



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



santésuisse

eraneos

powered by AWK

Datenaustausch zum Art. 64a KVG

Konzept

Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK
Haus der Kantone
Speichergasse 6
3000 Bern

santésuisse
Römerstrasse 20
4502 Solothurn

10.06.2024



Dokumentinformationen

Titel:	Konzept	
Veröffentlichungsdatum:	10.06.2024	
Version:	2-01	
Anzahl Seiten:	60 exkl. Beilagen	
Dokumentverantwortlicher:	Lukas Wehrli, Eraneos	
Geprüft durch:	Technische Arbeits- und Steuergruppe DA-64a Version 2-0: Vernehmlassung bei allen Krankenversicherern und Kantonen	
Genehmigt durch:	Steuergruppe DA-64a (Version 2-0)	Datum: 22.04.2024

Versionen

Version	Datum	Wichtigste Änderungen	Verantwortlich
1-0	29.04.2015	Von der Steuergruppe GDK/santésuisse genehmigt	Stl/Wel
1-01	18.08.2015	Fehlerkorrekturen aufgrund Rückmeldungen während der Phase Einführung	Stl
1-02	28.10.2016	Präzisierungen aufgrund von Rückmeldungen während der Phase Einführung	Stl/Wel
1-03	04.04.2017	Präzisierungen aufgrund von Rückmeldungen während der Phase Einführung	Stl/Wel
1-04	17.06.2020	Umsetzung von Change Requests und Präzisierungen aufgrund von Rückmeldungen aus dem Betrieb	Stl/Wel
2-0	22.04.2024	Anpassung an KVG-Änderung vom 18. März 2022	Stl/Wel/Kadi
2-01	16.05.2024	Anpassung Verwendung eCH-Standards (Kap. 4.4.1 und 4.7.15)	Stl/Wel/Kadi

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

Eraneos Switzerland AG

Andreasstrasse 11, CH-8050 Zürich,
T +41 58 411 95 00, www.eraneos.ch

Zürich • Bern • Basel • Lausanne



Abkürzungen und Begriffe

Abkürzung	Beschreibung
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVN13	Neue AHV-Versichertennummer
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BOM	Byte Order Mark
DA	Datenaustausch
DA-64a	Datenaustausch zum Artikel 64a KVG
DA-PV	Datenaustausch Prämienverbilligung nach Artikel 65 KVG
DFS	Kantonale Durchführungsstelle für Art. 64a KVG
EL	Ergänzungsleistungen zur AHV/IV
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
IPV	Individuelle Prämienverbilligung
ISO	International Organization for Standardization
IV	Invalidenversicherung
KoBe	Kostenbeteiligung
KV	Krankenversicherer
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LAUF	Leistungsaufschub
LAUF-ID	Identifikationsnummer eines Leistungsaufschubs
LSP	Liste der säumigen Prämienzahler
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PV	Prämienverbilligung
SchKG	Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs
sedex	secure data exchange
UPI	Zentrales Versichertenregister
UTF	UCS Transformation Format
XML	Extensible Markup Language
XSD	XML Schema Definition
XSL	Extensible Stylesheet Language
ZAS	Zentrale Ausgleichsstelle
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch
ZIP	Dateiformat für komprimierte Dateien



Referenzierte Dokumente

Titel	Autor / Herausgeber	Datum	Link / Datei
[1] Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)	Bundesversammlung	06.10.2000	Link
[2] Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, dort insbesondere Art. 64a (KVG)	Bundesversammlung	18.03.1994	Link
[3] Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung, dort insbesondere Art. 105a bis 105m (KVV)	Bundesrat	27.06.1995	Link
[4] Kommentar und Inhalt der Änderungen: Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), Änderungen vorgesehen für den 1. Januar 2012 (Kommentar KVV)	BAG	27.06.1995	Link
[5] Bundesgesetz vom 11. April 1889 über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG)	Bundesversammlung	11.04.1889	Link
[6] Vorstudie Datenaustausch zum Art. 64a KVG (DA-64a)	GDK	13.03.2014	
[7] Konzept Datenaustausch Art. 64a KVG	santésuisse	15.02.2014	
[8] Verzeichnis der Durchführungsstellen zum Art. 64a KVG	GDK / santésuisse	14.01.2024	Link
[9] Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer	BAG	14.01.2024	Link
[10] Website des Vereins eCH	Verein eCH		Link
[11] Test- und Einführungskonzept DA-64a	GDK / santésuisse	01.09.2015	Link
[12] Betriebskonzept DA-64a	GDK / santésuisse	21.06.2016	Link
[13] Inkraftsetzen der Änderung des KVG (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht) und der Änderung der KVV	Bundesrat	22.11.2023	Link
[14] Informationen über kantonale Vorgaben	GDK / santésuisse	22.12.2023	Link



Steuergruppe DA-64a

Mitglieder der Steuergruppe im Zeitraum der Überarbeitung des Konzepts (Version 2-0):

Name	Institution
Charles Allet	Dienststelle für Gesundheitswesen VS
Pascal Boschung	Ausgleichskasse FR
Philippe Candolfi	Visana
Rolf Häner	Amt für Sozialversicherungen BE
Philipp Hurschler	Helsana
Silvia Marti	GDK (Co-Präsidium)
Michaela Reding	CSS
Axel Reichlmeier	santésuisse (Co-Präsidium)
Susanne Schafer	Groupe Mutuel
Guido Vogel	Amt für Sozialbeiträge BS
Mario Vonlanthen	Groupe Mutuel
Urs Wälchli	Sozialversicherungsanstalt AG
Lukas Wehrli	Eraneos Switzerland AG, Beirat

Technische Arbeitsgruppe DA-64a

Mitglieder der technischen Arbeitsgruppe im Zeitraum der Überarbeitung des Konzepts (Version 2-0):

Name	Institution
Luca Bonfanti	Istituto delle assicurazioni sociali TI
Michael Hartl	Adcubum AG
Kai Herzog	Sozialversicherungsanstalt AG
Andreas Hochuli	IGS GmbH
Philipp Hurschler	Helsana
Joel Horni (Beirat)	Egeli Informatik AG
Siro Realini (Beirat)	Istituto delle assicurazioni sociali TI
Michaela Reding	CSS
Christoph Rüegg	IGS GmbH
Franziska Schnitzer	Atupri
Daniel Waltisberg (Beirat)	emineo
Markus Allmann	Sozialversicherungsanstalt SG
Dino Karahodzic	Eraneos Switzerland AG (Qualitätssicherung)
Lars Steffen	Eraneos Switzerland AG (Qualitätssicherung)
Lukas Wehrli	Eraneos Switzerland AG (Projektleiter)



Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	9
1.1.	Allgemein	9
1.2.	Ausgangslage	9
1.3.	Zielsetzungen	10
1.4.	Abgrenzungen	10
1.5.	Aufbau der Dokumentation	10
2.	Übersicht	11
2.1.	Inkrafttreten	11
2.2.	Betreibungsprozess	11
2.3.	Übersicht über die Meldeprozesse	12
2.3.1.	Meldeprozess 1: „Betreibungsmeldungen“	12
2.3.2.	Meldeprozess 2: „Meldungen zur Übernahmegarantie“	13
2.3.3.	Meldeprozess 3: „Meldungen zum Leistungsaufschub“	13
2.3.4.	Meldeprozess 4: „Quartalsmeldung und Schlussabrechnung“	13
2.3.5.	Meldeprozess 5: „Übernahme Verlustschein“	14
3.	Meldeprozesse und Anwendungsbestimmungen	15
3.1.	Anwendungsbestimmungen	15
3.1.1.	Umsetzungsumfang	15
3.1.2.	Meldefrequenz und Antwortzeiten	15
3.1.3.	Unterbrechung der Betreuung	16
3.1.4.	Identifikation von versicherter Person und Schuldner	16
3.1.5.	Adresse der versicherten Person und Schuldner	17
3.1.6.	Datenlieferung Betreibungsereignis	18
3.1.7.	Leistungsaufschub setzen, stoppen und aufheben	19
3.1.8.	Kantonswechsel und Leistungsaufschub	20
3.1.9.	Aufhebung des Leistungsaufschubs bei Vollzahlung	22
3.1.10.	Referenzen	24
3.1.11.	Fusion, Übernahme, Aufspaltung, Neugründung, Auflösung, Konkurs von Krankenversicherern	24
3.1.12.	Meldung von Forderungen und Zahlungen	25
3.1.13.	Betreibungsereignismeldungen „Vollzahlung“ und „Annulation“	27
3.1.14.	Gleichzusetzende Rechtstitel	27
3.1.15.	Meldungen zu „EU/EFTA“-Verfahren	27
3.1.16.	Forderungen ohne Verlustschein resp. gleichzusetzender Rechtstitel	28
3.1.17.	Übernahme der Forderungen zu 90%	28
3.2.	Meldeprozess 1: „Betreibungsmeldungen“	28
3.2.1.	Betreibungsereignismeldung	28
3.2.2.	Forderungsübernahme	30
3.3.	Meldeprozess 2: „Meldungen zur Übernahmegarantie“	31
3.3.1.	Liste Übernahmegarantie	31
3.3.2.	Forderungen Übernahmegarantie	31



3.3.3.	Zahlungen Übernahmegarantie	32
3.4.	Meldeprozess 3: „Meldungen zum Leistungsaufschub“	33
3.4.1.	Leistungsaufschub setzen.....	33
3.4.2.	Leistungsaufschub gesetzt.....	34
3.4.3.	Leistungsaufschub stoppen/aufheben	34
3.4.4.	Leistungsaufschub aufgehoben	35
3.5.	Meldeprozess 4: „Quartalsmeldung und Schlussabrechnung“	35
3.5.1.	Quartalsmeldung und Schlussabrechnung	35
3.6.	Meldeprozess 5: „Übernahme Verlustschein“	38
3.6.1.	Übernahme Verlustschein.....	38
3.6.2.	Bestätigung Übernahme Verlustschein	38
4.	Meldungsspezifikation	40
4.1.	Schemaversion.....	40
4.2.	Einsatz von sedex	40
4.3.	Referenzierung	40
4.4.	Technische Anwendungsbestimmungen	41
4.4.1.	Anwendung von eCH-Standards	41
4.4.2.	Meldungsnamen.....	41
4.4.3.	sedex-Umschlag und Meldungsrahmen	42
4.4.4.	Grundlegender Aufbau der einzelnen Meldungen	43
4.4.5.	Schemaprüfung und Validation	43
4.4.6.	Verwendung von Einzelmeldungen und Sammelmeldungen	43
4.4.7.	Aufbau der Meldungsdateien.....	44
4.4.8.	XML-Formatierung.....	44
4.4.9.	Format von Datums- und Zeitangaben.....	45
4.4.10.	Protokollquittungen	45
4.4.11.	Zukünftige Änderungen am Schnittstellenstandard	45
4.5.	Meldungsrahmen	46
4.6.	Meldungstypen und Submeldungstypen	47
4.7.	Typen.....	48
4.7.1.	addressType (Domiziladresse)	48
4.7.2.	assumptionOfClaimsType (Forderungsübernahme)	48
4.7.3.	certificateOfLossQuarterlyStatementType (Quartalsmeldung).....	49
4.7.4.	certificateOfLossFinalStatementType (Schlussabrechnung)	49
4.7.5.	certificateOfLossArrivalType (Eingang Verlustschein)	50
4.7.6.	certificateOfLossPaymentType (Zahlungseingang)	50
4.7.7.	certificateOfLossType (Verlustschein).....	50
4.7.8.	claimDebtorType (Forderung zum Schuldner)	51
4.7.9.	claimDebtorGuaranteedAssumptionType (Forderung zum Schuldner mit Übernahmegarantie).....	51
4.7.10.	claimInsuredPersonType (Forderung zur versicherten Person)	51
4.7.11.	collectionOfficeType (Betreibungsamt)	52
4.7.12.	contactInformationType (Kontaktinformation).....	52
4.7.13.	debtCollectionEventType (Betreibungsereignis)	52



4.7.14.	debtorNPType (Schuldner – natürliche Person)	53
4.7.15.	debtorJPType (Schuldner – juristische Person)	53
4.7.16.	debtorType (Schuldner)	54
4.7.17.	debtorWithClaimType (Schuldner mit den dazugehörigen Forderungen) ..	54
4.7.18.	insuredPersonType (Versicherte Person)	54
4.7.19.	insuredPersonWithClaimType (Versicherte Person mit den dazugehörigen Forderungen)	54
4.7.20.	listOfGuaranteedAssumptionsType (Liste Übernahmegarantie)	54
4.7.21.	listOfClaimsGuaranteedAssumptionsType (Forderungen Übernahmegarantie).....	54
4.7.22.	paymentType (Zahlung).....	55
4.7.23.	suspensionAssumptionOfClaimsStopCancel (Leistungsaufschub stoppen/aufheben)	55
4.7.24.	assumptionsPaymentType (Zahlungseingang).....	55
4.7.25.	listOfPaymentsGuaranteedAssumptionsType (Liste Zahlungen Übernahmegarantie).....	55
4.7.26.	certificateOfLossAssumptionType (Übernahme Verlustschein)	56
4.7.27.	certificateOfLossConfirmationType (Bestätigung Übernahme Verlustschein)	56
5.	Beispiele	57
5.1.	Betreibungsereignismeldung	57
5.2.	Quartalsmeldung	58



1. Einleitung

1.1. Allgemein

Zur besseren Lesbarkeit werden im vorliegenden Dokument Berufs- und Personenbezeichnungen nur in einer Geschlechtsform (männlich oder weiblich) verwendet. Es sind stets beide Geschlechter gemeint.

1.2. Ausgangslage

Mit der Revision von Artikel 64a des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und der Artikel 105b bis 105m der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) wurde die Übernahme von nicht bezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ab dem 1. Januar 2012 neu geregelt.

Artikel 64a KVG sieht insbesondere folgende Punkte vor:

- Die Krankenversicherer müssen auf Verlangen der Kantone die von ihnen betriebenen Personen bekannt geben. Die zuständige kantonale Behörde kann den Krankenversicherer anhalten, das Betreibungsverfahren nicht fortzusetzen, bis sie entschieden hat, ob sie oder eine andere Behörde im Kanton die Forderungen aus der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt. Damit soll sichergestellt werden, dass Personen, welche nachweislich nicht zahlungsfähig sind (z.B. Bezüger von Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen (EL) und Minderjährige), nicht weiter betrieben werden.
- Die Kantone übernehmen 85% der ausstehenden Forderungen der OKP (Prämien und Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreibungskosten) bei Vorliegen eines Verlustscheins oder eines gleichwertigen Rechtstitels. Die Krankenversicherer verzichten im Gegenzug auf die altrechtlich vorgesehene Praxis der Leistungs-sistierung für diese Personen.
- Die Kantone haben die Möglichkeit, versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Zahlungsaufforderung und Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste zu erfassen. Versicherte Personen, die sich auf dieser Liste der säumigen Prämien-zahler (LSP) befinden, erhalten nur noch Notfallbehandlungen im Rahmen der OKP.

Mit der KVG-Änderung vom 18. März 2022 und der KVV-Änderung vom 22. November 2023 kommen unter anderem die folgenden Punkte dazu:

- Die Kantone und die Versicherer müssen ihre Daten nach einem einheitlichen Standard austauschen.
- Die Kantone können zusätzlich fünf Prozent aller Forderungen übernehmen. Im Gegenzug treten ihnen die Versicherer die Forderungen ab.
- Die Kantone können zusätzlich drei Prozent einer Forderung übernehmen, von der er vor dem Inkrafttreten der Änderung – also vor dem 1. Juli 2025 – bereits 85 Prozent übernommen hat. Im Gegenzug treten ihnen die Versicherer diese Forderungen ab.

Neben diesen schweizweiten Vorgaben gibt es zudem kantonal unterschiedliche Regelungen und Ausführungsbestimmungen.

Der Datenaustausch Art. 64a KVG (DA-64a) zwischen Kantonen und Versicherern ist seit Ende 2016 in Betrieb. Mit der vorliegenden Version 2-0 des Konzepts werden alle Änderungen vorgenommen, welche die Umsetzung der KVG-Änderung vom 18. März 2022 und der KVV-Änderung vom 22. November 2023 erfordern.



1.3. Zielsetzungen

Das vorliegende Konzept definiert die Meldungsspezifikationen zum strukturierten und automatisierten Datenaustausch via sedex im Zusammenhang mit den Vorgaben zu Art. 64a KVG, Art. 105a bis 105m KVV und den Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 18. März 2022 und zur KVV-Änderung vom 22. November 2023. Insbesondere werden (in Analogie zum Konzept Datenaustausch Prämienverbilligung) die fachlichen und technischen Meldeprozesse, die Dateninhalte und Datenschemas beschrieben. Die Meldeprozesse sollen einfach gehalten werden. Fehler und Ausnahmen müssen ausserhalb des hier definierten Datenaustauschs abgehandelt werden.

1.4. Abgrenzungen

Folgende Themen liegen ausserhalb des vorliegenden Konzepts:

- Klären von Unklarheiten in der gesetzlichen Grundlage (insb. bzgl. Art. 64a KVG und Art. 105a bis 105m KVV)
- Datenaustausch der Durchführungsstellen mit Provider für die Liste der säumigen Prämienzahler (z.B. SASIS)
- Inner- und interkantonaler Datenaustausch (z.B. EL-Stellen, IPV, Sozialhilfe, Gemeinde)

1.5. Aufbau der Dokumentation

Im Rahmen des Datenaustauschs Art. 64a KVG wurden folgende Dokumente erarbeitet:

- Vorstudie Datenaustausch zum Art. 64a KVG [6]:
Vorstudie zum Projekt. Beschreibung der Grundelemente eines modularen Austauschformats, welcher auch die Aspekte der Liste der säumigen Prämienzahler abdeckt.
- Konzept Datenaustausch zum Art. 64a KVG (vorliegendes Dokument):
Beschreibung der fachlichen und technischen Meldeprozesse. Dient als Vorlage für die Umsetzung bei den Software-Herstellern und die Erstellung der XML-Meldeschemata (XSD).
- Einführungs- und Testkonzept [11]:
Beschreibt das Einführungs- und Testvorgehen, um den Datenaustausch zum Art. 64a KVG in der notwendigen Qualität einzuführen.
- Betriebskonzept [12]:
Festlegung des Aufbaus der Betriebsorganisation und Regelung der notwendigen Prozesse mit Aufgaben und Verantwortlichkeiten.



2. Übersicht

2.1. Inkrafttreten

Die Kantone können sich die Verlustscheine neu von den Versicherern abtreten lassen. Diese Änderung des KVG tritt am 1. Juli 2025 in Kraft. Die Einführung der neuen Konzeptversion 2-0 erfolgt deshalb auf den 1. Juli 2025. Ab dem 1. Juli 2025 ist der Austausch nach älteren Konzeptversionen nicht mehr möglich.

Die bisherigen gesetzlichen Grundlagen verpflichteten die Teilnehmer nicht zum standardisierten Datenaustausch via sedex. Viele Durchführungsstellen und Krankenversicherer haben sich aber mittels Beitritt zur Projektvereinbarung GDK-santésuisse vom 1. Juli 2014 zu einer gemeinsamen Standardisierung bekannt. Weil es keine gesetzliche Grundlage gab, die einen festen Zeitpunkt für die Einführung vorgab, dauerte die Einführung seit Ende 2016 an und noch immer haben nicht alle Teilnehmer den DA-64a eingeführt, welche das geplant haben.

Mit dem revidierten Art. 64a ändert sich die Ausgangslage, weil das KVG neu vorschreibt, dass die Kantone und Versicherer ihre Daten nach einem einheitlichen Standard austauschen müssen. Das EDI kann einen einheitlichen Standard für den Datenaustausch zwischen allen Kantonen und Krankenversicherern vorgeben (Art. 64a, Abs. 7ter KVG und Art. 105h KVV). GDK und santésuisse beantragen dem BAG, das vorliegende Konzept mittels EDI-Verordnung verbindlich zu erklären.

2.2. Betreibungsprozess

Der allgemeine Betreibungsprozess ist im SchKG [5] beschrieben. Der Betreibungsprozess für den Fall, dass eine versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen (KoBe) nicht bezahlt, wird im Art. 64a KVG und im Art. 105a bis 105m KVV präzisiert. Der Prozess ist in der Abbildung 1 dargestellt und wird nachfolgend erläutert.

Zahlt eine versicherte Person die fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, muss der Krankenversicherer ihr mindestens eine schriftliche Mahnung, und danach, spätestens drei Monate ab deren Fälligkeit (vgl. Art. 105b Abs. 1 KVV), eine Zahlungsaufforderung zustellen. Die versicherte Person erhält darin eine Nachfrist von 30 Tagen, um die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen zu bezahlen. Werden diese nicht innert der gesetzten Frist bezahlt, so muss der Krankenversicherer die Betreibung anheben.

