

Administrativ-Vertrag Spitex

Vertragsnummer: 31.500.2120G

vom 1. Januar 2022

betreffend die

Abgeltung von krankenversicherungspflichtigen Leistungen im Bereich Spitex

gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

zwischen

**Schweizer Berufsverband
der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK**
Choisystrasse 1
3008 Bern

nachfolgend: **SBK**

und

- | | | |
|-----|-------------|---|
| 1. | BAG Nr. 32 | Aquilana Versicherungen |
| 2. | BAG Nr. 57 | Moove Sympany AG |
| 3. | BAG Nr. 62 | SUPRA-1846 SA |
| 4. | BAG Nr. 134 | Einsiedler Krankenkasse |
| 5. | BAG Nr. 182 | PROVITA Gesundheitsversicherung AG |
| 6. | BAG Nr. 194 | Sumiswalder Krankenkasse |
| 7. | BAG Nr. 246 | Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg |
| 8. | BAG Nr. 290 | CONCORDIA Schweizerische Kranken- u. Unfallversicherung AG |
| 9. | BAG Nr. 312 | Atupri Gesundheitsversicherung |
| 10. | BAG Nr. 343 | Avenir Assurance Maladie SA |
| 11. | BAG Nr. 360 | Krankenkasse Luzerner Hinterland |
| 12. | BAG Nr. 455 | ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG |
| 13. | BAG Nr. 509 | Vivao Sympany AG |
| 14. | BAG Nr. 762 | Kolping Krankenkasse AG |
| 15. | BAG Nr. 774 | Easy Sana Assurance Maladie SA |
| 16. | BAG Nr. 780 | Genossenschaft Glarner Krankenversicherung |
| 17. | BAG Nr. 820 | Cassa da malsauns LUMNEZIANA |
| 18. | BAG Nr. 829 | KLuG Krankenversicherung |
| 19. | BAG Nr. 881 | EGK Grundversicherungen AG |
| 20. | BAG Nr. 901 | sanavals Gesundheitskasse |
| 21. | BAG Nr. 923 | Genossenschaft KRANKENKASSE SLKK |
| 22. | BAG Nr. 941 | sodalis gesundheitsgruppe |
| 23. | BAG Nr. 966 | vita surselva |

- | | | |
|-----|--------------|--|
| 24. | BAG Nr. 1040 | Verein Krankenkasse Visperterminen |
| 25. | BAG Nr. 1113 | Caisse-maladie de la vallée d'Entremont société coopérative |
| 26. | BAG Nr. 1142 | Krankenkasse Institut Ingenbohl |
| 27. | BAG Nr. 1318 | Stiftung Krankenkasse Wädenswil |
| 28. | BAG Nr. 1322 | Krankenkasse Birchmeier |
| 29. | BAG Nr. 1331 | Krankenkasse Stoffel, Mels |
| 30. | BAG Nr. 1384 | SWICA Krankenversicherung AG |
| 31. | BAG Nr. 1386 | Galenos AG |
| 32. | BAG Nr. 1401 | rhenusana |
| 33. | BAG Nr. 1479 | Mutuel Assurance Maladie SA |
| 34. | BAG Nr. 1507 | AMB Assurance SA |
| 35. | BAG Nr. 1535 | Philos Assurance Maladie SA |
| 36. | BAG Nr. 1542 | Assura-Basis SA |
| 37. | BAG Nr. 1555 | Visana AG |
| 38. | BAG Nr. 1560 | Agrisano Krankenkasse AG |
| 39. | BAG Nr. 1568 | sana24 AG |
| 40. | BAG Nr. 1570 | vivacare AG |
| 41. | | Gemeinsame Einrichtung KVG
Industriestrasse 78, 4600 Olten, in ihrer Funktion als aushelfender
Träger gemäss Art. 19 Abs. 1 KVV |

nachfolgend: **Versicherer**

alle gemäss Vollmacht vertreten durch

tarifsuisse ag
Römerstrasse 20
4502 Solothurn

SBK und Versicherer zusammen als **Vertragsparteien** bezeichnet

I. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Persönlicher Geltungsbereich

Diese Vereinbarung gilt für:

- a) Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, die den Beitritt zu diesem Administrativvertrag erklärt haben (nachfolgend „Leistungserbringer“)
- b) jeden der vertragsschliessenden Krankenversicherer,
- c) jeden im Sinne des KVG anerkannten Krankenversicherer, welcher diesen Vertrag gemäss Art. 5 abgeschlossen hat
- d) den SBK, soweit er gemäss diesem Vertrag ausdrücklich Rechte und Pflichten für sich selbst übernimmt
- e) tarifsuisse ag, soweit sie gemäss diesem Vertrag ausdrücklich Rechte und Pflichten für sich selbst übernimmt.

Art. 2 Sachlicher und örtlicher Geltungsbereich

¹ Dieser Administrativvertrag betrifft die Vergütung von Leistungen zu Gunsten von Personen, die bei einem vertragsschliessenden Versicherer nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) versichert sind.

² Dieser Administrativvertrag regelt die Anwendung der gesetzlich festgelegten Beiträge und die administrativen Abläufe der Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 ff. KLV, welche von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern gemäss Art. 49 KVV erbracht werden. Leistungen, die nicht in Art 7 ff. KLV geregelt sind, die aber auch durch Pflegefachpersonen erbracht werden können (z.B. Stillberatung), sind in einem separaten Vertrag geregelt.

