

Administrativvertrag stationäre Langzeitpflege Pflegeheim, Tages- oder Nachtstrukturen sowie administrative Regelung Nebenleistungen

Vertrags-Nr: IP-202.710

Gültig ab 01.07.2019

zwischen

CURAVIVA Schweiz
Zieglerstrasse 53
3000 Bern 14

und

senesuisse
Kapellenstrasse 14
3001 Bern

(nachfolgend **Verbände**)

und

CSS Kranken-Versicherung AG
Tribtschenstrasse 21
6002 Luzern

inkl. der folgenden aufgeführten KVG-Versicherer der CSS-Gruppe:

INTRAS Kranken-Versicherung AG, Avenue de Valmont 41, 1000 Lausanne 10

Arcosana AG, Tribtschenstrasse 21, 6005 Luzern

Sanagate AG, Tribtschenstrasse 21, 6005 Luzern

(nachfolgend **CSS**)

alle zusammen **Vertragsparteien** genannt

betreffend

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

Vertragsparteien

Die Parteien des vorliegenden Vertrages sind die CURAVIVA Schweiz und die senesuisse nachfolgend "Verbände" genannt sowie die CSS Kranken-Versicherung AG, bzw. die im Anhang 1 bezeichneten Versicherer, nachfolgend "CSS" genannt.

1. Vertragsanschluss und -rücktritt der Versicherer

- 1.1. Dieser Vertrag gilt für die CSS, bzw. die im Anhang 1 bezeichneten Versicherer.
- 1.2. Die CSS ist ermächtigt, alle Handlungen im Zusammenhang mit dem vorliegenden Vertrag im Namen und auf Rechnung dieser Versicherer vorzunehmen.
- 1.3. 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 über die CSS an die Vertragsverbände erfolgen. Der Vertrag bleibt für die übrigen Versicherer vollumfänglich anwendbar.

2. Vertragsbeitritt und -rücktritt der Leistungserbringer

- 2.1. Diesem Vertrag können Leistungserbringer beitreten, welche die Voraussetzungen gemäss Art. 4 Abs. 3 bzw. Abs. 4 nachfolgend erfüllen.
- 2.2. Das Beitrittsverfahren wird in einem Anhang (Nr. 5) zwischen den Vertragsparteien vereinbart und richtet sich nach den Richtlinien der Kantonalverbände/des Verbandes. Ein Leistungserbringer tritt dem Vertrag durch schriftliche Erklärung bei. Beigetretene Leistungserbringer übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen dieses Vertrages und dessen Anhänge. Der (kantonale) Verband stellt CSS, via E-Mail: tarifvertraege@css.ch die jeweils gültige Beitrittsliste zu. Er informiert CSS bei jeglichen Änderungen.
- 2.3. Leistungserbringer, die nicht Mitglied der Verbände sind, können dem Vertrag beitreten. Das Verfahren (z.B. Beitrittsgebühr, etc.) richtet sich nach den Bedingungen der Verbände.
- 2.4. 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.
- 2.5. Ein diesem Vertrag beigetretener Leistungserbringer wird nachfolgend jeweils "Leistungserbringer" genannt.

3. Geltungsbereich u. Leistungsumfang

- 3.1. 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.
- 3.2. Er gilt für leistungsbezugsberechtigte Versicherte mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bei einem Versicherer gemäss Anhang 1.
- 3.3. Der Leistungserbringer hat die Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 39 Abs. 3 KVG zu erfüllen.
- 3.4. 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.
- 3.5. Sind die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 während der Laufzeit des Vertrages nicht mehr erfüllt, entfällt ab diesem Zeitpunkt die gesetzliche Leistungspflicht der OKP.

4. Pflichten des Leistungserbringers und der Versicherer

4.1. Pflichten des Leistungserbringers

4.1.1. Auf allen Korrespondenzen zwischen dem Leistungserbringer sowie den einzelnen Versicherern sind anzugeben:

- Daten der versicherten Person: Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Versichertennummer
- Bezeichnung des Versicherers
- Daten des Leistungserbringers: ZSR-Nummer

4.1.2. Im Rahmen des elektronischen Datenaustausches können weitere Informationen definiert werden, welche anzugeben bzw. zu übermitteln sind, soweit sie mit den gesetzlichen Anforderungen übereinstimmen.

