

## **Tarifverträge Akut- und Übergangspflege HSK**

Der Inhalt dieses Dokumentes entspricht dem Inhalt der Verträge, die mit jedem der unten aufgeführten Versicherer abgeschlossen wurden:

## **Tarifvertrag Akut- und Übergangspflege**

zwischen

### **Curaviva Kanton Zürich**

Schärenmoosstrasse 77, 8052 Zürich

sowie

### **Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich**

Walchestrasse 31, Postfach 3251, 8021 Zürich

und

### **Helsana Versicherungen AG**

### **Sanitas Grundversicherungen AG**

### **KPT Krankenkasse AG**

**Gültig ab 1.1.2013**

## **Artikel 1 Parteien**

<sup>1</sup>Die Parteien des vorliegenden Vertrages sind

- a) die Curaviva Kanton Zürich mit den angeschlossenen Alters- und Pflegeheimen (vgl. Anhang 1)
- b) das Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich mit seinen Alters- und Pflegeheimen (vgl. Anhang 1), nachfolgend als Leistungserbringer bezeichnet  
und
- b) Helsana, Sanitas, KPT, nachfolgend als Versicherer bezeichnet.

<sup>2</sup>Diesem Vertrag können sich andere Versicherer mit Zustimmung von Helsana, Sanitas, KPT anschliessen. Die entsprechenden Versicherer werden im Anhang 2 aufgeführt und übernehmen die Bestimmungen dieses Vertrages.

<sup>3</sup>Helsana, Sanitas, KPT sind ermächtigt, alle Handlungen im Zusammenhang mit dem vorliegenden Vertrag im Namen und auf Rechnung der im Anhang 2 genannten Versicherer vorzunehmen.

<sup>4</sup>Im Kanton Zürich tätige und ordnungsgemäss zugelassene Leistungserbringer, die nicht Mitglied von Curaviva Kanton Zürich oder dem Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich zugehörig sind, können diesem Vertrag mit schriftlicher Erklärung gegenüber Curaviva Kanton Zürich beitreten. Curaviva Kanton Zürich regelt die Einzelheiten des Beitrittsverfahrens und die Beitrittsgebühren in einem Reglement.

<sup>5</sup>Die Vertragspartner informieren sich gegenseitig über sämtliche Änderungen bezüglich der beigetretenen Leistungserbringer und Versicherer.

## **Artikel 2 Leistungsumfang**

Dieser Tarifvertrag regelt die administrative Abwicklung der Akut- und Übergangspflege (AÜP) i.S. v. Art. 25a Abs. 2 KVG sowie deren Vergütung gemäss den gesetzlichen (Art. 7 Abs. 3 und 7b KLV) und vertraglich vereinbarten Bedingungen.

## **Artikel 3 Definition der Akut- und Übergangspflege**

<sup>1</sup>Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG kann ausschliesslich vom Spitalarzt verordnet werden.

<sup>2</sup>Die Akut- und Übergangspflege ist Teil der Behandlungskette und soll bedarfsgerecht und gezielt angeordnet werden. Sie ist nicht als Wartezeit für einen Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim vorgesehen.

<sup>3</sup>Das Ziel der Akut- und Übergangspflege ist die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz, so dass der Versicherte die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr an den Aufenthaltsort vor dem Spitalaufenthalt und die Vermeidung einer Rehospitalisation.

## **Artikel 4      Leistungsvoraussetzungen**

<sup>1</sup>Vergütungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden von den Versicherern dann erbracht, wenn der Leistungserbringer:

- a) die rechtlichen Voraussetzungen von Art. 39 Abs. 1 lit. a - c bzw. Abs. 3 KVG erfüllt,
- b) der vom Kanton gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG erstellten Planung für eine bedarfsgerechte Pflegeheimversorgung entspricht sowie auf der im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e i. V. m. Abs. 3 KVG zu erlassenden Pflegeheimliste des Kantons figuriert und nach kantonalem Recht zur Erbringung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege berechtigt ist und über eine separate ZSR-Nr. von Sasis AG für Akut- und Übergangspflege verfügt. Der Leistungserbringer muss zur Abrechnung seiner Leistungen zu Lasten der OKP bis spätestens 1. Januar 2014 über eine separate ZSR-Nummer für Akut- und Übergangspflege verfügen.

