

eKARUS Pflege - Fachkonzept

Elektronischer Prozessstandard für den Bereich Pflege

Version: V1.02 / 14.02.2014

Inhalt: Fachliche Spezifikation der
Administrativprozesse zwischen
Leistungserbringer und Versicherer

Autorenverzeichnis

Autor	Firma
Fredi Bircher	CSS Versicherung

Tabelle 1 Autorenverzeichnis

Änderungsnachweis

Version	Datum	Name	Bemerkungen
0.90	20.11.2012	Fredi Bircher	K3.1.1 neue Anforderung 2 , update Beispiel 2 / K3.3. update Anf. 9, neue Anf. 16, update Anf. 19
1.00	20.11.2012	Fredi Bircher	Die Version 1.0 wurde im Projekt eKARUS-Pflege FachDesign im Zeitraum April 2011 bis Dez. 2012 im Rahmen von 12 Workshops und unter Beteiligung von diversen Versicherern, Leistungserbringer und Verbände erarbeitet und geprüft.
1.02	24.01.2014	Fredi Bircher	Update Glossar und Abbildung „Beispiel 1“

Tabelle 2 Änderungsnachweis

Referenzierte Dokumente

Dokument	Autor / Bemerkungen
[1] eKARUS Pflege - Projektbeschrieb	
[2] eKARUS Pflege Meldungsspezifikationen	Detailspezifikation aller im Fachkonzept definierten eKARUS Meldungen, inkl. technischem XML-Mapping
[3] eKARUS Pflege Tarifkonzept	Definition der Tarife und Tarifizern für die Abrechnung von Pflegeleistungen gemäss der neuen Pflegefinanzierung.
[4] eKARUS Pflege Fallbeispiele	Beschreibung von konkreten fachlichen Szenarien und deren Prozessablauf und Meldungsinhalte
[5] eKAURS Meldungscodes	Standard Codes und Meldungstexte für Informationsmeldungen. Gemeinsam für eKARUS Spital & eKARUS Pflege
[6] eKARUS-Pflege Formulare_Pflegebedarf	Layout für Papierformular der Bedarfsmeldung und Systemeinstufung
[7] Administrativvertrag zwischen Spitex Verband Schweiz & ASPS und santésuisse	
[8] Administrativverträge SBK	z.B. Vertrag mit tarifsuisse ag
[9] XML Standard des Forum Datenaustausch	www.forum-datenaustausch.ch

Tabelle 3 Referenzierte Dokumente

Inhaltsverzeichnis

1	Übersicht eKARUS-Pflege.....	4
1.1	Ziel.....	4
1.2	Inhalt & Umfang	4
1.3	eKARUS-Pflege Spezifikationen und Umfeld	5
1.4	Abgrenzung	6
1.5	Auftraggeber & Beteiligte im Teilprojekt "FachDesign"	7
1.6	Glossar	7
1.7	Notationen	9
2	Übersicht Geschäftsprozesse im Pflegebereich	10
3	Administrativprozess für Spitex / Pflegefachpersonen	12
3.1	Übersicht Gesamtprozess.....	12
3.1.1	Allgemeine Informationen und Anforderungen	13
3.2	PS10 Versicherungsprüfung	16
3.3	PS20 Bedarfsmeldung	16
3.3.1	Prozess Ablauf und Varianten.....	19
3.3.1.1	PS21 Bedarf klären und melden.....	19
3.3.1.2	PS23 Korrektur beim Versicherer Entscheid prüfen und melden	22
3.4	PS30 Leistungsverrechnung	23
4	Administrativprozess für Pflegeheime.....	24
4.1	Übersicht Gesamtprozess.....	24
4.1.1	Allgemeine Informationen und Anforderungen	25
4.2	PP10 Versicherungsprüfung	27
4.3	PP20 Systemeinstufung.....	28
4.3.1	Einstufungssysteme	31
4.3.2	Prozess Ablauf und Varianten.....	31
4.3.2.1	PP21 Systemeinstufung bestimmen und melden.....	32
4.3.2.2	PP23: Korrektur beim Versicherer Entschied prüfen und melden	34
4.3.2.3	PP25: Rückwirkende Änderung der Systemeinstufung.....	36
5	Gemeinsame Administrativprozesse	39
5.1	P10 Versicherungsprüfung.....	39
5.1.1	Prozess Ablauf und Varianten	41
5.1.1.1	P11 Versicherung prüfen.....	41
5.2	P30 Leistungsverrechnung	43
5.2.1	Prozess Ablauf und Varianten.....	45
5.2.1.1	P31 Leistung verrechnen (<i>Detailprozess</i>).....	46
5.2.1.2	P33 Rechnungskorrektur / Storno.....	49
5.2.1.3	P35 Mahnung.....	51

1 Übersicht eKARUS-Pflege

1.1 Ziel

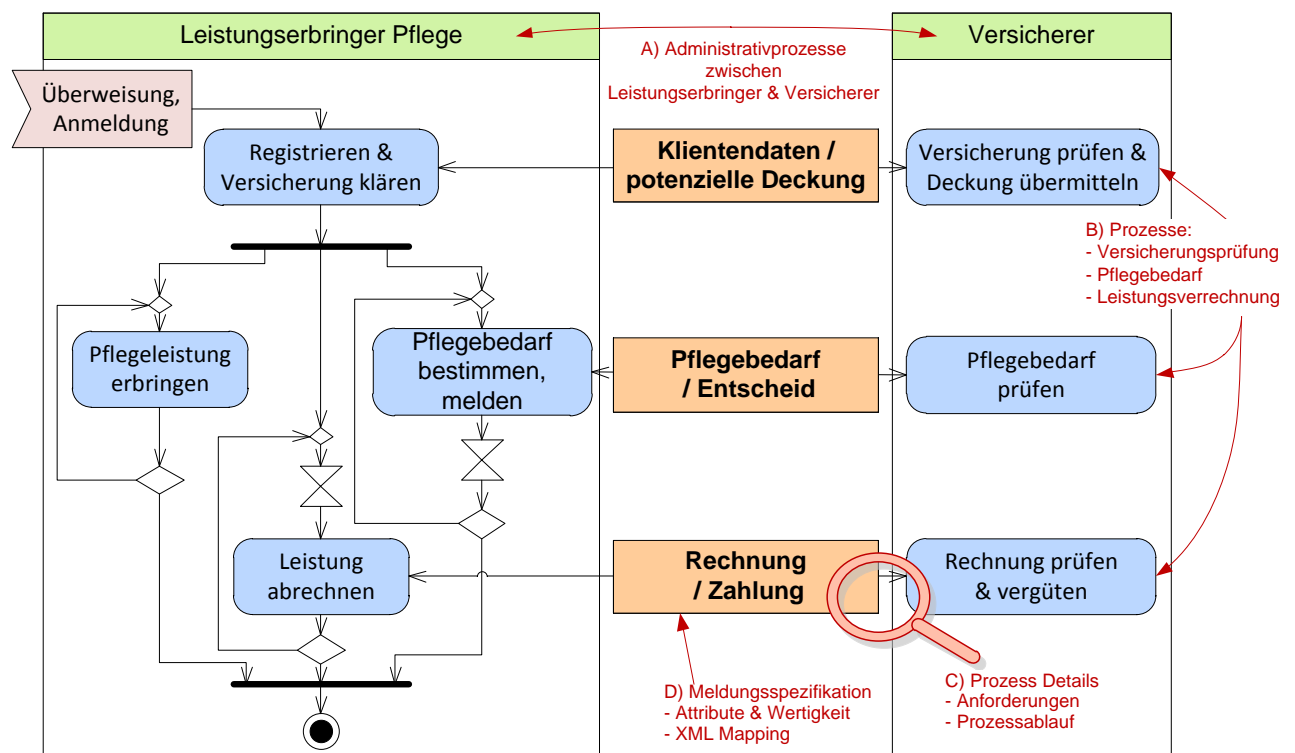
eKARUS-Pflege definiert den Standard für elektronische tiers payant Administrativprozesse zwischen Leistungserbringer (Pflegeheime, Spitexorganisationen, Pflegefachpersonen) und Versicherer.

Der Standard definiert klare Vorgaben für Prozesse und Meldungen. Wo erforderlich bietet der Standard eine Flexibilität für bilaterale Vereinbarungen.

Der Standard basiert auf gesetzlichen Grundlagen, vertraglichen Vereinbarungen und existierenden Papierprozessen.

1.2 Inhalt & Umfang

Abbildung 1: Übersicht Administrativprozesse und Bestandteile des eKARUS-Pflege Standard



Bestandteile von eKARUS-Pflege:

A) elektronische Administrativprozesse zwischen Leistungserbringer und Versicherer

B) Administrativprozesse für

- Versicherungsprüfung (P10)
Optionaler Registrierungsprozess für die Versicherungsprüfung und Abstimmung der Administrativdaten.
- Meldung des Pflegebedarfs (P20)
- bei Spitex/SBK: Bedarfsmeldung, inkl. vorübergehender Bedarfsänderung
- bei Pflegeheimen: Systemeinstufung, inkl. rückwirkende Einstufungsänderung
- Leistungsverrechnung via tiers payant (P30)

C) Details pro Administrativprozess

- Fachanforderungen
- Prozessablauf für Normalfall und Spezialfälle

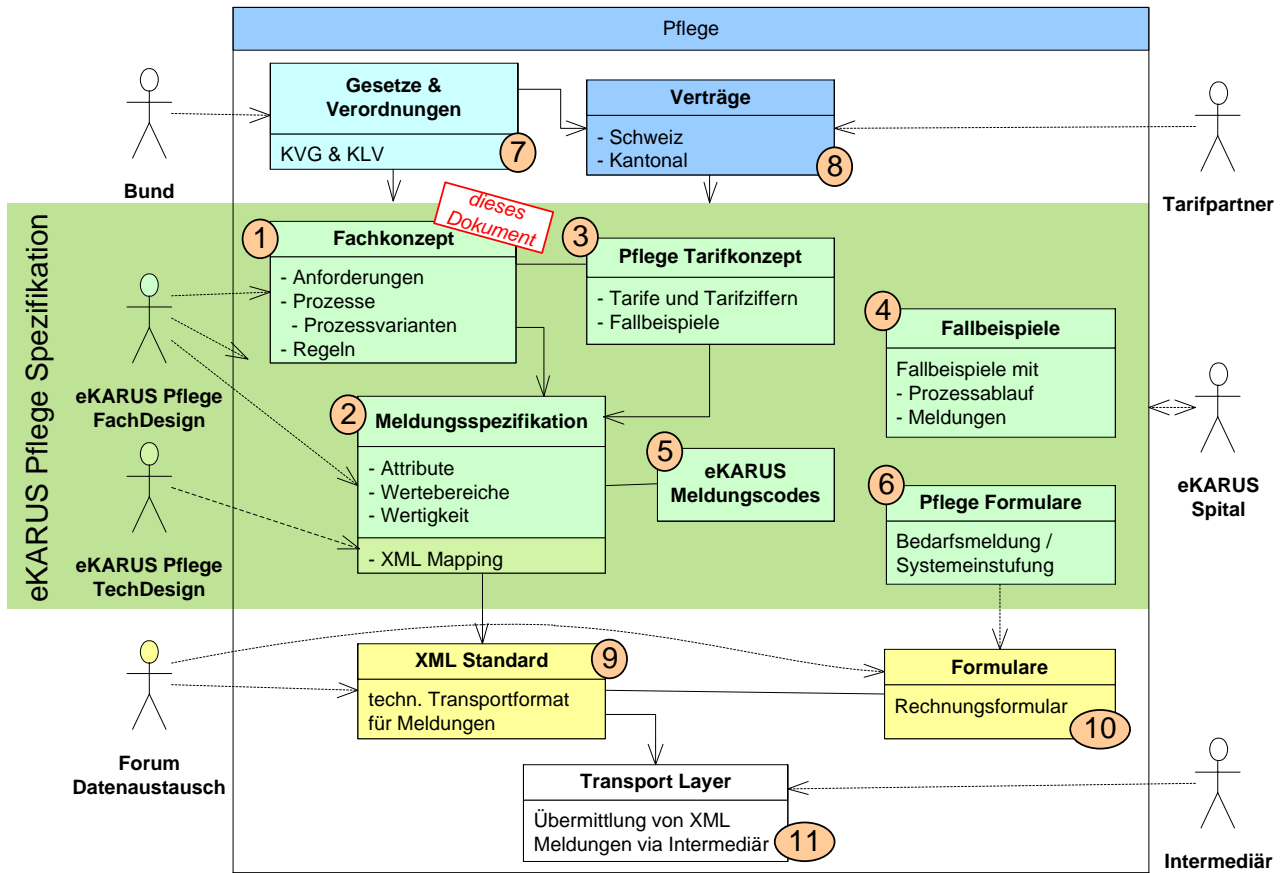
D) Meldungsspezifikation der Prozessmeldungen

- Meldungsinhalte (Attribute) mit Wertebereich und Wertigkeit
- technische Abbildung auf XML-Standard des Forum-Datenaustausch.

1.3 eKARUS-Pflege Spezifikationen und Umfeld

Die folgende Grafik zeigt das Umfeld für die elektronischen Administrativprozesse und (grün) die Einordnung der eKARUS-Pflege Spezifikationen.

Abbildung 2: Übersicht der "eKARUS Pflege" Dokumente und deren Umfeld und Abhängigkeiten



Der Standard "eKARUS Pflege" beinhaltet die folgenden Dokumente:

<p>1. eKARUS Pflege Fachkonzept <i>(dieses Dokument)</i></p>	<p>Definition der fachlichen Anforderungen und der administrativen Geschäftsprozesse, Prozessabläufe und der dafür benötigten fachlichen Meldungen. Wichtig: wegen der Flexibilität des Standards können/müssen einzelne Elemente vertraglich geregelt werden.</p>
<p>2. eKARUS Pflege Meldungsspezifikation (Dokument [2])</p>	<p>Detailspezifikation der fachlichen Meldungen und der erforderlichen Attribute. Mapping der fachlichen Attribute auf das technische Meldungsformat (XML) für die Übermittlung.</p>
<p>3. Pflege Tarifkonzept (Dokument [3])</p>	<p>Definition der Tarife und Tarifiziffern für die Abrechnung von Pflegeleistungen gemäss der neuen Pflegefinanzierung. Leistungsarten (ambulant, stationär, AÜP etc.) sind gruppiert in entsprechende Tarife und Tarifiziffern.</p>
<p>4. eKARUS Pflege Fallbeispiele (Dokument [4])</p>	<p>Fallbeispiele für konkrete fachliche Szenarien mit Prozessablauf und Meldungsdetails, zur Überprüfung und Veranschaulichung der Konzepte.</p>

5. eKARUS Meldungs-codes (Dokument [5])	Standard Codes und Meldungstexte für Informationsmeldungen. Gemeinsam für eKARUS Spital & Pflege.
6. eKARUS Formulare Bedarfsmeldung (Dokument [6])	Layout für Papierformular der Bedarfsmeldung und Systemeinstufung. Übergangslösung, bis Formulare durch Forum-Datenaustausch definiert sind.

Umfeld und Rahmenbedingungen:

7. Gesetze und Verordnungen	Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind definiert mit: <ul style="list-style-type: none"> • Krankenversicherungsgesetz (KVG) • Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) Für das Projekt sind die Gesetze gemäss dem "Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung" relevant.
8. Verträge	Verträge werden zwischen den Tarifpartnern abgeschlossen. Es gibt schweizweite und kantonale Tarifverträge z.B. Dokument [7] für Spitex
9. XML Standard (siehe Dokument [9])	Der XML Standard (aktuell XML4.3) definiert das Transportformat für die elektronischen Meldungen. Für das Verständnis dieser XML Meldungen und dessen Inhalte ist der fachliche Prozesskontext gemäss eKARUS notwendig. Der XML Standard wird durch das Forum-Datenaustausch definiert.
10. Formulare	Forum-Datenaustausch Standards für Papierformulare.
11. Transport Layer	Technische Übermittlung von elektronischen XML Meldungen zwischen Leistungserbringer und Versicherer. Diese Übermittlung erfolgt meist über spezialisierte Dienstleistungsanbieter (Intermediär).

1.4 Abgrenzung

Nicht im Projektscope

- Interne Prozesse bei Leistungserbringern und Versicherer.
Die in diesem Dokument dargestellten Prozesse sind rein illustrativ. Sie dienen primär zum Verständnis der Prozessabläufe und insbesondere der Prozessmeldungen.
- Visierung der Verordnung
Der Prozess mit dem verordnenden Arzt wurde mit FMH diskutiert, ist jedoch nicht im Projektscope. Das Thema elektronische Verordnung ist separat und gesamthaft zu klären.
- Technische Umsetzung der Standards
Die technische Umsetzung des Standards ist nicht im Projektscope.
Eine Prozessschnittstelle kann z.B. von einem Versicherer direkt angeboten oder an einen Intermediär delegiert werden.
- Layout von gedruckten Meldungen
Die Darstellung von Meldungen auf Papierformularen ist nicht im Projektscope. Das Projekt definiert die Meldungsinhalte unter Verwendung der XML Standards.
Die Standards für XML und die Papierformulare für XML-Meldungen werden durch das "Forum-Datenaustausch" festgelegt (www.forum-datenaustausch.ch).
- Administrative Prozesse für Nebenleistungen
Die administrativen Prozesse zwischen Leistungserbringer und Versicherer für Nebenleistungen (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie, etc.) sind nicht im Projektscope.

1.5 Auftraggeber & Beteiligte im Teilprojekt "FachDesign"

Auftraggeber

Der Standard wurde im Auftrag von santésuisse erarbeitet.

Das Projekt wurde am 20.2.2011 vom Verwaltungsrat santésuisse gemäss dem Projektbeschrieb [1] freigegeben.

Die Projektorganisation besteht aus Steuerungsausschuss und den Teilprojekten FachDesign und TechDesign

FachDesign Stakeholder:

Verbände

SBK - Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Spitex Verband Schweiz

Generalsekretär der Vereinigung Walliser Alters- und Pflegeheime

Leistungserbringer

PZZ (Pflegezentren der Stadt Zürich)

Seniorenzentrum Oberer Mühle

TERTIANUM AG

Spitex Zürich Limmat

ASPS / HAUSBETREUUNGSDIENST für STADT und LAND AG

Versicherer

CSS Versicherung / Groupe Mutuel / Helsana Versicherungen AG /

Sanitas / SWICA / Visana

1.6 Glossar





Abkürzung / Begriff	Bezeichnung/Erläuterung/Beschreibung
Ärztlicher Auftrag / Ärztliche Anordnung	Definiert den voraussichtlichen Bedarf an Pflegeleistungen und ist vom verordnenden Arzt/ Ärztin visiert. Bei Spitexorganisationen und Pflegefachpersonen wird dies als Bedarfsmeldung bezeichnet. Bei Pflegeheim ist dies die Systemeinstufung. Dieser Auftrag beinhaltet eine Prognose des erwarteten Leistungsbedarfs innerhalb der angegebenen Gültigkeitsdauer. Mit der Rechnung werden dann die effektiv erbrachten Leistungen verrechnet.
AÜP	Akut- und Übergangspflege nach KLV 7b
Bedarfsmeldung visiert	Nach der Prüfung der Bedarfsmeldung durch den Arzt/ Ärztin wird die Bedarfsmeldung durch das Visum zum ärztlichen Auftrag resp. ärztlichen Anordnung.
BESA-System	BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem. System für die Erfassung und Abrechnung von Leistungen in Pflegeheimen.
eKARUS- Bedarfsmeldung	Die eKARUS-Bedarfsmeldung ist eine elektronische Bedarfsmeldung für den voraussichtlichen Bedarf an Pflegeleistungen. Diese eKARUS-Bedarfsmeldung wird gemäss dem eKARUS Prozess "PS20 Bedarfsmeldung" (Kapitel 3.3) als elektronische Meldung vom Leistungserbringer (Spitexorganisationen / Pflegefachpersonen) dem Versicherer zugestellt.

