

Krankenversicherungsgesetz (KVG) - Art. 25, 25a, 32, 35, 42,43, 44, 46, 56, 57, 58,59

KVG Art. 25 Allgemeine Leistungen bei Krankheit

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen.

² Diese Leistungen umfassen:

- a.¹ die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von:
1. Ärzten oder Ärztinnen,
 2. Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen,
 3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen;
- b. die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände;
- c. einen Beitrag an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren;
- d. die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation;
- e. den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals;
- g. einen Beitrag an die medizinisch notwendigen Transportkosten sowie an die Rettungskosten;
- h.² die Leistung der Apotheker und Apothekerinnen bei der Abgabe von nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln.

KVG Art. 25a Pflegeleistungen bei Krankheit

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.

² Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen⁷) vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.

³ Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung.

⁴ Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest.

⁵ Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.

KVG Art. 32 Voraussetzungen

¹ Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

² Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.

KVG Art. 35 Grundsatz

¹ Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die Leistungserbringer zugelassen, welche die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 erfüllen.

² Leistungserbringer sind:

- a. Ärzte und Ärztinnen;
- b. Apotheker und Apothekerinnen;
- c. Chiropraktoren und Chiropraktorinnen;
- d. Hebammen;
- e. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen;
- f. Laboratorien;
- g. Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen;
- h. Spitäler;
- i. Einrichtungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen;
- k. Pflegeheime;
- l. Heilbäder;
- m.¹ Transport- und Rettungsunternehmen;
- n.² Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen.

KVG Art. 42 Grundsatz

¹ Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, so schulden die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung. Die Versicherten haben in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung (System des Tiers garant). In Abweichung von Artikel 22 Absatz 1 ATSG² kann dieser Anspruch dem Leistungserbringer abgetreten werden.³

² Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant).

³ Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

⁴ Der Versicherer kann eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen.

⁵ Der Leistungserbringer ist in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers nach Artikel 57 bekannt zu geben.

⁶ In Abweichung von Artikel 29 Absatz 2 ATSG ist für die Anmeldung von Leistungsansprüchen kein Formular nötig.

KVG Art. 43 Grundsatz

¹ Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen.

² Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich:

- a. auf den benötigten Zeitaufwand abstellen (Zeittarif);
- b. für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunktwert bestimmen (Einzelleistungstarif);
- c. pauschale Vergütungen vorsehen (Pauschaltarif);
- d. zur Sicherung der Qualität die Vergütung bestimmter Leistungen ausnahmsweise von Bedingungen abhängig machen, welche über die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 hinausgehen, wie namentlich vom Vorliegen der notwendigen Infrastruktur und der notwendigen Aus-, Weiter- oder Fortbildung eines Leistungserbringers (Tarifausschluss).

³ Der Pauschaltarif kann sich auf die Behandlung je Patient oder Patientin (Patientenpauschale) oder auf die Versorgung je Versichertengruppe (Versichertenpauschale) beziehen. Versichertenpauschalen können prospektiv aufgrund der in der Vergangenheit erbrachten Leistungen und der zu erwartenden Bedürfnisse festgesetzt werden (prospektives Globalbudget).

⁴ Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten. Bei Tarifverträgen zwischen Verbänden sind vor dem Abschluss die Organisationen anzuhören, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten.

⁵ Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, so legt der Bundesrat diese Tarifstruktur fest.

⁶ Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.

⁷ Der Bundesrat kann Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Er sorgt für die Koordination mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen.

KVG Art. 44 Tarifschutz

¹ Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), bleiben vorbehalten.

² Lehnt ein Leistungserbringer es ab, Leistungen nach diesem Gesetz zu erbringen (Ausstand), so muss er dies der von der Kantonsregierung bezeichneten Stelle melden. Er hat in diesem Fall keinen Anspruch auf Vergütung nach diesem Gesetz. Wenden sich Versicherte an solche Leistungserbringer, so müssen diese sie zuerst darauf hinweisen.

KVG Art. 46 Tarifvertrag

¹ Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits.

^{1bis} Parteien eines Tarifvertrages können auch Kantone sein, wenn es sich um Massnahmen der medizinischen Prävention nach Artikel 26 handelt, die im Rahmen von national oder kantonale organisierten Programmen nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d durchgeführt werden.¹

² Ist ein Verband Vertragspartei, so ist der Tarifvertrag für die Mitglieder des Verbandes nur verbindlich, wenn sie dem Vertrag beigetreten sind. Auch Nichtmitglieder, die im Vertragsgebiet tätig sind, können dem Vertrag beitreten. Der Vertrag kann vorsehen, dass diese einen angemessenen

Beitrag an die Unkosten des Vertragsabschlusses und der Durchführung leisten müssen. Er regelt die Art und Weise der Beitritts- sowie der Rücktrittserklärung und ihre Bekanntgabe.

³ Nicht zulässig und damit ungültig sind insbesondere folgende Massnahmen, ohne Rücksicht darauf, ob sie in einem Tarifvertrag oder in getrennten Vereinbarungen oder Regelungen enthalten sind:

- a. Sondervertragsverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;
- b. Verpflichtung von Verbandsmitgliedern auf bestehende Verbandsverträge;
- c. Konkurrenzverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;
- d. Exklusivitäts- und Meistbegünstigungsklauseln.

⁴ Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.

⁵ Die Frist für die Kündigung eines Tarifvertrages und für die Rücktrittserklärung nach Absatz 2 beträgt mindestens sechs Monate.

KVG Art. 56 Wirtschaftlichkeit der Leistungen

¹ Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

² Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden. Rückforderungsberechtigt ist:

- a. im System des *Tiers garant* (Art. 42 Abs. 1) die versicherte Person oder nach Artikel 89 Absatz 3 der Versicherer;
- b. im System des *Tiers payant* (Art. 42 Abs. 2) der Versicherer.

