

**Verordnung des EDI  
über Leistungen in der obligatorischen  
Krankenpflegeversicherung<sup>1</sup>  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)**

vom 29. September 1995 (Stand am 1. Juli 2021)

---

*Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI),*

gestützt auf die Artikel 33, 36 Absatz 1, 54 Absätze 2–4, 59a, 62, 65 Absatz 3, 65b Absatz 3, 65f Absatz 5, 65g Absatz 3, 70a, 75, 77 Absatz 4 und 104a der Verordnung vom 27. Juni 1995<sup>2</sup> über die Krankenversicherung (KVV),<sup>3</sup>

*verordnet:*

### 3. Abschnitt: Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim<sup>51</sup>

#### Art. 7 Umschreibung des Leistungsbereichs

<sup>1</sup> 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<sup>52</sup>, KVG).<sup>53</sup>

<sup>47</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS **2009** 2821).

<sup>48</sup> Eingefügt durch Ziff. I des EDI vom 9. Dez. 2002 (AS **2002** 4253). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 16. Mai 2014, in Kraft seit 1. Juli 2014 (AS **2014** 1251).  
<sup>49</sup> SR **831.20**

<sup>50</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 10. Dez. 2008 (AS **2008** 6493). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Juni 2009, in Kraft seit 1. Juli 2009 (AS **2009** 2821).

<sup>51</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3527 6849 Ziff. I).

<sup>52</sup> SR **832.10**

<sup>53</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3527 6849 Ziff. I).

<sup>2</sup> Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind:

- a.<sup>54</sup> Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination:<sup>55</sup>
  - 1.<sup>56</sup> Ermittlung des Pflegebedarfs und des Umfelds des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen,
  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.<sup>57</sup> 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 O<sup>2</sup>-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),
  5. Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,
  6. Massnahmen bei Hämö- oder Peritonealdialyse,
  - 7.<sup>58</sup> 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-cruis-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,

<sup>54</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS 2006 5769).

<sup>55</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 6487).

<sup>56</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 2. Juli 2019, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS 2019 2145).

<sup>57</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 6487).

<sup>58</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 6487).

12. Hilfe bei Medizinal-Teil- oder -Vollbädern; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangpackungen,
- 13.<sup>59</sup>pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen,
- 14.<sup>60</sup>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.<sup>61</sup> 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.

<sup>2bis</sup> 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.<sup>62</sup>

<sup>2ter</sup> Die Leistungen können ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden.<sup>63</sup>

<sup>59</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS 2006 5769).

<sup>60</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS 2006 5769).

<sup>61</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006, in Kraft seit 1. Jan. 2007 (AS 2006 5769).

<sup>62</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 20. Dez. 2006 (AS 2006 5769). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 5. Dez. 2011, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 6487).

<sup>63</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

<sup>3</sup> 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.<sup>64</sup>

#### Art. 7a<sup>65</sup> Beiträge

<sup>1</sup> 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: 76.90 Franken;
- b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: 63.00 Franken;
- c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c: 52.60 Franken.<sup>66</sup>

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

<sup>3</sup> 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:

- a. bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten: 9.60 Franken;
- b. bei einem Pflegebedarf von 21 bis 40 Minuten: 19.20 Franken;
- c. bei einem Pflegebedarf von 41 bis 60 Minuten: 28.80 Franken;
- d. bei einem Pflegebedarf von 61 bis 80 Minuten: 38.40 Franken;
- e. bei einem Pflegebedarf von 81 bis 100 Minuten: 48.00 Franken;
- f. bei einem Pflegebedarf von 101 bis 120 Minuten: 57.60 Franken;
- g. bei einem Pflegebedarf von 121 bis 140 Minuten: 67.20 Franken;
- h. bei einem Pflegebedarf von 141 bis 160 Minuten: 76.80 Franken;
- i. bei einem Pflegebedarf von 161 bis 180 Minuten: 86.40 Franken;
- j. bei einem Pflegebedarf von 181 bis 200 Minuten: 96.00 Franken;
- k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten: 105.60 Franken;
- l. bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten: 115.20 Franken.<sup>67</sup>

<sup>64</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997 (AS 1997 2039). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

<sup>65</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

<sup>66</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 2. Juli 2019, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS 2019 2145).

<sup>67</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 2. Juli 2019, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS 2019 2145).

<sup>4</sup> Die Versicherung übernimmt für Tages- oder Nachtstrukturen nach Artikel 7 Absatz 2<sup>ter</sup> die Beiträge nach Absatz 3 an die Kostender Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 pro Tag oder Nacht.

**Art. 7b<sup>68</sup>** Übernahme der Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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<sup>69</sup>.

**Art. 8<sup>70</sup>** Ärztlicher Auftrag oder ärztliche Anordnung

<sup>1</sup> Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung bestimmt, ob die Patientin oder der Patient Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 oder Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25a Absatz 2 KVG<sup>71</sup> benötigt. Darin kann der Arzt oder die Ärztin bestimmte Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 für notwendig erklären.

<sup>2</sup> Der Arzt oder die Ärztin darf den Auftrag oder die Anordnung für folgende Höchstdauer erteilen:

- a.<sup>72</sup> bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2: maximal neun Monate;
- b. bei Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25a Absatz 2 KVG: maximal zwei Wochen.