4.1.3. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, seine Patienten in Bezug auf Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie insbesondere durch diese nicht gedeckte Kosten aufzuklären.

4.2. 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.

5. Beiträge nach Art. 7f KLV

5.1. Massgebend sind die Beiträge nach Art. 7a Abs. 3 und Abs. 4 KLV gemäss Bedarfsmeldung.

5.2. Mit dem Beitrag nach Art. 7a KLV für Leistungen nach KLV 7 ist der Beitrag der Krankenversicherer an die Pflegekosten abgegolten.

5.3. Ein- und Austrittstage gelten in der stationären Pflege als volle Pfl egetage.

5.4. Nicht über den Beitrag nach Art. 7a KLV abgegoltene Leistungen sind in Anhang 2 aufgeführt.

6. Ärztliche Anordnung, Bedarfserfassung, Rechnungstellung und Vergütung

6.1. Ärztliche Anordnung, Bedarfserfassung

6.1.1. Der Bezug von pflegerischen Leistungen in Pflegeheimen setzt eine ärztliche Anordnung und eine Bedarfsabklärung zur Ermittlung des Pflegebedarfes nach Art. 8 KLV voraus. Es steht den Leistungserbringern offen, welches anerkannte Bedarfserfassungsinstrument sie gemäss Anhang 3 wählen.

6.1.2. Die Verantwortung für die Erfassung der Bedarfsabklärung liegt bei systemgeschulten und auf tertiärer Stufe ausgebildeten Pflegefachpersonen.

6.1.3. Das Ergebnis der Bedarfsabklärung nach KLV Art. 8 ist zusammen mit dem Arzt auf dem Bedarfsmeldeformular festzuhalten.

6.1.4. Die Fristen für die Bedarfsabklärung und Einstufung richten sich nach den Regeln der Pflegebedarfsinstrumente.

6.1.5. Für die Bedarfsabklärung und Einstufung gelten die Bedingungen nach KLV Art. 8.

6.1.6. 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.

6.2. Bedarfsmeldung an die Versicherer

6.2.1. Die Bedarfsmeldung erfolgt mit dem vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Formular des Pflegebedarfsinstrumentes.

- 6.2.2. Der Leistungserbringer meldet den Pflegebedarf spätestens mit der ersten Rechnung an die CSS.
- 6.2.3. 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.
- 6.2.4. Die Bedarfsmeldung enthält folgende Angaben:
- Personalien und Versichertendaten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Versichertennummer / Sozialversicherungsnummer)
 - Beginn, Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung
 - ZSR-Nr., GLN, Name und Unterschrift des Leistungserbringers
 - ZSR-Nr., GLN, Name und Unterschrift des verordnenden Arztes
 - Behandlungsgrund Krankheit oder Unfall
 - Name Versicherer
 - Hinweis auf andere beteiligte Versicherungsträger wie IV, MV, UV usw.
 - Pflegestufe / Beitragsstufe nach KLV
 - Einstufungsinstrument (RAI mit Aufwandgruppe, BESA mit Leistungsgruppen inkl. Punkte und Beitragsstufe oder Massnahmenpakete 1-6)
 - Grad der Hilflosigkeit (leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
- 6.3. Änderungen des Pflegebedarfes
- 6.3.1. Bei einer stufenrelevanten Veränderung der Pflegebedürftigkeit erfolgt eine neue Bedarfsabklärung und Einstufung.
- 6.3.2. 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.
- 6.3.3. Bei Rückkehr aus dem Spital kann ab dem ersten Tag des Wiedereintrittstages 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 Einstufungsinstrumentes).
- 6.3.4. 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. Der Versicherer kommuniziert dem Leistungserbringer das Resultat innerhalb von 5 Arbeitstagen nach dem Entscheid.
- 6.3.5. Wenn sich beim Prozess der WZW-Prüfung grössere Differenzen zwischen Pflegeplanung/Pflegebericht und Pflegebedarfserfassung/Einstufung ergeben, die Auswirkungen auf die Vergütung haben, können in Abweichung zu Absatz 4 Rückforderungen geltend gemacht werden. Diese sind detailliert durch den Versicherer zu begründen.
- 6.4. Rechnungsstellung
- 6.4.1. Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich, jeweils am Ende des Monats nach der erbrachten Leistung.
- 6.4.2. 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.
- 6.4.3. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Rechnung gemäss den Standards und Richtlinien des Forums Datenaustausch im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zu übermitteln.

