



**santésuisse**

# **Projekt eKARUS Spital**

## **Fachliche Anforderungen an den Administrativprozess zwischen Leistungserbringer und Kostenträger für den stationären Spitalbereich**

Version 1.1

### **Autorenverzeichnis**

<b>Autor</b>	<b>Firma</b>
Fredi Bircher	CSS Gruppe
Gregor Ineichen	Visana Services AG
J.-P. Hofstetter	Helsana Versicherungen AG
Andrea Peverelli	Helsana Versicherungen AG

Tabelle 1 Autorenverzeichnis

### **Änderungsnachweis**

<b>Version</b>	<b>Datum</b>	<b>Name</b>	<b>Bemerkungen</b>
1.00	06.07.2010	Gregor Ineichen	Änderungen aus Steuerungsausschuss vom 02.07.2010, freigegeben durch den Steuerungsausschuss per 31.07.2010
1.09	18.05.2011	J.-P. Hofstetter Gregor Ineichen Fredy Bircher Andrea Peverelli	Einarbeitung der Fallszenarien und der Beschlüsse aus dem Fachdesign
1.091	06.07.2011	J.-P. Hofstetter Andrea Peverelli	Änderungen gemäss WS eAdjustment
1.092	22.06.2011	Gregor Ineichen Fredy Bircher	Einarbeitung der Beschlüsse aus dem FachDesign Workshop vom 10.6.2011
1.10	12.08.2011	Gregor Ineichen	Änderungen aus Steuerungsausschuss vom 28.06.2011,
1.101	01.09.2011	Gregor Ineichen	Änderungen aus Steuerungsausschuss vom 01.09.2011 Freigabe durch den Steuerungsausschuss

Tabelle 2 Änderungsnachweis

## Referenzierte Dokumente

Dokument	Datum/Version	Autor / Bemerkungen
[1] eKARUS Meldungsspezifikation Spital stationär	Version 1.1	santésuisse
[2] VVK, Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung	832.105 1.1.2009	EDI
[3] Vertrag über die Einführung der Tarifstruktur SwissDRG im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP	2.7.2009	H+, santésuisse und GDK
[4] Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG	Version 4/2011	SwissDRG AG
[5] Kodierhandbuch	Vorabversion 2012	BFS

Tabelle 3 Referenzierte Dokumente

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	4
1.1	Ausgangslage .....	4
1.2	Projekt Ziele .....	4
1.3	Umfang des Teilprojekts "Fachdesign" .....	4
1.4	Beteiligte im Teilprojekts "Fachdesign" .....	5
1.5	Glossar .....	6
1.6	Notationen .....	11
2	Übersicht Administrativprozess, Prozesselemente und Geschäftsvorfälle .....	12
3	Generelle Anforderungen .....	13
3.1	Fachkontext .....	14
3.1.1	Leistungsauftrag .....	14
3.1.2	Tarifverträge.....	16
3.1.3	Leistungsaufschub .....	16
3.1.4	Jahresüberlieger (OKP).....	16
3.1.5	Unterschiedliche Sozialversicherungsträger.....	16
3.1.6	Geburten.....	17
4	PE10: Prozesselement Registrierung .....	18
4.1	Prozess Ablauf und Varianten.....	21
4.1.1	PE11: Versicherungsanfrage mit Versichertenkartennummer .....	22
4.1.2	PE12: Versicherungsanfrage ohne Versichertenkarteninformation.....	23
5	PE20: Prozesselement Budgetierung .....	26
5.1	Prozess Ablauf und Varianten.....	28
5.1.1	PE21: KoGu Gesuch.....	29
5.1.2	PE22: Informationsaustausch .....	30
5.1.3	PE23: Änderung Behandlung.....	31
5.1.4	PE24: Änderung Deckung.....	32
6	PE25: Behandlung .....	34
7	PE30: Prozesselement Leistungsverrechnung .....	36
7.1	Prozess Ablauf und Varianten.....	38
7.1.1	PE31: Leistung verrechnen .....	39
7.1.2	PE22: Informationsaustausch .....	41
7.1.3	PE33: Storno durch Spital .....	42
7.1.4	PE35: Mahnung .....	44
8	PE22, PE24a, PE32 Teil-Prozesse Informationsaustausch .....	45
9	Fallszenarien .....	46

# 1 Einleitung

Im Projekt eKARUS Spital wurden in Zusammenarbeit mit Spitalern und Kostenträgern die Administrativprozesse mit elektronischem Meldungs austausch zwischen Spital und Kostenträger mit Schwerpunkt Spital stationär definiert.

Das Ziel ist ein offener Standard für den elektronischen Austausch und die Definition und Standardisierung der elektronischen Schnittstelle und Meldungsinhalte.

Im konkreten Ablauf (Verwendung der Meldungen und Prozesse) und beim Inhalt der Meldungen sollen bilaterale Vereinbarungen der Partner möglich sein. Die technische Umsetzung muss diesbezüglich flexibel sein.

eKARUS Spital berücksichtigt die neue Spitalfinanzierung mit Fallpauschalen nach SwissDRG.

## 1.1 Ausgangslage

Der Verwaltungsrat santésuisse erteilte am 25.6.2009 den Auftrag im Rahmen des Projekts „eKARUS“ den elektronischen Datenaustausch mit Schwerpunkt Spital stationär im Hinblick auf die neue Spitalfinanzierung mit Fallpauschalen nach SwissDRG vorzubereiten. Die Prozess Schwerpunkte liegen auf der elektronischen Kundenidentifikation, Kostengutsprache und Leistungsverrechnung.

Am 1.7.2009 erfolgte der Projekt-Kick-off mit Vertretern von Kostenträgern, Spitalern und Verbänden.

## 1.2 Projekt Ziele

Analyse und Vorschlag für die Prozesse zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern sowie der fachlichen Meldungen und Inhalte für den stationären Spitalbereich, damit für alle Teilnehmer ein automatischer, papierloser Prozess bei noch besserer Qualität möglich ist.

## 1.3 Umfang des Teilprojekts "Fachdesign"

**Dieses Dokument beschreibt die fachlichen Anforderungen, die möglichen fachlichen Meldungen und Meldungsabläufe, die bei Bedarf der Partner, technisch unterstützt und vertraglich geregelt werden müssen. Es werden alle Meldungen und Meldungsinhalte beschrieben, die unterstützt werden können.**

**Das Dokument definiert klar keine technische Umsetzung und keine vertragliche Regelung der Partner. Insbesondere die Umsetzung von ausgewählten Anwendungsfällen, Prozesselementen und konkret übermittelten Informationen muss von den Partnern vertraglich ausgestaltet werden.**

### Im Scope

- Analyse und Vorschlag für die fachlichen Prozesse zwischen Spitalern und Kostenträger für Versichertenidentifikation, Kostengutsprache und Leistungsverrechnung

Hinweis: Die enthaltenen Abfolgen von Geschäftsvorfällen und im Besonderen von Geschäftsprozessen (intern) sind illustrativ. Die konkrete Umsetzung von einzelnen Geschäftsvorfällen muss zwischen den Partnern vereinbart werden.

- Festlegen fachlicher Meldungen und mögliche Inhalte zwischen Spital und Kostenträger

#### **Nicht Scope Teilprojekt „Fachdesign“**

- Interne Prozesse von Spitälern und Kostenträgern, sowie eventuell nötige Anpassungen dieser um den eKARUS Prozess umzusetzen.
- Die technische Spezifikation der Meldungen und die Abbildungen auf XML Standards. Dies wird in einem separaten Dokument [1] definiert.
- Technische Umsetzung der Standards  
Hinweis: ein Versicherer kann z.B. eine Schnittstelle direkt anbieten oder dies an einen Intermediär delegieren (z.B. MediData, VeKa-Center, Ofac etc.)

### **1.4 Beteiligte im Teilprojekts "Fachdesign"**

#### **Spitäler**

CHUV, Lausanne  
Kantonsspital Winterthur  
Kantonsspital St. Gallen  
Universitätsspital Zürich  
Inselsspital Bern  
Universitätsspital Basel  
Kantonsspital Luzern  
Klinik Sonnenhof

#### **Kostenträger**

CSS  
Helsana  
Sanitas  
Swica  
Visana  
Concordia

#### **Verbände**

H+  
santésuisse

## 1.5 Glossar

Begriff	Abkürzung	Bezeichnung/Erläuterung/Beschreibung
adm. Fall Nr. Leistungserbringer	Fall Nr.	Die administrative Fall Nr. des Leistungserbringer identifiziert den Behandlungsfall
All Patient Diagnosis Related Groups	APDRG	Es ist ein auf Diagnosen basierendes Klassifikationssystem für stationäre Behandlungsfälle nach dem derzeit in den Zürcher Spitälern codiert wird. Die Einteilung erfolgt in der aktuellen Version (6.0) in 878 Fallgruppen (DRG und SPG) sowie 25 medizinischen Hauptkategorien (MDC) plus vier Pseudo-MDC. Ziel des Klassifikationssystems ist es, Patienten nach klinischen Kriterien in Gruppen mit ähnlichem Ressourcenverbrauch zusammenzufassen
Anwendungsfall		Unter Anwendungsfall wird ein fachlicher Kontext verstanden in dem ein Prozesselement respektive ein darin enthaltener Geschäftsvorfall zur Anwendung gelangt. Zum Beispiel folgende Anwendungsfälle des Prozesselements Registrierung werden behandelt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikation mit Versichertenkarteninformation</li> <li>• Identifikation ohne Versichertenkarteninformation</li> <li>• Identifikation vor Eintritt</li> <li>• Identifikation bei Eintritt</li> <li>• Identifikation im Notfall</li> </ul>
Aufenthaltsdauer	AHD	Die Aufenthaltsdauer gibt die Zeit in Tagen an, die ein Patient in einem Spital stationär behandelt wird.
Aufenthaltsstage		Die Aufenthaltsstage werden im SwissDRG folgendermassen berechnet: Austrittsdatum minus Eintrittsdatum abzüglich Urlaubstage
Ausserkantonale	AK	Ausserkantonale (zum Beispiel Patienten, Fälle, Behandlungen)
Auslandsspitäler		Auslandsspitäler haben keinen Anspruch auf Vergütung gemäss Krankenversicherungsgesetz.
Baserate		Siehe Basispreis
Basispreis		Baserate, Normpreis, Basisfallwert: (verhandelter) CHF-Betrag für das CW=1.0
Behandlungsfall	Fall	Als Behandlungsfall gilt ein stationärer Aufenthalt eines Patienten/einer Patientin in einem Spital, unabhängig von der Hospitalisierungsursache. Der gesamte Aufenthalt von Eintritt bis zum Austritt zählt als ein Fall. Siehe auch Kodierhandbuch [5] G04.1.
Budgetierung	PE20	Die Kostengutspracheprozesse werden unter PE20 „Budgetierung“ zusammengefasst. Die Anfrage erfolgt auf Basis der mit PE10 ermittelten Deckunge[n]. Darunter fallen Anfrage, Bestätigung, Korrektur, Annulation, Aktualisierung
Bundesamt für Statistik	BFS	Erhebungsorgan für die Statistiken der Schweiz
Case Mix	CM	Summe der Leistungen einer Leistungserbringereinheit (Spital, Klinik) bewertet in Punkten. Die Leistungen werden errechnet aus der Anzahl DRG-Fälle multipliziert mit deren Kostengewichten (CW)
Case Mix Index	CMI	Das durchschnittliche Kostengewicht (CW) je Leistungserbringereinheit, d.h. der Case Mix (CM) dividiert durch die Anzahl der Fälle dieser Leistungserbringereinheit. Der CMI entspricht dem durchschnittlichen CW des Patientengutes - er beschreibt den durchschnittliche Schweregrad der Patientenfälle

<b>Begriff</b>	<b>Abkürzung</b>	<b>Bezeichnung/Erläuterung/Beschreibung</b>
Case Mix Office	CMO	Kompetenzzentrum in der Swiss DRG AG: pflegt die Tarifstruktur, berechnet Kostengewichte, betreut Kosten-Leistungs-DB der Referenz-Spitäler, ändert Codierregeln
CH-Operationskatalog	CHOP	Der CHOP beinhaltet über 4'000 medizinische Prozeduren.
Cost weight	CW	Gewichtung eines DRG-Falls (s. Kostengewicht)
Diagnosis Related Groups	DRG	Sind ein auf Diagnosen basierendes Klassifikationssystem für stationäre Behandlungsfälle, die länderspezifisch angepasst werden (vgl. SwissDRG, APDRG, G-DRG). Durch DRG können Behandlungsfälle von Akutspitälern in eine beschränkte Anzahl klinisch definierter Gruppen mit möglichst ähnlichen Behandlungskosten eingeteilt werden.
Die Spitäler der Schweiz	H+	Spitzenorganisation der öffentlichen und privaten Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (Interessenverband).
Extremliieger		Langlieger, die über 365 Pflage tage hinaus kontinuierlich stationär behandelt werden.
Fall Management	FM	Das Fallmanagement ist eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Spital und Versicherer mit dem Zweck der effizienten Abwicklung von gemeinsamen Behandlungsfällen. Tendenziell haben eher grössere Organisationen eine solche Schnittstelle mit vorgegebenen Entscheidungswegen etabliert.
Fallgewicht		Jede DRG-Fallgruppe hat ein eigenes Fallgewicht (=cost weight (CW)).
Fallzusammenlegung DRG		Einzelne Fälle können gem. [4] in einen Fall zusammengefasst werden. Z.B. Wiederaufnahme in gleiche MDC oder Rückverlegung.
Geschäftsprozess		Als Geschäftsprozess wird in diesem Dokument ein interner Ablauf bei einem der Partner bezeichnet, z.B. welche Organisationseinheiten machen was, wenn eine Kostengutsprache-Anfrage eintrifft. Ein Geschäftsprozess oder ein Teil davon wird durch einen Geschäftsvorfall ausgelöst.
Geschäftsvorfall		Als Geschäftsvorfall wird ein einzelnes Ereignis an der Schnittstelle eines Teilnehmers am Gesamtprozess bezeichnet, z.B. eine Kostengutsprache-Anfrage Meldung wird empfangen oder eine elektronische Rechnung wird verschickt.
Gesuch		Kostengutsprache Anfrage Beinhaltet den Beschrieb der geplanten/notfallmässig durchgeführten Behandlung
Grenzverweildauer		Statistisch berechnete Normaufenthaltsdauer pro DRG: die Grenzverweildauer wird limitiert durch 'trim points', welche die obere und untere Grenze angeben.
Groupier		Der DRG-Groupier ist ein Algorithmus, der jedem Fall (Diagnose und Behandlung) eine DRG mit dazugehörigem Fallgewicht zuweist.
Hauptdiagnose	HD	Die Hauptdiagnose ist definiert als "derjenige Zustand, der am Ende des Spitalaufenthalts als Diagnose feststeht und der der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung des Patienten war". Ist mehr als ein Zustand aufgeführt, ist derjenige auszuwählen, der den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln erforderte.
HP		Halbprivate Deckung

Begriff	Abkürzung	Bezeichnung/Erläuterung/Beschreibung
ICD-10	ICD-10	<p>"International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems", 10. Revision</p> <p>Die ICD-10-Codes sind eine Codierung gemäss der internationalen Klassifikation der Krankheiten, die von (Fach-)Ärzten angewendet werden muss.</p> <p>ICD-10-Codierungen sind notwendig für die DRG-Gruppierung.</p>
ICD-10 GM	ICD-10 GM	ICD-10 "German Modification"
Indikation		Grund oder Umstand, eine bestimmte (ärztliche) Massnahme in einem Krankheitsfall durchzuführen, die nach Abschätzen des möglichen Nutzens und Risikos (für den Patienten) sinnvoll ist.
Klinik-Informationssystem	KIS	Klinik-Informationssystem (auch EPR: electronic patient record) mit Schwergewicht auf medizinischen Daten
KoGu	PE20	Budgetierung (Kostengutsprache)
Kostendeckung		<p>Kostengutsprache Antwort</p> <p>Beinhaltet den zugesicherten Deckungsumfang auf Basis der Police des Kunden unter Berücksichtigung der medizinischen Indikation.</p>
Kostengewicht	CW	Fallgewicht, Relativgewicht: Punktwert, der für jede der 641 APDRG und zusätzlichen SPG (Swiss Payment Groups) die Kosten in einem relativen Wert abbildet (CW) - durchschnittliche Behandlungsaufwand pro Fallgruppe verglichen mit dem durchschnittlichen Behandlungsaufwand für akut-stationäre Fälle.
Kostenträger		Angabe desjenigen, der die Kosten der stationären Heilungskosten im Wesentlichen übernimmt. Dies kann die Krankenversicherung, Unfallversicherung, Zusatzversicherer, sein.
Kunde		Als Kunde wird in diesem Dokument sowohl die versicherte Person aus Sicht des Kostenträgers Krankenversicherers als auch der Patient aus Sicht des Spitals bezeichnet.
Kurzaufenthalter		Kurzaufenthalter (Ausweis L) sind ausländische Staatsangehörige, die sich befristet, in der Regel für weniger als ein Jahr, für einen bestimmten Aufenthaltzweck mit oder ohne Erwerbstätigkeit in der Schweiz aufhalten. Als Kurzaufenthalte werden auch Au-Pair-Anstellungen und Aufenthalte als Stagiaire betrachtet.
Kurzlieger		Fälle wurden als Kurzlieger definiert, sofern die Aufenthaltsdauer kleiner vier Tage ist (vgl. Aufenthaltsdauer).
Langlieger		<p>Fälle mit einer Aufenthaltsdauer, die über den festgelegten/definierten Tagen der DRG-Kalkulation liegen, werden als Langlieger bezeichnet. Das heisst, Langlieger haben eine Aufenthaltsdauer über dem HTP (vgl. HTP).</p> <p>Häufig werden solche Patienten auch als Outlier bezeichnet.</p>
Leistungsverrechnung	PE30	Leistungsverrechnung umfasst alle Prozesse im Bereich der Leistungsabteilung. Darunter fallen Rechnungsstellung, Rechnungskontrolle, Korrektur, Storno und Mahnung.
Liegeklasse		Beschreibt, ob der Patient privat, halbprivat oder allgemein liegt, sei dies entsprechend seiner Zusatzversicherung oder eines Upgrades.
Major Diagnostic Category	MDC	Hauptkategorien im DRG-System







