

Tarifvertrag Nebenleistungen

Vertragsnummer: 11.500.1765P

vom 1. Januar 2020

betreffend die

Abgeltung von medizinischen Nebenleistungen (Arzt, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungs- und Diabetesberatung) im Rahmen der Langzeitpflege im Pflegeheim

gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

zwischen

Curaviva Kanton Zürich
Thurgauerstrasse 66
8050 Zürich

nachfolgend: **Curaviva**

und

- | | | |
|-----|-------------|---|
| 1. | BAG Nr. 32 | Aquilana Versicherungen |
| 2. | BAG Nr. 57 | Moove Sympany AG |
| 3. | BAG Nr. 62 | SUPRA-1846 SA |
| 4. | BAG Nr. 134 | Einsiedler Krankenkasse |
| 5. | BAG Nr. 182 | PROVITA Gesundheitsversicherung AG |
| 6. | BAG Nr. 194 | Sumiswalder Krankenkasse |
| 7. | BAG Nr. 246 | Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg |
| 8. | BAG Nr. 290 | CONCORDIA Schweiz. Kranken- u. Unfallversicherung AG |
| 9. | BAG Nr. 312 | Atupri Gesundheitsversicherung |
| 10. | BAG Nr. 343 | Avenir Assurance Maladie SA |
| 11. | BAG Nr. 360 | Krankenkasse Luzerner Hinterland |
| 12. | BAG Nr. 455 | ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG |
| 13. | BAG Nr. 509 | Vivao Sympany AG |
| 14. | BAG Nr. 558 | KVF Krankenversicherung AG |
| 15. | BAG Nr. 762 | Kolping Krankenkasse AG |
| 16. | BAG Nr. 774 | Easy Sana Assurance Maladie SA |
| 17. | BAG Nr. 780 | Genossenschaft Glarner Krankenversicherung |
| 18. | BAG Nr. 820 | Cassa da malsauns LUMNEZIANA |
| 19. | BAG Nr. 829 | KLuG Krankenversicherung |
| 20. | BAG Nr. 881 | EGK Grundversicherungen AG |

21.	BAG Nr. 901	sanavals Gesundheitskasse
22.	BAG Nr. 923	Genossenschaft KRANKENKASSE SLKK
23.	BAG Nr. 941	sodalis gesundheitsgruppe
24.	BAG Nr. 966	vita surselva
25.	BAG Nr. 1040	Verein Krankenkasse Visperterminen
26.	BAG Nr. 1113	Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont société coopérative
27.	BAG Nr. 1142	Krankenkasse Institut Ingenbohl
28.	BAG Nr. 1318	Stiftung Krankenkasse Wädenswil
29.	BAG Nr. 1322	Krankenkasse Birchmeier
30.	BAG Nr. 1331	Krankenkasse Stoffel, Mels
31.	BAG Nr. 1362	Krankenkasse Simplon
32.	BAG Nr. 1384	SWICA Krankenversicherung AG
33.	BAG Nr. 1386	Galenos AG
34.	BAG Nr. 1401	rhenusana
35.	BAG Nr. 1479	Mutuel Assurance Maladie SA
36.	BAG Nr. 1507	AMB Assurance SA
37.	BAG Nr. 1535	Philos Assurance Maladie SA
38.	BAG Nr. 1542	Assura-Basis SA
39.	BAG Nr. 1555	Visana AG
40.	BAG Nr. 1560	Agrisano Krankenkasse AG
41.	BAG Nr. 1568	sana24 AG
42.	BAG Nr. 1570	vivacare AG
43.		Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78, 4600 Olten, in ihrer Funktion als aushelfender Träger gemäss Art. 19 Abs. 1 KVV

nachfolgend: **Versicherer**

alle gemäss Vollmacht vertreten durch

tarifsuisse ag
Römerstrasse 20
4502 Solothurn

Verband und Versicherer zusammen als **Vertragsparteien** bezeichnet

Präambel

Dieser Vertrag regelt die Abgeltung von durch Pflegeheime erbrachte und abgerechnete medizinischen Nebenleistungen (Arzt und Therapien) ab dem 1. Januar 2020.