Das Betreibungsamt erstellt aufgrund des Betreibungsbegehrens einen Zahlungsbefehl und stellt diesen der Schuldnerin zu. Die Schuldnerin hat die Möglichkeit, spätestens zehn Tage nach Zustellung des Zahlungsbefehls Rechtsvorschlag zu erheben, um die Betreibung zu unterbrechen. Tut sie dies nicht, hat sie nach dieser Frist noch maximal 20 Tage Zeit, um die vom Krankenversicherer geforderte Summe zu bezahlen. Üblicherweise reagieren die Krankenversicherer auf den Rechtsvorschlag mit einer Rechtsöffnung, um das Betreibungsverfahren fortzusetzen (Fortsetzungsbegehren).

Kann die geschuldete Summe aus dem Pfändungserlös bzw. der Konkursmasse nicht vollständig beglichen werden, stellt das Betreibungsamt dem Krankenversicherer einen Verlustschein aus. Der Kanton hat in der Folge zwei Möglichkeiten:

- Er übernimmt 85% der nicht gedeckten Forderungen aus der OKP (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinsen und Betreibungskosten). Der Krankenversicherer bewahrt die Verlustscheine bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen respektive bis zum Ablauf seiner Gültigkeit (20 Jahre) auf und bewirtschaftet diese. Sobald die Schuld vollständig oder



teilweise gegenüber dem Krankenversicherer beglichen ist, erstattet dieser einen Teil des eingegangenen Betrages an den Kanton zurück (nicht abgebildet).

- Alternativ übernimmt der Kanton 90% der nicht gedeckten Forderungen aus der OKP. Der Krankenversicherer tritt dem Kanton die entsprechenden Forderungen ab. Zahlungen, welche der Schuldner nach der Abtretung leistet, werden zu 100% dem Kanton zugewiesen.

Der Kanton informiert die Versicherer vor dem 1. Dezember, wenn er die Forderungen im Folgejahr zu 90 Prozent übernimmt. Die Meldung muss jährlich wiederholt werden.

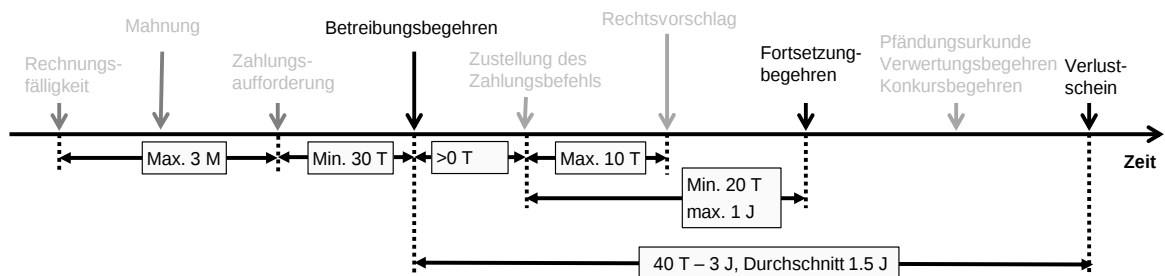


Abbildung 1: Ablauf des Betreibungsprozesses
(grau eingefärbte Ereignisse sind für den DA-64a nicht relevant)

2.3. Übersicht über die Meldeprozesse

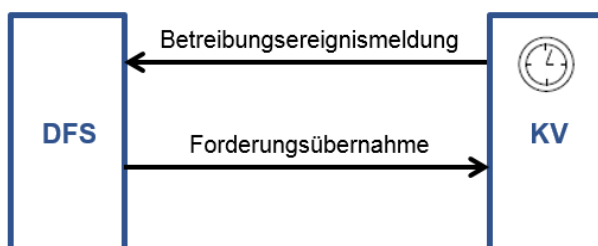
Der Datenaustausch Art. 64a KVG erfolgt mit 5 Meldeprozessen.

Je nach kantonalen Vorgaben werden nicht alle dieser Meldeprozesse oder nicht alle Meldungen aus Meldeprozessen benötigt. Nähere Details dazu sind im Kapitel 3.1.1 „Umsetzungsumfang“ beschrieben.

2.3.1. Meldeprozess 1: „Betreibungsmeldungen“

Der Krankenversicherer (KV) meldet der kantonalen Durchführungsstelle (DFS) ein Ereignis im Rahmen einer Betreibung („Betreibungsereignismeldung“). Die verschiedenen Kantone sind an unterschiedlichen oder allenfalls an gar keinen Ereignissen interessiert.

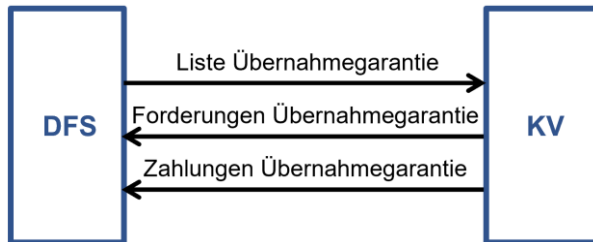
Die Durchführungsstelle kann dem Krankenversicherer melden, dass die Betreibung nicht fortzusetzen ist und die ausstehenden Forderungen übernommen werden oder dass die Betreibung gemäss SchKG fortgesetzt werden soll. Hierzu wird die Meldung „Forderungsübernahme“ verwendet. Die Meldung ist optional. Bleibt die Antwort aus, wird der Krankenversicherer die Betreibung nach einer pro Kanton definierten Wartezeit fortsetzen.





2.3.2. Meldeprozess 2: „Meldungen zur Übernahmegarantie“

Die Durchführungsstelle kann dem Krankenversicherer eine Liste von versicherten Personen melden, die nicht betrieben werden sollen und für welche etwaige Zahlungsausstände übernommen werden („Liste Übernahmegarantie“). Der Krankenversicherer informiert die Durchführungsstelle periodisch über die Forderungen gegenüber Personen, die nicht mehr betrieben werden dürfen („Forderungen Übernahmegarantie“). Weiter kann der Krankenversicherer die Durchführungsstelle einmal jährlich über Zahlungen für Forderungen informieren, welche durch den Kanton bereits übernommen wurden. Diese Meldung ist für beide Seiten optional.



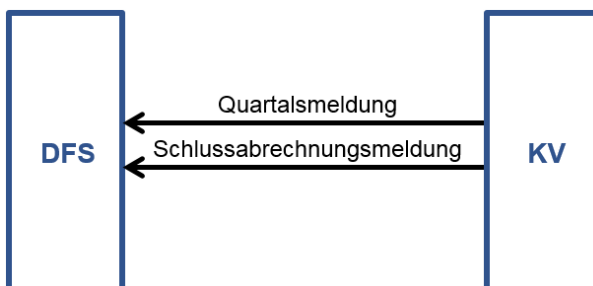
2.3.3. Meldeprozess 3: „Meldungen zum Leistungsaufschub“

Die Durchführungsstelle meldet den Leistungsaufschub (LAUF) mittels einer Meldung „Leistungsaufschub setzen“ an den Krankenversicherer. Dieser setzt den Leistungsaufschub und bestätigt dies mit der Meldung „Leistungsaufschub gesetzt“. Die Durchführungsstelle kann einen bestehenden Leistungsaufschub mit einer Meldung „Leistungsaufschub stoppen/aufheben“ entweder stoppen (z.B. bei einem Kantonswechsel) oder aufheben (z.B. neu EL-Bezüger, neu Sozialhilfe-Empfängerin). Technisch wird dieselbe Meldung verwendet, wobei die Meldung eine Kennzeichnung enthält, welche aussagt, ob ein Stopp oder eine Aufhebung gewünscht ist. Bei einer Vollzahlung hebt der Krankenversicherer den Leistungsaufschub auf und teilt dies der Durchführungsstelle mit („Leistungsaufschub aufgehoben“).



2.3.4. Meldeprozess 4: „Quartalsmeldung und Schlussabrechnung“

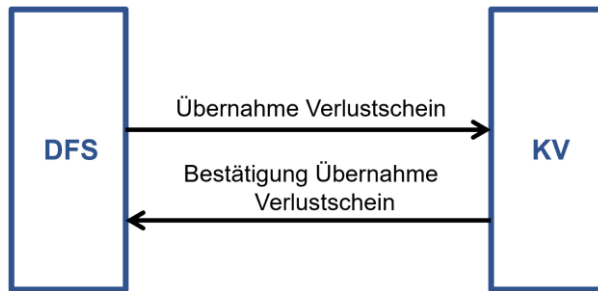
Der Krankenversicherer informiert die Durchführungsstelle über die Entwicklung der Verlustscheine des laufenden Jahres respektive übermittelt die Schlussabrechnung des letzten Kalenderjahres.





2.3.5. Meldeprozess 5: „Übernahme Verlustschein“

Gemäss den Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 18. März 2022 kann der Kanton zusätzliche 3 Prozent einer Forderung übernehmen, von der er vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 18. März 2022 – also vor dem 1. Juli 2025 – bereits 85% (nach Artikel 64a Absatz 4) übernommen hatte. Der Krankenversicherer tritt dem Kanton die entsprechende Forderung ab. Der Kanton informiert den Krankenversicherer mittels Meldung „Übernahme Verlustschein“ spätestens zwei Wochen nach Quartalsende über die Übernahme von weiteren 3% einer Forderung. Der Krankenversicherer bestätigt die Übernahme mittels Meldung „Bestätigung Übernahme Verlustschein“ und informiert den Kanton über allfällige Teilzahlungen.





3. Meldeprozesse und Anwendungsbestimmungen

3.1. Anwendungsbestimmungen

3.1.1. *Umsetzungsumfang*

Gemäss Art. 64a Abs. 3 KVG wird am Ende jedes Quartals die Durchführungsstelle mit der Quartalsmeldung über die Entwicklung der Verlustscheine informiert. Die Schlussabrechnungsmeldung wird gemäss Art. 105f Abs. 2 KVV spätestens am 31. März des Folgejahres übermittelt.

Dies bedeutet, dass sämtliche Durchführungsstellen, welche am Datenaustausch gemäss dem vorliegenden Konzept teilnehmen, mindestens die beiden Meldungen „Quartalsmeldung“ und „Schlussabrechnung“ empfangen können müssen.

Die restlichen in diesem Konzept erwähnten Meldungen sind aus Sicht Kanton optional, können aber explizit vom Kanton gefordert werden und bedürfen teilweise kantonaler gesetzlicher Grundlagen. Die Krankenversicherer müssen somit sämtliche in diesem Konzept beschriebenen Meldungen senden respektive empfangen und bearbeiten können, welche die Kantone in ihrem Tätigkeitsgebiet austauschen möchten. Die Kantone müssen sämtliche von ihnen gewünschten Meldungen über den Datenaustausch gemäss diesem Konzept umsetzen.

3.1.2. *Meldefrequenz und Antwortzeiten*

Der Kanton kann verlangen, dass der Krankenversicherer der Durchführungsstelle die Schuldner, die betrieben werden, bekannt gibt. Somit erhält er die Möglichkeit, die Betreuung zu stoppen und allenfalls die Forderungen zu übernehmen. Unnötige Verzögerungen des Betreibungsprozesses (und damit entstehende Folgekosten für den Schuldner) sind zu vermeiden. Eine tägliche Übermittlung und Verarbeitung von Meldungen auf beiden Seiten ist unerlässlich. Die folgenden Meldungen müssen innert einem Arbeitstag gemeldet resp. empfangen und deren Verarbeitung eingeleitet werden:

- Die vom jeweiligen Kanton gewünschten Betreibungsereignismeldungen
- Forderungsübernahme
- Meldungen zum Leistungsaufschub

Die Quartalsmeldungen sind innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf der entsprechenden Periode zu übermitteln. Die Schlussabrechnung ist spätestens am 31. März des Folgejahres zu übermitteln.

Die Meldungen „Übernahme Verlustschein“ müssen innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf jedes Quartals durch die Kantone gesendet und danach innerhalb von 30 Tagen durch die Krankenversicherer beantwortet werden.

Der Kanton entscheidet über den Zeitpunkt des Versands der Meldung „Liste Übernahmegarantie“. Die Meldung ist vom Krankenversicherer innert einem Arbeitstag zu verarbeiten. Der Krankenversicherer meldet pro Quartal die Forderungen, welche aufgrund dieser Liste nicht betrieben wurden. Weiter kann er einmal jährlich bis spätestens am 31. März des Folgejahres allfällige Zahlungen auf die Forderungen melden, welche der Kanton aufgrund einer Übernahmegarantie übernommen hat.

Falls ein Teilnehmer die hier definierten Fristen (z.B. aufgrund eines Systemwechsels oder eines Updates/Upgrades seiner Software) nicht einhalten kann, müssen alle



Gegenstellen rechtzeitig über diesen Umstand informiert werden, damit gemeinsam eine Lösung gefunden werden kann.

3.1.3. *Unterbrechung der Betreuung*

Der Krankenversicherer muss die von der Durchführungsstelle jeweils vorgegebene Frist bezüglich Unterbrechung der Betreuung vor dem Stellen des Fortsetzungsbegehrens beachten. Die Frist ist kantonsabhängig und bestimmt, wie lange die Betreuung bei einer Betreibungsereignismeldung „Betreibungsbegehren“ oder „Fortsetzungsbegehren möglich“ maximal „unterbrochen“ wird. Der Unterbruch kann auch null Tage betragen (in diesem Fall gelten die Fristen gemäss SchKG). Spätestens 30 Tage vor Ablauf der SchKG-Frist (Ablauf Zahlungsbefehl nach einem Jahr) muss die Betreuung unabhängig von einer Unterbrechung fortgesetzt werden. Im Rahmen der Einführung des DA-64a wurde festgelegt und zentral publiziert, für welchen Kanton welche Fristen (in Tagen) für die maximale Unterbrechung der Betreuung gelten [14]. Änderungen sind den Krankenversicherern und der GDK durch die Kantone mitzuteilen.

Für die Berechnung von Fristen ist immer das Datum des auslösenden Ereignisses (`debtCollectionEventDate`, siehe Kapitel 4.7.13) zu verwenden. Das Nachrichtendatum (`messageDate`) im Header ist für die Berechnung von Fristen nicht relevant.

Beispiel: Ist das Datum des auslösenden Ereignisses der 5. November 2016 und beträgt die Frist 30 Tage, so darf das Fortsetzungsbegehren frühestens am 6. Dezember 2016 (ab 0:00 Uhr) gestellt werden.

Die Kantone können auch vor Ablauf der kantonsindividuellen Frist Rückmeldung geben, damit das Verfahren nicht unnötig verzögert wird.

Hinweis: Wird vom Kanton eine Frist gesetzt, welche länger als die Frist gemäss SchKG ist, so entstehen dem Schuldner zusätzliche Kosten aufgrund von Verzögerungen (Betreibungskosten und Verzugszinsen). Diese Kosten müssen bei Ausstellung eines Verlustscheines auch dem Kanton zu 85% resp. 90% belastet werden.

3.1.4. *Identifikation von versicherter Person und Schuldner*

Der Schuldner ist immer diejenige Person, welche betrieben wird, falls die Forderungen nicht bis spätestens 30 Tage nach Zustellung der Zahlungsaufforderung beglichen werden.

Gemäss Art. 105g KVV sind zur Identifikation des Schuldners dessen Name und Vorname, die AHV-Versichertennummer (AHVN13), Geburtsdatum, Geschlecht und Adresse zu melden. Unter Umständen sind dem Krankenversicherer die AHVN13, Geburtsdatum und Geschlecht des Schuldners nicht bekannt, wenn der Schuldner nicht identisch mit einer versicherten Person ist. Hat eine versicherte Person ihrem Versicherer mitgeteilt, dass ihre Prämien von einer juristischen Person bezahlt werden, so meldet der Versicherer der Durchführungsstelle den Namen dieser juristischen Person und deren eidgenössische Unternehmensidentifikationsnummer, sofern diese ihm bekannt ist (Art 105e Abs. 1bis KVV). Bezüglich der Meldung der AHVN13, Geburtsdatum und Geschlecht gilt deshalb folgende Regelung:

- Zur versicherten Person sind die Daten gemäss Art. 105g KVV zwingend zu liefern. Es sind keine Ausnahmen vorgesehen, die Meldung von versicherten Personen ohne AHVN13 ist technisch nicht möglich. Fälle, bei denen keine AHVN13 bekannt ist, müssen ausserhalb des DA-64a gemeldet werden. Insbesondere ist die Verwendung einer fiktiven AHVN13 nicht gestattet.
- Wenn der Schuldner identisch mit einer beim Krankenversicherer versicherten Person ist, sind die Daten gemäss Art. 105g KVV zwingend zu liefern.



- Wenn der Schuldner nicht identisch mit einer beim Krankenversicherer versicherten Person ist, sind die Daten gemäss Art. 105g KVV zwingend zu liefern, sofern sie über einen Abgleich mit dem zentralen Versichertenregister (UPI) der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) ermittelt werden können.
- Wenn der Schuldner eine juristische Person ist, wird diese gemäss Kapitel 4.7.15 identifiziert.

Die Teilnehmer am Datenaustausch haben sicherzustellen, dass die aktuelle AHVN13 gemeldet wird. Ein regelmässiger Abgleich mit dem zentralen Versichertenregister der ZAS wird empfohlen.

Neben den oben aufgeführten Daten sind die Domizilgemeinde (Gemeindenummer und -name) und die Korrespondenzsprache der Schuldnerin und der versicherten Personen zu melden.

Es gibt „Antwortmeldungen“, welche zwecks Identifikation zusätzlich zur Referenznummer (siehe Kapitel 3.1.10) die gleichen Personendaten beinhalten wie die ursprüngliche Meldung. Ein Beispiel ist die Kombination Betreibungsereignismeldung – Forderungsübernahme.

Mit dem Austausch der betroffenen Meldungen wird nicht primär ein Adressabgleich bezweckt. In der Antwortmeldung können daher entweder die Personendaten aus der Ursprungsmeldung verwendet werden oder „eigene“ Personendaten (aus dem eigenen Fach- oder Inkassosystem).

Hinweis: Einige „Antwortmeldungen“ können mit grosser zeitlicher Verzögerung verschickt werden (z.B. kann eine Aufhebung eines Leistungsaufschubs bei Vollzahlung noch Jahre nach der ursprünglichen Meldung verschickt werden). In diesen Fällen sind die ursprünglichen Adressdaten aufgrund von Umzügen allenfalls nicht mehr aktuell.

3.1.5. Adresse der versicherten Person und Schuldner

In jedem Fall wird die Adresse gemäss Art. 13 ATSG der versicherten Person gemeldet. Dies gilt ebenfalls für die Schuldnerin, falls diese eine natürliche Person ist. Bei einer juristischen Person ist die Adresse gemäss Art. 56 ZGB zu melden. Ein Adressabgleich zwischen Durchführungsstelle und Krankenversicherer ist nicht vorgesehen.

Bei den Betreibungsereignismeldungen wird jeweils die aktuelle, dem Krankenversicherer bekannte Domiziladresse gemeldet. In der Quartalsmeldung und in der Schlussabrechnung (auch in Folgejahren) wird die zum Zeitpunkt der Ausstellung des Verlustscheins gültige Domiziladresse oder die auf dem ausgestellten Verlustschein aufgeführte Adresse gemeldet (siehe Abbildung 2).

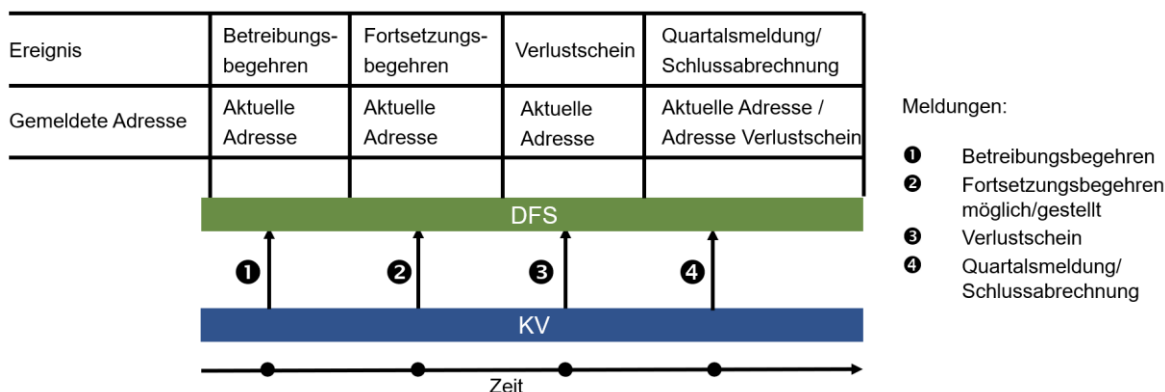


Abbildung 2: Bei verschiedenen Ereignissen zu meldende Adresse.



