

Vertrag

zwischen

CURAVIVA Schweiz

Zieglerstrasse 53
Postfach 1003
3000 Bern 23

nachfolgend "**Verband**" genannt

und

Helsana Versicherungen AG et al.

Zürichstrasse 130
8600 Dübendorf

Sanitas Grundversicherungen AG et al.

Jänergasse 3
8004 Zürich

KPT Krankenkasse AG

Tellstrasse 18
3000 Bern 22

nachfolgend "**HSK-Versicherer**" genannt
(Postadresse: Einkaufsgemeinschaft HSK, Postfach, 8081 Zürich)

– alle zusammen "**Parteien**" genannt –

betreffend

Ambulante Pflege in Wohnungen mit Dienstleistung

Gültig ab 1. Januar 2016

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Parteien	3
Art. 2	Vertragsanschluss	3
Art. 3	Beitritt zum Vertrag	3
Art. 4	Geltungsbereich	4
Art. 5	Leistungsvoraussetzungen	4
Art. 6	Bedarfsabklärung	4
Art. 7	Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung	4
Art. 8	Änderung des Pflegebedarfs	5
Art. 9	Verordnungen, Rechnungstellung und Vergütung	5
Art. 9.1	Verordnungen	5
Art. 9.2	Rechnungsstellung	6
Art. 9.3	Vergütung	6
Art. 10	Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung	7
Art. 11	Vertraulichkeit, Datenschutz und Schweigepflicht	7
Art. 12	Aufklärungspflicht	7
Art. 13	Auskunftspflicht der Leistungserbringer	8
Art. 14	Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung	8
Art. 15	Anhänge zum Vertrag	8
Art. 16	Schriftlichkeitsvorbehalt	8
Art. 17	Salvatorische Klausel	9
Art. 18	Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz	9
Art. 19	Schlussbestimmungen	9
Anhang 1	– Angeschlossene Versicherer	14
Anhang 2	– Beigetretene Leistungserbringer	15
Anhang 3	– Anwendbarer Tarif	16
Anhang 4	– Bedarfsmeldung	18
Beilage 1 zu Anhang 4	– Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV	19
Beilage 2 zu Anhang 4	– Leistungsplanungsblatt gemäss RAI-Home-Care	20
Anhang 5	– Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer	21



Art. 1 Parteien

- ¹ Die Parteien des vorliegenden Vertrages sind CURAVIVA Schweiz, nachfolgend Verband genannt, sowie die Helsana Versicherungen AG, die Sanitas Grundversicherung AG sowie die KPT Krankenkasse AG, bzw. die im Anhang 1 Abschnitt A - B bezeichneten Versicherer, nachfolgend jeweils als HSK-Versicherer bezeichnet.
- ² Diesem Vertrag können sich andere Versicherer mit Zustimmung der dem Vertrag angehörenden HSK-Versicherer und dem Verband anschliessen. Die entsprechenden Versicherer werden im Anhang 1 aufgeführt.
- ³ Die Helsana Versicherungen AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Zusammenhang mit dem vorliegenden Vertrag im Namen und auf Rechnung der im Anhang 1 Abschnitt A genannten Versicherer vorzunehmen.
- ⁴ Die Sanitas Grundversicherungen AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Zusammenhang mit dem vorliegenden Vertrag im Namen und auf Rechnung der im Anhang 1 Abschnitt B genannten Versicherer vorzunehmen.

Art. 2 Vertragsanschluss

- ¹ Die sich diesem Vertrag anschliessenden Versicherer übernehmen sämtliche Bestimmungen dieses Vertrages mit sämtlichen Bestandteilen vorbehaltlos.
- ² Bei Änderungen der Vertragsparteien informieren die HSK-Versicherer jeweils sämtliche Vertragspartner.
- ³ Der Vertragsanschluss steht unter dem Vorbehalt der behördlichen Genehmigung (Art. 46 Abs. 4 KVG).

