

---

# Administrativ-Vertrag SpiteX

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

**Regelung der administrativen Prozesse bei KVG-Pflichtleistungen für Akut- und Übergangspflege, die im Rahmen der ambulanten Krankenpflege durch die SpiteX-Organisation erbracht werden**

**Gültig ab 01.01.2023**

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 .....	6
Art. 5.1	Pflichten des Leistungserbringers .....	6
Art. 5.2	Pflichten der Versicherer .....	6
Art. 6	Leistungsvoraussetzungen .....	6
Art. 7	Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung, -meldung und -änderung.....	7
Art. 7.1	Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung.....	7
Art. 7.2	Bedarfsmeldung an die Versicherer.....	7
Art. 8	Leistungsvergütung von Pflegeleistungen .....	8
Art. 9	Vergütung von Mittel und Gegenständen .....	9
Art. 10	Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten .....	9
Art. 10.1	Rechnungsstellung.....	9
Art. 10.2	Zahlungsmodalitäten .....	10
Art. 11	Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Durchführung der Kontrollen .....	10
Art. 12	Mindestqualifikation für Personal .....	11
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 .....	12
Art. 18	Anwendbares Recht / Rechtsweg .....	12
Art. 19	Schlussbestimmungen .....	12
Art. 20	Übergangsbestimmungen .....	12
Anhang 1	- Beteiligte Versicherer.....	14
Anhang 2	- Beitrittsmanagement.....	15
Anhang 3	- Meldeformular Akut- und Übergangspflege für ambulante Leistungserbringer .....	16



Anhang 4 - Bedarfsmeldeformular / Beilage zum Bedarfsmeldeformular ..... 18

Anhang 5 - Fachpersonal.....20

Anhang 6 - Vereinbarung über die Kontrollen der Versicherer ..... 21

## 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 31.12.2024 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 Spitex-Organisationen, nachfolgend «Leistungserbringer» genannt, beitreten, welche
  - die Voraussetzungen gemäss Art. 51 KVV erfüllen;
  - über eine Zulassung nach kantonalem Recht verfügen;
  - dort wo der Kanton dies vorsieht, über eine besondere Bewilligung zur Durchführung von Akut- und Übergangspflege (AÜP) und über einen kantonalen Leistungsauftrag zur Erbringung der AÜP verfügen;
  - ein Konzept zur Durchführung der AÜP in ihrer Institution vorlegen.

Verfügt ein Leistungserbringer über mehrere aktive ZSR-Nummern (z.B. in verschiedenen Kantonen), muss er dem Vertrag mit jeder Nummer separat 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 gem. Anhang 2 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 AÜP im Sinne von Art. 25a Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 51 KVV und Art. 7 Abs. 3 und 7b KLV. Die Vergütung der Leistungen wird in einem separaten Tarifvertrag geregelt, der durch die kantonale Regierung zu genehmigen ist.
- 2 Er gilt für leistungsbezugsberechtigte Versicherte mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bei einem Versicherer gemäss Anhang 1.
- 3 AÜP gemäss Abs. 1 wird von den Vertragsparteien wie folgt definiert:  
AÜP gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG wird vom Spitalarzt für maximal 14 Tage angeordnet. Es müssen folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sein:
  - a. 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.
  - b. Die Patienten benötigen nach einem Aufenthalt in einem Akutspital eine qualifizierte Pflege durch Pflegefachpersonen.
  - c. 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 Pflegeheim vorgesehen.
  - d. Die AÜP hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patienten die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten

Umgebung nutzen können. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr nach Hause und Vermeidung einer Rehospitalisation.

- e. Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele aufgestellt.
- 4 Sofern zusätzlich eine medizinische oder therapeutische Behandlung notwendig ist, kann diese ambulant als Einzelleistung erbracht werden. Sie ist nicht Bestandteil der AÜP.
- 5 Für die Bereiche Langzeitpflege (Spitex), AÜP sowie Tages- oder Nachtstrukturen benötigen die Leistungserbringer jeweils eine separate ZSR-Nr.