³ Der Leistungserbringer muss dem Schuldner der Vergütung die direkten oder indirekten Vergünstigungen weitergeben, die ihm:

- a. ein anderer in seinem Auftrag tätiger Leistungserbringer gewährt;
- b. Personen oder Einrichtungen gewähren, welche Arzneimittel oder der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel oder Gegenstände liefern.

⁴ Gibt der Leistungserbringer die Vergünstigung nicht weiter, so kann die versicherte Person oder der Versicherer deren Herausgabe verlangen.

⁵ Leistungserbringer und Versicherer sehen in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Sie sorgen insbesondere dafür, dass diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.

⁶ Leistungserbringer und Versicherer legen vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest.

KVG Art. 57 Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen

¹ Die Versicherer oder ihre Verbände bestellen nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztesgesellschaften Vertrauensärzte beziehungsweise Vertrauensärztinnen. Diese müssen die Zulassungsvoraussetzungen nach Artikel 36 erfüllen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Stellung tätig gewesen sein.

² Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen, die in der ganzen Schweiz tätig sein sollen, müssen im Einvernehmen mit der Ärztesgesellschaft des Kantons bestellt werden, in dem der Versicherer seinen Hauptsitz oder der Verband der Versicherer seinen Sitz hat.

³ Eine kantonale Ärztesgesellschaft kann einen Vertrauensarzt oder eine Vertrauensärztin aus wichtigen Gründen ablehnen; in diesem Fall entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89.

⁴ Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen beraten die Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers.

⁵ Sie sind in ihrem Urteil unabhängig. Weder Versicherer noch Leistungserbringer noch deren Verbände können ihnen Weisungen erteilen.

⁶ Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 4 notwendigen Angaben liefern. Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so können Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen Versicherte auch persönlich untersuchen; sie müssen den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren. Können sie sich mit ihrem Versicherer nicht einigen, so entscheidet in Abweichung von Artikel 58 Absatz 1 ATSG1 das Schiedsgericht nach Artikel 89.

⁷ Die Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen geben den zuständigen Stellen der Versicherer nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen, den Risikoausgleich zu berechnen oder eine Verfügung zu begründen. Dabei wahren sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten.

⁸ Die eidgenössischen Dachverbände der Ärzte und Ärztinnen sowie der Versicherer regeln die Weitergabe der Angaben nach Absatz 7 sowie die Weiterbildung und die Stellung der Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen. Können sie sich nicht einigen, so erlässt der Bundesrat die nötigen Vorschriften.

KVG Art. 58 Qualitätssicherung

¹ Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Organisationen systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen vorsehen.

² Er kann die Durchführung der Kontrollen den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen.

³ Er regelt, mit welchen Massnahmen die Qualität oder der zweckmässige Einsatz der Leistungen zu sichern oder wiederherzustellen ist. Er kann insbesondere vorsehen, dass:

- a. vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin eingeholt wird;
- b. besonders kostspielige oder schwierige Untersuchungen oder Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von dafür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden. Er kann die Leistungserbringer näher bezeichnen.

KVG_Art. 59 Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen

¹ Gegen Leistungserbringer, welche gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56 und 58) oder gegen vertragliche Abmachungen verstossen, werden Sanktionen ergriffen. Diese umfassen:

- a. die Verwarnung;
- b. die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden;
- c. eine Busse; oder
- d. im Wiederholungsfall den vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

² Über Sanktionen entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89 auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer.

³ Verstösse gegen gesetzliche Anforderungen oder vertragliche Abmachungen nach Absatz 1 sind insbesondere:

- a. die Nichtbeachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Artikel 56 Absatz 1;
- b. die nicht erfolgte oder die mangelhafte Erfüllung der Informationspflicht nach Artikel 57 Absatz 6;
- c. die Weigerung, sich an Massnahmen der Qualitätssicherung nach Artikel 58 zu beteiligen;
- d. die Nichtbeachtung des Tarifschutzes nach Artikel 44;
- e. die unterlassene Weitergabe von Vergünstigungen nach Artikel 56 Absatz 3;
- f. die betrügerische Manipulation von Abrechnungen oder die Ausstellung von unwahren Bestätigungen.

VERORDNUNG ÜBER DIE KRANKENVERSICHERUNG (KVV)

ART. 33, 34, 46, 49, 51, 59, 76, 77

KVV Art. 33 Bst. b, h und i

Das Departement bezeichnet nach Anhören der zuständigen Kommission:

- b. die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 und 25a Absätze 1 und 2 des Gesetzes;
- h. das Verfahren der Bedarfsermittlung;
- i. den in Artikel 25a Absätze 1 und 4 des Gesetzes vorgesehenen und nach Pflegebedarf differenzierten Beitrag an die Pflegeleistungen.

KVV Art. 34 Analysen und Arzneimittel

Die Listen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffern 1 (Analysenliste) und 2 (Arzneimittelliste) sowie Buchstabe b (Spezialitätenliste) des Gesetzes werden nach Anhören der zuständigen Kommission erstellt.

KVV Art. 46 Im Allgemeinen

¹ Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbständig und auf eigene Rechnung ausüben:

- a. Physiotherapeut oder Physiotherapeutin;
- b. Ergotherapeut oder Ergotherapeutin;
- c. Pflegefachfrau oder Pflegefachmann;
- d. Logopäde oder Logopädin;
- e. Ernährungsberater oder Ernährungsberaterin.

² Diese Personen müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein und die übrigen Zulassungsvoraussetzungen erfüllen, welche in dieser Verordnung festgelegt sind.

KVV Art. 49¹ Pflegefachfrau und Pflegefachmann

Die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner haben nachzuweisen:

- a. das Diplom einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002² über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;
- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann, die oder der nach dieser Verordnung zugelassen ist, oder in einem Spital oder einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause unter der Leitung einer Pflegefachfrau oder eines Pflegefachmanns, die oder der die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.

KVV Art. 51 Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause

Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause werden zugelassen, wenn sie:

- a. nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind;
- b. ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben;
- c. über das erforderliche Fachpersonal verfügen, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat;
- d. über Einrichtungen verfügen, die dem Tätigkeitsbereich entsprechen;
- e. an Massnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 teilnehmen, die gewährleisten, dass eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende, qualitativ hoch stehende und zweckmässige Krankenpflege erbracht wird.

KVV Art. 59 Rechnungsstellung im Allgemeinen

¹ Die Leistungserbringer haben in ihren Rechnungen alle administrativen und medizinischen Angaben zu machen, die für die Überprüfung der Berechnung der Vergütung sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Artikel 42 Absätze 3 und 3^{bis} des Gesetzes notwendig sind. Insbesondere sind folgende Angaben zu machen:

- a. Kalendarium der Behandlungen;
- b. erbrachte Leistungen im Detaillierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht;
- c. Diagnosen und Prozeduren, die zur Berechnung des anwendbaren Tarifs notwendig sind.
- d. Kennnummer der Versichertenkarte nach Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe f der Verordnung vom 14. Februar 2007² über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung;
- e. Versichertennummer nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung.

² Der Leistungserbringer muss für die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und die anderen Leistungen zwei getrennte Rechnungen erstellen.

³ Bei Analysen erfolgt die Rechnungsstellung an den Schuldner der Vergütung ausschliesslich durch das Laboratorium, das die Analyse durchgeführt hat. Pauschaltarife nach Artikel 49 des Gesetzes bleiben vorbehalten.

⁴ Haben Versicherer und Leistungserbringer vereinbart, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des *Tiers payant*), so hat der Leistungserbringer der versicherten Person die Kopie der Rechnung nach Artikel 42 Absatz 3 des Gesetzes zukommen zu lassen. Er kann mit dem Versicherer vereinbaren, dass dieser die Rechnungskopie zustellt.

KVV Art. 76 Angaben über die erbrachten Leistungen

Die Versicherer können gemeinsam Angaben über Art und Umfang der von den verschiedenen Leistungserbringern erbrachten Leistungen und die dafür in Rechnung gestellten Vergütungen bearbeiten, dies ausschliesslich zu folgenden Zwecken:

- a. Analyse der Kosten und deren Entwicklung;
- b. Kontrolle und Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen im Sinne von Artikel 56 des Gesetzes;
- c. Gestaltung von Tarifverträgen.

KVV Art. 77 Qualitätssicherung

¹ Die Leistungserbringer oder deren Verbände erarbeiten Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität. Die Modalitäten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie Finanzierung) werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart. Die Bestimmungen haben den allgemein anerkannten Standards zu entsprechen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

² Die Vertragsparteien sind verpflichtet, das BAG über die jeweils gültigen Vertragsbestimmungen zu informieren. Das BAG kann über die Durchführung der Qualitätssicherung eine Berichterstattung verlangen.

³ In den Bereichen, in denen kein Vertrag abgeschlossen werden konnte oder dieser nicht den Anforderungen von Absatz 1 entspricht, erlässt der Bundesrat die erforderlichen Bestimmungen. Er hört zuvor die interessierten Organisationen an.

⁴ Das Departement setzt nach Anhören der zuständigen Kommission die Massnahmen nach Artikel 58 Absatz 3 des Gesetzes fest.

KRANKENPFLEGE-LEISTUNGSVERORDNUNG (KLV)

Art. 7, 7a, 8, 8a, 9, 20, 20a

KVL Art. 7 Umschreibung des Leistungsbereichs

¹ 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).

² Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind:

a. Massnahmen der Abklärung, Beratung und der Koordination:

1. Abklärung 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,
2. Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen;
3. Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen;

b. Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung:

1. Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht),
2. einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin,
3. Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken,
4. Massnahmen zur Atemtherapie (wie O₂-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),
5. Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,
6. Massnahmen bei Hämö- oder Peritonealdialyse,
7. Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten,
8. enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen,
9. Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen,
10. Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern,
11. pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz,
12. Hilfe bei Medizinal-Teil- oder -Vollbädern; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen,
13. pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen,
14. Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung;

c. Massnahmen der Grundpflege:

1. Allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken,
2. Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie: Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen.

²bis Die folgenden Leistungsvoraussetzungen müssen erfüllt sein:

- a. Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstabe a Ziffer 3 müssen durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) vorgenommen werden, die oder der eine zweijährige praktische Tätigkeit in interdisziplinärer Zusammenarbeit und im Patientenmanagement in Netzwerken nachweisen kann.
- b. Die Abklärung, ob Massnahmen nach Absatz 2 Buchstaben b Ziffern 13 und 14 und c Ziffer 2 durchgeführt werden sollen, muss von einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann (Art. 49 KVV) vorgenommen werden, die oder der eine zweijährige praktische Tätigkeit in der Fachrichtung Psychiatrie nachweisen kann.¹⁰

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

³ 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.

KLV Art. 7a Beiträge

¹ 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: 79.80 Franken;
- b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: 65.40 Franken;
- c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c: 54.60 Franken.

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

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

¹ 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.

² 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.

KVL Art. 8 Ärztlicher Auftrag, ärztliche Anordnung, Bedarfsabklärung

¹ Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung von Leistungen der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause ist aufgrund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung der notwendigen Massnahmen näher zu umschreiben.

² Die Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten

oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege und Hilfebedarfs.

³ Die Bedarfsabklärung erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben. Die Tarifpartner sorgen für die einheitliche Ausgestaltung des Formulars.

^{3bis} Die Bedarfsabklärung der Akut- und Übergangspflege erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten.

⁴ Die Bedarfsabklärung in Pflegeheimen erfolgt durch die Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 9 Abs. 2). Der vom Arzt oder von der Ärztin bestimmte Pflegebedarf gilt als ärztliche Anordnung oder als ärztlicher Auftrag

⁵ Der Versicherer kann verlangen, dass ihm diejenigen Elemente der Bedarfsabklärung mitgeteilt werden, welche die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 betreffen.

⁶ 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.

^{6bis} 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 die ärztliche Anordnung zu erneuern.

⁷ Aufträge oder Anordnungen nach Absatz 6 Buchstaben a und b können verlängert werden.

KVL Art. 8a Kontroll- und Schlichtungsverfahren

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

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

³ 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.

KVL Art. 9 Abrechnung

¹ 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.

² Die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 der Pflegeheime müssen nach dem Pflegebedarf in Rechnung gestellt werden.

KLV Art. 20 Grundsatz

Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.

KLV Art. 20a Liste der Mittel und Gegenstände

¹ Die Mittel und Gegenstände sind in Anhang 2 nach Arten und Produktgruppen aufgeführt.

² Mittel und Gegenstände, die in den Körper implantiert werden oder von Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 KVG⁹⁵ im Rahmen ihrer Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verwendet werden, sind in der Liste nicht aufgeführt. Die Vergütung wird mit der entsprechenden Untersuchung oder Behandlung in den Tarifverträgen geregelt.

³ Die Mittel- und Gegenständeliste wird in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts (AS) und in der Systematischen Sammlung des Bundesrechts (SR) nicht veröffentlicht. Die Änderungen werden im Internet des BAG publiziert. Eine Gesamtliste wird in der Regel einmal im Jahr herausgegeben.

GESUNDHEITSGESETZ DES KANTONS LUZERN (SRL 800) VOM 1.2.2017 - § 16, 18, 26, 37, 38, 39, 45, 46

§ 16 Bewilligungspflicht und Aufsicht

¹ Eine Berufsausübungsbewilligung (Bewilligung) des Gesundheits- und Sozialdepartementes benötigt, wer unter eigener fachlicher Verantwortung und gewerbsmässig

a. Krankheiten, Verletzungen oder sonstige Störungen der psychischen und physischen Gesundheit von Menschen und Tieren nach den Erkenntnissen der anerkannten Wissenschaften oder im Rahmen der wissenschaftlichen Forschung feststellt und behandelt,

b. in einem Beruf tätig ist, der im Krankenversicherungsrecht als Leistungserbringer genannt ist,

c. Gelenkmanipulationen mit Impulsen vornimmt, Sehhilfen und Zahnersatz herstellt oder kranke, verletzte oder sonst gesundheitlich beeinträchtigte Menschen mit instrumentellen Eingriffen behandelt, welche die Haut verletzen,

d. Arzneimittel anwendet, abgibt und herstellt; davon ausgenommen ist die Anwendung und Abgabe komplementärmedizinischer Arzneimittel.

² Unter die Bewilligungspflicht fallen die universitären Medizinalberufe gemäss § 30 und die andern Berufe im Gesundheitswesen gemäss § 36.

³ Die zuständige Behörde kann die Ausübung nicht bewilligungspflichtiger Tätigkeiten verbieten, wenn diese Leib und Leben gefährden. Der Regierungsrat regelt die Rechte und Pflichten bei der Berufsausübung nicht bewilligungspflichtiger Tätigkeiten, insbesondere den Tätigkeitsbereich, durch Verordnung. Für ungefährliche Eingriffe kann er die Bewilligungspflicht nach Absatz 1c aufheben.

§ 18 Bewilligungsvoraussetzungen

Die Bewilligung wird an Gesuchstellerinnen und Gesuchsteller erteilt, welche

- a. die von der Gesetzgebung verlangten fachlichen Anforderungen erfüllen,
- b. handlungsfähig und beruflich vertrauenswürdig sind,
- c. physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bieten,
- d. eine Berufshaftpflichtversicherung entsprechend der Art und des Umfangs der Risiken abgeschlossen haben.

§ 26 Aufzeichnungspflicht

¹ Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber haben über ihre Berufsausübung Aufzeichnungen zu machen.

² Die Aufzeichnungen sind während zehn Jahren aufzubewahren.

§ 37 Betriebsbewilligung

¹ Eine Betriebsbewilligung benötigen

- a. Spitäler,
- b. Betriebe wie Spitäler, welche Blut und Blutprodukte nur lagern,
- c. öffentliche Apotheken und Spitalapotheken,
- d. andere Organisationen und Einrichtungen, die nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 ⁸ eine kantonale Zulassung benötigen, wie zum Beispiel Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause (Spitex),
- e. Drogerien.

² Vorbehalten bleiben die Bestimmungen dieses Gesetzes über die Privatapotheke und Betriebsbewilligungen aufgrund anderer Erlasse.

§ 38 Bewilligungsvoraussetzungen

¹ Die Bewilligung wird erteilt, wenn der Betrieb

- a. eine verantwortliche Fachperson bezeichnet, die eine Bewilligung nach § 16 hat,
- b. über das Fachpersonal verfügt, das für die Erbringung der Leistungen notwendig ist,
- c. für die Erbringung der angebotenen Leistungen eingerichtet ist.