Die Modalitäten der Abrechnung und Vergütung dieser Leistungen bis zum 31. Dezember 2019 werden in Anhang 3 dieses Vertrages geregelt.

Der vorliegende Vertrag dient dazu, die Vergangenheit (ab 2011) der Leistungserbringung von ärztlichen und therapeutischen Leistungen durch das Pflegeheim einvernehmlich zu regeln. Bei der Aushandlung der Pauschalen ab 2020 stand die Wirtschaftlichkeitsbeurteilung nicht im Vordergrund, weshalb die meisten Leistungserbringer die ärztlichen und therapeutischen Leistungen in alternativen Varianten (nicht als Pflegeheim) im Rahmen der Einzelleistungsabrechnung verrechnen.

I. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Persönlicher und örtlicher Geltungsbereich

Dieser Tarifvertrag gilt für

- a) die Leistungserbringer, die im Kanton Zürich (nachfolgend: **Kanton**) als Pflegeheim zugelassen sind und den Beitritt zu diesem Vertrag erklärt haben (siehe Anhang 1)
(nachfolgend: **Leistungserbringer**)
- b) die vertragsschliessenden Versicherer
- c) jeden im Sinne des KVG anerkannten Krankenversicherer, welcher diesen Vertrag gemäss Art. 4 abgeschlossen hat
- d) Curaviva, soweit sie gemäss diesem Vertrag ausdrücklich Rechte und Pflichten für sich selbst übernimmt
- e) tarifsuisse ag, soweit sie gemäss diesem Vertrag ausdrücklich Rechte und Pflichten für sich selbst übernimmt.

Art. 2 Sachlicher Geltungsbereich

¹ Dieser Vertrag betrifft die Vergütung von Leistungen zu Gunsten von Personen, die bei einem vertragsschliessenden Versicherer nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) versichert sind.

² Dieser Vertrag regelt die Vergütung von ärztlichen, ärztlich verordneten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, welche von Pflegeheimen gemäss Art. 39 Abs. 3 KVG erbracht werden.

Art. 3 Beitritts- und Rücktrittsverfahren

Vertragsbeitritt eines Leistungserbringers

¹ Diesem Vertrag können Leistungserbringer beitreten, die

- a) Art. 39 Abs. 3 KVG i.V. mit Art. 39 Abs. 1 KVG erfüllen und
- b) der vom Kanton gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG erstellten Planung für eine bedarfsgerechte Pflegeheimversorgung entsprechen sowie auf der im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG i.V. mit Art. 39 Abs. 3 KVG zu erlassenden Pflegeheimliste des Kantons figurieren
- c) nachweislich über die Bewilligungen für die Erbringung der Nebenleistungen verfügen, sofern der Kanton solche vorsieht. tarifsuisse ag hat im Bedarfsfall das Recht, von einem Leistungserbringer eine Kopie der entsprechenden Bewilligung einzuverlangen.

² Der Leistungserbringer anerkennt mit Beitritt zu diesem Vertrag bedingungslos den gesamten Vertragsinhalt mitsamt den Anhängen. Diese bilden einen integrierten Vertragsbestandteil.

³ Das Beitrittsverfahren wird durch Curaviva nach vollständiger Unterzeichnung des Vertrages eingeleitet. Die Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes sind anwendbar. Es liegt in der Kompetenz von Curaviva, die Beitritte und Rücktritte näher zu regeln. Die Versicherer bzw. tarifsuisse ag übernehmen diesbezüglich keine Rolle und Verantwortung.

⁴ Erfolgt der Beitritt bis spätestens am 30. April 2020, erfolgt er rückwirkend per 1. Januar 2020. Erfolgt er später, ist der Zeitpunkt des Zugangs der Beitrittserklärung bei tarifsuisse massgeblich.

