



Administrativ-Vertrag OKP

Vertrags-Nr.: IP-203.060

(gültig ab: 01.04.2021)

zwischen

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI

Choisystrasse 1

3001 Bern

(Postadresse: Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI, Postfach, 3001 Bern)

(nachfolgend "**SBK**")

und

1. CSS Kranken-Versicherung AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern

inkl. der folgenden aufgeführten KVG-Versicherer der CSS Gruppe:

2. INTRAS Kranken-Versicherung AG, Avenue de Valmont 41, 1000 Lausanne 10

3. Arcosana AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern

4. Sanagate AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern

(nachfolgend "**CSS**" / Versicherer)

alle zusammen "**Vertragsparteien**" genannt

betreffend

die Abgeltung von krankenversicherungspflichtigen Leistungen nach KVG, die im Rahmen der ambulanten Krankenpflege durch Pflegefachfrauen oder Pflegefachmänner erbracht werden.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| 1. Vertragsparteien | 3 |
| 2. Vertragsanschluss..... | 3 |
| 3. Vertragsbeitritt und -rücktritt der Leistungserbringer | 3 |
| 4. Geltungsbereich und Leistungsumfang..... | 3 |
| 5. Pflichten des Leistungserbringers und der Versicherer | 4 |
| 6. Leistungsvoraussetzungen | 4 |
| 7. Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung, -meldung und -änderung | 4 |
| 8. Leistungsvergütung inkl. Mittel und Gegenstände | 6 |
| 9. Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten | 6 |
| 10. Elektronischer Datenaustausch (EDI) | 8 |
| 11. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Durchführung der Kontrollen | 8 |
| 12. Gültigkeit der Sprachversionen | 8 |
| 13. Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung..... | 8 |
| 14. Anhänge zum Vertrag..... | 8 |
| 15. Schriftlichkeitsvorbehalt..... | 8 |
| 16. Salvatorische Klausel..... | 8 |
| 17. Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz | 9 |
| 18. Schlussbestimmungen | 9 |
| 19. Übergangsbestimmungen | 9 |
| Anhang 1 – Angeschlossene Versicherer..... | 11 |
| Anhang 2 – Bedarfsmeldeformular / Beilagen zum Bedarfsmeldeformular..... | 12 |
| Anhang 3 – Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer | 15 |
| Anhang 5 – Vergütung von Mitteln und Gegenständen | 17 |

1. Vertragsparteien

Die Parteien des vorliegenden Vertrages sind der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI, nachfolgend «SBK» genannt, sowie die CSS-Krankenversicherung AG und die CSS-Gruppe bzw. die im Anhang 1 bezeichneten KVG-Versicherer, nachfolgend "CSS" genannt.

2. Vertragsanschluss

- 2.1 Dieser Vertrag gilt für die CSS, bzw. die im Anhang 1 bezeichneten Versicherer
- 2.2 Die CSS ist ermächtigt, alle Handlungen im Zusammenhang mit dem vorliegenden Vertrag im Namen und auf Rechnung dieser Versicherer vorzunehmen

3. Vertragsbeitritt und -rücktritt der Leistungserbringer

- 3.1 Diesem Vertrag können alle Leistungserbringer beitreten, welche die Voraussetzungen gemäss Art. 49 KVV erfüllen und über eine Zulassung nach kantonalem Recht verfügen.
- 3.2 Leistungserbringer können diesem Vertrag mit schriftlicher Erklärung gegenüber dem SBK beitreten. Der Beitritt zum Vertrag ist für SBK Mitglieder unentgeltlich.
- 3.3 Leistungserbringer, die nicht Mitglied des SBK sind, können dem Vertrag beitreten. Das Verfahren (z.B. Beitrittsgebühr, etc.) richtet sich nach den Bedingungen des SBK.
- 3.4 Beigetretene Leistungserbringer übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen dieses Vertrages und dessen Anhänge.
- 3.5 Der SBK stellt der CSS via E-Mail: tarifvertraege@css.ch die jeweils gültige Beitrittsliste zu. Er informiert die CSS über jegliche Änderungen. Für diejenigen Leistungserbringer, die bis zum 31.03.2021 dem vorangehenden Administrativvertrag Nr. 31.500.0001S mit tarifsuisse beigetreten sind, gilt die Übergangsbestimmung gemäss Ziff. 19.
- 3.6 Der Rücktritt eines Leistungserbringers vom Vertrag inklusiv Anhängen ist unter Einhaltung einer 6-monatigen Rücktrittsfrist jeweils per 30.06/31.12 möglich, erstmals per 31.12.2021. Der Rücktritt ist gegenüber dem SBK schriftlich zu erklären. Der SBK informiert die CSS quartalsweise schriftlich über die Rücktritte.

