

## **Datenaustausch Prämienverbilligung**

## **Konzept Datenaustausch Prämien- verbilligung**

Liechtensteinischer Krankenkassenverband (LKV)  
Wuhrstrasse 13  
9490 Vaduz

Liechtensteinische Landesverwaltung (LLV)  
Amt für Informatik  
Heiligkreuz 8  
9490 Vaduz

«Genehmigt»

## Dokumentinformationen

<b>Titel:</b>	Konzept Datenaustausch Prämienverbilligung	
<b>Veröffentlichungsdatum:</b>	Entwurf	
<b>Version:</b>	1-0	
<b>Status:</b>	Genehmigt	
<b>Anzahl Seiten:</b>	44 exkl. Beilagen	
<b>Dokumentverantwortlicher:</b>	Lukas Wehrli	
<b>Geprüft durch:</b>	Projektteam PV: Concordia, Swica, FKB, ASD	
<b>Genehmigt durch:</b>	Projektteam PV: Concordia, Swica, FKB, ASD	Datum: 24.08.2022

## Versionen

Version	Datum	Wichtigste Änderungen	Verantwortlich
0-1	29.03.2022	Erster Entwurf basierend auf dem Konzept DA-PV Schweiz Version 4-1	Wel / Stl (AWK)
0-2	29.03.2022	Anpassung Begriffe	Wel / Stl (AWK)
0-3	05.04.2022	Anpassung aufgrund Klärung von offenen Fragen	Wel / Stl (AWK)
0-5	26.04.2022	Überarbeitung nach Rückmeldung Projektteam	Wel / Stl (AWK)
0-5 Rev	17.05.2022	Entwurf 0-5 inkl. konsolidierte Review Resultate ASD, AI und KV	MKA (AI)
0-6 Rev	24.05.2022	Erarbeitung Anwendungsbeispiel Ziff. 3.9 inkl. Resultate Review-Workshop vom 30.05.2022	MKA (AI)
0-7	01.06.2022	Einarbeitung aller Review-Resultate	MKA (AI)
0-8	09.06.2022	Review Resultate S. Domenig, F. Hasler, A. Conrad	MKA (AI)
0-9	21.06.2022	Anpassung nach Review, Ergänzung sedex-Meldungstypen	Wel / Stl (AWK)
0-9 AWK	18.08.2022	Anpassung gem. Sedex Workshop mit KV, AWK und ASD	Wel
1-0	24.08.2022	Finalisierung des Konzepts	MKA (AI)

## Abkürzungen und Begriffe

Abkürzung	Beschreibung
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVN13	13-stellige AHV Nummer (Schweiz)
ASD	Amt für Soziale Dienste Liechtenstein
BFS	Bundesamt für Statistik (Schweiz)
DA	Datenaustausch
DFS	Durchführungsstelle der Prämienverbilligung in der Schweiz (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
HMO	Health Maintenance Organization
IDN	Identifikationsnummer (persönliche Kennnummer des Karteninhabers einer liechtensteinischen Krankenversicherungskarte)
LKV	Liechtensteinischer Krankenkassenverband
LLV	Liechtensteinische Landesverwaltung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PV	Prämienverbilligung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung
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.
XML	Extensible Markup Language. Auszeichnungssprache zur Darstellung hierarchisch strukturierter Daten in Textform

# Referenzierte Dokumente

## Dokumente:

Titel	Datum
[1] <a href="#">Konzept Datenaustausch Prämienverbilligung (Schweiz) Version 4-1</a>	25.03.2020

## Informationen über PV, Krankenversicherung, sedex und angrenzende Themen:

Dokument	URL
KVG	Gesetz vom 24. November 1971 über die Krankenversicherung, dort insbesondere Art. 24b sowie Art. 26a bis 26c
PVV	Verordnung vom 22. August 2017 über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (Prämienverbilligungsverordnung)
LVG	Gesetz vom 21. April 1922 über die allgemeine Landesverwaltungspflege und ihre Hilfsorgane, das Verfahren in Verwaltungssachen, das Verwaltungszwangs- und Verwaltungsstrafverfahren, dort insbesondere Art.
DSG	Datenschutzgesetz vom 4. Oktober 2018
DSV	Datenschutzverordnung vom 11. Dezember 2018
DSGVO	Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinien 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung)
sedex Handbuch	Handbuch für Software-Lieferanten, die eine Schnittstelle zwischen der partizipierenden Anwendung und dem sedex-Adapter entwickeln müssen <a href="https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/315862/master">https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/315862/master</a>

# Inhaltsverzeichnis

1.	Allgemeines.....	8
1.1.	Inkrafttreten .....	8
1.2.	Nomenklatur .....	8
1.3.	Verantwortlichkeiten Dokument (Konzept Datenaustausch Prämienverbilligung).....	8
2.	Einleitung.....	8
2.1.	Ausgangslage.....	8
2.2.	Abgrenzung .....	9
3.	Meldungsprozesse.....	9
3.1.	Übersicht über die Meldungsprozesse .....	9
3.2.	Anwendungsbestimmungen.....	11
3.2.1.	Gültigkeit einer PV-Verfügung .....	11
3.2.2.	Enddatum einer PV-Verfügung.....	12
3.2.3.	Rückwirkende und zukünftige Verfügungen .....	12
3.2.4.	Tarifprämie, geteilte Tarifprämie und kumulierte Tarifprämie.....	13
3.2.5.	Plafonierung.....	13
3.2.6.	Umgang mit Verfügungen in Randmonaten.....	13
3.2.7.	Jahresrechnung .....	13
3.2.8.	Fusion, Übernahme, Aufspaltung, Neugründung, Auflösung, Konkurs .....	15
3.2.9.	Eindeutige Identifizierung einer PV-Verfügung .....	16
3.2.10.	Adresse der versicherten Person .....	16
3.2.11.	Verarbeitungsreihenfolge und Laufnummer.....	17
3.2.12.	Meldefrequenz und Antwortzeiten .....	17
3.2.13.	Datenlieferung der Krankenversicherer an das Amt für Soziale Dienste.....	18
3.2.14.	Meldung von Vor- und Nachversicherer .....	18
3.3.	Meldungsprozess 1 „Neue Verfügung“ .....	19
3.3.1.	Meldung „Verfügung“.....	19
3.3.2.	Meldung „Rückweisung Verfügung“ .....	19
3.3.3.	Meldung „Bestätigung Verfügung“ .....	20
3.4.	Meldungsprozess 2 „Stopp einer Verfügung“ .....	20
3.4.1.	Meldung „Stopp“ .....	20
3.4.2.	Meldung „Bestätigung Stopp“ .....	21
3.4.3.	Meldung „Rückweisung Stopp“ .....	21
3.5.	Meldungsprozess 3 „Änderung Versicherungsverhältnis“ .....	21
3.5.1.	Meldung „Änderung Versicherungsverhältnis“ .....	21
3.6.	Meldungsprozess 4 „Anfrage Versicherungsverhältnis“ .....	22
3.6.1.	Meldung „Anfrage Versicherungsverhältnis“ .....	22
3.6.2.	Meldung „Antwort versicherte Person“ .....	23
3.7.	Meldungsprozess 5 «Anfrage Kostenbeteiligung» .....	23
3.7.1.	Meldung „Anfrage Kostenbeteiligung“ .....	23
3.7.2.	Meldung „Antwort Kostenbeteiligung“ .....	23
3.8.	Meldungsprozess 6 „Jahresrechnung“ .....	24

3.8.1.	Meldung „Jahresrechnung“ .....	24
3.9.	Anwendungsbeispiel .....	25
4.	Meldungsspezifikation .....	25
4.1.	Schemaversion .....	26
4.2.	Einsatz von sedex .....	26
4.3.	Technische Anwendungsbestimmungen .....	26
4.3.1.	Anwendung von eCH-Standards .....	26
4.3.2.	Grundlegender Aufbau der einzelnen Meldungen .....	27
4.3.3.	Schemaprüfung/Validierung .....	28
4.3.4.	Laufnummer .....	28
4.3.5.	Verwendung von Sammelmeldungen .....	28
4.3.6.	Aufbau der Meldungsdateien .....	28
4.3.7.	Datenmodell und Referenzierung .....	29
4.3.8.	Personendaten in allen Meldungen .....	30
4.3.9.	Adressierung .....	30
4.3.10.	XML Formatierung .....	30
4.3.11.	Format von Datums- und Zeitangaben .....	31
4.3.12.	Doppelmeldungen .....	31
4.4.	Meldungsrahmen .....	32
4.5.	Meldungstypen und Submeldungstypen .....	32
4.6.	Typen .....	34
4.6.1.	actionType (Aktionscode) .....	34
4.6.2.	addressType .....	34
4.6.3.	agencyType (Durchführungsstelle) .....	34
4.6.4.	bagNumberType .....	34
4.6.5.	bonusType (Bonusprodukt) .....	35
4.6.6.	businessProcessIdType (Laufnummer) .....	35
4.6.7.	costSharingQueryType (Anfrage Kostenbeteiligung) .....	35
4.6.8.	costSharingQueryResultType (Antwort Kostenbeteiligung) .....	35
4.6.9.	declarationLocalReferenceType (Lokale Referenz des Absenders) .....	35
4.6.10.	decreeConfirmationType (Bestätigung Verfügung) .....	36
4.6.11.	decreeIdType (Verfügungsnummer) .....	36
4.6.12.	decreeRejectType (Rückweisung Verfügung) .....	36
4.6.13.	decreeRejectReasonType (Grund der Rückweisung einer Verfügung) .....	36
4.6.14.	decreeType (Verfügung) .....	37
4.6.15.	insuranceDataType (Daten des Krankenversicherers) .....	37
4.6.16.	insuranceQueryType (Anfrage Versicherungsverhältnis) .....	37
4.6.17.	insuranceQueryResultType (Antwort Versicherungsverhältnis) .....	38
4.6.18.	mutationReasonType (Grund für Änderung Versicherungsverhältnis) .....	38
4.6.19.	mutationType (Änderung Versicherungsverhältnis) .....	38
4.6.20.	personType (Personenidentifikation) .....	38
4.6.21.	premiumAgeType (Prämiengruppe) .....	39
4.6.22.	premiumGroupType (Tarifgruppe) .....	39
4.6.23.	premiumRegionType (Prämienregion) .....	39

