

Tarifvertrag KVG

Vertrags-Nr. IP-211.946

(ab 01.01.2020)

zwischen

ARTISET Zürich
Thurgauerstrasse 80
8050 Zürich

(nachfolgend «**Verband**» genannt)

und

CSS Kranken-Versicherung AG
Tribtschenstrasse 21
6005 Luzern

(nachfolgend «**CSS / Versicherer**» genannt)

(Der Verband und die CSS werden nachfolgend zusammen «**Vertragsparteien**» genannt)

betreffend

die Abgeltung von Leistungen in der Akut- und Übergangspflege (AÜP) gemäss KVG

Präambel

Dieser Vertrag regelt die Abgeltung von durch Pflegeheime erbrachte und abgerechnete Leistungen der Akut- und Übergangspflege ab dem 1. Januar 2020.

Die Modalitäten der Abrechnung und Vergütung der Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die im Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2023 erbracht wurden, werden in Anhang 3 dieses Vertrages geregelt.

1. Zweck und Geltungsbereich

- 1.1 Die Akut- und Übergangspflege (AÜP) hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz nach einem Spitalaufenthalt zum Ziel, so dass die Patienten die vor Spitaleintritt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten zurückerlangen und diese wieder in der gewohnten Umgebung nutzen können. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr in die gewohnte Umgebung (nach Hause oder in eine andere Institution wie z.B. Pflegeheim) und die Vermeidung einer Rehospitalisation.
- 1.2 Mit diesem Tarifvertrag regeln die Vertragsparteien die Leistungsabgeltung für AÜP in einem Pflegeheim gemäss KVG (nachfolgend Leistungserbringer genannt), deren Vergütung mittels Pauschalen gemäss Ziff. 6 und den administrativen Prozess. Es handelt sich um einen Vertrag im Sinne von Art. 25a KVG i.V.m. Art. 49a KVG i.V.m. Art. 7b KLV, der die Leistungserbringer des Verbands zur Abrechnung von Leistungen gemäss Ziff. 6 über die obligatorische Krankenpflegeversicherung berechtigen.
- 1.3 Dieser Vertrag betrifft ausschliesslich Patientinnen / Patienten, welche bei der CSS die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG abgeschlossen haben (nachfolgend Versicherte).

2. Vertragsbeitritt und -rücktritt der Leistungserbringer

- 2.1 Diesem Vertrag können alle Leistungserbringer beitreten, die gemäss Art. 39 Abs. 3 KVG i.V.m. Art. 39 Abs. 1 KVG als Pflegeheime vom Standortkanton für die AÜP zugelassen sind, auf der kantonalen Pflegeheimliste geführt werden und damit über einen Leistungsauftrag für die AÜP verfügen sowie eine separate Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) für die AÜP besitzen.
- 2.2 Das Beitrittsverfahren wird durch den Verband nach Unterzeichnung dieses Vertrages eingeleitet und richtet sich nach den Richtlinien des Verbandes. Ein Leistungserbringer kann dem Vertrag durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Verband beitreten.
- 2.3 Die diesem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen dieses Vertrages inkl. dessen Anhänge.
- 2.4 Einzelne Leistungserbringer können unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten jeweils per 31.12., erstmals per 31.12.2025 vom Vertrag zurücktreten. Die Rücktrittserklärung muss schriftlich innert der vorgegebenen Frist beim Verband eingereicht werden. Der Rücktritt von einzelnen Vertragsbestandteilen oder einzelnen Anhängen ist nicht möglich. Der Vertrag bleibt für die übrigen Leistungserbringer nach wie vor gültig.
- 2.5 Der Verband stellt der CSS via E-Mail: tarifvertraege@css.ch die jeweils gültige Liste (gemäss Anhang 1) der beigetretenen Leistungserbringer zu. Er informiert die CSS bei jeglichen Änderungen. Er sendet mindestens jährlich eine aktualisierte Beitrittsliste.
- 2.6 Wird der Beitritt bis spätestens 8 Wochen nach Eröffnung des Beitrittsverfahrens gemäss Ziff. 2.2 erklärt, erfolgt er rückwirkend per 1. Januar 2024. Wird der Beitritt später erklärt, erfolgt er auf den Zeitpunkt des Eingangs der aktualisierten Beitrittsliste bei der CSS gemäss Ziff. 2.5.

