

Allgemeine Vertragsbestimmungen zum Leistungsvertrag 2015

betreffend

Pflegeleistungen in der Hilfe und Pflege zu Hause

15. November 2014



Inhaltsverzeichnis

1. Geltungsbereich.....	2
2. Grundlagen	2
3. Ziele und Zweck.....	3
4. Leistungen	3
5. Abgeltung.....	6
6. Vorgaben	7
7. Finanzierung, Rechnungsstellung und Tarife	9
8. Controlling.....	11
9. Leistungsstörungen und Konfliktregelung.....	11
10. Schlussbestimmungen	12
Anhang A: Berechnung der Patientenbeteiligung Pflege.....	13
Anhang B: Regelung der Fallführung, wenn mehrere Leistungserbringer bei einer Patientin, bei einem Patient involviert sind.....	14

1. Geltungsbereich

Diese allgemeinen Vertragsbestimmungen richten sich an vier Kategorien von Leistungserbringenden:

- A. Non-Profit, sogenannte „öffentliche“ Spitex-Organisationen, mit Versorgungspflicht
- B. Kommerzielle, sogenannte „private“ Spitex-Organisationen, ohne Versorgungspflicht
- C. Freiberufliche Pflegefachpersonen, ohne Versorgungspflicht
- D. Pflegeheime, welche ambulante Pflege (im Rahmen des Wohnens mit Dienstleistungen) anbieten, ohne Versorgungspflicht

Je nach Leistungsart sind die Leistungserbringenden¹ der Kategorien A, B, C und D berechtigt, dem Kanton Beiträge für die erbrachten Leistungen zu berechnen.

2. Grundlagen

Die vorliegenden allgemeinen Vertragsbestimmungen stützen sich auf die folgenden Grundlagen:

- Gesetz vom 11. Juni 2001 über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz, SHG; BSG 860.1), Artikel 58 ff.
- Verordnung vom 24. Oktober 2001 über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfeverordnung, SHV; BSG 860.111), Artikel 25 ff.
- Staatsbeitragsgesetz vom 16. September 1992 (StBG; BSG 641.1)
- Staatsbeitragsverordnung vom 23. März 1994 (StBV; BSG 641.111)
- Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10), Artikel 25
- Bundesverordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102), Artikel 51
- Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31), Artikel 7 ff.
- Gesundheitsgesetz vom 2. Dezember 1984 (GesG; BSG 811.01)
- Verordnung vom 24. Oktober 2001 über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen (Gesundheitsverordnung, GesV; BSG 811.111)
- Verordnung vom 23. Oktober 2002 über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten und der Gesundheitsfachpersonen (Patientenrechtsverordnung, PatV; BSG 811.011)
- Alterspolitik im Kanton Bern

¹ Bei der Begriffsverwendung ist das je andere Geschlecht immer eingeschlossen.

3. Ziele und Zweck

Die Leistungserbringerin erbringt im Auftrag des Kantons Leistungen im Bereich der Pflege im Kanton Bern.

Die Leistungen ermöglichen und unterstützen das Wohnen und Leben zu Hause für Menschen aller Altersgruppen, die der Hilfe, Pflege, Behandlung, Betreuung, Begleitung und Beratung bedürfen.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) leistet einen finanziellen Beitrag an das vereinbarte Leistungsangebot. Dieser wird leistungsorientiert bemessen und ist inhaltlich auf die Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung des Kantons Bern ausgerichtet.

Die Leistungserbringerin stellt die mit der GEF vereinbarten Leistungen sicher. Die allgemeinen Vertragsbestimmungen bilden die Grundlage für die Berechtigung zur Abrechnung der Leistungen gegenüber dem Kanton. Mit der Unterschrift auf dem Leistungsvertrag bestätigt die Leistungserbringerin, dass die allgemeinen Vertragsbestimmungen akzeptiert und eingehalten werden.

4. Leistungen

4.1 Pflegeleistungen

Die pflegerischen Leistungen können von allen Einwohner/innen des Kantons Bern, bei welchen ein nachweisbarer Bedarf festgestellt wurde, in Anspruch genommen werden.

Die Dienstleistungen stehen insbesondere zur Verfügung für:

- behinderte, kranke, verunfallte, rekonvaleszente, betagte und sterbende Menschen;
- Menschen, die in einer physischen, psychischen und/oder sozialen Krisen- oder Risikosituation stehen;
- Frauen vor und nach der Geburt eines Kindes;
- Familien, Angehörige und weitere helfende Menschen.

