

Administrativ-Vertrag Pflegeheime

Vertragsnummer: 11.500.2121P

vom 1. Januar 2022

betreffend die

Abgeltung von krankenversicherungspflichtigen Leistungen der stationären Langzeitpflege in Pflegeheimen

gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

zwischen

ARTISET mit ihrem Branchenverband CURAVIVA
Zieglerstrasse 53
3007 Bern

und

senesuisse
Bahnhofplatz 2
Postfach
3011 Bern

nachfolgend: **Verbände**

- | | | |
|-----|-------------|---|
| 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 Schweizerische 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. 762 | Kolping Krankenkasse AG |
| 15. | BAG Nr. 774 | Easy Sana Assurance Maladie SA |
| 16. | BAG Nr. 780 | Genossenschaft Glarner Krankenversicherung |
| 17. | BAG Nr. 820 | Cassa da malsauns LUMNEZIANA |
| 18. | BAG Nr. 829 | KLuG Krankenversicherung |
| 19. | BAG Nr. 881 | EGK Grundversicherungen AG |
| 20. | BAG Nr. 901 | sanavals Gesundheitskasse |

- | | | |
|-----|--------------|--|
| 21. | BAG Nr. 923 | Genossenschaft KRANKENKASSE SLKK |
| 22. | BAG Nr. 941 | sodalis gesundheitsgruppe |
| 23. | BAG Nr. 966 | vita surselva |
| 24. | BAG Nr. 1040 | Verein Krankenkasse Visperterminen |
| 25. | BAG Nr. 1113 | Caisse-maladie de la vallée d'Entremont société coopérative |
| 26. | BAG Nr. 1142 | Krankenkasse Institut Ingenbohl |
| 27. | BAG Nr. 1318 | Stiftung Krankenkasse Wädenswil |
| 28. | BAG Nr. 1322 | Krankenkasse Birchmeier |
| 29. | BAG Nr. 1331 | Krankenkasse Stoffel, Mels |
| 30. | BAG Nr. 1384 | SWICA Krankenversicherung AG |
| 31. | BAG Nr. 1386 | Galenos AG |
| 32. | BAG Nr. 1401 | rhenusana |
| 33. | BAG Nr. 1479 | Mutuel Assurance Maladie SA |
| 34. | BAG Nr. 1507 | AMB Assurance SA |
| 35. | BAG Nr. 1535 | Philos Assurance Maladie SA |
| 36. | BAG Nr. 1542 | Assura-Basis SA |
| 37. | BAG Nr. 1555 | Visana AG |
| 38. | BAG Nr. 1560 | Agrisano Krankenkasse AG |
| 39. | BAG Nr. 1568 | sana24 AG |
| 40. | BAG Nr. 1570 | vivacare AG |
| 41. | | 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

Verbände und Versicherer zusammen als **Vertragsparteien** bezeichnet

I. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Persönlicher Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt für:

- a) die Leistungserbringer, die den Beitritt zu diesem Administrativ-Vertrag erklärt haben (nachfolgend „Leistungserbringer“)
- b) jeden der vertragsschliessenden Versicherer
- c) jeden im Sinne des KVG anerkannten Krankenversicherer, welcher diesen Vertrag gemäss Art. 5 abgeschlossen hat
- d) ARTISET mit ihrem Branchenverband CURAVIVA und senesuisse, soweit sie gemäss diesem Vertrag ausdrücklich Rechte und Pflichten für sich selbst übernehmen
- e) tarifsuisse ag, soweit sie gemäss diesem Vertrag ausdrücklich Rechte und Pflichten für sich selbst übernimmt.

Art. 2 Sachlicher Geltungsbereich

¹ Dieser Administrativ-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 Administrativ-Vertrag regelt die Anwendung der gesetzlich festgelegten Tarife und die administrative Abwicklung der Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 ff. KLV, welche in Pflegeheimen gemäss Art. 39 Abs. 3 KVG erbracht werden.

