Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Änderung vom 2. Juli 2019

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI)
verordnet:

I

Die Verordnung des EDI vom 29. September 1995[1] über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1

[2] Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind:

a. Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination:
   1. Ermittlung des Pflegebedarfs und des Umfelds des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen,

Art. 7a Abs. 1 und 3

[1] Die Versicherung übernimmt für Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 pro Stunde:

a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: 76.90 Franken;
b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: 63.00 Franken;
c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c: 52.60 Franken.

[3] Die Versicherung übernimmt für Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 pro Tag:

a. bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten: 9.60 Franken;
b. bei einem Pflegebedarf von 21 bis 40 Minuten: 19.20 Franken;
c. bei einem Pflegebedarf von 41 bis 60 Minuten: 28.80 Franken;
d. bei einem Pflegebedarf von 61 bis 80 Minuten: 38.40 Franken;
e. bei einem Pflegebedarf von 81 bis 100 Minuten: 48.00 Franken;
f. bei einem Pflegebedarf von 101 bis 120 Minuten: 57.60 Franken;
g. bei einem Pflegebedarf von 121 bis 140 Minuten: 67.20 Franken;
h. bei einem Pflegebedarf von 141 bis 160 Minuten: 76.80 Franken;
i. bei einem Pflegebedarf von 161 bis 180 Minuten: 86.40 Franken;
j. bei einem Pflegebedarf von 181 bis 200 Minuten: 96.00 Franken;
k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten: 105.60 Franken;
l. bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten: 115.20 Franken.

Art. 8 Ärztlicher Auftrag oder ärztliche Anordnung

[1] Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung bestimmt, ob die Patientin oder der Patient Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 oder Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25*a* Absatz 2 KVG[2] benötigt. Darin kann der Arzt oder die Ärztin bestimmte Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 für notwendig erklären.

[2] Der Arzt oder die Ärztin darf den Auftrag oder die Anordnung für folgende Höchstdauer erteilen:

a. bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2: maximal neun Monate;
b. bei Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25*a* Absatz 2 KVG: maximal zwei Wochen.

[3] Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung

1 SR **832.112.31**
2 SR **832.10**

provisorische Fassung

bezogen auf Leistungen infolge des die Hilflosigkeit verursachenden Gesundheitszustandes unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, so ist deren Resultat von der versicherten Person dem Versicherer bekannt zu geben. Im Anschluss an eine derartige Revision ist der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung zu erneuern.

4 Aufträge und Anordnungen nach Absatz 2 Buchstabe a können verlängert werden.

Art. 8a Bedarfsermittlung

1 Die Ermittlung des Bedarfs an Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2, die zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung nach Artikel 8 notwendig sind (Bedarfsermittlung), erfolgt durch einen Pflegefachmann oder eine Pflegefachfrau nach Artikel 49 KVV in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder den Angehörigen. Das Ergebnis der Bedarfsermittlung ist umgehend dem Arzt oder der Ärztin zur Kenntnisnahme zuzustellen, welcher oder welche die Anordnung oder den Auftrag erteilt hat.

2 Ergibt die Bedarfsermittlung, dass Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b notwendig sind, so wird für diese die ausdrückliche Zustimmung des Arztes oder der Ärztin benötigt. Erteilt dieser oder diese die ausdrückliche Zustimmung nicht, so ist die Bedarfsermittlung erneut durchzuführen. Die erneute Bedarfsermittlung erfolgt unter ärztlicher Mitwirkung, wenn der Arzt oder die Ärztin dies als notwendig erachtet.

3 Die Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes.

4 Sie erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular, das von Leistungserbringern und Versicherern gemeinsam erarbeitet wurde, festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitaufwand anzugeben.

5 Das für die Bedarfsermittlung verwendete Instrument muss die Erfassung der Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren nach Artikel 59*a* Absatz 1 Buchstabe f KVG[3] mittels Daten, die bei der Bedarfsermittlung routinemässig erhoben werden, ermöglichen.

6 Der Versicherer kann verlangen, dass ihm diejenigen Elemente der Bedarfsermittlung mitgeteilt werden, welche die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 betreffen.

7 Nach einer Verlängerung oder einer Erneuerung eines ärztlichen Auftrages oder einer ärztlichen Anordnung bedarf es einer neuen Bedarfsermittlung.

Art. 8b Bedarfsermittlung in Pflegeheimen

1 Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen muss sich auf ein Instrument stützen, dass folgende Voraussetzungen erfüllt:

a. Es grenzt die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 von anderen Leistungen ab.
b. Es stützt sich auf die in Zeitstudien ermittelten tatsächlich erbrachten Leistungen; es gewährleistet, dass der Durchschnitt der tatsächlich erbrachten Leistungen in allen in den Zeitstudien untersuchten Fällen, die es einer Bedarfsstufe zuweist, innerhalb des Minutenbereichs dieser Bedarfsstufe nach Artikel 7*a* Absatz 3 liegt.
c. Die in den Zeitstudien ermittelte Varianz der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen gegenüber dem ausgewiesenen Pflegebedarf wird für jede Bedarfsstufe ausgewiesen.

2 Die Zeitstudien nach Absatz 1 Buchstabe b müssen:

a. auf einer schweizweit einheitlichen, von Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen gemeinsam vereinbarten Methodik beruhen, die:
   1. wissenschaftlich anerkannt ist,
   2. geeignet ist, eine Abgrenzung der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 von anderen Leistungen vorzunehmen;
b. in der Schweiz durchgeführt worden sein;
c. für die Gesamtheit der vom Instrument betroffenen Patienten und Patientinnen von Pflegeheimen ausreichend repräsentativ sein.

Art. 8c Kontrollverfahren

Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung der Bedarfsermittlung sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen bei Leistungserbringern nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b. Sieht die Bedarfsermittlung mehr als 60 Stunden Pflege pro Quartal vor, kann diese vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG[4]) überprüft werden. Sieht sie weniger als 60 Stunden pro Quartal vor, so führt der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin systematische Stichproben durch. Leistungserbringer und Versicherer können weitere Regelungen des Kontrollverfahrens vereinbaren.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 2. Juli 2019

Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen kann bis zum 31. Dezember 2021 nach bisherigen Recht durchgeführt werden.

provisorische Fassung

3 SR **832.10**
4 SR **832.10**

II

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

... Eidgenössisches Departement des Innern:

Alain Berset

provisorische Fassung