Begriff	Abkürzung	Bezeichnung/Erläuterung/Beschreibung
Medizinisches Indiziert		Eine medizinisch indizierte Leistung ist eine aus medizinischer Sicht notwendige Leistung, auch wenn diese Leistung nur in einem anderen Kanton erbracht werden kann. Dies bedeutet, dass eine medizinisch indizierte Leistung wie eine Pflichtleistung gemäss UVG (Unfallversicherungsgesetz) oder KVG (Krankenversicherungsgesetz) behandelt wird.
Medizinisches Informationssystem	MIS	Medizinisches Informationssystem
Minimal Clinical Dataset	MCD	Technische Meldung für die Übermittlung von medizinischen Angaben. Siehe BfS Kapitel 4.2 (Diagnosen) und Kapitel 4.3 (Prozeduren)
Mittlere Aufenthaltsdauer	MAHD	Berechnet sich aus allen Pflagetagen dividiert durch die entsprechende Anzahl Fälle bzw. Austritte.
Notfall		Ein Patient der unangemeldet und ungeplant ins Spital eintritt und sofort Hilfe/Behandlung benötigt bzw. für den Erste-Hilfe-Massnahmen innerhalb zwölf Stunden unabdingbar sind.
Obligatorische Krankenpflegeversicherung	OKP	
Operationen- und Prozedurenschlüssel	OPS	Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin einschliesslich der nicht-amtlichen Schlüsselnummern des Erweiterungskataloges (in D verwendet).
P		Privatversicherung
Patientenklassifikationssystem	PCS	Patientenklassifikationssystem
PLT	PLT	Prozess&Leistungsorientierte Tarifierung (z.B. Kt. Zürich)
Prozesselement		Thematisch zusammengehörender Bereich des Gesamtprozesses Administration. Besteht in dieser Version aus den 3 Blöcken Registrierung, Budgetierung und Leistungsverrechnung
Registrierung	PE10	Administrativabklärung zur Ermittlung der Patientenstammdaten und der zum Behandlungszeitpunkt gültigen Deckung
SVN		Sozialversicherungsnummer
Swiss DRG	Swiss DRG	Ab 2012 müssen alle somatischen Akutspitäler auf einer Spitalliste mit Fallpauschalen abgegolten werden. Auf diesen Zeitpunkt hin wird ein auf die Schweiz angepasstes DRG-System (SwissDRG) entwickelt.
Update		Eine Kostendeckung zu einer noch ausstehenden Behandlung wird komplett neu vereinbart.
VeKa		Versichertenkarte
VeKa-Nr		Versichertenkartennummer
Verlegungen und Todesfälle		Im Leistungsbereich Verlegungen und Todesfälle werden die Fälle zusammengefasst, die innerhalb 24 Stunden nach Spitaleintritt verlegt wurden, verstorben sind oder nicht im DRG-System klassierbar waren.
Vertragsspital		Vertragsspitäler sind Spitäler ohne kantonalen Leistungsauftrag. Der Vertrag regelt mit dem Versicherer des Vertrags die Vergütung der Leistungen auf Basis von DRG. Ein Vertrag kann auch mit Spitälern mit Teilleistungsaufträgen geschlossen werden

<b>Begriff</b>	<b>Abkürzung</b>	<b>Bezeichnung/Erläuterung/Beschreibung</b>
Vertrauensärztlicher Dienst	VAD	Aufgrund des Patientenwunsches oder durch Anordnung des verantwortlichen Arztes wird die Bearbeitung der Leistungen im vertrauensärztlichen Dienst des Krankenversicherers verlangt. Die mit dem VAD Flag markierten Meldungen erzwingen auf Seite des Versicherers die entsprechende Spezialbehandlung.
Volleistungstarif		VVG Tarif, welcher die OKP Leistung umfasst. Bisher hat entweder der Leistungserbringer oder der Kostenträger zur Ermittlung des effektiven VVG Anteils mittels Referenztaxe den Deckungsanteil bestimmt.
Wiedereintritt		Fallzusammenlegung DRG
Wohnkanton		Kanton, welcher für die Ermittlung der kantonalen Kostenteilung und die Kantonsarztbeurteilung relevant ist.
Zusatzversicherung HPP	HPP	Zusatzversicherte (halbprivat- und privatversicherte) Patienten

## 1.6 Notationen

Für die grafische Darstellung von Prozessen werden UML Aktivitätsdiagramme verwendet (UML = Unified Modeling Language). Erläuterungen dazu siehe unter [www.uml.org](http://www.uml.org)

### Farbnotation für Meldungen:

-  Haupt-Meldungen des eKARUS-Prozesses mit klar definiertem und strukturiertem Inhalt z.B. KoGu Gesuch
-  Prozessunterstützende Meldungen in eKARUS für den Austausch von zusätzlichen Informationen, welche auch unstrukturierte Anteile transportieren z.B. PDF-Dokument
-  Prozess-Meldungen, die nicht mit diesem Dokument definiert sind. z.B. Zahlung
-  Signale (Senden / Empfangen) für die Synchronisation zwischen verschiedenen Prozessen.

### Identifikationen von Prozessen und Elementen

- nn* Die Nummer "nn" referenziert das Prozesselement (PE) z.B. M31.1
- Ann.i* Aktivität
- PEnn* Eindeutige Identifikation für ein Prozesselement  
Die PE's sind hierarchisch nummeriert. z.B. PE30 / PE31
- PEnn.i* Eindeutige Identifikation für Prozesseintrittspunkt (Startereignis)
- Mnn.i* Eindeutige Identifikation für Meldungen
- Enn.i* Eindeutige Identifikation für das Ende eines Prozess
- Snn.i* Eindeutige Identifikation für Signale. Zusammengehörendes Sende- und Empfangssignal mit gleicher ID

### Meldungen

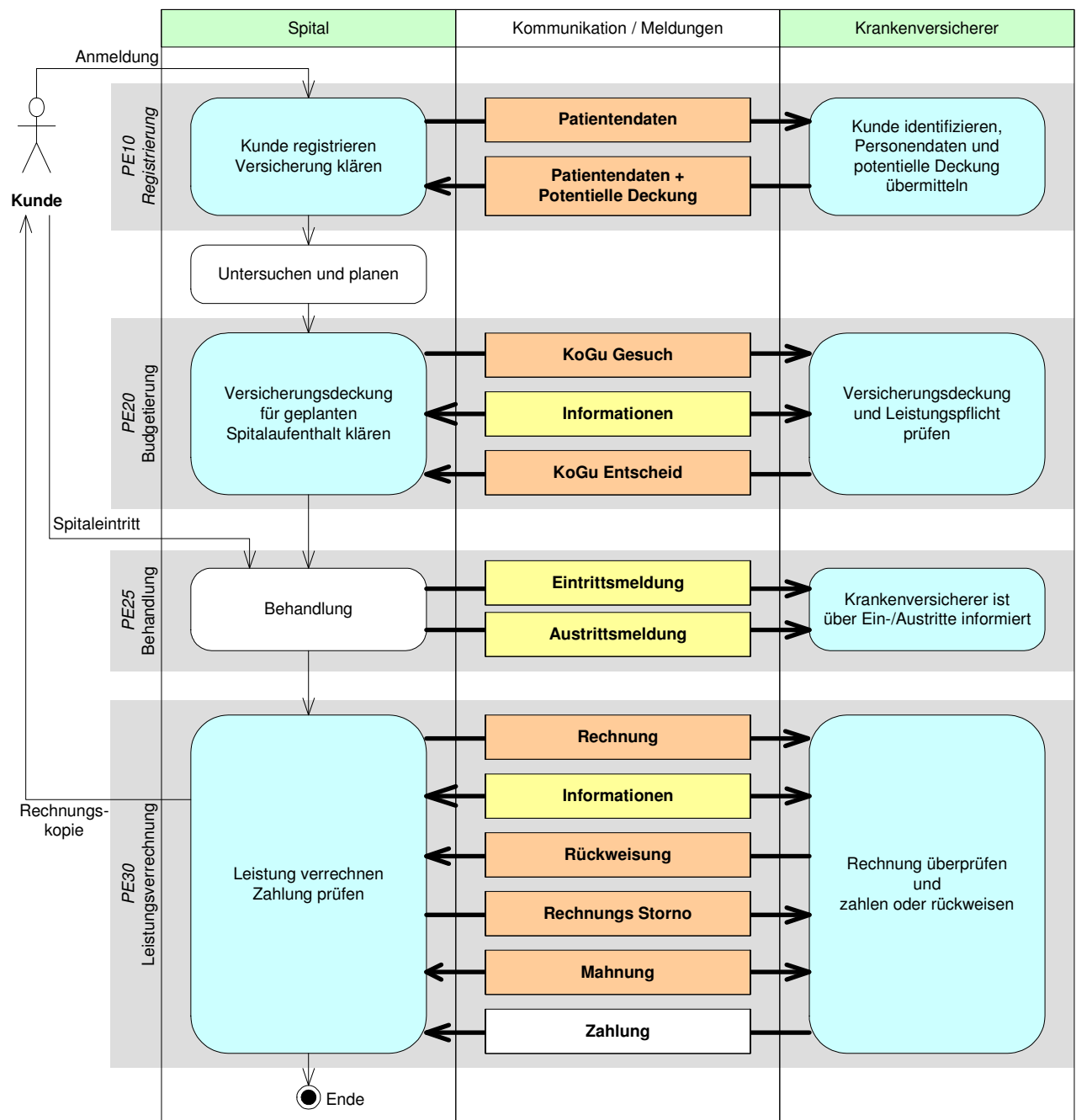
Die Meldungstrukturen und -inhalte sind in der separaten Meldungsspezifikation [1] spezifiziert.

## 2 Übersicht Administrativprozess, Prozesselemente und Geschäftsvorfälle

Die folgende Grafik zeigt den Administrativprozess mit den vier betrachteten Prozesselementen:

- *Registrierung*
- *Budgetierung* (= Kostengutsprache)
- *Behandlung*
- *Leistungsverrechnung*

Ausserdem sind die verwendeten Meldungen zwischen Spital und Kostenträger ersichtlich, die für die administrative Abwicklung und Verrechnung eines stationären Spitalaufenthalts notwendig sind.



## 3 Generelle Anforderungen

### Funktionale Anforderungen

1. In allen Meldungen ist der Behandlungsfall (Fall Nr. des Spitals) als zwingendes Attribut in der bidirektionalen Kommunikation mitzuteilen. Davon ausgenommen sind Deckungsanfragen (PE10) zu Planeingriffen, weil hier nicht zwingend ein Fall auf Seite des Spitals vorliegt. Die Fallidentifikation dient der prozessualen Verkettung.
2. In allen Meldungen ist die SVN als Pflichtfeld zur Identifikation des Kunden abzufüllen. Davon ausgeschlossen ist die Deckungsanfrage auf Basis von vereinbarten Kriterien.
3. Die Parteien müssen die Möglichkeit haben, Leistungen ausserhalb des SwissDRG Kontextes mit vereinbarten Tarifen auszutauschen.
  - a. Für Kostenträger  
Die Lösung des Kostenträgers muss in der Lage sein, individuelle Leistungen (Leistungsziffer des Spitals) einer Ziffer des Kostenträger-Tarifs zuzuweisen
  - b. Für das Spital  
Die Lösung des Spitals muss in der Lage sein, individuelle Leistungen (Leistungsziffer des Spitals) einer Ziffer auf einen externen Tarif zu übersetzen
4. Prozessunterstützende Meldungen (Informationsaustausch)
  - a. Die Meldungen können Codes (Struktur siehe [1]), welche in der empfangenden Applikation zur Steuerung verwendet werden können.
  - b. Die Meldungen können über einen Freitext verfügen
  - c. Die Meldungen sind immer einem Fall zugewiesen
  - d. Die Meldungen haben immer eine Referenz auf die entsprechende Haupt-Meldung
  - e. Anfragen können durch Fehlermeldungen beantwortet werden (Fall, Kunde, etc. nicht bekannt)
  - f. Die Kommunikationskette kann über mehrere Zyklen erfolgen. Die in den jeweiligen Prozesselementen dargestellten Meldungen illustrieren den ersten geschlossenen Zyklus.
  - g. Meldungsinhalte
    - 1) Fall Nr.
    - 2) Patient
    - 3) Meldungsdatum (inkl. Zeit)
    - 4) Referenz auf die ‚Start‘-Meldung
  - h. Den Meldungen können Dokumente angehängt werden.

### Nichtfunktionale Anforderungen

1. Meldungen werden neu als Teil einer Prozesskette eingesetzt und müssen darum als Einzelmeldungen mit vertraglich vereinbarten Übermittlungszeiten behandelt werden können. Aufgrund der fachlichen Bedürfnisse und der möglichen Begleitkommunikation erfordert die Lösung Transportzeiten von kleiner als 5 Minuten. Davon abweichende Zeiten sind vertraglich zu vereinbaren. Zudem ist die „Quality of Service“ entsprechend den Verbindlichkeiten zu gewährleisten
2. Der Meldungsstandard muss flexibel sein und ein breites Spektrum von Anwendungsfällen zulassen  
Allfällige Einschränkungen/ Präzisierungen zwischen Vertragspartnern müssen vertraglich vereinbart werden.
3. Diagnosen und Prozeduren sind gemäss Datenschutzgesetz besonders schützenswerte Daten. Ihre Bearbeitung hat den Datenschutzbestimmungen zu entsprechen. Das

bedeutet unter anderem, dass nur autorisierte Personen sie einsehen und bearbeiten können.

### **Anforderungen, die eine vertragliche Regelung erfordern (nicht abschliessend)**

1. Die Einführung und allfällige Übergangsregelungen zu elektronischen Prozesselementen ist Gegenstand von bilateralen Verträgen.

### **Abgrenzung / Einschränkungen**

1. Bei Vertragsspitalern sind die Kosten des Kantonsanteils immer durch das Spital zu tragen und können somit dem Kostenträger nicht in Rechnung gestellt werden (Tarifschutz).

## **3.1 Fachkontext**

Die nachfolgend angeführten Informationen wurden zwecks besserer Lesbarkeit auszugsweise aus verschiedenen Quellen gemäss Verzeichnis im Dokumentkopf ausgeführt. Die Redundanz wurde bewusst in Kauf genommen. Verbindlich sind jedoch die in den zum Anwendungszeitpunkt gültigen Versionen der jeweiligen Quelle.

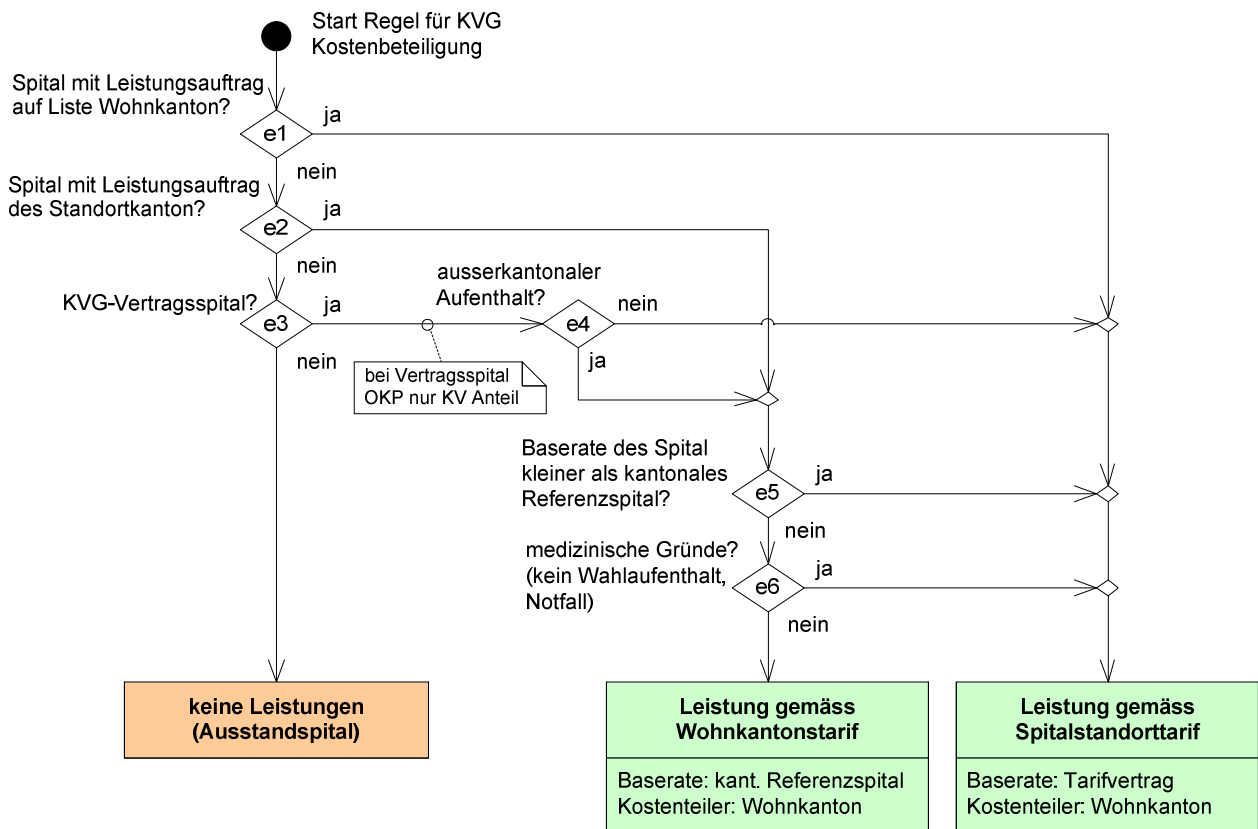
### **3.1.1 Leistungsauftrag**

Die Spitäler erhalten unter der neuen Spitalfinanzierung einen Leistungsauftrag vom Kanton, der in den meisten Kantonen über die MDC's definiert wird. Der Auftrag umfasst Grundleistungen und spezifische Module. Die Kantone steuern über den Leistungsauftrag die Spitalplanung und das Leistungsangebot.

Der Standortkanton kann einem Spital einen Leistungsauftrag gemäss dem bisherigen Angebot oder einen eingeschränkten Leistungsauftrag für ausgewählte Module erteilen. Andere Kantone können dem gleichen Spital ebenfalls einen Leistungsauftrag erteilen und so ihre Grundversorgung garantieren. In diesem Fall gilt aus Sicht des Kunden der Leistungsauftrag gemäss den Aufträgen seines Wohnkantons.

Krankenversicherer können mit Spitalern den kantonalen Leistungsauftrag vertraglich erweitern (Vertragsspital), wobei in diesem Fall die kantonale Beteiligung der Kostenübernahme fehlt. Der Standortkanton spielt in diesem Fall keine Rolle. Zur Ermittlung des Leistungsauftrags ist relevant, ob der Wohnkanton einen Leistungsauftrag erteilt hat oder ob der Standortkanton einen Leistungsauftrag erteilt hat. Trifft eine der beiden Bedingungen zu, ist die kantonale Beteiligung sichergestellt.

Abbildung 1: Regel zur Bestimmung der Leistung gemäss Wohnkantonstarif oder Spitalstandorttarif



Ob eine Behandlung innerhalb des Leistungsauftrags liegt, wird anhand der Hauptdiagnose bestimmt.

Der Anteil des Kostenträgers (Krankenversicherer oder Kanton) wird im Leistungsdetail ausgewiesen.

