

**Administrativvertrag betreffend
Akut- und Übergangspflege
zwischen
Spitex Verband Schweiz und
Association Spitex Privée Suisse (ASPS) einerseits
und den im Vertrag genannten Krankenversicherern
andererseits**

Art. 1	Vertragsparteien																																																												
	<p>¹ Die Vertragsparteien dieses Administrativvertrages (nachfolgend Vertrag genannt) sind der Spitex Verband Schweiz und Association Spitex Privée (ASPS) einerseits sowie die nachfolgend genannten Krankenversicherer</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>AMB Assurance-maladie et accidents</td><td>BAG Nr. 1507</td></tr> <tr><td>Aquilana Versicherungen</td><td>BAG Nr. 32</td></tr> <tr><td>Arcosana AG</td><td>BAG Nr. 1569</td></tr> <tr><td>Atupri Krankenkasse</td><td>BAG Nr. 312</td></tr> <tr><td>AUXILIA Assurance-maladie SA</td><td>BAG Nr. 1159</td></tr> <tr><td>Avenir Assurance Maladie SA</td><td>BAG Nr. 343</td></tr> <tr><td>Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont</td><td>BAG Nr. 1113</td></tr> <tr><td>Caisse da malsauns LUMNEZIANA</td><td>BAG Nr. 820</td></tr> <tr><td>CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung</td><td>BAG Nr. 290</td></tr> <tr><td>CSS Kranken- Versicherung AG</td><td>BAG Nr. 8</td></tr> <tr><td>Easy Sana Assurance Maladie SA</td><td>BAG Nr. 774</td></tr> <tr><td>EGK Grundversicherungen</td><td>BAG Nr. 881</td></tr> <tr><td>GALENOS Kranken- und Unfallversicherung</td><td>BAG Nr. 1386</td></tr> <tr><td>Glarner Krankenversicherung</td><td>BAG Nr. 780</td></tr> <tr><td>innova Versicherungen</td><td>BAG Nr. 1563</td></tr> <tr><td>Innova Wallis AG</td><td>BAG Nr. 790</td></tr> <tr><td>INTRAS Assurance-maladie SA</td><td>BAG Nr. 1529</td></tr> <tr><td>KLuGKrankenversicherung</td><td>BAG Nr. 829</td></tr> <tr><td>kmu- Krankenversicherung</td><td>BAG Nr. 1328</td></tr> <tr><td>Kranken- und Unfallkasse, Bezirkskrankenkasse Einsiedeln</td><td>BAG Nr. 134</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Agrisano</td><td>BAG Nr. 1560</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Birchmeier</td><td>BAG Nr. 1322</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Institut Ingenbohl</td><td>BAG Nr. 1142</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Luzerner Hinterland</td><td>BAG Nr. 360</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Simplon</td><td>BAG Nr. 1362</td></tr> <tr><td>Krankenkasse SLKK</td><td>BAG Nr. 923</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Steffisburg</td><td>BAG Nr. 246</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Stoffel Mels KKS</td><td>BAG Nr. 1331</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Turbental</td><td>BAG Nr. 1147</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Visperterminen</td><td>BAG Nr. 1040</td></tr> </tbody> </table>	AMB Assurance-maladie et accidents	BAG Nr. 1507	Aquilana Versicherungen	BAG Nr. 32	Arcosana AG	BAG Nr. 1569	Atupri Krankenkasse	BAG Nr. 312	AUXILIA Assurance-maladie SA	BAG Nr. 1159	Avenir Assurance Maladie SA	BAG Nr. 343	Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont	BAG Nr. 1113	Caisse da malsauns LUMNEZIANA	BAG Nr. 820	CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung	BAG Nr. 290	CSS Kranken- Versicherung AG	BAG Nr. 8	Easy Sana Assurance Maladie SA	BAG Nr. 774	EGK Grundversicherungen	BAG Nr. 881	GALENOS Kranken- und Unfallversicherung	BAG Nr. 1386	Glarner Krankenversicherung	BAG Nr. 780	innova Versicherungen	BAG Nr. 1563	Innova Wallis AG	BAG Nr. 790	INTRAS Assurance-maladie SA	BAG Nr. 1529	KLuGKrankenversicherung	BAG Nr. 829	kmu- Krankenversicherung	BAG Nr. 1328	Kranken- und Unfallkasse, Bezirkskrankenkasse Einsiedeln	BAG Nr. 134	Krankenkasse Agrisano	BAG Nr. 1560	Krankenkasse Birchmeier	BAG Nr. 1322	Krankenkasse Institut Ingenbohl	BAG Nr. 1142	Krankenkasse Luzerner Hinterland	BAG Nr. 360	Krankenkasse Simplon	BAG Nr. 1362	Krankenkasse SLKK	BAG Nr. 923	Krankenkasse Steffisburg	BAG Nr. 246	Krankenkasse Stoffel Mels KKS	BAG Nr. 1331	Krankenkasse Turbental	BAG Nr. 1147	Krankenkasse Visperterminen	BAG Nr. 1040
AMB Assurance-maladie et accidents	BAG Nr. 1507																																																												
Aquilana Versicherungen	BAG Nr. 32																																																												
Arcosana AG	BAG Nr. 1569																																																												
Atupri Krankenkasse	BAG Nr. 312																																																												
AUXILIA Assurance-maladie SA	BAG Nr. 1159																																																												
Avenir Assurance Maladie SA	BAG Nr. 343																																																												
Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont	BAG Nr. 1113																																																												
Caisse da malsauns LUMNEZIANA	BAG Nr. 820																																																												
CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung	BAG Nr. 290																																																												
CSS Kranken- Versicherung AG	BAG Nr. 8																																																												
Easy Sana Assurance Maladie SA	BAG Nr. 774																																																												
EGK Grundversicherungen	BAG Nr. 881																																																												
GALENOS Kranken- und Unfallversicherung	BAG Nr. 1386																																																												
Glarner Krankenversicherung	BAG Nr. 780																																																												
innova Versicherungen	BAG Nr. 1563																																																												
Innova Wallis AG	BAG Nr. 790																																																												
INTRAS Assurance-maladie SA	BAG Nr. 1529																																																												
KLuGKrankenversicherung	BAG Nr. 829																																																												
kmu- Krankenversicherung	BAG Nr. 1328																																																												
Kranken- und Unfallkasse, Bezirkskrankenkasse Einsiedeln	BAG Nr. 134																																																												
Krankenkasse Agrisano	BAG Nr. 1560																																																												
Krankenkasse Birchmeier	BAG Nr. 1322																																																												
Krankenkasse Institut Ingenbohl	BAG Nr. 1142																																																												
Krankenkasse Luzerner Hinterland	BAG Nr. 360																																																												
Krankenkasse Simplon	BAG Nr. 1362																																																												
Krankenkasse SLKK	BAG Nr. 923																																																												
Krankenkasse Steffisburg	BAG Nr. 246																																																												
Krankenkasse Stoffel Mels KKS	BAG Nr. 1331																																																												
Krankenkasse Turbental	BAG Nr. 1147																																																												
Krankenkasse Visperterminen	BAG Nr. 1040																																																												