<sup>2</sup>Sind die Voraussetzungen gemäss Absatz 1 während der Laufzeit nicht mehr erfüllt, entfällt die gesetzliche Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenversicherung.

## **Artikel 5      Ärztliche Anordnung / Meldeformular Akut- und Übergangspflege**

<sup>1</sup>Die Akut- und Übergangspflege wird aufgrund einheitlicher Kriterien durch den Spitalarzt angeordnet. Die ärztliche Anordnung erfüllt die im Anhang 4 aufgeführten Kriterien.

## **Artikel 6      Leistungsvergütung**

<sup>1</sup>Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet worden sind, werden von den Versicherern während längstens vierzehn (14) Tagen vergütet.

<sup>2</sup>Der Leistungserbringer meldet dem Versicherer den Eintritt der versicherten Person nach dem Eintritt, spätestens jedoch mit der Rechnung mit dem Meldeformular Akut- und Übergangspflege wie folgt:

- a) Daten des Patienten (Versichertennummer, Kennnummer der Versichertenkarte, Sozialversicherungsnummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum)
- b) Name des Versicherers
- c) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.), Name und Adresse des Leistungserbringers

Der Leistungserbringer schickt eine Kopie des vollständig ausgefüllten Meldeformulars an den Versicherer.

<sup>3</sup>Die Vergütung für Akut- und Übergangspflege erfolgt nach den Ansätzen im Anhang 3.

<sup>4</sup>Bei Versicherten, welche Leistungen nach diesem Vertrag beziehen, können keine zusätzlichen Leistungen nach Art. 7 KLV verrechnet werden. Dies gilt nicht für den Ein- und Austrittstag.

## **Artikel 7 Rechnungsstellung**

<sup>1</sup>Schuldner der Vergütung gemäss diesem Vertrag ist der Versicherer (System des Tiers payant, Art. 42 Abs. 2 KVG). Der Versicherte erhält vom Leistungserbringer eine Rechnungskopie.

Der einzelne Leistungserbringer kann in Abweichung von Abs. 1 wählen, dass die versicherte Person die Vergütung der Leistung schuldet (Tiers garant). Der Leistungserbringer informiert die Personen darüber in angemessener Form. Die Wahl hat mit dem Beitritt zum Vertrag zu erfolgen und kann jeweils halbjährlich – unter Einhaltung einer Ankündigungszeit von 2 Monaten – gewechselt werden.

<sup>2</sup>Die Rechnungsstellung erfolgt jeweils auf Ende Monat bzw. nach Abschluss der Akut- und Übergangspflege für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung. Die Leistungserbringer stellen unter Angabe folgender Informationen Rechnung:

- a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Kennnummer der Versichertenkarte, AHV-Versichertennummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum)
- b) Name des Versicherers
- c) Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum
- d) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) des Leistungserbringers
- e) das vollständige Kalendarium (Zeitraum und Anzahl Pflagetage)
- f) Bei Verrechnung von Nebenleistungen als Einzelleistung: Leistungskalendarium für Arzt, Arznei (Pharmacode), Therapie und Pflegematerial (jeweils mit MiGeL-Positionsnummer)

<sup>3</sup>Der Versicherer bezahlt die Rechnung des Leistungserbringers innert

30 Tagen nach Erhalt der Rechnung.

<sup>4</sup>Bei begründeten Beanstandungen wird die Zahlungsfrist für den beanstandeten Teil der Rechnung unterbrochen. Der nicht beanstandete Anteil ist durch den Versicherer innerhalb der unter Abs. 3 aufgeführten Frist zu begleichen.

