

Tarifvertrag gemäss KVG

[Vertrags-Nr. 11.500.0367B]

gültig ab 01.01.2013 betreffend

die Vergütung der Pflege von Patienten der

Akut- und Übergangspflege

nach obligatorischer Krankenpflegeversicherung gemäss KVG

zwischen

Verband Berner Pflege- & Betreuungszentren (vbb|abems)

nachfolgend **Verband / Leistungserbringer**

und

- | | | |
|-----|-------------|---|
| 1. | BAG Nr. 8 | CSS Kranken-Versicherung AG |
| 2. | BAG Nr. 32 | Aquilana Versicherungen |
| 3. | BAG Nr. 57 | Moove Sympany AG |
| 4. | BAG Nr. 134 | Kranken- und Unfallkasse, Bezirkskrankenkasse
Einsiedeln |
| 5. | BAG Nr. 182 | PROVITA Gesundheitsversicherung AG |
| 6. | BAG Nr. 194 | sumiswalder |
| 7. | BAG Nr. 246 | Krankenkasse Steffisburg |
| 8. | BAG Nr. 290 | CONCORDIA Schweiz. Kranken- u. Unfallversicherung AG |
| 9. | BAG Nr. 312 | Atupri Krankenkasse |
| 10. | BAG Nr. 343 | Avenir Assurance Maladie SA
vormals: 343 Avenir; 556 St. Moritz; 263 CMBB |
| 11. | BAG Nr. 360 | Krankenkasse Luzerner Hinterland |
| 12. | BAG Nr. 455 | ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG |
| 13. | BAG Nr. 509 | Vivao Sympany AG |
| 14. | BAG Nr. 558 | Krankenversicherung Flaachtal AG |
| 15. | BAG Nr. 774 | Easy Sana Assurance Maladie SA
vormals: 749 La Caisse Vaudoise ; 445 Hermes ; 774 Easy Sana |
| 16. | BAG Nr. 780 | Glarner Krankenversicherung |
| 17. | BAG Nr. 790 | innova Wallis AG |
| 18. | BAG Nr. 820 | Cassa da malsauns LUMNEZIANA |
| 19. | BAG Nr. 829 | KLuG Krankenversicherung |
| 20. | BAG Nr. 881 | EGK Grundversicherungen |
| 21. | BAG Nr. 901 | sanavals Gesundheitskasse |
| 22. | BAG Nr. 923 | Krankenkasse SLKK |
| 23. | BAG Nr. 941 | sodalis gesundheitsgruppe |

vbbj abems und tarifsuisse ag – AÜP

- | | | |
|-----|--------------|---|
| 24. | BAG Nr. 966 | vita surselva |
| 25. | BAG Nr. 1003 | Krankenkasse Zeneggen |
| 26. | BAG Nr. 1040 | Krankenkasse Visperterminen |
| 27. | BAG Nr. 1113 | Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont |
| 28. | BAG Nr. 1142 | Krankenkasse Institut Ingenbohl |
| 29. | BAG Nr. 1318 | Krankenkasse Wädenswil |
| 30. | BAG Nr. 1322 | Krankenkasse Birchmeier |
| 31. | BAG Nr. 1328 | kmu-Krankenversicherung |
| 32. | BAG Nr. 1331 | Krankenkasse Stoffel Mels KKS |
| 33. | BAG Nr. 1362 | Krankenkasse Simplon |
| 34. | BAG Nr. 1384 | SWICA Gesundheitsorganisation |
| 35. | BAG Nr. 1386 | GALENOS Kranken- und Unfallversicherung |
| 36. | BAG Nr. 1401 | rhenusana - Die Rheintaler Krankenkasse |
| 37. | BAG Nr. 1479 | Mutuel Assurances Maladie SA
vormals : 1479 Mutuel Assurances ; 1551 Universa ;
1442 Natura Assurances.ch |
| 38. | BAG Nr. 1507 | AMB Assurance-maladie et accidents |
| 39. | BAG Nr. 1529 | INTRAS Assurance-maladie SA
inkl.: 1159 AUXILIA Assurance-maladie SA (Fusion) |
| 40. | BAG Nr. 1535 | Philos Assurance Maladie SA
vormals 1535 Philos ; 1097 Avantis ; 1215 Troistorrents ; 484 Panorama
Kranken- und Unfallversicherung ; 216 EOS ; 160 Caisse-maladie de la
Fonction Publique |
| 41. | BAG Nr. 1555 | Visana |
| 42. | BAG Nr. 1560 | Krankenkasse Agrisano |
| 43. | BAG Nr. 1568 | sana24 |
| 44. | BAG Nr. 1569 | Arcosana AG |
| 45. | BAG Nr. 1570 | vivacare |
| 46. | BAG Nr. 1577 | Sanagate AG |

