



Administrativ-Vertrag OKP

Vertrags-Nr.: IP-210.354

(gültig ab: 01.04.2023)

zwischen

Spitex Schweiz
Effingerstrasse 33
3008 Bern

Association Spitex privée Suisse (ASPS)
Uferweg 15
3013 Bern

nachfolgend «**Verbände**» genannt

und

CSS Kranken-Versicherung AG
Tribtschenstrasse 21
6005 Luzern

nachfolgend «**CSS**» oder «**Versicherer**» genannt

alle zusammen «**Vertragsparteien**» genannt

betreffend

die Abgeltung von krankenversicherungspflichtigen Leistungen nach KVG, die im Rahmen der ambulanten Krankenpflege durch Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause erbracht werden.

(Alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter.)

Inhaltsverzeichnis

1.	Vertragsparteien.....	3
2.	Vertragsbeitritt und -rücktritt der Leistungserbringer	3
3.	Geltungsbereich und Leistungsumfang	3
4.	Pflichten des Leistungserbringers und der Versicherer.....	4
5	Leistungsvoraussetzungen.....	4
6	Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung, -meldung und -änderung.....	4
7	Leistungsvergütung inkl. Mittel und Gegenstände	5
8	Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten.....	6
9	Elektronischer Datenaustausch (EDI).....	7
10	Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Durchführung der Kontrollen.....	7
11	Mindestqualifikationen für Personal	7
12	Gültigkeit der Sprachversionen.....	7
13	Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung	7
14	Anhänge zum Vertrag	7
15	Schriftlichkeitsvorbehalt	8
16	Salvatorische Klausel	8
17	Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz	8
18	Schlussbestimmungen.....	8
19	Übergangsbestimmungen.....	8
	Anhang 1 – Pflegende Angehörige.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
	Anhang 2 – Bedarfsmeldeformular / Beilagen zum Bedarfsmeldeformular.....	10
	Anhang 3 – Fachpersonal.....	13
	Anhang 4 – Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer	14
	Anhang 5 – Vergütung von Mitteln und Gegenständen	16

1. Vertragsparteien

Die Parteien des vorliegenden Vertrages sind Spitex Schweiz und die Association Spitex privée Suisse (ASPS), nachfolgend «Verbände» genannt, sowie die CSS Kranken-Versicherung AG nachfolgend «CSS» genannt.

2. Vertragsbeitritt und -rücktritt der Leistungserbringer

2.1 Diesem Vertrag können alle Leistungserbringer, nachfolgend «Leistungserbringer» genannt, beitreten, welche:

- die Voraussetzungen gemäss Art. 51 KVV erfüllen;
- über eine Zulassung nach kantonalem Recht verfügen.

Verfügt ein Leistungserbringer über mehrere aktive ZSR-Nummern (z.B. in verschiedenen Kantonen), muss er mit jeder Nummer separat dem Vertrag beitreten.

2.2 Das Beitrittsverfahren wird durch die Verbände nach vollständiger Unterzeichnung des vorliegenden Administrativ-Vertrages eingeleitet. Die Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) sind anwendbar. Es liegt ausschliesslich in der Kompetenz der Verbände, die Beitritte und Rücktritte näher zu regeln. Die CSS übernimmt diesbezüglich keine Aufgaben und Verantwortung.

2.3 Die CSS hat im Bedarfsfall das Recht, bei Spitex Schweiz und ASPS eine Kopie des Beitrittsformulars eines Leistungserbringers einzuverlangen.

2.4 Leistungserbringer, die nicht Mitglied der Verbände sind, können dem Vertrag beitreten. Das Verfahren (z.B. Beitrittsgebühr usw.) richtet sich nach den Bedingungen der Verbände.

2.5 Die dem vorliegenden Vertrag beigetretenen Leistungserbringer übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen inkl. dessen Anhänge.

2.6 Die Verbände stellen der CSS via E-Mail: tarifvertraege@css.ch die jeweils gültige Beitrittsliste zu. Sie informieren die CSS bei jeglichen Änderungen umgehend, mindestens aber halbjährlich. Für diejenigen Leistungserbringer, die bis zum 30.04.2023 dem vorangehenden Administrativ-Vertrag mit der CSS (Vertragsnummer IP-206.299) beigetreten waren, gilt die Übergangsbestimmung gemäss Ziff. 19 dieses Vertrags.