### 3.1.1.1 Leistung gemäss Spitalstandorttarif

Die Leistungen werden gemäss Standorttarif abgerechnet, wenn

- das Spital einen Leistungsauftrag des Wohnkantons hat
- wenn das Spital einen Leistungsauftrag des Standortkantons hat und die Baserate tiefer ist als diejenige des Wohnkanton Referenzspitals
- bei medizinischen Gründen

Die Zusage des Kantonsarztes ist dann erforderlich, wenn ungedeckte Leistungen aufgrund von fehlendem Leistungsauftrag oder höherer Baserate des Behandlungskantons als im Wohnkanton vorliegt. Der Kantonsarzt entscheidet über die aus medizinischer Sicht gerechtfertigte ausserkantonale Behandlung.

Ausserkantonale mit Zusage Kantonsarzt:

Alle KVG Kosten gehen zu Lasten des Krankenversicherung und des Kantons entsprechend dem Kostenteiler.

### 3.1.1.2 Leistung gemäss Wohnkantonstarif

Aufgrund der neuen Spitalfinanzierung ändern die Bedingungen der Kostenübernahme durch den Kanton von ausserkantonalen Behandlungen.

Gegenüber der bisherigen Regelung, welche keine Kostenbeteiligung des Kantons bei fehlender ausserkantonaler Indikation vorsieht, übernimmt der Wohnkanton neu bei Leistungserbringern mit Leistungsauftrag ohne Abklärung die Kosten gemäss Baserate und Kostenteiler des Wohnkantons.

Allfällige Differenzen (Mehrkosten) der Baserate des Spitals und dem Wohnkanton gehen zu Lasten des Patienten, können aber bei vorhandener Zusatzversicherung durch diese abgedeckt werden.

### 3.1.1.3 Leistung bei Vertragsspital

Bei einem Vertragsspital werden die Leistungen nach Wohnkantonstarif oder Spitalstandorttarif gemäss der Regel in Abbildung 1 vergütet.

Es wird nur der Kostenanteil des Krankenversicherers übernommen. Auch die mögliche Differenz der Baserate muss wie beim Leistungsauftrag gedeckt werden.

Der Kantonsanteil ist nicht gedeckt.

### 3.1.1.4 keine Leistungen

Besteht weder ein Leistungsauftrag noch ein KVG-Vertrag mit dem Krankenversicherer entfällt jegliche Kostenübernahme aus der Grundversicherung. Die Kosten gehen vollumfänglich gemäss VVG Tarif zu Lasten des Patienten oder bei vorhandener VVG Deckung und VVG-Vertrag zwischen Spital und Krankenversicherer zu Lasten der VVG Deckung.

## 3.1.2 Tarifverträge

Es ist möglich, dass Spitäler gegenüber den Kostenträgern unterschiedliche Tarifverträge zum Leistungsauftrag ausgehandelt haben. Materiell kann dies zur Folge haben, dass dadurch unterschiedliche Baserates zur Anwendung kommen.

## 3.1.3 Leistungsaufschub

Per Herbst 2011 ist eine Neuregelung des Leistungsaufschubs durch eine neue Verordnung vorgesehen. Dies bedeutet, ohne anderweitige kantonale Regelung, weiterhin, dass die Spitäler im primären Inkassorisiko der Leistungskosten stehen. Neu wird der Kanton aber nach Vorliegen eines Verlustscheins den wesentlichen Anteil der Leistungskosten dem Krankenversicherer abgelten, womit dieser nach Zahlungseingang übernahmepflichtig wird. Davon ausgenommen sind Kunden, welche durch den Kanton auf einer „schwarzen Liste“ geführt werden. Bei diesen wird der Kanton keine Kostenübernahme garantieren.

## 3.1.4 Jahresüberlieger (OKP)

Jahresüberlieger werden mit der Baserate und den Gruppierungsregeln des Jahres, in welchem der Austritt erfolgt, zu den Vertragsbedingungen des Krankenversicherers übernommen, bei welchem der Patient zum Eintrittszeitpunkt versichert war.

## 3.1.5 Unterschiedliche Sozialversicherungsträger

Die Rechnungsstellung bei verschiedenen Kostenträgern erfolgt immer an den Kostenträger der primären Sozialversicherung (Art. 64 ATSG). Die möglichen Kostenträger der Grundversicherungsleistung regeln in der Folge die Aufteilung. Diese Aufteilung erfolgt ausserhalb dieser eKarus Prozessspezifikation und wird somit vorerst nicht elektronisch unterstützt.

- Jahresüberlieger mit Versicherungswechsel (KVG)
- Leistungen aus verschiedenen Sozialversicherungen (KVG, UVG, IV, MV)

Ein Spezialfall bildet die Trennung der Rechnung bei Vorliegen einer Verfügung der IV oder die Trennung der Rechnung zwischen KV und UV/MV. Hier erfolgt die Aufteilung direkt bei der Rechnungsstellung gemäss den Regeln aus [4].



### **3.1.6 Geburten**

Es wird zwischen gesunden und kranken Neugeborenen unterschieden.

#### **Gesundes Kind**

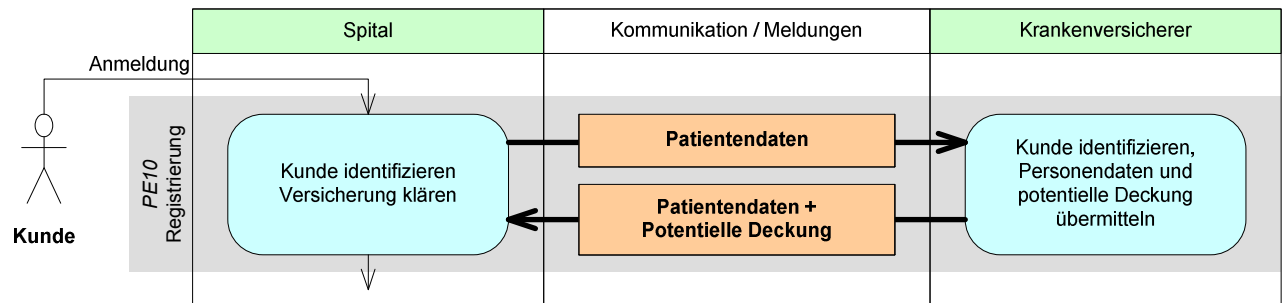
Eigenständiger Fall und Kosten zu Lasten der Grundversicherung (KVG) der Mutter.

Wird die Mutter nach der Geburt in eine anderes Spital verlegt, können für das gesunde Kind keine Kosten durch das behandelnde Spital in Rechnung gestellt werden. Das Kind gilt als gesunde Begleitperson.

#### **Krankes Kind**

Eigenständiger Fall und Kosten zu Lasten der Grundversicherung (KVG) des Kindes.

## 4 PE10: Prozesselement Registrierung



### Ziel

- Das Spital hat aktuelle Administrativdaten des Kunden (z.B. Kostenträger und Stammdaten des Kunden verifiziert). Die Personendaten bilden die Grundlage für die weiteren administrativen Prozessschritte mit dem Krankenversicherer
- Die potentiellen Versicherungsdeckungen (KVG und VVG) sind dem Spital bekannt und können dort zur Planung verwendet werden. (Achtung: potentielle Deckungen sind **keine** Kostengutsprache oder Garantie für Leistungsübernahme, Ziel dieses Prozesselementes ist es die administrativen Kundeninformationen im Kliniksystem zu erfassen oder zu aktualisieren. Die Informationen des Krankenversicherers zu potentiellen Deckungen dienen ausschliesslich der Belegungsplanung.)

Folgende Anwendungsfälle des Prozesselements wurden identifiziert:

- Identifikation im Notfall
- Identifikation vor Eintritt
- Identifikation bei Eintritt

Folgende inhaltlichen Varianten des Prozesselements wurden identifiziert:

1. Identifikation im Spital mit gültiger Versichertenkarte
  2. Identifikation im Spital ohne gültige Versichertenkarte (=Identifikationsabklärung) (in Notfällen)
    - a) Karte ist abgelaufen/OKP nicht mehr bei Krankenversicherer der gültigen\* Karte
    - b) Keine Karte ist verfügbar
- \*) Die Karten werden normalerweise über mehrere Jahre ausgestellt. Ein Kunde kann auf Mitte oder Ende Jahr die Grundversicherung der KVG Deckung wechseln. Somit werden Karten aufgrund des aufgedruckten Datums als gültig eingestuft, obwohl für den zukünftigen Zeitraum ab Versichererwechsel keine Deckung mehr besteht.

### Funktionale Anforderungen

1. Im Spital wird der Kunde bei Planeingriffen bis mehrere Wochen vor dem Behandlungsbeginn angemeldet und registriert. Dies geschieht vielfach nicht persönlich, sondern z.B. ausgelöst durch eine Überweisung. D.h. der Kunde ist dabei nicht im Spital anwesend. Das Spital verfügt aber in den meisten Fällen über die notwendigen Kundenangaben, z.B. seine Sozialversicherungsnummer.

2. Die Registrierung ist keine Vorbedingung für eine Behandlung. Im Notfall kann die Registrierung auch beim oder nach dem Eintritt erfolgen (wie heute bereits möglich).
3. Die Versicherer sind verpflichtet, ihren Kunden mit einer Grundversicherung eine Versichertenkarte abzugeben (VVK Art. 1). Diese Karte kann offline ausgelesen oder als Key mit „Token“ betrachtet werden. Der Key ist die Sozialversicherungsnummer, welche sich in den Spitälern vermehrt als Patientenschlüssel etabliert. Das Token ist die Kartenummer, mittels welcher online der gültige Kostenträger ermittelt werden kann.
4. Für Zusatzversicherungen muss keine Versichertenkarte vorhanden sein. In der Zusatzversicherung kann jeder Versicherer entscheiden, ob seinen Kunden eine Versichertenkarte ausgestellt wird.
5. Für die Online-Abfrage der Versichertendaten und -deckung(en) ist die Versichertenkartenummer erforderlich (Art. 15 Abs. 4 VVK).  
Anmerkung: Eine Verifikation der Angaben erfolgt heute häufig telefonisch mit dem Versicherer.
6. Als Antwort auf die Abfrage teilt der Versicherer dem Spital die Administrativdaten und potentielle Versicherungsdeckung(en) mit, VVG nur sofern KVG und VVG beim der identischen Krankenversicherung sind.
7. Der Kunde hat die Möglichkeit, die Abfrage der Deckungen der Zusatzversicherungen zu unterbinden, wobei dieser Wunsch in den Stammdaten des Zusatzversicherers hinterlegt sein muss (VVK Art. 4 und Art. 15)
8. Das Spital hat die Möglichkeit, VVG Deckungen für Spitalleistungen, welche nicht beim Grundversicherer abgeschlossen sind, auf Basis der SVN anzufragen. Neben der SVN ist eine aktuell gültige Kartenummer mit gültiger Deckung mitzugeben.
9. Der VVG-Versicherer ermittelt die Gültigkeit der aktuellen Grundversicherung anhand Kartenummer und Versicherungsnummer beim Grundversicherer. Sofern OK und vertraglich vereinbart kann er die VVG Deckungsinformationen an das Spital übermitteln.
10. Falls der Kunde verschiedene Krankenversicherer hat, beispielsweise seine Grund- und Zusatzversicherung nicht beim gleichen Versicherer muss die Identifikation des Versicherten und die Abfrage der Versicherungsdeckung(en) für jeden Versicherer separat ausgeführt werden.
11. Für jede Online-Abfrage der Administrativdaten inkl. Versicherungsdeckung(en) wird vom Versicherer eine eindeutige Abfrageidentifikationsnummer vergeben.  
(Die Leistungspflicht kann unterschiedlich sein, je nachdem, ob eine Abfrage stattgefunden hat. Die Nummer ist der Beweis des Leistungserbringers für die ausgeführte Abfrage.)
12. Beim Spitaleintritt können die administrativen Kundendaten noch mal aktualisiert werden. Dazu werden diese erneut abgefragt. Das Prozesselement „Registrierung“ ist beliebig oft wiederholbar.
13. Ist der Kunde nicht mehr beim angegebenen Versicherer versichert, kann der Versicherer in den Administrativdaten den Nachversicherer angeben.

### **Nichtfunktionale Anforderungen**

1. Verfügbarkeit des Abfragedienstes: 7 Tage \* 24h
2. Gesundheitsdaten stellen gemäss Datenschutzgesetz besonders schützenswerte Daten dar. Ihre Bearbeitung hat den Datenschutzbestimmungen zu entsprechen. Das bedeutet unter anderem, dass nur autorisierte Personen sie einsehen und bearbeiten können.

### **Anforderungen, die eine vertragliche Regelung erfordern (nicht abschliessend)**

1. Stehen die Versichertenkarteninformationen nicht oder unvollständig zur Verfügung, kann das Spital eine Suche mit definierten zwingenden Identifikationsmerkmalen durchführen. Die minimal notwendigen Identifikationsmerkmale sind vertraglich zu regeln. Auszugsweise sind folgende Werte zu unterstützen: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Wohnort, Strasse.

2. Bei einer Abfrage ohne Versichertenkartennummer ist vertraglich zu regeln, ob bei einer eindeutigen Kundenidentifikation zusätzlich zu den Personendaten auch gleichzeitig die Versicherungsdeckung(en) ans Spital zu liefern sind.
3. Die Freigabe für die Bekanntgabe von VVG Deckungsinformationen muss vertraglich geregelt werden.
4. Die Kundenidentifikation beim Krankenversicherer soll (falls möglich) auch über historisierte Daten erfolgen um auch eine automatische Identifikation z.B. bei einer alten Versicherungskartennummern oder Adresse zu ermöglichen.
5. Bereitstellung der VVG Deckungen auf Basis einer gültigkeitsgeprüften Grundversicherungsdeckung mittels OKP Karten-Token. (siehe Funktionale Anforderung Nr. 3)

### **Abgrenzung / Einschränkungen**

- a. Die Informationen des Krankenversicherers zu "potentiellen Deckungen" dienen ausschliesslich der Belegplanung. Sie sind explizit **keine** Kostengutsprachen oder Garantien. Für Kostengutsprachen sind weitere Angaben z.B. über die geplante Behandlung und den geplanten Behandlungszeitpunkt erforderlich. Dies wird im Prozesselement „Budgetierung“ abgewickelt. Im Rahmen des Kostengutspracheprozesses kann unter SwissDRG für ausschliessliche OKP Deckungen bilateral auf eine Kostengutsprache verzichtet werden.
- b. Die Abfragen haben immer einen Bezug zu einer Versichertenkarte. Ohne Versichertenkarte sind bilaterale Regelungen notwendig, welche den Kundenwunsch (Verwendung der Patienteninformationen KVG/VVG) respektieren.
- c. Die vom Krankenversicherer gelieferten Daten sind nur für den Abfragezeitpunkt gültig. Weiter gilt zu berücksichtigen, dass die Daten aufgrund von verarbeitungstechnischen Limitationen nur bedingt aktuell sind.
- d. Für EU Bürger und Ausländer ohne Versichertenkartennummer (impliziert Sozialversicherungsnummer) kann keine Abfrage durchgeführt werden. Beispielsweise Grenzgänger haben jedoch eine Versichertenkartennummer.

## 4.1 Prozess Ablauf und Varianten

Beim Prozesselement "PE10 Registrierung" sind folgende Varianten möglich:

- PE11 Identifikation mit Versichertenkartennummer (Normalfall)  
Die Versichertenkartennummer ist dem Spital bekannt und wird zur Identifikation des Kunden verwendet.
- PE12 Identifikation ohne Versichertenkarte, respektive Kartennummer.  
Die Versichertenkartennummer und der Versicherer ist dem Spital nicht bekannt. d.h. der Kunde muss zuerst über andere Merkmale ermittelt werden.  
Bei einer eindeutigen Identifikation und falls vertraglich vereinbart können direkt die Versicherteninformationen zurückgegeben werden.

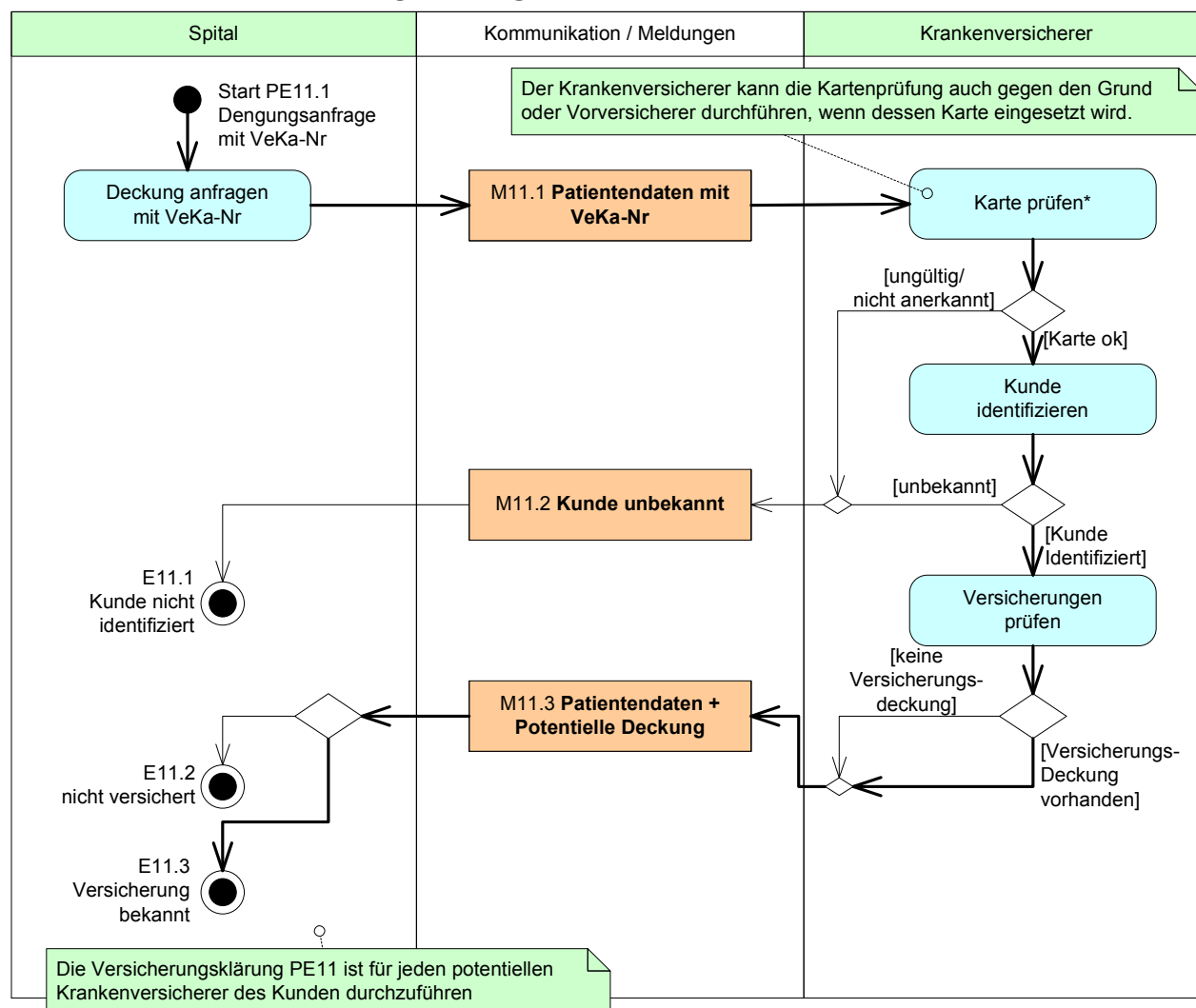
Eindeutig identifiziert heisst, dass der Versicherer ausreichend Merkmale in der Anfrage erhalten hat gemäss Kapitel 4.1.2 und dass er damit in seinem Kundenstamm genau einen Kunden zu diesen Angaben gefunden hat. Werden mehrere oder keine Kunden gefunden, wird eine Fehlermeldung zurückgeschickt.