alle gemäss Vollmacht vertreten durch

tarifsuisse ag, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn

nachfolgend **tarifsuisse ag / Versicherer**

(Leistungserbringer und Versicherer zusammen als **Vertragsparteien** bezeichnet)

Art. 1 Geltungsbereich

- ¹ Dieser Vertrag gilt zwischen dem Verband und den dem Verband angeschlossenen Leistungserbringern soweit der Beitritt zu diesem Vertrag erfolgt ist und den von tarifsuisse ag vertretenen Krankenversicherern.
- ² Für Pflegeheime erfolgt der Beitritt zum Vertrag im Rahmen eines schriftlichen Beitrittsverfahrens innert 2 Monaten nach Zustellung des Vertrages. Pflegeheime erklären mit dem Beitritt, ob sie dem Modell Einzelleistungsverrechnung oder Vollpauschale beitreten wollen.
- ³ Nach dem Beitritt kann ein Leistungserbringer unter Wahrung einer drei monatigen Vorankündigungsfrist einen Modellwechsel auf den 1. Januar eines jeden Jahres vornehmen. Der Modellwechsel ist dem vbb|abems mitzuteilen.
- ⁴ Der Beitritt schliesst die Vertragsgenehmigung und somit die volle Anerkennung des Vertrages mit seinen Anhängen ein.
- ⁵ Leistungserbringer, welche nicht Mitglied des vbb|abems sind, können diesem gegenüber schriftlich den Beitritt zu diesem Vertrag erklären. Sie haben dem vbb|abems eine einmalige Beitrittsgebühr von Fr. 500.- und einen jährlichen Unkostenbeitrag von Fr. 17.50 pro Bett zu entrichten.
- ⁶ Der Verband informiert tarifsuisse ag über den Stand der beigetretenen Leistungserbringer.
- ⁷ Der Vertrag gilt für Versicherte, die bei einem Versicherer, welcher Vertragspartei ist, versichert und im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG bezugsberechtigt sind.

Art. 2 Leistungsumfang

- ¹ Dieser Tarifvertrag regelt die administrative Abwicklung der Akut- und Übergangspflege (AÜP) sowie deren Vergütung von Patienten des Leistungserbringers gemäss den gesetzlichen und vertraglich vereinbarten Bedingungen.
- ² Die Anhänge 1- 4 sind integraler Bestandteil dieses Vertrages.

Art. 3 Definition der Akut- und Übergangspflege

- ¹ Akut- und Übergangspflege gemäss Artikel 25a Abs. 2 KVG kann ausschliesslich vom Spitalarzt verordnet werden. Es müssen folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sein:
 - a) Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig. Ein Rehabilitationsbedarf ambulant oder in einer Spezialklinik besteht nicht.
 - b) Die Patientin oder der Patient benötigt nach einem Aufenthalt in einem Akutspital eine qualifizierte, reaktivierende Pflege durch Pflegepersonen.
 - c) Die AÜP ist Abschnitt der Behandlungskette. Sie ist bedarfsgerecht und gezielt anzuordnen. Sie ist nicht als Wartezeit für einen Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim vorgesehen.
 - d) 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. Die Rückkehr nach Hause ist dauerhaft, und eine Rehospitalisation wird vermieden. Sie definiert sich anhand der kantonalen gesetzlichen Vorgaben und nach den im Meldeformular für die Akut- und Übergangspflege aufgeführten Grundsätzen.

