

TarifDesign

Wegleitung zur elektronischen Rechnungsstellung für stationäre Leistungen VVG

Version	1.1
Datum	September 2023
Klassifizierung	Öffentlich

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl uneingeschränkt für beiderlei Geschlechter

Änderungsübersicht

Datum	Version	Autor	Bemerkung
29.6.2023	1.0	TarifDesign (Reto Blunski)	Initialversion
7.7.2023	1.01	TarifDesign (Reto Blunski)	Fehlerkorrektur in 5.2.4
26.9.2023	1.1	TarifDesign (Reto Blunski)	Ergänzungen Kapitel 6 Geringfügige Präzisionen

Inhaltsverzeichnis

1	Ziele	4
2	Grundlagen, Abgrenzung und Rahmenbedingungen	5
2.1	Bestehende Dokumente und Grundlagen	5
2.2	Abgrenzung	5
2.3	Im Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer zu vereinbarende Punkte	6
3	Grundsätze	8
3.1	Anwendbarkeit	8
3.2	Vertragshoheit	8
3.3	Fallzusammenführung / Fallbegriff	8
4	Strukturierte Datenlieferung - Rechnungskopf	10
4.1	Element «body»	10
4.2	Element «body/tiers_payant»	10
4.3	Element «vvg»	12
4.4	Element Behandlung «treatment»	12
4.5	Element «treatment/xtra_hospital/stationary»	13
5	Strukturierte Datenlieferung - Detailpositionen	15
5.1	Zugelassene Tarife	15
5.2	Tarif 930 – Spezielle Hinweise zur Verwendung	16
5.3	Arztinformationen	20
5.4	Lieferung der OKP-Informationen	23
5.5	Reihenfolge der Detailpositionen	24
5.6	Umgang mit Abwesenheiten	24
5.7	Rundungsregeln	25
6	Spezialfälle	26
6.1	Änderung der OKP-Codierung nach Rechnungsstellung VVG	26
6.2	Verlegungen	26
6.3	Wiedereintritte	26
6.4	Behandlungsklassenwechsel A <-> HP <-> P während Fall	26
6.5	Jahresübergreifende Aufenthalte	27
6.6	Nicht vollständig erbrachte Kern-Leistungen	27
6.7	Unter/Überversicherung	28

6.8	Urlaub	28
6.9	Rabatte	28
6.10	Zwischenrechnung/Akonto	29

1 Ziele

- Vereinheitlichung der elektronischen Rechnungsstellung für Heilungskosten-Leistungen, die von stationären Leistungserbringern im VVG ergänzend zur OKP (Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie) erbracht werden.
- Erstellung einer dokumentierten, klaren Spezifikation, auf die sich sowohl Leistungserbringer bei der Rechnungsstellung VVG stationär als auch Kostenträger bei der Prüfung der stationären VVG-Rechnung stützen können.
- Klärung aller Interpretationsfragen und Details zur Rechnungsstellung VVG stationär.
- Konformität mit dem Branchen-Framework SVV und den Anforderungen gemäss «Pflichtenheft Rechnungsstellung» aus der AG 3 des SVV-Projekts.
- Wo immer möglich und sinnvoll: Konformität und Kompatibilität mit Regeln und Definitionen aus den relevanten OKP-Standards (SwissDRG, ST Reha, TARPSY) sicherstellen.
- Aufzeigen der Lösungen für konkrete VVG-Abrechnungsfälle mittels Beispielen.

2 Grundlagen, Abgrenzung und Rahmenbedingungen

2.1 Bestehende Dokumente und Grundlagen

- Branchen-Framework SVV
[Branchen-Framework zu «Mehrleistungen VVG» | SVV](#)
- Branchen-Framework SVV Zusatz: Ärztliche Mehrleistungen
https://www.svv.ch/sites/default/files/2021-11/20211113_SVV_Folgeprojekt%20Mehrleistungen%20VVG_Zusatzdokument_Final_DE.pdf
- Pflichtenheft Rechnungsstellung SVV
- SwissDRG und TARPSY: Regeln und Definitionen
[Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY](#)
- ST Reha: Regeln und Definitionen
[Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha](#)
- Forum Datenaustausch, Rechnung 4.5 Generelle Rechnung
[Forum Datenaustausch: Rechnung 4.5 \(forum-datenaustausch.ch\)](#)
- Bestehende Leitfäden zur elektronischen Rechnungsstellung
 - TarifDesign: Leitfaden zur Rechnungsstellung von Pflegeleistungen:
<https://www.sasis.ch/de/Entry/DocumentEintrag/DocumentFile?documentId=68210>
 - TarifDesign: Leitfaden zur Rechnungsstellung von Zwischen- bzw. Akontorechnungen stationäre Spitalfälle
<https://www.sasis.ch/de/Entry/DocumentEintrag/DocumentFile?documentId=72394>
- Konformitätskriterien aus dem SVV-Projekt

2.2 Abgrenzung

Dieses Dokument behandelt explizit keine Fragen zu:

- Rechnungsstellung bei ambulanter Leistungserbringung:
Wird durch TARMED, TARDOC usw. abgedeckt
- Rechnungsstellung für die OKP stationär:
Wird durch SwissDRG, TARPSY und ST Reha abgedeckt
- FINMA-Konformität von VVG-Verträgen und verwendeten Tarifmodellen
- Zu ergreifende Sanktionen, wenn die Regelungen in dieser Wegleitung nicht eingehalten werden. Wenn eine Rechnung eintrifft, welche nicht den Anweisungen dieser Wegleitung entspricht, liegt es im Ermessen jeder einzelnen Versicherung zu entscheiden, ob diese trotzdem bezahlt oder zurückgewiesen wird.

2.3 Im Vertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer zu vereinbarenden Punkten

Um eine möglichst effiziente Rechnungsstellung zu ermöglichen, wird empfohlen folgende Punkte im VVG-Vertrag zwischen Versicherung und Leistungserbringer zu definieren:

Vertragspunkt	Bemerkung
Verweis auf diese Wegleitung	Es wird empfohlen in VVG-Verträgen festzuhalten, dass gemäss den Regelungen in der aktuellen Version dieses Wegleitungs-Dokumentes Rechnung gestellt werden soll (mittels Verweis auf diese Wegleitung).
Transparenz-, Dokumentations- und Nachweispflichten des Leistungserbringers	Die aus dem Branchen-Framework und den SVV-Konformitätskriterien resultierenden Transparenz-, Dokumentations- und Nachweispflichten des Leistungserbringers sollen im VVG-Vertrag festgehalten werden. Insbesondere relevant für die Rechnungsstellung ist die Lieferung von folgenden Informationen auf der Rechnung: <ul style="list-style-type: none"> - GLN und Name des fallführenden Arztes (siehe Abschnitte 5.3.1 und 5.3.2) - OKP-Informationen zur aktuellen VVG-Rechnung (siehe Abschnitt 5.4)
Rechnungsstellung elektronisch im Verfahren Tiers Payant mit Kopie an Patienten	Grundsätzliche Regelung für Rechnungsstellung elektronisch im Tiers Payant und allfällige Regelung, dass der Leistungserbringer verantwortlich ist für die Zustellung der Kopie an den Patienten. (Dies ist im VVG sonst nirgends definiert, die existierende KVG-Regelung ist nicht relevant fürs VVG.)
ZSR-Nummer(n) und Standort-GLNs	Pro Standort des stationären Leistungserbringers soll im Vertrag aufgelistet werden, mit welcher ZSR-Nummer und welcher Standort-GLN Rechnung gestellt wird.
Tarifziffern	Zu verwendende Tarifziffern zur Rechnungsstellung VVG
Regelung zur Fallzusammenführung	Es soll vertraglich festgehalten werden, wie im VVG Fälle zusammengeführt werden. Es wird empfohlen, auch für VVG-Fälle die Fallzusammenführungs-Regeln aus der OKP anzuwenden (gemäss SwissDRG, TARPSY und ST Reha).
Single Invoice und Fallnummern	Wenn immer möglich soll das Prinzip «Single Invoice» vertraglich vereinbart werden. In Fällen, wo dieses Prinzip nicht befolgt werden kann, soll eine klare Regelung zur Lieferung von einheitlichen Fallnummern (@acid, @case_id) getroffen werden (siehe Kapitel 3.3.2).

Umgang mit Tagespauschalen bei Austrittstag mit Verlegung, usw.

Die Regelungen, in welchen Fällen der Austrittstag wie genau verrechenbar oder nicht verrechenbar ist, müssen vertraglich festgehalten werden. Es bestehen dazu keine allgemein gültigen Richtlinien.

3 Grundsätze

3.1 Anwendbarkeit

Die in diesem Dokument spezifizierten Präzisierungen zur Rechnungsstellung sind in Fällen anzuwenden, bei denen alle folgenden Bedingungen zutreffen

- Rechnungsstellung von stationären Leistungserbringern in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie für stationäre Behandlungen zuhanden der Zusatzversicherung im Verfahren Tiers Payant
- für die Rechnungsstellung von Leistungen ergänzend zur OKP, für welche beim adressierten Kostenträger eine Deckung nach VVG vorhanden ist, aus der die Kosten übernommen werden.
- wenn vertraglich zwischen dem Leistungserbringer und der Versicherung eine Rechnungsstellung im Verfahren «Tiers Payant» mittels elektronischer Datenübermittlung nach dem jeweils aktuellen Standard «General Invoice» des Forum Datenaustausch (zurzeit Version 4.5) vereinbart ist.
- wenn der allfällig vertraglich vereinbarte Prozess zur Kostensicherung/Kostengutsprache vorgängig durchgeführt wurde oder für den spezifischen Fall gemäss dem relevanten Vertrag nicht notwendig ist.

Wenn auf dem Papierweg Rechnung gestellt wird, im Verfahren Tiers Payant oder Tiers Garant, sollen die Regelungen in diesem Dokument sinngemäss zur Anwendung kommen.

3.2 Vertragshoheit

Für die direkte Rechnungsstellung nach VVG für stationäre Leistungen im Verfahren Tiers Payant ist immer zwingend eine vertragliche Vereinbarung zwischen Leistungserbringer und Kostenträger notwendig.

Bei Widersprüchen zwischen VVG-Vertrag und den Anweisungen in dieser Wegleitung sind immer die Bestimmungen aus dem VVG-Vertrag bestimmend.

3.3 Fallzusammenführung / Fallbegriff

3.3.1 Zeitliche Fallzusammenführung analog OKP SwissDRG/ST Reha/TARPSY

Falls vertraglich keine explizit widersprechenden Vereinbarungen vorliegen, sind für die Rechnungsstellung VVG stationär die Falldefinitionen der bei Austrittsdatum national gültigen Tarifstruktur (SwissDRG, ST Reha, TARPSY) massgebend. Der Fallbegriff und die Fallzusammenführungsregelungen aus der OKP gelten somit auch für die zugehörigen VVG-Rechnungen. Das heisst für die Rechnungsstellung VVG stationär, dass beispielsweise zwei Eintritte genau dann und nur dann zu einem Fall zusammengeführt werden, wenn dies im OKP ebenfalls geschieht (vgl. Dokumente «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung» der SwissDRG AG).

Wenn zwei Fälle nach erfolgter VVG-Rechnungsstellung zu einem Fall zusammengeführt werden, beispielsweise aufgrund einer OKP-Beanstandung, und dies zu einer Korrektur der relevanten OKP-Rechnungen führt, dann sind die entsprechenden VVG-Rechnungen analog zu korrigieren.

Es wird empfohlen diese Regelung zum Fallbegriff vertraglich festzuhalten. Vor allem wenn BaseRate-basierende Tarifiziffern und Fallpauschalen eingesetzt werden, ist eine Regelung der Fallzusammenführung des VVG-Falles wichtig (z.B. bei Verrechnung von ärztlichen Mehrleistungen, der ausserkantonalen Spitalwahl oder der freien Spitalwahl Vertragsspital).

3.3.2 Single Invoice – Rechnungen von Belegärzten

Grundsätzlich wird erwartet, dass das Prinzip «Single Invoice» befolgt wird und dieses in den VVG-Verträgen verbindlich vereinbart wird:

Single Invoice: *Alle VVG-Leistungen eines stationären Falles inklusive aller dazugehörigen stationären Leistungen der beteiligten angestellten Ärzte und Belegärzte werden vom stationären Leistungserbringer auf einer einzigen VVG-Rechnung in Rechnung gestellt.*

Jegliches Abweichen von diesem Prinzip ist vertraglich zu regeln, diese Wegleitung macht dazu keine Vorgaben zur Rechnungsstellung.

4 Strukturierte Datenlieferung - Rechnungskopf

Für alle in den folgenden Abschnitten beschriebenen Datenelemente gelten grundsätzlich die Spezifikation und Regeln aus dem aktuellen Standard «General Invoice» des Forum Datenaustausch (aktuell V4.5). Die Spezifikationen im Schema (xsd) des Forums Datenaustausch sind immer zwingend einzuhalten, alle gelieferten XML-Dokumente müssen daher immer sowohl «well-formed» als auch «valid» gegenüber dem Schema sein.

Die folgenden Spezifikationen beschränken sich auf Präzisierungen von Elementen und Attributen, für welche aus dem Standard nicht klar abgeleitet werden kann, welche Werte wann genau wie geliefert werden müssen. Dieses Dokument enthält darum nicht die Gesamtheit aller zu liefernden Elemente und Attribute.

Für im Standard zwingende Elemente und Attribute, die im nachfolgenden für die in diesem Dokument relevanten Rechnungen als irrelevant («ignored») bezeichnet sind, sind sinnvolle Default-Werte zu liefern, sodass das XML-Dokument trotzdem «valid» ist.

4.1 Element «body»

@role	«hospital» fixer Wert (auch für Rehabilitation/Psychiatrie)
@place	«hospital» fixer Wert (auch für Rehabilitation/Psychiatrie)

4.2 Element «body/tiers_payant»

biller	Bezeichnet die natürliche oder juristische Person, welche die Rechnung stellt. Wichtig: «biller» ist meistens aber nicht zwingend immer identisch mit «//esrQR/creditor». Im Element «biller» wird eingetragen, wer die Rechnung stellt, im Feld «//esrQR/creditor» aber muss zwingend immer der Name und Ort des Inhabers des Bankkontos stehen, auf das die IBAN auf der QR-Rechnung lautet.
biller/@ean_party	GLN-Nummer des Rechnungsstellers gemäss RefData
biller/@zsr	Falls die rechnungsstellende Entität eine ZSR-Nummer hat, ist diese hier zu liefern, ansonsten nicht liefern, da optionales Feld im Standard.
biller/@speciality	«ignored»: der Inhalt des Feldes wird ignoriert
biller/@uid_number	«ignored»: Optional lieferbar Unternehmens-Identifikationsnummer UID des rechnungsstellenden Unternehmens
biller/(company person)/address/	analog OKP zu befallen, keine speziellen Anforderungen für VVG-Rechnungen
referrer	«ignoriert» im Kontext VVG stationär