Die Pflegeleistungen basieren auf einer Bedarfsabklärung und einer ärztlichen Verordnung. Sie beinhalten die Massnahmen nach Art. 7 KLV:

- Massnahmen der Abklärung und Beratung gemäss Art. 7 Abs. 2 Bst. a KLV
- Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung gemäss Art. 7 Abs. 2 Bst. b KLV
- Massnahmen der Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 Bst. c KLV

4.2 Spezialleistungen (gilt für Leistungserbringende der Kategorien A, B, C und D)

Als Spezialleistungen gelten folgende Leistungen:

- Pflege von akut oder chronisch kranken, behinderten und sterbenden Kindern (Kinderspitex)
- Psychiatrische Pflege
- Spezialisierte onkologische und spezialisierte palliative Pflege
- Wundexpertise

Für diese Spezialleistungen wird ein Beitrag pro Stunde ausgerichtet, wenn diese ausschliesslich durch diplomiertes Pflegefachpersonal mit im Folgenden definierter Berufserfahrung und fachspezifischer Grund- oder Weiterbildung erbracht werden:

4.2.1 Kinderspitex

Definition:

- Umfassende Pflege von akut oder chronisch kranken, behinderten und sterbenden Kindern (in der Regel bis 16 Jahre, behinderte Kinder bis 18 Jahre) mit Einbezug deren direkten Bezugspersonen (Familie)

Berufserfahrung:

- Mindestens zwei Jahre Berufserfahrung im pädiatrischen Akutpflegebereich (Akutklinik) zu 100% (oder entsprechend länger bei einer prozentual tieferen Anstellung)

Grund- oder Weiterbildung:

- Grundausbildung KWS oder
- Weiterbildung auf Niveau Certificate of Advanced Studies (CAS) in pädiatrischer Pflege oder kontinuierliche fachspezifische Weiterbildung von mindestens 20 Stunden pro Jahr

4.2.2 Psychiatrische Pflege

Definition:

- Pflege begrenzt auf Abklärung und Beratung sowie Behandlungspflege von Personen mit akuten oder chronischen psychiatrischen Erkrankungen

Berufserfahrung:

- Mindestens zwei Jahre Berufserfahrung im psychiatrischen Pflegebereich zu 100% (oder entsprechend länger bei einer prozentual tieferen Anstellung)

Grund- oder Weiterbildung:

- Grundausbildung Psychiatrische Krankenpflege (PsyKP) oder Gesundheits- und Krankenpflege Diplommiveau II (DN II) Psychiatrie oder
- Weiterbildung auf Niveau Certificate of Advanced Studies (CAS) in psychiatrischer Pflege oder äquivalente Weiterbildungsgänge, Weiterbildung auf Niveau Nachdiplomkurs (NDK) Psychiatrische Pflege und Betreuung

4.2.3 Spezialisierte onkologische und spezialisierte palliative Pflege

Definition:

- Subsidiäre Onkologiepflege von Erwachsenen mit kurativem oder palliativem Therapiekonzept (insbesondere onkologische Therapie wie Verabreichung von Chemotherapien (bspw. zur Schmerzlinderung), Pflege von implantierbaren Kathetersystemen (Port-a-Cath), Verabreichung von Bluttransfusionen) und palliative Pflege von Personen mit schweren Erkrankungen, die im fortgeschrittenen Stadium sind, u. a. Symptommanagement. Der gesundheitliche Zustand der Personen wechselt laufend, und die Entwicklung ist nicht vorhersehbar (Krisensituation). Diese Pflegeleistungen bedürfen spezifischer Fachkompetenz.

Berufserfahrung:

- Mindestens zwei Jahre Berufserfahrung im onkologischen und/oder medizinischen Akutpflegebereich (Akutklinik) zu 100% (oder entsprechend länger bei einer prozentual tieferen Anstellung)

Weiterbildung:

- Weiterbildung in onkologischer Pflege mindestens auf Niveau Höhere Fachausbildung (Höfa) Stufe 1, Nachdiplomstudium (NDS) Höhere Fachausbildung Stufe 1 oder Certificate of Advanced Studies (CAS) in onkologischer Pflege oder
- Weiterbildung in Palliative Care, welche mindestens dem Ausbildungsniveau B2 in Palliative Care gemäss palliative.ch, dem Niveau Höhere Fachausbildung (Höfa) Stufe 1 oder Certificate of Advanced Studies (CAS) in Palliative Care entspricht.

4.2.4 Wundexpertise

Definition:

- Pflege begrenzt auf Abklärung und Beratung sowie Behandlungspflege von akuten oder chronischen Wunden bei Personen mit gesundheitlichen Problemen, welche die Wundheilung behindern (Begleiterkrankungen wie z. B. Durchblutungsstörungen, Bewegungsproblemen, Diabetes, psychischen Problemen)

Berufserfahrung:

- Mindestens zwei Jahre Berufserfahrung

Weiterbildung:

- Spezialisierung als Wundexpertin/Wundexperte SAfW (Swiss Association for Wound Care – Schweiz. Gesellschaft für Wundbehandlung) oder zertifizierte Wundmanagerin, zertifizierter Wundmanager ZWM® (Akademie für Zertifiziertes WundManagement-KAMMERLANDER-WFI)

4.3 Koordinationsleistungen (gilt für Leistungserbringende der Kategorien A, B, C und D)

Definition

- Schnittstellenmanagement zwischen den Spitex-Leistungserbringenden und andern Leistungserbringern (z. B. Sozialdiensten, Pro Senectute, dem Schweizerischem Roten Kreuz (SRK), Heimen, Therapeut/innen), soweit diese Leistungen nicht gemäss Art. 7 KLV abgerechnet werden können.

- Zusätzliche Abklärungen und Koordination mit dem Spital ausserhalb des Eintritts- oder Austrittstags.

Die Koordinationsleistungen sind notwendig und inhaltlich rapportiert. Die Rapporte korrespondieren mit der Abrechnungsperiode. Die Leistungserbringerin erfasst die aufgewendeten Minuten und reicht die Angaben im Rahmen des regelmässigen Reportings bei der GEF zur Abgeltung ein. Die GEF kann die Rapporte zur Einsicht einfordern.

4.4 Versorgungspflicht (gilt nur für Leistungserbringende der Kategorie A)

Die Leistungserbringerin verpflichtet sich zur Annahme aller Klientinnen und Klienten der Pflegeleistungen im festgelegten Perimeter. Sie erhält dafür eine Pauschale pro Einwohnerin und Einwohner in diesem Gebiet² sowie einen Zuschlag pro erbrachte Leistungsstunde.

Grundsätzlich darf ein Einsatz nicht ohne schwerwiegende Gründe abgebrochen werden. Als Orientierungshilfe bei Ablehnung oder bei Abbruch des Einsatzes dient das Dokument „Richtlinien für den Abbruch von Spitex-Einsätzen, Empfehlung des SPITEX Verband Kanton Bern, Mitte September 2008“.

4.5 Organisationsspezifische Zusatzleistungen

Organisationsspezifische Zusatzleistungen bedürfen eines separaten Antrags und werden individuell verhandelt.

5. Abgeltung

5.1 Abgeltung der Pflegeleistung

Abgegolten werden die ärztlich verordneten Pflegeleistungen mit Beiträgen pro erbrachter Stunde.

² Grundlage für die Auszahlung: Einwohnerzahlen der Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion (ständige Wohnbevölkerung, Stand 31.12.2012); vgl. www.jgk.be.ch > Gemeinden > Gemeindedaten.

5.2 Zusätzliche Abgeltungen

Zusätzlich abgegolten werden:

Abgeltung nach Leistungsart	Abgeltungseinheit	Beitragsberechtigte Kategorie
Koordinationsleistungen	Stunde	A, B, C, D
Einsatz Jeder Einsatz der verschiedenen Mitarbeiterkategorien bedingt Vorbereitung (Planung), Koordination und Organisation durch die Betriebsleitung der Spitex-Organisation.	Einsatz	A, B, D
Weg Eine zusätzliche Pauschale für den Weg wird pro Einsatz ausgerichtet. Der Einsatz – und nicht der Hin- und Rückweg oder die gefahrenen Kilometer oder der Zeitaufwand – wird abgegolten. Es können im Maximum die gleiche Anzahl Wegpauschale verrechnet werden wie die Anzahl Einsätze. Wegpauschalen können nicht verrechnet werden, wenn der Einsatz am Stützpunkt erfolgt.	Einsatz	A, B, C
Neuklient/in³ (Ersterfassung oder Wiedererfassung nach frühestens 6 Monaten) Jeder neue Klient, jede neue Klientin lösen einen administrativen Aufwand aus, der durch eine diplomierte Pflegefachperson erbracht wird.	Mutation	A, B, C, D
Wochenend- und Feiertagsarbeit: Zuschlag pro verrechnete Stunde am Samstag (12.00 – 20.00 Uhr) und Sonntag (6.00 – 20.00 Uhr)	Stunde	A, B, C, D
Nachtarbeit: Zuschlag pro verrechnete Stunde (20.00 – 6.00 Uhr)	Stunde	A, B, C, D
Zuschlag Spezialleistungen	Stunde	A, B, C, D
Versorgungspflicht im Versorgungsgebiet (Grundabgeltung nach Einwohner/innen im Versorgungsgebiet)	Anzahl Einwohner/innen	A
Versorgungspflicht im Versorgungsgebiet (leistungsabhängig von Pflegeleistungen)	Stunde	A

