

ADMINISTRATIVVERTRAG PFLEGEHEIME

ZVR: xx.500.xxxxx

zwischen

CURAVIVA Schweiz, Zieglerstrasse 53, Postfach 1003, 3000 Bern

und

**den im Vertrag genannten Versicherern,
vertreten durch die tarifsuisse ag**

betreffend die Abgeltung von krankenversicherungspflichtigen Leistungen in Pflegeheimen
gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

(alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter)

Gültig ab 1. Januar 2014

Art. 1 Vertragsparteien

¹ Die Vertragsparteien dieses Vertrages sind CURAVIVA Schweiz, Zieglerstrasse 53, 3000 Bern einerseits sowie die nachfolgend genannten Krankenversicherer andererseits:

1.	BAG Nr. 8	CSS
2.	BAG Nr. 32	Aquilana
3.	BAG Nr. 57	Moove Sympany AG
4.	BAG Nr. 62	Supra-1846 SA
5.	BAG Nr. 134	Einsiedeln
6.	BAG Nr. 182	PROVITA
7.	BAG Nr. 194	sumiswalder
8.	BAG Nr. 246	Steffisburg
9.	BAG Nr. 290	CONCORDIA
10.	BAG Nr. 312	Atupri
11.	BAG Nr. 343	Avenir Krankenversicherung AG
12.	BAG Nr. 360	Luzerner Hinterland
13.	BAG Nr. 455	ÖKK
14.	BAG Nr. 509	Vivao Sympany
15.	BAG Nr. 558	Flaachtal
16.	BAG Nr. 774	Easy Sana Krankenversicherung AG
17.	BAG Nr. 780	Glarner
18.	BAG Nr. 820	Lumneziana
19.	BAG Nr. 829	KLuG
20.	BAG Nr. 881	EGK
21.	BAG Nr. 901	sanavals
22.	BAG Nr. 923	SLKK
23.	BAG Nr. 941	sodalis
24.	BAG Nr. 966	vita surselva
25.	BAG Nr. 1003	Zeneggen
26.	BAG Nr. 1040	Visperterminen
27.	BAG Nr. 1113	Vallée d'Entremont
28.	BAG Nr. 1142	Ingenbohl
29.	BAG Nr. 1147	Turbenthal
30.	BAG Nr. 1318	Wädenswil
31.	BAG Nr. 1322	Birchmeier
32.	BAG Nr. 1328	kmu
33.	BAG Nr. 1331	Stoffel Mels
34.	BAG Nr. 1362	Simplon
35.	BAG Nr. 1384	SWICA
36.	BAG Nr. 1386	GALENOS
37.	BAG Nr. 1401	rhenusana
38.	BAG Nr. 1479	Mutuel Krankenversicherung AG
39.	BAG Nr. 1507	Fondation AMB
40.	BAG Nr. 1529	INTRAS
41.	BAG Nr. 1535	Philos Krankenversicherung AG
42.	BAG Nr. 1542	Assura-Basis SA
43.	BAG Nr. 1555	Visana
44.	BAG Nr. 1560	Agrisano
45.	BAG Nr. 1568	sana24
46.	BAG Nr. 1569	Arcosana AG
47.	BAG Nr. 1570	Vivacare
48.	BAG Nr. 1577	Sanagate

alle gemäss Vollmacht vertreten durch tarifsuisse ag, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn

² Der Vertrag gilt für

a. CURAVIVA Schweiz, nachfolgend als CURAVIVA bezeichnet, sowie die dem Vertrag beigetretenen Pflegeheime und Heimverbände gemäss Anhang 1, nachfolgend als Leistungserbringer bezeichnet,

und

b. die Krankenversicherer, die unter Absatz 1 als Vertragsparteien bezeichnet sind und Krankenversicherer, die diesem Vertrag beigetreten sind.

Art. 2 Beitritt, Beitrittsgebühren; Ausschluss

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 sämtliche Bestimmungen dieses Vertrages sowie die Bestimmungen aller in Art.23 aufgeführten Anhänge zu diesem Vertrag.

³ Das Beitrittsverfahren wird durch Kantonalverbände von CURAVIVA nach vollständiger Unterzeichnung des Vertrages eingeleitet und richtet sich nach den Verbandsstatuten der Kantonalverbände. Ein Leistungserbringer tritt diesem Vertrag durch Erklärung gegenüber der vertragsschliessenden Partei bei (innert 45 Tagen nach Einleitung des Beitrittsverfahrens).

⁴ In den Kantonen tätige und ordnungsgemäss zugelassene Pflegeheime, die nicht Mitglied der vertragsschliessenden Partei sind, können diesem Vertrag mit schriftlicher Erklärung gegenüber dem CURAVIVA Kantonalverband beitreten. Das Beitrittsverfahren und die Kosten richten sich nach den Bedingungen der Kantonalverbände oder von CURAVIVA Schweiz.

⁵ CURAVIVA Schweiz informiert tarifsuisse ag regelmässig über die aktuellen Beitritte.

⁶ tarifsuisse ag und CURAVIVA Schweiz können gemeinsam entscheiden einen Leistungserbringer oder einen Krankenversicherer nicht zum Vertrag zuzulassen oder auszuschliessen. Beide Vertragsparteien bestimmen je eine Delegation zur entsprechenden Beschlussfassung. Der Entscheid wird begründet. Der Entzug der kantonalen Betriebsbewilligung hat den sofortigen Vertragsausschluss zur Folge.

⁷ Versicherer, die nicht als Vertragspartner genannt sind, können diesem Vertrag mit schriftlicher Erklärung gegenüber tarifsuisse ag beitreten. tarifsuisse ag erhebt von diesen Versicherern eine zwischen dem beitriftswilligen Versicherer und tarifsuisse ag zu vereinbarende Beitrittsgebühr sowie einen jährlichen Unkostenbeitrag und informiert die Vertragspartner über den Beitritt.

Art. 3 Leistungsumfang

¹ Dieser Vertrag regelt die administrative Abwicklung der Behandlung und Pflege von Bewohnern in Pflegeheimen gemäss Art. 39 Abs. 3 KVG. Er bezieht sich auf Pflichtleistungen gemäss KVG, welche durch Pflegeheime für Versicherte erbracht werden. Sind die Voraussetzungen während der Laufzeit nicht mehr erfüllt, entfällt die gesetzliche Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenversicherung.

² Dieser Vertrag bezieht sich nicht auf Regelungen im Bereich der Tages- oder Nachtstrukturen sowie nicht auf Akut- und Übergangspflege.

³ Der Vertrag hat Wirkung für Versicherte, die

- a) bei einem in Art. 1 Abs. 1 dieses Vertrages genannten Versicherer bzw. einem beigetretenen Versicherer versichert sind und
- b) bei einem in Art. 1 Abs. 2a) genannten Leistungserbringer Leistungen in Anspruch nehmen.

Art. 4 Ärztliche Anordnung, Bedarfsabklärung

¹ Die Parteien streben an, Bedarfsabklärungsinstrumente für die Pflegeleistungen einzusetzen, die zu durchschnittlich gleichen Beitragsstufen gemäss Art.7a KLV führen.

² Der Bezug von Krankenversicherungsleistungen setzt eine ärztliche Anordnung voraus.

³ Die Leistungserbringer verpflichten sich, die Erfassung der Pflegebedarfsstufe ausschliesslich mit anerkannten Pflegebedarfsabklärungsinstrumenten durch systemgeschulte Pflegefachpersonen vorzunehmen.

⁴ Die Datenerhebung zur Bedarfsabklärung erfolgt

- innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eintritt (Eintrittsdatum)
- periodisch jeweils nach 6 Monaten
- zwischenzeitlich bei einer Statusveränderung

Die Bedarfsmeldung erfolgt gemäss Art.5 des Vertrages.

⁵ Dort, wo systembedingt die Datenerhebung zur Bedarfsabklärung von Langzeitpatienten nicht in den in Art.4 Abs. 4 dieses Vertrages 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 (in der Regel bis 42 Tage, maximal 90 Tage pro Kalenderjahr) 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. 5 Bedarfsmeldung

¹ Die Bedarfsmeldung erfolgt mit den vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Formularen der Pflegebedarfsinstrumente und ist spätestens mit der ersten Rechnung dem Versicherer einzureichen.

² Dort, wo die Zustellung der Bedarfsmeldung mit der ersten Rechnung systembedingt nicht möglich ist, ist sie spätestens mit der 5. Rechnung ab Eintritt zu liefern.