## **Artikel 8 Tarifschutz**

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

## **Artikel 9 Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit**

<sup>1</sup>Die Pflegeleistungen müssen nach den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht werden (Art. 32 KVG). Der Leistungserbringer muss seine Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 KVG). Er klärt zu diesem Zweck den Pflegebedarf ab.

<sup>2</sup>Der Leistungserbringer verpflichtet sich, an den Massnahmen der Qualitätssicherung gemäss Art. 77 KVV teilzunehmen.

## **Artikel 10     Auskunftspflicht der Leistungserbringer**

<sup>1</sup>Die Versicherer haben den gesetzlichen Auftrag, die Leistungspflicht und die Wirtschaftlichkeit (WZW) der ihnen in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen. Die Grundlagen zum Umgang mit Daten sind in den Bestimmungen des Datenschutz- sowie Krankenversicherungsrechts geregelt.

Die Versicherer führen folgende Kontrollen durch:

1. Prüfung der vom Leistungserbringer eingereichten Unterlagen beim Versicherer,
2. Prüfung von Unterlagen beim Leistungserbringer.

<sup>2</sup>Den Kontrollpersonen der Versicherer werden nach Massgabe des Krankenversicherungsgesetzes sämtliche relevanten Dokumente des verlangten Dossiers zum Studium eingereicht oder vorgelegt (Hilfe- und Pflegeplanung, Verlaufsblatt sowie nach Bedarf Medikament- und / oder Wundprotokoll).

## **Artikel 11     Aufklärungspflicht**

<sup>1</sup>Die Leistungserbringer anerkennen, dass ihnen von Gesetzes wegen eine besondere Aufklärungspflicht gegenüber ihren Patienten in Bezug auf die Leistungen der sozialen Krankenversicherer und die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten auferlegt ist.

<sup>2</sup>Die Aufklärungspflicht beinhaltet insbesondere Informationen betreffend die gesetzliche Regelung und konkrete Auswirkungen des Leistungsaufschubes gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG im Falle von Prämien- und Kostenbeteiligungsausständen.

## **Artikel 12     Elektronischer Datenaustausch**

<sup>1</sup>Versicherer und Leistungserbringer können nach Massgabe des Krankenversicherungsgesetzes zum Umgang mit Daten den elektronischen Datenaustausch vereinbaren. In diesem Fall werden die administrativen und medizinischen Daten mit der Bedarfsmeldung (Kostengutsprache) bzw. Rechnung elektronisch an den Versicherer gesendet. Der Versicherer erhält alle Daten in strukturierter und elektronisch lesbarer Form.

<sup>2</sup>Der elektronische Datenaustausch für die Bedarfsmeldung sowie Rechnung richtet sich nach den branchenüblichen Standards.

## **Artikel 13     Inkrafttreten, Vertragsdauer**

Dieser Vertrag tritt am 01.01.2013 rückwirkend in Kraft und ist unbefristet gültig.

Für bereits abgerechnete Leistungen ab dem 1.1.2013 bis zur Vertragsunterzeichnung wird keine Rückabwicklung gewährt.

## **Artikel 14     Kündigung, Rücktritt**

<sup>1</sup>Der Vertrag kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

<sup>2</sup>Einzelne Leistungserbringer können unter Einhaltung einer sechsmonatigen Frist auf das Ende eines Jahres den Rücktritt vom Vertrag gegenüber Curaviva Kanton Zürich bzw. dem Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich erklären. Curaviva Kanton Zürich bzw. das Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich informiert den Versicherer über den Rücktritt einzelner Leistungserbringer. Der Rücktritt von einzelnen Vertragsbestandteilen oder einzelnen Anhängen ist nicht möglich.

#### **Artikel 15 Schriftlichkeitsvorbehalt**

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

#### **Artikel 16 Salvatorische Klausel**

Sollte eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, wird die Gültigkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Unwirksame Bestimmungen sind durch Regelungen, die dem Sinn und der wirtschaftlichen Bedeutung des von den Parteien Gewollten möglichst nahe kommen, zu ersetzen.