³ Dieser Vertrag gilt nicht für:

- ambulante Pflege-Leistungen hauptsächlich in Wohnungen mit Dienstleistungen
- Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex)
- Akut- und Übergangspflege
- Leistungen in Tages- oder Nachtstrukturen

Für diese Bereiche werden separate Verträge abgeschlossen. Die Leistungen dieser Bereiche können nicht über die ZSR-Nummer für stationäre Langzeitpflege abgerechnet werden.

II. Beitritts- und Rücktrittsverfahren

Art. 3 Vertragsbeitritt eines Leistungserbringers

¹ Diesem Vertrag können alle Leistungserbringer beitreten, die gemäss Art. 39 Abs. 3 i.V.m. Art. 39 Abs. 1 KVG als Pflegeheime vom Standortkanton zugelassen sind und auf der kantonalen Pflegeheimliste geführt werden.

² Die Leistungserbringer anerkennen mit dem Beitritt zu diesem Vertrag bedingungslos den gesamten Vertragsinhalt mitsamt den Anhängen. Diese bilden einen integrierten Vertragsbestandteil.

³ Das Beitrittsverfahren wird durch die Verbände nach vollständiger Unterzeichnung des Vertrages eingeleitet. Es muss spätestens innert 8 Wochen abgeschlossen sein. Die Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes sind anwendbar. Die Verbände regeln die Modalitäten der Beitritte und Rücktritte und tragen vollumfänglich die entsprechende Verantwortung. Sie sind insbesondere dafür verantwortlich, dass ausschliesslich Leistungserbringer dem Vertrag beitreten, welche die Bedingungen gemäss Art. 3. Abs. 1 dieses Vertrages vollumfänglich erfüllen. Die Versicherer bzw. tarifsuisse ag übernehmen diesbezüglich keine Rolle und Verantwortung.

⁴ Die Kantonalverbände melden tarifsuisse ag (z.H. Vertragsanschluss-Management VAM, E-Mail: vam@tarifsuisse.ch) die erfolgten Beitritte nach Abschluss des Beitrittsverfahrens gemäss Abs. 3 und anschliessend neue Beitritt- sowie Rücktrittserklärungen jeweils sofort nach deren Eingang bei den Verbänden ausschliesslich in Form einer Excel-Tabelle gemäss der Vorlage in Anhang 2. Die Liste gilt gegenüber den Versicherern als verbindliche Beitritts- bzw. Rücktrittserklärung der aufgeführten Leistungserbringer zum Vertrag. Nicht der Vorlage entsprechende Listen oder solche, welche falsche Angaben enthalten oder Pflegeheime aufführen, welche die Bedingungen gemäss Abs. 1 nicht erfüllen, werden ohne weitere Bearbeitung vom VAM an den Branchenverband CURAVIVA von ARTISET oder senesuisse zurückgewiesen.

⁵ Erfolgt der Beitritt bis spätestens 8 Wochen nach Eröffnung des Beitrittsverfahrens gemäss Abs. 3, erfolgt er rückwirkend per 1. Januar 2022. Erfolgt er später, ist der Zeitpunkt des Eingangs der aktualisierten Beitrittsliste gemäss Abs. 4 bei tarifsuisse massgeblich.

Art. 4 Vertragsrücktritt eines Leistungserbringers

¹ Der Leistungserbringer erklärt schriftlich seinen Rücktritt vom Vertrag. Die Rücktrittserklärung ist unterzeichnet per Post oder per E-Mail an den zuständigen Verband zuzustellen, welcher tarifsuisse ag mittels der Beitritts- und Rücktrittsliste gemäss Art. 3 Abs. 5 informiert.

² Der Rücktritt ist unter Einhaltung einer 6-monatigen Rücktrittsfrist jeweils auf das Jahresende möglich, erstmals per 31. Dezember 2023. Es gilt das Zugangsprinzip – massgebend ist das Datum des Eingangs der Beitritts- und Rücktrittsliste gemäss Art. 3 Abs. 5 bei tarifsuisse ag.

