



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Per E-Mailversand
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Generalsekretariat GS-EDI
Inselgasse 1
3003 Bern

Bern, 8. Oktober 2018

Vernehmlassungsantwort: Änderung der KLV im Zusammenhang mit der Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung in der Pflege

Sehr geehrter Herr Bundespräsident

Mit dem Schreiben vom 4. Juli 2018 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Zusammenhang mit der Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung in der Krankenpflege nach Art. 25a KVG teilzunehmen. Dafür bedanken wir uns und nehmen zum unterbreiteten Verordnungsentwurf wie folgt Stellung.

Anpassung der Beiträge der Krankenversicherer in den Bereichen «Pflegeheim» und «Pflege zu Hause»

Aufgrund der Analyse der Versichererdaten kommt auch curafutura zum Resultat, dass die Beiträge der Krankenversicherer im Bereich «ambulante Pflege» gesenkt, und jene im Bereich «Pflegeheim» angehoben werden müssen, damit die heutigen Krankenversicherungsbeiträge den Tarifen 2010 entsprechen. Um in der Leistungsabwicklung eine praktikable Umsetzung sicherzustellen, schlägt curafutura vor, dass die Beiträge in der KLV im Bereich «Pflegeheim» auf ganze Franken, im Bereich «Pflege zu Hause» auf zehn Rappen gerundet werden, wie dies bisher auch der Fall war.

Änderungen im Zusammenhang mit der ärztlichen Anordnung und der Bedarfsermittlung im Hinblick auf eine grössere Autonomie der Pflegefachpersonen sowie der Spitex

Grundsätzlich begrüsst curafutura, dass den Pflegefachleuten mehr Kompetenzen eingeräumt wird. Die Ermittlung des Pflegebedarfs ist nach Ansicht von curafutura alleine Sache der Pflegefachleute und soll nicht vom Arzt bestätigt werden müssen. Der vorliegende Verordnungsentwurf verlangt für die Bedarfsabklärung bei Massnahmen der Untersuchung und Behandlung weiterhin den Arzt miteinzubeziehen. curafutura unterstützt die Anpassung der KLV, wonach der Arzt einen Pflegebedarf feststellt und einen generellen Auftrag an die Pflege, tätig zu werden, erteilt. Dies soll jedoch aus unserer Sicht für alle Pflegeleistungen nach Art 7 Absatz 2 KLV gelten. Im Sinne der Koordination soll die Pflege den Arzt über die vorgesehenen Pflegemassnahmen informieren, weitere Massnahmen sind nicht erforderlich. Es ist Sache der Versicherer, die Bedarfsmeldung sowie die erbrachten und verrechneten Leistungen auf WZW zu kontrollieren.

curafutura fordert zudem, dass der administrative Aufwand für Pflegefachleute in Zusammenarbeit mit dem Arzt so gering wie möglich gehalten wird. Die maximal mögliche Dauer beim Auftrag für a-, b- und c-



Leistungen soll einheitlich geregelt werden. Wir schlagen für Art. 8 Abs. 2 des Änderungsentwurfs KLV eine einheitliche maximale Dauer von einem Jahr vor. Im vorliegenden Vorschlag des EDI wird von unterschiedlichen Gültigkeitsdauern ausgegangen.

Bedarfsermittlung in Pflegeheimen

Art. 8b des Änderungsentwurfs KLV sieht Mindestanforderungen an die heute in der Schweiz angewendeten Pflegebedarfserfassungssysteme (PBES) vor. Damit sollen die Unterschiede bei der Einstufung und Vergütung der PBES eliminiert werden.