4.6.24.	statementType (Jahresrechnung).....	39
4.6.25.	statementContributionYearType (Beitragsjahr innerhalb Jahresrechnung) ...	39
4.6.26.	statementPersonType (Jahresrechnungs-Eintrag für eine Person).....	40
4.6.27.	statementPersonPeriodType (Zeitabschnitt).....	40
4.6.28.	stopType (Annulation oder Verkürzung) .....	40
4.6.29.	stopConfirmationType (Bestätigung Annulation oder Verkürzung).....	40
4.6.30.	stopRejectType (Rückweisung Annulation oder Verkürzung) .....	40
4.6.31.	stopRejectReasonType (Grund der Rückweisung eines Stopps) .....	41
5.	Beispiele.....	41
5.1.	Neue Verfügung.....	41
5.2.	Bestätigung neue Verfügung.....	42
5.3.	Jahresrechnung .....	43

# 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.

Die jeweils gültige Version wird auf der Website des Amtes für Soziale Dienste publiziert.

## 1.1. Inkrafttreten

Die Version 1-0 vom 24.08.2022 tritt ab dem 01.01.2023 in Kraft.

## 1.2. Nomenklatur

Antragsfrist	Die Antragsfrist erstreckt sich vom 01. Januar bis 31. Oktober des jeweiligen Antragsjahres.
Antragsjahr	Jahr, in dem der PV-Antrag eingereicht wird. Der PV-Antrag gilt für das Antragsjahr.
Vergütungsjahr	Das Vergütungsjahr folgt auf das Antragsjahr bzw. beginnt am 01. Januar nach dem Antragsjahr und dauert bis 31. Dezember.  Im Vergütungsjahr wird der durch das Amt für Soziale Dienste bewilligte Prämienverbilligungsbetrag via Prämienrechnung durch die Kassen vergütet (Reduktion der Prämienrechnung durch Verrechnung des bewilligten Prämienverbilligungsantrages mit den laufenden Prämien)
Vorjahr Antragsjahr	Das Vorjahr des Antragsjahres ist massgebend für die Daten, welche der Berechnung für den Prämienverbilligungsantrag dienen. Diese sind: <ul style="list-style-type: none"><li>➤ KOBE (Kostenbeteiligung): per 31.12.</li><li>➤ Steuerdaten: per 31.12.</li><li>➤ Ausländische Steuerdaten: per Zuzugsdatum Vorjahr Antragsjahr</li><li>➤ Zivilstand: per 31.12.</li><li>➤ Steuerwohnsitz: per 31.12.</li></ul> Weiter ist die Prämie des Antragsjahres massgebend für die Berechnung des PV Antrages.

## 1.3. Verantwortlichkeiten Dokument (Konzept Datenaustausch Prämienverbilligung)

Die Verantwortung über das Dokument wird durch eine Steuergruppe mit jeweils einem Vertreter aus den teilnehmenden Krankenversicherern und dem Amt für Soziale Dienste wahrgenommen.

# 2. Einleitung

## 2.1. Ausgangslage

Das liechtensteinische Gesetz über die Krankenversicherung (KVG) und die Verordnung über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung wurden dahingehend geändert,



dass die Prämienverbilligungsbeiträge direkt an die Kassen ausbezahlt werden. Der Datenaustausch erfolgt gemäss Art. 12 PVV nach einem einheitlichen Standard. Die verbindliche Einführung dieses Standards ist per 1. Januar 2023 geplant.

Das Amt für Informatik auf Seiten der Liechtensteinischen Landesverwaltung (LLV) und der Liechtensteinische Krankenkassenverband (LKV) auf Seiten der Krankenkassen haben gemeinsam die Federführung für die koordinierte Umsetzung des neuen Datenaustauschs übernommen. Das vorliegende Konzept basiert stark auf dem entsprechenden Konzept Datenaustausch Prämienverbilligung (DA-PV) Version 4-1 in der Schweiz. Fünf der insgesamt acht darin definierten Meldungsprozesse werden für das vorliegende Konzept übernommen. Sie werden leicht modifiziert, damit beispielsweise anstelle der Schweizer AHV-Nummer die Identifikationsnummer der liechtensteinischen Krankenversicherungskarte (IDN) als Identifikator für natürliche Personen verwendet werden kann.

## 2.2. Abgrenzung

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

- Geldfluss zwischen Amt für Soziale Dienste und Krankenversicherern
- Kontoführung beim Amt für Soziale Dienste und den Krankenversicherern
- Meldungen, die nicht über den elektronischen Datenfluss via sedex laufen

## 3. Meldungsprozesse

### 3.1. Übersicht über die Meldungsprozesse

Der Datenaustausch bezüglich Prämienverbilligung erfolgt mit sechs Meldungsprozessen:

#### ▪ **Meldungsprozess 1 „Neue Verfügung“**

Das Amt für Soziale Dienste (ASD) meldet eine neue PV-Verfügung dem zuständigen Krankenversicherer. Der Krankenversicherer antwortet mit einer Bestätigung oder einer begründeten Rückweisung.

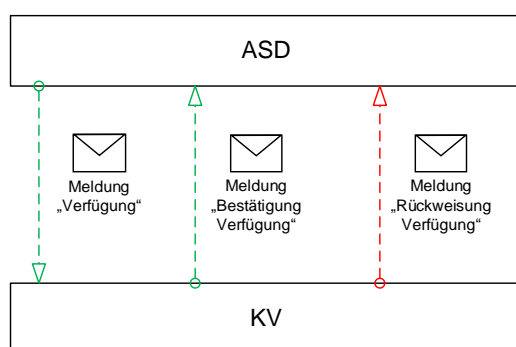


Abbildung 1: Meldungsprozess 1 „Neue Verfügung“

#### ▪ **Meldungsprozess 2 „Stopp einer Verfügung“**

Das ASD 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.

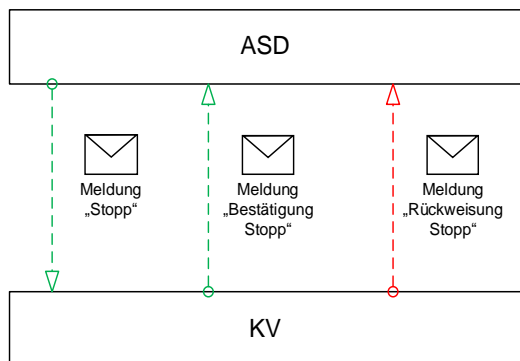


Abbildung 2: Meldungsprozess 2 „Stopp einer Verfügung“

▪ **Meldungsprozess 3 „Änderung Versicherungsverhältnis“**

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

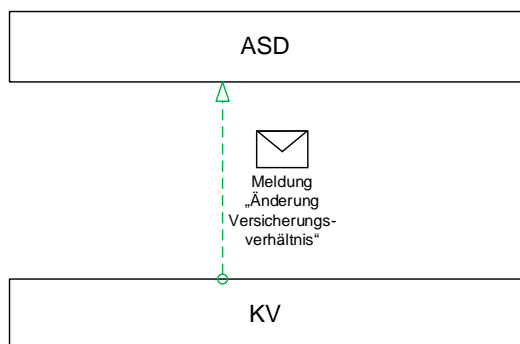


Abbildung 3: Meldungsprozess 3 „Änderung Versicherungsverhältnis“

▪ **Meldungsprozess 4 „Anfrage Versicherungsverhältnis“**

Falls das ASD 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.

