

# Administrativ-Vertrag

Vertragsnummer: 42.500.1348L

vom 01.01.2017

betreffend die

## Abgeltung von ambulanten Pflege-Leistungen hauptsächlich in Wohnungen mit Dienstleistungen

in den Kantonen:

**AG, AI, AR, BE, BL, BS, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, ZG, ZH, VS, FR**

gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

zwischen

**Curaviva Schweiz**  
Zieglerstrasse 53  
Postfach 1003  
3000 Bern 23

und

**Senesuisse**  
Kapellenstrasse 14  
Postfach  
3001 Bern

(Nachfolgend: **Curaviva/ Senesuisse**)

und

- |     |             |   |
|-----|-------------|---|
| 1.  | BAG Nr. 32  | <b>Aquilana Versicherungen</b>                                  |
| 2.  | BAG Nr. 57  | <b>Moove Sympany AG</b>   |
| 3.  | BAG Nr. 62  | <b>Supra-1846 SA</b>  |
| 4.  | BAG Nr. 134 | <b>Kranken- und Unfallkasse, Bezirkskrankenkasse Einsiedeln</b> |
| 5.  | BAG Nr. 182 | <b>PROVITA Gesundheitsversicherung AG</b>                       |
| 6.  | BAG Nr. 194 | <b>Sumiswalder Krankenkasse</b>                                 |
| 7.  | BAG Nr. 246 | <b>Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg</b>                  |
| 8.  | BAG Nr. 290 | <b>CONCORDIA Schweiz. Kranken- u. Unfallversicherung AG</b>     |
| 9.  | BAG Nr. 312 | <b>Atupri Gesundheitsversicherung</b>                           |
| 10. | BAG Nr. 343 | <b>Avenir Krankenversicherung AG</b>                            |
| 11. | BAG Nr. 360 | <b>Krankenkasse Luzerner Hinterland</b>                         |
| 12. | BAG Nr. 455 | <b>ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG</b>                 |
| 13. | BAG Nr. 509 | <b>Vivao Sympany AG</b>   |
| 14. | BAG Nr. 558 | <b>KVF Krankenversicherung AG</b>                               |
| 15. | BAG Nr. 762 | <b>Kolping Krankenkasse AG</b>                                  |

- |     |              |  |
|-----|--------------|--|
| 16. | BAG Nr. 774  | <b>Easy Sana Krankenversicherung AG</b>  |
| 17. | BAG Nr. 780  | <b>Genossenschaft Glarner Krankenversicherung</b>  |
| 18. | BAG Nr. 820  | <b>Cassa da malsauns LUMNEZIANA</b>  |
| 19. | BAG Nr. 829  | <b>KLuG Krankenversicherung</b>  |
| 20. | BAG Nr. 881  | <b>EGK Grundversicherungen AG</b>  |
| 21. | BAG Nr. 901  | <b>sanavals Gesundheitskasse</b>   |
| 22. | BAG Nr. 923  | <b>Krankenkasse SLKK</b>   |
| 23. | BAG Nr. 941  | <b>sodalis gesundheitsgruppe</b>   |
| 24. | BAG Nr. 966  | <b>vita surselva</b>   |
| 25. | BAG Nr. 1040 | <b>KKV Krankenkasse Visperterminen</b>   |
| 26. | BAG Nr. 1113 | <b>Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont</b>   |
| 27. | BAG Nr. 1142 | <b>Krankenkasse Institut Ingenbohl</b>   |
| 28. | BAG Nr. 1147 | <b>Krankenkasse Turbenthal</b>   |
| 29. | BAG Nr. 1318 | <b>Krankenkasse Wädenswil</b>  |
| 30. | BAG Nr. 1322 | <b>Krankenkasse Birchmeier</b>   |
| 31. | BAG Nr. 1331 | <b>Krankenkasse Stoffel Mels</b>   |
| 32. | BAG Nr. 1362 | <b>Krankenkasse Simplon</b>  |
| 33. | BAG Nr. 1384 | <b>SWICA Krankenversicherung</b>   |
| 34. | BAG Nr. 1386 | <b>GALENOS Kranken- und Unfallversicherung</b>   |
| 35. | BAG Nr. 1401 | <b>rhenusana - Die Rheintaler Krankenkasse</b>   |
| 36. | BAG Nr. 1479 | <b>Mutuel Krankenversicherung AG</b>   |
| 37. | BAG Nr. 1507 | <b>Fondation AMB</b>   |
| 38. | BAG Nr. 1535 | <b>Philos Krankenversicherung AG</b>   |
| 39. | BAG Nr. 1542 | <b>Assura-Basis SA</b>   |
| 40. | BAG Nr. 1555 | <b>Visana AG</b>   |
| 41. | BAG Nr. 1560 | <b>Agrisano Krankenkasse AG</b>  |
| 42. | BAG Nr. 1568 | <b>sana24 AG</b>   |
| 43. | BAG Nr. 1570 | <b>Vivacare AG</b>   |
| 44. |              | <b>Gemeinsame Einrichtung KVG</b><br>Gibelinstrasse 25, Postfach, 4503 Solothurn, in ihrer Funktion als<br>aushelfender Träger gemäss Art. 19 Abs. 1 KVV |

nachfolgend: **Versicherer**

Alle gemäss Vollmacht vertreten durch

**tarifsuisse ag**  
Römerstrasse 20  
4502 Solothurn

## **Art. 1 Persönlicher Geltungsbereich**

Dieser Administrativ-Vertrag gilt für

- a) Gemäss Art. 51 KVV anerkannte Leistungserbringer, welche den Beitritt zu diesem Vertrag erklärt haben (siehe Anhang 1).  
(Nachfolgend: **Leistungserbringer**)
- b) jeden der vertragsschliessenden Krankenversicherer
- c) Curaviva/senesuisse, soweit sie gemäss diesem Vertrag ausdrücklich Rechte und Pflichten für sich selbst übernimmt.
- d) tarifsuisse ag, soweit sie gemäss diesem Vertrag ausdrücklich Rechte und Pflichten für sich selbst übernimmt.

## **Art. 2 Sachlicher und örtlicher Geltungsbereich**

<sup>1</sup> Dieser Vertrag betrifft Personen, die entweder bei einem vertragsschliessenden Versicherer obligatorisch gemäss KVG versichert sind oder gemäss internationalen Abkommen Anspruch auf eine Vergütung gemäss KVG haben.

<sup>2</sup> Dieser Vertrag regelt die Anwendung der gesetzlich festgelegten Tarife und die administrativen Abläufe der ambulanten Pflegeleistungen gemäss Art. 25a KVG, Art. 51 KVV und Art. 7 ff KLV in den Kantonen AG, AI, AR, BE, BL, BS, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, ZG, ZH, VS, FR.

<sup>3</sup> Die Pflegeleistungen werden hauptsächlich bei Versicherten erbracht, welche in Wohnungen mit Dienstleistungen leben. Daneben können Pflegeleistungen für Versicherte erbracht werden, die ausserhalb dieser Angebote leben.

<sup>4</sup> Dieser Vertrag gilt nicht für stationäre Aufenthalte in Pflegeheimen, nicht für Aufenthalte in Tages- oder Nachtstrukturen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG und nicht für Akut- und Übergangspflege.

## **Art. 3 Vertragsbeitritt und -Rücktritt der Leistungserbringer**

<sup>1</sup> Diesem Vertrag können Leistungserbringer beitreten, die gemäss kantonalem Recht in den Kantonen AG, AI, AR, BE, BL, BS, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, ZG, ZH, VS und FR als ambulanter Leistungserbringer gemäss Art. 51 KVV zugelassen sind. Sie müssen über eine entsprechende separate ZSR-Nummer verfügen.

<sup>2</sup> Der Beitritt schliesst die volle Anerkennung dieses Vertrages mit seinen Anhängen ein.

