



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



santésuisse



AWK Group

Enabling digital performance.

Datenaustausch Prämienverbilligung Art. 65 KVG

Konzept Datenaustausch Prämien- verbilligung

Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK
Haus der Kantone
Speichergasse 6
3000 Bern

santésuisse
Römerstrasse 20
4502 Solothurn

25.03.2020



Dokumentinformationen

Titel:	Konzept Datenaustausch Prämienverbilligung	
Veröffentlichungsdatum:	25.03.2020	
Version:	4-1	
Status:	Version nach Vernehmlassung mit Anpassung Schemaversion (Kapitel 4.1)	
Anzahl Seiten:	60 exkl. Beilagen	
Dokumentverantwortlicher:	Lukas Wehrli	
Geprüft durch:	Technische Arbeits- und Steuergruppe DA-PV, Vernehmlassung bei allen Krankenversicherern und Kantonen	
Genehmigt durch:	Steuergruppe DA-PV	Datum: 19.12.2019

Dieser Bericht ist vertraulich und nur für den Auftraggeber bestimmt. Diesem steht das Recht zu, die Arbeitsergebnisse von AWK für den vereinbarten Zweck zu verwenden. Eine über den Auftrag hinausgehende Verwendung ist nicht zulässig.

AWK GROUP AG

Leutschenbachstrasse 45, Postfach, CH-8050 Zürich,
T +41 58 411 95 00, www.awk.ch

Zürich • Bern • Basel • Lausanne



Versionen

Version	Datum	Wichtigste Änderungen	Verantwortlich
1-0 / Definitiv	13.12.2011	Von der Steuergruppe GDK/santésuisse genehmigt	Pich / Gom
1-1 / Definitiv	06.02.2012	Übernahme alter Bestände (<i>Kapitel wurde entfernt</i>). 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 3.2.17, 4.3.1 4.3.8, 4.6.14, 4.6.21 und 4.6.2). Format der Verfügungsnummer (Kapitel 4.6.9).	Mea
1-2 / Definitiv	02.04.2012	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 4.3.5).	Mea
2-0 / Definitiv	09.07.2012	Präzisierungen in den Anwendungsbestimmungen (Kapitel 3.2.1, 3.2.4, 3.2.7, 3.2.9, 3.2.13, 3.2.14, 3.2.15, 3.2.17, 3.2.18, 3.2.19). Präzisierung der Meldungsprozesse (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 4.3.10). 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, 4.6.29, 4.6.31, 4.6.32, 4.6.33, und 4.6.37).	Mea
2-1 / Definitiv	04.03.2013	Aktualisierung der referenzierten Dokumente (Seite 5), Beschreibung und Illustration der Meldungsprozesse (Kapitel 3.1), Anwendungsbestimmungen (Kapitel 3.2.15, 3.2.16, 3.2.17), Präzisierungen der Meldungsprozesse (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, 4.3.5, 4.3.9 und 4.3.10), 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, 4.6.33 und 4.6.34).	Mea
2-2 / Definitiv	15.07.2013	Präzisierung in folgenden Abschnitten: Anwendungsbestimmungen (Kapitel 3.2.12, 3.2.19 und 3.2.19), Meldungsprozesse (Kapitel 3.4.1, 3.4.3, 3.5.1 und 3.5.1), Beispiel Stichtag und Jahresrechnung (Kapitel 3.12), Technische Anwendungsbestimmung (Kapitel 4.3.4 und 4.3.10), Präzisierung der Typen (Kapitel 4.6.6, 4.6.20, 4.6.29 und 4.6.33). Am Schema wurden keine Änderungen vorgenommen.	Mea
2-3 / Definitiv	31.07.2014	Präzisierung Anwendungsbestimmungen (Kapitel 3.2.1, 3.2.4, 3.2.16, 3.2.17, 3.2.18, 3.2.19, 3.3.1, 3.3.2, 3.4.1, 3.4.3, 3.5.1, 3.8.1, 3.9.1, 3.12, 4.3.7, 4.3.10-13, 4.6.4, 4.6.13, 4.6.15, 4.6.19-20, 4.6.29, 4.6.33, 5.3) Hinfällig/gelöscht: 3.2.19 Änderungen Rückweisungsgrund: 4.6.13, 4.6.20 Neues Beispiel: (<i>wurde in Version 2-4 wieder entfernt</i>)	azu
2-4 / Definitiv	09.05.2017	Überarbeitung aufgrund des Bundesgerichtsentscheids (BGE 142 V 87)	Wel
3-0	-	Version wurde übersprungen	Wel
4-0 / Definitiv	19.12.2019	Überarbeitung aufgrund der Revision des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG). Neue Kapitel: 3.10, 4.6.24, 4.6.25, 4.6.26, 4.6.27, 4.6.29	Wel
4-1 / Definitiv	25.03.2020	Anpassung Kapitel 4.1 (verwendete Schemaversion)	Wel



Abkürzungen und Begriffe

Abkürzung	Beschreibung
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
VDPV-EDI	Verordnung des EDI zum Datenaustausch Prämienverbilligung
VPVK	Verordnung über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung
VPVKEU	Verordnung über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rentner und Rentnerinnen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen
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.



Referenzierte Dokumente

Dokumente:

Titel	Datum
[1] IPV-DA-Konzept, Version 2.0	06.07.2011
[2] Projektorganisation Umsetzung Datenaustausch für Art. 65 und 64a KVG	27.06.2011
[3] Test- und Einführungskonzept Datenaustausch Prämienverbilligung, Version 2-1	21.08.2013
[4] Betriebskonzept Datenaustausch Prämienverbilligung, Version 1-2	01.01.2016
[5] Konzept zum Datenaustausch zum Art. 64a KVG	28.10.2016

Informationen über PV, Krankenversicherung, sedex und angrenzende Themen:

Dokument	URL
ATSG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20002163/index.html
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, dort insbesondere Art. 65 https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html
KVV	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung, dort insbesondere Art. 106b bis 106e https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950219/index.html
ELG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG), dort insbesondere Artikel 21a https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20051695/index.html
ELV	Verordnung vom 15. Januar 1971 über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, dort insbesondere Artikel 22 Absatz 5 und Artikel 54a Absatz 5 https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19710014/index.html
VPVK	Verordnung vom 7. November 2007 über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20071955/index.html
VPVKEU	Verordnung vom 3. Juli 2001 über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rentner und Rentnerinnen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20011353/index.html
VDPV-EDI	Verordnung des EDI vom 13. November 2012 zum Datenaustausch Prämienverbilligung https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20111853/index.html
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 https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/rakv7/erlassadpvhuit.pdf.download.pdf/kommentar-erlass-huit.pdf



Verzeichnis der PV-Durchführungsstellen	https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/krankenvsicherung/praemienverbilligung-zustaendige-stellen-2016.pdf.download.pdf/kantonale-stellen-praemienverbilligung-d.pdf
Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer	https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenvsicherung/krankenvsicherung-versicherer-aufsicht/verzeichnisse-krankenundrueckversicherer.html
Anzahl Versicherte pro Krankenversicherer und Kanton (Statistik der obligatorischen Krankenversicherung)	https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenvsicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenvsicherung.html
GDK-Information	Information der GDK zur Durchführung der PV in den Kantonen https://www.gdk-cds.ch/de/krankenvsicherung/praemienverbilligung/kantonale-praemienverbilligungssysteme
Prämienregionen	Aufstellung des BAG zu den Prämienregionen 2020 https://www.priminfo.ch/praemien/regionen/de/index.php
sedex Handbuch	Handbuch für Software-Lieferanten, die eine Schnittstelle zwischen der partizipierenden Anwendung und dem sedex-Adapter entwickeln müssen https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/315862/master
BGE 142 V 87 (9C_268/2015)	Bundesgerichtsentscheid vom 3. Dezember 2015, wonach für den Beginn und das Ende der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Grundsatz der Teilbarkeit der Monatsprämie gilt http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?lang=de&zoom=&type=show_document&highlight docid=atf%3A%2F%2F142-V-87%3Ade
Rundschreiben BAG zu BGE 9C_268/2015	Information des BAG zur Umsetzung des Bundesgerichtsentscheids vom 3. Dezember 2015 (9C 268/2015) https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/rakv3/infoschr-2016-04-06-bge-9c-268-2015.pdf.download.pdf/infoschr-2016-04-06-bge-9c-268-2015.pdf
Kreisschreiben BAG zu Militärsistierung	Kreisschreiben des BAG zur Sistierung der Versicherungspflicht bei längerem Dienst (Version vom 27. Mai 2016) https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/rakv2/ks-1-2-sistierung-versicherung-dienst.pdf.download.pdf/ks-1-2-sistierung-versicherung-dienst.pdf



Steuergruppe DA-PV

Mitglieder der Steuergruppe im Zeitraum der Überarbeitung des Konzepts (Erstellung Version 4-1):

Name	Institution
Charles Allet	Dienststelle für Gesundheitswesen VS
Jonathan Favre	Groupe Mutuel
Philippe Candolfi	Visana
Rolf Häner	Amt für Sozialversicherungen BE
Matthias Levi	SWICA
Dominique Marcuard	BAG, Beirat
Silvia Marti	GDK (Co-Leitung)
Andreas Meier	AWK Group AG, Beirat
Axel Reichlmeier	santésuisse (Co-Leitung)
Andy Ryser	SVZ TG
Nadine Schüpbach	BSV, Beirat
Lukas Wehrli	AWK Group AG, Beirat

Technische Arbeitsgruppe DA-PV

Mitglieder der technischen Arbeitsgruppe im Zeitraum der Überarbeitung des Konzepts (Erstellung Version 4-1):

Name	Institution
Mandy Baumann	Adcubum AG
Olivier Guignard	Office vaudois de l'assurance-maladie
Sascha Jakobovic	IGS GmbH
Markus Jutzi	Amt für Sozialversicherungen BE
Stephan Lang	SVA AG
Matthias Levi	SWICA
Rita Pleisch	Helsana
Wilhelm Randelshofer	CSS
Christian Senning	AWK Group AG
Lukas Wehrli	AWK Group AG (Leitung)



