

---

## Administrativvertrag

stationäre Langzeitpflege Pflegeheim und Tages- oder Nachtstrukturen  
sowie administrative Regelung Nebenleistungen  
zwischen

**CURAVIVA Schweiz**  
**Zieglerstrasse 53**  
**3000 Bern 14**

und

**senesuisse**  
**Kapellenstrasse 14**  
**3001 Bern**

nachfolgend "**Verbände**" genannt

und

**Einkaufsgemeinschaft HSK AG**  
**Zürichstrasse 130**  
**8600 Dübendorf**

nachfolgend "**HSK**" genannt

(**Postadresse:** Einkaufsgemeinschaft HSK AG | Postfach | 8081 Zürich)

- alle zusammen "Vertragsparteien" genannt -

betreffend

**der Vergütung der KVG Pflichtleitungen für stationäre Langzeitpflege in  
Pflegeheimen und Tages- oder Nachtstrukturen sowie administrative  
Regelung der Nebenleistungen**

**Gültig ab 01.07.2019**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Art. 1 Vertragsparteien</b>	<b>3</b>
<b>Art. 2 Vertragsanschluss und –rücktritt der Versicherer</b>	<b>3</b>
<b>Art. 3 Vertragsbeitritt und –rücktritt der Leistungserbringer</b>	<b>3</b>
<b>Art. 4 Geltungsbereich u. Leistungsumfang</b>	<b>4</b>
<b>Art. 5 Pflichten des Leistungserbringers und der Versicherer</b>	<b>4</b>
Art. 5.1 Pflichten des Leistungserbringers	4
Art. 5.2 Pflichten der Versicherer	4
<b>Art. 6 Beiträge nach Art. 7 ff KLV</b>	<b>5</b>
<b>Art. 7 Ärztliche Anordnung, Bedarfserfassung, Rechnungstellung und Vergütung</b>	<b>5</b>
Art. 7.1 Ärztliche Anordnung, Bedarfserfassung	5
Art. 7.2 Bedarfsmeldung an die Versicherer	5
Art. 7.3 Änderungen des Pflegebedarfes	6
Art. 7.4 Rechnungsstellung	6
Art. 7.5 Vergütung	7
<b>Art. 8 Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Durchführung der Kontrollen</b>	<b>8</b>
<b>Art. 9 Gültigkeit der Sprachversionen</b>	<b>8</b>
<b>Art. 10 Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung</b>	<b>8</b>
<b>Art. 11 Anhänge zum Vertrag</b>	<b>8</b>
<b>Art. 12 Schriftlichkeitsvorbehalt</b>	<b>8</b>
<b>Art. 13 Salvatorische Klausel</b>	<b>9</b>
<b>Art. 14 Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz</b>	<b>9</b>
<b>Art. 15 Schlussbestimmungen</b>	<b>9</b>
<b>Anhang 1 – Angeschlossene Versicherer</b>	<b>12</b>
<b>Anhang 2 – Zusätzlich verrechenbare Leistungen</b>	<b>13</b>
<b>Anhang 3 – Bedarfserfassungssysteme</b>	<b>14</b>
<b>Anhang 4 – Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer</b>	<b>15</b>
4.1 Prüfung beim Leistungserbringer	16
<b>Anhang 5 Beitrittsverfahren</b>	<b>17</b>
1.1 Frist Vertragsbeitritt	17
1.2 Frist Neu-Beitritte	17
1.3 Austritts- und Mutationsmeldungen	17

## Art. 1 Vertragsparteien

Die Parteien des vorliegenden Vertrages sind CURAVIVA Schweiz und senesuisse nachfolgend "Verbände" genannt sowie die Einkaufsgemeinschaft HSK AG, nachfolgend "HSK" genannt.