debitor	«ignoriert» (aber zwingend zu liefern gemäss Standard): im Kontext VVG Stationär -> Kopie der Informationen aus dem Tag insurance
provider	«zwingend» Leistungserbringer und relevanter Standort des Leistungserbringers, der die Leistung erbracht hat.
provider/@zsr	«Zwingend» zu liefern. Identifiziert den Leistungserbringer mittels ZSR-Nummer aus der ZSR-Datenbank der SASIS AG. Im Vertrag wird definiert, für welchen Leistungserbringer und welche VVG-Leistungen bei welchem Standort welche ZSR-Nummer in der Rechnungsstellung verwendet wird.
provider/@ean_party	«Zwingend» zu liefern. GLN-Nummer des Standorts der Leistungserbringung gemäss OKP-Leistungsauftrag des relevanten Kantons Die in diesem Feld gelieferte GLN-Nummer muss folgende Bedingungen erfüllen: <ul style="list-style-type: none"> - Sie muss im Register RefData.ch existieren und aktiv sein. - Im Vertrag wird definiert, für welchen Standort und welche VVG-Leistungen welche GLN-Nummer in der Rechnungsstellung verwendet wird. - Ab 1.1.2024: Die GLN-Nummer muss im ZSR-Register von SASIS auf dem Datensatz der als «Provider» verwendeten ZSR-Nummer als aktiver Standort dieses Leistungserbringers hinterlegt sein
@speciality	«ignored»
insurance	die Versicherung, an welche die Rechnung gestellt wird.
insurance/@ean_party	GLN-Nummer der Versicherung gemäss RefData
patient	der behandelte Patient Zur eindeutigen Identifizierung des behandelten Patienten werden folgende Identifikatoren in der folgenden Priorität verwendet: <ol style="list-style-type: none"> 1. AHV-Nummer (patient/@ssn) 2. Geburtsdatum des Versicherten (patient/@birthdate) 3. Versicherten-Nummer der Versicherung (//(kvg vvg)/@insured_id) 4. Versichertenkarten-Nummer (patient/card/card_id) 5. Weitere Textinformationen (Name, Vorname, Geschlecht, PLZ, Ort) <p>Es sind alle vorhandenen Informationen in der Rechnung zu liefern. Zwingend gemäss XML-Standard und deshalb ohne Ausnahme immer zu liefern sind: Geburtsdatum, Nachname, Vorname, PLZ und Ort.</p>
insured	«optional» fakultatives Element /insured definiert die Adresse der Mutter eines Neugeborenen. Nur wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind, muss die Adresse der Mutter eines Neugeborenen angegeben werden:

	die DRG-Position aus den zugrundeliegenden OKP-Leistungen definiert eine Geburt und der Patient ist das Neugeborene. Es gelten dieselben Identifikatoren wie bei /patient
guarantor	«zwingend» gemäss XML-Standard, von den empfangenden Kostenträgern im Normalfall «ignoriert». Gesetzlicher Vertreter des Patienten, im Normalfall der Patient selbst (d.h. eine Kopie der Daten aus /patient) oder bei Minderjährigen, ein Elternteil.
employer	«ignored»

4.3 Element «vvg»

vvg/@insured_id	Versicherten-Nummer der Versicherung: zu liefern falls vorhanden (siehe Hinweis im Abschnitt patient)
vvg/case_id	Fallnummer der Versicherung optional (kann bei entsprechender vertraglicher Vereinbarung auch zwingend sein) beinhaltet eine vorgängig von der Versicherung definierte und übermittelte Fall-Nummer, welche z.B. im Prozess der Kostensicherung/Kostengutsprache dem Spital mitgeteilt wurde (analog der Fallnummer im UVG). ACHTUNG: Nicht zu verwechseln mit //treatment/@acid – dort wird eine Fallnummer des Leistungserbringers übermittelt.
vvg/case_date	optional und «ignoriert» im Normalfall nur zu liefern, wenn vertraglich vereinbart – der zu liefernde Wert ist vertraglich zu vereinbaren.

4.4 Element Behandlung «treatment»

treatment/@date_begin	Erster Behandlungstag inkl. Timestamp der gesamten Behandlung (für Spezialfälle siehe Regelungen im Kapitel 6)
treatment/@date_end	Letzter Behandlungstag inkl. Timestamp der gesamten Behandlung (für Spezialfälle siehe Regelungen im Kapitel 6). Wichtig: Auch bei Rechnungsstellung mit Nachtpauschalen ist hier zwingend der Austrittstag zu liefern (mit der Konsequenz, dass in diesem Fall die in Rechnung gestellte Anzahl Nächte um 1 tiefer ist als die Periodendauer date_begin/date_end).
treatment/@gestation_week13	nicht zu liefern im VVG, wird «ignoriert»
treatment/canton	analog OKP zu liefern
treatment/@treatment	für stationäre Fälle fix «stationary»
treatment/@reason	analog OKP zu liefern
treatment/@apid	nicht zu liefern, wird «ignoriert»
treatment/@acid	Administrative Fall-ID des Leistungserbringers:

	<p>Fall-ID des Hauptfalls aus der Software des Leistungserbringers, im Normalfall identisch mit der acid auf der zugehörigen OKP-Rechnung.</p> <p>Diese Fall-ID wird von der Software des stationären Leistungserbringers vergeben und muss auf allen Rechnungen mitgeliefert werden, die zum gleichen stationären Fall gehören. Das gilt insbesondere auch für separat verrechnete stationäre belegärztliche Leistungen.</p> <p>XML Definition dieses Felds: acid is an optional administrative case identification of the main software, defined exclusively for the exchange with the insurers.</p>
treatment/xtra_hospital/stationary	dieses SubElement von <treatment> ist zwingend zu liefern bei stationären Rechnungen → siehe Kapitel 4.5
treatment/diagnosis	«ignoriert», sofern nicht anders vereinbart.

4.5 Element «treatment/xtra_hospital/stationary»

In diesem Subelement von treatment sind folgende Daten zu liefern

stationary/ @hospitalization_date	<p>Hospitalisierungsdatum Im Normalfall immer gleich treatment/@date_begin</p> <p>Ausnahmefälle müssen vertraglich geregelt werden.</p>
stationary/ @treatment_days	<p>Anzahl Behandlungstage Gemäss Definition im XML-Standard wird hier die Anzahl der Behandlungstage geliefert. Da im Bereich VVG stationär mittels Tarif 930 Rechnung gestellt wird, kommt hier die Berechnung gemäss «Non-SwissDRG» zur Anwendung, d.h. es wird sowohl Eintritts- wie auch Austrittstag gezählt (immer Tageszensus). Davon abgezogen wird die Anzahl nicht verrechneter, ganzer Abwesenheitstage.</p> <p>Wichtige Konsequenzen und Beispiele:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Für den gleichen akutsomatischen Fall ist auf der OKP-Rechnung die «Anzahl Behandlungstage» im Rechnungskopf um 1 kleiner zu liefern als auf der zugehörigen VVG-Rechnung (weil OKP gemäss «SwissDRG» Regel zu liefern ist - Nachtzensus) 2. Wenn der VVG-Vertrag mit Nachtpauschalen (im Nachtzensus) vereinbart wurde, ist die Anzahl verrechneter Nachtpauschalen in der Detailposition auf der VVG-Rechnung um 1 geringer als die Anzahl Behandlungstage auf dem Rechnungskopf der VVG-Rechnung. 3. Bei einer Behandlung vom 2.3. – 10.3. ist hier der Wert «9» zu liefern sowohl bei Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie.