- 6.4.4. Wenn einzelne Leistungserbringer oder Versicherer in Abweichung von Abs.1 den Datenaustausch nicht elektronisch vornehmen, können die Rechnungsformulare und weiteren Dokumente in Papierform übermittelt werden.
- 6.4.5. Die Rechnung enthält folgende Angaben:
- Rechnungsdatum, -nummer
 - Daten des Versicherten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnort / Versichertennummer und, wenn vorhanden, Sozialversicherungsnummer)
 - Name des Versicherers
 - ZSR-Nr., GLN und Name des Leistungserbringers
 - ZSR-Nr., GLN und Name des verordnenden Arztes
 - Vollständiges Kalendarium (Zeitraum und Anzahl Pflégetage abzüglich Urlaubs- und Spittaltage)
 - Beitragsstufe, Rechnungsbetrag für Leistungen gemäss Art. 7 KLV
 - Kalendarium der Nebenleistungen
 - Tarifziffer (nur elektronisch oder wenn vorhanden für Papier)
- 6.4.6. Die Rechnungsstellung und die Übermittlung der abrechnungsrelevanten Daten an den Versicherer erfolgen unentgeltlich.

6.5. Vergütung

- 6.5.1. Die Vertragspartner vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung nach Art.7a KLV schuldet (System des Tiers payant).
- 6.5.2. 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 Personen 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.
- 6.5.3. Der Versicherer vergütet dem Leistungserbringer die Kosten für seine Leistungen auf der Basis der Beiträge nach KLV und der gemeldeten Pflegebedarfsstufe.
- 6.5.4. 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.
- 6.5.5. Der Versicherer bezahlt dem Leistungserbringer die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen. Bei elektronischer Abrechnung gilt eine Frist von 25 Tagen.
- 6.5.6. 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.
- 6.5.7. Verzugszins ist nichtgeschuldet.
- 6.5.8. Bei begründeten Beanstandungen werden die Zahlungsfristen gemäss Art. 6.5.5. unterbrochen.
- 6.5.9. Die Leistungserbringer stellen den Krankenversicherern nur Rechnung für die in diesem Vertrag genannten Pflichtleistungen.

7. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Durchführung der Kontrollen

- 7.1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu erbringen und dabei die aktuellen Qualitätsstandards zu beachten.

- 7.2. 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 bis 4.2 im Detail vereinbart und geregelt.

8. Gültigkeit der Sprachversion

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.

9. Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung

- 9.1. Dieser Vertrag tritt per 01.07.2019 in Kraft und ist unbefristet gültig.
- 9.2. Der Vertrag ist von jeder Vertragspartei mit einer Kündigungsfrist von 12 Monaten, jeweils per Ende eines Kalenderjahres kündbar, erstmals per 31.12.2020.
- 9.3. Der vorliegende Administrativvertrag ersetzt alle Verträge resp. Vereinbarungen mit demselben Regelungsgegenstand für die diesem Vertrag unterliegenden Leistungserbringer, Versicherer und Verbände und benötigt einen neuen Vertragsbeitritt. Der Administrativvertrag zwischen Curaviva Schweiz und tarifsuisse - Vertragsnummer 11.500.0685M, gültig ab 01.01.2014 - wird hiermit für die CSS abgelöst.

10. 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	Bedarfserfassungssysteme
Anhang 4	Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer
Anhang 5	Vertragsbeitritt

11. Schriftlichkeitsvorbehalt

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

12. Salvatorische Klausel

Sollten sich die dem Vertrag zugrunde liegenden Verhältnisse verändern oder die eine oder andere Bestimmung dieses Vertrages nichtig resp. teilnichtig sein oder werden, so wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen davon nicht betroffen. Die Parteien 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.

13. Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz

- 13.1. Streitigkeiten zwischen Versicherer und Leistungserbringer sollen von den Betroffenen grundsätzlich direkt bereinigt werden. Die Vertragspartner können in jedem Fall das Gespräch zu Klärung realisieren.
- 13.2. Anwendbar ist Schweizer Recht.
- 13.3. Das Vorgehen bei Streitigkeiten richtet sich nach Art. 89 KVG.