Krankenkasse Wädenswil	BAG Nr. 1318
Krankenkasse Zeneggen	BAG Nr. 1003
Krankenversicherung Flaachtal AG	BAG Nr. 558
Moove Sympany AG	BAG Nr. 57
Mutuel Assurance Maladie SA	BAG Nr. 1479
ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG	BAG Nr.455
PHILOS Assurance Maladie SA	BAG Nr. 1535
Provita Gesundheitsversicherung AG	BAG Nr. 182
Rhenusana- Die Rheintaler Krankenkasse	BAG Nr. 1401
sana24	BAG Nr. 1568
Sanagate AG	BAG Nr. 1577
sanavals Gesundheitskasse	BAG Nr. 901
sodalis gesundheitsgruppe	BAG Nr. 941
Sumiswalder	BAG Nr. 194
SWICA Gesundheitsorganisation	BAG Nr. 1384
Visana	BAG Nr. 1555
vita surselva	BAG Nr. 966
vivacare	BAG Nr. 1570
Vivao Sympany AG	BAG Nr. 509

alle gemäss Vollmacht vertreten durch

tarifsuisse ag
Römerstrasse 20
4502 Solothurn

sowie

Helsana Versicherungen AG	BAG Nr. 1562
Progrès Versicherungen AG	BAG Nr. 994
Avanex Versicherungen AG	BAG Nr. 1565
sansan Versicherungen AG	BAG Nr. 1566
maxi.ch Versicherungen AG	BAG Nr. 1574
Sanitas Grundversicherungen AG	BAG Nr. 1509
Wincare Versicherungen AG	BAG Nr. 1060
Compact Grundversicherungen AG	BAG Nr. 1575
Kolping Krankenkasse AG	BAG Nr. 762
KPT Krankenkasse AG	BAG Nr. 376
Agilia Krankenkasse AG	BAG Nr. 294
Publisana Krankenversicherung	BAG Nr. 1423

andererseits.

² Der Vertrag gilt für

a. die Leistungserbringer, die den Beitritt zu diesem Vertrag erklärt haben (nachfolgend „Leistungserbringer“)

und

b. die Krankenversicherer, die unter Absatz 1 als Vertragsparteien bezeichnet sind (nachfolgend „Versicherer“)

³. Die Verhandlungen für die Krankenversicherer führte tarifsuisse ag. Sie nimmt als Vertreter der Versicherer die sich aus diesem Vertrag ergebenden Vollzugshandlungen vor.