#### **Artikel 17 Schlichtung**

<sup>1</sup>Entstehen bei der Anwendung des Vertrages Differenzen, sollen diese grundsätzlich von den Betroffenen bereinigt werden.

<sup>2</sup>Können sich die Betroffenen nicht einigen, richtet sich das weitere Vorgehen bei Streitigkeiten nach Art. 89 KVG.

#### **Artikel 18 Genehmigung**

<sup>1</sup>Dieser Vertrag bedarf gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG der Genehmigung durch den Regierungsrat.

<sup>2</sup>Die Vertragsparteien wissen um die konstitutive Wirkung des Genehmigungsentscheides des Regierungsrates. Für den Fall, dass im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages noch keine Genehmigung vorliegen sollte, erbringen die Parteien ihre vertraglich geschuldeten Leistungen unter der Fiktion, dass der Vertrag so genehmigt werde. Sollte der Regierungsrat, das Bundesverwaltungsgericht oder das Bundesgericht den Vertrag nicht oder anders genehmigen, bleibt die Anrufung von Treu und Glauben bzw. des Vertrauensschutzes in jedem Fall ausgeschlossen. Die allfällig zu viel erbrachten Leistungen sind von der bereicherten Vertragspartei binnen 6 Monaten ab dem Datum des Genehmigungsentscheids des Regierungsrates zurück zu leisten. Die Parteien anerkennen, dass die einjährige Verwirkungsfrist für allfällige Rückforderungen mit Datum des Genehmigungsentscheids des Regierungsrates zu laufen beginnt.

<sup>3</sup>Das Genehmigungsverfahren wird durch eine der Vertragsparteien eingeleitet. Allfällige diesbezügliche Gebühren werden von den Parteien hälftig getragen.

## **Artikel 19    Anhänge**

Die Anhänge 1- 5 sind integraler Bestandteil dieses Vertrages.

Anhang 1: Verzeichnis der beigetretenen Leistungserbringer

Anhang 2: Verzeichnis der beigetretenen Krankenversicherer

Anhang 3: Vergütung für Leistungen der Akut- und Übergangspflege

Anhang 4: Ärztliche Anordnung der Akut- und Übergangspflege

Anhang 5: AÜP Konzept

Datum:

Gesundheits- und Umweltdepartement  
der Stadt Zürich

CURAVIVA KANTON ZÜRICH

Stadträtin Dr. Claudia Nielsen  
Vorsteherin

Andreas Paintner  
Präsident

Claudio Zogg  
Geschäftsleiter

Datum:

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

**Anhang 1: Verzeichnis der beigetretenen Leistungserbringer**  
inkl TP/TG



## **Anhang 2: Verzeichnis der beigetretenen Krankenversicherer**

### Helsana

- Progrés Versicherungen AG
- Sansan Versicherungen AG
- Avanex Versicherungen AG
- maxi.ch Versicherungen AG
- indivo Versicherungen AG

### Sanitas

- Wincare Versicherungen AG, Winterthur
- Compact Grundversicherungen AG, Zürich
- Kolping Krankenkasse AG, Dübendorf

### KPT

- Publisana Krankenversicherung AG
- Agilia Krankenversicherung AG

## Anhang 3: Vergütung für Leistungen der Akut- und Übergangspflege

### 1.) Von den Versicherern vergütete Leistungen

- A) Vertrag Pflegepauschale mit Einzelleistungsverrechnung von Nebenleistungen gemäss jeweils aktuell geltender Vereinbarung betreffend Verrechnung von Nebenleistungen in Zürcher Pflegeheimen

	<b>Vergütung Krankenversicherer</b> (entspricht einer Finanzierung von 45% der Pflegekosten)
Pauschale Pflege CHF 168.00 (100%) (Leistungen Art. 7 Abs. 2 KLV)	CHF 75.60

Die durch den SVK rückversicherten Leistungen (wie z.B. künstliche Ernährung, Hämodialyse, Peritonealdialyse, mechanische Heimventilation) werden für Versicherer, die einen Vertrag mit dem SVK abgeschlossen haben, laut dessen vertraglichen Bedingungen direkt in Rechnung gestellt.

