



tarifsuisse ag

tarifsuisse ag
Lagerstrasse 107
Postfach 2018
CH-8021 Zürich
Tel. +41 44 218 93 60
Fax +41 44 218 93 88
zuerich@tarifsuisse.ch
www.tarifsuisse.ch

Curaviva Kanton Zürich
Herrn Claudio Zogg
Schärenmoosstrasse 77

8052 Zürich

Für Rückfragen:
Annette Messer
Direktwahl: +41 44 218 9364
Annette.Messer@tarifsuisse.ch

Zürich, 12. Juli 2013

Formulare für Tages- oder Nachtstätten

Sehr geehrter Herr Zogg

Wir nehmen Bezug auf unsere Besprechungen in oben genannter Angelegenheit und halten Folgendes fest:

Mit RRB Nr. 800 vom 15. August 2012 verfügt der Regierungsrat des Kantons Zürich die Einführung der Beitragsstruktur gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV per 1. Januar 2013 und hält unter anderem fest, dass die bisher geltenden Tarifmodalitäten im Jahr 2013 fortgelten sollen.

Da sich die Tarifstruktur mit der Einführung der Beitragsstruktur per 1. Januar 2013 ändert, fehlen aktuell Regelungen zur Bedarfserfassung und Bedarfsmeldung in Tages- oder Nachtstrukturen. Um diese Lücke zu schliessen, vereinbaren Curaviva Kanton Zürich sowie die Stadt Zürich für die von ihr vertretenen Heime und tarifsuisse ag Folgendes:

Die Pflegeheime, welche im Kanton Zürich eine Tages- oder Nachtstätte betreiben, verwenden im Jahr 2013 folgende ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung zur Erfassung und Meldung des Pflegebedarfs:

◆ Variante 1:

Das Formular gemäss Anhang 1 kann von allen Heimen im Kanton Zürich, unabhängig vom eingesetzten Bedarfserfassungssystem in der Langzeitpflege, verwendet werden.

◆ Variante 2:

Wendet ein Heim für die Bedarfsabklärung in Tages- oder Nachtstrukturen das Bedarfsabklärungsinstrument RAI/RUG an, so kann die Meldung an den Versicherer mit dem „*Pflege- und Behandlungsausweis*“ auf Basis folgender Module erfolgen:

◆ Modul für Kurzaufenthalter, Version RAI NH 2.0 kalibriert (1.07)

◆ oder nach erfolgtem Update der Software: Modul für Tages- oder Nachtstrukturen, Version RAI NH 2.0 kalibriert (01/13)

Der Aufenthalt ist auf dem Pflege- und Behandlungsausweis als Tages- oder Nachtaufenthalter („D/N“) gekennzeichnet.

Unbenommen von der jeweiligen Variante der Bedarfsmeldung kann der Versicherer bei Bedarf sämtliche zur Überprüfung der Einstufung relevanten Unterlagen beim Pflegeheim anfordern.

Curaviva Kanton Zürich sowie die Stadt Zürich für die von ihr vertretenen Heime und tarifsuisse ag empfehlen den von ihnen vertretenen Leistungserbringern bzw. Versicherern die Formulare zur Anwendung.

Im Sinne Ihres Einverständnisses bitten wir Sie freundlich um rechtsgültige Gegenzeichnung dieses Schreibens durch Curaviva Kanton Zürich sowie die Stadt Zürich und Rücksendung eines unterzeichneten Exemplares.

Freundliche Grüsse

tarifsuisse ag
Abteilung Pflege



lic.iur. Gebhard Heuberger
Leiter Abteilung Pflege


Annette Messer
Leiterin Pflege Region Ost


Einverstanden:

Zürich, den 22. Juli 2013

**Gesundheits- und Umweltdepartement
der Stadt Zürich**


Stadträtin Dr. Claudia Nielsen
Vorsteherin

Curaviva Kanton Zürich


Andreas Paintner Claudio Zogg
Präsident Geschäftsleiter

1. Formular für alle Heime anwendbar

Ärztliche Anordnung /Bedarfsmeldeformular für Tages- oder Nachtstätten

Name Krankenversicherer.....
 Vorname..... Versicherten-Nr.
 Strasse Versichertenkarten-Nr.....
 PLZ/Ort Sozialversicherungs-Nr.....
 Geburtsdatum falls Leistungen nach UVG:
 Geschlecht weiblich männlich Unfallversicherer