Art. 2	Beitritt, Beitrittsgebühren; Ausschluss
	<p>1 Der Beitritt schliesst die volle Anerkennung dieses Vertrages mit allen seinen Anhängen gemäss Artikel 22 als integrierte Bestandteile dieses Vertrages ein.</p> <p>2 Das Beitrittsverfahren wird durch den Spitex Verband Schweiz und Association Spitex Privée (ASPS) nach vollständiger Unterzeichnung des Vertrages eingeleitet.</p> <p>3 Der Spitex Verband Schweiz und Association Spitex Privée (ASPS) informieren die tarifsuisse ag, stellvertretend für die Versicherer, regelmässig über die aktuellen Beitrittslisten.</p> <p>4 Die tarifsuisse ag, als Vertreter der Versicherer, hat das Recht, einen Leistungserbringer nicht zum Vertrag zuzulassen. Vor dem Entscheid konsultiert tarifsuisse ag als Vertreter der Krankenversicherer die anderen Vertragsparteien. Der Entscheid wird dem Leistungserbringer sowie den Vertragsparteien begründet. Leistungserbringer können das kantonale Schiedsgericht nach Art. 89 KVG anrufen.</p> <p>5 Die Vertragsparteien können gemeinsam einen Leistungserbringer vom Vertrag ausschliessen.</p> <p>6 Diesem Vertrag können alle Leistungserbringer beitreten, die</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 51 KVV erfüllen • über eine Zulassung nach kantonalem Recht verfügen • dort, wo der Kanton dies vorsieht, über eine besondere Bewilligung zur Durchführung der Akut- und Übergangspflege verfügen • dort, wo der Kanton dies vorsieht, über einen Leistungsauftrag zur Erbringung der Akut- und Übergangspflege verfügen • ein Konzept betreffend die Durchführung der Akut- und Übergangspflege in ihrer Institution vorlegen. <p>7 Leistungserbringer können diesem Vertrag mit schriftlicher Erklärung gegenüber dem Spitex Verband Schweiz oder Association Spitex Privée (ASPS) beitreten. Der Beitritt zum Vertrag ist für Aktivmitglieder eines Spitex-Kantonalverbandes und ASPS unentgeltlich. Leistungserbringer, welche nicht Mitglied eines Spitex-Kantonalverbandes oder des ASPS sind, entrichten dem Spitex Verband Schweiz eine Beitrittsgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag. Die Höhe des Beitrages ist in einem Reglement geregelt. Das jeweils gültige Reglement über Beitrittsgebühren ist im Internet veröffentlicht.</p>
Art. 3	Geltungsbereich, Definition
	<p>1 Dieser Vertrag regelt die administrativen Abläufe für die Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 51 KVV und Art. 25a Abs. 2 KVG i.V. mit Art. 7 Abs. 3 KLV und Art. 7b KLV. Die Vergütung wird in einem separaten Tarifvertrag geregelt, der durch die kantonale Regierung zu genehmigen ist.</p> <p>2 Akut- und Übergangspflege gemäss Abs. 1 wird von den Vertragspartnern wie folgt definiert:</p> <p>Akut- und Übergangspflege (AÜP) gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG wird vom Spitalarzt angeordnet. Es müssen folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital (auch geriatrische Abteilung eines Spitals) sind nicht mehr notwendig. Ein Rehabilitationsbedarf in einer Rehabilitationsklinik besteht nicht. 2. Die Patientin oder der Patient benötigt nach einem Aufenthalt in einem Akutspital eine qualifizierte Pflege durch Pflegepersonen.

	<p>3. Die AÜP ist Teil der Behandlungskette. Sie ist bedarfsgerecht und gezielt anzuordnen. Sie ist nicht als Wartezeit für einen Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim vorgesehen.</p> <p>4. Die AÜP hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin, der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr nach Hause und Vermeidung einer Rehospitalisation.</p> <p>5. Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele aufgestellt.</p> <p>Soweit ebenfalls medizinische oder therapeutische Behandlung notwendig ist, kann diese ambulant als Einzelleistung erbracht werden. Sie ist nicht Bestandteil der AÜP.</p> <p>³ Der Vertrag entfaltet Wirkung für Versicherte,</p> <p>a) die Versicherungsnehmer eines in Art. 1 dieses Vertrages genannten Versicherer sind</p> <p>b) und die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG bezugsberechtigt sind.</p>
Art. 4	Leistungsvoraussetzungen
	<p>¹ Die Versicherer übernehmen die Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 7 Abs. 3 KLV, die aufgrund einer Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 a KLV und Art. 8 KLV nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung hin erbracht werden. Die Voraussetzungen, die das erforderliche Fachpersonal zu erfüllen hat, werden in Anhang 5 beschrieben.</p> <p>² Der Leistungserbringer muss für die Abrechnung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege über eine separate ZSR-Nummer verfügen.</p>
Art. 5	Bedarfsabklärung
	<p>Gemäss Art. 8 KLV muss eine Bedarfsabklärung gemacht werden. Es steht den Leistungserbringern offen, welches standardisierte Bedarfsabklärungsinstrument (RAI Home Care oder andere) sie wählen.</p>
Art. 6	Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung
	<p>¹ Leistungen der Akut- und Übergangspflege setzen eine spitalärztliche Anordnung gemäss Art. 25a KVG und eine Bedarfsabklärung gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV i.V.m. Art. 8 KLV voraus. Die Meldung erfolgt ausschliesslich mit den Formularen „Meldeformular Akut- und Übergangspflege“ für den Spitalarzt und „Bedarfsmeldeformular“ in den Anhängen 2 und 3.</p> <p>² Die vom Spitalarzt unterzeichnete Anordnung auf dem „Meldeformular Akut- und Übergangspflege“ sowie das von der verantwortlichen Person des Leistungserbringers unterzeichnete Bedarfsmeldefomular sind vollständig ausgefüllt spätestens innert fünf Tagen ab Beginn der Akut- und Übergangspflege vom Leistungserbringer dem Versicherer zuzustellen.</p> <p>³ Die Daten von Behandlungsbeginn und Verordnung müssen identisch sein. Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig.</p> <p>⁴ Erhebt der Versicherer nicht innert 5 Arbeitstagen ab Erhalt der Meldung Einspruch, so gilt die Leistungspflicht unter Vorbehalt des Prinzips von WZW (wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich) als gegeben.</p>