2.7 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 ist nicht möglich. Die Leistungserbringer reichen ihre schriftliche Rücktrittserklärung dem Verband ein. Der Verband informiert die CSS umgehend via E-Mail: tarifvertraege@css.ch. Der Vertrag bleibt für die übrigen Parteien und Leistungserbringer vollumfänglich anwendbar.

3. Geltungsbereich und Leistungsumfang

3.1 Dieser Vertrag regelt die administrative Abwicklung für die ambulanten Pflegeleistungen im Sinne von Art. 25a KVG, Art. 51 KVV und Art. 7ff KLV.

3.2 Er gilt für leistungsbezugsberechtigte Versicherte mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bei der CSS.

3.3 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 Ziff. 7 dieses Vertrages).

3.4 Für die Bereiche Langzeitpflege, Akut- und Übergangspflege sowie Tages- oder Nachtstrukturen benötigen die Leistungserbringer jeweils eine separate ZSR-Nr.

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

3.6 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.

4. Pflichten der Leistungserbringer und des Versicherers

- 4.1. Auf allen Korrespondenzen zwischen dem Leistungserbringer und der CSS sind anzugeben:
- Daten der versicherten Person: Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Versichertennummer und/oder Sozialversicherungsnummer
 - Bezeichnung des Versicherers
 - Daten des Leistungserbringers: ZSR-Nummer, GLN-Nummer
- 4.2. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, seine Patienten vor Leistungsbezug in Bezug auf Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie insbesondere durch diese nicht gedeckten Kosten aufzuklären.
- 4.3. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Tarifschutz nach Art. 44 KVG einzuhalten.

5 Leistungsvoraussetzungen

- 5.1. Die CSS übernimmt die Kosten der effektiv erbrachten Leistungen der ambulanten Krankenpflege nach Art. 7 Abs. 2, Art. 8 und Art. 8a KLV, die aufgrund der Bedarfsermittlung und 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.
- 5.2. Die CSS 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.

6 Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung, -meldung und -änderung

6.1 Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung

- 6.1.1. 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.
- 6.1.2. 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).
- 6.1.3. Das Ergebnis ist auf dem Bedarfsmeldeformular (Beispiele siehe Anhang 1a und b) festzuhalten.
- 6.1.4. Die Bedarfsermittlung erfolgt beim Patienten bei Leistungsbeginn und ist spätestens innert 14 Kalendertagen nach Beginn des Einsatzes abzuschliessen.
- 6.1.5. 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 Bedarfsermittlung, Beratung, Anleitung).

6.2 Bedarfsmeldung an den Versicherer

- 6.2.1. 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 (Referenz: Website Spitex Schweiz; Rubrik Grundlagen / Qualität / Instrumente Qualität: <https://www.spitex.ch/Grundlagen/Qualitaet/Instrumente-Qualitaet/PouRP/>). Auf der Bedarfsmeldung geben die Leistungserbringer den voraussichtlichen Zeitbedarf gemäss Art. 8a Abs. 4 KLV an. Abgerechnet werden die effektiv erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung von Ziff. 6.3 dieses Vertrages.
- 6.2.2. Das Bedarfsmeldeformular ist vollständig ausgefüllt innerhalb einer Woche jedoch spätestens mit der ersten Monatsrechnung nach Kenntnisnahme (bei Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und c KLV) oder Unterzeichnung (bei Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) durch den verordneten Arzt oder die verordnete Ärztin und Unterzeichnung durch die verantwortliche Pflegefachperson des Leistungserbringers der CSS zuzustellen. Ohne

gültige Bedarfsmeldung werden von der CSS keine Leistungen vergütet. Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig.

6.2.3 Die von den Vertragsparteien vereinbarte, standardisierte Bedarfsmeldung kann auch elektronisch in strukturierter Form der CSS übermittelt werden. Der Leistungserbringer trägt die Verantwortung, die vom Arzt oder der Ärztin unterschriebene Bedarfsmeldung bei Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV auf Verlangen der CSS vorzulegen.