3.1.6. Datenlieferung *Betreibungsereignis*

In den Kantonen bestehen unterschiedliche gesetzliche Grundlagen, die bestimmen, ob und bei welchen Ereignissen während des Betreibungsprozesses (siehe Kapitel 2.2 und 3.2.1) der Kanton benachrichtigt werden muss. Der Krankenversicherer informiert deshalb kantonsabhängig über unterschiedliche Betreibungsereignisse. Im Rahmen der Einführung des DA-64a wurde festgelegt und zentral publiziert, welcher Kanton über welche Betreibungsereignisse informiert werden muss [14]. Änderungen sind den Krankenversicherern und der GDK durch die Kantone mitzuteilen.

Eine Betreibungsereignismeldung kann entsprechend bei verschiedenen Ereignissen der Betreibung verschickt werden. Folgende Tabelle zeigt die zu liefernden Daten für die verschiedenen Betreibungsereignisse. Siehe auch 2.2 „Betreibungsprozess“. Details zum Inhalt der einzelnen Meldungen respektive zur Bedeutung der Angaben in der Spalte Feldname können dem Kapitel 4.7 entnommen werden. Hinweis: Die jeweils unter „Forderungen zum Schuldner“ gemeldeten Kosten können für verschiedene Betreibungsereignisse einer Betreibung unterschiedlich sein, z.B. sind die Betreibungskosten beim Betreibungsbegehren noch nicht bekannt.

In Meldungen zu Betreibungen oder Verlustscheinen, welche Angaben zu versicherten Personen beinhalten, sind immer alle versicherten Personen aufzuführen, die etwas zu der Gesamtsumme der Forderung zum Zeitpunkt der Betreibung beitragen und es sollen alle ursprünglich bei der Betreibung relevanten Elemente (Prämie, Kostenbeteiligung) geliefert werden (mit dem Betrag «0» falls bereits beglichen). Relevant sind also immer diejenigen Personen, die beim Betreibungsbegehren offene Forderungen haben (unabhängig davon, ob das Betreibungsbegehren eine Meldung auslöst oder nicht). In verschiedenen Meldungen zu einer Betreibung müssen immer alle ursprünglich in der ersten Meldung gemeldeten Personen gemeldet werden. Falls für eine versicherte Person ein Guthaben besteht, welches für die Gesamtsumme relevant ist, ist dieses als negative Forderung zu melden.

Hinweis: Die Tatsache, dass in Betreibungsereignismeldungen versicherte Personen ohne offene Forderungen gemeldet werden können, verlangt, dass für allfällige Einträge auf der Liste säumiger Prämienzahler der offene Betrag durch die Durchführungsstelle geprüft wird.

Feldname	Bemerkung	Betreibungsereignis						
		Betreibungsbegehren	Fortsetzungsbegehren möglich	Fortsetzungsbegehren gestellt	Verlustschein	Vollzahlung	Annulation	Inkasso EU/EFTA
Dossiernummer	Eindeutige Dossiernummer zur Betreibung (siehe Kapitel 3.1.10, wird im Headerelement businessProcessId geliefert)	P	P	P	P	P	P	P
Betreibungsereignis	Entsprechendes Ereignis	P	P	P	P	P	P	P



Betreibungsnummer	Vom Betreibungsamt vergebene Identifikationsnummer		P	P	O	O	O	
Datum	Datum des auslösenden Ereignisses	P	P	P	P	P	P	P
Betreibungsamt	Informationen zum Betreibungsamt	P	P	P	P	P	P	O
Schuldner	Natürliche oder juristische Person (siehe Kapitel 3.1.4)	P	P	P	P	P	P	P
Forderungen Schuldner	Total offene Forderungen Hierbei handelt es sich um 100% der Beträge, welche vom Kanton zu 85% oder 90% zu übernehmen sind inklusive Betreuungskosten und Verzugszinsen, ohne administrative Kosten	P	P	P	P	O	O	P
Versicherte Person	Mindestens eine Person	P	P	P	P	O	O	P
Forderungen versicherte Person	Offene Prämien, offene Kostenbeteiligungen und deren Zeitraum	P	P	P	P	O	O	P
Verlustschein	Nummer und Ausstelldatum				O	O	O	
Anknüpfungspunkt	Adresse Arbeitgeber in EU/EFTA-Verfahren							O

P = Pflicht

O = Optional, muss aber immer dann geliefert werden, wenn die Daten bekannt sind

Leer = Nicht zu liefern, da zum Meldezeitpunkt nicht bekannt

3.1.7. Leistungsaufschub setzen, stoppen und aufheben

Die Hoheit über die Liste der säumigen Prämienzahler und den Leistungsaufschub liegt beim Kanton. Wenn der Kanton eine versicherte Person auf der Liste der säumigen Prämienzahler erfasst, meldet er dem Krankenversicherer mittels Meldung „Leistungsaufschub setzen“, dass die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen für die versicherte Person aufzuschieben ist. Der Krankenversicherer schickt eine Bestätigung „Leistungsaufschub gesetzt“. Fehlt die Bestätigung, sollte seitens Durchführungsstelle innerhalb von drei Arbeitstagen ausserhalb des automatisierten Datenaustauschs nachgehakt werden, um die Synchronizität zwischen Leistungsaufschub und Liste der säumigen Prämienzahler zu gewährleisten.

Der Leistungsaufschub ist abhängig vom Domizil einer Person. Jeder Kanton kann nur für versicherte Personen mit Domizil oder Anknüpfungspunkt im entsprechenden Kanton und für die Dauer der dortigen Domizilnahme einen Leistungsaufschub setzen lassen (siehe auch Kapitel 3.1.8).

Der Leistungsaufschub gilt für eine bestimmte Zeitperiode, welche auch einen unbestimmten Endzeitpunkt haben kann:

- **Startdatum:** Der LAUF gilt ab dem Eintreffen der Meldung beim Krankenversicherer, das heisst ab dem Verarbeitungsdatum der Meldung. Die Leistungen sind am Startdatum bereits aufzuschieben.
- **Stopppdatum:** Das Datum für Stopp/Aufhebung des LAUF wird in der Meldung „Leistungsaufschub stoppen/aufheben“ mitgeliefert. Das Datum entspricht dem letzten Tag, an welchem der LAUF noch gilt.

Die Übernahme sämtlicher Leistungen, welche zu einem Zeitpunkt erbracht werden, für welchen ein Leistungsaufschub besteht, wird aufgeschoben (Ausnahme: Notfallbehandlungen). Relevant ist das Behandlungsdatum respektive der Behandlungszeitraum. Der Leistungsaufschub gilt unabhängig davon, in welchem Kanton die medizinischen Leistungen erbracht wurden.



Ein einmal gesetzter Leistungsaufschub kann mit der Meldung „Leistungsaufschub stoppen/aufheben“ entweder gestoppt oder aufgehoben werden. Es gelten die folgenden Regelungen:

- Stopp (siehe Abbildung 3): Die Übernahme sämtlicher Leistungen, für welche das Behandlungsdatum am oder nach dem Startdatum und vor oder am Stoppdatum liegt, wird weiterhin aufgeschoben. Leistungen, welche vor dem Start- und nach dem Stoppdatum erbracht wurden, sind zu bezahlen. Das Stoppdatum wird mit der Meldung „Leistungsaufschub stoppen“ mitgeteilt und kann in der Vergangenheit oder in der Zukunft liegen (siehe auch Kapitel 3.1.8).
- Aufhebung (siehe Abbildung 4): Sämtliche Leistungen, welche aufgrund eines Leistungsaufschubs aufgeschoben wurden, werden bezahlt. Besteht noch ein Leistungsaufschub eines anderen Kantons, der eine andere Periode betrifft, ist ausser für Notfallbehandlungen die Übernahme der in der betroffenen Periode in Anspruch genommenen Leistungen weiterhin aufgeschoben.

Jeder Kanton kann nur diejenigen Leistungsaufschübe stoppen oder aufheben, welche von ihm gesetzt wurden. Es ist (ausser bei einem Kantonswechsel, siehe Kapitel 3.1.8) jeweils dem Kanton überlassen, ob der Leistungsaufschub gestoppt oder aufgehoben wird.

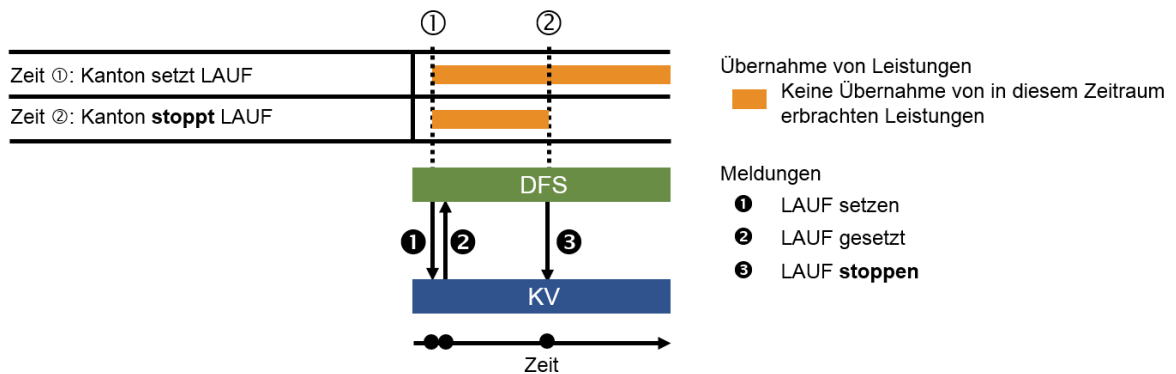


Abbildung 3: LAUF stoppen

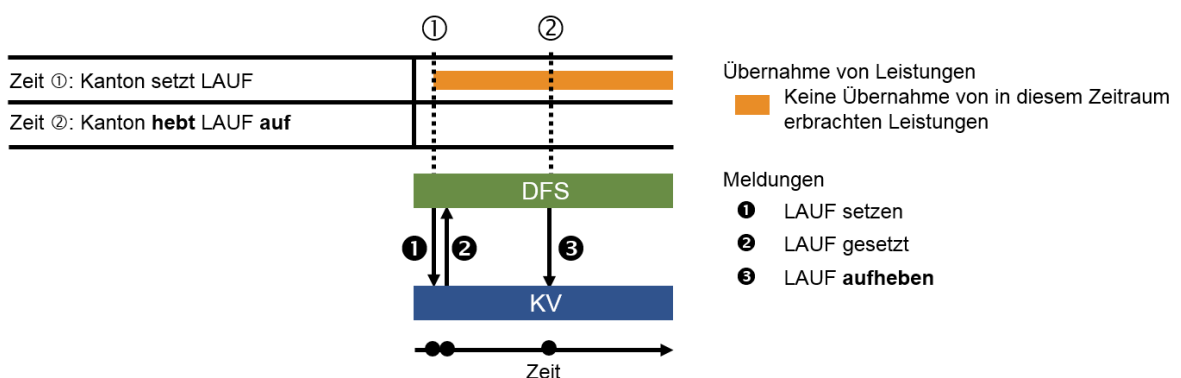


Abbildung 4: LAUF aufheben

3.1.8. Kantonswechsel und Leistungsaufschub

Gemäss KVG dürfen die Krankenversicherer für eine versicherte Person mit Ausnahme von Notfallbehandlungen keine Leistungen übernehmen, solange ein Leistungsaufschub eines Kantons besteht. Dies gilt unabhängig vom Wohnort der versicherten Person, also insbesondere auch nach einem Wegzug in einen anderen Kanton.



Bei einem Kantonswechsel (Umzug der versicherten Person in einen anderen Kanton) ist der Leistungsaufschub durch den ehemaligen Wohnkanton (d.h. durch denjenigen Kanton, in der die versicherte Person ihr Domizil bis anhin hatte) immer mittels einer Meldung „Leistungsaufschub stoppen/aufheben“ an den Krankenversicherer zu stoppen. Eine Aufhebung ist für den Fall eines Kantonswechsels nicht vorgesehen. Das Stoppdatum muss dem Datum des Umzugs entsprechen. Es ist dem ehemaligen Wohnkanton überlassen, ob er die versicherte Person auf der Liste der säumigen Prämienzahler belässt.

Es kann im Ausnahmefall aufgrund eines Fehlers vorkommen, dass gleichzeitig mehrere Leistungsaufschübe von verschiedenen Kantonen aktiv sind. Stellt der Krankenversicherer fest, dass ein Kanton einen Leistungsaufschub für eine nicht oder nicht mehr im entsprechenden Kanton wohnhafte Person gemeldet hat, kann er dies dem Kanton ausserhalb des DA-64a mitteilen. Die Krankenversicherer haben mit Ausnahme der Vollzahlung keine rechtliche Grundlage, einen Leistungsaufschub von sich aus aufzuheben.

Falls eine versicherte Person ihr Domizil in einen Kanton zurückverlegt, in dem sie bereits auf der Liste der säumigen Prämienzahler steht, muss vom Kanton eine neue Meldung „Leistungsaufschub setzen“ gesendet werden. Legt eine versicherte Person ihr Domizil in einen Kanton zurück, in dem schon ein gestoppter Leistungsaufschub besteht, so kann vom Kanton eine neue Meldung „Leistungsaufschub setzen“ gesendet werden. Eine automatische Reaktivierung des Leistungsaufschubs ist nicht möglich. Es kann dementsprechend mehrere Perioden mit einem Leistungsaufschub pro Kanton geben (alle mit der gleichen LAUF-ID, siehe Kapitel 3.1.10). Sollte dies der Fall sein, so gelten die folgenden Regelungen für das Stoppen/Aufheben des Leistungsaufschubs:

- Es kann nur ein aktueller Leistungsaufschub gestoppt werden, eine Verkürzung eines bereits gestoppten Leistungsaufschubs ist nicht möglich.
- Das Stoppdatum darf höchstens einen Tag vor dem Startdatum vom aktuellen Leistungsaufschub liegen, was einer Annulation des aktuellen Leistungsaufschubs entspricht.
- Mit der Meldung „Leistungsaufschub aufheben“ werden alle Zeitperioden mit einem Leistungsaufschub im entsprechenden Kanton aufgehoben.

Falls mehrere Leistungsaufschub-Perioden in einem Kanton existieren, kann eine einzelne, in der Vergangenheit liegende Zeitperiode, in der ein bereits gestoppter Leistungsaufschub besteht, weder vom Kanton noch vom Krankenversicherer einzeln aufgehoben werden.

Ein Beispielszenario mit zwei Kantonswechseln einer versicherten Person mit Eintrag in der Liste der säumigen Prämienzahler ist in den folgenden Abbildungen gezeigt. Hinweis: In den Abbildungen hat die versicherte Person ihr Domizil in einem Kanton, in welchem der Eintrag auf der Liste der säumigen Prämienzahler auch nach Wegzug in einen anderen Kanton bestehen bleibt.

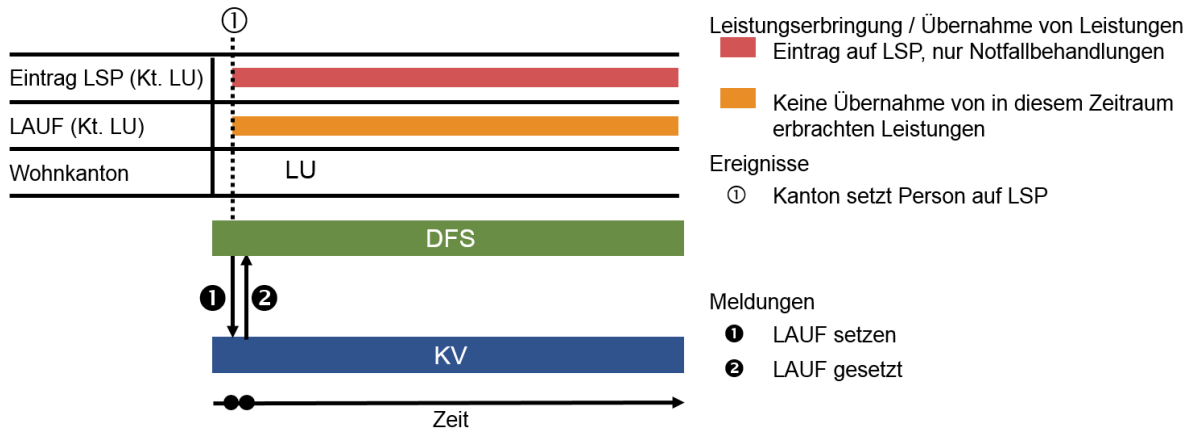


Abbildung 5: Person mit Eintrag auf LSP im Wohnkanton (LU): LAUF wird gesetzt

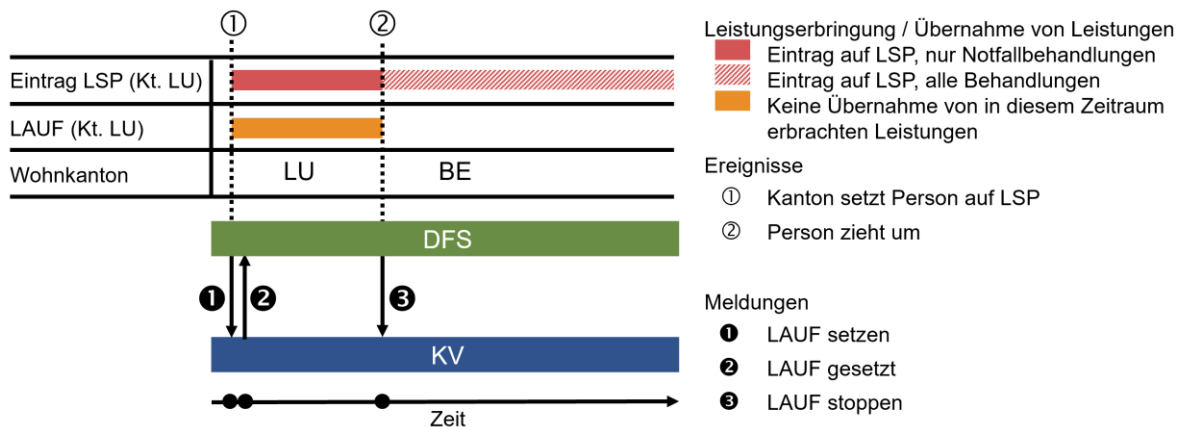


Abbildung 6: Umzug in einen anderen Kanton (BE): LAUF wird gestoppt

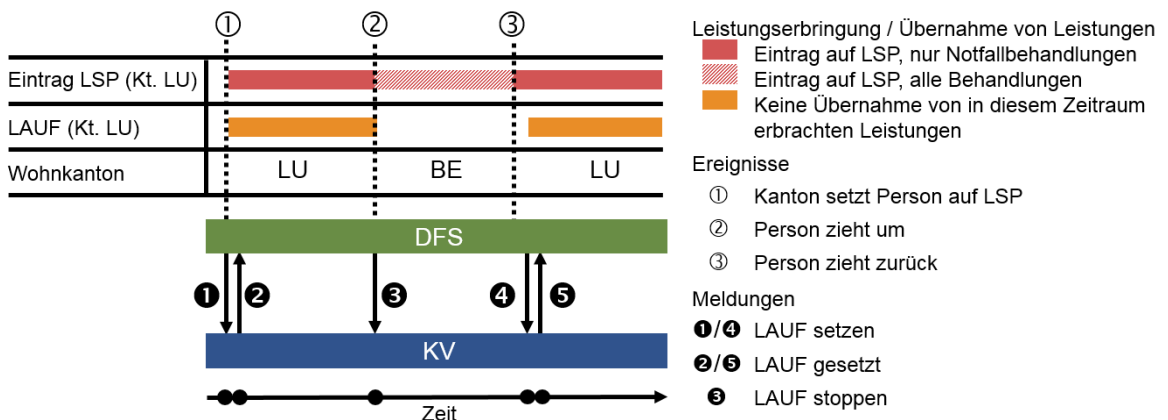


Abbildung 7: Umzug zurück in den Ursprungskanton (LU): LAUF wird neu gesetzt

3.1.9. Aufhebung des Leistungsaufschubs bei Vollzahlung

Wenn sämtliche Forderungen nach Art. 64a KVG (ab 01.01.2012) zu einer versicherten Person beglichen sind, wenn diese also im Sinne von Art. 105I, Abs. 1 KVV, nicht mehr säumig ist, hebt der Krankenversicherer den Leistungsaufschub auf. Er sendet jedem Kanton, der einen Leistungsaufschub gesetzt hat, eine Meldung „Leistungsaufschub aufgehoben“. Der Kanton entfernt die betroffene Person von der Liste der säumigen Prämienzahler.