4. Geltungsbereich und Leistungsumfang

- 4.1 Dieser Vertrag regelt die administrative Abwicklung für die ambulanten Pflegeleistungen im Sinne von Art. 25a KVG, Art. 49 KVV und Art. 7ff KLV. Leistungen, die nicht in Art. 7ff KLV geregelt sind, die aber auch durch Pflegefachfrauen oder Pflegefachmänner erbracht werden können (z.B. Stillberatung gemäss Art.15 KLV, usw), sind in einem separaten Vertrag geregelt
- 4.2 Er gilt für leistungsbezugsberechtigte Versicherte mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bei einem Versicherer gemäss Anhang 1.
- 4.3 Das KVG und dieser Vertrag unterscheiden zwischen der ambulanten Pflege durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, die beim Patienten zu Hause oder in den Räumlichkeiten der Pflegefachperson (Praxis) und der ambulanten Pflege, die in einer Tages- oder Nachtstruktur erbracht wird. Dieser Vertrag gilt für beide Formen der ambulanten Pflege.
- 4.4 Die Vergütung der ambulanten Pflege, die beim Patienten zu Hause oder in den Räumlichkeiten der Pflegefachperson (Praxis) erbracht wird, erfolgt gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV.
- 4.5 Ambulante Pflegedienste in Tages- oder Nachtstrukturen sind Tagesstätten wie Foyer de jour, Centro diurno, CAT, UAT-VD, und andere vergleichbare Dienste. Der Patient / die Patientin lebt zu Hause und geht nach Hause. Innert von 24 Stunden kann entweder die Tages- oder die Nachtstruktur in Anspruch genommen werden. Eine Kumulation ist nicht möglich. Die Vergütung erfolgt gemäss Art. 7a Abs 4 KLV.
- 4.6 Der Versicherer ist nur dann und nur soweit leistungspflichtig, als nicht andere Kostenträger, insbesondere gemäss UVG, IVG, MVG für die betreffenden Kosten aufzukommen haben. Die Vorleistungspflicht gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 70 ATSG) geht dieser vertraglichen Vereinbarung vor.

5. Pflichten des Leistungserbringers und der Versicherer

- 5.1 Die Vertragsparteien haben auf allen Korrespondenzen zwischen dem Leistungserbringer und den einzelnen Versicherern anzugeben:
- Daten der versicherten Person: Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Versichertennummer und/oder Sozialversicherungsnummer
 - Bezeichnung des Versicherers
 - Daten des Leistungserbringers: ZSR-Nummer, GLN-Nummer
- 5.2 Im Rahmen des elektronischen Datenaustausches können weitere Informationen definiert werden, welche anzugeben bzw. zu übermitteln sind, soweit sie mit den gesetzlichen Anforderungen übereinstimmen.
- 5.3 Der Leistungserbringer ist verpflichtet, seine Patienten vor Leistungsbezug über die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie insbesondere über die durch diese nicht gedeckten Kosten aufzuklären.
- 5.4 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Tariftschutz nach Art. 44 KVG einzuhalten.

