

## Administrativ-Vertrag OKP

Vertrags-Nr: IP-210.263

Gültig ab 01.01.2024

zwischen

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

und

**senesuisse**  
Bahnhofplatz 2  
3011 Bern

(nachfolgend **Verbände**)

und

**CSS Kranken-Versicherung AG**  
Tribtschenstrasse 21  
6002 Luzern

(nachfolgend **CSS oder Versicherer**)

alle zusammen **Vertragsparteien** genannt

betreffend

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

---

(Alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter.)

## **Vertragsparteien**

Die Parteien des vorliegenden Vertrages sind ARTISET mit ihrem Branchenverband Curaviva und senesuisse nachfolgend "Verbände" genannt sowie die CSS Kranken-Versicherung AG nachfolgend "CSS" oder «Versicherer» genannt.

### **1. Vertragsbeitritt und –rücktritt der Leistungserbringer**

- 1.1. Diesem Vertrag können Leistungserbringer beitreten, welche die Voraussetzungen gemäss Ziff. 2.3 bzw. 2.4 nachfolgend erfüllen.
- 1.2. Das Beitrittsverfahren für Neubetriebe richtet sich nach den Richtlinien der Kantonalverbände/des Verbandes.
- 1.3. Für diejenigen Leistungserbringer, die bis zum 31.12.2023 dem vorangehenden Administrativvertrag mit der CSS beigetreten waren, gilt die Übergangsbestimmung gemäss Ziff. 13 dieses Vertrags.
- 1.4. Beigetretene Leistungserbringer übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen dieses Vertrages und dessen Anhängen.
- 1.5. Der (kantonale) Verband informiert die CSS, via E-Mail: [tarifvertraege@css.ch](mailto:tarifvertraege@css.ch) über jegliche Änderung. Zusätzlich stellt der (kantonale) Verband mindestens einmal jährlich eine vollständige Liste gemäss Anhang 3 zu.
- 1.6. Leistungserbringer, die nicht Mitglied der Verbände sind, können dem Vertrag beitreten. Das Verfahren (z.B. Beitrittsgebühr, etc.) richtet sich nach den Bedingungen der Verbände.
- 1.7. Einzelne Leistungserbringer können unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten, jeweils per Jahresende erstmals per 31.12.2024, vom Vertrag zurücktreten. Die Rücktrittserklärung muss schriftlich über den Vertragsverband an die CSS erfolgen. Der Vertrag bleibt für die übrigen Leistungserbringer vollumfänglich anwendbar.
- 1.8. Ein diesem Vertrag beigetretener Leistungserbringer wird nachfolgend jeweils "Leistungserbringer" genannt.

### **2. Geltungsbereich u. Leistungsumfang**

- 2.1. 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.
- 2.2. Er gilt für leistungsbezugsberechtigte Versicherte mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bei der CSS.
- 2.3. Der Leistungserbringer hat die Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 39 Abs. 3 KVG zu erfüllen.
- 2.4. Für die Abwicklung von Pflegeleistungen in Tages- oder Nachtstrukturen gelten die folgenden Voraussetzungen für die Leistungserbringer:
  - a. eine besondere Bewilligung für Tages- oder Nacht-Strukturen, wo der Kanton dies vorsieht
  - b. einen Leistungsauftrag für Tages- oder Nachtstrukturen, wo der Kanton dies vorsieht
  - c. eine separate Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) für Tages- oder Nachtstrukturen.
- 2.5. Sind die Voraussetzungen gemäss Ziff. 2.3 während der Laufzeit des Vertrages nicht mehr erfüllt, entfällt ab diesem Zeitpunkt die gesetzliche Leistungspflicht der OKP.

### **3. Pflichten des Leistungserbringers und des Versicherers**

- 3.1. 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

- 3.2. Im Rahmen des elektronischen Datenaustausches können weitere Informationen definiert werden, welche anzugeben bzw. zu übermitteln sind, soweit sie mit den gesetzlichen Anforderungen übereinstimmen.
- 3.3. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, seine Bewohner in Bezug auf Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie insbesondere durch diese nicht gedeckten Kosten aufzuklären.
- 3.4. Die CSS 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.