Inhaltsverzeichnis

1.	Allgemeines	11
1.1.	Inkrafttreten	11
1.2.	Übergangsregelung	11
2.	Einleitung.....	11
2.1.	Ausgangslage.....	11
2.2.	Abgrenzung	12
2.3.	Aufbau der Dokumentation	12
3.	Meldungsprozesse.....	12
3.1.	Übersicht über die Meldungsprozesse	12
3.2.	Anwendungsbestimmungen.....	16
3.2.1.	Gültigkeit einer PV-Verfügung	16
3.2.2.	Verfügungen für mehrere Personen	16
3.2.3.	Enddatum einer PV-Verfügung.....	17
3.2.4.	Rückwirkende und zukünftige Verfügungen	17
3.2.5.	Tarifprämie, geteilte Tarifprämie und kumulierte Tarifprämie	18
3.2.6.	Plafonierung.....	18
3.2.7.	Sistierung der Versicherungspflicht wegen Unterstellung unter die Militärversicherung	18
3.2.8.	Prämienverbilligung bei Ergänzungsleistungen	19
3.2.9.	Umgang mit Verfügungen in Randmonaten.....	19
3.2.10.	Kantonswechsel	20
3.2.11.	Jahresrechnung	20
3.2.12.	Fusion, Übernahme, Aufspaltung, Neugründung, Auflösung, Konkurs	22
3.2.13.	Eindeutige Identifizierung einer PV-Verfügung	23
3.2.14.	Adresse der versicherten Person	23
3.2.15.	Verarbeitungsreihenfolge und Laufnummer.....	24
3.2.16.	Meldefrequenz und Antwortzeiten	24
3.2.17.	Datenlieferung der Krankenversicherer an die Durchführungsstellen	25
3.2.18.	Meldung von Vor- und Nachversicherer	26
3.2.19.	Stichtag	26
3.3.	Meldungsprozess 1 „Neue Verfügung“	26
3.3.1.	Meldung „Verfügung“.....	26
3.3.2.	Meldung „Rückweisung Verfügung“	27
3.3.3.	Meldung „Bestätigung Verfügung“	27
3.4.	Meldungsprozess 2 „Stopp einer Verfügung“	28
3.4.1.	Meldung „Stopp“	28
3.4.2.	Meldung „Bestätigung Stopp“	28
3.4.3.	Meldung „Rückweisung Stopp“	29
3.5.	Meldungsprozess 3 „Änderung Versicherungsverhältnis“	29
3.5.1.	Meldung „Änderung Versicherungsverhältnis“	29



3.6.	Meldungsprozess 4 „Anfrage Versicherungsverhältnis“	30
3.6.1.	Meldung „Anfrage Versicherungsverhältnis“	30
3.6.2.	Meldung „Antwort versicherte Person“	31
3.7.	Meldungsprozess 5 „Verfügungsbestand“	31
3.7.1.	Meldung „Verfügungsbestand“	31
3.8.	Meldungsprozess 6 „Versichertenbestand“	32
3.8.1.	Meldung „Versichertenbestand“	32
3.9.	Meldungsprozess 7 „Jahresrechnung“	32
3.9.1.	Meldung „Jahresrechnung“	32
3.10.	Meldungsprozess 8 „Tarifprämie“	33
3.10.1.	Meldung „Anfrage Tarifprämie“	33
3.10.2.	Meldung „Antwort Tarifprämie“	34
3.11.	Anwendungsbeispiel	35
3.12.	Beispiel Stichtag und Jahresrechnung	37
3.12.1.	Stichtag	37
3.12.2.	Jahresrechnung	38
4.	Meldungsspezifikation	39
4.1.	Schemaversion	39
4.2.	Einsatz von sedex	39
4.3.	Technische Anwendungsbestimmungen	40
4.3.1.	Anwendung von eCH-Standards	40
4.3.2.	Grundlegender Aufbau der einzelnen Meldungen	40
4.3.3.	Schemaprüfung/Validierung	41
4.3.4.	Laufnummer	41
4.3.5.	Verwendung von Sammelmeldungen	41
4.3.6.	Aufbau der Meldungsdateien	42
4.3.7.	Datenmodell und Referenzierung	43
4.3.8.	Personendaten in allen Meldungen	44
4.3.9.	Adressierung	44
4.3.10.	XML Formatierung	44
4.3.11.	Format von Datums- und Zeitangaben	44
4.3.12.	Doppelmeldungen	45
4.4.	Meldungsrahmen	45
4.5.	Meldungstypen und Submeldungstypen	46
4.6.	Typen	47
4.6.1.	actionType (Aktionscode)	47
4.6.2.	addressType	47
4.6.3.	agencyType (Durchführungsstelle)	48
4.6.4.	bagNumberType	48
4.6.5.	bonusType (Bonusprodukt)	48
4.6.6.	businessProcessIdType (Laufnummer)	48
4.6.7.	declarationLocalReferenceType (Lokale Referenz des Absenders)	49



4.6.8.	decreeConfirmationType (Bestätigung Verfügung)	49
4.6.9.	decreeIdType (Verfügungsnummer)	49
4.6.10.	decreeInventoryType (Verfügungsbestand).....	49
4.6.11.	decreeInventoryElementType (Einzelnes Element des Verfügungsbestands).....	49
4.6.12.	decreeRejectType (Rückweisung Verfügung).....	50
4.6.13.	decreeRejectReasonType (Grund der Rückweisung einer Verfügung).....	50
4.6.14.	decreeType (Verfügung)	50
4.6.15.	insuranceDataType (Daten des Krankenversicherers)	51
4.6.16.	insuranceInventoryType (Versichertenbestand)	51
4.6.17.	insuranceQueryType (Anfrage Versicherungsverhältnis).....	52
4.6.18.	insuranceQueryResultType (Antwort Versicherungsverhältnis)	52
4.6.19.	mutationReasonType (Grund für Änderung Versicherungsverhältnis)	52
4.6.20.	mutationType (Änderung Versicherungsverhältnis)	52
4.6.21.	personType (Personenidentifikation)	53
4.6.22.	premiumAgeType (Prämiengruppe)	53
4.6.23.	premiumGroupType (Tarifgruppe).....	53
4.6.24.	premiumQueryType (Anfrage Tarifprämie)	53
4.6.25.	premiumQueryResultType (Antwort Tarifprämie)	53
4.6.26.	premiumInsuredPersonType (Tarifprämie Eintrag für eine Person)	54
4.6.27.	premiumRejectReasonType	54
4.6.28.	premiumRegionType (Prämienregion).....	54
4.6.29.	queryRejectReasonType	54
4.6.30.	statementType (Jahresrechnung).....	54
4.6.31.	statementContributionYearType (Beitragsjahr innerhalb Jahresrechnung) ...	55
4.6.32.	statementPersonType (Jahresrechnungs-Eintrag für eine Person).....	55
4.6.33.	statementPersonPeriodType (Zeitabschnitt).....	55
4.6.34.	stopType (Annulation oder Verkürzung)	55
4.6.35.	stopConfirmationType (Bestätigung Annulation oder Verkürzung).....	56
4.6.36.	stopRejectType (Rückweisung Annulation oder Verkürzung)	56
4.6.37.	stopRejectReasonType (Grund der Rückweisung eines Stopps)	56
5.	Beispiele.....	56
5.1.	Neue Verfügung.....	56
5.2.	Bestätigung neue Verfügung.....	57
5.3.	Jahresrechnung	58



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. Inkrafttreten

Die Version 4-1 vom 25.03.2019 tritt ab dem 01.07.2020 in Kraft.

1.2. Übergangsregelung

Der neue Meldeprozess 8 muss ab 01.11.2020 eingeführt sein. Der Zeitraum zwischen Inkrafttreten der Version 4-1 dieses Konzepts und dem 01.11.2020 wird als Testphase genutzt.

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. Die aktuelle Betriebsorganisation ist im Betriebskonzept [4] beschrieben.

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. Das von GDK und santésuisse gemeinsam erstellte Konzept Datenaustausch Prämienverbilligung 2-4 wurde aufgrund der Revision vom 22. März 2019 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) und der zugehörigen Verordnung (ELV) angepasst¹. Die bereits geklärten fachlichen Fragen sowie die Ansätze zur technischen Umsetzung wurden aus dem Konzept Datenaustausch Prämienverbilligung 2-4 ins vorliegende Konzept Datenaustausch PV 4-1 übernommen.

¹ Siehe <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/el/reformen-und-revisionen/el-reform.html>.



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.

Explizit nicht im vorliegenden Konzept geregelt werden Vorgaben zu den folgenden Themen:

- Geldfluss zwischen Durchführungsstellen und Krankenversicherern
- Kontoführung bei den Durchführungsstellen und Krankenversicherern
- Meldungen, die nicht über den elektronischen Datenfluss via sedex laufen (z.B. Begleitbrief oder Rückmeldung zur Jahresrechnung etc.)

2.3. Aufbau der Dokumentation

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

- **Konzept Datenaustausch PV (vorliegendes Dokument):**
Beschreibung der fachlichen und technischen Meldungsprozesse. 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 nicht mehr verwendet.
- **Einführungs- und Testkonzept (separates Dokument, Referenz [3]):**
Beschreibt das Einführungs- und Testvorgehen, um den Datenaustausch bzgl. PV termingerecht und in der notwendigen Qualität bei den 27 Durchführungsstellen und den nach Art. 4 Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG, SR 832.12) zugelassenen (OKP-)Krankenversicherern einzuführen.
- **Betriebskonzept (separates Dokument, Referenz [4]):**
Festlegung des Aufbaus der Betriebsorganisation und Regelung der notwendigen Prozesse mit Aufgaben und Verantwortlichkeiten.

Die erwähnten Dokumente und weitere für den DA-PV relevante Informationen und Dokumente sind auf der Webseite <https://dapv.ch> zu finden.

3. Meldungsprozesse

3.1. Übersicht über die Meldungsprozesse

Der Datenaustausch bezüglich PV gemäss Art. 65 KVG erfolgt mit acht 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.

