SPITEX
Hilfe und Pflege zu Hause

sanitas

Vertrag

zwischen

Spitex Verband Thurgau

und

Sanitas Grundversicherungen AG (BAG Nr. 1509)

Jägergasse 3, Postfach 2010
8021 Zürich

betreffend

Vergütung der Behandlung und Pflege von Patienten der

Akut- und Übergangspflege

in Spitexorganisationen des Kantons Thurgau

nach obligatorischer Krankenpflegeversicherung gemäss KVG.

Gültig ab 1. Januar 2011

Art. 1 Vertragsparteien

[1] Dieser Vertrag gilt zwischen

a) dem Spitex Verband Thurgau bzw. der diesem Vertrag beigetretenen Spitexorganisationen gemäss Anhang 1 (nachfolgend **Leistungserbringer** genannt).

und

b) Sanitas Grundversicherungen AG sowie die im Anhang 1 bezeichneten Versicherer, nachfolgend als Versicherer bezeichnet.

[2] Diesem Vertrag können sich andere Versicherer mit Zustimmung von Sanitas Grundversicherungen AG anschliessen. Die entsprechenden Versicherer werden im Anhang 1 aufgeführt und übernehmen die Bestimmungen dieses Vertrages. Sanitas Grundversicherungen AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Zusammenhang mit dem vorliegenden Vertrag im Namen und auf Rechnung der im Anhang 1 genannten Versicherer vorzunehmen.

[3] Die Anhänge 1 – 7 sind integraler Bestandteil dieses Vertrages

Art. 2 Beitritt, Beitrittsgebühren, Ausschluss

[1] Der Beitritt schliesst die volle Anerkennung dieses Vertrages mit allen seinen Anhängen gemäss Artikel 22 als integrierte Bestandteile dieses Vertrages ein.

[2] Das Beitrittsverfahren wird durch den Spitex Verband Thurgau nach vollständiger Unterzeichnung des Vertrages eingeleitet.

[3] Der Spitex Verband informiert den Vertragspartner regelmässig über die aktuellen Beitrittslisten.

[4] Der Versicherer hat das Recht, einen Leistungserbringer nicht zum Vertrag zuzulassen. Vor dem Entscheid konsultiert der Versicherer den Spitex Verband Thurgau. Der Entscheid wird begründet. Leistungserbringer können das kantonale Schiedsgericht nach Art. 89 KVG anrufen.

[5] Die Vertragsparteien können gemeinsam einen Leistungserbringer vom Vertrag ausschliessen.

[6] Diesem Vertrag können alle Leistungserbringer beitreten, die

- Art. 51 KVV erfüllen
- über eine Zulassung nach kantonalem Recht verfügen
- dort, wo der Kanton dies vorsieht, über eine besondere Bewilligung zur Durchführung der Akut- und Übergangspflege verfügen
- dort, wo der Kanton dies vorsieht, über einen Leistungsauftrag zur Erbringung der Akut- und Übergangspflege verfügen
- ein Konzept betreffend die Durchführung der Akut- und Übergangspflege in ihrer Institution vorlegen.

[7] Leistungserbringer können diesem Vertrag mit schriftlicher Erklärung gegenüber dem Spitex Verband Thurgau beitreten. Der Beitritt zum Vertrag ist für Aktivmitglieder des Spitex Verbandes Thurgau unentgeltlich. Leistungserbringer, welche nicht Mitglied des Spitex Verbandes Thurgau sind, entrichten dem Spitex Verband Thurgau eine Beitrittsgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag. Die Höhe des Beitrages ist in einem Reglement geregelt. Das jeweils gültige Reglement über Beitrittsgebühren ist im Internet veröffentlicht.

Art. 3 Leistungsumfang, Geltungsbereich, Definition

[1] Dieser Vertrag regelt die administrativen Abläufe und die Vergütung der Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 51 KVV und Art. 25a Abs. 2 KVG i.V. mit Art. 7 Abs. 3 KLV und Art. 7b KLV.