6. Vorgaben

Die Leistungserbringerin verfügt über eine Betriebsbewilligung bzw. über eine Berufsausübungsbewilligung der GEF. Sie verpflichtet sich, die vereinbarten Leistungen gemäss den nachfolgenden Vorgaben zu erbringen:

³ Bei mehreren involvierten Organisationen erhält die fallführende Organisation den Zuschlag.

6.1 Vorgaben zum Personalmanagement

Die Leistungserbringerin verpflichtet sich, allfällige Gesamtarbeitsverträge oder orts- und branchenübliche Arbeitsbedingungen einzuhalten (Artikel 62 Absatz 2 SHG). Das im Rahmen der Abgeltung vom Kanton gewährte Lohnsummenwachstum muss an die Mitarbeitenden weitergegeben werden.

6.2 Vorgaben zur Bedarfsabklärung

Die Leistungen der Pflege werden grundsätzlich auf der Basis des individuell abgeklärten und dokumentierten Bedarfs erbracht.

Der Bedarfsnachweis für die Pflege erfolgt mit Bedarfsabklärungsinstrumenten, welche mit den Krankenversicherern vertraglich vereinbart, oder bei fehlendem Vertrag von den Behörden festgelegt wurden.

6.3 Vorgaben zur Leistungserbringung

Die Leistungserbringerin verpflichtet sich,

- die Pflege der bestehenden Klientinnen und Klienten täglich von 6.00 bis 23.00 Uhr anzubieten,
- ein Nachtangebot für bestehende Klientinnen und Klienten von 23.00 bis 6.00 Uhr anzubieten,
- den Ersteinsatz spätestens innerhalb 24 Stunden nach Anmeldung zu gewährleisten.

Als Orientierungshilfe bei der Erbringung der Pflegeleistungen dient die Übersicht „Fachpersonal“ gemäss Anhang 5 des Administrativvertrages zwischen Spitex Verband Schweiz und Association Spitex Privée Suisse (ASPS) einerseits sowie santésuisse andererseits.

6.4 Vorgaben zum Kostenausweis

Die Leistungserbringenden der Kategorien A und B verpflichten sich zur Führung und Offenlegung der Kostenrechnung gemäss Finanzmanual des Spitex Verband Schweiz und Leitfaden zur Kostenrechnung des SPITEX Verband Kanton Bern. Die Leistungserbringenden der Kategorie C führen eine einfache Buchhaltung. Die Leistungserbringenden der Kategorie D führen eine eigene Kostenstelle für die Leistungen im Wohnen mit Dienstleistungen.

6.5 Vorgaben zur Zusammenarbeit

Die Leistungserbringerin verpflichtet sich, mit anderen, für die Klientinnen und Klienten relevanten Institutionen und Organisationen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie mit den Gemeinden und dem Kanton zusammenzuarbeiten.

7. Finanzierung, Rechnungsstellung und Tarife

7.1 Kantonsbeiträge Pflege und zusätzliche Leistungen

Die GEF leistet Beiträge an die Pflegeleistungen gemäss Kapitel 5. Die Beiträge für die verschiedenen Leistungsarten sind in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt.

