH-0007:cantonAbbreviationType	0..1	Tarifzone falls Tarifland = Schweiz
premiumZoneForeign	xs:token	0..1	Tarifzone falls Ausland, Freitext
premiumRegionCH	premiumRegionType	0..1	Tarifregion falls Tarifland = Schweiz
premiumRegionForeign	xs:token	0..1	Tarifregion falls Ausland, Freitext

4.6.16 insuranceInventoryType (Versichertenbestand)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
inventoryDate	xs:date	1	Stichtag der Erhebung des gemeldeten Versichertenbestands
beginDate	xs:date	1	Beginn der Meldungsperiode
endDate	xs:date	1	Ende der Meldungsperiode
insuranceQueryResult	insuranceQueryResultType	0..n	Ergebnis einer Anfrage zu einer versicherten Person

4.6.17 insuranceQueryType (Anfrage Versicherungsverhältnis)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
person	personType	1	Personenidentifikation
beginMonth	xs:gYearMonth	1	Beginnmonat
endMonth	xs:gYearMonth	1	Endemonat

4.6.18 insuranceQueryResultType (Antwort Versicherungsverhältnis)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
person	personType	1	Personenidentifikation
insuranceData	insuranceDataType	1	Daten des Krankenversicherers

4.6.19 mutationReasonType (Grund für Änderung Versicherungsverhältnis)

Es gibt die folgenden Gründe für die Änderung eines Versicherungsverhältnisses:

- 1 = Wegzug ins Ausland
- 2 = Tod
- 3 = Wechsel des Krankenversicherers
- 4 = Wegzug nach unbekannt
- 5 = Ausschluss vom Meldeverfahren (dieser Typ wird nicht mehr verwendet)
- 6 = Änderung an den Versicherungsdaten

4.6.20 mutationType (Änderung Versicherungsverhältnis)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
decreeld	decreeldType	1	Referenznummer der betroffenen Verfügung
person	personType	1	Personenidentifikation
mutationDate	xs:date	1	Änderungsdatum (Datum des Wirksamwerdens der Mutation)
insuranceData	insuranceDataType	1	Daten des Krankenversicherers
startDelay	xs:boolean	1	Kennzeichen, ob eine Verschiebung des Versicherungsbeginns vorliegt
mutationReason	mutationReasonType	1	Grund der Änderung (ist immer anzugeben)
otherInsurance	bagNumberType	0..1	Vorversicherer oder Nachversicherer anhand der BAG-Nummer

4.6.21 personType (Personenidentifikation)

Die verwendeten Elemente basieren auf dem Typ eCH0044:personIdentificationType. Da im originalen eCH-Standard 0044 die Angabe der AHV-Nummer optional ist und das Geburtsdatum nicht zwingend auf den Tag genau angegeben werden muss, ist es hier erforderlich, den Typ für den PV-Datenaustausch nachzubilden und die Verwendung der AHV-Nummer (vn) zu erzwingen sowie das Geburtsdatum (dateOfBirth) auf den Tag genau anzugeben.

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
vn	eCH-0044:vnType	1	AHV-Nummer 13-stellig (AHVN13)
officialName	eCH-0044:baseNameType	1	Nachname
firstName	eCH-0044:baseNameType	1	Alle Vornamen in der richtigen Reihenfolge
sex	eCH-0044:sexType	1	Geschlecht (1=männlich, 2=weiblich)
dateOfBirth	xs:date	1	Geburtsdatum
address	addressType	1	Adresse

4.6.22 premiumAgeType (Prämiengruppe)

Altersgruppe gemäss Art. 61 Abs. 3 KVG:

- 1 = Kind
- 2 = Junge Erwachsene
- 3 = Erwachsener

4.6.23 premiumGroupType (Tarifgruppe)

Grundversicherung gemäss BAG:

- 1 = Grundversicherung mit ordentlicher Franchise und Wahlfranchisen
- 2 = HMO
- 3 = Hausarzt
- 9 = weitere Modelle

4.6.24 premiumRegionType (Prämienregion)

Prämienregionen gemäss BAG:

- 1 = Tarifregion 1
- 2 = Tarifregion 2
- 3 = Tarifregion 3

4.6.25 statementType (Jahresrechnung)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
statementDate	xs:date	1	Erstelldatum der gemeldeten Jahresrechnung
statementYear	xs:gYear	1	Abrechnungsjahr
statementContributionYear	statementContributionYearType	0..n	Eintrag für jedes Beitragsjahr

4.6.26 statementContributionYearType (Beitragsjahr innerhalb Jahresrechnung)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
year	xs:gYear	1	Beitragsjahr
statementPerson	statementPersonType	0..n	Eintrag für jede versicherte Person

4.6.27 statementPersonType (Jahresrechnungs-Eintrag für eine Person)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
person	personType	1	Personenidentifikation
statementPersonPeriod	statementPersonPeriodType	0..n	Zeitabschnitte, in denen sich hinsichtlich PV nichts geändert hat

4.6.28 statementPersonPeriodType (Zeitabschnitt)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
decreeld	decreeldType	1	Referenznummer der zugrundeliegenden Verfügung
lastBusinessProcessIdAgency	businessProcessIdType	1	Letzte für die Verfügung verarbeitete und abgerechnete Laufnummer der DFS
lastBusinessProcessIdInsurance	businessProcessIdType	0..1	Letzte für die Verfügung verarbeitete und abgerechnete Laufnummer des Krankenversicherer falls vorhanden (nur vorhanden falls eine Meldung „Änderung Versicherungsverhältnis“ gemeldet wurde)
beginMonth	xs:gYearMonth	1	Beginnmonat
endMonth	xs:gYearMonth	1	Endemonat
premium amount	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Kumulierte Tarifprämie in Franken und Rappen Gesamter ausgerichteter PV-Betrag in Franken und Rappen
militarySuspension	xs:boolean	1	True = Militärsistierung aktiv False = Keine Militärsistierung

4.6.29 stopType (Annulation oder Verkürzung)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
decree	decreeType	1	Annullierte oder verkürzte Verfügung
stopMonth	xs:gYearMonth	1	Letzter Monat, in dem die Verfügung noch gültig sein wird. Bei Annulation vor Beginnmonat (beginMonth) der Verfügung.

4.6.30 stopConfirmationType (Bestätigung Annulation oder Verkürzung)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
decreeId	decreeIdType	1	Referenznummer der annullierten oder verkürzten Verfügung
person	personType	1	Personenidentifikation

4.6.31 stopRejectType (Rückweisung Annulation oder Verkürzung)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
decreeId	decreeIdType	1	Referenznummer der rückgewiesenen Verfügung
person	personType	1	Personenidentifikation
stopRejectReason	stopRejectReasonType	1	Grund für die Rückweisung der Annulation oder Verkürzung
stopMonth	xs:gYearMonth	0..1	Falls die Verfügung bereits gestoppt ist, Angabe des Enddatums aus diesem Stopp

4.6.32 stopRejectReasonType (Grund der Rückweisung eines Stopps)

Es gibt die folgenden Gründe für die Rückweisung eines Stopps:

- 1 = Verfügung unbekannt
- 2 = Gemeldetes Stoppdatum nach dem Ende des Verfügungszeitraums
- 3 = Gemeldetes Stoppdatum liegt zu weit in der Vergangenheit
- 4 = Ungültiger Stopp mit Verfügungsnummer 0

5 Mengengerüste

5.1 Annahmen und Grundlagen

Für die Schätzung der künftig anfallenden Mengengerüste wurden die offiziellen Statistiken des Bundesamtes für Gesundheit verwendet, in denen die PV-Bezügerquote je Kanton sowie die Anzahl versicherter Personen je Kanton und Krankenversicherer enthalten sind (Daten für das Jahr 2009, Datenstand: 24.08.2010, Quelle siehe Kapitel 1.3 – darin sind 81 Krankenversicherer enthalten; seitdem vollzogene Fusionen sind noch nicht berücksichtigt).

Zudem wurden ausgewählte Durchführungsstellen und Krankenversicherer zu Versichertenzahlen, Anzahlen von IPV-Verfügungen und Meldungshäufigkeit befragt, um die folgenden Annahmen machen zu können. Die EL-Bezüger wurden für die Analyse nicht berücksichtigt.