Für eine Vollzahlung müssen auch sämtliche Art. 64a KVG relevanten Forderungsanteile einer versicherten Person in nach neuem Recht ausgestellten Verlustscheinen mit Forderungen ab 01.01.2012 vollständig gedeckt sein (siehe Abbildung 8).

Offene Forderungen, welche in der Zeit vor der Revision des Art. 64a KVG vom 1.1.2012 entstanden sind, haben keinen Einfluss auf den Versand der Meldung „Leistungsaufschub aufgehoben“. Ebenso haben Forderungen, welche zu einem Zeitpunkt entstanden sind, in welchem die versicherte Person minderjährig war, keine Relevanz für die Meldung „Leistungsaufschub aufgehoben“ (siehe Abbildung 9). Dies gilt jedoch nur, sofern die minderjährige versicherte Person erst ab dem 1. Januar 2024 volljährig wurde.

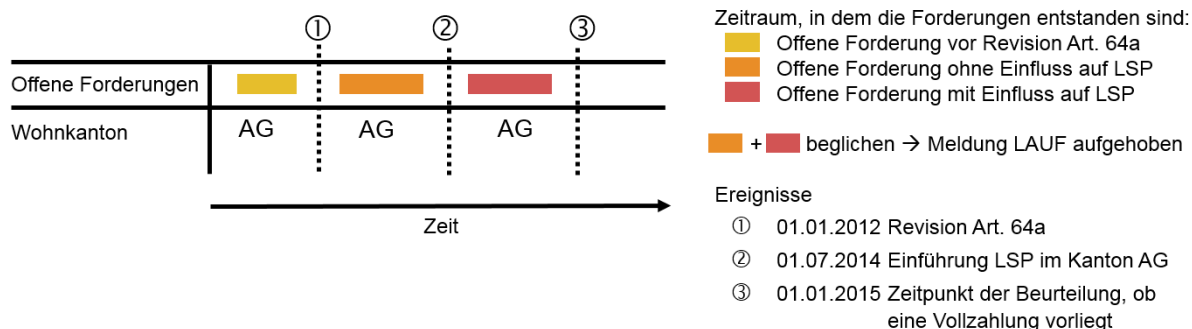


Abbildung 8: Vollzahlung zur Auslösung der Meldung „Leistungsaufschub aufgehoben“

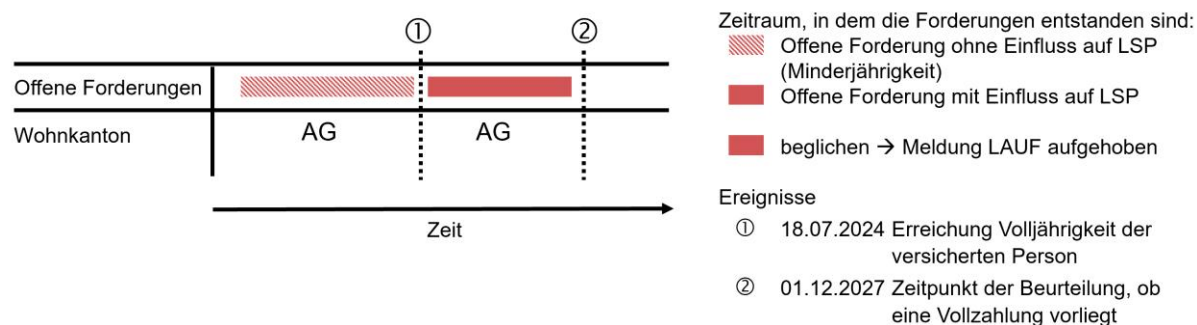


Abbildung 9: Relevanz Forderungen Minderjährigkeit für „Leistungsaufschub aufgehoben“

Hinweis: Es steht jedem Kanton frei, einen Leistungsaufschub früher, also vor Eintreffen der Meldung „Leistungsaufschub aufgehoben“, mittels einer Meldung „Leistungsaufschub stoppen/aufheben“ selber aufzuheben. Für jedes Betreibungsereignis kann er durch Erhalt der Betreibungsereignismeldung „Vollzahlung der Forderung“ (siehe Kapitel 3.2.1) erfahren, ob die Forderungen für die betreffende Betreibung vollständig beglichen sind. So kann der Kanton – falls gewünscht – auch dafür sorgen, dass der Leistungsaufschub bereits nach Begleichung der in Abbildung 8 rot eingefärbten Forderung aufgehoben wird.

Falls ein Kanton eine Meldung „Leistungsaufschub setzen“ an einen Krankenversicherer sendet und der Schuldner in der Zwischenzeit alle Forderungen bereits bezahlt hat, sendet der Krankenversicherer zuerst eine Bestätigung „Leistungsaufschub gesetzt“ und gleich anschliessend eine Meldung „Leistungsaufschub aufgehoben“.

Wenn die versicherte Person aus der Meldung „Leistungsaufschub setzen“ nicht (mehr) beim Empfänger versichert ist, wird keine Bestätigung gesendet und die Klärung erfolgt ausserhalb des DA-64a.



3.1.10. Referenzen

Zu einer einzigen Betreuung können verschiedene Ereignisse (Meldungen) gemeldet werden. Um unterschiedliche Meldungen eindeutig einer Betreuung zuordnen zu können, wird die Dossiernummer verwendet. Diese wird vom Krankenversicherer vergeben und muss in Kombination mit dem Sender eindeutig einer Betreuung zuordenbar sein.

- Die Dossiernummer muss sowohl in Betreibungsereignismeldungen wie auch in Quartalsmeldungen und der Schlussabrechnung sowie in Meldungen zur Übernahme Verlustschein angegeben werden.
- Die Forderungsübernahme wird anhand der Dossiernummer referenziert.

Die Betreibungsnummer kann nicht verwendet werden, weil sie eine vom Betreibungsamt vergebene Identifikationsnummer ist. Sie wird geliefert, sobald sie vorhanden ist. Dies ist in der Regel ab dem Ereignis „Fortsetzungsbegehren möglich“. Da die Betreibungsnummer beim Ereignis Betreibungsbegehren unbekannt ist und da sich die Betreibungsnummer ändern kann (z.B. wenn das zuständige Betreibungsamt ändert), eignet sie sich nicht als Referenz auf einen Betreibungsfall.

Ein Leistungsaufschub wird anhand einer vom Kanton zu bestimmenden Identifikationsnummer (LAUF-ID) referenziert. Die Nummer identifiziert den Leistungsaufschub innerhalb der Durchführungsstelle eindeutig. Beim erstmaligen Setzen eines Leistungsaufschubs weist die Durchführungsstelle diesem eine LAUF-ID zu. Die LAUF-ID bleibt beim Stoppen und erneutem Setzen des Leistungsaufschubs unverändert. Wenn der Leistungsaufschub aufgehoben wird, muss einem allfälligen späteren neuen Leistungsaufschub zwingend eine neue LAUF-ID zugewiesen werden.

Die initialen Betreuungsmeldungen und die initialen Meldungen zum Leistungsaufschub werden anhand der neuen Versichertennummer AHVN13 respektive der UID bei juristischen Personen referenziert. Es wird immer die aktuelle, im System gespeicherte, AHVN13 oder UID gemeldet.

Die technische Abbildung der Referenzen ist in Kapitel 4.3 aufgeführt.

3.1.11. Fusion, Übernahme, Aufspaltung, Neugründung, Auflösung, Konkurs von Krankenversicherern

Das konkrete Vorgehen ist zwischen den Durchführungsstellen und den betreffenden Krankenversicherern im Einzelnen abzustimmen. Insbesondere ist eine Abstimmung bezüglich der in den bisherigen Meldungen verwendeten Referenznummern (Dossiernummer, LAUF-IDs etc.) nötig. Es ist sicherzustellen, dass die eindeutige Referenzierung auch nach der Fusion möglich ist.

- Fusionen, Übernahmen, Aufspaltungen, Neugründungen

Fusionieren zwei Krankenversicherer oder übernimmt ein Krankenversicherer einen anderen, muss der Rechtsnachfolger die Erstellung einer Schlussabrechnung gegenüber der Durchführungsstelle sicherstellen. Ab dem Zeitpunkt der Fusion sind alle Meldungen an den sedex-Anschluss des übernehmenden Krankenversicherers zu senden. Der übernommene Krankenversicherer wird nach Erstellung der letzten Schlussabrechnung keinen eigenen sedex-Anschluss mehr betreiben (die Schlussabrechnung wird noch vom sedex-Adapter des übernommenen Krankenversicherers verschickt).

Es liegt im Interesse der Krankenversicherer, Fusionen frühzeitig an die Durchführungsstelle zu melden, damit die Akonto- sowie Schlusszahlungen der Kantone korrekt und pünktlich erfolgen können.



Folgendes Vorgehen wird für eine reibungslose Übernahme eines Krankenversicherers durch einen anderen Krankenversicherer im Bereich des DA-64a empfohlen. Annahme: Die Fusion findet per 1. Januar statt.

Wann	Was
Vor Ende September	Information über die Fusion der beiden Krankenversicherer an alle Durchführungsstellen versenden.
Ab Datum der Übernahme (1. Januar)	Letzte Verarbeitung von sedex-Meldungen: Import der Meldungen am 1. Januar. Danach: Verarbeitung/Beantwortung aller eingegangenen Meldungen innerhalb der vorgegebenen Frist.
Nach der Übernahme	Interne Datenmigration beim Krankenversicherer. Ab dieser Migration müssen alle Meldungen beider Krankenversicherer über den sedex-Anschluss des übernehmenden Krankenversicherers bearbeitet werden können.
Nach der Migration	Erstellung zweier getrennter Schlussabrechnungen. Versand über die jeweiligen sedex-Anschlüsse der ursprünglich noch nicht fusionierten Krankenversicherungen.
Spätestens ein Jahr nach der Fusion	Kündigung des nicht mehr benötigten sedex-Adapters bei der Domänenverantwortlichen Organisation gemäss Betriebskonzept

Tabelle 1: Vorgehen bei Fusionen (Vorschlag).

Bei Fusionen sind weiter die folgenden Regeln zu beachten:

- Betreibungsereignisse zu bereits vor der Fusion eingeleiteten Betreibungen müssen vom neuen Krankenversicherer mit der gleichen resp. mit einer vereinbarten eindeutigen Dossiernummer verschickt werden können (die Referenzierung muss auch nach der Fusion möglich sein).
- Personen auf der Liste Übernahmegarantie bleiben auch nach Fusion auf der Liste. Forderungen werden vom übernehmenden Krankenversicherer gemeldet.
- Die Übernahme von Verlustscheinen muss auch nach der Fusion möglich sein.
- Leistungsaufschübe müssen übernommen werden. Die Referenzierung muss auch nach der Fusion möglich sein.
- Auflösungen, Konkurse

Bei Auflösungen von Krankenversicherern ohne Rechtsnachfolge sind die ausstehenden Forderungen an die Durchführungsstelle Bestandteil des ordentlichen Vermögens des Krankenversicherers. Die Verteilung erfolgt nach der bestehenden Rechtsgrundlage. Der Krankenversicherer erstellt per Datum der Geschäftseinstellung eine Schlussabrechnung.

3.1.12. Meldung von Forderungen und Zahlungen

Es wird bei Totalbeträgen immer die Summe der ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinsen und Betreibungskosten gemeldet (ohne administrative Kosten und Gebühren).

Es wird in allen beschriebenen Meldeprozessen immer das Total der offenen Forderungen oder der Zahlungen gemeldet (100%) und nicht der Anteil, der vom Kanton zu



übernehmen oder dem Kanton zurückzuerstatten ist. Nach der Abtretung von Forderungen im Zusammenhang mit einem Verlustschein beträgt das Total der offenen Forderungen CHF 0. Bei Annullationen aufgrund von Doppelversicherungen wird der gesamte vom Kanton übernommene Betrag gemeldet.

In der Schlussabrechnung werden drei Arten von Zahlungen unterschieden. Nachfolgend ist anhand eines Beispiels illustriert, wie mit verschiedenen Zahlungen umzugehen ist. Im Beispiel wird für alle drei Fälle von einem Verlustschein über CHF 1'000 ausgegangen, wobei der Kanton CHF 850 übernommen hat.

1. Zahlungseingänge durch Schuldner: Der Schuldner bezahlt CHF 400. In der nächsten Schlussabrechnung werden CHF 400 als Zahlungseingang gemeldet und dem Kanton sind 50%, also CHF 200 zurückzuerstatten.
2. Zahlungseingänge durch rückwirkende IPV: Die Schuldnerin erhält CHF 400 rückwirkende IPV. In der nächsten Schlussabrechnung werden CHF 400 als Zahlungseingang gemeldet und dem Kanton sind 85%, also CHF 340 zurückzuerstatten.
3. Rückerstattung durch Annullation wegen Doppelversicherungen: Im Fall einer Annullation aufgrund einer Doppelversicherung werden in der nächsten Schlussabrechnung CHF 850 gemeldet und dem Kanton CHF 850 zurückerstattet (siehe auch Kapitel 3.5.1).

Es können auch mehrere Zahlungen eingehen. Für Annullationen gilt dann, dass der gesamte vom Kanton bezahlte Betrag abzüglich der dem Kanton bereits vergüteten Rückzahlungen gemeldet werden muss. Geht im obigen Beispiel zuerst eine Zahlung des Schuldners von CHF 400 ein (Meldung und Rückerstattung gemäss 1.) und kommt es im Folgejahr zu einer Rückerstattung durch Annullation wegen Doppelversicherungen, so werden in der nächsten Schlussabrechnung CHF 650 gemeldet und dem Kanton zurückerstattet.

Bis und mit der Schlussabrechnung müssen zwischen zwei Meldungen (Betreibungsergebnismeldungen, Quartalsmeldungen/Schlussabrechnung) eingehende Zahlungen zu einer Betreibung auf die verschiedenen versicherten Personen aufgeteilt werden. Die Art und Weise, wie die Aufteilung vorgenommen wird, liegt in der alleinigen Kompetenz der Krankenversicherer.

Wird durch die Aufteilung einer Zahlung die Forderung für eine versicherte Person vollständig beglichen, so wird diese in den folgenden Meldungen weiter mit Totalbetrag „0“ aufgeführt, solange die Gesamtforderung noch nicht vollständig beglichen wurde.

Falls beim Krankenversicherer für Verlustscheine, welche der Kanton zu 90% (88%) übernimmt, nach Erstellung der für die Übernahme relevanten Quartalsmeldung oder Schlussabrechnung Zahlungen eingehen, werden diese wie folgt behandelt:

1. Zahlungseingänge durch Schuldner werden ausserhalb des DA-64a gemeldet.
2. Zahlungseingänge durch rückwirkende IPV werden in der Schlussabrechnung gemeldet. In diesem Beispiel werden CHF 400 als Zahlungseingang gemeldet und dem Kanton sind 90% (88%), also CHF 360 (CHF 352) zurückzuerstatten.
3. Annullationen wegen Doppelversicherungen werden ebenfalls ausserhalb des DA-64a gemeldet.

Zahlungen auf Forderungen, welche aufgrund einer Liste Übernahmegarantie vom Kanton übernommen wurden, werden dem Kanton einmal jährlich in der Meldung «Zahlungen Übernahmegarantie» gemeldet. Auch hier wird immer das Total der Zahlungen gemeldet.



3.1.13. *Betreibungsereignismeldungen „Vollzahlung“ und „Annulation“*

Für den Versand der Betreibungsereignismeldungen „Vollzahlung“ und „Annulation“ gelten die nachfolgenden Regeln:

- Die Betreibungsereignismeldungen „Vollzahlung“ und „Annulation“ müssen auch nach Ausstellung des Verlustscheins versendet werden. Die Meldung „Vollzahlung“ wird insbesondere auch nach 90%-Zahlungseingang und Tilgung der Forderungen durch den Versicherer (respektive nach Zahlungseingang von 88% des offenen Betrags für „alte“ Verlustscheine) an den Kanton versendet. Der offene Betrag (Total Forderungen) beträgt in diesen Fällen CHF 0.-
- Die Betreibungsereignismeldungen „Vollzahlung“ und „Annulation“ müssen auch nach einer erneuten Betreuung eines Verlustscheins mit der gleichen Dossier-nummer wie in der ursprünglichen Betreuung versendet werden.
- Die Meldungen sollen immer dann an die Durchführungsstelle versendet werden, wenn vorher ein fachliches Ereignis stattgefunden hat, das der Kanton abonniert hat.
- Wenn das Fortsetzungsbegehren zurückgewiesen oder zurückgezogen wird und die Durchführungsstelle lediglich das Betreibungsereignis „Betreibungsbegehren“ oder „Fortsetzungsbegehren möglich“ abonniert hat, darf keine Meldung „Annulation“ versendet werden.
- Löschantrag nach abgeschlossenen Betreibungen sind nicht als Betreibungsereignis zu betrachten und lösen deshalb keine Annulationsmeldung aus.

3.1.14. *Gleichzusetzende Rechtstitel*

Gemäss KVG Art. 64a Abs. 3 melden die Krankenversicherer der zuständigen kantonalen Behörde Informationen zu Verlustscheinen und zu gleichzusetzenden Rechtstiteln.

Es kann vorkommen, dass im Rahmen der Ausstellung eines gleichzusetzenden Rechtstitels kein Betreibungsamt involviert ist. In solchen Fällen soll nach Möglichkeit im Element collectionOffice (siehe Kapitel 4.7.11) entsprechend ein anderes Amt (z.B. zuständiges Konkursamt oder ein Gericht) gemeldet werden.

3.1.15. *Meldungen zu „EU/EFTA“-Verfahren*

Art. 64a KVG gilt unter bestimmten Voraussetzungen auch für versicherte Personen mit Domizil im Ausland. Gemäss vorliegendem Konzept können verschiedene Meldungen zu „EU/EFTA“-Verfahren ausgetauscht werden. Entsteht in einem solchen Verfahren ein Verlustschein gleichzusetzender Rechtstitel, so ist dieser in der Schlussabrechnung wie folgt aufzuführen:

- Der Verlustschein (certificateOfLoss) wird mit typeOfLoss=4 (EU/EFTA) gemeldet (siehe Kapitel 4.7.7).
- Bei der Meldung des Betreibungsamts wird zwecks Identifikation (officeId) der Wert „EU/EFTA“ übermittelt (siehe Kapitel 4.7.11). Falls der Name des Betreibungsamts (officeName) unbekannt ist, kann der gleiche Wert „EU/EFTA“ abgefüllt werden. Falls Ortsname und ausländische Postleitzahl (town, foreignZipCode) nicht bekannt sind, können diese Elemente leer gelassen werden (sie müssen aber vorkommen).

Es wird empfohlen, das Betreibungsamt auch bei der Betreibungsereignismeldung „Inkasso EU/EFTA“ immer mitzuliefern und die Daten gemäss obiger Regelung auszufüllen (siehe Kapitel 3.1.6).



3.1.16. Forderungen ohne Verlustschein resp. gleichzusetzender Rechtstitel

Kann der Versicherer bei den Eltern oder dem Elternteil, der die Prämien schuldet, für ein Kind keinen Verlustschein oder keinen gleichwertigen Rechtstitel erwirken, kann er diese Forderungen dem Kanton dennoch bekannt geben (Art. 64a, Abs 3bis KVG). Die Bekanntgabe erfolgt in den Quartalsmeldungen und der Schlussabrechnung.

3.1.17. Übernahme der Forderungen zu 90%

Der Kanton übernimmt 85% der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, welche zur Ausstellung eines Verlustscheins oder gleichwertigen Rechtstitels geführt haben. Übernimmt der Kanton zusätzlich 5% dieser Forderungen, so tritt der Versicherer ihm diese Forderungen ab. Der zeitliche Ablauf von der Entstehung eines Verlustscheins bis zur Abtretung der Forderung ist in Abbildung 10 dargestellt und nachfolgend beschrieben:

- Der Kanton teilt den Krankenversicherern vor dem 1. Dezember des Vorjahres (im Beispiel in der Abbildung 2025) mit, dass die Forderungen, für welche im folgenden Jahr ein Verlustschein ausgestellt wird (im Beispiel 2026), zu 90% übernommen werden. Er teilt ihnen diesen Entscheid ausserhalb des DA-64a mit.
- Der Kanton kann zwischen einer jährlichen oder vierteljährlichen Übernahme wählen. Er gibt seine Wahl mit der beschriebenen Mitteilung ausserhalb des DA-64a bekannt.
- Die Abtretung der Forderungen erfolgt spätestens 30 Tage nach der Begleichung der Schlussabrechnung (jährliche Übernahme) oder nach der Akontozahlung durch den Kanton nach Art. 105k Absatz 2 KVV (vierteljährliche Übernahme).

