

Tarifvertrag KVG

Vertrags-Nr. IP-208.201

(ab 01.01.2022)

zwischen

CURAVIVA BE

Könizstrasse 74
3008 Bern

(nachfolgend «**Verband**» genannt)

und

CSS Kranken-Versicherung AG

Tribschenstrasse 21
6005 Luzern

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

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

Arcosana AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern

Sanagate AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern

(nachfolgend «**CSS / Versicherer**» genannt)

(Der Verband und die CSS werden nachfolgend zusammen als «**Parteien**» genannt)

betreffend

die Abgeltung von Leistungen in der Akut- und Übergangspflege (AÜP) gemäss KVG.

(Alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter.)

1. Vertragsparteien

- 1.1 Die Parteien des vorliegenden Vertrages sind Curaviva BE (nachfolgend Verband genannt) und die CSS Kranken-Versicherung AG (nachfolgend CSS genannt).
- 1.2 Der Verband vertritt und bündelt die Interessen der Mitglieder. Er ist als rechtlich selbständiger Verein organisiert und vertritt die Interessen seiner Mitglieder gegenüber der Öffentlichkeit, den Behörden, den politischen Instanzen, den sozialen Versicherungsträgern und bietet Dienstleistungen an.
- 1.3 Die CSS ist ein Unternehmen des CSS Konzerns. An den unter dem Vertrag erbrachten Leistungen sind sämtliche bestehende und zukünftige im Bereich des KVG tätige Gesellschaften des CSS Konzerns vollumfänglich berechtigt und verpflichtet. Als Konzernunternehmen gelten Unternehmen, die die CSS kontrollieren, oder die direkt oder indirekt unter der gleichen Kontrolle wie die CSS stehen, wobei Kontrolle als kapitalmässige Beteiligung von mehr als 50 % definiert ist.
- 1.4 Die CSS übernimmt die Verantwortung für die Einhaltung der Vertragsbedingungen durch die Konzernunternehmen.

2. Zweck und Geltungsbereich

- 2.1 Die Akut- und Übergangspflege (AÜP) hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz nach einem Spitalaufenthalt zum Ziel, so dass die Patienten die vor Spitaleintritt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten zurückerlangen und diese wieder in der gewohnten Umgebung nutzen können. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr nach Hause und die Vermeidung einer Rehospitalisation.
- 2.2 Mit diesem Tarifvertrag regeln die Parteien die Leistungsabgeltung für AÜP in einem Pflegeheim gemäss KVG, deren Vergütung mittels Pauschalen gemäss Ziff. 7 und den administrativen Prozess. Es handelt sich um einen Vertrag im Sinne von Art. 25a KVG i.V.m. Art. 49a KVG i.V.m. Art. 7b KLV, der die Leistungserbringer des Verbands zur Abrechnung von Leistungen gemäss Ziff. 7 über die obligatorische Krankenpflegeversicherung berechtigen.
- 2.3 Dieser Vertrag betrifft ausschliesslich Personen, welche beim Versicherer die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG abgeschlossen haben (nachfolgend Versicherte).

3. Vertragsbeitritt und -rücktritt der Leistungserbringer

- 3.1 Diesem Vertrag können alle Leistungserbringer beitreten, die gemäss Art. 39 Abs. 3 i.V.m. Art. 39 Abs. 1 KVG als Pflegeheime vom Standortkanton für die AÜP zugelassen sind, auf der kantonalen Pflegeheimliste geführt werden und damit über einen Leistungsauftrag für die AÜP verfügen sowie eine separate Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) für die AÜP besitzen.
- 3.2 Das Beitrittsverfahren wird durch den Verband nach Unterzeichnung des Vertrages eingeleitet und richtet sich nach den Richtlinien des Verbandes. Ein Leistungserbringer kann dem Vertrag durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Verband beitreten (innert 45 Tagen nach Einleitung des Beitrittsverfahrens).
- 3.3 Die diesem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen dieses Vertrages inkl. dessen Anhänge.
- 3.4 Einzelne Leistungserbringer können unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten jeweils per 31.12, erstmals per 31.12.2022 vom Vertrag zurücktreten. Die Rücktrittserklärung muss schriftlich innert der vorgegebenen Frist beim Verband eingereicht werden. Der Rücktritt von einzelnen Vertragsbestandteilen oder einzelnen Anhängen ist nicht möglich. Der Vertrag bleibt für die übrigen Leistungserbringern nach wie vor gültig.
- 3.5 Der Verband stellt der CSS via E-Mail: tarifvertraege@css.ch die jeweils gültige Liste der beigetretenen Leistungserbringer zu. Er informiert die CSS bei jeglichen Änderungen. Für diejenigen Leistungserbringer, die bis zum 31.12.2021 dem vorangehenden Vertrag mit tarifsuise beigetreten waren, gilt die Übergangsbestimmung gemäss Ziff. 16 dieses Vertrages.

