

Administrativ-Vertrag Spitex

Vertragsnummer: 42.500.2053D

vom 1. Januar 2022

betreffend die

Abgeltung von krankenversicherungspflichtigen Leistungen im Bereich Spitex

gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

zwischen

Spitex Schweiz
Effingerstrasse 33
3008 Bern

und

Association Spitex privée Suisse (ASPS)
Uferweg 15
3013 Bern

nachfolgend: **Verbände**

und

- | | | |
|-----|-------------|---|
| 1. | BAG Nr. 32 | Aquilana Versicherungen |
| 2. | BAG Nr. 57 | Moove Sympany AG |
| 3. | BAG Nr. 62 | SUPRA-1846 SA |
| 4. | BAG Nr. 134 | Einsiedler Krankenkasse |
| 5. | BAG Nr. 182 | PROVITA Gesundheitsversicherung AG |
| 6. | BAG Nr. 194 | Sumiswalder Krankenkasse |
| 7. | BAG Nr. 246 | Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg |
| 8. | BAG Nr. 290 | CONCORDIA Schweizerische Kranken- u. Unfallversicherung AG |
| 9. | BAG Nr. 312 | Atupri Gesundheitsversicherung |
| 10. | BAG Nr. 343 | Avenir Assurance Maladie SA |
| 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. 762 | Kolping Krankenkasse AG |
| 15. | BAG Nr. 774 | Easy Sana Assurance Maladie SA |
| 16. | BAG Nr. 780 | Genossenschaft Glarner Krankenversicherung |
| 17. | BAG Nr. 820 | Cassa da malsauns LUMNEZIANA |
| 18. | BAG Nr. 829 | KLuG Krankenversicherung |
| 19. | BAG Nr. 881 | EGK Grundversicherungen AG |

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

nachfolgend: **Versicherer**

alle gemäss Vollmacht vertreten durch

tarifsuisse ag
Römerstrasse 20
4502 Solothurn

Verbände und Versicherer zusammen als **Vertragsparteien** bezeichnet

I. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Persönlicher Geltungsbereich

Diese Vereinbarung gilt für:

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

Art. 2 Sachlicher und örtlicher Geltungsbereich

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

² Dieser Administrativ-Vertrag regelt die Anwendung der gesetzlich festgelegten Beiträge und die administrativen Abläufe der Pflegeleistungen im Sinne von Art. 25a KVG und Art. 7 ff KLV, welche von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause gemäss Art. 51 KVV erbracht werden.

³ Das KVG und der Administrativ-Vertrag unterscheiden zwischen Pflegeleistungen, die grossmehrheitlich beim Patienten oder der Patientin zu Hause und solchen, die in Tages- oder Nachtstrukturen erbracht werden. Der Administrativ-Vertrag gilt für beide vorgenannten Formen der ambulanten Pflegeleistungen. Eine Unterscheidung erfolgt bei der Vergütung (siehe Art. 10 dieses Vertrages).

⁴ Für die drei Bereiche Langzeitpflege, Akut- und Übergangspflege sowie Tages- oder Nachtstrukturen benötigen die Leistungserbringer jeweils eine separate ZSR-Nummer zur Abrechnung ihrer Leistungen.

⁵ **Ambulante Pflegeleistungen** werden punktuell und grossmehrheitlich beim Patienten zu Hause erbracht. Die Vergütung der Pflegeleistungen erfolgt gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV.

⁶ Ambulante Pflegeleistungen in **Tages- oder Nachtstrukturen** sind: Tages- und Nachtstätten wie Foyer de jour, Centro diurno, UAT-VD und andere vergleichbare Angebote. Der Patient oder die Patientin lebt zu Hause und geht nach Hause. Innerhalb 24 Stunden kann entweder die Tages- oder die Nachtstätte in Anspruch genommen werden. Eine Kumulation der Angebote ist nicht möglich. Die Vergütung der Pflegeleistungen erfolgt gemäss Art. 7a Abs. 4 KLV.

⁷ Für **Akut- und Übergangspflege** gilt ein separater Vertrag.

