

Tarifvertrag KVG - Nebenleistungen

(01.04.2018)

Vertrags-Nr. IP-202.304

zwischen

Verband Berner Pflege- und Betreuungszentren vbb|abems
Weihergasse 7a
3005 Bern

(nachfolgend **Verband**)

und

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

(nachfolgend **CSS**)

(Verband und CSS zusammen als **Parteien** bezeichnet)

betreffend

Abgeltung von medizinischen Nebenleistungen (Arzt, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungs- und Diabetesberatung, Analysen, Medikamente) im Rahmen der Langzeitpflege im Pflegeheim

(Alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter.)

Präambel

Dieser Vertrag regelt die Abgeltung von Pflichtleistungen gemäss Art. 50 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) für die Nebenleistungen, die durch Pflegeheime erbracht und abgerechnet werden.

1. Geltungsbereich

1.1 Dieser Tarifvertrag gilt für:

- a. die Leistungserbringer (nachfolgend: Leistungserbringer), die im Kanton Bern (nachfolgend: Kanton) als Pflegeheim zugelassen sind und den Beitritt zu diesem Vertrag erklärt haben (siehe Anhang 1)
- b. die Versicherer, die auf der ersten Seite dieses Vertrages aufgeführt sind. Die CSS ist ermächtigt, alle Handlungen im Zusammenhang mit dem vorliegenden Vertrag im Namen und auf Rechnung dieser Versicherer vorzunehmen.
- c. den Verband, soweit er gemäss diesem Vertrag ausdrücklich Rechte und Pflichten für sich selbst übernimmt

1.2 Dieser Vertrag betrifft Personen, die entweder bei einem vertragsschliessenden Versicherer obligatorisch gemäss KVG versichert sind oder gemäss internationalen Abkommen Anspruch auf eine Vergütung gemäss KVG haben.

1.3 Dieser Vertrag regelt die Vergütung von ärztlichen, ärztlich verordneten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, medizinischen Analysen, sowie der Abgabe von ärztlich verordneten Medikamenten, welche von Pflegeheimen gemäss Art. 39 Abs. 3 KVG erbracht bzw. an ihre Bewohnerinnen und Bewohner abgegeben werden.

2. Vertragsbeitritt und –rücktritt der Leistungserbringer

2.1 Diesem Vertrag können Leistungserbringer beitreten, die

- a. Art. 39 Abs. 3 KVG i.V. mit Art. 39 Abs. 1 KVG erfüllen und
- b. der vom Kanton gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG erstellten Planung für eine bedarfsgerechte Pflegeheimversorgung entsprechen sowie auf der im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG i.V. mit Art. 39 Abs. 3 KVG zu erlassenden Pflegeheimliste des Kantons figurieren