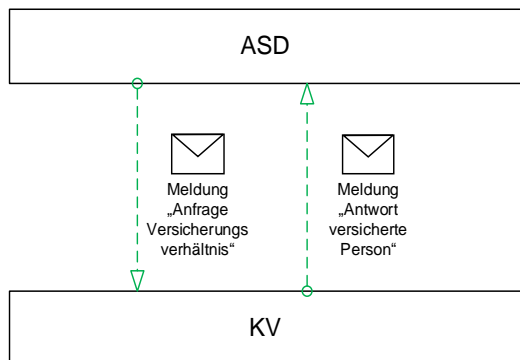


Abbildung 4: Meldungsprozess 4 „Anfrage Versicherungsverhältnis“

### ▪ Meldungsprozess 5 „Anfrage Kostenbeteiligung“

Das ASD macht eine Anfrage zur Kostenbeteiligung für einen bestimmten Zeitraum beim zuständigen Krankenversicherer. Der Krankenversicherer antwortet und meldet die Kostenbeteiligung im angefragten Zeitraum.

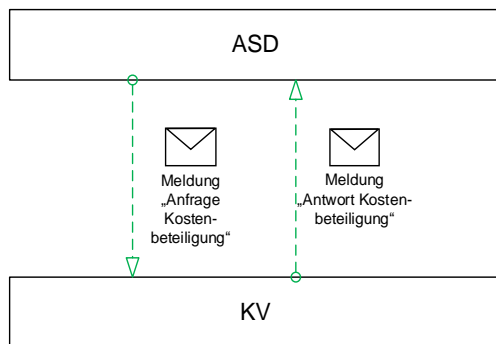


Abbildung 5: Meldungsprozess 5 „Anfrage Kostenbeteiligung“

### ▪ Meldungsprozess 6 „Jahresrechnung“

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

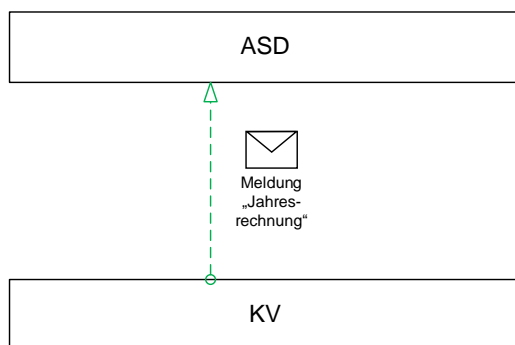


Abbildung 6: Meldungsprozess 6 „Jahresrechnung“

## 3.2. Anwendungsbestimmungen



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

### 3.2.1. Gültigkeit einer PV-Verfügung

Die PV wird durch das ASD jeweils gegen Ende Jahr für das laufende Kalenderjahr (Antragsjahr) verfügt und im folgenden Kalenderjahr (Vergütungsjahr) durch die Krankenversicherer ausgerichtet. Dieser Zusammenhang ist in Abbildung 7 anhand eines Beispiels dargestellt: Ist eine PV-Verfügung im Jahr 2022 gültig (grün), so wird die PV durch den Krankenversicherer im Jahr 2023 an die Prämienrechnung angerechnet (rot).

	2022	2023
Gültigkeit PV-Verfügung	01.01.2022 - 31.12.2022	
Ausrichtung PV		01.01.2023 - 31.12.2023

Abbildung 7: Gültigkeit und Ausrichtung einer PV-Verfügung.

In allen Meldungen an die Krankenversicherer wird immer die Periode der Ausrichtung (Vergütungsjahr) gemeldet. Der Zeitraum der Ausrichtung wird mittels des Paares „Beginn- und Endmonat“ definiert. Beginn- und Endmonat gehören dabei vollständig zum Zeitraum, in welchem die PV ausgerichtet wird.

- ❗ Beispiel: Für die PV 2022 wird der Beginnmonat Januar 2023 und der Endmonat Dezember 2023 gemeldet und die PV wird im Zeitraum vom 1.1.2023 bis 31.12.2023 ausgerichtet.

Die PV-Verfügungen werden immer an den Krankenversicherer gesendet, bei welchem die versicherte Person im Zeitraum der Ausrichtung (Vergütungsjahr) versichert ist (unabhängig davon, ob die versicherte Person auch vorher schon bei dem gleichen Krankenversicherer versichert war).

- ❗ Hinweis: Das Stoppen einer Verfügung obliegt ausschliesslich der Verantwortung des ASD.

### 3.2.2. *Enddatum einer PV-Verfügung*

Verfügungen mit offenem Enddatum sind nicht zulässig. 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.

### 3.2.3. *Rückwirkende und zukünftige Verfügungen*

Das ASD darf PV im Rahmen der rechtlichen Vorgaben auch rückwirkend (d.h. die Ausrichtungsperiode liegt ganz oder teilweise in der Vergangenheit) über sedex verfügen und stoppen, wobei gilt:

- alle Verfügungen, welche einen Ausrichtungszeitraum ab dem 1.1.2023 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 diese Einschränkungen betreffend rückwirkende Verfügungen bestehen keine gesetzlichen Grundlagen. Es handelt sich dabei um eine Übereinkunft zwischen dem ASD und den Krankenversicherern.

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

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

#### 3.2.4. *Tarifprämie, geteilte Tarifprämie und kumulierte Tarifprämie*

Die „Tarifprämie“ ist die monatliche Prämie.

Die „geteilte Tarifprämie“ entspricht dem Teil der monatlichen Tarifprämie, welchen der Krankenversicherer gemessen an der Anzahl Tage der Versicherungsdauer im Randmonat (siehe Kapitel 3.2.6) 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

#### 3.2.5. *Plafonierung*

Mit der Meldung der PV-Verfügung meldet das ASD dem Krankenversicherer den PV-Betrag. Die in der Schweiz in einigen Kantonen verwendete «Plafonierung» kommt in Liechtenstein nicht zur Anwendung.

#### 3.2.6. *Umgang mit Verfügungen in Randmonaten*

Die Prämie der OKP ist teilbar, sodass nach dem Tod einer versicherten Person der Prämienanteil für die Zeit nach dem Todestag bis zum Ende des Monats zurückzuerstatten ist. Die taggenaue Abrechnung der OKP-Prämien kommt in den folgenden Situationen, welche einen Beginn, ein Ende oder eine Sistierung der Versicherungspflicht bedeuten, zur Anwendung:

- Geburt
- Tod
- Wohnsitznahme in Liechtenstein
- Wegzug ins Ausland

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:

- Die Prämienverbilligung wird auch in Randmonaten vollständig ausbezahlt.

#### 3.2.7. *Jahresrechnung*

Der Krankenversicherer meldet dem ASD nach Ablauf des Vergütungsjahrs (Kalenderjahr), oder sobald er seine Geschäftstätigkeit aufgrund einer Fusion oder Übernahme einstellt, eine Jahresrechnung.

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

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

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



Wichtig: Das Beitragsjahr entspricht hier dem Jahr, in welchem die PV ausgerichtet wurde (Abrechnungsperiode, siehe Kapitel 3.2.1).

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

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

Über die gegenseitigen Laufnummern (gemäss Kapitel 3.2.11) wird mitgeteilt, welche Meldungen bezüglich einer PV-Verfügung abgerechnet wurden.

Mit "abgerechnet" sind die tatsächlich finanziell wirksam dem Berechtigten gutgeschrieben/belasteten 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 können zu Differenzen bezüglich der letzten berücksichtigten Meldungen in den Jahresrechnungen der verschiedenen Krankenversicherer führen.

Beide oben erwähnten Interpretationen entsprechen dem Konzept und das ASD muss mit beiden Varianten umgehen können. Die Jahresrechnung enthält pro Zeitabschnitt die „letzte verarbeitete und abgerechnete Laufnummer des ASD und Krankenversicherer im Zusammenhang mit der Verfügung“ (lastBusinessProcessIdAgency und lastBusinessProcessIdInsurance, siehe Kapitel 3.8.1 resp. 4.6.27). Über diese Verfügungsnummern kann das ASD 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 das ASD 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.

- 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 ASD und Krankenversicherer empfohlen. Insbesondere wird den Krankenversicherern empfohlen, parallel zur Jahresrechnung über sedex eine E-Mail an das ASD zu senden mit dem folgenden Inhalt:

- Information, dass die Jahresrechnung verschickt wurde.
- Bitte, dass das ASD nach Behebung aller Abweichungen dem Krankenversicherer eine Bestätigung schickt, dass die Jahresrechnung nun so akzeptiert wird (resp. dass keine weiteren Korrekturen nötig sind) und dass die Zahlung ausgelöst wurde.

### 3.2.8. Fusion, Übernahme, Aufspaltung, Neugründung, Auflösung, Konkurs

Das konkrete Vorgehen ist zwischen dem ASD 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 das ASD 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.

Das ASD stoppt per Stichtag der Fusion die alten Verfügungen und meldet 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 das ASD zu melden. Für alle rückwirkenden Meldungen, welche den übernommenen Krankenversicherer und die Zeit vor der Übernahme betreffen, muss das ASD 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 des ASD 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
<b>Vor Ende September</b>	Information über die Fusion der beiden Krankenversicherer an das ASD versenden.
<b>Sobald bekannt</b>	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.
<b>Ab Datum der Übernahme (1. Januar)</b>	Letzte Verarbeitung von sedex-Meldungen: Import der Meldungen am 1. Januar. Danach: Verarbeitung/Beantwortung aller eingegangenen Meldungen innerhalb der vorgegebenen Frist.