Art. 4 Leistungsvoraussetzungen

- ¹ Die Versicherer übernehmen die Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 7 Abs. 3 KLV, die nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung hin erbracht werden, wenn der Leistungserbringer.
- a) über eine Zulassung gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. a - c bzw. Abs. 3 KVG oder gemäss Art. 38 KVG in Verbindung mit Art. 49 oder 51 KVV verfügt;
 - b) über einen Leistungsauftrag für Akut- und Übergangspflege verfügt, sofern das kantonale Recht einen solchen vorsieht.
 - c) über eine separate ZSR-Nr. von SASIS AG für Akut- und Übergangspflege verfügt.
- ² Sind die Voraussetzungen gemäss Absatz 1 während der Laufzeit nicht mehr erfüllt, entfällt die gesetzliche Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenversicherung.

Art. 5 Bedarfsabklärung und Bedarfsmeldung

- ¹ Die Bedarfsabklärung der Akut- und Übergangspflege nach Art. 8 KLV erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf dem Formular gemäss Anhang 2 festgehalten.
- ² Das Formular ist vollständig ausgefüllt und vom Spitalarzt unterzeichnet durch den Leistungserbringer vor Beginn der Akut- und Übergangspflege dem Versicherer zuzustellen.
- ³ Rückwirkende Verordnungen sind nicht möglich.

Art. 6 Leistungsvergütung

- ¹ Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege werden von den Versicherern gemäss Kalendarium während längstens vierzehn (14) Tagen vergütet.
- ² Der Versicherer entrichtet für die Pflegeleistungen eine Tagespauschale und vergütet weitere Kosten gemäss Anhang 1.
- ³ Während einer Abrechnungsperiode können keine zusätzlichen Leistungen der stationären oder der ambulanten Krankenpflege verrechnet werden. Dies gilt nicht für den Ein- und Austrittstag.

Art. 7 Rechnungsstellung

- ¹ Schuldner der Vergütung gemäss diesem Zusammenarbeitsvertrag ist der Versicherer (System des Tiers payant, Art. 42 Abs. 2 KVG).
- ² Einzelne Versicherer und der Leistungserbringer können in Abweichung von Absatz 1 vereinbaren, dass die versicherte Person die Vergütung der Leistung schuldet (System des Tiers garant). Der Leistungserbringer informiert den Patienten darüber in angemessener Form.
- ³ Die Rechnungsstellung erfolgt nach Abschluss der Akut- und Übergangspflege für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung.
- ⁴ Der Versicherer bezahlt die Rechnung des Leistungserbringers innert 30 Tagen.
- ⁵ Bei begründeten Beanstandungen wird die Zahlungsfrist für den beanstandeten Teil der Rechnung unterbrochen. Der nicht beanstandete Anteil ist durch den Versicherer innerhalb der unter Abs. 4 aufgeführten Frist zu begleichen.

Art. 8 Angaben auf der Rechnung

Der Leistungserbringer stellt unter Angabe folgender Informationen Rechnung:

- a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Versichertenkartennummer, Sozialversicherungsnummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum)
- b) Name des Versicherers
- c) Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum
- d) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) des Leistungserbringers
- e) das vollständige Kalendarium (Zeitraum und Anzahl Pflgetage)
- f) allfällig verrechenbare Einzelleistungen mit Kalendarium und Positions-Nr..
- g) Taxpositionen zu Lasten der obligatorischen Grundversicherung. Andere Leistungen gemäss Anhang 1 Ziff. 3 sind nach KVV Art. 59 Abs. 3 dem Versicherten separat in Rechnung zu stellen.

Art. 9 Elektronischer Datenaustausch (EDI)

- ¹ Versicherer und Leistungserbringer wollen den elektronischen Datenaustausch vereinbaren. In diesem Fall werden die administrativen und medizinischen Daten mit der Bedarfsmeldung (gemäss Art. 5) bzw. der Rechnung (gemäss Art. 7) elektronisch ausgetauscht.
- ² Der elektronische Datenaustausch für die Bedarfsmeldung sowie Rechnung richtet sich nach den branchenüblichen Standards, mit denen die Daten übermittelt werden können.