<sup>3</sup> Leistungserbringer, welche Mitglied von senesuisse oder einem Kantonalverband von Curaviva sind, treten diesem Vertrag mittels einer schriftlichen Beitrittserklärung an senesuisse bzw. ihren Kantonalverband bei.

<sup>4</sup> Leistungserbringer, welche nicht Mitglied von senesuisse oder einem Kantonalverband von Curaviva sind, treten diesem Vertrag mittels einer schriftlichen Beitrittserklärung an senesuisse bzw. den zuständigen Kantonalverband von Curaviva bei.

<sup>5</sup> Curaviva und senesuisse führen eine aktualisierte Beitrittsliste und stellen tarifsuisse ag die jeweils aktuelle Liste der Beitritts- und Rücktrittserklärungen zur Verfügung.

<sup>6</sup> tarifsuisse ag hat im Bedarfsfall das Recht, bei Curaviva/senesuisse eine Kopie des Beitrittsformulars eines Leistungserbringers einzuverlangen.

<sup>7</sup> Der Leistungserbringer ist verpflichtet, allfällige Mutationen seiner Identifikationsangaben (z.B. Namens- oder Adressänderungen) selbstständig an SASIS AG zu melden.

<sup>8</sup> Erfolgt der Beitritt bis spätestens am 31.10.2017, gilt er rückwirkend per 01.01.2017. Erfolgt er später, gilt er ab dem Datum des Eingangs der Mitteilung über den Beitritt bei tarifsuisse ag.

<sup>9</sup> Die Frist für den Rücktritt von diesem Vertrag beträgt 6 Monate und ist jeweils per Ende jedes Jahres möglich, erstmals per 31. Dezember 2018. Leistungserbringer, welche ihre Tätigkeit vor Ende des Jahres aufgeben und aus diesem Grund ihre ZSR-Nummer bei der SASIS AG sistiert haben, können vorzeitig den Rücktritt vom Vertrag auf den Zeitpunkt der Betriebsaufgabe erklären. Ein Entzug der kantonalen Betriebsbewilligung als Leistungserbringer gemäss Art. 51 KVV hat den sofortigen Vertragsausschluss zur Folge.

<sup>10</sup> Der Rücktritt erfolgt sowohl von Mitgliedern als auch von Nichtmitgliedern von Curaviva/sene-suisse gegenüber Curaviva/senesuisse, welche tarifsuisse ag ohne zeitlichen Verzug informiert. Der Rücktritt ist schriftlich unter Mitteilung der ZSR / GLN-Nummer und unter ausdrücklicher Bezeichnung dieses Administrativ-Vertrages zu erklären.

<sup>11</sup> Das Beitrittsverfahren der Leistungserbringer und die Kosten richten sich nach den Regeln und Bedingungen der jeweiligen Kantonalverbände von Curaviva bzw. senesuisse.

#### **Art. 4 Vertragsabschluss weiterer Versicherer (Optionsrecht)**

<sup>1</sup> tarifsuisse ag wird das Recht eingeräumt, die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag einseitig auch für weitere zugelassene Versicherer 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).

<sup>2</sup> Der auf dem Optionsrecht beruhende Vertrag zwischen dem neu abschliessenden Versicherer und dem Leistungserbringer gilt als abgeschlossen, sobald tarifsuisse ag dem Leistungserbringer 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.

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

#### **Art. 5 Leistungsvoraussetzungen**

Die Krankenversicherer übernehmen die Kosten für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 und Art. 8 KLV, die aufgrund der Bedarfsabklärung, auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag von Leistungserbringern erbracht werden, welche die Bedingungen gemäss Art. 51 KVV erfüllen.

#### **Art. 6 Bedarfsabklärung beim Patienten**

<sup>1</sup> Gemäss Art. 8 KLV muss eine Bedarfsabklärung gemacht werden. Es steht dem Leistungserbringer offen, welches standardisierte Bedarfserfassungsinstrument für ambulante Pflege er wählt.