	<p>⁵ Die Bedarfsmeldung umfasst folgende Angaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Sozialversicherungsnummer, Versichertenkartennummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum, Geschlecht). b) Angabe, ob Krankheit oder Unfall. c) Name des Versicherers. d) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und EAN/GLN-Nummer des Leistungserbringers; EAN/GLN-Nr. nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden. e) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt. f) Gültigkeitsdauer der spitalärztlichen Verordnung (von...bis...). * g) Name, Zahlstellenregister- Nummer (ZSR-Nr.) des Spitals und EAN/GLN-Nummer des verordnenden Spitalarztes; EAN/ GLN-Nummer nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten wenn vorhanden. * h) Voraussichtlicher Bedarf an MiGeL-Produkten inkl. zweistelliger Nummer der Produktgruppe. i) Voraussichtliche Anzahl Minuten je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a) bis c) KLV , voraussichtliche Anzahl Minuten bei Mischtarif bzw.voraussichtliche Anzahl Tage bei Tagespauschalen für die Gültigkeitsdauer der Verordnung. <p><i>* fakultativ</i></p> <p>Als zusätzliche Information zur Bedarfsmeldung wird eine Liste der Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV oder das Leistungsplanungsblatt von RAI-Home-Care beigefügt, mit Angaben zu der voraussichtlichen Anzahl Einsätze je Leistung pro Tag, Woche, Monat oder Quartal (Beispiele in der Beilage zu Anhang 3.)</p> <p>⁶ Die mit dem „Meldeformular Akut- und Übergangspflege“ zu übermittelnden Angaben sind im Anhang 2 geregelt.</p> <p>⁷ Die Vertragsparteien erarbeiten auf gesamtschweizerischer Ebene gemeinsam die einheitlichen Formulare.</p>
Art. 7	Vergütung inkl. Mittel und Gegenstände
	<p>¹ Mit der Vergütung gemäss Tarifvertrag nach Artikel 3 Absatz 1 dieses Vertrages sind sämtliche krankenversicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.</p> <p>² Der Leistungserbringer kann keine Leistungen für Akut- und Übergangspflege nach Art. 7 Abs. 3 KLV abrechnen, während der Patient sich im Spital oder Pflegeheim (inkl. stationäre Akut- und Übergangspflege) befindet. Dies gilt nicht für den Ein- und Austrittstag. Ausserdem kann der Leistungserbringer keine Leistungen der ambulanten Langzeitpflege nach Art. 7 KLV abrechnen, während der Patient Leistungen der ambulanten Akut- und Übergangspflege bezieht.</p> <p>³ Ärztlich verordnete Mittel und Gegenstände gemäss Anhang 2 KLV (Liste der Mittel und Gegenstände), welche vom Leistungserbringer abgegeben werden, dürfen maximal zum MiGeL-Höchstvergütungsbetrag abzüglich 15% verrechnet werden. Die Abrechnung erfolgt detailliert, inkl. MiGeL-Positionsnummer und Kalendarium.</p> <p>⁴ Der Leistungserbringer darf keine Medikamente zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verrechnen.</p>
Art. 8	Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten
	<p>¹ Schuldner der Vergütung gemäss diesem Vertrag ist der Versicherer (System des Tiers payant, Art. 42 Abs.2 KVG).</p>

	<p>2 Einzelne Versicherer und Leistungserbringer können in Abweichung von Abs. 1 das System des Tiers garant vereinbaren.</p> <p>3 Die Rechnungsstellung erfolgt einmalig nach Leistungserbringung gemäss den Vorlagen im Anhang 4.</p> <p>4 Im System Tiers payant erhalten die Versicherten eine Rechnerungskopie vom Leistungserbringer.</p> <p>5 Für die Abrechnungsperiode liegt eine spitalärztliche Verordnung vor.</p> <p>6 Fristen im System Tiers payant: - zahlbar innert 25 Tagen mit elektronischer Abrechnung. - zahlbar innert 35 Tagen ohne elektronische Abrechnung.</p> <p>7 Die Rechnungsstellung erfolgt für die ärztlich angeordneten Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung. Nichtpflichtleistungen sind separat in Rechnung zu stellen.</p> <p>8 Der Versicherer begründet Beanstandungen. Die Zahlungsfrist wird für den beanstandeten Teil der Rechnung unterbrochen. Der nicht beanstandete Anteil ist durch den Versicherer innerhalb der in Abs. 6 aufgeführten Frist zu begleichen.</p> <p>9 Sind die Voraussetzungen des Leistungsaufschubs gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG gegeben, sistiert der Versicherer die Kostenübernahme. Die Kosten werden vollständig übernommen, sobald die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten vollständig bezahlt sind.</p> <p>10 Falls ein Patient per 30.6. seinen Versicherer wechselt, erstellt der Leistungserbringer bis spätestens 31.7. des betreffenden, laufenden Jahres eine Zwischenabrechnung per 30.6. Per 31.12. erstellt der Leistungserbringer grundsätzlich spätestens bis 31.1. des Folgejahres eine Zwischenabrechnung.</p> <p>11 Im Todesfall ist dem Versicherer innert 30 Tagen die Endabrechnung einzureichen.</p>
Art. 9	Angaben auf der Rechnung
	<p>1 Die Rechnung umfasst folgende Angaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Sozialversicherungsnummer, Versichertenkartennummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum, Geschlecht). b) Angabe ob Krankheit oder Unfall. c) Name des Versicherers. d) Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum. e) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und EAN/GLN-Nummer des Leistungserbringers; EAN/GLN-Nr. nur bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden. f) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) des Spitals und EAN/GLN-Nummer des verordnenden Spitalarztes; EAN/GLN-Nr. nur bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden. g) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt. h) Sofern eine Tagespauschale vereinbart wird, Angabe der Anzahl Tage, Kalendarium und Total Leistungen nach Art. 7 KLV in Franken. Sofern ein Mischtarif vereinbart wird, Angabe der Minuten (dezimal), Kalendarium und Total Leistungen nach Art. 7 KLV in Franken. Sofern ein Tarif je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a) bis c) vereinbart wird, Angabe der erbrachten Minuten (dezimal) je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs.2 lit. a) bis c) KLV, Kalendarium, Total Leistun-