- c. nachweislich über die Bewilligungen für die Erbringung der Nebenleistungen verfügen, sofern der Kanton solche vorsieht. Die CSS hat im Bedarfsfall das Recht, von einem Leistungserbringer eine Kopie der entsprechenden Bewilligung einzuverlangen.
- 2.2 Der Beitritt schliesst die volle Anerkennung dieses Vertrages mit seinen Anhängen ein.
- 2.3 Leistungserbringer, welche Mitglied des Verbandes sind, treten diesem Vertrag mittels einer schriftlichen Beitrittserklärung an den Verband bei.
- 2.4 Leistungserbringer, welche nicht Mitglied des Verbandes sind, treten diesem Vertrag mittels einer schriftlichen Beitrittserklärung an den Verband bei. Die Gebühren für den Beitritt richten sich nach den Bestimmungen des Verbandes.
- 2.5 Auf dem Beitrittsformular ist anzukreuzen, welche medizinischen Nebenleistungen erbracht und vom Leistungserbringer über diesen Vertrag abgerechnet werden.
- 2.6 Der Verband führt eine aktualisierte Beitrittsliste und stellt der CSS die jeweils aktuelle Liste der Beitritts- und Rücktrittserklärungen zur Verfügung.
- 2.7 Die CSS hat im Bedarfsfall das Recht, beim Verband eine Kopie des Beitrittsformulars eines Leistungserbringers einzuverlangen.
- 2.8 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, allfällige Mutationen seiner Identifikationsangaben (z.B. Namens- oder Adressänderungen) selbstständig an SASIS AG zu melden.
- 2.9 Der Beitritt gilt frühestens ab dem 1. Tag des folgenden Monats nach dem Eingangsdatum der Mitteilung bei der CSS.
- 2.10 Die Frist für den Rücktritt von diesem Vertrag beträgt 6 Monate und ist jeweils per Ende jedes Jahres möglich, erstmals per 31. Dezember 2019. Leistungserbringer, welche ihre Tätigkeit vor Ende des Jahres aufgeben und aus diesem Grund ihre ZSR-Nummer bei der SASIS AG sistiert haben, können vorzeitig den Rücktritt vom Vertrag auf den Zeitpunkt der Betriebsaufgabe erklären. Ein Entzug der kantonalen Betriebsbewilligung oder die Streichung von der kantonalen Pflegeheimliste gilt als Rücktritt.
- 2.11 Der Rücktritt erfolgt sowohl von Mitgliedern als auch von Nichtmitgliedern des Verbandes gegenüber dem Verband. Der Rücktritt ist schriftlich unter Mitteilung der ZSR-Nummer und unter ausdrücklicher Bezeichnung dieses Tarifvertrages zu erklären.
- 2.12 Ein Wechsel des Abrechnungsmodells ist jeweils auf den Beginn eines Kalenderjahres möglich, ohne den Vertrag zu kündigen. Der Leistungserbringer teilt den Wechsel dem Verband bis spätestens am 30. September schriftlich mit. Der Verband informiert die CSS bis Mitte Oktober über die eingegangenen Wechsel.

3. Leistungsvoraussetzungen

- 3.1 Die CSS übernimmt die Kosten von ärztlichen, ärztlich verordneten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, medizinischen Analysen sowie der Abgabe von ärztlich verordneten Medikamenten, wenn der Leistungserbringer die jeweils in Artikel 2 Abs. 1 dieses Vertrages genannten Zulassungsbedingungen für die entsprechende Leistung erfüllt.
- 3.2 Sind die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 während der Laufzeit dieses Vertrages nicht mehr erfüllt, entfällt die gesetzliche Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

4. Ärztliche Leistungen

- 4.1 Der Leistungserbringer kann ärztliche Leistungen unter folgenden Bedingungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen:
 - a. es handelt sich um Pflichtleistungen gemäss KVG
 - b. der Leistungserbringer verfügt im Rahmen seiner Betriebsbewilligung über eine Zulassung für die Durchführung von ärztlichen Leistungen, sofern der Kanton eine solche vorsieht.
- 4.2 Die Abrechnung erfolgt über eine Tagespauschale gemäss Art. 8 und Anhang 2 dieses Vertrages.
- 4.3 Erbringen nicht vom Pflegeheim angestellte oder beauftragte Ärztinnen und Ärzte Leistungen für Bewohnerinnen und Bewohner, erfolgt deren Rechnungsstellung direkt an den Leistungserbringer.

5. Paramedizinische Leistungen

- 5.1 Der Leistungserbringer kann ärztlich angeordnete kassenpflichtige paramedizinische Leistungen, konkret Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diabetes- oder Ernährungsberatung unter folgenden Bedingungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen:
 - a. es handelt sich um Pflichtleistungen gemäss KVG
 - b. der Leistungserbringer verfügt im Rahmen seiner Betriebsbewilligung über eine Zulassung für jede von ihm durchgeführte paramedizinische Leistung, sofern der Kanton eine solche vorsieht
- 5.2 Die Abrechnung sämtlicher paramedizinischer Leistungen erfolgt über eine Tagespauschale gemäss Art. 8 und Anhang 2 dieses Vertrages.
- 5.3 Erbringen nicht vom Pflegeheim angestellte oder beauftragte Therapeutinnen und Therapeuten Leistungen für Bewohnerinnen und Bewohner, erfolgt deren Rechnungsstellung direkt an den Leistungserbringer.

