
Administrativ-Vertrag

zwischen

Spitex Schweiz
Effingerstrasse 33
3008 Bern

Association Spitex privée Suisse (ASPS)
Uferweg 15
3013 Bern

nachfolgend «**Verbände**» genannt

und

Einkaufsgemeinschaft HSK AG
Zürichstrasse 130
8600 Dübendorf

nachfolgend «**HSK**» genannt

(**Postadresse:** Einkaufsgemeinschaft HSK AG, Postfach, 8081 Zürich)

– alle zusammen «**Vertragsparteien**» genannt –

betreffend

der Vergütung der KVG-Pflichtleistungen, die im Rahmen für ambulante Krankenpflege durch Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause erbracht werden.

Gültig ab 1.4.2023

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Vertragsparteien	4
Art. 2	Vertragsanschluss und -rücktritt der Versicherer	4
Art. 3	Vertragsbeitritt und -rücktritt der Leistungserbringer.....	4
Art. 4	Geltungsbereich und Leistungsumfang.....	5
Art. 5	Pflichten des Leistungserbringers und der Versicherer	5
Art. 5.1	Pflichten des Leistungserbringers	5
Art. 5.2	Pflichten der Versicherer	6
Art. 6	Leistungsvoraussetzungen	6
Art. 7	Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung, -meldung und -änderung.....	6
Art. 7.1	Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung.....	6
Art. 7.2	Bedarfsmeldung an die Versicherer.....	6
Art. 7.3	Änderung des Pflegebedarfs.....	8
Art. 8	Leistungsvergütung inkl. Mittel und Gegenstände	8
Art. 9	Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten	9
Art. 9.1	Rechnungsstellung.....	9
Art. 9.2	Zahlungsmodalitäten	9
Art. 10	Elektronischer Datenaustausch (EDI).....	10
Art. 11	Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Durchführung der Kontrollen	10
Art. 12	Mindestqualifikation für Personal	10
Art. 13	Gültigkeit der Sprachversionen.....	11
Art. 14	Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung.....	11
Art. 15	Anhänge zum Vertrag.....	11
Art. 16	Schriftlichkeitsvorbehalt	11
Art. 17	Salvatorische Klausel.....	11
Art. 18	Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz.....	12
Art. 19	Schlussbestimmungen	12
Art. 20	Übergangsbestimmungen	12
Anhang 1	- Angeschlossene Versicherer	14
Anhang 2	- Bedarfsmeldeformular / Beilage zum Bedarfsmeldeformular	15



Anhang 3 - Fachpersonal.....	19
Anhang 4 - Vereinbarung über die Kontrollen der Versicherer	20
Anhang 5 - Vergütung von Mittel und Gegenständen	22
Anhang 6 - Pflegende Angehörige	23

Art. 1 Vertragsparteien

Die Parteien des vorliegenden Vertrages sind Spitex Schweiz und die Association Spitex privée Suisse (ASPS), nachfolgend Verbände genannt, sowie die Einkaufsgemeinschaft HSK AG, nachfolgend "HSK" genannt.

Art. 2 Vertragsanschluss und -rücktritt der Versicherer

- 1 Dieser Vertrag gilt für alle an der Einkaufsgemeinschaft HSK beteiligten Versicherer, soweit sie nicht innert 14 Tagen nach Vertragsunterzeichnung schriftlich HSK mitteilen, dass sie dem Vertrag nicht angeschlossen sein wollen.
- 2 Die diesem Vertrag angeschlossenen Versicherer werden in Anhang 1 aufgeführt. HSK informiert bei Änderungen die Verbände und sämtliche angeschlossene Versicherer.
- 3 Versicherer, die nicht an HSK beteiligt sind, können sich diesem Vertrag durch schriftliche Erklärung an HSK anschliessen. Diese haben eine Anschlussgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag zu entrichten. Einzelheiten werden ausserhalb dieses Vertrages geregelt.
- 4 Die diesem Vertrag angeschlossenen Versicherer, nachfolgend "Versicherer" genannt, übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen dieses Vertrages inkl. dessen Anhänge.
- 5 Einzelne Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten jeweils per 31.12., erstmals per 31.12.2023 vom Vertrag zurücktreten. Die Rücktrittserklärung muss schriftlich innert der vorgegebenen Frist bei HSK eingereicht werden. Der Vertrag bleibt für die übrigen Versicherer vollumfänglich anwendbar.

