

LU, NW, OW, SZ, UR, ZG

Vertrag

zwischen

CURAVIVA Zentralschweiz

Für die kantonalen Verbände Luzern, Nidwalden, Obwalden, Schwyz, Uri und Zug

CURAVIVA / Leistungserbringer

und

**den nachfolgend aufgeführten Versicherern,
vertreten durch tarifsuisse ag**

tarifsuisse / Versicherer

betreffend

die Vergütung der Behandlung und Pflege von Patienten in der

Akut- und Übergangspflege

in Pflegeheimen der Kantone LU, NW, OW, SZ, UR, ZG

durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG

Gültig ab 1. Januar 2011

Vertragspartner sind folgende Versicherer:

1.	BAG-Nr. 8 CSS Kranken-Versicherung AG	Postfach 2568	6002	Luzern
2.	BAG-Nr. 32 Aquilana Versicherungen	Postfach	5401	Baden
3.	BAG-Nr. 57 Moove Sympany AG	Postfach 234	3000	Bern 15
4.	BAG-Nr. 134 Kranken- und Unfallkasse Bezirkskranken- kassen Einsiedeln	Postfach 57	8840	Einsiedeln
5.	BAG-Nr. 182 PROVITA Gesundheitsversicherung AG	Postfach	8401	Winterthur
6.	BAG-Nr. 194 Sumiswalder	Spitalstrasse 47	3454	Sumiswald
7.	BAG-Nr. 246 Krankenkasse Steffisburg	Postfach 138	3612	Steffisburg
8.	BAG-Nr. 290 CONCORDIA Schweiz. Kranken- u. Un- fallversicherung AG	Bundesplatz 15	6002	Luzern
9.	BAG-Nr. 312 Atupri Krankenkasse	Zieglerstrasse 29	3000	Bern 65
10.	BAG-Nr. 343 Avenir Krankenversicherung AG	Rue du Nord 5	1920	Martigny
11.	BAG-Nr. 360 Krankenkasse Luzerner Hinterland		6144	Zell
12.	BAG-Nr. 455 ÖKK Kranken- u. Unfallversicherung AG	Bahnhofstrasse 9	7302	Landquart
13.	BAG-Nr. 509 Vivao Sympany AG	Peter Merian-Weg 4	4002	Basel
14.	BAG-Nr. 558 Krankenversicherung Flaachtal AG	Postfach 454	8180	Bülach
15.	BAG-Nr. 774 Easy Sana Krankenversicherung AG	Rue du Nord 5	1920	Martigny
16.	BAG-Nr. 780 Glarner Krankenversicherung	Säge	8767	Elm
17.	BAG-Nr. 790 innova Wallis AG	Postfach 184	3073	Gümligen
18.	BAG-Nr. 820 Cassa da malsauns Lumneziana	Postfach 41	7144	Vella
19.	BAG-Nr. 829 KLuG Krankenversicherung	Gubelstrasse 22	6300	Zug
20.	BAG-Nr. 881 EGK Grundversicherungen	Postfach	42424	Laufen
21.	BAG-Nr. 901 sanavals Gesundheitskasse	Postfach 18	7132	Vals
22.	BAG-Nr. 923 Krankenkasse SLKK	Postfach 5652	8050	Zürich
23.	BAG-Nr. 941 sodalis gesundheitsgruppe	Balfrinstrasse 15	3930	Visp
24.	BAG-Nr. 966 vita surselva	Postfach 217	7130	Illanz
25.	BAG-Nr. 1003 Krankenkasse Zeneggen	Mirjam Fährdrich	3934	Zeneggen
26.	BAG-Nr. 1040 Krankenkasse Visperterminen		3932	Visperterminen
27.	BAG-Nr. 1113 Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont	case postale 13	1937	Orsières
28.	BAG-Nr. 1142 Krankenkasse Institut Ingenbohl	Klosterstrasse 10	6440	Brunnen
29.	BAG-Nr. 1147 Krankenkasse Turbenthal	Tösstalstrasse 147	8488	Turbenthal