<sup>2</sup> Die schriftliche Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfsbedarfs. Sie wird durch eine dazu befähigte diplomierte Pflegefachperson gemacht (vgl. Art. 8 Abs. 2 KLV).

<sup>3</sup> Die Bedarfsabklärung erfolgt beim Versicherten bei Leistungsbeginn und ist spätestens innert 14 Kalendertagen nach Beginn des Einsatzes abzuschliessen.

## **Art. 7 Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung**

<sup>1</sup> Krankenpflegeleistungen setzen eine ärztliche Anordnung voraus. Die Meldung zeigt den voraussichtlichen Bedarf an Pflegeleistungen auf. Die Meldung erfolgt mit den von den Vertragsparteien anerkannten, standardisierten Formularen. Auf der Bedarfsmeldung geben die Leistungserbringer den voraussichtlichen Zeitbedarf gemäss Art. 8 Abs. 2 KLV an.

<sup>2</sup> Das Bedarfsmeldeformular ist vollständig ausgefüllt sofort nach Unterzeichnung durch den Arzt und die verantwortliche Person des Leistungserbringers dem Versicherer zuzustellen. Wo dies nicht möglich ist, erfolgt die Zustellung spätestens mit der ersten Rechnung.

<sup>3</sup> Die Bedarfsmeldung kann auch elektronisch dem Versicherer zugestellt werden. Sie muss vollständig ausgefüllt sein. Das ärztlich unterzeichnete Exemplar kann vom Versicherer eingefordert werden.

<sup>4</sup> Das Datum des effektiven Behandlungsbeginns und das Datum, zu welchem die Verordnung wirksam wird, müssen identisch sein. Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig.

<sup>5</sup> Erhebt der Versicherer nicht innert 14 Kalendertagen ab Erhalt der Meldung Einspruch, so gilt die Leistungspflicht unter Vorbehalt des Prinzips von Art. 32 KVG (wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich) als gegeben.

<sup>6</sup> Die Bedarfsmeldung umfasst folgende Angaben:

- a) Daten des Versicherten
  - Versichertennummer
  - Versichertenkartennummer
  - Sozialversicherungsnummer
  - Name
  - Vorname
  - Wohnadresse
  - Geburtsdatum
  - Geschlecht
- b) Angabe, ob Krankheit, Unfall oder anderes (Invalidität, Militär, Mutterschaft)
- c) Name des Versicherers
- d) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nummer) sowie bei elektronischer Rechnungsstellung GLN-Nummer des Leistungserbringers.
- e) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
- f) Name und Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nummer) sowie bei elektronischer Rechnungsstellung GLN-Nummer des verordnenden Arztes
- g) Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung
- h) Voraussichtliche Anzahl Minuten je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a bis c KLV für die Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung
- i) ein von den Vertragsparteien anerkanntes Leistungsplanungsblatt
- j) voraussichtlicher Bedarf an MiGeL-Produkten inkl. zweistelliger Nummer der Produktgruppe
- k) Angabe, ob es sich um externe Pflegeleistungen (E) oder um Pflegeleistungen in einer Wohnung mit Dienstleistungen (I) handelt.

## **Art. 8 Änderung des Pflegebedarfs**

<sup>1</sup> Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen dauerhaft, ist eine neue Bedarfsabklärung vorzunehmen.

<sup>2</sup> Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen im Verlaufe des Einsatzes vorübergehend während mindestens 8 Tagen, und übersteigt er die verordnete Anzahl Stunden wesentlich, muss diese Änderung – ohne erneute Bedarfsabklärung - dem Versicherer gemeldet werden.

## **Art. 9 Leistungsumfang und Vergütung**

<sup>1</sup> Der Versicherer übernimmt Beiträge an die Kosten der Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, der Untersuchung und Behandlung sowie der Grundpflege gemäss Art. 7a Abs. 1 und 2 KLV.