Art. 3 Vertragsbeitritt und -rücktritt der Leistungserbringer

- 1 Diesem Vertrag können alle Leistungserbringer beitreten, welche die Voraussetzungen gemäss Art. 51 KVV erfüllen und über eine Zulassung nach kantonalem Recht verfügen. Verfügt eine Organisation über mehrere aktiven ZSR-Nummern (z.B. in verschiedenen Kantonen), muss sie mit jeder Nummer separat dem Vertrag beitreten.
- 2 Das Beitrittsverfahren wird durch die Verbände nach vollständiger Unterzeichnung des vorliegenden Administrativ-Vertrages eingeleitet. Die Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes sind anwendbar. Es liegt ausschliesslich in der Kompetenz der Verbände, die Beitritte und Rücktritte näher zu regeln. HSK übernimmt diesbezüglich keine Aufgaben und Verantwortung.
- 3 HSK hat im Bedarfsfall das Recht, bei Spitex Schweiz oder ASPS eine Kopie des Beitrittsformulars eines Leistungserbringers einzuverlangen.
- 4 Leistungserbringer, die nicht Mitglied der Verbände sind, können dem Vertrag beitreten. Das Verfahren (z.B. Beitrittsgebühr, etc.) richtet sich nach den Bedingungen der Verbände.
- 5 Beigetretene Leistungserbringer übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen dieses Vertrages und dessen Anhänge.

- 6 Die Verbände stellen HSK via E-Mail: mail@ecc-hsk.info die jeweils gültige Beitrittsliste zu. Sie informieren HSK bei jeglichen Änderungen, mindestens aber halbjährlich. Für diejenigen Leistungserbringer, die bis zum 31.03.2023 dem vorangehenden Administrativvertrag mit HSK beigetreten waren, gilt die Übergangsbestimmung gemäss Art. 20 dieses Vertrags.
- 7 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 HSK umgehend. Der Vertrag bleibt für die übrigen Parteien und Leistungserbringer vollumfänglich anwendbar.

Art. 4 Geltungsbereich und Leistungsumfang

- 1 Dieser Vertrag regelt die administrative Abwicklung für die ambulanten Pflegeleistungen im Sinne von Art. 25a KVG, Art. 51 KVV und Art. 7ff KLV.
- 2 Er gilt für leistungsbezugsberechtigte Versicherte mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bei einem Versicherer gemäss Anhang 1.
- 3 Das KVG und dieser Vertrag unterscheiden zwischen Pflegeleistungen, die mehrheitlich beim Patienten zu Hause und solchen, die in Tages- oder Nachtstrukturen (ToNs) erbracht werden. Dieser Vertrag gilt für beide der vorgenannten Formen der ambulanten Pflegeleistungen. Eine Unterscheidung erfolgt bei der Vergütung (siehe Art. 8 dieses Vertrages).
- 4 Für die Bereiche Langzeitpflege, Akut- und Übergangspflege sowie Tages- oder Nachtstrukturen benötigen die Leistungserbringer jeweils eine separate ZSR-Nr.
- 5 Ambulante Pflegeleistungen werden punktuell und grossmehrheitlich beim Patienten zu Hause erbracht. Die Vergütung erfolgt gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV.
- 6 Ambulante Pflegeleistungen in ToNs sind Tagesstätten wie Foyer de jour, Centro diurno, CAT, UAT-VD, und andere vergleichbare Angebote. Der Patient / die Patientin lebt zu Hause und geht nach Hause. Innert 24 Stunden kann entweder die Tages- oder die Nachtstruktur in Anspruch genommen werden. Eine Kumulation ist nicht möglich. Die Vergütung erfolgt gemäss Art. 7a Abs 4 KLV.

Art. 5 Pflichten des Leistungserbringers und der Versicherer

Art. 5.1 Pflichten des Leistungserbringers

- 1 Auf allen Korrespondenzen zwischen dem Leistungserbringer sowie den einzelnen Versicherern sind anzugeben:
 - Daten der versicherten Person: Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Versicherungsnummer und/oder Sozialversicherungsnummer
 - Bezeichnung des Versicherers

- Daten des Leistungserbringers: ZSR-Nummer, GLN
- 2 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, seine Patienten vor Leistungsbezug in Bezug auf Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie insbesondere durch diese nicht gedeckten Kosten aufzuklären.
- 3 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Tariftschutz nach Art. 44 KVG einzuhalten.