## Art. 2 Vertragsanschluss und –rücktritt der Versicherer

- <sup>1</sup> Dieser Vertrag gilt für alle an der Einkaufsgemeinschaft HSK AG beteiligten Versicherer, soweit sie nicht innert 14 Tagen nach Vertragsunterzeichnung schriftlich HSK mitteilen, dass sie dem Vertrag nicht angeschlossen sein wollen.
- <sup>2</sup> Die diesem Vertrag angeschlossenen Versicherer werden in Anhang 1 aufgeführt. HSK informiert bei Änderungen den Verband und sämtliche angeschlossene Versicherer.
- <sup>3</sup> Versicherer, die nicht an HSK beteiligt sind, können sich diesem Vertrag durch schriftliche Erklärung an HSK anschliessen. Diese haben eine Anschlussgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag zu entrichten. Einzelheiten werden ausserhalb dieses Vertrages geregelt.
- <sup>4</sup> Die diesem Vertrag angeschlossenen Versicherer, nachfolgend "Versicherer" genannt, übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen dieses Vertrages inkl. dessen Anhänge.
- <sup>5</sup> Einzelne Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten jeweils per 31.12., erstmals per 31.12.2020 vom Vertrag zurücktreten. Die Rücktrittserklärung muss schriftlich innert der vorgegebenen Frist bei HSK eingereicht werden. Der Vertrag bleibt für die übrigen Versicherer vollumfänglich anwendbar.
- <sup>6</sup> Bei Änderungen der Versicherer gemäss Anhang 1 informiert HSK jeweils den Verband und sämtliche angeschlossenen Versicherer.

## Art. 3 Vertragsbeitritt und –rücktritt der Leistungserbringer

- <sup>1</sup> Diesem Vertrag können Leistungserbringer beitreten, welche die Voraussetzungen gemäss Art. 4 Abs. 3 bzw. Abs. 4 erfüllen.
- <sup>2</sup> Das Beitrittsverfahren wird in einem Anhang 5 zwischen den Vertragsparteien vereinbart und richtet sich nach den Richtlinien der Kantonalverbände/des Verbandes. Beigetretene Leistungserbringer übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen dieses Vertrages und dessen Anhänge. Der (kantonale) Verband stellt HSK, via E-Mail: [mail@ecc-hsk.info](mailto:mail@ecc-hsk.info) die jeweils gültige Beitrittsliste zu. Er informiert HSK bei jeglichen Änderungen.
- <sup>3</sup> Leistungserbringer, die nicht Mitglied der Verbände sind, können dem Vertrag beitreten. Das Verfahren (z.B. Beitrittsgebühr, etc.) richtet sich nach den Bedingungen der Verbände.
- <sup>4</sup> Einzelne Leistungserbringer können unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten jeweils per 30.6 / 31.12. erstmals per 31.12.2020 vom Vertrag zurücktreten. Die Rücktrittserklärung muss schriftlich über den Vertragsverband an den Versicherer erfolgen. Der Vertrag bleibt für die übrigen Leistungserbringer vollumfänglich anwendbar.
- <sup>5</sup> Ein diesem Vertrag beigetretener Leistungserbringer wird nachfolgend jeweils "Leistungserbringer" genannt.

## Art. 4 Geltungsbereich u. Leistungsumfang

- <sup>1</sup> Dieser Vertrag regelt die administrative Abwicklung nach KVG Art. 25a Abs. 1 in Pflegeheimen und für weitere KVG-pflichtige Leistungen, bei welchen die gesetzlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringer erfüllt sind.
- <sup>2</sup> Er gilt für leistungsbezugsberechtigte Versicherte mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bei einem Versicherer gemäss Anhang 1.
- <sup>3</sup> Der Leistungserbringer hat die Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 39 Abs. 3 KVG zu erfüllen. Sind die Voraussetzungen gemäss während der Laufzeit des Vertrages nicht mehr erfüllt, entfällt ab diesem Zeitpunkt die gesetzliche Leistungspflicht der OKP.
- <sup>4</sup> Für die Abwicklung von Pflegeleistungen in Tages- und Nachtstrukturen gelten die folgenden Voraussetzungen für die Leistungserbringer
  - a) eine besondere Bewilligung für Tages- und Nacht-Strukturen, wo der Kanton dies vorsieht
  - b) einen Leistungsauftrag für Tages- und Nachtstrukturen, wo der Kanton dies vorsieht
  - c) eine separate Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) für Tages- und Nachtstrukturen.

