

Administrativvertrag

zwischen

CURAVIVA Schweiz
Zieglerstrasse 53
Postfach 1003
3000 Bern 14

nachfolgend **CURAVIVA** genannt

und

Helsana Versicherungen AG et. al.
Zürichstrasse 130
8600 Dübendorf

Sanitas Grundversicherungen AG et. al.
Jänergasse 3
8004 Zürich

KPT Krankenkasse AG et. al.
Tellstrasse 18
3000 Bern 22

nachfolgend **HSK** genannt

Zustelladresse HSK:
Einkaufsgemeinschaft HSK
c/o Helsana Versicherungen AG
Postfach
8081 Zürich

– alle zusammen **Vertragsparteien** genannt –

Betreffend Pflegeleistungen bei Krankheit gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

Präambel

Diesem Vertrag liegt der Wille der Parteien zugrunde, eine Zusammenarbeit einzugehen, damit die administrativen Abläufe und Zahlungsmodalitäten beiderseits vereinfacht werden.

Artikel 1 Vertragsparteien

1.1 Die Parteien des vorliegenden Vertrages sind

Curaviva Schweiz, nachfolgend als CURAVIVA bezeichnet,
sowie die dem Vertrag beigetretenen Heime und Heimverbände gemäss Anhang 1,
nachfolgend als LEISTUNGSERBRINGER bezeichnet,

und

Helsana Versicherungen AG, sowie die im Anhang 2A bezeichneten Versicherer,
Sanitas Grundversicherungen AG, sowie die im Anhang 2B bezeichneten Versicherer,
KPT Krankenkasse AG, sowie die im Anhang 2C bezeichneten Versicherer,
alle zusammen nachfolgend als HSK bezeichnet.

1.2 Diesem Vertrag können sich andere Versicherer mit Zustimmung von HSK und CURAVIVA anschliessen. Die entsprechenden Versicherer werden im Anhang 2 aufgeführt und übernehmen die Bestimmungen dieses Vertrages.

1.3 Helsana Versicherungen AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Zusammenhang mit dem vorliegenden Vertrag im Namen und auf Rechnung der im Anhang 2A genannten Versicherer vorzunehmen.

1.4 Sanitas Grundversicherungen AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Zusammenhang mit dem vorliegenden Vertrag im Namen und auf Rechnung der im Anhang 2B genannten Versicherer vorzunehmen.

1.5 KPT Krankenkasse AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Zusammenhang mit dem vorliegenden Vertrag im Namen und auf Rechnung der im Anhang 2C genannten Versicherer vorzunehmen.

Artikel 2 Beitrittsverfahren für Pflegeheime

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

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

- 2.3 CURAVIVA informiert die Vertragspartner regelmässig über die aktuelle Beitrittsliste (s. Anhang 1).

Artikel 3 Leistungsumfang

- 3.1 Voraussetzung für die Leistungspflicht der Krankenversicherer sind die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen auf nationaler und kantonaler Ebene.
- 3.2 Dieser Vertrag regelt die administrative Abwicklung der Behandlung und Pflege von Personen in Pflegeheimen gemäss Art. 39 Abs. 1 lit.a-e und 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
- 3.3 Der Vertrag hat Wirkung für Versicherte, die
- a) bei einem in Art. 1.2, 1.3., 1.4 oder 1.5. dieses Vertrages genannten Versicherer versichert sind
 - b) bei einem gemäss Art. 2.1. oder 2.2 dem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer Leistungen in Anspruch nehmen
- 3.4 Die Anhänge 1 bis 5 sind integrale Bestandteile dieses Vertrages.