<sup>2</sup> Mit diesen Beiträgen sind sämtliche krankenversicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.

<sup>3</sup> Der Leistungserbringer verrechnet den dem erbrachten Pflegeaufwand entsprechenden Beitrag gemäss Art. 7a KLV. Vorausrechnungen sind nicht möglich.

<sup>4</sup> Die maximal verrechenbare Einsatzzeit für **Leistungen in Wohnungen mit Dienstleistungen** nach Art. 7 Abs. 2 lit. a – c KLV **beträgt im Durchschnitt pro Rechnungsperiode höchstens 90 Minuten pro Einsatz-Tag.**

<sup>5</sup> Bei einer vorübergehenden Überschreitung von durchschnittlich 90 Minuten pro Tag (z.B. bei Grippe, Sturz, etc.) wird der Versicherer vom Leistungserbringer unverzüglich informiert.

<sup>6</sup> Bei permanenter Überschreitung von durchschnittlich 90 Minuten pro Tag kann der Versicherer die für eine Überprüfung der Leistungspflicht und der Einhaltung von Art. 32 KVG (wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich) notwendigen Unterlagen vom Leistungserbringer einverlangen.

<sup>7</sup> Für Pflegeleistungen an Versicherten, welche nicht in Wohnungen mit Dienstleistungen leben, kommt Abs. 4 nicht zur Anwendung.

<sup>8</sup> Es können keine Zuschläge für Pflegeverrichtungen nachts, an den Wochenenden und an allgemeinen Feiertagen in Rechnung gestellt werden.

<sup>9</sup> Der Leistungserbringer wird als Abgabestelle i.S.v. Art. 55 KVV anerkannt, um Versicherten Mittel und Gegenstände abzugeben.

<sup>10</sup> Mittel und Gegenstände dürfen nur bei Abgabe an den Versicherten zur Selbstanwendung zusätzlich zu den Beiträgen gemäss Abs. 1 verrechnet werden (Art. 20 KLV). Bei Anwendung im Rahmen der Behandlung oder Untersuchung sind die Mittel und Gegenstände im Tarif inbegriffen.

<sup>11</sup> Mittel und Gegenstände dürfen maximal zum **MiGeL-Höchstpreis** abzüglich **15%** verrechnet werden. Die Abrechnung erfolgt detailliert, inkl. MiGeL-Positionsnummer und Produktnamen. Es muss zwingend bei der ersten Rechnungstellung die ärztliche Verordnung gemäss Art. 20 KLV beigelegt.

<sup>12</sup> Der Leistungserbringer darf keine Medikamente zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verrechnen.

<sup>13</sup> Ärztlich verordnete Medikamente, die über eine vom Kanton bewilligte Apotheke eines Pflegeheimes bezogen werden, können gemäss **SL** abzüglich **15%** über die ZSR-Nummer des Pflegeheimes mit separater Rechnung verrechnet werden.

<sup>14</sup> Der Leistungserbringer kann keine Leistungen nach Art. 7 KLV abrechnen, während der Patient sich im Spital oder Pflegeheim (inkl. stationäre Akut- und Übergangspflege) befindet. Dies gilt nicht für den Ein- und Austrittstag.

## **Art. 10 Rechnungsstellung und -bezahlung**

<sup>1</sup> Schuldner der Vergütung der vorliegend vereinbarten Leistungen im Rahmen des KVG ist grundsätzlich der Versicherer (System des tiers payant, Art. 42 Abs. 2 KVG). Vorbehalten bleiben die gesetzlichen Bestimmungen bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich gemäss den Vorlagen in Anhang 3.

<sup>4</sup> Für die Abrechnungsperiode liegt eine zeitlich kongruente ärztliche Anordnung vor.

<sup>5</sup> Die Rechnungsstellung erfolgt für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nichtpflichtleistungen sind dem Versicherten separat in Rechnung zu stellen.