[2] Der Vertrag gilt für Versicherte, die bei einem Versicherer, welcher Vertragspartei ist, versichert und im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG bezugsberechtigt sind.

[3] Akut- und Übergangspflege gemäss Abs. 1 wird von den Vertragspartnern wie folgt definiert:

Akut- und Übergangspflege (AÜP) gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG wird vom Spitalarzt angeordnet. Es müssen folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sein:

1. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital (auch geriatrische Abteilung eines Spitals) sind nicht mehr notwendig. Ein Rehabilitationsbedarf in einer Rehabilitationsklinik besteht nicht.

2. Die Patientin oder der Patient benötigt nach einem Aufenthalt in einem Akutspital eine qualifizierte Pflege durch Pflegepersonen.

3. Die AÜP ist Teil der Behandlungskette. Sie ist bedarfsgerecht und gezielt anzuordnen. Sie ist nicht als Wartezeit für einen Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim vorgesehen.

4. Die AÜP hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin, der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr nach Hause und Vermeidung einer Rehospitalisation.

5. Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele aufgestellt.

Soweit ebenfalls medizinische oder therapeutische Behandlung notwendig ist, kann diese ambulant als Einzelleistung erbracht werden. Sie ist nicht Bestandteil der AÜP.

Art. 4 Leistungsvoraussetzungen

[1] Die Krankenversicherer übernehmen die Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 7 Abs. 3 KLV, die aufgrund einer Bedarfsabklärung nach Art. 7 Abs. 2 a KLV und Art. 8 KLV nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung hin erbracht werden. Der Leistungserbringer muss die Bedingungen gemäss Art. 51 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) erfüllen. Die Voraussetzungen, die das erforderliche Fachpersonal zu erfüllen hat, werden in Anhang 6 beschrieben

[2] Der Leistungserbringer muss für die Abrechnung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege über eine separate ZSR-Nummer verfügen

[3] Soweit der Kanton eine spezielle Zulassung des Leistungserbringers für die Akut- und Übergangspflege vorsieht und / oder einen Leistungsauftrag verlangt, gelten diese Voraussetzungen auch für den vorliegenden Vertrag

Art. 5 Bedarfsabklärung

Gemäss Art. 8 KLV muss eine Bedarfsabklärung gemacht werden. Es steht den Leistungserbringern offen, welches standardisierte Bedarfserfassungsinstrument (RAI- Home-Care oder andere) sie wählen

Art. 6 Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung

[1] Leistungen der Akut- und Übergangspflege setzen eine ärztliche Anordnung gemäss Art. 25a KVG und eine Bedarfsabklärung gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV i.V.m. Art. 8 KLV voraus. Die Meldung erfolgt ausschliesslich gemäss den Formularen „Meldeformular Akut- und Übergangspflege" für den Spitalarzt und „Bedarfsmeldeformular" in den Anhängen 3 und 4.

[2] Die vom Spitalarzt unterzeichnete Anordnung auf dem „Meldeformular Akut- und Übergangspflege sowie das von der verantwortlichen Person des Leistungserbringers unterzeichnete Bedarfsmeldeformular sind vollständig ausgefüllt spätestens innert 5 Tagen ab Beginn der Akut- und Übergangspflege vom Leistungserbringer dem Versicherer zuzustellen.

[3] Die Daten von Behandlungsbeginn und Verordnung müssen identisch sein. Rückwirkende Verordnungen sind nicht möglich.

