



Administrativ-Vertrag OKP

Vertrags-Nr.: IP-209.943

(gültig ab: 01.01.2023)

zwischen

Spitex Schweiz
Effingerstrasse 33
3008 Bern

und

Association Spitex privée Suisse (ASPS)
Uferweg 15
3013 Bern

Nachfolgend zusammen «**Verbände**» genannt

und

CSS Kranken-Versicherung AG
Tribtschenstrasse 21
6005 Luzern

nachfolgend «**Versicherer / CSS**» genannt

(alle zusammen «**Parteien**» genannt).

betreffend

Regelung der administrativen Prozesse bei KVG-Pflichtleistungen für Akut- und Übergangspflege, die im Rahmen der ambulanten Krankenpflege durch die Spitex-Organisation erbracht werden

(Alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter.)

1. Parteien

Die Parteien des vorliegenden Vertrages sind Spitex Schweiz und die Association Spitex privée Suisse (ASPS), nachfolgend «Verbände» genannt, sowie die CSS Kranken-Versicherung AG, nachfolgend «CSS» oder «Versicherer» genannt.

2. Vertragsbeitritt und -rücktritt der Leistungserbringer

- 2.1 Diesem Vertrag können alle Leistungserbringer, nachfolgend «Leistungserbringer» genannt, beitreten, welche
- die Voraussetzungen gemäss Art. 51 KVV erfüllen;
 - über eine Zulassung nach kantonalem Recht verfügen;
 - dort wo der Kanton dies vorsieht, über eine besondere Bewilligung zur Durchführung von Akut- und Übergangspflege (AÜP) und über einen kantonalen Leistungsauftrag zur Erbringung der AÜP verfügen;
 - ein Konzept zur Durchführung der AÜP in ihrer Institution vorlegen.
- Verfügt ein Leistungserbringer über mehrere aktive ZSR-Nummern (z.B. in verschiedenen Kantonen), muss er dem Vertrag mit jeder Nummer separat beitreten.
- 2.2 Das Beitrittsverfahren wird durch die Verbände nach vollständiger Unterzeichnung des vorliegenden Administrativ-Vertrages eingeleitet. Die Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes sind anwendbar. Es liegt ausschliesslich in der Kompetenz der Verbände, die Beitritte und Rücktritte näher zu regeln. Die CSS übernimmt diesbezüglich keine Aufgaben und Verantwortung.
- 2.3 Die CSS hat im Bedarfsfall das Recht, bei Spitex Schweiz oder ASPS eine Kopie des Beitrittsformulars eines Leistungserbringers einzuverlangen.
- 2.4 Leistungserbringer, die nicht Mitglied in einem der Verbände sind, können dem Administrativ-Vertrag beitreten. Das Verfahren (z.B. Beitrittsgebühr usw.) richtet sich nach den Bedingungen der Verbände.
- 2.5 Die dem vorliegenden Administrativ-Vertrag beigetretenen Leistungserbringer übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen inkl. dessen Anhänge.
- 2.6 Die Verbände stellen der CSS via E-Mail: tarifvertraege@css.ch die jeweils gültige Beitrittsliste gemäss Vorlage in Anhang 1 zu. Sie informieren die CSS bei jeglichen Änderungen umgehend, mindestens aber halbjährlich. Für diejenigen Leistungserbringer, die bis zum 31.03.2023 dem vorangehenden Administrativvertrag Nr. 42.500.0166D mit tarifsuisse beigetreten sind, gilt die Übergangsbestimmung gemäss Ziff. 18 dieses Vertrages.
- 2.7 Einzelne Leistungserbringer können unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten, jeweils per 31.12, vom Administrativ-Vertrag zurücktreten, frühestens per 31.12.2023. Der Rücktritt von einzelnen Vertragsbestandteilen oder einzelnen Anhängen ist nicht möglich. Die Leistungserbringer reichen ihre schriftliche Rücktrittserklärung bei ihrem Verband ein. Die Verbände informieren die CSS umgehend via E-Mail: tarifvertraege@css.ch. Der Administrativ-Vertrag bleibt für die übrigen Leistungserbringer vollumfänglich anwendbar.