<sup>3</sup> 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 von der versicherten Person dem Versicherer bekannt zu geben. Im Anschluss an eine derartige Revision ist der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung zu erneuern.

<sup>68</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).

<sup>69</sup> SR 832.10

<sup>70</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 2. Juli 2019, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS 2019 2145).

<sup>71</sup> SR 832.10

<sup>72</sup> Die Berichtigung vom 24. Sept. 2019 betrifft nur den italienischen Text (AS 2019 3039).

<sup>4</sup> Aufträge und Anordnungen nach Absatz 2 Buchstabe a können verlängert werden.

#### **Art. 8a<sup>73</sup>** Bedarfsermittlung

<sup>1</sup> Die Ermittlung des Bedarfs an Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2, die zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung nach Artikel 8 notwendig sind (Bedarfsermittlung), erfolgt durch einen Pflegefachmann oder eine Pflegefachfrau nach Artikel 49 KVV in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder den Angehörigen. Das Ergebnis der Bedarfsermittlung ist umgehend dem Arzt oder der Ärztin zur Kenntnisnahme zuzustellen, welcher oder welche die Anordnung oder den Auftrag erteilt hat.

<sup>2</sup> Ergibt die Bedarfsermittlung, dass Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b notwendig sind, so wird für diese die ausdrückliche Zustimmung des Arztes oder der Ärztin benötigt. Erteilt dieser oder diese die ausdrückliche Zustimmung nicht, so ist die Bedarfsermittlung erneut durchzuführen. Die erneute Bedarfsermittlung erfolgt unter ärztlicher Mitwirkung, wenn der Arzt oder die Ärztin dies als notwendig erachtet.

<sup>3</sup> Die Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes.

<sup>4</sup> Sie erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular, das von Leistungserbringern und Versicherern gemeinsam erarbeitet wurde, festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitaufwand anzugeben.

<sup>5</sup> Das für die Bedarfsermittlung verwendete Instrument muss die Erfassung der Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren nach Artikel 59a Absatz 1 Buchstabe f KVG<sup>74</sup> mittels Daten, die bei der Bedarfsermittlung routinemässig erhoben werden, ermöglichen.

<sup>6</sup> Der Versicherer kann verlangen, dass ihm diejenigen Elemente der Bedarfsermittlung mitgeteilt werden, welche die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 betreffen.

<sup>7</sup> Nach einer Verlängerung oder einer Erneuerung eines ärztlichen Auftrages oder einer ärztlichen Anordnung bedarf es einer neuen Bedarfsermittlung.

#### **Art. 8b<sup>75</sup>** Bedarfsermittlung in Pflegeheimen

<sup>1</sup> Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen muss sich auf ein Instrument stützen, dass folgende Voraussetzungen erfüllt:

- a. Es grenzt die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 von anderen Leistungen ab.

<sup>73</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 3. Juli 1997 (AS 1997 2039). Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 2. Juli 2019, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS 2019 2145).

<sup>74</sup> SR 832.10

<sup>75</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 2. Juli 2019, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS 2019 2145). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

- b. Es stützt sich auf die in Zeitstudien ermittelten tatsächlich erbrachten Leistungen; es gewährleistet, dass der Durchschnitt der tatsächlich erbrachten Leistungen in allen in den Zeitstudien untersuchten Fällen, die es einer Bedarfsstufe zuweist, innerhalb des Minutenbereichs dieser Bedarfsstufe nach Artikel 7a Absatz 3 liegt.
  - c. Die in den Zeitstudien ermittelte Varianz der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen gegenüber dem ausgewiesenen Pflegebedarf wird für jede Bedarfsstufe ausgewiesen.
- 2 Die Zeitstudien nach Absatz 1 Buchstabe b müssen:
- a. auf einer schweizweit einheitlichen, von Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen gemeinsam vereinbarten Methodik beruhen, die:
    1. wissenschaftlich anerkannt ist,
    2. geeignet ist, eine Abgrenzung der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 von anderen Leistungen vorzunehmen;
  - b. in der Schweiz durchgeführt worden sein;
  - c. für die Gesamtheit der vom Instrument betroffenen Patienten und Patientinnen von Pflegeheimen ausreichend repräsentativ sein.

#### **Art. 8c<sup>76</sup>** Kontrollverfahren

Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung der Bedarfsermittlung sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen bei Leistungserbringern nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b. Sieht die Bedarfsermittlung mehr als 60 Stunden Pflege pro Quartal vor, kann diese vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG<sup>77</sup>) überprüft werden. Sieht sie weniger als 60 Stunden pro Quartal vor, so führt der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin systematische Stichproben durch. Leistungserbringer und Versicherer können weitere Regelungen des Kontrollverfahrens vereinbaren.

#### **Art. 9<sup>78</sup>** Abrechnung

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>76</sup> Eingefügt durch Ziff. I der V des EDI vom 2. Juli 2019, in Kraft seit 1. Jan. 2020 (AS 2019 2145).

<sup>77</sup> SR 832.10

<sup>78</sup> Fassung gemäss Ziff. I der V des EDI vom 24. Juni 2009, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2009 3527 6849 Ziff. I).