
Administrativ-Vertrag

zwischen

Spitex Schweiz
Effingerstrasse 33
3008 Bern

Association Spitex privée Suisse (ASPS)
Uferweg 15
3013 Bern

nachfolgend **«Verbände»** genannt

und

Einkaufsgemeinschaft HSK AG
Zürichstrasse 130
8600 Dübendorf

nachfolgend **«HSK»** genannt

(Postadresse: Einkaufsgemeinschaft HSK AG, Postfach, 8081 Zürich)

– alle zusammen **«Vertragsparteien»** genannt –

betreffend

Gültig ab 1.4.2021

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Vertragsparteien	4
Art. 2	Vertragsanschluss und -rücktritt der Versicherer	4
Art. 3	Vertragsbeitritt und -rücktritt der Leistungserbringer	4
Art. 4	Geltungsbereich und Leistungsumfang	5
Art. 5	Pflichten des Leistungserbringers und der Versicherer	5
Art. 5.1	Pflichten des Leistungserbringers	5
Art. 5.2	Pflichten des Leistungserbringers	6
Art. 6	Leistungsvoraussetzungen	6
Art. 7	Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung, -meldung und -änderung	6
Art. 7.1	Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung	6
Art. 7.2	Bedarfsmeldung an die Versicherer	6
Art. 7.3	Änderung des Pflegebedarfs	8
Art. 8	Leistungsvergütung inkl. Mittel und Gegenstände	8
Art. 9	Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten	9
Art. 9.1	Rechnungsstellung	9
Art. 9.2	Zahlungsmodalitäten	9
Art. 10	Elektronischer Datenaustausch (EDI)	10
Art. 11	Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Durchführung der Kontrollen	10
Art. 12	Mindestqualifikation für Personal	10
Art. 13	Gültigkeit der Sprachversionen	11
Art. 14	Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung	11
Art. 15	Anhänge zum Vertrag	11
Art. 16	Schriftlichkeitsvorbehalt	11
Art. 17	Salvatorische Klausel	11
Art. 18	Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz	12
Art. 19	Schlussbestimmungen	12
Art. 20	Übergangsbestimmungen	12
Anhang 1	- Angeschlossene Versicherer	14
Anhang 2	- Bedarfsmeldeformular / Beilage zum Bedarfsmeldeformular	15

Anhang 3 - Fachpersonal	19
Anhang 4 - Vereinbarung über die Kontrollen der Versicherer	20
Anhang 5 - Vergütung von Mitteln und Gegenständen.....	22

Art. 1 Vertragsparteien

Die Parteien des vorliegenden Vertrages sind Spitex Schweiz und die Association Spitex privée Suisse (ASPS), nachfolgend Verbände genannt, sowie die Einkaufsgemeinschaft HSK AG, nachfolgend "HSK" genannt.

Art. 2 Vertragsanschluss und -rücktritt der Versicherer

- 1 Dieser Vertrag gilt für alle an der Einkaufsgemeinschaft HSK beteiligten Versicherer, soweit sie nicht innert 14 Tagen nach Vertragsunterzeichnung schriftlich HSK mitteilen, dass sie dem Vertrag nicht angeschlossen sein wollen.
- 2 Die diesem Vertrag angeschlossenen Versicherer werden in Anhang 1 aufgeführt. HSK informiert bei Änderungen die Verbände und sämtliche angeschlossene Versicherer.
- 3 Versicherer, die nicht an HSK beteiligt sind, können sich diesem Vertrag durch schriftliche Erklärung an HSK anschliessen. Diese haben eine Anschlussgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag zu entrichten. Einzelheiten werden ausserhalb dieses Vertrages geregelt.
- 4 Die diesem Vertrag angeschlossenen Versicherer, nachfolgend "Versicherer" genannt, übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen dieses Vertrages inkl. dessen Anhänge.
- 5 Einzelne Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten jeweils per 31.12., erstmals per 31.12.2022 vom Vertrag zurücktreten. Die Rücktrittserklärung muss schriftlich innert der vorgegebenen Frist bei HSK eingereicht werden. Der Vertrag bleibt für die übrigen Versicherer vollumfänglich anwendbar.