	<p>gen Art. 7 KLV pro Leistungsart in Minuten (dezimal) und Franken.</p> <p>i) Gültigkeitsdauer der spitalärztlichen Verordnung(en) für die Rechnungsperiode.</p> <p>j) Komplette MiGeL-Positions Nr. und Menge.</p> <p>² Die Vertragsparteien erarbeiten auf gesamtschweizerischer Ebene gemeinsam die einheitlichen Rechnungsformulare.</p>
Art. 10	Elektronischer Datenaustausch (EDI)
	<p>¹ Die Vertragsparteien wollen den elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Versicherern realisieren.</p> <p>² Versicherer und Leistungserbringer können den elektronischen Datenaustausch vereinbaren. In diesem Fall werden die administrativen und medizinischen Daten mit der Bedarfsmeldung (gemäss Art. 6) bzw. der Rechnung (gemäss Art. 9) elektronisch an den Versicherer gesendet. Der Versicherer erhält alle Daten in strukturierter und elektronisch lesbarer Form.</p> <p>³ Der elektronische Datenaustausch für die Bedarfsmeldung sowie Rechnung richtet sich nach den gemeinsam vereinbarten Standards, mit denen die Daten übermittelt werden können. Diese Standards werden in einem Konzept festgehalten, welches die Vertragsparteien gemeinsam verabschieden.</p>
Art. 11	Aufklärungspflicht
	<p>¹ Die Leistungserbringer anerkennen, dass ihnen von Gesetzes wegen (insbesondere Auftragsrecht gemäss OR) 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.</p> <p>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.</p>
Art. 12	Tarifschutz
	Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Tarifschutz nach Art. 44 KVG zu beachten.
Art. 13	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit der Leistungen
	Der Leistungserbringer übernimmt die Verantwortung für den wirtschaftlichen, zweckmässigen und wirksamen Einsatz seiner Dienstleistungen und des verwendeten Materials (Art. 32 und 56 KVG).
Art. 14	Qualitätssicherung
	<p>¹ Die Regelungen der Qualitätssicherung und –förderung gemäss der Art. 22a und Art. 58 KVG sowie Art. 77 KVV werden separat geregelt. Sie erstrecken sich auf die gesetzlichen und vertraglich vereinbarten Leistungen, insbesondere gemäss Art. 7ff. KLV. Sie sollen für alle Leistungserbringer und Versicherer, die diesem Vertrag beigetreten sind, Geltung entfalten.</p> <p>² Das für die Langzeitpflege vereinbarte Qualitätsprogramm findet analoge Anwendung für die Akut- und Übergangspflege.</p>

Art. 15	Mindestqualifikation für Personal
	Die Voraussetzungen, die das erforderliche Fachpersonal zu erfüllen hat, werden in Anhang 5 beschrieben.
Art. 16	Leistungsstatistik (Reporting)
	<ol style="list-style-type: none"> ¹ Die Leistungserbringer verpflichten sich, jeweils bis spätestens 30. Juni des Folgejahres die Anzahl der vorjährig verrechneten Stunden pro Leistungsart nach Art. 7 Abs. 2 lit. a)- c) KLV an tarifsuisse ag, als Vertreter der Versicherer, zu liefern. ² Dort, wo Tagespauschalen vereinbart werden, verpflichten sich die Leistungserbringer bis spätestens 30. Juni des Folgejahres die Anzahl der vorjährig verrechneten Tage an tarifsuisse ag, als Vertreter der Versicherer, zu liefern. ³ Dort wo weitere Reportingdaten benötigt werden, wird dies im Tarifvertrag geregelt.
Art. 17	Auskunftspflicht der Leistungserbringer
	<ol style="list-style-type: none"> ¹ Die Versicherer haben den gesetzlichen Auftrag, die Leistungspflicht und die Wirtschaftlichkeit (WZW) der ihnen in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen. Zu diesem Zweck führen sie folgende Kontrollen durch: <ol style="list-style-type: none"> 1. Prüfung der von der Spitex eingereichten Unterlagen beim Versicherer, 2. Prüfung von Klientendossiers beim Leistungserbringer, 3. Einzelfallprüfung beim Versicherten. ² Die Auskunftspflicht der Leistungserbringer gegenüber den Versicherern unterliegt dem Verhältnismässigkeitsprinzip. Die betroffenen Parteien haben die Datenschutznormen zu beachten. Deshalb wird die Mehrzahl der Fälle gemäss der unter Abs. 1 erstgenannten Kontrolle überprüft. ³ Der Ablauf der Prüfungen ist im Anhang 6 geregelt.
Art. 18	Paritätische Vertrauenskommission
	<ol style="list-style-type: none"> ¹ Streitigkeiten zwischen Versicherer und Leistungserbringer sollen von den Betroffenen grundsätzlich direkt bereinigt werden. ² Sollten die Streitparteien zu keiner Einigung kommen, können sie sich an die PVK wenden, die auch für die Langzeitpflege zuständig ist. ³ Die Kosten, die aus dem Verfahren entstehen, werden durch die PVK nach Massgabe des Unterliegens den Streitparteien auferlegt.
Art. 19	Inkrafttreten / Vertragsdauer
	Dieser Vertrag samt Anhängen tritt auf den 1. Januar 2012 in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.
Art. 20	Kündigung / Rücktritt
	<ol style="list-style-type: none"> ¹ Der Vertrag und dessen Anhänge können je unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres, frühestens per 31.12.2012, von jeder vertragsschliessenden Partei gekündigt werden. Eine Kündigung bedarf der schriftlichen Form. Bei Kündigung einzelner Versicherer läuft der Vertrag für die anderen Versicherer, die diesen Vertrag geschlossen haben, weiter. ² Wollen der Spitex Verband Schweiz und Association Spitex Privée (ASPS) gemeinsam den vorliegenden Vertrag gegenüber sämtlichen Versicherern kündigen, sind sie