Art. 6 Detailangaben der Bedarfsmeldung

Die Meldung umfasst 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; GLN/EAN Nummer sofern vorhanden.
- 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)
- k) PLAISIR: Wertebereiche mit und ohne CSB
- l) Beitragsstufe nach KLV
- m) Name, Zahlstellenregister Nummer (ZSR.-Nr.) des verordnenden Arztes

Art. 7 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 und Pflegebedarfserfassung/ Einstufung bestehen, die Auswirkungen auf die Vergütung haben, können Rückforderungen geltend gemacht werden, die über den in Absatz 3 genannten Zeitpunkt hinaus gehen.

Art. 8 Leistungsumfang und Vergütung

¹ Der Leistungserbringer stellt den gesetzlichen Beitrag gemäss Bedarfsmeldung in Rechnung.

² In Abweichung von Art. 8 Abs.1 kann der Leistungserbringer dort, wo das Pflegebedarfsinstrument die Zustellung der Bedarfsmeldung spätestens mit der ersten Rechnung nicht erlaubt, eine à conto Zahlung in Höhe von CHF 63 pro Tag und neu eintretendem Bewohner in Rechnung stellen. Die Differenz zwischen der à conto Zahlung

und der aus der Bedarfsmeldung resultierenden Bedarfsstufe wird zügig, aber spätestens mit der fünften Rechnung ab Eintritt abgerechnet.

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

⁴ Bei Versicherten, für welche Leistungen der ambulanten Krankenpflege, der Tages- oder Nachtstrukturen, 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 Pfllegetage berechnet.

Art. 9 Rechnungsstellung

¹ 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.

² 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.

³ Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich mit folgenden Zahlungsfristen:

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

⁴ Die Rechnungsstellung erfolgt für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung. Nichtpflichtleistungen sind dem Versicherten separat in Rechnung zu stellen

⁵ Vorausrechnungen sind nicht zulässig.

⁶ Im System des Tiers payant stellt der Leistungserbringer gegenüber der versicherten Person die Informationen über die abgerechneten Leistungen und die Finanzierung sicher.

⁷ Der Versicherer begründet Beanstandungen. Bei Beanstandungen wird die Zahlungsfrist unterbrochen. Der unbestrittene Teil wird auf neue Rechnung hin bezahlt.

⁸ 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 Betreuungskosten vollständig bezahlt sind.

⁹ 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.

¹⁰ Im Todesfall ist innert 45 Tagen die Endabrechnung zu erstellen.

Art. 10 Angaben auf der Rechnung

Die Leistungserbringer stellen unter Angabe folgender Informationen Rechnung:

- 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; GLN/EAN Nummer sofern vorhanden.
- e) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) des anordnenden Arztes.
- f) das vollständige Kalendarium (Zeitraum und Anzahl Pfllegetage 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
- j) Nebenleistungen

Art. 11 Elektronischer Datenaustausch (EDI)

¹ Die Vertragsparteien wollen den elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Versicherern realisieren. Sie legen dafür die Rahmenbedingungen (Anhang 3) fest und stellen sicher, dass die Vorgaben des Datenschutzes eingehalten werden.

² 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.

³ Der elektronische Datenaustausch für die Bedarfsmeldung sowie für die Rechnung richtet sich nach Anhang 3.

Art. 12 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.

Art. 13 Tarifschutz

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Tarifschutz nach Art. 44 KVG zu beachten.

Art. 14 Wirtschaftlichkeit / Qualitätssicherung

¹ Die Pflegeleistungen müssen nach den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht werden (Art. 32 KVG). Der Leistungserbringer muss seine Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 KVG). Er klärt zu diesem Zweck den Pflegebedarf ab.

² Der Leistungserbringer verpflichtet sich, an den Massnahmen der Qualitätssicherung gemäss Art. 77 KVV teilzunehmen. Hierzu wird eine separate Regelung im Rahmen eines Qualitätsvertrages getroffen. Als Grundlage kann das Projekt der medizinischen Qualitätsindikatoren herangezogen werden.

Art. 15 Reporting

CURAVIVA Schweiz erstellt jährlich auf Basis der SOMED A eine Statistik, welche pro Kanton die Entwicklung der Pflagetage nach Pflegestufe über 4 Jahre darstellt. Bisherige kantonale Statistiken und Datenlieferungen werden weiterhin zur Verfügung gestellt.

Art. 16 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:

- Prüfung der verlangten und vom Pflegeheim eingereichten Unterlagen beim Versicherer
- Prüfung der Unterlagen beim Leistungserbringer

Die Modalitäten der Einstufungsprüfung werden im Anhang 2 geregelt.