## Art. 5 Pflichten des Leistungserbringers und der Versicherer

### Art. 5.1 Pflichten des Leistungserbringers

- 2 Auf allen Korrespondenzen zwischen Leistungserbringer und Versicherer sind anzugeben:
  - Daten der versicherten Person: Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Versicherungsnummer und Sozialversicherungsnummer
  - Bezeichnung des Versicherers
  - Daten des Leistungserbringers: ZSR-Nummer, GLN
- 3 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, seine Patienten vor Leistungsbezug in Bezug auf Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie insbesondere durch diese nicht gedeckten Kosten aufzuklären.
- 4 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 so weit 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 AÜP gemäss Art. 7 Abs. 3 KLV, die aufgrund der Bedarfsermittlung nach Art. 7 Abs. 2 lit. a, Art. 8 und 8a KLV, nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung hin erbracht werden.

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

### Art. 7.1 Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung

- 1 Der Bezug von pflegerischen Leistungen im Rahmen der AÜP setzt eine spitalärztliche Anordnung gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG und Art. 8 KLV sowie eine Bedarfsermittlung gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV i.V.m. Art. 8a KLV voraus. Die Meldung erfolgt ausschliesslich mit dem Formular „Meldeformular Akut- und Übergangspflege“ für den Spitalarzt in Anhang 3 und «Bedarfsmeldeformular» in Anhang 4.
- 2 Die Bedarfsermittlung gemäss Art. 8a Abs. 1 KLV erfolgt durch eine Pflegefachperson gemäss Anhang 5. Es steht den Leistungserbringern offen, welches anerkannte Bedarfsermittlungsinstrument sie wählen.
- 3 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).
- 4 Das Ergebnis der Bedarfsermittlung ist auf einem Bedarfsmeldeformular (Beispiele siehe Anhang 4a und b) festzuhalten.
- 5 Die Bedarfsermittlung erfolgt beim Patienten bei Leistungsbeginn.
- 6 Die Leistungserbringer müssen bei gleichzeitigem Einsatz bei einem Patienten ihre Dienstleistungen koordinieren und sich über das Zeitbudget absprechen. Eine Kumulation derselben Leistungen ist ausgeschlossen (z.B. doppelte Bedarfsabklärung, Beratung und Anleitung).

### Art. 7.2 Bedarfsmeldung an die Versicherer

- 1 Die Bedarfsmeldung zeigt den voraussichtlichen Bedarf an Pflegeleistungen auf. Auf dem Bedarfsmeldeformular geben die Leistungserbringer den voraussichtlichen Zeitbedarf gemäss Art. 8a Abs. 4 KLV an.
- 2 Die vom Spitalarzt unterzeichnete Anordnung auf dem „Meldeformular Akut- und Übergangspflege“ (gemäss Anhang 3) sowie das von der verantwortlichen Pflegefachperson des Leistungserbringer unterzeichnete „Bedarfsmeldeformular“ (gemäss Anhang 4) sind vollständig ausgefüllt spätestens innert 5 Tagen ab Beginn der AÜP vom Leistungserbringer dem Versicherer zuzustellen.
- 3 Das Datum des effektiven Behandlungsbeginns und das Datum, zu welchem die Verordnung wirksam wird, müssen identisch sein. Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig. Ohne gültige Bedarfsmeldung werden vom Versicherer keine Leistungen vergütet.
- 4 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 Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV bei Bedarf dem Versicherer vorzulegen.

- 5 Erhebt der Versicherer nicht innert 5 Arbeitstagen ab Erhalt der in Abs. 2 erwähnten Formulare Einspruch, so gilt die Leistungspflicht unter Vorbehalt von Art. 6 dieses Vertrages sowie unter Vorbehalt der in Anhang 6 geregelten Kontrollverfahren als gegeben.
- 6 Die Bedarfsmeldung enthält folgende Angaben:
- Personalien und Versichertendaten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnadresse / Versicherungsnummer und Sozialversicherungsnummer)
  - Behandlungsgrund Krankheit, Unfall oder Mutterschaft
  - Name des Versicherers
  - ZSR-Nr. und GLN-Nr. des Leistungserbringers (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
  - ZSR-Nr. und GLN-Nr. des verordnenden Arztes (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
  - Grad der Hilflosigkeit (leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
  - Beginn und Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung
  - Voraussichtlicher Bedarf an MiGeL-Produkten inkl. zweistelliger Nummer der Produktegruppe
  - 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 InterRAI beigelegt, mit Angaben zur voraussichtlichen Anzahl Einsätze je Leistung pro Tag, Woche, (Beispiele in der Beilage zu Anhang 4).