³ Das KVG und dieser Administrativvertrag unterscheiden zwischen der ambulanten Pflege durch Pflegefachpersonen, die bei Patientinnen und Patienten zu Hause oder in den Räumlichkeiten der Pflegefachperson (Praxis) und solchen, die in Tages- oder Nachtstrukturen erbracht werden. Dieser Vertrag gilt für beide Formen der ambulanten Pflege. Eine Unterscheidung erfolgt bei der Vergütung (siehe Art. 10 Abs. 4 dieses Vertrages).

⁴ Für die Bereiche Langzeitpflege und Tages- oder Nachtstrukturen benötigen die Leistungserbringer jeweils eine separate ZSR-Nummer zur Abrechnung ihrer Leistungen.

⁵ **Ambulante Pflegeleistungen** werden beim Patienten zu Hause oder in den Räumlichkeiten der Pflegefachperson (Praxis) erbracht. Die Vergütung erfolgt gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV.

⁶ Ambulante Pflegeleistungen in **Tages- oder Nachtstrukturen** sind: Tages- und Nachtstätten wie Foyer de jour, Centro diurno, UAT-VD und andere vergleichbare Angebote. Der Patient / die Patientin lebt zu Hause und geht nach Hause. Innert 24 Stunden kann entweder die Tages- oder die Nachtstätte in Anspruch genommen werden. Eine Kumulation der Angebote ist nicht möglich. Die Vergütung der Pflegeleistungen erfolgt gemäss Art. 7a Abs. 4 KLV.

II. Beitritts- und Rücktrittsverfahren der Leistungserbringer

Art. 3 Vertragsbeitritt eines Leistungserbringers

¹ Diesem Vertrag können alle Leistungserbringer beitreten, welche die Voraussetzungen gemäss Art. 49 KVV erfüllen und über eine Zulassung nach kantonalem Recht verfügen. Verfügt ein Leistungserbringer über mehrere aktive ZSR-Nummern (z.B. in verschiedenen Kantonen), muss er mit jeder Nummer separat dem Vertrag beitreten.

² Der Leistungserbringer anerkennt mit dem Beitritt zu diesem Vertrag bedingungslos den gesamten Vertragsinhalt mitsamt den Anhängen. Diese bilden einen integrierenden Vertragsbestandteil.

³ Das Beitrittsverfahren wird durch den SBK nach vollständiger Unterzeichnung des Administrativvertrages eingeleitet. Die Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes sind anwendbar. Der SBK regelt die Modalitäten der Beitritte und Rücktritte und trägt vollumfänglich die entsprechende Verantwortung. Er ist insbesondere dafür verantwortlich, dass ausschliesslich Leistungserbringer dem Vertrag beitreten, welche die Bedingungen gemäss Art. 3 Abs. 1 dieses Vertrages vollumfänglich erfüllen. Die Versicherer bzw. tarifsuisse ag übernehmen diesbezüglich keine Rolle und keine Verantwortung.

⁴ tarifsuisse ag hat im Bedarfsfall das Recht, beim SBK eine Kopie des Beitrittsformulars eines Leistungserbringers einzufordern.

⁵ Erfolgt der Beitritt bis spätestens zum 31. Juli 2022, erfolgt er rückwirkend per 1. Januar 2022. Erfolgt er später, ist der Zeitpunkt des Zugangs der Beitrittserklärung beim SBK massgebend.

⁶ Der SBK stellt tarifsuisse ag monatlich eine aktuelle Liste der beigetretenen Leistungserbringer gemäss Abs. 7 zu..

⁷ Der SBK meldet tarifsuisse ag (z.H. der Abteilung Vertragsanschluss-Management VAM, E-Mail: vam@tarifsuisse.ch) die erfolgten Beitritte ausschliesslich in Form einer Excel-Tabelle gemäss der Vorlage in Anhang 2. Die Liste gilt gegenüber den Versicherern als verbindliche Beitritts- bzw. Rücktrittserklärung der aufgeführten Leistungserbringer zum Vertrag. Nicht der Vorlage entsprechende Listen oder solche, welche falsche Angaben enthalten oder Leistungserbringer aufführen, welche die Bedingungen gemäss Abs. 1 nicht erfüllen, werden ohne weitere Bearbeitung vom VAM an den SBK zurückgewiesen.

Art. 4 Vertragsrücktritt eines Leistungserbringers

¹ Der Rücktritt vom Vertrag erfolgt durch schriftliche und unterschriebene Erklärung des Leistungserbringers zuhanden des SBK. Dieser wiederum meldet tarifsuisse ag mittels der Beitritts- und Rücktrittsliste gemäss Art. 3 Abs. 6 und 7.

² Der Rücktritt ist unter Einhaltung einer 6-monatigen Rücktrittsfrist jeweils auf das Jahresende möglich, erstmals per 31.12.2023. Es gilt das Zugangsprinzip – massgebend ist das Datum des Eingangs der Beitritts- und Rücktrittsliste gemäss Art. 3 Abs. 6 bei tarifsuisse ag.

³ Ein Entzug der kantonalen Berufsausübungsbewilligung führt zum sofortigen automatischen Rücktritt vom Vertrag ohne Einreichung einer Rücktrittserklärung auf das nächste Jahresende.

Art. 5 Vertragsabschluss weiterer Versicherer (Optionsrecht)

¹ tarifsuisse ag wird das Recht eingeräumt, die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag einseitig auch für weitere zugelassene Versicherer anwendbar zu erklären, mit der Folge, dass jeweils ein neuer Vertrag gleichen Inhalts auch im Verhältnis zwischen dem neu abschliessenden Versicherer und dem SBK zustande kommt (Optionsrecht).