	<p>4. Wenn im Beispiel in Punkt 3. der Patient am Morgen des 04.03. austrat und am Nachmittag des 06.03. wieder eintrat, ist «8» zu liefern (einziger ganzer Tag ohne Behandlung ist der 05.03.).</p> <p>Weitere Beispiele sind im Begleitdokument zu finden, man beachte vor allem Beispiel 6 (Rehabilitation, Verlegung bei Austritt) und Beispiel 8 (Ausserkantonal, allgemein).</p>
stationary/ @hospitalization_mode	<p>mit dem identischen Datenwert wie in der zugehörigen OKP-Rechnung dieses Falles zu liefern:</p> <p>zulässige Werte: cantonal, noncantonal_indicated, noncantonal_nonindicated</p>
stationary/ @hospitalization_type	<p>mit dem identischen Datenwert wie in der zugehörigen OKP-Rechnung dieses Falles zu liefern:</p> <p>zulässige Werte: regular, emergency</p>
stationary/ @class	<p>Klasse: Die tatsächlich in diesem Fall geleistete Behandlungsklasse, kodiert als: private, semi_private, general</p> <p>Wenn die Klasse während des Aufenthalts geändert hat, ist hier die höchste der angewendeten Klassen zu liefern.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei Flex-Produkten ist hier die in diesem Fall gewählte und zur Anwendung gekommene Klasse zu liefern. - Wenn der Patient zuerst «Allgemein» und dann «Privat» war, ist hier «private» zu liefern.
stationary/ @section_major	mit dem identischen Datenwert wie in der zugehörigen OKP-Rechnung dieses Falles zu liefern (Bfs Section Code)
stationary/ @has_expense_loading	wird ignoriert (gemäss XML-Default «true»)
stationary/ administion_type discharge_type provider_type bfs_residence_before_ad... bfs_decision_for_dis... bfs_redidence_after_dis...	mit den identischen Datenwerten wie in der zugehörigen OKP-Rechnung dieses Falles zu liefern
stationary @case_detail	<p>Alle case_detail aus der zugehörigen OKP-Rechnung müssen mit den identischen Werten wie in der zugehörigen OKP-Rechnung dieses Falles geliefert werden.</p> <p>Hinweis: Auch auf VVG-Rechnungen müssen im Feld tariff_type und code des case_detail die entsprechenden OKP-Tarifziffern (SwissDRG 010, ST Reha 020, TARPSY 030) geliefert werden.</p>

5 Strukturierte Datenlieferung - Detailpositionen

Für Detailpositionen auf VVG-Rechnungen stationär ist das Element «//services/service» zu verwenden. Das Element «service_ex» ist im Bereich stationär nicht zugelassen.

5.1 Zugelassene Tarife

Um Leistungen gemäss den Vorgaben des Forum Datenaustausch elektronisch abzurechnen, muss jede Leistung einer Abrechnungsziffer aus einem [bekanntem Tarif](#) zugeordnet sein.

Grundsätzlich sind in der Rechnungsstellung VVG stationär im Verfahren Tiers Payant immer nur Positionen zugelassen, die vertraglich vereinbart sind zwischen Leistungserbringer und Versicherung. Falls vertraglich explizit Ziffern aus anderen Tarifen als den unten erwähnten vereinbart wurden, haben diese vertraglichen Vereinbarungen Vorrang gegenüber diesem Dokument hier. Eine Versicherung kann VVG-Rechnungen, auf denen nicht vertraglich vereinbarte Tarifziffern enthalten sind, zurückweisen.

In der Rechnungsstellung VVG stationär sind Positionen aus folgenden Tarifen vorgesehen:

Tarif Code	Name	Einsatzzweck
930	Spitaltarif für stationäre Leistungen nach VVG	Haupttarif für die Rechnungsstellung von Leistungen nach VVG für stationäre Fälle in Ergänzung zur OKP
zusätzlich als Hilfsziffern, zur Lieferung von OKP-Daten		
010	SwissDRG	Zur Lieferung der OKP-Informationen, welche zu diesem VVG-Fall gehören, immer mit «Anzahl=0» und «Betrag=0», siehe Abschnitt 5.4
020	ST Reha	Zur Lieferung der OKP-Informationen, welche zu diesem VVG-Fall gehören, immer mit «Anzahl=0» und «Betrag=0», siehe Abschnitt 5.4
030	TARPSY	Zur Lieferung der OKP-Informationen, welche zu diesem VVG-Fall gehören, immer mit «Anzahl=0» und «Betrag=0», siehe Abschnitt 5.4

Weitere durch dritte verwaltete und publizierte Tarife wie z.B. krankenversicherungsspezifische Tarife, Medicalculis, PS25 oder ähnliche sind möglich, dürfen aber nur verwendet werden, wenn eine entsprechende vertragliche Vereinbarung besteht.

WICHTIG: Keine ambulanten Positionen auf einer stationären VVG-Rechnung

Da der XML-Rechnungsstandard explizit auf Kopf-Ebene im Feld «treatment/@treatment» eine Deklaration von ambulant oder stationär vorschreibt, ist es nicht möglich auf stationären Rechnungen ambulante Dienstleistungen in Rechnung zu stellen.

Die Systeme der Krankenversicherer würden solche stationären Rechnungen, welche Positionen aus explizit ambulanten Tarifen enthalten, automatisch zurückweisen. Allfällige ambulante Positionen müssen deshalb immer auf einer separaten Rechnung verrechnet werden.

5.2 Tarif 930 – Spezielle Hinweise zur Verwendung

Der Tarif 930 «Spitaltarif für stationäre Leistungen nach VVG» ab Version 6.04 enthält die Abrechnungsziffern, welche eine SVV-Branchen-Framework-konforme elektronische Abrechnung von stationären Leistungen in Ergänzung zur OKP erlauben. Diese Abrechnungsziffern erlauben die separate Abrechnung von ärztlichen, klinischen und Hotellerie-/Komfort Mehrleistungen in der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie wie es im Branchen-Framework SVV zumindest für die Akutsomatik verbindlich gefordert wird.

In VVG-Verträgen, die konform mit den Branchen-Framework sind, sollten nur Ziffern aus dem Tarif 930 vereinbart werden, die in der Spalte Kategorie «W» mit einer Version ≥ 6.00 bezeichnet sind. Ältere Ziffern sind nur in Ausnahmefällen zu verwenden.

Ausser in klar dokumentierten Ausnahmefällen bei Ziffern aus dem Kapitel 999 ist als Bezeichnung der Detailposition immer der im Tarif vorgegebene Wert mitzuliefern (Spalte M/N/O: ABRECHNUNGSZIFFERTEXT_D/F/I).

Der Tarif ist mittels Kapitel strukturiert, welche die Ziffern klar den Mehrleistungsarten gemäss Branchen-Framework zuordnen:

Kapitel 001-099	Ärztliche Mehrleistungen
001	Für ärztliche Mehrleistungen – immer dann zu verwenden, wenn keine der nachfolgenden explizit definierten Tarifstrukturen zur Anwendung kommen.
002	Ärztliche Mehrleistungen – nach Tarifstruktur ABM
003	Ärztliche Mehrleistungen – nach Tarifstruktur SMN
Kapitel 100 (-199)	Klinische Mehrleistungen
Kapitel 200 (-299)	Hotellerie/Komfort Mehrleistungen
Kapitel 300-399	Kosten, die aufgrund spezieller Spitalwahl anfallen
300	Ausserkantonale Spitalwahl
310	Freie Spitalwahl Vertragsspital
Kapitel 400-499	Mehrleistungsgesamt- und Mehrleistungsteilpauschalen Im Bereich Rehabilitation und Psychiatrie, sowie in Spezialbereichen der Akutsomatik (z.B. Palliativ-Kliniken) werden teilweise Pauschalen vereinbart, welche ärztliche, klinische und Hotellerie-Komfort Mehrleistungen in einer Pauschale zusammenschliessen. Es können auch beliebige Kombinationen von 2 der 3 Mehrleistungsarten vorkommen.
400	Mehrleistungsgesamtpauschalen – enthalten alle 3 Mehrleistungsarten in einer Pauschale
410, 420, 430	Kapitel für Ziffern, die 2 der 3 Mehrleistungsarten in einer Pauschale kombinieren (Kapitel und Ziffern werden nur publiziert, wenn konkreter Bedarf vorhanden ist)
Kapitel 999	Pro Forma Ziffern Zur reinen zusätzlichen Informationsübermittlung. Müssen immer mit «Anzahl/Quantity=0» und «Betrag=0» geliefert werden.