6.2.4 Erhebt die CSS nicht innert 15 Arbeitstagen ab Erhalt der Meldung Einspruch, so gilt die Leistungspflicht unter Vorbehalt von Ziff. 5 dieses Vertrages sowie unter Vorbehalt der in Anhang 3 geregelten Kontrollverfahren als gegeben.

6.2.5 Die Bedarfsmeldung enthält folgende Angaben:

- a. Personalien und Versichertendaten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnort / Versicherungsnummer und/oder Sozialversicherungsnummer)
- b. Behandlungsgrund Krankheit, Unfall oder Mutterschaft
- c. Name des Versicherers
- d. Name, ZSR-Nr. und falls vorhanden GLN-Nr. des Leistungserbringers (GLN-Nr. bei elektronischer Meldung zwingend)
- e. Name, ZSR-Nr. und falls vorhanden GLN-Nr. des verordnenden Arztes (GLN-Nr. bei elektronischer Meldung zwingend)
- f. Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
- g. Beginn und Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung

Zusätzlich für ambulante Pflegeleistungen gem. Ziff. 3.5 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

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 Anhang 1a).

Zusätzlich für Leistungen in Tages- oder Nachtstätten gem. Ziff. 3.6 dieses Vertrages:

- i. Einschätzung der Selbstständigkeit
- j. Voraussichtliche Anzahl Pfl egetätigkeiten und Minuten pro Tag (Formular gemäss Anhang 1b) und die daraus resultierenden Stufen gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV

6.3 Änderung des Pflegebedarfs

6.3.1 Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen dauerhaft, ist eine neue Bedarfsermittlung vorzunehmen.

6.3.2 Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen im Verlaufe des Einsatzes vorübergehend während mehreren Tagen und übersteigt er die verordnete Anzahl Minuten wesentlich, muss diese Änderung der CSS schriftlich gemeldet werden.

7 Leistungsvergütung inkl. Mittel und Gegenstände

7.1 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.

7.2 Der Leistungserbringer rechnet die effektiv erbrachten Pflegeleistungen unter Berücksichtigung von Ziff. 6.3. dieses Vertrages ab.

7.3 Mit der Bezahlung der Beiträge:

- a) gemäss Art. 7a Abs. 1 und 2 KLV sind sämtliche krankensicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen der einzelnen Leistungserbringer gemäss Ziff. 3.5 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 Ziff. 3.6 dieses Vertrages für Pflegemassnahmen nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.

- 7.4 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 Behandlungsablaufes bereits während eines Spitalaufenthaltes erfolgen müssen. Ausserdem kann der Leistungserbringer keine Leistungen der ambulanten Langzeitpflege nach Art. 7 KLV abrechnen, während der Patient Leistungen der ambulanten Akut- und Übergangspflege bezieht (keine gleichzeitige Verrechnung).
- 7.5 Die Modalität der Verrechnung der ärztlich verordneten Mittel und Gegenstände (MiGe) (gemäss Liste der Mittel und Gegenstände - Anhang 2 KLV [MiGeL]), ist im Anhang 4 geregelt.
- 7.6 Im Rahmen dieser Vereinbarung dürfen keine hier nicht erwähnten Leistungen (z.B. Arzneimittel usw.) zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden.

8 Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten

8.1 Rechnungsstellung

- 8.1.1 Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich und elektronisch gemäss den aktuellen Standards des Forums Datenaustausch.
- 8.1.2 Kann der einzelne Leistungserbringer in Abweichung von Ziff. 8.1.1 den Datenaustausch nicht elektronisch vornehmen, sind die Rechnungsformulare und weitere Dokumente in Papierform (Rechnung gemäss Standard Forum Datenaustausch) zu übermitteln.
- 8.1.3 Bei Behandlungen, die über das Jahresende hinaus dauern, muss per 31.12. eine Zwischenabrechnung erstellt werden. Falls ein Versicherter per 30.6. seinen Versicherer wechselt, erstellt der Leistungserbringer auf Verlangen des Versicherers bis spätestens 15.8. des Kalenderjahres eine Zwischenabrechnung per 30.6.
- 8.1.4 Als Richtlinie zur konkreten Umsetzung der Abrechnung dient der «Leitfaden zur Rechnungsstellung von Pflegeleistungen» (<https://www.sasis.ch>).
- 8.1.5 Die Rechnung enthält folgende Angaben:
- Rechnungsdatum, -nummer
 - Personalien und Versichertendaten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnort / Versichertennummer und/oder Sozialversicherungsnummer)
 - Behandlungsgrund Krankheit, Unfall oder Mutterschaft
 - Name des Versicherers
 - Name, ZSR-Nr. und GLN-Nr. des Leistungserbringers (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
 - Name, ZSR-Nr. und GLN-Nr. des verordnenden Arztes (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
 - Für MiGe: Tarif 454, komplette MiGeL-Positions Nr. und Menge. Maximal «HVB Pflege» gemäss MiGeL pro Produkt.