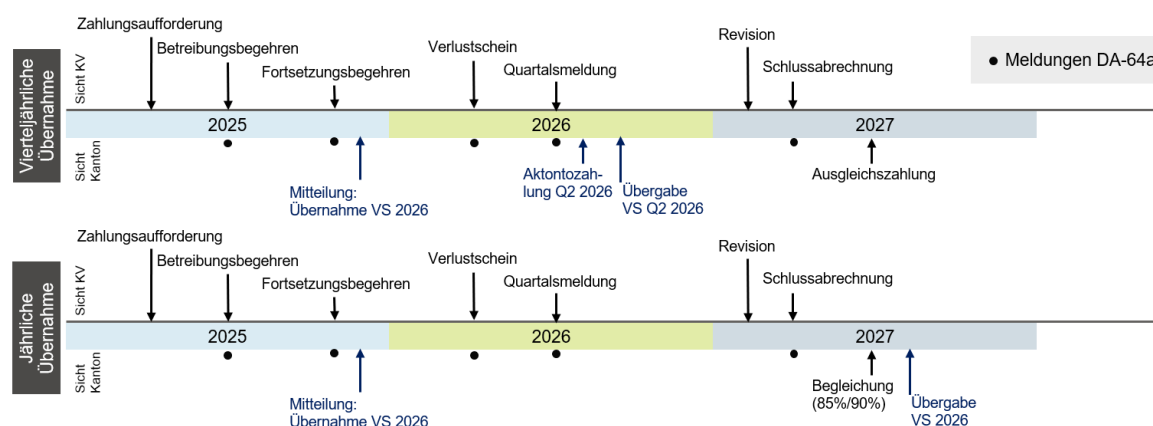


Abbildung 10: Zeitlicher Ablauf Entstehung, Übernahme und Übergabe Verlustscheine.

3.2. Meldeprozess 1: „Betreibungsmeldungen“

3.2.1. Betreibungseignismeldung

Beschreibung	Der Krankenversicherer meldet der Durchführungsstelle ein Ereignis im Rahmen der Betreibung.
Ersteller	Krankenversicherer
Empfänger	Durchführungsstelle



Auslösende Ereignisse	Es gibt mehrere Ereignisse während des Betreibungsprozesses (siehe Kapitel 2.2 „Betreibungsprozess“), welche eine Betreibungsereignismeldung auslösen können. Folgende abschliessende Aufzählung gibt einen Überblick über alle möglichen Ereignisse, die eine Betreibungsereignismeldung auslösen können. Betreibungsbegehren • Mit dem Stellen des Betreibungsbegehrens Fortsetzungsbegehren möglich • Gemäss SchKG sind die Bedingungen für das Einleiten des Fortsetzungsbegehrens erfüllt, die Fortsetzung wurde aber noch nicht eingeleitet Fortsetzungsbegehren gestellt • Mit dem Auslösen des Fortsetzungsbegehrens Verlustschein • Beim Eintreffen des Verlustscheins beim Krankenversicherer Vollzahlung der Forderung • Meldung über die vollständige Begleichung der Forderung mit Bezug auf eine einzelne Betreibung oder eine 90%-Zahlung eines Verlustscheins durch den Kanton. Annulation Betreibung • Meldung der Annulation einer bereits gemeldeten Betreibungsmeldung (z.B. aufgrund von Doppelversicherung, ungerechtfertigter Forderungen, Rückweisung durch Betreibungsamt etc.) ohne Angabe des Grundes Inkasso EU/EFTA • Gemäss [2] gilt Art. 64a KVG unter bestimmten Voraussetzungen auch für versicherte Personen mit Domizil im Ausland. Das Ereignis „Inkasso EU/EFTA“ kann für Meldungen zum Betreibungsverfahren solcher versicherten Personen verwendet werden. Es wird die Eröffnung des Verfahrens mit dem Ereignis „Inkasso EU/EFTA“ gemeldet (entspricht der Meldung Betreibungsbegehren). Ein Fortsetzungsbegehren gibt es im Ausland nicht. Wenn ein Verlustschein oder ein gleichzusetzender Rechtstitel vorliegt, kann das Ereignis „Verlustschein“ verwendet werden. Eine Vollzahlung wird mit dem Ereignis „Vollzahlung der Forderung“ gemeldet. Weitere Meldungen sind für diese Fälle nicht möglich.
Rahmenbedingungen	• Für alle Meldungen zu Betreibungsereignissen ausser dem Betreibungsbegehren, der Vollzahlung, der Annulation und Inkasso EU/EFTA wird eine kantonale gesetzliche Grundlage benötigt. • Der Kanton bestimmt, welche Ereignisse gemeldet werden müssen (es können auch mehrere Ereignisse sein).
Inhalt	• Der Meldungsinhalt ist vom Betreibungsereignis abhängig und ist in Kapitel 3.1.6 aufgeführt.
Weitere Bemerkungen	• Bezüglich Meldefrequenz ist Kapitel 3.1.2 zu beachten. • Die verschiedenen Kantone sind an unterschiedlichen, allenfalls gar keinen Ereignissen interessiert. • Die Ereignisse vor dem Betreibungsbegehren sowie die Ereignisse „Zahlungsbefehl“, „Rechtsvorschlag“, „Verwertungsbegehren“ und „Konkursbegehren“ sind nicht relevant für den vorliegenden Meldeprozess und lösen keine Meldung aus. • Die Betreibungsereignismeldung ist nicht dafür vorgesehen, Betreibungen auf existierende Verlustscheine zu melden. • Es werden keine rückwirkenden Betreibungsereignismeldungen verschickt (z.B. bei einem Umzug in einen anderen Kanton).



	• Wenn der Krankenversicherer Verlustscheine an den Kanton übergibt, sendet er ihm eine Vollzahlungsmeldung. Dies auch, wenn er die Verlustscheinforderung nicht vollständig abtritt, weil diese Mahngebühren enthält (Mahngebühren werden vom Kanton nicht übernommen).
--	--

3.2.2. Forderungsübernahme

Beschreibung	Die Durchführungsstelle kann dem Krankenversicherer melden, ob eine Betreibung nicht fortzusetzen ist (ausstehenden Forderungen werden übernommen) oder ob die Betreibung gemäss SchKG-Frist fortgesetzt werden kann (keine Kostenübernahme zum aktuellen Zeitpunkt).
Ersteller	Durchführungsstelle
Empfänger	Krankenversicherer
Auslösende Ereignisse	• Die Meldung ist für die Durchführungsstelle optional. • Die Meldung Forderungsübernahme ist eine Antwort auf die Betreibungsereignismeldung „Betreibungsbegehren“ oder „Fortsetzungsbegehren möglich“. • Die Durchführungsstelle kann aufgrund der Betreibungsereignismeldung melden, ob die Forderungen übernommen werden oder nicht.
Rahmenbedingungen	• Die Meldung zur Forderungsübernahme kann vom Krankenversicherer nur vor Stellung des Fortsetzungsbegehrens beachtet werden. • Bei Ausbleiben der Rückmeldung, wird die Betreibung nach Ablauf der kantonsabhängigen Frist fortgesetzt (siehe Kapitel 3.1.3). • Definiert die Durchführungsstelle eine Frist gemäss Kapitel 3.1.3, so kann diese durch eine abschlägige Forderungsübernahme verkürzt werden. In diesem Fall muss der Krankenversicherer den nächsten Schritt der Betreibung auslösen, sobald die Voraussetzungen gemäss SchKG gegeben sind. • Für jede Betreibung ist eine separate Meldung zur Forderungsübernahme notwendig (auf Basis der Betreibungsereignismeldung).
Inhalt	• Übernahme ja/nein • Referenz auf Betreibungsereignismeldung (siehe Kapitel 3.1.10) – Dossiernummer (im Headerelement businessProcessId) – Schuldner/-in – Rechnungsadresse (Namen, Adresse)
Weitere Bemerkungen	• Bei Forderungsübernahme werden die Forderungen vom Kanton zu 100% übernommen. • Diese Meldung eignet sich nicht für die Zustellung von Verlustscheinen gleichzusetzenden Rechtstiteln. • Die Meldung wird vom Krankenversicherer nicht bestätigt. • Die Rechnung an den Kanton wird nicht über sedex übermittelt und ist ausserhalb des DA-64a zu begleichen. Die entsprechenden Forderungen werden nicht in der Schlussabrechnung der Verlustscheine aufgeführt.



	- Die Rechnungsadresse wird dem Empfänger mittels Element „debtor“ übermittelt, siehe Kapitel 4.7.2, wobei das Element „debtor“ wie folgt zu verwenden ist: - Bei einer Meldung Forderungsübernahme „nein“ wird der ursprüngliche Schuldner aus der Betreibungsereignismeldung gemeldet. - Bei einer Meldung Forderungsübernahme „ja“ wird der neue „Schuldner“ inkl. Rechnungsadresse gemeldet. Dies kann z.B. die Durchführungsstelle oder eine andere kantonale Stelle wie ein Sozialamt sein.
--	---

3.3. Meldeprozess 2: „Meldungen zur Übernahmegarantie“

3.3.1. Liste Übernahmegarantie

Beschreibung	Die Durchführungsstelle kann dem Krankenversicherer eine Liste von versicherten Personen melden, die nicht betrieben werden sollen und für welche etwaige Zahlungsausstände übernommen werden.
Ersteller	Durchführungsstelle
Empfänger	Krankenversicherer
Auslösende Ereignisse	- Die Meldung ist für die Durchführungsstelle optional. - Periodische Meldung, üblicherweise einmal pro Quartal.
Rahmenbedingungen	Für die Verwendung dieser Meldung wird vom Kanton eine gesetzliche Grundlage benötigt.
Inhalt	Liste mit versicherten Personen (siehe Kapitel 4.7.20) ohne Zusammenhänge wie Familienzugehörigkeiten etc.
Weitere Bemerkungen	- Die Liste gilt ab Versanddatum der Meldung. - Es wird wie bis anhin für jeden Krankenversicherer eine eigene Liste mit den bei diesem Krankenversicherer versicherten Personen gesendet. - Eine fachliche Rückmeldung (Bestätigung) an die Durchführungsstelle ist über den automatisierten Datenaustausch nicht vorgesehen. - Es wird immer die komplette Liste gesendet. Diese ersetzt die bisherige Liste. - Die aktuelle Liste gilt immer solange, bis sie durch eine neue Liste ersetzt wird (es kann auch eine leere Liste übermittelt werden).

3.3.2. Forderungen Übernahmegarantie

Beschreibung	Der Krankenversicherer informiert die Durchführungsstelle über die Forderungen gegenüber Personen, die nicht betrieben werden sollen.
Ersteller	Krankenversicherer



Empfänger	Durchführungsstelle
Auslösende Ereignisse	- Die Meldung ist für die Durchführungsstelle optional. Sie wird von den Kantonen benötigt, die auch eine Meldung „Liste Übernahmegarantie“ versenden. - Periodische Meldung, üblicherweise einmal pro Quartal und einmal Ende März zur Kontrolle (analog Meldung Schlussabrechnung).
Rahmenbedingungen	- Für die Verwendung dieser Meldung wird vom Kanton eine gesetzliche Grundlage benötigt. - Es werden die Beträge (Total Forderung) gemeldet, welche vom Kanton zu 100% zu übernehmen sind. Davon abweichende Regelungen können bilateral zwischen den betroffenen Teilnehmern vereinbart werden. - Wenn die Meldung „Liste Übernahmegarantie“ nach dem Stellen des Betreibungsbegehrens eintrifft, werden die aufgelaufenen Betreibungskosten inkl. Zins mitverrechnet.
Inhalt	- Stichtag (Datum der Erstellung) - Abrechnungszeitraum - Liste mit Einträgen zu Forderungen gegenüber Personen, die nicht betrieben werden dürfen. Jeder Eintrag hat folgenden Inhalt: - Dossiernummer - Betreibungsamt und Betreibungsnummer für den Fall, wenn bereits Betreibungen existieren - Schuldner und Forderungen zum Schuldner - Versicherte Person(en) und zugehörige Forderungen
Weitere Bemerkungen	- Für bereits laufende Betreibungen (aus der Zeit bevor die versicherte Person auf der Liste Übernahmegarantie aufgenommen wurde) gilt: - Falls das Fortsetzungsbegehren noch nicht gestellt wurde, wird dieses nicht gestellt und die Forderung wird auf die Liste „Forderungen Übernahmegarantie“ übernommen. - Ansonsten ist das Vorgehen zwischen Krankenversicherer und Durchführungsstelle zu regeln. - Bei den Forderungen zum Schuldner werden nur diejenigen Forderungen des Schuldners gemeldet, welche versicherte Personen auf der Liste Übernahmegarantie betreffen - Wenn Betreibungen aufgetrennt werden (z.B. weil eine Forderung sowohl Personen betrifft, die betrieben werden dürfen, wie auch solche, die nicht betrieben werden dürfen), gehen die Betreibungskosten vollständig an das Dossier, das weiter betrieben wird.

3.3.3. Zahlungen Übernahmegarantie

Beschreibung	Der Krankenversicherer informiert die Durchführungsstelle über Zahlungen für Forderungen, welche die Durchführungsstelle aufgrund einer Meldung „Liste Übernahmegarantie“ übernommen hat.
Ersteller	Krankenversicherer
Empfänger	Durchführungsstelle



Auslösende Ereignisse	- Die Meldung ist für die Durchführungsstellen und die Krankenversicherer optional. Die Durchführungsstellen und Krankenversicherer können sich bilateral einigen, dass die Meldung verwendet wird. - Eingang von Zahlungen auf Forderungen, welche vom Kanton aufgrund der „Liste Übernahmegarantie“ übernommen wurden. - Periodische Meldung, einmal Ende März (analog Meldung Schlussabrechnung).
Rahmenbedingungen	- Für die Verwendung dieser Meldung wird eine kantonale gesetzliche Grundlage benötigt. - Es werden die Beträge (Total Zahlungen) gemeldet, welche dem Kanton zu 100% erstattet werden.
Inhalt	- Stichtag (Datum der Erstellung) - Abrechnungszeitraum - Liste mit Zahlungen zu Forderungen Übernahmegarantie. Jeder Eintrag hat folgenden Inhalt: - Dossiernummer - Schuldner/-in - Zahlungen
Weitere Bemerkungen	- In der Meldung werden nur diejenigen Zahlungen gemeldet, welche Forderungen aus einer Meldung „Forderungen Übernahmegarantie“ betreffen. - Es werden nur Zahlungen gemeldet, welche nach der Erstellung der letzten Meldung „Forderungen Übernahmegarantie“ für ein Kalenderjahr eingehen. - Mit der vorliegenden Meldung können auch rückwirkend vom Kanton ausgerichtete Prämienverbilligungsbeträge gemeldet werden, wenn die jeweiligen Prämien vom Kanton bereits aufgrund der Übernahmegarantie übernommen wurden.

3.4. Meldeprozess 3: „Meldungen zum Leistungsaufschub“

3.4.1. Leistungsaufschub setzen

Beschreibung	Die Durchführungsstelle meldet den Leistungsaufschub mittels einer Meldung an den Krankenversicherer.
Ersteller	Durchführungsstelle
Empfänger	Krankenversicherer
Auslösende Ereignisse	- Die Meldung ist für die Durchführungsstelle optional. Die Meldung wird benötigt, wenn der Kanton eine Liste der säumigen Prämienzahler führt. - Die versicherte Person wird auf die Liste der säumigen Prämienzahler gesetzt. - Die versicherte Person zieht in einen Kanton zurück, in dem sie auf der Liste der säumigen Prämienzahler geführt wird (siehe Kapitel 3.1.8).
Rahmenbedingungen	Die Meldung bezieht sich auf eine versicherte Person unabhängig vom Schuldner.
Inhalt	- Versicherte Person - LAUF-ID (im Headerelement businessProcessId)



Weitere Bemerkungen	• Diese Meldung ist nur relevant für Kantone, die eine Liste säumiger Prämienzahler führen. • Die Meldung bezieht sich nicht auf eine Betreuungseignismeldung (es gibt keine Referenz). • Der Leistungsaufschub gilt ab dem Eintreffen der Meldung beim Krankenversicherer (siehe Kapitel 3.1.2). • Ein in der Vergangenheit liegender Start eines Leistungsaufschubs ist nicht möglich. • Siehe auch Kapitel 3.1.7 und 3.1.8
----------------------------	---

3.4.2. Leistungsaufschub gesetzt

Beschreibung	Der Krankenversicherer bestätigt den Leistungsaufschub.
Ersteller	Krankenversicherer
Empfänger	Durchführungsstelle
Auslösende Ereignisse	• Die Meldung ist für die Durchführungsstelle optional. Die Meldung wird benötigt, wenn der Kanton eine Liste der säumigen Prämienzahler führt. • Eingang der Meldung „Leistungsaufschub setzen“.
Rahmenbedingungen	• Die Durchführungsstelle hat einen Leistungsaufschub mittels Meldung „Leistungsaufschub setzen“ gemeldet.
Inhalt	• Versicherte Person • LAUF-ID (im Headerelement businessProcessId)
Weitere Bemerkungen	• Die Meldung hat rein informativen Charakter. • In Ausnahmefällen kann es vorkommen, dass eine von der Meldung der Durchführungsstelle betroffene Person nicht mehr bei dem angeschriebenen Krankenversicherer versichert ist (d.h. es besteht kein aktives OKP-Verhältnis mehr). Falls der Krankenversicherer in so einem Fall keinen LAUF setzt, soll keine Meldung "LAUF gesetzt" versendet werden. In einer solchen Situation wird empfohlen, dass der Krankenversicherer sich mit der Durchführungsstelle in Verbindung setzt. • Fehlt die Bestätigung, sollte seitens Durchführungsstelle nachgehakt werden (siehe Kapitel 3.1.7).

3.4.3. Leistungsaufschub stoppen/aufheben

Beschreibung	Die Durchführungsstelle teilt dem Krankenversicherer mit, dass der Leistungsaufschub zu stoppen oder aufzuheben ist.
Ersteller	Durchführungsstelle
Empfänger	Krankenversicherer
Auslösende Ereignisse	• Die Meldung ist für die Durchführungsstelle optional. Die Meldung wird benötigt, wenn der Kanton eine Liste der säumigen Prämienzahler führt. • Der Kanton entfernt die versicherte Person von der Liste der säumigen Prämienzahler. • Die versicherte Person zieht in einen anderen Kanton (siehe Kapitel 3.1.8).



Rahmenbedingungen	Ein Kanton kann nur die von ihm gesetzten Leistungsaufschübe stoppen oder aufheben.
Inhalt	- Versicherte Person - Datum Stopp/Aufhebung Leistungsaufschub - Leistungsaufschub stoppen oder aufheben - LAUF-ID (im Headerelement businessProcessId)
Weitere Bemerkungen	- Die Meldung wird vom Krankenversicherer nicht bestätigt. - Siehe auch Kapitel 3.1.7 und 3.1.8

3.4.4. Leistungsaufschub aufgehoben

Beschreibung	Der Krankenversicherer teilt der Durchführungsstelle mit, dass der Leistungsaufschub aufgrund der Vollzahlung aufgehoben wurde.
Ersteller	Krankenversicherer
Empfänger	Durchführungsstelle
Auslösende Ereignisse	- Die Meldung ist für die Durchführungsstelle optional. Die Meldung wird benötigt, wenn der Kanton eine Liste der säumigen Prämienzahler führt. - Wenn sämtliche ausstehenden Forderungen beglichen sind, hebt der Krankenversicherer den Leistungsaufschub auf und sendet den betroffenen Kantonen eine Meldung (gemäss KVG Art. 64a Abs. 7).
Rahmenbedingungen	Keine
Inhalt	- Versicherte Person - LAUF-ID (im Headerelement businessProcessId)
Weitere Bemerkungen	- Die Meldung wird von der Durchführungsstelle nicht bestätigt. - Siehe auch Kapitel 3.1.9

3.5. Meldeprozess 4: „Quartalsmeldung und Schlussabrechnung“

3.5.1. Quartalsmeldung und Schlussabrechnung

Beschreibung	Der Krankenversicherer informiert die Durchführungsstelle über die Entwicklung der Verlustscheine des laufenden Jahres respektive übermittelt die Schlussabrechnung des letzten Kalenderjahres.
Ersteller	Krankenversicherer
Empfänger	Durchführungsstelle
Auslösende Ereignisse	Periodisch, einmal am Ende jedes Quartals (Quartalsmeldung) resp. einmal pro Jahr jeweils spätestens bis 31. März des Folgejahres (Schlussabrechnung)
Rahmenbedingungen	- Es werden 100% der Beträge (Total Forderung) gemeldet, welche vom Kanton zu 85% oder zu 90% zu übernehmen sind (siehe Kapitel 3.1.12). - Falls eine Forderung im Zusammenhang mit einem Verlustschein bereits abgetreten wurde (quartalsweise Abtretung), ist der Verlustschein in den nachfolgenden periodischen Meldungen mit Total Forderung CHF 0 zu melden.