⁵ Curaviva stellt tarifsuisse ag laufend die aktuelle Liste der beigetretenen Leistungserbringer gemäss dem Muster in Anhang 1 zu.

Vertragsrücktritt eines Leistungserbringers

⁶ Der Rücktritt vom Vertrag mitsamt seinen Anhängen ist unter Einhaltung einer 6-monatigen Rücktrittsfrist jeweils auf das Jahresende möglich, erstmals per 31. Dezember 2020. Der Rücktritt ist gegenüber Curaviva zu erklären. Curaviva informiert tarifsuisse ag laufend über die Rücktritte.

Art. 4 Vertragsabschluss weiterer Versicherer (Optionsrecht)

¹ tarifsuisse ag wird das Recht eingeräumt, die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag auch für weitere zugelassene Krankenversicherer anwendbar zu erklären, mit der Folge, dass jeweils ein neuer Vertrag gleichen Inhalts auch im Verhältnis zwischen dem neu abschliessenden Versicherer und dem Leistungserbringer zustande kommt (Optionsrecht).

² Der auf dem Optionsrecht beruhende Vertrag zwischen dem neu abschliessenden Versicherer und dem Verband gilt – unter Vorbehalt der Genehmigung durch die zuständige Behörde (Art. 46 Abs. 4 KVG) – als abgeschlossen, sobald tarifsuisse ag dem Verband BAG-Nummer, Name und Adresse des Versicherers mitgeteilt hat, verbunden mit der Erklärung, dass der Versicherer den vorliegenden Vertrag ebenfalls abschliesse. Der auf dem Optionsrecht beruhende Vertrag fällt automatisch dahin, sobald der vorliegende Vertrag weggefallen ist.

³ Die Ausübung des Optionsrechts ist nur dann gültig, wenn sie durch tarifsuisse ag erfolgt und tarifsuisse ag über eine entsprechende Vollmacht zum Abschluss von Tarifverträgen für den Versicherer verfügt.

II. Tarife

Art. 5 Leistungsvoraussetzungen

¹ Die Krankenversicherer übernehmen die Kosten von ärztlichen, ärztlich verordneten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, wenn der Leistungserbringer die in Artikel 3 Abs. 1 dieses Vertrages genannten Zulassungsbedingungen für die entsprechende Leistung erfüllt.

² Sind die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 während der Laufzeit dieses Vertrages nicht mehr erfüllt, entfällt die gesetzliche Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Art. 6 Ärztliche Leistungen

¹ Der Leistungserbringer kann ärztliche Leistungen unter folgenden Bedingungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen:

- a) es handelt sich um Pflichtleistungen gemäss KVG
- b) der Leistungserbringer verfügt im Rahmen seiner Betriebsbewilligung über eine Zulassung für die Durchführung von ärztlichen Leistungen, sofern der Kanton eine solche vorsieht.

² Die Abrechnung erfolgt über eine Tagespauschale. Diese beträgt **CHF 6.00** pro Pfl egetag.

³ Erbringen nicht vom Pflegeheim angestellte oder beauftragte Ärztinnen und Ärzte Leistungen für Bewohnerinnen und Bewohner, übernehmen die Pflegeheime die durch diese Ärztinnen und Ärzte in Rechnung gestellten Leistungen. Die Pflegeheime sind verpflichtet, diese Ärztinnen und Ärzte betreffend die Rechnungsstellung entsprechend zu informieren.

Art. 7 Paramedizinische Leistungen

¹ Der Leistungserbringer kann ärztlich angeordnete kassenpflichtige paramedizinische Leistungen, konkret Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diabetes- oder Ernährungsberatung unter folgenden Bedingungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen:

- a) es handelt sich um Pflichtleistungen gemäss KVG
- b) der Leistungserbringer verfügt im Rahmen seiner Betriebsbewilligung über eine Zulassung für jede von ihm durchgeführte paramedizinische Leistung, sofern der Kanton eine solche vorsieht

² Die Abrechnung sämtlicher paramedizinischer Leistungen erfolgt über eine Tagespauschale. Diese beträgt **CHF 7.00** pro Pflage-tag.