Für alle anderen Versicherer werden diese Leistungen entsprechend ihren Bedingungen direkt in Rechnung gestellt.

### 2.) Von den Versicherern nicht vergütete Leistungen

Gemäss KVG nicht kassenpflichtige Leistungen sind:

- a) Persönliche Bedürfnisse (Telefonate, TV, Radio, etc.)
- b) Anschaffungen, Reinigung, Reparatur, Pflege von Bekleidung
- c) Transportkosten
- d) Auslagen für Begleitung

Diese Liste ist nicht abschliessend.

## Anhang 4: Meldeformular Akut- und Übergangspflege

<b>Dokument</b>	Identifikation				
<b>Antragsteller</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				
	Versichertennummer	12345678			
	Kennnummer Versichertenkarte				
	Sozialversicherungsnummer				
	Gesetz	KVG			
	Behandlungsgrund	Krankheit			
	Behandlungsart	AÜP			
<b>Zuweiser</b>					
<b>behandelnder Arzt</b>					
<b>Hausarzt</b>					
<b>Therapie</b>	AÜP				

1. Die medizinischen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Ja  nein
2. Eine tägliche ärztliche Behandlung und Betreuung erübrigt sich. Ja  nein
3. Es besteht ein befristeter, pflegerischer Interventionsbedarf über 24 Std. Ja  nein
4. Eine ambulante oder stationäre Rehabilitation (Spezialklinik) ist nicht gerechtfertigt. Ja  nein
5. Der Patient /die Patientin besitzt das Potential zur Wiedererlangung einer Selbstständigkeit, die ein Leben in der gewohnten Umgebung ermöglicht. Ja  nein
6. Er /sie hat den ausdrücklichen Wunsch geäussert in die gewohnte Lebens-/Wohnsituation zurück zu kehren. Ja  nein
7. Die Ziele der AÜP wurden mit dem/ der Patient/in vereinbart. Ja  nein

### Voraussetzungen für eine AÜP ist, dass alle Fragen mit ja beantwortet werden können.

Beginn der AÜP: .....

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

Wer führt AÜP durch (Institution)? ZSR-Nr

Name des Leistungserbringers  
 Adresse des Leistungserbringers  
 Ort, Datum

Unterschrift des verordnenden Spitalarztes

Kopie: AÜP – Leistungserbringer / Krankenversicherer

# **Anhang 5: Konzept Akut- und Übergangspflege**

## **für stationäre Langzeiteinrichtungen (Pflegeheime) im Kanton Zürich**

### **Einleitung**

Die Akut- und Übergangspflege wurde im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung und der Spitalfinanzierung ins KVG aufgenommen. Nach einem Spitalaufenthalt soll diese Lösung einen vorübergehend erhöhten Pflegeaufwand bewältigen helfen und eine Rückkehr in die gewohnte Umgebung ermöglichen. Für diese anspruchsvollere Phase nach einem Spitalaufenthalt haben sich in den Zürcher Alters- und Pflegeheimen schon seit einigen Jahren vielfältige Angebote entwickelt, welche einen wesentlichen Beitrag für die Verkürzung der Aufenthaltsdauer in den Spitälern leisten. Mit der Einführung von DRG's bzw. der neuen Spitalfinanzierung auf 1. Januar 2012 bemühen sich die Spitäler um eine weitere Verkürzung der Aufenthaltsdauer.

Das vorliegende Konzept bildet die Grundlage für die Erbringung von Akut- und Übergangspflege in Zürcher Alters- und Pflegeheimen. Es gilt in Ergänzung zu den Verträgen betreffend die Akut- und Übergangspflege zwischen Curaviva Kanton Zürich sowie der Stadt Zürich und den Krankenversicherern ab 1.1.2013.