<sup>6</sup> Im System des tiers payant erhält der Versicherte vom Leistungserbringer eine Kopie der Rechnung.

<sup>7</sup> Im System des tiers payant erfolgt die Bezahlung innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung.

<sup>8</sup> Sind im Zeitpunkt der Rechnungsstellung zur Ermittlung des Leistungsumfangs notwendigen Unterlagen zugestellt worden, steht die in Absatz 7 aufgeführte Frist still.

<sup>9</sup> Der Versicherer begründet Beanstandungen. Die Zahlungsfrist wird für den beanstandeten Teil der Rechnung unterbrochen. Der nicht beanstandete Anteil wird auf neue Rechnung hin durch den Versicherer beglichen.

<sup>10</sup> Falls ein Patient per 30. Juni seinen Versicherer wechselt, erstellt der Leistungserbringer bis spätestens 31. Juli des betreffenden Jahres eine Zwischenabrechnung per 30. Juni. Per 31. Dezember erstellt der Leistungserbringer grundsätzlich spätestens bis zum 31. Januar des Folgejahres eine Zwischenabrechnung.

<sup>11</sup> Im Todesfall ist innert 30 Tagen die Endabrechnung zu erstellen.

## **Art. 11 Angaben auf der Rechnung**

Der Leistungserbringer stellt unter Angabe folgender Informationen Rechnung:

- a) Daten des Versicherten
  - Versichertennummer
  - Sozialversicherungsnummer
  - Versichertenkartennummer
  - Name
  - Vorname
  - Wohnadresse
  - Geburtsdatum
  - Geschlecht

- b) Angabe, ob Krankheit, Unfall oder Mutterschaft
- c) Name des Versicherers
- d) Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers inkl. Rechnungsdatum
- e) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und GLN-Nummer des Leistungserbringers; GLN-Nummer bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden
- f) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und GLN-Nummer des verordnenden Arztes; GLN-Nummer bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden
- g) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
- h) Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung(en) für die Rechnungsperiode
- i) Kalendarium mit der entsprechenden Beitragsstufe
- j) abgegebene Mittel und Gegenstände: MiGeL-Nummer, Menge, Preis und Betrag der abgegebenen Produkte und Geräte
- k) Gesamtbetrag
- l) Angabe, ob es sich um externe Pflegeleistungen (E) oder um Pflegeleistungen in einer Wohnung mit Dienstleistungen (I) handelt.

## **Art. 12 Elektronischer Datenaustausch**

<sup>1</sup> Versicherer und Leistungserbringer können nach Massgabe des Krankenversicherungsgesetzes zum Umgang mit Daten den elektronischen Datenaustausch vereinbaren. In diesem Fall werden die administrativen und medizinischen Daten mit der ärztlichen Verordnung und Bedarfsmeldung (gemäss Art. 7 dieses Vertrages) bzw. der Rechnung (gemäss Art. 11 dieses Vertrages) elektronisch an den Versicherer gesendet. Der Versicherer erhält alle Daten in strukturierter und elektronisch lesbarer Form.

<sup>2</sup> Der elektronische Datenaustausch für die Bedarfsmeldung und für die Rechnung richtet sich nach den branchenüblichen Standards, mit denen die Daten übermittelt werden können.

## **Art. 13 Aufklärungspflicht**

<sup>1</sup> Der Leistungserbringer anerkennt, dass ihm von Gesetzes wegen eine besondere Aufklärungspflicht gegenüber seinen Patienten in Bezug auf die Leistungen der sozialen Krankenpflegeversicherer und allenfalls die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten auferlegt ist.

<sup>2</sup> 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.

## **Art. 14 Tarifschutz**

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Tarifschutz nach Art. 44 KVG zu beachten. Dabei berücksichtigt er insbesondere, dass mit der Abrechnung der Pflegeleistungen gemäss Art. 7 ff. KLV sämtliche KVG-pflichtigen Pflegeleistungen abgegolten sind und daneben keine weiteren Pflegeleistungen verrechnet werden dürfen.