Zusätzlich für ambulante Pflegeleistungen gem. Ziff. 3.5 dieses Vertrages:

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

Zusätzlich für Leistungen in Tages- oder Nachtstätten gem. Ziff. 3.6 dieses Vertrages:

- Kalendarium mit der entsprechenden Beitragsstufe

8.2 Zahlungsmodalitäten

- 8.2.1 Die Vertragsparteien vereinbaren, dass die CSS die Vergütung nach Art. 7a KLV schuldet (System des Tiers payant).
- 8.2.2 Der einzelne Leistungserbringer kann in Abweichung von Ziff. 8.2.1 dieses Vertrages 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.

- 8.2.3 Es werden durch die CSS nur vertrags- und gesetzeskonforme Rechnungen vergütet.
- 8.2.4 Die Leistungserbringer stellen der CSS 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.
- 8.2.5 Die CSS bezahlt dem Leistungserbringer die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen.
- 8.2.6 Die Zahlungsfrist gilt ab dem Zeitpunkt, ab dem die CSS über sämtliche zur Prüfung der vertrags- und gesetzeskonformen Rechnung erforderlichen Unterlagen verfügt.
- 8.2.7 Bei begründeten Beanstandungen werden die Zahlungsfristen gemäss Ziff. 8.2.5 dieses Vertrages unterbrochen. Der nicht beanstandete Teil bleibt von der CSS geschuldet.

9 Elektronischer Datenaustausch (EDI)

Die Vertragsparteien wollen unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes den elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Versicherern weiter fördern.

10 Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Durchführung der Kontrollen

- 10.1 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu erbringen (Art. 32 und 56 KVG)
- 10.2 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, an Massnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle seiner Leistungen gemäss aktuell gültiger Vereinbarung im Sinne von Art. 58a KVG teilzunehmen.
- 10.3 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 3 im Detail vereinbart und geregelt.
- 10.4 Die Umsetzung der Wirtschaftlichkeitskontrollen nach Art. 56 KVG ist nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

11 Mindestqualifikationen für Personal

Im Sinne der Qualitätssicherung werden die Voraussetzungen gemäss Art. 51 lit. c KVV, die das erforderliche Fachpersonal zu erfüllen hat, in den Anhängen 2 und 5 beschrieben.

- a) Soweit die ambulanten Pflegeleistungen gemäss Ziff. 3.5 dieses Vertrages betroffen sind, gilt Anhang 2a).
- b) Soweit die ambulanten Pflegeleistungen gemäss Ziff. 3.6 dieses Vertrages betroffen sind, gilt Anhang 2b).
- c) Soweit die ambulanten Pflegeleistungen durch ein vom Leistungserbringer angestellte pflegende Angehörige erbracht werden, gilt Anhang 5.

12 Gültigkeit der Sprachversionen

Dieser Vertrag wird in deutscher Sprache ausgefertigt und unterzeichnet. Wird dieser Vertrag übersetzt, dann ist bei allfälligen Differenzen die deutschsprachige Version abschliessend massgebend.

13 Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung

- 13.1 Dieser Vertrag tritt per 01.04.2023 in Kraft und ist unbefristet gültig.
- 13.2 Der Vertrag ist von jeder Vertragspartei mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten, jeweils per Ende eines Kalenderjahres kündbar, erstmals per 31.12.2024.
- 13.3 Der vorliegende Vertrag ersetzt alle Verträge resp. Vereinbarungen mit demselben Regelungsgegenstand für die diesem Vertrag unterliegenden Leistungserbringer, Verbände und die CSS.