3. Geltungsbereich und Leistungsumfang

- 3.1 Dieser Vertrag regelt die administrative Abwicklung für die AÜP im Sinne von Art. 25a Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 51 KVV, Art. 7 Abs. 3 und 7b KLV. Die Vergütung der Leistungen wird in einem separaten Tarifvertrag geregelt, der durch die kantonale Regierung zu genehmigen ist.
- 3.2 Er gilt für leistungsbezugsberechtigte Versicherte mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) der CSS.
- 3.3 Akut- und Übergangspflege gemäss Ziff. 3.1 wird von den Vertragsparteien wie folgt definiert:
AÜP gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG wird vom Spitalarzt maximal für 14 Tage angeordnet. Es müssen folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sein:
- a) 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.
- b) Die Patienten benötigen nach einem Aufenthalt in einem Akutspital eine qualifizierte Pflege durch Pflegefachpersonen.
 - c) 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 Pflegeheim vorgesehen.
 - d) Die AÜP hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patienten die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen können. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr nach Hause und Vermeidung einer Rehospitalisation.
 - e) Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele aufgestellt.
- 3.4 Sofern zusätzlich eine medizinische oder therapeutische Behandlung notwendig ist, kann diese ambulant als Einzelleistung erbracht werden. Sie ist nicht Bestandteil der AÜP.
- 3.5 Für die Bereiche Langzeitpflege, AÜP sowie Tages- oder Nachstrukturen benötigen die Leistungserbringer jeweils eine separate ZSR-Nr.

4. Pflichten der Leistungserbringer und der Versicherer

- 4.1 Auf allen Korrespondenzen zwischen Leistungserbringer und Versicherer sind anzugeben:
- a. Daten der versicherten Person: Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Versichertennummer und Sozialversicherungsnummer,
 - b. Bezeichnung des Versicherers,
 - c. Daten des Leistungserbringers: ZSR-Nummer, GLN.
- 4.2 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, seine Patienten vor Leistungsbezug in Bezug auf Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie insbesondere durch diese nicht gedeckten Kosten aufzuklären.
- 4.3 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Tariftschutz nach Art. 44 KVG einzuhalten.

5. Leistungsvoraussetzungen

- 5.1 Der Versicherer übernimmt die Kosten der effektiv erbrachten Leistungen der AÜP nach Art. 7 Abs. 3 KLV, die aufgrund der Bedarfsermittlung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a, Art. 8 und Art. 8a KLV, nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung hin erbracht werden.
- 5.2 Der Versicherer ist nur dann und nur so weit 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) bleibt vorbehalten und geht diesem Administrativ-Vertrag vor.

6. Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung, -meldung und -änderung

- 6.1 Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung
- 6.1.1 Der Bezug von pflegerischen Leistungen im Rahmen der AÜP setzt eine spitalärztliche Anordnung gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG und Art. 8 KLV sowie eine Bedarfsermittlung gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV i.V.m. Art. 8a KLV voraus. Die Meldung erfolgt ausschliesslich mit den Formularen «Meldeformular Akut- und Übergangspflege» für den Spitalarzt gemäss Anhang 2 und «Bedarfsmeldeformular» gemäss Anhang 3.
 - 6.1.2 Die Bedarfsermittlung gemäss Art. 8a Abs. 1 KLV erfolgt durch eine Pflegefachperson gemäss Anhang 4. Es steht den Leistungserbringern offen, welches anerkannte Bedarfsermittlungsinstrument sie wählen.
 - 6.1.3 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).
 - 6.1.4 Das Ergebnis der Bedarfsermittlung ist auf dem Bedarfsmeldeformular gemäss Anhang 3a und 3b festzuhalten.

- 6.1.5 Die Bedarfsermittlung erfolgt beim Patienten bei Leistungsbeginn.
 - 6.1.6 Verschiedene Leistungserbringer müssen bei gleichzeitigem Einsatz bei einem Patienten ihre Dienstleistungen koordinieren und sich über das Zeitbudget absprechen. Eine Kumulation derselben Leistungen ist ausgeschlossen (z.B. doppelte Bedarfsabklärung, Beratung und Anleitung).
 - 6.2 Bedarfsmeldung an die Versicherer
 - 6.2.1 Die Bedarfsmeldung zeigt den voraussichtlichen Bedarf an Pflegeleistungen auf. Auf der Bedarfsmeldung gibt der Leistungserbringer den voraussichtlichen Zeitbedarf gemäss Art. 8a Abs. 4 KLV an.
 - 6.2.2 Die vom Spitalarzt unterzeichnete Anordnung auf dem «Meldeformular Akut- und Übergangspflege» (gemäss Anhang 2) sowie das von der verantwortlichen Pflegefachperson des Leistungserbringers unterzeichnete «Bedarfsmeldeformular» (gemäss Anhang 3) sind vollständig ausgefüllt spätestens innert 5 Tagen ab Beginn der AÜP vom Leistungserbringer dem Versicherer zuzustellen.
 - 6.2.3 Das Datum des effektiven Behandlungsbeginns und das Datum, zu welchem die Verordnung wirksam wird, müssen identisch sein. Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig. Ohne gültige Bedarfsmeldung werden von der CSS keine Leistungen vergütet.
 - 6.2.4 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 vorzulegen.
 - 6.2.5 Erhebt der Versicherer nicht innert 5 Arbeitstagen ab Erhalt der in Ziff. 6.2.2 dieses Vertrages erwähnten Formulare Einspruch, so gilt die Leistungspflicht unter Vorbehalt von Ziff. 5 dieses Vertrages sowie unter Vorbehalt der in Anhang 5 geregelten Kontrollverfahren als gegeben.
 - 6.2.6 Die Bedarfsmeldung enthält folgende Angaben:
 - a. Personalien und Versichertendaten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnadresse / Versichertennummer / Sozialversicherungsnummer),
 - b. Behandlungsgrund: Krankheit, Unfall oder Mutterschaft,
 - c. Name des Versicherers,
 - d. ZSR-Nr. und GLN-Nr. des Leistungserbringers für AÜP (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 (leicht/mittel/schwer), wenn bekannt,
 - g. Beginn und Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung (von ... bis ...),
 - h. Voraussichtlicher Bedarf an MiGeL-Produkten inkl. zweistelliger Nummer der Produktgruppe, die durch den Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden,
 - i. Voraussichtliche Anzahl Minuten je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a bis c KLV 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 beigelegt, mit Angaben zur voraussichtlichen Anzahl Einsätze je Leistung pro Tag, Woche (Beispiel in Anhang 3b).

7. Leistungsvergütung von Pflegeleistungen

- 7.1 Mit der Vergütung gemäss separaten Tarifverträgen nach Ziff. 3.1 dieses Vertrages sind sämtliche krankenversicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.
- 7.2 Der Leistungserbringer rechnet die effektiv erbrachten Pflegeleistungen ab. Vorausrechnungen sind nicht zulässig.

- 7.3 Der Leistungserbringer kann keine Leistungen für AÜP 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 Koordinationsleitungen, 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.
- 7.4 Im Rahmen dieses Administrativ-Vertrages dürfen keine hier nicht erwähnten Leistungen (z.B. Arzneimittel usw.) zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden.

8. Leistungsvergütung von Mittel und Gegenständen

- 8.1 Die Versicherer übernehmen die Kosten ausschliesslich für ärztlich verordnete Mittel und Gegenstände, welche auf der Liste der Mittel und Gegenstände (Anhang 2 KLV) figurieren. Die Verordnung wird spätestens mit der ersten Rechnung dem Versicherer zugestellt.
- 8.2 Die elektronische Abrechnung erfolgt über den separaten Tarif 454 für Mittel und Gegenstände in der Pflege.
- 8.3 Vom Lieferanten gegenüber dem Leistungserbringer gewährte Rabatte sind gemäss Art. 56 Abs. 3 KVG dem Schuldner der Vergütung weiterzugeben.
- 8.4 Es können nur die effektiven Kosten der Produkte bis zum in der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) vorgesehenen HVB in Rechnung gestellt werden. Übersteigt der Preis eines Produktes den HVB Pflege, so verrechnet der Leistungserbringer die Differenz der versicherten Person auf einer separaten Rechnung.
- 8.5 Die Limitationen der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) sind zu beachten.

9. Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten

9.1 Rechnungsstellung

- 9.1.1 Die Rechnungsstellung erfolgt einmalig nach Abschluss der Behandlung der AÜP.
- 9.1.2 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.
- 9.1.3 Die Rechnung enthält folgende Angaben:
- a. Rechnungsdatum, -nummer,
 - b. Personalien und Versichertendaten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnadresse / Versichertennummer / Sozialversicherungsnummer),
 - c. Behandlungsgrund: Krankheit, Unfall oder Mutterschaft,
 - d. Name des Versicherers,
 - e. ZSR-Nr. und GLN-Nr. des Leistungserbringers für AÜP (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 (leicht/mittel/schwer), wenn bekannt,
 - h. Beginn und Gültigkeitsdauer der spitalärztlichen Anordnung,
 - i. Für die Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV ist je nach Art des Tarifs folgendes anzugeben:
 - Sofern eine Tagespauschale vereinbart: Anzahl Tage, Kalendarium und Total der Leistungen in CHF;
 - Sofern ein Mischtarif vereinbart: Minuten (dezimal), Kalendarium und Total der Leistungen in CHF;

- Sofern ein Tarif je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a bis c KLV vereinbart: Erbrachte Minuten (dezimal) je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a bis c KLV, Kalendarium, Total der Leistungen Art. 7 KLV pro Leistungsart in Minuten (dezimal) in CHF.
 - j. Komplette MiGeL-Positionsnummer und Menge, maximal Höchstvergütungsbetrag Pflege gemäss MiGeL, je pro Produkt,
- 9.1.4 Nichtpflichtleistungen müssen gemäss Art. 59 Abs. 2 KVV von den OKP-Leistungen getrennt abgerechnet werden.
- 9.2 Zahlungsmodalitäten
- 9.2.1 Die Vertragsparteien vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant).
- 9.2.2 Der einzelne Leistungserbringer kann in Abweichung von Ziff. 9.2.1 dieses Vertrages wählen, dass die versicherte Person die Vergütung der Leistung schuldet (System des Tiers garant). Der Leistungserbringer informiert die versicherte Person rechtzeitig vor 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.
- 9.2.3 Es werden ausschliesslich vertrags- und gesetzeskonforme Rechnungen durch den Versicherer vergütet.
- 9.2.4 Der Versicherer bezahlt dem Leistungserbringer die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen.
- 9.2.5 Im System Tiers payant erhalten die Versicherten eine Rechnungskopie vom Leistungserbringer.
- 9.2.6 Die Frist gilt ab dem Zeitpunkt, ab dem der Versicherer über sämtliche zur Prüfung der vertrags- und gesetzeskonformen Rechnung erforderlichen Unterlagen verfügt.
- 9.2.7 Bei begründeten Beanstandungen wird die Zahlungsfrist gemäss Ziff. 9.2.4 dieses Vertrages unterbrochen. Der nicht beanstandete Teil bleibt vom Versicherer geschuldet.

10. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

- 10.1 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu erbringen (Art. 32 und 56 KVG).
- 10.2 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, an Massnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle seiner Leistungen gemäss aktuell gültiger Vereinbarung im Sinne von Art. 58a KVG teilzunehmen.
- 10.3 Die Voraussetzungen gemäss Art. 51 KVV, die das erforderliche Fachpersonal zu erfüllen hat, werden in Anhang 4 beschrieben.
- 10.4 Die Versicherer haben den gesetzlichen Auftrag, die Leistungspflicht und die Wirtschaftlichkeit (WZW) der ihnen in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen. Das Verfahren dazu wird im Anhang 5 im Detail vereinbart und geregelt.