Artikel 4 Bedarfsabklärung und Einstufung

- 4.1 Die Verantwortung für die Erfassung der Pflegebedarfsstufe liegt bei systemgeschulten und auf tertiärer Stufe ausgebildeten Pflegefachpersonen.
- 4.2 Die gültigen Bedarfserfassungsinstrumente sind in Anhang 3 geregelt.
- 4.3 Die Fristen für die Bedarfsabklärung und Einstufung richten sich nach den Regeln der Pflegebedarfsinstrumente.
- 4.4 Bedarfsabklärung und Einstufung werden periodisch nach jeweils 6 Monaten gemäss Art. 8 Abs. 6 KLV wiederholt. Ärztliche Aufträge oder Anordnungen können verlängert werden (Art. 8 Abs. 7 KLV).
- 4.5 Bei einer stufenrelevanten Veränderung der Pflegebedürftigkeit erfolgt eine neue Bedarfsabklärung und Einstufung gemäss den Bestimmungen in Art. 5.
- 4.6 Bei Kurzaufenthalten, bis maximal 90 Tage pro Kalenderjahr, erfolgt die Bedarfsabklärung durch eine ordentliche oder vereinfachte Bedarfsabklärung gemäss Bedarfserfassungsinstrument. Liegt kein vereinfachtes Bedarfsabklärungsinstrument vor, können kantonale Vereinbarungen getroffen werden.
- 4.7 Ist wegen der kurzen Aufenthaltsdauer (Tod, Austritt) keine Bedarfsabklärung möglich, kann eine vereinbarte Pflegestufe vergütet werden. Die verrechenbare Stufe wird in separaten kantonalen Verträgen geregelt.

Liegt aus systemtechnischen Gründen (PLAISIR) eine Bedarfsabklärung noch nicht vor, kann eine vereinbarte Pflegestufe vergütet werden. Die verrechenbare Stufe wird in separaten kantonalen Verträgen geregelt.

Artikel 5 Bedarfsmeldung an den Krankenversicherer

- 5.1 Der Bezug von Krankenversicherungsleistungen setzt eine ärztliche Anordnung und eine Bedarfsabklärung gemäss Art. 8 KLV voraus.
- 5.2. Die Bedarfsmeldung erfolgt mit dem vollständig ausgefüllten Formular des Pflegebedarfsinstrumentes.
- 5.3. Der Leistungserbringer meldet den Pflegebedarf spätestens mit der ersten Rechnung an den HSK-Versicherer, Ausnahmen s. Art. 4.7 Abs. 2.

Die Bedarfsmeldung umfasst folgende Angaben:

- a) Daten des Versicherten, Versichertenkartennummer, Sozialversicherungsnummer, Name, Vorname, Geburtsdatum
- b) Angabe, ob Krankheit oder Unfall, wenn Information vorhanden.
- c) Name des Versicherers
- d) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) des Leistungserbringers
- e) Verordnender Arzt inkl. ZSR-Nummer, falls vorhanden
- f) Beginn Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung (ab....)
- g) Bedarf an Nebenleistungen gemäss Bedarfsmeldung des Pflegebedarfsinstrumentes

Artikel 6 Änderung der Einstufung in der ordentlichen Langzeitpflege

- 6.1 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.
- 6.2 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 möglich.
- 6.3 Bei Neueinstufungen durch Kontrollen der Versicherer gilt als Änderungsdatum das Datum, an dem der Versicherer die Einstufung kontrolliert. Neueinstufungen treten wie folgt in Kraft:
 - A) Nach Kontrollen beim Leistungserbringer ab dem Tag der Kontrolle
 - B) Nach Kontrollen beim Versicherer ab dem Tag, an dem der Versicherer das Resultat kommuniziert. Der Versicherer kommuniziert das Resultat innerhalb von 5 Arbeitstagen nach dem Entscheid gegenüber dem Leistungserbringer.
- 6.4 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 Artikel 6.3. genannten Zeitpunkt hinaus gehen.