3. Leistungsvoraussetzungen

- 3.1 Voraussetzung für die Leistungspflicht der Versicherer sind die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen auf nationaler und kantonaler Ebene.
- 3.2 Der Leistungserbringer hat die gesetzlichen Voraussetzungen gemäss Ziff. 2.1 vorstehend zu erfüllen, will er Leistungen der AÜP in Rechnung stellen. Zudem müssen für die AÜP gemäss

Art. 25a Abs. 2 KVG i.V. m. Art. 7b KLV kumulativ die Bedingungen erfüllt sein, die der Spitalarzt im Meldeformular gemäss Anhang 2 bestätigt:

- a) Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital oder in einer geriatrischen Abteilung eines Spitals sind nicht mehr notwendig.
- b) Ein Rehabilitationsbedarf ambulant oder in einer Spezialklinik besteht nicht.
- c) Die Patientin oder der Patient benötigt nach einem Aufenthalt in einem Akutspital eine qualifizierte und reaktivierende Pflege durch Pflegepersonen.
- d) Die spitalärztlich verordnete AÜP ist Teil der Behandlungskette, bedarfsgerecht und gezielt. Sie darf nicht als Wartezeit bis zum Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Pflegeheim angeordnet werden.
- e) Die AÜP wird für max. zwei Wochen (14 Tage) angeordnet.
- f) Die AÜP hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr nach Hause oder in die gewohnte Umgebung (z.B. Pflegeheim) und die Vermeidung einer Rehospitalisation.
- g) Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele aufgestellt.

3.3 Sind diese Voraussetzungen nicht (mehr) erfüllt, entfällt die gesetzliche Leistungspflicht der OKP.

4. Ärztliche Anordnung, Bedarfsabklärung und Bedarfsmeldung

4.1 Leistungen der AÜP setzen eine spitalärztliche Anordnung gemäss Art. 25a KVG und eine Bedarfsabklärung gemäss Art. 7 Abs. 3 KLV voraus.

4.2 Die Meldung zeigt den voraussichtlichen Bedarf an Pfl egetagen der AÜP auf. Die Meldung erfolgt ausschliesslich mit dem Formular im Anhang 2. Das Formular ist vollständig ausgefüllt und vom Spitalarzt unterzeichnet nach Spitalaustritt spätestens fünf Tage nach Beginn der AÜP vom Leistungserbringer der CSS zuzustellen.

4.3 Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig.

5. Pflichten der Parteien

5.1 Die Leistungserbringer haben insbesondere folgende Pflichten zu erfüllen:

- a) Sie stellen der CSS die Rechnung gemäss Ziff. 7 zu.
- b) Sie informieren die Versicherten vorgängig im Rahmen der ihnen obliegenden gesetzlichen Aufklärungspflicht schriftlich über allfällige durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckte Kosten.
- c) Sie stellen dem Versicherten gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG eine Rechnungskopie zu.
- d) Sie verpflichten sich, den Tarifschutz nach Art. 44 KVG zu beachten. Dabei berücksichtigen sie insbesondere, dass mit der Abrechnung der Pflegeleistungen gemäss Art. 7 ff. KLV sämtliche KVG-pflichtigen Pflegeleistungen abgegolten sind und daneben keine weiteren KVG-pflichtigen Pflegeleistungen verrechnet werden dürfen.

5.2 Die CSS kontrolliert und bezahlt die Rechnungen gemäss Ziff. 7.

5.3 Rückfragen zur Rechnungsstellung erfolgen direkt an den Leistungserbringer und nicht an die Versicherten. Korrekturen der Leistungsabrechnungen werden seitens CSS innert Monatsfrist an die Versicherten zugestellt.

6. Tarife

- 6.1 Die Vertragsparteien vereinbaren Tagespauschalen gemäss Anhang 3.
- 6.2 Grundsätzlich ist der Tarif B anzuwenden. Leistungserbringer mit Tarif A müssen bei der Zuweisung einer Patientin oder eines Patienten durch ein Spital triagieren und sie informieren, dass sie die erhöhten Anforderungen von Tarif A erfüllen, für die Erbringung mit Tarif A zugelassen sind und mit Tarif A abrechnen dürfen.
- 6.3 Mit der Bezahlung der Kosten gemäss Art. 7b Abs. 1 KLV sind sämtliche krankenversicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.
- 6.4 Während einer Abrechnungsperiode können mit Ausnahme des Ein- und Austrittstages keine zusätzlichen Leistungen der stationären oder der ambulanten Krankenpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV verrechnet werden.
- 6.5 Nicht über die Tagespauschalen abgegoltene Leistungen sind im Anhang 5 aufgeführt.