II. Beitritts- und Rücktrittsverfahren der Leistungserbringer

Art. 3 Vertragsbeitritt eines Leistungserbringers

¹ Diesem Vertrag können alle Leistungserbringer beitreten, welche die Voraussetzungen gemäss Art. 51 KVV erfüllen und über eine Zulassung nach kantonalem Recht verfügen. Verfügt ein Leistungserbringer über mehrere aktive ZSR-Nummern (z.B. in verschiedenen Kantonen), muss er mit jeder Nummer separat dem Vertrag beitreten.

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

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

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

⁵ Erfolgt der Beitritt bis spätestens zum 31. März 2022, erfolgt er rückwirkend per 1. Januar 2022. Erfolgt er später, ist der Zeitpunkt des Zugangs der Beitrittserklärung bei Spitex Schweiz / ASPS massgebend.

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

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

Art. 4 Vertragsrücktritt eines Leistungserbringers

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

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

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

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

Art. 5 Vertragsabschluss weiterer Versicherer (Optionsrecht)

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

² Der auf dem Optionsrecht beruhende Vertrag zwischen dem neu abschliessenden Versicherer und dem Leistungserbringer gilt – unter Vorbehalt der Genehmigung durch die zuständige Behörde (Art. 46 Abs. 4 KVG) – als abgeschlossen, sobald tarifsuisse ag dem Leistungserbringer BAG-Nummer, Name und Adresse des Versicherers mitgeteilt hat, verbunden mit der Erklärung, dass der Versicherer den vorliegenden Vertrag ebenfalls abschliesse. Der auf dem Optionsrecht beruhende Vertrag fällt automatisch dahin, sobald der vorliegende Tarifvertrag weggefallen ist.

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

III. Leistungsvoraussetzungen

Art. 6 Leistungsvoraussetzungen

Die Versicherer übernehmen die Kosten der ambulanten Krankenpflege nach Art. 7 Abs. 2 und Art. 8 und 8a KLV, die aufgrund der Bedarfsermittlung, 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.

IV. Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung und Bedarfsmeldung

Art. 7 Ärztliche Anordnung / Bedarfsermittlung

¹ Der Bezug von pflegerischen Leistungen setzt einen ärztlichen Auftrag oder eine ärztliche Anordnung gemäss Art. 8 KLV voraus.

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

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

⁴ Das Ergebnis ist auf dem Bedarfsmeldeformular gemäss Anhang 3.1 und 3.2 festzuhalten.

⁵ Die Bedarfsermittlung erfolgt beim Patienten oder der Patientin bei Leistungsbeginn und ist spätestens innert 14 Kalendertagen nach Beginn des Einsatzes abzuschliessen.

⁶ Die Leistungserbringer müssen bei gleichzeitigem Einsatz bei einem Patienten oder einer Patientin ihre Dienstleistungen koordinieren und sich über das gemeinsame Zeitbudget absprechen. Eine Kumulation derselben Leistungen ist ausgeschlossen (z.B. doppelte Bedarfsermittlung, Beratung und Anleitung).

Art. 8 Bedarfsmeldung an die Versicherer

¹ Die Bedarfsmeldung zeigt den voraussichtlichen Bedarf an Pflegeleistungen auf. Die Meldung erfolgt ausschliesslich gemäss den Beispielen im Anhang 3. Auf der Bedarfsmeldung geben die Leistungserbringer den voraussichtlichen Zeitbedarf gemäss Art. 8a Abs. 4 KLV an. Abgerechnet werden die effektiv erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung von Art. 9 dieses Vertrages.

² Das Bedarfsmeldeformular ist vollständig ausgefüllt innerhalb von 14 Tagen, jedoch spätestens mit der ersten Monatsrechnung nach Kenntnisnahme (bei Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und c KLV) oder Unterzeichnung (bei Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) durch den verordnenden Arzt oder die verordnende Ärztin und die verantwortliche Pflegefachperson des Leistungserbringers dem Versicherer zuzustellen. Ohne gültige Bedarfsmeldung werden vom Versicherer keine Leistungen vergütet.