30.	BAG-Nr. 1159 AUXILIA Assurance-maladie SA		1941	Vollèges
31.	BAG-Nr. 1318 Krankenkasse Wädenswil	Schönenbergstrasse 28	8820	Wädenswil
32.	BAG-Nr. 1322 Krankenkasse Birchmeier	Hauptstrasse 22	5444	Künten
33.	BAG-Nr. 1328 kmu-Krankenversicherung	Bachtelstrasse 5	8400	Winterthur
34.	BAG-Nr. 1331 Krankenkasse Stoffel Mels KKS	Postfach 122	8887	Mels
35.	BAG-Nr. 1362 Krankenkasse Simplon		3907	Simplon-Dorf
36.	BAG-Nr. 1384 SWICA Gesundheitsorganisation	Römerstrasse 38	8401	Winterthur
37.	BAG-Nr. 1386 GALENOS Kranken- und Unfallversicherung	Postfach	8021	Zürich
38.	BAG-Nr. 1401 rhenusana - Die Rheintaler Krankenkasse	Heinrich-Wild-Strasse 210	9435	Heerbrugg
39.	BAG-Nr. 1479 Mutuel Krankenversicherung AG	Rue du Nord 5	1920	Martigny
40.	BAG-Nr. 1507 AMB Assurance-maladie et accidents	Place de Curala 5	1934	Le Châble
41.	BAG-Nr. 1529 INTRAS Assurance-maladie SA	Rue Blavignac 10	1227	Carouge
42.	BAG-Nr. 1535 PHILOS Krankenversicherung AG	Rue du Nord 5	1920	Martigny
43.	BAG-Nr. 1555 Visana	Weltpoststrasse 19	3000	Bern 15
44.	BAG-Nr. 1560 Krankenkasse Agrisano	Laurstrasse 10	5201	Brugg
45.	BAG-Nr. 1563 innova Krankenversicherung AG	Postfach 184	3073	Gümligen
46.	BAG-Nr. 1568 sana24	Weltpoststrasse 19	3000	Bern 15
47.	BAG-Nr. 1569 Arcosana AG	Postfach 2568	6002	Luzern
48.	BAG-Nr. 1570 vivacare	Weltpoststrasse 19	3000	Bern 15
49.	BAG-Nr. 1577 Sanagate AG	c/o CSS, Postfach 2568	6002	Luzern

Artikel 1 Geltungsbereich

¹ Dieser Vertrag gilt zwischen

den dem Verband CURAVIVA der Kantone Luzern, Nidwalden, Obwalden, Schwyz, Uri und Zug angeschlossenen Alters- und Pflegeheimen derselben Kantone soweit der Beitritt zu diesem Vertrag über das Beitrittsgesuch erfolgt ist und den von tarifsuisse ag vertretenen Krankenversicherern.

² Ein Leistungserbringer tritt dem Vertrag per 1.1.2011 durch Genehmigung seines Beitrittsgesuchs durch den Verband CURAVIVA der Kantone Luzern, Nidwalden, Obwalden, Schwyz, Uri und Zug sowie tarifsuisse bei. (innert 45 Tagen nach Einleitung des Gesuchsverfahrens).

³ In der Zentralschweiz tätige und ordnungsgemäss zugelassene Leistungserbringer, die nicht Mitglied des Verbandes CURAVIVA der Kantone Luzern, Nidwalden, Obwalden, Schwyz, Uri und Zug sind, können diesem Vertrag unter den Bedingungen gemäss Ziffer 2 mit schriftlichem Beitrittsgesuch gegenüber dem entsprechenden kantonalen Verband der CURAVIVA beitreten. Für den Beitritt wird ein Verhandlungsbeitrag vom jeweiligen kantonalen Verband CURAVIVA in Rechnung gestellt.

⁴ Der Beitritt oder die Vertragsgenehmigung schliesst die volle Anerkennung des Vertrages mit seinen Anhängen ein.

⁵ CURAVIVA informiert tarifsuisse über den Stand der beigetretenen Leistungserbringer.

Artikel 2 Leistungsumfang

¹ Dieser Tarifvertrag regelt die administrative Abwicklung der Akut- und Übergangspflege (AÜP) sowie deren Vergütung von Patienten in Pflegeheimen der Kantone LU, NW, OW, SZ, UR, ZG gemäss den gesetzlichen und vertraglich vereinbarten Bedingungen.