Es wird vorgeschlagen, die Minimalvariante (Szenario I gemäss Studie des beauftragten Forschungs- und Beratungsunternehmens INFRAS) umzusetzen. curafutura lehnt eine Umsetzung von Szenario I ab. Der zeit- und ressourcenintensive Aufwand für dieses Vorgehen ist unverhältnismässig, angesichts der Unsicherheit, inwieweit die Vereinheitlichung überhaupt erreicht werden kann. Wenn man den Weg von Szenario I begehen will, ist schon heute absehbar, dass Abweichungen weiterhin bestehen bleiben und Szenario II zusätzlich beschritten werden müsste. Wir bezweifeln, dass die vorgesehene Toleranzvorgabe für die max. Abweichung in einem auf Pflegeaufwandgruppen basierenden System (RAI-RUG) umsetzbar wäre. Die geplante Verordnungsänderung lässt zudem offen, was passiert, wenn die PPES trotz Mindestanforderungen weiterhin Unterschiede in der Einstufung generieren. curafutura fordert eine Änderung der Verordnung, die eine vollständige und zeitgerechte Vereinheitlichung sicherstellt. Neben den bereits vorgesehenen Mindestanforderungen ist aus Sicht von curafutura auch die vollständige Transparenz des zur Anwendung kommenden Systems unabdingbar. Ausländische Systeme wie PLAISIR oder RAI, garantieren diese Transparenz nicht oder nur teilweise. curafutura fordert daher die Umsetzung des in der Studie beschriebenen Szenario III a, das die Einstufung auf einem schweizweit einheitlich anzuwendenden, auf einem Leistungskatalog basierenden Pflegebedarfserfassungssystem (BESA) vorsieht. Die Vorbehalte des EDI betreffend Festsetzung eines einzigen Systems sind angesichts der Vorteile wie der vollständigen Vereinheitlichung der Bedarfserfassung, langfristiger Effizienzgewinne, einheitlicher Datenbasis und -vergleichbarkeit und mehr Transparenz im Pflegeversorgungssystem zu vernachlässigen. Art. 8b des Änderungsentwurfs KLV ist entsprechend anzupassen.

Pflichtleistungen / Tätigkeitskatalog im Pflegeheim

Für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen sind Pflicht- und Nichtpflichtleistungen klar zu trennen. Die Grundlage für diese Trennung ist heute der von der Koordinationsgruppe Langzeitpflege erarbeitete Tätigkeitskatalog. Die Krankenversicherer sind in dieser Gruppe nicht vertreten. curafutura schlägt vor, dass ein Gremium konstituiert wird, in welchem Leistungserbringer- und Versicherungsvertreter mitarbeiten. Dieses Gremium konkretisiert den Tätigkeitskatalog aus den Pflichtleistungen gemäss Art. 7 KLV. Eine entsprechende Regelung ist in Art. 8b des Änderungsentwurfs KLV festzuhalten.

Kontroll- und Schlichtungsverfahren

Gemäss Art. 8a KLV, eingefügt im Juli 1997, sollen Leistungserbringer und Versicherer gemeinsame Kontroll- und Schlichtungsverfahren bei ambulanter Pflege vereinbaren. Bei Fällen mit einem hohen Pflegebedarf (> 60 Stunden) kann der Vertrauensarzt die ärztliche Anordnung überprüfen, bei weniger aufwändigen Fällen können systematische Stichproben durchgeführt werden. Wenn kein Kontroll- und Schlichtungsverfahren vereinbart wurde, kann der Kanton ein solches festlegen. Der Bundesrat schlägt nun diese Regelung analog auch für den Pflegeheimbereich vor.

curafutura erachtet den aktuellen Artikel 8a KLV sowohl für die ambulante Pflege als auch für den neu vorgeschlagenen Anwendungsbereich bei Pflegeheimen als obsolet und nicht mehr zeitgemäss.



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Begründung: Seit 1997 fand eine Verschiebung von Verbandsaufgaben zu Aufgaben der einzelnen Versicherer statt. Eigene Pflegecontrollings mit ausgebildetem Fachpersonal wurden bei den Versicherern aufgebaut. Verschiedene Gerichtsentscheide stützten das bilaterale Pflegecontrolling der Versicherer. Parallel zeigte sich, dass die paritätischen Controllings (durch die Verbände organisiert) einen grossen Aufwand generierten, die Verfahren unnötig verlängerten und keinen Mehrwert brachten. Die paritätischen Kontroll- und Schlichtungsverfahren der Verbände wurden abgeschafft und ab 2010 durch vertragliche Regelungen mit den Einkaufsgemeinschaften bzw. einzelnen Versicherern ersetzt (nationale Administrativverträge Pflegeheim, Spitex, SBK). Die Verträge wurden auf den Homepages der Pflegeverbände publiziert.

Weitere Änderungen

Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 des Änderungsentwurfs KLV sieht vor, dass die «notwenigen Massnahmen» ermittelt werden. curafutura wünscht sich in der Formulierung insofern eine Präzisierung, als dass man von «notwendigen pflegerischen Massnahmen» spricht.

In Art. 8a Abs. 2 des Änderungsentwurfs KLV heisst es: «Die Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes.» Die aktuelle Regelung sieht heute zudem vor, dass auch der individuelle Pflege- und Hilfsbedarf abgeklärt werden soll. curafutura kann nicht nachvollziehen, wieso dieser Zusatz gestrichen wurde. Er bringt zum Ausdruck, dass der Pflege- und Hilfsbedarf individuell abzuklären ist. Es soll nicht Pflege über den Kopf der pflegebedürftigen Personen hinweg durchgeführt werden, die Menschen dürfen Pflegemassnahmen auch ablehnen. Diese individuelle Abklärung erachten wir als besonders wichtig, weshalb der bisherige Wortlaut der Verordnung beizubehalten ist.

Die Anpassung in Art. 8a Abs. 3 des Änderungsentwurfs KLV, dass der voraussichtliche Zeitbedarf durch den voraussichtlichen Zeitaufwand ersetzt wurde, ist ganz im Sinne von curafutura. Somit kommt zum Ausdruck, dass von der sozialen Krankenversicherung kein Bedarf, sondern viel mehr ein effektiver Aufwand zu vergüten ist.

In der Beilage erhalten Sie eine Gegenüberstellung des bestehenden Änderungsentwurfs KLV und jenem der mit den Forderungen von curafutura ergänzt ist.

Bei Fragen stehen wir Ihnen, sehr geehrter Herr Bundespräsident, jederzeit gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
curafutura

Pius Zängerle
Direktor

Adrian Schärli
Tarife

Verordnungsvorschlag Pflege



Vorschlag EDI	Vorschlag curafutura
<p>Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 ² Leistungen im Sinne von Abs. 1 sind:</p> <p>a. Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination:</p> <p>1. Ermittlung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin und dem Patienten oder der Patientin,[...]</p>	<p>Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 ² Leistungen im Sinne von Abs. 1 sind:</p> <p>b. Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination:</p> <p>Ermittlung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen pflegerischen Massnahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin und dem Patienten oder der Patientin,[...]</p>
<p>Art. 7a Abs. 1 ¹ Die Versicherung übernimmt für Leistungserbringer nach Art. 7 Absatz 1 Buchstaben a und b folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Art. 7 Absatz 2 pro Stunde:</p> <p>a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: 76.93 Franken;</p> <p>b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: 63.05 Franken;</p> <p>c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c: 52.63 Franken.</p>	<p>Art. 7a Abs. 1 ¹ Die Versicherung übernimmt für Leistungserbringer nach Art. 7 Absatz 1 Buchstaben a und b folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Art. 7 Absatz 2 pro Stunde:</p> <p>a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: 76.90 Franken;</p> <p>b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: 63.10 Franken;</p> <p>c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c: 52.60 Franken.</p>
<p>Art. 7a Abs. 3 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:</p> <p>a. bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten: 9.60 Franken;</p> <p>b. bei einem Pflegebedarf von 21 bis 40 Minuten: 19.21 Franken;</p> <p>c. bei einem Pflegebedarf von 41 bis 60 Minuten: 28.81 Franken;</p> <p>d. bei einem Pflegebedarf von 61 bis 80 Minuten: 38.41 Franken;</p> <p>e. bei einem Pflegebedarf von 81 bis 100 Minuten: 48.02 Franken;</p> <p>f. bei einem Pflegebedarf von 101 bis 120 Minuten: 57.62 Franken;</p> <p>g. bei einem Pflegebedarf von 121 bis 140 Minuten: 67.22 Franken;</p> <p>h. bei einem Pflegebedarf von 141 bis 160 Minuten: 76.82 Franken;</p> <p>i. bei einem Pflegebedarf von 161 bis 180 Minuten: 86.43 Franken;</p>	<p>Art. 7a Abs. 3 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:</p> <p>a. bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten: 10.00 Franken;</p> <p>b. bei einem Pflegebedarf von 21 bis 40 Minuten: 19.00 Franken;</p> <p>c. bei einem Pflegebedarf von 41 bis 60 Minuten: 29.00 Franken;</p> <p>d. bei einem Pflegebedarf von 61 bis 80 Minuten: 38.00 Franken;</p> <p>e. bei einem Pflegebedarf von 81 bis 100 Minuten: 48.00 Franken;</p> <p>f. bei einem Pflegebedarf von 101 bis 120 Minuten: 58.00 Franken;</p> <p>g. bei einem Pflegebedarf von 121 bis 140 Minuten: 67.00 Franken;</p> <p>h. bei einem Pflegebedarf von 141 bis 160 Minuten: 77.00 Franken;</p> <p>i. bei einem Pflegebedarf von 161 bis 180 Minuten: 86.00 Franken;</p>