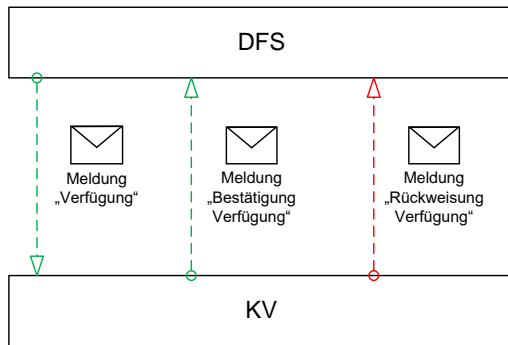


Abbildung 1: Meldungsprozess 1 „Neue Verfügung“

▪ **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.

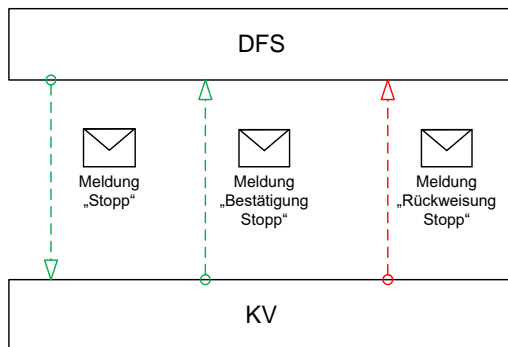


Abbildung 2: Meldungsprozess 2 „Stopp einer Verfügung“

▪ **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.

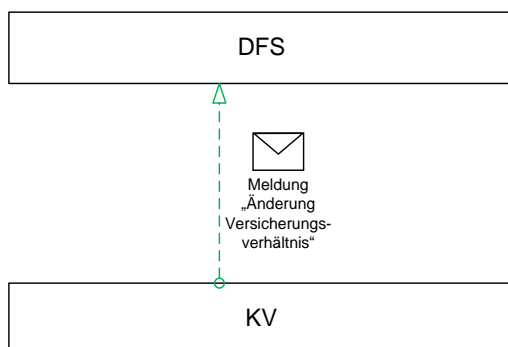


Abbildung 3: Meldungsprozess 3 „Änderung Versicherungsverhältnis“

▪ **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 die Durchführungsstelle über eine gesetzliche Grundlage verfügen.

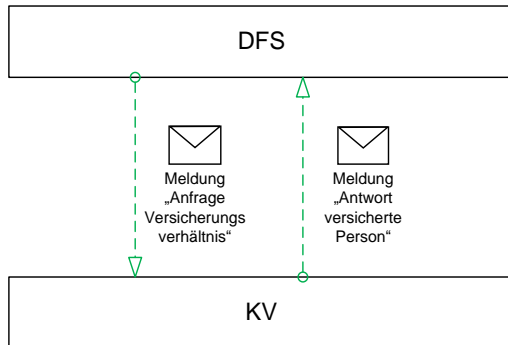


Abbildung 4: Meldungsprozess 4 „Anfrage Versicherungsverhältnis“

▪ **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.

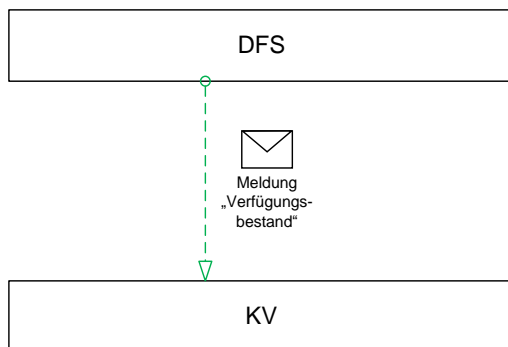


Abbildung 5: Meldungsprozess 5 „Verfügungsbestand“

▪ **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 Durchführungsstelle tätig ist, die den Versichertenbestand gemeldet haben will, eine gesetzliche Grundlage geben.

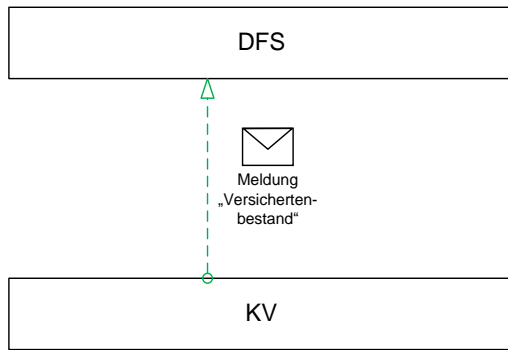


Abbildung 6: Meldungsprozess 6 „Versichertenbestand“

▪ **Meldungsprozess 7 „Jahresrechnung“**

Mittels der Meldung „Jahresrechnung“ werden die vom Krankenversicherer während eines Kalenderjahrs tatsächlich an die Versicherten gutgeschriebenen oder von ihnen zurückgeforderten PV gemeldet. Im vorliegenden Konzept kommt eine einheitliche und möglichst einfache Handhabung dieses Datenabgleichs zur Anwendung.

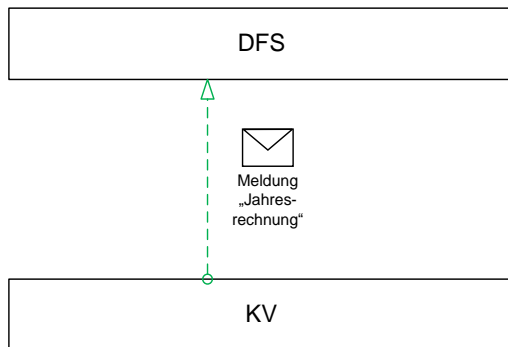


Abbildung 7: Meldungsprozess 7 „Jahresrechnung“

▪ **Meldungsprozess 8 „Tarifprämie“**

Wenn eine Durchführungsstelle Informationen zur Tarifprämie von versicherten Personen benötigt, kann sie eine „Anfrage Tarifprämie“ an einen Krankenversicherer stellen. Der Krankenversicherer stellt der Durchführungsstelle die Angaben zu den Tarifprämien der versicherten Personen gemäss ELV zu.

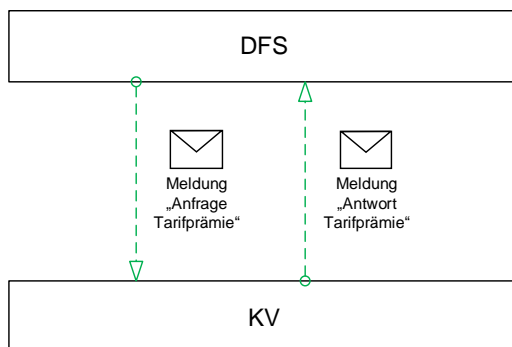


Abbildung 8: Meldungsprozess 8 „Tarifprämie“



3.2. Anwendungsbestimmungen

- ① 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 „Beginn- und Endmonat“ definiert. Beginn- und Endmonat gehören dabei vollständig zum Zeitraum der Verfügung.

Beispiel: Eine Verfügung vom Januar 2016 bis Februar 2017 ist vom 1.1.2016 bis zum 28.2.2017 gültig.

- ① Das Bundesgericht hat am 3. Dezember 2015 (BGE 142 V 87) entschieden, dass die Prämie der OKP teilbar ist, sodass nach dem Tod einer versicherten Person der Prämienanteil für die Zeit nach dem Todestag bis zum Ende des Monats zurückzuerstatten ist. Das Urteil hat keine direkte Auswirkung auf die Gültigkeit von PV-Verfügungen, PV-Verfügungen werden weiterhin mit Monatsgranularität gemeldet (siehe auch Kapitel 3.2.9).

Eine PV darf für einen Monat nur dann abgerechnet werden, wenn ein aktives OKP-Versicherungsverhältnis für mindestens einen Tag dieses Beitragsmonats 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 (gemäss der Regelung in Kapitel 3.2.9). Die vorhandene PV darf bei Wegfallen des OKP Versicherungsverhältnisses nicht durch den Versicherer verkürzt oder annulliert werden. Der Umgang mit „Randmonaten“ ist in Kapitel 3.2.9 beschrieben (die Bedeutung des Begriffs Randmonat wird im entsprechenden Kapitel erläutert).

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

- ① das Stoppen einer Verfügung obliegt ausschliesslich der Verantwortung der Durchführungsstelle.
- 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 Durchführungsstelle, 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.
- Kommt es aufgrund von Verfügungen, welche mehrere Personen betreffen, zum Versand von Meldungen, deren Wirkung sich aus Sicht der betroffenen versicherten



Person aufhebt (z.B. Stopp einer Verfügung und neue Verfügung mit dem gleichen Betrag), so muss die Durchführungsstelle dafür sorgen, dass die beiden Meldungen in derselben Sammelmeldung verschickt werden. Ein solcher Fall kann z.B. dann eintreten, wenn eine Verfügung eine ganze Familie betrifft und sich für ein Familienmitglied eine Änderung ergibt.

- Die Durchführungsstelle 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*

Verfügungen mit offenem Enddatum sind nicht zulässig.

Das Enddatum kann 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 im Rahmen der rechtlichen Vorgaben auch rückwirkend über sedex verfügen und stoppen, wobei gilt:

- alle Verfügungen, welche einen Zeitraum nach dem 1.1.2014 betreffen dürfen über sedex verschickt werden (unabhängig vom Verfügungszeitpunkt) und
- alle Verfügungen, welche über sedex verschickt wurden, können auch wieder über sedex aufgehoben werden.

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

Für die Einschränkungen betreffend rückwirkende Verfügungen bestehen keine gesetzlichen Grundlagen im Bundesrecht. Es handelt sich um eine technische Einschränkung. Die Frage, welche rückwirkenden Anpassungen durch die Krankenversicherer verarbeitet werden müssen, kann in diesem Konzept nicht beantwortet werden.

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

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



3.2.5. *Tarifprämie, geteilte Tarifprämie und kumulierte Tarifprämie*

Die „Tarifprämie“ ist die monatliche Prämie, welche vom BAG genehmigt wurde.

Die „geteilte Tarifprämie“ entspricht dem Teil der monatlichen Tarifprämie, welchen der Krankenversicherer gemessen an der Anzahl Tage der Versicherungsdauer im Randmonat (siehe Kapitel 3.2.9) berechnet.