6. Medikamente

- 6.1 Der Leistungserbringer kann vom Arzt verordnete Arzneimittel unter folgenden Bedingungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen:
- a. es handelt sich um Pflichtleistungen gemäss KVG
 - b. Der Leistungserbringer verfügt über eine kantonale Zulassung als Apotheke, sofern der Kanton eine solche vorsieht
- 6.2 Die Abrechnung erfolgt gemäss Art. 8 dieses Vertrages.

7. Medizinische Analysen

- 7.1 Der Leistungserbringer kann vom Arzt verordnete medizinische Analysen unter folgenden Bedingungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen:
- a. Es handelt sich um Pflichtleistungen gemäss KVG
 - b. Der Leistungserbringer verfügt im Rahmen seiner Betriebsbewilligung über eine Zulassung zur Durchführung von medizinischen Analysen, sofern der Kanton eine solche vorsieht.
- 7.2 Die Abrechnung erfolgt über eine Tagespauschale gemäss Art. 8 und Anhang 2 dieses Vertrages.
- 7.3 Von einem externen Labor durchgeführte Analysen sind dem Leistungserbringer in Rechnung zu stellen.

8. Tagespauschalen

- 8.1 Die vom Leistungserbringer verrechenbaren Tagespauschalen sind im Anhang 2 geregelt.
- 8.2 Bei der Abrechnung ist jede der verrechneten Pauschalen separat aufzuführen.
- 8.3 Mit den Pauschalen sind folgende Leistungen abgegolten, sofern sie nicht gemäss Abs. 4 zusätzlich separat verrechnet werden können:
- a. sämtliche intern und extern erbrachten ärztlichen Leistungen
 - b. sämtliche intern und extern erbrachten Leistungen für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diabetes- und Ernährungsberatung
 - c. sämtliche intern und extern durchgeführten medizinischen Analysen

- 8.4 Die nachfolgenden Leistungen sind mit den in Abs. 1 aufgeführten Pauschalen nicht abgegolten und können vom jeweiligen ausführenden Leistungserbringer separat in Rechnung gestellt werden.
- a. Externe ambulante diagnostische Untersuchungen (z.B. Bild gebende Verfahren) sowie ambulante operative Eingriffe
 - b. Spezialärztliche Behandlungen und Konsilien durch einen Facharzt
 - c. Onkologische Therapien: Bestrahlungen, Steroide im Zusammenhang mit der onkologischen Therapie
 - d. Ärztlich verordnete Medikamente gemäss Spezialitätenliste SL
 - e. Medizinisch indizierte Notfall- und Verlegungstransporte im Zusammenhang mit externen ambulanten Untersuchungen und Eingriffen gemäss Art. 26 KLV.

9. Rechnungstellung

- 9.1 Die Rechnungsstellung der in diesem Vertrag geregelten KVG pflichtigen Leistungen erfolgt gemeinsam mit der Abrechnung der Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV in einem Rechnungsformular.
- 9.2 Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die ZSR-Nummer des Leistungserbringers für Langzeitpflege.
- 9.3 Schuldner der Vergütung gemäss diesem Vertrag ist die CSS (System des Tiers payant, Art.42 Abs.2 KVG). Dies gilt für sämtliche KVG pflichtigen Leistungen, die der Leistungserbringer selbstständig abrechnen kann.
- 9.4 Einzelne Versicherer und Leistungserbringer können in Abweichung von Absatz 3 vereinbaren, dass die versicherte Person die Vergütung der Leistung schuldet (System des Tiers garant). Der Leistungserbringer informiert den Patienten darüber in angemessener Form.
- 9.5 Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich mit folgenden Zahlungsfristen:
- Elektronisch übermittelte Rechnungen werden innerhalb 25 Tagen, andere innerhalb 35 Tagen bezahlt.
- 9.6 Die Rechnungsstellung erfolgt für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung. Nichtpflichtleistungen sind dem Versicherten separat in Rechnung zu stellen.
- 9.7 Vorausrechnungen sind nicht zulässig.

