

# Administrativ-Vertrag Spitex Akut- und Übergangspflege

Vertragsnummer: 42.500.2094M

vom 1. Januar 2022

betreffend die

## Abgeltung von krankenversicherungspflichtigen Leistungen im Bereich Spitex

gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

zwischen

**Spitex Schweiz**  
Effingerstrasse 33  
3008 Bern

und

**Association Spitex privée Suisse (ASPS)**  
Uferweg 15  
3013 Bern

nachfolgend: **Verbände**

und

- |     |             |   |
|-----|-------------|---|
| 1.  | BAG Nr. 32  | <b>Aquilana Versicherungen</b>                                    |
| 2.  | BAG Nr. 57  | <b>Moove Sympany AG</b>   |
| 3.  | BAG Nr. 62  | <b>SUPRA-1846 SA</b>  |
| 4.  | BAG Nr. 134 | <b>Einsiedler Krankenkasse</b>                                    |
| 5.  | BAG Nr. 182 | <b>PROVITA Gesundheitsversicherung AG</b>                         |
| 6.  | BAG Nr. 194 | <b>Sumiswalder Krankenkasse</b>                                   |
| 7.  | BAG Nr. 246 | <b>Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg</b>                    |
| 8.  | BAG Nr. 290 | <b>CONCORDIA Schweizerische Kranken- u. Unfallversicherung AG</b> |
| 9.  | BAG Nr. 312 | <b>Atupri Gesundheitsversicherung</b>                             |
| 10. | BAG Nr. 343 | <b>Avenir Assurance Maladie SA</b>                                |
| 11. | BAG Nr. 360 | <b>Krankenkasse Luzerner Hinterland</b>                           |
| 12. | BAG Nr. 455 | <b>ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG</b>                   |
| 13. | BAG Nr. 509 | <b>Vivao Sympany AG</b>   |
| 14. | BAG Nr. 762 | <b>Kolping Krankenkasse AG</b>                                    |
| 15. | BAG Nr. 774 | <b>Easy Sana Assurance Maladie SA</b>                             |
| 16. | BAG Nr. 780 | <b>Genossenschaft Glarner Krankenversicherung</b>                 |
| 17. | BAG Nr. 820 | <b>Cassa da malsaus LUMNEZIANA</b>                                |

18.	BAG Nr. 829	<b>KLuG Krankenversicherung</b>
19.	BAG Nr. 881	<b>EGK Grundversicherungen AG</b>
20.	BAG Nr. 901	<b>sanavals Gesundheitskasse</b>
21.	BAG Nr. 923	<b>Genossenschaft KRANKENKASSE SLKK</b>
22.	BAG Nr. 941	<b>sodalis gesundheitsgruppe</b>
23.	BAG Nr. 966	<b>vita surselva</b>
24.	BAG Nr. 1040	<b>Verein Krankenkasse Visperterminen</b>
25.	BAG Nr. 1113	<b>Caisse-maladie de la vallée d'Entremont société coopérative</b>
26.	BAG Nr. 1142	<b>Krankenkasse Institut Ingenbohl</b>
27.	BAG Nr. 1318	<b>Stiftung Krankenkasse Wädenswil</b>
28.	BAG Nr. 1322	<b>Krankenkasse Birchmeier</b>
29.	BAG Nr. 1331	<b>Krankenkasse Stoffel, Mels</b>
30.	BAG Nr. 1384	<b>SWICA Krankenversicherung AG</b>
31.	BAG Nr. 1386	<b>Galenos AG</b>
32.	BAG Nr. 1401	<b>rhenusana</b>
33.	BAG Nr. 1479	<b>Mutuel Assurance Maladie SA</b>
34.	BAG Nr. 1507	<b>AMB Assurance SA</b>
35.	BAG Nr. 1535	<b>Philos Assurance Maladie SA</b>
36.	BAG Nr. 1542	<b>Assura-Basis SA</b>
37.	BAG Nr. 1555	<b>Visana AG</b>
38.	BAG Nr. 1560	<b>Agrisano Krankenkasse AG</b>
39.	BAG Nr. 1568	<b>sana24 AG</b>
40.	BAG Nr. 1570	<b>vivacare AG</b>
41.		<b>Gemeinsame Einrichtung KVG</b> Industriestrasse 78, 4600 Olten, in ihrer Funktion als aushelfender Träger gemäss Art. 19 Abs. 1 KVV

nachfolgend: **Versicherer**

alle gemäss Vollmacht vertreten durch

**tarifsuisse ag**  
Römerstrasse 20  
4502 Solothurn

Verbände und Versicherer zusammen als **Vertragsparteien** bezeichnet

## **I. Allgemeine Bestimmungen**

---

### **Art. 1 Persönlicher Geltungsbereich**

Diese Vereinbarung gilt für:

- die Leistungserbringer, die den Beitritt zu diesem Administrativ-Vertrag erklärt haben (nachfolgend „Leistungserbringer“)
- jeden der vertragsschliessenden Versicherer
- jeden im Sinne des KVG anerkannten Krankenversicherer, welcher diesen Vertrag gemäss Art. 5 abgeschlossen hat
- Spitex Schweiz und Association Spitex privée Suisse ASPS, soweit sie gemäss diesem Vertrag ausdrücklich Rechte und Pflichten für sich selbst übernehmen
- tarifsuisse ag, soweit sie gemäss diesem Vertrag ausdrücklich Rechte und Pflichten für sich selbst übernimmt.