Art. 3 Vertragsbeitritt und -rücktritt der Leistungserbringer

- 1 Diesem Vertrag können alle Leistungserbringer beitreten, welche die Voraussetzungen gemäss Art. 51 KVV erfüllen und über eine Zulassung nach kantonalem Recht verfügen. Verfügt eine Organisation über mehrere aktiven ZSR-Nummern (z.B. in verschiedenen Kantonen), muss sie mit jeder Nummer separat dem Vertrag beitreten.
- 2 Leistungserbringer können diesem Vertrag mit schriftlicher Erklärung gegenüber Spitex Schweiz oder ASPS beitreten. Der Beitritt zum Vertrag ist für Aktivmitglieder eines Spitex-Kantonalverbandes und der ASPS unentgeltlich.
- 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.
- 4 Beigetretene Leistungserbringer übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen dieses Vertrages und dessen Anhänge.
- 5 Die Verbände stellen HSK via E-Mail: mail@ecc-hsk.info die jeweils gültige Beitrittsliste zu. Sie informieren HSK bei jeglichen Änderungen, mindestens aber halbjährlich. Für diejenigen

Leistungserbringer, die bis zum 31.03.2021 dem vorangehenden Administrativvertrag mit HSK beigetreten waren, gilt die Übergangsbestimmung gemäss Art. 20 dieses Vertrags.

- 6 Einzelne Leistungserbringer können mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten, jeweils per Ende eines Kalenderjahres, den Rücktritt vom Vertrag erklären. Der Rücktritt von einzelnen Vertragsbestandteilen oder einzelnen Anhängen oder gegenüber einzelnen Versicherern ist nicht möglich. Die Leistungserbringer reichen ihre schriftliche Rücktrittserklärung dem Verband ein. Der Verband informiert HSK umgehend. Der Vertrag bleibt für die übrigen Parteien und Leistungserbringer vollumfänglich anwendbar.

Art. 4 Geltungsbereich und Leistungsumfang

- 1 Dieser Vertrag regelt die administrative Abwicklung für die ambulanten Pflegeleistungen im Sinne von Art. 25a KVG, Art. 51 KVV und Art. 7ff KLV.
- 2 Er gilt für leistungsbezugsberechtigte Versicherte mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bei einem Versicherer gemäss Anhang 1.
- 3 Das KVG und dieser Vertrag unterscheiden zwischen Pflegeleistungen, die mehrheitlich beim Patienten zu Hause und solchen, die in Tages- oder Nachtstrukturen (ToNs) erbracht werden. Dieser Vertrag gilt für beide der vorgenannten Formen der ambulanten Pflegeleistungen. Eine Unterscheidung erfolgt bei der Vergütung (siehe Art. 8 dieses Vertrages).
- 4 Für die Bereiche Langzeitpflege, Akut- und Übergangspflege sowie Tages- oder Nachtstrukturen benötigen die Leistungserbringer jeweils eine separate ZSR-Nr.
- 5 Ambulante Pflegeleistungen werden punktuell und grossmehrheitlich beim Patienten zu Hause erbracht. Die Vergütung erfolgt gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV.
- 6 Ambulante Pflegeleistungen in ToNs sind Tagesstätten wie Foyer de jour, Centro diurno, CAT, UAT-VD, und andere vergleichbare Angebote. Der Patient / die Patientin lebt zu Hause und geht nach Hause. Innert 24 Stunden kann entweder die Tages- oder die Nachtstruktur in Anspruch genommen werden. Eine Kumulation ist nicht möglich. Die Vergütung erfolgt gemäss Art. 7a Abs 4 KLV.

Art. 5 Pflichten des Leistungserbringers und der Versicherer

Art. 5.1 Pflichten des Leistungserbringers

- 1 Auf allen Korrespondenzen zwischen dem Leistungserbringer sowie den einzelnen Versicherern sind anzugeben:
 - Daten der versicherten Person: Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Versicherungsnummer und/oder Sozialversicherungsnummer
 - Bezeichnung des Versicherers
 - Daten des Leistungserbringers: ZSR-Nummer, GLN

- 2 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, seine Patienten vor Leistungsbezug in Bezug auf Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie insbesondere durch diese nicht gedeckte Kosten aufzuklären.
- 3 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Tariftschutz nach Art. 44 KVG einzuhalten.

Art. 5.2 Pflichten der Versicherer

- 1 Die Bestimmung gemäss Art. 5.1 Abs. 1 gilt auch für den Versicherer.
- 2 Der Versicherer ist nur dann und nur soweit leistungspflichtig, als nicht andere Kostenträger, insbesondere gemäss UVG, IVG, MVG für die betreffenden Kosten aufzukommen haben. Die Vorleistungspflicht gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 70 ATSG) geht dieser vertraglichen Vereinbarung vor.

Art. 6 Leistungsvoraussetzungen

Die Versicherer übernehmen die Kosten der effektiv erbrachten Leistungen der ambulanten Krankenpflege nach Art. 7 Abs. 2, Art. 8 und Art. 8a KLV, die aufgrund der Bedarfsermittlung, auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, welche die Bedingungen gemäss Art. 51 KVV erfüllen, erbracht werden.