Inhalt

- In der Schlussabrechnung werden Zahlungseingänge auf bereits abgerechnete Verlustscheine gemeldet. Es werden immer 100% der Zahlungen gemeldet, welche dem Kanton teilweise zurückzuerstatten sind.
- Stichtag für das Erstellen der Quartalsmeldung/Schlussabrechnung (Datum des Datenabzugs des Krankenversicherers)
- Abrechnungszeitraum
- Liste mit Einträgen zu Verlustscheinen respektive gleichzusetzenden Rechtstiteln oder Forderungen, für welche kein Verlustschein erwirkt werden kann (Art. 64a Abs. 3bis KVG), welche für das Abrechnungsjahr gemeldet wurden. Jeder Eintrag hat folgenden Inhalt:
 - Dossiernummer
 - Zuständiges Betreibungsamt
 - Schuldner/-in und Forderungen Schuldner/-in (analog zur Betreibungsereignismeldung)
 - Versicherte Person(en) und zugehörige Forderungen (analog zur Betreibungsereignismeldung, siehe auch Kapitel 3.1.6)
 - Information zum Verlustschein respektive zum gleichzusetzenden Rechtstitel
- Angabe, ob 85% oder 90% der Beträge durch den Kanton übernommen werden müssen.

Zusätzlich nur in der Schlussabrechnung:

- Liste mit Einträgen zu eingegangenen Zahlungen für Verlustscheine, welche bereits zu 85% vom Kanton übernommen wurden und entsprechend teilweise oder ganz an den Kanton, der den Verlustschein übernommen hat, zurückbezahlt werden (Stichtag: Datum des Datenabzugs). Normale Zahlungen nach Art. 64a Abs. 5 KVG durch den Schuldner oder Dritte und rückwirkende PV werden separat in der Liste aufgeführt. Jeder Eintrag hat den folgenden Inhalt:
 - Dossiernummer
 - Information zum Verlustschein (Verlustscheinnummer, Datum)
 - Schuldner/-in
 - Zahlung (Betrag der teilweise oder ganz zurückbezahlt wird)
 - Angabe, ob es sich um eine Zahlung des Schuldners oder um rückwirkende PV handelt
- Ebenfalls als Zahlungen gemeldet werden können Annullationen wegen Doppelversicherungen. Hierbei handelt es sich um Korrekturen der letzten, vom Kanton bereits bezahlten Schlussabrechnung aufgrund von nachträglich festgestellten Doppelversicherungen. Ungerechtfertigte Forderungen des Krankenversicherers, welche der Kanton übernommen hat, werden in der nachfolgenden Schlussabrechnung abgezogen. Gemeldet wird jeweils der gesamte vom Kanton übernommene Betrag.

Weitere Bemerkungen

- Bei den Quartalsmeldungen werden die Verlustscheine und auch die Forderungen ohne Verlustschein (gemäss Art. 64a Abs. 3bis KVG) kumulativ (d.h. für das ganze bisherige Abrechnungsjahr) gemeldet.
- Für Forderungen, für welche kein Verlustschein oder gleichzusetzender Rechtstitel erwirkt werden kann (Art. 64a Abs. 3bis KVG), muss ein Grund dafür angegeben werden.



- Es sind die jeweils aktuell offenen Forderungen zu melden. Der Betrag einer Betreuung kann von der ersten Quartalsmeldung bis zur Schlussabrechnung durch Forderungsminierungen ab- oder durch weitere Betreuungskosten zunehmen. Zahlungseingänge auf die vom Kanton noch nicht übernommenen Verlustscheine werden nicht gemeldet, sie sind im Saldo der Forderung berücksichtigt. Dies gilt für Zahlungen vom Schuldner und für rückwirkende PV.
- Es kann vorkommen, dass bis zum Zeitpunkt der Erstellung der Schlussabrechnung nicht für alle Betreibungen des vergangenen Jahres die Verlustscheine sowie sämtliche aufgelaufenen Betreuungskosten beim Krankenversicherer eingegangen sind. Der Umgang mit zu spät eingegangenen Verlustscheinen ist individuell zwischen dem betroffenen Krankenversicherer und dem Kanton abzustimmen.
- Die Meldung (Quartalsmeldung oder Schlussabrechnung) kann leer sein, das heisst weder Verlustscheine noch Zahlungseingänge sind beim Krankenversicherer eingegangen.
- Die Quartalsmeldungen und Schlussabrechnungen müssen in jeweils einer einzigen XML-Meldung übermittelt werden. Eine Aufteilung in mehrere Dateien oder Lieferungen ist nur nach vorgängiger Absprache mit dem Empfänger möglich.

Bemerkungen zur Schlussabrechnung:

- Die Zahlungen für vom Kanton bereits zu 85% übernommene Verlustscheine werden nur in der Schlussabrechnung gemeldet, da die Aufwände für die entsprechende Zusammenstellung seitens Krankenversicherer sehr hoch sind.
- Eine Zuordnung der eingehenden Zahlungen für vom Kanton bereits zu 85% übernommene Verlustscheine zu den einzelnen Forderungen der versicherten Personen ist vom SchKG nicht vorgesehen und kann nicht geliefert werden.
- Zahlungen vom Schuldner für Verlustscheine, welche der Kanton bereits zu 85% übernommen hat, werden dem Kanton zu 50% rückvergütet.
- Wenn eine rückwirkende PV einen Verlustschein betrifft, den der Kanton bereits zu 85% (90% oder 88%) übernommen hat, sind dem Kanton mit der nächsten Schlussabrechnung 85% (90% oder 88%) der rückwirkenden PV zu vergüten.
- Wenn eine Annullation wegen einer Doppelversicherung gemeldet wird, ist der gesamte gemeldete Betrag dem Kanton zu vergüten.
- Bei der Meldung von Zahlungen in der Schlussabrechnung muss immer die ursprüngliche Dossiernummer verwendet werden (auch nach einer Betreuung einer Verlustscheinforderung).
- Rückmeldungen zur Schlussabrechnung (z.B. Korrekturen) sind nicht Bestandteil des automatisierten Datenaustauschs.



3.6. Meldeprozess 5: „Übernahme Verlustschein“

3.6.1. Übernahme Verlustschein

Beschreibung	Die Durchführungsstelle teilt dem Krankenversicherer mit, dass ein „alter“ Verlustschein gemäss Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 18. März 2022 KVG übernommen werden soll (durch Begleichung von zusätzlichen 3% der zugehörigen Forderung).
Ersteller	Durchführungsstelle
Empfänger	Krankenversicherer
Auslösende Ereignisse	Der Kanton entscheidet, dass er für einen bestimmten Verlustschein zusätzlich 3% der noch offenen Forderungen übernehmen wird.
Rahmenbedingungen	Die Übernahme ist nur für Verlustscheine möglich, für welche der Kanton vor dem Inkrafttreten der Änderung des KVG vom 18. März 2022 – also vor dem 1. Juli 2025- bereits 85% nach Artikel 64a Absatz 4 bezahlt hatte.
Inhalt	- Angaben zum Verlustschein: - Dossiernummer - Information zum Verlustschein respektive zum gleichzusetzenden Rechtstitel
Weitere Bemerkungen	Für jeden zu übernehmenden Verlustschein wird eine separate Meldung (XML-Datei) erstellt. Mehrere Meldungen können als Sammelmeldung zusammengefasst werden.

3.6.2. Bestätigung Übernahme Verlustschein

Beschreibung	Der Krankenversicherer bestätigt die Anfrage und informiert den Kanton über allfällige Teilzahlungen.
Ersteller	Krankenversicherer
Empfänger	Durchführungsstelle
Auslösende Ereignisse	Eingang der Meldung „Übernahme Verlustschein“.
Rahmenbedingungen	Keine
Inhalt	- Bestätigung Übernahme - Angabe, ob der Versicherer den Verlustschein an den Kanton übergeben kann - Falls der Verlustschein nicht übergeben werden kann: Angabe des Grundes - Angaben zum Verlustschein: - Dossiernummer - Information zum Verlustschein respektive zum gleichzusetzenden Rechtstitel - Informationen zum Schuldner - Angabe zu Teilzahlungen und zum offenen Betrag



Weitere Bemerkungen

- Der Krankenversicherer sendet dem Kanton eine Bestätigung als Antwort auf die eingegangene Meldung.
- Ein Krankenversicherer kann die Abtretung einer Forderung nicht verweigern, die Abtretung einer Forderung ist auch ohne physischen Verlustschein möglich. Es gibt aber Fälle, in welchen ein Verlustschein nicht übergeben werden kann (weil er nicht mehr existiert oder dem Krankenversicherer nicht vorliegt).
- Sollte die Übergabe des Verlustscheins an den Kanton nicht möglich sein, sendet der Krankenversicherer in der vorliegenden Meldung eine negative Bestätigung und gibt zwingend einen Grund an, warum er den Verlustschein dem Kanton nicht übergeben kann. Dies kann vorkommen, wenn der Krankenversicherer den Verlustschein anhand der gemeldeten Dossier-nummer nicht identifizieren kann, wenn eine neue Betreibung läuft oder ein Folgeverlustschein vorliegt oder keine Forderung mehr offen ist. In solchen Fällen erfolgt eine bilaterale Klärung, wie die Forderung abgetreten werden kann. Die Klärung erfolgt ausserhalb des DA-64a.
- Zwischen der Meldung eines Verlustscheins in der Schlussabrechnung und dem Zeitpunkt einer möglichen Übernahme des Verlustscheins durch Bezahlung von zusätzlich 3% können Zahlungen für den Verlustschein eingegangen sein.
- Sofern die Zahlungen im laufenden Jahr eingegangen sind, wurden diese dem Kanton noch nicht mitgeteilt (da Zahlungen nur in der Schlussabrechnung gemeldet werden).
- Mit der Bestätigung Übernahme Verlustschein informiert der Krankenversicherer den Kanton über alle bisherigen Teilzahlungen und den noch offenen Betrag. Der noch offene Betrag (Restbetrag) ist relevant für die Berechnung der 3% (der Kanton übernimmt 3% vom Restbetrag). Beispiel: Für einen Verlustschein von CHF 1'000 hat der Kanton bereits CHF 850 übernommen. Daraufhin hat der Schuldner CHF 100 bezahlt, wovon der Krankenversicherer dem Kanton CHF 50 zurückvergütet hat. Der offene Betrag beträgt nun CHF 900 (d.h. 3% entsprechen CHF 27).



4. Meldungsspezifikation

In diesem technischen Kapitel wird die Abbildung des fachlichen Inhalts in die XML-Strukturen der einzelnen Meldungen beschrieben.

4.1. Schemaversion

Zu dieser Version 2-01 des Konzepts DA-64a gehören die Schemas (XSD) der Version 2.0.

4.2. Einsatz von sedex

Der Datenaustausch Art. 64a KVG erfolgt wie auch DA-PV über die Plattform sedex und wird dafür in die sedex-Domäne von DA-PV integriert.

Für den Anschluss an sedex ist der sedex-Client in Betrieb zu nehmen. Es wird empfohlen, denselben sedex-Anschluss wie bei DA-PV zu verwenden. Nicht möglich ist dies bei denjenigen Kantonen, welche eine unterschiedliche Stelle für die Durchführung der beiden Artikel 64a und 65 KVG definiert haben.

Weiterführende Informationen sind auf der sedex-Webseite des BFS zu finden ([Link](#)).

Die Schemas und die Teilnehmer werden in die Ablage des sM-Clients integriert. Statt des sM-Clients kann von den Teilnehmern analog zu DA-PV auch ein anderes sedex-Integrationshilfsmittel verwendet werden.

4.3. Referenzierung

Es werden verschiedene Mechanismen zur Identifizierung und Referenzierung angewendet:

- vn: Jede versicherte Person und teilweise die Schuldner/-innen werden über die 13-stellige neue AHV-Nummer (AHVN13) eindeutig identifiziert (siehe auch Kapitel 3.1.4 und 3.1.10).
- businessProcessId: Jeder Geschäftsprozess (Instanz eines Meldeprozesses) muss eine Referenznummer haben. Diejenige Stelle, welche innerhalb des Geschäftsprozesses die erste Meldung versendet, vergibt die Referenznummer. Alle zur selben Instanz dieses Geschäftsprozesses gehörenden weiteren Meldungen müssen dabei diese Referenznummer wiederverwenden. Insbesondere gelten folgende Regeln (siehe Kapitel 3.1.10):
 - Bei Betreuungsmeldungen (Meldeprozess 1) und Meldungen zur Übernahme von Verlustscheinen (Meldeprozess 5) wird im Element „businessProcessId“ die Dossiernummer gemeldet.
 - Bei Meldungen zum Leistungsaufschub (Meldeprozess 3) wird im Element „businessProcessId“ die LAUF-ID gemeldet.
 - Bei den übrigen Meldungen (Meldeprozess 2 und 4) kann die jeweilige Stelle die „businessProcessId“ beliebig setzen.
- messageId: Jede einzelne Meldung erhält eine technische Nachrichten-ID. Diese ist im Kontext des Senders zwingend eindeutig. Bei Antworten (action=6) muss in der entsprechenden Antwortmeldung der Inhalt von „referenceMessageId“ gleich dem Inhalt des Feldes „messageId“ der Anfrage-Meldung sein (z.B.: „Leistungsaufschub gesetzt“). Bei neuen Meldungen (action=1) und Anfragen (action=5) wird das Element „referenceMessageId“ weggelassen.



- Speziell ist der Fall der Betreuungseignismeldungen und der Meldung „Forderungsübernahme“. Die Meldung „Forderungsübernahme“ ist eine freiwillige Antwort auf eine Betreuungseignismeldung. Die Betreuungseignismeldung ist eine „Neue Meldung“ (Aktionscode „1“) und keine „Anfrage“ (Aktionscode „5“), da in der Regel keine Antwort erwartet wird. Die Meldung „Forderungsübernahme“ wird auch als „Neue Meldung“ (Aktionscode „1“) gehandhabt. Zur einfacheren Rückverfolgung (insbesondere im Fehlerfall) wird aber zusätzlich das Element „referenceMessageId“ (mit der Referenz auf die Betreuungseignismeldung, welche die Meldung „Forderungsübernahme“ ausgelöst hat) im Header zwingend geliefert.
- Die messageId wird im sedex-Umschlag verwendet. Bei Einzelmeldungen entspricht die messageId im sedex-Umschlag der messageId der Meldung. Bei Sammelmeldungen wird eine von den Meldungen in der Sammelmeldung unabhängige messageId generiert. Zu beachten ist, dass die sedex-Quittung die messageId der Sammelmeldung referenziert, nicht aber diejenigen der in der Sammelmeldung enthaltenen Meldungen.

4.4. Technische Anwendungsbestimmungen

4.4.1. Anwendung von eCH-Standards

Der gesamte Datenaustausch berücksichtigt eCH-Standards [10], wo immer sinnvoll. Folgende Standards kommen zur Anwendung:

- eCH-0007: Datenstandard Gemeinden (hier: Gemeindennamen, BFS-Gemeindecod)
- eCH-0008: Datenstandard Staaten und Gebiete (hier: BFS-Ländercode)
- eCH-0010: Datenstandard Postadresse (hier: Domizil natürlicher Personen)
- eCH-0044: Datenstandard Austausch von Personenidentifikationen
- eCH-0046: Datenstandard Kontakt¹ (hier: Telefonnummer und E-Mail)
- eCH-0058: Schnittstellenstandard Meldungsrahmen (in der Version 4.0)
- eCH-0090: sedex-Umschlag und -Quittung
- eCH-0108: Datenstandard: Unternehmensstammdaten und Unternehmensregister

4.4.2. Meldungsamen

Die folgende Liste beschreibt die Meldungsamen in Deutsch, Französisch sowie Englisch. Im Betreff (Element „subject“) des Meldungsrahmens werden die englischen Bezeichnungen verwendet. Dies aus dem Grund, da der Betreff bei strukturierten Meldungen normalerweise nur von technischem Personal gelesen wird (z.B. bei Fehlerfällen). Für dieses sind einheitliche, einsprachige Einträge bei Problemfällen einfacher zu handhaben. Zudem sind auch die Feldnamen auf Englisch.

Deutsch	Französisch	Englisch
Betreuungseignismeldung	annonce d'événement de poursuite	debt collection event message
Forderungsübernahme	prise en charge d'une créance	assumption of claims

¹ Es werden eigene Typen analog zu den existierenden Typen von eCH-0046 Version 6.0.0 erstellt, da eCH-0046-6-0.xsd explizit auf die Version 4.1 von eCH-0044 verweist, in DA-64a aber die Version 4.0 benutzt wird.



Liste Übernahmegarantie	liste des personnes ne devant pas être poursuivies	list of guaranteed assumptions
Forderungen Übernahmegarantie	créances avec garantie de prise en charge	list of claims with guaranteed assumptions
Zahlungen Übernahmegarantie	paiements avec garantie de prise en charge	list of payments with guaranteed assumptions
Leistungsaufschub setzen	activer une suspension de prestations	activate suspension of coverage
Leistungsaufschub gesetzt	suspension des prestations activée	suspension of coverage activated
Leistungsaufschub stoppen/aufheben	stopper/lever la suspension des prestations	stop/cancel suspension of coverage
Leistungsaufschub aufgehoben	suspension des prestations levée	suspension of coverage cancelled
Quartalsmeldung	décompte trimestriel	quarterly statement of account
Schlussabrechnung	décompte final	final account
Übernahme Verlustschein	prise en charge d'un acte de défaut de biens	assumption of a certificate of loss
Bestätigung Übernahme Verlustschein	confirmation de prise en charge d'un acte de défaut de biens	confirmation of assumption of a certificate of loss

4.4.3. sedex-Umschlag und Meldungsrahmen

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

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

Eine schematische Darstellung der verschiedenen Ebenen ist in Abbildung 11 enthalten.

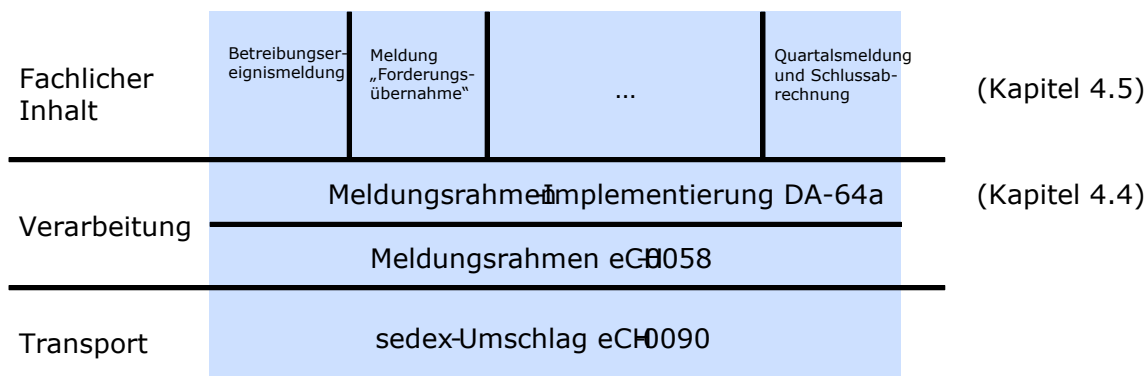


Abbildung 11: Einordnung der Standards eCH-0090 und eCH-0058



4.4.4. Grundlegender Aufbau der einzelnen Meldungen

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

<http://www.gdk-cds.ch/xmlns/da-64a-5221-000102/1>

zugeordnet, wobei die letzte „1“ für „Erstversion“ steht. Die effektiv im Betrieb zu verwendenden Namensräume müssen spätestens in der Einführungsphase festgelegt werden. Die aktuelle Schemaversion ist in Kapitel 4.1 aufgeführt.