Leistungsart	Leistungseinheit	Abgeltungs- satz GEF [CHF]
Abklärung und Beratung	Stunde	15.95 *
Behandlungspflege	Stunde	15.95 *
Grundpflege	Stunde	15.95 *
Koordinationsleistungen	Stunde	97.75
Abgeltung pro Einsatz	Einsatz	4.00
Abgeltung pro Einsatz für Weg	Einsatz	6.60
Abgeltung pro Neuklient/in (Mutation)	Mutation	63.85
Wochenend- und Feiertagsarbeit	Stunde	10.30
Nacharbeit	Stunde	15.40
Zuschlag Spezialleistungen	Stunde	24.55
Versorgungspflicht im Versorgungsgebiet (Grundabgeltung nach Einwohner/innen im Versorgungsgebiet)	Anzahl Einwohner/innen	14.90
Versorgungspflicht im Versorgungsgebiet (leistungsabhängig von Pflegeleistungen)	Stunde	3.70

* abzüglich der Patientenbeteiligung

7.2 Rechnungsstellung

Aus Gründen des Tarifschutzes sind auf der Klientenrechnung oder auf einem beiliegenden Tarifblatt die Beiträge der Krankenversicherer und des Kantons für KLV-pflichtige Leistungen transparent darzustellen.

7.3 Patientenbeteiligung Pflege

Die Patientenbeteiligung ist eine den Leistungserbringenden zustehende Einnahme. Bei Klientinnen und Klienten, die keine oder eine reduzierten Patientenbeteiligung zu leisten haben, vergütet der Kanton den entsprechenden Ertragsausfall (Differenz zwischen maximalem und effektivem Patientenbeitrag), welcher auf der Rechnungsstellung gegenüber dem Kanton auszuweisen ist. Die Berechnung der Patientenbeteiligung ist im Anhang definiert.

7.4 Abrechnung und Nachweis der Leistungen⁴

7.4.1 Kategorien A und B: Spitex-Organisationen

Die Spitex-Organisation reicht nachfolgende Angaben zur Abrechnung und zum Nachweis der Leistungen termingerecht an die GEF ein⁵:

Abrechnung der verrechneten Stunden Pflege (unterzeichnetes Formular)

- 1. Quartal einzureichen bis 15. April 2015
- 2. Quartal einzureichen bis 15. Juli 2015
- 3. Quartal einzureichen bis 15. Oktober 2015
- 4. Quartal einzureichen bis 15. Januar 2016

Jahresrechnung der Organisation (Bilanz und Erfolgsrechnung) gegliedert nach dem Finanzmanual des Spitex Verband Schweiz

- zu liefern per 15. April 2016

7.4.2 Kategorie C: freiberufliche Pflegefachpersonen

Die freiberuflich tätige Pflegefachperson reicht nachfolgende Angaben zur Abrechnung und zum Nachweis der Leistungen termingerecht an die GEF ein:

Abrechnung der verrechneten Stunden Pflege (unterzeichnetes Formular)

- 1. Quartal einzureichen bis 15. April 2015
- 2. Quartal einzureichen bis 15. Juli 2015
- 3. Quartal einzureichen bis 15. Oktober 2015
- 4. Quartal einzureichen bis 15. Januar 2016

7.4.3 Kategorie D: Pflegeheime, welche ambulante Pflege (im Rahmen des Wohnens mit Dienstleistungen) anbieten

Die Institution reicht nachfolgende Angaben zur Abrechnung und zum Nachweis der Leistungen termingerecht an die GEF ein:

Abrechnung der verrechneten Stunden Pflege (unterzeichnetes Formular)

- 1. Quartal einzureichen bis 15. April 2015
- 2. Quartal einzureichen bis 15. Juli 2015
- 3. Quartal einzureichen bis 15. Oktober 2015
- 4. Quartal einzureichen bis 15. Januar 2016

⁴ Die Abrechnungsformulare der Kategorien A, B, C und D sind auf der Webseite der GEF abrufbar.

⁵ Für Leistungserbringende der Kategorie A und B: Zum Nachweis Eingabe via SPITEX Service Center (SSC) vornehmen

Jahresrechnung der Organisation (Bilanz und Erfolgsrechnung) gegliedert nach dem Finanzmanual des Spitex Verband Schweiz

- zu liefern per 15. April 2016

7.5 Zahlungskonditionen

Nach fristgerechtem Eingang der vollständigen und unterschriebenen Abrechnungsformulare wird die GEF die Rechnung innerhalb von 30 Tagen begleichen.

Falls der unterzeichnete Leistungsvertrag bis Mitte Dezember 2014 bei der GEF eintrifft, wird diese per Mitte Januar 2015 die Versorgungspflicht pro Einwohnerin und Einwohner für die Pflege im festgelegten Versorgungsgebiet abgelten (gilt nur für Leistungserbringende der Kategorie A).