14 Anhänge zum Vertrag

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

Anhang 1: Bedarfsmeldeformular / Beilagen zum Bedarfsmeldeformular

Anhang 2: Fachpersonal

Anhang 3: Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

Anhang 4: Vergütung von Mitteln und Gegenständen

Anhang 5: Pflegende Angehörige

15 Schriftlichkeitsvorbehalt

Alle Änderungen und Ergänzungen zu diesem Vertrag bzw. seinen Anhängen haben schriftlich zu erfolgen und sind von den Vertragsparteien rechtsverbindlich zu unterzeichnen.

16 Salvatorische Klausel

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

17 Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz

- 17.1 Streitigkeiten zwischen Versicherer und Leistungserbringer sollen von den Betroffenen grundsätzlich direkt bereinigt werden.
- 17.2 Die Vertragsparteien können bei schwerwiegenden Einzelfällen oder bei einer Häufung von ähnlichen Problemstellungen zur Klärung beigezogen werden
- 17.3 Anwendbar ist Schweizer Recht.
- 17.4 Das Vorgehen bei Streitigkeiten richtet sich nach Art. 89 KVG.

18 Schlussbestimmungen

Dieser Vertrag wird in 3-facher Ausführung ausgefertigt und unterzeichnet. Je ein Vertragsexemplar ist für die Vertragsparteien.

19 Übergangsbestimmungen

Der vorliegende Vertrag entfaltet für die Leistungserbringer, die dem vorangehenden Administrativvertrag mit der CSS (Vertragsnummer IP-206.299) 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.

[Die nächste Seite ist die Unterschriftenseite].

Bern, den 22.6.2023

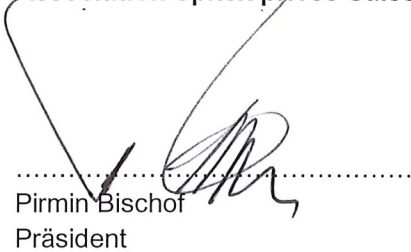
Spitex Schweiz

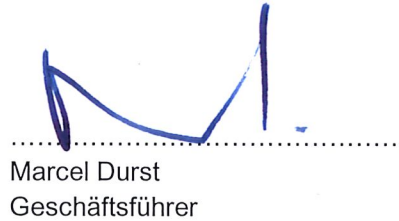

.....
Thomas Heiniger
Präsident


.....
Cornelis Kooijman
Co-Geschäftsführer

Bern, den 22.6.2023

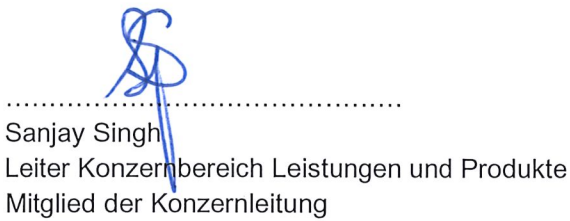
Association Spitex privée Suisse (ASPS)

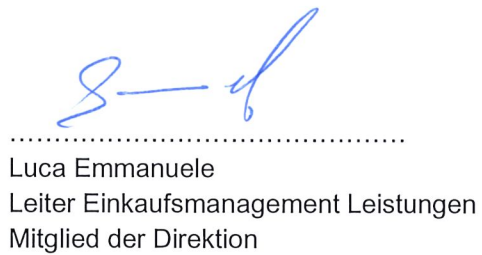

.....
Pirmin Bischof
Präsident


.....
Marcel Durst
Geschäftsführer

Luzern, den 25.5.2023

CSS Kranken-Versicherung AG


.....
Sanjay Singh
Leiter Konzernbereich Leistungen und Produkte
Mitglied der Konzernleitung


.....
Luca Emmanuele
Leiter Einkaufsmanagement Leistungen
Mitglied der Direktion

Geprüft R&C
24.05.23
Dat. / / Vis.
GRVCC

Anhang 1 – Bedarfsmeldeformular / Beilagen zum Bedarfsmeldeformular

1a: Beilagen zum Bedarfsmeldeformular

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

1b: Bedarfsmeldeformular für Tages- oder Nachtstätten gem. Ziff. 3.6 dieses Vertrages

Anhang 1a: Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV (Beispiel)