Art. 3 Beitritt zum Vertrag

- ¹ Diesem Vertrag können diejenigen Leistungserbringer beitreten, die Art. 51 KVV erfüllen, die über eine Zulassung nach kantonalem Recht verfügen und deren Haupttätigkeit die Erbringung von ambulanten Pflegeleistungen in Wohnungen mit Dienstleistungen ist.
- ² Der Beitritt der Leistungserbringer schliesst die volle Anerkennung dieses Vertrages mit allen seinen Anhängen ein.
- ³ Die Leistungserbringer müssen die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, über das erforderliche Personal verfügen und die nötigen Nachweise dazu erbracht haben.
- ⁴ Das Beitrittsverfahren wird durch die Kantonalverbände von CURAVIVA nach vollständiger Unterzeichnung des Vertrages eingeleitet und richtet sich nach den Richtlinien der Kantonalverbände. Ein Leistungserbringer tritt dem Vertrag durch Erklärung gegenüber der vertragsschliessenden Partei innert 45 Tagen nach Einleitung des Beitrittsverfahrens bei.
- ⁵ In der Schweiz tätige und ordnungsgemäss zugelassene Leistungserbringer, die nicht Mitglied der vertragsschliessenden Partei sind, können diesem Vertrag mit schriftlicher Erklärung gegenüber dem CURAVIVA Kantonalverband beitreten. Das Beitrittsverfahren und die Kosten richten sich nach den Bedingungen der Kantonalverbände.

- ⁶ CURAVIVA informiert die Vertragspartner regelmässig über die aktuelle Beitrittsliste (Anhang 2).

Art. 4 Geltungsbereich

- ¹ Dieser Vertrag regelt die administrativen Abläufe für die ambulanten Pflegeleistungen im Sinne von Art. 25a KVG, Art. 51 KVV und Art. 7ff KLV.
- ² Die Pflegeleistungen werden hauptsächlich bei Versicherten erbracht, welche in Wohnungen mit Dienstleistungen ("Inhouse-Spitex" bzw. Altersresidenzen, betreutes Wohnen / appartements protégés und anderen vergleichbaren Angebote) leben. Daneben können Pflegeleistungen für Versicherte erbracht werden, die ausserhalb dieser Angebote leben.
- ³ Der Vertrag entfaltet Wirkung für Versicherte, die Versicherungsnehmer eines in Anhang 1 dieses Vertrages genannten Versicherers sind und die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezugsberechtigt sind.

Art. 5 Leistungsvoraussetzungen

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

Art. 6 Bedarfsabklärung

- ¹ Gemäss Art. 8 KLV muss eine Bedarfsabklärung gemacht werden. Es steht den Leistungserbringern offen, welches standardisierte Bedarfserfassungsinstrument für ambulante Pflegeleistungen sie wählen.
- ² Die schriftliche Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfsbedarfes. Auch Leistungen externer Leistungserbringer (Pflege) werden aufgeführt. Die Bedarfsabklärung wird durch eine dazu befähigte diplomierte Pflegefachperson gemacht (vgl. Art. 8 Abs. 2 KLV und Art. 49 KVV).
- ³ Das Ergebnis ist zusammen mit dem Arzt auf dem Bedarfsmeldeformular laut Anhang 4 festzuhalten.
- ⁴ Die Bedarfsabklärung erfolgt bei Leistungsbeginn und ist spätestens innert 14 Kalendertagen nach Beginn des Einsatzes abzuschliessen.

Art. 7 Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung

- ¹ Krankenpflegeleistungen setzen eine ärztliche Anordnung voraus. Die Meldung zeigt den voraussichtlichen Bedarf an Pflegeleistungen auf.

Der ärztliche Auftrag oder die Anordnung sind zu befristen. Sie können erteilt werden

- a) Bei Akutkranken für maximal 3 Monate
- b) Bei Langzeitpatienten für maximal 6 Monate

Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung können wiederholt werden.