Art. 5.2 Pflichten der Versicherer

- 1 Die Bestimmung gemäss Art. 5.1 Abs. 1 gilt auch für den Versicherer.
- 2 Der Versicherer ist nur dann und nur soweit leistungspflichtig, als nicht andere Kostenträger, insbesondere gemäss UVG, IVG, MVG für die betreffenden Kosten aufzukommen haben. Die Vorleistungspflicht gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 70 ATSG) geht dieser vertraglichen Vereinbarung vor.

Art. 6 Leistungsvoraussetzungen

Die Versicherer übernehmen die Kosten der effektiv erbrachten Leistungen der ambulanten Krankenpflege nach Art. 7 Abs. 2, Art. 8 und Art. 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 werden.

Art. 7 Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung, -meldung und -änderung

Art. 7.1 Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung

- 1 Der Bezug von pflegerischen Leistungen setzt einen ärztlichen Auftrag oder eine ärztliche Anordnung gemäss Art. 8 KLV voraus. Die Bedarfsermittlung gemäss Art. 8a KLV erfolgt durch eine Pflegefachperson. Es steht den Leistungserbringern offen, welches anerkannte Bedarfsermittlungsinstrument sie wählen.
- 2 Die schriftliche Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfsbedarfs (vgl. Art. 8a Abs. 3 KLV).
- 3 Das Ergebnis ist auf einem Bedarfsmeldeformular (Beispiele siehe Anhang 2a und b) festzuhalten.
- 4 Die Bedarfsermittlung erfolgt beim Patienten bei Leistungsbeginn und ist spätestens innert 14 Kalendertagen nach Beginn des Einsatzes abzuschliessen.
- 5 Die Leistungserbringer müssen bei gleichzeitigem Einsatz bei einem Patienten ihre Dienstleistungen koordinieren und sich über das Zeitbudget absprechen.

Art. 7.2 Bedarfsmeldung an die Versicherer

- 6 Die Bedarfsmeldung zeigt den voraussichtlichen Bedarf an Pflegeleistungen auf. Die Planung der Pflegeleistungen erfolgt auf der Basis des „Spitex Leistungskatalogs“, in welchem die Leistungen

gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV beschrieben und präzisiert werden (Website Spitex Schweiz: Rubrik Grundlagen/Qualität/InstrumenteQualität: <https://www.spitex.ch/Grundlagen/Qualitaet/Instrumente-Qualitaet/PouRP/>). Auf der Bedarfsmeldung geben die Spitex-Organisationen den voraussichtlichen Zeitbedarf gemäss Art. 8a Abs. 4 KLV an. Abgerechnet werden die effektiv erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung von Art. 7.3 dieses Vertrages.

- 1 Das Bedarfsmeldeformular ist vollständig ausgefüllt innerhalb einer Woche jedoch spätestens mit der ersten Monatsrechnung nach Kenntnisnahme (bei KLV-A und -C-Leistungen) oder Unterzeichnung (bei KLV-B-Leistungen) durch den Arzt und Unterzeichnung durch die verantwortliche Person des Leistungserbringers dem Versicherer zuzustellen. Ohne gültige Bedarfsmeldung werden vom Versicherer keine Leistungen vergütet. Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig.
- 2 Die von den Vertragsparteien vereinbarte, standardisierte Bedarfsmeldung kann auch elektronisch in strukturierter Form dem Versicherer übermittelt werden. Der Leistungserbringer trägt die Verantwortung, die vom Arzt unterschriebene Bedarfsmeldung bei KLV-B-Leistungen bei Bedarf dem Versicherer vorzulegen.
- 3 Erhebt der Versicherer nicht innert 15 Arbeitstagen ab Erhalt der Meldung Einspruch, so gilt die Leistungspflicht unter Vorbehalt von Art. 6 dieses Vertrages sowie unter Vorbehalt der in Anhang 4 geregelten Kontrollverfahren als gegeben.
- 4 Die Bedarfsmeldung enthält folgende Angaben:
 - a) Personalien und Versichertendaten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnort / Versichertennummer und/oder Sozialversicherungsnummer)
 - b) Behandlungsgrund Krankheit, Unfall oder Mutterschaft
 - c) Name des Versicherers
 - d) ZSR-Nr. und falls vorhanden GLN-Nr. des Leistungserbringers
 - e) ZSR-Nr. und falls vorhanden GLN-Nr. des verordnenden Arztes
 - f) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
 - g) Beginn und Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung

Zusätzlich für ambulante Pflegeleistungen gem. Art. 4 Abs. 5 dieses Vertrages:

- h) 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.
- i) Als zusätzliche Information zur Bedarfsmeldung wird eine Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV gestützt auf den Spitex Leistungskatalog (das sogenannte Leistungsplanungsblatt) beigelegt, mit Angaben zur voraussichtlichen Anzahl Einsätze je Leistung pro Tag, Woche, Monat oder Quartal (Beispiele in der Beilage zu Anhang 2).

Zusätzlich für Leistungen in Tages- oder Nachtstätten gem. Art. 4 Abs. 6 dieses Vertrages:

- j) Einschätzung der Selbstständigkeit

- k) Voraussichtliche Anzahl Pflegetätigkeiten und Minuten pro Tag und die daraus resultierenden Stufen gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV

Art. 7.3 Änderung des Pflegebedarfs

- 1 Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen dauerhaft, ist eine neue Bedarfsermittlung vorzunehmen.
- 2 Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen im Verlaufe des Einsatzes vorübergehend und übersteigt er die verordnete Anzahl Minuten wesentlich, muss diese Änderung schriftlich gemeldet werden.

Art. 8 Leistungsvergütung inkl. Mittel und Gegenstände

- 1 Die Versicherer übernehmen Beiträge gem. Art. 7a KLV an die Kosten der Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, der Untersuchung und der Behandlung sowie der Grundpflege.
- 2 Der Leistungserbringer rechnet die effektiv erbrachten Pflegeleistungen unter Berücksichtigung von Art. 7.3. dieses Vertrages ab.
- 3 Mit der Bezahlung der Beiträge:
 - a) gemäss Art. 7a Abs. 1 und 2 KLV sind sämtliche krankensicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen der einzelnen Leistungserbringer gemäss Art. 4 Abs. 5 dieses Vertrages nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.
 - b) gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV sind sämtliche krankensicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen in Tages- oder Nachtstrukturen nach Art. 7a Abs. 4 KLV und Art. 4 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 für die Bedarfsermittlungen und Koordinationsleistungen, die im Sinne eines optimalen Behandlungsablaufs bereits während eines Spitalaufenthalts 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 Die Modalität der Verrechnung der ärztlich verordneten Mittel und Gegenstände ist im Anhang 5 geregelt.
- 6 Im Rahmen dieser Vereinbarung dürfen keine hier nicht erwähnten Leistungen (z.B. Arzneimittel usw) zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden.

Art. 9 Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten

Art. 9.1 Rechnungsstellung

- 1 Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich und elektronisch gemäss den aktuellen Standards des Forums Datenaustausch.
- 2 Kann der einzelne Leistungserbringer in Abweichung von Absatz 1 den Datenaustausch nicht elektronisch vornehmen, sind die Rechnungsformulare und weitere Dokumente in Papierform (Rechnung gemäss Standard Forum Datenaustausch) zu übermitteln.
- 3 Als Richtlinie zur konkreten Umsetzung der Abrechnung dient der «Leitfaden zur Rechnungsstellung von Pflegeleistungen» (<https://www.sasis.ch>).
- 4 Die Rechnung enthält folgende Angaben:
 - a) Rechnungsdatum, -nummer
 - b) Personalien und Versichertendaten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnort / Versichertennummer und/oder Sozialversicherungsnummer)
 - c) Behandlungsgrund Krankheit, Unfall oder Mutterschaft
 - d) Name des Versicherers
 - e) ZSR-Nr. und GLN-Nr. des Leistungserbringers (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
 - f) ZSR-Nr. und GLN-Nr. des verordnenden Arztes (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
 - g) Für MiGeL: Tarif 454, komplette MiGeL-Positions Nr. und Menge, maximal Höchstvergütungsbeitrag Pflege gemäss MiGeL, je pro Produkt.