5.1.1 Häufige Meldungen

Für jede mögliche Kombination „Kanton + Krankenversicherer“ wird aus der erwarteten Anzahl Einzelmeldungen die nach den Gesetzen der Statistik erwartete Anzahl Sammelmeldungen bestimmt; diese verursachen effektiv die für den sedex-Versand anfallenden Kosten.

Die Berechnungen für die Meldungstypen 5201, 5211, 5202 und 5212 basieren auf den folgenden Annahmen:

- Die IPV-Bezügerquote (Anteil der IPV-Bezüger an der Gesamtzahl versicherter Personen für einen bestimmten Kanton und einen bestimmten Krankenversicherer) hängt nur vom Kanton ab und ist ansonsten für alle in einem bestimmten Kanton aktiven Krankenversicherer gleich
- Je IPV-Bezüger gibt es pro Jahr und Richtung 2 Einzelmeldungen des Typs „Häufige Meldungen“ gemäss Kapitel 4.5 (Neue Verfügung und Bestätigung/Rückweisung, Stopp und Bestätigung/Rückweisung, Änderung Versicherungsverhältnis)
- Jeder Kanton sendet eine „Anfrage Versicherungsverhältnis“ an alle dort aktiven Krankenversicherer im Umfang von 30% seiner IPV-Bezüger (Erfahrungswert für die Anzahl neu bezugsberechtigter Personen pro Jahr). Da nur der allfällige Krankenversicherer einer angefragten Person der DFS positiv antwortet, ist die Anzahl der Antwortmeldungen wesentlich geringer.
- Es wurden jeweils zwei Szenarien berechnet:
 - S1: Wöchentlicher Versand, 52 Meldungszeitpunkte pro Jahr
 - S2: Täglicher Versand $52 \times 5 = 260$ Meldungszeitpunkte pro Jahr
- Das Auftreten der Einzelmeldungen ist über das ganze Jahr gleichwahrscheinlich (sie ballen sich also nicht z.B. alle an den Monatsenden, sondern fallen rein zufällig an)

Erläuterung der Berechnungsmethode: Da jede Einzelmeldung mit gleicher Wahrscheinlichkeit zu jedem Meldungszeitpunkt auftreten kann, ist die Anzahl Einzelmeldungen über alle Meldungszeitpunkte Poisson-verteilt mit Parameter $\lambda = (\text{Anzahl Einzelmeldungen})/(\text{Anzahl Meldungszeitpunkte})$.

Man kann daher erwarten, dass $(1 - \exp(-1/\lambda)) \times (\text{Anzahl Meldungszeitpunkte})$ viele Sammelmeldungen mit mindestens einer Einzelmeldung anfallen; \exp bezeichnet dabei die Exponentialfunktion. Beispiel: Bei 456 Einzelmeldungen in einem Jahr und 260 möglichen Meldungszeitpunkten sind $(1 - \exp(-456/260)) \times 260 = 0.82689 \times 260 = \text{ca. } 215$ Sammelmeldungen zu erwarten.

5.1.2 Seltene Meldungen

Die Berechnungen für die Meldungstypen 5203, 5213 und 5214 basieren auf der folgenden Annahme:

- Es findet nur dann ein Meldungsverkehr statt, wenn der Krankenversicherer im entsprechenden Kanton aktiv ist. Jede mögliche Meldung wird genau 1 Mal pro Jahr versendet.