	<p>berechtigt, die Kündigung mit rechtsverbindlicher Wirkung an die tarifsuisse ag zuhanden der Vertragspartner zu richten. Das Kündigungsschreiben hat klar und unmissverständlich den Vertrag, welcher aufgelöst werden soll, zu bezeichnen, verbunden mit einer eindeutigen Erklärung, wonach dieser Vertrag gegenüber sämtlichen Versicherern aufgelöst wird. Die Kündigung gegenüber einzelnen Versicherern ist nicht möglich.</p> <p>³ Einzelne Leistungserbringer können unter Einhaltung einer sechsmonatigen Frist auf das Ende eines Kalenderjahres den Rücktritt vom Vertrag samt Anhängen erklären. Der Rücktritt von einzelnen Vertragsbestandteilen oder einzelnen Anhängen ist nicht möglich.</p>
Art. 21	Übergangsbestimmungen
	<p>¹ Für das Bedarfsmeldeformular gemäss Art. 6 gilt folgende Übergangsregelung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Formulare, die bisher in der Langzeitpflege für Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV verwendet wurden, ergänzt um die für Akut- und Übergangspflege notwendigen Angaben, gelten bis 31.12.2012. <p>² Für das Rechnungsformular gilt folgende Übergangsregelung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Formulare, die bisher in der Langzeitpflege für die Abrechnung der Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV verwendet wurden, können ergänzt um die für Akut- und Übergangspflege notwendigen Angaben bis 31.12.2012 verwendet werden. Alternativ kann auch das Formular gemäss General Invoice 4.1. benutzt werden (siehe Forum Datenaustausch).
Art. 22	Anhänge
	<p>Dieser Vertrag enthält die folgenden Anhänge, welche integrierte Bestandteile des Vertrages sind:</p> <p>Anhang 1 Verzeichnis der dem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer</p> <p>Anhang 2 Meldeformular für Akut- und Übergangspflege</p> <p>Anhang 3 Bedarfsmeldeformular mit Beilagen</p> <p>Anhang 4 Rechnungsformular</p> <p>Anhang 5 Fachpersonal</p> <p>Anhang 6 Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherung</p>

Bern / Solothurn, den 30.11.2011

Spitex Verband Schweiz



Walter Suter
Präsident



Beatrice Mazenauer
Zentralsekretärin

Association Spitex Privée Suisse (ASPS)

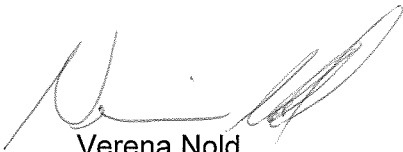


Rudolf Joder
Präsident



Marcel Durst
Geschäftsführer

tarifsuisse ag



Verena Nold
Direktorin



Gebhard Heuberger
Leiter/Abteilung Pflege

**Helsana Versicherungen AG, Progrès Versicherungen AG,
Avanex Versicherungen AG, sansan Versicherungen AG,
maxi.ch Versicherungen AG**



Peter Graf
Leiter Leistungseinkauf



Daniel Maag
Leiter Leistungseinkauf Kliniken
Region Ost / Pflege

**Sanitas Grundversicherungen AG, Wincare Versicherungen AG,
Compact Grundversicherungen AG, Kolping Krankenkasse AG**



Andreas Roos
Leiter Departement Produkte



Marco van der Heuvel
Leiter Leistungseinkauf

**KPT Krankenkasse AG, Agilia Krankenkasse AG,
Publisana Krankenversicherung**



Christoph Bangerter
Vorsitzender der Geschäftsleitung



Reto Neuhaus
Leiter Tarife + Verträge

	Anhang 1: Verzeichnis der dem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer
	Eine aktuelle Liste kann beim Spitex Verband Schweiz angefordert werden.