Abkürzung / Begriff	Bezeichnung/Erläuterung/Beschreibung
eKARUS-Systemeinstufung	Die eKARUS-Systemeinstufung ist eine elektronische Meldung der Systemeinstufung für den voraussichtlichen Bedarf an Pflegeleistungen im Pflegeheim. Diese Meldung wird gemäss dem Prozess "PP20 Systemeinstufung" (Kapitel 4.3) dem Versicherer zugestellt.
GLN	Global Location Number GS1 (ersetzt EAN-Nr.) Die GLN ist eine Unternehmens und Personenbezogene Nummer (13-stelliger alphanumerischer Code). Verwaltung der GLN Nummer durch www.medwin.ch
Intermediär	Ein Dienstleistungsanbieter zwischen Leistungserbringer und Versicherer. z.B. für die Übermittlung von Daten oder Prozesse wie Deckungsabfrage Firmen: MediData, VeKa-Center, Ofac etc.
Klient/in, Kunde/Kundin	Die Person, die Pflegeleistungen bezieht wird je nach Situation und Geschäftsumfeld als Klient/in, Kunde/Kundin, Bewohner/Bewohnerin oder versicherte Person bezeichnet.
KLV 7	Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Artikel 7 Umschreibung des Leistungsbereichs.
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MiGeL	Mittel- und Gegenstände-Liste
ÖH	Öffentliche Hand. Im Pflegebereich übernimmt die öffentliche Hand die Restfinanzierung der Pflegeleistungen. Dies kann sein Bund, Kanton, Gemeinde.
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PLAISIR	PLAISIR = Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis PLAISIR ist ein in Kanada entwickeltes Pflegebedarfs- und Personalbemessungsverfahren.
Pflege-Leistungserbringer	Im Pflegebereich tätige Leistungserbringer. Spitexorganisationen, Pflegefachpersonen und Pflegeheime.
RAI-NH	Resident Assessment Instrument for Nursing Home Bedarfsabklärungsinstrument für Alters- und Pflegeheimbewohner
RAI-HC	RAI-Home Care ist ein Bedarfsabklärungsinstrumentarium für die Hilfe und Pflege zu Hause. "RAI-HC Schweiz" ist eine für die Schweiz adaptierte Version.
RUG	Pflegeaufwandgruppe beim RAI System
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Stakeholder	Als Stakeholder (engl.) wird eine natürliche oder juristische Person bezeichnet, die ein Interesse am Verlauf oder Ergebnis eines Prozesses hat.
SVN	Sozialversicherungsnummer, AHV-Nummer
VeKa	Versichertenkarte
VeKa-Nr	Versichertenkartenummer
Versicherer	Versicherer sind Krankenversicherung (KV), Unfallversicherung (UV), Militärversicherung (MV), Invalidenversicherung (IV) und Zusatzversicherer. Versicherer übernehmen die Kosten von Pflegeleistungen gemäss der Versicherungsdeckung.
vorübergehende Bedarfsänderung (ohne ärztliche Anordnung)	Eine Bedarfsmeldung für einen vorübergehend geänderten Bedarf von Pflegeleistungen (z.B. bei Krankheit) durch Spitexorganisationen oder Pflegefachpersonen. Bei vorübergehenden Bedarfsänderungen ist keine visierte ärztliche Anordnung erforderlich. (siehe auch Administrativvertrag [7] Art. 7 Abs. 2)
VVG	Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Gesetz für Verträge im (Privat-)Versicherungsbereich. Im Bereich der Krankenversicherung fallen die Zusatzversicherungen unter den privatrechtlichen Versicherungsvertrag.
VVK	Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK)

1.7 Notationen

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

Farbnotation für Meldungen:

	Haupt-Meldungen des eKARUS-Prozess mit klar definiertem und strukturiertem Inhalt z.B. Rechnung
	Prozessunterstützende Meldungen für den Austausch von zusätzlichen, meist unstrukturierten Informationen. z.B. Texte oder PDF-Dokument
	Prozess-Meldungen die nicht im Projektscope sind. z.B. Zahlung
	Signale (Senden / Empfangen) für die Synchronisation zwischen verschiedenen Prozessen.

Identifikationen von Prozessen und Elementen


<i>tknn.i</i>	Identifikation (ID) für Elemente im Prozess. <i>t</i> = Typ (P= Prozess / M = Meldung / S = Signal / E = Endpunkt) siehe unten. <i>k</i> = Kontext (P = Pflegeheim / S = Spitex) <i>nn</i> = Element Nummer. (hierarchische Nummerierung) <i>i</i> = Nummer für Subelemente, z.B. Meldungen, Prozess Start- oder Endpunkte
<i>Pknn</i>	Eindeutige Identifikation für Prozesse. PP = Prozesse Pflegeheime / PS = Prozesse Spitex Die Prozesse sind hierarchisch nummeriert. z.B. PP20 / PP21
<i>Pknn.i</i>	Eindeutige Identifikation für Prozesseintrittspunkt (Startereignis)
<i>Mknn.i</i>	Eindeutige Identifikation für Meldungen.
<i>Ekn.i</i>	Eindeutige Identifikation für das Ende eines Prozess
<i>Sknn.i</i>	Eindeutige Identifikation für Signale. Zusammengehörendes Sende- und Empfangssignal mit gleicher ID

Meldungen

Die Meldungsdetails sind im Dokument [2] definiert.

Häufigkeit	Die Häufigkeit zeigt an, wie oft ein Inhalt in der Meldung vorkommen kann / muss. 1,1 = Pflichtfeld, ein Wert 1,n = Pflichtfeld, mehrere Werte möglich 0,1 = optionaler Wert 0,n = mehrere optionale Werte Ist ein Feld abhängig von bestimmten Regeln zwingend zu übermitteln, wird dies in den Erläuterungen dokumentiert.
Hierarchie	Blöcke sind hierarchisch strukturiert und jeder Block hat ebenfalls eine Häufigkeit. Falls z.B. ein optionaler Block (0,1) nötig ist, sind alle seine Pflichtfelder (1,1) zwingend anzugeben.

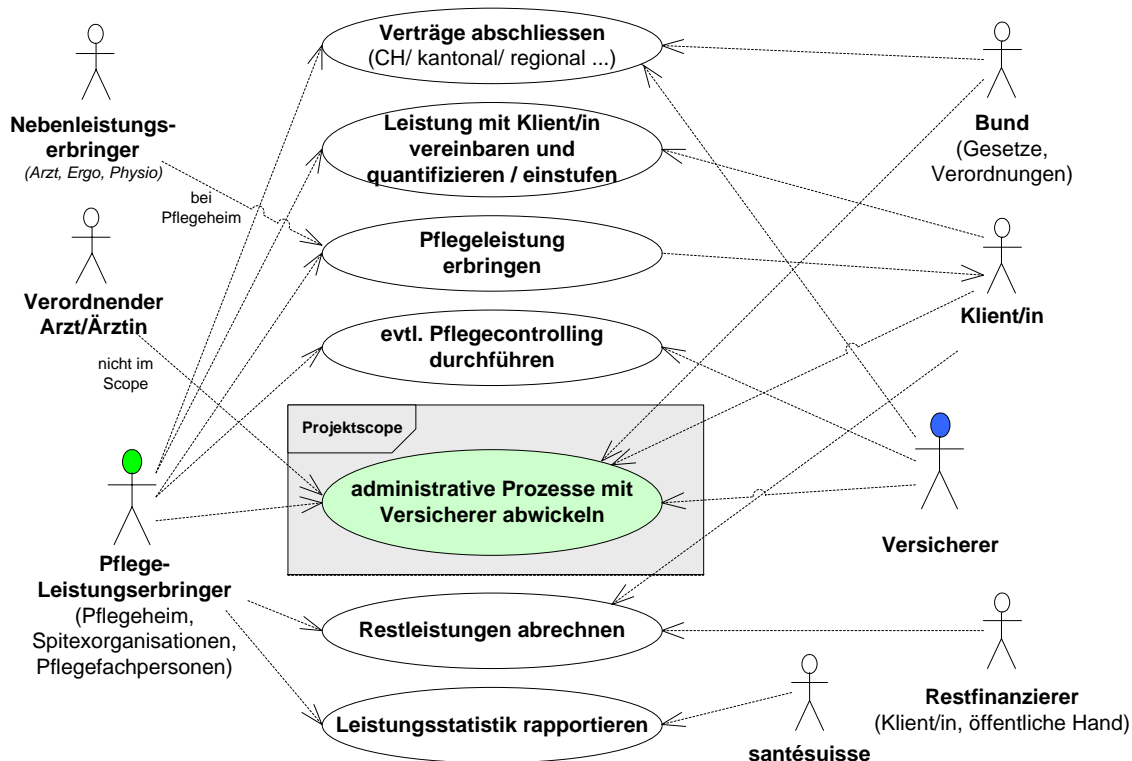
Offene Punkte

- Offene Punkte werden im Dokument mit  markiert.
Für die finale Version müssen all diese Punkte geklärt werden.

2 Übersicht Geschäftsprozesse im Pflegebereich

Dieses Kapitel zeigt eine Übersicht der wichtigsten Geschäftsprozesse im Pflegebereich.

Abbildung 3: Übersicht Geschäftsprozesse im Pflegebereich



Die zentralen Geschäftsprozesse für Pflege-Leistungserbringer sind:

- **Verträge abschliessen.**
 Vertragliche Regelung der administrativen Prozesse und insbesondere der Leistungsabrechnung zwischen Leistungserbringer und Versicherer.
 z.B. Bestehende Verträge
 - Spitex: einen Administrativvertrag [7] für die ganze Schweiz und AÜP-Verträge.
 - SBK: Administrativverträge [8] für die ganze Schweiz.
 - Pflegeheim: kantonale Verträge. Separate Verträge für Pflegeleistungen, Tages- und Nachtstrukturen und für Akut- und Übergangspflege (AÜP)
- **Leistung mit Klient/in vereinbaren und quantifizieren / einstufen**
 Die vom Leistungserbringer zu erbringenden Leistungen werden mit Klient/ Klientin oder Angehörigen vereinbart und quantifiziert (Leistungsvereinbarung). Der Prozess zur Verordnung dieser Leistungen ist Bestandteil der administrativen Prozesse.
- **evtl. Pflegecontrolling durchführen**
 Bei Bedarf erfolgt eine Überprüfung der Pflegeleistungen und Bedarfsmeldung resp. Systemeinstufung anhand der Pflegeunterlagen.
- **Pflegeleistung erbringen**
 Erbringen der vereinbarten Pflegeleistungen.
 - Pflegeheim: Es kann weitere Leistungen von Nebenleistungserbringern (Arztleistungen, Ergotherapie, Physiotherapie etc.) geben.
- **administrative Prozesse mit Versicherer abwickeln**
 Zustellen der Bedarfsmeldung resp. Systemeinstufung und Abrechnung der erbrachten KVG und VVG Leistungen mit dem Versicherer.
 - Pflegeheim: Zusätzliche Kostengutsprachen (KoGu's) für Nebenleistungen (z.B. Physio)

- **Restleistungen abrechnen**
Die Leistungen, die nicht durch die Versicherer gedeckt sind, werden mit den Restfinanzierern abgerechnet. Restfinanzierer sind Klientin/ Klient selber und/oder die öffentliche Hand.
- **Leistungsstatistik rapportieren**
Zustellen der für die Leistungsstatistik benötigten Daten an santésuisse

Wie aus der Prozessübersicht ersichtlich, sind die primären Geschäftsprozesse bei Pflege-Leistungserbringern sehr ähnlich. Innerhalb der Geschäftsprozesse gibt es jedoch Unterschiede pro Leistungserbringergruppe d.h. zwischen Pflegeheimen, Spitexorganisationen und Pflegefachpersonen.

Um die Unterschiede zu berücksichtigen werden die administrativen Prozesse in diesem Dokument wie folgt definiert:

- Kapitel 3 für Administrativprozess für Spitex / Pflegefachpersonen
- Kapitel 4 für Administrativprozess für Pflegeheime
- Kapitel 5 für Gemeinsame Administrativprozesse

3 Administrativprozess für Spitex / Pflegefachpersonen

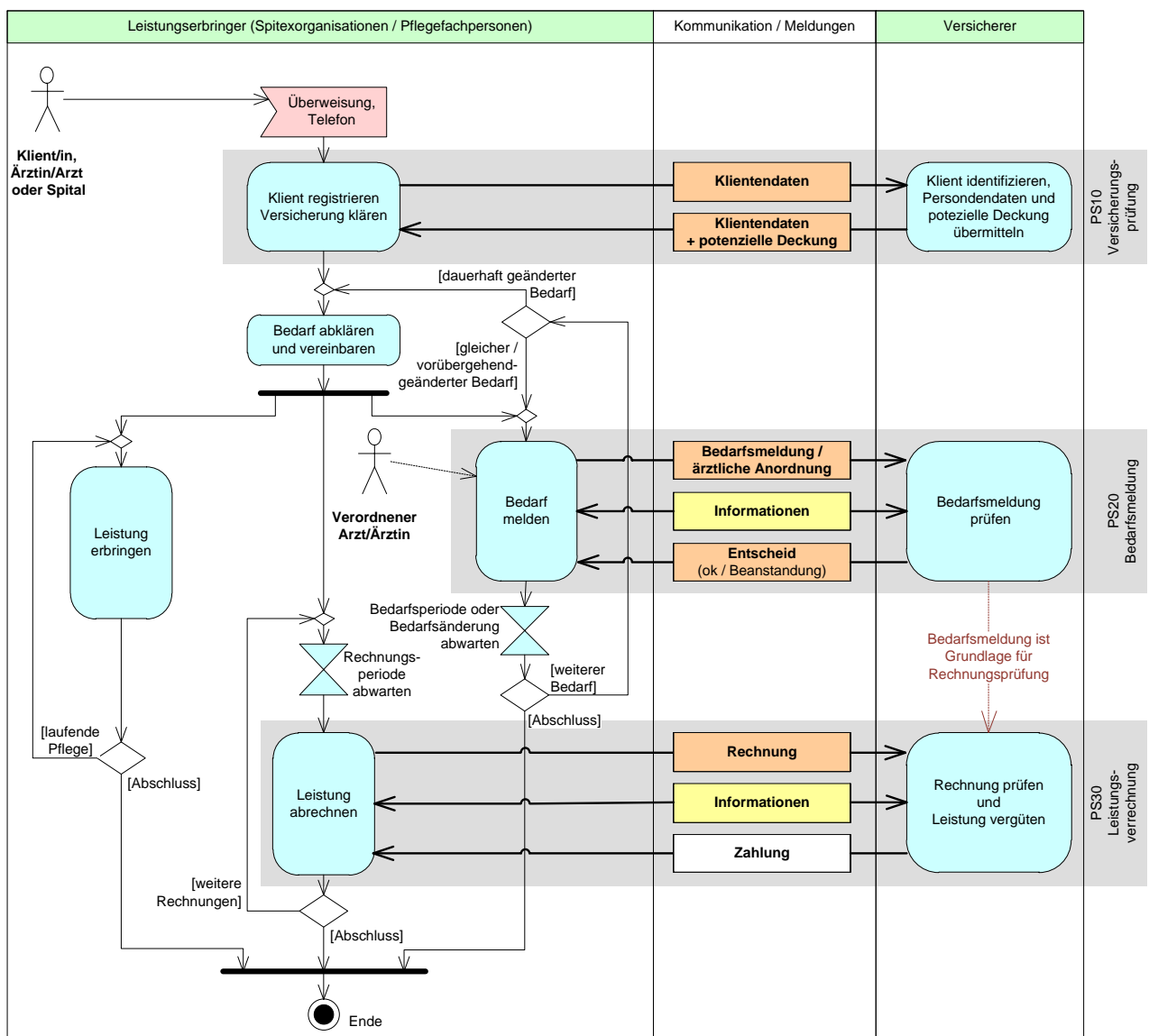
Dieses Kapitel definiert den elektronischen Prozessstandard für die administrativen Prozesse zwischen Leistungserbringer (Spitexorganisationen / Pflegefachpersonen) und Versicherer.

3.1 Übersicht Gesamtprozess

Die Abbildung 4 zeigt die administrativen Prozesse zwischen Leistungserbringer (Spitexorganisationen / Pflegefachpersonen) und Versicherer und deren Einbettung im Gesamtprozess.

Der Gesamtprozess auf Seite Leistungserbringer und Versicherer wird hier lediglich grob skizziert und dient primär dem Verständnis.

Abbildung 4: Übersicht Gesamtprozessablauf zwischen Leistungserbringer und Versicherer



Ablauf

Nach der Überweisung der Klientin/ Klient an den Leistungserbringer, wird diese Person registriert und die zuständige Versicherung geklärt. Vom zuständigen Versicherer werden dabei auch die Stammdaten (z.B. Versichertennummer, Adresse, Geburtsdatum etc.)

dieser versicherten Person übermittelt. Hinweis: Die Versicherungsprüfung PS10 ist freiwillig und keine Voraussetzung für die nachfolgenden Prozesse.

Mit Klientin/ Klient wird der Pflegebedarf abgeklärt und vereinbart.

Die Aktivitäten "Leistung erbringen", "Bedarf melden" und "Leistung abrechnen" werden anschliessend in jeweils unterschiedlichen Zyklen und bis zum Abschluss der Betreuung wiederholt.

- **Leistung erbringen**
Die Leistungen werden gemäss dem vereinbarten Bedarf periodisch ausgeführt.
- **Bedarf melden**
Die Bedarfsmeldung definiert den erwarteten Pflegebedarf für die angegebene Verordnungsperiode. Diese Bedarfsmeldung wird vom verordnenden Arzt/ Ärztin geprüft & visiert und anschliessend vom Versicherer geprüft.
Ein neuer Bedarf wird gemeldet:
 - falls nach dem Ablauf der Verordnungsperiode ein weiterer Pflegebedarf besteht
 - bei vorübergehend geändertem Pflegebedarf (ohne ärztliche Anordnung)
 - oder bei dauerhaft geändertem Pflegebedarf.
- **Leistung abrechnen**
Die erbrachten Leistungen werden periodisch (meist monatlich) abgerechnet.

Der Projektscope beinhaltet und definiert die elektronischen Administrativprozesse folgender Prozesselemente.

- **PS10 Versicherungsprüfung**

Der Leistungserbringer klärt für Klient/ Klientin die Versicherung und Versicherungsdeckung beim Versicherer ab. Der Versicherer übermittelt zusätzlich die administrativen Versichertendaten dieser versicherten Person. Diese Daten (z.B. Versicherten-Nr und SVN-Nr) dienen als Grundlage für die Folgeprozesse.
Details siehe Kapitel 5.1 Seite 39

- **PS20 Bedarfsmeldung**

Der Leistungserbringer informiert den Versicherer mittels Bedarfsmeldung über den voraussichtlichen Pflegebedarf. Der Versicherer prüft die Bedarfsmeldung und kann diese gegebenenfalls beanstanden.
Details siehe Kapitel 3.3 Seite 16

- **PS30 Leistung verrechnen**

Der Leistungserbringer stellt die effektiv erbrachten Pflegeleistungen in Rechnung. Der Versicherer prüft und bezahlt die Rechnung.
Details siehe Kapitel 5.2 Seite 43

3.1.1 Allgemeine Informationen und Anforderungen

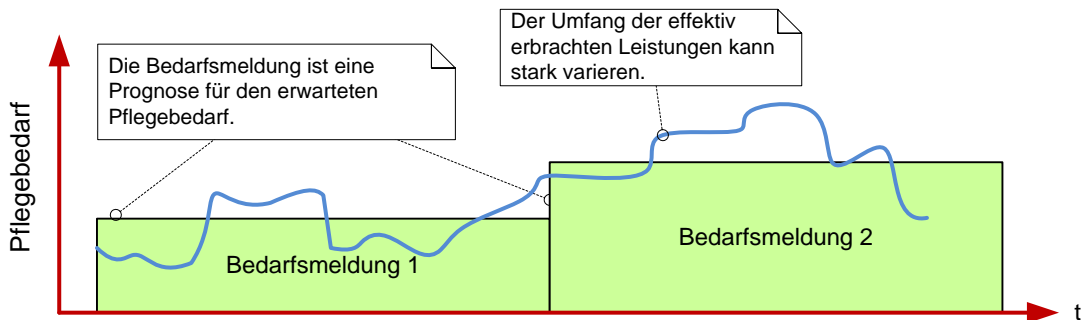
Funktionale Anforderungen - Prozessübergreifend

1. Die Bedarfsmeldung ist die Grundlage und Voraussetzung für die Rechnungsprüfung. d.h. die Bedarfsmeldung muss vor der Rechnungsstellung zugestellt und geprüft sein, jedoch spätestens zusammen mit der Rechnung.
2. Die Bedarfsmeldung umfasst den voraussichtlichen Bedarf. Abgerechnet werden jedoch die effektiv erbrachten Leistungen. Diese können allein schon durch die Rundungsvorgaben vom voraussichtlichen Bedarf abweichen. Zusätzlich kann es bei der effektiven Leistung aufgrund der aktuellen Situation zu einer leichten Abweichung – nach oben oder unten – gegenüber der Bedarfsmeldung kommen. Bei der Leistungsprüfung muss diesen Umständen mit einer entsprechenden Toleranz Rechnung getragen werden. (Siehe Beispiel 1 Seite 14)

3. Eine Bedarfsmeldung umfasst den voraussichtlichen Pflegebedarf über die angegebene Verordnungsperiode. Die Dauer der Verordnungsperiode kann sich über mehrere Rechnungsperioden erstrecken. (siehe Beispiel 2 Seite 14)
4. Eine Rechnungsperiode kann sich mit dem Zeitraum von mehreren Bedarfsmeldungen überschneiden. Das Kalendarium der einzelnen Leistungspositionen definiert dabei die Zuordnung zur relevanten Bedarfsmeldung. (siehe Beispiel 2)
5. **Versicherungswechsel**
 Bei einem Versicherungswechsel des Klient/ Klientin wird die Versicherungsprüfung (PS10) mit dem neuen Versicherer durchgeführt.
 Der Leistungserbringer muss die Bedarfsmeldungen, die den Zeitraum ab dem Versicherungswechsel abdecken, dem neuen Versicherer zustellen.
 Die Rechnungsstellung muss den Zeitpunkt des Versicherungswechsels berücksichtigen, d.h. Rechnungsabschluss auf Versicherungswechsel.
 Anmerkung: eine Rechnung an den "alten" Versicherer wird zurückgewiesen. Die Versicherung und Deckung kann beim neuen Versicherer via "P10 Versicherungsprüfung" geprüft werden.
6. **Datenschutz**
 Bei Abklärungsprozessen müssen besonders schützenswerte Daten als solche gekennzeichnet werden. Diese Daten dürfen nur für dafür berechtigte Personen zugänglich sein.

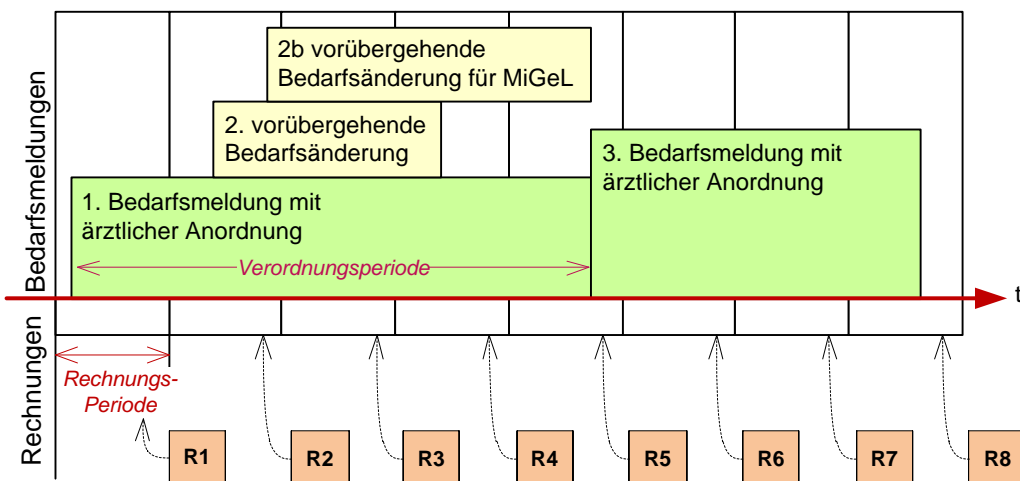
Beispiele

Beispiel 1: Veranschaulichung "Bedarfsmeldung" und effektiver Pflegebedarf



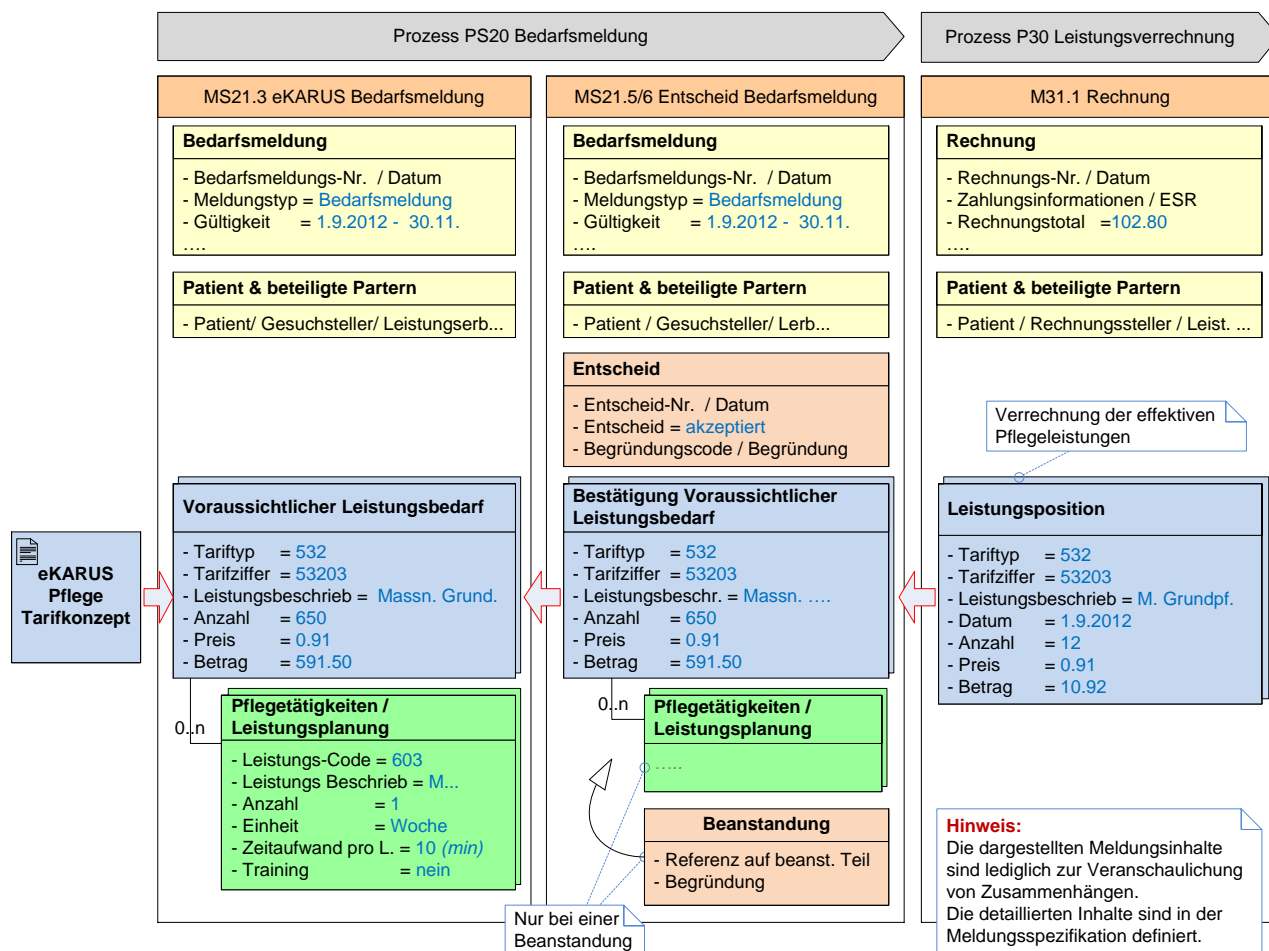
Die Bedarfsmeldung wird im Voraus erstellt und gibt den erwarteten Pflegebedarf an. Der effektive Bedarf kann dann variieren. Als Pflegeleistung verrechnet wird der effektive Pflegeaufwand.

Beispiel 2: Zusammenhang Verordnungsperiode und Rechnungsperiode



Die Verordnungsperiode, d.h. die Gültigkeit einer Bedarfsmeldung kann mehrere Wochen bis mehrere Monate sein. Falls sich der Pflegebedarf während dieser Zeit temporär ändert, wird der zusätzliche Bedarf mittels "vorübergehende Bedarfsänderung" gemeldet. Die erbrachte Leistung wird meist monatlich abgerechnet. Der Abrechnungszeitraum kann sich mit der Gültigkeitsdauer von Bedarfsmeldungen überschneiden. Relevant ist dabei das Kalendarium auf der Rechnung.

Beispiel 3: Zusammenhang von Tarifkonzept mit eKARUS Bedarfsmeldung und Leistungsverrechnung



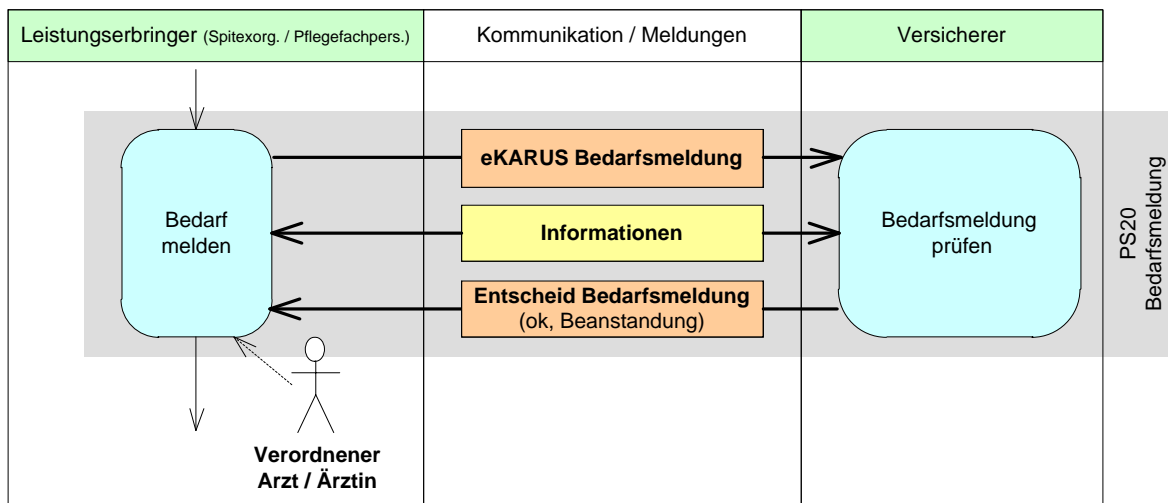
Die Grafik veranschaulicht die Meldungen und einzelne Inhalte, die bei den Prozessen "PS20 Bedarfsmeldung" und "PS30 Leistungsverrechnung" zwischen Leistungserbringer und Versicherer ausgetauscht werden. Die dargestellten Meldungsinhalte dienen lediglich zum Verständnis der Zusammenhänge. Die Meldungen und deren Attribute sind im Dokument [2] Meldungsspezifikation definiert.

- **MS21.3 eKARUS Bedarfsmeldung** (vom Leistungserbringer an den Versicherer)
Mit der eKARUS Bedarfsmeldung gibt der Leistungserbringer den voraussichtlichen Leistungsbedarf gemäss der im Tarifkonzept [3] definierten Struktur (Tariftyp + Tarifziffer) und die geplanten Pflegetätigkeiten / Leistungsplanung gemäss Einstufungssystem an.
- **MS21.5/6 Entscheid Bedarfsmeldung** (vom Versicherer an den Leistungserbringer)
Der Versicherer bestätigt den voraussichtlichen Leistungsbedarf oder kann diesen beanstanden. Bei einer Beanstandung wird der vom Versicherer gedeckte Leistungsbedarf bestätigt und der Entscheid oder beanstandete Teile begründet.
- **M31.1 Rechnung** (vom Leistungserbringer an Versicherer)
Bei der Rechnungsstellung verrechnet der Leistungserbringer den effektiven Aufwand mittels Leistungsposition(en), gemäss Bedarfsmeldung und Tarifkonzept.

3.2 PS10 Versicherungsprüfung

Siehe Kapitel 5.1 P10 Versicherungsprüfung

3.3 PS20 Bedarfsmeldung



Ziele

- Der Versicherer ist mittels "eKARUS Bedarfsmeldung" über den Pflegebedarf des Klient/ Klientin informiert.
- Der Leistungserbringer ist anhand des Entscheids über die Kostenübernahme der Pflegeleistungen informiert.

Funktionale Anforderungen

1. Die eKARUS Bedarfsmeldung wird in elektronisch lesbarer Form (XML Standard) übermittelt.
2. Die eKARUS Bedarfsmeldung beinhaltet Angaben, die der Versicherer für die Prüfung der Leistungspflicht und des Pflegebedarfs benötigt.
Die erforderlichen Daten sind in der Meldungsspezifikation Dokument [2] definiert. (siehe auch Administrativvertrag Dokument [7] Art. 6 Abs. 5).
3. Die Bedarfsdaten sind z.T. abhängig von der Art der Leistung
Relevante Unterschiede sind (gemäss [7] Art. 6. Abs. 6)
 - a. für ambulanten Pflegeleistungen
 - Angabe der voraussichtlichen Anzahl Minuten je Leistungsart
 - Leistungsplanung ([7] Anhang 3a)
 - b. für Tages- oder Nachtstätten und für In-House-Pflege
 - Einschätzung der Selbständigkeit
 - Voraussichtliche Anzahl Pflgetätigkeiten und Minuten pro Tag und die daraus resultierenden Stufen
4. Bei der "Bedarfsmeldung mit ärztlicher Anordnung" übermittelt der Leistungserbringer dem Versicherer, auf elektronischem Weg, die vom verordnenden Arzt/ Ärztin und von der verantwortlichen Person des Leistungserbringers visierte Bedarfsmeldung (ärztliche Anordnung).
Mögliche Formen für die Übermittlung der visierten Bedarfsmeldung (vertraglich zu vereinbaren) :
 - a. elektronisch unterschriebenes Formular
 - b. PDF Dokument (eingescanntes Dokument)
 - c. Referenz (URL Link) auf PDF Dokument in einem Dokumentenserver

- d. keine systematische Übermittlung, Prüfung via Stichproben
5. Für detaillierte Abklärungen können vom Versicherer zusätzliche Unterlagen beim Leistungserbringer angefordert werden.
 6. In begründeten Fällen oder auf Verlangen des Klient/ Klientin darf der Leistungserbringer medizinische Angaben d.h. Pflegeunterlagen oder Angaben zum Pflegeaufwand nur dem Vertrauensärztlichendienst (VAD) des Versicherers bekannt geben. (KVG Art. 42 Abs. 5)
 7. Besteht nach der Gültigkeitsdauer der Bedarfsmeldung weiterhin ein Pflegebedarf, muss dies vom Leistungserbringer dem Versicherer mit einer neuen "Bedarfsmeldung mit ärztlicher Anordnung" gemeldet werden.
 8. Bei vorübergehend geändertem Bedarf informiert der Leistungserbringer den Versicherer mit der "vorübergehenden Bedarfsänderung (ohne ärztliche Anordnung)" über den zusätzlichen Bedarf. Vorübergehende Bedarfsänderungen müssen nicht durch den Arzt/ Ärztin visitiert werden. Vorübergehende Bedarfsänderungen ergänzen eine vorhandene Bedarfsmeldung (siehe Beispiel 4, Seite 18) (Administrativvertrag [7] Art. 7 Abs. 2)
 9. Über den Zeitraum einer laufenden Bedarfsmeldung kann es mehrere und sich ergänzende „vorübergehende Bedarfsänderungen“ geben. Diese dürfen jedoch den Zeitraum der zugrundeliegenden Bedarfsmeldung nicht überschreiten. (siehe Beispiel 2 Seite 14)
 10. Bei dauerhaft verändertem Pflegebedarf wird vom Leistungserbringer eine neue "Bedarfsmeldung mit ärztliche Anordnung" erstellt und vom Versicherer geprüft. Ohne Beanstandung durch den Versicherer ersetzt diese Bedarfsmeldung alle bisherigen Bedarfsmeldungen ab dem Beginnndatum (siehe Beispiel 5 Seite 18).
 11. Der Bedarfsmeldungstyp (Bedarfsmeldung oder vorübergehende Bedarfsänderung) ist in der Meldung anzugeben.
 12. Im elektronischen Prozess informiert der Versicherer den Leistungserbringer immer mit einer Meldung über das Prüfergebnis der Bedarfsmeldung (ok oder Beanstandung). Abweichende Vereinbarungen sind möglich, z.B. nur eine Meldung bei einer Beanstandung.
 13. Die maximale Länge des ärztlichen Auftrags ist in KLV Art. 8 definiert.
Abschnitt 6.
 - a) bei Akutkranken für maximal 3 Monate
 - b) bei Langzeitpflege für maximal 6 Monate
 - c) bei Akut- und Übergangspflege für maximal 2 WochenAbschnitt 6bis) bei Personen mit Hilflosenentschädigung wegen mittleren oder schweren Hilflosigkeit gilt der ärztliche Auftrag unbefristet.
 14. Bei AÜP wird die ärztliche Anordnung vom überweisenden Spital ausgestellt (nicht im Projektscope).
Der Pflegebedarf für AÜP kann vom Leistungserbringer quantifiziert und mittels eKARUS Bedarfsmeldung (ohne zusätzliche Verordnung) dem Versicherer gemeldet werden.
 15. Bei Bedarf für MiGeL Produkte kann der zweistellige Code für die Produktgruppe (z.B. 15 für Inkontinenzmaterial) oder der detaillierte MiGeL-Code angegeben werden.
 16. Bei nachträglichem MiGeL Bedarf informiert der Leistungserbringer den Versicherer mittels „vorübergehende Bedarfsänderung“ über den zusätzlichen Bedarf.
 17. Bei Informationsanfragen vom Versicherer beim Leistungserbringer, wird die Prüfrist um die Bearbeitungsdauer beim Leistungserbringer, zuzüglich eines Tages verlängert.
 18. Falls die vertragliche Prüfrist wegen detaillierten Abklärungen auf Seite Versicherer nicht eingehalten werden kann, muss dies dem Leistungserbringer mit einer Begründung und der benötigten Prüfdauer gemeldet werden.
 19. Bei einer Betreuung des Klient/ Klientin durch mehrere freiberufliche Pflegende (SBK) (z.B. Urlaubsvertretung) erstellt und meldet eine Pflegefachperson den Gesamtpflegebedarf, mit der Angabe seiner ZSR-Nr als Gesuchsteller und Leistungserbringer.

Alle weiteren Leistungserbringer, die im Rahmen dieses Gesamtbedarfs Leistungen erbringen, werden auf der Bedarfsmeldung aufgeführt.
Die Pflegeleistungen müssen (juristisch) von jeder Pflegefachperson separat unter der eigenen ZSR-Nr. in Rechnung gestellt werden.

Nichtfunktionale Anforderungen

1. Die Datenübermittlung und Bearbeitung muss datenschutzkonform erfolgen.

Anforderungen, die eine vertragliche Regelung erfordern (nicht abschliessend)

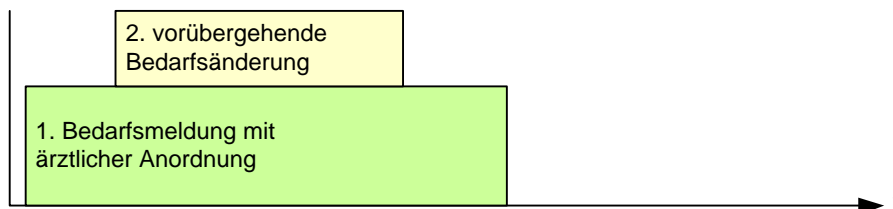
- I. Zeitliche Rahmenbedingung für die Übermittlung der Bedarfsmeldung nach Leistungsbeginn.
- II. Zeitliche Rahmenbedingung für die Prüfung und allfällige Beanstandung durch den Versicherer (z.B. 14 Kalendertage).
- III. Übermittlungsmethode der visierten ärztlichen Anordnung.
Mögliche Varianten gemäss Anforderung 4 oben.
- IV. Übermittlung einer Bedarfsmeldung bei AÜP.
Falls es z.B. nur eine AÜP Pauschale gibt, ist keine Bedarfsmeldung notwendig.

Abgrenzungen / Einschränkungen

- a. Die Eskalationsprozesse z.B. bei Unstimmigkeiten bei Abklärungen (PS22, Kapitel 3.3.1.1) oder bei der Klärung von Einwänden (PS23, Kapitel 3.3.1.2) sind nicht im Projektscope, ist vertraglich zu regeln.
Falls nötig und möglich, kann bei der Rechnungsstellung eine Aufteilung in Unbestrittene- und Bestrittene- Leistungen erfolgen.

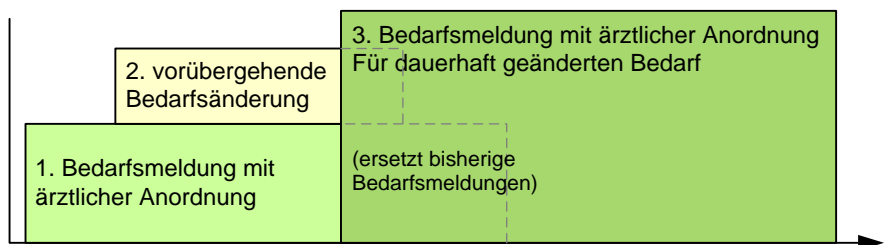
Beispiele

Beispiel 4 Bedarfsmeldung und vorübergehende Bedarfsänderung



Eine vorübergehende Bedarfsänderung ergänzt den Pflegebedarf einer vorhandenen Bedarfsmeldung.

Beispiel 5 Bedarfsmeldung für dauerhaft geänderten Pflegebedarf



Bei dauerhaft geändertem Bedarf, kann bereits vor dem Ablauf der aktuellen Bedarfsmeldung (1) eine neue Bedarfsmeldung (3) erstellt werden. Diese ersetzt dann alle aktuellen Bedarfsmeldungen (1 & 2)

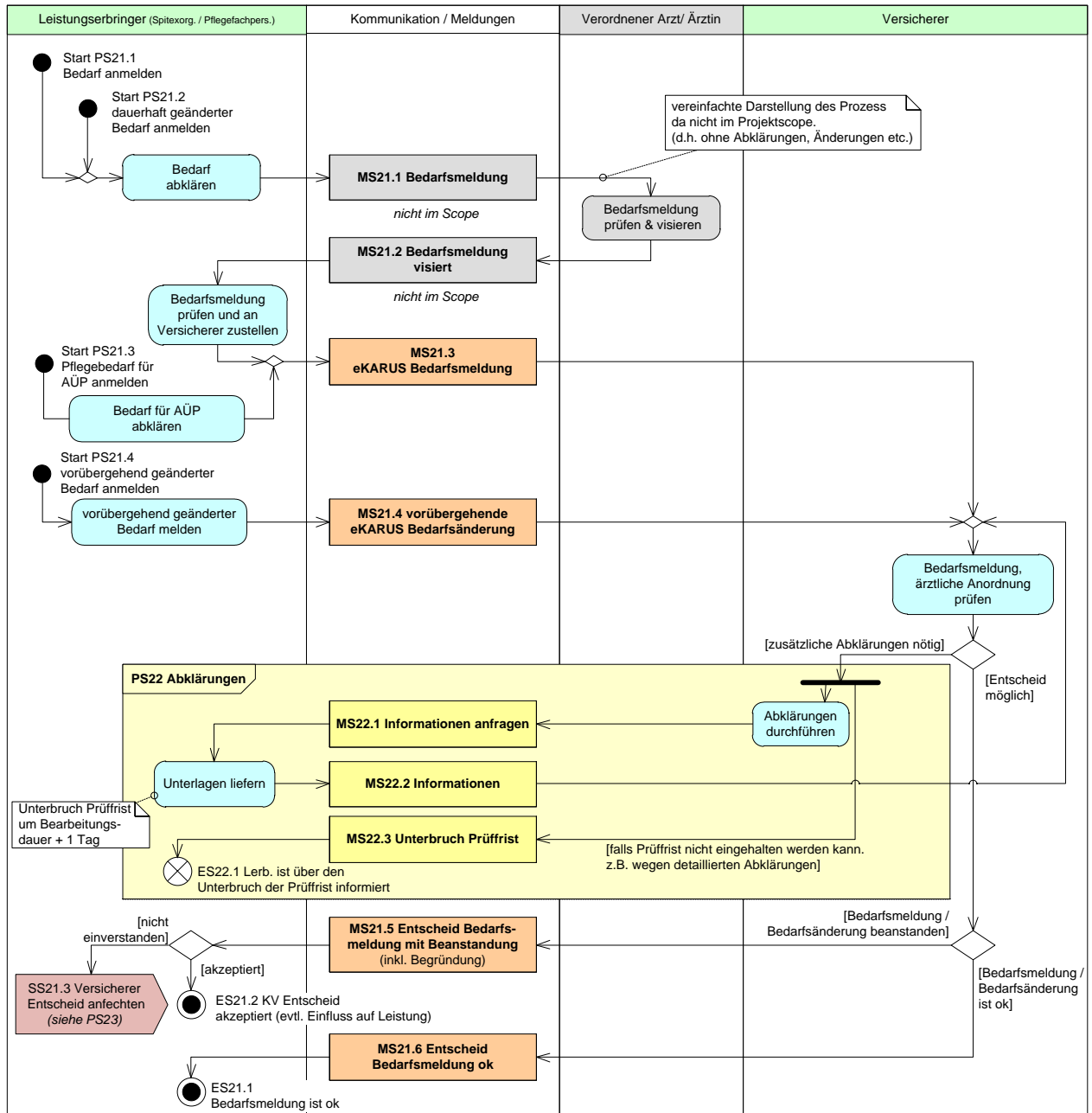
3.3.1 Prozess Ablauf und Varianten

Beim Prozesselement "PS20 Bedarfsmeldung" sind folgende Teilprozesse möglich:

- **PS21 Bedarf klären und melden** (siehe Kapitel 3.3.1.1)
- **PS23 Korrektur beim Versicherer Entscheid prüfen und melden** (siehe Kapitel 3.3.1.2)

3.3.1.1 PS21 Bedarf klären und melden

Abbildung 5: Ablauf PS21 Bedarf klären und melden



Ablauf PS21

Der Pflegebedarf für Klientin/ Klient wird ermittelt und basierend auf dem Bedarf wird eine Bedarfsmeldung ausgestellt und durch den verordnenden Arzt/ Ärztin visiert.