³ Die von den Vertragsparteien vereinbarte, standardisierte Bedarfsmeldung kann auch elektronisch in strukturierter Form dem Versicherer übermittelt werden. Der Leistungser-

bringer trägt die Verantwortung, die vom Arzt oder der Ärztin unterschriebene Bedarfsmeldung bei Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV bei Bedarf dem Versicherer vorlegen zu können.

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

⁵ Erhebt der Versicherer nicht innert 10 Arbeitstagen ab Erhalt der Meldung Einspruch, so gilt die Leistungspflicht unter Vorbehalt von Art. 6 dieses Vertrages sowie unter Vorbehalt der in Anhang 5 geregelten Kontrollverfahren als gegeben.

⁶ Die Bedarfsmeldung umfasst folgende Angaben:

- a) Daten des Versicherten
 - Name und Vorname
 - Geburtsdatum
 - Geschlecht
 - Wohnadresse
 - Versichertenkartennummer
 - Sozialversicherungsnummer und/oder Versichertennummer
- b) Behandlungsgrund Krankheit, Unfall oder Mutterschaft.
- c) Name des Versicherers.
- d) ZSR-Nummer und GLN des Leistungserbringers (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
- e) GLN der Pflegefachperson, welche die Bedarfsermittlung erstellt hat (bei Übermittlung der Bedarfsmeldung mit SHIP)
- f) Name, ZSR-Nummer und GLN des verordnenden Arztes (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten wenn vorhanden)
- g) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
- h) Beginn und Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung
- i) Voraussichtlicher Bedarf an MiGeL-Produkten, inkl. zweistelliger Nummer der Produktgruppe.

Zusätzlich für ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 2 Abs. 5 dieses Vertrages:

- j) Voraussichtliche Anzahl Minuten je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a) bis c) KLV pro Monat und das Total für die Gültigkeitsdauer der Verordnung
- k) als zusätzliche Information zur Bedarfsmeldung wird eine Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV oder das Leistungsplanungsblatt von interRAI beigefügt, mit Angaben zur voraussichtlichen Anzahl Einsätze je Leistung pro Tag, Woche oder Quartal (Beispiele in Anhang 3.1 und 3.2).

Zusätzlich für Leistungen in Tages- oder Nachtstätten gemäss Art. 2 Abs. 6 dieses Vertrages:

- j) Einschätzung der Selbstständigkeit
- k) Anzahl Pflegetätigkeiten und Minuten pro Tag (gemäss dem Formular in Anhang 3.3) und die daraus resultierenden Stufen gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV.

Art. 9 Änderung des Pflegebedarfs

¹ Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen dauerhaft, ist eine neue Bedarfsabklärung vorzunehmen.

² Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen im Verlaufe des Einsatzes vorübergehend und übersteigt er die verordnete Anzahl Stunden wesentlich, muss diese Änderung dem Versicherer

sofort, spätestens aber innert 14 Tagen nach Eintreten der Veränderung des Pflegebedarfs schriftlich gemeldet werden.

V. Leistungsvergütung

Art. 10 Vergütung der Pflegeleistungen

¹ Die Versicherer übernehmen Beiträge gemäss Art. 7a KLV an die Kosten der Massnahmen der Abklärung und der Beratung und der Koordination, der Untersuchung und der Behandlung sowie der Grundpflege.

² Der Leistungserbringer rechnet die effektiv erbrachten Pflegeleistungen ab. Vorausrechnungen sind nicht zulässig.

³ Mit der Bezahlung der Beiträge sind:

- a) gemäss Art. 7a Abs. 1 und 2 KLV sämtliche krankensicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen der einzelnen Leistungserbringer gemäss Art. 2 Abs. 5 dieses Vertrages nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.
- b) gemäss Art. 7a Abs. 4 KLV sämtliche krankensicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen in Tages- oder Nachtstrukturen gemäss Art. 2 Abs. 6 dieses Vertrages für Pflegemassnahmen nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.