Zusätzlich für ambulante Pflegeleistungen gem. Art. 4 Abs. 5 dieses Vertrages:

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

Zusätzlich für Leistungen in Tages- oder Nachtstätten gem. Art. 4 Abs. 6 dieses Vertrages:

- i) Kalendarium mit der entsprechenden Beitragsstufe

Art. 9.2 Zahlungsmodalitäten

- 1 Die Vertragsparteien vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung nach Art. 7a KLV schuldet (System des Tiers payant).
- 2 Der einzelne Leistungserbringer kann in Abweichung von Absatz 1 wählen, dass die versicherte Person die Vergütung der Leistung schuldet (System des Tiers Garant). Der Leistungserbringer informiert die versicherte Person rechtzeitig vor Leistungsbezug. Die Wahl hat mit dem Beitritt zum Vertrag zu erfolgen und kann jeweils mit Wirkung auf Anfang eines Kalenderjahres - unter Einhaltung einer Ankündigungszeit von 6 Monaten - gewechselt werden. Ein Wechsel für einzelne Patienten ist unzulässig.

- 3 Es werden durch den Versicherer nur vertrags- und gesetzeskonforme Rechnungen vergütet.
- 4 Die Leistungserbringer stellen den Versicherern nur Rechnung für die in diesem Vertrag genannten Pflichtleistungen. Insbesondere müssen Nichtpflichtleistungen gemäss Art. 59 Abs. 2 KVV von den OKP-Leistungen getrennt abgerechnet werden.
- 5 Der Versicherer bezahlt dem Leistungserbringer die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen. Bei elektronischer Abrechnung gilt eine Frist von 30 Tagen.
- 6 Die Frist gilt ab dem Zeitpunkt, ab dem der Versicherer über sämtliche zur Prüfung der vertrags- und gesetzeskonformen Rechnung erforderlichen Unterlagen verfügt.
- 7 Bei begründeten Beanstandungen werden die Zahlungsfristen gemäss Art. 9.2 Abs. 5 unterbrochen. Der nicht beanstandete Teil bleibt vom Versicherer geschuldet.

Art. 10 Elektronischer Datenaustausch (EDI)

Die Vertragsparteien wollen den elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Versicherern weiter fördern.

Art. 11 Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Durchführung der Kontrollen

- 1 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu erbringen und dabei die jeweils aktuellen Qualitätsstandards zu beachten.
- 2 Die Versicherer haben den gesetzlichen Auftrag, die Leistungspflicht und die Wirtschaftlichkeit (WZW) der in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen. Das Verfahren betreffend die WZW-Prüfung im Rahmen von Art. 32 KVG wird im Anhang 4 im Detail vereinbart und geregelt.
- 3 Die Umsetzung der Wirtschaftlichkeitskontrollen nach Art. 56 KVG ist nicht Gegenstand dieses Vertrages.

Art. 12 Mindestqualifikation für Personal

Die Voraussetzungen gemäss Art. 51 lit. c KVV, die das erforderliche Personal zu erfüllen hat, werden in den Anhängen 3a, 3b und 6 beschrieben.

- a) Soweit die ambulanten Pflegeleistungen gemäss Art. 4 Abs. 5 dieses Vertrages betroffen sind, gilt Anhang 3a).
- b) Soweit die ambulanten Pflegeleistungen gemäss Art. 4 Abs. 6 dieses Vertrages betroffen sind, gilt Anhang 3b).
- c) Soweit die ambulanten Pflegeleistungen durch die vom Leistungserbringer angestellte Pflegenden Angehörige erbracht werden, gilt Anhang 6.

Art. 13 Gültigkeit der Sprachversionen

Dieser Vertrag wird in deutscher Sprache ausgefertigt und unterzeichnet. Der Vertrag wird übersetzt. Bei allfälligen Differenzen ist die deutschsprachige Version abschliessend massgebend.

Art. 14 Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung

- 1 Dieser Vertrag tritt per 01.04.2023 in Kraft und ist unbefristet gültig.
- 2 Der Vertrag ist von jeder Vertragspartei mit einer Kündigungsfrist von 12 Monaten, jeweils per Ende eines Kalenderjahres kündbar, erstmals per 31.12.2024.
- 3 Der vorliegende Vertrag ersetzt alle Verträge resp. Vereinbarungen mit demselben Regelungsgegenstand für die diesem Vertrag unterliegenden Leistungserbringer, Versicherer, Verbände und HSK. Dies betrifft auch Verträge/Vereinbarungen, welche mit allfälligen Vorgängerorganisationen abgeschlossen wurden.