Die Inhalte der visierten ärztlichen Anordnung (MS21.3 eKARUS Bedarfsmeldung) werden dem Versicherer zugestellt.

Der Versicherer prüft die Bedarfsmeldung und kann für zusätzliche Abklärungen Informationen anfordern. (Abklärungsprozess PS22)

Das Resultat der Prüfung (MS21.5 Entscheid mit Beanstandung oder MS21.6 Entscheid ok) wird dem Leistungserbringer mitgeteilt.

Bei einer vorübergehenden Bedarfsänderung teilt dies der Leistungserbringer mit der "vorübergehenden Bedarfsänderung" (MS21.4) dem Versicherer mit. Diese wird ebenfalls vom Versicherer geprüft und das Prüfergebnis dem Leistungserbringer mitgeteilt.

Mögliche Eintrittspunkte

PS21.1 Bedarf anmelden

Der Pflegebedarf für die Klientin/ Klient ist vom Leistungserbringer dem verordnenden Arzt/ Ärztin und dem Versicherer zu melden. z.B. für einen neuen Klienten oder für eine neue Bedarfsperiode mit gleichem Pflegebedarf.

PS21.2 dauerhaft geänderter Bedarf anmelden

Bei Klientin/ Klient mit dauerhaft geändertem Pflegebedarf ist vom Leistungserbringer der neuen Pflegebedarf dem verordnenden Arzt/ Ärztin und dem Versicherer zu melden.

PS21.3 Pflegebedarf für AÜP anmelden

Der Pflegebedarf für eine Klientin/ Klient mit Akut- und Übergangspflege ist vom Leistungserbringer dem Versicherer zu melden. Siehe Anforderung 14 Seite 17.

PS21.4 vorübergehend geänderter Bedarf anmelden

Bei einer vorübergehenden Bedarfsänderung (z.B. Krankheit) ist der geänderte Pflegebedarf vom Leistungserbringer dem Versicherer zu melden (ohne Visum Ärztin/ Arzt).

Mögliche Meldungen

MS21.1 Bedarfsmeldung (*nicht im Projektscope*)

Die Bedarfsmeldung die durch den verordnenden Arzt/ Ärztin zu prüfen und zu visieren ist.

MS21.2 Bedarfsmeldung visiert (*nicht im Projektscope*)

Von Ärztin/ Arzt visierte Bedarfsmeldung.

MS21.3 eKARUS Bedarfsmeldung

Elektronisch verarbeitbare Bedarfsmeldung vom Leistungserbringer an den Versicherer, basierend auf der visierten Bedarfsmeldung.

Siehe Anforderungen 4, 14 und III Seite 18.

MS21.4 vorübergehende eKARUS Bedarfsänderung

Elektronisch verarbeitbare Bedarfsänderung für einen vorübergehend geänderten Bedarf.

MS21.5 Entscheid Bedarfsmeldung mit Beanstandung

Entscheid des Versicherers an den Leistungserbringer, bei einer Beanstandung der Bedarfsmeldung.

MS21.6 Entscheid Bedarfsmeldung ok

Bestätigung des Versicherers an den Leistungserbringer, dass er mit der Bedarfsmeldung einverstanden ist.

Prozess PS22 - Abklärungen**MS22.1 Informationen anfragen**

Anfrage des Versicherers an den Leistungserbringer, für zusätzliche Informationen zur Prüfung der Bedarfsmeldung.

MS22.2 Informationen

Antwort des Leistungserbringers auf die Informationsanfrage.

MS22.3 Unterbruch Prüffrist

Meldung des Versicherers an den Leistungserbringer, dass die Prüffrist nicht eingehalten werden kann.

Mögliche Ergebnisse**ES21.1 Bedarfsmeldung ist ok**

Die Bedarfsmeldung wurde vom Versicherer geprüft und akzeptiert. Der Leistungserbringer wurde mit der Meldung M21.6 über den Entscheid informiert.

ES21.2 KV Entscheid akzeptiert

Die Bedarfsmeldung wurde vom Versicherer geprüft und beanstandet. Der Entscheid mit Beanstandung (MS21.5) wurde dem Leistungserbringer mitgeteilt und von ihm akzeptiert.

SS21.3 Versicherer Entscheid anfechten

Die Bedarfsmeldung wurde vom Versicherer geprüft und beanstandet. Der Entscheid mit Beanstandung wird vom Leistungserbringer nicht akzeptiert und muss aus Sicht Leistungserbringer überprüft werden.

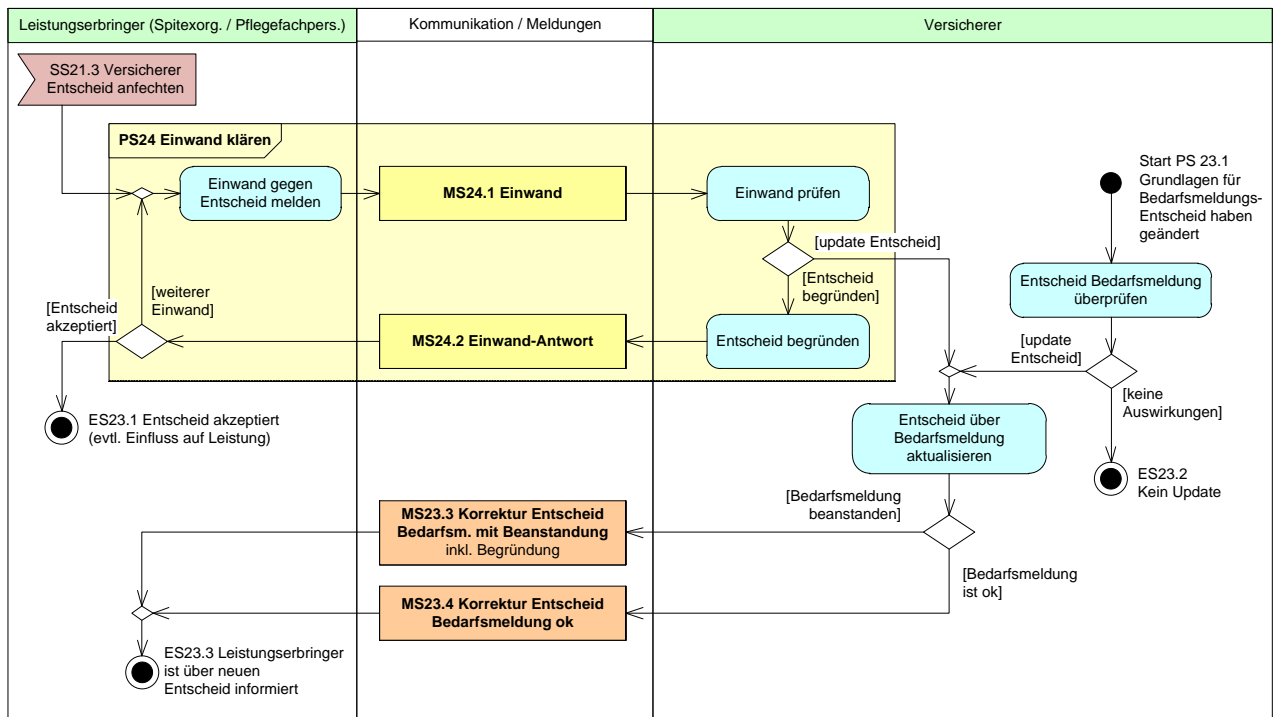
Der Einwand wird gemäss dem Prozess "PS23 Korrektur beim Versicherer Entscheid prüfen und melden " gemeldet. (siehe Kapitel 3.3.1.2)

ES22.1 Leistungserbringer ist über den Unterbruch der Prüffrist informiert

Der Leistungserbringer ist vom Versicherer informiert, dass die vertraglich vereinbarte Prüffrist wegen zusätzlichen Abklärungen, nicht eingehalten werden kann. (siehe auch Anforderung 17 Seite 17)

3.3.1.2 PS23 Korrektur beim Versicherer Entscheid prüfen und melden

Abbildung 6: Ablauf PS23 Einwände oder geänderte Grundlagen zum Entscheid prüfen und Korrekturen melden



Ablauf PS23

Der Leistungserbringer meldet einen Einwand gegen den "Entscheid mit Beanstandung" (siehe PS21 Bedarf klären und melden / SS21.3) dem Versicherer. Eine allfällige Klärung des Einwands zwischen Versicherer und Leistungserbringer erfolgt im Teilprozess "PS24 Einwand klären".

Das Resultat der "Einwand Klärung" ist entweder eine Aktualisierung des Entscheids durch den Versicherer oder der Leistungserbringer akzeptiert den Entscheid.

Bei einer Änderung bei den Voraussetzungen für einen bereits gefällten Entscheid, kann der Versicherer den Entscheid überprüfen und allfällige Korrekturen melden.

Mögliche Eintrittspunkte

SS21.3 KV Entscheid anfechten

Der Leistungserbringer ist mit dem "Entscheid mit Beanstandung" (MS21.5) nicht einverstanden und meldet seinen Einwand dem Versicherer.

PS23.1 Grundlagen für Bedarfsmeldungs-Entscheid haben geändert

Die Voraussetzungen für einen bereits gefällten Entscheid haben sich beim Versicherer verändert (z.B. Kündigung der Versicherung, Deckungsunterbruch, Anpassung der Versicherungsdeckung etc.), allfällige Auswirkungen auf den Entscheid sind zu prüfen.

Mögliche Meldungen

MS24.1 Einwand

Einwand des Leistungserbringers gegen den Entscheid des Versicherers.

MS24.2 Einwand Antwort

Antwort des Versicherers auf den Einwand, z.B. mit zusätzlichen Begründungen zum Entscheid.

MS23.3 Korrektur Entscheid Bedarfsmeldung mit Beanstandung

Korrektur eines bereits gefällten Entscheids. Der korrigierte Entscheid ist ein Entscheid mit Beanstandung.

MS23.4 Korrektur Entscheid Bedarfsmeldung ok

Korrektur eines bereits gefällten Entscheids. Der korrigierte Entscheid ist ok, d.h. der Versicherer ist mit der Bedarfsmeldung einverstanden.

Mögliche Ergebnisse**ES23.1 Entscheid akzeptiert**

Der Einwand des Leistungserbringers konnte mit dem Versicherer geklärt werden. Der Leistungserbringer akzeptiert den ursprünglichen Entscheid.

ES23.2 Kein update

Der Versicherer hat die Bedarfsmeldung gegenüber den veränderten Voraussetzungen geprüft. Die Änderungen haben keine Auswirkungen auf den bereits gefällten Entscheid, d.h. es ist kein Update erforderlich.

ES23.3 Leistungserbringer ist über neuen Entscheid informiert

Aufgrund eines Einwands vom Leistungserbringer oder wegen veränderten Voraussetzungen beim Versicherer, hat der Versicherer die Bedarfsmeldung neu geprüft und den neuen Entscheid dem Leistungserbringer mitgeteilt.

3.4 PS30 Leistungsverrechnung

Details siehe Kapitel 5.2 P30 Leistungsverrechnung Seite 43

4 Administrativprozess für Pflegeheime

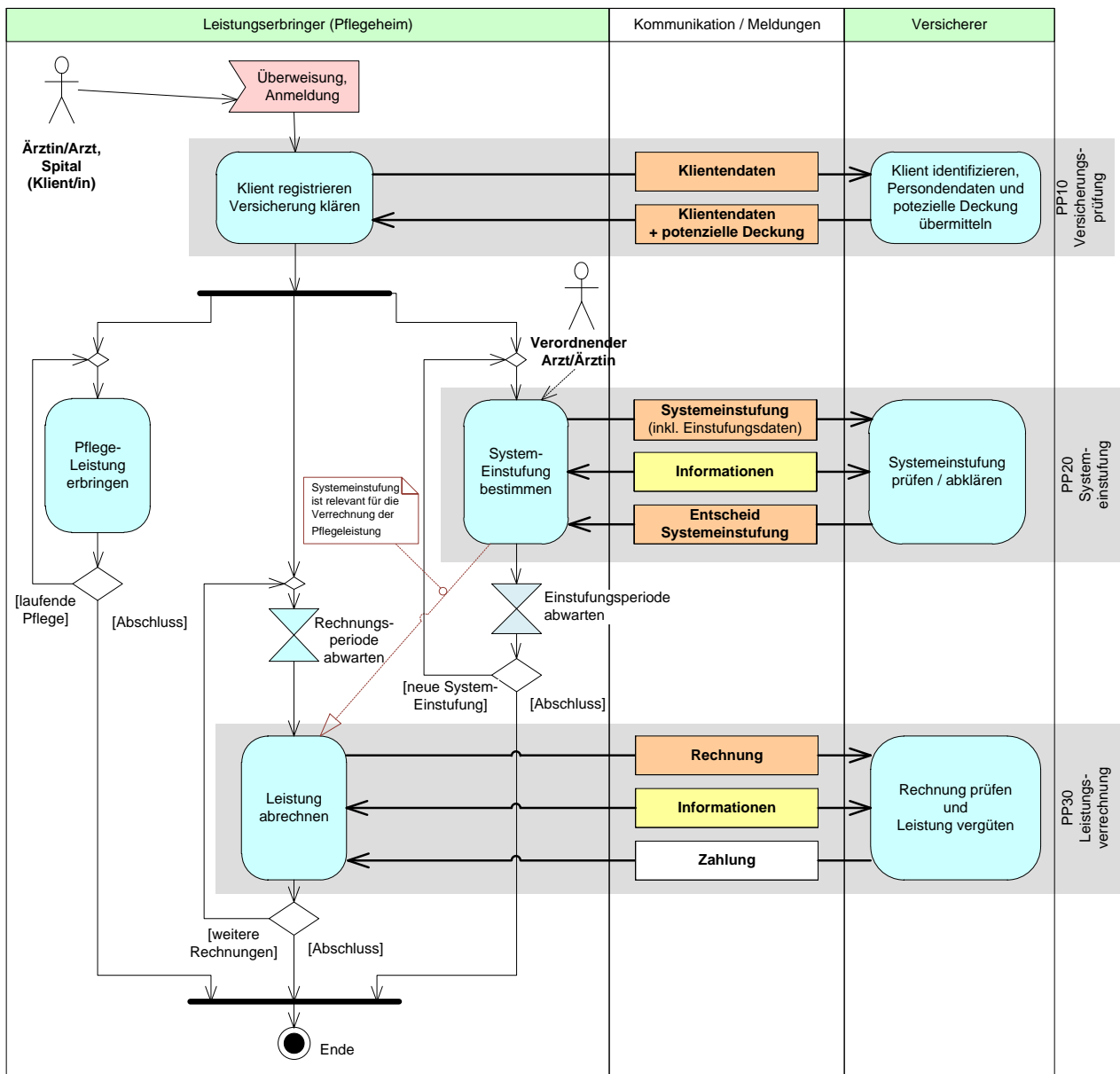
Dieses Kapitel definiert den elektronischen Prozessstandard für die administrativen Prozesse zwischen Pflegeheimen und Versicherer.

4.1 Übersicht Gesamtprozess

Die Abbildung 7 zeigt die administrativen Prozesse zwischen Leistungserbringer (Pflegeheimen) und Versicherer und deren Einbettung im Gesamtprozess.

Der Gesamtprozess auf Seite Pflegeheim wird hier lediglich grob skizziert und dient primär dem Verständnis.

Abbildung 7: Übersicht Gesamtprozessablauf Pflegeheime



Ablauf

Nach der Überweisung resp. Anmeldung des Klient/ Klientin im Pflegeheim wird diese Person registriert und die zuständige Versicherung geklärt. Vom zuständigen Versicherer werden dabei auch die Stammdaten (z.B. Versichertennummer, Adresse, Geburtsdatum etc.) dieser versicherten Person übermittelt. Hinweis: Die Versicherungsprüfung PP10 ist freiwillig und keine Voraussetzung für die nachfolgenden Prozesse.

Die Aktivitäten "Pflegeleistung erbringen", "Systemeinstufung bestimmen" und "Leistung abrechnen" werden parallel und in unterschiedlichen Zyklen, bis zum Abschluss der Betreuung ausgeführt.

- die Pflegeleistungen werden gemäss dem Pflegebedarf resp. der Systemeinstufung erbracht.
- die Systemeinstufung wird bestimmt und dem Versicherer mitgeteilt. Je nach Einstufungssystem dauert die Einstufung Wochen bis Monate. Die Systemeinstufung wird periodisch wiederholt.
- die erbrachten Leistungen werden periodisch (meist monatlich) abgerechnet.

Der Projektscope beinhaltet die folgenden elektronischen Administrativprozesse zwischen Pflegeheim und Versicherer:

- **PP10 Versicherungsprüfung**

Der Leistungserbringer klärt für Klientin/ Klient die Versicherung und Versicherungsdeckung beim Versicherer ab. Der Versicherer übermittelt zusätzlich die administrativen Versichertendaten dieser versicherten Person. Diese Daten (z.B. Versicherten-Nr und SVN-Nr) dienen als Grundlage für die Folgeprozesse.
Details siehe Kapitel 5.1 Seite 39

- **PP20 Systemeinstufung**

Der Leistungserbringer informiert den Versicherer mittels Systemeinstufung über den voraussichtlichen Pflegebedarf. Der Versicherer prüft die Systemeinstufung und kann diese gegebenenfalls beanstanden.
Details siehe Kapitel 4.3 Seite 28

- **PP30 Leistung verrechnen**

Der Leistungserbringer stellt die effektiv erbrachten Pflegeleistungen in Rechnung. Der Versicherer prüft und bezahlt die Rechnung.
Details siehe Kapitel 5.2 Seite 43

4.1.1 Allgemeine Informationen und Anforderungen

Funktionale Anforderungen - Prozessübergreifend

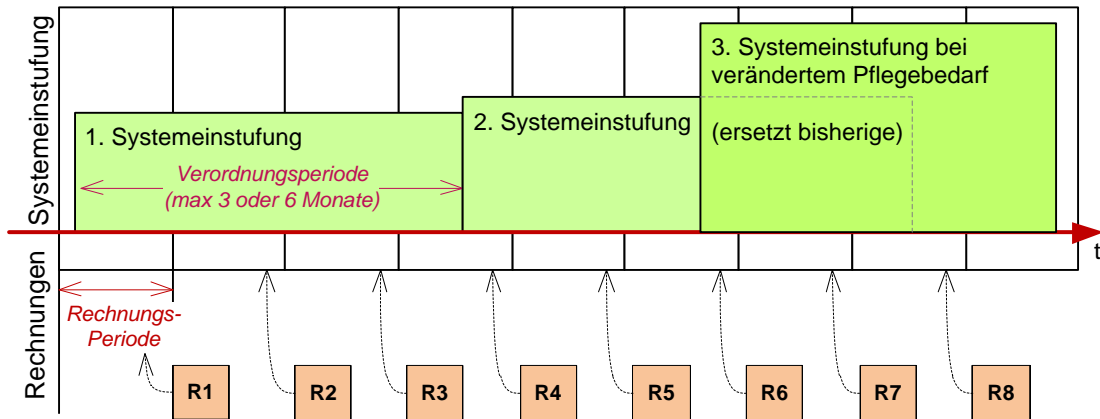
1. Die Systemeinstufung ist die Grundlage und Voraussetzung für die Rechnungsprüfung durch den Versicherer.
d.h. die Systemeinstufung muss vor der Rechnungsstellung zugestellt und geprüft sein, jedoch spätestens zusammen mit der Rechnung.
2. Eine Systemeinstufung definiert den voraussichtlichen Pflegebedarf über die angegebenen Gültigkeitsdauer (max. 3 oder 6 Monate). Die Gültigkeitsdauer kann sich über mehrere Rechnungsperioden erstrecken. (siehe Beispiel 6)
3. Eine Rechnungsperiode kann sich mit dem Gültigkeitszeitraum von mehreren Systemeinstufungen überschneiden. Das Kalendarium der einzelnen Leistungspositionen definiert dabei die Zuordnung zur relevanten Systemeinstufung. (siehe Beispiel 6)
4. Versicherungswechsel
Bei einem Versicherungswechsel des Klient/ Klientin wird die Versicherungsprüfung (PP10) mit dem neuen Versicherer durchgeführt.
Der Leistungserbringer muss die Systemeinstufungen, die den Zeitraum ab dem Versicherungswechsel abdecken, dem neuen Versicherer zustellen.
Die Rechnungsstellung muss den Zeitpunkt des Versicherungswechsels berücksichtigen, d.h. Rechnungsabschluss auf Versicherungswechsel.
Anmerkung: eine Rechnung an den "alten" Versicherer wird zurückgewiesen. Die Versicherung und Deckung kann beim neuen Versicherer via "P10 Versicherungsprüfung" geprüft werden.