5.2 sedex-Sammelmeldungen jährlich, Durchführungsstellen

Kanton	5201		5202		5203	Summe		Anteil	
	S1	S2	S1	S2		S1	S2	S1	S2
ZH	3238	14017	3744	18720	72	7054	32809	4.90%	5.13%
BE	3093	13301	3588	17940	69	6750	31310	4.68%	4.90%
LU	2507	9414	3484	17420	67	6058	26901	4.20%	4.21%
UR	1422	4139	3016	15080	58	4496	19277	3.12%	3.01%
SZ	2391	8489	3380	16900	65	5836	25454	4.05%	3.98%
OW	1684	4960	2912	14560	56	4652	19576	3.23%	3.06%
NW	1636	5127	3120	15600	60	4816	20787	3.34%	3.25%
GL	1796	5595	3172	15860	61	5029	21516	3.49%	3.36%
ZG	2098	7148	3328	16640	64	5490	23852	3.81%	3.73%
FR	2611	10396	3276	16380	63	5950	26839	4.13%	4.20%
SO	2534	9769	3484	17420	67	6085	27256	4.22%	4.26%
BS	2049	7290	3276	16380	63	5388	23733	3.74%	3.71%
BL	2347	8949	3380	16900	65	5792	25914	4.02%	4.05%
SH	1939	6817	3016	15080	58	5013	21955	3.48%	3.43%
AR	1776	5807	3120	15600	60	4956	21467	3.44%	3.36%
AI	1173	3061	2652	13255	51	3876	16368	2.69%	2.56%
SG	2698	10790	3536	17680	68	6302	28538	4.37%	4.46%
GR	2385	8614	3380	16900	65	5830	25579	4.05%	4.00%
AG	2979	12741	3536	17680	68	6583	30489	4.57%	4.77%
TG	2354	9078	3276	16380	63	5693	25521	3.95%	3.99%
TI	2081	8082	3068	15340	59	5208	23481	3.61%	3.67%
VD	2567	11056	3120	15600	60	5747	26716	3.99%	4.18%
VS	2839	11469	3432	17160	66	6337	28695	4.40%	4.49%
NE	1960	7183	2860	14300	55	4875	21538	3.38%	3.37%
GE	2062	8420	2860	14300	55	4977	22775	3.45%	3.56%
JU	1672	5451	2756	13780	53	4481	19284	3.11%	3.02%
Ausland	252	726	564	1166	12	828	1905	0.57%	0.30%
Gesamt	58142	217893	84336	420022	1623	144101	639537	100.00%	100.00%