³ Erbringen nicht vom Pflegeheim angestellte oder beauftragte Therapeutinnen und Therapeuten Leistungen für Bewohnerinnen und Bewohner, übernehmen die Pflegeheime die durch diese Therapeutinnen und Therapeuten in Rechnung gestellten Leistungen. Die Pflegeheime sind verpflichtet, diese Therapeutinnen und Therapeuten betreffend die Rechnungsstellung entsprechend zu informieren.

Art. 8 Tagespauschalen

¹ Bei der Abrechnung ist jede der verrechneten Pauschalen separat aufzuführen.

² Mit den Pauschalen sind folgende Leistungen abgegolten, sofern sie nicht gemäss Abs. 3 zusätzlich separat verrechnet werden können:

- sämtliche intern und extern erbrachten ärztlichen Leistungen
- sämtliche intern und extern erbrachten Leistungen für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diabetes- und Ernährungsberatung.

³ Die nachfolgenden Leistungen sind mit den in Abs. 1 aufgeführten Pauschalen nicht abgegolten und können vom jeweiligen ausführenden Leistungserbringer separat in Rechnung gestellt werden.

- Externe ambulante diagnostische Untersuchungen (z.B. Bild gebende Verfahren) sowie ambulante operative Eingriffe
- Spezialärztliche Behandlungen und Konsilien durch einen Facharzt
- Onkologische Therapien: Bestrahlungen, tumorspezifische, antineoplastische Medikamente, Steroide im Zusammenhang mit der onkologischen Therapie
- Notfall- und Verlegungstransporte sowie Liegendtransporte im Zusammenhang mit externen ambulanten Untersuchungen und Eingriffen gemäss Art. 26 KLV.

Art. 9 Wund-Vakuum-System

Es bestehen Verträge zwischen Anbietern dieser Leistungen und den Versicherern, welche die Vergütung regeln. Die Rechnungsstellung erfolgt vom Lieferanten direkt an den Versicherer. Wund-Vakuum Systeme sind mit den Tagespauschalen gemäss Art. 8 nicht abgegolten.

Art. 10 SVK-Leistungen

Bereiche wie künstliche Ernährung, Hämodialysen, Peritonealdialysen und mechanische Heimventilation werden in Verträgen zwischen dem Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben (SVK) und den entsprechenden Herstellern sowie anderen Vertragspartnern geregelt. Diese Leistungen sind mit den Tagespauschalen gemäss Art. 8 nicht abgegolten.

III. Rechnungsstellung und -bezahlung

Art. 11 Rechnungsstellung und -bezahlung

¹ Die Rechnungsstellung der in diesem Vertrag geregelten KVG pflichtigen Leistungen erfolgt gemeinsam mit der Abrechnung der Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV in einem Rechnungsfomular.

² Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die ZSR-Nummer des Leistungserbringers für Langzeitpflege.

³ Schuldner der Vergütung gemäss diesem Vertrag ist der Versicherer (System des Tiers payant, Art.42 Abs.2 KVG). Dies gilt für sämtliche KVG pflichtigen Leistungen, die der Leistungserbringer selbstständig abrechnen kann.

⁴ Einzelne Versicherer und Leistungserbringer können in Abweichung von Absatz 1 vereinbaren, dass die versicherte Person die Vergütung der Leistung schuldet (System des Tiers garant). Der Leistungserbringer informiert den Patienten darüber in angemessener Form.

⁵ Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich mit folgenden Zahlungsfristen:

Elektronisch übermittelte Rechnungen werden innerhalb 25 Tagen, andere innerhalb 35 Tagen bezahlt.