5. Datenschutz

Bei Abklärungsprozessen müssen besonders schützenswerte Daten als solche gekennzeichnet werden. Diese Daten dürfen nur für dafür berechtigte Personen zugänglich sein.

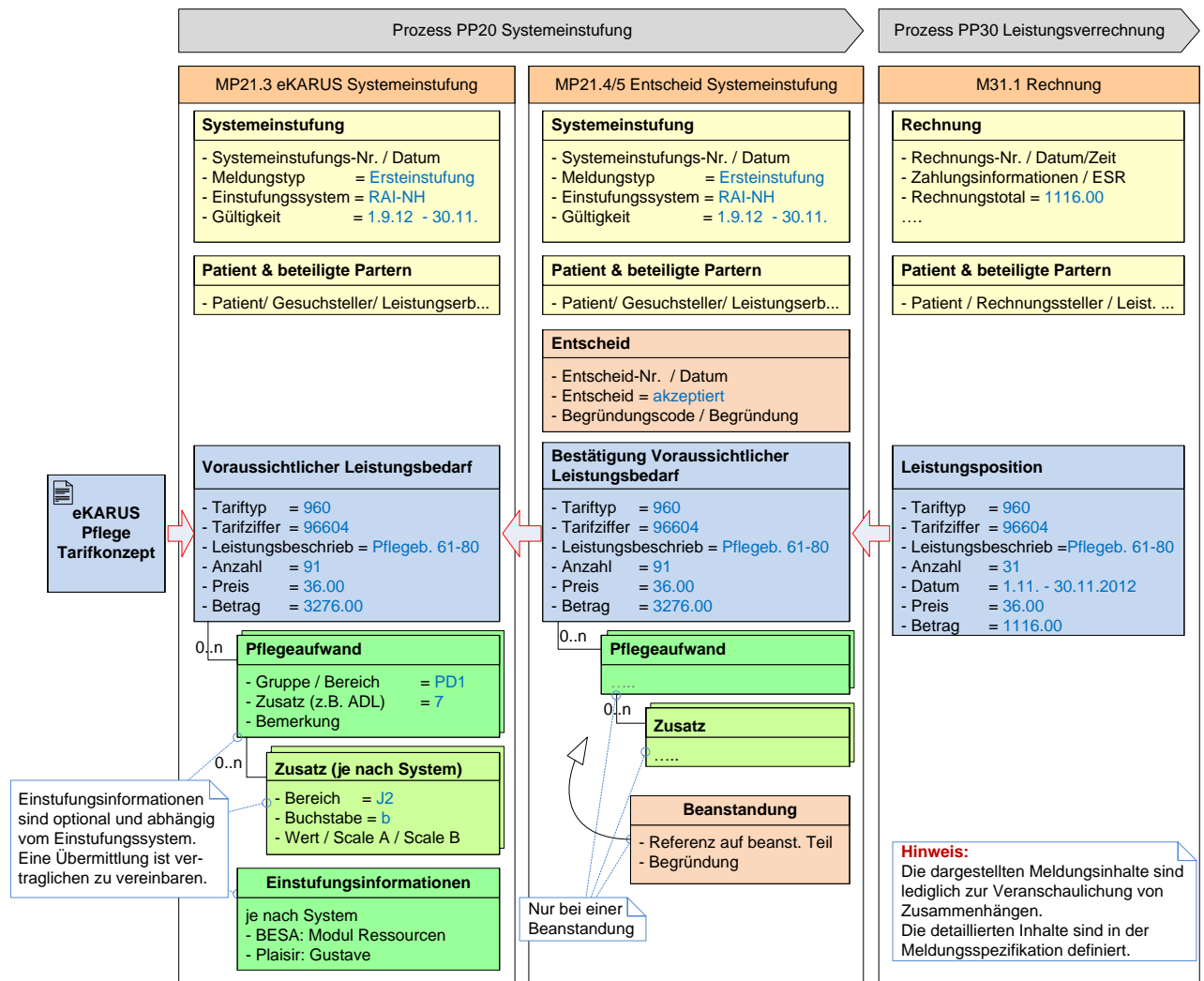
Beispiele

Beispiel 6: Zusammenhang Verordnungsperiode der Systemeinstufung und Rechnungsperiode



Die Systemeinstufung definiert den voraussichtlichen Pflegebedarf über die angegebene Verordnungsperiode. Bei verändertem Pflegebedarf kann bereits vor dem Ablauf einer gültigen Verordnungsperiode eine neuen Systemeinstufung (3) gemeldet werden. Diese ersetzt dann - ab dem Beginndatum - alle bisherigen Systemeinstufungen. Die effektiv erbrachte Leistung wird meist monatlich abgerechnet. Der Abrechnungszeitraum kann sich mit der Gültigkeitsdauer von Systemeinstufungen überschneiden. Die Zuordnung zwischen verrechneter Leistung und dafür relevanter Systemeinstufung erfolgt via Kalendarium auf der Rechnung.

Beispiel 7: Zusammenhang von Tarifkonzept mit eKARUS Systemeinstufung und Leistungsverrechnung



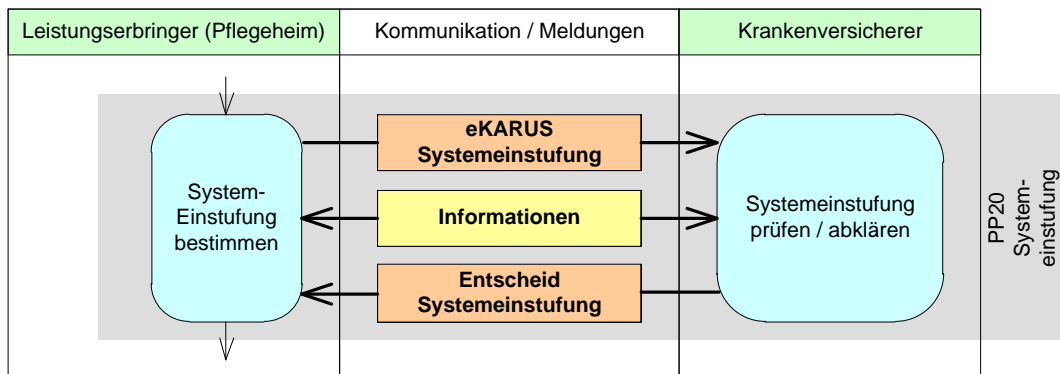
Die Grafik veranschaulicht die Meldungen und einzelne Inhalte, die bei den Prozessen "PP20 Systemeinstufung" und "PP30 Leistungsverrechnung" zwischen Leistungserbringer und Versicherer ausgetauscht werden. Die dargestellten Meldungsinhalte dienen lediglich zum Verständnis der Zusammenhänge. Die Meldungen und deren Attribute sind im Dokument [2] Meldungsspezifikation definiert.

- **MP21.3 eKARUS Systemeinstufung** (vom Leistungserbringer zum Versicherer)
Mit der eKARUS Systemeinstufung gibt der Leistungserbringer den voraussichtlichen Leistungsbedarf (Einstufung) gemäss der im Tarifkonzept [3] definierten Struktur (Tariftyp + Tarifiziffer) und den Pflegeaufwand und dessen Zusatz gemäss Einstufungssystem an.
- **MP21.4/5 Entscheid Systemeinstufung** (vom Versicherer zum Leistungserbringer)
Der Versicherer bestätigt den voraussichtlichen Leistungsbedarf oder kann diesen beanstanden. Bei einer Beanstandung wird der vom Versicherer gedeckte Leistungsbedarf (Einstufung) bestätigt und der Entscheid oder beanstandete Teile begründet.
- **M31.1 Rechnung** (vom Leistungserbringer an den Versicherer)
Bei der Rechnungsstellung verrechnet der Leistungserbringer den effektiven Aufwand mittels Leistungsposition(en), gemäss Systemeinstufung und Tarifkonzept.

4.2 PP10 Versicherungsprüfung

Siehe Kapitel 5.1 P10 Versicherungsprüfung

4.3 PP20 Systemeinstufung



Ziele

- Der Versicherer ist mittels "eKARUS Systemeinstufung" über den Pflegebedarf des Klient/ Klientin informiert.
- Das Pflegeheim ist anhand des Entscheids über die Kostenübernahme der Pflegeleistungen informiert

Funktionale Anforderungen

1. Die eKARUS Systemeinstufung wird in elektronisch lesbarer Form (XML Standard) übermittelt.
2. Die eKARUS Systemeinstufung beinhaltet Angaben, die der Versicherer für die Prüfung der Leistungspflicht und des Pflegebedarfs benötigt.
3. Die Systemeinstufungsdaten sind z.T. abhängig vom Einstufungssystem und der Art der erbrachten Leistung. Die zu übermittelnden Daten sind vertraglich zu vereinbaren.
4. Bei der "eKARUS Systemeinstufung" übermittelt der Leistungserbringer dem Versicherer, auf elektronischem Weg, die vom verordnenden Arzt/ Ärztin und von der verantwortlichen Person des Leistungserbringers visierten Dokumente der Systemeinstufung (ärztliche Anordnung).
Mögliche Formen für die Übermittlung der visierten Dokumente (vertraglich zu vereinbaren):
 - a. elektronisch unterschriebenes Formular
 - b. PDF Dokument (eingescanntes Dokument)
 - c. Referenz (URL Link) auf PDF Dokument in einem Dokumentenserver
 - d. keine systematische Übermittlung, Prüfung via Stichproben
5. Für detaillierte Abklärungen können vom Versicherer zusätzliche Unterlagen beim Leistungserbringer angefordert werden.
6. Besteht nach der Gültigkeitsdauer der Systemeinstufung weiterhin ein Pflegebedarf, muss dies vom Leistungserbringer dem Versicherer mit einer neuen Systemeinstufung gemeldet werden.
7. Bei verändertem Pflegebedarf wird vom Leistungserbringer eine neue Systemeinstufung erstellt und vom Versicherer geprüft.
Ohne Beanstandung durch den Versicherer ersetzt diese Systemeinstufung alle bisherigen Systemeinstufungen ab dem Beginndatum. (siehe Beispiel 6 Seite 26)
8. Der Typ der Systemeinstufung ist in der Meldung angegeben. (Ersteinstufung, Folgeinstufung, signifikante Statusveränderung, Kurzaufenthalt, vorläufige Einstufung)
9. Im elektronischen Prozess informiert der Versicherer den Leistungserbringer immer mit einer Meldung über das Prüfergebnis der Systemeinstufung (ok oder Beanstandung).

- Abweichende Vereinbarungen sind möglich, z.B. nur eine Meldung bei einer Beanstandung.
10. Die maximale Länge des ärztlichen Auftrags ist in KLV Art. 8 definiert.
Abschnitt 6
 - a) bei Akutkranken für maximal 3 Monate
 - b) bei Langzeitpflege für maximal 6 Monate
 - c) bei Akut- und Übergangspflege für maximal 2 WochenAbschnitt 6bis) bei Personen mit Hilflosenentschädigung wegen mittleren oder schweren Hilflosigkeit gilt der ärztliche Auftrag unbefristet
 11. Provisorische Systemeinstufung.
Je nach Einstufungssystem dauert eine Systemeinstufung 14 Tage bis 3 Monate. Bis zum vorliegen dieser Systemeinstufung muss eine "provisorische" Einstufung und Verrechnung der Leistungen möglich sein. (z.B. via "Tarif 960 & Tarifziffer 96051 Einstufung ausstehend" oder basierend auf der vorgängigen Systemeinstufung.) Nach der Bestätigung der definitiven Systemeinstufung durch den Versicherer sind ggf. provisorische Rechnungen vom Leistungserbringer zu stornieren und durch neue Rechnungen zu ersetzen.
Siehe Beispiel 8 Seite 30 und Kapitel 4.3.2.3 PP25: Rückwirkende Änderung der Systemeinstufung
 12. Eine Systemeinstufung kann rückwirkend geändert werden. (z.B. aufgrund eines Pflegecontrollings).
Die rückwirkende Systemeinstufung ersetzt die bisherige Systemeinstufung ab dem Beginn der Verordnungsperiode. Alle betroffenen Rechnungen sind vom Leistungserbringer zu stornieren und ggf. durch neue Rechnung(en) zu ersetzen.
Siehe Beispiel 8 Seite 30
 13. In begründeten Fällen oder auf Verlangen des Klient/ Klientin darf der Leistungserbringer medizinische Angaben d.h. Pflegeunterlagen oder Angaben zum Pflegeaufwand nur dem Vertrauensärztlichendienst (VAD) des Versicherers bekannt geben. (KVG Art. 42 Abs. 5)
 14. Bei AÜP wird die ärztliche Anordnung vom überweisenden Spital ausgestellt (nicht im Projektscope). d.h. es braucht keine zusätzliche Verordnung des Pflegebedarfs.
Der Pflegebedarf für AÜP kann vom Leistungserbringer quantifiziert und mittels eKARUS Systemeinstufung (ohne zusätzliche Verordnung) dem Versicherer gemeldet werden.
 15. Bei Informationsanfragen vom Versicherer beim Leistungserbringer, wird die Prüffrist um die Bearbeitungsdauer beim Leistungserbringer, zuzüglich eines Tages verlängert
 16. Falls die vertragliche Prüffrist wegen detaillierten Abklärungen auf Seite Versicherer nicht eingehalten werden kann, muss dies dem Leistungserbringer mit einer Begründung und der benötigten Prüfdauer gemeldet werden.

Nichtfunktionale Anforderungen

1. Die Datenübermittlung und Bearbeitung muss Datenschutzkonform erfolgen.
2. Medizinische Daten sind gemäss Datenschutzgesetz besonders schützenswerte Daten. Ihre Bearbeitung hat den Datenschutzbestimmungen zu entsprechen.

Anforderungen, die eine vertragliche Regelung erfordern (nicht abschliessend)

- I. Zeitliche Rahmenbedingung für die Übermittlung der Systemeinstufung nach Leistungsbeginn.
- II. Zeitliche Rahmenbedingung für die Prüfung und allfällige Beanstandung durch den Versicherer (z.B. 10 Arbeitstage)
- III. Übermittlungsmethode der visierten Systemeinstufung (ärztliche Anordnung).
Mögliche Varianten gemäss Anforderung 4 Seite 28.

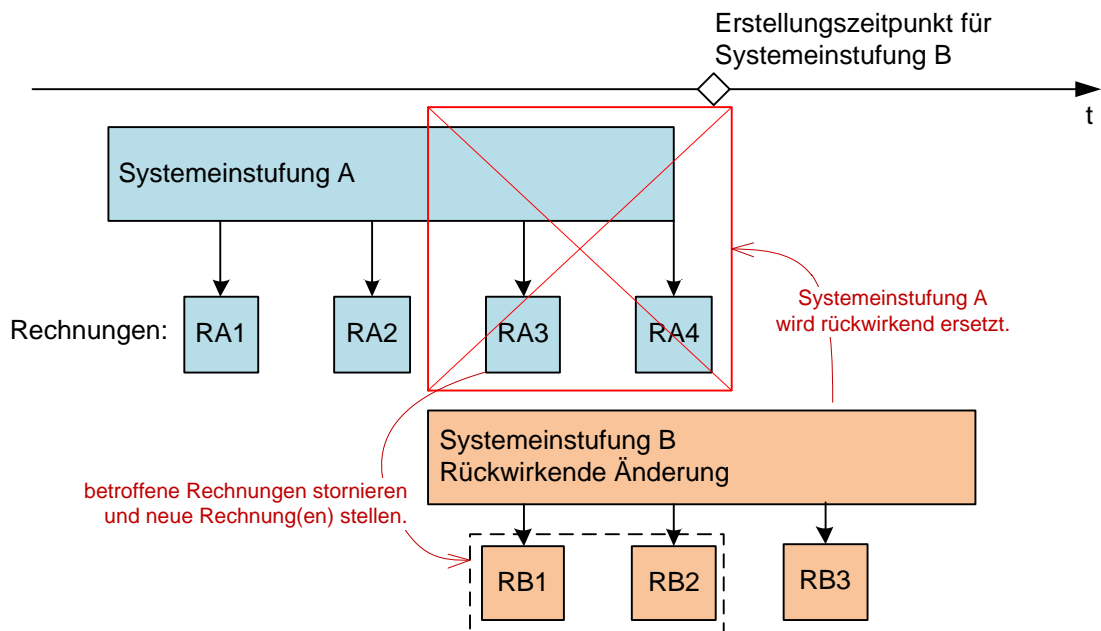
- IV. Zu übermittelnde Detaildaten der Systemeinstufung. z.B. welche Bereiche beim RAI via Systemeinstufung anzugeben sind.
- V. Übermittlung einer Systemeinstufung bei AÜP.
Falls es z.B. nur eine AÜP Pauschale gibt, ist keine Systemeinstufung erforderlich.
- VI. Zustellung einer aktualisierten Systemeinstufung, bei Änderungen die nicht stufenrelevant sind.
- VII. Rechnungsstellung für Leistungen, bei denen die Systemeinstufung noch nicht geklärt ist.

Abgrenzungen / Einschränkungen

- a. Die Durchführung von Abklärungen anhand detaillierter Pflegedokumentationen (Pflegecontrolling) sind nicht im Projektscope.
Bei allfälligen Differenzen kann via Prozess "PP25: Rückwirkende Änderung der Systemeinstufung" eine Korrektur verlangt werden.
- b. Bei einer rückwirkenden Änderung der Systemeinstufung (siehe Anforderung 11) werden betroffene Rechnungen ersetzt. Eine Verrechnung mit zukünftigen Rechnungen ist im Standard nicht vorgesehen, da sonst eine automatische Verarbeitung nicht möglich und allfällige Auswirkungen nicht handhabbar sind. (z.B. Selbstbehalte, Franchise etc.)
- c. Verordnungen für Nebenleistungserbringer (z.B. Ergo, Physio) sind nicht im Scope der eKARUS Systemeinstufung. Dies erfolgt über bestehende Prozesse für diese Leistungsarten.
- d. Die Eskalationsprozesse z.B. bei Unstimmigkeiten bei Abklärungen (PP22, Kapitel 4.3.2.1) oder bei der Klärung von Änderungsanträgen (PP24, Kapitel 4.3.2.3) sind nicht im Projektscope. Dies ist vertraglich zu regeln.
Falls nötig und möglich, kann bei der Rechnungsstellung eine Aufteilung in Unbestrittene- und Bestrittene- Leistungen erfolgen.

Beispiele

Beispiel 8 Rückwirkende Änderung der Systemeinstufung / Ersatz provisorische Einstufung



Die Systemeinstufung B ersetzt rückwirkend die Systemeinstufung A.

Alle betroffenen Rechnungen (d.h. RA3 und RA4) sind einzeln zu stornieren und durch neue Rechnungen, oder durch eine einzige Rechnung über den gesamten Zeitraum, zu ersetzen.

4.3.1 Einstufungssysteme

Bei Pflegeheimen werden unterschiedliche Einstufungssysteme eingesetzt (RAI-NH, BESA, Plaisir). Wie in Tabelle 4 ersichtlich, gibt es pro System jeweils unterschiedliche Attribute für die Beschreibung des Pflegeaufwands und des Pflegeaufwand Zusatzes.