Unter der kumulierten Tarifprämie wird für einen zusammenhängenden Zeitraum von einem oder mehreren Monaten die Summe der Tarifprämien aller Monate des Zeitraums verstanden. Es dürfen immer nur Monate zusammengefasst werden, für welche die folgenden Parameter identisch sind:

- PV-Betrag
- Tarifprämie
- Militärsistierung.

3.2.6. *Plafonierung*

Mit der Meldung der PV-Verfügung meldet die Durchführungsstelle 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.

Der Umgang mit Verfügungen mit Plafonierung in Randmonaten ist in Kapitel 3.2.9 geregelt.

3.2.7. *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 Ausrichtung der PV selbstständig und weist diese Sistierung ausschliesslich über die Jahresrechnung aus (siehe Kapitel 4.6.33):

- premium = 0
- amount = 0
- militarySuspension = True

In Monaten, in welchen die Versicherungspflicht nicht im ganzen Monat sistiert ist (Randmonate der Militärsistierung) ist der Umgang wie folgt:

- premium = Tarifprämie
- amount = ausgerichteter PV-Betrag (abhängig von Plafonierung ja/nein)
- militarySuspension = True



Wird die Sistierung nach erfolgter Jahresrechnung annulliert, richtet der Krankenversicherer die PV selbständig aus und weist dies in der nächsten Jahresrechnung wie folgt aus:

- premium = kumulierte Tarifprämie
- amount = ausgerichteter PV-Betrag (positiv)
- militarySuspension = False

Für die nachträgliche Meldung einer Militärsistierung werden die Elemente wie folgt verwendet:

- premium = 0
- amount = ausgerichteter PV-Betrag (negativ)
- militarySuspension = True

i Der Bundesgerichtsentscheid vom 3. Dezember 2015 (BGE 142 V 87) hat Auswirkungen auf den Umgang mit Militärsistierungen (siehe Kapitel 3.2.9 und 3.9.1).

3.2.8. *Prämienverbilligung bei Ergänzungsleistungen*

Bezüger von Ergänzungsleistungen erhalten einen Betrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 10 Abs. 3 Buchst. d ELG. Dieser entspricht einem jährlichen Pauschalbetrag in der Höhe der kantonalen beziehungsweise regionalen Durchschnittsprämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (inkl. Unfalldeckung), höchstens jedoch der tatsächlichen Prämie. Die tatsächliche Prämie entspricht der in diesem Konzept definierten Tarifprämie (siehe Art. 16d ELV). Daher müssen die kantonalen Durchführungsstellen mit den Krankenversicherern auch Daten zu den EL-beziehenden Personen und insbesondere auch zur Tarifprämie dieser 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 stellen.

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.

i Der im Kapitel 3.2.9 beschriebene Bundesgerichtsentscheid hat keinen Einfluss auf die Ergänzungsleistungen. Verfügungen, welche Ergänzungsleistungen betreffen, sind immer für einen endlichen zusammenhängenden Zeitraum mit einer Monatsgranularität gültig.

3.2.9. *Umgang mit Verfügungen in Randmonaten*

Das Bundesgericht hat am 3. Dezember 2015 (BGE 142 V 87) entschieden, dass die Prämie der OKP teilbar ist, sodass nach dem Tod einer versicherten Person der Prämienanteil für die Zeit nach dem Todestag bis zum Ende des Monats zurückzuerstatten ist. Das BAG hält mit Schreiben vom 6. April 2016 fest, dass die taggenaue Abrechnung der OKP-Prämien in den folgenden Situationen, welche einen Beginn, ein Ende oder eine Sistierung der Versicherungspflicht bedeuten, zur Anwendung kommt:



- Geburt
- Tod
- Wohnsitznahme in der Schweiz
- Wegzug ins Ausland
- Militärsistierung

Weiter hält das BAG fest, dass die neue Rechtsprechung keinen Einfluss auf die Ergänzungsleistungen hat.

Ein Monat, in welchem die versicherte Person nicht für den ganzen Monat prämienpflichtig ist, wird im vorliegenden Konzept als Randmonat bezeichnet.

Der Umgang mit PV-Verfügungen in Randmonaten ist wie folgt geregelt:

- Bei einer PV-Verfügung ohne Plafonierung wird die Prämienverbilligung auch in Randmonaten vollständig ausbezahlt.
- Bei einer PV-Verfügung mit Plafonierung wird die Prämienverbilligung auf das Niveau der geteilten Tarifprämie plafoniert.

i Im Rahmen des DA-PV können die Durchführungsstellen für Randmonate neue PV-Verfügungen erlassen und somit die Höhe der PV für Randmonate neu melden.

3.2.10. *Kantonswechsel*

Die Krankenversicherer richten 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.

3.2.11. *Jahresrechnung*

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

Die Jahresrechnung zeigt die vom Krankenversicherer tatsächlich an die Versicherten gutgeschrieben oder von ihnen zurückgeforderten PV. Sie widerspiegelt die finanzielle Wirkung der Meldungsprozesse 1 bis 3 (siehe Kapitel 3.1) für Durchführungsstelle und Krankenversicherer. Seitens Krankenversicherer wird die Jahresrechnung verwendet, um gegenüber der internen und externen Revision und gegenüber der Durchführungsstelle Rechenschaft abzulegen.

In der Jahresrechnung für das Abrechnungsjahr enthalten sind alle bis und mit Stichtag 31. Dezember des Abrechnungsjahrs (bzw. bis zur Einstellung der Geschäftstätigkeit) abgerechneten 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 3.2.15) wird mitgeteilt, welche Meldungen bezüglich einer PV-Verfügung abgerechnet wurden.

Mit "abgerechnet" sind die tatsächlich finanziell wirksam dem Berechtigten gutgeschrieben bzw. zurückgeforderten PV-Beträge gemeint, wobei die Krankenversicherer dies wie folgt handhaben:

- Handhabung 1: Einige Krankenversicherer schreiben den verfügbaren PV-Betrag sofort einem „Konto“ der versicherten Person gut. In diesem Fall ist ein Betrag „abgerechnet“, sobald die Verfügungsmeldung im System erfasst und bestätigt ist.
- Handhabung 2: Andere Krankenversicherer geben der versicherten Person den PV-Betrag beim nächsten Versand einer Prämienrechnung weiter. Sie führen nur Beträge auf der Jahresrechnung auf, welche der versicherten Person bereits per Abzug auf einer Prämienrechnung weitergegeben wurden. Aufgrund der Rechnungsläufe der Krankenversicherer kann dies dazu führen, dass viele Ende Jahr verfügte PV-Beträge erst in der nächsten Jahresrechnung aufgeführt werden (obwohl diese bereits im System erfasst und bestätigt sind).

Diese beiden unterschiedlichen Handhabungen führen zu Differenzen bezüglich der letzten berücksichtigten Meldungen in den Jahresrechnungen der verschiedenen Krankenversicherer und sie haben in der Vergangenheit zu vielen Rückfragen seitens der Durchführungsstellen geführt.

Beide oben erwähnten Interpretationen entsprechen dem Konzept und die Durchführungsstellen müssen mit beiden Varianten umgehen können. Die Jahresrechnung enthält pro Zeitabschnitt die „letzte verarbeitete und abgerechnete Laufnummer der Durchführungsstellen und Krankenversicherer im Zusammenhang mit der Verfügung“ (lastBusinessProcessIdAgency und lastBusinessProcessIdInsurance, siehe Kapitel 3.9.1 resp. 4.6.33). Über diese Verfügungsnummern kann die Durchführungsstelle feststellen, welche PV-Meldungen für eine bestimmte versicherte Person in der Jahresrechnung enthalten sind. Alle neueren PV-Meldungen müssen in der nächsten Jahresrechnung enthalten sein.

Erkennt die Durchführungsstelle oder der Krankenversicherer Abweichungen in der Jahresrechnung, welche nicht auf die unterschiedliche Handhabung (gemäss Erläuterung oben) zurückzuführen sind, dann sind die Gründe dafür bilateral zu klären bzw. zu beseitigen (siehe Betriebskonzept [4]).

- Im Normalfall sind Abweichungen mittels der Meldungsprozesse 1 bis 3 zu korrigieren. Korrekturen mittels neuer Meldungen führen nicht zu einer Anpassung der Jahresrechnung, sondern zu Einträgen auf der nächsten Jahresrechnung.
- Bei Softwarefehlern des Krankenversicherers, muss eine neue, korrigierte Jahresrechnung erstellt und gemeldet werden.

Zusätzlich zum elektronischen Datenfluss über sedex wird die Kommunikation über andere Kanäle (Post, E-Mail) zwischen Durchführungsstelle und Krankenversicherer empfohlen. Insbesondere wird den Krankenversicherern empfohlen, parallel zur Jahresrechnung über sedex eine E-Mail an die Durchführungsstelle zu senden mit dem folgenden Inhalt:

- Information, dass die Jahresrechnung verschickt wurde.



- Bitte, dass die Durchführungsstelle nach Behebung aller Abweichungen dem Krankenversicherer eine Bestätigung schickt, dass die Jahresrechnung nun so akzeptiert wird (resp. dass keine weiteren Korrekturen nötig sind).

3.2.12. Fusion, Übernahme, Aufspaltung, Neugründung, Auflösung, Konkurs

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

▪ Fusionen, Übernahmen

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. Solche rückwirkenden Meldungen sind ab dem Zeitpunkt der Fusion an den sedex-Anschluss des übernehmenden Krankenversicherers zu senden. Der übernommene Krankenversicherer wird nach Erstellung der letzten Jahresrechnung keinen eigenen sedex-Anschluss mehr betreiben.

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. Für alle rückwirkenden Meldungen, welche den übernommenen Krankenversicherer und die Zeit vor der Übernahme betreffen, müssen die Durchführungsstellen sicherstellen, dass diese an die sedex-ID des übernehmenden Krankenversicherers gesendet werden. Diese fließen in die Jahresrechnung vom übernehmenden Krankenversicherer ein. Hierzu müssen gegebenenfalls die Datenstände der Durchführungsstelle angepasst werden. Weiter dürfen in allen Meldungen nur noch der Name und die BAG Nummer des übernehmenden Krankenversicherers verwendet werden.