### **1. Akut- und Übergangspflege in der stationären Langzeitversorgung**

#### **1.1 Gesetzliche Grundlagen**

Die Akut- und Übergangspflege ist in Art. 25a Abs. 2 KVG geregelt. Der Gesetzgeber hat sich bei der Umschreibung darauf beschränkt, dass es sich um Pflegeleistungen handelt, die sich direkt nach einem Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und vom Spitalarzt angeordnet werden. Diese Pflegeleistungen werden während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung übernommen, wobei Versicherer und Leistungserbringer dazu Pauschalen vereinbaren sollen. Nähere Einzelheiten zur Übernahme der Kosten sowie zur Bedarfsabklärung und Anordnung sind in Art. 7b und 8 KLV niedergelegt.

Das Zürcher Pflegegesetz bezweckt die Sicherstellung der Versorgung mit Pflegeleistungen sowie mit Leistungen der Akut- und Übergangspflege in Pflegeheimen und durch spitalexterne Krankenpflege (§1 Abs. 1) und überträgt die Sicherstellung der Versorgung den Gemeinden (§5).

#### **1.2 Zulassung**

Im Bundesrecht sind als Leistungserbringer für AueP-Leistungen im stationären Bereich die Pflegeheime genannt (Art. 7 Abs. 3 i.V. mit Art. 7 Abs. 1 lit.c KLV).

Im stationären Bereich sind alle Zürcher Pflegeheime gemäss Pflegeheimliste (§4 Pflegegesetz) für die Leistungserbringung der Akut- und Übergangspflege zugelassen. „Mit der Aufnahme einer Institution auf die Pflegeheimliste erhält diese die Berechtigung, Pflegeleistungen (ein-

schliesslich Leistungen der Akut- und Übergangspflege) abzurechnen.“ (Weisung zum Pflegegesetz des Zürcher Regierungsrats vom 28. April 2010 an den Kantonsrat, S. 28).

### **1.3 Definition der Akut- und Übergangspflege**

Die Akut- und Übergangspflege (AueP) wird in Art. 25a Abs. 2 KVG nicht näher definiert. Die ‚Akutpflege‘ kann als professionelle Pflege umschrieben werden, die bei einer Akuterkrankung oder einem Unfall erforderlich ist. Die ‚Übergangspflege‘ bringt dagegen zum Ausdruck, dass es sich um einen zeitlich beschränkten, vorübergehend erhöhten Pflegeaufwand handeln soll.

Die Akut- und Übergangspflege (AueP) wird vom Spitalarzt angeordnet. Dabei sollen 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 ambulant oder in einer Spezialklinik besteht nicht.
2. Die Patientin oder der Patient benötigt nach einem Aufenthalt in einem Akutspital eine qualifizierte Pflege durch Pflegepersonen.
3. Die AueP 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 AueP 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.

### **1.4 Leistungskatalog der Akut- und Übergangspflege**

Der Leistungskatalog für Akut- und Übergangspflege ist derselbe wie für die ordentlichen Pflegeleistungen, wie er in Art. 7 Abs. 2 KLV definiert ist.

### **1.5 Weitere Leistungen, die nicht der Akut- und Übergangspflege zugeordnet werden, aber Voraussetzung sind für die Erbringung der Akut- und Übergangspflege**

Soweit zusätzlich medizinische oder therapeutische Behandlungen notwendig sind, können diese als Einzelleistungen erbracht werden. Sie sind nicht Bestandteil des AueP- Leistungskatalogs.