5.2.1 Einheit der Leistungen

Es existieren im Tarif diverse «Einheiten/Zensen» nach denen Ziffern abgerechnet werden. Gemäss dem Ziffernformat «mmm.nnnn.oo.pp» ist die «Einheit» in den zwei rot markierten Stellen codiert und gemäss nachstehender Tabelle anzuwenden:

Codierung	Einheit	Hinweise zur Rechnungsstellung
.01xx.	BaseRate basierende Ziffern	<p>Der Endbetrag der Position berechnet sich aus der Multiplikation des CostWeights (CW) mit einer verhandelten BaseRate (BR).</p> <p>CostWeight / TP:</p> <ul style="list-style-type: none"> wird übermittelt im Feld: «service/unit» (Taxpunkt/TP) Das CostWeight stammt im Normalfall aus der zugehörigen OKP-Leistung und ist in diesen Fällen identisch zum CostWeight der DRG/ST REHA/TARPSY Position, welche im Feld «Bezugsziffer/ref_code» referenziert ist (Diese Beziehung ist im Tarif 930 in Spalte «K Verkettung zu ...» dokumentiert). Es können vertraglich maximale und/oder minimale CostWeights vereinbart sein, womit das CostWeight limitiert wird für die VVG-Rechnungsstellung (siehe Beispiel 5). Bei speziellen Belegarzt-Tarifmodellen (z.B. «ABM-Kapitel 002 Ziffern Kategorie B» oder SMN-Kapitel 003) wird das CostWeight/die Anzahl Taxpunkte aus einer anderen Tabelle hergeleitet, die nicht öffentlich verfügbar ist (die Tabelle ist verfügbar für Teilnehmer, welche dieses Modell lizenziert haben). Aus diesen Tabellen wird mittels Input: «OKP-DRG» und «Rolle des Arztes» die korrekte Anzahl Taxpunkte / das CostWeight bestimmt. <p>BaseRate / TPW:</p> <ul style="list-style-type: none"> wird übermittelt im Feld: «service/unit_factor» (Taxpunkt / TPW) stammt aus dem VVG-Vertrag zwischen Leistungserbringer und Versicherung. Im Falle des Tarifmodells «ABM» wird hier vom «ABM-Faktor» gesprochen. <p>Das Feld «service/quantity» (Anzahl) wird als 1 übermittelt.</p>
.02xx.	Tagespauschalen	<p>Der Endbetrag der Position berechnet sich aus der Anzahl Tage und dem Betrag pro Tagespauschale.</p> <p>Anzahl Tage:</p> <ul style="list-style-type: none"> wird im Feld «service/quantity» (Anzahl) übermittelt <p>Pauschalpreis pro Tag:</p> <ul style="list-style-type: none"> wird im Feld «service/unit» » (Taxpunkt / TP) übermittelt stammt aus dem Vertrag zwischen Leistungserbringer und Versicherung. <p>Feld «service/unit_factor» wird als fix 1 übermittelt (oder weggelassen: gemäss XML-Standard zählt dann der Default 1).</p>

		Die Regelungen bezgl. Verrechenbarkeit des Austrittstages in spezifischen Fällen (Verlegung, Austritt nach Hause, Urlaub, usw.) müssen zwischen Leistungserbringer und Versicherung im VVG-Vertrag festgehalten werden.
.03xx.	Nachtpauschalen	<p>Der Endbetrag der Position berechnet sich aus der Anzahl Nächten und dem Betrag pro Nachtpauschale.</p> <p>Anzahl Nächte:</p> <ul style="list-style-type: none"> wird im Feld «service/quantity» (Anzahl) übermittelt <p>Pauschalpreis pro Nacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> wird im Feld «service/unit» » (Taxpunkt / TP) übermittelt stammt aus dem VVG-Vertrag zwischen Leistungserbringer und Versicherung. <p>Feld «service/unit_factor» wird als fix 1 übermittelt (oder weggelassen: gemäss XML-Standard zählt dann der Default 1).</p>
.04xx.	Fallpauschalen	<p>Fixer Betrag pro Fall - der Endbetrag der Position ist im Normalfall identisch mit der Fallpauschale.</p> <p>Pauschalpreis pro Fall:</p> <ul style="list-style-type: none"> wird im Feld «service/unit» » (Taxpunkt / TP) übermittelt stammt aus dem Vertrag zwischen Leistungserbringer und Versicherung. Das Feld «service/unit_factor» wird als fix 1 übermittelt <p>Bei Taxpunkten und Taxpunktwerten (z.B. Modell ABM und SMN):</p> <ul style="list-style-type: none"> Bei TarifModell ABM (Kapitel 002 Ziffern mit Kategorie B) und SMN wird mit Taxpunkten und Taxpunktwerten (ABM-Faktor) abgerechnet. Anzahl Taxpunkte (aus nicht veröffentlichter Tariftabelle) wird im Feld «service/unit» » (Taxpunkt / TP) übermittelt. Im Feld TWP (service/unit_factor) wird der verhandelte Taxpunkt-Wert oder ABM-Faktor übermittelt <p>Das Feld «service/quantity» wird als fix 1 übermittelt.</p>
.05xx.	Ereignispauschalen	<p>Der Endbetrag der Position berechnet sich aus der Anzahl Ereignisse und dem Betrag pro Ereignispauschale. Wenn die Ereignisse (z.B. Konsilium) nicht an aufeinanderfolgenden Tagen stattfinden, muss die Pauschale pro Ereignistag separat in Rechnung gestellt werden und nicht mit einem von/bis Datum. Ist die gleiche Pauschale von verschiedenen Ärzten erbracht worden und pro Arzt verrechenbar, gilt das gleiche pro Arzt, weil sonst der Name des Arztes nicht ausgewiesen werden kann (s. Beispiel 13).</p> <p>Anzahl Ereignisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> wird im Feld «service/quantity» (Anzahl) übermittelt <p>Bei Pauschalpreis pro Ereignis:</p> <ul style="list-style-type: none"> wird im Feld «service/unit» » (Taxpunkt / TP) übermittelt

		<ul style="list-style-type: none"> • stammt aus dem Vertrag zwischen Leistungserbringer und Versicherung. • Feld «service/unit_factor» wird als fix 1 übermittelt. <p>Bei Taxpunkten und Taxpunktwerten (z.B. Modell ABM und SMN):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Taxpunkte (aus nicht veröffentlichter Tariftabelle) wird im Feld «service/unit» » (Taxpunkt / TP) übermittelt. • Im Feld TWP (service/unit_factor) wird der verhandelte Taxpunkt-Wert oder ABM-Faktor übermittelt.
.10xx.	an- dere/ohne Logik	nach vertraglicher Vereinbarung

5.2.2 Bezugsziffer «service/@ref_code»

Im Feld «service/@ref_code» kann gemäss XML-Standard eine Referenz zu einer anderen Ziffer auf derselben Rechnung mitgegeben werden. Im Kontext dieser Wegleitung muss das Feld bei folgenden Konstellationen befüllt werden:

- Ziffern mit BaseRate-Bezug (siehe 5.2.1 BaseRate) zum Herstellen des Bezugs mit der OKP-Ziffer (siehe Abschnitt 5.4)
- Ziffer «999.1100.00.00» mit optionalen zusätzlichen Informationen zu beteiligten Ärzten

Es wird im Feld «Bezugsziffer» (Feld «service/@ref_code») die Tarifiziffer (Feld «service/@code») geliefert, auf deren Position sich die aktuelle Position bezieht.

siehe Beispiele 1-13 (ausser Beispiel 12)

5.2.3 Kalendarium

Die Felder date_begin und date_end auf der Position entsprechen grundsätzlich dem Beginn und dem Ende der eigentlichen Leistungserbringung, auf die sich diese Position bezieht.

- Wenn dieselbe Leistung an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen ohne Unterbruch erbracht wurde, soll das als eine Detailposition mit Anzahl und Datum_Von/Bis übermittelt werden.
- Wenn die Leistungserbringung unterbrochen wurde, d.h. an mindestens einem Tag wurde die Leistung nicht erbracht (z.B. aufgrund Urlaubs), dann müssen die Perioden vor und nach dem Urlaub als zwei einzelne Detailpositionen geliefert werden.
- Bei Detailpositionen mit Fallpauschalen und Ziffern mit BaseRate-Logik wird das date_begin/end vom Gesamt-Fall (//treatment/@date_begin|@date_end) übernommen.