## Art. 5 Pflichten des Leistungserbringers und der Versicherer

### Art. 5.1 Pflichten des Leistungserbringers

- <sup>1</sup> Auf allen Korrespondenzen zwischen dem Leistungserbringer sowie den einzelnen Versicherern sind anzugeben:
  - Daten der versicherten Person: Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Versichertennummer
  - Bezeichnung des Versicherers
  - Daten des Leistungserbringers: ZSR-Nummer, GLN
- <sup>2</sup> Im Rahmen des elektronischen Datenaustausches können weitere Informationen definiert werden, welche anzugeben bzw. zu übermitteln sind, soweit sie mit den gesetzlichen Anforderungen übereinstimmen.
- <sup>3</sup> Der Leistungserbringer ist verpflichtet, seine Patienten in Bezug auf Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie insbesondere durch diese nicht gedeckten Kosten aufzuklären.

### Art. 5.2 Pflichten der Versicherer

Der Versicherer ist nur dann und nur soweit leistungspflichtig, als nicht andere Versicherungsträger, gemäss UVG, IVG, MVG für die betreffenden Kosten aufzukommen haben. Die Vorleistungspflicht gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 70 ATSG) geht dieser vertraglichen Vereinbarung vor.

## Art. 6 Beiträge nach Art. 7 ff KLV

- <sup>1</sup> Massgebend sind die Beiträge nach Art. 7a Abs. 3 und Abs. 4 KLV gemäss Bedarfsmeldung.
- <sup>2</sup> Mit dem Beitrag nach Art. 7a KLV für Leistungen nach KLV 7 ist der Beitrag der Krankenversicherer an die Pflegekosten abgegolten. Nicht über den Beitrag nach Art. 7a KLV abgegoltene Leistungen sind in Anhang 2 aufgeführt.
- <sup>3</sup> Ein- und Austrittstage gelten in der stationären Pflege als volle Pfl egetage.

## Art. 7 Ärztliche Anordnung, Bedarfserfassung, Rechnungstellung und Vergütung

### Art. 7.1 Ärztliche Anordnung, Bedarfserfassung

- <sup>1</sup> Der Bezug von pflegerischen Leistungen in Pflegeheimen setzt eine ärztlich unterzeichnete Anordnung und eine Bedarfsabklärung zur Ermittlung des Pflegebedarfes nach Art. 8 Abs. 4 KLV voraus. Es steht den Leistungserbringern offen, welches anerkannte Bedarfserfassungsinstrument sie gemäss Anhang 3 wählen.
- <sup>2</sup> Die Verantwortung für die Erfassung der Bedarfsabklärung liegt bei systemgeschulten und auf tertiärer Stufe ausgebildeten Pflegefachpersonen.
- <sup>3</sup> Das Ergebnis der Bedarfsabklärung nach KLV Art. 8 ist zusammen mit dem Arzt auf dem Bedarfsmeldeformular festzuhalten.
- <sup>4</sup> Die Fristen für die Bedarfsabklärung und Einstufung richten sich nach den Regeln der Pflegebedarfsinstrumente.
- <sup>5</sup> Für die Bedarfsabklärung und Einstufung gelten die Bedingungen nach Art. 8 KLV.
- <sup>6</sup> Bei Versicherten, für welche Leistungen der Akut- und Übergangspflege oder Spitalaufenthalte abgerechnet werden, können gleichzeitig keine Pflegeleistungen gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV verrechnet werden. Ausgenommen bleiben Fälle von Art. 6 Absatz 3.

### Art. 7.2 Bedarfsmeldung an die Versicherer

- <sup>1</sup> Die Bedarfsmeldung erfolgt mit dem vollständig ausgefüllten Formular des Pflegebedarfsinstrumentes.
- <sup>2</sup> Der Leistungserbringer meldet den Pflegebedarf spätestens mit der ersten Rechnung an den HSK-Versicherer.  
  
Erhebt der Versicherer nicht innert 14 Kalendertagen ab Erhalt der Meldung Einspruch, so gilt die Leistungspflicht unter Vorbehalt des Prinzips von Art. 32 KVG (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) als gegeben.
- <sup>3</sup> Die Bedarfsmeldung enthält folgende Angaben:
  - Personalien und Versichertendaten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnort / Versichertennummer)

- Beginn, Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung
- ZSR-Nr. GLN des Leistungserbringers
- ZSR-Nr. und GLN des behandelnden Arztes
- ZSR und GLN-Nr. des verordnenden Arztes
- Behandlungsgrund Krankheit oder Unfall
- Versicherer
- Hinweis auf andere beteiligte Versicherungsträger wie IV, MV, UV usw.
- Pflegestufe
- Bedarf an Nebenleistungen