Folgendes Vorgehen wird für eine reibungslose Übernahme eines Krankenversicherers durch einen anderen Krankenversicherer im Bereich des elektronischen Datenaustauschs Prämienverbilligung empfohlen. Annahme: Die Fusion findet per 1. Januar statt.

Wann	Was
Vor Ende September	Information über die Fusion der beiden Krankenversicherer an alle Durchführungsstellen versenden.
Sobald bekannt	Versand der Meldung „Änderung Versicherungsverhältnis“ (mutationReasonType = 3, mutationDate = Datum der Übernahme) für alle Versicherten mit einer PV-Verfügung bis Ende Jahr (31. Dezember) oder darüber hinaus. Diese Meldungen werden vom sedex-Anschluss des zu übernehmenden Krankenversicherers gesendet.
Ab Datum der Übernahme (1. Januar)	Letzte Verarbeitung von sedex-Meldungen: Import der Meldungen am 1. Januar. Danach: Verarbeitung/Beantwortung aller eingegangenen Meldungen innerhalb der vorgegebenen Frist.
Nach der Übernahme	Interne Datenmigration beim Krankenversicherer. Ab dieser Migration müssen alle Meldungen beider Krankenversicherer über den sedex-Anschluss des übernehmenden Krankenversicherers bearbeitet werden können.
Nach der Migration	Sämtliche Meldungen, welche noch auf den nicht mehr benutzten



	sedex-Anschluss des übernommenen Krankenversicherers eingehen, werden mit dem <code>decreeRejectReasonType = 4</code> (Wechsel zu anderem Krankenversicherer und Angabe des Nachversicherers) zurückgewiesen.
	Erstellung zweier getrennter Jahresrechnungen. Versand über die jeweiligen sedex-Anschlüsse der ursprünglich noch nicht fusionierten Krankenversicherungen.
Spätestens ein Jahr nach der Fusion	Kündigung des nicht mehr benötigten sedex-Adapters bei der Domänenverantwortlichen Organisation gemäss Betriebskonzept [4].

▪ **Aufspaltungen, Neugründungen**

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

▪ **Auflösungen, Konkurse**

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

3.2.13. *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 Durchführungsstelle nicht wiederverwendet werden.

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

- Verfügende Durchführungsstelle
- Verfügungsnummer der Durchführungsstelle
- 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.

3.2.14. *Adresse der versicherten Person*

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



3.2.15. *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, 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 Durchführungsstelle vergibt die Laufnummer für folgende Meldungsprozesse:

- Neue Verfügung (siehe auch Kapitel 3.3) und Stopp einer Verfügung (siehe auch Kapitel 3.4)

Der Krankenversicherer vergibt die Laufnummer für folgenden Meldungsprozess:

- Änderung Versicherungsverhältnis (siehe auch Kapitel 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 Meldungsprozesse 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) sowie die Meldungen zur Tarifprämie werden nicht mit einer eigenen Laufnummer versehen.

3.2.16. *Meldefrequenz und Antwortzeiten*

Die für den Versand vorbereiteten Meldungen müssen gesammelt werden. Maximal einmal täglich werden die gesammelten Meldungen verschickt, wobei die Vorgaben im Kapitel 4.3.5 einzuhalten sind. Kürzere Intervalle (z.B. stündlich) sind aus Kostengründen und um die korrekte Abarbeitungsreihenfolge (Laufnummer) sicherzustellen, nicht zulässig. Es wird empfohlen, eingegangene Meldungen ebenfalls einmal täglich abzuholen und zu verarbeiten.



Nach dem Versand muss jede Meldung innerhalb von 14 Kalendertagen beantwortet sein. Eine Ausnahme stellen die Meldungen „Anfrage Tarifprämie“ (Meldungsprozess 8) dar. Diese müssen innerhalb von sieben Kalendertagen beantwortet sein.

Die langen Antwortzeiten ermöglichen es kleineren Krankenversicherern, die Meldungen im Wochenrhythmus zu verarbeiten und zu beantworten. Bei längeren Abfolgen mehrerer Prozesse muss also für jeden einzelnen Prozess (mit Ausnahme vom Meldungsprozess 8) mit einer maximalen Antwortdauer von 14 Kalendertagen 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 der Januarprämie berücksichtigen können, müssten die Durchführungsstelle die Verfügungen spätestens im November des Vorjahres melden.

3.2.17. *Datenlieferung der Krankenversicherer an die Durchführungsstellen*

Basisdaten

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

- Versicherte Person
- 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)

Die Durchführungsstellen müssen die Krankenversicherer informieren, falls sie die Zusatzdaten benötigen. Änderungen an den Zusatzdaten meldet der Krankenversicherer diesen Durchführungsstellen mit der Meldung „Änderung Versicherungsverhältnis“. Diese Durchführungsstellen 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 in allen ausser der AHV-Nummer) sind kein Rückweisungsgrund. Jede Stelle ist für die Qualität ihrer Daten selbst verantwortlich.

3.2.18. 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.

i Der Bund gewährt den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, sowie ihren in der Schweiz versicherten Familienangehörigen Prämienverbilligungen (Art. 66a KVG). Diese Prämienverbilligung wird durch die GE KVG durchgeführt (Art. 2 VPVKEU). Diese ist für den Datenaustausch Prämienverbilligung einer kantonalen Durchführungsstelle gleichgestellt (Art. 2 Abs. 2 VDPV-EDI).

3.2.19. Stichtag

Die Meldungen „Verfügungsbestand“, „Versichertenbestand“ und „Antwort Tarifprämie“ 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 3.12 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 lie-



	gen.
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 (resp. in Randmonaten auf die geteilte Tarifprämie) plafoniert werden soll oder nicht
Weitere Bemerkungen	Die Durchführungsstelle 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 Durchführungsstelle 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 Durchführungsstelle (sind PV von unterschiedlichen Durchführungsstellen vorhanden, wird die erstgültige Durchführungsstelle gemeldet) • Bei Wechsel der Person zu einem anderen Krankenversicherer: Angabe desselben
Weitere Bemerkungen	<p>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.</p> <p>Wenn eine Verfügung aufgrund bereits vorhandener PV einer anderen Durchführungsstelle zurückgewiesen wird, klären die Durchführungsstellen die Zuständigkeit direkt untereinander ab.</p>

3.3.3. Meldung „Bestätigung Verfügung“

Beschreibung	Der Krankenversicherer bestätigt eine Verfügung.
Ersteller	Krankenversicherer



Empfänger	Durchführungsstelle
Auslösende Ereignisse	Eingehende PV-Verfügung
Rahmenbedingungen	Gemäss Kapitel 3.2.17 werden die Basisdaten immer geliefert, die Zusatzdaten nur an diejenigen Durchführungsstellen, 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).</p> <p>Die Meldung des Nachversicherers erfolgt mit einer Meldung Änderung Versicherungsverhältnis.</p> <p>Bezüglich der Auszahlung der PV ist Kapitel 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. • 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 Durchführungsstelle muss die Bestätigung oder Rückweisung auf die Stoppmeldung prüfen.

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 • Falls der Stopp nach dem Ende des Verfügungszeitraums liegt: Angabe des Enddatums
Weitere Bemerkungen	Keine-

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 Durchführungsstellen 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 • Angabe des Grunds der Mutation: <ul style="list-style-type: none"> – Wegzug ins Ausland



	<ul style="list-style-type: none"> – Tod – Wechsel des Krankenversicherers (inkl. Angabe des Nachversicherers) – Wegzug nach unbekannt – Änderung an den Versicherungsdaten <ul style="list-style-type: none"> • 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 Durchführungsstelle die Verfügung stoppt (siehe Kapitel 3.2.1 und 3.2.9). • Wenn die Durchführungsstelle die Verfügung infolge der Änderung stoppt, wartet der Krankenversicherer, bis die Durchführungsstelle ihm die neue Verfügung übermittelt. Je nach Situation kann der Krankenversicherer die neue Verfügung verarbeiten oder er 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 Durchführungsstelle übernimmt die Informationen und berücksichtigt sie in der Jahresrechnung. • Der Grund der Mutation ist immer anzugeben. • Bei einer Annullaion 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 Durchführungsstelle verlangt werden. • Das Änderungsdatum entspricht bei Tod, Wegzug oder Wechsel des Krankenversicherers immer dem letzten Tag der OKP-Deckung. Bei Änderung an den Versicherungsdaten entspricht das Änderungsdatum dem ersten Tag der Wirksamkeit. • 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 Durchführungsstelle sendet die Anfrage höchstens an diejenigen Krankenversicherer, die in ihrem Zuständigkeitsbereich tätig sind. • Für jeden adressierten Krankenversicherer erstellt die Durchführungsstelle 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. • Für diesen Meldungsprozess ist eine kantonale gesetzliche Grundlage erforderlich.
----------------------------	--

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.
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 ausserhalb des elektronischen Datenaustauschs 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 Durchführungsstelle und Krankenversicherer. • Allfällige folgende Bereinigungen des Datenbestands werden in direkter Absprache zwischen Durchführungsstelle 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 ausserhalb des elektronischen Datenaustauschs 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 elektronischen Datenaustauschs. • 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 3.2.17 werden die Basisdaten in jedem Fall geliefert. Die Zusatzdaten nur für diejenigen Durchführungsstellen, welche die Daten explizit angefordert haben. • Für diesen Meldungsprozess ist eine kantonale gesetzliche Grundlage erforderlich: 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 Versichertennummer (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 Durchführungsstelle sämtliche während eines Kalenderjahrs abgerechneten PV-Beträge (siehe Kapitel 3.2.11).
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 3.2.11
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 Tarifprämie, abgerechneter PV und Militärsistierung (ja/nein) 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 Durchführungsstelle 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. • Für alle Monate eines Zeitabschnittes wird dieselbe Tarifprämie abgerechnet und derselbe PV-Betrag ausgerichtet. Ist dies nicht der Fall, sind mehrere Zeitabschnitte zu liefern: <ul style="list-style-type: none"> – In der Jahresrechnung sind die Randmonate als separate Zeitabschnitte auszuweisen, wenn sich der ausgerichtete PV-Betrag von den anderen Monaten des entsprechenden Zeitabschnitts unterscheidet. Dies gilt insbesondere auch für Militärsistierungen, welche ebenfalls tagesgenau abgerechnet werden (siehe Kapitel 3.2.7). – Auch in Randmonaten ist im Element „premium“ (siehe Kapitel 4.6.33) die Tarifprämie zu melden (und nicht die geteilte Tarifprämie, siehe Kapitel 3.2.5). • Die Angabe Militärsistierung muss immer dann gesetzt werden, wenn für einen Teil des Zeitabschnitts eine Militärsistierung existiert. Das Abrechnungsjahr bezeichnet das ordentlich abgerechnete Kalenderjahr. Erstellt wird die Abrechnung immer erst im folgenden Kalenderjahr, also z.B. in 2017 für das Abrechnungsjahr 2016. • Kapitel 3.12 zeigt ein Beispiel für die Jahresrechnung. • Der Umgang mit Verlustscheinen wird im Rahmen des Konzepts zum Datenaustausch zum Art. 64a KVG [5] festgelegt.