## Art. 8 Leistungsvergütung von Pflegeleistungen

- Mit der Vergütung gemäss separatem Tarifvertrag nach Art. 4 Abs. 1 dieses Vertrages sind sämtliche krankenversicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen gem. Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.
- Der Leistungserbringer rechnet die effektiv erbrachten Pflegeleistungen ab.
- Der Leistungserbringer kann keine Leistungen für AÜP 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.
- Im Rahmen dieses Administrativ-Vertrages dürfen keine hier nicht erwähnten Leistungen (z.B. Arzneimittel usw.) zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden.

## Art. 9 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. Die Verordnung wird spätestens mit der ersten Rechnung dem Versicherer zugestellt.
- 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 Es können nur die effektiven Kosten der Produkte bis zum in der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) vorgesehenen Höchstvergütungsbetrag (HVB) in Rechnung gestellt werden. Übersteigt der Preis eines Produktes den HVB Pflege, so verrechnet der Leistungserbringer die Differenz der versicherten Person auf einer separaten Rechnung.
- 5 Die Limitationen der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) sind zu beachten.

## Art. 10 Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten

### Art. 10.1 Rechnungsstellung

- 1 Die Rechnungsstellung erfolgt einmalig nach Abschluss der Behandlung AÜP.
- 2 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Rechnung schriftlich oder im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen und nach den aktuellen Vorgaben des Forums Datenaustausch zu übermitteln.
- 3 Die Rechnung enthält folgende Angaben:
  - a) Rechnungsdatum, -nummer
  - b) Personalien und Versichertendaten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnadresse / Versicherungsnummer / 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. des Spitals und GLN-Nr. des verordnenden Arztes (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
  - g) Grad der Hilflosigkeit (leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
  - h) Beginn der Gültigkeitsdauer der spitalärztlichen Anordnung
  - i) Für die Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV ist je nach Art des Tarifs folgendes anzugeben:

- Sofern eine Tagespauschale vereinbart: Anzahl Tage, Kalendarium und Total der Leistungen in CHF.
  - Sofern ein Mischtarif vereinbart: Minuten (dezimal), Kalendarium und Total der Leistungen in CHF.
  - Sofern ein Tarif je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a) bis c) KLV vereinbart: Erbrachte Minuten (dezimal) je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a bis c KLV, Kalendarium, Total der Leistungen Art. 7 KLV pro Leistungsart in Minuten (dezimal) in CHF.
- j) Komplette MiGeL-Positions Nr. und Menge, maximal Höchstvergütungsbetrag Pflege gemäss MiGeL, je pro Produkt.
- 4 Nichtpflichtleistungen müssen gemäss Art. 59 Abs. 2 KVV von den OKP-Leistungen getrennt abgerechnet werden.

## Art. 10.2 Zahlungsmodalitäten

- 1 Schuldner der Vergütung gemäss diesem Administrativvertrag ist der Versicherer (System Tiers payant, Art. 42 Abs. 2 KVG).
- 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 Der Versicherer bezahlt dem Leistungserbringer die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen.
- 5 Die Frist gilt ab dem Zeitpunkt, ab dem der Versicherer über sämtliche zur Prüfung der vertrags- und gesetzeskonformen Rechnung erforderlichen Unterlagen verfügt.
- 6 Bei begründeten Beanstandungen wird die Zahlungsfrist gemäss Art. 10.2 Abs. 4 unterbrochen. Der nicht beanstandete Teil bleibt vom Versicherer geschuldet.

## 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 dazu wird im Anhang 6 im Detail vereinbart und geregelt.

## Art. 12 Mindestqualifikation für Personal

Die Voraussetzungen gemäss Art. 51 lit. c KVV, die das erforderliche Fachpersonal zu erfüllen hat, werden in Anhang 5 beschrieben.

## Art. 13 Gültigkeit der Sprachversionen

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

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

- 1 Dieser Vertrag tritt per 01.01.2023 in Kraft und ist unbefristet gültig.
- 2 Der Vertrag ist von jeder Vertragspartei mit einer Kündigungsfrist von 6 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 allein nicht gekündigt werden.

**Anhang 1:** Beteiligte Versicherer

**Anhang 2:** Beitrittsmanagement

**Anhang 3:** Meldeformular Akut- und Übergangspflege für ambulante Leistungserbringer

**Anhang 4:** Bedarfsmeldeformular / Beilage zum Bedarfsmeldeformular

**Anhang 5:** Fachpersonal

**Anhang 6:** Vereinbarung über die Kontrollen der Versicherer

## 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 Behörde vorbehalten.

## Art. 18 Anwendbares Recht / Rechtsweg

- 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, .....