⁴ 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 sowie die Bedarfsermittlung und Koordinationsleistungen, die im Sinne eines optimalen Behandlungsablaufes bereits während eines Spitalaufenthaltes erfolgen müssen. Ausserdem kann der Leistungserbringer keine Leistungen der ambulanten Langzeitpflege nach Art. 7 KLV abrechnen, während der Patient Leistungen der ambulanten Akut- und Übergangspflege bezieht.

⁵ Im Rahmen dieses Vertrages dürfen keine hier nicht erwähnten Leistungen (z.B. Arzneimittel usw.) zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden.

Art. 11 Vergütung von Mittel und Gegenständen

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, wie folgt:

a) Mittel und Gegenstände der Kategorie A:

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

b) Mittel und Gegenstände der Kategorie B

Mittel und Gegenstände, welche sowohl von der versicherten Person oder nichtberuflich an der Pflege beteiligten Personen oder von Pflegefachpersonen angewendet oder abgegeben

werden, werden von den Leistungserbringern maximal zum reduzierten Höchstvergütungspreis Pflege gemäss MiGeL verrechnet.

c) Mittel und Gegenstände der Kategorie C

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

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

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

⁴ Die Limitationen der Mittel- und Gegenständeliste sind zu beachten.

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

VI. Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten

Art. 12 Rechnungsstellung

¹ Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich.

² Die Rechnung umfasst folgende Angaben:

- a) Daten des Versicherten
 - Name und Vorname
 - Geburtsdatum
 - Geschlecht
 - Wohnadresse
 - Versichertenkartennummer
 - Sozialversicherungsnummer und/oder Versichertennummer
- b) Behandlungsgrund Krankheit, Unfall oder Mutterschaft.
- c) Name des Versicherers.
- d) Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum.
- e) ZSR-Nummer und GLN des Leistungserbringers (GLN nur bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden)
- f) Name, ZSR-Nummer und GLN des verordnenden Arztes (GLN nur bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden)
- g) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt.
- h) Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung(en) für die Rechnungsperiode.
- i) komplette MiGeL-Positions Nr. und Menge; maximal Höchstvergütungsbetrag Pflege gemäss MiGeL, je pro Produkt

Zusätzlich für ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 2 Abs. 5 dieses Vertrages:

- j) Erbrachte Minuten (dezimal) je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs.2 lit. a) bis c) KLV, Kalendarium,

Zusätzlich für Leistungen in Tages- oder Nachtstätten gemäss Art. 2 Abs. 6 dieses Vertrages:

- j) Einstufung gemäss Beilage zu Anhang 3.3 mit Kalendarium
- k) Beitragsstufe gemäss Art. 7a Abs. 4 bzw. 3 KLV

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

Art. 13 Zahlungsmodalitäten

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

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

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

⁴ Es werden durch den Versicherer nur vertrags- und gesetzeskonforme Rechnungen vergütet.

⁵ Der Versicherer bezahlt dem Leistungserbringer die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen.

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

⁷ Bei begründeten Beanstandungen wird die Zahlungsfrist gemäss Art. 13 Abs. 5 unterbrochen.

⁸ Sind die Voraussetzungen des Leistungsaufschubs gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG gegeben, sistiert der Versicherer die Kostenübernahme. Die Kosten werden vollständig übernommen, sobald die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten vollständig bezahlt sind.

Art. 14 Elektronischer Datenaustausch

Die Vertragsparteien vereinbaren den elektronischen Datenaustausch wie folgt:

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

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

Art. 15 Aufklärungspflicht

¹ 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.

² Die Aufklärungspflicht betrifft insbesondere die Information betreffend die gesetzliche Regelung und konkrete Auswirkungen des Leistungsaufschubes gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG im Falle von Prämien- und Kostenbeteiligungsausständen.

Art. 16 Tarifschutz

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

VII. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

Art. 17 Wirtschaftlichkeit / Qualitätssicherung

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

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

Art. 18 Mindestqualifikation Personal

Die Voraussetzungen, die das erforderliche Fachpersonal zu erfüllen hat, werden in Anhang 4 beschrieben.