3.10. Meldungsprozess 8 „Tarifprämie“

3.10.1. Meldung „Anfrage Tarifprämie“

Beschreibung	Die Durchführungsstelle sendet dem Krankenversicherer eine Anfrage zur Lieferung von Informationen über die Tarifprämien von versicherten Personen.
Ersteller	Durchführungsstelle
Empfänger	Krankenversicherer



Auslösende Ereignisse	Eine Durchführungsstelle benötigt Informationen zur Tarifprämie von versicherten Personen.
Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> Die Anfrage an einen Krankenversicherer kann mehrmals pro Jahr gesendet werden.
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> Erstelldatum der Anfrage Jahr, für welches die Anfrage gilt Angabe, ob eine Liste mit Personen mitgeschickt wird, für welche die Tarifprämien angefragt werden Liste mit Personen (abhängig von obiger Angabe)
Weitere Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> Die Anfrage kann entweder das laufende Jahr oder das nächste Kalenderjahr betreffen (wobei das Erstelldatum der Anfrage relevant ist). Die Durchführungsstelle muss den Datenschutz gewährleisten. Den Krankenversicherern darf nicht gemeldet werden, ob eine Person EL bezieht oder nicht.

3.10.2. Meldung „Antwort Tarifprämie“

Beschreibung	Der Krankenversicherer sendet der Durchführungsstelle Angaben zur Tarifprämie von versicherten Personen gemäss Vorgaben in der ELV.
Ersteller	Krankenversicherer
Empfänger	Durchführungsstelle
Auslösende Ereignisse	Meldung „Anfrage Tarifprämie“
Rahmenbedingungen	Die Anfrage muss innerhalb von sieben Kalendertagen beantwortet sein.
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> Datum, an welchem die Erhebung der gemeldeten Daten erfolgt Jahr, für welches die Angaben zu den Tarifprämien gelten (gemäss Anfrage) Liste mit Personen und Tarifprämie für das aktuelle Jahr und das Jahr gemäss Anfrage sowie allenfalls Grund, warum zu einer Person keine Tarifprämie für das angefragte Jahr geliefert wird Falls die Anfrage nicht beantwortet werden kann: Angabe des Grundes
Weitere Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> Der Datenaustausch für Prämienverbilligungen aller Personen erfolgt ausschliesslich über die Durchführungsstelle. Kantone mit getrennten Einrichtungen für IPV und EL müssen für den Datenaustausch zwischen diesen Stellen eine entsprechende Lösung entwickeln. Die Durchführungsstelle muss bei der Weitergabe an die EL-Stelle die Einhaltung des Datenschutzes gewährleisten. Falls bei der Antwort eine in der Anfrage enthaltene Liste mit Personen berücksichtigt wird, müssen alle in der Anfrage enthaltenen Personen auch in der Antwort enthalten sein. Die Angaben zu den Tarifprämien für das aktuelle Jahr und das Jahr gemäss Anfrage müssen beide immer dann zwingend geliefert werden, wenn die Informationen dem Krankenversicherer bekannt sind. Dies gilt auch, wenn die beiden Tarifprämien identisch sind. Militärsistierungen haben keinen Einfluss auf die gemeldeten Tarifprämien. Die Tarifprämien werden gleich gemeldet, wie wenn keine Militärsistierung vorliegen würde. Wenn zu einer Person keine Tarifprämie für das angefragte Jahr geliefert wird, muss einer der folgenden Gründe angegeben werden: <ul style="list-style-type: none"> Person ist unbekannt Tarifprämie ist unbekannt Person ist im Jahr, für welches die Antwort gilt, nicht bei diesem Krankenversicherer OKP versichert



Der dritte Grund wird auch dann verwendet, wenn der Wechsel noch nicht definitiv ist, d.h. wenn z.B. der Nachversicherer noch nicht bekannt ist oder der Wechsel aufgrund von noch offenen Ausständen allenfalls nicht möglich ist.

3.11. 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 2017 das erste Mal PV, die Verfügung V1 wird am 1. Mai 2017 dem Krankenversicherer übermittelt.

1.5.2017	2017												2018												2019											
	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 2017					▲																															

Gesendete Meldungen:

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

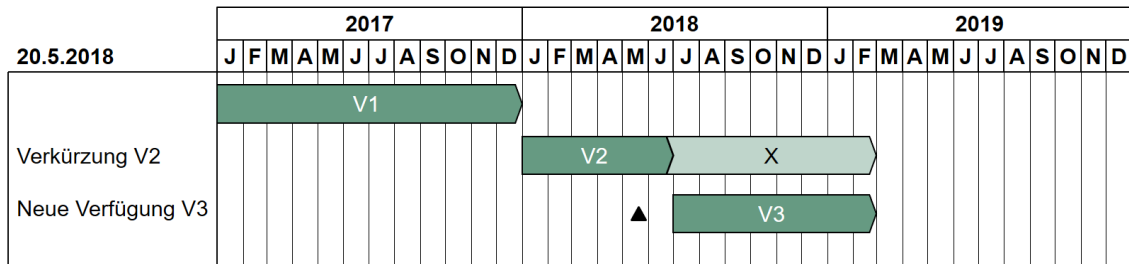
Anschliessend erlässt die Durchführungsstelle am 1. Februar 2018 eine neue Verfügung für das gesamte Jahr. Hierzu wird die Verfügung V1 auf Ende des Jahres 2017 gekürzt und die neue Verfügung V2 erstellt.

1.2.2018	2017												2018												2019											
	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					▲																															
Neue Verfügung für 2018																																				

Gesendete Meldungen:

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

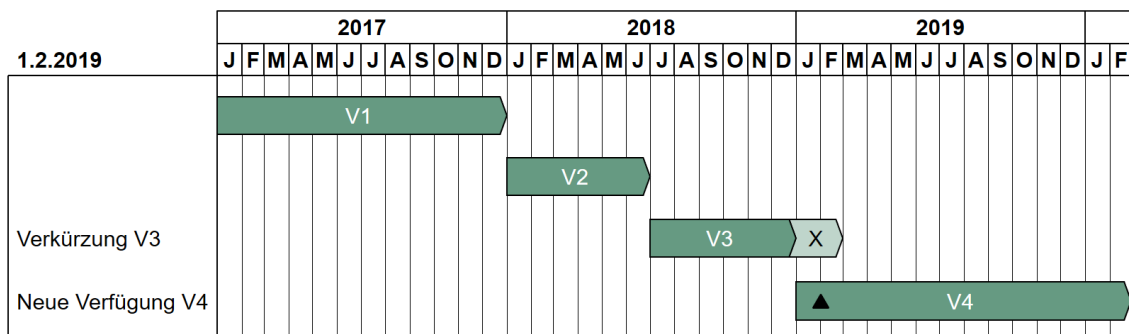
Im Verlaufe des Jahres (per 20.5.2018) erkennt die Durchführungsstelle, dass der PV-Betrag per Mitte des Jahres angepasst werden muss (beispielsweise aufgrund einer Mutationsmeldung durch den Krankenversicherer). Hierzu wird die Verfügung V2 auf Ende Juni 2018 gekürzt und eine neue Verfügung V3 für den Rest des Jahres 2018 erstellt.



Gesendete Meldungen:

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

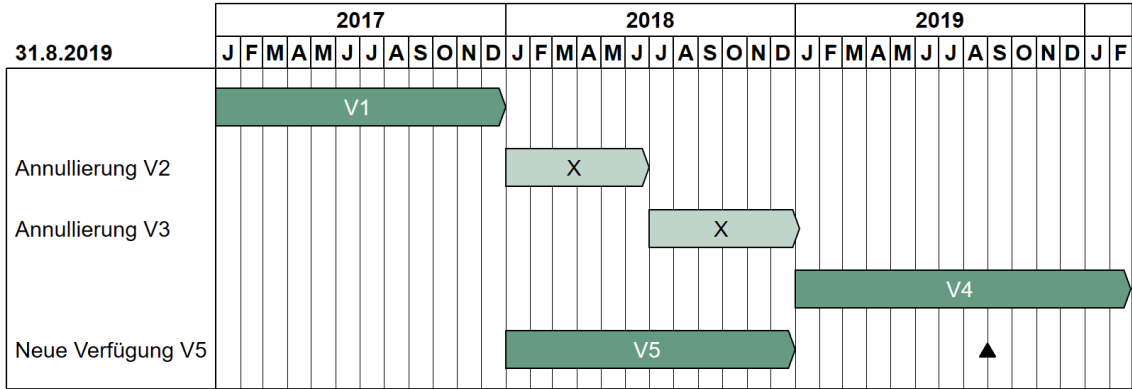
Anschließend geht die Durchführungsstelle davon aus, dass auch für 2019 eine PV zulässig ist und erlässt am 1. Februar 2019 eine entsprechende Verfügung für das gesamte Jahr. Hierzu wird die Verfügung V3 auf Ende des Jahres 2018 gekürzt und die neue Verfügung V4 erstellt.