<p>j. bei einem Pflegebedarf von 181 bis 200 Minuten: 96.03 Franken; k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten: 105.63 Franken; l. bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten: 115.24 Franken.</p>	<p>j. bei einem Pflegebedarf von 181 bis 200 Minuten: 96.00 Franken; k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten: 106.00 Franken; l. bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten: 115.00 Franken.</p>
<p>Art. 8 ärztlicher Auftrag oder ärztliche Anordnung ¹ Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung stellt fest: a. ob die Patientin oder der Patient Pflegeleistungen benötigt; b. welche der folgenden Leistungsarten die Patientin oder der Patient benötigt: 1. Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c (Ermittlung, Beratung, Koordination oder Grundpflege) 2. Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b (Untersuchung und Behandlung). ² Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a. für maximal sechs Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b; b. für maximal zwölf Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c; c. für maximal zwei Wochen bei Patientinnen und Patienten der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden. 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 bezogen auf Leistungen infolge des die Hilflosigkeit verursachenden Gesundheitszustandes unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, so ist deren Resultat vom Versicherten dem Versicherer bekannt zu geben. Im Anschluss an eine derartige Revision ist der ärztliche Auftrag oder ärztliche Anordnung zu erneuern. ⁴ Aufträge oder Anordnungen nach Absatz 2 Buchstabe a und b können verlängert werden.</p>	<p>Art. 8 ärztlicher Auftrag oder ärztliche Anordnung ¹ Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung stellt fest: a. ob die Patientin oder der Patient Pflegeleistungen benötigt; b. welche der Leistungsarten nach Artikel 7 Absatz 2 die Patientin oder der Patient benötigt. [...] ² Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen: a. für maximal zwölf Monate bei Leistungen nach Artikel 7 [...]; b. für maximal zwei Wochen bei Patientinnen und Patienten der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden. 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 bezogen auf Leistungen infolge des die Hilflosigkeit verursachenden Gesundheitszustandes unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, so ist deren Resultat vom Versicherten dem Versicherer bekannt zu geben. Im Anschluss an eine derartige Revision ist der ärztliche Auftrag oder ärztliche Anordnung zu erneuern. ⁴ Aufträge oder Anordnungen nach Absatz 2 Buchstabe a [...] können verlängert werden.</p>
<p>Art. 8a Bedarfsermittlung</p>	<p>Art. 8a Bedarfsermittlung</p>