6. Leistungsvoraussetzungen

- 6.1 Die Versicherer übernehmen die Kosten der von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern, welche die Bedingungen gemäss Art. 49 KVV aufgrund der Bedarfsermittlung, auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag tatsächlich erbrachten Leistungen der ambulanten Krankenpflege nach Art. 7 Abs. 2, Art. 8 und 8a KLV erfüllen.
- 6.2 Vergütet werden Leistungen gemäss Art. 7 KLV, sofern sie persönlich ambulant zu Hause, in den Räumlichkeiten der Pflegefachperson (Praxis) oder in einer Tages- oder Nachtstruktur erbracht werden und sofern der Leistungserbringer im Besitz einer für den Ort der Leistungserbringung gültigen kantonalen Zulassung ist.
- 6.3 Für Tages- oder Nachtstrukturen, nachfolgend auch "Tages- oder Nachtstätten" genannt, ist eine separate ZSR-Nr. für Tages- und Nachtstrukturen erforderlich und es gelten folgende Anforderungen, sofern sie gesetzlich oder behördlich vorgesehen sind:
- a. eine Bewilligung für Tages- oder Nachtstrukturen haben,
 - b. einen Leistungsauftrag für Tages- oder Nachtstrukturen verfügen

7. Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung, -meldung und -änderung

- 7.1 Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung
- 7.1.1 Der Bezug von pflegerischen Leistungen setzt einen ärztlich unterzeichneten Auftrag oder eine ärztlich unterzeichnete Anordnung und eine Bedarfsermittlung nach Art. 8 und 8a KLV voraus. Es steht den Leistungserbringern offen, welches anerkannte Bedarfsermittlungsinstrument sie wählen.
- 7.1.2 Die Verantwortung für die Erfassung der Bedarfsermittlung liegt bei systemgeschulten Pflegefachpersonen.
- 7.1.3 Die schriftliche Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfsbedarfs (vgl. Art. 8a KLV).
- 7.1.4 Die Bedarfsermittlung erfolgt mit dem Patienten bei Leistungsbeginn und ist spätestens innert 14 Kalendertagen nach Beginn des Einsatzes abzuschliessen.
- 7.1.5 Die Leistungserbringer müssen ihre Dienstleistungen bei gemeinsamen Patienten koordinieren und sich über das Zeitbudget absprechen.
- 7.1.6 Soweit sich ein Leistungserbringer regelmässig von weiteren Leistungserbringern vertreten lässt, sind deren Namen und ZSR-Nr. auf dem Bedarfsmeldeformular aufzuführen. Bei Änderung der Stellvertretung muss eine mit Namen und ZSR-Nr. der neuen Stellvertretung ergänzte Kopie des aktuellen Bedarfsmeldeformulars beim Versicherer eingereicht werden.

- 7.1.7 Bei Fallübergabe braucht es in jedem Fall eine erneute, vollständige Bedarfsermittlung und -meldung an den Versicherer. Darauf muss erkenntlich sein, wer die Fallführung hat sowie sämtliche Stellvertretungen.
- 7.2 Bedarfsmeldung an die Versicherer
- 7.2.1 Die Bedarfsmeldung zeigt den voraussichtlichen Bedarf an Pflegeleistungen auf. Auf der Bedarfsmeldung gibt die zuständige Pflegefachperson den voraussichtlichen Zeitbedarf an, gemäss Art. 8a Abs. 4 KLV. Abgerechnet werden die tatsächlich erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung von Ziff. 7.3.
- 7.2.2 Das Ergebnis ist auf einem Bedarfsmeldeformular gemäss Ziff. 7.2, sowie Anhang 2a und 2b festzuhalten.
- Soweit die ambulante Pflegeleistungen gemäss Ziff. 4.4 betroffen sind, ist das Ergebnis auf dem Bedarfsmeldeformular gemäss Anhang 2a festzuhalten
 - Soweit Leistungen in Tages- oder Nachtstätten gemäss Ziff. 4.5 betroffen sind, ist das Ergebnis auf dem Bedarfsmeldeformular gemäss Anhang 2b festzuhalten.
- 7.2.3 Das Bedarfsmeldeformular ist vollständig ausgefüllt so schnell wie möglich jedoch spätestens mit der ersten Monatsrechnung nach Kenntnisnahme (bei KLV-a und -c-Leistungen) oder nach ausdrücklicher schriftlicher Zustimmung (bei KLV-b-Leistungen) des Arztes oder der Ärztin und Unterzeichnung durch die fallführende Pflegefachperson dem Versicherer zuzustellen. Ohne gültige Bedarfsmeldung werden vom Versicherer keine Leistungen vergütet. Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig.
- 7.2.4 Die Bedarfsmeldung kann dem Versicherer auch elektronisch nach Vorgabe Forum Datenaustausch übermittelt werden. Der Leistungserbringer trägt die Verantwortung, die vom Arzt unterschriebene Bedarfsmeldung bei Bedarf dem Versicherer vorzulegen.
- 7.2.5 Die Kontrollen der Versicherer werden im Anhang 2 geregelt.
- 7.2.6 Die Bedarfsmeldung enthält folgende Angaben:
- Personalien und Versichertendaten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnort / Versichertennummer und/oder Sozialversicherungsnummer)
 - Behandlungsgrund (Krankheit, Unfall oder Mutterschaft)
 - Name des Versicherers
 - ZSR-Nr. und GLN-Nr. des Leistungserbringers (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
 - ZSR-Nr. und GLN-Nr. aller involvierten Pflegefachpersonen (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
 - ZSR-Nr. und GLN-Nr. des verordnenden Arztes (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
 - Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
 - Beginn und Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung
 - Voraussichtlicher Bedarf an MiGeL-Produkten inkl. zweistelliger Nummer der Produktgruppe, die durch die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Rechnung gestellt werden.
- Zusätzlich für ambulante Pflegeleistungen gem. Ziff. 4.4 (Beispiel in der Beilage Anhang 2a):
- 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. Bei elektronischer Bedarfsmeldung gelten die Vorgaben des Forums Datenaustausch.
 - Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV, mit Angaben zur voraussichtlichen Anzahl Einsätze je Leistung pro Tag, Woche, Monat oder Quartal.
- Zusätzlich für Leistungen in Tages- oder Nachtstätten gem. Ziff. 4.5 (Beispiel in der Beilage Anhang 2b):
- Einschätzung der Selbstständigkeit