³ Ein Entzug der kantonalen Betriebsbewilligung oder die Streichung von der kantonalen Pflegeheimliste führt zum sofortigen automatischen Rücktritt vom Vertrag ohne Einreichung einer Rücktrittserklärung auf das nächste Jahresende. Die Aufgabe einer ZSR-Nummer (z.B. infolge eines Besitzerwechsels oder einer Fusion mit einem anderen Leistungserbringer) führt automatisch zum Austritt aus dem Vertrag für diese Nummer. Bei Eröffnung einer neuen ZSR-Nummer ist eine erneute Beitrittserklärung zum Vertrag erforderlich.

Art. 5 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 den Verbänden gilt – unter Vorbehalt der Genehmigung durch die zuständige Behörde (Art. 46 Abs. 4 KVG) – als abgeschlossen, sobald tarifsuisse ag den Verbänden 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.

III. Leistungsvoraussetzungen

Art. 6 Leistungsvoraussetzungen

Der Leistungserbringer hat die Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 39 Abs. 3 KVG i.V.m. Art. 39 Abs. 1 KVG zu erfüllen. Ist diese Voraussetzung während der Laufzeit dieses Vertrages

nicht mehr erfüllt, entfällt die gesetzliche Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

IV. Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung und Bedarfsmeldung

Art. 7 Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung

¹ Der Bezug von pflegerischen Leistungen in Pflegeheimen setzt eine ärztliche Anordnung gemäss Art. 8 Abs. 1 KLV sowie eine Bedarfsermittlung nach Art. 8a und 8b KLV voraus. Die ärztliche Verordnung umfasst auch die Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL.

² Das Datum des effektiven Behandlungsbeginns und das Datum, zu welchem die Verordnung wirksam wird, müssen identisch sein. Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig.

³ Die Bedarfsermittlung gemäss Art. 8a KLV erfolgt durch eine dazu befähigte diplomierte Pflegefachperson (vgl. Art. 8a Abs. 1 KLV).

⁴ Die Datenerhebung zur Bedarfsermittlung erfolgt

- innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eintritt (Eintrittsdatum)
- periodisch jeweils nach maximal 9 Monaten
- zwischenzeitlich bei einer Statusveränderung

⁵ Beim Bedarfsermittlungssystem PLAISIR, wo systembedingt die Datenerhebung zur Bedarfsabklärung von Langzeitpatienten nicht in den in Abs. 4 beschriebenen Fristen erfolgen kann, erfolgt die Datenerhebung spätestens bis 56 Tage nach Eintritt. Reevaluationen erfolgen bei Statusveränderungen im Prinzip davon unabhängig maximal zwei Mal pro Jahr, mindestens aber alle zwei Jahre.

⁶ Die Bedarfsabklärung bei Kurzaufenthalten (maximal 90 Tage) erfolgt durch ordentliche oder vereinfachte Beurteilungsmodule.

⁷ Ist wegen der kurzen Aufenthaltsdauer (bis 7 Tage, Tod, frühzeitiger Austritt) keine Bedarfsabklärung möglich, wird eine Beitragsstufe mit dem zuständigen Versicherer vereinbart.

Art. 8 Bedarfsermittlungssystem

¹ Für die Bedarfsermittlung können ausschliesslich Systeme und deren Versionen eingesetzt werden, welche die gesetzlichen Bedingungen gemäss Art. 8b KLV nachweislich vollumfänglich erfüllen.

² Mindestens bis zum Ablauf der Übergangsfrist zur Änderung der KLV vom 2. Juli 2019 sind folgende Bedarfsermittlungssysteme anerkannt:

- BESA
- RAI/RUG
- Plaisir

³ Innerhalb der gesetzlichen Vorgaben steht dem Leistungserbringer die Wahl des Systems im Rahmen allfälliger kantonalen Vorgaben frei.

⁴ Ein Wechsel des Systems kann immer auf Monatsbeginn erfolgen. Der Wechsel ist vom Leistungserbringer rechtzeitig vor der ersten Bedarfsermittlung nach dem neuen System seinem zuständigen Verband und von diesem mittels der Beitritts- und Rücktrittsliste gemäss Art. 3 Abs. 4 dieses Vertrages an tarifsuisse ag (E-Mail: vam@tarifsuisse.ag) zu melden.