## **Art. 2 Sachlicher und örtlicher Geltungsbereich**

<sup>1</sup> Dieser Administrativ-Vertrag betrifft die Vergütung von Leistungen zu Gunsten von Personen, die bei einem vertragsschliessenden Versicherer nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) versichert sind.

<sup>2</sup> Dieser Administrativ-Vertrag regelt die administrativen Abläufe für die Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 51 KVV und Art. 25a Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 7 Abs. 3 KLV und Art. 7b KLV. Die Vergütung der Leistungen wird in einem separaten Tarifvertrag geregelt, der durch die kantonale Regierung zu genehmigen ist.

<sup>3</sup> Akut- und Übergangspflege gemäss Abs. 1 wird von den Vertragsparteien wie folgt definiert:

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.

<sup>4</sup> Sofern zusätzlich eine medizinische oder therapeutische Behandlung notwendig ist, kann diese ambulant als Einzelleistung erbracht werden. Sie ist nicht Bestandteil der AÜP.

## **II. Beitritts- und Rücktrittsverfahren der Leistungserbringer**

---

### **Art. 3 Vertragsbeitritt eines Leistungserbringers**

<sup>1</sup> Diesem Vertrag können alle Leistungserbringer beitreten, die

- ♦ 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.

Verfügt ein Leistungserbringer über mehrere aktive ZSR-Nummern (z.B. in verschiedenen Kantonen), muss er mit jeder Nummer separat dem Vertrag beitreten.

<sup>2</sup> Der Leistungserbringer anerkennt mit dem Beitritt zu diesem Vertrag bedingungslos den gesamten Vertragsinhalt mitsamt den Anhängen. Diese bilden einen integrierten Vertragsbestandteil.

<sup>3</sup> Das Beitrittsverfahren wird durch Spitex Schweiz und ASPS nach vollständiger Unterzeichnung des Administrativ-Vertrages eingeleitet. Die Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes sind anwendbar. Die Verbände regeln die Modalitäten der Beitritte und Rücktritte und tragen vollumfänglich die entsprechende Verantwortung. Die Versicherer bzw. tarifsuisse ag übernehmen diesbezüglich keine Rolle und Verantwortung.

<sup>4</sup> tarifsuisse ag hat im Bedarfsfall das Recht, bei Spitex Schweiz oder ASPS eine Kopie des Beitrittsformulars eines Leistungserbringers einzuverlangen.

<sup>5</sup> Erfolgt der Beitritt bis spätestens zum 30. April 2022, erfolgt er rückwirkend per 1. Januar 2022. Erfolgt er später, ist der Zeitpunkt des Zugangs der Beitrittserklärung bei Spitex Schweiz / ASPS massgebend.

<sup>6</sup> Spitex Schweiz / ASPS stellen tarifsuisse ag monatlich eine aktuelle Liste der beigetretenen und zurückgetretenen Leistungserbringer gemäss Abs. 7 zu. Spitex Schweiz und ASPS können ihre Listen im Internet veröffentlichen.

<sup>7</sup> Spitex Schweiz / ASPS melden tarifsuisse ag (z.H. Vertragsanschluss-Management VAM, E-Mail: vam@tarifsuisse.ch) die erfolgten Beitritte ausschliesslich in Form einer Excel-Tabelle gemäss der Vorlage in Anhang 2. Die Liste gilt gegenüber den Versicherern als verbindliche Beitritts- bzw. Rücktrittserklärung der aufgeführten Leistungserbringer zum Vertrag. Nicht der Vorlage entsprechende Listen oder solche, welche falsche Angaben enthalten oder Leistungserbringer aufführen, welche die Bedingungen gemäss Abs. 1 nicht erfüllen, werden ohne weitere Bearbeitung vom VAM an die Verbände zurückgewiesen.

#### **Art. 4 Vertragsrücktritt eines Leistungserbringers**

<sup>1</sup> Ein Leistungserbringer erklärt schriftlich seinen Rücktritt vom Vertrag. Die Rücktrittserklärung ist unterzeichnet an den jeweils zuständigen Verband zu senden. Diese wiederum melden tarifsuisse ag mittels der Beitritts- und Rücktrittsliste gemäss Art. 3 Abs. 6.

<sup>2</sup> Der Rücktritt ist unter Einhaltung einer 6-monatigen Rücktrittsfrist jeweils auf das Jahresende möglich. Es gilt das Zugangsprinzip - massgebend ist das Datum des Eingangs der Beitritts- und Rücktrittsliste gemäss Art. 3 Abs. 6 bei tarifsuisse ag.

<sup>3</sup> Ein Entzug der kantonalen Betriebsbewilligung führt zum sofortigen automatischen Rücktritt vom Vertrag ohne Einreichung einer Rücktrittserklärung auf das nächste Jahresende.