² Für die Spitalapotheken gelten zudem die Voraussetzungen von § 31 sinngemäss.

³ Der Regierungsrat regelt das Nähere durch Verordnung.

§ 39 Bewilligungsinstanz und Aufsicht

¹ Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause sind von der Gemeinde zu bewilligen, in der sie ihren Sitz haben. Die übrigen Betriebe werden vom Gesundheits- und Sozialdepartement bewilligt.

² Die bewilligungspflichtigen Betriebe unterstehen der Aufsicht der Bewilligungsinstanz.

V. Prävention und Gesundheitsförderung

§ 45 Zweck

¹ Die Gesundheitsförderung bezweckt die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Einzelnen und der Gesamtbevölkerung sowie von bestimmten Personengruppen.

² Die Prävention bezweckt die Verhütung von bestimmten Krankheiten und Unfällen und soll deren Häufigkeit und Schwere vermindern. Sie umfasst Massnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Abschwächung von Krankheits- und Unfallfolgen.

§ 46 Grundsätze

¹ Der Kanton und die Gemeinden betreiben Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Sucht. Die kantonale Sportförderung richtet sich nach dem Gesetz über die Förderung von Sport und Bewegung (Kantonales Sportförderungsgesetz) vom 9. Dezember 2013.

² Der Kanton kann im Rahmen der Voranschlagskredite an Institutionen, die sich auf dem Gebiet der Prävention und der Gesundheitsförderung betätigen, Beiträge ausrichten.

³ Die gemeinsame Förderung von Institutionen gemäss Absatz 2 durch Kanton und Gemeinden erfolgt im Rahmen des Zweckverbandes gemäss §24a des Sozialhilfegesetzes vom 24. Oktober 1989.

⁴ Das Gesundheits- und Sozialdepartement kann freiwillige medizinische Vorsorgeuntersuchungen durchführen und für die Betroffenen freiwillige vorbeugende Massnahmen ergreifen.

**Verordnung (SRL 806)
über die anderen bewilligungspflichtigen Berufe im Gesundheitswesen
und über die bewilligungspflichtigen Betriebe mit solchen Berufsleuten
§1 a+b, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 36, 37**

§ 1 Geltungsbereich

¹ Die Verordnung

- a. bestimmt die nichtuniversitären, anderen Berufe im Gesundheitswesen gemäss § 36 des Gesundheitsgesetzes vom 13. September 2005², die eine Berufsausübungsbewilligung gemäss § 16 Absatz 1 dieses Gesetzes benötigen, regelt die fachlichen Anforderungen für diese Berufsausübungsbewilligungen und legt die mit der Berufsausübung verbundenen besonderen Rechte und Pflichten fest,
- b. regelt die Einzelheiten für die Betriebe im Gesundheitswesen gemäss § 37 Absatz 1d des Gesundheitsgesetzes.

§ 5 Fortbildungspflicht

¹ Berufsleute gemäss § 11 haben sich entsprechend den Anforderungen ihrer Tätigkeit fortzubilden. Soweit nötig, kann die zuständige Behörde gemäss § 11 einen entsprechenden Nachweis verlangen.

² Vorbehalten bleiben besondere Bestimmungen über die Fortbildung.

§ 6 Betriebliche Voraussetzungen

Berufsleute gemäss § 11 müssen über geeignete Einrichtungen verfügen, die nach den geltenden Grundsätzen ihres Berufes für die Erbringung ihrer Leistungen erforderlich sind.

§ 7 Behandlung von Kranken und Verunfallten

Soweit diese Verordnung nichts anderes bestimmt, dürfen Kranke und Verunfallte Menschen und Tiere

nur gemäss den ärztlichen Anordnungen behandelt werden.

§ 8 Aufzeichnungspflicht

Über die berufliche Tätigkeit sind Aufzeichnungen zu machen. Diese müssen Angaben zur Person oder zum Tier und die Diagnose sowie den Zeitpunkt und die Art der Behandlung enthalten.

§ 11 Bewilligungspflichtige Berufe

¹ Eine Berufsausübungsbewilligung der Dienststelle Gesundheit und Sport[9]benötigt, wer folgende Berufe fachlich selbständig und gewerbsmässig ausübt:

- a. Augenoptiker oder -optikerin,
- b. Dentalhygieniker oder Dentalhygienikerin,
- c. Drogist oder Drogistin,
- d. Entbindungshelfer oder Hebamme,
- e. Ergotherapeut oder -therapeutin,
- f. Ernährungsberater oder -beraterin,
- g. Leiter oder Leiterin eines Laboratoriums,
- h. Logopäde oder Logopädin,
- i. medizinischer Masseur oder medizinische Masseurin,
- j. Osteopath oder Osteopathin,
- k. Pflegefachmann oder -fachfrau,
- l. Physiotherapeut oder -therapeutin,
- m. Podologe oder Podologin,
- n. Rettungssanitäter oder -sanitäterin.
- o. Zahntechniker oder -technikerin

² Die zuständige Dienststelle ist verantwortlich für alle Entscheide im Zusammenhang mit der Berufsausübungs-, der Stellvertretungs- und allenfalls der Betriebsbewilligung sowie für die Publikation der erteilten Bewilligungen, der Entzüge oder des anderweitigen Erlöschens von

Bewilligungen gemäss § 21 des Gesundheitsgesetzes. Vorbehalten bleibt die Betriebsbewilligung für Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause gemäss § 36 Absatz

§ 12 Bewilligungsgesuch

¹ Das Bewilligungsgesuch ist der gemäss §11 zuständigen Dienststelle einzureichen.