- 9.8 Im System des Tiers payant stellt der Leistungserbringer gegenüber der versicherten Person die Informationen über die abgerechneten Leistungen und die Finanzierung sicher.
- 9.9 Der Versicherer begründet Beanstandungen. Bei Beanstandungen wird die Zahlungsfrist unterbrochen. Der unbestrittene Teil wird auf neue Rechnung hin bezahlt.
- 9.10 Sind die Voraussetzungen des Leistungsaufschubs gemäss Art. 64 a Abs.7 KVG gegeben, siziert die CSS die Kostenübernahme. Die Kosten werden vollständig übernommen, sobald die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten vollständig bezahlt sind.
- 9.11 Falls ein Patient per 30. Juni seinen Versicherer wechselt, erstellt der Leistungserbringer bis spätestens 31. Juli des betreffenden laufenden Jahres eine Zwischenabrechnung per 30. Juni. Per 31. Dezember erstellt der Leistungserbringer grundsätzlich spätestens bis 31. Januar des Folgejahres eine Zwischenabrechnung.
- 9.12 Im Todesfall ist innert 45 Tagen die Endabrechnung zu erstellen

10. Angaben auf der Rechnung

Die Leistungserbringer stellen unter Angabe folgender Informationen Rechnung:

- a. Daten des Versicherten (Versichertennummer, Versichertenkartennummer, Sozialversicherungsnummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht).
- b. Name des Versicherers.
- c. Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers inklusive Rechnungsdatum.
- d. Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und GLN/EAN-Nummer des Leistungserbringers; GLN/EAN Nummer sofern vorhanden.
- e. Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) des anordnenden Arztes.
- f. das vollständige Kalendarium (Zeitraum und Anzahl Pflage tage abzüglich Urlaubs- und Spitaltage)
- g. Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
- h. Einstufungssystem
- i. Beitragsstufe nach KLV, Rechnungsbetrag für KLV 7 Leistungen
- j. Ärztliche Leistungen: Tagespauschale, Anzahl Tagespauschalen, Betrag
- k. Paramedizinische Leistungen: Tagespauschale, Anzahl Tagespauschalen, Betrag
- l. Medikamente mit Pharmacode, GTIN, Anzahl Packungen
- m. Medizinische Analysen: Tagespauschale, Anzahl Tagespauschalen, Betrag

11. Elektronischer Datenaustausch (EDI)

- 11.1 Die Vertragsparteien wollen den elektronischen Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern und der CSS realisieren. Sie legen dafür die Rahmenbedingungen (Anhang 3) fest und stellen sicher, dass die Vorgaben des Datenschutzes eingehalten werden.
- 11.2 Die CSS und einzelne Leistungserbringer können die Umsetzung des elektronischen Datenaustausches (EDI) vereinbaren. In diesem Fall werden die administrativen und medizinischen Daten mit der Bedarfsmeldung bzw. der Rechnung dem Versicherer übermittelt. Der Versicherer erhält alle Daten in strukturierter und elektronisch lesbarer Form.
- 11.3 Der elektronische Datenaustausch für die Bedarfsmeldung sowie für die Rechnung richtet sich nach Anhang 3.