<sup>4</sup> Ein Wechsel der ZSR-Nummer z.B. infolge eines Besitzerwechsels führt automatisch ebenfalls zu einem Rücktritt aus dem Vertrag. Der Beitritt zum Vertrag ist mit der neuen ZSR-Nummer neu zu erklären. Der neue Beitritt sowie der Rücktritt mit der alten ZSR-Nummer sind tarifsuisse ag mit der Beitritts- und Rücktrittsliste gemäss Art. 3 Abs. 6 zu melden.

#### **Art. 5 Vertragsabschluss weiterer Versicherer (Optionsrecht)**

<sup>1</sup> tarifsuisse ag wird das Recht eingeräumt, die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag einseitig auch für weitere zugelassene Versicherer anwendbar zu erklären, mit der Folge, dass jeweils ein neuer Vertrag gleichen Inhalts auch im Verhältnis zwischen dem neu abschliessenden Versicherer und den Verbänden zustande kommt (Optionsrecht).

<sup>2</sup> Der auf dem Optionsrecht beruhende Vertrag zwischen dem neu abschliessenden Versicherer und den Verbänden gilt als abgeschlossen, sobald tarifsuisse ag den Verbänden BAG-Nummer, Name und Adresse des Versicherers mitgeteilt hat, verbunden mit der Erklärung, dass der Versicherer den vorliegenden Vertrag ebenfalls abschliesse. Der auf dem Optionsrecht beruhende

Vertrag fällt automatisch dahin, sobald der vorliegende Vertrag weggefallen ist.

<sup>3</sup> Die Ausübung des Optionsrechts ist nur dann gültig, wenn sie durch tarifsuisse ag erfolgt und tarifsuisse ag über eine entsprechende Vollmacht zum Abschluss von Tarifverträgen für den neu abschliessenden Versicherer verfügt.

### **III. Leistungsvoraussetzungen**

---

#### **Art. 6 Leistungsvoraussetzungen**

<sup>1</sup> 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 und 8a KLV nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung hin erbracht werden. Die Voraussetzungen, die das erforderliche Fachpersonal zu erfüllen hat, werden in Anhang 5 beschrieben.

<sup>2</sup> Der Leistungserbringer muss für die Abrechnung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege über eine separate ZSR-Nummer verfügen.

### **IV. Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung und Bedarfsmeldung**

---

#### **Art. 7 Ärztliche Anordnung / Bedarfsermittlung**

<sup>1</sup> 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. 8a KLV voraus. Die Meldung erfolgt ausschliesslich mit den Formularen „Meldeformular Akut- und Übergangspflege“ für den Spitalarzt und „Bedarfsmeldeformular“ in Anhang 3 und 4.

<sup>2</sup> Die Bedarfsermittlung gemäss Art. 8a KLV erfolgt durch eine dazu befähigte diplomierte Pflegefachperson (vgl. Art. 8a Abs. 1 KLV). Es steht den Leistungserbringern offen, welches standardisierte Bedarfserfassungsinstrument (interRAI HC oder andere) sie wählen.

<sup>3</sup> Die schriftliche Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfsbedarfs und der benötigten Mittel und Gegenstände. (vgl. Art. 8a Abs. 3 KLV).

<sup>4</sup> Das Ergebnis ist auf dem Bedarfsmeldeformular gemäss Anhang 4.1 und 4.2 festzuhalten.

<sup>5</sup> Die Leistungserbringer müssen bei gleichzeitigem Einsatz bei einem Patienten oder einer Patientin ihre Dienstleistungen koordinieren und sich über das gemeinsame Zeitbudget absprechen. Eine Kumulation derselben Leistungen ist ausgeschlossen (z.B. doppelte Bedarfsabklärung, Beratung und Anleitung).

## Art. 8 Meldeformular und Bedarfsmeldung an die Versicherer

<sup>1</sup> Die Bedarfsmeldung zeigt den voraussichtlichen Bedarf an Pflegeleistungen auf. Die Meldung erfolgt ausschliesslich gemäss den Beispielen im Anhang 4. Auf der Bedarfsmeldung geben die Leistungserbringer den voraussichtlichen Zeitbedarf gemäss Art. 8a Abs. 4 KLV an.

<sup>2</sup> Die vom Spitalarzt unterzeichnete Anordnung auf dem „Meldeformular Akut- und Übergangspflege“ sowie das von der verantwortlichen Pflegefachperson des Leistungserbringers unterzeichnete Bedarfsmeldeformular sind vollständig ausgefüllt spätestens innert fünf Tagen ab Beginn der Akut- und Übergangspflege vom Leistungserbringer dem Versicherer zuzustellen.

<sup>3</sup> 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 oder der Ärztin unterschriebene Bedarfsmeldung bei Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV bei Bedarf dem Versicherer vorlegen zu können.

<sup>4</sup> Das Datum des effektiven Behandlungsbeginns und das Datum, zu welchem die Verordnung wirksam wird, müssen identisch sein. Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig.

<sup>5</sup> Erhebt der Versicherer nicht innert 5 Arbeitstagen ab Erhalt der Meldung Einspruch, so gilt die Leistungspflicht unter Vorbehalt von Art. 6 dieses Vertrages sowie unter Vorbehalt der in Anhang 6 geregelten Kontrollverfahren als gegeben.