8. Controlling

8.1 Buchführungspflicht

Die Leistungserbringerin hält die für ihre Rechtsform vorgeschriebenen Buchhaltungsregeln ein; sie erstellt zumindest jedoch eine Gesamtbuchhaltung nach den Bestimmungen von Artikel 957 ff. des Schweizerischen Obligationenrechts (OR; SR 220) und, je nach Rechtsform, das Aktienrecht.

8.2 Überprüfung der Leistungsstatistiken

Die Leistungserbringerin stellt sicher, dass die durch die Mitarbeitenden geführten Leistungsstatistiken überprüft werden.

8.3 Überschüsse (gilt nur für Leistungserbringende der Kategorie A)

Überschüsse sind den Reserven zuzuführen und dürfen nicht an die Trägerschaft ausgeschüttet werden.

9. Leistungsstörungen und Konfliktregelung

9.1 Leistungsstörungen

Stellt eine Vertragspartei fest, dass die andere Vertragspartei ihren Pflichten nicht oder nicht genügend nachkommt, hat sie diese sofort an ihre Pflichten zu mahnen und ihr eine Frist zur Beseitigung der Leistungsstörung anzusetzen.

Sind die Ursachen der Leistungsstörung nicht bekannt oder sind sich die Parteien betreffend Vorliegens einer Leistungsstörung nicht einig, so sind beide verpflichtet, sofort zu verhandeln

und falls nötig die Ursachen der Leistungsstörungen gemeinsam zu eruieren und schriftlich festzuhalten.

Verletzt die Leistungserbringerin die vereinbarten Pflichten, kann der Auftraggeber die Abgeltung teilweise oder ganz kürzen.

Die Vertragsparteien einigen sich über Massnahmen zum Vermeiden künftiger Leistungsstörungen.

9.2 Konfliktregelung

Entstehen aus der Handhabung des Vertrags Konflikte, sind die Parteien zum Verhandeln verpflichtet. Sie bemühen sich aktiv um eine Bereinigung der Differenzen, notfalls unter Beizug externer Fachpersonen. Kann keine Einigung erzielt werden, können die Vertragsparteien nach dem kantonalen Gesetz vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) Klage einreichen.

Vom Konflikt nicht betroffene Leistungen dürfen nicht verweigert werden.

10. Schlussbestimmungen

10.1 Geltungsdauer

Die vorliegenden Bestimmungen gelten ab 1. Januar 2015 und sind bis am 31. Dezember 2015 gültig.

10.2 Veränderung der Verhältnisse

Kann eine Partei den Vertrag auf Grund nicht voraussehbarer wesentlicher Veränderungen der Verhältnisse nicht einhalten, ist er den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Die Parteien informieren die jeweils andere Partei unverzüglich, sobald sich abzeichnet, dass der Vertrag nicht eingehalten werden kann. Andernfalls findet keine Anpassung statt.

Bern, 15. November 2014

ALTERS- UND BEHINDERTENAMT

Markus Loosli
Amtsvorsteher

Anhang A: Berechnung der Patientenbeteiligung Pflege

Die Patientenbeteiligung ist eine den Leistungserbringenden zustehende Einnahme. Bei Klientinnen und Klienten, die keine oder eine reduzierten Patientenbeteiligung zu leisten haben, vergütet der Kanton den entsprechenden Ertragsausfall (Differenz zwischen maximalem und effektivem Patientenbeitrag), welcher auf der Rechnungsstellung gegenüber dem Kanton auszuweisen ist.

Artikel 25d SHV hält Folgendes fest:

- Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger, die das 65. Altersjahr vollendet haben, beteiligen sich im Rahmen ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit an den Pflegekosten.
- Die Kostenbeteiligung entspricht maximal der nach Artikel 25a Absatz 5 KVG zulässigen Beteiligung, nämlich CHF 15.95 pro Tag
- Bis zu einem massgebenden Einkommen von CHF 50'000 sind die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger von der Kostenbeteiligung befreit.
- Ab einem massgebenden Einkommen von CHF 100'000 wird die maximale Kostenbeteiligung erhoben.
- Das massgebende Einkommen setzt sich zusammen aus dem steuerbaren Einkommen zuzüglich eines Zehntels des steuerbaren Vermögens.
- Die Kostenbeteiligung wird linear zwischen dem Minimalansatz von einem Franken bei einem massgebenden Einkommen von CHF 50'001 und dem Maximalansatz entsprechend dem tatsächlichen massgebenden Einkommen und Vermögen gemäss folgender Formel festgelegt:

$$LB = (EK_p - EK_{\text{frei}}) \times \frac{KB_{\text{max}} - KB_{\text{min}}}{EK_{\text{max}} - EK_{\text{frei}}} + KB_{\text{min}}$$