#### **4. Beiträge nach Art. 7 ff. KLV**

- 4.1. Massgebend sind die Beiträge nach Art. 7a Abs. 3 und Abs. 4 KLV gemäss Bedarfsmeldung.
- 4.2. Mit dem Beitrag nach Art. 7a KLV für Leistungen nach Art. 7 KLV ist der Beitrag der Krankenversicherer an die Pflegekosten abgegolten.
- 4.3. 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.
- 4.4. Ein- und Austrittstage gelten in der stationären Pflege als volle Pfllegetage.
- 4.5. Nicht über den Beitrag nach Art. 7a KLV abgegoltene Leistungen sind in Anhang 1 aufgeführt.

#### **5. Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung, Rechnungstellung und Vergütung**

##### **5.1. Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung**

- 5.1.1. 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.
- 5.1.2. Es steht den Leistungserbringern im Rahmen der kantonalen Vorgaben offen, welches anerkannte Bedarfsermittlungsinstrument sie wählen. Ein Wechsel des Bedarfsermittlungsinstrumentes kann immer auf Monatsbeginn erfolgen. Er ist den Vertragsparteien mindestens 30 Tage vor dem Wechsel schriftlich mitzuteilen.
- 5.1.3. Die Verantwortung für die Erfassung der Bedarfsermittlung liegt bei systemgeschulten und auf tertiärer Stufe ausgebildeten Pflegefachpersonen.
- 5.1.4. Das Ergebnis der Bedarfsermittlung nach Art. 8a KLV ist zusammen mit dem Arzt auf dem Bedarfsmeldeformular festzuhalten.
- 5.1.5. Die Fristen für die Bedarfsermittlung und Einstufung richten sich nach den Regeln der Bedarfsermittlungsinstrumente.
- 5.1.6. Für die Bedarfsermittlung und Einstufung gelten die Bedingungen nach Art. 8a und 8b KLV.

##### **5.2. Bedarfsmeldung an die Versicherer**

- 5.2.1. Die Bedarfsmeldung erfolgt mit dem vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Formular des Pflegebedarfsinstrumentes.
- 5.2.2. Die Bedarfsmeldung kann auch elektronisch gemäss geltenden Standards des Forum Datenaustausch der CSS 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.
- 5.2.3. Der Leistungserbringer meldet den Pflegebedarf spätestens mit der ersten Rechnung an die CSS.
- 5.2.4. Erhebt die CSS 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.

5.2.5. Die Bedarfsmeldung enthält folgende Angaben:

- Personalien und Versichertendaten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Adresse Versichertennummer und/oder 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 des Versicherers
- Hinweis auf andere beteiligte Versicherungsträger wie IV, MV, UV, wenn bekannt
- Pflegestufe / Beitragsstufe nach Art. 7a Abs. 3 KLV
- Bedarfsermittlungsinstrument (bei RAI mit Aufwandgruppe, bei BESA mit Leistungsgruppen inkl. Punkte und Beitragsstufe oder Massnahmenpakete 1-6, bei PLAISIR mit Wertebereichen)
- Grad der Hilflosigkeit (leicht/mittel/schwer), wenn bekannt

5.3. Änderungen des Pflegebedarfes

5.3.1. Bei einer stufenrelevanten Veränderung der Pflegebedürftigkeit erfolgt eine neue Bedarfsermittlung und Einstufung.

5.3.2. 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 der CSS spätestens mit der folgenden Rechnung mittels Bedarfsmeldung anzuzeigen.

5.3.3. Bei Rückkehr aus dem Spital kann ab dem ersten Tag des Wiedereintritts im Pflegeheim die veränderte Einstufung verrechnet werden. In jedem Falle ist die Veränderung gegenüber der CSS spätestens mit der folgenden Rechnung mittels Bedarfsmeldung anzuzeigen. Andere rückwirkende Einstufungen sind nicht möglich (ausgen. Richtlinien des Bedarfsermittlungsinstrumentes).

5.3.4. Bei Neueinstufungen durch Kontrollen der CSS gelten die Regelungen gemäss Anhang 2.

5.3.5. Wenn sich beim Prozess der WZW-Prüfung grössere Differenzen zwischen Pflegeplanung / Pflegebericht und Pflegebedarfsermittlung / Einstufung ergeben, gelten die Regelungen gemäss Anhang 2.