11. Gültigkeit der Sprachversionen

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

12. Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung

- 12.1 Dieser Vertrag tritt auf den 01.01.2023 in Kraft und wird für unbestimmte Zeit abgeschlossen.
- 12.2 Der Vertrag kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 6 Monaten, jeweils auf das Ende des Kalenderjahres gekündigt werden, erstmals per 31.12.2024.
- 12.3 Der vorliegende Vertrag ersetzt alle Verträge resp. Vereinbarungen mit demselben Regelungsgegenstand für die diesem Vertrag unterliegenden Leistungserbringer, Verbände und die CSS.

Der Administrativvertrag zwischen dem Spitex Verband Schweiz und ASPS einerseits und den durch tarifsuisse vertretenen Versicherern andererseits – Vertragsnummer 42.500.0166D, gültig ab 1. Januar 2012 – wird hiermit für die CSS abgelöst.

13. Anhänge

Folgende Anhänge bilden integrierenden Bestandteil dieses Vertrages:

Anhang 1	Vorgaben für die Liste der Beitritte und Rücktritte der Leistungserbringer
Anhang 2	Meldeformular Akut- und Übergangspflege für ambulante Leistungserbringer
Anhang 3	Bedarfmeldeformular / Beilage zum Bedarfmeldeformular
Anhang 4	Fachpersonal
Anhang 5	Vereinbarung über die Kontrollen der Versicherer

14. Schriftlichkeitsvorbehalt

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

15. Salvatorische Klausel

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 das beabsichtigte Vertragswerk in rechtlich zulässiger Weise erreicht werden kann.

16. Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz

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

17. Schlussbestimmungen

Dieser Vertrag wird in drei unterzeichneten Originalexemplaren ausgefertigt und unterzeichnet, wovon jede signierende Partei ein Exemplar erhält.

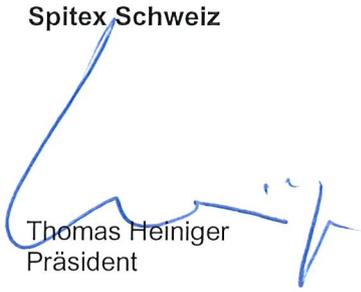
18. Übergangsbestimmung

Der vorliegende Vertrag entfaltet für die Leistungserbringer, die dem vorangehenden Administrativvertrag mit tarifsuisse (Vertragsnummer 42.500.0166D) beigetreten waren, volle Wirkung. Leistungserbringer, die dies nicht wünschen, müssen innert 90 Tagen nach Unterzeichnung des vorliegenden neuen Vertrages ihren Austritt bei Spitex Schweiz oder beim ASPS schriftlich bekannt geben.

Bern,

20.1.2023

Spitex Schweiz



Thomas Heiniger
Präsident



Cornelis Kodijman
Co-Geschäftsführer

Bern,

20.1.2023

Association Spitex privée Suisse (ASPS)



Pirmin Bischof
Präsident



Marcel Durst
Geschäftsführer

Luzern,

CSS Kranken-Versicherung AG



Marianne Wiedemeier
Leiterin Tarife Ambulant
Mitglied des Kaders



Barbara Fontana
Key Account Manager
Mitglied des Kaders

Geprüft R&C

Dat. 11.01.23 Vis. MF

GRUCC

Anhang 1 – Vorgaben für die Liste der Beitritte und Rücktritte der Leistungserbringer

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

Beitritt per	Name Leistungserbringer	Ort	Kanton	ZSR-Nr. Langzeit	ZSR-Nr. AÜP	GLN	Rücktritt per
01.01.2023	Spitex Muster 1	Zürich	ZH	A123401	B123401	760...	
01.01.2023	Spitex Muster 2	Bern	BE	D123402	E123402	760...	30.03.2024
08.02.2023	Spitex Muster 3	Bern	BE		Z123402	760...	
<i>Sortierung nach Beitrittsdatum (neuster Beitritt zuletzt)</i>				<i>ZSR-Nr. zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerschläge und Punkte</i>	<i>ZSR-Nr. zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerschläge und Punkte</i>	<i>GLN zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerschläge</i>	

Ergänzend gilt Folgendes:

- Die Beitritte sind zwingend nach Beitrittsdatum zu sortieren (neuster 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 2 – 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.