LB = Beitrag der Leistungsempfängerin oder des Leistungsempfängers (kaufmännisch gerundet)

KB_{min} = minimale Kostenbeteiligung pro Tag (CHF 1.00)

KB_{max} = maximale Kostenbeteiligung pro Tag (CHF 15.95)

EK_p = massgebendes Einkommen der Leistungsempfängerin oder des Leistungsempfängers

EK_{frei} = höchstes massgebendes Einkommen, bis zu welchem keine Kostenbeteiligung zu entrichten ist (CHF 50'000)

EK_{min} = untere Grenze massgebendes Einkommen, ab welcher eine Kostenbeteiligung erhoben wird (CHF 50'001)

EK_{max} = obere Grenze massgebendes Einkommen, ab welcher die maximale Kostenbeteiligung erhoben wird (CHF 100'000)

Um soziale Härtefälle zu vermeiden, sind folgende Kategorien von der Patientenbeteiligung ausgenommen:

- Patientinnen und Patienten im Erwerbsalter,
- Kinder und Jugendliche, sowie

- über 65-jährige Patientinnen und Patienten mit massgebendem Einkommen unter CHF 50'000.

Die Patientenbeteiligung wird abhängig vom zeitlichen Einsatz pro Tag erhoben.

Daraus ergibt sich folgende Formel:

$$LB = [(EKp - EKfrei) \times \frac{KBmax - KBmin}{EKmax - EKfrei} + KBmin] \times \frac{VerMin}{60}$$

VerMin = der Leistungsempfängerin oder dem Leistungsempfänger verrechnete Pflegezeit in Minuten (max. 60 Minuten, auch wenn die tatsächlich erbrachte Pflegezeit höher ist)

Erhebung steuerbares Einkommen und Vermögen:

Zur Erhebung der nötigen Angaben stellt die GEF ein Formular zur Verfügung. Die Klientin, der Klient kann die nötigen Angaben selber eintragen oder die Leistungserbringerin ermächtigen, dies für ihn zu tun. Die Leistungserbringenden sind gegenüber dem Kanton für die Korrektheit der Angaben verantwortlich.

Die Angaben für die Berechnung der Patientenbeteiligung sind jeweils ab 1. April eines Jahres zu aktualisieren. Sie behalten ihre Gültigkeit bis 31. März des Folgejahres. Sollte ein/e Klient/in im Verlaufe dieser 12 Monate eine deutliche Veränderung beim steuerbaren Einkommen und/oder Vermögen erfahren, können diese Angaben auch unterjährig angepasst werden.

Bei der Berechnung der Patientenbeteiligung Pflege wird bei verheirateten bzw. in eingetragener Partnerschaft lebenden Personen jeweils nur 50% der erhobenen steuerbares Einkommen und Vermögen angerechnet.

Anhang B: Regelung der Fallführung, wenn mehrere Leistungserbringer bei einer Patientin, bei einem Patient involviert sind

Die Regelung stellt die Interessen, den Bedarf, die Bedürfnisse und die Sicherheit der Klientinnen und Klienten in den Mittelpunkt. Klientinnen und Klienten sind vor Auseinandersetzungen zwischen den Leistungserbringenden zu schützen.

1. Wer die Bedarfsabklärung vornimmt, übernimmt gleichzeitig die institutionelle Fallführung.
2. Wenn die fallführende Organisation während der Leistungserbringung feststellt, dass ihr Netzwerk und dessen Ressourcen nicht ausreichen, übergibt sie die Fallführung einer andern Organisation.
3. Wo zwei oder mehrere Organisationen tätig sind, sind die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten schriftlich zu regeln.

Die öffentliche Spitex kann trotz Versorgungspflicht in Ausnahmefällen und mit schriftlicher Begründung an die GEF Aufträge ablehnen, wenn die Fallführung bei einer anderen Leistungserbringerin liegt.