³ Den Kontrollpersonen der Versicherer werden auf Verlangen sämtliche einstufigs- und prüfungsrelevanten Dokumente der verlangten Dossiers zum Studium eingereicht oder vorgelegt. Massgebend sind die notwendigen Unterlagen, die die aktuelle Einstufung nachweislich belegen.

Art. 17 Gesprächskultur

Grundsätzliche Fragen im Zusammenhang mit der Anwendung der Bedarfserfassungsinstrumente werden in Delegationen der Vertragsparteien regelmässig besprochen und im Streitfall Lösungsvorschläge gesucht.

Art. 18 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. 19 Inkrafttreten / Vertragsdauer

Dieser Vertrag samt Anhängen tritt per 01.01.2014 in Kraft und wird für unbestimmte Zeit geschlossen.

Art. 20 Kündigung / Rücktritt

¹ Der Vertrag und dessen Anhänge können unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres, frühestens per 31.12.2015, von jeder vertragsschliessenden Partei gekündigt werden. Eine Kündigung bedarf der schriftlichen Form. Bei Kündigung einzelner Versicherer läuft der Vertrag für die anderen Versicherer, die diesen Vertrag geschlossen haben, weiter.

² Will CURAVIVA Schweiz den vorliegenden Vertrag gegenüber sämtlichen Versicherern, für welche tarifsuisse ag den Vertrag abgeschlossen hat, kündigen, ist sie berechtigt, die Kündigung mit rechtsverbindlicher Wirkung an tarifsuisse ag zuhanden der Vertragspartner 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. Die Kündigung gegenüber einzelnen Versicherern ist nicht möglich.

³ Einzelne Leistungserbringer können unter Einhaltung einer sechsmonatigen Frist, frühestens per 31.12.2015, auf das Ende eines Kalenderjahres den Rücktritt vom Vertrag samt Anhängen erklären. Der Rücktritt von einzelnen Vertragsbestandteilen oder einzelnen Anhängen ist nicht möglich.

Art. 21 Änderungen des Vertrages

Anpassungen, Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages oder seiner Anhänge können durch die Vertragspartner jederzeit verhandelt werden.

Art. 22 Übergangsbestimmungen

¹ Dort, wo Leistungserbringer und Versicherer gemeinsam die Ergebnisse des Projektes Kalibrierung (Abschlussbericht Phase I der nationalen Steuergruppe Tarifstrukturen II vom 23.5.2012) für das Jahr 2013 vertraglich vereinbaren konnten, werden die diesbezüglichen Vertragsbestimmungen bis 31.12.2014 fortgeführt.

² Dort, wo zwischen Leistungserbringer und Versicherer im Jahr 2013 vertragliche Regelungen zu den Nebenleistungen bestanden, werden diese ebenfalls bis 31.12.2014 fortgeführt.

³ Dort, wo Leistungserbringer und Versicherer im Jahr 2013 das Pflegebedarfsinstrument Plaisir vereinbart haben, aber kein anerkanntes Pflegebedarfsinstrument für Kurzaufenthalte eingeführt ist, gilt Folgendes:

- a. Die Leistungserbringer führen im Jahr 2014 zur Bedarfsabklärung von Kurzaufenthalten ein anerkanntes Pflegebedarfsinstrument ein.
- b. Bis 31.12.2014 sind die Leistungserbringer berechtigt, die im Jahre 2013 vertraglich vereinbarten Pauschalen für Kurzaufenthalte abzurechnen.
- c. In den Kantonen Genf, Jura und Waadt verbleiben bis 31.12.2014 die à conto Zahlungen gemäss Art. 8 Abs.2 dieses Vertrages beim Leistungserbringer in den Fällen, in denen die Bewohnerin das Heim verlässt bevor systembedingt die Bedarfsabklärung möglich war (Übertritt, vorzeitiger Austritt, Tod).

⁴ Im Kanton Zürich, wo Leistungserbringer und Versicherer im Jahr 2013 keine Vertragsregelung zu den Nebenleistungen getroffen haben, aber Einigkeit in Bezug auf die Umsetzung der Kalibrierung besteht, gelten bis 31.12.2014 die im Anhang 4 auf Basis bestehender Festsetzung beschriebenen Regelungen fort.