### Bemerkungen

Wegen der gesetzlichen Anforderung (VVK Art. 15) wurde für die Variante PE12 im Projektteam zunächst ein zweistufiges Verfahren ausgearbeitet. Zuerst wurde dabei die Versichertenkartennummer bestimmt. Im zweiten Schritt wurde mit der Versichertenkartennummer die Variante 1 "Identifikation mit Versichertenkartennummer" des Prozesselements ausgeführt. Im eKARUS Steuerungsausschuss vom 16.12.2009 wurde jedoch entschieden, dass die Abfrage in einem Schritt möglich sein soll. Das heisst, dass auch die Deckungsinformationen direkt zurückgegeben werden.

Das Ziel der VVK Verordnung ist eine Vereinfachung der Prozesse mittels Versichertenkarte. Damit die Anwendung der Versichertenkarte mit dieser Variante 2 nicht umgangen wird, könnte eine separate Verrechnung dieser Identifikations-Dienstleistung vertraglich vereinbart werden.

### 4.1.1 PE11: Versicherungsanfrage mit Versichertenkartennummer



Die Versichertenkartennummer ist im Spital bekannt und wird zur Identifikation des Kunden in der Meldung "M11.1 Patientendaten mit Versichertenkartennummer" übermittelt.

Der Kunde wird im Spital mit seinen Versichertenkarteninformationen registriert. Das Spital erfragt die aktuellen Administrativdaten via Versichertenkartennummer vom Versicherer des Kunden. Der Krankenversicherer bestätigt den Kunden und ergänzt/aktualisiert seine Adressdaten, mit Angabe seiner potentiellen Deckungen zum Abfragezeitpunkt (OKP - VVG; Tiers garant) oder schickt eine Meldung, dass der Kunde nicht bekannt (ausgetreten) ist. Falls der Versicherer den Nachversicherer im KVG kennt, kann er diesen zurückmelden (Optional).

Für die Abfrage der Zusatzversicherung (nicht beim Grundversicherer) kann die Abfrage mit den Informationen der Versichertenkarte des Grundversicherers (VeKA-Nr, SVN) gemacht werden. Die Zusatzversicherung fragt dazu die Gültigkeit der Karte bei der Grundversicherung ab. Ebenso kann die Karte des Vorversicherers in einer Übergangszeit angewendet werden, wenn die Karte der neuen Krankenversicherung noch nicht vorliegt.

#### Mögliche Ergebnisse:

##### E11.1 Kunde nicht identifiziert

Der angegebene Kunde konnte vom Krankenversicherer nicht eindeutig identifiziert werden (z.B. unbekannte Versichertenkartennummer).

Das Spital ist mit der Meldung "M11.2 Kunde unbekannt" darüber informiert

**E11.2 nicht versichert**

Der Kunde wurde eindeutig identifiziert, ist jedoch zum Abfragezeitpunkt nicht bei der Krankenversicherung versichert, die Versicherung ist sistiert oder die Versicherungsdeckung ist für die Abfrage nicht freigegeben.

Die Personendaten des Kunden sind mit der Meldung "M11.3 Patientendaten + Potentielle Deckung" dem Spital übermittelt, falls bekannt inklusive Nachversicherer.

**E11.3 Versicherung bekannt**

Der Kunde wurde eindeutig identifiziert und ist zum Abfragezeitpunkt versichert.

Die aktuellen Daten sind mit der Meldung "M11.3 Patientendaten + Potentielle Deckung" dem Spital übermittelt.

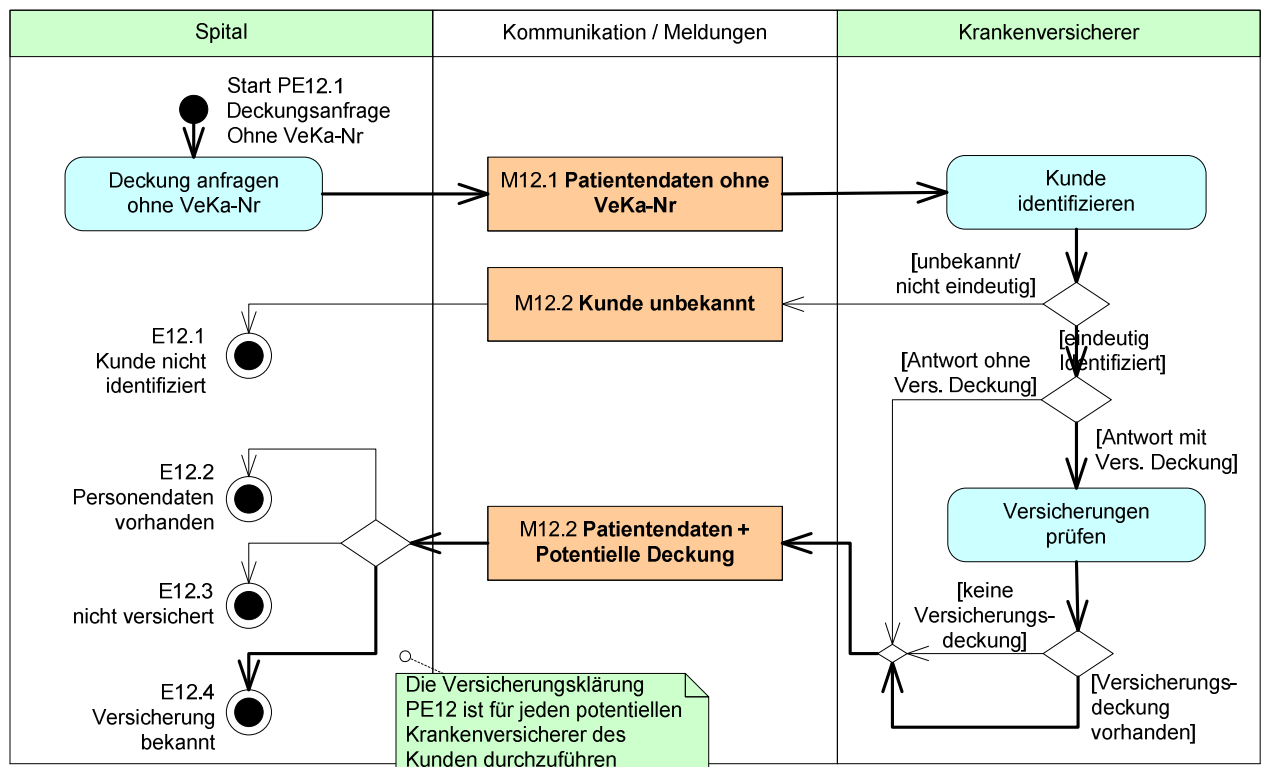
**Bemerkung**

Es existieren zwei technisch leicht verschiedene Szenarien im Spitalsystem:

- Anfrage ohne Versichertenkarte, nur mit der Versichertenkartennummer. D.h. noch keine weiteren Versicherteninformationen im Spitalsystem gespeichert (z.B. wenn für die Abfrage die Versichertenkartennummer manuell ins System getippt wird)
- Anfrage mit Versichertenkarte. D.h. es sind bereits Versicherteninformationen im System vorhanden (von der Karte geladen)

Die Szenarien unterscheiden sich lediglich durch die technische Abwicklung im Spital. Beide Szenarien führen aber zum gleichen Ergebnis, da der Master der Versicherten-Information beim Versicherer liegt und die aktuellen Informationen mit der Meldung M11.3 übermittelt werden.

**4.1.2 PE12: Versicherungsanfrage ohne Versichertenkarteninformation**



Die Versichertenkartennummer ist dem Spital nicht bekannt.

Zur Identifikation des Kunden werden mehrere, vertraglich vereinbarte Identifikationsmerkmale mit der Meldung "M12.1 Deckungsanfrage ohne Versichertenkartennummer" übermittelt.

**Identifikationsmerkmale:**

Mögliche Kombinationen von Identifikationsmerkmalen, die gemeinsam in einer Anfrage zu übermitteln sind:

1. Sozialversicherungsnummer/AHV-Nummer + Name + Vorname + Geburtsdatum
2. Versichertennummer + Name + Vorname + Geburtsdatum
3. Name + Vorname + Geschlecht + Geburtsdatum + PLZ

Anmerkung: Die Identifikation der Versicherung ist bei der Suchanfrage auch jeweils gegeben. Dies sind die möglichen Standardmengen. Es sind andere individuelle Regelungen zwischen den Partnern möglich.

**Mögliche Ergebnisse:****E12.1 Kunde nicht identifiziert**

Mit den angegebenen Identifikationsmerkmalen ist beim Krankenversicherer keine eindeutige Identifikation des Kunden möglich. d.h. es gibt keinen oder mehrere passende Kunden.

Das Spital ist mit der Meldung "*M11.2 Kunde unbekannt*" darüber informiert

Bei ungenügenden Identifikationsmerkmalen ist evtl. eine manuelle Kontaktaufnahme mit dem Krankenversicherer notwendig (wie heute)

**E12.2 Personendaten vorhanden**

Der Kunde konnte eindeutig identifiziert werden und - gemäss Vereinbarung für diesen Fall- wurden mit der Meldung "*M11.3 Patientendaten + Potentielle Deckung*" die aktuellen Personendaten dem Spital übermittelt.

**E12.3 nicht versichert**

siehe E11.2

**E12.4 Versicherung bekannt**

siehe E11.3

**Anmerkungen zum PE12****a. Eindeutige Identifikation zwingend**

Je mehr Identifikationsmerkmale vom Spital übermittelt werden, desto wahrscheinlicher ist eine eindeutige Identifikation.

Werden mit den angegebenen Identifikationsmerkmalen mehrere passende Kunden gefunden, werden diese dem Spital nicht übermittelt. D.h. das Resultat ist "E12.1. Kunde nicht identifiziert."

Grund: Die Identifikation beim Krankenversicherer erfolgt automatisch und es darf dabei keine falschen Zuordnungen geben.

**b. Risiko falscher Kunde**

Selbst wenn der Krankenversicherer den Kunden vermeintlich identifiziert hat, könnte dies die falsche Person sein.

Grund: jeder Krankenversicherer kennt nur den eigenen Kundenstamm und innerhalb dessen könnte die Identifikation eindeutig sein. Die gleichen Identifikationsmerkmale könnten jedoch auch für einen Kunden bei einem anderen Krankenversicherer passen. Und dies könnte die richtige Person sein.

D.h. die zurückgelieferten Angaben müssen vom Spital endgültig verifiziert werden.

**c. EU Bürger und Ausländer**

Ohne Versichertenkartennummer (impliziert Sozialversicherungsnummer) können diese nicht abgefragt werden. Versichertenkartennummer haben beispielsweise Grenzgänger.

**Bemerkung**



Die Möglichkeit, als Antwort auf eine einzige Anfrage, mehrere Versichertenkartennummern zurückzugeben, wurde bewusst verworfen. Nur wenn die Informationen für die eindeutige Identifikation ausreichend sind, wird eine Versichertenkartenummer zurückgegeben. Eine mandantenübergreifende Antwort erfolgt nicht.

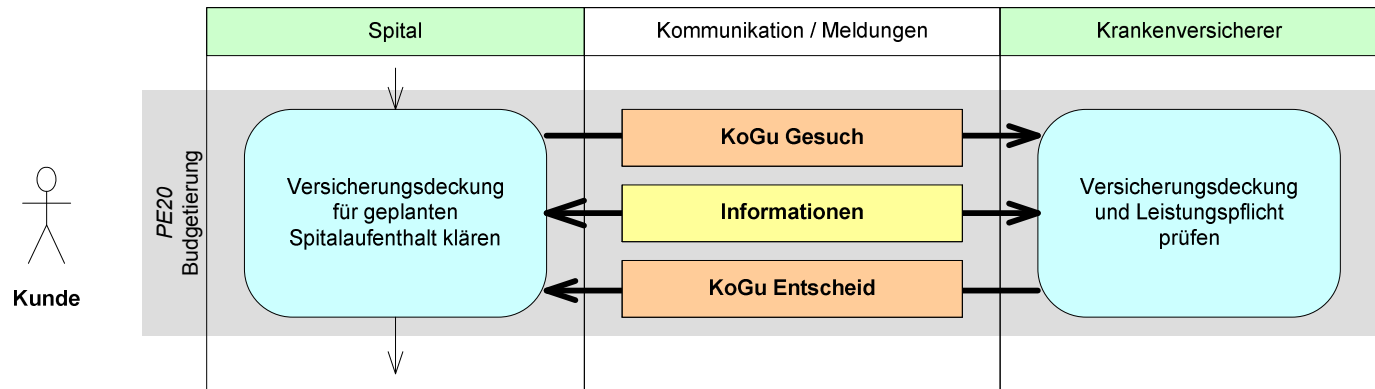
Es gibt keine manuelle Bearbeitung von unklar erkannten Kunden durch die Krankenversicherer. Der Krankenversicherer hat im elektronischen, automatischen Datenaustausch keine weiteren Angaben zum Kunden, die bei einer Identifikation helfen würden.

**Bemerkung**

Die Suche beim Krankenversicherer kann, falls in seinem System möglich, auch über die historisierten Daten erfolgen. Dies hängt vom System des Versicherers ab. Damit könnte ein Kunde auch gefunden werden, falls sich z.B. seine Wohnadresse geändert hat.

Der Krankenversicherer sendet dem Spital auf jeden Fall die aktuellsten Informationen des Kunden zurück. Das Spital erkennt den Unterschied und kann beim Kunden nachfragen (z.B. ob er wirklich der Kunde ist resp. ob z.B. eine Adressänderung vorliegt).

## 5 PE20: Prozesselement Budgetierung



### Ziel

- Das Spital weiss, ob und in welchem Umfang die Kosten für den geplanten Spitalaufenthalt durch die Kostenträger übernommen werden (Das Spital hat eine Aufklärungspflicht über allenfalls nicht gedeckte Kosten gegenüber den Kunden)
- Der Kostenträger ist über die Spitalbehandlung informiert und kann mit den Informationen des Kostengutsprachegesuchs die Leistungspflicht prüfen

### Funktionale Anforderungen

1. Das Gesuch beinhaltet alle Angaben, die für die Prüfung der Leistungspflicht gemäss den vertraglichen Regelungen benötigt werden. (z.B. administrative und medizinische Daten (Eintrittsdiagnose))
2. In begründeten Fällen oder auf Verlangen des Kunden dürfen medizinische Daten nur dem Vertrauensarzt bekannt gegeben werden (KVG Art. 42 Abs 5. und Urteil BVG vom 29.05.2009)
3. Für detaillierte Abklärungen können zusätzliche Unterlagen angefordert werden
4. Bei Abklärungen kann die Antwortfrist durch eine Information an das Spital unterbrochen werden
5. Wenn es sich um den gleichen Kostenträger (OKP und VVG) handelt, wird eine gemeinsame Kostengutsprache (Gesuch/ Kostendeckung) für OKP und VVG Leistungen erstellt
6. Bei mehreren Kostenträgern (z.B. separat OKP / VVG) wird an alle beteiligten Kostenträger die gleiche Anfrage mit den geforderten Leistungen gestellt werden. Jeder Kostenträger bestätigt den von ihm gedeckten Anteil.
7. Bei Änderungen von Leistungspflicht-relevanten Rahmenbedingungen vor dem Spitaleintritt, ist ein Update des Gesuchs erforderlich (z.B. Zeitraum, Dauer, Diagnose, Komplikationen, etc.). Ein Update annulliert implizit neben dem betreffenden Gesuch gleichzeitig auch die dazu gehörende Kostendeckung.
8. Nur für Fälle mit VVG Deckung: Bei Änderungen von Leistungspflicht-relevanten Rahmenbedingungen (diese sind vertraglich zu regeln) nach dem Spitaleintritt, ist ein neues Gesuchs erforderlich (z.B. Zeitraum, Dauer, Diagnose, Komplikationen, etc.). Dieses Gesuch wird als neues Gesuch behandelt und geprüft. Bis zu dessen Bestätigung und dem gegenseitigen Einverständnis gilt die vorhandene Kostengutsprache. Die Kostendeckung für die erbrachten Leistungen vor in Kraft treten der neuen Kostendeckung bleibt erhalten. Die Gültigkeit der neuen Kostendeckung kann frühestens ab dem Zeitpunkt des Gesucheingangs beim Kostenträger in Kraft treten. Davon abweichende Fristen sind bilateral zu vereinbaren.

9. Es werden nur Leistungen (Kostendeckung) bestätigt, wenn dazu ein entsprechendes Gesuch gestellt wurde.
10. VVG Anteil: Der Kostenträger kann bei ändernden Deckungsbedingungen eine Aktualisierung übermitteln, welche durch den Behandlungsbeginn (Gesuch) oder einer Eintrittsmeldung bekannt sind. Die Aktualisierung wird frühestens gültig auf den Folgetag zum Meldungseingang.
11. Der Kostenträger kann nach abgeschlossener Abstimmung, welche aufgrund einer Beanstandung vom Spital erfolgte, die Deckung aktualisieren, wodurch die bisherige Kostendeckung annulliert wird, ohne dass das Spital dafür ein neues Gesuch erstellen muss.
12. VVG Anteil: Die Kostendeckung des Kostenträgers auf das Gesuch kann detaillierter ausfallen. Gesuch und Kostendeckung müssen somit nicht übereinstimmen. Die Detaillierung kann sich aufgrund der Deckungssituation ergeben.
  - a. Ausschlüsse
  - b. VVG ohne OKP
  - c. Limitationen in Dauer, Menge, Betrag
  - d. Reduktionen (70% von Deckung P bei Unterversicherung mit Basis HP)
  - e. Abdeckung der Flex Produkte (spezifische Leistungen in Medizin und/oder Hotellerie)
  - f. etc.
13. Ein Leistungsaufschub KVG wird entsprechend mitgeteilt. Bei einer Leistungssperre VVG wird diese mitgeteilt.
14. Unabhängig der Ursache führt ein Wiedereintritt immer zu einem neuen Fall. Erst nach Abschluss des Falls erfolgt eine mögliche Zusammenführung gemäss den Regeln von SwissDRG.
15. Aufgrund der Möglichkeit einer Aktualisierung der Kostenübernahme können zum gleichen Fall mehrere, zeitlich abgegrenzte, Kostengutsprachen mit unterschiedlichem Deckungsumfang gültig sein. Davon sind nur Leistungen betroffen, welche unter VVG vergütet werden.
16. Die Kostendeckung als Antwort auf das Gesuch wird wie folgt erstellt:  
Der Detaillierungsgrad der Kostendeckung kann grösser sein, als der Umfang des Gesuchs. Das Spital kennt aufgrund der Kostendeckung die Begründung zu allfälligen Einschränkungen oder Ablehnungen.  
Beispiele für Einschränkungen:
  - Kostenübernahme 70% des P Tarifes (Unterversicherungsregel für HP Kunden)
  - Zusicherung von 15 Behandlungstagen (Einschränkung im VVG)
  - Medizinische Leistung allgemein, Hotellerie P (Kunde mit Flex-Produkt)
  - Maximalbetrag VVG CHF 15'000.-
  - Keine Leistungszusage (fehlende Deckung, kein Vertrag, keine Indikation etc.)
17. Die ausserkantonale Behandlung muss nicht speziell ausgewiesen werden, da aufgrund des Standorts des Spitals und des Wohnkantons eine Herleitung möglich ist.
18. Bei Behandlungen, welche ausserkantonale durchgeführt werden, teilt der Krankenversicherer dem Spital eine allfällige Zusatzdeckung mit.