.....

Thomas Heiniger  
Präsident

.....

Cornelis Kooijman  
Co-Geschäftsführer

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

Bern, .....

.....

Pirmin Bischof  
Präsident

.....

Marcel Durst  
Geschäftsführer

Für die **Einkaufsgemeinschaft HSK AG:**

Dübendorf, .....

.....

Eliane Kreuzer  
Geschäftsführerin

.....

Manuela Schär  
Verhandlungsleiterin, Tarifmanagerin Pflege

---

## Anhang 1 - Beteiligte Versicherer

(Stand 01.01.2023)

Folgende Versicherer sind an HSK beteiligt und demnach dem Vertrag angeschlossen:

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

## Anhang 2 - Beitrittsmanagement

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

Beitritt per	Name Leistungserbringer	Ort	Kanton	ZSR-Nr. Langzeit	ZSR-Nr. AÜP	GLN	Rücktritt per
01.01.2023	Spitex Muster 1	Zürich	ZH	A123401	B123401	760....	
01.01.2023	Spitex Muster 2	Bern	BE	D123402	E123402	760...	30.03.2024
08.02.2023	Spitex Muster 3	Bern	BE		Z123402	760...	
<i>Sortierung nach Beitrittsdatum (neuester Beitritt zuletzt)</i>				<i>ZSR-Nr. zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerschläge und Punkte</i>	<i>ZSR-Nr. zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerschläge und Punkte</i>	<i>GLN zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerschläge</i>	

Ergänzend gilt Folgendes:

- 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 - Meldeformular Akut- und Übergangspflege für ambulante Leistungserbringer

### Meldeformular 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.

<b>Dokument</b>	Identifikation	
<b>Antragssteller</b>		
<b>Leistungserbringer</b>		
<b>Patient</b>	Name	Muster
	Vorname	Peter
	Strasse	Patientenweg 1
	PLZ	6000
	Wohnort	Luzern
	Geburtsdatum	15.01.1977
	Geschlecht	M
	Krankheitsbeginn	XX.XX.2021
	Versichertennummer	12345678
	Sozialversicherungsnummer	
	Versichertenkartennummer	
	Gesetz	KVG
	Behandlungsgrund	Krankheit
	Behandlungsart	AÜP
<b>Spital</b>		
ZSR-Nr. des Spitals		
GLN des Spitals		
GLN und Name des verordnenden Spitalarztes		
<b>Diagnose (fakultativ)*</b>	ICD-10	
<b>Therapie</b>	AÜP	
<b>Behandlungsbeginn</b>	XX.XX.2021	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 <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Es besteht ein befristeter, pflegerischer Interventionsbedarf von bis zu 24 Std. pro Tag.  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Eine stationäre Rehabilitation ist nicht gerechtfertigt.   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Die Patientin/der Patient besitzt das Potential zur Wiedererlangung einer Selbstständigkeit, die ein Leben in der gewohnten Umgebung ermöglicht. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Die Patientin / der Patient will in die gewohnte Lebens-/ Wohnsituation zurückkehren.  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Die Ziele der AÜP wurden mit der Patientin / dem Patienten oder ggf. mit Angehörigen bzw. dem gesetzlichen Vertreter vereinbart.                 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Beginn der AÜP: .....

Voraussichtliche Dauer: (max. 14 Tage): .....

#### Wer übernimmt die AÜP?

ZSR-Nr. und GLN: .....

Name des Leistungserbringers: .....

Adresse des Leistungserbringers: .....

Ort, Datum .....

Unterschrift des verordnenden Spitalarztes / Spitalstempel

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

## Anhang 4 - Bedarfsmeldeformular / Beilage zum Bedarfsmeldeformular

### Anhang 4a: 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"> <li>w = wöchentlich</li> <li>m = monatlich j = jährlich</li> <li>e = einmalig</li> </ul>	
<b>Beispiele</b>				
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	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 4b: Leistungsplanungsblatt interRAI HC<sub>Schweiz</sub> (Beispiel)