Artikel 7 Vergütung

- 7.1 Der Leistungserbringer verrechnet den Beitrag gemäss Bedarfsmeldung. Vorausrechnungen sind nicht möglich.
- 7.2 Ein- und Austrittstage können als volle Pflégetage berechnet werden
- 7.3 Mit der Bezahlung der Beiträge gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV sind sämtliche krankensicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen nach Art. 7 Abs. 2 KLV seitens der Krankenversicherer abgegolten.
- 7.4 Weitere Leistungen, die der Leistungserbringer abrechnen kann, werden in separaten Tarifverträgen geregelt. Die Modalitäten der Abrechnung und Vergütung sind in Anhang 4 geregelt.

Artikel 8 Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten

- 8.1 Schuldner der Vergütung gemäss diesem Administrativvertrag ist der HSK-Versicherer (System des Tiers payant, Art.42 Abs.2 KVG).
- 8.2 Der einzelne Leistungserbringer kann in Abweichung von Art. 8.1 wählen, dass die versicherte Person die Vergütung der Leistung schuldet (Tiers garant). Der Leistungserbringer informiert die Personen darüber in angemessener Form. Die Wahl hat mit dem Beitritt zum Vertrag zu erfolgen und kann jeweils mit Wirkung auf Anfang eines Kalenderjahres – unter Einhaltung einer Ankündigungszeit von 6 Monaten - gewechselt werden.
- 8.3 Die Rechnungsstellung erfolgt ausschliesslich für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung.
- 8.4 Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich gemäss den Vorgaben von Art. 9.
- 8.5 Die Zahlungsfrist beträgt:
 - 15 Tage bei elektronischer Bedarfsmeldung und Rechnung;
 - 21 Tage bei elektronischer Rechnung und Bedarfsmeldung auf Papier;
 - 30 Tage ohne elektronischen Datenaustausch.
- 8.6 Bei begründeten Beanstandungen wird die Zahlungsfrist für den beanstandeten Teil der Rechnung unterbrochen. Der nicht beanstandete Anteil ist durch den Versicherer innerhalb der vereinbarten Zahlungsfrist zu begleichen.
- 8.7 Im System des Tiers payant stellt der Leistungserbringer gegenüber der versicherten Person die Informationen über die abgerechneten Leistungen und die Finanzierung sicher.

Artikel 9 Angaben auf der Rechnung

- 9.1 Die Leistungserbringer stellen unter Angabe folgender Informationen Rechnung:
- a) Daten des Versicherten (Sozialversicherungsnummer, Versichertenkartennummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum)
 - b) Name des Versicherers
 - c) Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum
 - d) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) des Leistungserbringers
 - e) vollständiges Kalendarium (Zeitraum und Anzahl Pflgetage abzüglich Urlaubs- und Spitaltage)
 - f) Beitragsstufe, Rechnungsbetrag für KLV 7 Leistungen
 - g) Nebenleistungen
- 9.2 Sofern Tarifiziffern offiziell vorliegen, werden sie mitgeliefert.

Artikel 10 Vertraulichkeit, Datenschutz und Schweigepflicht

10.1 Vertraulichkeit

Sämtliche Informationen über eine Vertragspartei, die nicht öffentlich bekannt sind, und in welche die andere Vertragspartei vor und während der Zusammenarbeit Einblick erhält, gelten als Geschäftsgeheimnisse. Die Vertragsparteien verpflichten sich, sämtliche derartigen Informationen vertraulich zu behandeln, nur für die Zwecke dieses Vertrages zu verwenden und Dritten, ohne die ausdrückliche Zustimmung der anderen Vertragspartei nicht weiterzugeben. Bei Zweifeln über die Zugehörigkeit einer Information oder Wahrnehmung zu Geschäftsgeheimnissen der anderen Vertragspartei besteht eine gegenseitige Konsultationspflicht.

10.2 Datenschutz und Schweigepflicht

Die Grundlagen zum Umgang mit Personendaten sind insbesondere im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechtes (ATSG), dem KVG und dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) geregelt.