Art. 9 Bedarfsmeldung an die Versicherer

¹ Der Bedarf von Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 Buchstabe b KLV muss vom verordnenden Arzt schriftlich bestätigt werden. Die unterzeichnete ärztliche Anordnung sowie das Ergebnis der Bedarfsermittlung inkl. der Unterschrift des verordnenden Arztes für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 Buchstabe b KLV sind dem Versicherer spätestens mit der ersten Rechnung zuzustellen.

² Die Bedarfsmeldung erfolgt mit den vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Formularen der Pflegebedarfsinstrumente.

³ Beim Bedarfsermittlungssystem PLAISIR, wo die Zustellung der Bedarfsmeldung mit der ersten Rechnung systembedingt nicht möglich ist, ist sie spätestens mit der 5. Rechnung ab Eintritt zu liefern.

⁴ Die Verantwortung für die Erfassung der Bedarfsermittlung liegt bei systemgeschulten und auf tertiärer Stufe ausgebildeten Pflegefachpersonen.

Art. 10 Detailangaben der Bedarfsmeldung

Die Bedarfsmeldung umfasst mindestens folgende Angaben:

- a) Daten des Versicherten:
 - Versichertennummer
 - Sozialversicherungsnummer
 - Name
 - Vorname
 - Geburtsdatum
 - Geschlecht
- b) Behandlungsgrund Krankheit, Unfall oder Invalidität, wenn Information vorhanden
- c) Name des Versicherers
- d) ZSR-Nummer und GLN des Leistungserbringers
- e) Name, ZSR-Nummer und GLN des verordnenden Arztes
- f) Angabe ob Erst- oder Folgeeinstufung
- g) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
- h) Beginn und Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung
- i) Einstufungssystem
- j) RAI: Bezeichnung der Aufwandgruppen
- k) BESA: Leistungsgruppen 5-10 inklusive Punkte und Beitragsstufe (LK 2005); Massnahmenpakete 1-6 (LK 2010, LK 2020),
- l) PLAISIR: Wertebereiche
- m) Beitragsstufe nach KLV
- n) voraussichtlicher Bedarf an MiGeL-Produkten, inkl. zweistelliger Nummer der Produktgruppe; bei Inkontinenzprodukten Grad der Inkontinenz (kann auch mit Zusatzformular gemeldet werden, solange mit dem verwendeten Pflegebedarfsinstrument nicht in einem Formular möglich).

Art. 11 Änderung des Pflegebedarfs

¹ Veränderungen der Einstufung durch den Leistungserbringer treten am Tag des Abschlusses der Bedarfsabklärung (Datum im EDV-System) in Kraft. In jedem Falle ist die Veränderung gegenüber dem Versicherer spätestens mit der folgenden Rechnung mittels Bedarfsmeldung anzuzeigen.

² Bei Rückkehr aus dem Spital kann ab dem ersten Tag im Pflegeheim rückwirkend die veränderte Einstufung verrechnet werden. In jedem Falle ist die Veränderung gegenüber dem

Versicherer spätestens mit der folgenden Rechnung mittels Bedarfsmeldung anzuzeigen. Andere rückwirkende Einstufungen sind nicht zulässig.

³ Nach Kontrollen der Versicherer treten allfällige Änderungen von Pflegebedarfsstufen wie folgt in Kraft:

- a) Nach Kontrollen beim Leistungserbringer ab dem Tag der Kontrolle
- b) Nach Kontrollen beim Versicherer ab dem Tag, ab dem die Unterlagen beim Leistungserbringer eingefordert werden. Der Krankenversicherer prüft und kommuniziert das Resultat innerhalb von 30 Tagen ab Erhalt der Unterlagen.

⁴ In Fällen, bei denen Differenzen zwischen Pflegeplanung, Pflegebericht, Pflegebedarfserfassung und Einstufung bestehen, die Auswirkungen auf die Vergütung haben, können Rückforderungen geltend gemacht werden, die über den in Absatz 3 genannten Zeitpunkt hinaus gehen.

V. Leistungsvergütung

Art. 12 Vergütung der Pflegeleistungen

¹ Die Versicherer übernehmen Beiträge gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV an die Kosten der Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, der Untersuchung und Behandlung sowie der Grundpflege.