m. Voraussichtliche Anzahl Pflegetätigkeiten und Minuten pro Tag und die daraus resultierenden Stufen gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV

7.3 Änderung des Pflegebedarfs

- 7.3.1 Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen dauerhaft, ist eine neue Bedarfsermittlung vorzunehmen.
- 7.3.2 Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen im Verlaufe des Einsatzes vorübergehend während mehreren Tagen und übersteigt er die verordnete Anzahl Minuten wesentlich, muss diese Änderung schriftlich gemeldet werden.

8. Leistungsvergütung inkl. Mittel und Gegenstände

- 8.1 Aus der persönlichen Natur der ZSR-Nr. ergibt sich,
 - dass jede an der Pflege beteiligte Pflegefachperson zugelassen sein muss, d.h. über eine eigene ZSR.-Nr. verfügt,
 - dass von einer Pflegefachperson ausschliesslich Leistungen in Rechnung gestellt werden dürfen, die von ihr persönlich erbracht worden sind.
- 8.2 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.
- 8.3 Der Leistungserbringer verrechnet den dem erbrachten Pflegeaufwand entsprechenden Beitrag gemäss Art. 7a KLV. Vorausrechnungen sind nicht möglich.
- 8.4 Mit der Bezahlung der Beiträge:
 - a) gemäss Art. 7a Abs. 1 und 2 KLV sind sämtliche krankensicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen der einzelnen Leistungserbringer gemäss Ziff. 4.4 nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.
 - b) gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV sind sämtliche krankensicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen in Tages- oder Nachtstrukturen nach Art. 7a Abs. 4 KLV und Ziff. 4.5 für Pflegemassnahmen nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.
- 8.5 Der Leistungserbringer kann keine Leistungen nach Art. 7 KLV abrechnen, während der Patient / die Patientin sich im Spital oder Pflegeheim (inkl. stationäre Akut- und Übergangspflege) befindet. Dies gilt nicht für den Ein- und Austrittstag sowie für die Bedarfsermittlungen und Koordinationsleistungen, die im Sinne eines optimalen Behandlungsablaufs bereits während eines Spitalaufenthalts 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. In Einzelfällen kann nach Rücksprache mit dem Versicherer eine gleichzeitige Verrechnung von ambulanten Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV und AÜP-Leistungen vereinbart werden.
- 8.6 Ärztlich verordnete Mittel und Gegenstände gemäss Anhang 2 KLV, welche vom Leistungserbringer, gestützt auf die geltenden gesetzlichen Voraussetzungen, abgegeben und abgerechnet werden dürfen, sind im Anhang 4 vermerkt.
- 8.7 Im Rahmen dieser Vereinbarung dürfen keine hier nicht erwähnten Leistungen (z.B. Arzneimittel usw.) zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden.

9. Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten

9.1 Rechnungsstellung

- 9.1.1 Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich.
- 9.1.2 Bei Behandlungen, die über das Jahresende hinaus dauern, muss per 31.12. eine Zwischenabrechnung erstellt werden. Falls ein Versicherter per 30.6. seinen Versicherer wechselt, erstellt der Leistungserbringer auf Verlangen des bisherigen Versicherers bis spätestens 15.8. des betreffenden Kalenderjahres eine Zwischenabrechnung per 30.6.
- 9.1.3 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Rechnung gemäss den Standards und Richtlinien des Forums Datenaustausch im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zu übermitteln.

- 9.1.4 Wenn einzelne Leistungserbringer den Datenaustausch nicht elektronisch vornehmen, können die Rechnungsformulare mit den Angaben aus Ziff. 9.1.5 und weitere Dokumente in Papierform übermittelt werden.
- 9.1.5 Die Rechnung enthält folgende Angaben:
- a. Rechnungsdatum, -nummer
 - b. Personalien und Versichertendaten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnort / Versichertennummer und/oder Sozialversicherungsnummer)
 - c. Behandlungsgrund (Krankheit, Unfall oder Mutterschaft)
 - d. Name des Versicherers
 - e. ZSR-Nr. und GLN-Nr. des Leistungserbringers (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
 - f. ZSR-Nr. und GLN-Nr. des verordnenden Arztes (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
 - g. Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt
 - h. Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung(en) für die Rechnungsperiode.
 - i. Für MiGeL: Tarifcode, vollständige MiGeL-Positions-Nr. und Menge (Details siehe Anhang 4).
- Für Leistungen, die zu Hause oder in den Räumlichkeiten der Pflegefachperson (Praxis) erbracht werden, gemäss Ziff. 4.4:
- j. Erbrachte Minuten (dezimal) je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a) bis c) KLV, Kalendarium
- Für Leistungen in Tages- oder Nachstätten gemäss Ziff. 4.5:
- k. Kalendarium mit der entsprechenden Beitragsstufe gemäss Art 7a Abs 4 KLV i.V.m. Art. 7a Abs 3 KLV

9.2 Zahlungsmodalitäten

- 9.2.1 Die Vertragsparteien vereinbaren, dass die Vergütung nach Art. 7a KLV vom Versicherer geschuldet wird (System des Tiers payant).
- 9.2.2 Der Leistungserbringer kann in Abweichung von Ziff. 9.2.1 wählen, dass für sämtliche bei der CSS versicherten Personen die Vergütung der Leistung im System Tiers garant geschuldet ist. Der Leistungserbringer informiert die versicherte Person rechtzeitig vor Leistungsbezug. Die Wahl hat mit dem Beitritt zum Vertrag zu erfolgen und kann jeweils mit Wirkung auf Anfang eines Kalenderjahres - unter Einhaltung einer Ankündigungszeit von 6 Monaten - gewechselt werden. Ein Wechsel für einzelne Versicherte ist unzulässig.
- 9.2.3 Der Versicherer vergütet dem Leistungserbringer die Kosten der von ihm erbrachten Leistungen auf der Basis der Beiträge nach KLV und des gemeldeten Pflegebedarfs.
- 9.2.4 Es werden durch den Versicherer nur vertrags- und gesetzeskonforme Rechnungen vergütet. Andernfalls fordert der Versicherer den Leistungserbringer auf, eine vertrags- und gesetzeskonforme Rechnung zu stellen.
- 9.2.5 Der Versicherer bezahlt dem Leistungserbringer die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen. Bei elektronischer Abrechnung gilt eine Frist von 25 Tagen.
- 9.2.6 Die Frist gilt ab dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer über sämtliche zur Prüfung der vertrags- und gesetzeskonformen Rechnung erforderlichen Unterlagen verfügt.
- 9.2.7 Bei begründeten Beanstandungen werden die Zahlungsfristen gemäss Ziff. 9.2.5 unterbrochen. Der nicht beanstandete Teil bleibt vom Versicherer geschuldet.
- 9.2.8 Die Leistungserbringer stellen den Versicherern nur die in diesem Vertrag genannten Pflichtleistungen in Rechnung. Insbesondere müssen Nichtpflichtleistungen gemäss Art 59 Abs. 2 KVV von den OKP-Leistungen getrennt abgerechnet werden.