Die Leistungserbringer und Versicherer verpflichten sich, alle im Rahmen dieser Zusammenarbeit involvierten Personen, insbesondere auch ihre Mitarbeitenden und beigezogene Dritte (z.B. Outsourcing) über die Geheimhaltung und Schweigepflicht gemäss diesem Vertrag in Kenntnis zu setzen und sie schriftlich in entsprechender Weise zur Einhaltung zu verpflichten.

10.3 Datenbearbeitung bzw. elektronischer Datenaustausch (EDI)

Die Vertragsparteien wollen den elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und HSK-Versicherern realisieren.

HSK-Versicherer und Leistungserbringer können den elektronischen Datenaustausch vereinbaren. In diesem Fall werden die administrativen und medizinischen Daten mit der Bedarfsmeldung bzw. Rechnung elektronisch an den Versicherer gesendet. Der Versicherer erhält alle Daten in strukturierter und elektronisch lesbarer Form.

Der elektronische Datenaustausch für die Bedarfsmeldung sowie Rechnung richtet sich nach den gemeinsam vereinbarten Standards, mit denen die Daten übermittelt werden können. Diese Standards werden in einem Konzept festgehalten, welches die Vertragsparteien gemeinsam verabschieden.

10.4 Datensicherheit

Die Vertragsparteien stellen durch geeignete personelle, organisatorische und technische Massnahmen sicher, dass die Datensicherheit gemäss der Datenschutzgesetzgebung (insb. Art. 7 DSG und Art. 8 ff. Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz, VDSZ) gewährleistet wird. Sie sorgen namentlich auch dafür, dass bei der Erfassung, Bearbeitung, Archivierung und Übermittlung von Personendaten auf elektronischem Weg die Datensicherheit jederzeit gewährleistet ist.

Der elektronische Datentransfer zwischen den Parteien erfolgt für besonders schützenswerte Personendaten wie Gesundheitsdaten, Diagnosedaten etc. aus Sicherheitsgründen verschlüsselt oder über eine gesicherte Schnittstelle.

Artikel 11 Wirtschaftlichkeit / Qualitätssicherung

11.1 Die Pflegeleistungen müssen nach den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht werden (Art. 32 KVG). Der Leistungserbringer muss seine Leistungen auf ein 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.

11.2 Massnahmen der Qualitätssicherung und –förderung gemäss Art. 22a und Art. 58 KVG sowie Art. 77 KVV können auf der Grundlage des Projektes der medizinischen Qualitätsindikatoren in einem separaten Vertrag vereinbart werden.

Artikel 12 Überprüfung der Einstufungen / Auskunftspflicht der Leistungserbringer

12.1 Die Versicherer haben den gesetzlichen Auftrag, die Leistungspflicht und die Wirtschaftlichkeit (WZW) der in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen.

12.2 Die Krankenversicherer führen folgende Kontrollen durch:

- Prüfung der vom Pflegeheim eingereichten Unterlagen beim Versicherer
- Prüfung der Unterlagen beim Leistungserbringer.

A) Prüfung beim Versicherer:

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

Ergibt die Kontrolle ein Resultat, das Auswirkungen auf die Vergütung hat, wird der Leistungserbringer umgehend informiert.

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

B) Prüfung beim Leistungserbringer:

Die Fachpersonen des Versicherers arbeiten mit den Fachpersonen des Leistungserbringers zusammen.

Der Ablauf der Einstufungsüberprüfung beim Leistungserbringer ist in Anhang 5 geregelt.

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

Die nachfolgend aufgeführten Dokumente können zur Überprüfung dienlich sein, wobei die Auflistung exemplarisch und nicht abschliessend ist:

Unterlagen des Assessments, z. B.:

- Protokoll der erfassten Leistungen (BESA)
- MDS und Abklärungszusammenfassung (RAI)
- 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

- 12.4 Leistungserbringer und Versicherer können bei Streitigkeiten bezüglich Einstufungen neben den bereits involvierten Fachleuten beider Seiten zusätzlich je eine weitere Pflegefachperson und / oder eine Vertretung des Systemanbieters oder eine neutrale Fachperson beiziehen. Die Kosten für die gemeinsam beigezogene neutrale Person werden hälftig von den Streitparteien getragen.