Anhang 1 Angeschlossene Versicherer (Stand 30.06.2019)

Dem Vertrag sind die folgenden Versicherer angeschlossen:

- **CSS Kranken-Versicherung AG**
Tribtschenstrasse 21, 6005 Luzern

- **INTRAS Kranken-Versicherung AG**
Avenue de Valmont 41, 1000 Lausanne 10

- **Arcosana AG**
Tribtschenstrasse 21, 6005 Luzern

- **Sanagate AG**
Tribtschenstrasse 21, 6005 Luzern

Anhang 2 Zusätzliche verrechenbare Leistungen

- 2.1. Zusätzlich, d.h. neben den Beiträgen nach KLV 7a können Leistungen verrechnet werden, für welche eine kantonale Zulassung nach KVG/KVV vorliegt. Die Abrechnung erfolgt gemäss den gesetzlichen oder tarifvertraglichen Regelungen.
- 2.2. 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.

Für die Abrechnung dieser Leistungen müssen genaue Mengenangaben sowie die geltenden Tarifpositionen auf der Rechnung angegeben werden (MiGeL-Positionsnummer, Pharmacode/GTIN)
- 2.3. 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.

Anhang 3 Bedarfserfassungssysteme

- 3.1. Die Wahl des Bedarfserfassungssystems steht dem Leistungserbringer im Rahmen der kantonalen Vorgaben frei.
- 3.2. Es können die Bedarfserfassungssysteme mit den diversen Abrechnungsmodulen folgender Systeme durch die Pflegeheime resp. Tages- oder Nachtstrukturen eingesetzt werden:
 - PLAISIR
 - RAI/RUG
 - BESA
- 3.3. 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.
- 3.4. Ein Wechsel des Systems kann immer auf Monatsbeginn erfolgen. Er ist den Vertragsparteien mindestens 30 Tage vor dem Wechsel schriftlich mitzuteilen.
- 3.5. Andere Bedarfserfassungssysteme als in 3.2. erwähnt, bedürfen der Vertragszulassung durch die Vertragsparteien.

Anhang 4 Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

4.1. Kontrolle durch Krankenversicherer

4.1.1. Art der Kontrolle

Die Kontrollen werden im Regelfall vor Ort beim betroffenen Leistungserbringer durchgeführt (Anhang 4.2.) Auf begründete schriftliche Anfrage hin kann im Ausnahmefall die Prüfung gestützt auf Papierunterlagen beim Versicherer erfolgen (Anhang 4.3.)

4.1.2. Umfang der Kontrolle

Alle für die Einstufung des Pflegebedarfs notwendigen Nachweise sind Grundlage für die fachliche Einstufungsüberprüfung.

Den Kontrollpersonen der Versicherer werden unter Berücksichtigung von Art. 42 Abs. 5 KVG auf begründetes Verlangen hin 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

4.1.3. Qualifikation der Kontrollpersonen

Die Kontrollpersonen der Krankenversicherer sind Pflegefachpersonen, kennen das Bedarfserfassungssysteme und sind darin geschult.

4.1.4. Resultat der Kontrolle

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 Kontrolltermin statt.

Gegenseitig akzeptierte Veränderungen von Einstufungen erfolgen ab Kontrolldatum.

4.2. Prüfung beim Leistungserbringer

- 4.2.1. 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.
- 4.2.2. 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 und besprochen.
- 4.2.3. 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.

4.3. Prüfung der vom Leistungserbringer eingereichten Unterlagen beim Versicherer

Verlangt der Versicherer, dass ihm die Unterlagen zur Prüfung eingereicht werden, begründet er dies kurz und stichhaltig.

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 Leistungserbringer kann eine Stellungnahme zum Entscheid der Kontrollperson des Versicherers abgeben.

Anhang 5 Beitrittsverfahren

Beitritt gemäss Art. 2

5.1. Frist Vertragsbeitritt

Beitrittserklärungen, die von den (kantonalen) Verbänden bis am 31.12.2019 bestätigt werden, gelten rückwirkend per 1.7.2019.

Die Beitrittsliste wird in regelmässigen Abständen (offen) der CSS 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**

5.2. Frist Neu-Beitritte

Nach dem 31.12.2019 gelten die jeweils bis zum 20. eines Monats beim Verband eingehenden Beitrittserklärungen ab dem 1. des darauffolgenden Monats.

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

5.3. Austritts- und Mutationsmeldungen

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