² Der auf dem Optionsrecht beruhende Vertrag zwischen dem neu abschliessenden Versicherer und dem SBK gilt – unter Vorbehalt der Genehmigung durch die zuständige Behörde (Art. 46 Abs. 4 KVG) – als abgeschlossen, sobald tarifsuisse ag dem Leistungserbringer BAG-Nummer, Name und Adresse des Versicherers mitgeteilt hat, verbunden mit der Erklärung, dass der Versicherer den vorliegenden Vertrag ebenfalls abschliesse. Der auf dem Optionsrecht beruhende Vertrag fällt automatisch dahin, sobald der vorliegende Tarifvertrag weggefallen ist.

³ Die Ausübung des Optionsrechts ist nur dann gültig, wenn sie durch tarifsuisse ag erfolgt und tarifsuisse ag über eine entsprechende Vollmacht zum Abschluss von Tarifverträgen für den neu abschliessenden Versicherer verfügt.

III. Leistungsvoraussetzungen

Art. 6 Leistungsvoraussetzungen

¹ Die Versicherer übernehmen die Kosten der ambulanten Krankenpflege nach Art. 7 Abs. 2 und Art. 8 und 8a KLV, die aufgrund der Bedarfsermittlung, auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern, welche die Bedingungen gemäss Art. 49 KVV erfüllen, erbracht wird.

² Vergütet werden Leistungen gemäss Art. 7 KLV, sofern sie persönlich zu Hause oder ambulant erbracht werden und sofern der Leistungserbringer im Besitz einer für den Ort der Leistungserbringung gültigen Zahlstellenregister-Nr. (ZSR-Nr.) ist.

IV. Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung und Bedarfsmeldung

Art. 7 Ärztliche Anordnung / Bedarfsermittlung

¹ Der Bezug von pflegerischen Leistungen setzt einen ärztlichen Auftrag oder eine ärztliche Anordnung gemäss Art. 8 KLV voraus.

² Die Bedarfsermittlung gemäss Art. 8a KLV erfolgt durch eine dazu befähigte diplomierte Pflegefachperson (vgl. Art. 8a Abs. 1 KLV). Es steht den Leistungserbringern offen, welches standardisierte Bedarfsermittlungsinstrument sie wählen.

³ Die schriftliche Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfsbedarfs und der benötigten Mittel und Gegenstände. (vgl. Art. 8a Abs. 3 KLV).

⁴ Das Ergebnis ist zusammen mit den Angaben des behandelnden Arztes auf dem Bedarfsmeldeformular gemäss den Anhängen 3 oder 4 festzuhalten.

⁵ Die Bedarfsermittlung erfolgt beim Patienten oder der Patientin bei Leistungsbeginn und ist spätestens innert 14 Kalendertagen nach Beginn des Einsatzes abzuschliessen.

⁶ Die Leistungserbringer müssen bei gleichzeitigem Einsatz bei einem Versicherten ihre Dienstleistungen koordinieren und sich über das gemeinsame Zeitbudget absprechen. Eine Kumulation derselben Leistungen ist ausgeschlossen (z.B. doppelte Bedarfsabklärung, Beratung und Anleitung). Soweit sich ein Leistungserbringer regelmässig von weiteren Leistungserbringern vertreten lässt, sind deren Namen und ZSR-Nrn. auf dem Bedarfsmeldeformular aufzuführen.

⁷ Bei Änderung der Stellvertretung kann eine mit Namen und ZSR-Nr. der neuen Stellvertretung ergänzte Kopie des aktuellen Bedarfsmeldeformular beim Versicherer eingereicht werden.

⁸ Bei Fallübergabe braucht es in jedem Fall eine erneute, vollständige Bedarfsermittlung und -meldung an den Versicherer. Darauf muss erkenntlich sein, wer die Fallführung hat. Das Gleiche gilt für sämtliche Stellvertretungen.

Art. 8 Bedarfsmeldung an die Versicherer

¹ Die Bedarfsmeldung zeigt den voraussichtlichen Bedarf an Pflegeleistungen auf. Die Meldung erfolgt ausschliesslich gemäss den Beispielen im Anhang 3. Auf der Bedarfsmeldung geben die Leistungserbringer den voraussichtlichen Zeitbedarf gemäss Art. 8a Abs. 4 KLV an.

² Das Bedarfsmeldeformular ist vollständig ausgefüllt innerhalb von 14 Tagen, jedoch spätestens mit der ersten Monatsrechnung nach Kenntnisnahme (bei Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und c KLV) oder Unterzeichnung (bei Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) durch den verordnenden Arzt oder die verordnende Ärztin und vom Leistungserbringer dem Versicherer zuzustellen. Ohne gültige Bedarfsmeldung werden vom Versicherer keine Leistungen vergütet.

³ Die von den Vertragsparteien vereinbarte, standardisierte Bedarfsmeldung kann auch elektronisch in strukturierter Form dem Versicherer übermittelt werden. Der Leistungserbringer trägt die Verantwortung, die vom Arzt oder der Ärztin unterschriebene Bedarfsmeldung bei Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV bei Bedarf dem Versicherer vorlegen zu können.

⁴ Das Datum des effektiven Behandlungsbeginns und das Datum, zu welchem die Verordnung wirksam wird, müssen identisch sein. Rückwirkend ausgestellte Verordnungen sind nicht zulässig.