Übergangsmeldeformular Akut- und Übergangspflege für ambulante Leistungserbringer

Akut- und Übergangspflege (AÜP) gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG wird vom Spitalarzt angeordnet. Es müssen folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sein:

1. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital (auch geriatrische Abteilung eines Spitals) sind nicht mehr notwendig. Ein Rehabilitationsbedarf in einer Rehabilitationsklinik besteht nicht.
2. Die Patientin oder der Patient benötigt nach einem Aufenthalt in einem Akutspital eine qualifizierte Pflege durch Pflegepersonen.
3. Die AÜP ist Teil der Behandlungskette. Sie ist bedarfsgerecht und gezielt anzuordnen. Sie ist nicht als Wartezeit für einen Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim vorgesehen.
4. Die AÜP hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin, der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr nach Hause und Vermeidung einer Rehospitalisation.
5. Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele aufgestellt.

Soweit ebenfalls medizinische oder therapeutische Behandlung notwendig ist, kann diese ambulant als Einzelleistung erbracht werden. Sie ist nicht Bestandteil der AÜP.

Dokument	Identifikation	
Antragssteller		
Leistungserbringer		
Patient	Name	Muster
	Vorname	Peter
	Strasse	Patientenweg 1
	PLZ	6000
	Wohnort	Luzern
	Geburtsdatum	15.01.1977
	Geschlecht	M
	Krankheitsbeginn	XX.XX.2011
	Versichertennummer	12345678
	Sozialversicherungsnummer	
	Gesetz	KVG
	Behandlungsgrund	Krankheit
	Behandlungsart	AÜP
Spital		
ZSR-Nr. des Spitals		
EAN Nr. und Name des verordnenden Spitalarztes		
Diagnose (fakultativ)*	ICD-10	
Therapie	AÜP	
Behandlungsbeginn	XX.XX.2011	Behandlungsdauer: X Tage

* Dieses Formular wird im Bedarfsfall dem zuständigen Krankenversicherer weitergegeben.

Spitalärztliche Beurteilung zur Anordnung der Akut- und Übergangspflege

1. Die medizinischen Probleme sind bekannt und stabilisiert. ja nein
2. Es besteht ein befristeter, pflegerischer Interventionsbedarf von bis zu 24 Std. pro Tag. ja nein
3. Eine stationäre Rehabilitation ist nicht gerechtfertigt. ja nein
4. Die Patientin/der Patient besitzt das Potential zur Wiedererlangung einer Selbstständigkeit, die ein Leben in der gewohnten Umgebung ermöglicht. ja nein
5. Die Patientin/ der Patient will in die gewohnte Lebens-/ Wohnsituation zurückkehren. ja nein
6. Die Ziele der AÜP wurden mit der Patientin/ dem Patienten oder ggf. mit Angehörigen bzw. dem gesetzlichen Vertreter vereinbart. ja nein

Beginn der AÜP: _____

Voraussichtliche Dauer: (max. 14 Tage): _____

Wer übernimmt die AÜP?

ZSR-Nr.: _____

Name des Leistungserbringers: _____

Adresse des Leistungserbringers: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift des verordnenden Spitalarztes / Spitalstempel

Original an AÜP Leistungserbringer
Kopie an Patientin / Patient
Kopie an Versicherer

Anhang 3: Bedarfsmeldung (mit Beilagen)

Definitive Version pendent.

Beilagen:

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

Beilage 1 zu Anhang 3

Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV

Name _____ Vorname _____

Anzahl	=	Anzahl der Leistungen	
Häufigkeit	=	Einheit:	
		<ul style="list-style-type: none"> • t2, t3...t7=an 2, 3...7 Tagen pro Woche • 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	Häufigkeit: Einheit der geplanten Leistung
	Abklärung des Pflegebedarfs etc.		
	Beratung des Patienten etc.		
	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 Hämö-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- oder 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.

Beilage 2 zu Anhang 3

Leistungsplanungsblatt gemäss RAI-Home-Care

Alle Leistungserbringer, die mit RAI-Home-Care arbeiten, können das RAI-Leistungsplanungsblatt einsenden.

Weitere Informationen zu RAI-Home-Care können auf der Website des Spitex Verbands Schweiz www.spitex.ch abgerufen werden.

Beispiel

24.11.2010 14:24 / Pagina 1 di 1

Catalogo delle prestazioni

Numero Incanto RAI-HC	11099
Cognome/Nome 008011 (8011)	
No. assicurazione:	
Data della richiesta	21.09.2009
Tipo della richiesta	MDS in elaborazione

Nota bene: se c'è un oltrepasso del tempo prestabilito si deve inserire la motivazione!