<sup>6</sup> Die Bedarfsmeldung umfasst folgende Angaben:

- a) Daten des Versicherten
  - Name und Vorname
  - Geburtsdatum
  - Geschlecht
  - Wohnadresse
  - Versichertenkartennummer
  - Sozialversicherungsnummer und/oder Versichertennummer
- b) Behandlungsgrund Krankheit, Unfall oder Mutterschaft.
- c) Name des Versicherers.
- d) ZSR-Nummer und GLN des Leistungserbringers (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
- e) GLN der Pflegefachperson, welche die Bedarfsermittlung erstellt hat (bei Übermittlung der Bedarfsmeldung mit SHIP)
- f) Name, ZSR-Nummer des Spitals und GLN des verordnenden Spitalarztes (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten wenn vorhanden)
- g) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
- h) Beginn und Gültigkeitsdauer der spitalärztlichen Verordnung
- i) Voraussichtlicher Bedarf an MiGeL-Produkten, inkl. zweistelliger Nummer der Produktgruppe.
- j) Voraussichtliche Anzahl Minuten je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs. 2 lit a) bis c) KLV, voraussichtliche Anzahl Minuten bei Mischtarif für die Gültigkeitsdauer der Verordnung.

als zusätzliche Information zur Bedarfsmeldung wird eine Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV oder das Leistungsplanungsblatt von interRAI beigefügt, mit Angaben zur voraussichtlichen Anzahl Einsätze je Leistung pro Tag oder Woche (Beispiele in Anhang 4.1 und 4.2).

## V. Leistungsvergütung

---

### Art. 9 Vergütung der Pflegeleistungen

<sup>1</sup> Mit der Vergütung gemäss Tarifvertrag nach Artikel 2 Absatz 2 dieses Vertrages sind sämtliche krankenversicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.

<sup>2</sup> Der Leistungserbringer rechnet die effektiv erbrachten Pflegeleistungen ab. Vorausrechnungen sind nicht zulässig.

<sup>3</sup> Der Leistungserbringer kann keine Leistungen für Akut- und Übergangspflege abrechnen, während der Patient sich im Spital oder Pflegeheim (inkl. stationäre Akut- und Übergangspflege) befindet. Dies gilt nicht für den Ein- und Austrittstag sowie die Bedarfsermittlung und Koordinationsleistungen, die im Sinne eines optimalen Behandlungsablaufes bereits während eines Spitalaufenthaltes erfolgen müssen. Ausserdem kann der Leistungserbringer keine Leistungen der ambulanten Langzeitpflege nach Art. 7 KLV abrechnen, während der Patient Leistungen der ambulanten Akut- und Übergangspflege bezieht.

<sup>4</sup> Im Rahmen dieses Vertrages dürfen keine hier nicht erwähnten Leistungen (z.B. Arzneimittel usw.) zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden.

### Art. 10 Vergütung von Mittel und Gegenständen

<sup>1</sup> Die Versicherer übernehmen die Kosten ausschliesslich für ärztlich verordnete Mittel und Gegenstände, welche auf der Liste der Mittel und Gegenstände (Anhang 2 KLV) figurieren, wie folgt:

a) **Mittel und Gegenstände der Kategorie A:**

Einfache Verbrauchsmaterialien mit direktem Bezug zu den Pflegeleistungen (z. B. Handschuhe, Gaze, Desinfektionsmittel, Maske und Schutzkleidung) sowie Material und Gegenstände zum Mehrfachgebrauch für verschiedene Patientinnen und Patienten (z. B. Blutdruckmessgeräte, Stethoskope, Fieberthermometer, spezielle ergonomische Kissen, wiederverwendbare Instrumente wie Scheren und Pinzetten) können nicht separat verrechnet werden. Dies gilt auch dann, wenn solche Mittel und Gegenstände durch externe MiGeL-Abgabestellen (z.B. Apotheken) geliefert werden.

b) **Mittel und Gegenstände der Kategorie B**

Mittel und Gegenstände, welche sowohl von der versicherten Person oder nichtberuflich an der Pflege beteiligten Personen oder von Pflegefachpersonen angewendet oder abgegeben werden, werden von den Leistungserbringern maximal zum reduzierten Höchstvergütungspreis Pflege gemäss MiGeL verrechnet.

c) **Mittel und Gegenstände der Kategorie C**

Mittel und Gegenstände, welche ausschliesslich von Pflegefachpersonen angewendet werden können, werden analog der Mittel und Gegenstände der Kategorie B abgerechnet.

<sup>2</sup> Die elektronische Abrechnung erfolgt über den separaten Tarif 454 für Mittel und Gegenstände in der Pflege.

<sup>3</sup> Vom Lieferanten gegenüber dem Leistungserbringer gewährte Rabatte sind gemäss Art. 56 Abs. 3 KVG dem Schuldner der Vergütung weiterzugeben.

<sup>4</sup> Die Limitationen der Mittel- und Gegenständeliste sind zu beachten.