² Der Leistungserbringer stellt den gesetzlichen Beitrag gemäss Bedarfsmeldung in Rechnung. Vorausrechnungen sind nicht zulässig.

³ Mit der Bezahlung der Beiträge gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV sind sämtliche krankensicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.

⁴ Bei Versicherten, für welche Leistungen der Akut- und Übergangspflege oder Spitalaufenthalte abgerechnet werden, können gleichzeitig keine Pflegebeiträge gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV verrechnet werden.

⁵ Ein- und Austrittstage werden als volle Pflagetage berechnet.

Art. 13 Vergütung von Mittel und Gegenständen

¹ Die Versicherer übernehmen die Kosten ausschliesslich für ärztlich verordnete Mittel und Gegenstände, welche auf der Liste der Mittel und Gegenstände (Anhang 2 KLV) figurieren, wie folgt:

a) **Einfache Verbrauchsmaterialien** mit direktem Bezug zu Pflegeleistungen sowie Mittel und Gegenstände zum Mehrfachgebrauch für verschiedene Patientinnen und Patienten (entspricht Kategorie A), werden nicht über die MiGeL vergütet.

b) **Mittel und Gegenstände der Kategorie B**

Mittel und Gegenstände, welche sowohl von der versicherten Person oder nichtberuflich an der Pflege beteiligten Personen oder von Pflegefachpersonen angewendet oder abgegeben werden, werden **maximal** zum reduzierten Höchstvergütungspreis Pflege gemäss MiGeL vergütet.

c) **Mittel und Gegenstände der Kategorie C**

Mittel und Gegenstände, welche ausschliesslich von Pflegefachpersonen angewendet werden können, werden analog der Mittel und Gegenstände der Kategorie B abgerechnet.

² Die elektronische Abrechnung erfolgt über den separaten Tarif 454 für Mittel und Gegenstände in der Pflege.

³ Vom Lieferanten gegenüber dem Leistungserbringer gewährte Rabatte sind gemäss Art. 56 Abs. 3 KVG dem Schuldner der Vergütung weiterzugeben.

⁴ Die Limitationen der Mittel- und Gegenständeliste sind zu beachten.

⁵ Gehen die verrechneten Materialien über den Höchstvergütungsbetrag nach MiGeL hinaus, kann der übersteigende Anteil direkt der versicherten Person in Rechnung gestellt werden, nicht jedoch dem Krankenversicherer.

⁶ Werden Mittel und Gegenstände von externen Abgabestellen an Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen geliefert und abgerechnet, so gilt auch für diese der reduzierte Höchstvergütungsbetrag Pflege (Art. 24 Abs. 2 Buchstabe a. KLV). Die externe Abgabestelle muss zwingend die Zulassungsbedingungen nach Art. 55 KVV erfüllen.

Art. 14 Vergütung von abgegebenen Medikamenten

¹ Ärztlich verordnete Medikamente können von Pflegeheimen abgerechnet werden, welche nachweislich über eine Bewilligung für die Abgabe von Medikamenten (Apotheke) verfügen, sofern der Kanton eine solche vorsieht.

² Ärztlich verordnete und abgegebene Medikamente werden maximal gemäss SL-Publikumspreis verrechnet.

³ Die Leistungserbringer müssen alle vom Lieferanten gewährten direkten oder indirekten Vergünstigungen dem Schuldner der Vergütung weitergeben (Art. 56 Abs. 3 KVG)

⁴ Die Abrechnung erfolgt über den Tarifcode 402 „GTIN - Arzneimittel und Medizinprodukte“. Pro GTIN ist das Arzneimittel (Medikament) nur einmal pro Rechnung aufzuführen. Dabei ist das erste (Datum von) und letzte (Datum bis) Konsumdatum anzugeben. Bei Teilpackungen ist die effektiv verwendete Menge via Anzahl Packungen (nicht einzelne Tabletten) angeben. Bei Teilpackungen ist die verwendete Menge via Anzahl anzugeben.

VI. Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten

Art. 15 Rechnungsstellung

¹ Die Rechnungsstellung erfolgt in der Regel monatlich.