Art. 15 Anhänge zum Vertrag

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

Anhang 1: Angeschlossene Versicherer

Anhang 2: Bedarfsmeldeformular / Beilagen zum Bedarfsmeldeformular

Anhang 3: Fachpersonal

Anhang 4: Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

Anhang 5: Mittel und Gegenstände

Anhang 6: Pflegende Angehörige

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.

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 nahekommen, zu ersetzen. Fällt eine Änderung in den Überprüfungsbereich von Art. 46 Abs. 4 KVG, so bleibt die konstitutive Genehmigung der zuständigen Kantonsregierung vorbehalten.

Art. 18 Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz

- 1 Streitigkeiten zwischen Versicherer und Leistungserbringer sollen von den Betroffenen grundsätzlich direkt bereinigt werden.
- 2 Die Vertragsparteien können bei schwerwiegenden Einzelfällen oder bei einer Häufung von ähnlichen Problemstellungen zur Klärung beigezogen werden.
- 3 Anwendbar ist Schweizer Recht.
- 4 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 Vertragsexemplar ist für die Vertragsparteien.

Art. 20 Übergangsbestimmungen

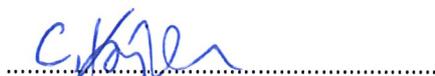
Der vorliegende Vertrag entfaltet für die Leistungserbringer, die dem vorangehenden Administrativvertrag mit HSK beigetreten waren, die volle Wirkung. Leistungserbringer, die dies nicht wünschen, müssen innert 90 Tagen nach Inkrafttreten des vorliegenden neuen Vertrages ihren Austritt bei Spitex Schweiz oder beim ASPS schriftlich bekannt geben.

Für **Spitex Schweiz**:

Bern, 4.4.2023



Thomas Heiniger
Präsident



Cornelis Kooijman
Co-Geschäftsführer

Für die **Association Spitex privée Suisse (ASPS)**:

Bern, 17.4.23



Pirmin Bischof
Präsident



Marcel Durst
Geschäftsführer

Für die **Einkaufsgemeinschaft HSK AG**:

Dübendorf, 31.3.2022



Eliane Kreuzer
Geschäftsführerin



Manuela Schär
Verhandlungsleiterin/Tarifmanagerin Pflege

Anhang 1 - Angeschlossene Versicherer

(Stand 1.1.2023)

Dem Vertrag sind die folgenden Versicherer angeschlossen:

- **Helsana Versicherungen AG**
- **Sanitas Grundversicherungen AG**
- **KPT Krankenkasse AG**

Anhang 2 - Bedarfsmeldeformular / Beilage zum Bedarfsmeldeformular

2a) Beilagen zum Bedarfsmeldeformular

- Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV (Beispiel)
- Leistungsplanungsblatt (Beispiel)

2b): Bedarfsmeldeformular für Tages- oder Nachtstätten gem. Art. 4 Abs. 6 dieses Vertrages

Anhang 2a: Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV (Beispiel)

Name _____ Vorname _____

Anzahl	=	Anzahl Leistungen	
Häufigkeit	=	Einheit: t2, t3...t7 = 2,3...7 Tagen pro Woche <ul style="list-style-type: none"> • 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 2	Häufigkeit t7
Hilfe beim Medizinalbad 2 Mal pro Woche		2	w
Ankreuzen wenn Leistung vorgesehen ist		Beschreibung Leistungsdetail (gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV)	Anzahl: wie oft soll die Leistung erbracht werden
		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 2a: Leistungsplanungsblatt (Beispiel)

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-Spitem zur Bedarfsabklärung							a
10909	Pflegeanleitung/ Beratung Klientin oder Ange-							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 Spitemleistung	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=Spitem-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 Spitem-Statistik verwendet werden



Anhang 2b: Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldeformular für Tages oder Nachtstätten (Beispiel)

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 6 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							
					Pflegetätigkeiten		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 Abs. 3 KLV							