Np.	Descrizione della prestazione	Categoria	chi	T	no.	unità	temp	qmin	LaMal
104	Igiene parziale al lavandino (incl. igiene intima)	Igiene e comfort	S		1	g7	26	INF	si
111	Frizioni/massaggio (senza prescrizione terapeutica/qualora prestazione separata)	Igiene e comfort	S		1	g7	7	INF	no
404	Lavaggio vescicale	Eliminazione	S		1	g2	15	AF	si
407	Posa di un catetere vescicale a permanenza/monouso	Eliminazione	S		1	g3	30	INF	si
603	Alzare o sdraiare con aiuto	Mobilizzazione	S		3	g7	5	AF	si
609	Visita per il controllo del flusso dell'infusione	Terapie	S		1	g2	12	INF	si

Bisogno netto delle prestazioni in ore	Prestazioni LaMal pianificate per mese		Prestazioni non LaMal pianificate per mese		Totale	
	in ore	in ore/min. In %	in ore	in ore/min. In %	in ore	in ore/min. In %
prestazioni una volta	0,0	0:00	0,0	0:00	0,0	0:00 100.0%
prestazioni periodica						
- al giorno	0,9	0:53	0,9	0:53	1,8	1:46
- alla settimana	6,2	6:10	0,8	0:49	7,0	7:00
- al mese	26,5	26:30 88.3%	3,5	3:30 11.7%	30,0	30:00 100.0%
Adattamento del tempo di più prestazioni erogate simultaneamente						
- al giorno						
- alla settimana						
- al mese			0.0%	0.0%		100.0%

qui: S = SACD (altri opzioni vedi documentazione) T = training no = numero/quantità unità = unità
 g2, g3 - g7: 2, 3 ..7 giorni per settimana s = settimanalmente m = mensilmente a = annualmente 1x = una volta a.r. = a richiesta
 q.min = Qualificazione minima A = Ausiliario/a AF = Aiuto familiare INF = infermiere/a

	Anhang 4: Rechnungsformular
	Definitive Version pendent.

Anhang 5: Fachpersonal

	Ausbildung / Berufsbezeichnung	Bedarfsabklärung / Beratung	Grundpflege	Untersuchung, Behandlungspflege
Tertiärstufe	Pflegepersonal mit mindestens Tertiärstufen-Ausbildung: AKP, GKP, PsyKP, KWS, DN II, dipl. Pflegefachfrau/-mann, DN I mit mind. 2-jähriger Berufserfahrung ¹⁾ Pflegefachfrau/-mann FH + HF	Ja	Ja	Ja
	DN I, Pflegefachfrau/-mann mit bis zu zwei Jahren Berufserfahrung	Nein	Ja	Ja
Sekundarstufe II	PKP (FaSRK)	Nein	Ja	Ja
	Hauspfleger/in mit EFZ, oder Diplom mit Zusatzmodul Behandlungspflege Fachangestellte/r Gesundheit (FaGe) Fachfrau-/Mann Gesundheit	Nein	Ja	♦ Kontrolle der Vitalzeichen ♦ verabreichen von Medikamenten und weitere Behandlungspflegemassnahmen ²⁾
	Betagtenbetreuer/in (BB) Fachangestellte/r Betreuung (FaBe)	Nein	Ja	Nein
	Pflegeassistent/in Pflegehelfer/in SRK Haus helfer/in mit SRK-Pflegehelfer-Kurs Assistentin / Assistent Gesundheit und Soziales	Nein	Keine umfassende, fallführende Grundpflege	Nein
	Med. Praxisassistent/in (MPA)	Nein	Auf Handreichungen beschränkt	♦ Kontrolle der Vitalzeichen ♦ verabreichen von Medikamenten ²⁾ ♦ Blutentnahmen
¹⁾ inkl. Berufserfahrung als FaSRK ²⁾ gemäss Ausbildungsbestimmungen und Berufserfahrung		Andere und ausländische Berufsabschlüsse werden im Einzelfall auf ihre jeweilige Gleichwertigkeit überprüft. Alle Absolvent/innen der Sekundarstufe II sowie DN I mit weniger als 2 Jahren Berufserfahrung arbeiten immer unter Aufsicht, Anleitung und Verantwortung einer/eines Absolventen/in der Tertiärstufe.		

Anhang 6: Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

1. Prüfung beim Versicherer

Zweistufiges Verfahren zur Prüfung der in Rechnung gestellten Leistungen auf Leistungspflicht und Wirtschaftlichkeit auf der Basis von eingereichten Unterlagen beim Versicherer.

1. Stufe:

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer systematisch folgende Unterlagen zur Verfügung:

- Bedarfsmeldeformular gemäss Art. 6
- Rechnungsformular gemäss Art. 9

2. Stufe:

Unter Berücksichtigung von Art. 42 Abs. 5 KVG stellt der Leistungserbringer dem Versicherer auf dessen Verlangen weitere relevante Unterlagen zur Verfügung.

2. Prüfung beim Leistungserbringer

Verfahren zur Prüfung der in Rechnung gestellten Leistungen auf Leistungspflicht und Wirtschaftlichkeit (WZW) auf der Basis von Patientendossiers aus den letzten sechs Monaten beim Leistungserbringer.

- 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.
- Unter Berücksichtigung von Art. 42 Abs. 5 KVG sowie des Verhältnismässigkeitsprinzips legt der Leistungserbringer der Kontrollperson des Versicherers alle relevanten und nicht bereits gelieferten 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.
- Nach der Durchführung der Kontrolle muss der Versicherer dem Leistungserbringer innerhalb von 10 Tagen eine schriftliche Rückmeldung machen.

3. Einzelfallprüfung beim Versicherten

Verfahren zur Prüfung der in Rechnung gestellten Leistungen auf Leistungspflicht und Wirtschaftlichkeit im Rahmen eines Pflegeeinsatzes beim Versicherten.

- 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. 2 Kalendertage vorgängig über den geplanten Besuch.
- Nach der Durchführung des Kontrollbesuchs muss der Versicherer dem Leistungserbringer innerhalb von 10 Tagen eine schriftliche Rückmeldung machen.