12. Aufklärungspflicht

- 12.1 Die Leistungserbringer anerkennen, dass ihnen von Gesetzes wegen eine besondere Aufklärungspflicht gegenüber ihren Patienten in Bezug auf die Leistungen der sozialen Krankenversicherer und allenfalls die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten auferlegt ist.
- 12.2 Die Aufklärungspflicht betrifft insbesondere die Information betreffend die gesetzliche Regelung und konkrete Auswirkungen des Leistungsaufschubes gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG im Falle von Prämien- und Kostenbeteiligungsausständen.
- 12.3 Die Meldung an die zuständige Restfinanzierungsstelle über rückwirkend veränderte Einstufungen obliegt den Leistungserbringern.

13. Vertragsgenehmigung

Das Genehmigungsverfahren gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG wird durch die CSS nach erfolgter Unterzeichnung des Vertrages eingeleitet. Der Verband und die CSS tragen allfällige Gebühren je zur Hälfte.

14. Schlichtung

- 14.1 Entstehen bei der Anwendung des Vertrages Differenzen, sollen diese grundsätzlich von den Betroffenen bereinigt werden.
- 14.2 Die Anrufung des kantonalen Schiedsgerichts gemäss Artikel 89 KVG steht den Leistungserbringern und den Krankenversicherern offen.

15. Inkrafttreten, Vertragsdauer

Dieser Vertrag tritt am 01. April 2018 in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er ersetzt alle bisherigen schriftlichen und mündlichen Tarifvereinbarungen der Parteien im Bereich der Vergütung der Nebenleistungen in den Heimen gemäss KVG. Vorbehalten bleibt die Genehmigung durch die zuständige Behörde gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG.

16. Kündigung

16.1 Dieser Vertrag ist kündbar mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils per Ende Jahr, erstmals per 31. Dezember 2019. Mit der Kündigung des Vertrages wird der Vertrag mitsamt all seinen Anhängen aufgelöst.

16.2 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 die CSS umgehend. Der Vertrag bleibt für die übrigen Parteien und Leistungserbringer vollumfänglich anwendbar.

17. Anhänge

Die nachfolgenden Anhänge sind integrierende Bestandteile dieses Vertrages und können für sich alleine nicht gekündigt werden. Die Parteien können die Anhänge durch übereinstimmende schriftliche Erklärung jederzeit und ohne formelle Kündigung in gegenseitigem Einverständnis ändern:

Anhang 1

Muster für die Beitrittsliste der Leistungserbringer

Anhang 2

Tagespauschalen für ärztliche Leistungen, ärztlich verordnete paramedizinische Leistungen, medizinische Analysen

Anhang 3

Elektronischer Datenaustausch

18. Schriftlichkeitsvorbehalt

Alle Änderungen und Ergänzungen zu diesem Vertrag bzw. seinen Anhängen haben schriftlich zu erfolgen und sind von den Vertragsparteien rechtsverbindlich zu unterzeichnen. Fällt eine Änderung in den Überprüfungsbereich von Art. 46

Abs. 4 KVG, so bleibt die konstitutive Genehmigung der Genehmigungsbehörde vorbehalten.

19. 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 nahe kommen, zu ersetzen. Fällt eine Änderung in den Überprüfungsbereich von Art. 46 Abs. 4 KVG, so bleibt die konstitutive Genehmigung der Genehmigungsbehörde vorbehalten.

21. Schlussbestimmungen

Dieser Vertrag wird in 3-facher Ausführung ausgefertigt und unterzeichnet. Ein Vertragsexemplar ist für den Verband, ein Exemplar für die CSS und ein Exemplar für die Genehmigungsbehörde bestimmt.