Art. 7 Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung, -meldung und -änderung

Art. 7.1 Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung

- 1 Der Bezug von pflegerischen Leistungen setzt einen ärztlichen Auftrag oder eine ärztliche Anordnung gemäss Art. 8 KLV voraus. Die Bedarfsermittlung gemäss Art. 8a KLV erfolgt durch eine Pflegefachperson. Es steht den Leistungserbringern offen, welches anerkannte Bedarfsermittlungsinstrument sie wählen.
- 2 Die schriftliche Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfsbedarfs (vgl. Art. 8a Abs. 3 KLV).
- 3 Das Ergebnis ist auf einem Bedarfsmeldeformular (Beispiele siehe Anhang 2a und b) festzuhalten.
- 4 Die Bedarfsermittlung erfolgt beim Patienten bei Leistungsbeginn und ist spätestens innert 14 Kalendertagen nach Beginn des Einsatzes abzuschliessen.
- 5 Die Leistungserbringer müssen bei gleichzeitigem Einsatz bei einem Patienten ihre Dienstleistungen koordinieren und sich über das Zeitbudget absprechen.

Art. 7.2 Bedarfsmeldung an die Versicherer

- 1 Die Bedarfsmeldung zeigt den voraussichtlichen Bedarf an Pflegeleistungen auf. Auf der Bedarfsmeldung geben die Spitex-Organisationen den voraussichtlichen Zeitbedarf gemäss Art. 8a Abs. 4 KLV

- an. Abgerechnet werden die effektiv erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung von Art. 7.3 dieses Vertrages.
- 2 Das Bedarfsmeldeformular ist vollständig ausgefüllt innerhalb einer Woche jedoch spätestens mit der ersten Monatsrechnung nach Kenntnisnahme (bei KLV-A und -C-Leistungen) oder Unterzeichnung (bei KLV-B-Leistungen) durch den Arzt und Unterzeichnung durch die verantwortliche Person des Leistungserbringers dem Versicherer zuzustellen. Ohne gültige Bedarfsmeldung werden vom Versicherer keine Leistungen vergütet. Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig.
 - 3 Die von den Vertragsparteien vereinbarte, standardisierte Bedarfsmeldung kann auch elektronisch in strukturierter Form dem Versicherer übermittelt werden. Der Leistungserbringer trägt die Verantwortung, die vom Arzt unterschriebene Bedarfsmeldung bei KLV-B-Leistungen bei Bedarf dem Versicherer vorzulegen.
 - 4 Erhebt der Versicherer nicht innert 10 Arbeitstagen ab Erhalt der Meldung Einspruch, so gilt die Leistungspflicht unter Vorbehalt von Art. 6 dieses Vertrages sowie unter Vorbehalt der in Anhang 4 geregelten Kontrollverfahren als gegeben.
 - 5 Die Bedarfsmeldung enthält folgende Angaben:
 - a) Personalien und Versichertendaten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnort / Versichertennummer und/oder Sozialversicherungsnummer)
 - b) Behandlungsgrund Krankheit, Unfall oder Mutterschaft
 - c) Name des Versicherers
 - d) ZSR-Nr. und GLN-Nr. des Leistungserbringers (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
 - e) ZSR-Nr. und GLN-Nr. des verordnenden Arztes (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
 - f) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
 - g) Beginn und Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung
 - h) Voraussichtlicher Bedarf an MiGeL-Produkten inkl. zweistelliger Nummer der Produktgruppe, die durch die Spitex-Organisation in Rechnung gestellt werden

Zusätzlich für ambulante Pflegeleistungen gem. Art. 4 Abs. 5 dieses Vertrages:

- i) Voraussichtliche Anzahl Minuten je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a) bis c) KLV pro Monat und das Total für die Gültigkeitsdauer der Verordnung.
- j) Als zusätzliche Information zur Bedarfsmeldung wird eine Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV oder das Leistungsplanungsblatt von InterRAI beigelegt, mit Angaben zur voraussichtlichen Anzahl Einsätze je Leistung pro Tag, Woche, Monat oder Quartal (Beispiele in der Beilage zu Anhang 2).