² Der Vertrag gilt für Versicherte, die bei einem Versicherer, welcher Vertragspartei ist, versichert und im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG bezugsberechtigt sind.

³ Die Anhänge 1- 4 sind integraler Bestandteil dieses Vertrages.

Artikel 3 Definition der Akut- und Übergangspflege

Akut- und Übergangspflege gemäss Artikel 25a Abs. 2 KVG kann ausschliesslich vom Spitalarzt verordnet werden. Es müssen folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sein:

1. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital 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, reaktivierende Pflege durch Pflegepersonen.

3. Die AÜP ist Abschnitt der Behandlungskette. Sie ist bedarfsgerecht und gezielt anzuordnen. Sie ist nicht als Wartezeit für einen Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in einem Heim vorgesehen.
4. Die AÜP 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. Die Rückkehr nach Hause ist dauerhaft, und eine Rehospitalisation wird vermieden.

Artikel 4 Leistungsvoraussetzungen

- ¹ Vergütungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden von den Krankenversicherern 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 über einen Leistungsauftrag für Akut- und Übergangspflege verfügt.
 - c) über eine separate ZSR-Nr. von Sasis AG für Akut- und Übergangspflege verfügt.
- ² Sind die Voraussetzungen gemäss Absatz 1 während der Laufzeit nicht mehr erfüllt, entfällt die gesetzliche Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenversicherung.

Artikel 5 Bedarfsabklärung

- ¹ Als Leistungen der Akut- und Übergangspflege gelten Leistungen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung hin erbracht werden.
- ² Die Bedarfsabklärung der Akut- und Übergangspflege erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf dem Formular gemäss Anhang 4 festgehalten.
- ³ Die Meldepflicht für die Anordnung der AÜP und Zuweisung an einen Leistungserbringer obliegt grundsätzlich dem Spital.

Artikel 6 Leistungsvergütung

- ¹ 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.
- ² Der Leistungserbringer meldet dem Versicherer den Eintritt der versicherten Person innert 5 Arbeitstagen 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.) des Leistungserbringers.
- ³ Die Vergütung für Akut- und Übergangspflege sieht vor:
 - die Pauschale für Pflegeleistungen
 - die Pauschale für Nebenleistungen oder aber die Verrechnung der Einzelleistungen.

- ⁴ Die Vergütung regelt sich nach den Ansätzen im Anhang 2. Der Leistungserbringer meldet mit dem Beitrittsgesuch ob er die Nebenleistungen über die Pauschale oder aber über die Einzelleistungsverrechnung abrechnet.
- ⁵ Bei Versicherten, welche Leistungen nach diesem Vertrag beziehen, können keine zusätzlichen Leistungen der stationären oder ambulanten Krankenpflege sowie der Tages- und Nachtstrukturen verrechnet werden.

Artikel 7 Rechnungsstellung

- ¹ Schuldner der Vergütung gemäss diesem Zusammenarbeitsvertrag ist der Versicherer (System des Tiers payant, Art. 42 Abs. 2 KVG). Der Versicherte erhält vom Leistungserbringer eine Rechnungskopie.
- ² Die kantonalen Verbände CURAVIVA melden tarifsuisse ag im Rahmen des Gesuchsverfahrens, welche Pflegeheime in Abweichung von Artikel 7 Absatz 1 dieses Vertrages im System Tiers garant abrechnen. Ein unterjähriger Wechsel ist nicht möglich.
- ³ Einzelne Versicherer und Leistungserbringer können in Abweichung zur Regelung gemäss Absatz 1 vereinbaren, dass die versicherte Person die Vergütung der Leistungen schuldet (System des Tiers garant). Der Leistungserbringer informiert die Patienten darüber in angemessener Form.
- ⁴ Die Rechnungsstellung erfolgt nach Abschluss der Akut- und Übergangspflege für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung.
- ⁵ Der Versicherer bezahlt die Rechnung des Leistungserbringers innert 30 Tagen. Wird der geschuldete Betrag innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt der Rechnung nicht beglichen, ist nach erfolgter Mahnung ein Verzugszins in analoger Anwendung von Art. 26 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 ATSV geschuldet.
- ⁶ 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. 5 aufgeführten Frist zu begleichen.