Gesendete Meldungen:

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

Aufgrund neuer Erkenntnisse stellt die Durchführungsstelle im Verlaufe des 2019 fest, dass für 2018 über das gesamte Jahr eine falsche PV festgesetzt wurde und eine rückwirkende Korrektur notwendig ist. Da für 2018 damit die PV neu verfügt werden muss, annulliert die Durchführungsstelle die Verfügungen V2 und V3 und erstellt eine neue Verfügung V5 für das Jahr 2018.

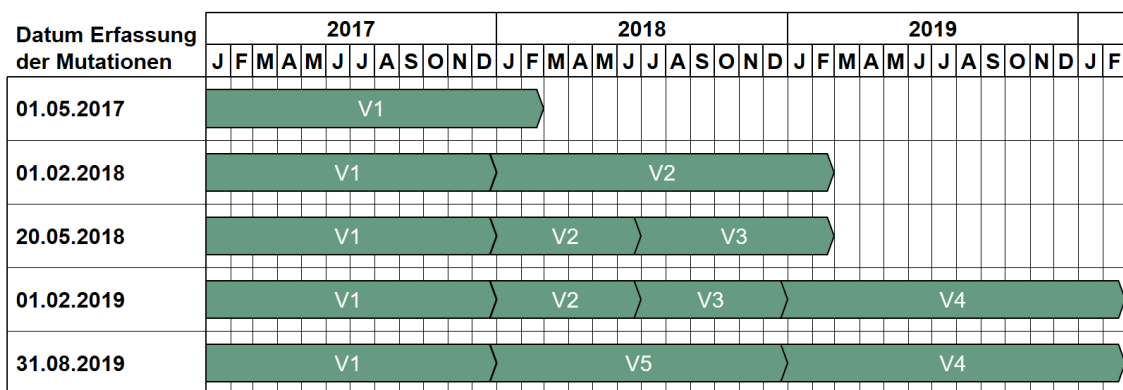


Gesendete Meldungen:

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

3.12. Beispiel Stichtag und Jahresrechnung

Zusammenfassend gibt es im vorhergehenden Beispiel folgende Mutationen:



3.12.1. 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 30.04.2017	01/2018 – 12/2018	Leer
01.05.2017 – 31.01.2018	01/2018 – 12/2018	V1 (01/2017 – 02/2018)
01.02.2018 – 19.05.2018	01/2018 – 12/2018	V2 (01/2018 – 02/2019)
20.05.2018 – 31.01.2019	01/2018 – 12/2018	V2 (01/2018 – 06/2018) V3 (07/2018 – 02/2019)
01.02.2019 – 30.08.2019	01/2018 – 12/2018	V2 (01/2018 – 06/2018) V3 (07/2018 – 12/2018)
Ab 31.08.2019	01/2018 – 12/2018	V5 (01/2018 – 12/2018)

3.12.2. 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
- Bei V1 bis V5 handelt es sich um Verfügungen mit Plafonierung
- Die Tarifprämie beträgt im ganzen Zeitraum CHF 300
- Im Jahr 2018 gab es eine Militärsistierung vom 11. Juni bis am 31. August
- Die versicherte Person verstirbt am 7. Dezember 2019

Abrechnungsjahr	Beitragsjahr	Verfügungen und Zeitabschnitte	Betrag (CHF)				Kumulierte Tarifprämie (CHF)	Militärsistierung
2017	2017	V1, 01/2017 – 12/2017	12	x	150	1800	3600	
2018	2018	V2, 01/2018 – 05/2018	5	x	170	850	1500	
		V2, 06/2018 – 06/2018	1	x	100	100	300	Ja
		V3, 07/2018 – 08/2018				0	0	Ja
		V3, 09/2018 – 12/2018	4	x	180	720	1200	
2019	2018	V2, 01/2018 – 05/2018	5	x	-170	-850	1500	
		V2, 06/2018 – 06/2018	1	x	-100	-100	300	Ja
		V3, 09/2018 – 12/2018	4	x	-180	-720	1200	
		V5, 01/2018 – 05/2018	5	x	200	1000	1500	
		V5, 06/2018 – 06/2018	1	x	100	100	300	Ja
		V5, 07/2018 – 08/2018				0	0	Ja
	V5, 09/2018 – 12/2018	4	x	200	800	1200		
	2019	V4, 01/2019 – 11/2019	11	x	150	1650	3300	
		V4, 12/2019 – 12/2019	1	x	67.75	67.75	300	



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 (4-1) gehört das Schema (XSD) der Version 3.0 (Meldungsprozess 8 inbegriffen).

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.

Jeder eigenständige Teilnehmer des DA-PV muss eine eigene sedex-ID verwenden und entsprechend einen eigenen physischen oder logischen sedex-Anschluss einsetzen. Eigenständige Teilnehmer sind

- die kantonalen Durchführungsstellen (darunter ist die kantonale Stelle gemäss Art. 106b Abs. 1 KVV und die GE KVG zu verstehen)
- diejenigen Krankenversicherer mit einer eigenen BAG-Nummer (siehe Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer), welche am elektronischen DA-PV über sedex teilnehmen.

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 9 enthalten.

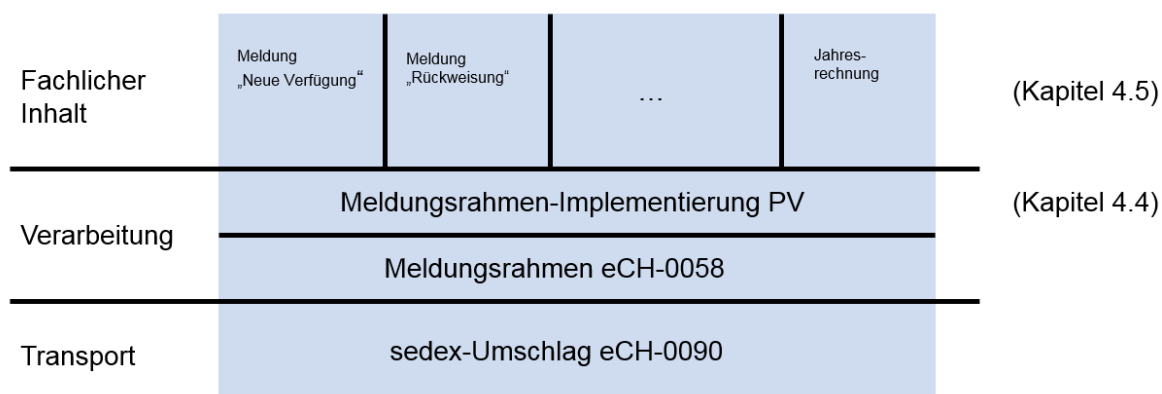


Abbildung 9: Einordnung der eCH-Standards 0090 und 0058

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 XML-Namensräumen der Art

<http://www.gdk-cds.ch/xmlns/pv-5201-000101/3>

zugeordnet, wobei die letzte Ziffer „3“ für die Version steht.



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 4.3.10 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. Laufnummer

Entsprechend der Anwendungsbestimmung 3.2.15 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 sechs Jahre können die Laufnummern nach Bedarf auf 0 zurückgesetzt werden.

4.3.5. Verwendung von Sammelmeldungen

Aufgrund des sehr hohen Mengengerüsts werden 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.

4.3.6. 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.

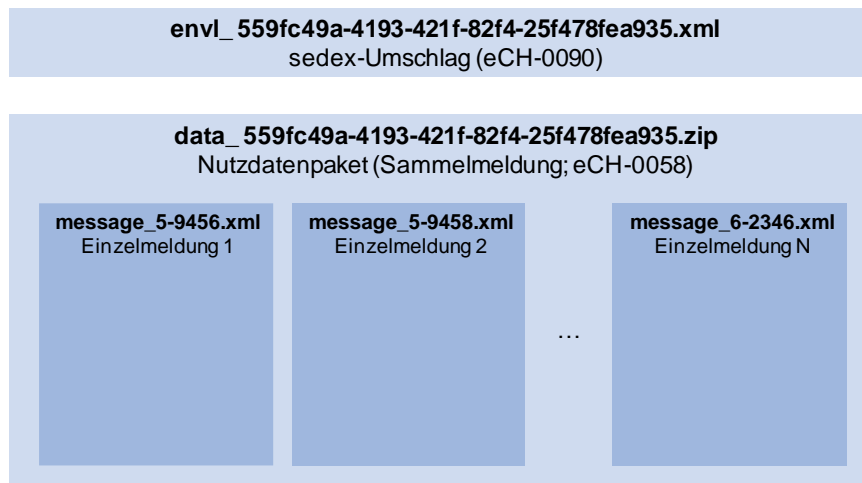




Abbildung 10: Aufbau einer Meldungsdatei

4.3.7. Datenmodell und Referenzierung

Es werden verschiedene Mechanismen zur Identifizierung und Referenzierung angewendet:

- vn: Jede versicherte Person wird über die 13-stellige 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 3.2.15). Alle zur selben Instanz dieses Geschäftsprozesses gehörenden weiteren Meldungen (Antworten) müssen dabei diese Referenznummer wiedergeben.
- messageld: 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 referenceMessageld gleich dem Inhalt des Feldes messageld der Anfrage-Meldung sein. Beispiel: „Verfügung“ und „Rückweisung Verfügung“. Zu beachten ist, dass die sedex-Quittung die messageld 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

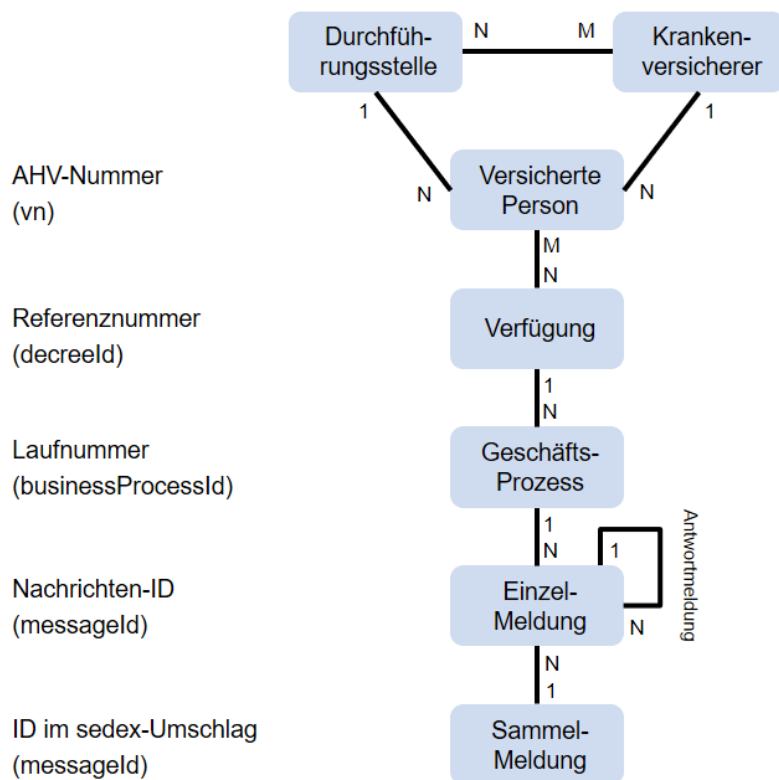


Abbildung 11: Datenmodell



4.3.8. *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.