⁵ Die Kontrollen der Versicherer werden in Anhang 5 geregelt.

⁶ Die Bedarfsmeldung umfasst folgende Angaben:

- a) Daten des Versicherten:
 - Name und Vorname
 - Geburtsdatum
 - Geschlecht
 - Wohnadresse
 - Versichertenkartennummer
 - Sozialversicherungsnummer und/oder Versichertennummer
- b) Behandlungsgrund Krankheit, Unfall oder Mutterschaft.
- c) Name des Versicherers.
- d) ZSR-Nummer und GLN des Leistungserbringers; GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden.
- e) Name, ZSR-Nummer und GLN des verordnenden Arztes; GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten wenn vorhanden.
- f) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer).
- g) Beginn und Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung.
- h) Voraussichtlicher Bedarf an MiGeL-Produkten inkl. zweistelliger Nummer der Produktgruppe.

Zusätzlich für ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 2 Abs. 5 dieses Vertrages:

- i) voraussichtliche Anzahl Minuten je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a bis c KLV pro Monat und das Total für die Gültigkeitsdauer der Verordnung
- j) als zusätzliche Information zur Bedarfsmeldung wird eine Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV oder das Leistungsplanungsblatt von interRAI beigefügt, mit Angaben zur voraussichtlichen Anzahl Einsätze je Leistung pro Tag, Woche oder Quartal (Beispiel in Anhang 3).

Zusätzlich für Leistungen in Tages- oder Nachtstätten gemäss Art. 2 Abs. 6 dieses Vertrages:

- k) Einschätzung der Selbstständigkeit
- l) voraussichtliche Anzahl Pflegeleistungen und Minuten pro Tag und die daraus resultierenden Stufen gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV.

Art. 9 Änderung des Pflegebedarfs

¹ Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen dauerhaft, ist eine neue Bedarfsabklärung vorzunehmen.

² Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen im Verlaufe des Einsatzes vorübergehend während mehreren Tagen und übersteigt er die verordnete Anzahl Stunden wesentlich, muss diese Änderung dem Versicherer schriftlich gemeldet werden.

V. Leistungsvergütung

Art. 10 Vergütung der Pflegeleistungen

¹ Aus der persönlichen Natur der ZSR-Nr. ergibt sich

- dass jede an der Pflege beteiligte Fachperson zugelassen sein, d.h. über eine eigene ZSR-Nr. verfügen muss,
- dass von einer Pflegefachperson ausschliesslich die Leistungen in Rechnung gestellt werden dürfen, die von ihr persönlich erbracht worden sind,
- dass der Administrativvertrag es einer Pflegefachperson insbesondere verbietet, die Leistungen einer von ihr angestellten Pflegefachperson dem obligatorischen Krankenversicherer in Rechnung zu stellen, selbst wenn Letztere über eine ZSR-Nr. verfügt.

² Die Versicherer übernehmen Beiträge gemäss Art. 7a KLV an die Kosten der Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, der Untersuchung und der Behandlung sowie der Grundpflege.

³ Der Leistungserbringer rechnet die effektiv erbrachten Pflegeleistungen ab. Vorausrechnungen sind nicht zulässig.

⁴ Mit der Bezahlung der Beiträge sind:

- a) gemäss Art. 7a Abs. 1 und 2 KLV sämtliche krankenversicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen der einzelnen Leistungserbringer gemäss Art. 2 Abs. 5 dieses Vertrages nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.
- b) gemäss Art. 7a Abs. 4 KLV sämtliche krankenversicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen in Tages- oder Nachtstrukturen gemäss Art. 2 Abs. 6 dieses Vertrages nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.

⁵ Der Leistungserbringer kann keine Leistungen nach Art. 7 KLV abrechnen, während der Patient sich im Spital oder Pflegeheim (inkl. stationäre Akut- und Übergangspflege) befindet. Dies gilt nicht für den Ein- und Austrittstag noch für die Bedarfsermittlung und für Koordinationsleistungen, die im Sinne eines optimalen Behandlungsablaufes bereits während eines Spitalaufenthaltes vor Ort im Spital erfolgen müssen. Ausserdem kann der Leistungserbringer keine Leistungen der ambulanten Langzeitpflege nach Art. 7 KLV abrechnen, während der Patient Leistungen der ambulanten Akut- und Übergangspflege bezieht.

⁶ Im Rahmen dieses Vertrages dürfen keine hier nicht erwähnten Leistungen (z.B. Arzneimittel usw.) zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden.

Art. 11 Vergütung von Mitteln und Gegenständen

¹ Die Versicherer übernehmen die Kosten ausschliesslich für ärztlich verordnete Mittel und Gegenstände, welche auf der Liste der Mittel und Gegenstände (Anhang 2 KLV) figurieren, wie folgt:

a) **Mittel und Gegenstände der Kategorie A:**

Einfache Verbrauchsmaterialien mit direktem Bezug zu den Pflegeleistungen (z.B. Handschuhe, Gaze, Desinfektionsmittel, Maske und Schutzkleidung) sowie Material und Gegenstände zum Mehrfachgebrauch für verschiedene Patientinnen und Patienten (z.B. Blutdruckmessgeräte, Stethoskope, Fieberthermometer, spezielle ergonomische Kissen, wiederverwendbare Instrumente wie Scheren und Pinzetten) sind in den Beiträgen der Versicherer gemäss Art. 7a Abs. 1 mit enthalten und können nicht separat verrechnet werden. Dies gilt auch dann, wenn solche Mittel und Gegenstände durch externe MiGeL-Abgabestellen (z.B. Apotheken) geliefert werden.

b) **Mittel und Gegenstände der Kategorie B:**

Mittel und Gegenstände, welche sowohl von der versicherten Person oder von nichtberuflich an der Pflege beteiligten Personen oder von Pflegefachpersonen angewendet oder abgegeben werden, werden von den Leistungserbringern maximal zum Höchstvergütungspreis Pflege gemäss MiGeL verrechnet.

c) **Mittel und Gegenstände der Kategorie C:**

Mittel und Gegenstände, welche nur von Pflegefachpersonen angewendet werden können, werden analog der Mittel und Gegenstände der Kategorie B abgerechnet.