7. Rechnungstellung, -prüfung und -bezahlung

- 7.1 Die Vertragsparteien vereinbaren, dass die CSS die Vergütung der in diesem Vertrag geregelten Leistungen im System des Tiers payant (TP) schuldet.
- 7.2 Der einzelne Leistungserbringer kann in Abweichung von Ziff. 7.1 dieses Vertrages wählen, dass die versicherte Person die Vergütung der Leistung schuldet (System des Tiers garant). Der Leistungserbringer informiert die versicherte Person rechtzeitig vor dem Leistungsbezug darüber. Die Wahl des Systems (Tier payant, Tiers garant) hat mit dem Beitritt zum Vertrag zu erfolgen und kann jeweils mit Wirkung auf Anfang eines Kalenderjahres – unter Einhaltung einer Ankündigungsfrist von 6 Monaten – gewechselt werden. Ein Wechsel für einzelne Patienten ist unzulässig.
- 7.3 Die Rechnungstellung erfolgt elektronisch gemäss den Standards und Richtlinien des Forum Datenaustausch im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen.
- 7.4 Wenn einzelne Leistungserbringer in Abweichung von Ziff. 7.3 die Rechnungstellung nicht elektronisch vornehmen können, sind die Rechnungsformulare in Papierform gemäss Standard Forum Datenaustausch zu übermitteln.
- 7.5 Die Rechnung beinhaltet sämtliche im Rahmen der AÜP erbrachten Leistungen und hat insbesondere folgende Angaben zu enthalten:
 - a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Versichertenkartennummer, Sozialversicherungsnummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum)
 - b) Name des Versicherers
 - c) Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum
 - d) Name, Adresse, AÜP ZSR-Nummer und GLN des Leistungserbringers
 - e) Name, ZSR-Nummer und GLN des anordnenden Spitals
 - f) Das vollständige Kalendarium (Zeitraum)
 - g) Pauschale für AÜP pro Pfl egetag, Anzahl Pfl egetage, Total Betrag
 - h) Bei Verrechnung von Einzelleistungen: Leistungskalendarium für Arznei und Pflegematerial (jeweils mit MiGeL-Positionsnummer).
 - i) Tarife, Tarifpositionen der einzelnen Pflichtleistungen.
- 7.6 Die CSS bezahlt die Rechnung des Leistungserbringers innert 30 Tagen.
- 7.7 Die Zahlungsfrist gilt ab dem Zeitpunkt, ab dem die CSS über sämtliche zur Prüfung der vertrags- und gesetzkonformen Rechnung erforderliche Unterlagen verfügt.
- 7.8 Die Leistungserbringer stellen der CSS nur Rechnung für die in diesem Vertrag genannten Pflichtleistungen. Nichtpflichtleistungen sind separat den Versicherten in Rechnung zu stellen.

- 7.9 Es werden durch die CSS nur vertrags- und gesetzkonforme Rechnungen vergütet. Andernfalls fordert die CSS den Leistungserbringer auf, eine vertrags- und gesetzkonforme Rechnung zu stellen.
- 7.10 Bei begründeten Beanstandungen wird die Zahlungsfrist für den beanstandeten Teil der Rechnung unterbrochen. Der nicht beanstandete Anteil ist durch die CSS innerhalb der unter Ziff. 7.6 aufgeführten Frist zu begleichen, sofern der Leistungserbringer eine neue Rechnung ohne die beanstandete Position einreicht. Die Frist gemäss Ziff. 7.6 beginnt neu ab Erhalt der neuen Rechnung.

8. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Kontrollen

- 8.1 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).
- 8.2 Der Leistungserbringer verpflichtet sich an den gemeinsamen Massnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle seiner Leistungen gemäss Art. 58a KVG teilzunehmen.
- 8.3 Die CSS hat den gesetzlichen Auftrag, die Leistungspflicht und die Wirtschaftlichkeit (WZW) der in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen. Die Überprüfung erfolgt retrospektiv, d.h. nach Abschluss der AÜP.
- 8.4 Der CSS sind auf erstes Verlangen sämtliche geforderten Dokumente für eine entsprechende Überprüfung einzureichen. Die Überprüfung kann beim Leistungserbringer oder bei der CSS stattfinden.

9. Reporting

- 9.1 Der Verband verpflichtet sich, jeweils bis spätestens 30. Juni des Folgejahres, die Anzahl der vorjährig verrechneten Fälle / Patienten und Pfl egetage pro Leistungserbringer an die CSS zu liefern
- 9.2 Ein Monitoring ist für die Heime, die den Tarif A abrechnen, im Anhang 3 definiert.

10. Vertragsdauer und Kündigung

- 10.1 Der Vertrag tritt – unter Vorbehalt der Genehmigung durch die zuständige kantonale Behörde (vgl. Art. 46 Abs. 4 KVG) – auf den 01.01.2020 in Kraft und wird für unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er ersetzt alle bisherigen schriftlichen und mündlichen Tarifvereinbarungen der Vertragsparteien im Bereich der AÜP gemäss KVG.
- 10.2 Der Vertrag kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils auf das Ende des Kalenderjahres gekündigt werden, erstmals per 31.12.2025.

11. Genehmigung

- 11.1 Dieser Vertrag bedarf gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG der Genehmigung durch die zuständige Behörde.
- 11.2 Das Genehmigungsverfahren wird durch den Verband eingeleitet. Er stellt der CSS eine Kopie des Genehmigungsantrages zu oder informiert die CSS über die Eingabe (Datum). Allfällige diesbezügliche Gebühren werden von den Vertragsparteien hälftig getragen.

12. Vertragsänderungen

- 12.1 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 grundsätzlich 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).

- 12.2 Alle Änderungen und Ergänzungen zu diesem Vertrag bzw. seinen Anhängen haben schriftlich zu erfolgen und sind von den Vertragsparteien rechtsverbindlich zu unterzeichnen.
- 12.3 Fällt eine Änderung in den Überprüfungsbereich von Art. 46 Abs. 4 KVG, so bleibt die konstitutive Genehmigung der zuständigen Behörde vorbehalten.

13. Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz

- 13.1 Anwendbar ist Schweizer Recht.
- 13.2 Streitigkeiten zwischen der CSS und den Leistungserbringern sind von den Betroffenen grundsätzlich direkt zu bereinigen. Finden sie keine Lösung, sind die Vertragsparteien einzubeziehen. Die Parteien sind diesfalls nochmals bestrebt, eine einvernehmliche Lösung zu finden bevor ein gerichtliches Verfahren nach Art. 89 KVG eingeleitet wird.

14. Anhänge

Folgende Anhänge bilden einen integrierenden Bestandteil dieses Vertrages:

- | | |
|----------|--|
| Anhang 1 | Vorgaben für die Liste der Beitritte und Rücktritte der Leistungserbringer |
| Anhang 2 | Meldeformular AÜP (Beispiel) |
| Anhang 3 | Anwendbare Tarife |
| Anhang 4 | Konzept Aufnahmebedingungen AÜP Tarif A |
| Anhang 5 | Zusätzlich verrechenbare Leistungen |

15. Schlussbestimmung

Dieser Vertrag wird in dreifach unterzeichneten Originalexemplaren ausgefertigt. Je ein Vertrags-exemplar ist für den Verband, die CSS und die Genehmigungsbehörde bestimmt.

[Die nächste Seite ist die Unterschriftenseite].

Zürich, 13.11.2024

ARTISET Zürich



André Müller
Co-Präsident



Claudio Zogg
Co-Geschäftsleiter

Luzern, 15.10.2024

CSS Kranken-Versicherung AG




Luca Emmanuele
Leiter Einkaufsmanagement Leistungen
Mitglied der Direktion



Marianne Wiedemeier
Leiterin Tarife Ambulant
Mitglied des Kaders

Geprüft R&C

Dat. 15.10.24 Vis. 

GRUCC

Anhang 1 – Vorgaben für die Liste der Beitritte und Rücktritte

Das Beitrittsverfahren richtet sich nach Ziff. 2 des Vertrages.