Tabelle 4 Einstufungssysteme im Pflegeheim und deren Attribute für den Pflegeaufwand

Einstufungs-System	Pflegeaufwand		Pflegeaufwand Zusatz	
RAI-NH	Attribut	Wertebereich	Attribut	Wertebereich
	Pflegeaufwandgruppe	BA1, BA2,SSC	Bereich	B1 bis T1
	ADL	4 bis 18	Buchstabe	a bis rr
			Wert	X, 0 bis 9, 999
		Scale A	0 bis 9	
		Scale B	0 bis 999	
BESA 2010	Attribut	Wertebereich	Attribut	Wertebereich
	MP Bereich	1 bis 5 / 6 Total	MP	1.2.1 bis 5.2.3
	Minuten	1 bis 999	Pflegeleistung	a bis r
			Normhäufigkeit	unter/über/Norm
		Anwesenheit MA	0-15% / 16-70% / 71-100%	
Plaisir	Attribut	Wertebereich	Attribut	Wertebereich
	Bereich	"B Physio" bis R	Code	0010 bis 9380
	Wert	1 bis 999, A ... s	Pflegemodus / Teilnehmer	1 / 2 / 3 / bis 20
			Anzahl / Dauer	1 bis 7 / bis 100
			Einheit	ProTag / -Woche
			W	1 / 2
			X	1 bis 999
			Y	1/ 2 / 3
			Z	1 bis 9999

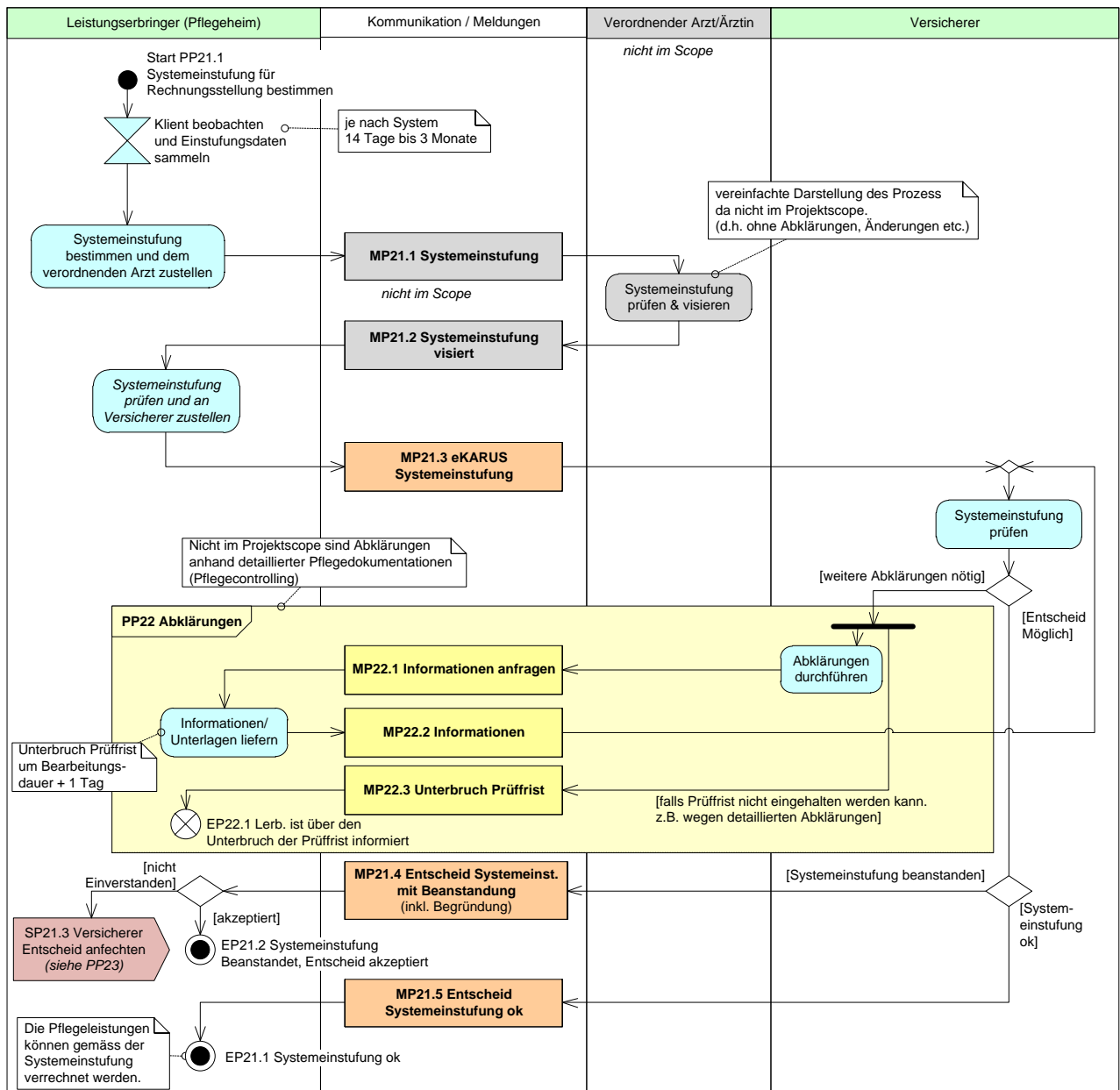
Hinweis: Diese Tabelle veranschaulicht die Attribute und Wertebereiche pro Einstufungssystem. Da es bei einzelnen Systemangaben/ Attributen keine offizielle Bezeichnung gibt, wurde für diese Attribute ein Name entsprechend dem Inhalt gewählt. (z.B. Nummer, Buchstabe).

4.3.2 Prozess Ablauf und Varianten

Beim Prozesselement "PP20 Systemeinstufung" sind folgende Teilprozesse möglich:

- **PP21 Systemeinstufung bestimmen und melden** (siehe Kapitel 4.3.2.1)
- **PP23: Korrektur beim Versicherer Entschied prüfen und melden** (Kapitel 4.3.2.2)
- **PP25: Rückwirkende Änderung der Systemeinstufung** (siehe Kapitel 4.3.2.3)

4.3.2.1 PP21 Systemeinstufung bestimmen und melden



Ablauf PP21

Für die Systemeinstufung der Klientin/ Klient werden je nach System über einen Zeitraum von 14 Tagen bis 3 Monate Einstufungsdaten gesammelt. Anhand der Einstufungsgrundlagen wird die Systemeinstufung bestimmt. Diese wird vom verordnenden Arzt/ Ärztin geprüft und visiert. Die eKARUS Systemeinstufung wird dem Versicherer zur Prüfung zugestellt. Der Versicherer prüft die Systemeinstufung und macht falls nötig weitere Abklärungen. Falls der Versicherer mit der gemeldeten Systemeinstufung nicht einverstanden ist, meldet er dies dem Leistungserbringer mit der Meldung "MP21.4 Beanstandung inkl. Begründung". Andernfalls meldet der Versicherer sein Einverständnis mit der Meldung "MP21.5 Systemeinstufung ok".

Mögliche Eintrittspunkte

PP21.1 Systemeinstufung für Rechnungsstellung bestimmen

Die Systemeinstufung wird für die Verrechnung der Pflegeleistungen bestimmt.
Die Einstufung wird zu Beginn der Leistungserbringung, bei signifikanten Stufenveränderung und bei der periodischen Einstufung erhoben.

Mögliche Meldungen

MP21.1 Systemeinstufung *(nicht im Projektscope)*

Die Systemeinstufung die durch den verordnenden Arzt/ Ärztin zu prüfen und zu visieren ist.

MP21.2 Systemeinstufung visiert *(nicht im Projektscope)*

Von Ärztin/ Arzt visierte Systemeinstufung.

MP21.3 eKARUS Systemeinstufung (inkl. Einstufungsdaten)

Elektronisch verarbeitbare Systemeinstufung zur Meldung des Pflegebedarfs.

MP21.4 Entscheid Systemeinstufung mit Beanstandung (inkl. Begründung)

Entscheid des Versicherers an den Leistungserbringer, bei einer Beanstandung der gemeldeten Systemeinstufung.

MP21.5 Entscheid Systemeinstufung ok

Bestätigung des Versicherers, dass er mit der gemeldeten Systemeinstufung einverstanden ist.

Prozess PS22 - Abklärungen

MP22.1 Informationen anfragen

Anfrage des Versicherers an den Leistungserbringer, für zusätzliche Informationen zur Prüfung der Systemeinstufung.

MP22.2 Informationen

Antwort des Leistungserbringers auf die Informationsanfrage.

MP22.3 Unterbruch Prüffrist

Meldung des Versicherers an den Leistungserbringer, dass die Prüffrist nicht eingehalten werden kann.

Mögliche Ergebnisse

EP21.1 Systemeinstufung akzeptiert

Die Systemeinstufung ist bestimmt und akzeptiert und kann für die Rechnungsstellung verwendet werden.

EP21.2 Systemeinstufung beanstandet

Die Systemeinstufung wurde vom Versicherer nicht akzeptiert. Die Beanstandung inkl. Begründung wurde dem Pflegeheim mitgeteilt.

SP21.3 Versicherer Entscheid anfechten

Die Systemeinstufung wurde vom Versicherer nicht akzeptiert und beanstandet. Dieser Entscheid wird vom Leistungserbringer nicht akzeptiert und muss aus Sicht Leistungserbringer überprüft werden.

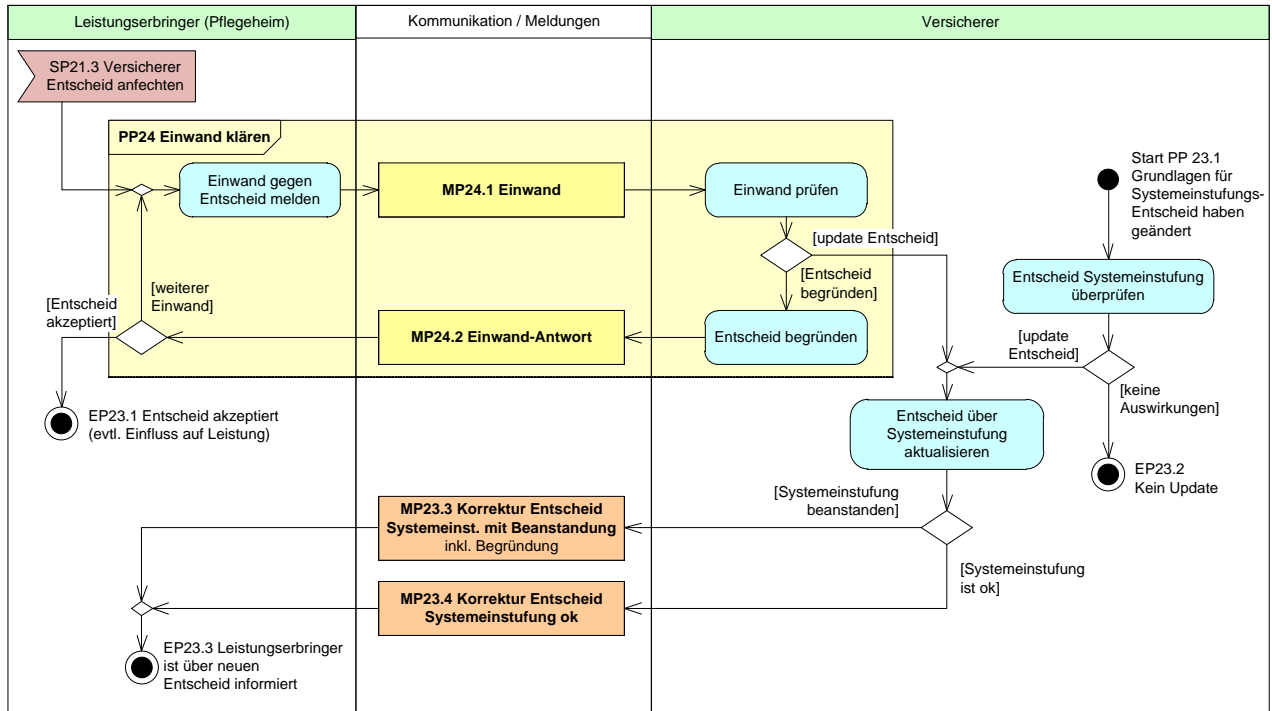
Der Einwand wird gemäss dem Prozess "PP23: Korrektur beim Versicherer Entschied prüfen und melden" gemeldet. (siehe Kapitel 4.3.2.2)

EP22.1 Leistungserbringer ist über den Unterbruch der Prüffrist informiert

Der Leistungserbringer ist vom Versicherer informiert, dass die vertraglich vereinbarte Prüffrist, wegen zusätzlichen Abklärungen, nicht eingehalten werden kann.

4.3.2.2 PP23: Korrektur beim Versicherer Entschied prüfen und melden

Abbildung 8: Ablauf PP23 Einwände oder geänderte Grundlagen zum Entschied prüfen und Korrekturen melden



Ablauf PP23

Der Leistungserbringer meldet einen Einwand gegen den "Entscheid mit Beanstandung" (siehe PP21 Systemeinstufung bestimmen und melden / SP21.3) dem Versicherer. Eine allfällige Klärung des Einwands zwischen Versicherer und Leistungserbringer erfolgt im Teilprozess "PP24 Einwand klären".

Das Resultat der "Einwand Klärung" ist entweder eine Aktualisierung des Entscheids durch den Versicherer oder der Leistungserbringer akzeptiert den Entscheid.

Bei einer Änderung bei den Voraussetzungen für einen bereits gefällten Entscheid, kann der Versicherer den Entscheid überprüfen und allfällige Korrekturen melden.

Mögliche Eintrittspunkte

SP21.3 KV Entscheid anfechten

Der Leistungserbringer ist mit dem "Entscheid mit Beanstandung" (MP21.4) nicht einverstanden und meldet seinen Einwand dem Versicherer.

PP23.1 Grundlagen für Systemeinstufungs-Entscheid haben geändert

Die Voraussetzungen für einen bereits gefällten Entscheid haben sich beim Versicherer verändert (z.B. Kündigung der Versicherung, Deckungsunterbruch, Anpassung der Versicherungsdeckung etc.), allfällige Auswirkungen auf den Entscheid sind zu prüfen.

Mögliche Meldungen

MP24.1 Einwand

Einwand des Leistungserbringers gegen den Entscheid des Versicherers.

MP24.2 Einwand Antwort

Antwort des Versicherers auf den Einwand, z.B. mit zusätzlichen Begründungen zum Entscheid.

MP23.3 Korrektur Entscheid Systemeinstufung mit Beanstandung

Korrektur eines bereits gefällten Entscheids. Der korrigierte Entscheid ist ein Entscheid mit Beanstandung.

MP23.4 Korrektur Entscheid Systemeinstufung ok

Korrektur eines bereits gefällten Entscheids. Der korrigierte Entscheid ist ok, d.h. der Versicherer ist mit der Bedarfsmeldung einverstanden.

Mögliche Ergebnisse**EP23.1 Entscheid akzeptiert**

Der Einwand des Leistungserbringers konnte mit dem Versicherer geklärt werden. Der Leistungserbringer akzeptiert den ursprünglichen Entscheid.

EP23.2 Kein update

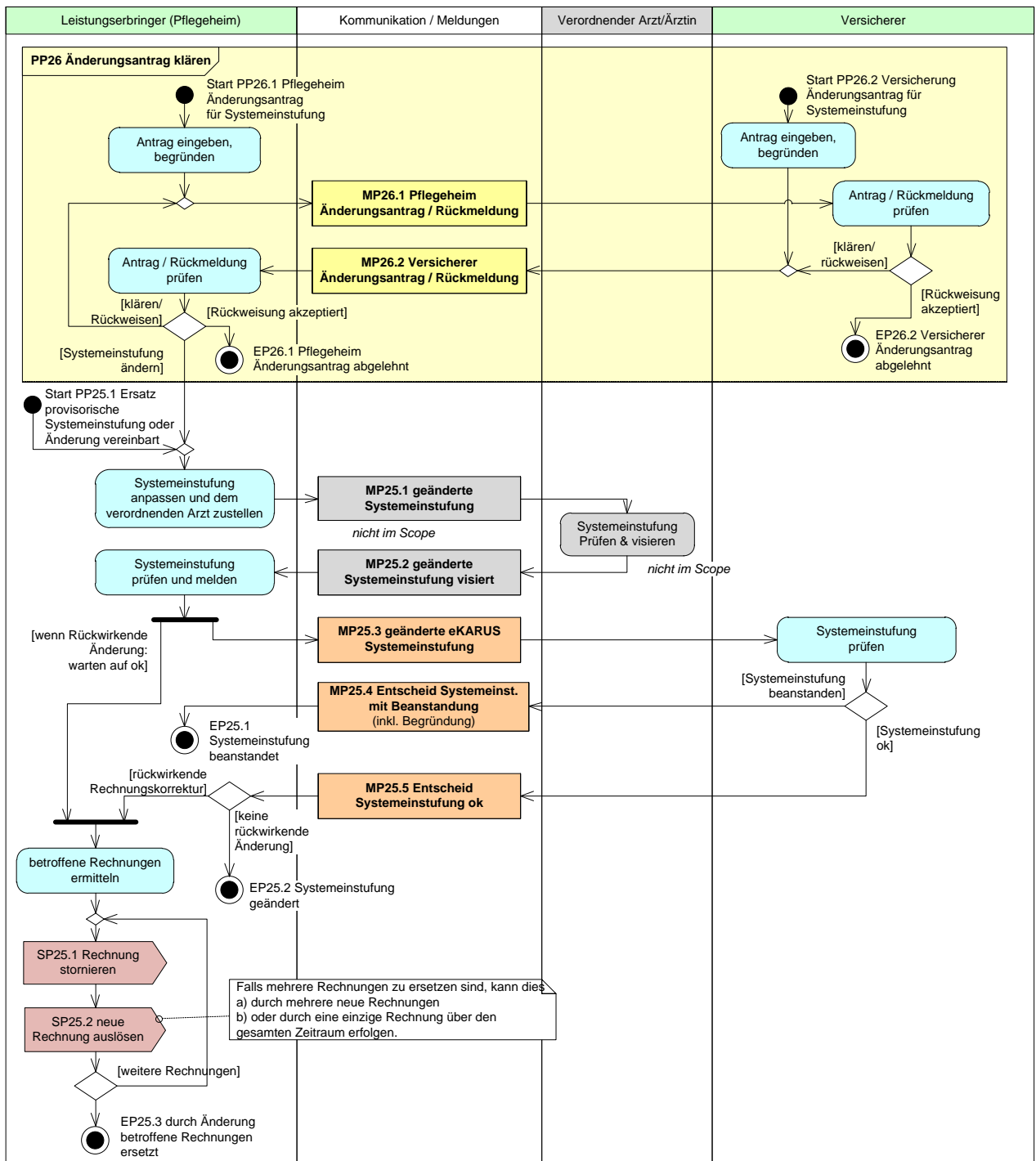
Der Versicherer hat die Systemeinstufung gegenüber den veränderten Voraussetzungen geprüft. Die Änderungen haben keine Auswirkungen auf den bereits gefällten Entscheid, d.h. es ist kein Update erforderlich.

EP23.3 Leistungserbringer ist über neuen Entscheid informiert

Aufgrund eines Einwands vom Leistungserbringer oder wegen veränderten Voraussetzungen beim Versicherer, hat der Versicherer die Systemeinstufung neu geprüft und den neuen Entscheid dem Leistungserbringer mitgeteilt.

4.3.2.3 PP25: Rückwirkende Änderung der Systemeinstufung

Abbildung 9: Ablauf PP25 Antrag für Änderung der Systemeinstufung und Rückwirkende Rechnungskorrektur



Ablauf PP25

Das Pflegeheim oder der Versicherer stellt einen Antrag zur Änderung der Systemeinstufung, z.B. aufgrund eines Pflegecontrollings oder eines Fehlers bei der Codierung.

Der Änderungsantrag und allfällige Differenzen werden im Teilprozess "PP26 Änderungsantrag klären" geklärt.

Allenfalls wird eine Rückweisung vom Versicherer (EP26.1) resp. vom Pflegeheim (EP26.2) akzeptiert.

Falls die Parteien mit dem Änderungsantrag einverstanden sind, wird die Systemeinstufung vom Pflegeheim angepasst, via verordnende Ärztin/ Arzt visiert und dem Versicherer zur Prüfung zugestellt (MP25.3).

Der Versicherer prüft die Systemeinstufung und meldet allfällige Beanstandungen (MP25.4) oder sein Einverständnis (PM25.5).

Falls bei einer rückwirkenden Änderung Rechnungen betroffen sind, werden diese storniert und es werden neue Rechnung(en) gestellt. (Siehe Beispiel 8 Seite 30)

Start PP25.1 Ersatz provisorische Systemeinstufung oder Änderung vereinbart

Ist eine provisorische Systemeinstufung zu ersetzen, oder ist der Ersatz bereits vereinbart, kann das Pflegeheim den Änderungsprozess direkt auslösen.

Mögliche Eintrittspunkte

PP25.1 Ersatz provisorische Systemeinstufung oder Änderung vereinbart

Eine provisorische Systemeinstufung ist zu ersetzen oder eine Änderung der Systemeinstufung wurde zwischen Pflegeheim und Versicherer vereinbart. (z.B. bei einem Pflegecontrolling) Die Änderung wird direkt vom Pflegeheim ausgelöst.

PP26.1 Pflegeheim Änderungsantrag für Systemeinstufung

Das Pflegeheim beantragt beim Versicherer eine Änderung der Systemeinstufung. (z.B. wegen eines Fehlers bei der Codierung)

PP26.2 Versicherung Änderungsantrag für Systemeinstufung

Der Versicherer beantragt beim Pflegeheim die nachträgliche Änderung einer bereits geprüften Systemeinstufung. (z.B. aufgrund eines Pflegecontrollings)

Mögliche Meldungen

MP25.1 geänderte Systemeinstufung (nicht im Projektscope)

Die geänderte Systemeinstufung, die durch den verordnenden Arzt/ Ärztin zu prüfen und zu visieren ist.

MP25.2 geänderte Systemeinstufung visiert (nicht im Projektscope)

Von Ärztin/ Arzt visierte Systemeinstufung.

MP25.3 geänderte eKARUS Systemeinstufung (inkl. Einstufungsdaten)

Elektronisch verarbeitbare Systemeinstufung zur Meldung des Pflegebedarfs.

MP25.4 Entscheid Systemeinstufung mit Beanstandung (inkl. Begründung)

Entscheid des Versicherers bei einer Beanstandung der gemeldeten Systemeinstufung.

MP25.5 Entscheid Systemeinstufung ok

Bestätigung des Versicherers, dass er mit der gemeldeten Systemeinstufung einverstanden ist.

Prozess PS26 - Änderungsantrag klären

MP26.1 Pflegeheim Änderungsantrag / Rückmeldung

Antrag des Pflegeheims zur Änderung einer Systemeinstufung oder Rückmeldung oder Rückweisung eines Antrags.

MP26.2 Versicherer Änderungsantrag / Rückmeldung

Antrag des Versicherers zur Änderung einer Systemeinstufung oder Rückmeldung oder Rückweisung eines Antrags.

Mögliche Ergebnisse

EP25.1 Systemeinstufung beanstandet

Die Systemeinstufung wurde geändert, die geänderte Systemeinstufung wurde vom Versicherer beanstandet.

EP25.2 Systemeinstufung geändert

Die Systemeinstufung wurde geändert und vom Versicherer akzeptiert. Die Änderung hat keine Auswirkungen auf erstellte Rechnungen.

EP25.3 Durch Änderung betroffene Rechnungen ersetzt

Die Systemeinstufung wurde geändert und vom Versicherer akzeptiert.
Alle dadurch betroffenen Rechnungen wurden storniert und durch neue Rechnungen ersetzt.

EP26.1 Pflegeheim Änderungsantrag abgelehnt

Der Änderungsantrag des Pflegeheims wurde vom Versicherer abgelehnt.