5.4. Rechnungsstellung

5.4.1. Die Rechnungsstellung erfolgt elektronisch.

5.4.2. Wenn einzelne Leistungserbringer in Abweichung von Ziff. 5.4.1 den Datenaustausch nicht elektronisch vornehmen können, sind die Rechnungsformulare und weitere Dokumente in Papierform (Rechnungsformular gem. Standard Forum Datenaustausch) zu übermitteln.

5.4.3. Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich, jeweils am Ende des Monats nach der erbrachten Leistung.

5.4.4. 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.

5.4.5. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Rechnung gemäss den Standards und Richtlinien des Forums Datenaustausch im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zu übermitteln.

5.4.6. Als Hilfestellung zur konkreten Umsetzung der Abrechnung dient der «Leitfaden zur Rechnungsstellung von Pflegeleistungen» (<https://www.sasis.ch>).

5.4.7. Die Rechnung enthält folgende Angaben:

- Rechnungsdatum, -nummer
- Daten des Versicherten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Adresse / 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 Pflgetage abzüglich Urlaubs- und Spitaltage)
- Pflegestufe / Beitragsstufe, Rechnungsbetrag für Leistungen gemäss Art. 7 KLV
- Kalendarium der Nebenleistungen (Details für die Abrechnung sind im Anhang 1 geregelt)
- Tariftyp (Tarifcode)
- Tarifziffer (Positionsnummer, Tarifposition)

5.4.8. Die Rechnungsstellung und die Übermittlung der abrechnungsrelevanten Daten an die CSS erfolgen unentgeltlich.

5.5. Vergütung

5.5.1. Die Vertragsparteien vereinbaren, dass die CSS die Vergütung schuldet (System des Tiers payant).

5.5.2. Der einzelne Leistungserbringer kann in Abweichung von Ziff. 5.5.1 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.

5.5.3. Die CSS vergütet dem Leistungserbringer die Kosten für seine Leistungen auf der Basis der Beiträge nach KLV und der gemeldeten Pflegebedarfsstufe.

5.5.4. Es werden durch die CSS nur vertrags- und gesetzeskonforme Rechnungen vergütet. Andernfalls fordert die CSS den Leistungserbringer auf, eine vertrags- und gesetzeskonforme Rechnung zu stellen.

5.5.5. Die CSS bezahlt dem Leistungserbringer die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen.

5.5.6. Die Frist gilt ab dem Zeitpunkt, ab dem die CSS über sämtliche zur Prüfung der vertrags- und gesetzeskonformen Rechnung erforderlichen Unterlagen verfügt bzw. hätte verfügen können.

5.5.7. Verzugszins ist nicht geschuldet.

5.5.8. Bei begründeten Beanstandungen wird die Zahlungsfrist gemäss Ziff. 5.5.5 unterbrochen. Der Leistungserbringer kann eine neue Rechnung mit den nicht beanstandeten Leistungen stellen.

5.5.9. Die Leistungserbringer stellen der CSS nur Rechnung für die in diesem Vertrag genannten Pflichtleistungen.

**6. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Durchführung der Kontrollen**

6.1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu erbringen (Art. 32 KVG und Art. 56 KVG).

6.2. Die Versicherer haben den gesetzlichen Auftrag, die Leistungspflicht und die Wirtschaftlichkeit (WZW) der in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen. Das Verfahren betreffend die WZW-Prüfung im Rahmen von Art. 32 KVG wird im Anhang 2 im Detail vereinbart und geregelt.

- 6.3. Die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer schliessen gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung ab (Art. 58a Abs. 1 KVG).
- 6.4. Die Umsetzung der Wirtschaftlichkeitskontrollen nach Art. 56 KVG ist nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

## **7. 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.

## **8. Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung**

- 8.1. Dieser Vertrag tritt per 01.01.2024 in Kraft und ist unbefristet gültig.
- 8.2. Der Vertrag ist von jeder Vertragspartei mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten, jeweils per Ende eines Kalenderjahres kündbar, erstmals per 31.12.2025.
- 8.3. Der vorliegende Administrativvertrag ersetzt alle Verträge resp. Vereinbarungen mit demselben Regelungsgegenstand für die diesem Vertrag unterliegenden Leistungserbringer, Versicherer und Verbände. Der Administrativvertrag zwischen Curaviva Schweiz, senesuisse und CSS - Vertragsnummer IP-202.710, gültig ab 01.07.2019 - wird hiermit abgelöst.