Zusätzlich für Leistungen in Tages- oder Nachtstätten gem. Art. 4 Abs. 6 dieses Vertrages:

- k) Einschätzung der Selbstständigkeit

- 1) Voraussichtliche Anzahl Pflēgetätigkeiten und Minuten pro Tag und die daraus resultierenden Stufen gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV

Art. 7.3 Änderung des Pflēgebedarfs

- 1 Verändert sich der Bedarf an Pflēgeleistungen dauerhaft, ist eine neue Bedarfsermittlung vorzunehmen.
- 2 Verändert sich der Bedarf an Pflēgeleistungen im Verlaufe des Einsatzes vorübergehend, während mehreren Tagen und übersteigt er die verordnete Anzahl Minuten wesentlich, muss diese Änderung schriftlich gemeldet werden.

Art. 8 Leistungsvergütung inkl. Mittel und Gegenstände

- 1 Die Versicherer übernehmen Beiträge gem. Art. 7a KLV an die Kosten der Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination, der Untersuchung und der Behandlung sowie der Grundpflēge.
- 2 Der Leistungserbringer rechnet die effektiv erbrachten Pflēgeleistungen unter Berücksichtigung von Art. 7.3. dieses Vertrages ab.
- 3 Mit der Bezahlung der Beiträge:
 - a) gemäss Art. 7a Abs. 1 und 2 KLV sind sämtliche krankensicherungsrechtlichen Leistungen für Pflēgemassnahmen der einzelnen Leistungserbringer gemäss Art. 4 Abs. 5 dieses Vertrages nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.
 - b) gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV sind sämtliche krankensicherungsrechtlichen Leistungen für Pflēgemassnahmen in Tages- oder Nachtstrukturen nach Art. 7a Abs. 4 KLV und Art. 4 Abs. 6 dieses Vertrages für Pflēgemassnahmen nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.
- 4 Der Leistungserbringer kann keine Leistungen nach Art. 7 KLV abrechnen, während der Patient sich im Spital oder Pflēgeheim (inkl. stationäre Akut- und Übergangspflēge) befindet. Dies gilt nicht für den Ein- und Austrittstag sowie für die Bedarfsermittlungen und Koordinationsleistungen, die im Sinne eines optimalen Behandlungsablaufs bereits während eines Spitalaufenthalts erfolgen müssen. Ausserdem kann der Leistungserbringer keine Leistungen der ambulanten Langzeitpflēge nach Art. 7 KLV abrechnen, während der Patient Leistungen der ambulanten Akut- und Übergangspflēge bezieht.
- 5 Die Modalität der Verrechnung der ärztlich verordneten Mittel und Gegenstände ist im Anhang 5 geregelt.
- 6 Im Rahmen dieser Vereinbarung dürfen keine hier nicht erwähnten Leistungen (z.B. Arzneimittel usw) zu Lasten der obligatorischen Krankenpflēgeversicherung abgerechnet werden.

Art. 9 Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten

Art. 9.1 Rechnungsstellung

- 1 Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich.
- 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.
- 3 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Rechnung schriftlich oder standardisiert elektronisch im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen und nach den aktuellen Vorgaben des Forums Datenaustausch zu übermitteln.
- 4 Die Rechnung enthält folgende Angaben:
 - a) Rechnungsdatum, -nummer
 - b) Personalien und Versichertendaten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnort / Versichertennummer und/oder Sozialversicherungsnummer)
 - c) Behandlungsgrund Krankheit, Unfall oder Mutterschaft
 - d) Name des Versicherers
 - e) ZSR-Nr. und GLN-Nr. des Leistungserbringers (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
 - f) ZSR-Nr. und GLN-Nr. des verordnenden Arztes (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
 - g) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
 - h) Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung(en) für die Rechnungsperiode.
 - i) Komplette MiGeL-Positions Nr. und Menge

Zusätzlich für ambulante Pflegeleistungen gem. Art. 4 Abs. 5 dieses Vertrages:

- j) Erbrachte Minuten (dezimal) je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs.2 lit. a) bis c) KLV, Kalendarium

Zusätzlich für Leistungen in Tages- oder Nachtstätten gem. Art. 4 Abs. 6 dieses Vertrages:

- k) Kalendarium mit der entsprechenden Beitragsstufe

Art. 9.2 Zahlungsmodalitäten

- 1 Die Vertragsparteien vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung nach Art. 7a KLV schuldet (System des Tiers payant).
- 2 Der einzelne Leistungserbringer kann in Abweichung von Absatz 1 wählen, dass die versicherte Person die Vergütung der Leistung schuldet (System des Tiers Garant). Der Leistungserbringer informiert die versicherte Person rechtzeitig vor Leistungsbezug. 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. Ein Wechsel für einzelne Patienten ist unzulässig.