² Die elektronische Abrechnung erfolgt über den separaten Tarif 454 für Mittel und Gegenstände in der Pflege.

³ Vom Lieferanten gegenüber dem Leistungserbringer gewährte Rabatte sind gemäss Art. 56 Abs. 3 KVG dem Schuldner der Vergütung weiterzugeben.

⁴ Die Limitationen der Mittel- und Gegenständeliste sind zu beachten.

⁵ Gehen die verrechneten Materialien über den Höchstvergütungspreis nach MiGeL hinaus, ist der übersteigende Anteil direkt der versicherten Person in Rechnung zu stellen. Bei Jahres-Höchstvergütungsbeträgen wird monatlich maximal der entsprechende pro-rata-Betrag (Jahreshöchstvergütungsbetrag dividiert durch 12 Monate) dem Krankenversicherer in Rechnung gestellt.

VI. Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten

Art. 12 Rechnungsstellung

¹ Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich.

² Die Rechnung umfasst folgende Angaben:

a) Daten des Versicherten

- Name und Vorname
- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Wohnadresse
- Versichertenkartennummer
- Sozialversicherungsnummer und/oder Versichertennummer

b) Behandlungsgrund Krankheit, Unfall oder Mutterschaft.

- c) Name des Versicherers.
- d) Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum.
- e) ZSR-Nummer und GLN des Leistungserbringers (GLN nur bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden)
- f) Name, ZSR-Nummer und GLN des verordnenden Arztes (GLN nur bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden)
- g) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenesschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt.
- h) Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung(en) für die Rechnungsperiode.
- i) komplette MiGeL-Positions-Nr. und Menge; maximal Höchstvergütungsbetrag Pflege gemäss MiGeL, je pro Produkt.

Zusätzlich für ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 2 Abs. 5 dieses Vertrages:

- j) Erbrachte Minuten (dezimal) je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a bis c KLV, Kalendarium

Zusätzlich für Leistungen in Tages- oder Nachtstätten gemäss Art. 2 Abs. 6 dieses Vertrages:

- k) Einstufung gemäss Anhang 4
- l) Kalendarium mit der entsprechenden Beitragsstufe

³ Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer nur Rechnung für die in diesem Vertrag genannten Pflichtleistungen. Nichtpflichtleistungen sind separat in Rechnung zu stellen.

Art. 13 Zahlungsmodalitäten

¹ Schuldner der Vergütung gemäss diesem Administrativ-Vertrag ist der Versicherer (System des Tiers payant, Art. 42 Abs. 2 KVG).

² Ab dem 1. Januar 2023 gilt in Abweichung von Abs. 1 für sämtliche Rechnungen, welche nicht elektronisch übermittelt werden, das System des Tiers garant.

³ Einzelne Versicherer und einzelne Leistungserbringer können in Abweichung von Abs. 1 das System des Tiers garant vereinbaren. Der Leistungserbringer informiert die versicherte Person rechtzeitig vor Leistungsbezug.

⁴ Es werden durch den Versicherer nur vertrags- und gesetzeskonforme Rechnungen vergütet.

⁵ Der Versicherer bezahlt dem Leistungserbringer die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen.

⁶ Die Zahlungsfrist gilt ab dem Zeitpunkt, ab dem der Versicherer über sämtliche zur Prüfung der vertrags- und gesetzeskonformen Rechnung erforderlichen Unterlagen verfügt.

⁷ Bei begründeten Beanstandungen wird die Zahlungsfrist gemäss Art. 13 Abs. 5 unterbrochen.

Art. 14 Elektronischer Datenaustausch

Die Vertragsparteien vereinbaren den elektronischen Datenaustausch wie folgt:

- Die **Rechnungsstellung** erfolgt spätestens ab 1. Januar 2023 elektronisch gemäss den jeweils geltenden XML-Standards und Richtlinien des Forums Datenaustausch.
- Die Vertragsparteien beabsichtigen, den elektronischen Datenaustausch mit SHIP einzuführen, wenn der Standard «Pflege» in der Praxis für freiberufliche Pflegefachpersonen einsatzbereit ist.

Für einzelne Leistungserbringer oder Versicherer, welche zum Zeitpunkt der Einführung von SHIP noch nicht in der Lage sind, die Bedarfsmeldung mit SHIP auszutauschen, gelten die Bestimmungen gemäss Art. 8 dieses Vertrages.

Art. 15 Aufklärungspflicht

Die Leistungserbringer anerkennen, dass ihnen von Gesetzes wegen (insbesondere Auftragsrecht gemäss OR) eine besondere Aufklärungspflicht gegenüber ihren Patienten in Bezug auf die Leistungen der sozialen Krankenversicherer und allenfalls die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten auferlegt ist.