⁶ Die Rechnungsstellung erfolgt für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung. Nichtpflichtleistungen sind dem Versicherten separat in Rechnung zu stellen

⁷ Vorausrechnungen sind nicht zulässig.

⁸ Im System des Tiers payant stellt der Leistungserbringer gegenüber der versicherten Person die Informationen über die abgerechneten Leistungen und die Finanzierung sicher.

⁹ Der Versicherer begründet Beanstandungen. Bei Beanstandungen wird die Zahlungsfrist unterbrochen. Der unbestrittene Teil wird auf neue Rechnung hin bezahlt.

¹⁰ Sind die Voraussetzungen des Leistungsaufschubs gemäss Art. 64 a Abs.7 KVG gegeben, sistiert der Versicherer die Kostenübernahme. Die Kosten werden vollständig übernommen, sobald die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten vollständig bezahlt sind.

¹¹ Falls ein Patient per 30. Juni seinen Versicherer wechselt, erstellt der Leistungserbringer bis spätestens 31. Juli des betreffenden laufenden Jahres eine Zwischenabrechnung per 30. Juni. Per 31. Dezember erstellt der Leistungserbringer grundsätzlich spätestens bis 31. Januar des Folgejahres eine Zwischenabrechnung.

¹² Im Todesfall ist innert 45 Tagen die Endabrechnung zu erstellen.

Art. 12 Angaben auf der Rechnung

Die Leistungserbringer stellen unter Angabe folgender Informationen Rechnung:

- a) Allgemeine Daten gemäss Art. 13 Abs. 1 dieses Vertrages
- b) Einstufungssystem
- c) Beitragsstufe nach KLV, Rechnungsbetrag für KLV 7 Leistungen
- d) Ärztliche Leistungen: Tagespauschale, Anzahl Tagespauschalen, Betrag
- e) Paramedizinische Leistungen: Tagespauschale, Anzahl Tagespauschalen, Betrag

Art. 13 Datenaustausch

¹ Auf allen Korrespondenzen zwischen dem Leistungserbringer und dem jeweiligen Versicherer sind anzugeben:

- a) Name, ZSR-Nummer und GLN des Leistungserbringers
- b) Name und GLN des Versicherers
- c) Angaben zum Versicherten:
 - Versichertennummer
 - Versichertenkartennummer
 - Sozialversicherungsnummer
 - Name
 - Vorname
 - Geburtsdatum
 - Geschlecht
- d) nach Möglichkeit Hinweis auf andere allfällig zuständige Versicherer mit GLN

² Die Vertragsparteien wollen den elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Versicherern realisieren. Sie legen dafür die Rahmenbedingungen (Anhang 2) fest und stellen sicher, dass die Vorgaben des Datenschutzes eingehalten werden.

³ Einzelne Versicherer und einzelne Leistungserbringer können die Umsetzung des elektronischen Datenaustausches (EDI) vereinbaren. In diesem Fall werden die administrativen und medizinischen Daten mit der Bedarfsmeldung bzw. der Rechnung dem Versicherer übermittelt. Der Versicherer erhält alle Daten in strukturierter und elektronisch lesbarer Form.

⁴ Der elektronische Datenaustausch für die Bedarfsmeldung sowie für die Rechnung richtet sich nach Anhang 2.

Art. 14 Aufklärungspflicht

¹ Die Leistungserbringer anerkennen, dass ihnen von Gesetzes wegen eine besondere Aufklärungspflicht gegenüber ihren Patienten in Bezug auf die Leistungen der sozialen Krankenversicherer und allenfalls die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten auferlegt ist.

² Die Aufklärungspflicht betrifft insbesondere die Information betreffend die gesetzliche Regelung und konkrete Auswirkungen des Leistungsaufschubes gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG im Falle von Prämien- und Kostenbeteiligungsausständen.

³ Die Meldung an die zuständige Restfinanzierungsstelle über rückwirkend veränderte Einstufungen obliegt den Leistungserbringern.