² Dem Gesuch sind beizufügen

- a. die erforderlichen Fähigkeitsausweise beziehungsweise Diplome und gegebenenfalls die Bescheinigung der zuständigen Stelle über die Anerkennung der Gleichwertigkeit anderer Ausweise,
- b. ein Auszug aus dem Zentralstrafregister oder ein gleichwertiges Dokument des Herkunftsstaates,
- c. Unterlagen über eine genügende Berufshaftpflichtversicherung oder über andere, gleichwertige Sicherheiten,
Ausserdem ist die Praxis- oder Betriebsadresse anzugeben.

³ Die zuständige Dienststelle kann weitere Unterlagen verlangen, namentlich eine beglaubigte Übersetzung von nicht in deutscher Sprache abgefassten Urkunden.

^{3bis} Gesuchstellerinnen und Gesuchsteller, die nicht deutscher Muttersprache sind, haben den Nachweis über gute Kenntnisse der deutschen Sprache zu erbringen, in der Regel in Form eines offiziellen Sprachdiploms mit Sprachniveau mindestens B2 gemäss dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen.

§ 36 Bewilligungsvoraussetzungen

¹ Eine Bewilligung als Pflegefachmann oder -fachfrau erhält, wer

- a. einen nach dem Bundesgesetz über die Berufsbildung vom 13. September 2002 anerkannten Fähigkeitsausweis, das Diplom einer vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Schule für Gesundheits- und Krankenpflege oder ein von dieser Stelle als gleichwertig anerkanntes Diplom erworben hat und
- b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau, der oder die nach der eidgenössischen Verordnung über die Krankenversicherung zugelassen ist, oder in einem Spital oder einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause unter der Leitung eines Pflegefachmannes oder einer Pflegefachfrau nachweist, welcher oder welche die Zulassungsvoraussetzungen der Verordnung über die Krankenversicherung erfüllt.

² Die Bewilligung wird entsprechend der nachgewiesenen Aus-, Fort- und Weiterbildung für einen bestimmten Tätigkeitsbereich ausgestellt.

³ Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause kann von der Gemeinde, in der sie ihren Sitz haben, eine Betriebsbewilligung erteilt werden, wenn sie durch eine Person geleitet werden, die eine Bewilligung gemäss Absatz 1 besitzt, über das Fachpersonal verfügen, das für die Erbringung der Leistungen notwendig ist, und entsprechend eingerichtet sind.

§ 37 Tätigkeitsbereich

¹ Die Pflegefachleute sorgen für die Gesundheits- und Krankenpflege zu Hause.

² Sie dürfen diagnostische und therapeutische Verrichtungen nur nach ärztlicher Anordnung ausführen.

GEMEINDEGESETZ SRL 150 VOM 4. MAI 2004 (1.8.2016- § 44, 45, 46, 47

§ 44 Zusammenarbeitsformen und übertragbare Aufgaben

¹ Die Gemeinde kann ihre Aufgaben unter Vorbehalt besonderer Bestimmungen allein oder gemeinsam mit andern Gemeinden erfüllen oder sie einem externen Leistungserbringer übertragen. Sie kann privat- oder öffentlich-rechtliche Unternehmungen gründen oder sich daran beteiligen.

² Die Gemeinde kann die Befugnisse der Stimmberechtigten und die politischen Führungsaufgaben des Gemeinderates nicht übertragen.

§ 45 Grundsätze

¹ Überträgt die Gemeinde Aufgaben einem externen Leistungserbringer, bleibt sie Aufgabenträgerin. Sie überwacht die Aufgabenerfüllung und trägt die Gesamtverantwortung. Sie stellt sicher, dass sie die übertragenen Aufgaben nach Ablauf einer angemessenen Frist wieder selber ausführen oder sie einem andern externen Leistungserbringer zur Ausführung übertragen kann.

² Die Befugnisse der Stimmberechtigten und die Pflichten des Gemeinderates bei der politischen Führung der Gemeinde gelten bei übertragenen Aufgaben sinngemäss.

³ Erlässt das Organ eines externen Leistungserbringers Entscheide im Sinn des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege anstelle der Gemeinde, ist dieses auch für die Behandlung allfälliger Einsprachen zuständig. Im Übrigen kann das Rechtsmittel ergriffen werden, das gegen einen entsprechenden Entscheid der Gemeinde zulässig wäre.

§ 46 Privatrechtliche Verträge

¹ Die Gemeinde kann mit andern Gemeinwesen oder mit Privaten privatrechtliche Verträge abschliessen.

² In privatrechtlichen Verträgen können nicht vereinbart werden:

- a. Rechtssätze,
- b. die Übertragung von hoheitlichen Befugnissen, insbesondere die Befugnisse zur Rechtsetzung oder zum Erlass von Entscheiden im Sinn des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege.

§ 47 Öffentlich-rechtliche Verträge

¹ Die Gemeinde kann mit andern Gemeinwesen oder mit Privaten öffentlich-rechtliche Verträge abschliessen.

² Sie kann durch öffentlich-rechtliche Verträge insbesondere einfache Gesellschaften des öffentlichen Rechts gründen und ihnen gemeinsam zu erfüllende öffentliche Aufgaben übertragen. Die Artikel 530 ff. des schweizerischen Obligationenrechts sind als kantonales öffentliches Recht anwendbar.