## **Art. 15 Wirtschaftlichkeit / Qualitätssicherung**

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> Der Leistungserbringer verpflichtet sich, an den Massnahmen der Qualitätssicherung gemäss Art. 77 KVV teilzunehmen.

#### **Art. 16 Mindestqualifikation Personal**

Für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner gelten die Bestimmungen von Art. 49 KVV. Personal, das Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV erbringt, darf dies nur im Rahmen der in der Aus- und Weiterbildung erworbenen Kompetenzen tun. Stellenvorgaben für das Pflegepersonal sind anzuwenden, sofern der Standortkanton des Leistungserbringers solche erlassen hat.

#### **Art. 17 Leistungsstatistik (Reporting)**

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, jeweils bis spätestens 30. Juni des Folgejahres die Anzahl der über diesen Vertrag abgerechneten Patienten und der Anzahl Fälle mit einem Pflegebedarf von mehr als 90 Minuten pro Tag an tarifsuisse ag zu liefern.

#### **Art. 18 Auskunftspflicht der Leistungserbringer**

<sup>1</sup> Der Versicherer hat die Pflicht und das Recht, die Leistungspflicht zu überprüfen. Die Grundlagen zum Umgang mit Daten sind in den Bestimmungen des Datenschutz- sowie Krankenversicherungsrechts geregelt.

<sup>2</sup> Der Kontrollperson des Versicherers werden nach Massgabe des Krankenversicherungsgesetzes sämtliche prüfungsrelevanten Dokumente der verlangten Dossiers zum Studium eingereicht oder vorgelegt.

<sup>3</sup> Die Überprüfung kann beim Leistungserbringer oder beim Versicherer stattfinden.

#### **Art. 19 Schlichtung**

<sup>1</sup> Entstehen bei der Anwendung dieses Vertrages Differenzen, sollen diese grundsätzlich von den Betroffenen bereinigt werden.

<sup>2</sup> Die Anrufung des kantonalen Schiedsgerichts gemäss Art. 89 KVG steht den Leistungserbringern und den Versicherern offen.

#### **Art. 20 Inkrafttreten, Vertragsdauer**

Dieser Vertrag tritt rückwirkend auf den 01.01.2017 in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

#### **Art. 21 Änderungen**

Die Vertragsparteien können diesen Vertrag oder Teile desselben durch übereinstimmende schriftliche Erklärungen jederzeit und ohne formelle Kündigung ändern. Sollten sich die dem

Vertrag zugrunde liegenden Verhältnisse verändern oder die eine oder andere Bestimmung dieses Vertrages nichtig resp. teilnichtig sein oder werden, so wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen davon nicht betroffen. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, in einem solchen Fall den Vertrag den veränderten Verhältnissen anzupassen resp. die nichtige oder teilnichtige Bestimmung durch eine andere zu ersetzen, damit der beabsichtigte Vertragszweck in rechtlich zulässiger Weise erreicht werden kann (salvatorische Klausel). Änderungen werden – wenn immer möglich – seitens Versicherer über tarifsuisse ag koordiniert.

## **Art. 22 Kündigung**

<sup>1</sup> Dieser Vertrag ist kündbar mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils per Ende Jahr, erstmals per 31.12.2018. Mit der Kündigung des Vertrages wird der Vertrag mitsamt all seinen Anhängen aufgelöst.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Umgekehrt hat Curaviva/senesuisse ebenfalls die Möglichkeit, den Vertrag nur gegenüber einzelnen Versicherern zu kündigen, indem er nur diesem Versicherer direkt eine Kündigung zustellt. Zudem besteht für Curaviva/senesuisse 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.