Die Meldungen im Datenaustausch Art. 64a KVG haben alle den folgenden Aufbau (hier als Beispiel angedeutet eine „Quartalsmeldung“):

```
<message>
  <header>
    <senderId>...</senderId>
    <recipientId>...</recipientId>
    ...
  </header>
  <content>
    <certificateOfLossQuarterlyStatement>
      <statementDate>...</statementDate>
      <statementStartDate>...</statementStartDate>
      ...
    </certificateOfLossQuarterlyStatement>
  </content>
</message>
```

Dabei enthält das <header>-Element den Meldungsrahmen, der in Kapitel 4.5 beschrieben ist. Dieser Meldungsrahmen ist grundsätzlich für alle in diesem Konzept spezifizierten Meldungen gleich. Ausnahmen sind entsprechend beschrieben.

Das <content>-Element enthält die fachlichen Inhalte der Meldungen. Die zulässige Struktur dieser Inhalte unterscheidet sich je nach Meldung; die entsprechenden Spezifikationen finden sich in Tabelle 2 in Kapitel 4.6.

Der sedex-Client prüft den eCH-0090-Umschlag auf Schema-Konformität. Die Korrektheit der Dateninhalte ist vom Sender zu gewährleisten und vom Empfänger zu prüfen.

4.4.5. Schemaprüfung und Validation

Der Versender ist dafür verantwortlich, dass vor dem Versand sämtliche Meldungen (XML) einer Schemaüberprüfung (gemäss XSD) unterzogen werden. Es wird empfohlen, dass die Schemaprüfung auch beim Empfang vorgenommen wird.

4.4.6. Verwendung von Einzelmeldungen und Sammelmeldungen

Aufgrund des hohen Mengengerüsts werden die häufig vorkommenden Einzelmeldungen mit gleichem Meldungstyp (d.h. Meldungen zu Meldeprozess rund um das Betreibungsereignis sowie Leistungsaufschub) nicht jeweils sofort einzeln über sedex, sondern gesammelt und höchstens einmal am Tag gemeinsam (sog. Sammelmeldung) versendet.

Der Meldungsrahmen nach eCH-0058v4 sieht keine technische Unterscheidung von Einzel- und Sammelmeldungen vor. Eine Einzel- oder Sammelmeldung besteht aus einer ZIP-Datei (ZIP-Standard 2.0), welche die jeweiligen XML-Dateien (eine pro



Meldung) enthält. Jede solche ZIP-Datei wird als Nutzdatenpaket zusammen mit einem einzigen sedex-Umschlag gemäss eCH-0090 an den vorgesehenen Empfänger verschickt.

Die sedex-Quittung bestätigt dem Sender den Eingang der Sendung beim Empfänger nur auf Ebene Einzel- oder Sammelmeldung.

Beispiel: Ein Krankenversicherer macht seinen Betreuungslauf jeweils alle zwei Wochen am Montag. Sämtliche Betreuungsereignisse werden an die jeweiligen Durchführungsstellen in einer Sammelmeldung übermittelt (eine Sammelmeldung pro Durchführungsstelle).

4.4.7. Aufbau der Meldungsdateien

Für den sedex-Versand müssen verschiedene formale Vorgaben eingehalten werden:

- Das sedex-Nutzdatenpaket wird benannt nach dem Schema **data_[XXX].zip**.
 - Dabei soll, wie im vom BFS empfohlen, als Namenssuffix XXX die messageId der Meldung verwendet werden.
- Der sedex-Umschlag wird benannt nach dem Schema **envl_[XXX].xml** (mit gleichem Wert für [XXX] wie das Nutzdatenpaket).
- Die XML-Dateien für die Einzelmeldungen werden benannt nach dem Schema **message_YYYYY.xml**.
 - Dabei steht YYYYY für eine fünfstellige Zahl beginnend mit 00001 die inkrementiert wird. Bei 12 Meldungen wären dies „message_00001.xml“, „message_00002.xml“, ..., „message_00012.xml“². Bei einer einzelnen Meldung heisst diese entsprechend „message_00001.xml“.

Eine schematische Übersicht über den Aufbau von sedex-Umschlag und des zugehörigen Nutzdatenpakets (Sammelmeldung mit N Einzelmeldungen) ist in Abbildung 12 angegeben.

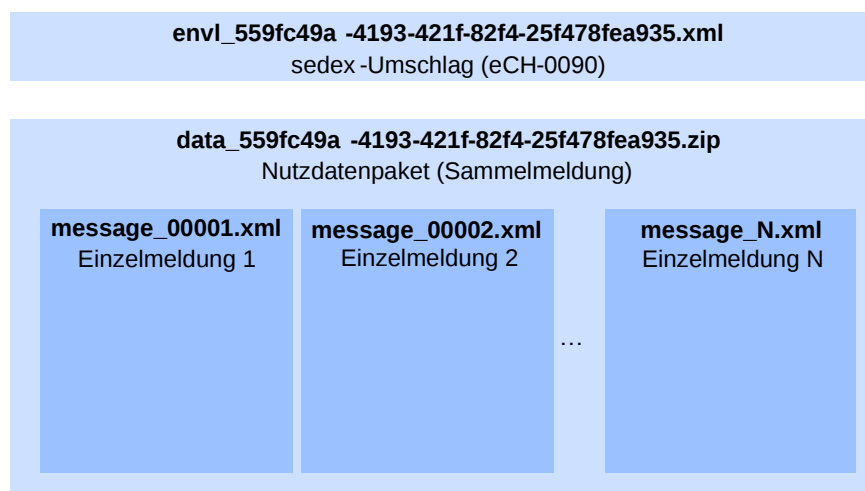


Abbildung 12: Aufbau einer Meldungsdatei

4.4.8. XML-Formatierung

- XML-Kodierung

² Hinweis: Der Empfänger soll bei der Umsetzung nicht davon ausgehen, dass es keine Lücken in der Inkrementierung geben kann.



Die XML-Dateien sind mit dem Zeichensatz UTF-8 zu codieren.

Die XML-Dateien sollen so formatiert werden, dass sie gut menschenlesbar sind und sollen deshalb Zeilenumbrüche und Einrückungen enthalten.

Es werden ausschliesslich folgende fünf XML Escape Sequenzen verwendet:

- " = "
- ' = '
- < = <
- > = >
- & = &

- Byte Order Mark (BOM)

Das Byte Order Mark (BOM, Unicode: U+FEFF, UTF-8: EF BB BF) ist ein Steuerzeichen, welches die Byte-Reihenfolge und Codierungsform in UCS/Unicode-Zeichenketten bezeichnet. Bei einer UTF-16 bzw. UTF-32 Codierung, muss die Byte-Reihenfolge angegeben werden, um den Datenstrom korrekt interpretieren zu können.

Beim DA-64a wird eine UTF-8 Codierung verwendet. Somit ist das BOM-Zeichen nicht notwendig. Insbesondere treten bei der Verwendung des BOM-Zeichens in UNIX-basierten Systemen Probleme bei der Verarbeitung auf. Da verschiedene Teilnehmer am DA-64a solche Systeme im Einsatz haben, darf das BOM-Zeichen nicht verwendet werden.

- Best Practices

Weitere Empfehlung können dem Standard eCH-0018 (XML Best Practices) entnommen werden.

4.4.9. *Format von Datums- und Zeitangaben*

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

- Das Suffix „Z“ kann dabei verwendet werden (z.B. „2013-10Z“ ist gleichbedeutend zu interpretieren als „2013-10“, gleiches gilt für „2013-08-26T13:39:23Z“ und „2013-08-26T13:39:23“)
- Die Verwendung von Zeitzonekorrekturen ist nicht zulässig (z.B. „2013-10+02:00“ oder „2013-08-26T11:39:23+02:00“ dürfen nicht verwendet werden)

4.4.10. *Protokollquittungen*

Protokollquittungen haben in der Vergangenheit mehr Probleme verursacht als gelöst. Deshalb werden sie im DA-64a nicht verwendet.

4.4.11. *Zukünftige Änderungen am Schnittstellenstandard*

Es ist damit zu rechnen, dass es in Zukunft Änderungen am Konzept DA-64a geben wird. Wie die Übergänge zwischen verschiedenen Konzeptversionen ausgestaltet werden, wird im Betriebskonzept geregelt werden.



4.5. Meldungsrahmen

Die nachstehenden Felder des Meldungsrahmens werden für alle DA-64a Meldungen definiert. Sie bauen auf dem Standard eCH-0058v4 (Meldungsrahmen) auf und dienen der Adressierung und technischen Verarbeitung der Meldung, enthalten selbst aber keine fachlichen Inhalte.

Element	Vork.	Beschreibung
senderId	1	sedex-ID des Absenders
originalSenderId	0	Nicht verwendet (keine Weiterleitung erlaubt)
declarationLocalReference	0	Es wird stattdessen das strukturierte Element „contactInformation“ in der extension verwendet
recipientId	1	sedex-ID des Empfängers
messageId	1	ID der Einzelmeldung gemäss den Vorgaben von eCH-0090
referenceMessageId	0..1	ID der ursprünglichen Anfragemeldung gemäss den Vorgaben von eCH-0090 (siehe Kapitel 4.3)
businessProcessId	1	Eindeutiger Referenzcode des Geschäftsprozesses (siehe Kapitel 3.1.10 und 4.3). Im Gegensatz zu eCH-0058 ist die maximale Länge auf 32 Zeichen limitiert.
ourBusinessReferenceId	0	Nicht verwendet
yourBusinessReferenceId	0	Nicht verwendet
uniqueIdBusinessTransaction	0	Nicht verwendet
messageType	1	Meldungstyp (siehe Kapitel 4.6)
subMessageType	1	Submeldungstyp (siehe Kapitel 4.6)
sendingApplication	1	Sendende Anwendung
partialDelivery	0	Nicht verwendet (Splitting der Meldung ist nicht gestattet)
subject	1	Der Betreff soll dem Namen der Meldung in Englisch entsprechen. Die Übersetzungen der Meldungsnamen sind in Kapitel 4.4.2 beschrieben. Beispiele: • „debt collection event message“ • „activate suspension of coverage“ • „list of guaranteed assumptions“ • „quarterly statement of account“
comment	0	Nicht verwendet
messageDate	1	Nachrichtendatum (Zeitpunkt des Versands), UTC-Format
initialMessageDate	0	Nicht verwendet (keine Weiterleitung erlaubt)
eventDate	0	Nicht verwendet
modificationDate	0	Nicht verwendet
action	1	Erlaubte Werte, gemäss Tabelle 2 (siehe Kapitel 4.6) 1=neu 5=Anfrage 6=Antwort
attachment	0	Es sind keine (unstrukturierten) Anhänge vorgesehen.
testDeliveryFlag	1	Angabe, ob diese Meldung eine Testmeldung ist. In der Testumgebung wird empfohlen das Testflag auf „true“ zu setzen. In der Produktivumgebung sind keine Testmeldungen vorgesehen.
responseExpected	1	Es werden keine fachlichen Quittungen benutzt, der Wert des Elements wird daher standardmässig auf „false“ gesetzt.
businessCaseClosed	1	Das Element wird standardmässig auf „true“ gesetzt.



extension	1	Die „extension“ enthält ein Element „contactInformation“, mit dem Informationen zu einer fachlichen Ansprechperson auf Seite des Absenders übermittelt werden, z.B. Sachbearbeitender, Verantwortlicher, oder auch Hotline (siehe Kapitel 4.7.12).
------------------	---	--

4.6. Meldungstypen und Submeldungstypen

Folgende sedex-Meldungstypen (messageType) werden verwendet:

- Durchführungsstelle → Krankenversicherer
 - 5221: Forderungsübernahme (Meldeprozess 1)
 - 5222: Liste Übernahmegarantie (Meldeprozess 2)
 - 5223: Meldungen zum Leistungsaufschub (Meldeprozess 3)
 - 5224: Übernahme Verlustschein (Meldeprozess 5)
- Krankenversicherer → Durchführungsstelle
 - 5231: Betreibungsereignismeldungen (Meldeprozess 1)
 - 5232: Forderungen und Zahlungen Übernahmegarantie (Meldeprozess 2)
 - 5233: Meldungen zum Leistungsaufschub (Meldeprozess 3)
 - 5234: Quartalsmeldung und Schlussabrechnung (Meldeprozess 4)
 - 5225: Bestätigung Übernahme Verlustschein (Meldeprozess 5)

Eine Detailebene darunter werden innerhalb eines Anwendungsbereichs weitere Submeldungstypen je nach Geschäftsprozess unterschieden. Dabei wird das Schema AAAABB (mit AAAA = Nummer des Geschäftsprozesses, BB = Nummer der Meldung innerhalb desselben Geschäftsprozesses) verwendet. Beispiel: Die Meldung 2 innerhalb des Prozesses 3 heisst 000302.

Die einzelnen Meldungen und Meldeprozesse unterscheiden sich primär in der Struktur ihres fachlichen Inhalts, also der Schemadefinition des <content>-Elements. Die genauen Spezifikationen dieser unterschiedlichen „Typen“ sind in Kapitel 4.7 angegeben.

Prozess	Meldungsname	Belegung von <header>-Unterelementen			Typ des Elements unterhalb <content>
		message Type	subMessage Type	action	
1	Betreibungsereignismeldung	5231	000101	1	debtCollectionEventType
	Forderungsübernahme	5221	000102	1	assumptionOfClaimsType
2	Liste Übernahmegarantie	5222	000201	1	listOfGuaranteedAssumptionsType
	Forderungen Übernahmegarantie	5232	000202	1	listOfClaimsGuaranteedAssumptionsType
	Zahlungen Übernahmegarantie	5232	000203	1	listOfPaymentsGuaranteedAssumptionsType
3	Leistungsaufschub setzen	5223	000301	5	insuredPersonType
	Leistungsaufschub gesetzt	5233	000302	6	insuredPersonType
	Leistungsaufschub stoppen/aufheben	5223	000303	1	suspensionAssumptionOfClaimsStopCancelType
	Leistungsaufschub aufgehoben	5233	000304	1	insuredPersonType
4	Quartalsmeldung	5234	000401	1	certificateOfLossQuarterlyStatementType
	Schlussabrechnung	5234	000402	1	certificateOfLossFinalStatementType



5	Übernahme Verlustschein	5224	000501	5	certificateOfLossAssumptionType
	Bestätigung Übernahme Verlustschein	5225	000502	6	certificateOfLossConfirmationType

Tabelle 2: Meldungen und dazugehörige Typen des primären Elements im content

4.7. Typen

4.7.1. addressType (Domiziladresse)

Die verwendeten Elemente basieren auf dem Typ eCH-0010:addressInformationType. Es werden nur diejenigen Elemente verwendet, die im Zusammenhang mit DA-64a erforderlich sind. Zudem wird der BFS-Ländercode und nicht der ISO-Ländercode verwendet. Bei der Postleitzahl ist zu beachten, dass entweder die schweizerische oder die ausländische Postleitzahl zu setzen ist. Falls für Adressen im Ausland keine Postleitzahl bekannt ist oder keine existiert, kann das Element foreignZipCode leer verwendet werden (es muss vorhanden sein, darf aber leer sein). Da oft die Gemeinde für weitergehende Abklärungen (z.B. Sozialhilfe) zuständig ist, wird – falls bekannt – auch die Gemeinde (Name und BFS-Code) aufgeführt.

Die Angabe von Strassenbezeichnungen und Hausnummern ist optional. Falls bekannt, müssen Strassenbezeichnung und Hausnummer getrennt in separaten Feldern „street“ und „houseNumber“ geliefert werden.

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
addressLine1	eCH-0010:address-LineType	0..1	Adresszusatzzeile für personalisierte Adressangaben (z.B. c/o-Adresse)
addressLine2	eCH-0010:address-LineType	0..1	Adresszusatzzeile für unpersonalisierte Adressangaben
street	eCH-0010:street-Type	0..1	Strassenbezeichnungen (dies kann auch der Name einer Lokalität, etc. sein)
houseNumber	eCH-0010:houseNumberType	0..1	Hausnummer (zu setzen, falls vorhanden)
town	eCH-0010:townType	1	Ortsname (in ausländischen Adressen falls nötig inkl. Provinz etc.)
swissZipCode	eCH-0010:swissZipCodeType	1	Schweizer Postleitzahl (zu setzen, falls Land Schweiz)
foreignZipCode	eCH-0010:foreignZipCodeType	1	Ausländische Postleitzahl (zu setzen, falls Ausland)
country	eCH-0008:countryIdType	1	Land, vierstelliger BFS-Ländercode
municipalityName	eCH-0007:municipalityNameType	0..1	Gemeindenname Domizil
municipalityId	eCH-0007:municipalityIdType	0..1	Gemeindennummer Domizil (BFS-Gemeindecode)

4.7.2. assumptionOfClaimsType (Forderungsübernahme)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
assumptionDecision	xs:boolean	1	Forderungsübernahme ja/nein
debtor	debtorType	1	Schuldner und Adresse



4.7.3. *certificateOfLossQuarterlyStatementType (Quartalsmeldung)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
statementDate	xs:date	1	Erstelldatum der Meldung (Datum des Datenabzugs des Krankenversicherers)
statementStartDate	xs:date	1	Startdatum des zu betrachtenden Zeitraums
statementEndDate	xs:date	1	Enddatum des zu betrachtenden Zeitraums
percentageOfAssumption	85 = Übernahme von 85% 90 = Übernahme von 90%	1	Angabe, ob 85% oder 90% der Forderungen durch den Kanton übernommen werden.
certificateOfLossArrival	certificateOfLossArrivalType	0..n	Eingegangene Verlustscheine oder gleichzusetzende Rechtstitel, welche dem Kanton in Rechnung gestellt werden
totalClaim	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Totalbetrag (Summe) der eingegangenen Verlustscheine oder gleichzusetzender Rechtstitel in CHF (nicht gerundet) abzüglich allfälliger Teilzahlungen resp. bereits an den Kanton abgetretener Forderungen

4.7.4. *certificateOfLossFinalStatementType (Schlussabrechnung)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
statementDate	xs:date	1	Erstelldatum der Meldung (Datum des Datenabzugs des Krankenversicherers)
statementStartDate	xs:date	1	Startdatum des zu betrachtenden Zeitraums
statementEndDate	xs:date	1	Enddatum des zu betrachtenden Zeitraums
percentageOfAssumption	85 = Übernahme von 85% 90 = Übernahme von 90%	1	Angabe, ob 85% oder 90% der Forderungen durch den Kanton übernommen werden.
certificateOfLossArrival	certificateOfLossArrivalType	0..n	Eingegangene Verlustscheine oder gleichzusetzende Rechtstitel, welche dem Kanton in Rechnung gestellt werden
certificateOfLossPayment	certificateOfLossPaymentType	0..n	Zahlungseingänge von Verlustscheinen oder gleichzusetzenden Rechtstiteln, welche dem Kanton bereits in Rechnung gestellt wurden
totalClaim	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Totalbetrag (Summe) der eingegangenen Verlustscheine oder gleichzusetzender Rechtstitel in CHF (nicht gerundet) abzüglich allfälliger Teilzahlungen resp. bereits an den Kanton abgetretener Forderungen
totalArrivalDebtor	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Total (Summe) der Zahlungseingänge durch Schuldner in CHF (nicht gerundet)
totalArrivalPV	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Total (Summe) der Zahlungseingänge durch rückwirkende PV in CHF (nicht gerundet)
totalAnnulation	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Total (Summe) der Rückerstattungen durch Annulation wegen Doppelversicherungen in CHF (nicht gerundet)



4.7.5. *certificateOfLossArrivalType (Eingang Verlustschein)*

Einzelner Verlustschein oder gleichzusetzender Rechtstitel, welcher dem Kanton zu 85% oder 90% in Rechnung gestellt wird:

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
dossierNr	xs:token (minLength 1, maxLength 30)	1	Eindeutige Dossienummer des Krankenversicherers zur Betreuung die den Verlustschein ausgelöst hat
collectionOffice	collectionOfficeType	0..1	Betreibungsamt, das den Verlustschein ausgestellt hat
caseNumber	xs:token (minLength 1, maxLength 30)	0..1	Betreibungsnummer (falls Betreuung existiert)
certificateOfLoss	certificateOfLossType	1	Verlustschein oder gleichzusetzender Rechtstitel
debtorWithClaim	debtorWithClaimType	1	Schuldner mit den dazugehörigen Forderungen (bzw. versicherte Person, wenn Schuldner nicht bekannt)
insuredPerson-WithClaim	insuredPerson-WithClaimType	1..n	Versicherte Personen mit den dazugehörigen Forderungen

4.7.6. *certificateOfLossPaymentType (Zahlungseingang)*

Zahlungseingang zu einem einzelnen Verlustschein oder zu einem gleichzusetzenden Rechtstitel, welcher vom Kanton bereits zu 85% übernommen wurde:

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
dossierNr	xs:token (minLength 1, maxLength 30)	1	Eindeutige Dossienummer des Krankenversicherers zur Betreuung die den Verlustschein ausgelöst hat
certificateOfLoss	certificateOfLossType	1	Verlustschein oder gleichzusetzender Rechtstitel
debtor	debtorType	1	Schuldner (ohne Forderung)
payment	paymentType	1..3	Zahlungsart (Zahlung vom Schuldner, rückwirkende PV oder Annulation wegen Doppelversicherung) und zugehörige Summe der Zahlungseingänge für das Dossier in CHF (nicht gerundet)

4.7.7. *certificateOfLossType (Verlustschein)*

Information zum Verlustschein oder gleichzusetzenden Rechtstiteln:

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
lossDate	xs:date	1	Ausstelldatum resp. Entstehungsdatum der Forderung
lossNumber	xs:token (minLength 1, maxLength 30)	0..1	Verlustscheinnummer (zu beachten: Konkursverlustscheinen enthalten nicht zwingend eine Nummer, daher ist lossNumber optional)
dateOfReceipt	xs:date	0..1	Eingangsdatum beim Krankenversicherer
typeOfLoss	1 = Verlustschein 2 = Konkursverlustschein 3 = Gleichzusetzender Rechtstitel 4 = EU/EFTA 5 = Forderung ohne Verlustschein gemäss Art. 64a Abs. 3 ^{bis} KVG	1	Art des gemeldeten Verlustscheins respektive Rechtstitels



reasonTOL5	1 = Eltern unbekannt 2 = Aufenthaltsort Eltern unbekannt 3 = Eltern im Ausland 99 = siehe Freitext	0..1	Falls typeOfLoss = 5: Angabe des Grundes, warum für eine gemeldete Forderung kein Verlustschein oder gleichzusetzender Rechtstitel erwirkt werden konnte.
reason-TOL5Text	xs:token (maxLength 200)	0..1	Falls typeOfLoss = 5 und reason = 99: Angabe des Grundes.als Freitext.