### **Nichtfunktionale Anforderungen**

1. Der Standard muss flexibel sein und ein breites Spektrum von Anwendungsfällen zulassen (z.B. stillschweigende Zusage falls keine explizite Ablehnung, andere zeitliche Rahmenbedingungen, Umfang der Daten etc.)
2. Diagnosen und Prozeduren sind gemäss Datenschutzgesetz besonders schützenswerte Daten. Ihre Bearbeitung hat den Datenschutzbestimmungen zu entsprechen. Das

bedeutet unter anderem, dass nur autorisierte Personen sie einsehen und bearbeiten können.

3. Es muss sichergestellt werden, dass Gesuche und Kostendeckungen als Einzelmeldungen innerhalb der Vertragsfristen verarbeitet werden. Im aktuellen Prozess definiert die Faxtechnologie die Transportfristen. Somit bedingt die Einführung einer elektronischen Lösung, dass entsprechende Transportzeiten gewährleistet sind.

### **Anforderungen, die eine vertragliche Regelung erfordern (nicht abschliessend)**

1. Im KVG kann nach Vereinbarung der Partner auf die Kostengutsprache verzichtet werden
2. Allfällige Einschränkungen / Präzisierungen können vertraglich vereinbart werden
3. Leistungen, für die ein Kostengutsprache-Gesuch erforderlich ist  
z.B. für alle durch den Kostenträger zu übernehmenden stationären Leistungen
4. Zeitliche Rahmenbedingungen für Kostengutsprache-Gesuch  
- z.B. in der Regel mindestens 5 Arbeitstage vor Spitaleintritt  
- z.B. bei Notfällen in der Regel innert 5 Arbeitstragen nach Eintritt
5. Zeitliche Rahmenbedingungen für Beantwortung  
- z.B. in der Regel innert 5 Arbeitstagen  
Regelung falls Fristen nicht eingehalten werden. z.B. nach Ablauf der Beantwortungsfrist gilt die KoGu als "Stillschweigend erteilt" (d.h. ohne Kostengutsprache-Entscheid)
6. Zeitliche Rahmenbedingungen für Stornierungen und Updates
7. Es kann vereinbart werden, dass der Kostenträger bei ändernden Deckungsbedingungen für geplante Eingriffe eine Meldung erstellt oder eine Aktualisierung der bisherigen Kostendeckung mitteilt (z.B. einen Leistungsaufschub).
8. Die Bedingungen für die Auslösung einer Aktualisierung sind bilateral festzulegen.
9. Die Annullierungsmeldung eines Gesuchs an den Kostenträger kann vereinbart werden.

### **Abgrenzung / Einschränkungen**

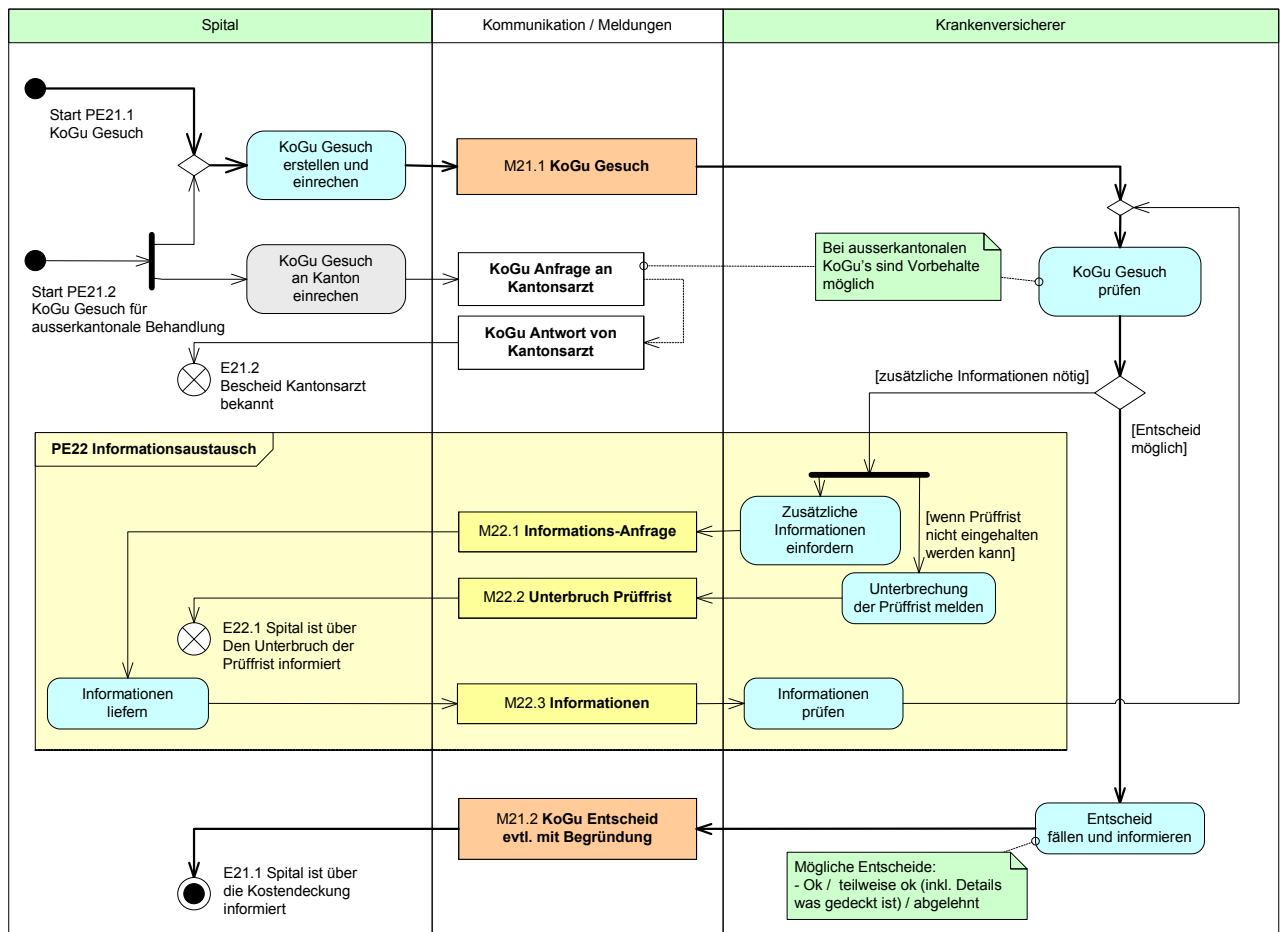
- Eine stillschweigende Erteilung von Kostengutsprachen (d.h. kein Kostengutsprache-Entscheid) ist mit dem elektronischen Datenaustausch nicht mehr vorgesehen, da die Gründe dafür (langsamer und teurer Postweg) nicht mehr relevant sind. Stattdessen kann an Hand eines Regelwerks eine schnelle, elektronische Bestätigung umgesetzt werden. Achtung: unabhängig von dieser technischen Umsetzung ist die vertragliche Situation nach wie vor gegeben, dass nach einer Nichtbeantwortung eines Gesuchs innerhalb einer gegebenen Frist eine stillschweigende Kostengutsprache greift. Ausserdem kann gemäss den Anforderungen oben z.B. im KVG nach Vereinbarung auf Kostengutsprachen verzichtet werden.
- Der Geschäftsfall „Ausserkantonale Kostengutsprachen mit dem Kanton“ ist nicht im Scope von eKARUS und diesem Dokument.  
Hinweis: Kostengutsprache-Gesuche werden vom Leistungserbringer normalerweise zeitgleich an alle Kostenträger verschickt. Ein allfälliger Informationsaustausch über Entscheide kann via Meldung "Informationsaustausch" gemacht werden.

## **5.1 Prozess Ablauf und Varianten**

Im Rahmen des Prozesselement "PE20 Budgetierung" sind folgende Prozessvarianten möglich:

- PE21 KoGu Gesuch (Normalfall)
- PE22 Informationsaustausch (optional)  
für zusätzliche Abklärungen zur Beurteilung eines KoGu Gesuch
- PE23 Änderung Behandlung (bei Änderung der Rahmenbedingungen)
- PE24 Änderung Deckung (bei Änderung der Entscheidungsgrundlagen oder nach einer Abstimmung aufgrund Uneinigkeit zur vorangehenden Kostendeckung)

### 5.1.1 PE21: KoGu Gesuch



Zur Ermittlung der Leistungsübernahme stellt das Spital dem Kostenträger ein Gesuch (M21.1) für die Kostenübernahme zu einem spezifischen Fall. Aufgrund der Registrierung PE10 (Deckungsermittlung) kennt das Spital die möglichen Kostenträger. Grundsätzlich wird ein zusammenfassendes Gesuch über Grund- und Zusatzversicherung erstellt.

Falls die Kostenträger von Grund- und Zusatzversicherung nicht identisch sind, ist pro Kostenträger ein Gesuch mit der gleichen Fallerkennung notwendig.

Der Kostenträger prüft das Gesuch. Im Bedarfsfall können zur Klärung der Kostenübernahme Zusatzinformationen zum Fall des Gesuchs eingefordert werden.

Aufgrund der Prüfung teilt der Kostenträger dem Leistungserbringer im elektronischen Datenaustausch immer mit, welche Kosten in welchem Bereich des Falles übernommen werden (M21.2).

Im KoGu Prozess werden Plan- und Notfalleingriffe gleich behandelt.

Die Parteien können für geplante Eingriffe eine Gültigkeitsspanne definieren, innerhalb welcher der Eintritt möglich ist. Ab dem effektiven Eintritt gelten die vereinbarten Leistungen.

#### Mögliche Eintrittspunkte:

##### PE21.1 KoGu Gesuch

Das Spital ermittelt gemäss Deckungsübersicht (Ergebnis PE10) beim Kostenträger die Kostendeckung mittels Gesuch.

## **PE21.2 KoGu Gesuch für ausserkantonale Behandlung**

Das Spital klärt bei einer nicht medizinisch indizierten Leistung oder wenn es über keinen Leistungsauftrag verfügt beim jeweiligen Kantonsarzt die Deckung. Im Weiteren erfolgt der Prozessablauf analog Eintritt PE21.1.

### **Mögliche Ergebnisse:**

#### **E21.1 Das Spital ist über die Kostendeckung informiert**

Das Kostenübernahmegesuch wurde geprüft und der Entscheid dem Spital mitgeteilt.

#### **E21.2 Entscheid Kantonsarztes bekannt**

Der Entscheid des Kantonsarztes ist ausgestellt und dem Spital bekannt, ein negativer Entscheid wird auf spezielle Vereinbarung zudem dem Krankenversicherer mitgeteilt.

## **5.1.2 PE22: Informationsaustausch**

Für die Beurteilung des KoGu-Gesuchs werden zusätzliche Informationen benötigt, die vom Kostenträger beim Spital eingefordert werden (M22.1). Die Prüffrist verlängert sich implizit um die Dauer der Bearbeitung im Spital.

Falls bei der Prüfung die vereinbarte Prüffrist nicht eingehalten werden kann, wird die Fristerstreckung dem Spital gemeldet (M22.2).

### **Mögliche Ergebnisse:**

#### **E22.1 Das Spital ist über den Unterbruch der Prüffrist informiert**

Wegen zusätzlichen Abklärungen kann die vertraglich vereinbarte Prüffrist durch den Kostenträger nicht eingehalten werden.

### **5.1.2.1 Meldungen**

#### **5.1.2.1.1 M22.1 Informationsanfrage**

Die Informationsanfrage wird vom Kostenträger dafür verwendet, im Rahmen der Deckungsklä rung Informationen beim Spital einzuholen.

### **Informationsgruppen**

*Berichte und medizinische Unterlagen einfordern:*

- Arztbericht (Begründung für medizinische Indikation)
- ausführliche Diagnose (bei nicht max. stelliger ICD 10)
- Röntgenbilder
- Überweisung
- etc.

*Abklärungen zu Abhängigkeiten zwischen Kostenträgern und Sozialversicherungsleistungen:*

- Unfallabklärung (Abgrenzung)
- IV-Abklärung (Abgrenzung)
- etc.

*Antwort auf Erinnerungsmeldung:*

- Der Freitext dient zur Dokumentation der Begründung

#### **5.1.2.1.2 M22.2 Unterbruch Prüffrist**

Diese Meldung kann als eigenständige Meldung benutzt oder in Zusammenhang mit einer Informationsanfrage verwendet werden.

Als eigenständige Fälle können nicht medizinisch bedingte Informationsbedürfnisse aus Abklärungen betreffend Abgrenzung mit weiteren Sozialversicherern sein.

**Informationsgruppen**

*Fristerstreckung:*

- Standardgründe (Beispiele)
  - Anzeigepflichtverletzung
  - Leistungspflicht
  - Ausschluss (VVG)

**5.1.2.1.3 M22.3 Informationen**

Diese Meldung kann als abschliessende Antwort oder auch als Meldung für Rückfragen eingesetzt werden.

Ein geforderter Unterbruch der Prüffrist M22.2 wird durch die abschliessende Antwort des Spitals auf eine Informationsanfrage M22.1 aufgehoben.

**Informationsgruppen**

*Antwort*

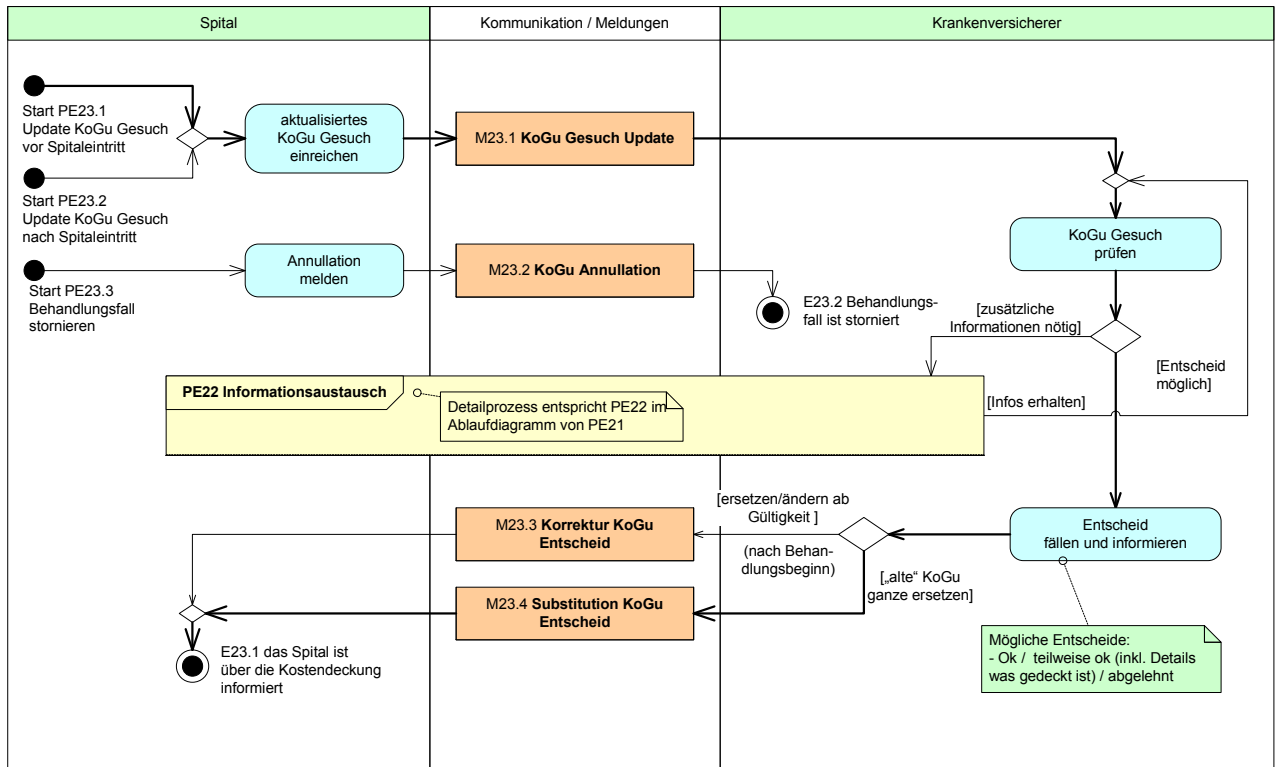
- Text
- Codiert
- Mit Beilagen (Die Formate der Beilagen werden im TechDesign spezifiziert)

*Erinnerungsmeldung*

- „Mahnung“ betreffend Aufhebung der Fristerstreckung

Die Entsprechenden Codierungen werden im Rahmen des TechDesign vorbereitet.

**5.1.3 PE23: Änderung Behandlung**



Entscheidend für die Bestätigung der neuen Kostendeckung ist für den Kostenträger, dass er Kenntnis davon hat, ob es sich um eine Anpassung einer bereits laufenden Behandlung oder eines geplanten Eingriffs handelt.

**Mögliche Eintrittspunkte:**

**PE23.1 Update KoGu Gesuch vor Spitaleintritt**

Die Rahmenbedingungen zum Gesuch haben geändert (Diagnose, Behandlung, Zeitraum etc.)  
 Das Spital ermittelt gemäss Deckungsübersicht (Ergebnis PE10) der Kostenträger die Leistungsübernahme mittels Gesuch für die angepasste Behandlung.