10. Elektronischer Datenaustausch (EDI)

- 10.1 Die Vertragsparteien wollen unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes den elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Versicherern realisieren.
- 10.2 Die Vertragsparteien streben die elektronische Rechnungsstellung mittels Rechnungsformular des Forums Datenaustausch bis spätestens 31.12.2022 an.

11. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Durchführung der Kontrollen

- 11.1 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu erbringen und dabei die aktuellen Qualitätsstandards zu beachten.
- 11.2 Die Versicherer haben den gesetzlichen Auftrag, die Leistungspflicht und die Wirtschaftlichkeit (WZW) der in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen. Das Verfahren dazu wird im Anhang 3 im Detail vereinbart und geregelt.
- 11.3 Die schweizweit gültigen Bedingungen für die Entwicklung der Qualität (Qualitätsvertrag) werden zwischen SBK und dem Dachverband der Versicherer (Curafutura) in einer separaten Vereinbarung abgeschlossen.

12. Gültigkeit der Sprachversionen

Dieser Vertrag wird in der deutschen Sprache ausgefertigt und unterzeichnet. Der Vertrag wird in die Sprachen Französisch und Italienisch übersetzt. Bei allfälligen Differenzen ist die deutschsprachige Version abschliessend massgebend.

13. Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung

- 13.1 Dieser Vertrag tritt per 01.04.2021 in Kraft und ist unbefristet gültig.
- 13.2 Der Vertrag ist von jeder Vertragspartei mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten, jeweils per Ende eines Kalenderjahres kündbar, erstmals per 31.12.2022.
- 13.3 Der vorliegende Administrativ-Vertrag ersetzt alle Verträge resp. Vereinbarungen mit demselben Regelungsgegenstand für die diesem Vertrag unterliegenden Leistungserbringer, Versicherer und dem Verband. Der Administrativvertrag zwischen SBK und den durch tarifsuisse vertretenen Versicherern – Vertragsnummer 31.500.0001S, gültig ab 01.04.2011 – wird hiermit für die CSS abgelöst.

14. Anhänge zum Vertrag

Die nachfolgenden Anhänge bilden integrierender Bestandteil dieses Vertrages und können für sich allein nicht gekündigt werden.

Anhang 1: Angeschlossene Versicherer

Anhang 2: Bedarfsmeldeformular / Beilagen zum Bedarfsmeldeformular

Anhang 3: Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

Anhang 4: Vergütung von Mitteln und Gegenständen

15. Schriftlichkeitsvorbehalt

Alle Änderungen und Ergänzungen zu diesem Vertrag bzw. seinen Anhängen haben schriftlich zu erfolgen und sind von den Vertragsparteien rechtsverbindlich zu unterzeichnen.

16. 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 das beabsichtigte Vertragswerk in rechtlich zulässiger Weise erreicht werden kann.

17. Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz

- 17.1 Streitigkeiten zwischen Versicherer und Leistungserbringer sollen von den Betroffenen grundsätzlich direkt bereinigt werden. Vorgängig des Schiedsverfahrens gemäss Art. 89 KVG findet im Einverständnis beider Parteien ein Einigungsversuch unter Beizug des betroffenen Versicherers und des SBK statt.
- 17.2 Die Vertragsparteien können in schwerwiegenden Einzelfällen und / oder bei einer Häufung von ähnlichen Problemstellungen zur Klärung beigezogen werden.
- 17.3 Anwendbar ist Schweizer Recht.
- 17.4 Das Vorgehen bei Streitigkeiten richtet sich nach Art. 89 KVG.