⁵ Dort, wo Leistungserbringer und Versicherer im Jahr 2013 im Pflegeheimvertrag Regelungen zu Tages- oder Nachtstrukturen getroffen haben, werden diese bis 31.12.2014 fortgeführt.

⁶ Der Inhalt der Regelungen von Abs. 1, Abs.2, Abs. 3b, Abs.4 und Abs.5 ist im Anhang 4 aufgeführt.

⁷ Soweit der Leistungserbringer im Jahr 2013 im System des Tiers garant abgerechnet hat, kann er begrenzt bis 31.12.2014 das System des Tiers garant wählen. Die Wahl hat mit dem Beitritt zum Vertrag zu erfolgen. Ab 1.1.2015 gilt auch für die Leistungserbringer, deren Beitritt im System des Tiers garant erfolgt ist, Tiers payant. Möchte der Leistungserbringer vor Ablauf der Übergangsfrist auf das System Tiers payant wechseln, so kann er dies mit einer Ankündigungszeit von zwei Monaten auf den 1.7.2014 tun. Die Beitrittsliste ist tarifsuisse ag, entsprechend angepasst, zuzustellen.

⁸ Die Vertragsparteien verpflichten sich bis 31.12.2014 eine Lösung zu den Nebenleistungen zu verhandeln. Diese wird in einem separaten Vertrag geregelt.

Art. 23 Anhänge

Dieser Vertrag enthält folgende Anhänge:

Anhang 1

Verzeichnis der dem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer

Anhang 2

Modalitäten der Einstufungsprüfung

Anhang 3

Elektronischer Datenaustausch

Anhang 4

Übergangsbestimmungen

Bern, den 10. Februar 2014

CURAVIVA Schweiz

Dr. Hansueli Mösle
Direktor

Dr. Markus Leser
Mitglied der Geschäftsleitung

tarifsuisse ag

Markus Caminada
Direktor

lic.iur. Gebhard Heuberger
Leiter Abteilung Pflege

Anhang 1

1. Verzeichnis der dem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer inkl. folgender Infos:

- Kanton
- ZSR-Nr.; GLN/EAN Nr. sofern vorhanden
- PLZ, Ort
- Bettenanzahl
- Bedarfserfassungssystem

Sowie ergänzende Angaben gemäss Übergangsbestimmungen.

2. Ein Wechsel des Systems kann jeweils ausschliesslich per 1. Januar oder per 1. Juli eines Jahres erfolgen und ist den Vertragsparteien mindestens drei Monate vor dem Wechsel mitzuteilen.

3. CURAVIVA Schweiz führt ein Verzeichnis der beigetretenen Leistungserbringer und informiert die Vertragspartner laufend über den aktuellen Stand.

Anhang 2

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 Kontrollpersonen

Die Kontrollpersonen der Krankenversicherer sind 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.

dd. Leistungserbringer und Versicherer können bei Uneinigkeit – neben den bereits involvierten Fachleuten beider Seiten - zusätzlich je eine weitere Fachperson beiziehen.

Die Lösungsfindung findet in der Regel innerhalb von 4 Wochen nach dem Kontrolltermin statt. Bis zu diesem Termin werden für den beanstandeten Teil der Rechnung keine weiteren Leistungen seitens Versicherer vergütet. Finden die Parteien keine Lösung, bezahlt der Versicherer den unbestrittenen Anteil der Pflegekosten rückwirkend ab Kontrolldatum.

Anhang 3

Elektronischer Datenaustausch

1. Bei elektronischem Datenaustausch gelten der aktuelle Standard (zur Zeit 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 Pflgetage 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. Tarifizern)
- 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 Pflgeminuten pro Tag und Beitragsstufe nach KLV, Rechnungsbetrag für KLV 7 Leistungen (inkl. Tarifizern)
- o) Nebenleistungen

Anhang 4

Übergangsbestimmungen

Artikel 5 Bedarfsabklärungsinstrumente / Bedarfsmeldung

- ¹ Es kann weiterhin zwischen den 3 Systemen zur Erfassung des Pflegebedarfs gewählt werden:
- a. BESA 99 mit Leistungskatalog 2005: Die Umrechnung erfolgt jedoch mit 3,00 Minuten pro BESA-Punkt (statt mit 3,06);
 - b. BESA 4.0 mit Leistungskatalog 2010: Die bisher resultierenden Minutenwerte werden um 8,45% reduziert. Die Reduktion erfolgt nach dem Ausweis der MP's auf den ausgewiesenen Gesamtminuten.
 - c. RAI/RUG in der Version CH-Index 2012 gemäss der folgenden Umrechnungstabelle