<b>Nach der Übernahme</b>	Interne Datenmigration beim Krankenversicherer. Ab dieser Migration müssen alle Meldungen beider Krankenversicherer über den sedex-Anschluss des übernehmenden Krankenversicherers bearbeitet werden können.
<b>Nach der Migration</b>	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.
<b>Spätestens ein Jahr nach der Fusion</b>	Kündigung des nicht mehr benötigten sedex-Adapters bei der Domänenverantwortlichen Organisation

#### ▪ **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 ASD und der versicherten Person zu klären.

### 3.2.9. *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 ist die Meldungen „Anfrage Versicherungsverhältnis“.

Für die eindeutige Identifizierung vergibt das ASD jeder Verfügung eine in ihrem Kontext dauerhafte und eindeutige Referenznummer. Diese Referenznummer darf vom ASD nicht wiederverwendet werden.

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

- Verfügungsnummer des ASD
- Versicherte Person (IDN)

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

### 3.2.10. *Adresse der versicherten Person*

In jedem Fall wird die Adresse der versicherten Person gemeldet. Ein Adressabgleich zwischen ASD und Krankenversicherer ist nicht vorgesehen.



### 3.2.11. *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.

Das ASD 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 Jahresrechnung werden nicht mit einer eigenen Laufnummer versehen.

### 3.2.12. *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.

Die langen Antwortzeiten ermöglichen es den Krankenversicherern, die Meldungen im Wochenrhythmus zu verarbeiten und zu beantworten. Bei längeren Abfolgen mehrerer Prozesse muss also für jeden einzelnen Prozess mit einer maximalen Antwortdauer von 14 Kalendertagen gerechnet werden und die Gesamtbearbeitungsdauer kann entsprechend lang werden.

Art. 24b Abs. 4a KVG FL lautet: Das ASD meldet der Kasse unverzüglich bei Vorliegen der rechtskräftigen Verfügung die anspruchsberechtigten Versicherten und die Höhe der Beiträge. Die Kasse informiert den anspruchsberechtigten Versicherten spätestens bei der nächsten Prämienfakturierung über die Verrechnung der rechtskräftig zugesprochenen Beiträge zur Prämienverbilligung.

### 3.2.13. *Datenlieferung der Krankenversicherer an das Amt für Soziale Dienste*

#### **Basisdaten**

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

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

#### **Zusatzdaten**

In den Meldungen können weitere Daten enthalten sein. Sie werden vom ASD jedoch nicht benötigt und dürfen nicht gesendet werden. Der Vollständigkeit halber sind sie nachfolgend aufgeführt.

- 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)

### 3.2.14. *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 00001 für die liechtensteinische Gesundheitskasse (FKB). Bei einer Befreiung von der Versicherungspflicht gemäss Art. 2 KVV (Schweiz), wird die BAG-Nummer 09998 verwendet. Weitere Pseudonummern für nicht identifizierte Vor- oder Nachversicherer sind nicht zulässig.

### 3.3. Meldungsprozess 1 „Neue Verfügung“

#### 3.3.1. Meldung „Verfügung“

<b>Beschreibung</b>	Meldung einer neu erlassenen PV-Verfügung für einen bestimmten Zeitraum für eine versicherte Person
<b>Ersteller</b>	ASD
<b>Empfänger</b>	Krankenversicherer
<b>Auslösende Ereignisse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neue Verfügung einer PV</li> <li>• Neue Verfügung nach einer Annullierung oder Kürzung einer bestehenden Verfügung</li> </ul>
<b>Rahmenbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Es muss ein Enddatum der PV gemeldet werden.</li> <li>• Das Beginndatum der PV darf maximal 15 Monate in der Zukunft liegen.</li> <li>• Es muss mindestens ein Betrag von 5 Rappen verfügt werden.</li> </ul>
<b>Inhalte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versicherte Person (identifiziert gemäss den gesetzlichen Vorgaben)</li> <li>• Verfügungszeitraum (entspricht dem Vergütungsjahr), siehe Kapitel 3.2.1)</li> <li>• Monatlicher PV-Betrag</li> <li>• Angabe, ob auf Tarifprämie (resp. in Randmonaten auf die geteilte Tarifprämie) plafoniert werden soll oder nicht. Hinweis: Das ASD verwendet keine Plafonierung.</li> </ul>
<b>Weitere Bemerkungen</b>	Das ASD muss die Bestätigung oder Rückweisung auf die Verfügungsmeldung prüfen. Insbesondere muss auf eine zurückgewiesene Verfügung adäquat reagiert werden.

#### 3.3.2. Meldung „Rückweisung Verfügung“

<b>Beschreibung</b>	Der Krankenversicherer weist eine Verfügung zurück, da er die PV nicht wie gemeldet ausrichten kann.
<b>Ersteller</b>	Krankenversicherer
<b>Empfänger</b>	ASD
<b>Auslösende Ereignisse</b>	Eingehende PV-Verfügung
<b>Rahmenbedingungen</b>	Bei mehreren zutreffenden Rückweisungsgründen wird der erste zutreffende Grund gemäss folgender Liste gemeldet.
<b>Inhalte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rückweisungsgrund: <ul style="list-style-type: none"> <li>– PV-Verfügung zu weit in der Vergangenheit</li> <li>– PV-Verfügung zu weit in der Zukunft</li> <li>– Abweichende Versichertennummer (IDN)</li> <li>– Verfügungsnummer zu dieser Person wurde vom ASD bereits benutzt</li> <li>– Die versicherte Person hat zu Beginn des Verfügungszeitraums zu einem anderen Krankenversicherer gewechselt</li> <li>– Die Person ist zu Beginn des Verfügungszeitraums nicht bei diesem Krankenversicherer OKP-versichert</li> <li>– Die versicherte Person erhält im Verfügungszeitraum bereits PV</li> </ul> </li> </ul>

Weitere Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bei Wechsel der Person zu einem anderen Krankenversicherer: Angabe desselben</li> </ul>
	Ist die Person zu Beginn nicht versichert, prüft der Krankenversicherer auch auf Verfügungsbeginn minus einen Kalendertag und meldet ggf. den Wechsel zu einem anderen Krankenversicherer unter Angabe desselben.

### 3.3.3. Meldung „Bestätigung Verfügung“

Beschreibung	Der Krankenversicherer bestätigt eine Verfügung.
Ersteller	Krankenversicherer
Empfänger	ASD
Auslösende Ereignisse	Eingehende PV-Verfügung
Rahmenbedingungen	Gemäss Kapitel 3.2.13 werden die Basisdaten immer geliefert, die Zusatzdaten nie.
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	ASD
Empfänger	Krankenversicherer
Auslösende Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eine versicherte Person ist nicht mehr PV-anspruchsberechtigt</li> <li>Eingehende Meldung über Mutationen</li> </ul>
Rahmenbedingungen	Keine
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die kompletten Daten der vor dem Stopp gültigen Verfügung.</li> <li>Bei Verkürzung: Der letzte Monat, in dem die Verfügung noch gilt</li> <li>Bei einer Annullaion muss das Ende des Gültigkeitszeitraums vor dessen Start gesetzt werden.</li> </ul>
Weitere Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eine Verlängerung der PV-Verfügung ist nicht möglich.</li> <li>Die Daten der vor dem Stopp gültigen Verfügung müssen identisch geliefert werden.</li> <li>Mit einem Stopp ist es nicht möglich, eine Mutation am Betrag der Verfügung vorzunehmen.</li> <li>Das ASD muss die Bestätigung oder Rückweisung auf die Stoppmeldung prüfen.</li> </ul>

### 3.4.2. Meldung „Bestätigung Stopp“

Beschreibung	Eine Verkürzung oder Annullation wird bestätigt.
Ersteller	Krankenversicherer
Empfänger	ASD
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	ASD
Auslösende Ereignisse	Eingehende Annullierung/Verkürzung einer Verfügung
Rahmenbedingungen	Keine
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rückweisungsgrund <ul style="list-style-type: none"> <li>– Verfügung unbekannt</li> <li>– Gemeldetes Stopppdatum liegt nach dem Ende des Verfügungszeitraums</li> <li>– Gemeldetes Stopppdatum liegt zu weit in der Vergangenheit</li> </ul> </li> <li>• Falls der Stopp nach dem Ende des Verfügungszeitraums liegt: Angabe des Enddatums</li> </ul>
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	ASD
Auslösende Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Krankenversicherer stellt eine Mutation in den Daten aktueller oder zukünftiger Verfügungen fest.</li> <li>• 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.</li> </ul>
Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Krankenversicherer meldet nur den gesamten neuen Datensatz.</li> <li>• Das ASD muss selbst bestimmen, welche Felder mutiert wurden.</li> <li>• Das ASD muss selbst bestimmen, ob die gemeldete Mutation auch tatsächlich eine neue Verfügung und/oder eine Verkürzung/Aufhebung einer Verfügung nötig macht.</li> <li>• Für jede betroffene Verfügung wird eine eigene Meldung gesendet.</li> </ul>
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daten des Versicherers über das Versicherungsverhältnis mit der betreffenden Person</li> </ul>