### **1.6 Definierte Dauer der Akut- und Übergangspflege**

Die AueP muss durch den Spital-Arzt/die Spital-Ärztin für maximal 14 Tage angeordnet werden. Je nach Fallsituation (Genesung, Abschluss der med. Behandlung) können die Einsätze vor Ablauf der Maximaldauer beendet werden. Dauert der Aufenthalt länger als 14 Tage, weil die Rückkehr in die gewohnte Umgebung noch nicht möglich ist, so sind die erbrachten Pflegeleistungen als ordentliche Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV abzurechnen.

## **1.7 Bedarfsabklärung, Bedarfseinschätzung**

Die Bedarfsabklärung der Akut- und Übergangspflege erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien, mittels eines anerkannten Bedarfserfassungsinstruments.

## **2. Anforderungen zur Ausführung der Akut- und Übergangspflege in der stationären Langzeitversorgung**

### **2.1 Strukturelle Voraussetzungen**

Die Zulassung bzw. die Erteilung einer Bewilligung an Pflegeheime basieren auf den gesetzlichen Grundlagen des Kantons (vgl. vorangehend in Ziff 1.2).

### **2.2 Personaldotation und fachliche Voraussetzungen zur Ausführung der Akut- und Übergangspflege**

Die Personaldotation des Pflegeheims gewährleistet die Rund-um-die-Uhr-Versorgung von AueP-PatientInnen mit Pflegefachpersonen der Tertiärstufe. In Delegation sind weitere Pflegefachpersonen gemäss Kompetenzprofil einsetzbar. Die Pflegefachpersonen in der stationären Langzeitversorgung sind den Umgang mit vielfältigen Krankheitsbildern und sozialen Situationen gewohnt. Das Pflegeheim stellt die im Einzelfall die zur Zielerreichung geforderten speziellen fachlichen Anforderungen des Pflegepersonals sicher. Dazu müssen die entsprechenden Informationen vom Spital bereits bei der Platzierungsanfrage dem Pflegeheim mitgeteilt werden. Zudem sind die Pflegefachpersonen darauf angewiesen, dass das Spital sämtliche relevanten Informationen zur Zielerreichung der angeordneten AueP in einem Überweisungsrapport dem stationären Leistungserbringer mitteilt.

### **2.3 Logistische Voraussetzungen**

Die stationären Leistungserbringer als Anbieter von AueP müssen die Voraussetzungen schaffen, damit für die PatientInnen die Abgabe von Medikamenten, Pflegematerialien, Therapien und medizinischen Spezialgeräten sichergestellt wird.

### **2.4 Administrative Anforderungen zur Erbringung der Akut- und Übergangspflege**

Die stationären Leistungserbringer verfügen über die entsprechende Infrastruktur und gewährleisten die entsprechende Patientendokumentation inkl. Pflegeplanung. Sie vollziehen die Leistungsabrechnung gegenüber den PatientInnen bzw. Krankenversicherern und der Gemeinde gemäss den Vorgaben der Gesetzgebung bzw. der Leistungsvereinbarung. Die erbrachten Leistungen werden entsprechend den gültigen Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringer verrechnet. Die stationären Leistungserbringer gewährleisten die statistische Erfassung der AueP nach den gesetzlichen Vorgaben bzw. der Leistungsvereinbarung mit der Gemeinde. Zudem gewährleisten sie die Kostentransparenz im Bereich der AueP.

## 2.5 Zusammenarbeit mit dem Spital

Die Zusammenarbeit zwischen dem Spital und den stationären Leistungserbringern wird im Rahmen der Umsetzung der Pflegefinanzierung und der Einführung von DRG's bzw. der neuen Spitalfinanzierung intensiviert. Beide verstehen sich als Partner und bemühen sich um reibungslose Abläufe im Interesse der Patientinnen und Patienten (vgl. auch oben Ziff. 2.2). Dazu gehören:

- Klare interne und externe Abläufe
- Klare Verordnungen und Merkblätter der Ärzte oder Spitäler
- Vereinbartes Schnittstellenmanagement mit Kompetenzregelung bei Rückverlegung

Ort, Datum: .....

Organisation: .....

Rechtsgültige Unterschriften: .....