<sup>5</sup> Gehen die verrechneten Materialien über den Höchstvergütungspreis nach MiGeL hinaus, ist der übersteigende Anteil direkt der versicherten Person in Rechnung zu stellen. Bei Jahres-Höchstvergütungsbeträgen wird monatlich maximal der entsprechende pro-rata-Betrag (Jahreshöchstvergütungsbetrag dividiert durch 12 Monate) dem Krankenversicherer in Rechnung gestellt.

## **VI. Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten**

---

### **Art. 11 Rechnungsstellung**

<sup>1</sup> Die Rechnungsstellung erfolgt einmalig nach Abschluss der Behandlung für Akut- und Übergangspflege.

<sup>2</sup> Die Rechnung umfasst folgende Angaben:

- a) Daten des Versicherten
  - Name und Vorname
  - Geburtsdatum
  - Geschlecht
  - Wohnadresse
  - Versichertenkartennummer
  - Sozialversicherungsnummer und/oder Versichertennummer
- b) Behandlungsgrund Krankheit, Unfall oder Mutterschaft.
- c) Name des Versicherers.
- d) Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum.
- e) ZSR-Nummer und GLN des Leistungserbringers (GLN nur bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden)
- f) Name und ZSR-Nummer des Spitals und GLN des verordnenden Arztes (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten wenn vorhanden)
- g) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
- h) Beginn und Gültigkeitsdauer der spitalärztlichen Verordnung
- i) 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 Leistungen Art. 7 KLV pro Leistungsart in Minuten (dezimal) und Franken.
- j) komplette MiGeL-Positionsnummer und Menge, maximal Höchstvergütungsbetrag Pflege gemäss MiGeL, je pro Produkt

<sup>3</sup> Die Rechnungsstellung erfolgt für die ärztlich angeordneten Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung. Nichtpflichtleistungen sind separat in Rechnung zu stellen.

### **Art. 12 Zahlungsmodalitäten**

<sup>1</sup> Schuldner der Vergütung gemäss diesem Administrativ-Vertrag ist der Versicherer (System des Tiers payant, Art. 42 Abs. 2 KVG).

<sup>2</sup> Ab dem 1. Januar 2023 gilt in Abweichung von Abs. 1 für sämtliche Rechnungen, welche nicht elektronisch übermittelt werden, das System des Tiers garant.

<sup>3</sup> Einzelne Versicherer und Leistungserbringer können in Abweichung von Abs. 1 das System des Tiers garant vereinbaren. Der Leistungserbringer informiert die versicherte Person rechtzeitig vor Leistungsbezug.

<sup>4</sup> Es werden durch den Versicherer nur vertrags- und gesetzeskonforme Rechnungen vergütet.

<sup>5</sup> Der Versicherer bezahlt dem Leistungserbringer die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen.

<sup>6</sup> Die Zahlungsfrist gilt ab dem Zeitpunkt, ab dem der Versicherer über sämtliche zur Prüfung der vertrags- und gesetzeskonformen Rechnung erforderlichen Unterlagen verfügt.

<sup>7</sup> Bei begründeten Beanstandungen wird die Zahlungsfrist gemäss Art. 12 Abs. 5 unterbrochen.

<sup>8</sup> 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.

### **Art. 13 Elektronischer Datenaustausch**

Die Vertragsparteien vereinbaren den elektronischen Datenaustausch wie folgt:

- Die **Rechnungsstellung** erfolgt spätestens ab 1. Januar 2023 elektronisch gemäss den jeweils geltenden XML-Standards und Richtlinien des Forums Datenaustausch.
- Die Zustellung der **Bedarfmeldung** erfolgt über das bidirektionale Meldesystem SHIP gemäss dem Prozessstandard eCH 0237 „Pflege“, sobald dieses in der Praxis einsatzbereit ist.

Für einzelne Leistungserbringer oder Versicherer, welche zum Zeitpunkt der Einführung von SHIP noch nicht in der Lage sind, die Bedarfsmeldung mit SHIP auszutauschen, gelten die Bestimmungen gemäss Art. 8 dieses Vertrages.

### **Art. 14 Aufklärungspflicht**

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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 Kostenbeteiligungsansprüchen.

### **Art. 15 Tarifschutz**

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Tarifschutz nach Art. 44 KVG zu beachten.

## **VII. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung**

---

### **Art. 16 Wirtschaftlichkeit / Qualitätssicherung**

<sup>1</sup> Der Leistungserbringer übernimmt die Verantwortung für den wirtschaftlichen, zweckmässigen und wirksamen Einsatz seiner Dienstleistungen und des verwendeten Materials (Art. 32 und 56 KVG).

<sup>2</sup> Der Leistungserbringer verpflichtet sich, an Massnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle seiner Leistungen gemäss aktuell gültiger Vereinbarung im Sinne von Art. 58a KVG teilzunehmen.

### **Art. 17 Mindestqualifikation Personal**

Die Voraussetzungen, die das erforderliche Fachpersonal zu erfüllen hat, werden in Anhang 5 beschrieben.