- 3 Es werden durch den Versicherer nur vertrags- und gesetzeskonforme Rechnungen vergütet.
- 4 Die Leistungserbringer stellen den Versicherern nur Rechnung für die in diesem Vertrag genannten Pflichtleistungen. Insbesondere müssen Nichtpflichtleistungen gemäss Art. 59 Abs. 2 KVV von den OKP-Leistungen getrennt abgerechnet werden.
- 5 Der Versicherer bezahlt dem Leistungserbringer die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen. Bei elektronischer Abrechnung gilt eine Frist von 25 Tagen.
- 6 Die Frist gilt ab dem Zeitpunkt, ab dem der Versicherer über sämtliche zur Prüfung der vertrags- und gesetzeskonformen Rechnung erforderlichen Unterlagen verfügt.
- 7 Bei begründeten Beanstandungen werden die Zahlungsfristen gemäss Art. 9.2 Abs. 5 unterbrochen. Der nicht beanstandete Teil bleibt vom Versicherer geschuldet.

Art. 10 Elektronischer Datenaustausch (EDI)

Die Vertragsparteien wollen den elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Versicherern weiter fördern.

Art. 11 Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Durchführung der Kontrollen

- 1 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu erbringen und dabei die jeweils aktuellen Qualitätsstandards zu beachten.
- 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 im Detail vereinbart und geregelt.

Art. 12 Mindestqualifikation für Personal

Die Voraussetzungen gemäss Art. 51 lit. c KVV, die das erforderliche Fachpersonal zu erfüllen hat, werden in Anhang 3a und 3b beschrieben.

- a) Soweit die ambulanten Pflegeleistungen gemäss Art. 4 Abs. 5 dieses Vertrages betroffen sind, gilt Anhang 3a).
- b) Soweit die ambulanten Pflegeleistungen gemäss Art. 4 Abs. 6 dieses Vertrages betroffen sind, gilt Anhang 3b).

Art. 13 Gültigkeit der Sprachversionen

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

Art. 14 Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung

- 1 Dieser Vertrag tritt per 01.04.2021 in Kraft und ist unbefristet gültig.
- 2 Der Vertrag ist von jeder Vertragspartei mit einer Kündigungsfrist von 12 Monaten, jeweils per Ende eines Kalenderjahres kündbar, erstmals per 31.12.2022.
- 3 Der vorliegende Vertrag ersetzt alle Verträge resp. Vereinbarungen mit demselben Regelungsgegenstand für die diesem Vertrag unterliegenden Leistungserbringer, Versicherer, Verbände und HSK. Dies betrifft auch Verträge/Vereinbarungen, welche mit allfälligen Vorgängerorganisationen abgeschlossen wurden.

Art. 15 Anhänge zum Vertrag

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

Anhang 1: Angeschlossene Versicherer

Anhang 2: Bedarfsmeldeformular / Beilagen zum Bedarfsmeldeformular

Anhang 3: Fachpersonal

Anhang 4: Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

Anhang 5: Vergütung von Mitteln und Gegenständen

Art. 16 Schriftlichkeitsvorbehalt

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

Art. 17 Salvatorische Klausel

Sollte eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam, ungültig oder nichtig sein oder werden, wird die Gültigkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Unwirksame, ungültige oder nichtige Bestimmungen sind durch Regelungen, die dem Sinn und der wirtschaftlichen Bedeutung des von den Parteien Gewollten möglichst nahekommen, zu ersetzen. Fällt eine Änderung in den Überprüfungsbereich von Art. 46 Abs. 4 KVG, so bleibt die konstitutive Genehmigung der zuständigen Kantonsregierung vorbehalten.

Art. 18 Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz

- 1 Streitigkeiten zwischen Versicherer und Leistungserbringer sollen von den Betroffenen grundsätzlich direkt bereinigt werden.
- 2 Die Vertragsparteien können bei schwerwiegenden Einzelfällen oder bei einer Häufung von ähnlichen Problemstellungen zur Klärung beigezogen werden.
- 3 Anwendbar ist Schweizer Recht.
- 4 Das Vorgehen bei Streitigkeiten richtet sich nach Art. 89 KVG.