<b>Weitere Bemerkungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Änderungsdatum</li> <li>• Angabe des Grunds der Mutation: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wegzug ins Ausland</li> <li>– Tod</li> <li>– Wechsel des Krankenversicherers (inkl. Angabe des Nachversicherers)</li> <li>– Wegzug nach unbekannt</li> <li>– Änderung an den Versicherungsdaten</li> </ul> </li> <li>• Angabe ob Verschiebung des Versicherungsbeginns (inkl. Angabe des Vorversicherers)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Krankenversicherer richtet die PV so lange aus, wie ein aktives OKP-Versicherungsverhältnis besteht oder bis das ASD die Verfügung stoppt (siehe Kapitel 3.2.1 und 3.2.6).</li> <li>• Wenn das ASD die Verfügung infolge der Änderung stoppt, wartet der Krankenversicherer, bis das ASD 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.</li> <li>• Ein Wechsel des Krankenversicherers wird auch dann gemeldet, wenn er am Tag nach Ende des Verfügungszeitraums eintritt.</li> <li>• Das ASD übernimmt die Informationen und berücksichtigt sie in der Jahresrechnung.</li> <li>• Der Grund der Mutation ist immer anzugeben.</li> <li>• Bei einer Annullaion der Grundversicherung wird der Änderungsgrund „Wechsel des Krankenversicherers“ gemeldet.</li> <li>• Geänderte Versicherungsdaten werden nur gemeldet, wenn die Basisdaten ändern.</li> <li>• 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.</li> <li>• Der Wechsel des Krankenversicherers (provisorisch oder definitiv) ist erst zu melden, wenn der Nachversicherer bekannt ist.</li> </ul>

### 3.6. Meldungsprozess 4 „Anfrage Versicherungsverhältnis“

#### 3.6.1. Meldung „Anfrage Versicherungsverhältnis“

<b>Beschreibung</b>	Falls das ASD 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.
<b>Ersteller</b>	ASD
<b>Empfänger</b>	Mehrere Krankenversicherer (höchstens alle im Zuständigkeitsbereich tätigen Krankenversicherer); alle einzeln adressiert
<b>Auslösende Ereignisse</b>	Das ASD weiss nicht, bei welchem Krankenversicherer eine bezugsberechtigte Person versichert ist.
<b>Rahmenbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das ASD sendet die Anfrage höchstens an diejenigen Krankenversicherer, die in ihrem Zuständigkeitsbereich tätig sind.</li> <li>• Für jeden adressierten Krankenversicherer erstellt das ASD eine eigene Anfrage-Meldung.</li> </ul>
<b>Inhalte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versicherte Person</li> <li>• Anfragezeitraum</li> </ul>

<b>Weitere Bemerkungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es ist denkbar, dass mehrere Krankenversicherer die Meldung beantworten (Versicherte Person hat den Krankenversicherer während dem angefragten Zeitraum gewechselt, Doppelversicherung). Das ASD klärt die weiteren Schritte.</li> </ul>
----------------------------	---

### 3.6.2. Meldung „Antwort versicherte Person“

<b>Beschreibung</b>	Krankenversicherer melden zurück, wenn die angefragte Person im Anfragezeitraum bei ihr OKP-versichert war.
<b>Ersteller</b>	Krankenversicherer
<b>Empfänger</b>	ASD
<b>Auslösende Ereignisse</b>	Eingehende Anfrage versicherte Person
<b>Rahmenbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nur wenn sie die versicherte Person im Anfragezeitraum in ihren Beständen finden, melden die Krankenversicherer zurück.</li> </ul>
<b>Inhalte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Versicherte Person</li> <li>Beginn des Versicherungszeitraums</li> <li>Ende des Versicherungszeitraums (falls Versicherungsverhältnis beendet ist)</li> </ul>
<b>Weitere Bemerkungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gibt es mehrere Versicherungsverhältnisse im angefragten Zeitraum, wird jeweils eine separate Meldung verschickt.</li> </ul>

## 3.7. Meldungsprozess 5 «Anfrage Kostenbeteiligung»

### 3.7.1. Meldung „Anfrage Kostenbeteiligung“

<b>Beschreibung</b>	Anfrage Totalbetrag Kostenbeteiligung für einen bestimmten Zeitraum.
<b>Ersteller</b>	ASD
<b>Empfänger</b>	Krankenversicherer
<b>Auslösende Ereignisse</b>	Das ASD benötigt die Angaben über die Kostenbeteiligung für die Berechnung der PV.
<b>Rahmenbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine</li> </ul>
<b>Inhalte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Versicherte Person</li> <li>Anfragezeitraum</li> </ul>
<b>Weitere Bemerkungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine</li> </ul>

### 3.7.2. Meldung „Antwort Kostenbeteiligung“

<b>Beschreibung</b>	Krankenversicherer meldet die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) für den angefragten Zeitraum.
<b>Ersteller</b>	Krankenversicherer
<b>Empfänger</b>	ASD
<b>Auslösende Ereignisse</b>	Eingehende Anfrage Kostenbeteiligung
<b>Rahmenbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Anfrage Kostenbeteiligung muss in jedem Fall beantwortet werden.</li> </ul>
<b>Inhalte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Versicherte Person</li> <li>Franchise im angefragten Zeitraum</li> </ul>

Weitere Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Selbstbehalt im angefragten Zeitraum</li> <li>Mitteilung, ob die angefragte Person bekannt und im Anfragezeitraum beim betroffenen Krankenversicherer versichert war</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wenn die versicherte Person unbekannt oder im angefragten Zeitraum nicht bei der betroffenen Krankenversicherung versichert war, teilt der Krankenversicherer dies in der Antwort mit und meldet keine Kostenbeteiligung (es darf nicht der Betrag 0 zurückgemeldet werden).</li> </ul>

### 3.8. Meldungsprozess 6 „Jahresrechnung“

#### 3.8.1. Meldung „Jahresrechnung“

Beschreibung	Ein Krankenversicherer meldet dem ASD sämtliche während eines Kalenderjahrs abgerechneten PV-Beträge (siehe Kapitel 3.2.7).
Ersteller	Krankenversicherer
Empfänger	ASD
Varianten	Keine
Auslösende Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ablauf der Abrechnungsperiode</li> <li>Geschäftsaufgabe eines Versicherers (Fusion, Übernahme)</li> </ul>
Rahmenbedingungen	Siehe Anwendungsbestimmung 3.2.7
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erstelldatum der Jahresrechnung</li> <li>Gemeldetes Vergütungsjahr</li> <li>Eine Jahresrechnung hat die Gliederungsebenen (nach Hierarchiestufe von oben nach unten): <ul style="list-style-type: none"> <li>Beitragsjahre</li> <li>darunter: Versicherte Personen pro Beitragsjahr</li> <li>darunter: Zeitabschnitte, innerhalb derer sich hinsichtlich der Tarifprämie und abgerechneter PV nichts geändert hat</li> </ul> </li> <li>Eine solcher Zeitabschnitt besteht aus den folgenden Daten: <ul style="list-style-type: none"> <li>Eindeutige Referenznummer der Verfügung</li> <li>Letzte verarbeitete und abgerechnete Laufnummer dem ASD und Krankenversicherer im Zusammenhang mit der Verfügung</li> <li>Beginnmonat Zeitabschnitt</li> <li>Endmonat Zeitabschnitt</li> <li>Kumulierte Tarifprämie</li> <li>Total ausgerichtete PV</li> <li>Angabe, ob Militärsistierung (Hinweis: wird nur in der Schweiz verwendet)</li> </ul> </li> </ul>
Weitere Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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"> <li>Auch in Randmonaten ist im Element „premium“ (siehe Kapitel 4.6.27) die Tarifprämie zu melden (und nicht die geteilte Tarifprämie, siehe Kapitel 3.2.4).</li> </ul> </li> <li>Das Vergütungsjahr bezeichnet das ordentlich abgerechnete Kalenderjahr. Erstellt wird die Abrechnung immer erst im folgenden Kalenderjahr, also z.B. in 2017 für das Vergütungsjahr 2016.</li> </ul>



### 3.9. Anwendungsbeispiel

Nachstehend wird beispielhaft der PV-Ablauf einer fiktiven Person dargestellt. Der folgende Grob Ablauf widerspiegelt entsprechende Phasen:

Jahr	2022												2023												2024											
Monat	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
Phase	Antragsjahr (bis 31.10.22)												Vergütungsjahr (für Antrag 2022)																							
													Antragsjahr (bis 31.10.23)												Vergütungsjahr (für Antrag 2023)											

Antragsablauf (Antragsjahr):