18. Schlussbestimmungen

Dieser Vertrag wird in 2-facher Ausführung ausgefertigt und unterzeichnet. Je ein Vertragsexemplar ist für die Vertragsparteien.

19. Übergangsbestimmungen

Der vorliegende Vertrag entfaltet für die Leistungserbringer, die dem vorangehenden Administrativvertrag mit tarifsuisse (Vertragsnummer 31.500.0001S) beigetreten sind, volle Wirkung. Leistungserbringer, die dies nicht wünschen, müssen innert 90 Tagen nach Unterzeichnung des vorliegenden neuen Vertrages dem SBK schriftlich ihren Austritt bekannt geben.

Bern, den 2.6.2021

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI



.....
Sophie Ley
Präsidentin



.....
Yvonne Ribi
Geschäftsführerin

Luzern, den 12.5.2021

CSS Kranken-Versicherung AG

(inkl. der KVG-Versicherer der CSS Gruppe gemäss Titelseite)


.....
Sanjay Singh
Leiter Konzernbereich Leistungen und Produkte
Mitglied der Konzernleitung


.....
Luca Emmanuele
Leiter Einkaufsmanagement Leistungen
Mitglied der Direktion

Anhang 1 – Angeschlossene Versicherer

Diesem Vertrag sind die folgenden Versicherer angeschlossen:

CSS Kranken-Versicherung AG

Tribschenstrasse 21
6005 Luzern

inkl. der folgenden aufgeführten KVG-Versicherer der CSS Gruppe:

INTRAS Kranken-Versicherung AG, Avenue de Valmont 41, 1000 Lausanne 10
Arcosana AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern
Sanagate AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern

Anhang 2 – Bedarfsmeldeformular / Beilagen zum Bedarfsmeldeformular

Ein aktuelles Beispiel dieser Formulare ist auf

www.sbk.ch/dienstleistungen-sbk/freiberufliche-pflege/formulare-und-dokumente

zu finden.

2a: Beispiel – Bedarfsmeldeformular für ambulante Leistungen gemäss Ziff. 4.4 inkl. Beilage «Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs 2 KLV»



Ärztliche Verordnung der Pflege ambulant oder zu Hause

| | | | |
|---|---------------------------|---|------------------------------------|
| Personalien Kunde/in | | Namen und Adresse Versicherung | |
| Name | | | |
| Vorname | | | |
| Strasse | | | |
| PLZ/Ort | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Telefon Privat | | | |
| Arbeitgeber | | an Vertrauensarzt | |
| PLZ/Ort | | Diagnose: | |
| Telefon Geschäft | | | |
| Versicherer | | | |
| Vers./Unfall-Nr. | | | |
| <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Geburtsgebrechen <input type="checkbox"/> Mutterschaft <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung | | | |
| Ärztliche Verordnung | | <input type="checkbox"/> Erstabklärung <input type="checkbox"/> Neuevaluation | |
| (nur bei ärztl. verordneter Massnahme, z.B. Injektion Medikamente durch Arzt/Ärztin auszufüllen) | | | |
| Zeitdauer von: | | bis: | |
| Krankenpflege (durch Pflegefachfrau/-mann auszufüllen) | | | |
| Leist. nach KLV 7 / Tarifziffer | Leistungen | Häufigkeit | Dauer in Minuten pro Quartal |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Total a 53201 | | | |
| Total b 53202 | | | |
| Total c 53203 | | | |
| Total | | | |
| Arzt/Ärztin (Stampel) ZSR-Nr.: | | Pflegefachfrau/-mann ZSR-Nr.: | |
| | | Name/ZSR-Nr. von weiteren an dieser Pflege Beteiligten: | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Datum: | Unterschrift Arzt/Ärztin: | Datum: | Unterschrift Pflegefachfrau/-mann: |
| | | | |