Art. 10 Aufklärungspflicht

Der Leistungserbringer anerkennt, dass ihm von Gesetzes wegen eine besondere Aufklärungspflicht gegenüber seinen Patienten in Bezug auf die Leistungen der sozialen Krankenversicherer und allenfalls die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten auferlegt ist.

Art. 11 Tarifschutz

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Tarifschutz nach Art. 44 KVG zu beachten. Dabei berücksichtigt er insbesondere, dass mit der Abrechnung der Pflegeleistungen gemäss Art. 7 ff KLV sämtliche KVG pflichtigen Pflegeleistungen abgegolten sind und daneben keine KVG pflichtigen Pflichtleistungen verrechnet werden dürfen.

Art. 12 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 das Mass beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 KVG).
- ² Der Leistungserbringer und die Versicherer verpflichten sich an den gemeinsamen Massnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle ihrer Leistungen gemäss Artikel 58 KVG und Artikel 77 KVV teilzunehmen.

Art. 13 Reporting

- ¹ Der Verband verpflichtet sich, jeweils bis spätestens 30. Mai des Folgejahres tarifsuisse ag, die Anzahl Patienten, deren Aufenthaltsdauer sowie den Aufenthalt der Patienten nach Austritt aus der Akut- und Übergangspflege zu melden
- ² Die dem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer verpflichten sich, dem Verband die in Abs. 1 erwähnten Daten per Ende März abzugeben

Art. 14 Auskunftspflicht der Leistungserbringer

- ¹ Der Versicherer hat die Pflicht und das Recht, die Leistungspflicht zu überprüfen.
- ² Der Kontrollperson des Versicherers werden die prüfungsrelevanten Dokumente der verlangten Dossiers gemäss Rechtslage zum Studium eingereicht oder vorgelegt.
- ³ Die Überprüfung kann beim Leistungserbringer oder beim Versicherer stattfinden.

Art. 15 Schlichtung

- ¹ Entstehen bei der Anwendung des Vertrages Differenzen, sollen diese grundsätzlich von den betroffenen Parteien bereinigt werden.
- ² Können allfällige Differenzen nicht einvernehmlich bereinigt werden, so steht jeder Partei die Anrufung des zuständigen kantonalen Schiedsgerichtes gemäss Art. 89 KVG offen.

Art. 16 Inkrafttreten, Vertragsdauer, Vertragsanpassung, Kündigung respektive Rücktritt

- ¹ Dieser Tarifvertrag samt Anhängen tritt am 01.01.2013 in Kraft und gilt für eine unbestimmte Dauer.
- ² Anpassungen, Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages oder dessen Anhängen können jeweils auf Beginn eines Kalenderjahres in Kraft gesetzt werden. Die Vertragsparteien verpflichten sich, während der Vertragsdauer zu den Vertragsanpassungen Hand zu bieten, die aufgrund veränderter Verhältnisse sowie neuer rechtlicher Bedingungen (Bund oder Kanton) dringend notwendig werden.
- ³ Die Parteien können diesen Vertrag oder Teile desselben durch übereinstimmende schriftliche Erklärung jederzeit und ohne formelle Kündigung ändern oder ergänzen.
- ⁴ Der Vertrag und dessen Anhänge können unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung von einzelnen Vertragsbestandteilen oder einzelnen Anhängen ist nicht möglich.
- ⁵ Die vertragschliessenden Krankenversicherer bilden unter sich keine einfache Gesellschaft, sondern jeder einzelne Versicherer schliesst den vorliegenden Vertrag separat für sich ab. Eine Vertragskündigung durch einen Versicherer hat deshalb auf den Fortbestand des Vertrags zwischen den übrigen Versicherern und dem Leistungserbringer keinen Einfluss.
- ⁶ Umgekehrt hat der Verband ebenfalls die Möglichkeit, den Vertrag nur gegenüber einzelnen Versicherern zu kündigen, indem er nur diesen bestimmten Versicherern eine Kündigungserklärung zustellt.