**PE23.2 Update KoGu Gesuch nach Spitaleintritt**

Die Rahmenbedingungen zum gültigen Gesuch haben geändert (Diagnose, Behandlung, Zeitraum etc.)  
 Das Spital ermittelt gemäss Deckungsübersicht (Ergebnis PE10) der Kostenträger die Leistungsübernahme mittels Gesuch für den verbleibenden Teil der Behandlung.

**PE23.3 Behandlungsfall ist stornieren**

Das Spital löst die Stornierung einer noch nicht begonnenen geplanten Behandlung aus.

**Mögliche Ergebnisse:**

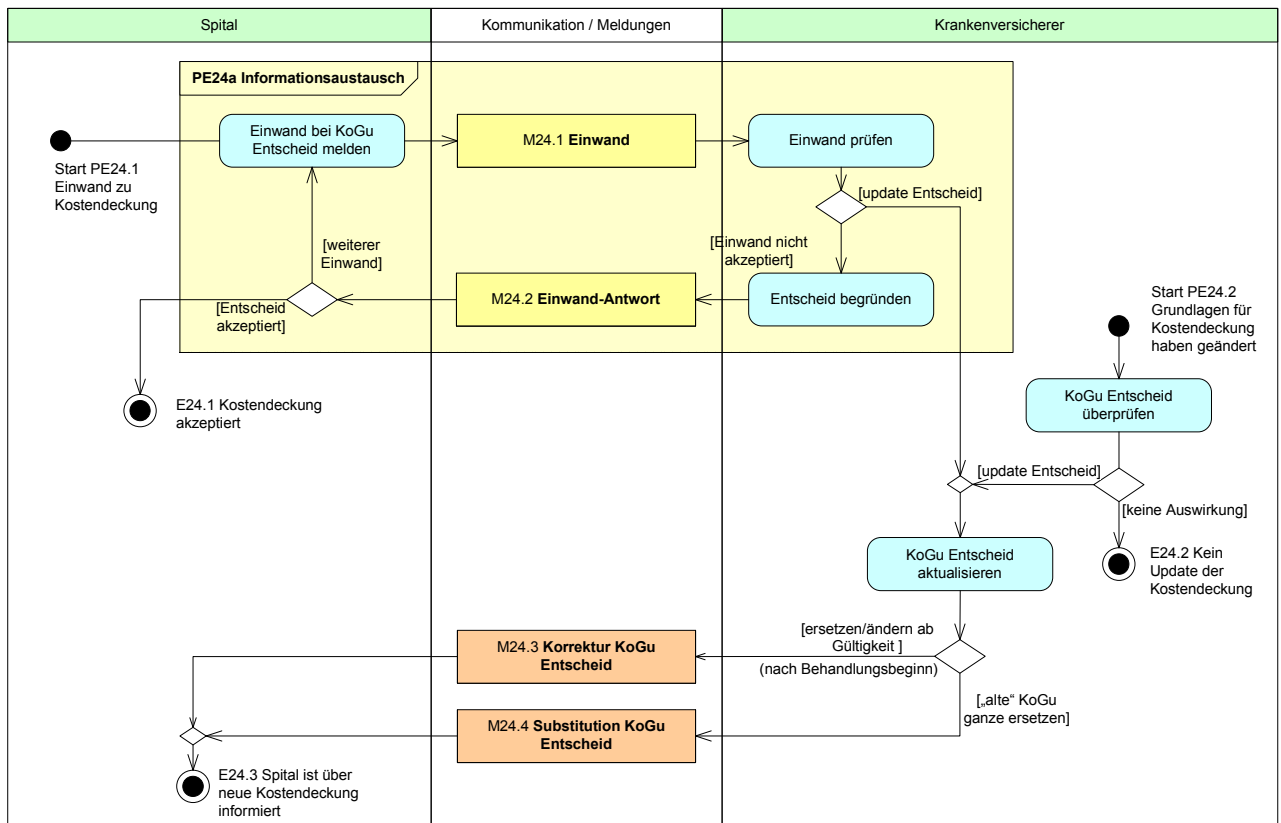
**E23.1 Das Spital ist über die Kostendeckung informiert**

Das Update Gesuch wurde durch den Kostenträger geprüft, beurteilt und die Entscheidung dem Spital mitgeteilt.

**E23.2 Behandlungsfall ist Storniert**

Der **Kostenträger** ist über die Stornierung des KoGu-Gesuchs informiert.

**5.1.4 PE24: Änderung Deckung**





Aktualisierung der Kostendeckung durch den Kostenträger.

### **Mögliche Eintrittspunkte:**

#### **PE24.1 Einwand zu Kostendeckung**

Das Spital ist mit der Kostendeckung zum Gesuch nicht einverstanden und erwirkt eine Überprüfung.

#### **PE24.2 Grundlagen für Kostendeckung haben geändert**

Die Deckungsverhältnisse beim Kostenträger haben sich geändert (Kündigung, Prämienausstand, Anpassung der Deckung, Kundenwunsch bei Flex Produkten, etc.). Ausstellen eines angepassten Gesuchs

### **Mögliche Ergebnisse:**

#### **E24.1 Kostendeckung akzeptiert**

Das Spital ist nach Abklärungen mit der Kostendeckung einverstanden.

#### **E24.2 Kein Update der Kostendeckung**

Die Kostendeckung wird nicht angepasst.

#### **E24.3 Spital ist über neue Kostendeckung informiert**

Die Kostendeckung wurde aufgrund eines Einwands durch das Spital oder wegen geänderten Rahmenbedingungen beim Krankenversicherer angepasst und dem Spital mitgeteilt. Mögliche Entscheide wie bei E21.1

Im Falle eines Updates durch den Kostenträger ist keine rückwirkende Änderung möglich.

### 5.1.4.1 Meldungen

#### **5.1.4.1.1 M24.1 Einwand**

Die Meldung M24.1 wird analog der Meldung M22.3 Informationen angewendet.

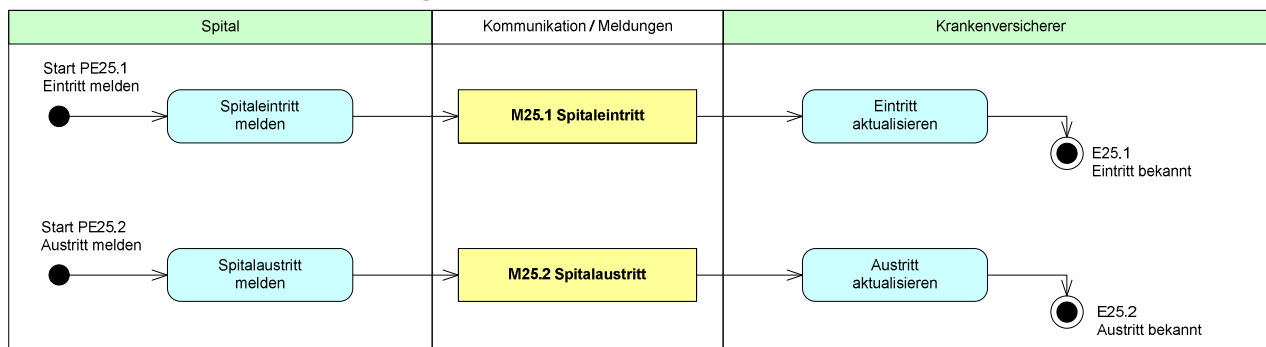
Die Typisierung und Codierung wird im TechDesign festgelegt.

#### **5.1.4.1.2 M24.2 Einwand Antwort**

Die Meldung M24.2 wird analog der Meldung M22.1 Informationsanfrage angewendet.

Die Typisierung und Codierung wird im TechDesign festgelegt.

## 6 PE25: Behandlung



Bisher wurde im Administrativprozess mit Eintritts- und Austrittslisten gearbeitet. Rein aus Sicht auf den Administrativprozess sind diese Listen mit eKARUS nicht mehr nötig.

Allerdings ist es für eine zeitnahe Betreuung/Beratung des Kunden, auch vom Kostenträger erwünscht, eine aktuelle Information über den jeweiligen "Aufenthaltort" zu haben. Die Zeitspanne von Kostengutsprache-Gesuch bis zur Leistungsverrechnung kann je nach dem lang sein. Dies verunmöglicht eine technische Unterstützung dieser Zeit- und Kundennähe.

Daher wurde im Steuerungsausschuss eKARUS am 20.05.2010 diskutiert und entschieden, Eintritt- und Austrittsmeldungen (nicht Listen) zu unterstützen, allerdings nicht als Notwendigkeit im Administrativprozess. Der Einsatz dieser Meldungen wird von den Partnern geregelt.

### Anforderungen, die eine vertragliche Regelung erfordern (nicht abschliessend)

1. Versenden von Eintritts- und Austrittsmeldungen
2. Die Parteien können vereinbaren, dass der Behandlungsbeginn innerhalb einer abgestimmten Zeitspanne variabel sein kann. Allfällige Zeitlimitationen gelten in diesem Fall ab dem effektiven Behandlungsbeginn. Hier erstellt das Spital immer eine Eintrittsmeldung innerhalb der vereinbarten Fristen des Gesuchs.

#### Eintrittsmeldung:

Die Eintrittsmeldung kommt zur Anwendung, wenn die Parteien für geplante Eingriffe, eine definierte Periode für den Behandlungsantritt verwenden. Damit ist sichergestellt, dass der Kostenträger wie bei einem Notfall, Kenntnis vom Behandlungsbeginn hat. Die Eintrittsmeldung kann zudem eine aktualisierte Eintrittsdiagnose gemäss Vereinbarung beinhalten.

Im Weiteren kann der Leistungserbringer dadurch eine allfällig vereinbarte Überprüfung der Kostendeckung gemäss aktuellen Bedingungen erwirken.

#### Austrittsmeldung:

Die Austrittsmeldung kommt zur Anwendung, wenn der Leistungserbringer eine für den Kostenträger zu lange Zeitspanne für die Erstellung der Abrechnung beansprucht. Damit ist sichergestellt, dass der Kostenträger bei gewissen Nachbehandlungen zeitnahe auf den Behandlungsablauf reagieren kann. Die Austrittsmeldung beinhaltet, wenn vereinbart die Austrittsdiagnose (Hauptdiagnose),

#### Mögliche Eintrittspunkte:

##### E25.1 Eintritt melden

Das Spital meldet dem Kostenträger den Behandlungsbeginn eines geplanten Falls

##### E25.2 Austritt melden

Das Spital meldet dem Kostenträger das Austrittsdatum eines Behandlungsfalls

**Mögliche Ergebnisse:****E25.1 Eintritt bekannt**

Die Meldung wurde vom Spital auf Grund von Eintritt des Kunden an den Kostenträger übermittelt.

**E25.2 Austritt bekannt**

Die Meldung wurde vom Spital auf Grund von Austritt des Kunden an den Kostenträger übermittelt.

## 6.1.1.1 Meldungen

**6.1.1.1.1 M25.1 Spitaleintritt**

Diese Meldung ist vertraglich zu vereinbaren. Prinzipiell handelt es sich um eine Mitteilung der Statusänderung, welche eigentlich generell im elektronischen Datenaustausch kommuniziert werden sollte. Aufgrund der aktuell gegebenen Kostenmodelle der Provider wird diese Meldung bis zur Aufhebung von Entschädigungen für Einzeltransaktionen als vertraglich zu vereinbaren positioniert.

Sie dient dem Kostenträger, den effektiven Eintritt zu erfahren, ist aber nicht als Kostengutsprache vorgesehen.

**Meldungsinhalte**

- Eintrittsdatum
- Eintrittsdiagnose(optional)

Die Typisierung und Codierung wird im TechDesign festgelegt.

**6.1.1.1.2 M25.2 Spitalaustritt**

Diese Meldung ist vertraglich zu vereinbaren. Prinzipiell handelt es sich um eine Mitteilung der Statusänderung, welche eigentlich generell im elektronischen Datenaustausch kommuniziert werden sollte. Aufgrund der aktuell gegebenen Kostenmodelle der Provider wird diese Meldung bis zur Aufhebung von Entschädigungen für Einzeltransaktionen als vertraglich zu vereinbaren positioniert.

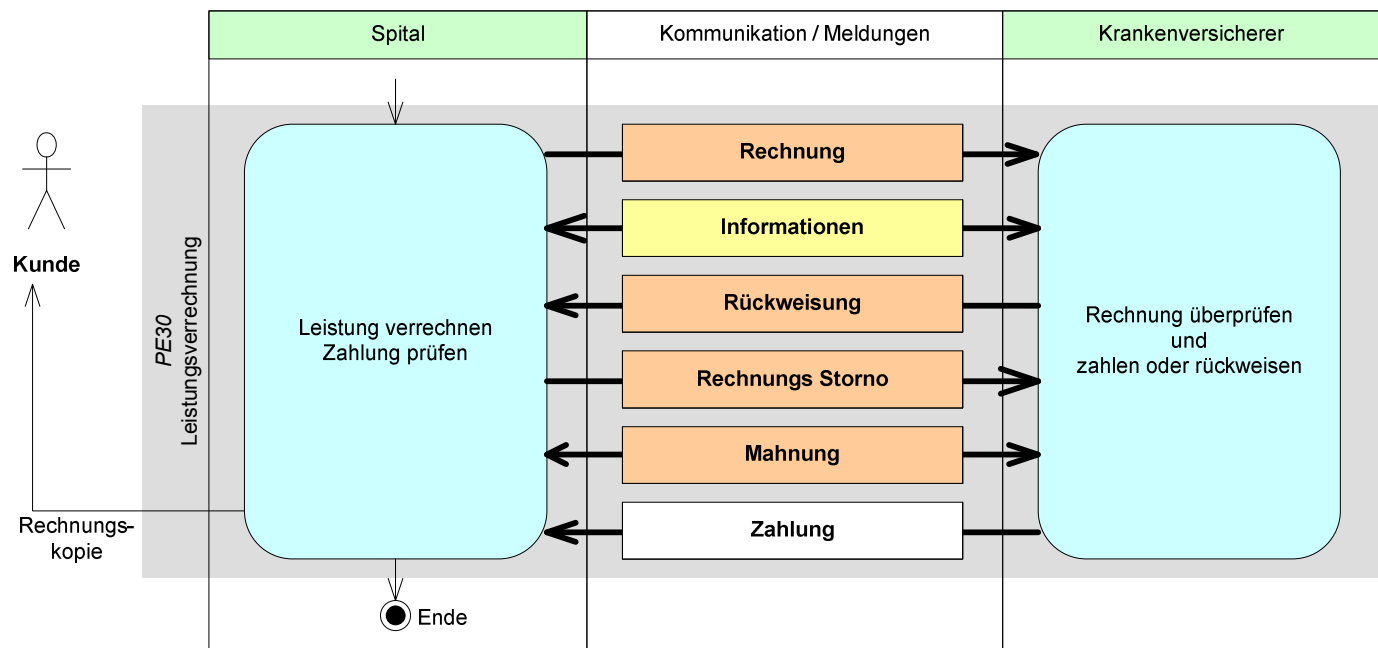
Sie dient dem Kostenträger bei Langzeitpatienten die angepasste medizinische Versorgung zu gewährleisten. Sie kann bei speziellen vertraglichen Vereinbarungen (Modelle) dazu verwendet werden, den Austritt administrativ zu vereinfachen. Wobei in diesem Fall die Austrittsdiagnose Teil der Meldung ist.

**Meldungsinhalte**

- Austrittsdatum
- Austrittsdiagnose(optional)

Die Typisierung und Codierung wird im TechDesign festgelegt.

## 7 PE30: Prozesselement Leistungsverrechnung



### Ziel

- Die durch den Kostenträger gedeckten Leistungen für den Spitalaufenthalt eines Kunden werden in Rechnung gestellt.
- Der Kostenträger hat die Rechnung geprüft und gemäss ihrer Leistungspflicht bezahlt (Bezahlung ist nicht im Scope dieses Dokuments).

### Funktionale Anforderungen

1. Die Rechnungsstellung beinhaltet alle Informationen, die vom Kostenträger für die gesetzlich übertragenen Pflichten (insbesondere der Prüfung und Berechnung ihrer Leistungspflicht und der Wirtschaftlichkeitskontrolle) benötigt werden. Die Daten basieren neben den Abrechnungsrelevanten Daten des XML Standards vom Forum-Datenaustausch auf den BFS Variabeln (siehe Meldungsspezifikation [1]). Die Inhalte entsprechen den Vorgaben der jeweils gültigen Version des Kodierhandbuchs.
2. Für detaillierte Abklärungen können zusätzliche Unterlagen angefordert werden.
3. Die Rechnungsstellung erfolgt getrennt pro beanspruchtem Gesetzeskontext (KVG, VVG, UVG)
4. In begründeten Fällen oder auf Verlangen der versicherten Person dürfen medizinische Daten nur dem Vertrauensarzt bekannt gegeben werden (KVG Art. 42)
5. Bei Abklärungen wird die Zahlungsfrist durch das Spital automatisch um die Dauer der eigenen Bearbeitung zuzüglich eines Tages verlängert.
6. Die Rechnungsstornierung erfolgt immer seitens Spital.
7. Die Korrektur (Grundversicherung und VVG) von offenen oder bezahlten Rechnungen erfolgt via Storno der alten Rechnung durch das Spital und der Ausstellung einer neuen Rechnung. Die Fallreferenzierung ermöglicht die Verknüpfung. Neben der obligatorischen Fallnummer wird in der neuen Rechnung noch die Referenz auf die stornierte Rechnung mitgegeben. Dadurch ist sichergestellt, dass die neue Rechnung auch dann korrekt behandelt werden kann, wenn die zu stornierende Rechnung nicht vorliegt.

8. Rechnungen mit Beanstandungen, welche in den Bereich der formalen Fehler fallen, werden durch den Kostenträger mit dem Nachweis aller identifizierten Fehler gemäss der Liste der Rückweisungsgründe (separate Liste) zurückgewiesen. In den übrigen Fällen, wo bisher fallweise auch eine Rückweisung zur Anwendung gekommen ist, wird mittels Informationsaustausch (Antrag Rechnungskorrektur, Rechnungs Storno, neue Rechnung) der Sachverhalt bereinigt.
9. Alle Meldungen müssen eine Referenz zum Fall und bei Abstimmungsmeldungen zur Rechnung enthalten.  
(z.B. Informations-Meldungen, Storno, Rückweisungen, Mahnung, neue Rechnung bei Rechnungsupdate)
10. Die Leistungsübernahme bei Listen- und Vertragsspitalern und der anzuwendende Tarif erfolgt gemäss den in Kapitel 3.1.1 definierten Regeln.
11. Für Jahresüberlieger erfolgt die Rechnungsstellung gemäss Beschreibung in Kapitel 3.1.4.
12. Wenn verschiedene Sozialversicherungen involviert sind, erfolgt die Rechnungsstellung gemäss Beschreibung in Kapitel 3.1.5.
13. Eine Rechnung kann durch mehrere Kostengutsprachen gedeckt sein. Nur bei Akontozahlungen im VVG ist es möglich, dass noch ein Restbudget der Kostengutsprachen erhalten bleibt, wobei Akontozahlungen nur innerhalb der Deckung einer Kostengutsprache zulässig sind. Ansonsten gilt mit der Rechnungsstellung, dass diese innerhalb der zeitlichen Überschneidung mit einer Kostengutsprache die volle Zusicherung diskontiert.
14. Rechnungen für Kunden mit einem Leistungsaufschub, werden beim Krankenversicherer gemäss der Beschreibung in Kapitel 3.1.3 behandelt. Die Rechnung wird beim Kostenträger pendent gehalten (ausgenommen Kundenauf der schwarzen Liste, diese Rechnungen werden zurückgewiesen). Das Spital stellt sicher, dass für pendente Rechnungen aufgrund eines Leistungsaufschubs keine Mahnung erstellt wird.
15. Der Kostenträger kann mit einer falsch oder irrtümlich bezahlten Rechnung mittels Informationsaustausch (Antrag Rechnungskorrektur, Rechnungs Storno, neue Rechnung) nachträglich eine Rechnungskorrektur anfordern.