Die Liste wird in Excel-Format der CSS via E-Mail zugestellt und enthält folgende Angaben (Tabelle als Beispiel – die Spalten können in einer anderen Reihenfolge dargestellt werden):

Beitritt per	Name Pflegeheim	Ort	AÜP Nr.	ZSR-GLN	Tarif (A oder B)	Bewilligung zur Führung einer Heimapotheke	Rücktritt per
01.01.2024	Pflegeheim A	Zürich	A123401	760100201345	A	Ja	
01.01.2024	Pflegeheim B	Winterthur	B456701	760100202345	A	Nein	
01.01.2024	Pflegeheim C	Zürich	C780131	760100203345	B	Nein	

Sortierung nach Beitrittsdatum (neuester Beitritt zuletzt)	ZSR-Nr. zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerschläge oder Punkte	GLN zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerschläge
--	--	--

Die Beitritte sind zwingend nach Beitrittsdatum zu sortieren (neuester zuletzt).

Neue Beitritte und Rücktritte sind farblich zu markieren.

Namens- oder Adressänderungen sind von den Leistungserbringern direkt der SASIS AG (Abteilung ZSR) zu melden und können nicht über die Beitrittsliste mutiert werden.

Anhang 2 – Meldeformular AÜP (Beispiel)

Meldeformular Akut- und Übergangspflege für Leistungserbringer

Akut- und Übergangspflege (AÜP) gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG wird vom Spitalarzt angeordnet. Es müssen folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sein:

1. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital (auch geriatrische Abteilung eines Spitals) sind nicht mehr notwendig. Ein Rehabilitationsbedarf in einer Rehabilitationsklinik besteht nicht.
2. Die Patientin oder der Patient benötigt nach einem Aufenthalt in einem Akutspital eine qualifizierte Pflege durch Pflegepersonen.
3. Die AÜP ist Teil der Behandlungskette. Sie ist bedarfsgerecht und gezielt anzuordnen. Sie ist nicht als Wartezeit für einen Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim vorgesehen.
4. Die AÜP hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr nach Hause oder in die gewohnte Umgebung und Vermeidung einer Rehospitalisation.
5. Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele aufgestellt.

Soweit ebenfalls medizinische oder therapeutische Behandlung notwendig ist, kann diese ambulant als Einzelleistung erbracht werden. Sie ist nicht Bestandteil der AÜP.

Dokument	Identifikation	
Antragsteller		
Leistungserbringer		
Patient	Name	Muster
	Vorname	Peter
	Strasse	Patientenweg 1
	PLZ	6000
	Wohnort	Luzern
	Geburtsdatum	15.01.1977
	Geschlecht	M
	Krankheitsbeginn	xx.xx.2024
	Versichertennummer	12345678
	Sozialversicherungsnummer	123.4567.1234.56
	Versichertenkartennummer	
	Gesetz	KVG
	Behandlungsgrund	Krankheit
	Behandlungsart	AÜP
Spital	Name	
	ZSR-Nr. des Spitals	
	GLN des Spitals	
	EAN / GLN-Nr. und Name des verordnenden Spitalarztes	
Diagnose (fakultativ)*	ICD-10	
Therapie	AÜP	
Behandlungsbeginn	xx.xx.20yy	
Voraussichtliche Behandlungsdauer (max. 14 Tage)	X Tage	

*Dieses Formular wird im Bedarfsfall dem zuständigen Krankenversicherer weitergegeben.

Anhang 3 – Anwendbare Tarife

1. Tarife

- 1.1 Die Vertragsparteien vereinbaren gemäss Art. 7b KLV folgende AÜP-Tagespauschalen gültig ab 1. Januar 2024:

Tarif-code	Leistungsposition			Tagespauschale 100%	Anteil Versicherer 45%
	Tarifziffer	Bezeichnung			
967	96712	AÜP Tarif A (Akut- und Übergangspflege Pauschalen)		CHF 254	CHF 114.30
967	96701 bis 96711	AÜP Tarif B (Akut- und Übergangspflege Pauschalen)		CHF 168	CHF 75.60