- 2 Das Bedarfsmeldeformular ist vollständig ausgefüllt sofort nach Unterzeichnung durch den Arzt und die verantwortliche Person des Leistungserbringers dem Versicherer zuzustellen. Wo dies nicht möglich ist, erfolgt die Zustellung spätestens mit der ersten Rechnung.
- 3 Die Daten von Behandlungsbeginn und Verordnung müssen identisch sein. Rückwirkende Verordnungen sind nicht möglich.
- 4 Erhebt der Versicherer nicht innert 14 Kalendertagen ab Erhalt der Meldung Einspruch, so gilt die Leistungspflicht unter Vorbehalt des Prinzips von Art. 32 KVG (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) als gegeben.
- 5 Die Bedarfsmeldung umfasst die folgenden Angaben:
 - a) Angaben der versicherten Person: Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort, Geburtsdatum, Geschlecht, mind. 1 korrekte Identifizierungsnummer (Versichertennummer, Sozialversicherungsnummer, Versichertenkartennummer)
 - b) Grund der Behandlung (Krankheit oder Unfall)
 - c) Name des Versicherers
 - d) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) des Leistungserbringers / GLN/EAN-Nummer bei elektronischer Abrechnung
 - e) Verordnender Arzt inkl. ZSR-Nummer, falls vorhanden
 - f) Beginn und Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung
 - g) Voraussichtlicher Bedarf an Nebenleistungen
 - h) Voraussichtliche Anzahl Minuten je Leistungsart laut Art. 7 Abs. 2 lit. a) bis c) KLV für die Gültigkeitsdauer der Verordnung

Art. 8 Änderung des Pflegebedarfs

- 1 Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen dauerhaft, ist eine neue Bedarfsabklärung vorzunehmen.
- 2 Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen vorübergehend, muss diese Änderung - ohne erneute Bedarfsabklärung - dem Versicherer gemeldet werden.

Art. 9 Verordnungen, Rechnungstellung und Vergütung

Art. 9.1 Verordnungen

Die HSK-Versicherer übernehmen die Kosten der vertraglichen Leistungen gemäss ärztlicher Verordnung, den Bestimmungen des KVG, der KVV, KLV und dem Leistungsumfang gemäss Art. 5 dieses Vertrages.



Art. 9.2 Rechnungsstellung

- 1 Aus der Rechnung müssen ersichtlich sein:
 - a) Angaben der versicherten Person (Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort, Geburtsdatum, Geschlecht, mind. 1 korrekte Identifizierungsnummer (Versichertennummer, Sozialversicherungsnummer, Versichertenkartennummer)
 - b) Angaben des zuständigen Krankenversicherers (Name, Adresse, PLZ, Ort)
 - c) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) des Leistungserbringers, GLN/EAN-Nummer bei elektronischer Abrechnung
 - d) Wenn vorhanden, Angaben zum überweisenden bzw. verordnenden Leistungserbringer (Name, Vorname, PLZ, Ort, ZSR-Nummer und GLN)
 - e) Grund der Behandlung (Krankheit oder Unfall)
 - f) Rechnungsdatum, Rechnungsnummer, Gesamtbetrag
 - g) Rechnungsdetails (Tarif, Position, Tarifizifferbezeichnung, Taxpunkte, Taxpunktwert)
 - h) Kalendarium
- 2 Bei ambulanten Behandlungen, die über das Jahresende hinaus dauern, muss per 31.12. eine Zwischenabrechnung erstellt werden. Falls ein Versicherter per 30.6. seinen Versicherer wechselt, erstellt der Leistungserbringer auf Verlangen des Versicherers bis spätestens 15.8. des Kalenderjahres eine Zwischenabrechnung per 30.6.
- 3 Die Rechnungsstellung an den HSK-Versicherer und die Übermittlung der abrechnungsrelevanten Daten bei der Rechnungsstellung erfolgen unentgeltlich.
- 4 Der elektronische Datenaustausch gemäss den Standards und Richtlinien des Forum Datenaustausches (xml-Standard) ist anzustreben.