VII. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

Art. 16 Wirtschaftlichkeit / Qualitätssicherung

¹ Der Leistungserbringer übernimmt die Verantwortung für den wirtschaftlichen, zweckmässigen und wirksamen Einsatz seiner Dienstleistungen und des verwendeten Materials (Art. 32 und 56 KVG).

² Der Leistungserbringer verpflichtet sich, an Massnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle seiner Leistungen gemäss jeweils aktuell gültiger Vereinbarung im Sinne von Art. 58a KVG teilzunehmen.

Art. 17 Auskunftspflicht der Leistungserbringer

¹ Die Versicherer haben den gesetzlichen Auftrag, die Leistungspflicht und die Wirtschaftlichkeit (WZW) der ihnen in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen. Zu diesem Zweck führen sie folgende Kontrollen durch:

- 1.1 Prüfung der von der Pflegefachperson gemäss Art. 8 Abs. 2 eingereichten Unterlagen
- 1.2 Prüfung der vom Versicherer verlangten und von der Pflegefachperson eingereichten Unterlagen beim Versicherer
2. Prüfung von Klientendossiers beim Leistungserbringer,
3. Einzelfallprüfung beim Versicherten.

² Die Auskunftspflicht der Leistungserbringer gegenüber den Versicherern unterliegt dem Verhältnismässigkeitsprinzip. Die betroffenen Parteien haben die Datenschutznormen zu beachten. Deshalb wird die Mehrzahl der Fälle gemäss der unter Abs.1 erstgenannten Kontrolle überprüft.

³ Der Ablauf der Prüfungen ist in Anhang 5 geregelt.

VIII. Formelles

Art. 18 Vorgehen bei Uneinigkeit

¹ Uneinigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern werden von den Betroffenen grundsätzlich direkt bereinigt.

² Die Anrufung des kantonalen Schiedsgerichtes gemäss Art. 89 KVG steht den Leistungserbringern und den Krankenversicherern offen.

³ Vorgängig des Schiedsgerichtsverfahrens gemäss Art. 89 KVG findet im Einverständnis beider Parteien ein Einigungsversuch unter Beizug des betroffenen Versicherers und des SBK statt.

Art 19 Inkrafttreten, Vertragsdauer

Dieser Vertrag samt Anhängen tritt auf den 1. Januar 2022 in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

Art. 20 Salvatorische Klausel

Sollten sich die dem Vertrag zugrunde liegenden Verhältnisse verändern oder die eine oder andere Bestimmung dieses Vertrages nichtig resp. teilnichtig sein oder werden, so wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen davon nicht betroffen. Die Parteien sind verpflichtet, in einem solchen Fall den Vertrag den veränderten Verhältnissen anzupassen resp. die nichtige oder teilnichtige Bestimmung durch eine andere zu ersetzen, damit der beabsichtigte Vertragszweck in rechtlich zulässiger Weise erreicht werden kann (salvatorische Klausel).

Art. 21 Kündigung

¹ Dieser Vertrag ist kündbar mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils per Ende Jahr, erstmals per 31. Dezember 2024.

² Die vertragsschliessenden Krankenversicherer bilden unter sich keine einfache Gesellschaft, sondern jeder einzelne Versicherer schliesst den vorliegenden Vertrag separat für sich ab. Der vorliegende Vertrag begründet im Verhältnis der Versicherer unter sich keine Rechte und Pflichten. Eine Vertragskündigung durch einen Versicherer hat deshalb auf den Fortbestand des Vertrags zwischen den übrigen Versicherern und dem Leistungserbringer keinen Einfluss.

³ Will der SBK den vorliegenden Vertrag gegenüber sämtlichen Versicherern, für welche tarifsuisse ag den Vertrag abgeschlossen hat, kündigen, ist er berechtigt, die Kündigung mit rechtsverbindlicher Wirkung an tarifsuisse ag zuhanden der Vertragspartner zu richten. Das Kündigungsschreiben hat klar und unmissverständlich den Vertrag, welcher aufgelöst werden soll, zu bezeichnen, verbunden mit einer eindeutigen Erklärung, wonach dieser Vertrag gegenüber sämtlichen Versicherern aufgelöst wird. Die Kündigung gegenüber einzelnen Versicherern ist nicht möglich.

Art. 22 Anhänge

Dieser Vertrag enthält die folgenden Anhänge, welche gemäss Art. 3 Abs. 2 Bestandteile des Vertrages sind.

Anhang 1:

Beigetretene Leistungserbringer

Anhang 2

Vorgaben für die Liste der Beitritte und Rücktritte der Leistungserbringer

Anhang 3:

Formulare Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung mit Beilagen

Anhang 4:

Formulare Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung für Tages- oder Nachtstätten

Anhang 5:

Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

Art. 25 Schlussbestimmungen

¹ Dieser Vertrag wird in 3-facher Ausführung ausgefertigt und unterzeichnet. Ein Vertrags-exemplar ist für den SBK und eines für tarifsuisse ag bestimmt.

² Wird dieser Vertrag in eine andere Sprache übersetzt und treten zwischen den Sprachversio-nen Widersprüche auf, ist der deutschsprachige Vertragstext massgebend.