Tarifstufe	Pflegeminuten gem. KLV Art. 7	Original RUGs, neue Zuteilung	Beitrag KV
1	0 - 20	PA0	Fr. 9.00
2	21-40	PA1	Fr. 18.00
3	41-60	BA1, PA2	Fr. 27.00
4	61-80	IA1, BA2, PB1, PB2	Fr. 36.00
5	81-100	BB1, CA1, IB1, PC1	Fr. 45.00
6	101-120	BB2, PC2, IA2	Fr. 54.00
7	121-140	IB2, CA2, PD1	Fr. 63.00
8	141-160	PD2, CB1, RMA, RLA, CB2, SSA	Fr. 72.00
9	161-180	RMB, CC1, SSB, PE1, RLB, CC2	Fr. 81.00
10	181-200	SE1, PE2	Fr. 90.00
11	201-220	SSC	Fr. 99.00
12	221 +	RMC, SE2, SE3	Fr. 108.00

⁵ Die Bedarfsmeldung für Tages- oder Nachtstrukturen ist dem Anhang 5 zu entnehmen.

Artikel 8 Leistungsumfang und Vergütung

⁴ Das Angebot, der, den Leistungserbringern angeschlossenen Tages- oder Nachtstruktur, kann entweder am Tag oder in der Nacht genutzt werden. Bei Aufenthalten in der Tages- oder Nachtstruktur kann pro Kalendertag nur eine Pflegepauschale für Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV verrechnet werden. Die Vergütung für Mittel und Gegenstände erfolgt nach dem Prinzip der Einzelverrechnung {keine Pauschalvergütung}.

Anhang 3: Nebenleistungen Mittel- und Gegenstände

Vom Arzt verordnete Mittel und Gegenstände gemäss Mittel- und Gegenstände-Liste (Anhang 2 KLV) und Medikamente werden wie folgt abgerechnet:

Artikel 1

¹ Die Pauschale für Mittel und Gegenstände beläuft sich auf **Fr. 2.00 pro Pflegetag** über alle Pflegebedarfsstufen. Dabei handelt es sich um folgende MiGeL-Produktgruppen, die ausschliesslich bei der Leistungserbringung der Pflegeheime anfallen und direkt am Patienten angebracht oder verwendet werden:

- 3 Applikationshilfen

- 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte
- 15 Inkontinenzhilfen
- 16 Kälte- und/oder Wärmetherapie-Mittel
- 17 Kompressionstherapiemittel
- 21 Messgeräte für Körperzustände-/Funktionen
- 34 Verbandmaterial
- 99 Verschiedenes

² Die nachfolgenden MiGeL-Produktgruppen sind von der Pauschale ausgeschlossen und können auf Verordnung des Arztes zum MiGeL-Höchstvergütungsbetrag abzüglich 20% separat in Rechnung gestellt werden:

- 5 Bandagen
- 6 Bestrahlungsgeräte
- 9 Elektrostimulationsgeräte
- 23 Orthesen
- 24 Prothesen
- 29 Stomaartikel
- 30 therapeutische Bewegungsgeräte
- 31 Tracheostoma-Artikel

³ Die Anwendung von Geräten, Verbrauchsmaterial und Hilfsmitteln, welche zur Heiminfrastruktur gehören, ist in den Heimkosten inbegriffen. Es sind dies z.B.: Absauggerät, Inhaliergerät, Atemtherapiegerät, Vernebler, Blutdruckapparat, Wund-Vakuum-Therapiegerät, Rollstuhl, Gehvelo, Gehböckli

⁴ Absätze 1 bis 3 gelten nicht für künstliche Ernährung, Hämodialyse, Peritonealdialyse, mechanische Heimventilation (diese sind über SVK-Verträge geregelt), sowie Hör- und Sehhilfen.

Artikel 2

Die Limitationen der Mittel- und Gegenstände-Liste sind einzuhalten.

Anhang 4: Nebenleistungen Arzt, Medikamente und Therapien

4a) Nebenleistungen bei freier Arztwahl

In Pflegeheimen mit freier Arztwahl übernehmen die Krankenversicherer die Arztkosten, die Medikamente, die Kosten der wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen sowie der Analysen nach den anerkannten Tarifen.