⁷ Einzelne Leistungserbringer können unter Einhaltung einer sechsmonatigen Frist auf das Ende eines Kalenderjahres den Rücktritt aus dem Vertrag samt den Anhängen erklären. Der Rücktritt von einzelnen Vertragsbestandteilen oder Anhängen ist nicht möglich.

⁸ Der Vertrag samt Anhängen bedarf der Genehmigung durch den Regierungsrat des Kantons Bern im Sinne von Art. 46 Abs. 4 KVG.

Art. 17 Anhänge

Dieser Vertrag enthält die folgenden Anhänge, welche integrierte Bestandteile des Vertrages sind:

Anhang 1 Beitrag der Versicherer für Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege und zusätzlich verrechenbare Leistungen

Anhang 2 Meldeformular - Spitalärztliche Verordnung für Akut- und Übergangspflege

Anhang 3 AÜP-Konzept des Verbandes

Anhang 4 Beitrittsliste der Leistungserbringer

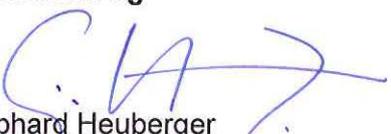
Bern, den 19. November 2012

Verband Berner Pflege- und Betreuungszentren


Dr. C. Imboden
Präsident


P. Keller
Geschäftsführer

tarifsuisse ag


Gebhard Heuberger
Abteilungsleiter Pflege


Thomas Linder
Verhandlungsleiter Pflege Region Mitte

Anhang 1

Beitrag der Versicherer für Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege und zusätzlich verrechenbare Leistungen

1. Tarifmodalitäten

¹ Dieser Tarif gilt für die gesetzliche vorgegebenen 14 Tage. Kostenübernahme gemäss Vorgaben im KVG: 45% Krankenversicherer, 55% Kanton.

² Dauert der Aufenthalt länger als 14 Tage, erfolgt ab dem 15. Tag eine Einstufung mit BESA oder RAI/RUG für Kurzaufenthalter. Der Krankenversicherer zahlt den Pflegeheimtarif der jeweiligen Stufe, der Kanton den für Pflegeheime geltenden Beitrag an die Pflegeleistungen.

1.1 Modell Tagesvollpauschale

Die Tagesvollpauschale (Anteil der Krankenversicherer 45%) für Aufenthalte im Rahmen der Akut- und Übergangspflege beträgt: **82.70 CHF**

Diese Tagesvollpauschale setzt sich wie folgt zusammen:

Pflegeleistungen (KLV Art. 7 Abs. 3)	Pauschale 100%	133.00 CHF
	Betrag zulasten Krankenversicherer (KV)	
	Anteil KV 45%	59.85 CHF
Arzt, Medikamente, Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung), medizinische Analysen		20.40 CHF
Mittel und Gegenstände		2.45 CHF
Total		82.70 CHF

Mit der Pauschale für Arzt, Medikamente Therapien und medizinische Analysen sind die Arztkosten, die Kosten der wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen, Medikamente sowie Analysen abgegolten, die intern oder in einer allgemeinen Arztpraxis vorgenommen werden können. Nicht unter diese Bestimmung fallen Eingriffe und Behandlungen, welche einer spitalähnlichen Infrastruktur bedürfen und mit der Pflegebedürftigkeit der Patientinnen und Patienten in keinem Zusammenhang stehen.