Bern,

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK



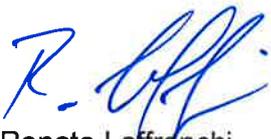
Sophie Ley
Präsidentin



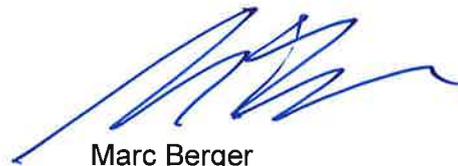
Yvonne Ribl
Geschäftsführerin

Solothurn, 20.3.2023

tarifsuisse ag



Dr. Renato Laffranchi
Leiter Leistungseinkauf
Mitglied der Geschäftsleitung



Marc Berger
Verhandlungsleiter
Leistungseinkauf Mitte

Anhang 1

Liste der beigetretenen Leistungserbringer

Eine aktuelle Liste der beigetretenen Leistungserbringer kann wie folgt abgerufen werden:

Für Versicherer:

Im Zentralen Vertragsregister (ZVR) der SASIS AG

Anhang 2 Vorgaben für die Liste der Beitritte und Rücktritte der Leistungserbringer gemäss Art. 3 Abs. 6 des Vertrages

Diese Vorlage ist für die Meldung der Beitritte und Rücktritte verbindlich. Beitrittslisten, welche nicht dieser Vorlage entsprechen, können nicht verarbeitet werden und werden zurückgewiesen. tarifsuisse ag kann bei Bedarf Anpassungen an der Vorlage vornehmen. Diese werden den Verbänden rechtzeitig mitgeteilt.

tarifsuisse ag stellt auf Wunsch eine Excel-Vorlage zur Verfügung.

Beitrittsliste SBK							
Vertragsnummer: 31.500.xxxxx							
Stand: 01.01.2022							
Nachfolgende Leistungserbringer haben den rechtsgültigen Beitritt gemäss Art. 3 Abs. 5 des Administrativ-Vertrages Spitex zwischen dem SBK und tarifsuisse ag vom 01.01.2022 erklärt.							
Beitritt per	Name / Vorname	Ort	Kanton	ZSR-Nr.	ZSR-Nr.	GLN	Rücktritt per
				Langzeit	TON		
01.01.2022	Name / Vorname	Stadel	ZH	A123401		7601002123456	
01.01.2022	Name / Vorname	Stäfa	ZH	B345601		7601002789123	
01.01.2022	Name / Vorname	Stans	NW		D123407	7601002345678	
01.01.2022	Name / Vorname	Steffisburg	BE	C789102		7601002901234	31.03.2022
01.01.2022	Name / Vorname	Steffisburg	BE	D567802		7601002456789	
01.01.2022	Name / Vorname	Stein	AG	A123419		7601002234567	
08.01.2022	Name / Vorname	Steinmaur	ZH	X012301		7601002567890	
09.01.2022	Name / Vorname	Stettlen	BE	K789002		7601002678901	
Sortierung nach Beitrittsdatum (neuester Beitritt zuletzt)				ZSR-Nummer zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerstriche und Punkte	ZSR-Nummer zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerstriche und Punkte	GLN zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerschläge.	

Die Beitritte sind zwingend nach Beitrittsdatum zu sortieren (neuester zuletzt).

Neue Beitritte und Rücktritte sind farblich zu markieren.

Namens- oder Adressänderungen sind von den Leistungserbringern direkt der SASIS AG (Abteilung ZSR) zu melden und können nicht über die Beitrittsliste mutiert werden.

Beilage: Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV

Name _____ Vorname _____

Anzahl	=	Anzahl der Leistungen	
Häufigkeit	=	Einheit:	
		<ul style="list-style-type: none"> • t2, t3...t7=an 2, 3...7 Tagen pro Woche • w=wöchentlich • m=monatlich j=jährlich • e=einmalig 	
Beispiele			
Einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin 2 Mal täglich an 7 Tagen pro Woche	=	Anzahl 2	Häufigkeit t7
Hilfe beim Medizinalbad 2 Mal pro Woche		2	w

Ankreuzen, wenn Leistung vorgesehen ist	KLV Art. 7 Abs. 2	Beschreibung Leistungsdetail (gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV)	Anzahl: wie oft soll die Leistung erbracht werden	Häufigkeit: Einheit der geplanten Leistung
	lit. a Ziff. 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		
	lit. a Ziff. 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		
	lit. b Ziff. 1	Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht)		
	lit. b Ziff. 2	einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin		
	lit. b Ziff. 3	Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken		
	lit. b Ziff. 4	Massnahmen zur Atemtherapie (wie O2-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen)		
	lit. b Ziff. 5	Einführung von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen		
	lit. b Ziff. 6	Massnahmen bei Hämö- oder Peritonealdialyse		
	lit. b Ziff. 7	Verabreichung von Medikamenten, insbesondere durch Injektion oder Infusion		
	lit. b Ziff. 8	Enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen		
	lit. b Ziff. 9	Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen		
	lit. b Ziff. 10	Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern		
	lit. b Ziff. 11	Pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz		
	lit. b Ziff. 12	Hilfe bei Medizinal-, Teil- oder Vollbädern etc.; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangpackungen		

	lit. b Ziff. 13	pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen		
	lit. b Ziff. 14	Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung		
	lit. c Ziff. 1	Allgemeine Grundpflege bei Patientinnen und Patienten, welche die Tätigkeiten nicht selbst 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		
	lit. c Ziff. 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		

Anhang 4 Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldeformular für Tages- oder Nachtstätten (Beispiel)

Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldeformular für Tages- oder Nachtstätten

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

Aufenthalt wegen: Krankheit Invalidität Unfall
 Hilflosoenschädigung: keine leicht mittel schwer nicht bekannt
 Dauer (Art. 8 KLV) gültig für: 3 Monate 9 Monate von bis
 Sind weitere Leistungserbringer involviert ja nein nicht bekannt
 wenn ja, Name & ZSR-Nr.