5.3 sedex-Sammelmeldungen jährlich, Krankenversicherer

Versicherer	5211		5212		5213	5214	Summe		Anteil	
	S1	S2	S1	S2			S1	S2	S1	S2
CSS Kranken-Vers. AG	1352	6753	1348	6197	26	26	2752	13003	2.69%	3.70%
Aquilana Versicherungen	1069	3189	556	1204	27	27	1679	4448	1.64%	1.27%
Moove Sympany AG	755	2541	460	909	25	25	1265	3500	1.24%	1.00%
SUPRA	933	2896	526	1315	26	26	1511	4263	1.48%	1.21%
Krankenkasse Luchsingen-Hä	121	304	53	81	16	16	205	416	0.20%	0.12%
Bezirkskrankenkasse Einsiedl	152	401	73	187	8	8	242	604	0.24%	0.17%
CM de la Fonction Publique	706	2274	413	1152	25	25	1169	3476	1.14%	0.99%
PROVITA Gesundheitsversich	1121	3589	648	1667	26	26	1822	5308	1.78%	1.51%
Sumiswalder Krankenkasse	638	1551	263	529	21	21	943	2122	0.92%	0.60%
Caisse-maladie EOS	139	461	82	136	15	15	251	628	0.25%	0.18%
Krankenkasse Steffisburg	208	887	163	398	4	4	379	1292	0.37%	0.37%
carena schweiz	774	2353	421	975	19	19	1233	3366	1.21%	0.96%
CMBB	992	3041	548	1306	26	26	1592	4400	1.56%	1.25%
CONCORDIA Schweiz. Krank	1404	6944	1379	6172	27	27	2837	13170	2.77%	3.75%
AGILIA Krankenkasse AG	512	1052	177	341	25	25	739	1443	0.72%	0.41%
ATUPRI	1327	6073	1168	3917	26	26	2547	10041	2.49%	2.86%
Avenir Assurances	1125	4348	820	2609	26	26	1997	7009	1.95%	1.99%
Krankenkasse Luzerner Hinter	398	1404	258	636	14	14	684	2068	0.67%	0.59%
KPT Krankenkasse AG	1368	6383	1243	4654	27	27	2665	11091	2.61%	3.16%
Xundtheit	1154	3614	637	1276	27	27	1846	4944	1.80%	1.41%
Caisse-maladie Hermes	1117	4329	807	2226	26	26	1976	6607	1.93%	1.88%
ÖKK	1097	3963	736	2212	26	26	1885	6227	1.84%	1.77%
Panorama Kranken- und Unfal	893	2574	462	1188	26	26	1407	3814	1.38%	1.09%
Vivao Sympany AG	1213	4578	859	2694	27	27	2126	7326	2.08%	2.09%
KK St. Moritz	187	427	77	179	21	21	306	647	0.30%	0.18%
Krankenversicherung Flaachta	52	257	50	127	1	1	104	386	0.10%	0.11%
La Caisse Vaudoise	1050	3952	747	2430	26	26	1849	6434	1.81%	1.83%
KOLPING	1322	4880	871	1654	26	26	2246	6586	2.20%	1.87%
KK Easy Sana	415	1157	209	612	26	26	676	1820	0.66%	0.52%
Krankenkasse Elm	173	451	82	230	6	6	267	693	0.26%	0.20%
innova Wallis AG	496	1576	275	460	19	19	809	2074	0.79%	0.59%
Cassa da malsauns Lumnezia	52	259	51	151	1	1	105	413	0.10%	0.12%
KLuG Krankenversicherung	559	1664	307	793	24	24	913	2506	0.89%	0.71%
EKG Grundversicherungen	1326	5930	1148	3988	26	26	2527	9970	2.47%	2.84%
sanavals Gesundheitskasse	52	259	51	144	1	1	105	405	0.10%	0.12%
KRANKENKASSE SLKK	796	2550	458	1052	21	21	1296	3644	1.27%	1.04%
sodalis gesundheitsgruppe	103	401	75	289	2	2	182	694	0.18%	0.20%
vita surselva	204	445	80	262	22	22	328	751	0.32%	0.21%
Progrès Versicherungen AG	1346	6323	1237	4453	26	26	2635	10828	2.58%	3.08%
Krankenkasse Zeneggen	45	84	13	15	1	1	60	101	0.06%	0.03%
KKV	52	260	52	192	1	1	106	454	0.10%	0.13%
Wincare Versicherungen AG	1373	6087	1170	3944	27	27	2597	10085	2.54%	2.87%
Avantis Assureur maladie	549	1633	295	680	25	25	893	2363	0.87%	0.67%
CM de la Vallée d'Entremont	52	260	52	239	1	1	106	501	0.10%	0.14%
KK INSTITUT INGENBOHL	241	384	60	69	21	21	343	495	0.34%	0.14%
Krankenkasse Turbenthal	52	159	26	34	1	1	80	196	0.08%	0.06%
Auxilia Kranken-Vers. AG	588	1911	348	847	23	23	981	2804	0.96%	0.80%
CM de Troistorrens	214	698	132	453	18	18	382	1187	0.37%	0.34%
KK Wädenswil	133	390	72	235	4	4	213	634	0.21%	0.18%
Krankenkasse Birchmeier	58	266	53	238	13	13	137	530	0.13%	0.15%
kmu-Krankenversicherung	344	740	128	320	19	19	510	1099	0.50%	0.31%
Krankenkasse Stoffel Mels KK	60	260	50	108	3	3	115	375	0.11%	0.11%
Krankenkasse Simplon	52	223	40	66	1	1	94	291	0.09%	0.08%
SWICA Krankenversicherung /	1367	6484	1274	5448	27	27	2695	11986	2.63%	3.41%
GALENOS	1037	2904	502	876	26	26	1591	3832	1.56%	1.09%
Vivao Sympany Schweiz AG	580	1699	304	704	27	27	938	2457	0.92%	0.70%
rhenusana	509	1171	202	450	24	24	759	1669	0.74%	0.47%
publiSana	246	635	112	228	9	9	376	881	0.37%	0.25%
Fondation Natura Assurances	179	474	82	130	16	16	293	636	0.29%	0.18%
Mutuel Assurances	1143	4587	877	3114	26	26	2072	7753	2.03%	2.21%
AMB	103	321	61	258	13	13	190	605	0.19%	0.17%
Sanitas Grundversicherungen	1401	6638	1299	5173	27	27	2754	11865	2.69%	3.38%
Hotela Caisse maladie	616	1508	258	396	25	25	924	1954	0.90%	0.56%
Intras Kranken-Vers. AG	1336	5986	1161	4421	26	26	2549	10459	2.49%	2.98%
Philos Caisse-maladie et acci	780	2501	463	1455	26	26	1296	4008	1.27%	1.14%
ASSURA	1334	5959	1163	4976	26	26	2549	10988	2.49%	3.13%
Caisse-maladie Universa	1113	4365	820	2429	26	26	1985	6845	1.94%	1.95%
aerosana Versicherungen AG	728	1986	364	1204	26	26	1144	3242	1.12%	0.92%
Visana	1233	5336	1028	3814	27	27	2315	9204	2.26%	2.62%
Agrisano	1229	5427	1037	3207	26	26	2318	8686	2.27%	2.47%
Helsana Versicherungen AG	1352	6707	1330	5694	26	26	2734	12453	2.67%	3.54%
innova Krankenversicherung A	1047	3500	628	1400	26	26	1727	4952	1.69%	1.41%
avanex Versicherungen AG	1228	4641	873	3007	26	26	2153	7700	2.10%	2.19%
Sansan Versicherungen AG	1325	5770	1111	3847	26	26	2488	9669	2.43%	2.75%
sana24	1157	4251	783	2403	27	27	1994	6708	1.95%	1.91%
Arcosana AG	1284	5574	1069	3481	26	26	2406	9108	2.35%	2.59%
viacare	654	2115	384	887	24	24	1086	3050	1.06%	0.87%
SanaTop Versicherungen AG	581	1298	215	288	25	25	846	1636	0.83%	0.47%
maxi.ch	114	283	48	70	14	14	190	380	0.19%	0.11%
Compact Grundversicherungen	1082	3598	646	1514	27	27	1782	5165	1.74%	1.47%
Sanagate AG	868	2786	497	1061	26	26	1417	3899	1.39%	1.11%
Gesamt	58142	217893	40901	130181	1623	1623	102289	351320	100.00%	100.00%