Name _____	Vorname _____
Anzahl =	Anzahl Leistungen
Häufigkeit =	Einheit:
	<ul style="list-style-type: none"> • t2, t3....t7 = 2,3...7 Tagen pro Woche • w = wöchentlich • m = monatlich j = jährlich • e = einmalig
Beispiele	
Einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin 2 Mal täglich an 7 Tagen pro Woche	= Anzahl 2
	Häufigkeit t 7
Hilfe beim Medizinalbad 2 Mal pro Woche	= Anzahl 2
	Häufigkeit 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 1a: Leistungsplanungsblatt interRAI HCSchweiz (Beispiel)

Alle Leistungserbringer, die mit interRAI arbeiten, können das interRAI-Leistungsplanungsblatt ein-senden. Weitere Informationen zu interRAI können auf der Website <https://www.spitex-bedarfsab-klarung.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 Bedarfsabklä-rung							a
10906	Pflegebedarf bestimmen und evaluieren							a
10907	Konsultation Arzt-Spitex zur Bedarfsabklärung							a
10909	Pflegeanleitung/ Beratung Klientin oder Angehörige							a
20012	Wochenkehr 4-Zimmer-Wohnung							Nein
20014	Küche / Bad reinigen							

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

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

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

Nettobedarf Spitexleistung	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 er-brachten Leistungen					
Total					

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

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

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

Anhang 1b: Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldeformular für Tages- oder Nachtstätten (Beispiel)

Übergangsformular – Version 1

Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldeformular für Tages- oder Nachtstätten

Name Krankenversicherer
 Vorname Versicherten-Nr.
 Strasse
 PLZ/Ort falls Leistungen nach UVG:
 Geburtsdatum Unfallversicherer
 Geschlecht weiblich männlich

Aufenthalt wegen: Krankheit Invalidität Unfall
 Hilflosenentschädigung: keine leicht mittel schwer nicht bekannt
 Dauer (Art. 8 KLV) gültig für: 3 Monate 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							
					Pflegertätigkeiten	Total Minuten pro Tag	Bemerkungen
					einmal	mehrmals	
Sich bewegen / Mobilität							
Essen und trinken							
Sich waschen und kleiden							
Ausscheiden							
Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV							
Andere Leistungen (beschreiben):							
Total Minuten							
Stufe gemäss Art. 7a 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 2 – Fachpersonal

2a) Ambulante Pflegeleistungen gemäss Ziff. 3.5				
	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
Sekundärstufe 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 Sekundärstufe II arbeiten unter Aufsicht, Anleitung und Verantwortung einer/eines Absolventen/in der Tertiärstufe. Allfällige abweichende Regelungen in einzelnen Kantonen sind zu berücksichtigen.		
2b) Ambulante Pflegeleistungen gemäss Ziff. 3.6 Bei Tages- und Nachtstätten obliegt die Gesamtverantwortung einer diplomierten Pflegefachperson, sie oder eine adäquate Vertretung ist vor Ort.				

Anhang 3 – Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

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

Ergibt die Prüfung des Versicherers, dass 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. Ziff. 1 dieses Anhanges), sofern die Fristen (gemäss Ziffern 1.2.2 und 1.2.3 hiernach) eingehalten wurden: der Tag, an dem der Versicherer das Resultat kommuniziert.
- bei Prüfung beim Leistungserbringer oder beim Versicherten (s. Ziff. 2 und 3 dieses Anhanges): 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 Ziff. 6.2 des Vertrages eingereichten Unterlagen

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer systematisch folgende Unterlagen zur Verfügung:

- Bedarfsmeldung gemäss Ziff. 6.2 des Vertrages
- Rechnung gemäss Ziff. 8.1 des Vertrages
- Als Anhang der Bedarfsmeldung: Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV oder Leistungsplanungsblatt gemäss Inter-RAI (gemäss Ziff. 6.2.5 des Vertrages)

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, 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 innerhalb von 15 Arbeitstagen die Pflegeunterlagen an den Versicherer.

1.2.3 Nach Erhalt der Unterlagen hat der Versicherer weitere 15 Arbeitstage Zeit, diese zu prüfen und die Spitex über den Entscheid zu informieren. Der Bericht bezieht sich auf die Unterlagen, die dem Versicherer bis zum Zeitpunkt der Kontrolle zugestellt wurden.