[4] Die Bedarfsmeldung umfasst folgende Angaben:

a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Sozialversicherungsnummer, Versichertenkartennummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum, Geschlecht).
b) Angabe, ob Krankheit, Unfall oder Mutterschaft.
c) Name des Versicherers.
d) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und EAN-Nummer des Leistungserbringers; EAN-Nr. nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden.
e) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt.
f) Gültigkeitsdauer der spitalärztlichen Verordnung (von...bis...).
g) Name, Zahlstellenregister- Nummer (ZSR-Nr.) des Spitals und EAN-Nummer des verordnenden Spitalarztes; EAN-Nummer nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten wenn vorhanden.
h) Voraussichtlicher Bedarf an MiGeL-Produkten inkl. zweistelliger Nummer der Produktegruppe.
i) Voraussichtliche Anzahl Minuten je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a) bis c) KLV für die Gültigkeitsdauer der Verordnung. Als zusätzliche Information zur Bedarfsmeldung wird eine Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV oder das Leistungsplanungsblatt von RAI-HC beigefügt, mit Angaben zu der voraussichtlichen Anzahl Einsätze je Leistung pro Tag, Woche, Monat oder Quartal (Beispiel in der Beilage zu Anhang 4)

[5] Die mit dem „Meldeformular Akut- und Übergangspflege" zu übermittelnden Angaben sind im Anhang 3 geregelt.

[6] Die Vertragsparteien erarbeiten auf gesamtschweizerischer Ebene gemeinsam die einheitlichen Formulare.

Art. 7 Leistungsumfang und Vergütung

[1] Die Abgeltung der Leistungen erfolgt in drei Stufen gemäss KLV Art. 7 Abs. 2 lit. a – c:

			pro Std.
Massnahmen der Abklärung und Beratung	**Fr.**	**112.70**	**100%**
davon Anteil der Krankenversicherer in Höhe von 45%	**Fr.**	***50.70***	***45%***
Massnahmen der Untersuchung und Behandlung	**Fr.**	**101.75**	**100%**
davon Anteil der Krankenversicherer in Höhe von 45%	**Fr.**	***45.80***	***45%***
Massnahmen der Grundpflege	**Fr.**	**89.75**	**100%**
davon Anteil der Krankenversicherer in Höhe von 45%	**Fr.**	***40.40***	***45%***

[2] Die Abrechnung der erbrachten Dienstleistungen erfolgt für die ersten 10 Minuten, danach in 5-Minuten-Schritten. Die ersten 10 Minuten dürfen einmal pro Einsatz und Patient verrechnet werden

[3] Die Vertragsparteien gehen davon aus, dass der durchschnittliche Aufwand während der gesamten Dauer der Akut- und Übergangspflege ***nicht über 2 Stunden pro 24 Stunden liegt***.

[4] Mit der Bezahlung der Kosten gemäss Art. 7b Abs. 1 KLV sind sämtliche krankenversicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.

[5] Während einer Abrechnungsperiode können keine zusätzlichen Leistungen der stationären oder der ambulanten Krankenpflege verrechnet werden. Dies gilt nicht für den Ein- und Austrittstag.

[6] Ärztlich verordnete Mittel und Gegenstände gemäss Anhang 2 KLV (Liste der Mittel und Gegenstände), welche vom Leistungserbringer abgegeben werden, dürfen maximal zum MiGeL-Höchstvergütungsbetrag abzüglich *15%* verrechnet werden. Die Abrechnung erfolgt detailliert, inkl. MiGeL-Positionsnummer und Kalendarium

[7] Der Leistungserbringer darf keine Medikamente zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verrechnen.

Art. 8 Rechnungstellung und Zahlungsmodalitäten

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

[2] Die Rechnungsstellung erfolgt nach Leistungserbringung gemäss den Vorlagen im Anhang 5.

[3] Im System Tiers payant erhalten die Versicherten eine Rechnungskopie vom Leistungserbringer.

[4] Für die Abrechnungsperiode liegt eine ärztliche Verordnung vor.

[5] Fristen im System Tiers payant:
- zahlbar innert 25 Tagen mit elektronischer Abrechnung.
- zahlbar innert 35 Tagen ohne elektronische Abrechnung.

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

[7] Der Versicherer begründet Beanstandungen. Die Zahlungsfrist wird für den beanstandeten Teil der Rechnung unterbrochen. Der nicht beanstandete Anteil ist durch den Versicherer innerhalb der in Abs. 6 aufgeführten Frist zu begleichen.

[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 Betreibungskosten vollständig bezahlt sind.