1.2 Modell Tagesteilpauschale:

Die Tagesteilpauschale (Anteil Krankenversicherer) für Aufenthalte im Rahmen der Akut- und Übergangspflege für Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege (KLV Art. 7 Abs. 2) setzt sich wie folgt zusammen:

Pflegeleistungen (KLV Art. 7 Abs. 3)	Pauschale 100%	133.00 CHF
	Betrag zulasten Krankenversicherer (KV)	
	Anteil KV 45%	59.85 CHF
Mittel und Gegenstände		2.45 CHF
Total		62.30 CHF

Folgende Leistungen werden von den Versicherern zusätzlich zur Tagesteilpauschale vergütet, wenn sie von den nach Gesetz zugelassenen Leistungserbringern erbracht und über ihre jeweilige ZSR-Nummer (Arzt, Therapeut etc.) in Rechnung gestellt werden:

- a) die kassenpflichtigen ambulanten ärztlichen Leistungen gemäss TARMED mit dem zur Zeit gültigen Taxpunktwert für frei praktizierende Ärzte
- b) die zusätzlich ärztlich angeordneten, kassenpflichtigen paramedizinischen Leistungen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, medizinische Analysen oder ärztliche Leistungen gemäss den entsprechenden Tarifvereinbarungen und zur Zeit gültigen Taxpunktwerten für ambulante Leistungserbringer.
- c) Medikamente gemäss SL: Leistungserbringer, welche über eine entsprechende kantonale Bewilligung verfügen, können direkt mit den Versicherern abrechnen. Bei Leistungserbringern, die nicht selber Medikamente abrechnen, erfolgt die Medikamentenabgabe durch die Apotheke auf Grund der ärztlichen Verordnung und unter Abrechnung über die ZSR-Nr. des verordnenden Arztes.

2. Zusätzliche Vergütungen durch die Versicherer

Alle zwischen H+ Die Spitäler der Schweiz und dem Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) tarifierten Leistungen wie Dialysen, Transplantationen usw. die durch diesem Vertrag beigetretene Pflegeheime erbracht werden, können gemäss den dort vereinbarten Taxen zusätzlich zu den unter 1.1. und 1.2 genannten Tarifen verrechnet werden. Bei Krankenversicherern, welche dem SVK-Vertrag nicht beigetreten sind, setzt die Kantonsregierung den Tarif fest.

3. Von den Versicherern nicht bezahlte Leistungen

Gemäss KVG nicht kassenpflichtige Leistungen sind:

- b) Persönliche Bedürfnisse (Telefonate, TV, Radio etc.)
- c) Anschaffungen, Reinigung, Reparatur, Pflege von Bekleidung
- d) Transportkosten
- e) Auslagen für Begleitung

Diese Liste ist nicht abschliessend.

Anhang 2

Meldeformular - Spitalärztliche Verordnung zur Akut- und Übergangspflege

Leistungserbringer der AÜP	Identifikation, Adresse ZSR-Nr.	Abteilung SoH, Spitex xy etc.
Patient	Name Vorname Strasse PLZ Wohnort Geburtsdatum Geschlecht Krankheitsbeginn Versichertennummer Kennnummer Versichertenkarte Sozialversicherungsnummer Gesetz Behandlungsgrund Behandlungsart	Muster Peter Patientenweg 1 4500 Solothurn xx.xx.xxxx M xx.xx.xxxx 12345678 xxxx..... 123.4567.1234.56 KVG Krankheit AÜP
Spital	Name ZSR-Nr. des Spitals EAN / GLN-Nr. und Name des verordnenden Spitalarztes Diagnose ICD-10 (fakultativ) Therapie Behandlungsbeginn Voraussichtliche Behandlungsdauer (max. 14 Tage) xx	Bürgerspital Solothurn xxxx.xx xxx..... yyyyyyyyyyy Physio xx.xx.20yy

1. Die medizinischen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Ja nein
2. Eine tägliche ärztliche Behandlung und Betreuung erübrigt sich. Ja nein
3. Es besteht ein befristeter, pflegerischer Interventionsbedarf über 24 Std. Ja nein
4. Eine ambulante oder stationäre Rehabilitation ist nicht gerechtfertigt. Ja nein
5. Der Patient /die Patientin besitzt das Potential zur Wiedererlangung einer Selbstständigkeit, die ein Leben in der gewohnten Umgebung ermöglicht. Ja nein
6. Er /sie hat den ausdrücklichen Wunsch geäussert in die gewohnte Lebens-/Wohnsituation zurück zu kehren. Ja nein
7. Der/die Patient/in hat die kognitiven Fähigkeiten um gezielte Information zu verarbeiten. Ja nein
8. Die Ziele der AÜP wurden mit dem/ der Patient/in vereinbart. Ja nein

Voraussetzung für eine AÜP ist, dass alle Fragen mit ja beantwortet werden können.