4. Leistungsvoraussetzungen

- 4.1 Voraussetzung für die Leistungspflicht der Versicherer sind die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen auf nationaler und kantonaler Ebene.
- 4.2 Der Leistungserbringer hat die gesetzlichen Voraussetzungen gemäss Ziff. 3.1 vorstehend zu erfüllen, will er Leistungen der AÜP in Rechnung stellen. Zudem müssen für die AÜP gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG i.V. m. Art. 7b KLV kumulativ folgende Bedingungen erfüllt sein, die der Spitalarzt im Meldeformular gemäss Anhang 2 bestätigt:
- a) Die akuten gesundheitlichen Probleme müssen bekannt und stabilisiert sein.
 - b) Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital oder in einer geriatrischen Abteilung eines Spitals sind nicht mehr notwendig.
 - c) Ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik ist nicht indiziert.
 - d) Es liegt eine spitalärztliche Verordnung für AÜP vor.
 - e) Es liegt eine Bedarfsabklärung gemäss Art. 7 Abs. 3 KLV vor, welche die nach einem Aufenthalt in einem Akutspital benötigte, qualifizierte und reaktivierende Pflege durch Pflegefachpersonen definiert.
 - f) Die spitalärztlich verordnete AÜP ist Teil der Behandlungskette, bedarfsgerecht und gezielt. Sie darf nicht als Wartezeit bis zum Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Pflegeheim angeordnet werden.
 - g) Die AÜP wird für max. zwei Wochen (14 Tage) angeordnet.
 - h) Es wird im Rahmen der Bedarfsabklärung ein Pflegeplan mit den zur Zielerreichung notwendigen Massnahmen erstellt.
- 4.3 Sind diese Voraussetzungen nicht (mehr) erfüllt, entfällt die gesetzliche Leistungspflicht der OKP.

5. Ärztliche Anordnung, Bedarfsabklärung und Bedarfsmeldung

- 5.1 Die Bedarfsermittlung der AÜP gemäss Art. 8a KLV erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf dem Formular gemäss Anhang 2 festgehalten.
- 5.2 Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig.

6. Pflichten der Parteien

- 6.1 Die Leistungserbringer haben insbesondere folgende Pflichten zu erfüllen:
- a) Sie reichen dem Versicherer bei Eintritt oder spätestens mit der Rechnung des Versicherten das Meldeformular betreffend spitalärztliche Anordnung der AÜP gemäss Anhang 2 ein.
 - b) Sie stellen dem Versicherer die Rechnung gemäss Ziff. 8 zu.
 - c) Sie informieren die Versicherten vorgängig im Rahmen der ihr zukommenden gesetzlichen Aufklärungspflicht schriftlich über allfällige durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten.
 - d) Sie stellen dem Versicherten gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG eine Rechnungskopie zu.
- 6.2 Der Versicherer kontrolliert und bezahlt die Rechnungen gemäss Ziff. 8.

7. Tarife

- 7.1 Die Parteien vereinbaren eine Tagespauschale gemäss Anhang 3.
- 7.2 Während einer Abrechnungsperiode können mit Ausnahme des Ein- und Austrittstages keine zusätzlichen Leistungen der stationären oder der ambulanten Krankenpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV verrechnet werden.
- 7.3 Ausserhalb der Krankenpflege verrechenbare Zusatzleistungen sind abschliessend in Anhang 4 geregelt.

