

# Administrativ-Vertrag

Vertragsnummer: 42.500.1894G

vom 01.01.2021

betreffend die

## Abgeltung von Pflege-Leistungen in Tages- oder Nachtstrukturen

gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

zwischen

### Curaviva Schweiz

Zieglerstrasse 53

Postfach 1003

3000 Bern 23

und

### senesuisse

Bahnhofplatz 2

Postfach

3011 Bern

nachfolgend: **Verbände**

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>Einsiedler Krankenkasse</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 Schweizerische Kranken- u. Unfallversicherung AG</b> |
| 9.  | BAG Nr. 312 | <b>Atupri Gesundheitsversicherung</b>                             |
| 10. | BAG Nr. 343 | <b>Avenir Assurance Maladie SA</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 Assurance Maladie SA</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>Genossenschaft KRANKENKASSE SLKK</b>
23.	BAG Nr. 941	<b>sodalis gesundheitsgruppe</b>
24.	BAG Nr. 966	<b>vita surselva</b>
25.	BAG Nr. 1040	<b>Verein Krankenkasse Visperterminen</b>
26.	BAG Nr. 1113	<b>Caisse-maladie de la vallée d'Entremont société coopérative</b>
27.	BAG Nr. 1142	<b>Krankenkasse Institut Ingenbohl</b>
28.	BAG Nr. 1318	<b>Stiftung Krankenkasse Wädenswil</b>
29.	BAG Nr. 1322	<b>Krankenkasse Birchmeier</b>
30.	BAG Nr. 1331	<b>Krankenkasse Stoffel, Mels</b>
31.	BAG Nr. 1384	<b>SWICA Krankenversicherung AG</b>
32.	BAG Nr. 1386	<b>Galenos AG</b>
33.	BAG Nr. 1401	<b>rhenusana</b>
34.	BAG Nr. 1479	<b>Mutuel Assurance Maladie SA</b>
35.	BAG Nr. 1507	<b>AMB Assurance SA</b>
36.	BAG Nr. 1535	<b>Philos Assurance Maladie SA</b>
37.	BAG Nr. 1542	<b>Assura-Basis SA</b>
38.	BAG Nr. 1555	<b>Visana AG</b>
39.	BAG Nr. 1560	<b>Agrisano Krankenkasse AG</b>
40.	BAG Nr. 1568	<b>sana24 AG</b>
41.	BAG Nr. 1570	<b>vivacare AG</b>
42.		<b>Gemeinsame Einrichtung KVG</b> Industriestrasse 78, 4600 Olten, in ihrer Funktion als aushelfender Träger gemäss Art. 19 Abs. 1 KVV

nachfolgend: **Versicherer**

alle gemäss Vollmacht vertreten durch

**tarifsuisse ag**  
Römerstrasse 20  
4502 Solothurn

Verbände und Versicherer zusammen als **Vertragsparteien** bezeichnet

## **I. Allgemeine Bestimmungen**

### **Art. 1 Persönlicher und sachlicher Geltungsbereich**

Diese Vereinbarung gilt für:

- die Leistungserbringer, die den Beitritt zu diesem Administrativ-Vertrag erklärt haben (nachfolgend „Leistungserbringer“)
- jeden der vertragsschliessenden Versicherer
- jeden im Sinne des KVG anerkannten Krankenversicherer, welcher diesen Vertrag gemäss Art. 4 abgeschlossen hat
- Curaviva Schweiz und senesuisse, soweit sie gemäss diesem Vertrag ausdrücklich Rechte und Pflichten für sich selbst übernehmen
- tarifsuisse ag, soweit sie gemäss diesem Vertrag ausdrücklich Rechte und Pflichten für sich selbst übernimmt.

## Art. 2 Sachlicher Geltungsbereich

<sup>1</sup> Dieser Administrativ-Vertrag betrifft die Vergütung von Leistungen zu Gunsten von 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 Administrativ-Vertrag regelt die Anwendung der gesetzlich festgelegten Tarife und die administrativen Abläufe der Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 ff. KLV, welche in Tages- oder Nachtstrukturen erbracht werden.

<sup>3</sup> Für den Aufenthalt in einer Tages- oder Nachstruktur müssen nachfolgende Voraussetzungen kumulativ erfüllt sein:

- ◆ Der Patient lebt zu Hause und geht nach Hause (Pflegeheimbewohnern werden für den Besuch in der Tages- oder Nachstruktur keine OKP-Beiträge vergütet).
- ◆ Die Leistungserbringung erfolgt ausserhalb der üblichen Wohnräume / Wohnadresse der Versicherten.
- ◆ Der Patient hält sich mindestens 4 Stunden kontinuierlich in der Tages- oder Nachtstätte auf.
- ◆ Koordinationspflicht: Verschiedenen Leistungserbringer müssen bei Pflegeleistungen am gleichen Tag beim gleichen Patienten ihre Dienste koordinieren und sich absprechen. Eine kumulierte Verrechnung derselben Leistung ist ausgeschlossen.

<sup>4</sup> Dieser Vertrag gilt nicht für stationäre Aufenthalte im Pflegeheim, nicht für ambulante Pflege-Leistungen hauptsächlich in Wohnungen mit Dienstleistungen und nicht für Akut- und Übergangspflege.

## Art. 3 Beitritts- und Rücktrittsverfahren

### Art. 3.1 Vertragsbeitritt eines Leistungserbringers

<sup>1</sup> Diesem Vertrag können sämtliche Leistungserbringer beitreten, welche die Leistungsvoraussetzungen gemäss Art. 5 dieses Vertrages erfüllen.

<sup>2</sup> Das Beitrittsverfahren wird durch die Verbände nach vollständiger Unterzeichnung des Vertrages eingeleitet. Es muss spätestens innert 4 Wochen abgeschlossen sein. Die Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes sind anwendbar. Die Verbände regeln die Modalitäten der Beitritte und Rücktritte und tragen vollumfänglich die entsprechende Verantwortung. Sie sind insbesondere dafür verantwortlich, dass ausschliesslich Leistungserbringer dem Vertrag beitreten, welche die Bedingungen gemäss Art. 3.1 Abs. 1 dieses Vertrages vollumfänglich erfüllen.

<sup>3</sup> Die Verbände melden tarifsuisse ag die erfolgten Beitritte nach Abschluss des Beitrittsverfahrens gemäss Abs. 2 und anschliessend neue Beitritt- sowie Rücktrittserklärungen jeweils **sofort nach deren Eingang bei den Verbänden** ausschliesslich in Form einer Excel-Tabelle gemäss der Vorlage in Anhang 1. Die Liste gilt gegenüber den Versicherern als verbindliche Beitritts- bzw. Rücktrittserklärung der aufgeführten Leistungserbringer zum Vertrag.

<sup>4</sup> Der Leistungserbringer anerkennt mit Beitritt zu diesem Vertrag bedingungslos den gesamten Vertragsinhalt mitsamt den Anhängen. Diese bilden einen integrierten Vertragsbestandteil.

<sup>5</sup> Erfolgt der Beitritt bis spätestens am 31. März 2021 erfolgt er rückwirkend per 1. Januar 2021. Erfolgt er später, ist der Zeitpunkt des Eingangs der aktualisierten Beitrittsliste gemäss Abs. 3 bei tarifsuisse massgeblich.

## **Art. 3.2 Vertragsrücktritt eines Leistungserbringers**

<sup>1</sup> Der Leistungserbringer erklärt schriftlich seinen Rücktritt vom Vertrag. Die Rücktrittserklärung ist unterzeichnet per Post oder per E-Mail an den zuständigen Verband zuzustellen, welcher tarifsuisse ag mittels der Beitritts- und Rücktrittsliste gemäss Art. 3.1 Abs. 3 informiert.

<sup>2</sup> Der Rücktritt ist unter Einhaltung einer 6-monatigen Rücktrittsfrist jeweils auf das Jahresende möglich, erstmals per 31.12.2021. Es gilt das Zugangsprinzip – massgebend ist das Datum des Eingangs der Beitritts- und Rücktrittsliste gemäss Art. 3.1 Abs. 3 bei tarifsuisse ag. Ein Entzug der kantonalen Betriebsbewilligung oder die Streichung von der kantonalen Pflegeheimliste führt zum sofortigen automatischen Rücktritt vom Vertrag ohne Einreichung einer Rücktrittserklärung auf das nächste Jahresende. Ein Wechsel der ZSR-Nummer z.B. infolge eines Besitzerwechsels führt automatisch ebenfalls zu einem Rücktritt aus dem Vertrag. Der Beitritt zum Vertrag ist mit der neuen ZSR-Nummer neu zu erklären. Der neue Beitritt sowie der Rücktritt mit der alten ZSR-Nummer sind tarifsuisse ag mit der Beitritts- und Rücktrittsliste gemäss Art. 3.1 Abs. 3 zu melden.

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

<sup>1</sup> tarifsuisse ag wird das Recht eingeräumt, die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag auch für weitere zugelassene Krankenversicherer 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 den Verbänden gilt – unter Vorbehalt der Genehmigung durch die zuständige Behörde (Art. 46 Abs. 4 KVG) – als abgeschlossen, sobald tarifsuisse ag den Verbänden 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 Tarifverträgen für den Versicherer verfügt.

## **Art. 5 Leistungsvoraussetzungen**

<sup>1</sup> Die Krankenversicherer übernehmen die Kosten für Leistungen in Tages- oder Nachtstätten, wenn der Leistungserbringer über folgende Voraussetzungen verfügt:

- a) eine besondere Bewilligung für Tages- oder Nachtstrukturen, wo der Kanton dies vorsieht
- b) einen Leistungsauftrag für Tages- oder Nachtstrukturen, wo der Kanton dies vorsieht
- c) eine separate Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nummer) für Tages- oder Nachtstrukturen

<sup>2</sup> Ist die Voraussetzung nach Abs. 1 während der Laufzeit dieses Vertrages nicht mehr erfüllt, entfällt die gesetzliche Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

## **Art. 6 Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung**

<sup>1</sup> Der Bezug von pflegerischen Leistungen in Tages- oder Nachtstrukturen setzt eine ärztliche Anordnung gemäss Art. 8 Abs. 1 KLV sowie eine Bedarfsermittlung nach Art. 8b KLV voraus.

<sup>2</sup> Der Bedarf von Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 Buchstabe b muss vom verordnenden Arzt schriftlich bestätigt werden. Die ärztliche Anordnung sowie das Ergebnis der Bedarfsermittlung inkl. der Unterschrift des verordnenden Arztes für Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 Buchstabe b KLV sind dem Versicherer spätestens mit der ersten Rechnung zuzustellen.

<sup>3</sup> Das Datum des effektiven Behandlungsbeginns und das Datum, zu welchem die Verordnung wirksam wird, müssen identisch sein. Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig.

## **Art. 7 Bedarfsermittlungssysteme**

<sup>1</sup> Die Wahl des Bedarfsermittlungssystems steht dem Leistungserbringer im Rahmen der kantonalen Vorgaben frei.

<sup>2</sup> Es können die Bedarfsermittlungssysteme mit den diversen Abrechnungsmodulen folgender Systeme durch die Pflegeheime resp. Tages- oder Nachtstrukturen eingesetzt werden:

- PLAISIR
- RAI/RUG
- BESA

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Ein Wechsel des Systems kann immer auf Monatsbeginn erfolgen. Er ist den Vertragsparteien mindestens 3 Monate vor dem Wechsel schriftlich mitzuteilen.

<sup>5</sup> Andere Bedarfsermittlungssysteme als in Absatz 2 erwähnt, bedürfen der Vertragszulassung durch die Vertragsparteien.

## **II. Beitrag der Krankenversicherer**

---

### **Art. 8 Leistungsumfang und Vergütung**

<sup>1</sup> Die Abgeltung der Leistungen erfolgt gemäss Art. 7a Abs. 4 KLV i.V.m. Art. 7a Abs. 3 KLV.

<sup>2</sup> Die Verantwortung für die Erfassung der Bedarfsermittlung liegt bei systemgeschulten und auf tertiärer Stufe ausgebildeten Pflegefachpersonen. Das Ergebnis der Bedarfsabklärung nach Art. 8 KLV ist zusammen mit dem Arzt auf dem Bedarfsmeldeformular festzuhalten.

<sup>3</sup> Die Fristen für die Bedarfsermittlung und Einstufung richten sich nach den Regeln der Pflegebedarfsinstrumente.

## **III. Rechnungsstellung und -bezahlung**

---

### **Art. 9 Rechnungsstellung und Vergütung**

<sup>1</sup> Schuldner der Vergütung gemäss diesem Vertrag ist der Versicherer (System des tiers payant, Art. 42 Abs. 2 KVG).

<sup>2</sup> Einzelne Versicherer und Leistungserbringer können in Abweichung von Abs. 1 vereinbaren, dass die versicherte Person die Vergütung der Leistungen schuldet (System des tiers garant). Der Leistungserbringer informiert den Patienten darüber in angemessener Form.

<sup>3</sup> Ab dem 1. Januar 2022 gilt in Abweichung von Abs. 1 für sämtliche Rechnungen, welche nicht elektronisch übermittelt werden, das System des tiers garant.

<sup>4</sup> Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich.

<sup>5</sup> Die Bezahlung der Rechnung erfolgt innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung.

<sup>6</sup> Sind im Zeitpunkt der Rechnungsstellung zur Ermittlung des Leistungsumfanges zusätzliche Abklärungen notwendig (z.B. Einforderung zusätzliche Unterlagen), steht die in Abs. 5 aufgeführte Frist still.