4b) Arztleistungen und Medikamente bei vollamtlichem Arztdienst (Heimarztmodell)

Pflegeheime, welche den vollamtlichen Arztdienst anbieten, haben dies mit der Beitrittserklärung zum Vertrag zu melden.

In Pflegeheimen mit vollamtlichem Arztdienst vergüten die Versicherer eine Pauschale, die entsprechend der Bedarfsabklärung pro Pflegestufe gemäss Artikel 7a Absatz 3 KLV verrechnet werden dürfen:

- **Stufe 1 bis 4** **Fr. 9.00 pro Tag**
- **Stufe 5 bis 8** **Fr. 12.00 pro Tag**
- **Stufe 9 bis 12** **Fr. 15.00 pro Tag**

Mit dieser Arzt- und Medikamentenpauschale sind die Arztkosten, die Kosten der wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen, Medikamente sowie Analysen abgegolten, die intern oder in einer allgemeinen Arztpraxis vorgenommen werden können. Nicht unter diese Bestimmung fallen Eingriffe und Behandlungen, welche einer spitalähnlichen Infrastruktur bedürfen und mit der Pflegebedürftigkeit der Patientinnen und Patienten in keinem Zusammenhang stehen.

Weitere Verrechnungen sind unzulässig.

4c) Therapieangebot bei vollamtlichem Arztdienst

Die nachfolgende Regelung gilt für die folgenden 7 Pflegeheime, die gleichzeitig auch den vollamtlichen Arztdienst anbieten:

- Pflegezentrum Baar
- Zentrum für Pflege und Betreuung Luegeten, Menzingen *
- Pflegeheim St. Franziskus in Menzingen
- Betagtenzentren Luzern
- Betagtenzentren Emmen AG
- Haus für Pflege und Betreuung Seeblick, Sursee
- Pflegeheim Ebikon

In Pflegeheimen mit Therapieangebot vergüten die Versicherer eine Pauschale von **Fr. 3.85 pro Tag**. Somit sind alle Therapiekosten, die Kosten der wissenschaftlich anerkannten Methoden, abgegolten, die intern oder in den Geschäftsräumen eines anerkannten und zugelassenen Therapeuten vorgenommen werden können.

Weitere Verrechnungen sind unzulässig.

* Anmerkung: Das Zentrum für Pflege und Betreuung Luegeten, Menzingen bietet ab 01.01.2014 keinen vollamtlichen Arztdienst mehr an.

Anhang 5

Ärztliche Anordnung /Bedarfsmeldeformular für Tages- oder Nachtstätten

Name Krankenversicherer

Vorname Versicherten-Nr.....

Strasse

PLZ/Ort falls Leistungen nach UVG:

Geburtsdatum Unfallversicherer

Geschlecht weiblich männlich

Aufenthalt wegen: Krankheit Invalidität Unfall

Hilflosenentschädigung: keine leicht mittel schwer

Anordnung: 1. Anordnung Fortsetzungsanordnung

Dauer (Art. 8 KLV) gültig für: 3 Monate 6 Monate von bis

Zusätzlicher Bezug von Pflegeleistungen: nein ja

wenn ja, durch (Name & ZSR.Nr.).....

	Selbstständigkeit				Bemerkungen		
	--	-	+	++			
Verstehen und sich ausdrücken							
Sich orientieren							
Mitwirkungsfähigkeit / Compliance / Adherence							
					Pflegertätigkeiten	Total Minuten	Bemerkungen
					einmal	mehrmals	pro Tag
Sich bewegen / Mobilität							
Essen und trinken							
Sich waschen und kleiden							
Ausscheiden							
Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV							
Andere Leistungen (beschreiben):							
Total Minuten							
Stufe gemäss Art. 7a KLV							

Aufenthaltstage in der Tages- / Nachtstätte	pro Woche	pro Monat
Dauer pro Aufenthaltstag von bis Uhr		
Dauer pro Aufenthaltstag von bis Uhr		

Besonderes:

Name der Organisation: **Ärztin/Arzt:**

ZSR Nummer: ZSR Nummer:

Datum: Datum:

Unterschrift: Unterschrift:

Das Bedarfsmeldeformular muss spätestens 14 Kalendertage nach Pflegebeginn zusammen mit der Ärztin/dem Arzt ausgefüllt werden. Die Tagesstätte sendet das vollständige Original an den Versicherer und informiert involvierte Spitex-Organisationen oder selbstständig Pflegenden über den Aufenthalt.