EP26.2 Versicherer Änderungsantrag abgelehnt

Der Änderungsantrag des Versicherers wurde vom Pflegeheim abgelehnt.

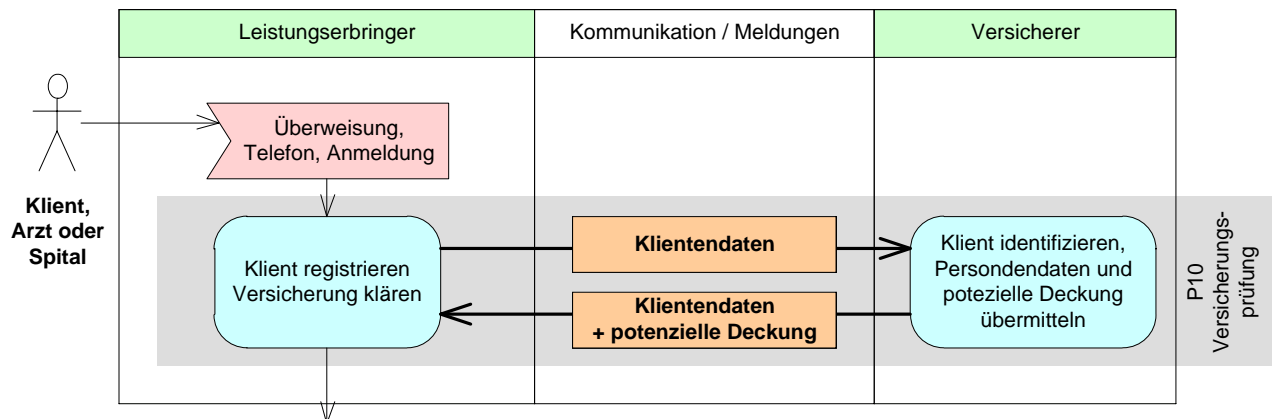
5 Gemeinsame Administrativprozesse

Dieses Kapitel definiert die elektronischen Prozessstandards zwischen Pflege-Leistungserbringer und Versicherer, die für alle Leistungserbringergruppen (d.h. Pflegeheim, Spitexorganisationen und Pflegefachpersonen) identisch sind.

Die gemeinsamen Prozesse sind

- P10 Versicherungsprüfung = gemeinsamer Prozess für PS10 und PP10
- P30 Leistungsverrechnung = gemeinsamer Prozess für PS30 und PP30

5.1 P10 Versicherungsprüfung



Ziel

- Der KVG und/oder VVG Versicherer für Klientin/ Klient ist dem Leistungserbringer bekannt und wurde gegenüber dem Versicherer verifiziert.
- Die potentiellen Versicherungsdeckungen (KVG und VVG) sind dem Leistungserbringer bekannt und können beim Leistungserbringer zur Planung verwendet werden.
- Die Klienten-Personendaten des Versicherers sind dem Leistungserbringer bekannt. Hinweis: Die Versicherten-Nr und SVN-Nr bilden die Grundlage für die weiteren administrativen Prozesse.

Funktionale Anforderungen

1. Beim Leistungserbringer wird die Klientin/ Klient meist vorgängig angemeldet und registriert.
Der Klient/ Klientin ist dabei normalerweise nicht persönlich anwesend. (d.h. kein Zugriff auf Versichertenkarte)
2. Der Leistungserbringer hat die Möglichkeit den zuständigen Versicherer abzuklären.
3. Für die Online-Abfrage der Versichertendaten und -deckung(en) ist die Versichertenkartenummer erforderlich (VVK Art. 15 Abs. 4).
Falls vertraglich vereinbart, ist auch eine Abfrage mit anderen Identifikationsmerkmalen möglich (siehe Anforderung I).
4. Als Antwort auf die Abfrage teilt der Versicherer dem Leistungserbringer die Administrativdaten und potenzielle(n) Versicherungsdeckung(en) des Klienten mit.
5. Bei einer Anfrage beim KVG-Versicherer werden die VVG Deckungen ebenfalls mitgeteilt, sofern die Person KVG und VVG beim identischen Versicherer versichert hat.
6. Der Versicherte hat via Versicherer die Möglichkeit, die Abfrage der Deckungen der Zusatzversicherungen (VVG) zu unterbinden. (VVK Art. 4 und Art. 15)
7. VVG Deckungsabfrage mittels VeKa-Nr.

- a. Der Leistungserbringer hat die Möglichkeit, VVG Deckungen für Leistungen, welche nicht beim Grundversicherer abgeschlossen sind, auf Basis der SVN anzufragen. Neben der SVN ist eine aktuell gültige Kartenummer mit gültiger Deckung mitzugeben.
 - b. Der VVG-Versicherer ermittelt die Gültigkeit der aktuellen Grundversicherung anhand der Kartenummer und Versicherungsnummer beim Grundversicherer. Ist die Grundversicherung gültig und falls vertraglich vereinbart, kann er die VVG Deckungsinformationen dem Leistungserbringer übermitteln.
8. Die Versicherungsprüfung kann beliebig oft wiederholt werden, um sicherzustellen, dass die Versicherung und die Klientendaten aktuell sind. (z.B. bei längerer Pflegedauer)
 9. Ist der Kunde nicht mehr beim angegebenen Versicherer versichert, kann der Versicherer in der Antwort den Nachversicherer angeben.

Nichtfunktionale Anforderungen

1. Verfügbarkeit des Abfragedienstes: 7 Tage * 24h

Anforderungen, die eine vertragliche Regelung erfordern (nicht abschliessend)

- I. Stehen die Versichertenkarteninformationen nicht oder unvollständig zur Verfügung, kann der Leistungserbringer eine Suche mittels zwingend definierten Identifikationsmerkmalen durchführen.
Die minimal notwendigen Identifikationsmerkmale sind vertraglich zu regeln.
Mögliche Identifikationsmerkmale:
 - a. SVN (AHV-Nr) + Name + Vorname + Geburtsdatum
 - b. Versicherten-Nr + Name + Vorname + Geburtsdatum
 - c. Name + Vorname + Geschlecht + Geburtsdatum + PLZ
- II. Bei einer Abfrage ohne Versichertenkartennummer ist vertraglich zu regeln, ob bei einer eindeutigen Kundenidentifikation zusätzlich zu den Personendaten auch gleichzeitig die Versicherungsdeckung(en) an den Leistungserbringer zu liefern sind.
- III. Die Freigabe für eine Bekanntgabe von VVG Deckungsinformationen muss vertraglich geregelt werden.
- IV. Die Kundenidentifikation beim Versicherer soll (falls möglich) auch über historisierte Daten erfolgen um auch eine automatische Identifikation z.B. bei einer alten Versicherungskartennummern oder Adresse zu ermöglichen.
- V. Bereitstellung der VVG Deckungen auf Basis einer gültigkeitsgeprüften via Grundversicherungsdeckung d.h. OKP Karten-Token.
(siehe Funktionale Anforderung Nr. 7)

Abgrenzungen / Einschränkungen

- a. Die Registrierung ist keine Vorbedingung für die nachfolgenden Prozesse P20 / P30.
- b. Einzelne Klientendaten (z.B. Wohnadresse) können beim Leistungserbringer aktueller sein als beim Versicherer. Über diesen Prozess erfolgt keine Aktualisierung der Stammdaten beim Versicherer.
- c. Die Versicherungsprüfung dient ausschliesslich der Registrierung und Klärung des zuständigen Versicherers. Sie ist explizit keine Zusage zur Deckung von Leistungen.
- d. Die vom Versicherer gelieferten Daten sind nur für den Abfragezeitpunkt gültig. Weiter gilt zu berücksichtigen, dass die Daten aufgrund von verarbeitungstechnischen Limitationen nur bedingt aktuell sind.
- e. Für EU Bürger und Ausländer ohne Versichertenkartennummer (impliziert Sozialversicherungsnummer) kann keine Abfrage durchgeführt werden.
Hinweis: Grenzgänger haben eine Versichertenkartennummer.

Voraussetzungen / Rahmenbedingungen

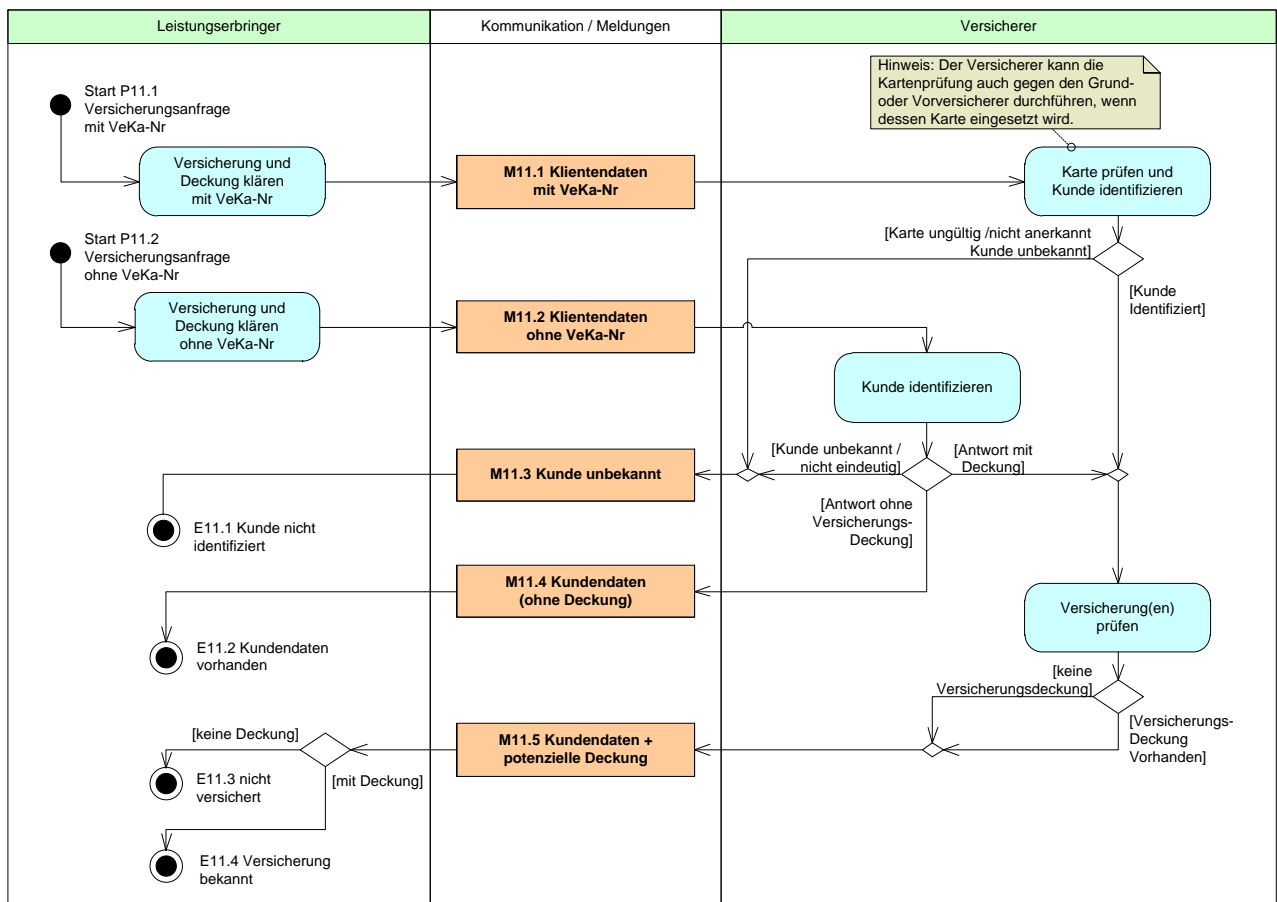
- Die Versicherer sind verpflichtet, ihren Kunden mit einer Grundversicherung eine Versichertenkarte abzugeben (VVK Art. 1). Diese Karte kann offline ausgelesen oder als Key mit „Token“ betrachtet werden. Der Key ist die Sozialversicherungsnummer, welche sich bei Leistungserbringern vermehrt als Klientenschlüssel etabliert. Das Token ist die Kartenummer, mittels welcher online der gültige Versicherer ermittelt werden kann.
- Für Zusatzversicherungen muss keine Versichertenkarte vorhanden sein. In der Zusatzversicherung kann jeder Versicherer entscheiden, ob seinen Kunden eine Versichertenkarte ausgestellt wird.

5.1.1 Prozess Ablauf und Varianten

Bei der Versicherungsprüfung sind folgende Varianten möglich

- P11.1 Identifikation mit Versichertenkartenummer (Normalfall)
Die Versichertenkartenummer ist dem Leistungserbringer bekannt und wird zur Identifikation der Klientin/ Klient verwendet.
- P11.2 Identifikation ohne Versichertenkarte, respektive Versichertenkartenummer
Die Versichertenkartenummer und der Versicherer ist dem Leistungserbringer 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.

5.1.1.1 P11 Versicherung prüfen



Ablauf P11

Zur Klärung der Versicherung macht der Leistungserbringer beim Versicherer eine Deckungsanfrage. Diese Anfrage erfolgt entweder mit der Angabe der Versichertenkartenummer (VeKa-Nr, M11.1) oder mit der Angabe von anderen

Personendaten (M11.2).

Der Versicherer prüft und identifiziert den Kunden. Wenn der Kunde unbekannt oder nicht eindeutig identifiziert werden kann, wird dies dem Leistungserbringer mitgeteilt (M11.3).

Bei der Anfrage ohne VeKa-Nr kann vertraglich vereinbart sein, dass nur die Kundendaten und keine Deckungsinformationen übermittelt werden (M11.4).

Wenn der Versicherer den Kunden eindeutig identifiziert hat und die Deckungsdaten zu übermitteln sind, übermittelt er die vorhandene Versicherungsdeckung und die Stammdaten des Kunden dem Leistungserbringer (M11.5)

Mögliche Eintrittspunkte

P11.1 Versicherungsanfrage mit VeKa-Nr.

Der Leistungserbringer kennt die Versichertenkarten-Nummer des Kunden und er prüft damit die Versicherung und die Versicherungsdeckung.

P11.2 Versicherungsanfrage ohne VeKa-Nr.

Der Leistungserbringer prüft die Versicherung und die Versicherungsdeckung des Kunden anhand von definierten Angaben zur Person. Die VeKa-Nr ist jedoch nicht bekannt

Mögliche Meldungen

M11.1 Klientendaten mit VeKa-Nr.

Anfrage des Leistungserbringers zur Versicherungsdeckung. Der Kunde ist mittels VeKa-Nr. identifiziert.

M11.2 Klientendaten ohne VeKa-Nr.

Anfrage des Leistungserbringers zur Versicherungsdeckung. Der Kunde ist mittels Angaben zur Person identifiziert, jedoch ohne VeKa-Nr.

M11.3 Kunde unbekannt

Meldung des Versicherers an den Leistungserbringer, dass der Kunde unbekannt oder nicht eindeutig identifizierbar ist.

M11.4 Kundendaten (ohne Deckung)

Übermittlung der Kundenstammdaten des Versicherers an den Leistungserbringer.

M11.5 Kundendaten und potenzielle Deckung

Übermittlung der Kundenstammdaten des Versicherers an den Leistungserbringer, inkl. der Angabe von allfällig vorhandenen Versicherungsdeckungen.

Mögliche Ergebnisse

E11.1 Kunde nicht identifiziert

Der Kunde konnte aufgrund der Angaben des Leistungserbringers beim Versicherer nicht eindeutig identifiziert werden (d.h. mehrere Treffer) oder ist unbekannt.

E11.2 Kundendaten vorhanden

Die Kundenstammdaten (Name, Adresse, SVN-Nr, VeKa-Nr, etc.) des Versicherers wurden dem Leistungserbringer übermittelt. Jedoch ohne Angaben zur Versicherungsdeckung.

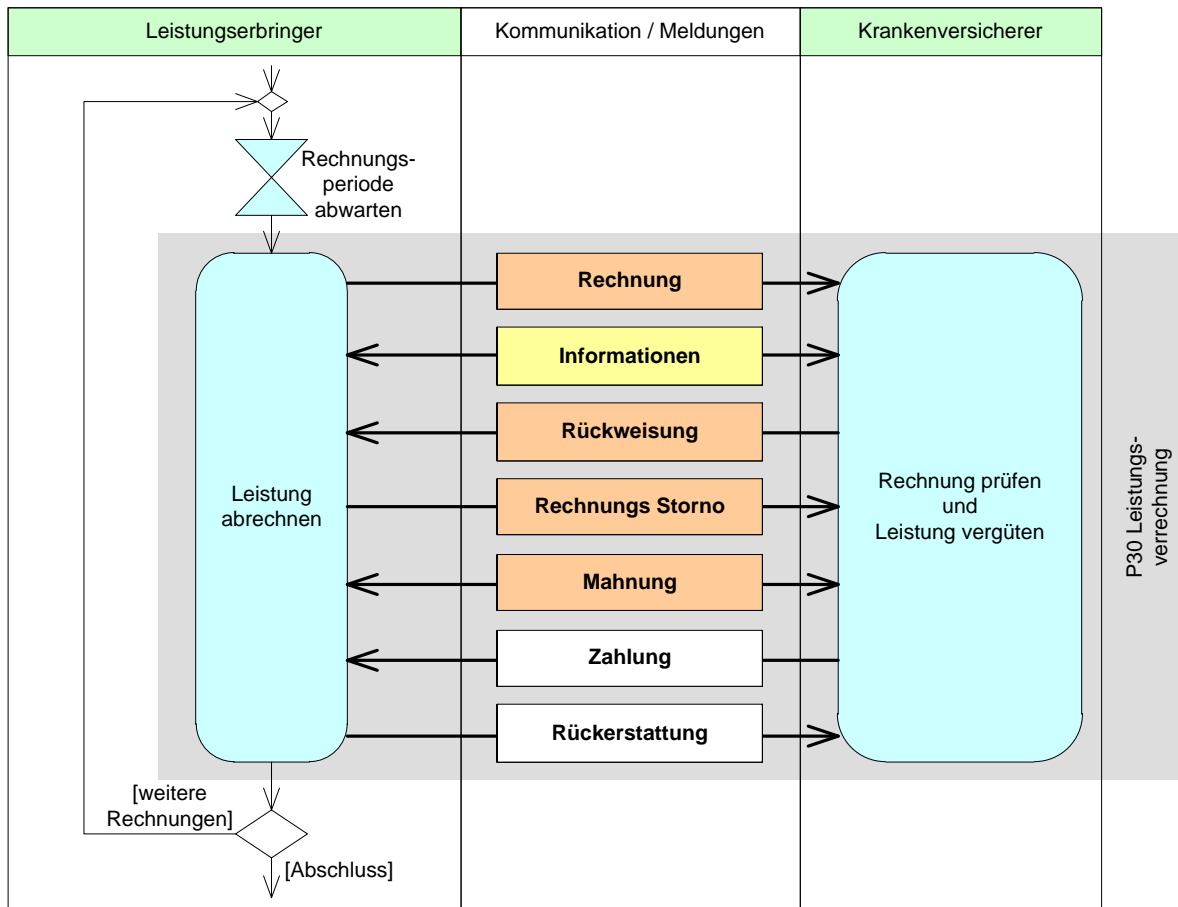
E11.3 nicht versichert

Die Kundenstammdaten des Versicherers wurden dem Leistungserbringer übermittelt. Zusätzlich wurde der Leistungserbringer informiert, dass für den Kunden keine Versicherungsdeckung vorhanden ist.

E11.4 Versicherung bekannt

Die Kundenstammdaten des Versicherten inkl. dessen Versicherungsdeckung wurden vom Versicherer dem Leistungserbringer übermittelt.

5.2 P30 Leistungsverrechnung



Ziele

- Die erbrachten Pflegeleistungen sind in Rechnung gestellt.
- Der Kostenträger hat die Rechnung geprüft und gemäss seiner Leistungspflicht bezahlt.

Funktionale Anforderungen

1. Leistungen werden gemäss den im Tarifkonzept [3] definierten Tarifen und Tarifziffern verrechnet.
2. Die Rechnungsstellung beinhaltet alle Informationen, die vom Versicherer für die gesetzlich übertragenen Pflichten (insbesondere der Prüfung und Berechnung ihrer Leistungspflicht und der Wirtschaftlichkeitskontrolle) benötigt werden.
3. Die Rechnungsstellung erfolgt getrennt pro beanspruchtem Gesetzeskontext (KVG, VVG, UVG, IV, MVG)
Hinweis: Änderungen beim Gesetzeskontext zwischen Bedarfsmeldung/ Systemeinstufung und Rechnung sind Einzelfälle. Die Handhabung ist beim Einzelfall zu klären.
4. Für detaillierte Abklärungen können vom Versicherer zusätzliche Unterlagen beim Leistungserbringer anfordern werden.
5. Bei Informationsanfragen vom Versicherer beim Leistungserbringer, wird die Zahlungsfrist um die Bearbeitungsdauer beim Leistungserbringer, zuzüglich eines Tages verlängert.
6. Die Korrektur von offenen oder bezahlten Rechnungen (KVG und VVG) erfolgt via Storno der alten Rechnung durch den Leistungserbringer und der Ausstellung einer neuen Rechnung.