1.2.4 Bei einer Beanstandung bemühen sich Leistungserbringer und Versicherer um eine möglichst rasche Regelung

2. Prüfung beim Leistungserbringer

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

2.1 Der Versicherer kündigt den Kontrollbesuch beim Leistungserbringer an. Die Kontrolle wird innerhalb von 30 Kalendertagen nach Ankündigung durchgeführt. In Ausnahmen kann in gegenseitiger Absprache von dieser Frist abgewichen werden.

2.2 Unter Berücksichtigung von Art. 42 Abs. 5 KVG sowie des Verhältnismässigkeitsprinzips legt der Leistungserbringer der Kontrollperson des Versicherers alle relevanten Informationen zu den verlangten Dossiers in den Geschäftsräumen zur Einsicht vor. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass der Kontrollperson eine mit den Dossiers vertraute, qualifizierte Fachperson für allfällige Fragen zur Verfügung steht.

- 2.3 Nach Sichtung der Unterlagen findet gleichentags ein mündlicher Austausch inkl. aktuellem Zeitbudget zwischen der Fachperson des Leistungserbringers und der Kontrollperson des Versicherers statt.
- 2.4 Nach der Durchführung der Kontrolle erhält der Leistungserbringer innerhalb von 15 Arbeitstagen eine schriftliche Rückmeldung vom Versicherer.

3. Einzelfallprüfung beim Versicherten

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

- 3.1 Der Versicherer informiert den Versicherten 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.
- 3.2 Nach der Durchführung des Kontrollbesuchs muss der Versicherer dem Leistungserbringer innerhalb von 15 Arbeitstagen eine schriftliche Rückmeldung machen.

Anhang 4 – Vergütung von Mitteln und Gegenständen

In diesem Anhang wird die Modalität der Verrechnung der Mittel und Gegenstände (MiGe) gemäss der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL), die im Rahmen der Erbringung der Pflegeleistung angewendet werden, geregelt.

1. Vergütung der Mittel und Gegenstände

- 1.1 Die CSS übernimmt die Kosten ausschliesslich für ärztlich verordnete MiGe gemäss Anhang 2 KLV.
- 1.2 Die ärztliche Verordnung wird dem Versicherer spätestens mit der ersten Rechnung geschickt.
- 1.3 Mittel und Gegenstände werden, unter Berücksichtigung von Artikel 56 KVG und der Verordnung über die Integrität und Transparenz im Heilmittelbereich (VITH), zum Selbstkostenpreis, höchstens zum «HVB Pflege», der CSS in Rechnung gestellt.
- 1.4 Die CSS kann bei Bedarf eine Originalrechnung der vorhergehenden Handelsstufe einfordern, um die Einhaltung der Ziff. 1.3 zu überprüfen.
- 1.5 Die Limitationen der MiGeL sind zu beachten.
- 1.6 Gemäss Art. 24 Abs. 3 KLV übernimmt die Versicherung die Kosten nur bis zum anwendbaren Höchstvergütungsbetrag. Übersteigt der Preis eines Produktes diesen Betrag, so geht die Differenz zulasten des Versicherten.
- 1.7 Die Abrechnung erfolgt detailliert mit folgenden Angaben:
 - ZSR-Spitex
 - Tarif 454 «HVB Pflege»
 - komplette MiGeL-Positionsnummer
 - Kalendarium
 - Menge und Preis
 - Gesamtbetrag

Anhang 5 – Pflegende Angehörige

Für Spitex-Organisationen, welche pflegende Angehörige anstellen möchten, gelten folgende zusätzlichen Bestimmungen.

1. Pflegende Angehörige

- 1.1 Als Pflegende Angehörige gelten sowohl Personen, die in auf- oder absteigender Linie mit der zu pflegenden Person verwandt sind, alle Seitenverwandten (Geschwister, Eheleute) und nicht verwandte 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 Leistungen von pflegenden Angehörigen werden nur vergütet, sofern zwischen Leistungserbringer und Pflegeperson (pflegende Angehörige) ein Arbeitsvertrag (Art. 319 ff. OR) besteht.
- 1.3 Sofern die pflegenden Angehörigen gemäss Ziff. 1.1 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.
- 1.4 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 haben 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.