Aufenthalt wegen: Krankheit Invalidität Unfall
 Hilflosenentschädigung: keine leicht mittel schwer nicht bekannt
 Dauer (Art. 8 KLV) gültig für: 3 Monate 6 Monate von bis
 Sind weitere Leistungserbringer involviert ja nein nicht bekannt
 wenn ja, Name & EAN / ZSR.Nr

	Selbstständigkeit				Bemerkungen		
	--	-	+	++			
Verstehen und sich ausdrücken							
Sich orientieren							
Mitwirkungsfähigkeit / Compliance / Adherence							
					Pflegertätigkeiten	Total Minuten pro Tag	Bemerkungen
					einmal	mehrmals	
Sich bewegen / Mobilität							
Essen und trinken							
Sich waschen und kleiden							
Ausscheiden							
Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV							
Andere Leistungen (beschreiben):							
Total Minuten							
Stufe gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV							

Mittel und Gegenstände	Positions-Nr.	Produkt	Menge

Aufenthaltsstage in der Tages- / Nachtstätte	pro Woche	pro Monat
Dauer pro Aufenthaltstag von bis Uhr		
Dauer pro Aufenthaltstag von bis Uhr		

Besonderes:
 Name der Organisation: **Ärztin/Arzt:**
 EAN/ZSR Nummer: EAN/ZSR Nummer:
 Datum: Datum:
 Unterschrift: Unterschrift:

Das Bedarfsmeldeformular muss spätestens 14 Kalendertage nach Pflegebeginn zusammen mit der Ärztin/dem Arzt ausgefüllt werden. Die Tagesstätte sendet das vollständige Original an den Versicherer und informiert involvierte Spitex-Organisationen oder selbstständig Pflegende über den Aufenthalt.

2. Formular für Heime, welche RAI/RUG anwenden

Heim (Stempel) Musterheim XX Strasse YY 9999 Musterhausen		RAI/RUG Pflege- und Behandlungsausweis für die Krankenversicherung	
Zahlstellen-Nr: ZSR		Gültig ab. _____	
AA1	Name	a.	b.
AA2/3	Geschlecht / Geb.-Datum	Weiblich	31.12.1931
	Krankenversicherer OKP		
	Tarifestufe CH		
	Original Pflegeaufwandgruppe (RUG)		
A8	Beurteilungsgrund	D/N Aufenthalt	
AA6	Eintrittsdatum ins Heim	07.01.2013	
A3	Datum der Dokumentation	30.01.2013	
G1	Körperliche Funktionsfähigkeit	ADL-Index (Bewegung im Bett, Transfer, Toilettenbenützung, Essen)	
		4	4 = Unabhängig 18 = maximale Abhängigkeit
I1	Krankheiten	<input type="checkbox"/> STOFFWECHSEL- / ERNÄHRUNGSKRANKHEITEN <input type="checkbox"/> HERZ / KREISLAUF <input type="checkbox"/> MUSKEL / SKELETT <input type="checkbox"/> NEUROLOGISCHE <input type="checkbox"/> PSYCHIATR. ERKRANK. <input type="checkbox"/> LUNGE <input type="checkbox"/> SENSORISCHE ERKRANKUNGEN <input type="checkbox"/> SONSTIGE <input type="checkbox"/> INFektionen	
I2			
P1b	Spezielle Behandlungen / Massnahmen	Skala A = Anzahl der Tage (in den letzten 7 Tagen), an denen Einzeltherapie von mindestens 15 Min. Dauer stattgefunden hat Skala B = Gesamtdauer in Min in den letzten 7 Tagen	
		a. Sprachtherapie	A B
		b. Ergotherapie	
		c. Physiotherapie	
P3	Pflege- und Training	Anzahl der Tage (in den letzten 7 Tagen) mit entsprechenden Massnahmen von 15 Min. oder mehr	
		a. Passive Beweglichkeit	
		b. Aktive Beweglichkeit	0
		c. Hilfsmittel-Training	0
		d. Bewegung im Bett	
		e. Transfer	0
		f. Gehen	0
		g. Ankleiden / Körperpflege	0
		h. Essen oder Schlucken	0
		i. Prothesenversorgung, Stumpfpflege	
		j. Sprachtraining	
	Unterschrift Heimleitung	Die Heimleitung bestätigt das Vorliegen der Unterschrift des zuständigen Arztes in der MDS-Beurteilung, die Richtigkeit des MDS und die ausgewiesene RUG-Gruppe.	
		Datum _____	
Zuständiger Arzt:			
Name, Vorname, Praxisort, ZSR-Nr: _____			
<small>Weitere Angaben können z.H. des Vertrauensarztes verlangt werden.</small>			

765456/