6 Beispiele

6.1 Neue Verfügung

Elemente im Meldungskopf (unterhalb <header>):

Element	Inhalt
senderId	6-001000-1 (AK ZH)
recipientId	7-27-1 (Helsana)
messageId	ac7e3f65-f83d-4ea3-bb5d-09c8bfea6bda
businessProcessId	3
messageType	5201
subMessageType	000101
sendingApplication	Elemente: <ul style="list-style-type: none"> • manufacturer = Softwarehouse AG • product = Softwareloesung • productVersion = 4.4.1
messageDate	2012-01-03T00:00:00Z
action	5 (Anfrage)
declarationLocalReference	Elemente: <ul style="list-style-type: none"> • name = Sachbearbeiter XY • department = Abteilung PV • phone = 044 1234567 • email = Sachbearbeiter.xy@kanton.ch
testDeliveryFlag	True

Elemente im Meldungsinhalt (unterhalb <content>):

Element	Inhalt
decreId	9345040f-c60e-4514-bfd8-66f5f1
Person	Person { vn = 756111222331 officialName = Stutz firstName = Frieda sex = 2 dateOfBirth = 1970-01-01 address { street = Musterstrasse houseNumber = 1 town = Musterstadt swissZipCode = 8000 country = 8100 } }
beginMonth	2012-01
endMonth	2012-12
amount	105.25
limitation	False

6.2 Bestätigung neue Verfügung

Elemente im Meldungskopf (unterhalb <header>):

Element	Inhalt
senderId	7-27-1 (Helsana)
recipientId	6-001000-1 (AK ZH)
messageId	449127ce-f672-4a5e-b559-2ccb889d7800
referenceMessageId	ac7e3f65-f83d-4ea3-bb5d-09c8bfea6bda
businessProcessId	3
messageType	5211
subMessageType	000102
sendingApplication	Elemente: <ul style="list-style-type: none"> • manufacturer = Softwarehouse AG • product = Softwareloesung • productVersion = 4.4.1
messageDate	2012-07-03T00:00:00Z
action	6 (Antwort)
declarationLocalReference	Elemente: <ul style="list-style-type: none"> • name = Kassenmitarbeiter XY • department = Abteilung PV • phone = 044 1234567 • email = Kassenmitarbeiter.xy@kasse.ch
testDeliveryFlag	True

Elemente im Meldungsinhalt (unterhalb <content>):

Element	Inhalt
decreId	9345040f-c60e-4514-bfd8-66f5f1
person	Person { vn = 7561111222231 officialName = Stutz firstName = Frieda sex = 2 dateOfBirth = 1970-01-01 address { street = Musterstrasse houseNumber = 1 town = Musterstadt swissZipCode = 8000 country = 8100 } }
insuranceData	insuranceData { premium = 280.50 accident = False contractStartDate = 2010-01-01 }