Die Einigung bezüglich Einstufung 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 bei der Schlichtung keine Lösung, legen sie den unbestrittenen Anteil der Pflegekosten fest. Diese Kosten werden rückwirkend ab Kontrolldatum vergütet. Kommt keine Einigung zustande, steht der Rechtsweg gemäss Art. 89 KVG offen.

- 12.5 Wo die öffentliche Hand ebenfalls Überprüfungen der Pflegebedarfsstufe beim Leistungserbringer vornehmen will, können paritätische Kommissionen mit Fachpersonen aller Beteiligten gebildet werden.

Artikel 13 Schlichtung

- 13.1 Entstehen bei der Anwendung des Vertrages Differenzen, sollen diese grundsätzlich von den Betroffenen bereinigt werden.
- 13.2 Können sich die Betroffenen nicht einigen, richtet sich das weitere Vorgehen bei Streitigkeiten nach Art. 89 KVG.

Artikel 14 Inkrafttreten, Vertragsdauer und Kündigung

- 14.1 Dieser Vertrag tritt per 1.4.2013 in Kraft und wird für eine unbestimmte Dauer abgeschlossen.
- 14.2 Der Vertrag samt seinen Anhängen können von einer der beiden Vertragsparteien unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres, jedoch frühestens per 31.12.2014, gekündigt werden.
- 14.3 Einzelne Leistungserbringer können unter Einhaltung einer sechsmonatigen Frist auf das Ende eines Kalenderjahres den Rücktritt vom Vertrag samt Anhängen gegenüber der sie vertretenden Vertragspartei erklären. Die Vertragsparteien informieren einander gegenseitig. Der Rücktritt von einzelnen Vertragsbestandteilen oder einzelnen Anhängen ist nicht möglich.

Artikel 15 Änderungen des Vertrages, Schriftlichkeitsvorbehalt, salvatorische Klausel

- 15.1 Anpassungen, Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages oder seiner Anhänge können durch die Vertragspartner jederzeit verhandelt werden.
- 15.2 Alle Änderungen und Ergänzungen zu diesem Vertrag bzw. seinen Anhängen, inklusive dieses Artikels, haben schriftlich zu erfolgen, sind von den Vertragsparteien rechtsverbindlich zu unterzeichnen und lösen ein neues Beitrittsverfahren aus.
- 15.3 Sollte eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, wird die Gültigkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Unwirksame Bestimmungen sind durch Regelungen, die dem Sinn und der wirtschaftlichen Bedeutung des von den Parteien Gewollten möglichst nahe kommen, zu ersetzen.

Artikel 16 Anwendbares Recht und Gerichtsstand

- 16.1 Dieser Vertrag untersteht Schweizer Recht.
- 16.2 Für Streitigkeiten sind die Gerichte gemäss Art. 89 KVG zuständig.

Artikel 17 Anhänge

- | | |
|-------|---|
| Nr. 1 | Verzeichnis der beigetretenen Leistungserbringer |
| Nr. 2 | Verzeichnis der angeschlossenen Versicherer |
| Nr. 3 | Bedarfserfassungssysteme |
| Nr. 4 | Modalitäten der Abrechnung und Vergütung von Mittel- und Gegenständen (MiGeL), Arzneimitteln, Arztleistungen und paramedizinischen Leistungen |
| Nr. 5 | Ablauf der Einstufungsüberprüfung vor Ort |

Für **CURAVIVA Schweiz:**

Bern, den

Dr. Hansueli Mösle,
Direktor

Dr. Markus Leser
Mitglied der Geschäftsleitung

Die **HSK-Versicherer:**

Für Helsana Versicherungen AG:

Stettbach, den

Michael Willer
Mitglied der Konzernleitung

Peter Graf,
Leiter Leistungseinkauf

Für Sanitas Grundversicherungen AG:

Zürich, den

Beat Schärer
Leiter Leistungsmanagement

Nicole Guggisberg
Fachspezialistin Leistungseinkauf

Für KPT Krankenkasse AG:

Bern, den

Dr. Christoph Bangerter
Vorsitzender der Geschäftsleitung

Reto Neuhaus
Leiter Leistungseinkauf + Spezialfunktionen

Anhang Nr. 1 Verzeichnis der beigetretenen Leistungserbringer

Eine Liste der beigetretenen Leistungserbringer wird im Internet / per Link zur Verfügung gestellt. Die Liste enthält folgende Angaben:

- Kanton
- Name
- ZSR-Nr.
- PLZ/Ort
- TG/TP
- Instrument (BESA/RAI/PLAISIR)
- Datum Beitritt

Anhang Nr. 2 Verzeichnis der angeschlossenen Krankenversicherer

Dem Vertrag sind die folgenden Versicherer angeschlossen:

A. Helsana Versicherungen AG, sowie:

- Progrès Versicherungen AG
- sansan Versicherungen AG
- avanex Versicherungen AG
- maxi.ch Versicherungen AG
- indivo Versicherungen AG

B. Sanitas Grundversicherungen AG, sowie:

- Compact Grundversicherungen AG
- Wincare Versicherungen AG
- Kolping Krankenkasse AG

C. KPT Krankenkasse AG, sowie:

- Agilia Krankenkasse AG
- Publisana Krankenkasse AG

Anhang Nr. 3 Bedarfserfassungssysteme

1. Die Wahl des Bedarfserfassungssystems steht dem Leistungserbringer im Rahmen der kantonalen Vorgaben frei.
2. Es können die Bedarfserfassungssysteme mit den Abrechnungsmodulen folgender Systeme durch die Pflegeheime eingesetzt werden:
 - PLAISIR
 - RAI/RUG
 - BESA
3. Für die Anwendung der Abrechnungsmodule sind die Präzisierungen der Systemanbieter in Handbüchern, Guidelines, Entscheiden der CT PLAISIR etc. massgebend, sofern diese nicht dem Gesetz oder diesem Vertrag widersprechen.
4. Ein Wechsel des Systems kann immer auf Monatsbeginn erfolgen. Er ist den Vertragsparteien mindestens 30 Tage vor dem Wechsel schriftlich mitzuteilen.
5. Andere Bedarfserfassungssysteme als in Absatz 2 erwähnt, bedürfen der Vertragszulassung durch die Vertragsparteien. Die Vertragsparteien vereinbaren hierzu die Anforderungen an die Bedarfserfassungssysteme in einem separaten Grundlagenpapier.

Anhang Nr. 4

Modalitäten der Abrechnung und Vergütung von Mitteln und Gegenständen (MiGeL), Arzneimitteln, Arztleistungen und paramedizinischen Leistungen

Dieser Anhang regelt die Modalitäten der Abrechnung und Vergütung von Nebenleistungen, die durch angestellte oder vertraglich eingebundene Leistungserbringer erbracht oder bei Dritten eingekauft werden.

Grundsätze

- Die Leistungserbringer können diese Leistungen erbringen und gegenüber den HSK-Versicherern in Rechnung stellen.
- Voraussetzung ist die Erfüllung der nationalen und kantonalen Auflagen an das Leistungsangebot
- Die Leistungserbringer müssen die direkten oder indirekten Vergünstigungen weitergeben (Art. 56 Abs. 3 KVG).
- Für die Vergütung von Nebenleistungen können Einzelleistungen, Teil- oder Vollpauschalen vereinbart werden. Die Tarife und Konditionen werden in separaten Tarifverträgen vereinbart.
- Individuelle Regelungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern sind möglich.

1. MiGeL

Vom Arzt verordnete Mittel und Gegenstände gemäss Mittel- und Gegenstände-Liste (Anhang 2 KLV) können nach den folgenden Modellen abgerechnet werden:

1.1. Einzelverrechnung

Die Abrechnung erfolgt detailliert, inkl. MiGeL-Positionsnummer und Kalendarium.