Artikel 8 Angaben auf der Rechnung

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 Pflgetage)
- f) Bei Verrechnung von Einzelleistungen: Leistungskalendarium für Arzt, Arznei, Therapie- und Pflegematerial (jeweils mit MiGeL-Positionsnummer).

Artikel 9 Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit

- ¹ 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.
- ² Der Leistungserbringer verpflichtet sich, an den Massnahmen der Qualitätssicherung gemäss Art. 77 KVV im Rahmen der kantonalen Richtlinien und Konzepte teilzunehmen.

Artikel 10 Reporting

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, jeweils bis spätestens 30. Mai des Folgejahres, die Leistungs- und Rechnungsdaten zu liefern.

Artikel 11 Elektronischer Datenaustausch

- ¹ Versicherer und Leistungserbringer können 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.
- ² Der elektronische Datenaustausch für die Bedarfsmeldung sowie Rechnung richtet sich nach den branchenüblichen Standards (evtl. Forum).

Artikel 12 Aufklärungspflicht

- ¹ Die Leistungserbringer anerkennen, dass ihnen von Gesetzes wegen eine besondere Aufklärungspflicht gegenüber ihren Patienten in Bezug auf die Leistungen der sozialen Krankenversicherer und allenfalls die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten auferlegt ist.
- ² Die Aufklärungspflicht betrifft insbesondere die Information betreffend die gesetzliche Regelung und konkrete Auswirkungen des Leistungsaufschubes gemäss KVG im Falle von Prämien- und Kostenbeteiligungsausständen.

Artikel 13 Schlichtung

- ¹ Entstehen bei der Anwendung des Vertrages Differenzen, sollen diese grundsätzlich von den Betroffenen bereinigt werden.
- ² Beanstandungen eines Krankenversicherers, welche nichtvertragliche Fragen, Rechnungsfehler, Unklarheiten auf Rechnungen etc. betreffen, werden zwischen dem Krankenversicherer und dem betroffenen Leistungserbringer direkt erledigt. Die Beanstandung hat schriftlich zu erfolgen.
- ³ Fragen oder Beanstandungen, die vertragliche und tarifliche Probleme betreffen, sind zuerst zwischen dem betreffenden Pflegeheim und dem Krankenversicherer zu behandeln.

- ⁴ Als Schlichtungsinstanz anerkennen die Vertragsparteien eine paritätische Vertrauenskommission. Diese setzt sich aus zwei Vertretern von CURAVIVA sowie zwei Vertretern von tarifsuisse ag zusammen.
- ⁵ Wenn ein Mitglied einer Vertragspartei die PVK als Schlichtungsinstanz anrufen will, hat es sich vorher mit dem Vertragspartner in Verbindung zu setzen und ihn über den Grund der Beanstandung zu orientieren.
- ⁶ Eine Beschwerde ist der PVK in zweifacher Ausführung einzureichen. Sie muss Antrag und Begründung enthalten.
- ⁷ Ergibt sich innert 3 Monaten seit dem Datum der Beanstandung keine Einigung, gilt das Verfahren als gescheitert.
- ⁸ Die Anrufung des Kantonalen Schiedsgerichtes, gemäss Artikel 89 KVG, steht den Leistungserbringern und den Krankenversicherern nach einem erfolglos durchgeführten Schlichtungsverfahren vor der PVK offen.

14 Inkrafttreten, Vertragsdauer, Vertragsanpassung

Dieser Tarifvertrag tritt am 1. Januar 2011 in Kraft und gilt bis 31. Dezember 2011.

Die Vertragsparteien verpflichten sich, während der Vertragsdauer zu den Vertragsanpassungen Hand zu bieten, die aufgrund veränderter Verhältnisse dringend notwendig werden.