- ⇒ Max Musterfrau reicht bis 31.10.2022 seinen Antrag auf Prämienverbilligung ein
- ⇒ ASD prüft Antrag und ergänzt Daten
- ⇒ ASD löst sedex Meldeprozess 4 «Anfrage Versicherungsverhältnis» und 5 «Anfrage KOBE» aus
- ⇒ KV löst Antworten für Meldeprozess 4 «Antwort Versicherungsverhältnis» und 5 «Antwort KOBE» aus
- ⇒ ASD ergänzt Daten und prüft ob Anspruch auf PV besteht -> Anspruch auf PV besteht
- ⇒ ASD sendet Verfügung mit positivem Entscheid an Antragssteller
- ⇒ ASD löst sedex Meldeprozess 1 «Neue Verfügung» an entsprechenden KV ab
- ⇒ KV löst Antworten für Meldeprozess 1 «Bestätigung» oder «Rückweisung Verfügung» aus

Vergütungsablauf (Vergütungsjahr)

- KV vergütet Prämienverbilligungsbetrag auf Prämienrechnungen im Vergütungsjahr und ein allfälliger Überschuss wird an den Antragssteller ausbezahlt

Jahresrechnung

- KV löst nach dem Vergütungsjahr den Meldeprozess 6 «Jahresrechnung» mit allen ausgerichteten PV-Beträgen aus
- ASD überprüft die Meldung 6 «Jahresrechnung» mit den erstellten Verfügungen bezüglich Differenzen

Allgemein:

- ASD kann bei Bedarf den Meldeprozess 2 «Stopp einer Verfügung» auslösen
- KV bestätigt oder weist die Meldung 2 zurück
- Bei einer Änderung des Versicherungsverhältnisses löst der KV den Meldeprozess 3 «Änderung des Versicherungsverhältnisses» aus

## 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 (1-0) gehört das Schema (XSD) der Version 1.0.

### 4.2. Einsatz von sedex

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

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

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

- Das ASD
- Die in Liechtenstein zugelassenen Krankenversicherer

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

Weiterführende Informationen sind im sedex Handbuch des BFS zu finden.

### 4.3. Technische Anwendungsbestimmungen

#### 4.3.1. Anwendung von eCH-Standards

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

- eCH-0007: Datenstandard Gemeinden (hier: Kantonskürzel)
- eCH-0008: Datenstandard Staaten und Gebiete (hier: BFS-Ländercode)
- eCH-0010: Datenstandard Postadresse (hier: Wohnsitz natürlicher Personen)

- eCH-0044: Datenstandard Austausch von Personenidentifikationen
- eCH-0058: Schnittstellenstandard Meldungsrahmen (in der Version 4)
- eCH-0090: sedex-Umschlag und -Quittung

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

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

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

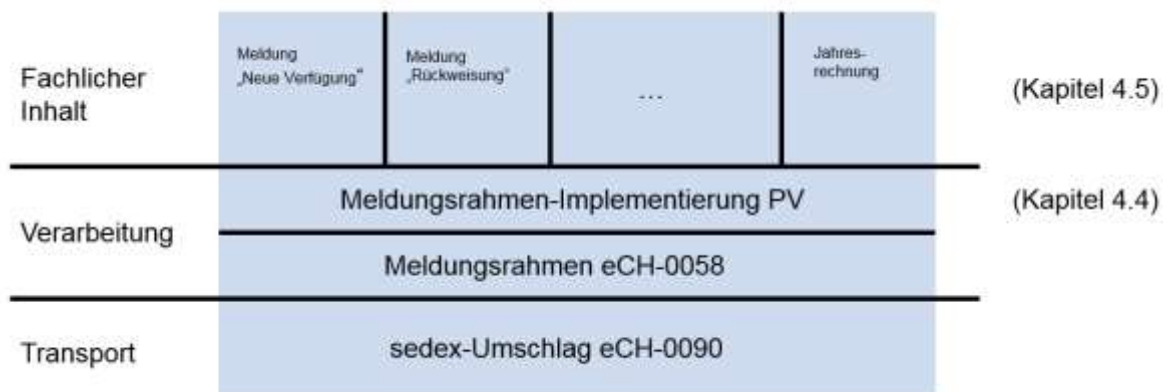


Abbildung 8: Einordnung der eCH-Standards 0090 und 0058

#### 4.3.2. Grundlegender Aufbau der einzelnen Meldungen

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

<http://www.llv.li/xmlns/pvli-5235-000101/1>

zugeordnet, wobei die letzte Ziffer „1“ 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 3.2.11 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. 5235) 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 das ASD angesammelt. Dann ist ein Sammelmeldungs-ZIP mit den entsprechenden Einzelmeldungs-XMLs zu erstellen und an das ASD 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 9 angegeben.

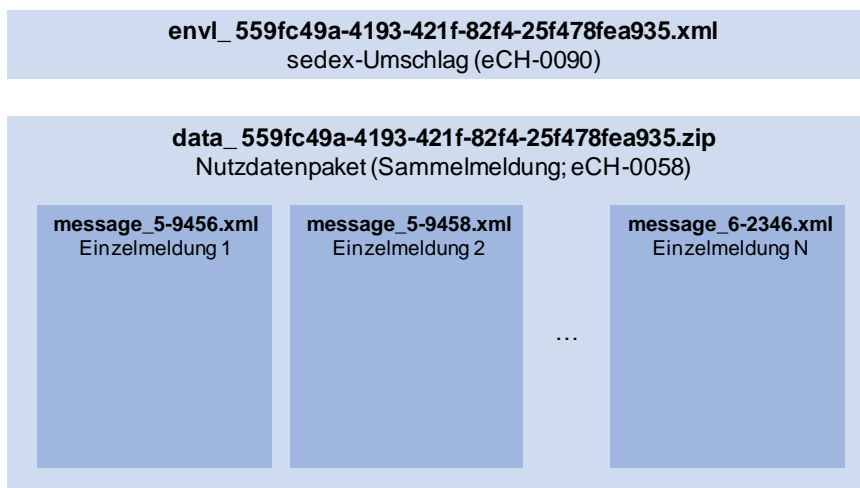


Abbildung 9: Aufbau einer Meldungsdatei

#### 4.3.7. Datenmodell und Referenzierung

Es werden verschiedene Mechanismen zur Identifizierung und Referenzierung angewendet:

- vn: Jede versicherte Person wird über die 13-stellige IDN 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 3.2.11). Alle zur selben Instanz dieses Geschäftsprozesses gehörenden weiteren Meldungen (Antworten) müssen dabei diese Referenznummer wiedergeben.

- **messageId:** Jede einzelne Meldung erhält eine Nachrichten-ID. Diese ist im Kontext des Senders zwingend eindeutig. Bei Anfragen (action=5) und Antworten (action=6) muss in der entsprechenden Antwortmeldung der Inhalt von referenceMessageId gleich dem Inhalt des Feldes messageId der Anfrage-Meldung sein. Beispiel: „Verfügung“ und „Rückweisung Verfügung“. Zu beachten ist, dass die sedex-Quittung die messageId der Sammelmeldung referenziert, nicht aber diejenigen der in der Sammelmeldung enthaltenen Meldungen.

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

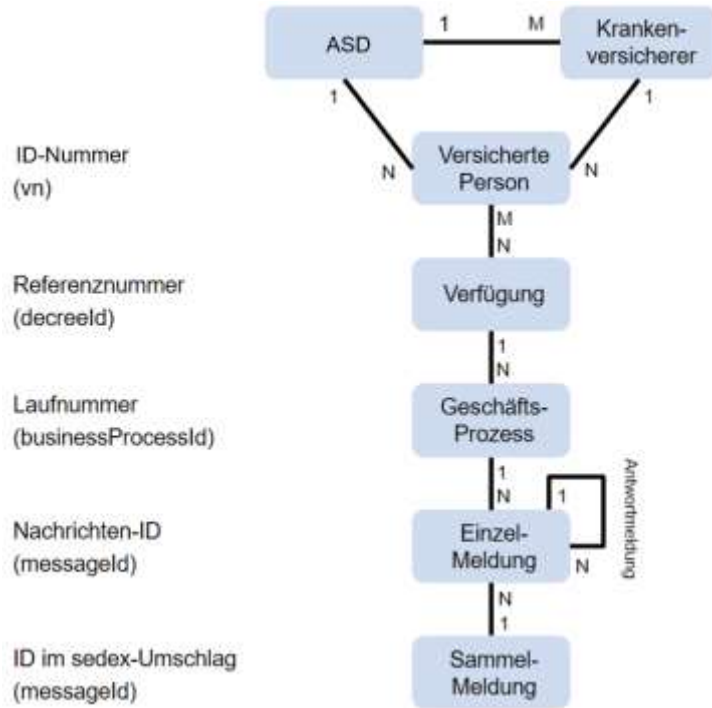


Abbildung 10: Datenmodell

#### 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:

- " = &quot;
- ' = &apos;

- < = &lt;
- > = &gt;
- & = &amp;

### **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 (senderid) und der zugehörigen Verfügungsnummer (decreeld) zu prüfen.

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

#### **Meldungsprozesse 4 und 5**

Die Anfragen Versicherungsverhältnis und Kostenbeteiligung können doppelt beantwortet werden. Eine Identifikation von Doppelmeldungen ist nicht notwendig.

