

## Anhang D: Rechnungstellung und Datenaustausch

### 1. Grundsatz

- <sup>1</sup> Vorliegender Anhang regelt im Sinne von Teil V des Tarifstrukturvertrags die Rechnungsstellung und den Datenaustausch.

### 2. Digitaler Datenaustausch mit SHIP

- <sup>1</sup> Der Leistungserbringer und die Versicherer vereinbaren, alle Informationen zum Behandlungsfall wie folgt digital auszutauschen:
  - Die Übermittlung der Rechnungen erfolgt mit dem jeweils aktuell geltenden XML Standard gemäss dem Forum Datenaustausch über das bidirektionale Meldesystem SHIP.
  - Die Übermittlung aller übrigen Daten erfolgt über das bidirektionale Meldesystem SHIP gemäss den verfügbaren eCH-Standards der Fachgruppe „Administration Gesundheitswesen“.
  - Wo die Übermittlung der Daten mit SHIP noch nicht möglich ist, erfolgt diese mit dem jeweils aktuell geltenden XML Standard des Forums Datenaustausch über die bisherigen Kanäle.
  - In jedem Fall hat der Leistungserbringer seine ZSR-Nummer, die GLN und/oder K-Nummer des behandelnden Arztes anzugeben.

### 3. Ergänzende Bestimmungen zur Rechnungstellung mit SHIP

- <sup>1</sup> Folgende gemäss Forum Datenaustausch als optional definierte Elemente / Attribute müssen für die Rechnungstellung vom Leistungserbringer zusätzlich deklariert werden:
  - Angaben zum Patienten/ zur versicherten Person
    - Sozialversicherungsnummer bzw. AHV-Nummer gemäss Art. 59 Abs. 1 Bst. e KVV
    - Kennnummer der Versichertenkarte gemäss Art. 59 Abs. 1 Bst. d KVV
  - Fallspezifische Angaben
    - Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Patienten/ die betreffende versicherte Person inklusive Rechnungsdatum
    - Angabe, ob Krankheit, Unfall oder anderes (Prävention, Invalidität, Militär, Mutterschaft)
    - Angaben zum überweisenden bzw. verordnenden Arzt (ZSR-Nummer und GLN), sofern vorliegend
    - Ausführender Leistungserbringer (provider\_id), sofern notwendig
    - Verantwortlicher Leistungserbringer (responsible\_id), sofern notwendig
    - Allgemeine Informationen zur Behandlung (Kalendarium, Kanton der Leistungserbringung)
    - Tariftyp, Tarifposition, Bezeichnung der Leistung, Kostengewicht, allfälliger Korrekturfaktor während der Kostenneutralitätsphase gemäss Anhang F, Preis, Betrag der Leistung, Anzahl, Gesamtbetrag

- 2 Die Leistungserbringer übermitteln bei der Rechnungstellung dem Versicherer für jeden abrechenbaren Patientenkontakt zusätzlich nachfolgende Informationen:
- Kapitelzuordnungen gemäss Grouper-Output (Capitulum)
  - Diagnose gemäss ICD-10-GM (erster Buchstabe)
  - gruppierungsrelevante CHOP-Codes
  - Medikamente, die für den Risikoausgleich relevant sind
  - Angaben zum Fachbereich des Leistungserbringers im ambulanten Setting in folgendem Format: < ENT-ID | Fachbereich> und <BURGESV | Fachbereich>

#### 4. Rechnungstellung und Datenaustausch ohne SHIP

- 1 Leistungserbringer und Kostenträger, welche noch nicht in der Lage sind, Rechnungen und Daten mit SHIP eCH-konform auszutauschen, regeln die Rechnungstellung und den Datenaustausch wie folgt:
- 2 Auf allen Rechnungen und Korrespondenzen zwischen dem Leistungserbringer und dem jeweiligen Versicherer sind anzugeben:
- a) Name, ZSR-Nummer, GLN und/oder K-Nummer des Leistungserbringers
  - b) Name und GLN des Versicherers
  - c) Angaben zum Patienten/ zur versicherten Person:
    - Kennnummer der Versichertenkarte gemäss Art. 59 Abs. 1 Bst. d KVV
    - Sozialversicherungsnummer bzw. AHV-Nummer gemäss Art. 59 Abs. 1 Bst. e KVV
    - Name
    - Vorname
    - Wohnadresse
    - Geburtsdatum
    - Geschlecht
  - d) Falldatum
  - e) Fallnummer (ACID)
  - f) Patientenummer (APID)
- 3 Die Leistungserbringer übermitteln bei der Rechnungstellung dem Versicherer zusätzlich nachfolgende Informationen:
- Kapitelzuordnungen gemäss Grouper-Output (Capitulum)
  - Diagnose gemäss ICD-10-GM (erster Buchstabe)
  - gruppierungsrelevante CHOP-Codes
  - Medikamente, die für den Risikoausgleich relevant sind
  - Angaben zum Fachbereich des Leistungserbringers im ambulanten Setting in folgendem Format: < ENT-ID | Fachbereich> und <BURGESV | Fachbereich>

#### 5. Weitere Modalitäten der Rechnungstellung

- 1 Die Bezahlung erfolgt in der Regel innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung.
- 2 Sind im Zeitpunkt der Rechnungstellung zur Ermittlung des Leistungsumfangs zusätzliche Abklärungen notwendig (z.B. Einforderung zusätzlicher Unterlagen), steht die in Absatz 1 aufgeführte Frist still.
- 3 In begründeten Fällen hat der Leistungserbringer auf Verlangen des Versicherers unentgeltlich zusätzliche medizinische Unterlagen zuhanden des Vertrauensarztes zuzustellen, welche für die Rechnungskontrolle erforderlich sind.

- 4 Der Versicherer begründet Beanstandungen. Die Zahlungsfrist wird für den beanstandeten Teil der Rechnung unterbrochen. Der nicht beanstandete Anteil wird auf neue Rechnung hin durch den Versicherer beglichen.
- 5 Der Versicherer kann auch nach erfolgter Bezahlung der Rechnung einen offensichtlichen Mangel in der Rechnungstellung gegenüber dem Leistungserbringer geltend machen und die zu Unrecht ausgerichteten Leistungen jederzeit zurückfordern.
- 6 Falls ein Patient/ eine versicherte Person per 30. Juni seinen/ ihren Versicherer wechselt, erstellt der Leistungserbringer bis spätestens 31. Juli des betreffenden Jahres eine Zwischenabrechnung per 30. Juni. Per 31. Dezember erstellt der Leistungserbringer grundsätzlich spätestens bis zum 31. Januar des Folgejahres eine Zwischenabrechnung.
- 7 Im Todesfall ist innert 30 Tagen ab Kenntnisnahme die Endabrechnung zu erstellen.
- 8 Die Rechnungstellung erfolgt für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nichtpflichtleistungen sind dem Patienten/ der versicherten Person separat in Rechnung zu stellen.