<sup>4</sup> Will Curaviva/senesuisse den Vertrag gegenüber sämtlichen Versicherern, für welche tarifsuisse ag den Vertrag abgeschlossen hat, kündigen, ist 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. 23 Anhänge**

Dieser Vertrag enthält folgende Anhänge:

### **Anhang 1**

Liste der beigetretenen Leistungserbringer

### **Anhang 2**

Rechnungsformulare

### **Anhang 3**

Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

## **Art. 23 Schlussbestimmungen**

<sup>1</sup> Dieser Vertrag wird in 3-facher Ausführung ausgefertigt und unterzeichnet. Ein Vertragsexemplar ist für Curaviva, eines für senesuisse und eines für tarifsuisse ag bestimmt.

## Anhang 1

### Liste der beigetretenen Leistungserbringer

---

#### Muster für die Beitrittsliste der Leistungserbringer

ZSR Nummer	Name	Adresse	PLZ/Ort	Kanton	Leistungsangebot		Beitritt per
					Wohnen mit Dienst- leistungen	Spitex	

## Anhang 2

---

### Rechnungsformular

Definitive Version pendent

## Anhang 3

---

### Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

#### 1. Prüfung beim Versicherer

Zweistufiges Verfahren zur Prüfung der in Rechnung gestellten Leistungen auf Leistungspflicht, Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) Art. 32 KVG, auf der Basis von eingereichten Unterlagen beim Versicherer.

##### 1.1 Prüfung der von der Spitex gemäss Art. 6 Abs. 5 eingereichten Unterlagen

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer systematisch folgende Unterlagen zur Verfügung:

- Bedarfsmeldeformular gemäss Art. 6
- Rechnungsformular gemäss Art. 10
- Als Anhang der Bedarfsmeldung: Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV oder Leistungsplanungsblatt gemäss RAI-Home-Care.

##### 1.2 Prüfung der vom Versicherer verlangten und von der Spitex eingereichten Unterlagen beim Versicherer

Unter Berücksichtigung von Art. 42 Abs. 5 KVG stellt der Leistungserbringer dem Versicherer auf dessen Verlangen weitere relevante Unterlagen zur Verfügung.

Der Versicherer kann die Wirtschaftlichkeitskontrolle auch mit statistischen Instrumenten vornehmen.

#### 2. Prüfung beim Leistungserbringer

Verfahren zur Prüfung der in Rechnung gestellten Leistungen auf Leistungspflicht Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) Art. 32 KVG, auf der Basis von ausgewählten offenen Patientendossiers beim Leistungserbringer.

- Der Versicherer kündigt den Kontrollbesuch beim Leistungserbringer an. Die Kontrolle wird innerhalb von 30 Kalendertagen nach Ankündigung durchgeführt. In Ausnahmen kann in gegenseitiger Absprache von dieser Frist abgewichen werden.
- Unter Berücksichtigung von Art. 42 Abs. 5 KVG sowie des Verhältnismässigkeitsprinzips legt der Leistungserbringer der Kontrollperson des Versicherers alle relevanten Informationen zu den verlangten Dossiers in den Geschäftsräumen zur Einsicht vor. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass der Kontrollperson eine mit den Dossiers vertraute, qualifizierte Fachperson für allfällige Fragen zur Verfügung steht.
- Nach der Durchführung der Kontrolle muss der Versicherer dem Leistungserbringer innerhalb von 10 Tagen eine schriftliche Rückmeldung machen.

#### 3. Einzelfallprüfung beim Versicherten

Verfahren zur Prüfung der in Rechnung gestellten Leistungen auf Leistungspflicht und Wirtschaftlichkeit im Rahmen eines Pflegeeinsatzes beim Versicherten.

- Der Versicherer informiert den Versicherten über den Zweck des Besuches und macht mit ihm einen Termin ab. Der Kontrollbesuch kann während eines regulären Einsatzes des Leistungserbringers erfolgen. In diesem Fall informiert der Versicherer den Leistungserbringer mind. 14 Kalendertage vorgängig über den geplanten Besuch.

Nach der Durchführung des Kontrollbesuchs muss der Versicherer dem Leistungserbringer innerhalb von 10 Tagen eine schriftliche Rückmeldung machen.