### **Nichtfunktionale Anforderungen**

1. Der Meldungsstandard muss flexibel sein und ein breites Spektrum von Anwendungsfällen zulassen  
Allfällige Einschränkungen/ Präzisierungen zwischen Vertragspartnern müssen vertraglich vereinbart werden.
2. Diagnosen und Prozeduren sind gemäss Datenschutzgesetz besonders schützenswerte Daten. Ihre Bearbeitung hat den Datenschutzbestimmungen zu entsprechen. Das bedeutet unter anderem, dass nur autorisierte Personen sie einsehen und bearbeiten können.

### **Anforderungen, die eine vertragliche Regelung erfordern (nicht abschliessend)**

1. Technisches Format für die Übermittlung der Rechnung und der medizinischen Angaben für die Rechnungsprüfung auf Branchenebene.
2. Regelung und Gründe für eine explizite MCD Datenlieferung an den Vertrauensarzt der Versicherung inkl. Patienteninformation.
3. Regelung der Tarifstruktur der VVG Leistungen für die elektronische Abrechnung.

### **Abgrenzung / Einschränkungen**

- Teilzahlungen: Eine Teilzahlung oder ein Teilstorno von Rechnungen ist nicht praktikabel. Dies führt zu diversen Problemen bei den Spitalern (ESR Nummern) und Kostenträger (Systemgrenzen)

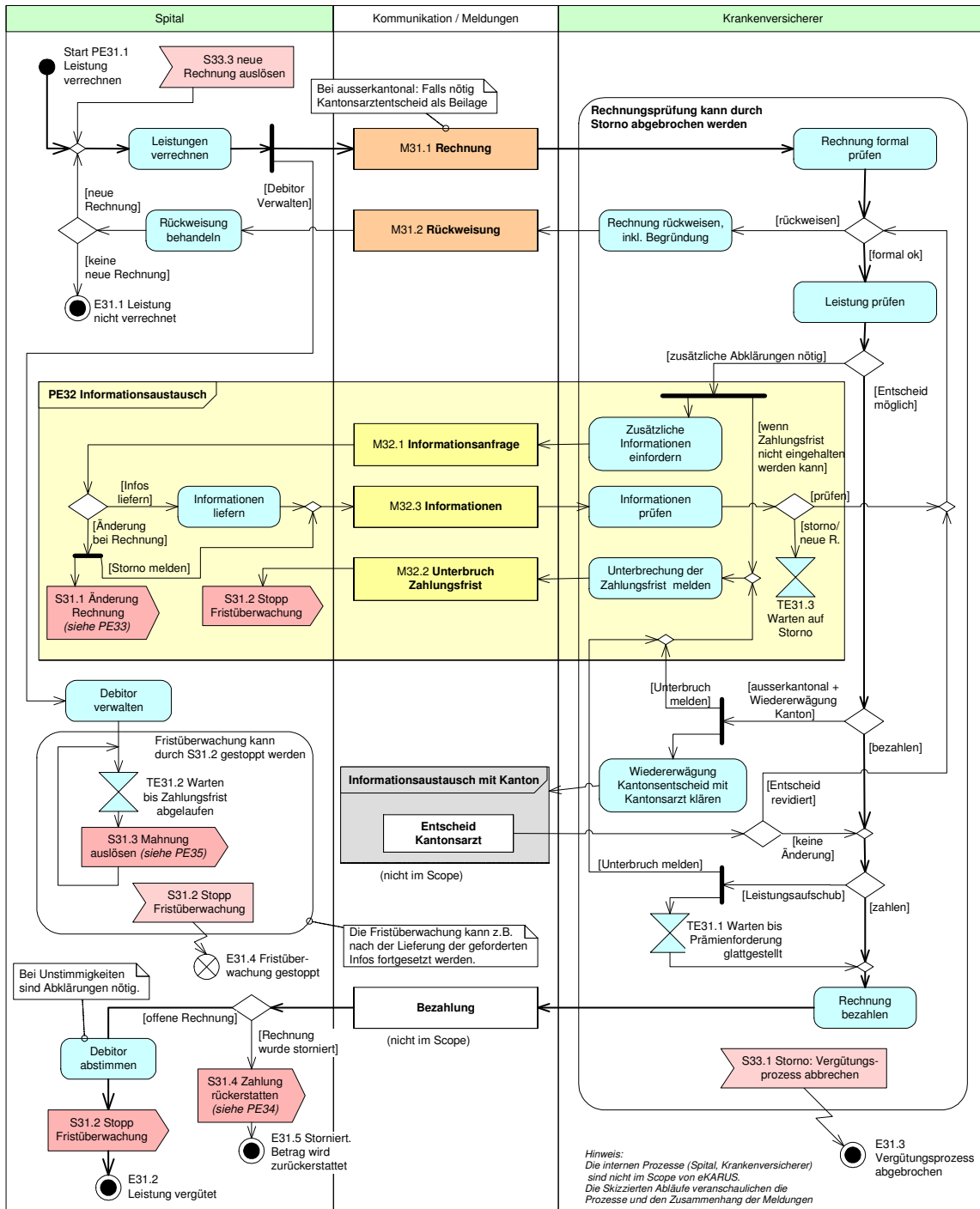
- In der Grundversicherung werden keine Akonto-Rechnungen gestellt, weil diese nicht geprüft werden können. Auch bei Langliegern wird darauf verzichtet.
- Mit dem Einsatz des Prozesselements „Leistungsverrechnung“ wird gewährleistet, dass die vereinbarten Prozessschnittstellen und die Datenschutzerfordernungen eingehalten werden.
- Rechnungsstellung an Kanton ist nicht im Scope  
Mit der neuen Spitalfinanzierung werden stationäre OKP Leistungen anteilmässig durch Kanton (min. 55%) und Krankenversicherer übernommen (KVG Art 49a)  
Die Rechnungsstellung vom Spital an den Kanton soll wie bisher direkt erfolgen.
  - Prozess: z.B. periodische Sammelrechnung von Spital an Kanton. Allfällige Rechnungskorrekturen/Stornos müssen berücksichtigt werden.
- Der detaillierte Mahnprozess mit den Mahnstufen ist nicht im Scope dieses Dokuments.

## **7.1 Prozess Ablauf und Varianten**

Beim Prozesselement "PE30 Leistungsverrechnung" sind folgende Prozesse möglich:

- PE31 Leistung verrechnen (Normalfall)
- PE32 Informationsaustausch für zusätzliche Abklärungen (optional)
- PE33 Storno durch Spital
- PE35 Mahnung

### 7.1.1 PE31: Leistung verrechnen



Das Spital erstellt die Leistungsabrechnung[en] und übermittelt, diese mit den vertraglich vereinbarten Informationen, dem Kostenträger. Der Kostenträger prüft die Rechnung. Falls nötig können zusätzliche Abklärungen gemacht werden (siehe PE32). Nach der Prüfung wird die Rechnung bei formalen Fehlern zurückgewiesen. Bei fachlichen Differenzen, welche eine Kostenfolge haben, werden die Differenzen mittels der Hilfskommunikation bereinigt. In der Folge löst das Spital einen Storno für die betroffenen Rechnungen aus und erstellt entsprechend korrigierten Rechnungen. Korrekte Rechnungen werden gemäss dem vereinbarten Zahlungsziel vergütet.

**Mögliche Eintrittspunkte:****E31.1 Leistung verrechnen**

Die Leistungsverrechnung wird beim Spital ausgelöst

**Mögliche Ergebnisse:****E31.1 Leistung nicht verrechnet**

Die Rechnung wurde vom Kostenträger zurückgewiesen, die Leistungen werden nicht bezahlt.

Hinweis: Für eine allfällige neue, korrigierte Rechnungsstellung wird ein neuer Prozess "PE31 Leistung verrechnen" gestartet.

**E31.2 Leistung vergütet**

Die in Rechnung gestellte Leistung wurde vom Kostenträger bezahlt.

**E31.3 Vergütungsprozess abgebrochen**

Während der Rechnungsprüfung erfolgte eine Stornierung (PE33) und die Prüfung der Rechnung wurde abgebrochen.

**E31.4 Fristüberwachung gestoppt**

Nach Zahlungseingang oder aufgrund vereinbarter Bedingungen (Leistungsaufschub, Dauer der Aufbereitung eingeforderter Unterlagen, etc.) erfolgt ein Stopp der Fristüberwachung.

**E31.5 Storniert, Betrag wird zurückerstattet**

Nach Zahlungseingang einer bereits stornierten Rechnung wurde eine Rückerstattung der Zahlung ausgelöst.

**Spezielle Aktivitäten:****TE31.1 Warten bis Prämienforderung glattgestellt**

Freigabe der Rechnung sobald Prämienforderung beglichen oder Kantonsbeitrag gemäss Regelung eingegangen.

**TE31.2 Warten bis Zahlungsfrist abgelaufen**

Zyklische Überprüfung Zahlungseingang gemäss Usanzen des Spitals und allfällige Forcierung des Inkassomanagements

**7.1.1.1 Falldaten**

Die Rechnung umfasst immer das Segment der Falldaten mit Fallnummer, Behandlungsbeginn, Behandlungsende und einer Urlaubsliste.

Zuzüglich zu den Administrativdaten werden die Behandlungscodierungen (Diagnosen und Prozeduren) in einem eigenen Segment bereitgestellt. Sofern eine vertrauliche Behandlung dieser Daten indiziert ist, wird das VAD-Flag gesetzt.

SwissDRG Fallzusammenführungen betreffen nur die entsprechenden Grundversicherungsrechnungen. In der neuen Rechnung sind die Falldaten der neuen Konstellation summarisch, sowie eine Liste der konsolidierten Falldaten zu führen. Nur so kann die Gewährleistung der Referenzierung in der Rechnungsprüfung sichergestellt werden.

Bei einer Verlegung in ein anderes eigenständiges Spital wird ein neuer Fall angelegt. Auch die Rückverlegung erwirkt einen neuen Fall, der zum Zeitpunkt der Abrechnung allenfalls zusammengeführt wird.



### 7.1.1.2 VVG Rechnungen

Bei VVG Rechnungen, welche auf einem Volleistungstarif basieren, wird der allfällige DRG (100%) als Minusposition ausgewiesen, unabhängig davon, ob Grundversicherung und VVG den gleichen Kostenträger betreffen.

## 7.1.2 PE22: Informationsaustausch

Wenn für die Rechnungsprüfung zusätzliche Informationen erforderlich werden, können diese mittels PE32 eingefordert und übermittelt werden. Die Einforderung erfolgt mittels M32.1 Informationsanfrage, die Beantwortung durch M32.3 Informationen.

Falls bei der Prüfung die vereinbarte Prüffrist nicht eingehalten werden kann, wird die Fristerstreckung für das Zahlungsziel dem Spital gemeldet (M32.2).

### Mögliche Ergebnisse:

#### S31.2 Stopp Fristüberwachung

Wegen zusätzlichen Abklärungen kann die vertraglich vereinbarte Prüffrist durch den Kostenträger nicht eingehalten werden.

### 7.1.2.1 Meldungen

#### 7.1.2.1.1 M32.1 Informationsanfrage

Die Abwicklung erfolgt analog der Meldung M22.1 aus PE22. Eine Informationsanfrage, welche Einfluss auf die Prüfdauer hat, erfordert immer eine Meldung M32.2, welche für die Dauer der Informationsaufbereitung im Spital die Frist des Zahlungsziels erweitert. Mit der Beantwortung in M32.3 wird die Fristerweiterung abgeschlossen. Die Effektive Handhabung des Zahlungsziels und die Anwendung der Fristerstreckung ist Teil von bilateralen Vereinbarungen. Die Meldung M32.2 ist aber auch dann zu übermitteln, wenn explizit auf ein Zahlungsziel verzichtet wird.

Die inhaltliche Spezifikation (Informationsgruppen, Codes) kann der Meldungsspezifikation entnommen werden.

#### 7.1.2.1.2 M32.2 Unterbruch Zahlungsfrist

Die Abwicklung erfolgt analog der Meldung M22.2 aus PE22.

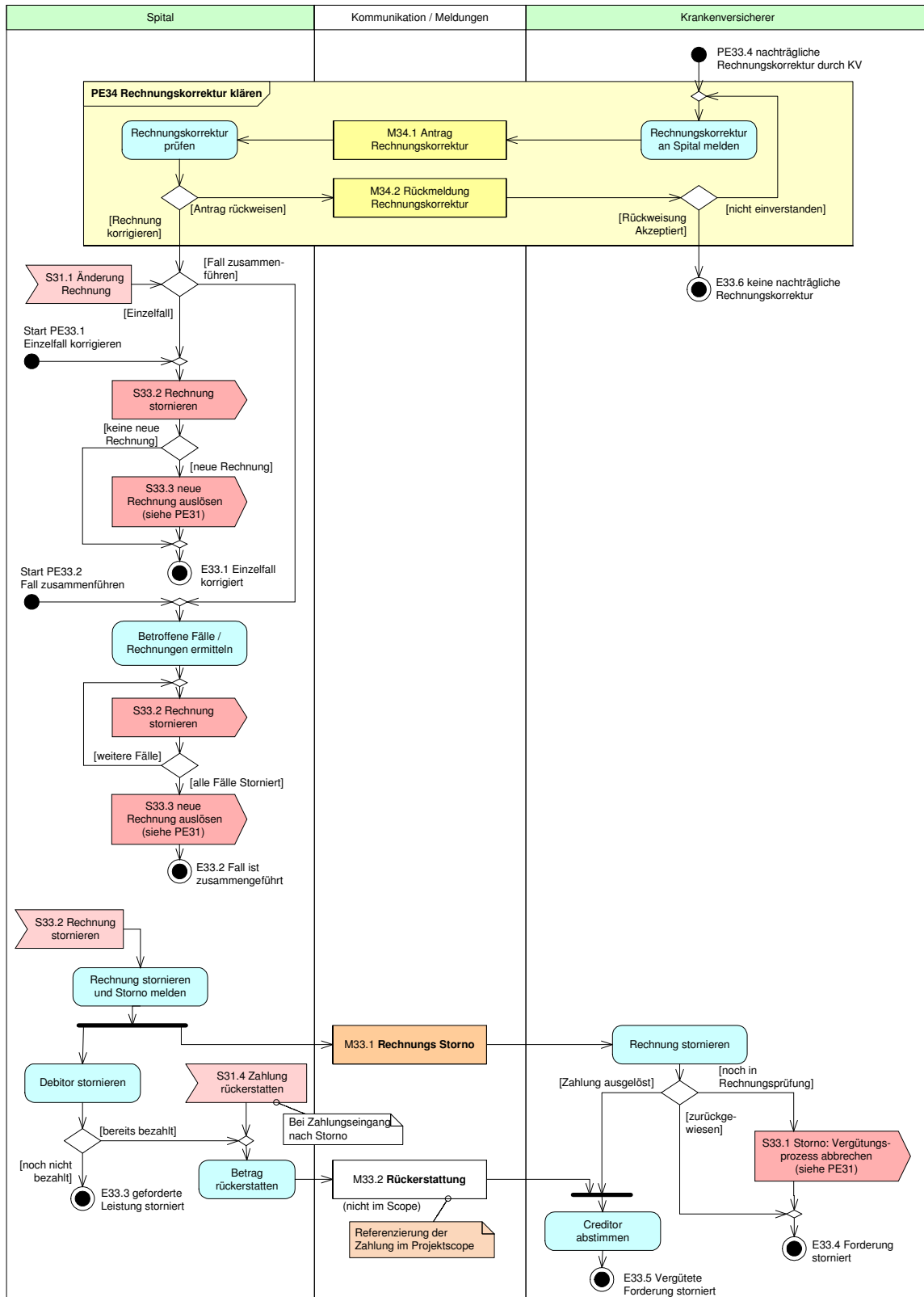
Die inhaltliche Spezifikation (Informationsgruppen, Codes) kann der Meldungsspezifikation entnommen werden.

#### 7.1.2.1.3 M32.3 Informationen

Die Abwicklung erfolgt analog der Meldung M22.3 aus PE22.

Die inhaltliche Spezifikation (Informationsgruppen, Codes) kann der Meldungsspezifikation entnommen werden.

### 7.1.3 PE33: Storno durch Spital



Das Spital meldet, dass eine bereits gestellte Rechnung zu stornieren ist. Falls die Rechnung beim Kostenträger

- noch in der Rechnungsprüfung ist, kann diese abgebrochen werden (S33.1)
- bereits zurückgewiesen wurde, kann diese als storniert gekennzeichnet werden
- bereits bezahlt wurde, wird das Inkasso disponiert.

**Mögliche Eintrittspunkte:****PE33.1 Einzelfall korrigieren**

Abrechnungsrelevante Korrektur führt zu Stornierung und gegebenenfalls neuer Leistungsverrechnung

**PE33.2 Fall zusammenführen**

Die Stornierung der betroffenen Rechnungen und die zusammengeführte Rechnung werden ausgelöst

**PE33.4 nachträgliche Rechnungskorrektur durch KV**

Der Kostenträger beantragt bei einer bereits bezahlten Rechnung eine Rechnungskorrektur.

**Mögliche Signale:****S33.1 Storno, Vergütungsprozess abbrechen**

Die stornierte Rechnung ist beim Versicherer noch in der Rechnungsprüfung. Diese Rechnungsprüfung kann abgebrochen werden

**S33.2 Rechnung stornieren**

Die Rechnung ist zu stornieren

**S33.3 neue Rechnung auslösen**

Das Spital muss eine neue Rechnung erstellen (siehe PE31)

**S31.4 Zahlung rückerstatten**

Beim Spital ist eine Zahlung für eine bereits stornierte Rechnung eingegangen (siehe PE31). Dieser Betrag muss zurückerstattet werden.

**Mögliche Ergebnisse:****E33.1 Einzelfall korrigiert**

Einzelne Leistungsverrechnung korrigiert und Storno sowie neue Leistungsverrechnung wurde ausgelöst.