4.7.8. *claimDebtorType (Forderung zum Schuldner)*

Forderungen zum Schuldner:

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
totalClaim	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Total Forderungen in CHF (nicht gerundet) abzüglich allfälliger Teilzahlungen resp. bereits an den Kanton abgetretener Forderungen (siehe Kapitel 3.1.12)
interests	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Verzugszinsen in CHF (nicht gerundet) abzüglich allfälliger Teilzahlungen
expenses	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Betreibungskosten in CHF (nicht gerundet) abzüglich allfälliger Teilzahlungen

4.7.9. *claimDebtorGuaranteedAssumptionType (Forderung zum Schuldner mit Übernahmegarantie)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
dossierNr	xs:token (minLength 1, maxLength 30)	0..1	Eindeutige Dossiernummer des Krankenversicherers zur Betreuung (falls Betreuung existiert)
collectionOffice	collectionOfficeType	0..1	Betreibungsamt, das den Verlustschein ausgestellt hat (falls Betreuung existiert)
caseNumber	xs:token (minLength 1, maxLength 30)	0..1	Betreibungsnummer (falls Betreuung existiert)
debtorWithClaim	debtorWithClaimType	1	Schuldner mit den dazugehörigen Forderungen (für die erwähnten versicherten Personen)
insuredPerson-WithClaim	insuredPerson-WithClaimType	1..n	Versicherte Personen, die nicht betrieben werden dürfen, mit den dazugehörigen Forderungen

4.7.10. *claimInsuredPersonType (Forderung zur versicherten Person)*

Forderungen zur versicherten Person:

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
claimAmount	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Wert in CHF (nicht gerundet), abzüglich allfälliger Teilzahlungen
claimStartDate	xs:date	1	Erster Tag des Zeitraums der geschuldeten Forderung. Bei Prämien ist für den ersten Tag die abgerechnete Periode zu verwenden, bei Kostenbeteiligungen der Behandlungszeitraum
claimEndDate	xs:date	1	Letzter Tag des Zeitraums der geschuldeten Forderung. Bei Prämien ist für den letzten Tag die abgerechnete Periode zu verwenden, bei Kostenbeteiligungen der Behandlungszeitraum



4.7.11. *collectionOfficeType* (Betreibungsamt)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
officeId	xs:token (min. 1, max. 16 Zeichen)	0..1	Identifikation gemäss eSchKG (z.B. 8-AG-191) Für ausländische Behörden wird der Wert „EU-EFTA“ übermittelt
officeName	xs:token (min. 1, max. 100 Zeichen)	1	Name Betreibungsamt
town	eCH-0010:townType	1	Ortsname
swissZipCode	eCH-0010:swissZipCode-Type	1	Schweizer Postleitzahl (zu setzen, falls Land Schweiz)
foreignZipCode	eCH-0010:foreignZipCode-Type	1	Ausländische Postleitzahl (zu setzen, falls Ausland)
country	eCH-0008:countryIdType	1	Land, vierstelliger BFS-Ländercode

4.7.12. *contactInformationType* (Kontaktinformation)

Der Standard eCH-0058v4 erlaubt einen `declarationLocalReferenceType` im Header, der zur Übermittlung von Kontaktinformationen dienen kann. Da dieses Element die Information aber als unstrukturierte Zeichenfolge definiert, wird an seiner Stelle der „`contactInformationType`“ in der Erweiterung des Headers geliefert (Element „`extension`“). In diesem Typ wird eine fachliche Ansprechperson übermittelt, welche auf Seite des Absenders für das Geschäft zuständig ist und für fachliche Fragen zur Meldung kontaktiert werden kann. Falls die Meldung automatisch aus der Fachapplikation generiert wird und kein Kontakt zugewiesen werden kann, ist z.B. eine Hotline anzugeben.

`contactInformationType` bezeichnet die fachliche Stelle (Fachabteilung oder Sachbearbeiter), welche auf Seiten des Absenders für das Geschäft zuständig ist. Anstelle der lokalen Referenz gemäss eCH-0058v4 (unstrukturierter String) wird folgende Struktur verwendet.

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
name	xs:token (min. 1, max. 100 Zeichen)	0..1	Name
department	xs:token (min. 1, max. 100 Zeichen)	0..1	Abteilung
phone	analog eCH-0046:phoneNumberType	1	Telefon
email	analog eCH-0046:emailAddressType	1	E-Mail-Adresse
other	xs:token (min. 1, max. 100 Zeichen)	0..1	Freitext

Falls nicht alle Informationen vorhanden sind oder die Meldungen automatisiert verschickt werden, sollen die Informationen einer generellen Hotline oder Supportstelle ein-getragen werden. Unter „`name`“ wird in diesem Fall der Name der Hotline eingetragen.

4.7.13. *debtCollectionEventType* (Betreibungsereignis)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
debtCollectionEventEnum	1 = Betreibungsbegehren	1	Betreibungsereignis, das gemeldet wird



	2 = Fortsetzungsbegehren möglich 3 = Fortsetzungsbegehren gestellt 4 = Verlustschein 5 = Vollzahlung 6 = Annullation 7 = Inkasso EU/EFTA		
debtCollectionEventDate	xs:date	1	Datum des auslösenden Ereignisses
collectionOffice	collectionOfficeType	0..1	Betreibungsamt zum zugehörigen Betreibungsereignis
caseNumber	xs:token (minLength 1, maxLength 30)	0..1	Betreibungsnummer
certificateOfLoss	certificateOfLossType	0..1	Verlustschein
debtorWithClaim	debtorWithClaimType	1	Schuldner mit den dazugehörigen Forderungen
insuredPerson-WithClaim	insuredPerson-WithClaimType	0..n	Versicherte Personen mit den dazugehörigen Forderungen
employerContact	debtorJPTType	0..1	Name und Adresse des Arbeitgebers in EU/EFTA-Verfahren

4.7.14. debtorNPTType (Schuldner – natürliche Person)

Die verwendeten Elemente basieren auf dem Typ eCH-0044:personIdentificationType.

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
vn	eCH-0044:vnType	0..1	AHV-Nummer 13-stellig (AHVN13)
officialName	eCH-0044:baseNameType	1	Nachname
firstName	eCH-0044:baseNameType	1	Alle Vornamen in der richtigen Reihenfolge
sex	eCH-0044:sexType	0..1	Geschlecht (1=männlich, 2=weiblich)
dateOfBirth	xs:date	0..1	Geburtsdatum
language	xs:language	0..1	Korrespondenzsprache
address	addressType	1	Adresse

4.7.15. debtorJPTType (Schuldner – juristische Person)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
uid	eCH-0108:uidType	0..1	Eidg. Unternehmensidentifikationsnummer (zu setzen, wenn Land Schweiz und dem Krankenversicherer bekannt)
name	eCH-0108:unitNameType	1	Name des Unternehmens
legalName	eCH-0108:unitNameType	0..1	Amtlicher Name des Unternehmens
nameAddon	eCH0108:unitNameType	0..1	Ergänzungen zum Firmennamen
contactName	eCH-0044:baseNameType	0..1	Name der Kontaktperson
contactPhone	analog eCH-0046:phoneNumberType	0..1	Telefonnummer der Kontaktperson
language	xs:language	0..1	Korrespondenzsprache der juristischen Person
address	addressType	1	Adresse



4.7.16. *debtorType* (Schuldner)

Der Inhalt ist entweder ein debtorNPTyp (natürliche Person) oder ein debtorJPTyp (juristische Person).

4.7.17. *debtorWithClaimType* (Schuldner mit den dazugehörigen Forderungen)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
debtor	debtorType	1	Schuldner
claimDebtor	claimDebtorType	1	Forderungen Schuldner

4.7.18. *insuredPersonType* (Versicherte Person)

Die verwendeten Elemente basieren auf dem Typ eCH0044:personIdentificationType.

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
vn	eCH-0044:vnType	1	AHV-Nummer 13-stellig (AHVN13)
officialName	eCH-0044:baseNameType	1	Nachname
firstName	eCH-0044:baseNameType	1	Alle Vornamen in der richtigen Reihenfolge
sex	eCH-0044:sexType	1	Geschlecht (1=männlich, 2=weiblich)
dateOfBirth	xs:date	1	Geburtsdatum
language	xs:language	0..1	Korrespondenzsprache
address	addressType	1	Adresse

4.7.19. *insuredPersonWithClaimType* (Versicherte Person mit den dazugehörigen Forderungen)

Versicherte Person mit den dazugehörigen Forderungen:

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
insuredPerson	insuredPersonType	1	Versicherte Person
premium	claimInsuredPersonType	0..1	Summe aller ausstehenden Prämien in CHF (nicht gerundet) abzüglich allfälliger Teilzahlungen
costSharing	claimInsuredPersonType	0..1	Summe aller ausstehenden Kostenbeteiligungen in CHF (nicht gerundet) abzüglich allfälliger Teilzahlungen

4.7.20. *listOfGuaranteedAssumptionsType* (Liste Übernahmegarantie)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
insuredPerson	insuredPersonType	0..n	Liste aller versicherten Personen, die nicht betrieben werden dürfen

4.7.21. *listOfClaimsGuaranteedAssumptionsType* (Forderungen Übernahmegarantie)

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
statementDate	xs:date	1	Erstelldatum der Meldung



statementStartDate	xs:date	1	Startdatum des zu betrachtenden Zeitraums
statementEndDate	xs:date	1	Enddatum des zu betrachtenden Zeitraums
claimDebtorGuaranteedAssumption	claimDebtorGuaranteedAssumptionType	0..n	Forderungen Schuldner, welche versicherte Personen betreffen, die nicht betrieben werden dürfen

4.7.22. *paymentType (Zahlung)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
totalAmount	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Summe der Zahlungseingänge zum gemeldeten Zahlungstyp in CHF (nicht gerundet)
paymentCategory	1 = Zahlung Schuldner 2 = Rückwirkende PV 3 = Annullation wegen Doppelversicherung	1	Unterscheidung zwischen Zahlungen vom Schuldner (Betrag wird dem Kanton zu 50% gutgeschrieben) und rückwirkender PV (Betrag wird dem Kanton zu 85 % resp. 90 % gutgeschrieben). Ebenfalls gemeldet werden können Annullationen wegen Doppelversicherung (siehe Kapitel 3.5.1)

4.7.23. *suspensionAssumptionOfClaimsStopCancel (Leistungsaufschub stoppen/aufheben)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
insuredPerson	insuredPersonType	1	Versicherte Person
stopCancelEnum	stop = Leistungsaufschub stoppen cancel = Leistungsaufschub aufheben	1	Leistungsaufschub wird gestoppt oder aufgehoben
date	xs:date	1	Letzter Tag, an dem die Leistungssperre noch gilt

4.7.24. *assumptionsPaymentType (Zahlungseingang)*

Zahlungseingang zu einer vom Kanton aufgrund der Liste Übernahmegarantie übernommene Forderung:

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
dossierNr	xs:token (minLength 1, maxLength 30)	0..1	Eindeutige Dossiernummer des Krankenversicherer
debtor	debtorType	1	Schuldner (ohne Forderung)
payment	paymentType	1..3	Zahlungsart (Zahlung vom Schuldner, rückwirkende PV oder Annullation wegen Doppelversicherung) und zugehörige Summe der Zahlungseingänge für das Dossier in CHF (nicht gerundet)

4.7.25. *listOfPaymentsGuaranteedAssumptionsType (Liste Zahlungen Übernahmegarantie)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
statementDate	xs:date	1	Erstelldatum der Meldung
statementStartDate	xs:date	1	Startdatum des zu betrachtenden Zeitraums
statementEndDate	xs:date	1	Enddatum des zu betrachtenden Zeitraums



assumptionsPayment	assumptionsPaymentType	1..n	Zahlungen auf vom Kanton übernommene Forderungen.
---------------------------	------------------------	------	---

4.7.26. *certificateOfLossAssumptionType (Übernahme Verlustschein)*

Element	Typ	Vork.	Beschreibung
dossierNr	xs:token (minLength 1, maxLength 30)	1	Eindeutige Dossiernummer des Krankenversicherers zur Betreuung die den Verlustschein ausgelöst hat
certificateOfLoss	certificateOfLossType	1	Verlustschein oder gleichzusetzender Rechtstitel

4.7.27. *certificateOfLossConfirmationType (Bestätigung Übernahme Verlustschein)*

Element		Typ	Vork.	Beschreibung
dossierNr		xs:token (minLength 1, maxLength 30)	1	Eindeutige Dossiernummer des Krankenversicherers zur Betreuung die den Verlustschein ausgelöst hat
certificateOfLoss		certificateOfLossType	1	Verlustschein oder gleichzusetzender Rechtstitel
confirmAssumption		xs:boolean	1	Angabe, ob der Verlustschein dem Kanton übergeben werden kann oder ob eine bilaterale Klärung zwischen Krankenversicherer und Kanton notwendig ist.
choice			1	
Übernahme bestätigt	debtor	debtorType	1	Schuldner (ohne Forderung)
	totalClaim	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Total Forderungen in CHF (nicht gerundet) abzüglich allfälliger Teilzahlungen (siehe Kapitel 3.1.12), wobei die Zahlung des Kantons (85%) nicht abgezogen wird.
	totalPayment	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Total Zahlungen in CHF (nicht gerundet), wobei die Zahlung des Kantons (85%) nicht berücksichtigt wird.
Übernahme abgelehnt	rejectReason	1 = Dossiernummer nicht bekannt 2 = Betreibungsverfahren läuft 3 = Es gibt einen Folgeverlustschein 4 = Keine Forderung mehr offen 5 = Sonstige	1	Grund, warum der Verlustschein nicht übergeben werden kann (zwingend anzugeben bei confirmAssumption=false)



5. Beispiele

Beispielmeldungen im XML-Format werden von allen Meldungen während der Realisierungsphase erstellt.

5.1. Betreuungseignismeldung

Elemente im Meldungskopf (unterhalb <header>):

Element	Inhalt
senderId	7-27-1 (Helsana)
recipientId	6-019000-1 (AK AG)
messageId	ac7e3f65-f83d-4ea3-bb5d-09c8bfea6bda
businessProcessId	2015-01234567 (Dossiernummer)
messageType	5231
subMessageType	000101
sendingApplication	<pre>sendingApplication{ manufacturer=Softwarehouse AG product=Softwareloesung productVersion=4.4.1 }</pre>
subject	debt collection event message
messageDate	2015-01-06T00:00:00
action	1 (neue Meldung)
testDeliveryFlag	true
responseExpected	false
businessCaseClosed	true
extension	<pre>extension{ contactInformation{ name=Sachbearbeiter XY department=Abteilung Inkasso phone=044 1234567 email=Sachbearbeiter.xy@kv.ch } }</pre>

Elemente im Meldungsinhalt (unterhalb <content>):

Element	Inhalt
debtCollectionEventEnum	1 (Betreibungsbegehren)
debtCollectionEventDate	2015-01-05
collectionOffice	<pre>collectionOffice{ officeId=8-AG-54 officeName=Betreibungsamt Baden town=Baden swissZipCode=5402 country=8100 }</pre>
debtorWithClaim	<pre>debtorWithClaim{ debtor{</pre>



	<pre> vn=756.1234.5678.97 officialName=Muster firstName=Arnold sex=1 dateOfBirth=1978-01-01 language=de address{ street=Musterstrasse houseNumber=1 town=Musterstadt swissZipCode=8000 country=8100 municipalityName=Mustergemeinde municipalityId=9999 } } claimDebtor{ totalClaim=3456.70 interests=123.45 expenses=234.50 } } </pre>
insuredPerson- WithClaim	<pre> N Vorkonmmen von: insuredPersonWithClaim{ insuredPerson{ vn=756.1234.5678.97 officialName=Muster firstName=Arnold sex=1 dateOfBirth=1978-01-01 language=de address{ street=Musterstrasse houseNumber=1 town=Musterstadt swissZipCode=8000 country=8100 municipalityName=Mustergemeinde municipalityId=9999 } } premium{ claimValue=3098.75 claimStartDate=2014-05-01 claimEndDate=2014-10-31 } } } </pre>

5.2. Quartalsmeldung

Elemente im Meldungskopf (unterhalb <header>):

Element	Inhalt
senderId	7-27-1 (Helsana)
recipientId	6-019000-1 (AK AG)
messageId	ac7e3f65-f83d-4ea3-bb5d-09c8bfea6bdf
businessProcessId	AG-2015-01



messageType	5234
subMessageType	000401
sendingApplication	<pre> sendingApplication{ manufacturer=Softwarehouse AG product=Softwareloesung productVersion=4.4.1 } </pre>
subject	quarterly statement of account
messageDate	2015-07-03T00:00:00
action	1 (neue Meldung)
testDeliveryFlag	true
responseExpected	false
businessCaseClosed	true
extension	<pre> extension{ contactInformation{ name=Sachbearbeiter XY department=Abteilung Inkasso phone=044 1234567 email=Sachbearbeiter.xy@kv.ch } } </pre>

Elemente im Meldungsinhalt (unterhalb <content>):

Element	Inhalt
statementDate	2015-07-03
statementStartDate	2015-01-01
statementEndDate	2015-06-30
certificateOfLossArrival	N1 Vorkommen von: <pre> certificateOfLossArrival{ dossierNr=ABC123454321 collectionOffice{ officeId=8-AG-54 officeName=Betreibungsamt Baden town=Baden swissZipCode=5402 country=8100 } caseNumber=119547 certificateOfLoss{ date=2015-04-17 number=3141592 dateOfReceipt=2015-04-22 typeOfLoss=1 } debtorWithClaim{ debtor{ vn=756.1234.5678.97 officialName=Muster firstName=Arnold sex=1 dateOfBirth=1978-01-01 language=de address{ </pre>



	<pre>street=Musterstrasse houseNumber=1 town=Musterstadt swissZipCode=8000 country=8100 municipalityName=Mustergemeinde municipalityId=9999 } } claimDebtor{ totalClaim=3456.70 interests=123.45 expenses=234.50 } } N2 Vorkommen von insuredPersonWithClaim{ insuredPerson{ vn=756.1234.5678.97 officialName=Muster firstName=Arnold sex=1 dateOfBirth=1978-01-01 language=de address{ street=Musterstrasse houseNumber=1 town=Musterstadt swissZipCode=8000 country=8100 municipalityName=Mustergemeinde municipalityId=9999 } } premium{ claimValue=3098.75 claimStartDate=2014-05-01 claimEndDate=2014-10-31 } } }</pre>
totalClaim	3456.70