BETREUUNGS- UND PFLEGESETZ (BPG) SRL 867

§ 1a Bewilligungspflichtige Einrichtungen

1

Einrichtungen, die gewerbsmässig Betagten, Personen mit Behinderungen oder Betreuungsbedürftigen Unterkunft, Betreuung und Pflege gewähren, benötigen eine Bewilligung der zuständigen kantonalen Behörde und unterstehen deren Aufsicht.

²Keine Bewilligung nach diesem Gesetz erfordert

- a. die Aufnahme von Personen in Einrichtungen, die nach dem Gesundheitsgesetz vom 13. September 2005⁴ oder dem Gesetz über soziale Einrichtungen⁵ einer besonderen Aufsicht des Kantons unterstehen oder die für den Straf- und Massnahmenvollzug vom Bundesamt für Justiz anerkannt sind,
- b. die Pflege von Verwandten in gerader Linie, von Geschwistern, Ehegatten, eingetragenen Partnerinnen und Partnern oder von Konkubinatspartnerinnen und -partnern.

³Die Aufnahme von Kindern und Jugendlichen in Familien-, Tages- und Heimpflege richtet sich nach eidgenössischem Recht.

⁴Die Bewilligungspflicht und die Aufsicht für Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause (Spitex) richten sich nach den Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes.

1b Krankenpflege und Hilfe zu Hause und Krankenpflege im Pflegeheim

*

1b.1 Begriffe

*

§ 2

*

¹Pflegeleistungen im Sinn dieses Gesetzes sind Leistungen der Krankenpflege gemäss Artikel 25a KVG⁶, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim von anerkannten Leistungserbringern der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden.

²Leistungserbringer sind:

- a. Pflegefachfrauen und -männer,
- b. Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause,
- c. Pflegeheime,
- d. andere Personen und Betriebe, die Leistungen der Krankenpflege nach Artikel 25a KVG erbringen und abrechnen dürfen.

1b.2 Sicherstellung der Versorgung

*

§ 2a Grundsatz

¹Die Gemeinden stellen ein angemessenes ambulantes und stationäres Angebot für die Betreuung und Pflege von Betagten und Pflegebedürftigen sicher. Namentlich sorgen sie für eine angemessene Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex), auch in Tages- und Nachtstrukturen, und eine angemessene Krankenpflege im Pflegeheim sowie für einen angemessenen Mahlzeitendienst.

²Sie können diese Aufgaben privaten oder öffentlich-rechtlichen Leistungserbringern übertragen.

³Die Gemeinden tragen die Kosten, soweit sie insbesondere nicht durch Vergütungen der betreuten Personen und der Versicherer gedeckt sind. Mit Ausnahme der Übernahme

des Restfinanzierungsbeitrages nach § 6 besteht eine Kostentragungspflicht nur aufgrund eines Leistungsauftrages.

1b.3 Pflegefinanzierung

*

1b.3.1 Gemeinsame Bestimmungen

§ 3 Tarfschutz

¹

Die Leistungserbringer müssen sich an die vereinbarten oder festgelegten Beiträge und Tarife halten und dürfen für Pflegeleistungen keine weiter gehenden Vergütungen berechnen.

²Vorbehalten bleibt die freiwillige Übernahme von Kosten für Pflegeleistungen durch die anspruchsberechtigte Person in den Fällen von § 8 Absatz 1.

§ 3a Kostenrechnung

¹Die Leistungserbringer verfügen über geeignete Führungsinstrumente; insbesondere führen sie zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen nach einheitlicher Methode eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik.

²Der Regierungsrat regelt die Einzelheiten der Kostenrechnung und der Leistungsstatistik.

§ 3b Einsichtsrecht und Herausgabepflicht

¹

Die Gemeinden und die zuständige kantonale Behörde können für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Pflegeheimplanung, für die Bestimmung des Restfinanzierungsbeitrages und für die Förderung der Ausbildung die Kostenrechnung, die Leistungsstatistik und die Jahresrechnung (Bilanz und Erfolgsrechnung) der Leistungserbringer einsehen. Die Leistungserbringer haben die Unterlagen auf Verlangen herauszugeben.

²Das Einsichtsrecht steht auch allfälligen Dritten zu, die von den Gemeinden und der zuständigen kantonalen Behörde mit der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und mit Betriebsvergleichen beauftragt worden sind.

§ 3c Betriebsvergleiche

¹

Die Gemeinden und die zuständige kantonale Behörde können Betriebsvergleiche durchführen, insbesondere zu den Kosten und der Qualität der Leistungserbringung. Sie dürfen das Ergebnis der Betriebsvergleiche veröffentlichen.

²Sie können Dritte mit der Durchführung von Betriebsvergleichen beauftragen.

§ 4 Grundsätze der Rechnungstellung

¹Der Regierungsrat legt die Grundsätze für die Rechnungstellung durch die Leistungserbringer durch Verordnung fest.

1b.3.2 Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim

§ 5 Beitrag der anspruchsberechtigten Person

¹

Die anspruchsberechtigte Person leistet einen Beitrag an die Kosten der ambulanten Krankenpflege oder der Krankenpflege im Pflegeheim, soweit diese nicht von Sozialversicherungen gedeckt sind, höchstens jedoch von 20 Prozent des höchsten vom Bund für die Krankenversicherer festgesetzten Pflegebeitrages pro Tag.

²Für die ambulante Krankenpflege von Kindern und Jugendlichen bis zum vollen 18. Altersjahr ist kein Beitrag geschuldet.

§ 6 Restfinanzierungsbeitrag der Wohnsitzgemeinde

¹ Die Gemeinde am Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person übernimmt die Kosten der Pflegeleistungen, die nicht von Sozialversicherungen und dem Beitrag der anspruchsberechtigten Person gedeckt sind, im Umfang des Restfinanzierungsbeitrages gemäss den §§ 7 und 8.

