

# Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

## Änderung vom

---

Das Eidgenössische Departement des Innern  
verordnet:

I

Die Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995<sup>1</sup> wird wie folgt geändert:

### *Art. 4 Einleitungssatz und Bst. e*

Die Versicherung übernimmt die Kosten der folgenden von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel, der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, bildgebenden Verfahren sowie physiotherapeutischen Leistungen:

- e. physiotherapeutische Leistungen nach Artikel 5.

### *Gliederungstitel vor Art. 7*

### **3. Abschnitt: Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim**

#### *Art. 7 Abs. 1, 2<sup>ter</sup> und 3*

<sup>1</sup> Als Leistungen nach Artikel 33 Buchstaben b KVV gelten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Absatz 2 Buchstabe a und nach Artikel 8 auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden:

- a. von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV);
- b. von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV);
- c. von Pflegeheimen (Art. 39 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994; KVG<sup>2</sup>).

<sup>2ter</sup> Die Leistungen können ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden.

<sup>1</sup> SR 832.112.31

<sup>2</sup> SR 832.10

<sup>3</sup> Als Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25a Absatz 2 KVG gelten die Leistungen nach Absatz 2, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Absatz 2 Buchstabe a und Artikel 8 nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung hin erbracht werden von Personen und Institutionen nach Absatz 1 Buchstaben a–c.

#### Art. 7a Beiträge

<sup>1</sup> 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: 79.20 Franken;
- b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: 64.80 Franken;
- c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c: 54.00 Franken.

<sup>2</sup> Die Vergütung der Beiträge nach Absatz 1 erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten. Zu vergüten sind mindestens 10 Minuten.

<sup>3</sup> 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 : 8.50 Franken;
- b. bei einem Pflegebedarf von 21 bis 40 Minuten: 17.00 Franken;
- c. bei einem Pflegebedarf von 41 bis 60 Minuten: 25.50 Franken;
- d. bei einem Pflegebedarf von 61 bis 80 Minuten: 34.00 Franken;
- e. bei einem Pflegebedarf von 81 bis 100 Minuten: 42.50 Franken;
- f. bei einem Pflegebedarf von 101 bis 120 Minuten: 51.00 Franken;
- g. bei einem Pflegebedarf von 121 bis 140 Minuten Pflegebedarf: 59.50 Franken;
- h. bei einem Pflegebedarf von 141 bis 160 Minuten: 68.00 Franken;
- i. bei einem Pflegebedarf von 161 bis 180 Minuten: 76.50 Franken;
- j. bei einem Pflegebedarf von 181 bis 200 Minuten: 85.00 Franken;
- k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten: 93.50 Franken;
- l. bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten: 102.00 Franken.

#### Art. 7b Übernahme der Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege

<sup>1</sup> Der Wohnkanton und die Versicherer übernehmen die Kosten der Leistungen der Akut- und Übergangspflege anteilmässig. Der Wohnkanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohner und -einwohnerinnen geltenden kantonalen Anteil fest. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent.

<sup>2</sup> Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Leistungserbringer. Die Modalitäten werden zwischen Leistungserbringer und Wohnkanton vereinbart. Versicherer und Wohnkanton können vereinbaren, dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Leistungserbringer beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Leistungserbringer und Versicherer richtet sich nach Artikel 42 KVG.

*Art. 8 Abs. 3bis, 4, 6 und 7*

<sup>3bis</sup> Die Bedarfsabklärung der Akut- und Übergangspflege erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten.

<sup>4</sup> Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung von Pflegebedarfsstufen (Art. 9 Abs. 2). Die vom Arzt oder von der Ärztin bestimmte Pflegebedarfsstufe gilt als ärztliche Anordnung oder als ärztlicher Auftrag

<sup>6</sup> Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen:

- a. bei Akutkranken für maximal drei Monate;
- b. bei Langzeitpatienten und -patientinnen für maximal sechs Monate;
- c. bei Patienten und Patientinnen der Akut- und Übergangspflege für maximal zwei Wochen.

<sup>7</sup> Aufträge oder Anordnungen nach Absatz 6 Buchstaben a und b können verlängert werden.

*Art. 8a* Kontroll- und Schlichtungsverfahren

<sup>1</sup> Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b und Versicherer vereinbaren gemeinsame Kontroll- und Schlichtungsverfahren bei ambulanter Krankenpflege.

<sup>2</sup> Im vertragslosen Zustand setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten das Verfahren nach Absatz 1 fest.

<sup>3</sup> Das Verfahren dient der Überprüfung der Bedarfsabklärung sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen können vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG) überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Werden voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal benötigt, sind systematische Stichproben durchzuführen.

*Art. 9* Abrechnung

<sup>1</sup> Die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause müssen nach Art der Leistung in Rechnung gestellt werden.

<sup>2</sup>Die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 der Pflegeheime müssen nach Pflegebedarfsstufen in Rechnung gestellt werden.

*Art. 9a*

*Aufgehoben*

II

Diese Änderung tritt am 1. Juli 2009 in Kraft.

....

Eidgenössisches Departement des Innern: