

---

# Administrativ-Vertrag

zwischen  
**ARTISET mit ihrem Branchenverband CURAVIVA**  
**Zieglerstrasse 53**  
**3007 Bern**

**senesuisse**  
**Bahnhofplatz 2**  
**3011 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-Pflichtleistungen für stationäre Langzeitpflege in Pflegeheimen und Tages- oder Nachtstrukturen sowie administrative Regelung der Nebenleistungen

**Gültig ab 1.1.2024**

## Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Vertragsparteien.....	3
Art. 2	Vertragsanschluss und -rücktritt der Versicherer.....	3
Art. 3	Vertragsbeitritt und -rücktritt der Leistungserbringer.....	3
Art. 4	Geltungsbereich und Leistungsumfang.....	4
Art. 4.1	Pflichten des Leistungserbringers und der Versicherer.....	4
Art. 4.2	Pflichten der Versicherer.....	5
Art. 5	Beiträge nach Art. 7ff. KLV.....	5
Art. 6	Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung, -meldung und -änderung.....	5
Art. 6.1	Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung.....	5
Art. 6.2	Bedarfsmeldung an die Versicherer.....	6
Art. 6.3	Änderung des Pflegebedarfs.....	6
Art. 7	Rechnungstellung und Zahlungsmodalitäten.....	7
Art. 8	Vergütung.....	8
Art. 9	Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Durchführung der Kontrollen.....	8
Art. 10	Gültigkeit der Sprachversionen.....	9
Art. 11	Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung.....	9
Art. 12	Anhänge zum Vertrag.....	9
Art. 13	Schriftlichkeitsvorbehalt.....	9
Art. 14	Salvatorische Klausel.....	9
Art. 15	Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz.....	10
Art. 16	Übergangsbestimmungen.....	10
Art. 17	Schlussbestimmungen.....	10
Anhang 1	- Angeschlossene Versicherer.....	12
Anhang 2	- Zusätzliche verrechenbare Leistungen.....	13
Anhang 3	- Vereinbarung über die Kontrollen der Versicherer.....	15
Anhang 4	- Vorgabe für die Liste der Beitritte und Rücktritte.....	18

## Art. 1 Vertragsparteien

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

## Art. 2 Vertragsanschluss und -rücktritt der Versicherer

- 1 Dieser Vertrag gilt für alle an der Einkaufsgemeinschaft HSK beteiligten Versicherer, soweit sie nicht innert 14 Tagen nach Vertragsunterzeichnung schriftlich HSK mitteilen, dass sie dem Vertrag nicht angeschlossen sein wollen.
- 2 Die diesem Vertrag angeschlossenen Versicherer werden in Anhang 1 aufgeführt. HSK informiert bei Änderungen die Verbände und sämtliche angeschlossene Versicherer.
- 3 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.
- 4 Die diesem Vertrag angeschlossenen Versicherer, nachfolgend "Versicherer" genannt, übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen dieses Vertrages inkl. dessen Anhänge.
- 5 Einzelne Versicherer 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 bei HSK eingereicht werden. Der Vertrag bleibt für die übrigen Versicherer voll- umfänglich anwendbar.

## Art. 3 Vertragsbeitritt und -rücktritt der Leistungserbringer

- 1 Diesem Vertrag können Leistungserbringer beitreten, welche die Voraussetzungen gemäss Art. 4 Abs. 3 bzw. Abs. 4 nachfolgend erfüllen.
- 2 Das Beitrittsverfahren wird in Anhang 4 zwischen den Vertragsparteien vereinbart und richtet sich nach den Richtlinien der Kantonalverbände/des Verbandes.
- 3 Ein Leistungserbringer tritt dem Vertrag durch schriftliche Erklärung bei. Beigetretene Leistungserbringer übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen dieses Vertrages und dessen Anhänge.
- 4 Die Verbände stellen HSK via E-Mail: mail@ecc-hsk.info die jeweils gültige Beitrittsliste zu. Sie informieren HSK bei jeglichen Änderungen, mindestens aber halbjährlich. Für diejenigen Leistungserbringer, die bis zum 31.12.2023 dem vorangehenden Administrativvertrag mit HSK beigetreten waren, gilt die Übergangsbestimmung gemäss Art. 16 dieses Vertrags.
- 5 Leistungserbringer, die nicht Mitglied der Verbände sind, können dem Vertrag beitreten. Das Verfahren (z.B. Beitrittsgebühr etc.) richtet sich nach den Bedingungen der Verbände.
- 6 Einzelne Leistungserbringer können mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten, jeweils per Ende eines Kalenderjahres, den Rücktritt vom Vertrag erklären. Der Rücktritt von einzelnen

Vertragsbestandteilen oder einzelnen Anhängen oder gegenüber einzelnen Versicherern ist nicht möglich. Die Leistungserbringer reichen ihre schriftliche Rücktrittserklärung dem Verband ein. Der Verband informiert HSK umgehend. Der Vertrag bleibt für die übrigen Parteien und Leistungserbringer vollumfänglich anwendbar.

- 7 Ein diesem Vertrag beigetretener Leistungserbringer wird nachfolgend jeweils "Leistungserbringer" genannt.

## **Art. 4 Geltungsbereich und Leistungsumfang**

- 1 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.
- 2 Er gilt für leistungsbezugsberechtigte Versicherte mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bei einem Versicherer gemäss Anhang 1
- 3 Der Leistungserbringer hat die Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 39 Abs. 3 KVG zu erfüllen.
- 4 Für die Abwicklung von Pflegeleistungen in Tages- oder Nachtstrukturen gelten die folgenden Voraussetzungen für die Leistungserbringer:
  - eine besondere Bewilligung für Tages- oder Nachtstrukturen, wo der Kanton dies vorsieht
  - einen Leistungsauftrag für Tages- oder Nachtstrukturen, wo der Kanton dies vorsieht
  - eine separate Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) für Tages- oder Nachtstrukturen
- 5 Sind die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 und Abs. 4 während der Laufzeit des Vertrages nicht mehr erfüllt, entfällt ab diesem Zeitpunkt die gesetzliche Leistungspflicht der OKP.

### **Art. 4.1 Pflichten des Leistungserbringers und der Versicherer**

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

## Art. 4.2 Pflichten der Versicherer

- 1 Die Bestimmung gemäss Art. 4.1 Abs. 1 gilt auch für den Versicherer.
- 2 Der Versicherer ist nur dann und nur so weit leistungspflichtig, als nicht andere Kostenträger, insbesondere 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. 5 Beiträge nach Art. 7 ff. KLV

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

## Art. 6 Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung, -meldung und -änderung

### Art. 6.1 Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung

- 1 Der Bezug von pflegerischen Leistungen in Pflegeheimen setzt eine ärztliche Anordnung nach Art. 8 KLV und eine Bedarfsermittlung des Pflegebedarfes nach Art. 8a und 8b KLV voraus.
- 2 Es steht den Leistungserbringern im Rahmen der kantonalen Vorgaben offen, welches anerkannte Bedarfsermittlungsinstrument sie wählen. Ein Wechsel des Bedarfsermittlungsinstruments kann immer auf Monatsbeginn erfolgen. Er ist den Vertragsparteien mindestens 30 Tage vor dem Wechsel schriftlich mitzuteilen.
- 3 Die Verantwortung für die Erfassung der Bedarfsermittlung liegt bei systemgeschulten und auf tertiärer Stufe ausgebildeten Pflegefachpersonen.
- 4 Das Ergebnis der Bedarfsermittlung nach Art. 8a KLV ist zusammen mit dem Arzt auf dem Bedarfsmeldeformular festzuhalten.
- 5 Die Fristen für die Bedarfsermittlung und Einstufung richten sich nach den Regeln der Bedarfsermittlungsinstrumente.
- 6 Für die Bedarfsermittlung und Einstufung gelten die Bedingungen nach Art. 8a und 8b KLV.

## Art. 6.2 Bedarfsmeldung an die Versicherer

- 1 Die Bedarfsmeldung erfolgt mit dem vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Formular des Pflegebedarfsinstrumentes.
- 2 Die Bedarfsmeldung kann auch elektronisch gemäss geltenden Standards des Forum Datenaustausch übermittelt werden. Bei fehlender Möglichkeit einer elektronischen Unterschrift, ist der Leistungserbringer verpflichtet, die vom Arzt unterschriebene Bedarfsmeldung gemäss den gesetzlichen Vorgaben aufzubewahren und bei Bedarf dem Versicherer vorzulegen.
- 3 Der Leistungserbringer meldet den Pflegebedarf spätestens mit der ersten Rechnung an den Versicherer.
- 4 Erhebt der Versicherer nicht innert 10 Arbeitstagen ab Erhalt der Meldung Einspruch, so gilt die Leistungspflicht unter Vorbehalt des Prinzips von Art. 32 KVG (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) als gegeben.
- 5 Die Bedarfsmeldung enthält folgende Angaben:
  - a) Personalien und Versichertendaten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnort / Versichertennummer und/oder Sozialversicherungsnummer)
  - b) Beginn und Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung
  - c) ZSR-Nr. und GLN-Nr. des Leistungserbringers (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
  - d) ZSR-Nr. und GLN-Nr. des verordnenden Arztes (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
  - e) Behandlungsgrund Krankheit oder Unfall
  - f) Name des Versicherers
  - g) Hinweis auf andere beteiligte Versicherungsträger wie IV, MV, UV usw.
  - h) Pflegestufe / Beitragsstufe nach Art.7a Abs.3 KLV
  - i) Bedarfsermittlungsinstrument (RAI mit Aufwandgruppe, BESA mit Leistungsgruppen inkl. Punkte und Beitragsstufe oder Massnahmenpakete 1-6, bei PLAISIR mit Wertebereichen)
  - j) Grad der Hilflosigkeit (leicht/mittel/schwer), wenn bekannt

## Art. 6.3 Änderung des Pflegebedarfs

- 1 Bei einer stufenrelevanten Veränderung der Pflegebedürftigkeit erfolgt eine neue Bedarfsermittlung und Einstufung.
- 2 Veränderungen der Einstufung durch den Leistungserbringer treten am Tag des Abschlusses der Bedarfsermittlung (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 ersten Tag des 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 nicht möglich (ausgen. Richtlinien des Bedarfsermittlungs-instrumentes).
- 4 Bei Neueinstufungen durch Kontrollen der Versicherer gelten die Regelungen gemäss Anhang 3
- 5 Wenn sich beim Prozess der WZW-Prüfung grössere Differenzen zwischen Pflegeplanung/Pflegebericht und Pflegebedarfsermittlung/Einstufung ergeben, gelten die Regelungen gemäss Anhang 3.

## **Art. 7 Rechnungstellung und Zahlungsmodalitäten**

- 1 Die Rechnungsstellung erfolgt elektronisch.
- 2 Wenn einzelne Leistungserbringer in Abweichung von Abs.1 den Datenaustausch nicht elektronisch vornehmen können, sind die Rechnungsformulare und weitere Dokumente in Papierform (Rechnungsformular gem. Standard Forum Datenaustausch) zu übermitteln.
- 3 Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich, jeweils am Ende des Monats nach der erbrachten Leistung.
- 4 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.
- 5 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Rechnung gemäss den Standards und Richtlinien des Forums Datenaustausch im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zu übermitteln.
- 6 Als Hilfestellung zur konkreten Umsetzung der Abrechnung dient der «Leitfaden zur Rechnungsstellung von Pflegeleistungen» (<https://www.sasis.ch>).
- 7 Die Rechnung enthält folgende Angaben:
  - a) Rechnungsdatum, -nummer
  - b) Daten des Versicherten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnort / Versichertennummer und, wenn vorhanden, Sozialversicherungsnummer)
  - c) Name des Versicherers
  - d) ZSR-Nr., GLN und Name des Leistungserbringers
  - e) ZSR-Nr., GLN und Name des verordnenden Arztes
  - f) Vollständiges Kalendarium (Zeitraum und Anzahl Pflgetage abzüglich Urlaubs- und Spitaltage)
  - g) Beitragsstufe, Rechnungsbetrag für Leistungen gemäss Art. 7 KLV
  - h) Kalendarium der Nebenleistungen (Details für die Abrechnung sind im Anhang 2 geregelt)
  - i) Tariftyp (Tarifcode)
  - j) Tarifziffer (Positionsnummer, Tarifposition)

- 8 Die Rechnungsstellung und die Übermittlung der abrechnungsrelevanten Daten an den Versicherer erfolgen unentgeltlich.

## **Art. 8 Vergütung**

- 1 Die Vertragsparteien vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant).
- 2 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 Person darüber in angemessener Form. Die Wahl hat mit dem Beitritt zum Vertrag zu erfolgen und kann jeweils mit Wirkung auf Anfang eines Kalenderjahres - unter Einhaltung einer Ankündigungszeit von 6 Monaten - gewechselt werden.
- 3 Der Versicherer vergütet dem Leistungserbringer die Kosten für seine Leistungen auf der Basis der Beiträge nach KLV und der gemeldeten Pflegebedarfsstufe.
- 4 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.
- 5 Der Versicherer bezahlt dem Leistungserbringer die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen.
- 6 Die Frist gilt ab dem Zeitpunkt, ab dem der Versicherer über sämtliche zur Prüfung der vertrags- und gesetzeskonformen Rechnung erforderlichen Unterlagen verfügt bzw. hätte verfügen können.
- 7 Verzugszins ist nicht geschuldet.
- 8 Bei begründeten Beanstandungen werden die Zahlungsfristen gemäss Art. 8 Abs. 5 unterbrochen. Der Leistungserbringer kann eine neue Rechnung mit den nicht beanstandeten Leistungen stellen.
- 9 Die Leistungserbringer stellen den Versicherern nur Rechnung für die in diesem Vertrag genannten Pflichtleistungen.

## **Art. 9 Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Durchführung der Kontrollen**

- 1 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu erbringen (Art. 32 KVG und Art. 56 KVG).
- 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 3 im Detail vereinbart und geregelt.
- 3 Die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer schliessen gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung ab (Art. 58a Abs. 1 KVG).



## Art. 10 Gültigkeit der Sprachversionen

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

## Art. 11 Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung

- 1 Dieser Vertrag tritt per 01.01.2024 in Kraft und ist unbefristet gültig.
- 2 Der Vertrag ist von jeder Vertragspartei mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten, jeweils per Ende eines Kalenderjahres kündbar, erstmals per 31.12.2025.
- 3 Der vorliegende Vertrag ersetzt alle Verträge resp. Vereinbarungen mit demselben Regelungsgegenstand für die diesem Vertrag unterliegenden Leistungserbringer, Versicherer, Verbände und HSK. Dies betrifft auch Verträge/Vereinbarungen, welche mit allfälligen Vorgängerorganisationen abgeschlossen wurden.

## Art. 12 Anhänge zum Vertrag

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

**Anhang 1:** Angeschlossene Versicherer

**Anhang 2:** Zusätzliche verrechenbare Leistungen

**Anhang 3:** Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

**Anhang 4:** Vertragsbeitritt

## Art. 13 Schriftlichkeitsvorbehalt

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

## Art. 14 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 nahekommen, zu ersetzen. Fällt eine Änderung in den Überprüfungsbereich von Art. 46 Abs. 4 KVG, so bleibt die konstitutive Genehmigung der zuständigen Behörde vorbehalten.

## Art. 15 Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz

- 1 Konflikte zwischen Versicherer und Leistungserbringer sollen von den Betroffenen grundsätzlich direkt bereinigt werden. Gelingt dies nicht, können sich Leistungserbringer an ihren nationalen Verband wenden und die Versicherer gelangen an HSK, damit diese geeignete Schritte zur Konfliktlösung einleiten.
- 2 Bei schwerwiegenden Einzelfällen oder bei einer Häufung von ähnlichen Problemstellungen treffen sich die Vertragsparteien zur Klärung des Konflikts.
- 3 Anwendbar ist Schweizer Recht.
- 4 Das Vorgehen bei Streitigkeiten richtet sich nach Art. 89 KVG.

## Art. 16 Übergangsbestimmungen

Der vorliegende Vertrag entfaltet für die Leistungserbringer, die dem vorangehenden Administrativvertrag mit HSK beigetreten waren, die volle Wirkung. Leistungserbringer, die dies nicht wünschen, müssen innert 90 Tagen nach Inkrafttreten des vorliegenden neuen Vertrages ihren Austritt bei ihrem Verband schriftlich bekannt geben.

## Art. 17 Schlussbestimmungen

- 1 Dieser Vertrag wird in 3-facher Ausführung in Deutsch ausgefertigt und unterzeichnet. Je ein Vertragsexemplar ist für die Vertragsparteien bestimmt.
- 2 Der vorliegende Vertrag wird in Französisch | Italienisch übersetzt, deshalb gilt bei allfälligen Differenzen einzig die unterzeichnete Vertragsversion in deutscher Sprache als massgebend.

Für **ARTISET** mit ihrem Branchenverband **CURAVIVA**:

Bern, 21.3.24



Marco Borsotti  
Präsident CURAVIVA  
Vorstandsmitglied ARTISET



Christina Zweifel  
Geschäftsführerin CURAVIVA  
Mitglied der Geschäftsleitung ARTISET

Für **Senesuisse**:

Bern, 03.04.2024



Oliver Hofmann  
Vizepräsident



Christian Streit  
Geschäftsführer

100

100

100

100

Für die **Einkaufsgemeinschaft HSK AG:**

Dübendorf, 15.2.2024



.....

Eliane Kreuzer  
Geschäftsführerin



.....

Manuela Schär  
Verhandlungsleiterin

---

## Anhang 1 - Angeschlossene Versicherer

(Stand 1.1.2024)

Dem Vertrag sind die folgenden Versicherer angeschlossen:

**Helsana Versicherungen AG**

**Sanitas Grundversicherungen AG**

**KPT Krankenkasse AG**

## Anhang 2 - Zusätzliche verrechenbare Leistungen

- 1 Zusätzlich, d.h. neben den Beiträgen der Versicherer für Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV können Mittel und Gegenstände gemäss Anhang 2 KLV, sowie Medikamente verrechnet werden, für welche der Leistungserbringer über eine kantonale Zulassung nach KVG/KVV verfügt. Die Abrechnung erfolgt gemäss den gesetzlichen oder tarifvertraglichen Regelungen.
- 2 Die in Art. 1 aufgeführten Leistungen, zu denen die zuständigen Bundesbehörden Listen erstellt haben (Spezialitätenliste, Mittel- und Gegenständeliste), müssen als Einzelleistungen verrechnet 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 Folgende Regelungen gelten für folgende Leistungsbereiche:

**Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL)** gemäss Anhang 2 KLV und im Rahmen des Art. 20 Abs. 1 lit. b KLV.

- a) Die Versicherer übernehmen die Kosten ausschliesslich für ärztlich verordnete Mittel und Gegenstände. Die Verordnung wird spätestens mit der ersten Rechnung dem Versicherer zugestellt.
- b) Zwingend auf der Rechnung sind anzugeben:
  - Tarif 454 – effektiver Selbstkostenpreis bis maximal zum «Höchstvergütungsbetrag (HVB) Pflege»
  - Komplette MiGeL-Positionsnummer
  - Produktbezeichnung
  - Mengenangabe gemäss MiGeL, nicht gemäss Hersteller (z.B. Flies pro Stück und nicht ein Set von 5 Stück)
- c) Die Limitationen der MiGeL sind zu beachten (z.B. MiGeL „Kategorie A“ darf nicht in Rechnung gestellt werden). Bei MiGeL Produkten mit Preislimiten pro Jahr sind die effektiv bezogenen Produkte abzurechnen.
- d) Werden Mittel und Gegenstände von einer Abgabestelle an Bewohnerinnen und Bewohner vom Leistungserbringer geliefert und abgerechnet, so gilt für diese der HVB-Pflege (Art. 24 Abs. 2 litt. a KLV). Die Abgabestelle muss zwingend die Zulassungsbedingungen nach Art. 55 KVV erfüllen.

## Ärztlich verordnete Medikamente

- a) Die ärztliche Verordnung kann durch den Versicherer beim Leistungserbringer einverlangt werden.
- b) Zwingend auf der Rechnung sind anzugeben:
  - Tarif 400 und Pharmacode oder Tarif 402 und GTIN
  - Name des Medikamentes
  - Mengenangabe des abgegebenen Medikamentes (anzugeben ist die Anzahl Packungen und nicht die Anzahl Tabletten)
  - Pro GTIN ist das Arzneimittel (Medikament) nur einmal pro Rechnung aufzuführen.

Diese Liste ist abschliessend. Es können keine zusätzlichen Leistungen in Rechnung gestellt werden.



## Anhang 3 - Vereinbarung über die Kontrollen der Versicherten

- 1 Die Versicherten haben den gesetzlichen Auftrag, mittels Kontrollverfahren die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) der in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen (gem. Art. 32 KVG, Art. 8c KLV).
- 2 Erfolgt das Controlling durch eine dafür beauftragte Firma, gelten die gleichen Prinzipien wie bei einem Controlling, welches die Versicherten selber durchführen.
- 3 Der Versicherte nimmt den Erstkontakt auf und definiert eine bei ihm zuständige Ansprechperson.
- 4 Sofern die Kontrolle mehrere Dossiers im gleichen Betrieb betrifft, so kann eine Kontrolle vor Ort im Betrieb vereinbart werden.
- 5 Die Versicherten garantieren im Rahmen ihrer Möglichkeiten die Datensicherheit und den Datenschutz beim Beizug von Hilfspersonen/Drittanbietern. Bei Letzteren darf keine generelle Datensammlung mit statistischer Nutzung entstehen, sondern die erhobenen Daten werden anonymisiert und nach Abschluss der Arbeit bei Hilfspersonen/Drittanbietern vernichtet.
- 6 Ergibt die Prüfung des Versicherten, dass bei den in Rechnung gestellten Leistungen die WZW-Kriterien nicht eingehalten wurden und können die Versicherten dies fachlich begründen, sind die erfolgten Einstufungen anzupassen. Handelt es sich um systematische Fehler, so können die Kontrollen beim betroffenen Leistungserbringer erweitert werden.
- 7 Zeitpunkt für die Anpassung ist:
  - bei Prüfung beim Versicherten (s. Punkt 1), sofern die Fristen eingehalten wurden: ab dem Tag, an dem der Versicherte das Resultat kommuniziert.
  - bei Prüfung beim Leistungserbringer (s. Punkt 2): ab dem Tag der Kontrolle.
- 8 Rückwirkende Anpassungen bleiben auf jene Einzelfälle beschränkt, in welchen die Versicherten nach der Prüfung grobe Verstösse der Leistungserbringer gegen die WZW-Kriterien nachweisen und begründen können.
- 9 Folgende Dokumente werden auf Verlangen des Versicherten für die Prüfung vom Leistungserbringer zu Verfügung gestellt (die Liste ist nicht abschliessend):
  - Protokoll der erfassten Leistungen (BESA) / MDS und Abklärungszusammenfassung (RAI/RUG) / Profil bio-psycho-social (inkl. 2. Seite) (Plaisir)
  - ärztliche Verordnung
  - Pflegebericht / Verlaufsbericht
  - Medikamentenblatt / Verordnungsblatt
  - Therapieplan
  - Wundprotokoll

- Trainingsplan
- 10 Die Ansprechpersonen im Heim und die Kontrollpersonen der Versicherer sind tertiär ausgebildete Fachpersonen und sind für die Bedarfserfassungssysteme geschult.

## 1. Prüfung beim Versicherer

Die Versicherer führen folgende Kontrollen durch:

- 1.1 Prüfung der vom Leistungserbringer gemäss Art. 6 des Vertrages eingereichten Unterlagen:
  - Bedarfsmeldung gemäss Art. 6.2 des Vertrages
  - Rechnung gemäss Art. 7. des Vertrages
- 1.2 Prüfung der vom Versicherer (oder die von ihr beauftragten Drittdienstleister/Intermediäre\*) verlangten und vom Leistungserbringer eingereichten Unterlagen beim Versicherer
  - 1.2.1 Bei Unklarheiten mit den systematisch eingereichten Unterlagen kann der Versicherer unter Berücksichtigung von Art. 42 Abs. 5 KVG weitere für die Beurteilung relevante Unterlagen beim Leistungserbringer verlangen.
  - 1.2.2 Der Leistungserbringer sendet in der Regel innerhalb von 15 Arbeitstagen die vollständigen Pflegeunterlagen an den Versicherer.
  - 1.2.3 Nach Erhalt der Unterlagen hat der Versicherer in der Regel weitere 15 Arbeitstage Zeit, diese zu prüfen und den Leistungserbringer über den Entscheid zu informieren. Der Bericht bezieht sich auf die Unterlagen, die dem Versicherer bis zum Zeitpunkt der Kontrolle zugestellt wurden.
  - 1.2.4 Bei einer Beanstandung bemühen sich Leistungserbringer und Versicherer kooperativ um eine rasche Lösung / Regelung.

## 2. Prüfung beim Leistungserbringer

Die Versicherer führen Prüfungen auf der Basis von ausgewählten offenen Patientendossiers beim Leistungserbringer durch.

- 2.1 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.
- 2.2 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.
- 2.3 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.

- 2.4 Nach dieser Prüfung findet gleichentags ein mündlicher Austausch inkl. aktueller Einstufung zwischen der Fachperson des Leistungserbringers und der Kontrollperson des Versicherers statt.
- 2.5 Nach der Durchführung der Kontrolle erhält der Leistungserbringer innerhalb von 15 Arbeitstagen eine schriftliche Rückmeldung vom Versicherer.

## Anhang 4 - Vorgabe für die Liste der Beitritte und Rücktritte

Der Vertragsbeitritt und –rücktritt der Leistungserbringer gemäss Art. 3 sowie die Übergangsregelung Art. 16 gilt es zu berücksichtigen.

Die Beitrittsliste enthält verbindlich folgende Angaben und erfolgt im Format Excel:

Ort	Name Institution	ZSR.Nr.	GLN	Bedarfsermittlung	Datum Beitritt	Datum Mutation	Datum Rücktritt
Berlingen	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	A123420	76010021123456	BESA LK 2020	01.01.2022		
Frauenfeld	Xxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	B345620	76010021345678	RAI/RUG Index 2016	01.01.2022		
Mönchwilien	Xxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	C456720	76010021456789	RAI/RUG Index 2016	01.02.2022		
		ZSR-Nummer zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerschläge und Punkte	GLN zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerschläge	Bedarfsermittlungssystem inkl. Angabe Version	Sortierung nach Beitrittsdatum (neuester Beitritt zuletzt)		

Die Beitritte sind zwingend nach Beitrittsdatum zu sortieren (Neuster zuletzt). Neubeitritte, Mutationen oder Rücktritte sind jeweils farblich zu markieren.