Aufenthaltstage 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 3 - Fachpersonal

a) Ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 4 Abs. 5				
	Ausbildung / Berufsbezeichnung	Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination	Massnahmen der Grundpflege	Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung
Tertiärstufe	Pflegefachfrau/-mann FH / HF (altrechtliche Abschlüsse: AKP, GKP, PsyKP, KWS, DN I, DN II, dipl. Pflegefachfrau/-mann)	Ja	Ja	Ja
	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und Betreuung FA (Berufsprüfung)	Nein	Ja	Ja
Sekundarstufe II	Fachfrau/-mann Gesundheit (FaGe) EFZ (altrechtliche Abschlüsse: PKP (FA SRK; Hauspfleger/in EFZ oder mit Diplom, mit Zusatzmodul Behandlungspflege)	Nein	Ja	Ja ¹⁾
	Fachfrau/-mann Betreuung (FaBe) EFZ, Fachrichtung Betagte oder Behinderte (altrechtlicher Abschluss: Betagtenbetreuer/-in BB)	Nein	Ja	Ja ¹⁾ , nur mit Zusatzmodul Behandlungspflege
	Med. Praxisassistent/in (MPA) EFZ	Nein	Auf Handreichungen beschränkt	Ja ¹⁾
	Assistentin / Assistent Gesundheit und Soziales (AGS) EBA	Nein	Keine umfassende, fallführende Grundpflege	Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten ¹⁾
Ausserhalb Bildungssystematik	Pflegeassistentin	Nein	Keine umfassende, fallführende Grundpflege	Nein
	Pflegehelfer/in²⁾	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 Sekundarstufe II arbeiten unter Aufsicht, Anleitung und Verantwortung einer/eines Absolventen/in der Tertiärstufe. Allfällige abweichende Regelungen in einzelnen Kantonen sind zu berücksichtigen.		
b) Ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 4 Abs. 6				
Bei Tages- und Nachtstätten obliegt die Gesamtverantwortung einer diplomierten Pflegefachperson, sie oder eine adäquate Vertretung ist vor Ort.				

Anhang 4 - Vereinbarung über die Kontrollen der Versicherer

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 bei den in Rechnung gestellten Leistungen die WZW-Kriterien nicht eingehalten wurden und können die Versicherer dies fachlich begründen, sind die zu erbringenden Leistungen anzupassen.

Zeitpunkt für die Anpassung ist:

- bei Prüfung beim Versicherer (s. Punkt 1), sofern die Fristen eingehalten wurden: der Tag, an dem der Versicherer das Resultat kommuniziert.
- bei Prüfung beim Leistungserbringer oder beim Versicherten (s. Art. 2 und 3): der Tag der Kontrolle.

Rückwirkende Anpassungen bleiben auf jene Einzelfälle beschränkt, in welchen die Versicherer nach der Prüfung grobe Verstösse der Leistungserbringer gegen die WZW-Kriterien nachweisen und begründen können.

1. Prüfung beim Versicherer

Die Versicherer führen folgende Kontrollen durch:

1.1 Prüfung der von der Spitex gemäss Art. 7.2 Abs. 2 und 5 eingereichten Unterlagen

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer systematisch folgende Unterlagen zur Verfügung:

- Bedarfsmeldung gemäss Art. 7.2
- Rechnung gemäss Art. 9.1
- Als Anhang der Bedarfsmeldung: Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV oder Leistungsplanungsblatt (gemäss Art. 7.2, Abs. 5)

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 Spitem 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 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. 10 Arbeitstage vorgängig über den geplanten Besuch.

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

Anhang 5 - Vergütung von Mittel und Gegenständen

1. Geltungsbereich

- 1.1 Dieser Anhang betrifft in sachlicher Hinsicht die Verrechnung von Mitteln und Gegenständen gemäss Anhang 2 KLV durch die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause nach den gesetzlichen und rechtlichen Voraussetzungen.