6.3 Jahresrechnung

Elemente im Meldungskopf (unterhalb <header>):

Element	Inhalt
senderId	7-27-1 (Helsana)
recipientId	6-001000-1 (AK ZH)
messageId	ea781d23-cc5b-4cb9-ac3f-07c28f57ff30
businessProcessId	5984673489674964
messageType	5214
subMessageType	000701
sendingApplication	Elemente: <ul style="list-style-type: none"> • manufacturer = Softwarehouse AG • product = Softwareloesung • productVersion = 4.4.1
messageDate	2013-02-29T00:00:00Z
action	1 (neu)
declarationLocalReference	Elemente: <ul style="list-style-type: none"> • name = Team Finanzen PV • department = Abteilung Finanzen • phone = 044 1234567 • email = team.finanzen.pv@kasse.ch
testDeliveryFlag	True

Im Meldungsinhalt (unterhalb <content>) befindet sich ein Element <statement> der folgenden Form:

Element	Inhalt
statementDate	2012-31-01
statementYear	2012
statementContributionYear	N Vorkommen (Eintrag für jede versicherte Person und Beitragsjahr), siehe unten

Darunter befinden sich mehrere Elemente <statementContributionYear> der folgenden Form:
1. Beispiel:

Element	Inhalt
Year	2012
statementPerson	N Vorkommen (eines für jede versicherte Person), siehe unten

Darunter können sich mehrere Elemente <statementPerson> der folgenden Form:

Element	Beschreibung
Person	<pre> person { vn = 756998887771 officialName = Stutz firstName = Frieda sex = 2 dateOfBirth = 1970-01-01 address { street = Musterstrasse houseNumber = 1 town = Musterstadt swissZipCode = 8000 country = 8100 } } </pre>
statementPersonPeriod	N Vorkommen von:

Element	Beschreibung
	<pre>statementPersonPeriod { decreeld = 9345040f-c60e-4514-bfd8-66f5f1 lastBusinessProcessIdAgency = 3 beginMonth = 2012-01 endMonth = 2012-12 premium = 3366.00 (Kumulierte Tarifprämie: 12 mal 280.50) amount = 1263.00 (PV gesamthaft ausgerichtet: 12 mal 105.25) militarySuspension = False }</pre>

2. Beispiel:

Element	Inhalt
year	2011
statementPerson	N Vorkommen (eines für jede versicherte Person), siehe unten

Darunter können sich mehrere Elemente <statementPerson> der folgenden Form:

Element	Beschreibung
Person	<pre>person { vn = 7569998887770 officialName = Hauser firstName = Kaspar sex = 1 dateOfBirth = 2000-02-29 address { street = Fünfeckpalast town = Musterstadt swissZipCode = 7000 country = 8100 } }</pre>
statementPersonPeriod	<p>N Vorkommen von:</p> <pre>statementPersonPeriod { decreeld = 5f33992d-c323-45b3-b039-cf3458 lastBusinessProcessIdAgency = 5467 beginMonth = 2011-01 endMonth = 2011-12 premium = 3366.00 (Kumulierte Tarifprämie: 12 mal 280.50) amount = 600.00 (PV gesamthaft ausgerichtet: 12 mal 50.00) militarySuspension = False }</pre>

6.4 PV mit Verfügungsnummer 0 - Stopp Meldungen

Beispiele

Fall	Stopp	PV Beginn	PV Ende	PV-Betrag	löschen von	löschen bis
1	2012.06	2012.01	2012.12	50	2012.07	2012.12
3	2012.06	2012.08	2012.12	50	2012.08	2012.12
5	2012.06	2012.08	2013.02	50	2012.08	2013.02
6	2012.06	2012.08	9999.12	50	2012.08	9999.12

Welche Bedingungen muss die in der oben angegebenen Periode zu "löschende" PV erfüllen?

1. Die vorhandene PV ist von der liefernden DFS.
2. Die bestehende PV hat die Verfügungsnummer "0".
3. Die bestehende PV muss nicht lückenlos vorhanden sein.
4. Der vorhandene PV-Betrag muss nicht mit dem PV-Betrag in der Lieferung übereinstimmen.