#### **Meldungsprozess 6**

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

#### 4.4. Meldungsrahmen

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

Element	Vork.	Beschreibung
senderId	1	Sedex-ID des Absenders
recipientId	1	Sedex-ID des Empfängers
messageId	1	ID der Einzelmeldung
referenceMessageId	0..1	ID der ursprünglichen Anfragemeldung (nur bei Antwortmeldungen mit action=6, dann aber verpflichtend)
businessProcessId	1	Eindeutige Referenznummer des Geschäftsprozesses. Bei 000101, 000102, 000103, 000201, 000202, 000203 die aufsteigende Laufnummer der Meldung (Kapitel 4.6.6)
messageType	1	sedex-Meldungstyp
subMessageType	1	Submeldungstyp
sendingApplication	1	Sendende Anwendung
messageDate	1	Nachrichtendatum (Zeitpunkt des Versands), UTC-Format
action	1	Erlaubte Werte: 1=neu 5=Anfrage 6=Antwort
declarationLocalReference	1	Lokale Referenz, z.B. Ansprechperson, Sachbearbeitender, Verantwortlicher, Bezeichnung einer Abteilung (Kapitel 4.6.9)
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:



- 5235: Häufige Meldungen ASD FL → Krankenversicherer
- 5236: Anfrage Versicherungsverhältnis ASD FL → Krankenversicherer
- 5237: Anfrage Kostenbeteiligung ASD → Krankenversicherer
- 5238: Häufige Meldungen Krankenversicherer → ASD FL
- 5239: Antwort Versicherungsverhältnis Krankenversicherer → ASD FL
- 5240: Antwort Kostenbeteiligung Krankenversicherer → ASD FL
- 5241: Jahresrechnung Krankenversicherer → ASD FL

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. 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	5235	000101	5	Decree
	Bestätigung Verfügung	5238	000102	6	DecreeConfirmation
	Rückweisung Verfügung	5238	000103	6	DecreeReject
2	Stopp	5235	000201	5	Stop
	Bestätigung Stopp	5238	000202	6	StopConfirmation
	Rückweisung Stopp	5238	000203	6	StopReject
3	Mutation Versicherungsverhältnis	5238	000301	5	Mutation
4	Anfrage Versicherungsverhältnis	5236	000401	5	InsuranceQuery
	Antwort Versicherungsverhältnis	5239	000402	6	InsuranceQueryResult
5	Anfrage Kostenbeteiligung	5237	000501	5	CostSharingQuery
	Antwort Kostenbeteiligung	5240	000502	6	CostSharingQueryResult
6	Jahresrechnung	5241	000601	1	Statement

Tabelle 1: Meldungen und verwendete Typen

## 4.6. Typen

### 4.6.1. *actionType* (Aktionscode)

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

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

### 4.6.2. *addressType*

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

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

### 4.6.3. *agencyType* (Durchführungsstelle)

Bezeichnet im DA-PV Schweiz die Durchführungsstelle anhand des Kantonskürzels bzw. dem Kürzel „GEKVG“ für die Gemeinsame Einrichtung KVG.

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

**i** Der *agencyType* wird in Liechtenstein nicht verwendet.

### 4.6.4. *bagNumberType*

Bezeichnet den Krankenversicherer anhand der BAG-Nummer (siehe Kapitel 3.2.14).

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. *costSharingQueryType (Anfrage Kostenbeteiligung)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
<b>person</b>	personType	1	Personenidentifikation
<b>beginMonth</b>	xs:gYearMonth	1	Beginnmonat
<b>endMonth</b>	xs:gYearMonth	1	Endmonat

#### 4.6.8. *costSharingQueryResultType (Antwort Kostenbeteiligung)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
<b>person</b>	personType	1	Personenidentifikation
<b>beginMonth</b>	xs:gYearMonth	1	Beginnmonat
<b>endMonth</b>	xs:gYearMonth	1	Endmonat
<b>personsInsured</b>	xs:boolean	1	True=Kostenbeteiligung wird geliefert False=Person ist unbekannt oder im angefragten Zeitraum nicht OKP versichert
<b>costSharingDeductibleAmount</b>	xs:decimal (fractionDigits = 2)	0..1	Totalbetrag Franchise im angefragten Zeitraum in CHF in Franken und Rappen auf 5 Rappen gerundet und grösser oder gleich Null
<b>costSharingRetentionFeeAmount</b>	xs:decimal (fractionDigits = 2)	0..1	Totalbetrag Selbstbehalt im angefragten Zeitraum in CHF in Franken und Rappen auf 5 Rappen gerundet und grösser oder gleich Null

#### 4.6.9. *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
<b>name</b>	xs:token	1	Name Sachbearbeiter oder Fachabteilung
<b>department</b>	xs:token	0..1	Abteilung
<b>phone</b>	analog eCH-0046:phoneNumber-Type	1	Telefonnummer
<b>email</b>	analog eCH-0046:emailAddress-Type	1	Emailadresse
<b>other</b>	xs:token	0..1	Freitext

#### 4.6.10. *decreeConfirmationType (Bestätigung Verfügung)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
<b>decreeld</b>	decreeldType	1	Referenznummer der betroffenen Verfügung
<b>person</b>	personType	1	Personenidentifikation
<b>insuranceData</b>	insuranceDataType	1	Daten des Krankenversicherers

#### 4.6.11. *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}$`

#### 4.6.12. *decreeRejectType (Rückweisung Verfügung)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
<b>decreeld</b>	decreeldType	1	Referenznummer der rückgewiesenen Verfügung
<b>person</b>	personType	1	Personenidentifikation
<b>decreeRejectReason</b>	decreeRejectReasonType	1	Grund für die Rückweisung der Verfügung
<b>newInsurance</b>	bagNumberType	0..1	Falls neuer Krankenversicherer, BAG-Nummer des neuen Versicherers
<b>agency</b>	agencyType	0..1	Hinweis: Wird in Liechtenstein nicht verwendet.

#### 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 dem ASD meldet:

- 1 = PV-Verfügung zu weit in der Vergangenheit
- 2 = PV-Verfügung zu weit in der Zukunft
- 3 = Verfügungsnummer zu dieser Person wurde von ASD 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 (IDN)

#### 4.6.14. *decreeType (Verfügung)*

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

#### 4.6.15. *insuranceDataType (Daten des Krankenversicherers)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
<b>premium</b>	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Tarifprämie in Franken und Rappen
<b>accident</b>	xs:boolean	1	True=mit Unfall False=ohne Unfall
<b>contractStartDate</b>	xs:date	1	Beginn des OKP-Versicherungsverhältnisses
<b>contractEndDate</b>	xs:date	0..1	Ende des OKP-Versicherungsverhältnisses falls bekannt/vorhanden
<b>franchise</b>	xs:decimal (fractionDigits = 2)	0..1	Jährliche Franchise auf Franken und Rappen
<b>premiumGroup</b>	premiumGroupType	0..1	Tarifgruppe
<b>productName</b>	xs:token	0..1	Produktname (Freitext)
<b>bonus</b>	bonusType	0..1	Bonusprodukt
<b>premiumAge</b>	premiumAgeType	0..1	Tarifaltersgruppe
<b>premiumCountry</b>	eCH-0008:countryIdType	0..1	Tarifland, vierstelliger BFS-Ländercode gemäss <a href="https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/215076/master">https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/215076/master</a>
<b>premiumZoneCH</b>	eCH-0007:cantonAbbreviationType	0..1	Tarifzone falls Tarifland = Schweiz
<b>premiumZoneForeign</b>	xs:token	0..1	Tarifzone falls Ausland, Freitext
<b>premiumRegionCH</b>	premiumRegionType	0..1	Tarifregion falls Tarifland = Schweiz
<b>premiumRegionForeign</b>	xs:token	0..1	Tarifregion falls Ausland, Freitext

#### 4.6.16. *insuranceQueryType (Anfrage Versicherungsverhältnis)*

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

<b>person</b>	personType	1	Personenidentifikation
<b>beginMonth</b>	xs:gYearMonth	1	Beginnmonat
<b>endMonth</b>	xs:gYearMonth	1	Endmonat

#### 4.6.17. *insuranceQueryResultType (Antwort Versicherungsverhältnis)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
<b>person</b>	personType	1	Personenidentifikation
<b>insuranceData</b>	insuranceDataType	1	Daten des Krankenversicherers

#### 4.6.18. *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

#### 4.6.19. *mutationType (Änderung Versicherungsverhältnis)*

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

#### 4.6.20. *personType (Personenidentifikation)*

Die verwendeten Elemente basieren auf dem Typ eCH0044:personIdentificationType. Da im originalen eCH-Standard 0044 die Verwendung der Schweizer AHV-Nummer vorgesehen ist, wird der Typ für den PV-Datenaustausch in Liechtenstein nachgebildet und Anstelle der AHV-Nummer muss die IDN (vn) zwingend geliefert werden und das Geburtsdatum (dateOfBirth) ist auf den Tag genau anzugeben.