Relevante Beispiele:

- Beispiel 1: Normalfall
- Beispiel 5: Fall mit 3 Tagen IPS-Aufenthalt am Anfang, Wiedereintritt und weiterer IPS-Aufenthalt während 2. Teil-Fall

5.2.4 Externer Faktor «//service/@external_factor»

Im Attribut external_factor können vertraglich vereinbarte, auf der Rechnung auszuweisende Rabatte als Faktor eingetragen werden. Wenn das Attribut nicht geliefert wird, gilt gemäss XML-Standard der Defaultwert «1.0».

Weitere Verwendungen des Feldes «external_factor»:

- In der speziellen OKP-Detailposition mit Tarifcode 010/020/030, welche auf der stationären VVG-Rechnung zur Info mitgeliefert wird (siehe Kapitel 5.4) wird im Feld «external_factor» der Kostenteiler zwischen Kanton und Versicherung mitgeliefert (speziell: der Prozentanteil, welcher von der OKP-Versicherung getragen wird), im Normalfall 0.45 / 45%).
- Bei der Rechnungsstellung eines Vertragsspitals wird im Feld «external_factor» der Anteil der BaseRate eingetragen, der von der VVG-Versicherung getragen wird (siehe Beispiel 10).
- Wenn vertraglich vereinbart wurde, dass eine vertraglich festgelegte, reduzierte Pauschale verrechnet werden muss, wenn nicht alle Kernleistungen einer Mehrleistungspauschale erbracht wurden, dann muss im Feld «external_factor» der entsprechenden Mehrleistungspauschale der verrechnete Anteil geliefert werden, z.B. bei Verrechnung von 70%: 0.7.

Der «external_factor» muss in die Berechnung des Positionsbetrags einfließen gemäss Formel aus dem XML-Standard:

$$\text{amount} = \text{external_factor} * \text{quantity} * \text{TP} * \text{TPV}$$

equations are calculated in full precision and the result rounded to two significant decimal places. This procedure is the reason for storing the multipliers (external_factor, quantity, TP, TPV) in full precision.

5.2.5 //service/xtra_drg/@cost_fraction

Nur relevant für die spezielle OKP-Info-Detailposition (siehe Kapitel 5.4), wenn die Rechnung zwischen mehreren Sozialversicherungen aufgeteilt wird. In diesem Fall ist in diesem Feld der Anteil der OKP zu liefern. Wird im Normalfall nicht geliefert und dann gemäss XML-Standard als Default 1.0 angenommen.

5.3 Arztinformationen

Gemäss dem Pflichtenheft des SVV für die Rechnungsstellung VVG stationär sind folgende Informationen zu beteiligten Ärzten zu liefern:

Fragestellung:

Welche Angaben zu den Ärzten müssen auf der Leistungsabrechnung erscheinen?

Antwort/Anforderung:

Auf der Rechnung werden nur abrechnungsrelevante Details zu den Ärzten angegeben, die mit dem bestehenden XML-Format übermittelt werden und für die Rechnungskontrolle relevant sind. Für die Angaben zu den Ärzten heisst das:

- Wenn eine Pauschale für die ärztlichen Mehrleistungen vereinbart wurde, dann werden die GLN und der Name des fallführenden Arztes in den Daten zur Leistungsposition angegeben.
- Wenn mehrere Ärzte Leistungen erbracht haben, die einzeln verrechnet werden, dann müssen pro Rechnungsposition die GLN und der Name des ausführenden Arztes aufgeführt werden.

5.3.1 Verantwortlicher und Ausführender Arzt (provider_id, responsible_id)

Im XML-Standard sind dazu die Felder «service/@provider_id» und «service/@responsible_id» vorgesehen. Beide Felder sind technisch als zwingend definiert. Sie müssen deshalb immer geliefert werden und enthalten eine GLN-Nummer, welche im Register [MedReg](#) registriert sein muss.

Im Kontext dieser Wegleitung sind die beiden Felder wie folgt zu befüllen:

- Bei Positionen, die **ärztliche Mehrleistungen** beinhalten und **genau einem Arzt** zugeordnet werden können:
 - o provider_id: GLN dieses ausführenden Arztes
 - o responsible_id: GLN des fallführenden Arztes
- Bei Positionen, die **ärztliche Mehrleistungen** beinhalten und an der **mehrere Ärzte beteiligt** sind (z.B. bei Pauschalen für ärztliche Mehrleistungen):
 - o provider_id und responsible_id: GLN des fallführenden Arztes
- Bei Positionen, die **KEINE ärztlichen Mehrleistungen** beinhalten
 - o provider_id und responsible_id: GLN des Standorts des Leistungserbringers (Kopie von //provider/@ean aus dem Rechnungskopf)

Abrechnungsziffer	Beispiele	responsible_id (verantwortlicher)	provider_id (ausführender)
Pauschale für ärztliche Mehrleistungen aller/mehrerer beteiligten Ärzte gemeinsam	001.0100.10.00 Ärztliche Mehrleistungen - BaseRate - Akutsomatik	GLN des fallführenden Arztes	GLN des fallführenden Arztes
	001.0400.10.00 Ärztliche Mehrleistungen - Fallpauschale - Akutsomatik		
Pauschale für Ärztliche Mehrleistungen einer spezifischen Arztrolle	003.0110.10.00 Ärztliche Mehrleistungen Tarifstruktur SMN - Anästhesie	GLN des fallführenden Arztes	GLN des «Anästhesisten»
	002.0110.10.00 Ärztliche Mehrleistungen Tarifstruktur ABM - Pauschale Intervention /	GLN des fallführenden Arztes	GLN des fallführenden Arztes

	kontinuierliche Behandlung durch den Fallführer		
Positionen für Klinische und Hotellerie Mehrleistungen und alle weiteren Positionen	100.0200.10.00 Klinische Mehrleistungen - Tagespauschale - Akutsomatik	GLN des Standorts (Kopie von //provider/@ean)	GLN des Standorts
Rehabilitation und Psychiatrie (z.B. bei Teil- und Gesamtpauschalen)	400.0200.20.20 Mehrleistungen - Tagespauschale - Rehabilitation – privat	GLN des fallführenden Arztes	GLN des fallführenden Arztes
	410.0200.30.10 Klinische und Hotellerie-Komfort Mehrleistungen - Tagespauschale - Psychiatrie – halbprivat	GLN des Standorts (Kopie von //provider/@ean)	GLN des Standorts

Wenn beispielsweise nach einer Fallzusammenführung mehrere verschiedene fallführende oder behandelnde Ärzte für eine Pauschalposition vorhanden sind, soll jeweils der erste fallführende oder behandelnde Arzt geliefert werden.

Wenn vertraglich vereinbart kann durch das Hinzufügen von zusätzlichen Pro Forma Rechnungspositionen der Ziffer «999.1100.00.00 Information beteiligte Ärzte» Namen und Rollen von weiteren an einer Pauschale beteiligten Ärzten auf der Rechnung in menschenlesbarer Form mitgegeben werden für eine erhöhte Transparenz. Damit können zum Beispiel weitere Fallführer mitgegeben werden, wenn mehrere vorhanden sind.

5.3.2 Name des Arztes – Feld «//service/@remark»

Im Feld «Bemerkung» (//service/@remark) der Detailposition ist für Detailpositionen, welche ärztliche Mehrleistungen enthalten, jeweils Vorname, Name und GLN des Arztes zu liefern welcher im Feld «service/@provider_id» erwähnt ist. Damit wird diejenige Person, welche diese Leistung erbracht hat, für den Patienten transparent erwähnt, so wie es im Branchen-Framework explizit gefordert ist.