- a) Soweit die ambulanten Pflegeleistungen gemäss Art. 2 Abs. 5 dieses Vertrages betroffen sind, gilt Anhang 4a.
- b) Soweit die ambulanten Pflegeleistungen gemäss Art. 2 Abs. 6 dieses Vertrages betroffen sind, gilt Anhang 4b.

Art. 19 Auskunftspflicht der Leistungserbringer

¹ Die Versicherer haben den gesetzlichen Auftrag, die Leistungspflicht und die Wirtschaftlichkeit (WZW) der ihnen in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen. Zu diesem Zweck führen sie folgende Kontrollen durch:

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

² Die Auskunftspflicht der Leistungserbringer gegenüber den Versicherern unterliegt dem Verhältnismässigkeitsprinzip. Die betroffenen Parteien haben die Datenschutznormen zu beachten. Deshalb wird die Mehrzahl der Fälle gemäss der unter Abs.1 erstgenannten Kontrolle überprüft.

³ Der Ablauf der Prüfungen ist in Anhang 5 geregelt.

VIII. Formelles

Art. 20 Vorgehen bei Uneinigkeit

¹ Uneinigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern werden von den Betroffenen grundsätzlich direkt bereinigt.

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

Art 21 Inkrafttreten, Vertragsdauer

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

Art. 22 Salvatorische Klausel

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

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

Art. 23 Kündigung

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

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

³ Wollen Spitex Schweiz und Association Spitex privée Suisse den vorliegenden Vertrag gegenüber sämtlichen Versicherern, für welche tarifsuisse ag den Vertrag abgeschlossen hat, kündigen, sind sie berechtigt, die Kündigung mit rechtsverbindlicher Wirkung an tarifsuisse ag zuhanden der Vertragspartner zu richten. Das Kündigungsschreiben hat klar und unmissverständlich den Vertrag, welcher aufgelöst werden soll, zu bezeichnen, verbunden mit einer eindeutigen Erklärung, wonach dieser Vertrag gegenüber sämtlichen Versicherern aufgelöst wird. Die Kündigung gegenüber einzelnen Versicherern ist nicht möglich.

Art. 24 Anhänge

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

Anhang 1:

Beigetretene Leistungserbringer

Anhang 2

Vorgaben für die Liste der Beitritte und Rücktritte der Leistungserbringer

Anhang 3:

Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung mit Beilagen

Anhang 4:

Fachpersonal

Anhang 5:

Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

Art. 25 Schlussbestimmungen

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

² Wird dieser Vertrag in eine andere Sprache übersetzt und treten zwischen den Sprachversionen Widersprüche auf, ist der deutschsprachige Vertragstext massgebend. Die Vertragsparteien tragen die Kosten der Übersetzung je hälftig.

Bern,

Spitex Schweiz

Thomas Heiniger
Präsident

Marianne Pfister
Geschäftsführerin

Bern,

Association Spitex privée Suisse (ASPS)

Pirmin Bischof
Präsident

Marcel Durst
Geschäftsführer

Solothurn,

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

tarifsuisse ag

Dr. Renato Laffranchi
Leiter Leistungseinkauf
Mitglied der Geschäftsleitung

Marc Berger
Verhandlungsleiter

Anhang 1

Liste der beigetretenen Leistungserbringer

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

Für Versicherer:

Im Zentralen Vertragsregister (ZVR) der SASIS AG

Für Leistungserbringer und weitere Interessenten:

Bei Spitex Schweiz oder der Association Spitex privée Suisse ASPS

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

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

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

Beitrittsliste Spitex Schweiz / ASPS							
Vertragsnummer: 42.500.2053D Stand: 01.01.2022							
Nachfolgende Leistungserbringer haben den rechtsgültigen Beitritt gemäss Art. 3 Abs. 5 des Administrativ-Vertrages Spitex zwischen Spitex Schweiz / ASPS und tarifsuisse ag vom 01.01.2022 erklärt.							
Beitritt per	Name Organisation	Ort	Kanton	ZSR-Nr.	ZSR-Nr.	GLN	Rücktritt per
				Langzeit	TON		
01.01.2022	Spitex	Stadel	ZH	A123401		7601002123456	
01.01.2022	Spitex	Stäfa	ZH	B345601		7601002789123	
01.01.2022	Spitex	Stans	NW		D123407	7601002345678	
01.01.2022	Spitex	Steffisburg	BE	C789102		7601002901234	31.03.2022
01.01.2022	Spitex	Steffisburg	BE	D567802		7601002456789	
01.01.2022	Spitex	Stein	AG	A123419		7601002234567	
08.01.2022	Spitex	Steinmaur	ZH	X012301		7601002567890	
09.01.2022	Spitex	Stettlen	BE	K789002		7601002678901	
Sortierung nach Beitrittsdatum (neuester Beitritt zuletzt).				ZSR-Nummer zwingend unformatiert, d.h. ohne Leer-schläge und Punkte	ZSR-Num-mer zwin-gend unfor-matiert, d.h. ohne Leer-schläge und Punkte	GLN zwingend unfor-matiert, d.h. ohne Leerschläge.	

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

Neue Beitritte und Rücktritte sind farblich zu markieren.

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

Anhang 3 Bedarfsmeldeformular / Beilage zum Bedarfsmeldeformular

Beilagen zum Bedarfsmeldeformular:

Anhang 3.1 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 Woche	=	Anzahl	Häufigkeit
		2	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 etc.	
		Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden etc.	
		Pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- und Darmentleerung etc.	
		Hilfe bei Medizinal-, Teil- oder Vollbädern etc.	
		Pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag etc.	
		Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen etc.	
		Allgemeine Grundpflege bei Patienten, welche die Tätigkeiten nicht selbst ausführen können, wie Beine einbinden, etc.	
		Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur etc.	

Anhang 3.2 Leistungsplanungsblatt interRAI HC (Beispiel)

Alle Leistungserbringer, die mit interRAI arbeiten, können das interRAI Leistungsplanungsblatt einsenden. Weitere Informationen zu interRAI können auf der Webseite <https://www.spitex-bedarfsabklaerung.ch/> angerufen werden.

Müller	Doris
Name	Vorname
Versichertennummer	Fallnummer

Nummer aus dem Leistungskatalog eintragen, Kolonne W und T ergänzen. Anzahl, Einheit und Zeit eintragen, sofern vom Standard abweichend oder n.B. im Leistungskatalog steht.

Nr.	Leistungsbeschreibung (fakultativ)	W	T	Anz.	Einh.	Zeit	M-Qual	KLV
10104	Teilwäsche am Lavabo (inkl. Intimpflege)							c
10115	Kompressionsstrümpfe/ -verband							c
10601	Medikamente richten							b
10702	Mittlerer Verband							b
10902	Reassessment							a
10904	Pflegeplanung erstmalig im Rahmen der Bedarfsabklärung							a
10906	Pflegebedarf bestimmen und evaluieren							a
10907	Konsultation Arzt-Spitex zur Bedarfsabklärung							a
10909	Pflegeanleitung/ Beratung Klientin oder Angehörige							a
20012	Wochenkehr 4-Zimmer-Wohnung							Nein
20014	Küche / Bad reinigen							

Nicht aufgeführte Leistungen Pflege und Betreuung Nr. 10999, bitte in Kolonne 2 beschreiben

Nicht aufgeführte Leistungen Hauswirtschaft Nr. 20099, sind in Kolonne 2 zu beschreiben

Nicht aufgeführte psychiatrische Leistungen Nr. 10099, sind in Kolonne 2 zu beschreiben

Nettobedarf Spitexleistungen	KLV-Leistungen in Minuten			KLV total	Nicht KLV
	a	b	c		
- Einmalige Leistungen					
- Periodische Leistungen					
- pro Tag					
- pro Woche					
- pro Monat					
Ganze Verordnungsperiode (von-bis)					
Anpassung aufgrund doppelter Zeiterfassung bei simultan erbrachten Leistungen					
Total					

W, WER: S=Spitex-Organisation / T = Training / Anz. = Anzahl

Einheit = t2, tg3....t7; 2,3....7 Tage pro Woche / w = pro Woche / m=pro Monat / e=einmalig /n.B.= nach Bedarf

M-Qual = Mindestqualifikation: als Grundlage dienen mit Vorteil die Funktions- respektive Ausbildungsbezeichnungen, wie sie in der Spitex-Statistik verwendet werden

Anhang 3.3 Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldeformular für Tages- oder Nachtstätten (Beispiel Übergangsformular)

Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldeformular für Tages- oder Nachtstätten

Name Krankenversicherer

Vorname Versicherten-Nr.

Strasse

PLZ/Ort..... falls Leistungen nach UVG:

Geburtsdatum..... Unfallversicherer

Geschlecht weiblich männlich

Aufenthalt wegen: Krankheit Invalidität Unfall

Hilflosenentschädigung: keine leicht mittel schwer nicht bekannt

Dauer (Art. 8 KLV) gültig für: 3 Monate 9 Monate von bis

Sind weitere Leistungserbringer involviert ja nein nicht bekannt

wenn ja, Name & ZSR-Nr.....

	Selbstständigkeit				Bemerkungen	
	--	-	+	++		
Verstehen und sich ausdrücken						
Sich orientieren						
Mitwirkungsfähigkeit / Compliance / Adherence						
			Pflegeaktivitäten		Total Minuten pro Tag	Bemerkungen
			einmal	mehrmals		
Sich bewegen / Mobilität						
Essen und trinken						
Sich waschen und kleiden						
Ausscheiden						
Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV						
Andere Leistungen (beschreiben):						
Total Minuten						
Stufe gemäss Art. 7a KLV						

Aufenthaltsstage in der Tages- / Nachtstätte	pro Woche	pro Monat
Dauer pro Aufenthaltstag von bis Uhr		
Dauer pro Aufenthaltstag von bis Uhr		

Besonderes:

Name der Organisation: **Ärztin/Arzt:**

ZSR Nummer: ZSR Nummer:

Datum: Datum:

Unterschrift: Unterschrift:

Das Bedarfsmeldeformular muss spätestens 14 Kalendertage nach Pflegebeginn zusammen mit der Ärztin/dem Arzt ausgefüllt werden. Die Tagesstätte sendet das vollständige Original an den Versicherer und informiert involvierte Spitex-Organisationen oder selbstständig Pflegende über den Aufenthalt.

Anhang 4 Fachpersonal

4 a) ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 4 Abs. 4				
	Ausbildung / Berufsbezeichnung	Bedarfsabklärung / Beratung / Koordination	Grundpflege	Untersuchung, Behandlungspflege
Tertiärstufe	Pflegepersonal mit mindestens Tertiärstufen-Ausbildung: AKP, GKP, PsyKP, KWS, DN II, dipl. Pflegefachfrau/-mann, DN I mit mind. 2-jähriger Berufserfahrung Pflegefachfrau/-mann FH + HF	Ja	Ja	Ja
	DN I, Pflegefachfrau/-mann mit bis zu zwei Jahren Berufserfahrung	Nein	Ja	Ja
	BP Fachfrau/-mann Langzeitpflege und Betreuung	Nein	Ja	Ja
Sekundärstufe II	PKP (FaSRK)	Nein	Ja	Ja
	Hauspfleger/in mit EFZ, oder Diplom mit Zusatzmodul Behandlungspflege Fachfrau/-mann Gesundheit (FaGe)	Nein	Ja	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kontrolle der Vitalzeichen ◆ verabreichen von Medikamenten und weitere Behandlungspflegemassnahmen ¹⁾
	Betagtenbetreuer/in (BB) Fachangestellte/r Betreuung (FaBe)	Nein	Ja	Nein
	Med. Praxisassistent/in (MPA)	Nein	Auf Handreichungen beschränkt	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kontrolle der Vitalzeichen ◆ verabreichen von Medikamenten ¹⁾ ◆ Blutentnahmen
	Assistentin / Assistent Gesundheit und Soziales	Nein	Keine umfassende, fallführende Grundpflege	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Kontrolle der Vitalzeichen ◆ Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten ¹⁾
Pflegeassistentin Pflegehelfer/in ²⁾ Haushelfer/in mit Pflegehelfer-Kurs 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 Sekundärstufe II sowie DN I mit weniger als 2 Jahren Berufserfahrung arbeiten unter Aufsicht, Anleitung und Verantwortung einer/eines Absolventen/in der Tertiärstufe.		