IV. Formelles

Art. 15 Vertragsgenehmigung

Das Genehmigungsverfahren gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG wird durch tarifsuisse ag nach erfolgter Unterzeichnung des Vertrages eingeleitet. Curaviva und Versicherer tragen allfällige Gebühren je hälftig.

Art. 16 Schlichtung

¹ Entstehen bei der Anwendung des Vertrages Differenzen, sollen diese grundsätzlich von den Betroffenen bereinigt werden.

² Die Anrufung des kantonalen Schiedsgerichts gemäss Artikel 89 KVG steht den Leistungserbringern und den Krankenversicherern offen.

Art. 17 Inkrafttreten, Vertragsdauer

Dieser Vertrag tritt rückwirkend auf den 01. Januar 2020 in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Vorbehalten bleibt die Genehmigung durch die zuständige Behörde gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG.

Art. 18 Kündigung

¹ Dieser Vertrag ist kündbar mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils per Ende Jahr, erstmals per 31. Dezember 2020. Mit der Kündigung des Vertrages wird der Vertrag mitsamt all seinen Anhängen aufgelöst.

² Die vertragsschliessenden Krankenversicherer bilden unter sich keine einfache Gesellschaft, sondern jeder einzelne Versicherer schliesst den vorliegenden Vertrag separat für sich ab. Der vorliegende Vertrag begründet im Verhältnis der Versicherer unter sich keine Rechte und Pflichten. Eine Vertragskündigung durch einen Versicherer hat deshalb auf den Fortbestand des Vertrags zwischen den übrigen Versicherern und dem Leistungserbringer keinen Einfluss.

³ Umgekehrt hat der Verband ebenfalls die Möglichkeit, den Vertrag nur gegenüber einzelnen Versicherern zu kündigen, indem er nur diesem Versicherer direkt eine Kündigung zustellt. Zudem besteht für den Verband in einem solchen Fall auch die Möglichkeit, eine derartige Kündigung mit rechtsverbindlicher Wirkung zentral an tarifsuisse ag zuhanden des entsprechenden Versicherers zu richten. Das Kündigungsschreiben hat klar und unmissverständlich den Vertrag, welcher aufgelöst werden soll, zu bezeichnen, verbunden mit einer eindeutigen Erklärung, gegenüber welchem Versicherer (BAG-Nr.) er aufgelöst wird.

⁴ Will der Verband den Vertrag gegenüber sämtlichen Versicherern, für welche tarifsuisse ag den Vertrag abgeschlossen hat, kündigen, ist er berechtigt, die Kündigung mit rechtsverbindlicher Wirkung zentral an tarifsuisse ag zuhanden der Versicherer zu richten. Das Kündigungsschreiben hat klar und unmissverständlich den Vertrag, welcher aufgelöst werden soll, zu bezeichnen, verbunden mit einer eindeutigen Erklärung, wonach dieser Vertrag gegenüber sämtlichen Versicherern aufgelöst wird.

Art. 19 Anhänge

Dieser Vertrag enthält folgende Anhänge, welche integrierende Bestandteile des Vertrages bilden:

Anhang 1
Beitrittsliste

Anhang 2
Elektronischer Datenaustausch

Anhang 3
Abrechnung und Vergütung der medizinischen Nebenleistungen bis zum 31. Dezember 2019

Art. 20 Schlussbestimmungen

Dieser Vertrag wird in 3-facher Ausführung ausgefertigt und unterzeichnet. Ein Vertrags-exemplar ist für den Verband, ein Exemplar für tarifsuisse ag und ein Exemplar für die Genehmigungsbehörde bestimmt.