Art. 9.3 Vergütung

- 1 Die Vertragspartner vereinbaren, dass der HSK-Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant). Der Leistungserbringer stellt den Versicherten unentgeltlich eine Kopie der Rechnung zu.
- 2 Die anwendbaren Tarife sind im Anhang 3 erwähnt.
- 3 Die HSK-Versicherer vergüten dem Leistungserbringer ausschliesslich die Kosten für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung.
- 4 Es werden durch den HSK-Versicherer nur vertrags- und gesetzeskonforme Rechnungen dieses Vertrages vergütet. Andernfalls fordert der HSK-Versicherer die Leistungserbringer auf, eine vertrags- und gesetzeskonforme Rechnung zu stellen.
- 5 Der HSK-Versicherer bezahlt den Leistungserbringern die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen ab dem Zeitpunkt, ab dem der HSK-Versicherer über sämtliche zur Prüfung der vertrags- und gesetzeskonformen Rechnung erforderlichen Unterlagen (gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG) verfügt bzw. hätte verfügen können.
- 6 Verzugszins ist nicht geschuldet.



- ⁷ Bei begründeten Beanstandungen wird die Zahlungsfrist gemäss Art. 6.2 Abs.5 vorangehend unterbrochen.
- ⁸ Ein allfälliges Recht auf Verrechnung mit Gegenforderungen zwischen den Vertragsparteien wird wegbedungen.
- ⁹ Persönliche Auslagen und Nichtpflichtleistungen stellen die Leistungserbringer den Patienten / Patientinnen direkt in Rechnung.
- ¹⁰ Der Leistungserbringer verrechnet den dem erbrachten Pflegeaufwand entsprechenden Tarif gemäss Anhang 3. Vorausrechnungen sind nicht möglich.
- ¹¹ Mit der Bezahlung der Beiträge für Leistungen nach Art. 7 KLV sind sämtliche krankensicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen abgegolten.
- ¹² Der Leistungserbringer kann keine Leistungen nach Art. 7 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 Pflege abrechnen, während der Patient Leistungen der ambulanten Akut- und Übergangspflege bezieht.

Art. 10 Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

- ¹ Die Pflegeleistungen müssen nach den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht werden (Art. 32 KVG). Der Leistungserbringer muss seine Leistungen auf ein Mass beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 KVG). Er klärt zu diesem Zweck den Pflegebedarf ab.
- ² Massnahmen der Qualitätssicherung und –förderung gemäss Art. 22a und Art. 58 KVG sowie Art. 77 KVG können auf der Grundlage des Projektes der medizinischen Qualitätsindikatoren in einem separaten Vertrag vereinbart werden.

Art. 11 Vertraulichkeit, Datenschutz und Schweigepflicht

Die Datenbearbeitung und Datenübermittlung im Rahmen dieses Vertrages erfolgt gemäss den bundesrechtlichen Bestimmungen.

Art. 12 Aufklärungspflicht

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.



Art. 13 Auskunftspflicht der Leistungserbringer

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 die folgenden Kontrollen durch:

1. Prüfung der von der Spitex eingereichten Unterlagen beim Versicherer
2. Prüfung von Klientendossiers beim Leistungserbringer
3. Einzelfallprüfung beim Versicherten

Art. 14 Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung

- ¹ Der Vertrag tritt am 1. Januar 2016 in Kraft. Er ist von jeder Vertragspartei mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten, jeweils per Ende eines Kalenderjahres, kündbar.
- ² Einzelne Leistungserbringer können mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten, jeweils per Ende eines Kalenderjahres, den Rücktritt vom Vertrag erklären. Der Rücktritt von einzelnen Vertragsbestandteilen oder einzelnen Anhängen oder gegenüber einzelnen Versicherern ist nicht möglich. Die Leistungserbringer reichen ihre schriftliche Rücktrittserklärung dem Verband ein. Der Verband informiert die HSK-Versicherer umgehend. Der Vertrag bleibt für die übrigen Parteien und Leistungserbringer vollumfänglich anwendbar.
- ³ Der vorliegende Vertrag ersetzt alle Tarifverträge resp. Tarifvereinbarungen mit demselben Regelungsgegenstand für den diesem Vertrag unterliegenden Verband, Leistungserbringer und HSK-Versicherer, auch solche, welche mit den allfälligen Vorgängerorganisationen abgeschlossen wurden.