	Selbstständigkeit				Bemerkungen			
	--	-	+	++				
Verstehen und sich ausdrücken								
Sich orientieren								
Mitwirkungsfähigkeit / Compliance / Adherence								
					Pflegetätigkeiten		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 KLV								

Aufenthaltstage 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:
 ZSR Nummer: 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.

Anhang 5 Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

Die Versicherer haben den gesetzlichen Auftrag, mittels Kontrollverfahren die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) der in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen (gem. Art. 32 KVG, Art. 8c KLV).

Ergibt die Prüfung des Versicherers, dass bei den in Rechnung gestellten Leistungen die WZW-Kriterien nicht eingehalten wurden und können die Versicherer dies fachlich begründen (z.B. Gründe für die Einschränkung oder Änderung, Verbindung zur eingesendeten Pflegedokumentation, Buchstaben und Nummern der Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV, Dauer der Leistung), sind die zu erbringenden Leistungen anzupassen.

Zeitpunkt für die Anpassung ist:

- bei Prüfung beim Versicherer (s. Punkt 1), sofern die Fristen eingehalten wurden: ab dem Tag, an dem der Versicherer das Resultat kommuniziert.
- bei Prüfung beim Leistungserbringer oder beim Versicherten (s. Art. 2 und 3): der Tag der Kontrolle.

Vorbehalten bleiben in beiden Fällen rückwirkende Anpassungen in jenen Einzelfällen, in welchen die Versicherer nach der Prüfung grobe Verstösse der Leistungserbringer gegen die WZW-Kriterien nachweisen und begründen können.

1. Prüfung beim Versicherer

Die Versicherer führen folgende Kontrollen durch:

1.1 Prüfung der von der Pflegefachperson gemäss Art. 8 Abs. 6 eingereichten Unterlagen

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer systematisch folgende Unterlagen zur Verfügung:

- Bedarfsmeldung gemäss Art. 8
- Rechnung gemäss Art. 11
- Als Anhang der Bedarfsmeldung: Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV oder Leistungsplanungsblatt gemäss Inter-RAI (gemäss Art. 7.2 Abs. 5)

1.2 Prüfung der vom Versicherer verlangten und von der Pflegefachperson eingereichten Unterlagen beim Versicherer

- 1.2.1 Bei Unklarheiten mit den systematisch eingereichten Unterlagen kann der Versicherer, in der Regel innerhalb von 15 Arbeitstagen ab Erhalt und unter Berücksichtigung von Art. 42 Abs. 5 KVG weitere für die Beurteilung relevante Unterlagen bei der Pflegefachperson verlangen (z.B. Originaldokument ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung (z.B. MDS), Pflegeplanung, Pflegeverlauf, Wunddokumentation etc.).
- 1.2.2 Die Pflegefachperson sendet in der Regel innerhalb von 15 Arbeitstagen die Pflegeunterlagen an den Versicherer.
- 1.2.3 Nach Erhalt der Unterlagen hat der Versicherer in der Regel weitere 15 Arbeitstage Zeit, diese zu prüfen und die Pflegefachperson über den Entscheid zu informieren. Der Bericht bezieht sich auf die Unterlagen, die dem Versicherer bis zum Zeitpunkt der Kontrolle zugestellt wurden.
- 1.2.4 Bei einer Beanstandung bemühen sich Leistungserbringer und Versicherer um eine möglichst rasche Regelung

2. Prüfung beim Leistungserbringer

Die Versicherer führen punktuelle Prüfungen auf der Basis von ausgewählten offenen Patientendossiers beim Leistungserbringer durch.

- 2.1 Der Versicherer kündigt den Kontrollbesuch beim Leistungserbringer an. Die Kontrolle wird innerhalb von 30 Kalendertagen nach Ankündigung durchgeführt. In Ausnahmen kann in gegenseitiger Absprache von dieser Frist abgewichen werden.
- 2.2 Unter Berücksichtigung von Art. 42 Abs. 5 KVG sowie des Verhältnismässigkeitsprinzips legt der Leistungserbringer der Kontrollperson des Versicherers alle relevanten Informationen zu den verlangten Dossiers in den Geschäftsräumen zur Einsicht vor.
- 2.3 Nach Sichtung der Unterlagen findet gleichentags ein mündlicher Austausch inkl. aktuellem Zeitbudget zwischen der Pflegefachperson und der Kontrollperson des Versicherers statt.
- 2.4 Nach der Durchführung der Kontrolle erhält der Leistungserbringer innerhalb von 15 Arbeitstagen eine schriftliche Rückmeldung vom Versicherer.

3. Einzelfallprüfung beim Versicherten

Die Versicherer führen punktuelle Prüfungen im Rahmen eines Pflegeeinsatzes beim Versicherten durch.

- 3.1 Der Versicherer informiert den Versicherten oder dessen Angehörige über den Zweck des Besuches und macht mit ihm einen Termin ab. Der Kontrollbesuch kann während eines regulären Einsatzes des Leistungserbringers erfolgen, aber nur im Einverständnis des Versicherten oder dessen Angehörigen. In diesem Fall informiert der Versicherer den Leistungserbringer vorgängig über den geplanten Besuch. Eine Zustimmung des Leistungserbringers ist nicht erforderlich.
- 3.2 Nach der Durchführung des Kontrollbesuchs muss der Versicherer dem Leistungserbringer innerhalb von 15 Arbeitstagen eine schriftliche Rückmeldung machen.