15 Anhänge

Anhang 1: Verzeichnis der dem Tarifvertrag beigetretenen Leistungserbringer

Anhang 2: Beitrag der Versicherer für Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege /
Zusätzlich verrechenbare Leistungen / von den Versicherern nicht bezahlte Leistungen

Anhang 3: Meldeformular Akut- und Übergangspflege

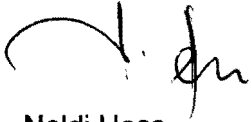
Anhang 4: Beitrittsgesuch

Vertrag zwischen CURAVIVA Zentralschweiz (Kantonalverbände LU, NW, OW, SZ, UR und ZG) und tarifsuisse ag

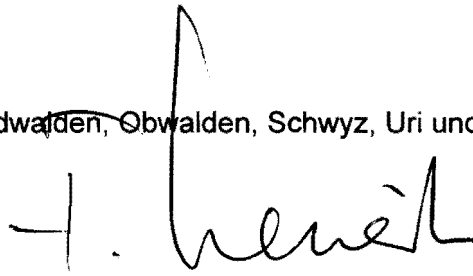
Bern und Luzern, 18. April 2011

CURAVIVA Zentralschweiz

Für die kantonalen Verbände Luzern, Nidwalden, Obwalden, Schwyz, Uri und Zug

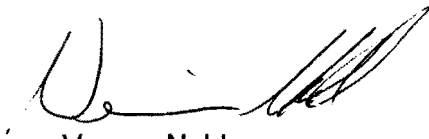


Noldi Hess
Verhandlungsleiter

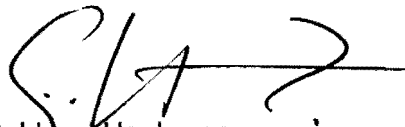


Felix Lienert
CURAVIVA Zug

tarifsuisse ag



Verena Nold
Direktorin



Gebhard Heuberger
Abteilungsleiter Pflege

Anhang 1

Verzeichnis der beigetretenen Leistungserbringer

Der Beitritt zum Vertrag erfolgt mit der ZSR-Nr. für Langzeitpflege. Gleichzeitig mit dem Beitritt beantragen die Leistungserbringer eine separate ZSR-Nr. für Akut- und Übergangspflege bei SASIS AG.

Beigetretene Leistungserbringer inkl. folgender Informationen:

- Kanton
- ZSR-Nr.
- Name der Institution
- PLZ, Ort
- Bettenanzahl für AÜP
- Abrechnung AÜP über Tagesvoll- oder Tagesteilpauschale
- Abrechnung im System „Tiers payant oder“ „Tiers garant“

Anhang 2

Beitrag der Versicherer für Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege / von den Versicherern nicht bezahlte Leistungen

1. Beitrag der Versicherer an die Akut- und Übergangspflege im Heimarztmodell (Tagesvollpauschale)

Die Tagesvollpauschale für Akut- und Übergangspflege beträgt: **CHF 122.60**

Diese Tagesvollpauschale setzt sich wie folgt zusammen:

Krankenversicherer (KV)		
Pflegeleistungen (KLV Art. 7 Abs. 2)	Finanzierung KV 45%	75.60
Arzt, Medikamente, Therapien		45.00
MiGeL		2.00
Total		122.60

2. Beitrag der Versicherer für Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege für Heime ohne Heimarztmodell (Tagesteilpauschale)

Die Tagesteilpauschale für Pflegeleistungen der Akut- und Übergangspflege (KLV Art. 7 Abs. 2) beträgt: **CHF 75.60**

Folgende Leistungen werden von den Versicherern zusätzlich zur Tagesteilpauschale vergütet, wenn sie von den nach Gesetz zugelassenen Leistungserbringern erbracht und über ihre jeweilige ZSR-Nummer (Arzt, Therapeut etc.) in Rechnung gestellt werden:

- die kassenpflichtigen ambulanten ärztlichen Leistungen gemäss TARMED mit dem zur Zeit gültigen Taxpunktwert für frei praktizierende Ärzte
- die vom Leistungserbringer abgegebenen kassenpflichtigen Mittel- und Gegenstände zu maximal den Höchstansätzen unter Abzug eines Rabattes von 20% sowie die Kosten für Medikamente nach SL und unter Abzug eines Rabattes von 20%.
- die zusätzlich ärztlich angeordnete, kassenpflichtige paramedizinische Leistungen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, medizinische Analysen oder ärztliche Leistungen gemäss den entsprechenden Tarifvereinbarungen und zur Zeit gültigen Taxpunktwerten für ambulante Leistungserbringer.