Art. 19 Schlussbestimmungen

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

Art. 20 Übergangsbestimmungen

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

Für **Spitex Schweiz**:

Bern, 14.3.2021

Thomas Heiniger
Präsident

Marianne Pfister
Geschäftsführerin

Für die **Association Spitex privée Suisse (ASPS)**:

Bern,

Pirmin Bischof
Präsident

Marcel Durst
Geschäftsführer

Für die **Einkaufsgemeinschaft HSK AG**:

Dübendorf, 12.2.2021

Eliane Kreuzer
Geschäftsführerin

Manuela Schär
Verhandlungsleiterin

Anhang 1 - Angeschlossene Versicherer

(Stand 1.1.2021)

Dem Vertrag sind die folgenden Versicherer angeschlossen:

Helsana-Gruppe:

- Helsana Versicherungen AG
- Progrès Versicherungen AG

Sanitas Gruppe:

- Sanitas Grundversicherungen AG
- Compact Grundversicherungen AG

KPT Krankenkasse AG

Anhang 2 - Bedarfsmeldeformular / Beilage zum Bedarfsmeldeformular

2a) Beilagen zum Bedarfsmeldeformular

- Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV (Beispiel)
- Leistungsplanungsblatt interRAI (Beispiel)

2b: Bedarfsmeldeformular für Tages- oder Nachtstätten gem. Art. 4 Abs. 6 dieses Vertrages



Anhang 2a: Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV (Beispiel)

Name _____ Vorname _____

Anzahl	=	Anzahl Leistungen	
Häufigkeit	=	Einheit: t2, t3...t7 = 2,3...7 Tagen pro Woche <ul style="list-style-type: none"> • w = wöchentlich • m = monatlich j = jährlich • e = einmalig 	
Beispiele			
Einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin 2 Mal täglich an 7 Tagen pro Woche	=	Anzahl 2	Häufigkeit t7
Hilfe beim Medizinalbad 2 Mal pro Woche		2	w
Ankreuzen wenn Leistung vorgesehen ist	Beschreibung Leistungsdetail (gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV)		Anzahl: wie oft soll die Leistung erbracht werden
	Abklärung des Pflegebedarfs etc.		Häufigkeit: Einheit der geplanten Leistung
	Beratung des Patienten etc.		
	Koordination der Massnahmen		
	Messung der Vitalzeichen etc.		
	Einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin		
	Entnahme des Untersuchungsmaterials zu Laborzwecken		
	Massnahmen zur Atemtherapie etc.		
	Einführung von Sonden oder Kathetern etc.		
	Massnahmen bei Hämo- oder Peritonealdialyse		
	Verabreichung von Medikamenten etc.		
	Enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen		
	Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen etc.		
	Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden etc.		
	Pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- und Darmentleerung etc.		
	Hilfe bei Medizinal-, Teil- oder Vollbädern etc.		
	Pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag etc.		
	Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen etc.		
	Allgemeine Grundpflege bei Patienten, welche die Tätigkeiten nicht selbst ausführen können, wie Beine einbinden, etc.		
	Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur etc.		



Anhang 2a: Leistungsplanungsblatt interRAI HC_{Schweiz} (Beispiel)

Alle Leistungserbringer, die mit interRAI arbeiten, können das interRAI-Leistungsplanungsblatt einsenden. Weitere Informationen zu interRAI können auf der Website <https://www.spitex-bedarfsabklaerung.ch/> abgerufen werden.

Müller	Doris
Name	Vorname
Versichertennummer	Fallnummer

Nummer aus dem Leistungskatalog eintragen, Kolonne W und T ergänzen. Anzahl, Einheit und Zeit eintragen, sofern vom Standard abweichend oder n.B. im Leistungskatalog steht.

Nr.	Leistungsbeschreibung (fakultativ)	W	T	Anz.	Einh.	Zeit	M-Qual	KLV
10104	Teilwäsche am Lavabo (inkl. Intimpflege)							c
10115	Kompressionsstrümpfe/-verband							c
10601	Medikamente richten							b
10702	Mittlerer Verband							b
10902	Reassessment							a
10904	Pflegeplanung erstmalig im Rahmen der Bedarfsabklärung							a
10906	Pflegebedarf bestimmen und evaluieren							a
10907	Konsultation Arzt-Spitex zur Bedarfsabklärung							a
10909	Pflegeanleitung/ Beratung Klientin oder Angehö-							a
20012	Wochenkehr 4-Zimmer-Wohnung							Nein
20014	Küche / Bad reinigen							

Nicht aufgeführte Leistungen Pflege und Betreuung Nr. 10999, bitte in Kolonne 2 beschreiben

Nicht aufgeführte Leistungen Hauswirtschaft, Nr. 20099, sind in Kolonne 2 zu beschreiben

Nicht aufgeführte psychiatrische Leistungen Nr. 10099, sind in Kolonne 2 zu beschreiben

Nettobedarf Spitexleistung	KLV-Leistungen in Minuten			KLV total	Nicht-KLV
	a	b	c		
- Einmalige Leistungen					
- Periodische Leistungen					
- pro Tag					
- pro Woche					
- pro Monat					
Ganze Verordnungsperiode (von-bis)					
Anpassung aufgrund doppelter Zeiterfassung bei simultan erbrachten Leistungen					
Total					