² Die Rechnung enthält folgende Abgaben:

- a) Daten des Versicherten:
 - Versichertennummer
 - Sozialversicherungsnummer
 - Name
 - Vorname
 - Geburtsdatum
 - Geschlecht
- b) Behandlungsgrund Krankheit, Unfall oder Invalidität, wenn Information vorhanden
- c) Name des Versicherers
- d) ZSR-Nummer und GLN des Leistungserbringers
- e) Name, ZSR-Nummer und GLN des verordnenden Arztes
- f) Angabe ob Erst- oder Folgeeinstufung
- g) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt

- h) Beginn und Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung
- i) Vollständiges Kalendarium (Zeitraum und Anzahl Pflgetage abzüglich Urlaubs- und Spitaltage)
- j) Einstufungssystem
- k) Beitragsstufe nach KLV, Rechnungsbetrag für KLV 7 Leistungen inkl. Tarifiziffer
- l) Abgegebene Mittel und Gegenstände: Tarifiziffer, komplette MiGeL-Positions Nr. und Menge; maximal Höchstvergütungsbetrag Pflege gemäss MiGeL, je pro Produkt
- m) Abgegebene Medikamente: Pharmacode/GTIN, Menge, maximal SL Publikumspreis, je pro Produkt

Die Positionen l) und m) können auch separat in Rechnung gestellt werden. Im Falle einer separaten Rechnungsstellung muss eine eindeutige Identifizierung (Leistungserbringer) sichergestellt werden.

³ Im Todesfall ist innert 45 Tagen die Endabrechnung zu erstellen.

⁴ Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer nur Rechnung für die in diesem Vertrag genannten Pflichtleistungen. Nichtpflichtleistungen sind separat in Rechnung zu stellen.

Art. 16 Zahlungsmodalitäten

¹ Schuldner der Vergütung gemäss diesem Administrativ-Vertrag ist der Versicherer (System des Tiers payant, Art. 42 Abs. 2 KVG).

² Einzelne Leistungserbringer und Versicherer können in Abweichung von Abs. 1 das System des Tiers garant vereinbaren. Der Leistungserbringer informiert die versicherte Person rechtzeitig vor Leistungsbezug.

³ Ab dem 1. Januar 2023 gilt in Abweichung von Abs. 1 für sämtliche Rechnungen, welche nicht elektronisch übermittelt werden, das System des Tiers garant (Rechnungsstellung an den Versicherer).

⁴ Einzelne Leistungserbringer und Versicherer können in Abweichung von Abs. 3 vereinbaren, dass die Vergütung ab dem 1. Januar 2023 auch ohne elektronische Abrechnung weiterhin im System des Tiers payant erfolgt.

⁵ Es werden durch den Versicherer nur vertrags- und gesetzeskonforme Rechnungen vergütet. Andernfalls fordert der Versicherer den Leistungserbringer auf, eine vertrags- und gesetzeskonforme Rechnung zu stellen.

⁶ Der Versicherer bezahlt dem Leistungserbringer die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen.

⁷ Die Zahlungsfrist gilt ab dem Zeitpunkt, ab dem der Versicherer über sämtliche zur Prüfung der vertrags- und gesetzeskonformen Rechnung erforderlichen Unterlagen verfügt.

⁸ Bei begründeten Beanstandungen wird die Zahlungsfrist gemäss Art. 16 Abs. 6 unterbrochen.

⁹ 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.

Art. 17 Elektronischer Datenaustausch

Die Vertragsparteien vereinbaren den elektronischen Datenaustausch wie folgt:

Die **Rechnungstellung** erfolgt spätestens ab dem 1. Januar 2023 elektronisch gemäss den jeweils geltenden XML-Standards und Richtlinien des Forums Datenaustausch im System des Tiers payant.

Wenn einzelne Leistungserbringer oder Versicherer den Datenaustausch nicht elektronisch vornehmen können, können die Rechnungsformulare und weiteren Dokumente in Papierform übermittelt werden. Das Rechnungsformular gemäss Forum Datenaustausch ist anzuwenden. Die Rechnungsstellung erfolgt in diesem Fall unter Vorbehalt von Art. 16 Abs. 4 dieses Vertrages im System des tiers garant.