3. Von den Versicherern nicht bezahlte Leistungen

Gemäss KVG nicht kassenpflichtige Leistungen sind:

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

Diese Liste ist nicht abschliessend.

Anhang 3

Meldeformular Akut- und Übergangspflege

(Vorlage: weitergehende kantonale Bestimmungen bleiben vorbehalten)

Dokument Identifikation
Antragsteller

Leistungserbringer

Patient	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

Zuweiser
behandelnder Arzt
Hausarzt

XML-Standard einfügen

Therapie AÜP

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Die medizinischen Probleme sind bekannt und stabilisiert. | Ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Eine tägliche ärztliche Behandlung und Betreuung erübrigt sich. | Ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Es besteht ein befristeter, pflegerischer Interventionsbedarf über 24 Std. | Ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Eine ambulante oder stationäre Rehabilitation ist nicht gerechtfertigt. | Ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Der Patient /die Patientin besitzt das Potential zur Wiedererlangung einer Selbstständigkeit, die ein Leben in der gewohnten Umgebung ermöglicht. | Ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Er /sie hat den ausdrücklichen Wunsch geäußert in die gewohnte Lebens-/Wohnsituation zurück zu kehren. | Ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Der/die Patient/in hat die kognitiven Fähigkeiten um gezielte Information zu verarbeiten. | Ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Die Ziele der AÜP wurden mit dem/ der Patient/in vereinbart. | Ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

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

Beginn der AÜP:

Voraussichtliche Dauer: (max. 14 Tage)

Diagnose (fakultativ)

Wer führt AÜP durch (Institution)?

ZSR-Nr:

Name des Leistungserbringers

Adresse des Leistungserbringers

Ort, Datum

Unterschrift des verordnenden Spitalarztes

Kopie: AÜP – Leistungserbringer / Krankenversicherer

Anhang 4

Empfängeradresse: Geschäftsstelle CURAVIVA ihres Kantons

Beitrittsgesuch¹

zum AÜP Vertrag 2011 betreffend Pflegeleistungen gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) – Akut- und Übergangspflege

zwischen CURAVIVA Zentralschweiz für die kantonalen Verbände Luzern, Nidwalden, Obwalden, Schwyz, Uri und Zug

und tarifsuisse ag

Hiermit ersucht die nachstehende Institution um die Aufnahme in die Liste der AÜP Leistungserbringer im Anhang zum AÜP Vertrag 2011 mit verbindlicher Angabe folgender Präzisierungen:

Kanton	<input type="checkbox"/> LU	<input type="checkbox"/> NW	<input type="checkbox"/> OW	<input type="checkbox"/> SZ	<input type="checkbox"/> UR	<input type="checkbox"/> ZG
ZSR-Nr.						
Institution						
Adresse						
PLZ Ort						
Anzahl Betten ²	Für die AÜP Pflege					
AÜP Tagesvollpauschale	Die Institution möchte die AÜP über die Tagesvollpauschale abrechnen	<input type="checkbox"/> ja	Anhang 3 Ziff. 1			
AÜP Tagesteilpauschale	Die Institution möchte die AÜP über die Tagesteilpauschale abrechnen.	<input type="checkbox"/> ja	Anhang 3 Ziff. 2			
Geplante Abrechnungsart mit der Versicherung	Die Rechnungsstellung direkt an den Versicherer	<input type="checkbox"/> tiers payant				
	Die Rechnungsstellung via Bewohner	<input type="checkbox"/> tiers garant				
Beilagen	Grobkonzept für AÜP					
Bemerkung						
Ort, Datum						
Stempel, Unterschrift						

¹ Das Gesuch gilt mit der Aufnahme durch die Vertragspartner in die Liste der AÜP Anbieter als bewilligt

² Gemäss Praxis oder Bewilligung des entsprechenden Kantons