Bern,

Verband Berner Pflege- & Bertreuungszentren

Dr. Carlo Imboden
Präsident

Peter Keller
Geschäftsführer

Luzern,

CSS Kranken-Versicherung AG (und die KVG-Versicherer der CSS Gruppe gemäss Titelseite)

Luca Emmanuele
Leiter Einkaufsmanagement Leistungen
Mitglied der Direktion

Maja Borner
Leiterin a.i. Tarifverträge
Mitglied des Kaders

Anhang 1 Muster für die Beitrittsliste der Leistungserbringer

ZSR- Nummer	GLN Nummer	Name	PLZ / Ort	Beitritt per	Tagespauschalen			Rücktritt per
					Arzt	Paramedizin	Analysen	

Anhang 2 Tagespauschalen für Arztleistungen, sowie ärztlich verordnete paramedizinische Leistungen und medizinische Analysen

Art. 1 Tagespauschalen

Die Tagespauschalen gemäss Art. 8 des Tarifvertrages betragen ab dem 01.04.2018:

Pflegestufe	Ärztliche Leistungen CHF/Tag	Paramedizinische Leistungen CHF/Tag	Medizinische Analysen CHF/Tag
1 - 3	1.45	1.35	0.25
4 - 6	3.60	3.40	0.70
7 - 9	5.75	5.45	1.10
10 - 12	7.90	7.45	1.50

Anhang 3 Elektronischer Datenaustausch

1. Bei elektronischem Datenaustausch gelten die gemeinsam im Forum Datenaustausch vereinbarten Standards (zur Zeit XML 4.4) und der Fachkonzept eKARUS Pflege.

2. Bei elektronischem Datenaustausch umfasst die Meldung der Detailangaben der Bedarfsmeldung folgende Angaben:
 - a. Daten des Versicherten (Versichertennummer, Versichertenkartennummer, Sozialversicherungsnummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht)
 - b. Angabe, ob Krankheit, Unfall oder Invalidität, wenn Information vorhanden
 - c. Name des Versicherers
 - d. Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und GLN/EAN-Nummer des Leistungserbringers
 - e. Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
 - f. Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung (von...bis...)
 - g. Einstufungssystem
 - h. RAI: Bezeichnung der Aufwandgruppen
 - i. BESA: Leistungsgruppen 5-10 inklusive Punkte und Beitragsstufe (LK 2005); Massnahmenpakete 1-6 (LK 2010)
 - j. PLAISIR: Wertebereiche mit und ohne CSB
 - k. Pflegeaufwand Zusatz (eKARUS): Attribut und Wertebereich pro System
 - l. Beitragsstufe nach KLV
 - m. Name, Zahlstellenregister Nummer (ZSR.-Nr.) und GLN/EAN-Nr. des verordnenden Arztes
 - n. Angabe, ob Erst- oder FolgeEinstufung

3. Bei elektronischem Datenaustausch umfasst die Meldung der Detailangaben der Rechnung folgende Angaben:
 - a. Daten des Versicherten (Versichertennummer, Versichertenkartennummer, Sozialversicherungsnummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht).
 - b. Name des Versicherers.
 - c. Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers inklusive Rechnungsdatum.
 - d. Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und GLN/EAN-Nummer des Leistungserbringers;
 - e. Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und GLN/EAN-Nummer des anordnenden Arztes
 - f. das vollständige Kalendarium (Zeitraum und Anzahl Pfl egetage abzüglich Urlaubs- und Spitaltage)

- g. Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
- h. Einstufungssystem
- i. Beitragsstufe nach KLV, Rechnungsbetrag für KLV 7 Leistungen (inkl. Tarifiziffern)
- j. RAI: Bezeichnung der Aufwandgruppen
- k. BESA: Leistungsguppen 5-10 (LK 2005 inklusive Punkte und Beitragsstufe); Massnahmenpakete 1-6 (LK 2010)
- l. PLAISIR: Wertebereiche
- m. Pflegeaufwand Zusatz (eKARUS): Attribut und Wertebereich pro System
- n. Total erbrachte Pflegeminuten pro Tag und Beitragsstufe nach KLV, Rechnungsbetrag für KLV 7 Leistungen (inkl. Tarifiziffern)
- o. Nebenleistungen