- 1.2 Mit Beschluss Nr. 930 vom 23. Oktober 2019 hat die Zürcher Regierung mit Wirkung ab 1. Januar 2020 die bisherige Tagespauschale von CHF 168.00 (100%) als provisorischer Arbeitstarif bis zum rechtskräftigen Inkrafttreten eines neuen Vertrages oder einer neuen hoheitlichen Tariffestsetzung festgelegt.
- 1.3 Die Parteien vereinbaren, dass für die Abrechnung der Leistungen der Akut- und Übergangspflege vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2023 die von der Zürcher Regierung mit Beschluss Nr. 930 vom 23. Oktober 2019 provisorisch festgelegten Tagespauschale definitiv zur Anwendung kommt:

Tagespauschale 100%	CHF 168.00
Anteil Versicherer (45%)	CHF 75.60

2. Einzelheiten zur Vergütung und deren Bestandteile

- 2.1 Die Aufteilung der Kosten zwischen Kanton und Versicherer richtet sich für Versicherte dieses Kantonsgebiets nach Art. 25a KVG i.V.m. Art. 49a Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 7b KLV.
- 2.2 Mit der Tagespauschale sind sämtliche pflegerischen Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV und unter Berücksichtigung von Ziff. 6 des Vertrages abgegolten.

3. Kriterien für die Abrechnung der unterschiedlichen Tarife

Grundsätzlich kommt der Tarif B in Anwendung für die Abrechnung der AÜP-Leistungen.

Erfüllt ein Leistungserbringer die folgenden Kriterien gestützt auf das Konzept gemäss Anhang 4, dann kann er den Tarif A in Rechnung stellen.

Kriterien für die Aufnahme zum Tarif A:

- Jährliche Anzahl Pflgetage: mindestens 2 Mal > 1'000 Pflgetage pro Jahr in den 3 Vorjahren (Ausnahmen werden zwischen den **Vertragsparteien** besprochen. Z.B. Neueröffnungen)
- 24 Stunden/7 Tage pro Woche Pflegefachpersonen mit Tertiärabschluss vor Ort
- Aufnahme der Patienten aus dem Spital innerhalb von 48 Stunden möglich
- Interprofessionelles Team (Pflege, Therapien) unter Einbezug von einer Ärztin / einem Arzt. In den 3 Tagen nach Eintritt in die AÜP beurteilt das Team die Zielsetzung an AÜP-Leistungen und wird bei Bedarf vor 14 Tage eine Langzeiteinstufung vornehmen und verrechnen.
- Monitoring** - Bei jedem AÜP-Patienten wird die Stufe – nach Einstufung bei Aufhalten > 14 Tage der AÜP – für ein Monitoring erfasst. Einmal pro Monat wird eine Stichprobeeinstufung bei 1 AÜP-Patienten während der 14 AÜP-Tage bei jedem Leistungserbringer durch ihn gemacht. Dieser Prozess wird spätestens im letzten Quartal 2026 überprüft.

Angaben zum Monitoring (anonymisierte Rohdaten zu den Einstufungen):

- Name, ZSR-Nr. AÜP vom Leistungserbringer
- Aufenthaltsdatum von / bis AÜP
- Stufe während AÜP-Aufenthalt (Stichprobe – siehe Punkt 5)
- 1. Einstufung nach AÜP (ab 15. Aufenthaltstag)

Der Verband stellt der CSS bis 30. Juni des Folgejahres die Daten des Vorjahres in Form einer Exceltabelle zu.

Die Prüfung, ob der Leistungserbringer die Kriterien für die Abrechnung des Tarifes A erfüllt, liegt in der Verantwortung des Verbands. Die Aufnahme eines Leistungserbringers in den Tarif A wird gemeinsam zwischen den Verband und der CSS vereinbart. Der anwendbare Tarif ist in der Beitrittsliste aufgeführt.

Der Wechsel vom Tarif B zum Tarif A erfolgt am Anfang eines Monats, erstmals am Folgemonat nach Vertragsbeitritt aber frühestens nach 15 Arbeitstagen. Sonst erfolgt er ab Anfang des nächsten Folgemonats. Bei Überschneidung während eines Patientenaufenthaltes (Tarifwechsel) ist die Rechnung zu splitten. Wenn es nicht möglich ist, die Rechnung zu splitten, dann ist der Tarif B bis Ende des Aufenthaltes anzuwenden.

