

# Vertrag

zwischen

## **CURAVIVA**

Verband Heime und soziale Institutionen Schweiz  
Zieglerstrasse 53  
Postfach 1003  
3000 Bern 14

nachfolgend "**CURAVIVA**" genannt

und

## **CSS Kranken-Versicherung AG**

Tribschenstrasse 21  
Postfach 2568  
CH-6002 Luzern

inkl. der folgenden KVG-Versicherer der CSS Gruppe:

INTRAS Kranken-Versicherung AG, Av. de Valmont 41, 1000 Lausanne 10,  
Arcosana AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern  
Sanagate AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern

nachfolgend "**CSS**" genannt

betreffend

## **Ambulante Pflege in Wohnungen mit Dienstleistung**

**Gültig ab 1. Januar 2017**

## Inhaltsverzeichnis

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

## **Art. 1 Parteien**

- <sup>1</sup> Die Parteien des vorliegenden Vertrages sind CURAVIVA Schweiz, nachfolgend Verband genannt, sowie die CSS Kranken-Versicherung AG, bzw. die im Anhang 1 bezeichneten Versicherer, nachfolgend jeweils als CSS bezeichnet.
- <sup>2</sup> Diesem Vertrag können sich andere Versicherer mit Zustimmung der dem Vertrag angehörenden CSS und dem Verband anschliessen. Die entsprechenden Versicherer werden im Anhang 1 aufgeführt.
- <sup>3</sup> Die CSS ist ermächtigt, alle Handlungen im Zusammenhang mit dem vorliegenden Vertrag im Namen und auf Rechnung der im Anhang 1 genannten Versicherer vorzunehmen.

## **Art. 2 Vertragsanschluss**

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

## **Art. 3 Beitritt zum Vertrag**

- <sup>1</sup> Diesem Vertrag können diejenigen Leistungserbringer beitreten, die Art. 51 KVV (Verordnung über die Krankenversicherung) erfüllen, die über eine Zulassung nach kantonalem Recht verfügen und deren Haupttätigkeit die Erbringung von ambulanten Pflegeleistungen in Wohnungen mit Dienstleistungen ist. Ausnahme sind diejenigen Leistungserbringer, die ihren Stützpunkt ausserhalb der Wohnungen mit Dienstleistungen haben, wie Spitex-Organisationen, und die ihre Haupttätigkeit hauptsächlich bei Kunden haben, die ausserhalb der Wohnungen mit Dienstleistungen leben.
- <sup>2</sup> Der Beitritt der Leistungserbringer schliesst die volle Anerkennung dieses Vertrages mit allen seinen Anhängen ein.
- <sup>3</sup> Die Leistungserbringer müssen die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, über das erforderliche Personal verfügen und die nötigen Nachweise dazu erbracht haben.
- <sup>4</sup> 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.
- <sup>5</sup> 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.
- <sup>6</sup> CURAVIVA informiert die Vertragspartner regelmässig über die aktuelle Beitrittsliste (Anhang 2).

## **Art. 4 Geltungsbereich**

- 1 Dieser Vertrag regelt die Anwendung der gesetzlich festgelegten Tarife sowie die administrativen Abläufe für die ambulanten Pflegeleistungen im Sinne von Art. 25a KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung), Art. 51 KVV und Art. 7ff KLV (Verordnung über die Krankenpflegeleistungsverordnung).
- 2 Die Pflegeleistungen werden hauptsächlich bei Versicherten erbracht, welche in Wohnungen mit Dienstleistungen ("Inhouse-Spitem" bzw. Altersresidenzen, betreutes Wohnen / appartements protégés und anderen vergleichbaren Angebote) leben.
- 3 Führt diese Regelung bei ihrer Umsetzung zu Konflikten zwischen dem CURAVIVA Kantonalverband und der Spitem-Organisation, informiert der Kantonalverband CURAVIVA Schweiz.
- 4 Die Vertragspartner (CURAVIVA Schweiz, die Leistungserbringer und CSS) suchen das Gespräch, damit der Vertrag korrekt umgesetzt werden kann.
- 5 Der Vertrag entfaltet Wirkung für Versicherte, die Versicherungsnehmer eines in Anhang 1 dieses Vertrages genannten Versicherers und die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezugsberechtigt sind.