### **Art. 18 Auskunftspflicht der Leistungserbringer**

<sup>1</sup> 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:

- 1.1 Prüfung der von der Spitex gemäss Art. 8 Abs. 2 eingereichten Unterlagen
- 1.2 Prüfung der vom Versicherer verlangten und von der Spitex eingereichten Unterlagen beim Versicherer
2. Prüfung von Klientendossiers beim Leistungserbringer,
3. Einzelfallprüfung beim Versicherten.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Der Ablauf der Prüfungen ist in Anhang 6 geregelt.

## **VIII. Formelles**

---

### **Art. 19 Vorgehen bei Uneinigkeit**

<sup>1</sup> Uneinigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern werden von den Betroffenen grundsätzlich direkt bereinigt.

<sup>2</sup> Die Anrufung des kantonalen Schiedsgerichtes gemäss Art. 89 KVG steht den Leistungserbringern und den Krankenversicherern offen.

### **Art 20 Inkrafttreten, Vertragsdauer**

Dieser Vertrag samt Anhängen tritt auf den 1. Januar 2022 in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

## **Art. 21 Salvatorische Klausel**

<sup>1</sup> Die Parteien können diesen Vertrag oder Teile desselben durch übereinstimmende schriftliche Erklärungen jederzeit und ohne formelle Kündigung ändern.

<sup>2</sup> Sollten sich die dem Vertrag zugrunde liegenden Verhältnisse verändern oder die eine oder andere Bestimmung dieses Vertrages nichtig resp. teilnichtig sein oder werden, so wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen davon nicht betroffen. Die Parteien sind verpflichtet, in einem solchen Fall den Vertrag den veränderten Verhältnissen anzupassen resp. die nichtige oder teilnichtige Bestimmung durch eine andere zu ersetzen, damit der beabsichtigte Vertragszweck in rechtlich zulässiger Weise erreicht werden kann (salvatorische Klausel).

## **Art. 22 Kündigung**

<sup>1</sup> Dieser Vertrag ist kündbar mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils per Ende Jahr, erstmals per 31. Dezember 2023.

<sup>2</sup> Die vertragsschliessenden Krankenversicherer bilden unter sich keine einfache Gesellschaft, sondern jeder einzelne Versicherer schliesst den vorliegenden Vertrag separat für sich ab. Der vorliegende Vertrag begründet im Verhältnis der Versicherer unter sich keine Rechte und Pflichten. Eine Vertragskündigung durch einen Versicherer hat deshalb auf den Fortbestand des Vertrags zwischen den übrigen Versicherern und dem Leistungserbringer keinen Einfluss.

<sup>3</sup> Wollen Spitex Schweiz und Association Spitex privée Suisse den vorliegenden Vertrag gegenüber sämtlichen Versicherern, für welche tarifsuisse ag den Vertrag abgeschlossen hat, kündigen, sind sie berechtigt, die Kündigung mit rechtsverbindlicher Wirkung an 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.

## **Art. 23 Anhänge**

Dieser Vertrag enthält die folgenden Anhänge, welche gemäss Art. 3 Abs. 2 integrierte Bestandteile des Vertrages sind.

### **Anhang 1:**

Beigetretene Leistungserbringer

### **Anhang 2**

Vorgaben für die Liste der Beitritte und Rücktritte der Leistungserbringer

### **Anhang 3:**

Meldeformular Akut- und Übergangspflege für ambulante Leistungserbringer

### **Anhang 4:**

Bedarfsmeldeformular / Beilage zum Bedarfsmeldeformular

### **Anhang 5:**

Fachpersonal

### **Anhang 6:**

Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

## Art. 24 Schlussbestimmungen

<sup>1</sup> Dieser Vertrag wird in 3-facher Ausführung ausgefertigt und unterzeichnet. Ein Vertrags-exemplar ist für Spitex Schweiz, eines für die ASPS und eines für tarifsuisse ag bestimmt.

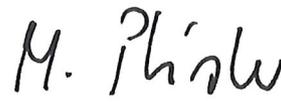
<sup>2</sup> Wird dieser Vertrag in eine andere Sprache übersetzt und treten zwischen den Sprachversio-nen Widersprüche auf, ist der deutschsprachige Vertragstext massgebend. Die Vertragspar-teien tragen die Kosten der Übersetzung je hälftig.

Bern, 12. 4. 22.....

**Spitex Schweiz**



Thomas Heiniger  
Präsident



Marianne Pfister  
Geschäftsführerin

Bern, 25. 4. 22.....

**Association Spitex privée Suisse (ASPS)**



Pirmin Bischof  
Präsident



Marcel Durst  
Geschäftsführer

Solothurn, 1.....