Beispiele Rechnungstellung an den Versicherer:

Beispiel 1

Das Pflegeheim X tritt per 13.10 dem Vertrag bei. Tarif A kann ab 01.11 abgerechnet werden. Frau Muster bezieht AÜP-Leistungen ab 27.10 bis 05.11

Gesplittete Rechnung

Datum	Tarif	Tarifziffer	Anzahl	Einheitspreis
27 – 31.10	967	96701	5	CHF 75.60
01 – 05.11	967	96712	5	CHF 114.30

Wenn eine gesplittete Rechnung nicht möglich ist

Datum	Tarif	Tarifziffer	Anzahl	Einheitspreis
27.10 – 05.11	967	96701	10	CHF 75.60

Beispiel 2

Das Pflegeheim Y tritt per 20.10 dem Vertrag bei. Tarif A kann ab 01.12 abgerechnet werden. Frau Muster bezieht AÜP-Leistungen ab 27.10 bis 05.11

Datum	Tarif	Tarifziffer	Anzahl	Einheitspreis
27.10 – 05.11	967	96701	10	CHF 75.60

Anhang 4 – Konzept Aufnahme Bedingungen AÜP Tarif A

Aufnahmebedingungen Akut- und Übergangspflege (AÜP) mit Tarif A

Die Angebote für Akut und Übergangspflege sind als Brücke für pflegebedürftige und rekonvaleszente ältere oder polymorbide Menschen mit einem abgeschlossenen Aufenthalt im Akutspital gedacht. Es werden keine Patientinnen oder Patienten mit Reha- oder Akutspitalbedarf oder akut-psychiatrischem Behandlungsbedarf aufgenommen.

Der Gesundheitszustand muss zudem so stabil sein, dass während der Nacht, am Wochenende und an Feiertagen eine Ärztin / ein Arzt auf Abruf genügt. Bei der Aufnahme von Menschen mit Demenz verfügt der Betrieb über Qualitätsparameter für Demenz (z. B. DemCare©) und orientiert sich laufend an aktuellen Erkenntnissen aus der Praxis und der Wissenschaft.

Ziele der AÜP:

- AÜP dient der weiteren Genesung und dem Aufbau von Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten, um eine Rückkehr in die Wohnsituation vor dem Spitaleintritt (nach Hause oder in eine andere Institution) zu ermöglichen.
- Das Angebot stellt sicher, dass pflegebedürftige Menschen ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten entsprechend gefördert werden.
- Die spezifische Pflege, Begleitung und Betreuung stehen im Vordergrund, um eine möglichst grosse Selbstständigkeit zu erreichen.

Konzept AÜP:

Es liegt ein Konzept vor, welches folgende Themen regelt:

- Aufnahmekriterien (Ein- und Ausschlüsse)
- Angebote (Triage, Behandlungen)
- Behandlungsziele
- Interprofessionelle Zusammenarbeit

Betriebliche Voraussetzungen für AÜP mit Tarif A:

- Die Organisation in den Betrieben sowie die Schnittstellen zwischen den zuweisenden Stellen und den verantwortlichen Stellen im Betrieb sind so definiert und ausgerichtet, dass eine flexible und rasche Aufnahme innerhalb von 48 Stunden von Spitalpatientinnen und -patienten möglich ist.
- Die Patientinnen und Patienten sind auf einer Abteilung mit 24-Stunden-Präsenz von Pflegefachpersonal mit Tertiärabschluss.
- Die AÜP wird von einem interprofessionellen geriatrischen Behandlungsteam, bestehend aus dem Pflege- und Therapieteam, dem Arztdienst und einer fallführenden Person/Stelle erfüllt. Entscheidungen werden gemeinsam getroffen.
- Das interprofessionelle Team wird durch eine Ärztin / einen Arzt oder durch eine andere interne Fachperson (z.B. Heimarzt / Heimgärtin) geleitet und klärt die aktuelle Situation innert drei Tagen nach Eintritt ab. Dabei werden die Behandlungsziele gemeinsam mit den Patientinnen / Patienten und bei Bedarf unter Einbezug von Angehörigen festgelegt.
- Es wird ein anerkanntes, geriatrisches Assessment durchgeführt (z.B. gemäss Vorgaben des universitären Geriatrieverbundes Zürich). Eine individuelle Vorgehensweise wird der Tagesverfassung angepasst. Auch nicht durchführbare Assessments werden schriftlich festgehalten.
- An den Wochentagen findet täglich mindestens ein Therapieangebot statt (med. Therapien: z. B. Ergotherapie / Physiotherapie / Gruppentherapie) an den Wochenenden werden täglich Pflegetrainings durchgeführt.
- Die Fallführung vom Eintritt bis zum Austritt bzw. bis zur Verlegung wird durch eine fallverantwortliche Person oder Stelle übernommen. Diese
 - organisiert und leitet alle interprofessionellen Rapporte und Gespräche.