Art. 15 Anhänge zum Vertrag

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

- | | |
|----------|---|
| Anhang 1 | Angeschlossene Versicherer |
| Anhang 2 | Beigetretene Leistungserbringer |
| Anhang 3 | Anwendbarer Tarif |
| Anhang 4 | Bedarfsmeldung |
| Anhang 5 | Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer |

Art. 16 Schriftlichkeitsvorbehalt

Alle Änderungen und Ergänzungen zu diesem Vertrag bzw. seinen Anhängen haben schriftlich zu erfolgen und sind von den Vertragsparteien rechtsverbindlich zu unterzeichnen. Fällt eine Änderung in den Überprüfungsbereich von Art. 46 Abs. 4 KVG, so bleibt die konstitutive Genehmigung der Genehmigungsbehörde vorbehalten.



Art. 17 Salvatorische Klausel

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

Art. 18 Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz

- ¹ Anwendbar ist Schweizer Recht.
- ² Das Vorgehen bei Streitigkeiten richtet sich nach Art. 89 KVG.

Art. 19 Schlussbestimmungen

Dieser Vertrag wird in 5-facher Ausführung, ausgefertigt und unterzeichnet. Je ein Vertrags-exemplar ist für sämtliche Vertragsparteien und die Genehmigungsbehörde bestimmt.

Anhang 1 – Angeschlossene Versicherer

Dem Vertrag sind die folgenden Versicherer angeschlossen:

A.

- Progrès Versicherungen AG
- Avanex Versicherungen AG
- Sansan Versicherungen AG
- indivo Versicherungen AG

B.

- Compact Grundversicherungen AG
- Wincare Versicherungen AG

Anhang 2 – Beigetretene Leistungserbringer

Gemäss Art. 3 dieses Tarifvertrages findet die vorliegende Vereinbarung Anwendung für folgende Leistungserbringer:

Leistungserbringer	ZSR bzw. GLN-Nr.
	ZSR Nr. / GLN

Anhang 3 – Anwendbarer Tarif

Art. 1 Vergütung

- ¹ Die Vertragsparteien vereinbaren gemäss den im Art. 4 dieses Tarifvertrages umschriebenen Pflichtleistungen die folgenden Tarife:

Tarif 964 Tarifziffer	KLV	Grundlage sind die Spitex-Beiträge laut KLV 7a Abs. 1
96401	Art. 7, Abs. 2 a)	Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination
96402	Art. 7, Abs. 2 b)	Massnahmen der Untersuchung und Behandlung
96403	Art. 7, Abs. 2 c)	Massnahmen der Grundpflege

- ² Der Pflegeaufwand wird pro Einzelverrichtung erfasst. Die Einsatzzeit wird in 5-Minuten-Einheiten erfasst. Die maximal verrechenbare Einsatzzeit für Leistungen nach Artikel 7, Abs. 2 a-c beträgt im Durchschnitt pro Rechnungsperiode höchstens 160 Minuten pro Einsatz-Tag.
- ³ Für Pflegemassnahmen bei Versicherten, welche nicht in Wohnungen mit Dienstleistungen („In-house-spitex“ bzw. Altersresidenzen, betreutes Wohnen / appartements protégés und anderen gleichbaren Angeboten) leben, kann die Spitex-Organisation die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 KLV ohne Kostendach in Rechnung stellen.
- ⁴ Es können keine Zuschläge für Pflegeverrichtungen nachts, an den Wochenenden und an allgemeinen Feiertagen in Rechnung gestellt werden.
- ⁵ Der Schlussbetrag (Total aller kassenpflichtigen Leistungen) ist jeweils laut den üblichen Rundungsregeln auf die nächsten 5 Rappen auf- bzw. abzurunden.
- ⁶ Ärztlich verordnete Mittel und Gegenstände gemäss Anhang 2 KLV (Liste der Mittel und Gegenstände), welche vom Leistungserbringer abgegeben und in Rechnung gestellt werden. Die Abrechnung erfolgt detailliert, inkl. MiGeL-Positionsnummer und Kalendarium.
- Laut Art. 56 Abs. 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner der Vergütung die direkten oder indirekten Vergünstigungen weitergeben, die ihm ein anderer in seinem Auftrag tätiger Leistungserbringer gewährt. Die Verhandlungspartner gehen von einer Vergünstigung von 15% auf den Höchstpreisen der MiGEL aus.
- ⁷ Bei Mittel und Gegenständen gemäss Anhang 2 KLV, bei denen eine Limitation hinterlegt ist, muss zwingend mit der ersten Rechnungsstellung die ärztliche Verordnung beiliegen.
- ⁸ Der Leistungserbringer darf keine Medikamente zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verrechnen.