W, WER: S=Spitex-Organisation / T = Training / Anz. = Anzahl

Einheit = t2,tg3...t7: 2,3 ...7 Tage pro Woche / w = pro Woche / m=pro Monat / e=einmalig / n.B.. = nach Bedarf

M.Qual = Mindestqualifikation: als Grundlage dienen mit Vorteil die Funktions- respektive Ausbildungsbezeichnungen, wie sie in der Spitex-Statistik verwendet werden

Anhang 3 - Fachpersonal

a) Ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 4 Abs. 5				
	Ausbildung / Berufsbezeichnung	Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination	Massnahmen der Grundpflege	Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung
Tertiärstufe	Pflegefachfrau/-mann FH / HF (altrechtliche Abschlüsse: AKP, GKP, PsyKP, KWS, DN I, DN II, dipl. Pflegefachfrau/-mann)	Ja	Ja	Ja
	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und Betreuung FA (Berufsprüfung)	Nein	Ja	Ja
Sekundärstufe II	Fachfrau/-mann Gesundheit (FaGe) EFZ (altrechtliche Abschlüsse: PKP (FA SRK; Hauspfleger/in EFZ oder mit Diplom, mit Zusatzmodul Behandlungspflege)	Nein	Ja	Ja ¹⁾
	Fachfrau/-mann Betreuung (FaBe) EFZ, Fachrichtung Betagte oder Behinderte (altrechtlicher Abschluss: Betagtenbetreuer/-in BB)	Nein	Ja	Ja ¹⁾ , nur mit Zusatzmodul Behandlungspflege
	Med. Praxisassistent/in (MPA) EFZ	Nein	Auf Handreichungen beschränkt	Ja ¹⁾
	Assistentin / Assistent Gesundheit und Soziales (AGS) EBA	Nein	Keine umfassende, fallführende Grundpflege	Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten ¹⁾
Ausserhalb Bil-	Pflegeassistentin	Nein	Keine umfassende, fallführende Grundpflege	Nein
	Pflegehelfer/in²⁾	Nein	Keine umfassende, fallführende Grundpflege	Nein
¹⁾ gemäss Ausbildungsbestimmungen und Berufserfahrung ²⁾ Anerkennung Lehrgang gemäss Anerkennungsverfahren der Spitexverbände		Andere und ausländische Berufsabschlüsse werden im Einzelfall auf ihre jeweilige Gleichwertigkeit überprüft. Alle Absolvent/innen der Sekundärstufe II arbeiten unter Aufsicht, Anleitung und Verantwortung einer/eines Absolventen/in der Tertiärstufe. Allfällige abweichende Regelungen in einzelnen Kantonen sind zu berücksichtigen.		
b) Ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 4 Abs. 6				
Bei Tages- und Nachtstätten obliegt die Gesamtverantwortung einer diplomierten Pflegefachperson, sie oder eine adäquate Vertretung ist vor Ort.				

Anhang 4 - Vereinbarung über die Kontrollen der Versicherer

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).

Ergibt die Prüfung des Versicherers, dass bei den in Rechnung gestellten Leistungen die WZW-Kriterien nicht eingehalten wurden und können die Versicherer dies fachlich begründen, sind die zu erbringenden Leistungen anzupassen.

Zeitpunkt für die Anpassung ist:

- bei Prüfung beim Versicherer (s. Punkt 1), sofern die Fristen eingehalten wurden: der Tag, an dem der Versicherer das Resultat kommuniziert.
- bei Prüfung beim Leistungserbringer oder beim Versicherten (s. Art. 2 und 3): der Tag der Kontrolle.

Rückwirkende Anpassungen bleiben auf jene Einzelfälle beschränkt, in welchen die Versicherer nach der Prüfung grobe Verstösse der Leistungserbringer gegen die WZW-Kriterien nachweisen und begründen können.

1. Prüfung beim Versicherer

Die Versicherer führen folgende Kontrollen durch:

1.1 Prüfung der von der Spitem gemäss Art. 7.2 Abs. 2 und 5 eingereichten Unterlagen

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer systematisch folgende Unterlagen zur Verfügung:

- Bedarfsmeldung gemäss Art. 7.2
- Rechnung gemäss Art. 9.1
- Als Anhang der Bedarfsmeldung: Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV oder Leistungsplanungsblatt gemäss Inter-RAI (gemäss Art. 7.2, Abs. 5)

1.2 Prüfung der vom Versicherer verlangten und von der Spitem eingereichten Unterlagen beim Versicherer

1.2.1 Bei Unklarheiten mit den systematisch eingereichten Unterlagen kann der Versicherer, in der Regel innerhalb von 15 Arbeitstagen ab Erhalt und unter Berücksichtigung von Art. 42 Abs. 5 KVG weitere für die Beurteilung relevante Unterlagen bei der Spitem verlangen (z.B. Originaldokument ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung (z.B. MDS), Pflegeplanung, Pflegeverlauf, Wunddokumentation etc.).