- organisiert die Nachbetreuung unter Einbezug der Angehörigen und des Behandlungsteams und stellt den Erstkontakt zur Spitex oder einer anderen Institution (z. B. Pflegeheim) her.
- organisiert, terminiert und koordiniert Gespräche des Behandlungsteams inklusive des Austrittsgesprächs.
- führt Gespräche mit Angehörigen, Nachfolgeinstitutionen, Ämtern und Behörden.
- koordiniert die Aufgaben sowie das Zusammenführen von Informationen (z. B. Überweisungsberichte von Pflege und Arzt) und Therapieergebnissen des Behandlungsteams.
- Für den verbesserten Nachweis der Kosten ist es unumgänglich, dass eine Einstufung bei Eintritt vorgenommen wird, um den Aufwand während der Zeit der Akut- und Übergangspflege auszuweisen. Nach den 14 Tagen Akut- und Übergangspflege erfolgt die ordentliche Einstufung im Rahmen der Langzeitpflege. Beide Einstufungen sind statistisch auszuweisen.
- Der Betrieb muss den «Erfolg» (Rückkehr in angestammte Wohnform) statistisch ausweisen.
- Der Betrieb muss bereit sein, die Qualität der Kostenrechnung zu verbessern für den Nachweis von plausiblen Kostendaten.

Anhang 5 – Zusätzlich verrechenbare Leistungen

1. Zusätzlich, d.h. neben der Tagespauschale für Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV können Leistungen verrechnet werden, die ärztlich angeordnet im Rahmen der Pflege erbracht werden und für welche eine kantonale Zulassung nach KVG/KVV vorliegt. Die Abrechnung erfolgt gemäss den gesetzlichen oder tarifvertraglichen Regelungen.
2. Die in Absatz 1 aufgeführten Leistungen, zu denen die zuständigen Bundesbehörden Listen erstellt haben (Spezialitätenliste, Mittel- und Gegenständeliste), müssen als Einzelleistungen gemäss Forum Datenaustausch verrechnet werden. Als Hilfestellung kann der "Leitfaden zur Rechnungsstellung von Pflegeleistungen" (das Dokument ist auf www.sasis.ch zu finden) eingezogen werden.
3. Gemäss Art. 56 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner der Vergütung die direkten oder indirekten Vergünstigungen weitergeben, die ihm ein anderer in seinem Auftrag tätiger Leistungserbringer gewährt.
4. Rechnungen, mit Leistungen ohne korrekten Tarifcode oder Tarifposition/-ziffer können vom Versicherer zur Korrektur zurückgewiesen werden.
5. Folgende Regelungen gelten für folgende Leistungsbereiche:
 - **Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL)** gemäss Anhang 2 KLV und im Rahmen der Art. 20 Abs. 1 lit. b KLV.
Zwingend auf der Rechnung sind anzugeben:
 - Tarif 454 – Preis maximal zum «Höchstvergütungsbetrag (HVB) Pflege»
 - Komplette MiGeL-Positionsnummer
 - Produktbezeichnung
 - Mengenangabe
 - **Medikamente** gemäss Spezialitätenliste (SL)
Zwingend auf der Rechnung sind anzugeben:
 - Tarif 400 + Pharmacode / Tarif 402 + GTIN
 - Name des Medikamentes
 - Mengenangabe des abgegebenen Medikamentes (die Menge = Anzahl Schachteln. Bei einer Abgabe von Pillen muss diese in Anzahl Schachteln angepasst werden.

Beispiel: 1 Pillen von einer Schachtel von 10 Pillen
 Anzahl Schachteln auf der Rechnung = 0,1
6. Diese Liste ist abschliessend. Es können keine zusätzlichen Leistungen in Rechnung gestellt werden.