### **Art. 7.3 Änderungen des Pflegebedarfes**

- 1 Bei einer stufenrelevanten Veränderung der Pflegebedürftigkeit erfolgt eine neue Bedarfsabklärung und Einstufung.
- 2 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.
- 3 Bei Rückkehr aus dem Spital kann ab dem Wiedereintrittstag im Pflegeheim 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 seitens Leistungserbringer nicht möglich (ausgenommen solche gemäss den Richtlinien des Einstufungsinstrumentes).
- 4 Bei Neueinstufungen durch Kontrollen der Versicherer gilt als Änderungsdatum: 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. Rückforderungen bleiben auf jene Einzelfälle beschränkt, in welchen die Versicherer nach der Prüfung der WZW-Kriterien rückwirkende vergütungsrelevante Differenzen nachweisen und begründen können.

### **Art. 7.4 Rechnungsstellung**

- 1 Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich.
- 2 Bei Behandlungen, die über das Jahresende hinaus dauern, muss per 31.12. eine Zwischenabrechnung erstellt werden. Falls ein Versicherter per 30.6. seinen Versicherer wechselt, erstellt der Leistungserbringer auf Verlangen des Versicherers bis spätestens 15.8. des Kalenderjahres eine Zwischenabrechnung per 30.6.
- 3 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Rechnung gemäss den Standards und Richtlinien des Forums Datenaustausch im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zu übermitteln.
- 4 Wenn einzelne Leistungserbringer oder Versicherer den Datenaustausch nicht elektronisch vornehmen, können die Rechnungsformulare und weiteren Dokumente in Papierform übermittelt werden. Das Rechnungsformular Forum Datenaustausch ist anzustreben.
- 5 Die Rechnung enthält folgende Angaben:

- Rechnungsdatum, -nummer
- Daten des Versicherten (Name/ Vorname/ Geburtsdatum)
- Name des Versicherers
- ZSR-Nr. und GLN des Leistungserbringers
- ZSR-Nr. und GLN des behandelnden Arztes
- Behandlungsgrund Krankheit oder Unfall
- Vollständiges Kalendarium (Zeitraum und Anzahl Pflgetage abzüglich Urlaubs- und Spitaltage)
- Beitragsstufe, Rechnungsbetrag für Leistungen gemäss Art. 7 KLV
- Kalendarium der Nebenleistungen
- Tarifiziffer (sofern vorhanden)

<sup>6</sup> Die Rechnungsstellung und die Übermittlung der abrechnungsrelevanten Daten an den Versicherer erfolgen unentgeltlich.

### **Art. 7.5 Vergütung**

- <sup>1</sup> Die Vertragspartner vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung nach Art. 7a KLV schuldet (System des Tiers payant).
- <sup>2</sup> Der einzelne Leistungserbringer kann in Abweichung von Absatz 1 wählen, dass die versicherte Person die Vergütung der Leistung schuldet (System des Tiers Garant). Der Leistungserbringer informiert die Personen. 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.
- <sup>3</sup> Der Versicherer vergütet dem Leistungserbringer die Kosten für seine Leistungen auf der Basis der Beiträge nach KLV und der gemeldeten Pflegebedarfsstufe.
- <sup>4</sup> Es werden durch den Versicherer nur vertrags- und gesetzeskonforme Rechnungen dieses Vertrages, vergütet. Andernfalls fordert der Versicherer den Leistungserbringer auf, eine vertrags- und gesetzeskonforme Rechnung zu stellen.
- <sup>5</sup> Der Versicherer bezahlt dem Leistungserbringer die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen. Bei elektronischer Abrechnung gilt eine Frist von 25 Tagen.
- <sup>6</sup> Die Frist gilt ab dem Zeitpunkt, ab dem der Versicherer über sämtliche zur Prüfung der vertrags- und gesetzeskonformen Rechnung erforderlichen Unterlagen verfügt.
- <sup>7</sup> Verzugszins ist nicht geschuldet
- <sup>8</sup> Bei begründeten Beanstandungen werden die Zahlungsfristen gemäss Art. 7.5 Abs. 4 unterbrochen.
- <sup>9</sup> Die Leistungserbringer stellen den Krankenversicherern nur Rechnung für die in diesem Vertrag genannten Pflichtleistungen.