<p>¹ Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder ärztlichen Anordnung erfolgt:</p> <ul style="list-style-type: none">a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben;b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen. <p>² Die Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes.</p> <p>³ Die Bedarfsermittlung erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitaufwand anzugeben. Die Leistungserbringer und die Versicherer sorgen für die einheitliche Ausgestaltung des Formulars.</p> <p>⁴ Der Versicherer kann verlangen, dass ihm diejenigen Elemente der Bedarfsermittlung mitgeteilt werden, welche die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 betreffen.</p> <p>⁵ Bei einer Verlängerung oder einer Erneuerung eines ärztlichen Auftrages oder einer neuen ärztlichen Anordnung muss eine Bedarfsermittlung nach Absatz 1 erfolgen.</p>	<p>¹ Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder ärztlichen Anordnung erfolgt für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 [...] durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben. [...]</p> <p>² Die Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs.</p> <p>³ Die Bedarfsermittlung erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitaufwand anzugeben. Die Leistungserbringer und die Versicherer sorgen für die einheitliche Ausgestaltung des Formulars.</p> <p>⁴ Der Versicherer kann verlangen, dass ihm diejenigen Elemente der Bedarfsermittlung mitgeteilt werden, welche die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 betreffen.</p> <p>⁵ Bei einer Verlängerung oder einer Erneuerung eines ärztlichen Auftrages oder einer neuen ärztlichen Anordnung muss eine Bedarfsermittlung nach Absatz 1 erfolgen.</p>
<p>Art. 8b Bedarfsermittlung in Pflegeheimen</p> <p>¹ Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss zwischen Pflegeleistungen nach Art. 33 Buchstabe b KVV und anderen Leistungen unterscheiden.</p> <p>² Bei der Bedarfsermittlung muss der ausgewiesene zu erbringende Pflegebedarf im Durchschnitt den tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen in Minuten entsprechen. Die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen müssen im Durchschnitt pro ausgewiesene Pflegebedarfsstufe innerhalb des in den 12 Bedarfsstufen nach Artikel 7a Absatz 3</p>	<p>Art. 8b Bedarfsermittlung in Pflegeheimen</p> <p>¹ Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen erfolgt schweizweit einheitlich mittels eines Instruments auf Grundlage eines Leistungskatalogs.</p> <p>² Die Funktionsweise des Instruments ist transparent und es besteht eine öffentlich zugängliche Dokumentation.</p> <p>³ Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument unterscheidet zwischen Pflegeleistungen nach Art. 33 Buchstabe b KVV und anderen Leistungen.</p>



<p>festgelegten Minutenbereichs liegen. Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss die Varianz der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen gegenüber dem ausgewiesenen Pflegebedarf für jede Bedarfsstufe ausweisen.</p> <p>³ Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss sich für die Bestimmungen der zu erbringenden Pflegeleistungen auf in der Schweiz durchgeführte, für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten von Pflegeheimen repräsentative Zeitstudien stützen, welche die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen aufzeigen. Die von den Zeitstudien angewendete Methode muss wissenschaftlich anerkannt und geeignet sein, eine Unterscheidung von Pflegeleistungen und andere Leistungen vorzunehmen.</p> <p>⁴ Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG) ermöglichen.</p>	<p>⁴ Die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 und die Versicherer erstellen gemeinsam einen Leistungskatalog welcher die konkreten, Pflegeleistungen nach Art. 33 Buchstabe b KVV ausweist. Der Leistungskatalog ist dem Departement des Innern zur Genehmigung vorzulegen.</p> <p>⁵ Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG) ermöglichen.</p>
<p>Art. 8c Kontroll- und Schlichtungsverfahren</p> <p>¹ Die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 und die Versicherer vereinbaren Kontroll- und Schlichtungsverfahren.</p> <p>² Im vertragslosen Zustand setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten das Kontroll- und Schlichtungsverfahren fest.</p> <p>³ Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung der Bedarfsermittlung sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.</p> <p>⁴ Werden für Pflegeleistungen, die von Leistungserbringern nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b erbracht werden, voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt, so kann die Bedarfsermittlung vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG) überprüft werden. Werden voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal benötigt, so führt der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin systematische Stichproben durch.</p>	<p>Artikel streichen</p>

Bern, 24.10.2018