## **Art. 5 Leistungsvoraussetzungen**

- 1 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.
- 2 Wird die im Vertrag angegebene Pflegezeit von durchschnittlich höchstens 160 Minuten pro Tag während mehr als einer Abrechnungsperiode überschritten, entspricht das Wohnen mit Dienstleistung nicht der Ausgangslage, wie sie die Verhandlungs-delegationen beim Abschluss des Vertrages vorgestellt haben. Die Einstufung auf Grund der Pflegebeiträge nach Art. 7a Abs. 3 KLV ist notwendig.
- 3 Sollte die Neu-Einstufung und Abgeltung nach Art. 7a Abs. 3 KLV vom Leistungserbringer und / oder den Versicherten abgelehnt werden, informiert der Leistungserbringer oder ein Versicherer CURAVIVA Schweiz.

## **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) sowie von Artikel 56 und 59 Abs. 1 lit. b KVG 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**

- <sup>1</sup> Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen dauerhaft, ist eine neue Bedarfsabklärung vorzunehmen.
- <sup>2</sup> 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 CSS 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**

- <sup>1</sup> 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, Tarifzifferbezeichnung, Taxpunkte, Taxpunktwert)
  - h) Kalendarium
  - i) Angabe ob der Versicherte in einer Wohnung mit Dienstleistung lebt.
- <sup>2</sup> Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich.
- <sup>3</sup> 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.
- <sup>4</sup> Die Rechnungsstellung an den Versicherer und die Übermittlung der abrechnungsrelevanten Daten bei der Rechnungsstellung erfolgen unentgeltlich.
- <sup>5</sup> Der elektronische Datenaustausch gemäss den Standards und Richtlinien des Forum Datenaustausches (xml-Standard) ist anzustreben.

### **Art. 9.3 Vergütung**

- <sup>1</sup> Die Vertragspartner vereinbaren, dass die CSS die Vergütung schuldet (System des Tiers payant). Der Leistungserbringer stellt den Versicherten unentgeltlich eine Kopie der Rechnung zu.
- <sup>2</sup> Die anwendbaren Tarife sind im Anhang 3 erwähnt.
- <sup>3</sup> Die CSS vergütet dem Leistungserbringer ausschliesslich die Kosten für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung.
- <sup>4</sup> Es werden durch die CSS nur vertrags- und gesetzeskonforme Rechnungen dieses Vertrages vergütet. Andernfalls fordert die CSS die Leistungserbringer auf, eine vertrags- und gesetzeskonforme Rechnung zu stellen.
- <sup>5</sup> Die CSS bezahlt den Leistungserbringern die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen ab dem Zeitpunkt, ab dem die CSS über sämtliche zur Prüfung der vertrags- und gesetzeskonformen Rechnung erforderlichen Unterlagen (gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG) verfügt bzw. hätte verfügen können. Die Vergütung bedeutet nicht, dass die CSS auf die Geltendmachung von Artikel 56 und 59 Abs. 1 lit. b KVG verzichtet.
- <sup>6</sup> Verzugszins ist nicht geschuldet.
- <sup>7</sup> Bei begründeten Beanstandungen wird die Zahlungsfrist gemäss Art. 9.3 Abs.5 vorangehend unterbrochen.
- <sup>8</sup> Ein allfälliges Recht auf Verrechnung mit Gegenforderungen zwischen den Vertragsparteien wird wegbedungen.
- <sup>9</sup> Persönliche Auslagen und Nichtpflichtleistungen stellen die Leistungserbringer den Patienten / Patientinnen direkt in Rechnung.
- <sup>10</sup> Der Leistungserbringer verrechnet den dem erbrachten Pflegeaufwand entsprechenden Tarif gemäss Anhang 3. Vorausrechnungen sind nicht möglich.
- <sup>11</sup> Mit der Bezahlung der Beiträge für Leistungen nach Art. 7 KLV sind sämtliche krankenversicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen abgegolten.
- <sup>12</sup> 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**

- <sup>1</sup> 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 und 59 Abs. 1 lit. b KVG). Er klärt zu diesem Zweck den Pflegebedarf ab.

- <sup>2</sup> 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 [Obligationenrecht]) 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. Sie sind verpflichtet, die Patienten schriftlich über die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckte Kosten aufzuklären.

## **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

Der Prozess der Prüfungen wird im Anhang 5 beschrieben.