Alle Leistungserbringer, die mit interRAI arbeiten, können das interRAI-Leistungsplanungsblatt einsenden. Weitere Informationen zu interRAI können auf der Website <https://www.spitex-bedarfsabklaerung.ch/> abgerufen 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 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 Spitexleistung	KLV-Leistungen in Minuten			KLV total	Nicht-KLV
	a	b	c		
- Einmalige Leistungen					
- Periodische Leistungen					
- pro Tag					
- pro Woche					
- pro Monat					
<b>Ganze Verordnungsperiode (von-bis)</b>					
<b>Anpassung aufgrund doppelter Zeiterfassung bei simultan erbrachten Leistungen</b>					
<b>Total</b>					

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 5 - Fachpersonal

a) Ambulante Pflegeleistungen				
	Ausbildung / Berufsbezeichnung	Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination	Massnahmen der Grundpflege	Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung
Tertiärstufe	<b>Pflegefachfrau/-mann FH / HF</b> (altrechtliche Abschlüsse: AKP, GKP, PsyKP, KWS, DN I, DN II, dipl. Pflegefachfrau/-mann)	Ja	Ja	Ja
	<b>Fachfrau/-mann Langzeitpflege und Betreuung FA (Berufsprüfung)</b>	Nein	Ja	Ja
Sekundarstufe II	<b>Fachfrau/-mann Gesundheit (FaGe) EFZ</b> (altrechtliche Abschlüsse: PKP (FA SRK; Hauspfleger/in EFZ oder mit Diplom, mit Zusatzmodul Behandlungspflege)	Nein	Ja	Ja <sup>1)</sup>
	<b>Fachfrau/-mann Betreuung (FaBe) EFZ, Fachrichtung Betagte oder Behinderte</b> (altrechtlicher Abschluss: Betagtenbetreuer/-in BB)	Nein	Ja	Ja <sup>1)</sup> , nur mit Zusatzmodul Behandlungspflege
	<b>Med. Praxisassistent/in (MPA) EFZ</b>	Nein	Auf Handreichungen beschränkt	Ja <sup>1)</sup>
	<b>Assistentin / Assistent Gesundheit und Soziales (AGS) EBA</b>	Nein	Keine umfassende, fallführende Grundpflege	Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten <sup>1)</sup>
Ausserhalb Bildungssystematik	<b>Pflegeassistentin</b>	Nein	Keine umfassende, fallführende Grundpflege	Nein
	<b>Pflegehelfer/in<sup>2)</sup></b>	Nein	Keine umfassende, fallführende Grundpflege	Nein
<sup>1)</sup> gemäss Ausbildungsbestimmungen und Berufserfahrung <sup>2)</sup> 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.		

## Anhang 6 - 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:

- 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. 10.1 Abs. 3 lit. i) 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: der Tag, ab Beginn der ärztlichen Anordnung.
- bei Prüfung beim Leistungserbringer oder beim Versicherten (s. Art. 2 und 3): der Tag, ab Beginn der ärztlichen Anordnung.

### 1. Prüfung beim Versicherer

Die Versicherer führen folgende Kontrollen durch:

1.1 Prüfung der vom Leistungserbringer 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. 10.1
- Als Anhang der Bedarfsmeldung: Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV oder Leistungsplanungsblatt gemäss Inter-RAI (gemäss Art. 7.2, Abs. 6)

- 1.2 Prüfung der vom Versicherer verlangten und vom Leistungserbringer 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 beim Leistungserbringer verlangen (z.B. Originaldokument ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung (z.B. MDS), Pflegeplanung, Pflegeverlauf, Wunddokumentation etc.).
  - 1.2.2 Der Leistungserbringer 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 den Leistungserbringer 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 nach eigenem Ermessen auf der Basis von ausgewählten 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 gegenseitiger Absprache kann von dieser Frist in Ausnahmefällen 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 nach eigenem Ermessen Prüfungen im Rahmen eines Pflegeeinsatzes beim Versicherten durch.

3.1 Der Versicherer informiert den Versicherten über den Zweck des Besuches und vereinbart mit ihm einen Termin. Der Kontrollbesuch kann während eines regulären Einsatzes des Leistungserbringers erfolgen. In diesem Fall informiert der Versicherer den Leistungserbringer vorgängig über den geplanten Besuch. Eine Zustimmung des Leistungserbringers ist nicht erforderlich.

Nach der Durchführung des Kontrollbesuches erhält der Leistungserbringer innerhalb von 15 Arbeitstagen eine schriftliche Rückmeldung vom Versicherer.