[9] Falls ein Patient per 30.6. seinen Versicherer wechselt, erstellt der Leistungserbringer bis spätestens 31.7. des betreffenden, laufenden Jahres eine Zwischenabrechnung per 30.6. Per 31.12. erstellt der Leistungserbringer grundsätzlich spätestens bis 31.1. des Folgejahres eine Zwischenabrechnung.

[10] Im Todesfall ist dem Versicherer innert 30 Tagen die Endabrechnung einzureichen.

Art. 9 Angaben auf der Rechnung

Die Rechnung umfasst folgende Angaben:

a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Sozialversicherungsnummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum, Geschlecht).
b) Angabe ob Krankheit, Unfall oder Mutterschaft.
c) Name des Versicherers
d) vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum.
e) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und EAN-Nummer des Leistungserbringers; EAN-Nr. nur bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden.
f) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) des Spitals und EAN-Nummer des verordnenden Spitalarztes; EAN-Nr. nur bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden.
g) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt.
h) Erbrachte Minuten (dezimal) je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs.2 lit. a) bis c) KLV, Kalendarium, Total Leistungen Art. 7 KLV pro Leistungsart in Minuten (dezimal) und Franken.
i) Gültigkeitsdauer der spitalärztlichen Verordnung(en) für die Rechnungsperiode.
j) Komplette MiGeL-Positions Nr. und Menge.

Art. 10 Elektronischer Datenaustausch (EDI)

[1] Die Vertragsparteien wollen den elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Versicherern realisieren.

[2] Versicherer und Leistungserbringer können den elektronischen Datenaustausch vereinbaren. In diesem Fall werden die administrativen und medizinischen Daten mit der Bedarfsmeldung (gemäss Art. 5 bzw. der Rechnung (gemäss Art. 9) elektronisch an den Versicherer gesendet. Der Versicherer erhält alle Daten in strukturierter und elektronisch lesbarer Form.

[3] Der elektronische Datenaustausch für die Bedarfsmeldung sowie Rechnung richtet sich nach den gemeinsam vereinbarten Standards, mit denen die Daten übermittelt werden können. Diese Standards werden in einem Konzept festgehalten, welches die Vertragsparteien gemeinsam verabschieden

Art. 11 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. 12 Tarifschutz

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

Art. 13 Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit der Leistungen

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

Art. 14 Qualitätssicherung

Die Regelungen der Qualitätssicherung und –förderung gemäss der Art. 22a und Art. 58 KVG sowie Art. 77 KVV werden separat geregelt. Sie erstrecken sich auf die gesetzlichen und vertraglich vereinbarten Leistungen, insbesondere gemäss Art. 7ff. KLV. Sie sollen für alle Leistungserbringer und Versicherer, die diesem Vertrag beigetreten sind, Geltung entfalten

Art. 15 Mindestqualifikation für Personal

Die Voraussetzungen, die das erforderliche Fachpersonal zu erfüllen hat, werden in Anhang 6 beschrieben

Art. 16 Auskunftspflicht der Leistungserbringer

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

1. Prüfung der 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 im Anhang 7 geregelt.

Art. 17 Schlichtung, Schiedsgericht

[1] Entstehen bei der Anwendung des Vertrages Differenzen, sollen diese grundsätzlich von den Betroffenen bereinigt werden.

[2] Können sich die Betroffenen nicht einigen, richtet sich das weitere Vorgehen bei Streitigkeiten nach Art. 89 KVG.

Art. 18 Vertragsgenehmigung

Das Genehmigungsverfahren gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG wird durch den Spitex Verband Thurgau eingeleitet. Er trägt allfällige Gebühren.

Art. 19 Inkrafttreten, Vertragsdauer

[1] Dieser Tarifvertrag tritt am 1. Januar 2011 in Kraft und ist unbefristet gültig.

Art. 20 Kündigung, Rücktritt

[1] Der Vertrag und dessen Anhänge können je unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Kalenderjahresgekündigt werden.