Art. 2 Nichtpflichtleistungen der Krankenversicherer

Die Kosten für die Haushaltführung, weitere Betreuung und andere, nicht unter die Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a bis c KLV fallende Kosten gehören nicht zu den Pflichtleistungen der Krankenversicherer und müssen dem Klienten gesondert und als Nichtpflichtleistungen deklariert in Rechnung gestellt werden.



Anhang 4 – Bedarfsmeldung

Bedarfsmeldeformular für SPITEX Leistungen gemäss KLV Art. 7 und ärztliche Anordnung für ambulante Pflege

Name Krankenversicherer

Vorname Versicherten-Nr.

Strasse Unfallversicherer (falls Leistungen gemäss UVG)

PLZ/Ort Geburtsdatum Tag Mt. Jahr

Geschlecht: weiblich männlich

In Behandlung wegen: Krankheit Invalidität Unfall Mutterschaft

Indikation: allg. Pflegebedürftigkeit Behandlung/Instruktion Pflege nach Spitalaufenthalt

erste Anordnung Fortsetzungsanordnung

Dauer (KLV Art. 8) gültig für: 3 Monate 6 Monate

andere Dauer: von..... bis.....

A) Bedarfsmeldung für kassenpflichtige Pflegeleistungen der Grundversicherung (KLV Art. 7 und 8)

	Std. pro Monat	Std. pro Quartal
a) Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination		
1. Abklärung Pflegebedarf und Umfeld, Planung der notw. Massnahmen <input type="checkbox"/>
2. Beratung der Patientin/des Patienten, bzw. deren/dessen Umfeld <input type="checkbox"/>
3. Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen <input type="checkbox"/>
b) Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung <input type="checkbox"/>
c) Massnahmen der Grundpflege		
1. Allgemeine Grundpflege <input type="checkbox"/>
2. Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung <input type="checkbox"/>
Total aller Pflegeleistungen pro Monat, pro Quartal

Besonderes:

B) Mittel und Gegenstände (gemäss MiGeL, Anhang 2 KLV):

Leistungserbringer: Datum und Unterschrift

Name Ärztin/Arzt: Datum und Unterschrift

Stempel / Zahlstellennummer:

Stempel / Zahlstellennummer

Das Bedarfsmeldeformular muss spätestens 2 Wochen nach Pflegebeginn ausgefüllt und vom Arzt unterzeichnet werden. Das Bedarfsmeldeformular geht an den Leistungserbringer zurück, dieser behält eine Kopie für sich und sendet das Original zusammen mit dem Leistungsplanungsblatt bzw. der Liste der Leistungen an den Kranken- oder Unfallversicherer.



Beilage 1 zu Anhang 4 – Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV

Name _____ Vorname _____

Anzahl	=	Anzahl Leistungen	
Häufigkeit	=	Einheit:	
		<ul style="list-style-type: none"> • t2, t3...t7 = 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	=	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 Hämo- oder Peritonealdialyse		
	Verabreichung von Medikamenten etc.		
	Enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen		
	Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen etc.		
	Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden etc.		
	Pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- und Darmentleerung etc.		
	Hilfe bei Medizinal-, Teil- oder Vollbädern etc.		
	Pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag etc.		
	Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen etc.		
	Allgemeine Grundpflege bei Patienten, welche die Tätigkeiten nicht selbst ausführen können, wie Beine einbinden, etc.		
	Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur etc.		