## **9. Anhänge zum Vertrag**

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

Anhang 1	Zusätzliche verrechenbare Leistungen
Anhang 2	Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer
Anhang 3	Vorgabe für die Liste der Beitritte und Rücktritte

## **10. Schriftlichkeitsvorbehalt**

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

## **11. 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.

## **12. Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz**

- 12.1. Streitigkeiten zwischen der CSS und einem Leistungserbringer sollen von den Betroffenen grundsätzlich direkt bereinigt werden. Gelingt dies nicht, können sich die Leistungserbringer an ihren nationalen Verband wenden, damit die Vertragsparteien geeignete Schritte zur Konfliktlösung einleiten.
- 12.2. Bei schwerwiegenden Einzelfällen oder bei einer Häufung von ähnlichen Problemstellungen treffen sich die Vertragsparteien zur Klärung des Konfliktes.
- 12.3. Anwendbar ist Schweizer Recht.
- 12.4. Das Vorgehen bei Streitigkeiten richtet sich nach Art. 89 KVG.

### **13. Übergangsbestimmungen**

Der vorliegende Vertrag entfaltet für die Leistungserbringer, die dem vorangehenden Administrativvertrag mit der CSS (Vertragsnummer IP-202.710) 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.

### **14. Schlussbestimmung**

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

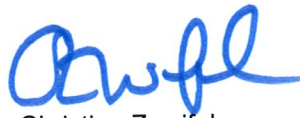
[Die nächste Seite ist die Unterschriftenseite].

Bern, 21.3.24

**ARTISET mit ihrem Branchenverband CURAVIVA**



Marco Borsotti  
Präsident CURAVIVA  
Vorstandsmitglied ARTISET



Christina Zweifel  
Geschäftsführerin CURAVIVA  
Mitglied der Geschäftsleitung ARTISET

Bern, 03.04.2024

**Senesuisse**



Oliver Hofmann  
Vizepräsident



Christian Streit  
Geschäftsführer

Luzern, 29.2.2024

**CSS Kranken-Versicherung AG**



Sanjay Singh  
Leiter Konzernbereich Leistungen, Produkte &  
Health Services  
Mitglied der Konzernleitung



Luca Emmanuele  
Leiter Einkaufsmanagement Leistungen  
Mitglied der Direktion

Geprüft R&C

Dat. 15.02.24, Vis. MS  
GRV\*



## Anhang 1 – 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 entsprechende kantonale Zulassung nach KVG/KVV verfügt. Die Abrechnung erfolgt gemäss den gesetzlichen oder tarifvertraglichen Regelungen.
2. Die in Ziff. 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 CSS übernimmt die Kosten ausschliesslich für ärztlich verordnete Mittel und Gegenstände. Die Verordnung wird spätestens mit der ersten Rechnung der CSS 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) Übersteigt der Preis eines Produktes den HVB Pflege, kann der übersteigende Anteil direkt der versicherten Person in Rechnung gestellt werden, nicht jedoch dem Versicherer.
    - e) 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 lit. a KLV). Die Abgabestelle muss zwingend die Zulassungsbedingungen nach Art. 55 KVV erfüllen.
  - **Ärztlich verordnete Medikamente** gemäss Spezialitätenliste (SL)
    - a) Die ärztliche Verordnung kann durch die CSS 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.
5. Diese Liste ist abschliessend. Es können keine zusätzlichen Leistungen in Rechnung gestellt werden.

## Anhang 2 – Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

Die Versicherer 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).

Erfolgt das Controlling durch eine dafür beauftragte Firma (folgend «von ihr beauftragten Drittdienstleister / Intermediäre» genannt), gelten die gleichen Prinzipien, wie bei einem Controlling, welches die CSS selber durchführt.

Die CSS nimmt den Erstkontakt auf (z.B. Schriftliche Einforderung der Unterlagen) und definiert eine bei ihr zuständige Ansprechperson.

Sofern die Kontrolle mehrere Dossiers des gleichen Leistungserbringers betrifft, so kann eine Kontrolle vor Ort beim Leistungserbringer vereinbart werden.