Namens der als Vertragsparteien aufgeführten Versicherer sowie – in Bezug auf jene Regelun-gen, welche Rechte oder Pflichten von tarifsuisse definieren – für sich selber:

**tarifsuisse ag**



Dr. Renato Laffranchi  
Leiter Leistungseinkauf  
Mitglied der Geschäftsleitung



Marc Berger  
Verhandlungsleiter

## **Anhang 1**

---

### **Liste der beigetretenen Leistungserbringer**

Eine aktuelle Liste der beigetretenen Leistungserbringer kann wie folgt abgerufen werden:

*Für Versicherer:*

Im Zentralen Vertragsregister (ZVR) der SASIS AG

*Für Leistungserbringer und weitere Interessenten:*

Bei Spitex Schweiz oder der Association Spitex privée Suisse ASPS

## Anhang 2 Vorgaben für die Liste der Beitritte und Rücktritte der Leistungserbringer gemäss Art. 3 Abs. 6 des Vertrages

Diese Vorlage ist für die Meldung der Beitritte und Rücktritte verbindlich. Beitrittslisten, welche nicht dieser Vorlage entsprechen, können nicht verarbeitet werden und werden zurückgewiesen. tarifsuisse ag kann bei Bedarf Anpassungen an der Vorlage vornehmen. Diese werden den Verbänden rechtzeitig mitgeteilt.

tarifsuisse ag stellt auf Wunsch eine Excel-Vorlage zur Verfügung.

<b>Beitrittsliste Spitex Schweiz / ASPS Akut- und Übergangspflege</b>							
Vertragsnummer: 42.500.2094M Stand: xx.xx.2022							
Nachfolgende Leistungserbringer haben den rechtsgültigen Beitritt gemäss Art. 3 Abs. 5 des Administrativ-Vertrages Spitex Akut- und Übergangspflege zwischen Spitex Schweiz / ASPS und tarifsuisse ag vom 01.01.2022 erklärt.							
Beitritt per	Name Organisation	Ort	Kanton	ZSR-Nr.	ZSR-Nr.	GLN	Rücktritt per
				Langzeit	TON		
01.01.2022	Spitex .....	Stadel	ZH	A123401		7601002123456	
01.01.2022	Spitex .....	Stäfa	ZH	B345601		7601002789123	
01.01.2022	Spitex .....	Stans	NW		D123407	7601002345678	
01.01.2022	Spitex .....	Steffisburg	BE	C789102		7601002901234	31.03.2022
01.01.2022	Spitex .....	Steffisburg	BE	D567802		7601002456789	
01.01.2022	Spitex .....	Stein	AG	A123419		7601002234567	
08.01.2022	Spitex .....	Steinmaur	ZH	X012301		7601002567890	
09.01.2022	Spitex .....	Stettlen	BE	K789002		7601002678901	
Sortierung nach Beitrittsdatum (neuester Beitritt zuletzt).				ZSR-Nummer zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerstriche und Punkte	ZSR-Nummer zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerstriche und Punkte	GLN zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerschläge.	

Die Beitritte sind zwingend nach Beitrittsdatum zu sortieren (neuester zuletzt).

Neue Beitritte und Rücktritte sind farblich zu markieren.

Namens- oder Adressänderungen sind von den Leistungserbringern direkt der SASIS AG (Abteilung ZSR) zu melden und können nicht über die Beitrittsliste mutiert werden.

## Anhang 3 Meldeformular Akut- und Übergangspflege für ambulante Leistungserbringer

# Meldeformular 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.

<b>Dokument</b>	Identifikation	
<b>Antragssteller</b>		
<b>Leistungserbringer</b>		
<b>Patient</b>	Name	Muster
	Vorname	Peter
	Strasse	Patientenweg 1
	PLZ	6000
	Wohnort	Luzern
	Geburtsdatum	15.01.1977
	Geschlecht	M
	Krankheitsbeginn	XX.XX.2021
	Versichertennummer	12345678
	Sozialversicherungsnummer	
	Versichertenkartennummer	
	Gesetz	KVG
	Behandlungsgrund	Krankheit
	Behandlungsart	AÜP
<b>Spital</b>		
<b>ZSR-Nr. des Spitals</b>		
<b>GLN des Spitals</b>		
<b>GLN und Name des verordnenden Spitalarztes</b>		
<b>Diagnose (fakultativ)*</b>	ICD-10	
<b>Therapie</b>	AÜP	
<b>Behandlungsbeginn</b>	XX.XX.2021	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. und GLN: \_\_\_\_\_

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 4 Bedarfsmeldeformular / Beilage zum Bedarfsmeldeformular

Beilagen zum Bedarfsmeldeformular:

### Anhang 4.1 Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Anzahl	=	Anzahl Leistungen	
Häufigkeit	=	Einheit:	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• t2, t3...t7 = 2, 3...7 Tagen pro Woche</li> <li>• w = wöchentlich</li> <li>• m = monatlich    j = jährlich</li> <li>• e = einmalig</li> </ul>	
<b>Beispiele</b>			
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.		
	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 Häm- 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 4.2; Leistungsplanungsblatt interRAI HC (Beispiel)

Alle Leistungserbringer, die mit interRAI arbeiten, können das interRAI Leistungsplanungsblatt einsenden. Weitere Informationen zu interRAI können auf der Webseite <https://www.spitex-bedarfsabklaerung.ch/> angerufen 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 Angehörige							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 Spitexleistungen	KLV-Leistungen in Minuten			KLV total	Nicht KLV
	a	b	c		
- Einmalige Leistungen					
- Periodische Leistungen					
- pro Tag					
- pro Woche					
- pro Monat					
<b>Ganze Verordnungsperiode (von-bis)</b>					
<b>Anpassung aufgrund doppelter Zeiterfassung bei simultan erbrachten Leistungen</b>					
<b>Total</b>					