4 b) ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 4 Abs. 5

Bei Tages- und Nachtstätten obliegt die Gesamtverantwortung einer diplomierten Pflegefachperson, sie oder eine adäquate Vertretung ist vor Ort.

Die Vertragsparteien beabsichtigen, die Regelungen dieses Anhanges 4 (Fachpersonal und pflegende Angehörige) im ersten Halbjahr 2022 zu überarbeiten und konkretisieren.

Anhang 5 Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

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

Ergibt die Prüfung des Versicherers, dass:

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

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

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

Zeitpunkt für die Anpassung ist:

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

1. Prüfung beim Versicherer

Die Versicherer führen folgende Kontrollen durch:

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

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer systematisch folgende Unterlagen zur Verfügung:

- Bedarfsmeldung gemäss Art. 8
- Rechnung gemäss Art. 12
- Als Anhang der Bedarfsmeldung: Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV oder Leistungsplanungsblatt gemäss Inter-RAI (gemäss Art. 8, Abs. 6)

1.2 Prüfung der vom Versicherer verlangten und von der Spitex eingereichten Unterlagen beim Versicherer

1.2.1 Bei Unklarheiten mit den systematisch eingereichten Unterlagen kann der Versicherer, in der Regel innerhalb von 15 Arbeitstagen ab Erhalt und unter Berücksichtigung von Art. 42 Abs. 5 KVG weitere für die Beurteilung relevante Unterlagen bei der Spitex verlangen (z.B. Originaldokument ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung (z.B. MDS), Pflegeplanung, Pflegeverlauf, Wunddokumentation etc.).

1.2.2 Die Spitex sendet in der Regel innerhalb von 15 Arbeitstagen die Pflegeunterlagen an den Versicherer.

- 1.2.3 Nach Erhalt der Unterlagen hat der Versicherer in der Regel weitere 15 Arbeitstage Zeit, diese zu prüfen und die Spitex über den Entscheid zu informieren. Der Bericht bezieht sich auf die Unterlagen, die dem Versicherer bis zum Zeitpunkt der Kontrolle zugestellt wurden.
- 1.2.4 Bei einer Beanstandung bemühen sich Leistungserbringer und Versicherer um eine möglichst rasche Regelung

2. Prüfung beim Leistungserbringer

Die Versicherer führen punktuelle Prüfungen auf der Basis von ausgewählten offenen Patientendossiers beim Leistungserbringer durch.

- 2.1 Der Versicherer kündigt den Kontrollbesuch beim Leistungserbringer an. Die Kontrolle wird innerhalb von 30 Kalendertagen nach Ankündigung durchgeführt. In Ausnahmen kann in gegenseitiger Absprache von dieser Frist abgewichen werden.
- 2.2 Unter Berücksichtigung von Art. 42 Abs. 5 KVG sowie des Verhältnismässigkeitsprinzips legt der Leistungserbringer der Kontrollperson des Versicherers alle relevanten Informationen zu den verlangten Dossiers in den Geschäftsräumen zur Einsicht vor. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass der Kontrollperson eine mit den Dossiers vertraute, qualifizierte Fachperson für allfällige Fragen zur Verfügung steht.
- 2.3 Nach Sichtung der Unterlagen findet gleichentags ein mündlicher Austausch inkl. aktuellem Zeitbudget zwischen der Fachperson des Leistungserbringers und der Kontrollperson des Versicherers statt.
- 2.4 Nach der Durchführung der Kontrolle erhält der Leistungserbringer innerhalb von 15 Arbeitstagen eine schriftliche Rückmeldung vom Versicherer.

3. Einzelfallprüfung beim Versicherten

Die Versicherer führen punktuelle Prüfungen im Rahmen eines Pflegeeinsatzes beim Versicherten durch.

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

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