**E33.2 Fall ist zusammengeführt**

Die Fallzusammenführung wurde abgewickelt. Korrektur, Stornierung der betroffenen Rechnungen und neue Leistungsverrechnung wurde ausgelöst.

**E33.3 Geforderte Leistung storniert**

Auf Seite Spital wurde eine Leistungsverrechnung, welche noch nicht vergütet wurde storniert

**E33.4 Forderung storniert**

Eine noch nicht vergütete Forderung wurde storniert

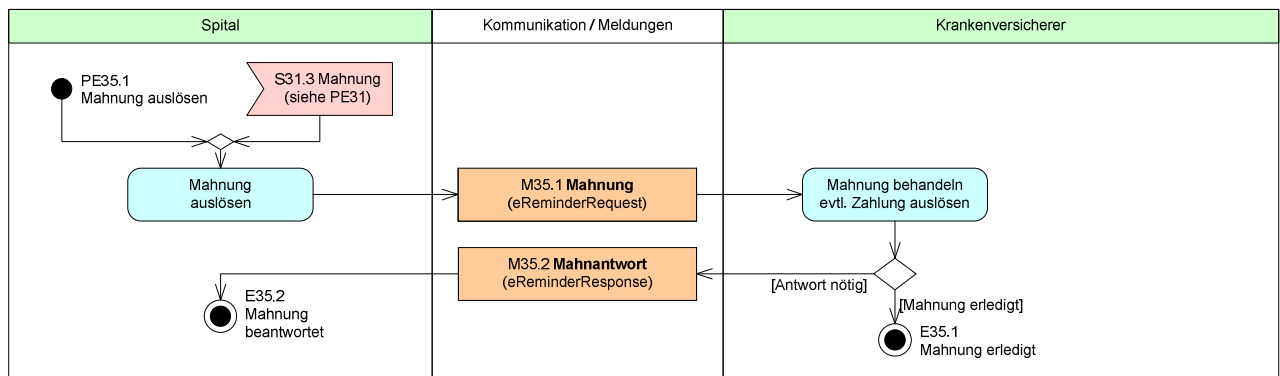
**E33.5 Vergütete Forderung storniert**

Eine vergütete Forderung wurde storniert, einschliesslich Eingang Rückerstattung

**E33.6 keine nachträgliche Rechnungskorrektur**

Der Antrag für eine nachträgliche Rechnungskorrektur wurde abgewiesen und vom Kostenträger akzeptiert.

## 7.1.4 PE35: Mahnung



Das Spital mahnt den Kostenträger bei Zahlungsverzug.

Die Mahnung wird beim Kostenträger behandelt, bei Unklarheiten können zusätzliche Informationen angefordert werden.

### Mögliche Eintrittspunkte:

#### E35.1 Mahnung auslösen

Das Spital löst eine Mahnung zu einer offenen Forderung aus

### Mögliche Ergebnisse:

#### E35.1 Mahnung erledigt

Die Mahnung wurde vom Kostenträger behandelt und erledigt d.h. die Zahlung wurde ausgelöst.

#### E35.2 Mahnung beantwortet

Die Antwort auf die Mahnung wurde dem Spital mitgeteilt.

## 8 PE22, PE24a, PE32 Teil-Prozesse Informationsaustausch

### Ziel

- Bei den Prozesselementen "PE20 Budgetierung" und "PE30 Leistungsverrechnung" können zusätzliche Informationen oder Unterlagen zwischen Spital und Kostenträger ausgetauscht werden.
- Der Informationsaustausch ist Bestandteil der jeweiligen Prozesselemente und kann durch die IT Systeme unterstützt und verwaltet werden.
- Zusatzinformationen zum Status des Anwendungsfalls können ausgetauscht werden.
- Wenn Prüf- oder Zahlungsfristen nicht eingehalten werden können, kann eine Unterbrechung der Prüf- resp. Zahlungsfrist gemeldet werden.

### Generelle fachliche Anforderungen

1. Zusätzliche Informationen zu einer Kostengutsprache oder Rechnung können angefordert und übermittelt werden
2. Die Informationsmeldung beinhaltet eine Referenz auf ihren Auslöser-Kontext (Kostengutsprache gesuch, Rechnung, Informationsanfrage etc.)
3. Über Status oder Verzögerungen bei der Verarbeitung kann informiert werden (Unterbruch Prüf- resp. Zahlungsfrist).  
Es gibt standardisierte Gründe (kodifiziert) und Freitextkommentare. Für die automatische Verarbeitung sollen die standardisierten Gründe verwendet werden.  
z.B. Verarbeitung unterbrochen, wichtige Basisinformationen fehlen oder weitere Abklärungen sind nötig
4. Es müssen unterschiedliche Arten von Informationen übermittelbar sein.
  - a) automatisch verarbeitbare Informationscodes (z.B. Prozess Statusinformationen)
  - b) Freitext
  - c) Dokumente , Formulare, Fragebogen, Bilder etc. (z.B. PDF, Word, Excel, etc.)
  - d) Verknüpfungen (z.B. URL Link auf ein Dokument)
5. Der Sender und Empfänger der Nachricht muss ersichtlich sein
  - a) bezüglich Prozessrolle (administrativ, medizinisch, Codierung etc.) – KV (Administration, VAD), Spital (Administration, Ärztlicher Dienst, ...)
  - b) Identifikation der Person
6. Medizinische Informationen müssen bezüglich ihrer Vertraulichkeit gekennzeichnet sein. (z.B. vertraulich, vertraulich-VAD etc.)
7. Der Standard des Datenaustauschs muss flexibel und offen sein und ein breites Spektrum von Informationsmeldungen zwischen Spital und Kostenträger zulassen.

### Fachliche Anforderungen, die eine vertragliche Regelung erfordern (nicht abschliessend)

8. Der Ablauf des Geschäftsfalles und die zu verwendenden resp. unterstützten Anwendungsfälle und Meldungen müssen vertraglich zwischen den Partnern (Spital und Kostenträger) vereinbart werden.

### Prozess

siehe Prozesselement PE22 (Kapitel 5.1.2 ) und PE24a (Kapitel 5.1.4) in Budgetierung und Prozesselement PE32 in Leistungsverrechnung (Kapitel 7.1.1)

## 9 Fallszenarien

BUC ID	G	Bezeichnung	Besonderheit	Registrierung	Budgetierung	Leistungsverrechnung
1.	KVG	Geplanter Eintritt, KVG, ohne KoGu	Registrierung liefert Admin Daten und Kostenträger nur mit vertraglicher Vereinbarung	PE11/PE12 PE11/PE12 [KVG]	-	PE31.1 [KVG]
3.	KVG	Geplanter Eintritt, KVG, mit KoGu	wäre für indizierte Leistungen nicht notwendig, liefert Abrechnungsgrundlagen eKARUS Standard	PE11/PE12 [KVG]	PE21.1 [KVG]	PE31.1 [KVG]
4.	KVG VVG	Geplanter Eintritt, mit KoGu	eKARUS Standard	PE11/PE12	PE21.1	PE31.1 [KVG] PE31.1 [VVG]
5.	KVG VVG	Notfall Eintritt, mit KoGu	eKARUS Standard	PE11/PE12	PE21.1	PE31.1 [KVG] PE31.1 [VVG]
6.	KVG VVG	KoGu mit Einschränkung	KoGu Antwort ist gegenüber Anfrage eingeschränkt		PE21.1	
7.	KVG VVG	KoGu mit Einschränkung, LE Beanstandung	Der LE beanstandet die Einschränkung. Nach der einvernehmlichen Klärung erfolgt die mögliche Aktualisierung durch den KT		PE24.1	
8.	KVG VVG	Deckung ändert	Deckungssituation beim KT ändert. Der KT übermittelt eine aktualisierte KoGu auf Basis der neuen Deckungssituation für alle gültigen/offenen Gewährungen		PE24.2 (1-n)	
9.	KVG VVG	Geplanter Eintritt, Leistung ändert <b>vor</b> Behandlungsbeginn	Eine KoGu Antwort liegt vor. Die Behandlung ist noch ausstehend, die geplante Behandlung wird angepasst. Termin, Eingriff, ... Der LE übermittelt eine aktualisierte Anfrage (Update), womit die bisherige Anfrage aufgehoben wird.		PE23.1	
10.	KVG VVG	Leistung ändert <b>nach</b> Behandlungsbeginn	Eine KoGu Antwort liegt vor. Es wurden bereits Leistungen erbracht, die Leistung wird angepasst. Deckung, Dauer, Leistung Der LE übermittelt eine neue Anfrage gemäss der neuen Situation		PE23.2	
11.	KVG VVG	Behandlung mit Komplikationen	Siehe			
12.	KVG VVG	Verlängerung Behandlung	Siehe			
13.	KVG VVG	Wiedereintritt ohne Fallzusammenlegung	Keine Fallzusammenführung Wird als separater Fall behandelt		PE21.1	PE31.1 [KVG] PE31.1 [VVG]
14.	KVG VVG	Geplanter Eintritt mit Annulation	Geplanter Eintritt findet nicht statt		PE23.3	
15.	KVG VVG	Längere Perioden und mehrere KoGu  Fall 1: Jahresüberlieger OKP, VVG  Fall 2: Langlieger (grosser Zeitraum, mehrere Rechnungen)	Fall1: OKP: gem. SwissDRG (ganze Rechnung an KoGu Steller) VVG: Beschluss 22 („Akonto“)  Fall2: OKP: Beschluss 21 (eine Rechnung)		Fall1 PE21.1  Fall2 Wie Fall1	Fall1 PE31.1 [KVG] KT KoGu PE31.1 [VVG] Periode 1 ... PE31.1 [VVG] Periode n Fall2 Wie Fall1

BUC ID	G	Bezeichnung	Besonderheit	Registrierung	Budgetierung	Leistungsverrechnung
		<p>Fall 3: Kogu-Anpassungen (mehrere Kogus, 1 Rechnungen z.B. bei Anpassungen)</p> <p>Fall 4: Mehrere Rechnungssteller für eine Kogu</p>	<p>VVG: Beschluss 22 („Akonto“)</p> <p>Fall3: OKP: Beschluss 21 (eine Rechnung) VVG: Beschluss 23 (mehrere ganze KoGu)</p> <p>Fall4: OKP: offen VVG: offen</p>		<p>Fall3 PE21.1 [1] PE21.1 [n]  Fall4</p>	<p>Fall3 PE31.1 [KVG] PE31.1 [VVG]  Fall4</p>
16.	KVG	Leistungsverrechnung Ausserkantonal KVG-Anteil	<p>Listenspital in einem der beiden Kantone: KV zahlt ihren Anteil nach Baserate (Baserate vom Standort der Leistungserbringung, <b>Kostenteiler nach Wohnkanton</b>)</p> <p>KVG Kogu-Gesuch gleichzeitig an Kanton und Kostenträger.</p> <p>Falls kein Listenspital in einem der Kantone und kein Vertragsspital und keine Zusage Kantonsarzt dann VVG</p>		PE21.2	PE31.1 [KVG]

BUC ID	G	Bezeichnung	Besonderheit	Registrierung	Budgetierung	Leistungsverrechnung
17.	VVG	Ausserkantonal VVG-Anteil	<p>Entscheid Kantonsarzt positiv Leistungsauftrag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VVG Kosten über VVG Vertragsspital</li> <li>• VVG Kosten über VVG Ausstandspital</li> <li>• VVG Kosten über VVG</li> </ul> <p>Entscheid Kantonsarzt negativ Leistungsauftrag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Differenz Baserate</li> <li>• VVG Kosten über VVG Vertragsspital</li> <li>• Kantonsanteil OKP zu Lasten Spital</li> <li>• Differenz Baserate über VVG</li> <li>• VVG Kosten über VVG Ausstandspital</li> <li>• volle Kosten über VVG</li> </ul>		Siehe 17	PE31.1 [VVG]
18.		Verlegung inkl. Rückverlegung	<p>Mehrere eigenständige Spitäler behandeln auf Grund von Verlegung denselben medizinischen Fall</p> <p>Eigenständiger Fall pro Leistungserbringer. Berücksichtigung der Regel der Fallzusammenführung beim gleichen Spital</p> <p>Beispiel Fall1: OKP1, VVG1 Rechnung bezahlt Fall2: OKP2, VVG2 Rechnung wird geprüft.</p> <p>Auf der VVG Rechnung wird bei Vollleistungstarif die DRG Position negativ ausgewiesen. Siehe Beschluss 20</p> <p>Die Baserate wird gemäss Beschluss 20 bestimmt. Fehlerhafte Rechnungen werden storniert.</p> <p>Spezialfall: Formale Fehler gemäss vereinbarter Liste können auf Vereinbarung zurückgewiesen werden. Die Rückweisung ist Teil von PE31</p> <p>Beanstandung durch KT führt zu Storno/Neurechnung (z.B. Fallzusammenführung, Codierung).</p>		PE21.1 Fall-L1 PE21.1 Fall-L2	PE31.1 Fall-L1 PE31.1 Fall-L2
19.	KVG	Fallzusammenführung KVG				PE31.1 [KVG] Fall-1 PE31.1 [KVG] Fall-n PE31.1 [VVG] Fall-1 PE31.1 [VVG] Fall-n Nach Übereinkunft PE33.2 [KVG]
20.		Storno-Prozess (Rechnungen)				PE33.1 [KVG]



BUC ID	G	Bezeichnung	Besonderheit	Registrierung	Budgetierung	Leistungsverrechnung
21.		Geburt mit gesundem Kind	Fall1 DRG für Geburt, KT Mutter Fall2 DRG für Kind, KT Mutter (Operations-Daten bezieht sich auf falschen Versicherten)  ==> Behandler und Bezahler Kopfdaten sind erforderlich, d.h. neues Feld Zahler (entspricht Flag, dass spezieller Zahler und med. Info nicht zu Kopfdaten gehört)	Problemstellung Verfügbarkeit SVN, VK-ID des Kindes	PE21.1 Fall-Geburt PE21.1 Fall-Kind an Mutter	PE31.1 Fall-Mutter PE31.1 Fall Kind an Mutter
22.		Geburt mit krankem Kind	Fall1 DRG für Geburt, KT Mutter Fall2 DRG für Kind, KT Kind	Problemstellung Verfügbarkeit SVN, VK-ID des Kindes	PE21.1 Fall-Geburt PE21.1 Fall-Kind	PE31.1 Fall-Mutter PE31.1 Fall Kind
23.		Transplantation	Fall für SwissDRG? Spezialfall? Volumen?			
24.		Leistungsaufschub gemäss Verordnung, nicht auf Liste	Zahlungsprozess gemäss Verordnung			PE31.1 [KVG]
25.		Leistungsaufschub und Patient auf Liste	Mitteilung KoGu, dass TG, keine Zahlung			
26.		Rechnung mit OKP Vertragsspital ohne VVG	Die erbrachte Leistung ist nicht im Leistungsauftrag KT verfügt über Vertrag Baserate = Referenzbaserate (wie Referenztaxe)			PE31.1 [KVG] OKP-Teil KT
27.		Rechnung mit OKP Vertragsspital mit VVG (KVG, VVG gleicher KT)	Die erbrachte Leistung ist nicht im Leistungsauftrag KT verfügt über Vertrag Baserate=Referenzbaserate (wie Referenztaxe)			PE31.1 [KVG] OKP-Teil KT PE31.1 [VVG] OKP-Teil Kartoff PE31.1 [VVG] VVG-Teil
28.		Rechnung mit OKP Vertragsspital mit VVG (VVG anderer KT als OKP)	Die erbrachte Leistung ist nicht im Leistungsauftrag KT verfügt über Vertrag Baserate=Referenz-Baserate (wie Referenztaxe)			PE31.1 [KVG] OKP-Teil KT PE31.1 [VVG] OKP-Teil Kartoff PE31.1 [VVG] VVG-Teil
29.		DRG mit Leistungen innerhalb Leistungsauftrag mit Diagnosen und ausserhalb des Leistungsauftrags (ohne OKP-Vertrag)	Wie abrechnen, da nicht alle Leistungsbestandteile deckungspflichtig Gruppierung der Standort indizierten Leistungen?			PE31.1 [KVG] OKP-Teil KT

BUC ID	G	Bezeichnung	Besonderheit	Registrierung	Budgetierung	Leistungsverrechnung
30.		DRG mit Leistungen innerhalb Leistungsauftrag mit Diagnosen und ausserhalb des Leistungsauftrags (mit OKP-Vertrag)	Welche Baserate kommt zur Anwendung?			PE31.1 [KVG] OKP-Teil KT PE31.1 [VVG] OKP-Teil Karten
31.		DRG mit Leistungen innerhalb Leistungsauftrag mit Diagnosen und ausserhalb des Leistungsauftrags (mit OKP-Vertrag) mit VVG	Welche Baserate kommt zur Anwendung?			PE31.1 [VVG] OKP-Teil Karten PE31.1 [VVG]
32.		Unterlagen zu Händen VAD	Datenschutzrestriktion aufgrund Patientenwunsch ⇒ Feld VAD benötigt		PE21.* PE23.*	PE31.*
33.		Nachfragen durch KT bei Abrechnung	KT verlangt zusätzliche Unterlagen zur Rechnungsprüfung ==> gelbe Meldungen, Zahlstopp ==> Übergangslösung: Vorbescheid-Meldung, Geduldschreiben etc.			
34.	VVG	Korrektur durch KT betreffend Abrechnung	Wie werden durch KT identifizierte Korrekturen in den ordentlichen Prozess übernommen, damit der LE Prozess abgestimmt ist?			
35.		3. Versicherer nach Abrechnung	Gemäss Regelung Fallabrechnung SwissDRG zwischen Kostenträgern zu lösen. Somit kein Storno auf Seite LE. Umgang mit Differenz Baserate? ==> nicht eKARUS, sondern Arbeitsgruppe EDI			
36.		Leistungen ausserhalb Akut somatischer Bedürftigkeit	Beispiel: Übergangsfrist bis Pflegeplatz frei.			1. PE31.1 [KVG] DRG 2. PE31.1 [KVG] Übergangsleistung

BUC ID	G	Bezeichnung	Besonderheit	Registrierung	Budgetierung	Leistungsverrechnung
37.		Unterversicherung	<p>Ausgangslage:            Verschiedene VVG Versicherer haben eine Regelung, dass bei einem höheren Leistungsanspruch, als versichert, anteilig aus der tieferen Deckung bezahlt wird.            Beispiel Kunde ist HP versichert und bezieht P</p> <p>Leistungen:.            Visana: Deckung P zu 70%            Helsana: Deckung P zu 75%, 20/40%            Sanitas: Deckung P zu 75%, 20/40%            Concordia: Deckung P zu 75%, 20/40%            CSS: Deckung P zu 75%, 20/40%</p>			
38.		Rundungsthematik				
39.		Mahnung				
40.		Eintritt	Eintritt geplant			PE35.1
41.		Austritt	Austrittsmeldung			