1.2. Teil- oder Vollpauschale

Die Pauschale kann über alle Pflegebedarfsstufen identisch sein oder nach Pflegestufe differenziert werden.

Die in der Teilpauschale enthaltenen bzw. nicht enthaltenen Produkte- und -gruppen werden klar definiert.

2. Arzneimittel

Pflegeheime können Arzneimittel (Medikamente) unter folgenden Bedingungen abrechnen:

- Es handelt sich um ein Pflichtmedikament.
- Eine kantonale Bewilligung zur Medikamentenabgabe liegt vor.

3. Arztleistungen

Pflegeheime können Arztleistungen unter folgenden Bedingungen abrechnen:

- Es handelt sich um Pflichtleistungen.
- Die notwendigen kantonalen Bewilligungen liegen vor.

4. Paramedizinische Leistungen

Die Pflegeheime können ärztlich angeordnete kassenpflichtige paramedizinische Leistungen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung oder medizinische Analysen unter folgenden Bedingungen abrechnen:

- Es handelt sich um Pflichtleistungen.
- Die notwendigen kantonalen Bewilligungen liegen vor.

5. Weitere Leistungen

5.1 Wund-Vakuum-System (frühere MiGeL-Gruppe 34.90).

Es bestehen Verträge zwischen Anbietern dieser Leistungen und den Versicherern, welche die Vergütung regeln.

5.2. SVK-Leistungen

Alle zwischen H+ Die Spitäler der Schweiz und dem Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung (SVK; www.svk.org) tarifierten Leistungen wie künstliche Ernährung, Hämodialyse, Peritonealdialyse, mechanische Heimventilation usw. können die Leistungserbringer direkt den Krankenversicherern in Rechnung stellen, sofern sie solche Leistungen erbringen und der Krankenversicherer dem SVK-Vertrag beigetreten ist.

Für alle anderen Versicherer werden diese Leistungen entsprechend ihren Vertragsbedingungen direkt in Rechnung gestellt.

Anhang 5 Ablauf der Einstufungsprüfung beim Leistungserbringer

1. Grundsätze

Die Guidelines der Systemanbieter (z. B. Handbücher) sind Grundlage für die fachliche Einstufungsüberprüfung beim Leistungserbringer.

Beim System Plaisir gilt in Ergänzung zu diesem Anhang die Décision No 21 der CT Plaisir (Stand 17.06.2009).

2. Qualifikation der Kontrollpersonen

Die Kontrollpersonen der Krankenversicherer sind auf tertiärer Stufe ausgebildete Pflegefachpersonen und vom Systemanbieter des Bedarfsermittlungsinstrumentes geschult.

3. Festlegen des Kontrolltermins

Der Versicherer vereinbart telefonisch mit dem Leistungserbringer einen Termin im Zeitraum der nächsten 3 Kalenderwochen. Dieser Termin wird der Institution vor dem Besuch schriftlich bestätigt inkl. Namen der Versicherten, bei denen eine Leistungskontrolle stattfindet, sowie Name der Kontrollperson.

4. Überprüfung der Einstufungen

Der Leistungserbringer stellt eine kompetente Pflegefachperson zur Verfügung. Die verordnete Pflegebedarfsstufe wird anhand der vorgelegten Unterlagen und auf Grundlage der Auskünfte der pflegeverantwortlichen Person auf ihre Nachvollziehbarkeit geprüft.

5. Entscheidungsgrundlagen

Die Kontrollperson berücksichtigt für den Entscheid alle Dokumente, die ihr zur Überprüfung vorgelegt werden, die Auskünfte der Pflegenden sowie bei Bedarf eigene Beobachtungen bei der versicherten Person. Basis für den abschliessenden Entscheid sind die Unterlagen, welche zum Zeitpunkt der Kontrolle vorliegen. Später eingereichte 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.