## Art. 8 Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Durchführung der Kontrollen

- 1 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu erbringen und dabei die aktuellen Qualitätsstandards zu beachten.
- 2 Die Versicherer haben den gesetzlichen Auftrag, die Leistungspflicht und die Wirtschaftlichkeit (WZW) der in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen. Das Verfahren dazu wird im Anhang 4 im Detail vereinbart und geregelt.

## Art. 9 Gültigkeit der Sprachversionen

Dieser Vertrag wird in der deutschen Sprache ausgefertigt und unterzeichnet. Der Vertrag wird in die Sprachen Französisch und Italienisch übersetzt. Bei allfälligen Differenzen ist die deutschsprachige Version abschliessend massgebend.

## Art. 10 Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung

- 1 Dieser Vertrag tritt per 01.07.2019 in Kraft und ist unbefristet gültig.
- 2 Der Vertrag ist von jeder Vertragspartei mit einer Kündigungsfrist von 12 Monaten, jeweils per Ende eines Kalenderjahres kündbar, erstmals per 31.12.2020.
- 3 Der vorliegende Administrativvertrag ersetzt alle Verträge resp. Vereinbarungen mit demselben Regelungsgegenstand für die diesem Vertrag unterliegenden Leistungserbringer, Versicherer, Verbände und HSK und wird durch den neuen Vertragsbeitritt rechtsgültig anwendbar. Dies betrifft auch Verträge/Vereinbarungen, welche mit allfälligen Vorgängerorganisationen abgeschlossen wurden.

## Art. 11 Anhänge zum Vertrag

Die nachfolgenden Anhänge sind integrierende Bestandteile dieses Vertrages und können für sich alleine nicht gekündigt werden.

- Anhang 1 Angeschlossene Versicherer
- Anhang 2 Zusätzlich verrechenbare Leistungen
- Anhang 3 Bedarfserfassungssysteme (Langzeit und TONS)
- Anhang 4 Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer
- Anhang 5 Beitrittsverfahren

## Art. 12 Schriftlichkeitsvorbehalt

Alle Änderungen und Ergänzungen zu diesem Vertrag bzw. seinen Anhängen haben schriftlich zu erfolgen und sind von den Vertragsparteien rechtsverbindlich zu unterzeichnen.

### Art. 13 Salvatorische Klausel

Sollte eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam, ungültig oder nichtig sein oder werden, wird die Gültigkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Unwirksame, ungültige oder nichtige Bestimmungen sind durch Regelungen, die dem Sinn und der wirtschaftlichen Bedeutung des von den Parteien Gewollten möglichst nahe kommen, zu ersetzen.

### Art. 14 Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz

- <sup>1</sup> Streitigkeiten zwischen Versicherer und Leistungserbringer sollen von den Betroffenen grundsätzlich direkt bereinigt werden. Die Vertragspartner können in jedem Fall das Gespräch zu Klärung realisieren.
- <sup>2</sup> Anwendbar ist Schweizer Recht
- <sup>3</sup> Das Vorgehen bei Streitigkeiten richtet sich nach Art. 89 KVG.

### Art. 15 Schlussbestimmungen

Dieser Vertrag wird in 3-facher Ausführung ausgefertigt und unterzeichnet. Je ein Vertragsexemplar ist für die Vertragsparteien.

---

## Anhang 1 – Angeschlossene Versicherer

(Stand 01.01.2019)

Dem Vertrag sind die folgenden Versicherer angeschlossen:

### **A) Helsana Versicherungen AG**

- Progrès Versicherungen AG

### **B) Sanitas Grundversicherungen AG**

- Compact Grundversicherungen AG

### **C) KPT Krankenkasse AG**

---

## Anhang 2 – Zusätzlich verrechenbare Leistungen

- <sup>1</sup> Zusätzlich, d.h. neben den Beiträgen von Art. 7a KLV können Leistungen verrechnet werden, für welche eine kantonale Zulassung nach KVG/KVV vorliegt. Die Abrechnung erfolgt gemäss den gesetzlichen oder tarifvertraglichen Regelungen.
- <sup>2</sup> Die in Absatz 1 aufgeführten Leistungen, zu denen die zuständigen Bundesbehörden Listen erstellt haben (Spezialitätenliste, Analysenliste, ALT, Mittel- und Gegenständeliste bei Selbstanwendung), müssen als Einzelleistungen abgerechnet werden, sofern kein anderslautender Tarifvertrag zur Anwendung gelangt.  
Die Leistungen müssen gemäss „Konzept der Tarifstruktur für ambulante und stationäre Krankenpflege für Pflegeheime, Spitexorganisationen und Pflegefachpersonen“ verrechnet werden.  
Am Beispiel Medikamente:
  - Datum
  - Pharmacode/GTIN
  - Anzahl/Mengenangabe
  - Preis
- <sup>3</sup> 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.