8. Rechnungstellung, -prüfung und -bezahlung

- 8.1 Die Parteien vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung der in diesem Vertrag geregelten Leistungen im System des Tiers payant (TP) schuldet.
- 8.2 Der einzelne Leistungserbringer kann in Abweichung von Ziff. 8.1 dieses Vertrages wählen, dass die versicherte Person die Vergütung der Leistung schuldet (System des Tiers Garant). Der Leistungserbringer informiert die versicherte Person rechtzeitig vor dem Leistungsbezug. Die Wahl hat mit dem Beitritt zum Vertrag zu erfolgen und kann jeweils mit Wirkung auf Anfang eines Kalenderjahres – unter Einhaltung einer Ankündigungsfrist von 6 Monaten – gewechselt werden. Ein Wechsel für einzelne Patienten ist unzulässig.
- 8.3 Die Rechnungstellung beinhaltet sämtliche im Rahmen der AÜP erbrachten Leistungen und hat insbesondere folgende Angaben zu enthalten:
- a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Versichertenkartennummer, Sozialversicherungsnummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum)
 - b) Name des Versicherers
 - c) Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum
 - d) Name und Adresse des Leistungserbringers
 - e) AÜP Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) des Leistungserbringers
 - f) Das vollständige Kalendarium (Zeitraum und Anzahl Pflagetage)
 - g) Bei Verrechnung von Einzelleistungen: Leistungskalendarium für Arzt, Arznei, Therapie- und Pflegematerial (jeweils mit MiGeL-Positionsnummer).
 - h) Tarife, Tarifpositionen der einzelnen Pflichtleistungen.
- 8.4 Der Versicherer bezahlt die Rechnung des Leistungserbringers innert 30 Tagen. Bei elektronischer Abrechnung gilt eine Frist von 25 Tagen.
- 8.5 Die Leistungserbringer stellen den Krankenversicherern nur Rechnung für die in diesem Vertrag genannten Pflichtleistungen.
- 8.6 Bei begründeten Beanstandungen wird die Zahlungsfrist für den beanstandeten Teil der Rechnung unterbrochen. Der nicht beanstandete Anteil ist durch den Versicherer grundsätzlich innerhalb der unter Ziff. 8.4 aufgeführten Fristen zu begleichen, sofern der Leistungserbringer eine korrigierte Rechnung ohne die beanstandete Position einreicht.
- 8.7 Die Vertragsparteien wollen unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes den elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Versicherern weiter fördern. Beim elektronischen Datenaustausch verpflichtet sich der Leistungserbringer, die Rechnung gemäss den Standards und Richtlinien des Forum Datenaustausch im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zu übermitteln.

9. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Kontrollen

- 9.1 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).
- 9.2 Der Leistungserbringer und die Versicherer verpflichten sich an den gemeinsamen Massnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle ihrer Leistungen gemäss Artikel 58 KVG und Artikel 77 KVV teilzunehmen.
- 9.3 Die Versicherer haben den gesetzlichen Auftrag, die Leistungspflicht und die Wirtschaftlichkeit (WZW) der in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen. Die Überprüfung erfolgt retrospektiv, d.h. nach Abschluss der Akut- und Übergangspflege

- 9.4 Dem Versicherer sind auf erstes Verlangen sämtliche geforderten Dokumente für eine entsprechende Überprüfung einzureichen. Die Überprüfung kann beim Leistungserbringer oder beim Versicherer stattfinden.

10. Vertragsdauer und Kündigung

- 10.1 Der Vertrag tritt – unter Vorbehalt der Genehmigung durch die zuständige kantonale Behörde (vgl. Art 46 Abs. 4 KVG) – auf den 01.01.2022 in Kraft und wird für unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er ersetzt alle bisherigen schriftlichen und mündlichen Tarifvereinbarungen der Parteien im Bereich der Akut- und Übergangspflege gemäss KVG.
- 10.2 Der Vertrag kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils auf das Ende des Kalenderjahres gekündigt werden, erstmals per 31.12.2022.

11. Genehmigung

- 11.1 Dieser Vertrag bedarf gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG der Genehmigung durch die zuständige Behörde.
- 11.2 Das Genehmigungsverfahren wird durch den Verband eingeleitet. Er stellt der CSS eine Kopie des Genehmigungsantrages zu oder informiert die CSS über die Eingabe (Datum). Allfällige diesbezügliche Gebühren werden von den Vertragsparteien hälftig getragen.

12. Vertragsänderungen

- 12.1 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 grundsätzlich 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 (salvatorische Klausel).
- 12.2 Alle Änderungen und Ergänzungen zu diesem Vertrag bzw. seinen Anhängen haben schriftlich zu erfolgen und sind von den Vertragsparteien rechtsverbindlich zu unterzeichnen.
- 12.3 Fällt eine Änderung in den Überprüfungsbereich von Art. 46 Abs. 4 KVG, so bleibt die konstitutive Genehmigung der zuständigen Behörde vorbehalten.

13. Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz

- 13.1 Anwendbar ist Schweizer Recht.
- 13.2 Streitigkeiten zwischen Versicherer und Leistungserbringer sind von den Betroffenen grundsätzlich direkt zu bereinigen. Finden sie keine Lösung, ist der Verband einzubeziehen. Die Parteien sind diesfalls nochmals bestrebt, eine einvernehmliche Lösung zu finden, bevor eine Kündigung ausgesprochen oder ein gerichtliches Verfahren nach Art. 89 KVG eingeleitet wird.

14. Anhänge

Folgende Anhänge bilden integrierenden Bestandteil dieses Vertrages:

Anhang 1	Nötige Angaben für die Beitrittsliste
Anhang 2	Meldeformular AÜP
Anhang 3	Anwendbarer Tarif
Anhang 4	Zusätzliche verrechenbare Leistungen

15. Schlussbestimmung

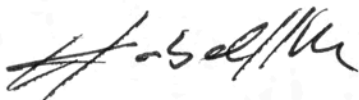
Dieser Vertrag wird in dreifach unterzeichneten Originalexemplaren ausgefertigt. Je ein Vertrags-exemplar ist für den Verband, den Versicherer und die Genehmigungsbehörde bestimmt.

16. Übergangsbestimmungen

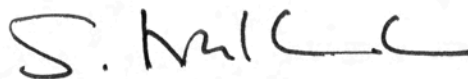
Der vorliegende Vertrag entfaltet für die Leistungserbringer, die dem vorangehenden Vertrag (Vertragsnummer 11.500.0367B) betreffend die Vergütung der Pflege von Patienten der Akut- und Übergangspflege nach obligatorischer Krankenpflegeversicherung gemäss KVG, gültig ab 1. Januar 2013 zwischen Verband Berner Pflege- und Betreuungszentren und tarifsuisse beigetreten waren, die volle Wirkung. Leistungserbringer, die dies nicht wünschen, müssen innert 90 Tagen nach Inkrafttreten des vorliegenden Vertrages schriftlich erklären, dass sie sich diesem Vertrag nicht anschliessen.

Bern, 17.12.2021

CURAVIVA BE



Erica Kobel-Itten
Präsidentin



Sevan Nalbandian Fred
Geschäftsführer

Luzern, 16.12.2021

CSS Kranken-Versicherung AG



Marianne Wiedemeier
Leiterin Tarife Ambulant
Mitglied des Kaders



Barbara Fontana
Key Account Manager
Mitglied des Kaders

Anhang 1 – Nötige Angaben für die Beitrittsliste

Das Beitrittsverfahren richtet sich nach Ziff.3 des Vertrages.

Die Beitrittsliste wird in regelmässigen Abständen der CSS via E-Mail zugestellt und enthält folgende Angaben:

- Name des Leistungserbringers
- Adresse
- PLZ
- Ort
- Kanton
- GLN
- ZSR-Nr.
- Beitritt per TT.MM.JJJJ
- Austritt per TT.MM.JJJJ
- Mutationsdatum TT.MM.JJJJ
- Bemerkungen

Anhang 2 – Meldeformular AÜP

Meldeformular - Spitalärztliche Verordnung zur Akut- und Übergangspflege

Leistungserbringer der AÜP	Identifikation, Adresse ZSR-Nr.	Abteilung xy, Spitex xy etc. xy
Patient	Name Vorname Strasse PLZ Wohnort Geburtsdatum Geschlecht Krankheitsbeginn Versichertennummer Kennnummer Versichertenkarte Sozialversicherungsnummer Gesetz Behandlungsgrund Behandlungsart	Muster Peter Patientenweg 1 xxx xxx xx.xx.xxxx M xx.xx.xxxx 12345678 xxxx..... 123.4567.1234.56 KVG Krankheit AÜP
Spital	Name ZSR-Nr. des Spitals EAN / GLN-Nr. und Name des verordnenden Spital- arztes Diagnose ICD-10 (fakultativ) Therapie Behandlungsbeginn Voraussichtliche Behandlungsdauer (max. 14 Tage)	xxx xxxx.xx xxx..... yyyyyyyyyy Physio xx.xx.20yy xx

1. Die medizinischen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Ja Nein
2. Eine tägliche ärztliche Behandlung und Betreuung erübrigt sich. Ja Nein
3. Es besteht ein befristeter, pflegerischer Interventionsbedarf über 24 Std. Ja Nein
4. Eine ambulante oder stationäre Rehabilitation ist nicht gerechtfertigt. Ja Nein
5. Der Patient /die Patientin besitzt das Potential zur Wiedererlangung einer Selbstständigkeit, die ein Leben in der gewohnten Umgebung ermöglicht. Ja Nein
6. Er /sie hat den ausdrücklichen Wunsch geäussert in die gewohnte Lebens-/Wohnsituation zurück zu kehren. Ja Nein
7. Der/die Patient/in hat die kognitiven Fähigkeiten um gezielte Information zu verarbeiten. Ja Nein
8. Die Ziele der AÜP wurden mit dem/ der Patient/in vereinbart. Ja Nein

Voraussetzung für eine AÜP ist, dass alle Fragen mit ja beantwortet werden können.