[2] Einzelne Leistungserbringer können unter Einhaltung einer sechsmonatigen Frist auf das Ende eines Jahres den Rücktritt vom Vertrag erklären. Der Rücktritt von einzelnen Vertragsbestandteilen oder einzelnen Anhängen ist nicht möglich.

[3] Die Parteien können im gegenseitigen Einvernehmen die Ablösung dieses Vertrages durch den nationalen Administrativvertrag betreffend Akut- und Übergangspflege mit dem Spitex Verband Schweiz ohne die einhaltung der Kündigungsfristen gemäss Absatz 1 vereinbaren.

Art. 21 Übergangsbestimmungen

[1] Für das Bedarfsmeldeformular gemäss Art. 6 gilt folgende Übergangsregelung:
Die bisher geltenden Bedarfsmeldeformulare, den neuen Leistungen entsprechend angepasst, können bis 31.12.2012 verwendet werden.

[2] Für das Rechnungsformular gilt folgende Übergangsregelung:
Die Formulare, die bisher für die Abrechnung der Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV verwendet wurden, können bis 31.12.2012 verwendet werden. Alternativ kann auch das Formular gemäss General Invoice 4.1. benutzt werden (siehe Forum Datenaustausch).

Art. 22 Anhänge

Anhang 1 Verzeichnis der dem Vertrag beigetretenen Krankenversicherer
Anhang 2: Verzeichnis der dem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer
Anhang 3: Meldeformular für Akut- und Übergangspflege
Anhang 4: Bedarfsmeldeformular
Anhang 5: Rechnungsformular
Anhang 6: Fachpersonal
Anhang 7: Vereinbarung über die Kontrolle der Krankenversicherung

Weinfelden, den 17.6.2011

Spitex Verband Thurgau

Dr. Christoph Tobler
Präsident

Christa Lanzicher
Geschäftsführerin

Zürich, den 24. Mai 2011

Sanitas Grundversicherungen AG

Dr. Andreas Roos
Leiter Departement Produkte

Konrad Venzin
Fachspezialist Leistungseinkauf

Anhang 1

Verzeichnis der dem Zusammenarbeitsvertrag beigetretenen Krankenversicherer

- Wincare Versicherungen AG, 8401 Winterthur BAG Nr. 1060
- Compact Grundversicherungen AG, 8021 Zürich BAG Nr. 1575
- Kolping Krankenkasse AG, 8600 Dübendorf BAG Nr. 762

Anhang 2

Verzeichnis der dem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer

- ..... ZVR Nr.
- ..... ZVR Nr.
- ..... ZVR Nr.

Anhang 3 Meldeformular für Akut- und Übergangspflege

Übergangsmeldeformular Akut- und Übergangspflege für ambulante Leistungserbringer

Akut- und Übergangspflege (AÜP) gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG wird vom Spitalarzt angeordnet. Es müssen folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sein:

1. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital (auch geriatrische Abteilung eines Spitals) sind nicht mehr notwendig. Ein Rehabilitationsbedarf in einer Rehabilitationsklinik besteht nicht.
2. Die Patientin oder der Patient benötigt nach einem Aufenthalt in einem Akutspital eine qualifizierte Pflege durch Pflegepersonen.
3. Die AÜP ist Teil der Behandlungskette. Sie ist bedarfsgerecht und gezielt anzuordnen. Sie ist nicht als Wartezeit für einen Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim vorgesehen.
4. Die AÜP hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin, der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr nach Hause und Vermeidung einer Rehospitalisation.
5. Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele aufgestellt.

Soweit ebenfalls medizinische oder therapeutische Behandlung notwendig ist, kann diese ambulant als Einzelleistung erbracht werden. Sie ist nicht Bestandteil der AÜP.