---

## Anhang 3 – Bedarfserfassungssysteme

- 1 Die Wahl des Bedarfserfassungssystems steht dem Leistungserbringer im Rahmen der kantonalen Vorgaben frei.
- 2 Es können die Bedarfserfassungssysteme mit den diversen Abrechnungsmodulen folgender Systeme durch die Pflegeheime resp. Tages- oder Nachtstrukturen 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.

## Anhang 4 – Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

- 1 Die Kontrollen werden mit Vorteil vor Ort beim betroffenen Leistungserbringer durchgeführt (Anhang 4.1). Auf begründete schriftliche Anfrage hin kann im Ausnahmefall die Prüfung gestützt auf Papierunterlagen beim Versicherer erfolgen (Anhang 4.2).
- 2 Alle für die Einstufung des Pflegebedarfs notwendigen Nachweise sind Grundlage für die fachliche Einstufungsüberprüfung.

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

- 3 Die Kontrollpersonen der Krankenversicherer sind Pflegefachpersonen, kennen das Bedarfserfassungssystem und sind darin geschult.
- 4 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. 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.

Gegenseitig akzeptierte Veränderungen von Einstufungen erfolgen ab Kontrolldatum.

## 4.1 Prüfung beim Leistungserbringer

- 1 Der Versicherer vereinbart mit dem Leistungserbringer einen Termin im Zeitraum der nächsten 30 Kalendertagen. Dieser Termin wird dem Leistungserbringer vor dem Besuch schriftlich bestätigt inkl. Namen der Versicherten, bei denen eine Leistungskontrolle stattfindet, sowie Name der Kontrollperson.
- 2 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 überprüft.
- 3 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.

## 4.2 Prüfung der vom Leistungserbringer eingereichten Unterlagen beim Versicherer

- 1 Verlangt der Versicherer, dass ihm die Unterlagen zur Prüfung eingereicht werden, begründet er dies kurz.  
Der Leistungserbringer reicht alle für die Einstufung relevanten Dokumente ein. Die Kontrollperson berücksichtigt für den Entscheid alle Dokumente, die ihr zur Überprüfung vorgelegt werden. Basis für den abschliessenden Entscheid sind die Unterlagen, welche zum Zeitpunkt der Kontrolle vorliegen.  
Die pflegeverantwortliche Person des Leistungserbringers kann eine Stellungnahme zum Entscheid der Kontrollperson des Versicherers abgeben.

---

## Anhang 5 Beitrittsverfahren

Beitritt gemäss Art. 3

### 1.1 Frist Vertragsbeitritt

Beitrittserklärungen, die von den (kantonalen) Verbänden bis am 30.09.2019 bestätigt werden, gelten rückwirkend per 1.7.2019.

Die Beitrittsliste wird in regelmässigen Abständen (offen) der HSK an genannter E-Mail zugestellt und enthält folgende Angaben:

- Name Alters- und Pflegeheim
- Adresse
- PLZ/ Ort/ Kanton
- Weitere Standorte
- GLN Nr.
- ZSR Nr.
- Mitglied Curaviva CH und/oder senesuisse
- Bedarfsermittlungsinstrument
- Abrechnungsart
- Beitritt per xx.xx.xxxx/ Mutationsdatum per xx.xx.xxxx/ Austritt per xx.xx.xxxx

### 1.2 Frist Neu-Beitritte

Nach dem 30.09.2019 gelten die jeweils bis zum 20. eines Monats beim Verband eingehenden Beitrittserklärungen ab dem 1. des darauf folgenden Monats.

Den Versicherern wird eine Systemerfassung von 10-14 Tagen gewährt.

### 1.3 Austritts- und Mutationsmeldungen

Die kantonalen Verbände informieren HSK per E-Mail über jede Austritts- und Mutationsmeldung.