Die CSS garantiert 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.

Ergibt die Prüfung der CSS (oder von ihr beauftragten Drittdienstleister / Intermediäre), dass bei den in Rechnung gestellten Leistungen die WZW-Kriterien nicht eingehalten wurden und kann sie dies fachlich begründen, sind die erfolgten Einstufungen anzupassen. Handelt es sich um systematische Fehler, so können die Kontrollen beim betroffenen Leistungserbringer erweitert werden.

Zeitpunkt für die Anpassung ist:

- bei der Prüfung bei der CSS (oder von ihr beauftragten Drittdienstleister / Intermediäre) (s. Ziff. 1 dieses Anhangs), sofern die Fristen eingehalten wurden: ab dem Tag, an dem der Versicherer das Resultat kommuniziert.

- bei der Prüfung beim Leistungserbringer (s. Ziff. 2 dieses Anhangs): ab dem Tag der Kontrolle.

Rückwirkende Anpassungen bleiben auf jene Einzelfälle beschränkt, in welchen die CSS (oder von ihr beauftragten Drittdienstleister / Intermediäre) nach der Prüfung grobe Verstösse der Leistungserbringer gegen die WZW-Kriterien nachweisen und begründen kann.

Folgende Dokumente werden auf Verlangen der CSS (oder von ihr beauftragten Drittdienstleister / Intermediäre) 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.

Die Ansprechpersonen im Heim und die Kontrollpersonen der CSS (oder von ihr beauftragten Drittdienstleister / Intermediäre) sind tertiär ausgebildete Fachpersonen und sind für die Bedarfserfassungssysteme geschult.

### 1. Prüfung beim Versicherer

Die CSS führt folgende Kontrollen durch:

#### 1.1 Prüfung der vom Leistungserbringer gemäss Ziff. 5 des Vertrages eingereichten Unterlagen

- Bedarfsmeldung gemäss Ziff. 5.2 des Vertrages
- Rechnung gemäss Ziff. 5.4 des Vertrages.

- 1.2 Prüfung der von der CSS (oder von ihr beauftragten Drittdienstleister / Intermediäre) verlangten und vom Leistungserbringer eingereichten Unterlagen beim Versicherer
  - 1.2.1 Bei Unklarheiten mit den systematisch eingereichten Unterlagen kann die CSS (oder von ihr beauftragten Drittdienstleister / Intermediäre) 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 die CSS (oder von ihr beauftragten Drittdienstleister / Intermediäre).
  - 1.2.3 Nach Erhalt der Unterlagen hat die CSS (oder von ihr beauftragten Drittdienstleister / Intermediäre) 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 der CSS (oder von ihr beauftragten Drittdienstleister / Intermediäre) bis zum Zeitpunkt der Kontrolle zugestellt wurden.
  - 1.2.4 Bei einer Beanstandung bemühen sich Leistungserbringer und die CSS (oder von ihr beauftragten Drittdienstleister / Intermediäre) kooperativ um eine rasche Lösung / Regelung.

## **2. Prüfung beim Leistungserbringer**

Die CSS führt Prüfungen auf der Basis von ausgewählten offenen Patientendossiers beim Leistungserbringer durch.

- 2.1 Die CSS (oder von ihr beauftragten Drittdienstleister / Intermediäre) 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 der CSS (oder von ihr beauftragten Drittdienstleister / Intermediäre) 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 der CSS (oder von ihr beauftragten Drittdienstleister / Intermediäre) statt.
- 2.5 Nach der Durchführung der Kontrolle erhält der Leistungserbringer innerhalb von 15 Arbeitstagen eine schriftliche Rückmeldung von der CSS (oder von ihr beauftragten Drittdienstleister / Intermediäre).

### Anhang 3 – Vorgabe für die Liste der Beitritte und Rücktritte

Der Vertragsbeitritt und –rücktritt der Leistungserbringer gemäss Ziff. 1 sowie die Übergangsbestimmungen Ziff. 13 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	Xxxxxxxxxxxxxxxxxx	A123420	76010021123456	BESA LK 2020	01.01.2022		
Frauenfeld	Xxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxx	B345620	76010021345678	RAI/RUG Index 2016	01.01.2022		
Münchwilen	Xxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxx	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.