Zürich, den 26.03.2020

Anhang 1

Liste der beigetretenen Leistungserbringer

Muster für die Beitrittsliste

ZSR- Nummer	Name	Adresse	Ort	Leistungsangebot		Beitritt per	Rücktritt per
				Arzt	Therapien		

Anhang 2

Elektronischer Datenaustausch

1. Bei elektronischem Datenaustausch gelten der aktuelle Standard zurzeit XML 4.4) und die im Fachkonzept eKARUS Pflege definierten Richtlinien.

2. Bei elektronischem Datenaustausch umfasst die Meldung der Detailangaben der Bedarfsmeldung folgende Angaben:

- a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Versichertenkartennummer, Sozialversicherungsnummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht)
- b) Angabe, ob Krankheit, Unfall oder Invalidität, wenn Information vorhanden
- c) Name des Versicherers
- d) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und GLN/EAN-Nummer des Leistungserbringers
- e) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
- f) Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung (von...bis...)
- g) Einstufungssystem
- h) RAI: Bezeichnung der Aufwandgruppen
- i) BESA: Leistungsgruppen 5-10 inklusive Punkte und Beitragsstufe (LK 2005); Massnahmenpakete 1-6 (LK 2010)
- j) PLAISIR: Wertebereiche mit und ohne CSB
- k) Pflegeaufwand Zusatz (eKARUS): Attribut und Wertebereich pro System
- l) Beitragsstufe nach KLV
- m) Name, Zahlstellenregister Nummer (ZSR.-Nr.) und EAN/GLN Nr. des verordnenden Arztes
- n) Angabe, ob Erst- oder FolgeEinstufung

3. Bei elektronischem Datenaustausch umfasst die Meldung der Detailangaben der Rechnung folgende Angaben:

- a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Versichertenkartennummer, Sozialversicherungsnummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht).
- b) Name des Versicherers.
- c) Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers inklusive Rechnungsdatum.
- d) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und GLN/EAN-Nummer des Leistungserbringers;
- e) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und GLN/EAN-Nummer des anordnenden Arztes
- f) das vollständige Kalendarium (Zeitraum und Anzahl Pflagetage abzüglich Urlaubs- und Spitaltage)
- g) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
- h) Einstufungssystem
- i) Beitragsstufe nach KLV, Rechnungsbetrag für KLV 7 Leistungen (inkl. Tarifziffern)
- j) RAI: Bezeichnung der Aufwandgruppen
- k) BESA: Leistungsgruppen 5-10 (LK 2005 inklusive Punkte und Beitragsstufe); Massnahmenpakete 1-6 (LK 2010)
- l) PLAISIR: Wertebereiche
- m) Pflegeaufwand Zusatz (eKARUS): Attribut und Wertebereich pro System
- n) Total erbrachte Pflegeminuten pro Tag und Beitragsstufe nach KLV, Rechnungsbetrag für KLV 7 Leistungen (inkl. Tarifziffern)
- o) Ärztliche Leistungen: Tagespauschale, Anzahl Tagespauschalen, Betrag
- p) Paramedizinische Leistungen: Tagespauschale, Anzahl Tagespauschalen, Betrag

Anhang 3

Abrechnung und Vergütung der medizinischen Nebenleistungen bis zum 31. Dezember 2019

¹ Die Vertragsparteien vereinbaren, dass für die Abrechnung der medizinischen Nebenleistungen vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2019 die von der Zürcher Regierung mit Beschluss Nr. 920/2011 festgelegten provisorischen Tarife zur Anwendung kommen:

- a) Kassenpflichtige ambulante ärztliche Leistungen gemäss Tarmed mit dem im Kanton Zürich gültigen Taxpunktwert für frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte
- b) Ärztlich angeordnete kassenpflichtige paramedizinische Leistungen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie oder Ernährungsberatung gemäss den entsprechenden Tarifvereinbarungen und geltenden Taxpunktwerten für ambulante Leistungserbringer.

² Als Taxpunktwerte für die einzelnen Leistungsarten gemäss Abs. 1 kommen die zum Zeitpunkt der Behandlung geltenden Taxpunktwerte zur Anwendung.