Die IDN ist vom Typ xs:unsignedLong und der Wertebereich liegt zwischen 4380000000001 und 4389999999999.

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
<b>vn</b>	xs:unsignedLong	1	Identifikationsnummer 13-stellig (IDN)
<b>officialName</b>	eCH-0044:baseNameType	1	Nachname
<b>firstName</b>	eCH-0044:baseNameType	1	Alle Vornamen in der richtigen Reihenfolge
<b>sex</b>	eCH-0044:sexType	1	Geschlecht (1=männlich, 2=weiblich)
<b>dateOfBirth</b>	xs:date	1	Geburtsdatum
<b>address</b>	addressType	1	Adresse

#### 4.6.21. *premiumAgeType (Prämiengruppe)*

Altersgruppe gemäss Art. 61 Abs. 3 KVG:

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

#### 4.6.22. *premiumGroupType (Tarifgruppe)*

Grundversicherung gemäss BAG:

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

#### 4.6.23. *premiumRegionType (Prämienregion)*

Prämienregionen gemäss BAG:

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

#### 4.6.24. *statementType (Jahresrechnung)*

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

#### 4.6.25. *statementContributionYearType (Beitragsjahr innerhalb Jahresrechnung)*

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

#### 4.6.26. *statementPersonType (Jahresrechnungs-Eintrag für eine Person)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
<b>person</b>	personType	1	Personenidentifikation
<b>statementPersonPeriod</b>	statementPersonPeriodType	0..n	Zeitabschnitte, in denen sich hinsichtlich Tarifprämie und PV nichts geändert hat

#### 4.6.27. *statementPersonPeriodType (Zeitabschnitt)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
<b>decreeld</b>	decreeldType	1	Referenznummer der zugrundeliegenden Verfügung
<b>lastBusinessProcessIdAgency</b>	businessProcessIdType	1	Letzte für die Verfügung verarbeitete und abgerechnete Laufnummer des ASD
<b>lastBusinessProcessIdInsurance</b>	businessProcessIdType	0..1	Letzte für die Verfügung verarbeitete und abgerechnete Laufnummer des Krankenversicherer falls vorhanden (nur vorhanden falls eine Meldung „Änderung Versicherungsverhältnis“ gemeldet wurde)
<b>beginMonth</b>	xs:gYearMonth	1	Beginnmonat
<b>endMonth</b>	xs:gYearMonth	1	Endmonat
<b>premium</b>	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Kumulierte Tarifprämie in Franken und Rappen
<b>amount</b>	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Gesamter ausgerichteter PV-Betrag in Franken und Rappen auf 5 Rappen gerundet
<b>militarySuspension</b>	xs:boolean	1	True = Militärsistierung aktiv (wird in Liechtenstein nicht verwendet) False = Keine Militärsistierung

#### 4.6.28. *stopType (Annulation oder Verkürzung)*

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

#### 4.6.29. *stopConfirmationType (Bestätigung Annulation oder Verkürzung)*

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

#### 4.6.30. *stopRejectType (Rückweisung Annulation oder Verkürzung)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
<b>decreeld</b>	decreeldType	1	Referenznummer der rückgewiesenen Verfügung



<b>person</b>	personType	1	Personenidentifikation
<b>stopRejectReason</b>	stopRejectReasonType	1	Grund für die Rückweisung der Annullation oder Verkürzung
<b>stopMonth</b>	xs:gYearMonth	0..1	Falls die Verfügung bereits gestoppt ist, Angabe des Enddatums aus diesem Stopp

#### 4.6.31. 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
<b>senderId</b>	T4-066008-2 (AWK)
<b>recipientId</b>	T4-066008-2 (AWK)
<b>messageId</b>	f7395188-febc-4bef-a3b0-0a3666f3e94d
<b>businessProcessId</b>	1
<b>messageType</b>	5235
<b>subMessageType</b>	000101
<b>sendingApplication</b>	Elemente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• manufacturer = Softwarehouse AG</li> <li>• product = Softwareloesung</li> <li>• productVersion = 4.4.1</li> </ul>
<b>messageDate</b>	2022-08-15T00:00:00
<b>action</b>	5 (Anfrage)
<b>declarationLocalReference</b>	Elemente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• name = Lorenz Muster</li> <li>• department = Debt</li> <li>• phone = 0041441234567</li> <li>• email = lorenz.muster@awk.ch</li> </ul>
<b>testDeliveryFlag</b>	True

Elemente im Meldungsinhalt (unterhalb <content>):

Element	Inhalt
<b>decreedId</b>	9355040f-c60e-4514-bfd8-66f5f1

<b>Person</b>	<pre> Person {   vn = 4381111222236   officialName = Stutz   firstName = Frieda   sex = 2   dateOfBirth = 1982-03-01   address {     street = Musterstrasse     houseNumber = 1     town = Musterstadt     swissZipCode = 9490     country = 8222   } } </pre>
<b>beginMonth</b>	2022-01
<b>endMonth</b>	2022-12
<b>amount</b>	113.25
<b>limitation</b>	False

## 5.2. Bestätigung neue Verfügung

Elemente im Meldungskopf (unterhalb <header>):

Element	Inhalt
<b>senderId</b>	T4-066008-2 (AWK)
<b>recipientId</b>	T4-066008-2 (AWK)
<b>messageId</b>	ed706b81-2d05-4098-9f34-ce1d17eb210e
<b>referenceMessageId</b>	f7395188-febc-4bef-a3b0-0a3666f3e94d
<b>businessProcessId</b>	12
<b>messageType</b>	5238
<b>subMessageType</b>	000102
<b>sendingApplication</b>	Elemente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• manufacturer = Softwarehouse AG</li> <li>• product = Softwareloesung</li> <li>• productVersion = 4.4.1</li> </ul>
<b>messageDate</b>	2022-08-16T00:00:00
<b>action</b>	6 (Antwort)
<b>declarationLocalReference</b>	Elemente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• name = Lorenz Muster</li> <li>• department = Debt</li> <li>• phone = 0041441234567</li> <li>• email = lorenz.muster@awk.ch</li> </ul>
<b>testDeliveryFlag</b>	True

Elemente im Meldungsinhalt (unterhalb <content>):

Element	Inhalt
<b>decreedId</b>	9355040f-c60e-4514-bfd8-66f5f1

<b>person</b>	<pre> Person {   vn = 4381111222236   officialName = Stutz   firstName = Frieda   sex = 2   dateOfBirth = 1982-03-01   address {     street = Musterstrasse     houseNumber = 1     town = Musterstadt     swissZipCode = 9490     country = 8222   } } </pre>
<b>insuranceData</b>	<pre> insuranceData {   premium = 100.00   accident = False   contractStartDate = 2022-01-01 } </pre>

### 5.3. Jahresrechnung

Elemente im Meldungskopf (unterhalb <header>):

Element	Inhalt
<b>senderId</b>	T4-066008-2 (AWK)
<b>recipientId</b>	T4-066008-2 (AWK)
<b>messageId</b>	9ca8cae5-89b4-4c63-8616-d4d8420fd9a3
<b>businessProcessId</b>	1
<b>messageType</b>	5241
<b>subMessageType</b>	000601
<b>sendingApplication</b>	Elemente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• manufacturer = Softwarehouse AG</li> <li>• product = Softwareloesung</li> <li>• productVersion = 4.4.1</li> </ul>
<b>messageDate</b>	2023-01-31T00:00:00
<b>action</b>	1 (neu)
<b>declarationLocalReference</b>	Elemente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• name = Lorenz Muster</li> <li>• department = Debt</li> <li>• phone = 0041441234567</li> <li>• email = lorenz.muster@awk.ch</li> </ul>
<b>testDeliveryFlag</b>	True

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

Element	Inhalt
<b>statementDate</b>	2023-01-31
<b>statementYear</b>	2022
<b>statementContributionYear</b>	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
<b>Year</b>	2022
<b>statementPerson</b>	N Vorkommen (eines für jede versicherte Person), siehe unten

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

Element	Beschreibung
<b>Person</b>	<pre> person {   vn = 4381111222236   officialName = Stutz   firstName = Frieda   sex = 2   dateOfBirth = 1982-03-01   address {     street = Musterstrasse     houseNumber = 1     town = Musterstadt     swissZipCode = 9490     country = 8222   } } </pre>
<b>statementPersonPeriod</b>	<p>N Vorkommen von:</p> <pre> statementPersonPeriod {   decreedId = 9355040f-c60e-4514-bfd8-66f5f1   lastBusinessProcessIdAgency = 1234   beginMonth = 2022-01   endMonth = 2022-12   premium = 1200.00 (Kumulierte Tarifprämie: 12 mal 100.00)   amount = 1259.00 (PV gesamthaft ausgerichtet: 12 mal 113.25)   militarySuspension = False } </pre>

**AWK GROUP AG**

Leutschenbachstrasse 45, Postfach, CH-8050 Zürich,  
T +41 58 411 95 00, [www.awk.ch](http://www.awk.ch)

Zürich • Bern • Basel • Lausanne