Dokument Antragssteller	Identifikation	
Leistungserbringer		
Patient	Name Vorname Strasse PLZ Wohnort Geburtsdatum Geschlecht Krankheitsbeginn Versichertennummer Sozialversicherungsnummer Versichertenkartennummer Gesetz Behandlungsgrund Behandlungsart	Muster Peter Patientenweg 1 6000 Luzern 15.01.1977 M XX.XX.2021 12345678 KVG Krankheit AÜP
Spital ZSR-Nr. des Spitals GLN des Spitals GLN und Name des verordnenden Spitalarztes		
Diagnose (fakultativ)* Therapie Behandlungsbeginn	ICD-10 AÜP 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 3 – Bedarfsmeldeformular / Beilage zum Bedarfsmeldeformular

Beilagen zum Bedarfsmeldeformular:

Anhang 3a – Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV

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	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 Hämo- oder Peritonealdialyse			
	Verabreichung von Medikamenten etc.			
	Enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen			
	Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen			
	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			
	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 3b – 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					
Ganze Verordnungsperiode (von-bis)					
Anpassung aufgrund doppelter Zeiterfassung bei simultan erbrachten Leistungen					
Total					

W, WER: S=Spitex-Organisation / T = Training / Anz. = Anzahl
 Einheit = t2, t3...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 4 – Fachpersonal

a) Ambulante Pflegeleistungen				
	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
Sekundarstufe 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 Bildungssystematik	Pflegeassistentin	Nein	Keine umfassende, fallführende Grundpflege	Nein
	Pflegehelfer/in ²⁾	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 Sekundarstufe II arbeiten unter Aufsicht, Anleitung und Verantwortung einer/eines Absolventen/in der Tertiärstufe. Allfällige abweichende Regelungen in einzelnen Kantonen sind zu berücksichtigen.		

Anhang 5 – 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:

- 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 Ziff. 9.1.3 lit. i) dieses Vertrages fakturiert werden
- die Qualifikation des eingesetzten Personals gemäss Anhang 4 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. Ziff. 1 dieses Anhangs), sofern die Fristen eingehalten wurden: der Tag, ab Beginn der ärztlichen Anordnung.
- bei Prüfung beim Leistungserbringer oder beim Versicherten (s. Ziff. 2 und 3 dieses Anhangs): der Tag, ab Beginn der ärztlichen Anordnung.

1. Prüfung beim Versicherer

Die Versicherer führen folgende Kontrollen durch:

1.1 Prüfung der vom Leistungserbringer gemäss Ziff. 6.2.2 und 6.2.6 des Vertrages eingereichten Unterlagen

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer systematisch folgende Unterlagen zur Verfügung:

- Bedarfsmeldung gemäss Ziff. 6.2 des Vertrages
- Rechnung gemäss Ziff. 9.1 des Vertrages
- Als Anhang der Bedarfsmeldung: Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV oder Leistungsplanungsblatt gemäss Inter-RAI (gemäss Ziff. 6.2.6 des Vertrages)

1.2 Prüfung der vom Versicherer verlangten und vom Leistungserbringer 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 beim Leistungserbringer verlangen (z.B. Originaldokument ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung [z.B. MDS], Pflegeplanung, Pflegeverlauf, Wunddokumentation etc.).

1.2.2 Der Leistungserbringer 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 den Leistungserbringer 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 nach eigenem Ermessen Prüfungen auf der Basis von ausgewählten 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 gegenseitiger Absprache kann von dieser Frist in Ausnahmefällen 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 nach eigenem Ermessen Prüfungen im Rahmen eines Pflegeeinsatzes beim Versicherten durch.

- 3.1 Der Versicherer informiert den Versicherten über den Zweck des Besuches und vereinbart mit ihm einen Termin. Der Kontrollbesuch kann während eines regulären Einsatzes des Leistungserbringers erfolgen. In diesem Fall informiert der Versicherer den Leistungserbringer vorläufig über den geplanten Besuch. Eine Zustimmung des Leistungserbringers ist nicht erforderlich.
- 3.2 Nach der Durchführung des Kontrollbesuches erhält der Leistungserbringer innerhalb von 15 Arbeitstagen eine schriftliche Rückmeldung vom Versicherer.