Das Feld «service/@remark» muss in diesem Fall wie folgt geliefert werden:

1. **Fixes Label:** DE: «Erbracht durch: » / FR: «Fourni par: » / IT: «Fornito da: »
2. <Vorname> <Name> ,
3. <GLN-Nummer>
4. optional: ; weitere Bemerkungen / remarks

Beispiele:

DE (keine weitere Bemerkung):

«Erbracht durch: Christine Muster, 7601000729149»

FR:

«Fourni par: Christine Muster, 7601000729149; autre remarque»

IT:

«Fornito da: Christine Muster, 7601000729149; e un'altra osservazione»

Der Name des Arztes ist für alle Positionen mitzuliefern, die ärztliche Mehrleistungen enthalten. Bei allen Detailpositionen, die keine ärztlichen Mehrleistungen enthalten, soll kein Arztname geliefert werden.

Der gelieferte Name des Arztes muss dem Eintrag im Register [MedReg](#) zu dieser GLN-Nummer entsprechen.

Eine allfällige weitere Bemerkung zur Detailposition kann nach der Arztinformation im Bemerkungsfeld geliefert werden, abgetrennt mit einem Semikolon «;». Total sind maximal 350 Zeichen erlaubt.

5.4 Lieferung der OKP-Informationen

Gemäss Branchen-Framework VVG und FINMA-Anweisungen sind bei Rechnungsstellung VVG stationär folgende Informationen aus der zugehörigen OKP-Rechnung mitzuliefern, damit die VVG-Rechnung geprüft werden kann.

Zwingend zu übermittelnde OKP-Angaben auf jeder VVG-Rechnung:

- der DRG / PCG / RCG-Code und -Bezeichnung
- die Aufenthaltsdauer
- das effektive Kostengewicht CW der OKP-Rechnung
- die BaseRate
- der Kostenteiler

Sofern eingetreten und für die Rechnungskontrolle relevant, zu übermitteln

- der Eintrittsort (v.a. für Notfall und IPS/IMC),
- die IPS/IMC-Aufenthaltsdauer

Da weder im bestehenden Standard «XML GeneralInvoice 4.5» noch im aktuellen Entwurf der zukünftigen Version 5.0 für diese Informationen spezielle Felder bestehen, werden diese Daten wie folgt geliefert:

A) OKP Basis-Daten:

für die oben als «Zwingend zu übermitteln» bezeichneten Daten:

Es wird eine zusätzliche Rechnungsposition eingefügt, die eine exakte «Kopie» der Position aus Tarif 010 / 020 / 030 der OKP-Rechnung ist, aber mit «Anzahl=0» und darum mit «Betrag=0». Diese Position soll als erste auf der Rechnung eingefügt werden. Alle andern Felder ausser Anzahl und Betrag sind identisch wie auf der entsprechenden OKP-Rechnung zu liefern.

Der Kostenteiler Kanton/Versicherung ist im Attribut «external_factor» mitzuliefern (hat aber keinen effektiven Einfluss auf die Berechnung des Positions Betrags, weil Quantity = 0 ist und darum auch Betrag = 0 ist.).

Ein allfälliger Kostensplit mit einer anderen Versicherung (z.B. UV, IV) ist im Feld xtra_drg/cost_fraction mitzuliefern.

B) Im Falle eines oder mehrerer IPS/IMC-Aufenthalte:

Es wird eine zusätzliche Rechnungsposition «999.1000.00.00 Pro memoria IPS und IMC/Überwachungseinheit» hinzugefügt, aus welcher mittels «service/@date_begin» und «service/@date_end» die Periode eines IPS/IMC Aufenthalts übermittelt werden

kann. Bei mehreren, unterbrochenen IPS/IMC Aufenthalten ist die Position mehrfach zu liefern (zum Beispiel bei Wechsel IPS/IMC → Station → IPS/IMC → Station)
Die Felder «quantity /Anzahl», «unit/TP» und «amount/Betrag» müssen als 0 geliefert werden. Das Attribut unit_factor wird ignoriert.

C) Im Falle eines Notfall-Eintritts mit Liegedauer länger als 1 Tag auf der Notfall-Abteilung:

Es wird eine zusätzliche Rechnungsposition «999.1001.00.00 Pro memoria Notfall» hinzugefügt, aus welcher mittels «service/@date_begin» und «service/@date_end» der Tag/die Periode des Notfall-Aufenthalts übermittelt werden kann.

Die Felder «quantity /Anzahl», «unit/TP» und «amount/Betrag» müssen als 0 geliefert werden. Das Attribut unit_factor wird ignoriert.

siehe Beispiel 3 und 4

5.5 Reihenfolge der Detailpositionen

Die Detailpositionen sollen gemäss folgender Logik geordnet werden:

1. Chronologisch Beginn-Datum aufsteigend (service/@date_begin)
2. Tarif Code, aufsteigend, als String interpretiert (service/@tariff_type)
3. Tarif Ziffer, aufsteigend, als String interpretiert (service/@code)

Beispiel: Dies führt in einem komplexen Fall mit IPS-Aufenthalt am Anfang und Zwischenaustritt zu folgendem Resultat, wenn die ärztlichen Mehrleistungen mittels einer Fallpauschale bzw. Baserate vergütet werden:

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. OKP-Detailposition mit Betrag 0 | Fallpauschale für ganzen Fall |
| 2. Position für ärztliche Mehrleistung | Fallpauschale für ganzen Fall |
| 3. Pro Forma Position für IPS/IMC-Aufenthalt | Zeitraum auf IPS |
| 4. Position für klinische Mehrleistung | 1. Teilaufenthalt |
| 5. Position für Hotellerie / Komfort Mehrleistung | 1. Teilaufenthalt |
| 6. Position für klinische Mehrleistung | 2. Teilaufenthalt |
| 7. Position für Hotellerie / Komfort Mehrleistung | 2. Teilaufenthalt |

Die Reihenfolge wird mittels des Feldes «service/record_id» übermittelt.

siehe auch Reihenfolge in allen Beispielen zur Wegleitung.

5.6 Umgang mit Abwesenheiten

Bei Positionen nach System der Fallpauschalen/BaseRate ist der gesamte Fall als eine Detailposition für die gesamte Periode zu liefern.

Bei Positionen mit Logik Tages-/Nachtpauschalen sind die einzelnen Teilaufenthalte als einzelne Detailposition analog case_detail mit effektiven date_begin/date_end-Werten zu liefern.

Regelungen, ob und wann/wie der Austrittstag vergütet wird, müssen vertraglich getroffen werden.

siehe:

- Beispiel 3: Fall mit Wiedereintritt nach 3 Tagen zu Hause
- Beispiel 4: Fall mit IPS-Aufenthalt am Anfang, Verlegung auf Station Privat am 4. Tag und zusammengeführter Wiedereintritt nach 3 Tagen

- Beispiel 5: Fall mit 3 Tagen IPS-Aufenthalt am Anfang, Wiedereintritt und IPS-Aufenthalt während 2. Teil-Fall

5.7 Rundungsregeln

Für die elektronische Übermittlung gelten die Rundungsregeln des Rechnungsstandards des Forums Datenaustausch (siehe dazu generalInvoiceRequest - Rules for the rounding procedure). Die Darstellung auf Print-Formularen ist ebenfalls durch das Forum Datenaustausch geregelt.

6 Spezialfälle

6.1 Änderung der OKP-Codierung nach Rechnungsstellung VVG

Wenn die Anpassung der OKP-Rechnung, z.B. aufgrund einer Anpassung der DRG-Codierung eine Änderung der VVG-Leistung zur Folge hat, weil beispielsweise das CostWeight der OKP-Rechnung ändert und BaseRate-basierende VVG-Tarife verwendet werden, dann ist die VVG-Rechnung zu stornieren und eine korrigierte Rechnung zu senden.

Wenn die OKP-Anpassung keine Änderung der VVG-Leistung zur Folge hat, ist auf die Stornierung und Neuabrechnung der VVG-Rechnung zu verzichten.

6.2 Verlegungen

Im Falle von Verlegung bei Austritt ist die Verrechenbarkeit des Austritts/Eintrittstages vertraglich zu regeln. Je nach Regelung ist die Rechnungsstellung gemäss folgenden Beispielen durchzuführen.

- a) Wenn vertragliche Regelung besagt, dass Austrittstag bezahlt ist.