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 5 Fachpersonal

4 a) ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 4 Abs. 4				
	Ausbildung / Berufsbezeichnung	Bedarfsabklärung / Beratung / Koordination	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 Pflegefachfrau/-mann FH + HF	Ja	Ja	Ja
	DN I, Pflegefachfrau/-mann mit bis zu zwei Jahren Berufserfahrung	Nein	Ja	Ja
	BP Fachfrau/-mann Langzeitpflege und Betreuung	Nein	Ja	Ja
Sekundärstufe II	PKP (FaSRK)	Nein	Ja	Ja
	Hauspfleger/in mit EFZ, oder Diplom mit Zusatzmodul Behandlungspflege Fachfrau/-mann Gesundheit (FaGe)	Nein	Ja	♦ Kontrolle der Vitalzeichen ♦ verabreichen von Medikamenten und weitere Behandlungspflegemassnahmen <sup>1)</sup>
	Betagtenbetreuer/in (BB) Fachangestellte/r Betreuung (FaBe)	Nein	Ja	Nein
	Med. Praxisassistent/in (MPA)	Nein	Auf Handreichungen beschränkt	♦ Kontrolle der Vitalzeichen ♦ verabreichen von Medikamenten <sup>1)</sup> ♦ Blutentnahmen
	Assistentin / Assistent Gesundheit und Soziales	Nein	Keine umfassende, fallführende Grundpflege	♦ Kontrolle der Vitalzeichen ♦ Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten <sup>1)</sup>
Pflegeassistentin Pflegehelfer/in <sup>2)</sup> Haushelfer/in mit Pflegehelfer-Kurs <sup>2)</sup>	Nein	Keine umfassende, fallführende Grundpflege	Nein	
<sup>1)</sup> gemäss Ausbildungsbestimmungen und Berufserfahrung <sup>2)</sup> Anerkennung Lehrgang gemäss Anerkennungsverfahren der Spitexverbände		Andere und ausländische Berufsabschlüsse werden im Einzelfall auf ihre jeweilige Gleichwertigkeit überprüft. Alle Absolvent/innen der Sekundärstufe II sowie DN I mit weniger als 2 Jahren Berufserfahrung arbeiten unter Aufsicht, Anleitung und Verantwortung einer/eines Absolventen/in der Tertiärstufe.		

Die Vertragsparteien beabsichtigen, die Regelungen dieses Anhangs 5 (Fachpersonal und pflegende Angehörige) im ersten Halbjahr 2022 zu überarbeiten und konkretisieren.

## **Anhang 6 Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer**

Die Versicherer haben den gesetzlichen Auftrag, mittels Kontrollverfahren die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) der in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen (gem. Art. 32 KVG, Art. 8c KLV).

Ergibt die Prüfung des Versicherers, dass:

- die Leistungen nach KLV nicht ausgewiesen sind
- es sich bei den Leistungen nachweislich um Nichtpflichtleistungen (Haushalt, Betreuung, usw.) handelt
- Pflegeleistungen nach Leistungsplanungsblatt standardmässig und pauschal und nicht nach erbrachten Minuten gemäss Art. 12 Abs. 2 lit. j) dieses Vertrages fakturiert werden
- die Qualifikation des eingesetzten Personals gemäss Anhang 5 dieses Vertrages nicht eingehalten wird

und können die Versicherer dies fachlich begründen, sind die zu erbringenden Leistungen anzupassen.

Ergibt die Prüfung, dass keine der oben genannten Vorgaben verletzt wurden, ist eine rückwirkende Kürzung nicht zulässig.

Zeitpunkt für die Anpassung ist:

- bei Prüfung beim Versicherer (s. Punkt 1), sofern die Fristen eingehalten wurden: ab Beginn der ärztlichen Anordnung.
- bei Prüfung beim Leistungserbringer oder beim Versicherten (s. Art. 2 und 3): der Tag der Kontrolle.

### **1. Prüfung beim Versicherer**

Die Versicherer führen folgende Kontrollen durch:

#### *1.1 Prüfung der von der Spitex gemäss Art. 8 Abs. 6 dieses Vertrages eingereichten Unterlagen*

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer systematisch folgende Unterlagen zur Verfügung:

- Bedarfsmeldung gemäss Art. 8
- Rechnung gemäss Art. 11
- Als Anhang der Bedarfsmeldung: Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV oder Leistungsplanungsblatt gemäss Inter-RAI (gemäss Art. 8, Abs. 6)

#### *1.2 Prüfung der vom Versicherer verlangten und von der Spitex 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 Spitex verlangen (z.B. Originaldokument ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung (z.B. MDS), Pflegeplanung, Pflegeverlauf, Wunddokumentation etc.).

1.2.2 Die Spitex 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 oder dessen Angehörige über den Zweck des Besuches und macht mit ihm einen Termin ab. Der Kontrollbesuch kann während eines regulären Einsatzes des Leistungserbringers erfolgen, aber nur im Einverständnis des Versicherten oder dessen Angehörigen. In diesem Fall informiert der Versicherer den Leistungserbringer vorgängig über den geplanten Besuch. Eine Zustimmung des Leistungserbringers ist nicht erforderlich.

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