<sup>7</sup> In begründeten Fällen hat der Leistungserbringer auf Verlangen des Versicherers unentgeltlich zusätzliche medizinische Unterlagen, welche für die Rechnungskontrolle erforderlich sind, zuhänden des Vertrauensarztes zuzustellen.

<sup>8</sup> Bei begründeten Beanstandungen werden die Zahlungsfristen unterbrochen.

<sup>9</sup> Die Rechnungsstellung erfolgt für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nichtpflichtleistungen sind dem Versicherten separat in Rechnung zu stellen.

## **Art. 9 Angaben auf der Rechnung**

Der Leistungserbringer stellt unter Angabe folgender Informationen Rechnung:

- a) Allgemeine Daten gemäss Art. 10 Abs. 1 dieses Vertrages
- b) Angabe, ob Krankheit, Unfall oder anderes (Invalidität, Mutterschaft)
- c) vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum
- d) Angaben zum verordnenden Arzt (ZSR-Nummer und GLN)
- e) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer) wenn bekannt
- f) Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung(en) für die Rechnungsperiode
- g) Anzahl der verrechneten Aufenthalte pro 24 Stunden mit Kalendarium
- h) Betrag pro verrechneten Aufenthalte pro 24 Stunden und Gesamtbetrag.

## **Art. 10 Elektronischer Datenaustausch**

<sup>1</sup> Auf allen Korrespondenzen zwischen dem Leistungserbringer und dem jeweiligen Versicherer sind mindestens anzugeben:

- a) Name, ZSR-Nummer und GLN des Leistungserbringers
- b) Name und GLN des Versicherers
- c) Angaben zum Versicherten:
  - Versichertennummer
  - Versichertenkartennummer
  - Sozialversicherungsnummer
  - Name
  - Vorname
  - Wohnadresse
  - Geburtsdatum
  - Geschlecht

<sup>2</sup> Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Rechnung spätestens ab 1. Januar 2022 elektronisch gemäss den jeweils geltenden XML-Standards und Richtlinien des Forums Datenaustausch im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zu übermitteln.

<sup>3</sup> Wenn einzelne Leistungserbringer oder Versicherer den Datenaustausch nach dem 1. Januar 2022 nicht elektronisch vornehmen können, können die Rechnungsformulare und weiteren Dokumente in Papierform übermittelt werden. Das Rechnungsformular gemäss Forum Datenaustausch ist anzuwenden. Die Rechnungsstellung erfolgt in diesem Fall im System des tiers garant.

### **Art. 11 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 Kostenbeteiligungsständen.

## **VI. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung**

---

### **Art. 12 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. 13 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 des 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 Kontrollen können beim Leistungserbringer oder beim Versicherer stattfinden.

<sup>4</sup> Ergibt die Kontrolle ein Resultat, das Auswirkungen auf die Vergütung hat, wird der Leistungserbringer umgehend schriftlich 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.

<sup>5</sup> Die Lösungsfindung findet in der Regel innerhalb von 4 Wochen nach dem Kontrolltermin statt.

<sup>6</sup> Gegenseitig akzeptierte Veränderungen von Einstufungen erfolgen ab Kontrolldatum.

## **V. Formelles**

---

### **Art. 14 Dauer und Inkrafttreten**

Dieser Vertrag ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er tritt auf den 01.01.2021 in Kraft.

### **Art. 15 Kündigung**

<sup>1</sup> Dieser Vertrag ist kündbar mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils per Ende Jahr, erstmals per 31. Dezember 2021.

<sup>2</sup> Die vertragsschliessenden Versicherer 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 Vertrages zwischen den übrigen Versicherern und den Verbänden keinen Einfluss.

<sup>3</sup> Umgekehrt haben die Verbände ebenfalls die Möglichkeit, den Vertrag nur gegenüber einzelnen Versicherern zu kündigen, indem sie nur diesem Versicherer direkt eine Kündigung zustellen. Zudem besteht für die Verbände 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> Wollen die Verbände den Vertrag gegenüber sämtlichen Versicherern, für welche tarifsuisse ag den Vertrag angeschlossen hat, kündigen, sind 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. 16 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. 17 Anhänge**

Dieser Vertrag enthält folgenden Anhang, welche integrierter Bestandteil des Vertrages ist:

#### **Anhang 1**

Mustervorlage für die Beitrittsliste

## Anhang 1

---

Mustervorlage für die Liste der beigetretenen und zurückgetretenen Leistungserbringer. Die Liste ist gemäss Art. 3.1 Abs. 3 des Vertrages in Form einer Excel-Tabelle in der dargestellten Form an tarifsuisse ag zu liefern.

ZSR-Nr.	GLN	Name Leistungserbringer	Ort Leistungserbringer	Beitritt per	Rücktritt per