Art. 18 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.

VII. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

Art. 19 Wirtschaftlichkeit / Qualitätssicherung

¹ Der Leistungserbringer übernimmt die Verantwortung für den wirtschaftlichen, zweckmässigen und wirksamen Einsatz seiner Dienstleistungen und des verwendeten Materials (Art. 32 und 56 KVG).

² Der Leistungserbringer verpflichtet sich, an Massnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle seiner Leistungen gemäss aktuell gültiger Vereinbarung im Sinne von Art. 58a KVG teilzunehmen.

Art. 20 Überprüfung der Einstufungen / Auskunftspflicht der Leistungserbringer

¹ Die Versicherer haben den gesetzlichen Auftrag, die Leistungspflicht nach den Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen. Der Umgang mit vertraulichen Daten ist im DSG, ATSG und im KVG geregelt.

² Die Krankenversicherer führen folgende Kontrollen durch:

- Einzelfall: Prüfung der verlangten und vom Pflegeheim eingereichten Unterlagen beim Versicherer
- Mehrere Fälle: Prüfung der Unterlagen beim Leistungserbringer

VIII. Formelles

Art. 21 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. 22 Inkrafttreten / Vertragsdauer

Dieser Vertrag samt Anhängen tritt per 01.01.2022 in Kraft und wird für unbestimmte Zeit geschlossen.

Art. 23 Kündigung

¹ Dieser Vertrag ist kündbar mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils per Ende Jahr, erstmals per 31. Dezember 2023.

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 haben die Verbände ebenfalls die Möglichkeit, den Vertrag nur gegenüber einzelnen Versicherern zu kündigen, indem sie nur diesem Versicherer direkt eine Kündigung zustellen. Zudem besteht für die Verbände 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 Wollen die Verbände den Vertrag gegenüber sämtlichen Versicherern, für welche tarifsuisse ag den Vertrag abgeschlossen hat, kündigen, sind sie 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. 24 Anhänge

Dieser Vertrag enthält folgende Anhänge:

Anhang 1

Verzeichnis der dem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer

Anhang 2

Vorgaben für die Liste der Beitritte und Rücktritte der Leistungserbringer

Anhang 3

Modalitäten der Einstufungsprüfung

Art. 25 Schlussbestimmungen

¹ Dieser Vertrag wird in 3-facher Ausführung ausgefertigt und unterzeichnet. Ein Vertragsexemplar ist für ARTISET mit ihrem Branchenverband CURAVIVA, eines für senesuisse und eines für tarifsuisse ag bestimmt.

² Wird dieser Vertrag in eine andere Sprache übersetzt und treten zwischen den Sprachversionen Widersprüche auf, ist der deutschsprachige Vertragstext massgebend. Die Vertragsparteien tragen die Kosten der Übersetzung je hälftig.

Anhang 1

Liste der beigetretenen Leistungserbringer

Eine aktuelle Liste der beigetretenen Leistungserbringer kann wie folgt abgerufen werden:

Für Versicherer:

Im Zentralen Vertragsregister (ZVR) der SASIS AG

Für Leistungserbringer und weitere Interessenten:

Bei ARTISET mit ihrem Branchenverband CURAVIVA oder senesuisse

Anhang 2

Vorgabe für die Liste der Beitritte und Rücktritte

Diese Vorlage ist für die Meldung der Beitritte und Rücktritte verbindlich. Beitrittslisten, welche nicht dieser Vorlage entsprechen, können nicht verarbeitet werden und werden zurückgewiesen. tarifsuisse ag kann bei Bedarf Anpassungen an der Vorlage vornehmen. Diese werden den Vertragsparteien rechtzeitig mitgeteilt.

tarifsuisse ag stellt den Verbänden auf Wunsch eine Excel-Vorlage zur Verfügung.