## **Art. 14 Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung**

- <sup>1</sup> Der Vertrag tritt am 1. Januar 2017 in Kraft. Er ist von jeder Vertragspartei mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten, jeweils per Ende eines Kalenderjahres, kündbar.
- <sup>2</sup> 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 CSS umgehend. Der Vertrag bleibt für die übrigen Parteien und Leistungserbringer vollumfänglich anwendbar.
- <sup>3</sup> Der vorliegende Vertrag ersetzt alle Tarifverträge resp. Tarifvereinbarungen mit demselben Regelungsgegenstand für den diesem Vertrag unterliegenden Verband, Leistungserbringer und der Versicherer der CSS, 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. Die Parteien können die Anhänge durch übereinstimmende schriftliche Erklärungen jederzeit und ohne formelle Kündigung in gegenseitigem Einverständnis ändern.

- 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**

- <sup>1</sup> Anwendbar ist Schweizer Recht.
- <sup>2</sup> Bei Streitigkeiten suchen die Parteien eine einvernehmliche Lösung, bevor eine Kündigung ausgesprochen oder ein gerichtliches Verfahren eingeleitet wird.
- <sup>3</sup> Das Vorgehen bei Streitigkeiten richtet sich nach Art. 89 KVG.

## **Art. 19 Schlussbestimmungen**

Dieser Vertrag wird in 3-facher Ausführung, ausgefertigt und unterzeichnet. Je ein Vertrags-exemplar ist für sämtliche Vertragsparteien und die Genehmigungsbehörde bestimmt.

**CURAVIVA Schweiz**

Bern, den .....

.....

Dr. Daniel Höchli  
Direktor

.....

Dr. Markus Leser  
Mitglied der Geschäftsleitung

Die **CSS Kranken-Versicherung AG**, Luzern, den .....

.....

Daniel N. Kaufmann  
Leiter Tarifverträge

.....

Barbara Fontana  
Fachspezialistin Tarifverträge

## **Anhang 1 – Angeschlossene Versicherer**

Dem Vertrag sind die folgenden Versicherer angeschlossen:

- CSS Kranken-Versicherung AG
- Arcosana AG
- INTRAS Kranken-Versicherung AG
- Sanagate 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

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

<b>Tarif 964 Tarifziffer</b>	<b>KLV</b>	<b>Grundlage sind die Spitex-Beiträge laut KLV 7a Abs. 1</b>
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

- <sup>2</sup> 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.
- <sup>3</sup> 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.
- <sup>4</sup> Es können keine Zuschläge für Pflegeverrichtungen nachts, an den Wochenenden und an allgemeinen Feiertagen in Rechnung gestellt werden.
- <sup>5</sup> Der Schlussbetrag (Total aller kassenpflichtigen Leistungen) ist jeweils laut den üblichen Rundungsregeln auf die nächsten 5 Rappen auf- bzw. abzurunden.
- <sup>6</sup> 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.
- <sup>7</sup> Bei Mittel und Gegenständen gemäss Anhang 2 KLV, bei denen eine Limitation hinterlegt ist, muss zwingend mit der ersten Rechnungsstellung die ärztliche Verordnung beiliegen.
- <sup>8</sup> 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

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

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"/>	.....	.....
<b>Total aller Pflegeleistungen pro Monat, pro Quartal</b>	.....	.....

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 \_\_\_\_\_

<b>Anzahl</b>	=	Anzahl Leistungen	
<b>Häufigkeit</b>	=	Einheit: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>t2, t3...t7</b> = 2,3...7 Tagen pro Woche</li> <li>• <b>w</b> = wöchentlich</li> <li>• <b>m</b> = monatlich j = jährlich</li> <li>• <b>e</b> = einmalig</li> </ul>	
<b>Beispiele</b>			
<b>Einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin 2 Mal täglich an 7 Tagen pro</b>	=	Anzahl 2	Häufigkeit t7
<b>Hilfe beim Medizinalbad 2 Mal pro Woche</b>		2	w

<b>Ankreuzen wenn Leistung vorgesehen ist</b>	<b>Beschreibung Leistungsdetail (gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV)</b>	<b>Anzahl: wie oft soll die Leistung erbracht werden</b>	<b>Häufigkeit: Einheit der geplanten Leistung</b>
	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 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.		



## 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](http://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	Blasenkatheter 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%
<b>Anpassung aufgrund dopplerer Zeiterfassung bei simultan erbrachten Leistungen</b>									
- 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**

- <sup>1</sup> 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.
- <sup>2</sup> 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.
- <sup>3</sup> 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**

- <sup>1</sup> 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.
- <sup>2</sup> Nach Durchführung der Kontrolle muss der Versicherer dem Leistungserbringer innerhalb von 10 Tagen eine schriftliche Rückmeldung machen