7. Eine Rechnungsstornierung erfolgt immer durch den Leistungserbringer.
8. Rechnungen mit formalen Fehlern (d.h. eindeutiger Fehler, Rechnung kann ohne Korrektur nicht verarbeitet werden) werden durch den Kostenträger mit dem Nachweis aller identifizierten Fehler zurückgewiesen. Die möglichen Rückweisungsgründe sind in einer separaten Liste definiert.
9. Bei Rechnungen mit nicht eindeutigen Beanstandungen (d.h. kein eindeutiger Fehler und Rechnung könnte korrekt sein), sind die Differenzen zuerst mittels Informationsaustausch zu klären. Falls die Rechnung korrekt ist, ist diese abzurechnen, ansonsten erfolgt ein Storno durch den Leistungserbringer und evtl. eine neue Rechnung.
10. Bei Versicherungsverwechsel erfolgt ein Rechnungsabschluss auf den Übertrittzeitpunkt.
11. Eine Rechnung kann sich auf mehrere Bedarfsmeldungen/Systemeinstufungen beziehen und umgekehrt. (siehe Beispiel 2 Seite 14 resp. Beispiel 6 Seite 26).
12. Rechnungen für Kunden mit einem Leistungsaufschub gemäss KVG Art 64a (schwarze Liste), werden beim Versicherer pendent gehalten und der Leistungserbringer wird darüber informiert.
13. Der Versicherer kann bei einer falsch oder irrtümlich bezahlten Rechnung nachträglich eine Rechnungskorrektur verlangen. Die Korrektur wird mittels Informationsaustausch zwischen Versicherer und Leistungserbringer geklärt. Nach der gemeinsamen Klärung erfolgt ggf. ein Storno durch den Leistungserbringer.
14. Bei Uneinigkeit und falls möglich, kann eine Rechnung storniert und auf zwei Rechnungen aufgeteilt werden:
 - a. unbestrittener Rechnungsteil
 - b. bestrittener TeilTeilzahlungen sind nicht vorgesehen.

Anforderungen für Pflegeheim

15. Ohne gemeldete und akzeptierte Systemeinstufung können beim Pflegeheim keine Pflegeleistungen abgerechnet werden.
16. Pflegeleistungen und Zusatzleistungen werden auf einer Rechnung und als separate Rechnungspositionen verrechnet. Rahmenbedingungen: Tarifkonzept (Dokument [3]) und Anforderung 3.

Nichtfunktionale Anforderungen

1. Der Meldungsstandard muss flexibel sein und ein breites Spektrum von Anwendungsfällen zulassen.
Allfällige Einschränkungen/ Präzisierungen zwischen Vertragspartnern müssen vertraglich vereinbart werden.

Anforderungen, die eine vertragliche Regelung erfordern (nicht abschliessend)

- I. Tarifstruktur für VVG Leistungen
- II. Zahlungsfristen
- III. Verrechenbare Leistungen und die dafür zu verwendenden Tarife und Tarifizern gemäss Tarifkonzept [3]
- IV. Vertraglich zu vereinbarende Preise / Pauschalen

Abgrenzung / Einschränkungen

- a. Keine Teilzahlungen von Rechnungen oder Akonto-Rechnungen.
- b. Rechnungsstellung an Restfinanzierer
Die Rechnungsstellung an Restfinanzierer ist nicht im Projektscope.
- c. Der detaillierte Mahnprozess mit den Mahnstufen ist nicht im Scope dieses Dokuments.

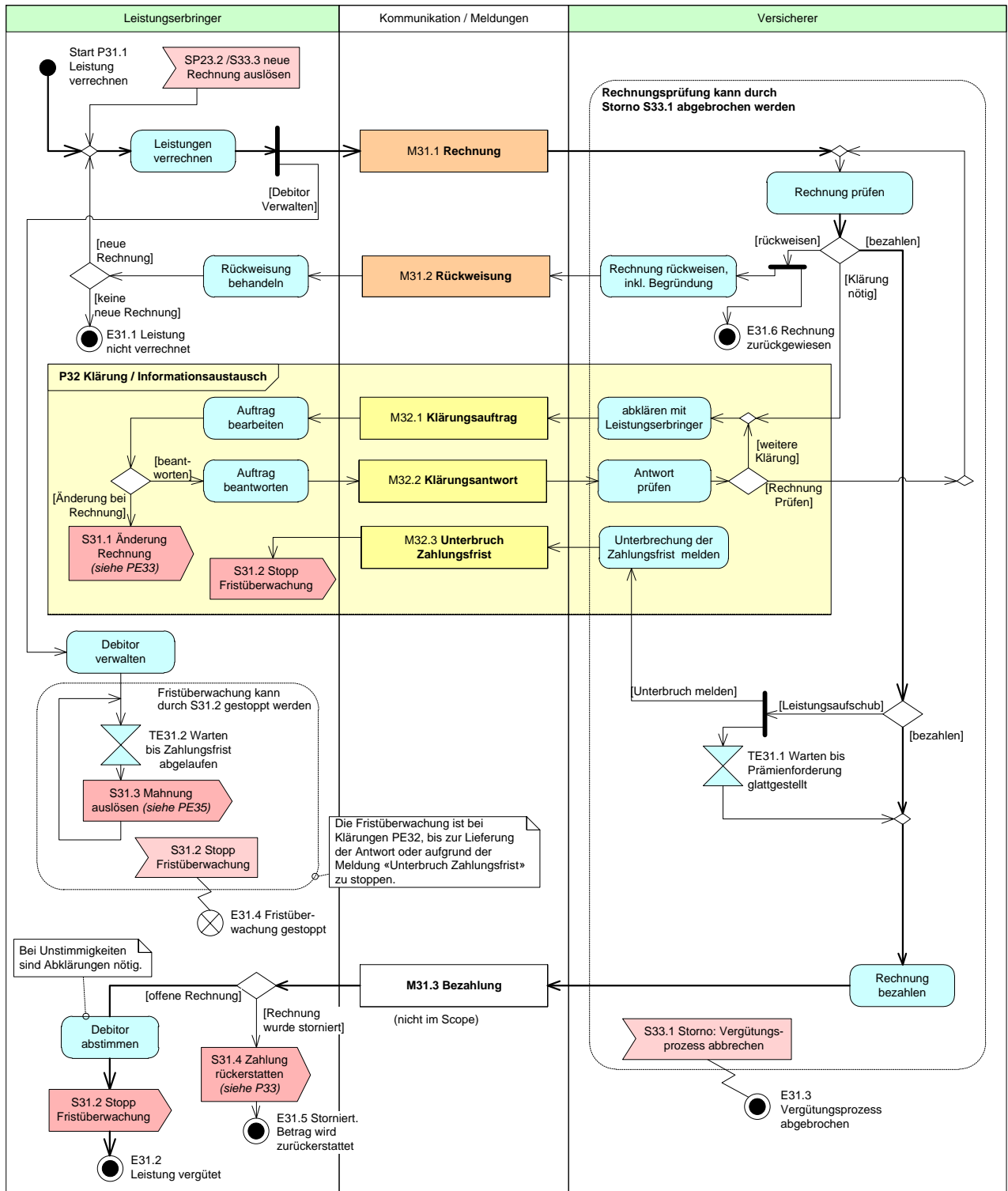
- d. Es gibt im Pflegebereich keine Falldefinition (d.h. auch keine Fall-Nummer wie im Spital)
- e. Wenn aus medizinischen und aus fachlicher Sicht keine klare Zuordnung der Leistungen zum relevanten Gesetzeskontext möglich ist, (siehe Anforderung 3 z.B. KVG und gleichzeitig UVG) werden die Leistungen über das hauptsächlich relevante Gesetz abgerechnet. (ATSG Art. 64)

5.2.1 Prozess Ablauf und Varianten

Bei der Leistungsverrechnung sind folgende Prozessvarianten möglich:

- **P31 Leistung verrechnen (*Detailprozess*)** (siehe Kapitel 5.2.1.1)
 - P32 Informationsaustausch für zusätzliche Abklärungen (*Subprozess von P31*)
- **P33 Rechnungskorrektur / Storno** (siehe Kapitel 5.2.1.2)
 - P34 Rechnungskorrektur klären
- **P35 Mahnung** (siehe Kapitel 5.2.1.3)

5.2.1.1 P31 Leistung verrechnen (Detailprozess)



Ablauf P31

Normalfall:

Die erbrachten Leistungen werden vom Leistungserbringer mit der Meldung "M31.1 Rechnung" in Rechnung gestellt. Die Zahlungsfrist wird überwacht (TE31.2).

Der Versicherer prüft die Rechnung und bezahlt den Rechnungsbetrags (M31.3).

Beim Leistungserbringer werden mit dem Zahlungseingang die Debitoren abgestimmt und die Fristüberwachung gestoppt.

Spezialfälle

- **Rückweisung bei Fehlern (M31.2)**
Bei Rechnungsfehlern wird die Rechnung zurückgewiesen (M31.2).
Für den Versicherten ist die Rechnung erledigt. Falls nötig muss der Leistungserbringer eine neue, korrigierte Rechnung stellen.
Hinweis: Rückweisungen sind möglichst zu vermeiden. Unstimmigkeiten sind via Prozess P32 zu klären.
- **Klärung / Informationsaustausch (P32)**
Bei Unklarheiten bei der Rechnungsprüfung, oder falls zusätzliche Informationen benötigt werden, erfolgt ein Informationsaustausch für die Klärung (P32).
Falls eine Korrektur der Rechnung nötig ist, wird die Korrektur durch den Leistungserbringer ausgelöst (S31.1) (Storno und neue Rechnung)
- **Unterbruch Zahlungsfrist (M32.3)**
Falls die Zahlungsfrist wegen Abklärungen oder Leistungsaufschub nicht eingehalten werden kann, wird dies dem Leistungserbringer mitgeteilt. Die Meldung unterbricht die Überwachung der Zahlungsfrist d.h. Mahnstopp.
- **Abbruch der Rechnungsprüfung durch Storno (S33.1)**
Der Storno einer Rechnung (siehe "P33 Rechnungskorrektur / Storno" mit S33.1) bricht eine laufende Rechnungsprüfung ab (Ende E31.3)
- **Zahlung Rückerstatten bei stornierter Rechnung (S31.4 und E31.5)**
Falls sich die Bezahlung der Rechnung (M31.3) und ein Rechnungsstorno zeitlich überschneiden, wird der Betrag zurückerstattet. (S31.4 siehe "P33 Rechnungskorrektur / Storno").

Mögliche Eintrittspunkte

P31.1 Leistung verrechnen

Der Leistungserbringer hat Leistungen die mit dem Versicherten abzurechnen sind.

SP23.2 neue Rechnung auslösen

Im Prozess "PP25: Rückwirkende Änderung der Systemeinstufung" (Seite 36) wurde eine Rechnung storniert und die Rechnung muss durch eine neue Rechnung ersetzt werden.

Mögliche Meldungen

M31.1 Rechnung

Elektronische Rechnung für die erbrachten Leistungen.

M31.2 Rückweisung

Rückweisung der Rechnung durch den Versicherten, aufgrund eines formalen Fehlers.

M31.3 Bezahlung (*nicht im Scope*)

Überweisung des Rechnungsbetrags.

M32.1 Klärungsauftrag

Meldung vom Versicherten an den Leistungserbringer, zur Klärung von Unstimmigkeiten oder zur Anfrage nach zusätzlichen Informationen.

M32.2 Klärungsantwort

Rückmeldung und /oder Lieferung von Informationen für die Rechnungsprüfung

M32.3 Unterbruch Zahlungsfrist

Mitteilung des Versicherten, dass die Zahlungsfrist nicht eingehalten werden kann.

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

Die Rechnung wurde zurückgewiesen und die Leistung wird nicht verrechnet.

E31.2 Leistung vergütet

Die Rechnung wurde bezahlt

E31.3 Vergütungsprozess abgebrochen

Die Rechnung wurde storniert und der Vergütungsprozess beim Leistungserbringer abgebrochen.

E31.4 Fristüberwachung gestoppt

Die Überwachung der Zahlungsfrist wurde beim Leistungserbringer gestoppt oder angepasst.

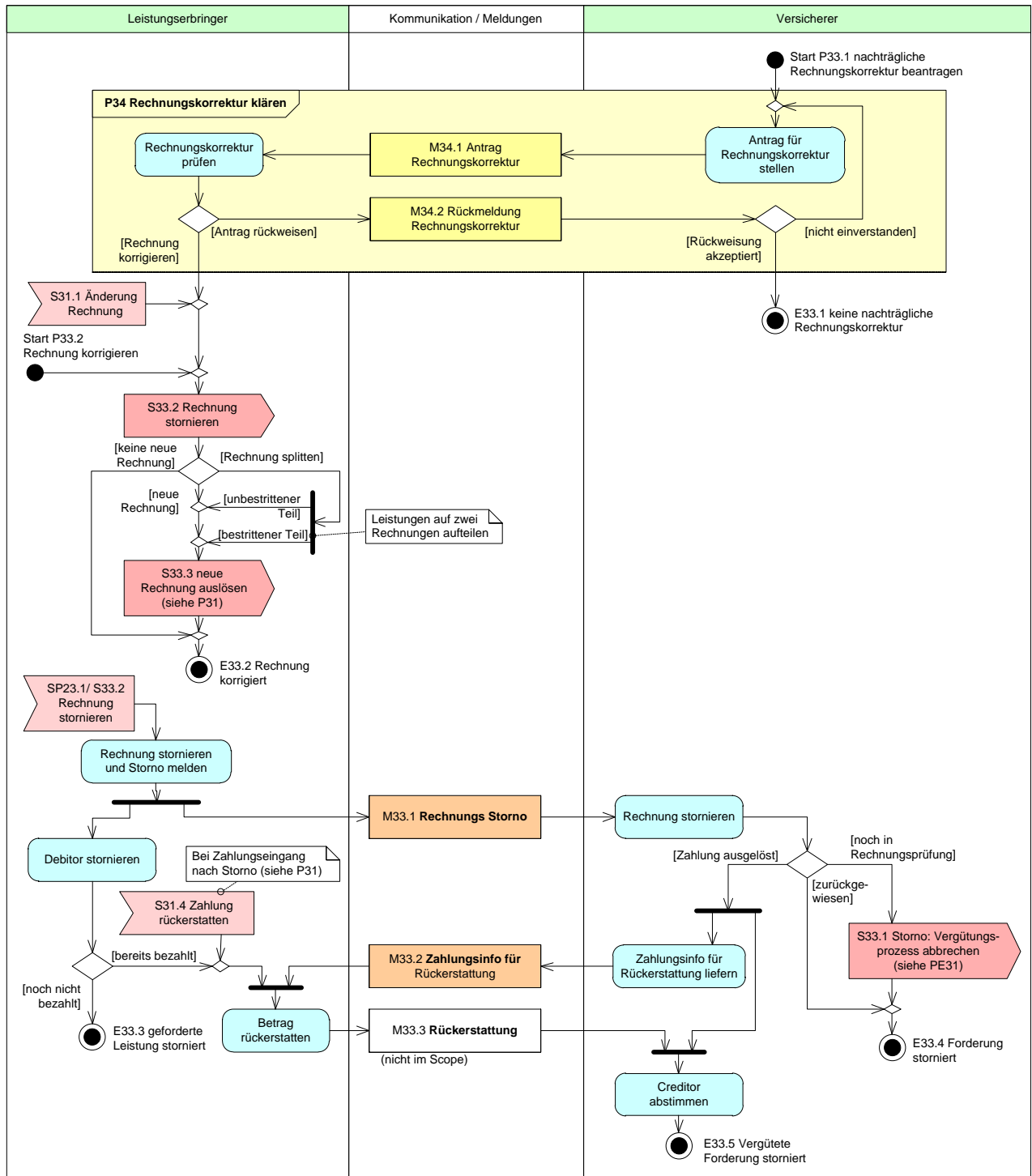
E31.5 Storniert, Betrag wird zurückerstattet

Eine bereits stornierte Rechnung wurde bezahlt und die Rückerstattung des Betrags wurde ausgelöst.

E31.6 Rechnung zurückgewiesen

Der Versicherer hat die Rechnung zurückgewiesen und bei sich abgeschlossen.

5.2.1.2 P33 Rechnungskorrektur / Storno



Ablauf

Falls vom Krankenversicherer eine nachträgliche Rechnungskorrektur verlangt wird (P33.1), wird die beantragte Änderung mit dem Leistungserbringer geklärt (P34).

Eine Stornierung (S33.2) einer Rechnung kann ausgelöst werden durch:

- einen Antrag zur nachträglichen Rechnungskorrektur (aus Prozess P34)
- eine Korrektur, die bei der Rechnungsprüfung festgestellt wurde (S31.1 aus Prozess P31)
- direkt durch den Leistungserbringer, falls er einen Fehler feststellt (Start P33.2)

Nach der Stornierung kann, falls nötig eine neue, korrigierte Rechnung ausgelöst werden (S33.3). Bei Unstimmigkeiten und falls möglich, können die Leistungen auch auf zwei Rechnungen aufgeteilt werden.

S33.2 Rechnung stornieren

Ein Storno wird immer durch den Leistungserbringer ausgelöst und dem Versicherer mittels Meldung M33.1 mitgeteilt.

Bei einer noch nicht bezahlten Rechnung wird der Vergütungsprozess beim Leistungserbringer abgebrochen (S33.1).

Bei einer bereits bezahlten Rechnung liefert der Versicherer die Zahlungsinformationen für die Rückerstattung (M33.2) und der Rechnungsbetrag wird zurückerstattet (M33.2). Eine Rückerstattung erfolgt auch, falls sich die Bezahlung (M31.3 im Prozess P31) und die Stornomeldung überschneiden (S31.4 aus dem Prozess P31)

Mögliche Eintrittspunkte

P33.1 nachträgliche Rechnungskorrektur beantragen

Der Versicherer beantragt nachträglich (d.h. nach der Bezahlung) eine Korrektur der Rechnung.

P33.2 Rechnung korrigieren

Der Leistungserbringer korrigiert eine zugestellte und evtl. bereits bezahlte Rechnung.

S31.1 Änderung Rechnung

Im Prozess P31 Leistung verrechnen (*Detailprozess*) wurde vom Leistungserbringer eine Änderung der Rechnung ausgelöst.

SP23.1/S33.2 Rechnung stornieren

Der Leistungserbringer storniert die Rechnung. Falls diese bereits bezahlt wurde, ist der Betrag zurückzuerstatten.

Mögliche Meldungen

M34.1 Antrag Rechnungskorrektur

Antrag des Versicherers für eine nachträgliche Korrektur der Rechnung.

M34.2 Rückmeldung Rechnungskorrektur

Rückmeldung des Leistungserbringers zum Änderungsantrag.

M33.1 Rechnungs Storno

Meldung an den Versicherer, dass die Rechnung storniert wurde.

M33.2 Zahlungsinfo für Rückerstattung

Meldung des Versicherers an den Leistungserbringer mit den Angaben (Konto, ESR-Nr.) für die Rückerstattung des Rechnungsbetrags.

M33.3 Rückerstattung

Rückerstattung des Rechnungsbetrags.

Mögliche Ergebnisse

E33.1 keine nachträgliche Rechnungskorrektur

Die Rechnung wird nicht korrigiert

E33.2 Rechnung korrigiert

Eine Rechnung wurde storniert und falls notwendig ersetzt.

E33.3 geforderte Leistung storniert

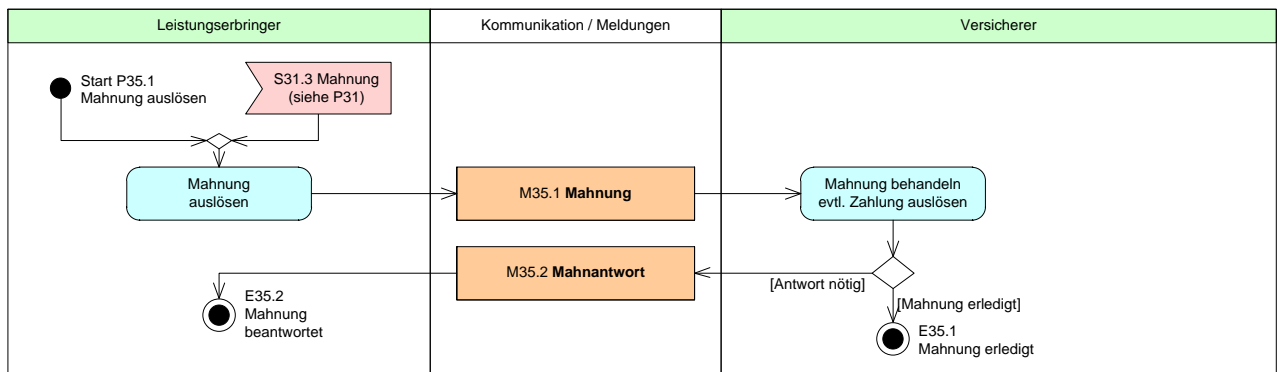
Die Rechnung wurde beim Leistungserbringer storniert und der Versicherer informiert.

E33.4 Forderung storniert

Die Rechnung wurde beim Versicherer storniert.

E33.5 Vergütete Forderung storniert

Eine bereits bezahlte Rechnung wurde storniert und der Rechnungsbetrag zurückerstattet.

5.2.1.3 P35 Mahnung**Ablauf**

Der Leistungserbringer löst eine Mahnung für die Bezahlung einer offenen Rechnung aus. Der Versicherer behandelt die Mahnung, löst evtl. die geforderte Zahlung aus oder beantwortet die Mahnung.

Mögliche Eintrittspunkte**P35.1 Mahnung auslösen**

Der Leistungserbringer löst eine Mahnung aus.

S31.3 Mahnung

Im Prozess "P31 Leistung verrechnen (*Detailprozess*)" wurde aus der Fristüberwachung eine Mahnung ausgelöst.

Mögliche Meldungen**M35.1 Mahnung**

Mahnung zur Bezahlung einer Rechnung.

M35.2 Mahnantwort

Antwort des Versicherers auf eine Mahnung. (z.B. dass Rechnung bereits bezahlt wurde oder Grund für Zahlungsverzug)

Mögliche Ergebnisse**E35.1 Mahnung erledigt**

Die Mahnung wurde vom Versicherer behandelt und ist erledigt.

E35.2 Mahnung beantwortet

Die Mahnung wurde vom Versicherer beantwortet mit allfälligen Begründungen.