Ort, Datum

Unterschrift des verordnenden Spitalarztes/ Spitalstempel

Original an AÜP-Leistungserbringer
Kopie an Patientin / Patient
Kopie an Krankenversicherer

Anhang 3 – Anwendbarer Tarif

1. Tarif

1.1 Die Parteien vereinbaren gemäss Art. 7b KLV folgende AÜP-Tagespauschale:

Tarif-code	Leistungsposition			Anteil Versicherer 45%
	Tarifziffer	Bezeichnung	Tagespauschale 100%	
967	96701	AÜP (Akut- und Übergangspflege Pauschalen)	CHF 133.00	CHF 59.85

2. Einzelheiten zur Vergütung und deren Bestandteile

2.1 Die Aufteilung der Kosten zwischen Kanton und Versicherer richtet sich für Versicherte dieses Kantonsgebiets nach Art. 25a KVG i.V.m. Art. 49a Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 7b KLV.

2.2 Mit der Tagespauschale sind sämtliche pflegerische Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV und Berücksichtigung von Ziff. 7 des Vertrages abgegolten.

Anhang 4 – Zusätzlich verrechenbare Leistungen

1. Zusätzlich, d.h. neben der Tagespauschale für Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV können Leistungen verrechnet werden, die im Rahmen der Pflege erbracht werden und für welche eine kantonale Zulassung nach KVG/KVV vorliegt. Die Abrechnung erfolgt gemäss den gesetzlichen oder tarifvertraglichen Regelungen.
2. Die in Absatz 1 aufgeführten Leistungen, zu denen die zuständigen Bundesbehörden Listen erstellt haben (Spezialitätenliste, Analysenliste, Mittel- und Gegenständeliste), müssen als Einzelleistungen gemäss "Leitfaden zur Rechnungsstellung von Pflegeleistungen" (<https://www.sasis.ch/de/Entry/Eintrag?eintragId=11484>) 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. Ärztliche oder therapeutische Leistungen müssen auf einer separaten Rechnung abgerechnet werden.
5. Rechnungen, mit Leistungen ohne korrekten Tarifcode oder Tarifposition können vom Versicherer zur Korrektur zurückgewiesen werden.
6. Folgende Regelungen gelten für folgende Leistungsbereiche:
 - **Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL)** gemäss Anhang 2 KLV und im Rahmen der Art. 20 Abs. 1 lit. b KLV.
Zwingend auf der Rechnung sind anzugeben:
 - Tarif 454 – Preis maximal zum «Höchstvergütungsbetrag (HVB) Pflege»
 - Komplette MiGeL-Positionsnummer
 - Produktbezeichnung
 - Mengenangabe
 - **Medikamente** gemäss Spezialitätenliste (SL)
Zwingend auf der Rechnung sind anzugeben:
 - GTIN / Pharmacode
 - Name des Medikamentes
 - Mengenangabe des abgegebenen Medikamentes
 - **Ärztliche Leistungen**
Zwingend auf der Rechnung sind anzugeben:
 - Name des Arztes
 - GLN / ZSR-Nr. des Arztes
 - Tarif, Tarifcode und Tarifposition der erbrachten ärztlichen Leistung
 - **Therapeutische Leistungen**
Zwingend auf der Rechnung sind anzugeben:
 - Name des Therapeuten
 - GLN / ZSR-Nr. des Therapeuten
 - Tarif, Tarifcode und Tarifposition der erbrachten therapeutischen Leistung
 - **Medizinische Analysen** gemäss Analysenliste (AL)
Es können nur Analysen abgerechnet werden, die vom Leistungserbringer selbst erbracht werden.
Zwingend auf der Rechnung sind anzugeben:
 - Tarif, Tarifcode und Tarifposition der erbrachten Leistung
7. Diese Liste ist abschliessend. Es können keine zusätzlichen Leistungen in Rechnung gestellt werden.