§ 7 Vereinbarung über den Restfinanzierungsbeitrag

¹ Die Gemeinden vereinbaren mit einem oder mehreren Leistungserbringern als Vertragsleistungserbringern die Höhe des von ihnen für ihre Einwohnerinnen und Einwohner zu übernehmenden Restfinanzierungsbeitrages bei der ambulanten Krankenpflege und der Krankenpflege im Pflegeheim.

² Der Restfinanzierungsbeitrag deckt die Kosten der Pflegeleistungen, einschliesslich der Kosten der Ausbildung des Pflegepersonals. Er darf keine Kostenanteile für übrige Leistungen, wie insbesondere Hauswirtschaft, Betreuung und Aufenthalt, enthalten. Er orientiert sich an den Pflegekosten jener Leistungserbringer, welche die Pflegeleistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Der Regierungsrat legt die Grundsätze zur Bestimmung des Restfinanzierungsbeitrages durch Verordnung fest.

³ Die Vereinbarung über den Restfinanzierungsbeitrag kann mit einer Frist von mindestens sechs Monaten auf das Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.

§ 8 Fehlen einer Vereinbarung über den Restfinanzierungsbeitrag

¹ Bezieht die anspruchsberechtigte Person Pflegeleistungen bei einem Leistungserbringer, mit welchem ihre Wohnsitzgemeinde keine Vereinbarung über den Restfinanzierungsbeitrag abgeschlossen hat, übernimmt diese die ausgewiesenen Pflegekosten dieses Leistungserbringers, höchstens jedoch im Umfang des Restfinanzierungsbeitrages, der für ihre Vertragsleistungserbringer gilt.

² Ist die Wahl des Leistungserbringers dadurch begründet, dass die Wohnsitzgemeinde der anspruchsberechtigten Person keine geeigneten Pflegeleistungen bei einem Vertragsleistungserbringer anbieten kann, übernimmt sie die ausgewiesenen Pflegekosten des Leistungserbringers. Dies gilt auch bei Notfallplatzierungen für die Dauer von maximal fünf Arbeitstagen.

³ Der Ausweis der Kosten und die Bestimmung des Restfinanzierungsbeitrages richten sich nach §7 Absatz 2.

1b.3.3 Akut- und Übergangspflege

§ 9 Festsetzung des kantonalen Anteils

¹ Der Regierungsrat setzt nach Anhörung der Gemeinden jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohnerinnen und - einwohner geltenden Anteil an den Kosten der Akut- und Übergangspflege fest.

§ 10 Beitrag der Wohnsitzgemeinde

¹ Die Gemeinde am Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person übernimmt die Kosten der Akut- und Übergangspflege im Umfang des vom Regierungsrat festgesetzten kantonalen Anteils.

§ 11 Kriterien für die Bedarfsabklärung

¹ Der Regierungsrat legt einheitliche Kriterien für die Bedarfsabklärung der Akut- und Übergangspflege durch Verordnung fest. Die Gemeinden sind bei der Erarbeitung der Verordnung in geeigneter Weise beizuziehen.

§ 12 Leistungserbringer

Zur Sicherstellung eines wirtschaftlichen, zweckmässigen und wirksamen Angebots in der Akut- und Übergangspflege kann der Regierungsrat den Kreis der Leistungserbringer auf bestimmte abrechnungsberechtigte Leistungserbringer beschränken. Er hört zuvor die Gemeinden und die Krankenversicherer an.

3 Förderung der Ausbildung

§ 13

¹Die Gemeinden sorgen dafür, dass in der ambulanten Krankenpflege und in der Krankenpflege im Pflegeheim genügend Pflegepersonal ausgebildet wird.

²Der Regierungsrat kann Verbände von Leistungserbringern im Sinn von §2 Absatz 2 ermächtigen, bei allen Leistungserbringern, die im Kanton Luzern Leistungen gemäss Artikel 25a KVG¹⁰ erbringen, einen Beitrag zu erheben und an diejenigen Leistungserbringer zu verteilen, die Betreuungs- und Pflegepersonal ausbilden. Der Beitrag ist zweckgebunden für die Ausbildung zu verwenden.

³Von Leistungserbringern, die sich bereits mittels Verbandsbeitrag an der Ausbildung beteiligen, Zahlungen in einen Berufsbildungsfonds leisten oder einer Ausbildungspflichtung nach den Bestimmungen des Spitalgesetzes vom 11. September 2006¹¹ unterstehen, dürfen keine Beiträge gemäss Absatz 2 erhoben werden.

²Der Regierungsrat regelt die Einzelheiten, insbesondere die Organisation, die Höhe des Beitrags der Leistungserbringer und die Kriterien für dessen Verteilung an die ausbildenden Leistungserbringer, durch Verordnung. Die Gemeinden sind bei der Erarbeitung der Verordnung in geeigneter Weise beizuziehen.

GESETZSAMMLUNGEN IM INTERNET:

Systematische Rechtssammlung Kt. Luzern: <http://srl.lu.ch/sk/srl/default/first.htm>

SRL 800: Gesundheitsgesetz des Kantons Luzern vom 13. September 2005

SRL 150: Gemeindegesetz vom 4. Mai 2004

Systematische Rechtssammlung Bund: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/sr.html>

SR 832.10 KVG http://www.admin.ch/ch/d/sr/c832_10.html

SR 832.102 KVV http://www.admin.ch/ch/d/sr/c832_102.html

SR 832.112.31 KLV http://www.admin.ch/ch/d/sr/c832_112_31.html