Ort, Datum

Unterschrift des verordnenden Spitalarztes/ Spitalstempel

Original an AÜP-Leistungserbringer
Kopie an Patientin / Patient
Kopie an Krankenversicherer

Anhang 3

Konzept für die Akut- und Übergangspflege im stationären Bereich des Kantons Bern

1. Einleitung

Akut- und Übergangspflege ist ein neues Angebot. Sie soll Menschen nach einem Spitalaufenthalt helfen, wieder in den Alltag zurückzufinden. Im Krankenversicherungsgesetz sind dazu die folgenden Bedingungen geregelt:

Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.

Die Leistungen entsprechen analog den Pflegeleistungen den Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 KLV und als Leistungserbringer gelten diejenigen, die in Artikel 7 Absatz 1 KLV aufgeführt sind (Pflegefachpersonen, Spitex, Pflegeheime). Somit ist keine besondere Bezeichnung des Leistungserbringers durch den Kanton und kein besonderer Leistungsauftrag durch den Kanton notwendig.

Zudem wird auch auf Verordnungsebene festgehalten, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege nur im Anschluss an einen Spitalaufenthalt erfolgen können. Sie werden nur bei medizinischer Notwendigkeit durch einen Spitalarzt verschrieben mit dem Ziel der Rückkehr des Versicherten zu jenem Zustand, in dem er sich vor dem Spitaleintritt befand. Die Akut- und Übergangspflege stellt einen Abschnitt der Behandlung dar und ist keinesfalls vorgesehen zur Finanzierung allfälliger Wartezeiten im Hinblick auf den Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim.

2. Zielpersonen

Sind Menschen, die nach einem Spitalaufenthalt wieder nach Hause zurückkehren möchten und für diese Rückkehr auf ein pflegerisch-therapeutisches Förderangebot angewiesen sind.

Damit eine Patientin/ein Patient in die Akut- und Übergangspflege aufgenommen werden kann, müssen die folgenden Bedingungen kumulativ erfüllt sein:

- ✓ Die medizinischen Probleme sind bekannt und stabilisiert.
- ✓ Eine tägliche ärztliche Behandlung und Betreuung erübrigt sich.
- ✓ Es besteht ein befristeter, pflegerischer Interventionsbedarf während 24 Stunden.
- ✓ Eine ambulante oder stationäre Rehabilitation ist nicht gerechtfertigt.
- ✓ Die Patientin/der Patient besitzt das Potential zur Wiedererlangung einer Selbständigkeit, die ein Leben in der gewohnten Umgebung ermöglicht.
- ✓ Sie/er hat den ausdrücklichen Wunsch geäußert, in die gewohnte Lebens-/Wohnsituation zurück zu kehren.
- ✓ Die Patientin/der Patient hat die kognitiven Fähigkeiten, um gezielte Informationen zu verarbeiten.
- ✓ Die Ziele der Akut- und Übergangspflege sind mit der Patientin/dem Patienten vereinbart.
- ✓ Die Akut- und Übergangspflege ist von der Spitalärztin/dem Spitalarzt verordnet.

3. Leistungen und Leistungsumfang

Das Angebot ist zeitlich auf 14 Tage befristet. Der Schwerpunkt des Angebotes liegt in der Pflege und in der Mobilisation. Die Patientinnen und Patienten sollen ihre Selbständigkeit für die folgenden Kompetenzen wiedererlangen:

- ✓ Selbstpflege
- ✓ Tätigkeiten im Alltag/Alltagsbewältigung
- ✓ Mobilität
- ✓ Sozialleben

Das Angebot basiert auf den Konzepten „reaktivierende Pflege“ und Bedarfs- und „ressourcenorientierte Pflege“.