2. Vergütung von Mittel und Gegenständen

- 2.1 Spitex-Organisationen, die bei der versicherten Person Pflegeleistungen erbringen, verrechnen für ärztlich verordnete Mittel und Gegenstände den effektiven Preis, jedoch maximal den „Höchstvergütungsbetrag-Pflege“ gemäss Tarif 454 und unter Berücksichtigung von Artikel 56 KVG.
- 2.2 Spitex-Organisationen können als Abgabestelle für Mittel und Gegenstände fungieren, wenn sie die Voraussetzungen als Abgabestelle nach Art. 55 KVV erfüllen, eine separate ZSR-Nummer für die Abgabestelle haben und wenn sie bei der versicherten Person **keine** Pflegeleistungen erbringen. In diesem Fall verrechnen sie die Mittel und Gegenstände zum HVB-Selbstanwendung. Die Leistungen müssen zwingend mit der separaten ZSR-Nummer in Rechnung gestellt werden.
- 2.3 Die Abrechnung erfolgt detailliert, inkl. MiGeL-Positionsnummer und Kalendarium. Mit der ersten Rechnung muss zwingend die ärztliche Verordnung beiliegen.
- 2.4 Der Versicherer kann bei Bedarf eine Originalrechnung der vorhergehenden Handelsstufe einfordern, um die Einhaltung der Ziff. 2.1 zu überprüfen.

Anhang 6 - Pflegende Angehörige

Für Spitex-Organisationen, welche pflegende Angehörige anstellen möchten, gelten folgende zusätzlichen Bestimmungen. Anderslautende kantonale Bestimmungen gehen in jedem Fall vor.

1. Pflegende Angehörige

- 1.1 Als Pflegende Angehörige gelten sowohl Personen, die direkt verwandt sind, Geschwister, Eheleute und Personen in eingetragenen Partner- und Lebensgemeinschaften als auch Personen aus dem engen Lebensumfeld. Massgeblich ist nicht der Verwandtschaftsgrad der pflegenden Angehörigen, sondern vielmehr die regelmässige und substanzielle Unterstützung sowie die Verantwortung und die Verbindlichkeit gegenüber der zu pflegenden Person.
- 1.2 Sofern die pflegenden Angehörigen gemäss Art. 1 nicht nachweislich die Zulassungsbedingungen für Pflegefachpersonen gemäss Art. 49 KVV erfüllen oder eine andere pflegerische Berufsausbildung gemäss Anhang Fachpersonal absolviert haben, dürfen sie ausschliesslich Massnahmen der Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 Buchstabe c Ziffer 1 KLV zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen.
- 1.3 Anwendbare Vorschriften des eidgenössischen und kantonalen Arbeitsrechts sind einzuhalten. Es ist insbesondere sicherzustellen, dass die pflegenden Angehörigen physisch und psychisch in der Lage sind, die Pflegeleistungen in quantitativer und qualitativer Hinsicht sicherzustellen.

2. Instruktion und Überwachung der pflegenden Angehörigen

- 2.1 Die Instruktion und die fachliche Begleitung von angestellten Angehörigen ohne pflegerische Berufsausbildung hat kontinuierlich zu erfolgen. Initial werden sie von der fallverantwortlichen Pflegefachperson umfassend instruiert.
- 2.2 Die pflegenden Angehörigen werden angeleitet, wie die Pflegeleistungen zu erbringen und zu dokumentieren sind. Sie werden insbesondere darauf hingewiesen, dass sie eine Abweichung von den geplanten Pflegemassnahmen oder eine wesentliche Veränderung der Pflegesituation umgehend der fallverantwortlichen Pflegefachperson zu melden haben.
- 2.3 Die pflegenden Angehörigen werden von einer Pflegefachperson in regelmässigen Abständen überwacht und gegebenenfalls ergänzend angeleitet. Die Kadenz der Überwachung richtet sich nach der jeweiligen Pflegesituation. In jedem Fall muss alle zwei Wochen ein telefonischer Kontakt stattfinden und mindestens einmal monatlich ein Besuch einer Pflegefachperson vor Ort erfolgen.

3. Ausbildung von pflegenden Angehörigen

- 3.1 Die Spitex-Organisation ist dafür verantwortlich, dass sich die pflegenden Angehörigen die erforderlichen Kenntnisse, die sie für die Erbringung der Pflegeleistungen benötigen, aneignen. Als Mindestanforderung ist ein Kurs in Pflegehilfe (gemäss Anhang Fachpersonal) oder eine andere

gleichwertige Ausbildung notwendig. Eine entsprechende Ausbildung ist innerhalb eines Jahres ab Anstellung zu absolvieren.

- 3.2 Je nach Bedarf unterstützt die Spitex-Organisation die pflegenden Angehörigen bei der Absolvierung weiterer fachspezifischer Aus- und Weiterbildungen.