1.2.2 Die Spitem sendet in der Regel innerhalb von 15 Arbeitstagen die Pflegeunterlagen an den Versicherer.

- 1.2.3 Nach Erhalt der Unterlagen hat der Versicherer in der Regel weitere 15 Arbeitstage Zeit, diese zu prüfen und die Spitex über den Entscheid zu informieren. Der Bericht bezieht sich auf die Unterlagen, die dem Versicherer bis zum Zeitpunkt der Kontrolle zugestellt wurden.
- 1.2.4 Bei einer Beanstandung bemühen sich Leistungserbringer und Versicherer um eine möglichst rasche Regelung

2. Prüfung beim Leistungserbringer

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

- 2.1 Der Versicherer kündigt den Kontrollbesuch beim Leistungserbringer an. Die Kontrolle wird innerhalb von 30 Kalendertagen nach Ankündigung durchgeführt. In Ausnahmen kann in gegenseitiger Absprache von dieser Frist abgewichen werden.
- 2.2 Unter Berücksichtigung von Art. 42 Abs. 5 KVG sowie des Verhältnismässigkeitsprinzips legt der Leistungserbringer der Kontrollperson des Versicherers alle relevanten Informationen zu den verlangten Dossiers in den Geschäftsräumen zur Einsicht vor. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass der Kontrollperson eine mit den Dossiers vertraute, qualifizierte Fachperson für allfällige Fragen zur Verfügung steht.
- 2.3 Nach Sichtung der Unterlagen findet gleichentags ein mündlicher Austausch inkl. aktuellem Zeitbudget zwischen der Fachperson des Leistungserbringers und der Kontrollperson des Versicherers statt.
- 2.4 Nach der Durchführung der Kontrolle erhält der Leistungserbringer innerhalb von 15 Arbeitstagen eine schriftliche Rückmeldung vom Versicherer.

3. Einzelfallprüfung beim Versicherten

Die Versicherer führen punktuelle Prüfungen im Rahmen eines Pflegeeinsatzes beim Versicherten durch.

- 3.1 Der Versicherer informiert den Versicherten über den Zweck des Besuches und macht mit ihm einen Termin ab. Der Kontrollbesuch kann während eines regulären Einsatzes des Leistungserbringers erfolgen. In diesem Fall informiert der Versicherer den Leistungserbringer mind. 10 Arbeitstage vorgängig über den geplanten Besuch.

Nach der Durchführung des Kontrollbesuchs muss der Versicherer dem Leistungserbringer innerhalb von 15 Arbeitstagen eine schriftliche Rückmeldung machen.

Anhang 5 - Vergütung von Mitteln und Gegenständen

1. Geltungsbereich

- 1.1 Dieser Anhang betrifft in sachlicher Hinsicht die Abgabe und Verrechnung von Mitteln und Gegenständen gemäss Anhang 2 KLV durch die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause nach den gesetzlichen und rechtlichen Voraussetzungen.
- 1.2 Der Leistungserbringer wird im Rahmen seiner Tätigkeit als Abgabestelle nach Art. 55 KVV anerkannt, vorbehaltlich kantonaler Bestimmungen. Der Versicherer hat im Bedarfsfall das Recht von einem Leistungserbringer eine Kopie der entsprechenden Bewilligung einzuverlangen.

2. Vergütung von Mittel und Gegenständen

- 2.1 Ärztlich verordnete Mittel und Gegenstände dürfen maximal zum Höchstvergütungsbetrag gemäss Liste der Mittel und Gegenstände und unter Berücksichtigung von Artikel 56 KVG verrechnet werden. Die Vertragsparteien kommen im Sinne einer Übergangsregelung überein, bis zum Inkrafttreten der neuen gesetzlichen MiGeL-Bestimmungen an der aktuell geltenden Praxis festzuhalten.
- 2.2 Die Abrechnung erfolgt detailliert, inkl. MiGeL-Positionsnummer und Kalendarium. Mit der ersten Rechnung muss zwingend die ärztliche Verordnung beiliegen.
- 2.3 Der Versicherer kann bei Bedarf eine Originalrechnung der vorhergehenden Handelsstufe einfordern, um die Einhaltung der Ziff. 2.1 zu überprüfen.