4.3.9. *Adressierung*

Grundsätzlich wird immer nur ein einziger Empfänger adressiert.

4.3.10. *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 Empfehlungen können eCH-0018 (XML Best Practices) entnommen werden.

4.3.11. *Format von Datums- und Zeitangaben*

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

- 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)



4.3.12. Doppelmeldungen

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

Meldungsprozesse 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 (messageld), der Sender-ID (senderld) und der zugehörigen Verfügungsnummer (decreeld) zu prüfen.

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

Meldungsprozesse 4 und 8

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

Meldungsprozesse 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
senderld	1	Sedex-ID des Absenders
recipientld	1	Sedex-ID des Empfängers
messageld	1	ID der Einzelmeldung
referenceMessageld	0..1	ID der ursprünglichen Anfragemeldung (nur bei Antwortmeldungen mit action=6, dann aber verpflichtend)
businessProcessld	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
- 5205: Anfrage Tarifprämie Durchführungsstellen → Krankenversicherer
- 5211: Häufige Meldungen Krankenversicherer → Durchführungsstellen
- 5212: Antwort Versicherungsverhältnis Krankenversicherer → Durchführungsstellen
- 5213: Gesamtbestandsmeldungen Krankenversicherer → Durchführungsstellen
- 5214: Jahresrechnung Krankenversicherer → Durchführungsstellen
- 5215: Antwort Tarifprämie 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>
		message-Type	subMessage-Type	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
8	Anfrage Tarifprämie	5205	000801	5	PremiumQuery
	Antwort Tarifprämie	5215	000802	6	PremiumQueryResult

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 Ad-



			ressangaben
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 Durchführungsstelle anhand des Kantonskürzels bzw. dem Kürzel „GE-KVG“ 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 3.2.18).

Der *bagNumberType* ist vom Typ *xs:token* und beinhaltet fünf 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
decreeld	decreeldType	1	Referenznummer der betroffenen Verfügung
person	personType	1	Personenidentifikation
insuranceData	insuranceDataType	1	Daten des Krankenversicherers

4.6.9. *decreeldType (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	decreeInventoryElementype	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	businessProcessId-Type	1	Letzte für die Verfügung verarbeitete Laufnummer

4.6.12. *decreeRejectType (Rückweisung Verfügung)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
decreed	decreedType	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 Durchführungsstelle

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 Durchführungsstelle 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 = Die versicherte Person ist vom Meldeverfahren ausgeschlossen (dieser Typ wird nicht mehr verwendet)
- 8 = abweichende Versichertenummer (AHVN13)

4.6.14. *decreeType (Verfügung)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
decreed	decreedType	1	Referenznummer der betroffenen Verfü-



Element	Typ	Vork.	Beschreibung
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	Tarifprämie 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 https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/215076/master
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	insuranceQueryResult- Type	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. *premiumQueryType (Anfrage Tarifprämie)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
statementDate	xs:date	1	Erstelldatum der Anfrage
year	xs:gYear	1	Jahr, für welches die Anfrage gilt
specificSelectionBoolean	boolean	1	Gilt die Liste (true) oder Personen gemäss ELV (false)
person	personType	0...n	Personenidentifikation

4.6.25. *premiumQueryResultType (Antwort Tarifprämie)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
---------	-----	-------	--------------



inventoryDate	xs:date	1	Tag an dem die Erhebung der gemeldeten Prämien Daten erfolgte
year	xs:gYear	1	Jahr, für welches die Antwort gilt
premiumInsuredPerson	premiumInsuredPersonType	0...n	Liste mit Personen und Tarifprämien für aktuelles und angefragtes Jahr
queryRejectReason	queryRejectReasonType	0...1	Angabe des Grundes, warum die Anfrage nicht beantwortet werden kann

4.6.26. *premiumInsuredPersonType (Tarifprämie Eintrag für eine Person)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
person	personType	1	Personenidentifikation
inventoryDatePremium	xs:decimal (fractionDigits=2)	0...1	Tarifprämie in Franken und Rappen am Tag an dem die Erhebung erfolgte
queryDatePremium	xs:decimal (fractionDigits=2)	0...1	Tarifprämie in Franken und Rappen für den Januar (resp. den Versicherungsbeginn) des angefragten Jahres
premiumRejectReason	premiumRejectReasonType	0...1	Grund dafür, dass keine Tarifprämie für das angefragte Jahr geliefert wird

4.6.27. *premiumRejectReasonType*

Grund, warum keine Tarifprämie geliefert wird:

- 1 = Person ist unbekannt
- 2 = Tarifprämie ist unbekannt
- 3 = Person ist im Jahr, für welches die Antwort gilt, nicht bei diesem Krankenversicherer OKP versichert

4.6.28. *premiumRegionType (Prämienregion)*

Prämienregionen gemäss BAG:

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

4.6.29. *queryRejectReasonType*

Angabe des Grundes, warum die Anfrage nicht beantwortet werden kann:

- 1 = Angefragtes Jahr zu weit in der Vergangenheit
- 2 = Angefragtes Jahr zu weit in der Zukunft
- 3 = Anfrage entspricht nicht der ELV

4.6.30. *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

4.6.31. *statementContributionYearType (Beitragsjahr innerhalb Jahresrechnung)*

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

4.6.32. *statementPersonType (Jahresrechnungseintrag für eine Person)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
person	personType	1	Personenidentifikation
statementPersonPeriod	statementPersonPeriodType	0..n	Zeitabschnitte, in denen sich hinsichtlich Tarifprämie, PV und Militärsistierung (ja/nein) nichts geändert hat

4.6.33. *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 Durchführungsstelle
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	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Kumulierte Tarifprämie in Franken und Rappen
amount	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Gesamter ausgerichteter PV-Betrag in Franken und Rappen auf 5 Rappen gerundet
militarySuspension	xs:boolean	1	True = Militärsistierung aktiv False = Keine Militärsistierung

4.6.34. *stopType (Annullation 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 Annullaion vor Beginnmonat (beginMonth) der Verfügung.
------------------	---------------	---	---

4.6.35. stopConfirmationType (Bestätigung Annullaion oder Verkürzung)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
decreeld	decreeldType	1	Referenznummer der annullierten oder verkürzten Verfügung
person	personType	1	Personenidentifikation

4.6.36. stopRejectType (Rückweisung Annullaion oder Verkürzung)

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

4.6.37. 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 (dieser Typ wird nicht mehr verwendet)

5. Beispiele

5.1. 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
decreedId	9345040f-c60e-4514-bfd8-66f5f1
Person	<pre> Person { vn = 756111222331 officialName = Stutz firstName = Frieda sex = 2 dateOfBirth = 1970-01-01 address { street = Musterstrasse houseNumber = 1 town = Musterstadt swissZipCode = 8000 country = 8100 } } </pre>
beginMonth	2012-01
endMonth	2012-12
amount	105.25
limitation	False

5.2. 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
decreedId	9345040f-c60e-4514-bfd8-66f5f1
person	<pre> Person { vn = 7561111222231 officialName = Stutz firstName = Frieda sex = 2 dateOfBirth = 1970-01-01 address { street = Musterstrasse houseNumber = 1 town = Musterstadt swissZipCode = 8000 country = 8100 } } </pre>
insuranceData	<pre> insuranceData { premium = 280.50 accident = False contractStartDate = 2010-01-01 } </pre>

5.3. 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	2017-02-29T00:00:00Z
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	2016-31-01
statementYear	2016
statementContributionYear	N Vorkommen (Eintrag für jede versicherte Person und Beitragsjahr), siehe unten

Darunter können sich mehrere Elemente <statementContributionYear> der folgenden Form befinden:

1. Beispiel:

Element	Inhalt
Year	2016
statementPerson	N Vorkommen (eines für jede versicherte Person), siehe unten

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

Element	Beschreibung
Person	<pre> person { vn = 7569998887771 officialName = Stutz firstName = Frieda sex = 2 dateOfBirth = 1970-01-01 address { street = Musterstrasse houseNumber = 1 town = Musterstadt swissZipCode = 8000 country = 8100 } } </pre>
statementPersonPeriod	<p>N Vorkommen von:</p> <pre> statementPersonPeriod { decreedId = 9345040f-c60e-4514-bfd8-66f5f1 lastBusinessProcessIdAgency = 3 beginMonth = 2016-01 endMonth = 2016-12 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	2015
statementPerson	N Vorkommen (eines für jede versicherte Person), siehe unten

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

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	N Vorkommen von: <pre>statementPersonPeriod { decreed = 5f33992d-c323-45b3-b039-cf3458 lastBusinessProcessIdAgency = 5467 beginMonth = 2015-01 endMonth = 2015-12 premium = 3366.00 (Kumulierte Tarifprämie: 12 mal 280.50) amount = 600.00 (PV gesamthaft ausgerichtet: 12 mal 50.00) militarySuspension = False }</pre>

AWK GROUP AG

Leutschenbachstrasse 45, Postfach, CH-8050 Zürich,
T +41 58 411 95 00, www.awk.ch

Zürich • Bern • Basel • Lausanne