Beilage 2 zu Anhang 4 – 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 (Leistungskatalog Version März 2011/1)

Leistungsplanungsblatt:

Name / Vorname

Versicherten-Nummer / 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.	Beschreibung Leistungen	Kategorie	W	Training	Anz.	Einh.	Zeit	M-Qual	KLV
10104	Teilwäsche am Lavabo (inkl. Intimpflege)	Hygiene und Komfort			1	t7	26		c
10111	Haut einreiben / Massage (ohne therap. Verordnung / als separate Leistung)	Hygiene und Komfort			1	t7	7		nein
10404	Blasenspülung	Ausscheidung			n.B.		15		b
10407	Blasenkateter legen, Dauer / Einmal	Ausscheidung			n.B.		30		b
10503	Aufstehen oder Abliegen mit Hilfe	Mobilisation			n.B.	t7	5		c
10609	Besuch zur Infusionskontrolle	Therapien			n.B.		12		b

Nicht aufgeführte Leistungen Pflege und Betreuung sind in Kolonne 2 zu beschreiben

Nicht aufgeführte Leistungen Hauswirtschaft, sind in Kolonne 2 zu beschreiben

Nicht aufgeführte psychiatrische Leistungen sind in Kolonne 2 zu beschreiben

Leistungsbedarf in Stunden	Leistungen nach KLV 7 Geplant pro Monat In Std., in Std./Min., in %			Nicht – KVG Leistungen Geplant pro Monat In Std., in Std./Min., in %			Total In Std., in Std./Min., in %		
	Std.	Min.	%	Std.	Min.	%	Std.	Min.	%
Einmalige Leistungen	0.0	0:00		0.0	0:00				
Periodische Leistungen									
- pro Tag	0.9	0:53		0.9	0:53		1.6	1:46	
- pro Woche	6.2	6:10		0.6	0:49		7.0	7:00	
- pro Monat	26.5	26:30	88.3%	3.5	3:30	11.7%	30.0	30:00	100.0%
Anpassung aufgrund doppelter Zeiterfassung bei simultan erbrachten Leistungen									
- pro Tag									
- pro Woche									
- pro Monat			0.0%			0.0%			100.0%

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

KLV = KLV 7 a=Abklärungen / b=Untersuchung und Behandlung / c=Grundpflege

Anhang 5 – Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

Art 1. Prüfung der von den Leistungserbringern eingereichten Unterlagen beim Versicherer

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer systematisch folgende Unterlagen zur Verfügung:

- Bedarfsmeldeformular laut Artikel 7
- Rechnungsformular laut Artikel 9
- Als Anhang der Bedarfsmeldung: Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV oder Leistungsplanungsblatt gemäss RAI-Home-Care

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

Art. 2 Prüfung beim Leistungserbringer

- 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 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 den Dossiers vertraute, qualifizierte Fachperson für allfällige Fragen zur Verfügung steht.
- ³ Nach Durchführung der Kontrolle muss der Versicherer dem Leistungserbringer innerhalb von 10 Tagen eine schriftliche Rückmeldung machen.

Art. 3 Einzelfallprüfung beim Versicherten im Rahmen eines Pflegeeinsatzes

- ¹ Der Versicherer informiert den Versicherten über den Zweck des Besuches und macht mit ihm einen Termin ab. Der Kontrollbesuch kann während eines regulären Einsatzes des Leistungserbringers erfolgen. In diesem Fall informiert der Versicherer den Leistungserbringer mind. 14 Kalendertage im voraus über den geplanten Besuch.
- ² Nach Durchführung der Kontrolle muss der Versicherer dem Leistungserbringer innerhalb von 10 Tagen eine schriftliche Rückmeldung machen