Dokument **Antragssteller** **Leistungserbringer**	Identifikation		
Patient	Name Vorname Strasse PLZ Wohnort Geburtsdatum Geschlecht Krankheitsbeginn Versichertennummer Sozialversicherungsnummer Gesetz Behandlungsgrund Behandlungsart	Muster Peter Patientenweg 1 6000 Luzern 15.01.1977 M XX.XX.2011 12345678 KVG Krankheit AÜP	
Spital **ZSR-Nr. des Spitals** **EAN Nr. und Name des verordnenden Spitalarztes**			
Diagnose (fakultativ)* **Therapie** **Behandlungsbeginn**	ICD-10 AÜP XX.XX.2011		Behandlungsdauer: X Tage

* Dieses Formular wird im Bedarfsfall dem zuständigen Krankenversicherer weitergegeben.

Spitalärztliche Beurteilung zur Anordnung der Akut- und Übergangspflege

1.	Die medizinischen Probleme sind bekannt und stabilisiert.	ja	□	nein □
2.	Es besteht ein befristeter, pflegerischer Interventionsbedarf von bis zu 24 Std. pro Tag.	ja	□	nein □
3.	Eine stationäre Rehabilitation ist nicht gerechtfertigt.	ja	□	nein □
4.	Die Patientin/der Patient besitzt das Potential zur Wiedererlangung einer Selbstständigkeit, die ein Leben in der gewohnten Umgebung ermöglicht.	ja	□	nein □
5.	Die Patientin/ der Patient will in die gewohnte Lebens-/ Wohnsituation zurückkehren.	ja	□	nein □
6.	Die Ziele der AÜP wurden mit der Patientin/ dem Patienten oder ggf. mit Angehörigen bzw. dem gesetzlichen Vertreter vereinbart.	ja	□	nein □

Beginn der AÜP: _____

Voraussichtliche Dauer: (max. 14 Tage): _____

Wer übernimmt die AÜP?

ZSR-Nr.: _____

Name des Leistungserbringers: _____

Adresse des Leistungserbringers: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift des verordnenden Spitalarztes / Spitalstempel

Original an AÜP Leistungserbringer
Kopie an Patientin / Patient
Kopie an Versicherer

Seite: 2 von 2

Anhang 4 Bedarfsmeldung

Definitive Version pendent

Anhang 5 Rechnungsformulare

Definitive Version pendent

Anhang 6 Fachpersonal

	Ausbildung / Berufsbezeichnung	Bedarfsabklärung / Beratung	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 [1)] Pflegefachfrau/-mann FH + HF	Ja	Ja	Ja
	DN I, Pflegefachfrau/-mann mit bis zu zwei Jahren Berufserfahrung	Nein	Ja	Ja
Sekundarstufe II	PKP (FaSRK)	Nein	Ja	Ja
	Hauspfleger/in mit EFZ, oder Diplom mit Zusatzmodul Behandlungspflege Fachangestellte/r Gesundheit (FaGe) Fachfrau-/Mann Gesundheit	Nein	Ja	♦ Kontrolle der Vitalzeichen ♦ verabreichen von Medikamenten und weitere Behandlungspflegemassnahmen [2)]
	Betagtenbetreuer/in (BB) Fachangestellte/r Betreuung (FaBe)	Nein	Ja	Nein
	Pflegeassistent/in Pflegehelfer/in SRK Haushelfer/in mit SRK-Pflegehelfer-Kurs Assistentin / Assistent Gesundheit und Soziales	Nein	Keine umfassende, fallführende Grundpflege	Nein
	Med. Praxisassistent/in (MPA)	Nein	Auf Handreichungen beschränkt	♦ Kontrolle der Vitalzeichen ♦ verabreichen von Medikamenten [2)] ♦ Blutentnahmen
[1)] inkl. Berufserfahrung als FaSRK [2)] gemäss Ausbildungsbestimmungen und Berufserfahrung		Andere und ausländische Berufsabschlüsse werden im Einzelfall auf ihre jeweilige Gleichwertigkeit überprüft. Alle Absolvent/innen der Sekundarstufe II sowie DN I mit weniger als 2 Jahren Berufserfahrung arbeiten immer unter Aufsicht, Anleitung und Verantwortung einer/eines Absolventen/in der Tertiärstufe.		