Liegt eine entsprechende ärztliche Verordnung vor, wird den Patientinnen und Patienten zudem Physiotherapie angeboten. Der Leistungserbringer sorgt für die notwendigen Angebote.

4. Zu erreichende Ziele

Für die Patientinnen und Patienten, durch das Pflegeheim unterstützt

- ✓ Die notwendige Selbständigkeit, um zu Hause leben zu können, ist wiedererlangt.
- ✓ Ihre Selbständigkeit führt zu einer Entlastung der Angehörigen.
- ✓ Der Heilerfolg der akutmedizinischen Behandlung wird gesichert.
- ✓ Rehospitalisationen werden vermieden.

Für die Heime im Kanton Bern

- ✓ Steuerung der Platzierung
- ✓ Vermeiden von Fehlplatzierungen

5. Ein- und Austritt, Aufenthalt

Eintritt

Das Pflegeheim klärt in Zusammenarbeit mit den Patientinnen/Patienten und dem Akutspital, ob die Aufnahmevoraussetzungen (gemäss Ziffer 2) für eine Akut- und Übergangspflege vorliegen.

Aufenthalt

Werden die Ziele gemäss Ziffer 4 erreicht, wird die Akut- und Übergangspflege beendet. Ist nach 14 Tagen weiterer Pflegebedarf vorhanden und eine Rückkehr nach Hause nicht möglich, kann der Aufenthalt verlängert werden. In diesem Fall wird die Patientin/der Patient mit dem Leistungskatalog von BESA (Version 2005) oder dem Formular für Kurzaufenthalter von RAI/RUG in eine der 12 Pflegebedarfsstufen eingeteilt (analog Kurzaufenthalter im Pflegeheim). Die Abrechnung erfolgt gemäss Pflegeheimtarif.

Austritt

Bei einem Austritt nach Hause wird dieser zusammen mit dem Umfeld gestaltet und organisiert:

- ✓ Angehörige/Umfeld
- ✓ Spitex
- ✓ Andere Leistungserbringer
- ✓ Hausärztin/Hausarzt

6. Personal und Infrastruktur

Personal

Es wird davon ausgegangen, dass die Patienten einen anrechenbaren Aufwand von 140 Minuten pro Tag oder 51'100Minuten pro Jahr verursachen (siehe Tarifikalkulation). Die Nettojahresarbeitszeit gemäss Stellenplan für Pflegeheime der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern beträgt 100'962

vbb|abems und tarifsuisse ag – AÜP

Minuten.

Pro **10 Patientinnen/Patienten** werden somit **5.06 Stellen** (Pflegetiminuten Pro Jahr / Nettjahresarbeitszeit x 10) benötigt. Gemäss Tarifikalkulation müssen diese wie folgt besetzt werden:

- 40% Funktionsstufe 3 = 2.02 Stellen
 - 30% Funktionsstufe 2 = 1.52 Stellen
 - 30% Funktionsstufe 1 = 1.52 Stellen
- Total** **5.06 Stellen** (für 10 Patientinnen/Patienten)

Funktionsstufe 3: Pflegefachfrau/-mann HF und FH, DN II, KWS, PsyKP, sowie Höfa I und II, Hebamme mit Grundausbildung in der Pflege

Funktionsstufe 2: DN I, FaGe, FaBe, FASRK/PKP, Betagtenbetreuer/in EFZ und Diplom, Altenpfleger/in, Hauspfleger/in, Kinderpfleger/in

Funktionsstufe 1: Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA, Pflegeassistent/in, Pflegehilfe mit von der GEF anerkanntem Kurs

Infrastruktur

Die Infrastruktur entspricht den Vorgaben der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern für Pflegeheime (Richtprogramm).

Anhang 4

Beitrittsliste der Leistungserbringer

ZSR-Nr.	Adresse Leistungserbringer	Modell Einzelleistungsabrechnung Nebenleistungen	Modell Pauschale für Nebenleistungen	Pflegebedarfsinstrument BESA / RAI-RUG