**Administrativ-Vertrag tarifsuisse ag und ARTISET mit ihrem Branchenverband CURAVIVA / senesuisse
ZVR: 42.500.xxxxx vom 01. Januar 2022**

Verzeichnis der beigetretenen und zurückgetretenen Leistungserbringer / Mitglieder

Kanton: **Thurgau** Name des Verbandes: **Curaviva Thurgau**
Stand : **30. März 2022**

Ort	Name Institution	ZSR.Nr.	GLN	Bedarfsermittlung	Datum Beitritt	Datum Mutation	Datum Rücktritt
Berlingen	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	A123420	76010021123456	BESA LK 2020	01.01.2022		
Frauenfeld	XXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX	B345620	76010021345678	RAI/RUG Index 2016	01.01.2022		
Münchwilen	XXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX	C456720	76010021456789	RAI/RUG Index 2016	01.02.2022		
		ZSR-Nummer zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerschläge und Punkte	GLN zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerschläge	Bedarfsermittlungssystem inkl. Angabe Version	Sortierung nach Beitrittsdatum (neuester Beitritt zuletzt)		

Die Beitritte sind zwingend nach Beitrittsdatum zu sortieren (neuester zuletzt). Neubeitritte, Mutationen oder Rücktritte sind jeweils farbig zu markieren, damit erkannt wird, wo es Änderungen gegeben hat.

Anhang 3

Modalitäten der Einstufungsprüfung

1. Die nachfolgenden, exemplarisch aufgeführten Dokumente werden zur Überprüfung vorgelegt oder eingereicht.

Unterlagen zur Prüfung

Unterlagen des Assessments, z. B.

- Bedarfsmeldung nach BESA
- Protokoll der erfassten Leistungen (BESA)
- Bedarfsmeldung RAI und MDS und Abklärungszusammenfassung (RAI)
- Bedarfsmeldung und profil bio-psycho-social (inkl. 2. Seite) (Plaisir)

Pflegerelevante Unterlagen, z. B.:

- Ärztliche Verordnung
- Standardisierte und / oder individuelle Pflegeplanung
- Pflegebericht / Verlaufsbericht
- Medikamentenblatt / Verordnungsblatt
- Therapieplan
- Wundprotokoll
- Trainingsplan

Diese Liste ist nicht abschliessend.

2. Qualifikation der Ansprechpersonen im Heim und der Kontrollpersonen

Die Ansprechpersonen im Heim und die Kontrollpersonen der Krankenversicherer sind tertiär ausgebildete Fachpersonen, kennen das Bedarfserfassungssystem und sind darin geschult.

3a) Prüfung beim Versicherer:

Verlangt der Versicherer, dass ihm die Unterlagen zur Prüfung eingereicht werden, begründet er dies kurz und stichhaltig.

Die pflegeverantwortliche Person des Leistungserbringers kann eine Stellungnahme zum Entscheid der Kontrollperson des Versicherers abgeben.

3b) Einstufungsprüfung beim Leistungserbringer

aa. Festlegen des Kontrolltermins

Der Versicherer vereinbart mit dem Leistungserbringer einen Termin. Dieser Termin wird der Institution vor dem Besuch schriftlich bestätigt inkl. Namen der Versicherten, bei denen eine Leistungskontrolle stattfindet, sowie Name der Kontrollperson.

bb. Überprüfung der Einstufungen

Der Leistungserbringer stellt sicher, dass anlässlich der Einstufungsprüfung vor Ort eine kompetente Pflegefachperson für Auskünfte zur Verfügung steht.

Die verordnete Pflegebedarfsstufe wird anhand der vorgelegten Unterlagen geprüft und besprochen.

cc. Entscheidungsgrundlagen

Die Kontrollperson berücksichtigt für den Entscheid alle Dokumente, die ihr zur Überprüfung vorgelegt werden, die Auskünfte der Pflegenden sowie bei Bedarf eigene Beobachtungen beim

Versicherten. Basis für den abschliessenden Entscheid sind die Unterlagen, welche zum Zeitpunkt der Kontrolle vorliegen. Nachgereichte Unterlagen werden nicht berücksichtigt.

Die Kontrollperson kann bei Notwendigkeit eine eigene Einstufung vornehmen bzw. vornehmen lassen. Die pflegeverantwortliche Person erhält Gelegenheit zur Stellungnahme zum Entscheid der Kontrollperson.