Beispiel 6a: Rehabilitation - Verlegung bei Austritt (bei vertraglicher Regelung, dass Austrittstag bei Verlegung im VVG bezahlt wird)

- b) Wenn vertragliche Regelung besagt, dass Austrittstag bei Verlegung NICHT bezahlt ist.

Beispiel 6b: Rehabilitation - Verlegung bei Austritt (bei vertraglicher Regelung, dass Austrittstag bei Verlegung im VVG nicht bezahlt wird)

6.3 Wiedereintritte

Bei Wiedereintritten gelten, falls vertraglich nichts anderes vereinbart ist, die Fallzusammenführungsregeln gemäss OKP auch im VVG. Im OKP zu einem Fall zusammengeführte, stationäre Behandlungen sollen auch im VVG als ein Fall behandelt werden und dementsprechend auf einer Rechnung fakturiert werden gemäss dem Prinzip «Single Invoice».

6.4 Behandlungsklassenwechsel A <-> HP <-> P während Fall

Wenn die Behandlungsklasse während des Falles ändert, z.B. weil der Patient bis zum Eingang der Kostengutsprache in der Allgemeinen Abteilung behandelt und erst danach auf die Private Abteilung verlegt wurde, sind die entsprechenden Perioden in den Detailpositionen auf der Rechnung wie folgt zu liefern:

- **BaseRate-basierende Ziffern und Fallpauschalen:**

Leistungen, die mit einer BaseRate/Fallpauschalen-Logik verrechnet werden, werden, falls vertraglich nichts anderes vereinbart ist, anhand der höchsten geleisteten Behandlungsklasse abgerechnet.

Beispiel: Fall mit 9 Tagen, davon 3 Tage «Allgemein» und 6 Tage «privat»:

Abrechnung mit Ziffer:

001.0100.10.20 Ärztliche Mehrleistung - BaseRate – Akutsomatik - privat

- **Tages-/Nachtpauschalen**

Diese sind für die Perioden mit unterschiedlicher Behandlungsklasse jeweils mit separaten Detailpositionen mit den korrekten Ziffern, Kalendarium und Anzahl entsprechend den erbrachten Tagen gemäss Behandlungsklasse zu liefern.

Wichtig: In diesem Fall ist der Wechseltag nicht doppelt zu verrechnen

Fälle mit «nicht vollständig erbrachten Kernleistungen» sind im Abschnitt 6.6 speziell geregelt. Fälle mit Unter-/Übersicherung sind im Abschnitt 6.7 speziell geregelt

Siehe Beispiel 7

6.5 Jahresübergreifende Aufenthalte

Grundsätzlich wird im VVG stationär analog der OKP kein Jahres-Splitting der Rechnungsstellung vorgenommen. Wenn vertraglich nichts anderes vereinbart ist, gelten im VVG die zum OKP analogen Regelungen: es kommen die Tarife, Preise und Regeln zur Anwendung, welche am Austrittstag gelten.

6.6 Nicht vollständig erbrachte Kern-Leistungen

Wenn vertraglich in einer Pauschale mehrere Kernleistungen vereinbart wurden und in einem abzurechnenden Fall nicht alle vereinbarten Kernleistungen vollständig erbracht wurden, dann darf gemäss Branchen-Framework SVV nicht die gesamte Pauschale in Rechnung gestellt werden.

Es muss im VVG-Vertrag geregelt werden, ob überhaupt und wenn ja welcher Anteil einer Pauschale in welchem konkreten Fall verrechenbar ist, respektive wie gross der Abschlag / die Reduktion in welcher Situation ist.

Wenn im Vertrag keine andere Regelung bezüglich der Rechnungsstellung einer solchen Reduktion vereinbart wurde, soll der Preisabschlag mittels einer Wiederholung derselben Tarifposition wie folgt in Rechnung gestellt werden.

1. Detailposition mit dem Code der Pauschale mit dem vollen vertraglich vereinbarten Preis der Pauschale
2. Detailposition **mit demselben Code aber einem negativen Preis** und einem angepassten Positionstext, der die Reduktion erklärt in folgender Art «Reduktion <Bezeichnung was reduziert wird> aufgrund <warum wird reduziert> »

Beispiel:

Ziffer	Text	Ab	Bis	Anz	TP	Preis
200.0300.10.20	Hotellerie-Komfort Mehrleistungen - Nachtpauschale - Akutsomatik - privat	2.3.23	7.3.23	5	200	1000
200.0300.10.20	Reduktion Hotellerie-Komfort Mehrleistungen aufgrund IPS/IMC-Aufenthalt	3.3.23	5.3.23	2	-120	-240
999.1000.00.00	Pro memoria IPS und IMC/Überwachungseinheit	3.3.23	5.3.23	2	0	0

siehe auch Beispiel 11.

Explizit nicht vorgesehen ist die Verwendung einer generellen Abschlagsposition, mit der beliebige andere Ziffern reduziert werden können, da dies eine automatische Zuweisung zu Kostenarten in der Rechnungsverarbeitung verhindert.

6.7 Unter/Übersicherung

Unter dem Begriff «Unterversicherung» wird die Situation verstanden, wenn beispielsweise ein Patient Halb-Privat versichert ist, er aber auf eigenen Wunsch Privat behandelt wird und dabei der Patient die Kosten, welche seine versicherte Klasse übersteigen, selbst trägt.

Unter dem Begriff «Übersicherung» wird die Situation verstanden, wenn beispielsweise ein Patient Privat versichert ist, aber auf eigenen Wunsch nur allgemein behandelt wird.

Die sehr unterschiedlichen AVB/BVB der VVG-Versicherungsprodukte aller involvierten Versicherungen verlangen in diesem Punkt unterschiedliche Prozesse zur Abwicklung. Es kann darum keine allgemeine Regelung zur Abwicklung der Situation festgehalten werden.

Die Rechnungsstellung solcher Situationen ist entweder vertraglich im VVG-Vertrag zu regeln oder im Kostengutsprache-Prozess im Einzelfall miteinander zu vereinbaren.

6.8 Urlaub

Die Rechnungsstellung von Fällen mit Urlaub und anderen relevanten Unterbrüchen ist in den folgenden Abschnitten dieses Dokuments abschliessend definiert. Die wichtigsten Angaben sind in den zwei fett markierten Abschnitten zu finden.

- Abschnitt 4.4 BehandlungsBeginn / BehandlungsEnde
- Abschnitt 4.5 Anzahl Behandlungstage (treatment_days)
- Abschnitt 4.5 case_detail
- **Abschnitt 5.2.3 Kalendarium**
- **Abschnitt 5.6 Umgang mit Abwesenheiten**

6.9 Rabatte

Aufgrund der grossen Vielseitigkeit und der strukturellen Unterschiede der vorkommenden Rabatte wurde keine allgemeine Wegleitung zur Rechnungsstellung von Rabatten vereinbart.

Es können folgende Punkte festgehalten werden:

- Grundsätzlich muss bei einem vertraglich vereinbarten Rabatt im Vertrag auch die Art und Weise der Rechnungsstellung/Vergütung im Vertrag vereinbart werden.
- Bei Reduktionen aufgrund nicht vollständig erbrachter Kernleistungen ist Kapitel 6.6 zu beachten.

- Die aus Sicht des XML Standards grundsätzlich zu präferierende Lösung ist die Verwendung des Attributs @external_factor zur Reduktion einer Position aufgrund eines Rabatts.

6.10 Zwischenrechnung/Akonto

Grundsätzlich sind im Bereich VVG stationär keine Akonto- und Zwischenrechnungen erlaubt.

Ausnahmen, zum Beispiel bei extremen Langliegerfällen müssen im Einzelfall zwischen Leistungserbringer und Versicherung vereinbart werden. Bei der Abwicklung solcher Ausnahmen wird empfohlen soweit sinnvoll und möglich dem [Leitfaden Zwischen- bzw. Akontorechnungen](#) des TarifDesign zu folgen.