Version Januar 2018

| wenn Leistung vorgesehen ist | Abz. 2 | Beschreibung Leistungsdetail (gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV) | Anzahl Einsätze pro Woche, Wochentage | Minuten pro Einsatz |
|------------------------------|-----------------|---|---------------------------------------|---------------------|
| | 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. a Ziff. 3 | Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen | | |
| | 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 Häm- oder Peritonealdialyse | | |
| | lit. b Ziff. 7 | Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten | | |
| | lit. b Ziff. 8 | Enterale oder parenterale Verabreichung von Nährösungen | | |
| | 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 Fangopackungen | | |
| | 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 | | |

Version Januar 2018

Anhang 3 – 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. Ziff. 1 dieses Anhanges), sofern die Fristen eingehalten wurden: der Tag, an dem der Versicherer das Resultat kommuniziert.
- bei Prüfung beim Leistungserbringer oder beim Versicherten (s. Ziff. 2 und 3 dieses Anhanges): der Tag der Kontrolle.

Rückwirkende Anpassungen bleiben auf jene Einzelfälle beschränkt, 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 den Pflegefachfrauen oder Pflegefachmännern gemäss Ziff. 7.2.2 und 7.2.5 eingereichten Unterlagen

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer systematisch folgende Unterlagen zur Verfügung:

- Bedarfsmeldung gemäss Ziff. 7.2 (Beispiel im Anhang 2a)
- Rechnung gemäss Ziff. 9.1
- Als Anhang der Bedarfsmeldung: Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV (gemäss Ziff. 7.2.5, Anhang 2a)

1.2 Prüfung der vom Versicherer verlangten und von der Pflegefachfrau oder dem Pflegefachmann eingereichten Unterlagen beim Versicherer

1.2.1 Bei Unklarheiten aufgrund der 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 Pflegefachfrau oder dem Pflegefachmann verlangen (z.B. Originaldokument ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung, Pflegeplanung, Pflegeverlaufsbericht, Wunddokumentation etc.).

1.2.2 Die Pflegefachfrau oder der Pflegefachmann 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. Ausnahmsweise 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. Die Pflegefachperson stellt sicher, dass sie der Kontrollperson für allfällige Fragen zur Verfügung steht.
- 2.3 Nach Sichtung der Unterlagen findet gleichentags ein mündlicher Austausch inkl. über das aktuelle 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 des Versicherers.

3. Einzelfallprüfung beim Versicherten

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

- 3.1 Der Versicherer informiert den Versicherten über den Zweck des Besuches und macht mit ihm einen Termin ab. Der Kontrollbesuch kann während eines regulären Einsatzes des Leistungserbringers erfolgen. In diesem Fall informiert der Versicherer den Leistungserbringer mind. 10 Arbeitstage vorgängig über den geplanten Besuch.
- 3.2 Nach der Durchführung des Kontrollbesuchs muss der Versicherer dem Leistungserbringer innerhalb von 15 Arbeitstagen eine schriftliche Rückmeldung geben.

Anhang 4 – Vergütung von Mitteln und Gegenständen

1. Geltungsbereich

1.1 Dieser Anhang betrifft in sachlicher Hinsicht die Abgabe und Verrechnung von Mitteln und Gegenständen gemäss Anhang 2 KLV der Kapitel

- 01.01 Milchpumpen im Rahmen einer Wochenbettpflege gemäss Art. 7 KLV (unabhängig einer Stillberatung gemäss Art. 15 KLV, was nicht Gegenstand dieses Vertrages ist)
- 03.04 Material für Infusionstherapie
- 03.05 Injektionshilfen
- 15 Inkontinenzhilfen
- 17 Kompressionstherapie-Mittel
- 21.03 In-Vitro-Diagnostica; Reagenzien und Verbrauchsmaterial für Blutanalysen
- 29 Stomaartikel
- 35 Verbandsmaterial
- 99 Verschiedenes

durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner nach den gesetzlichen und rechtlichen Voraussetzungen.

1.2 Soweit der Leistungserbringer die Voraussetzungen von Art. 55 KVV erfüllt, wird dieser im Rahmen seiner Tätigkeit für die Kapitel, die in Ziff. 1.1 dieses Anhangs aufgelistet sind, als Abgabestelle anerkannt. Die CSS hat im Bedarfsfall das Recht, von einem Leistungserbringer ggf. eine Kopie der entsprechenden Zulassung einzuverlangen.

1.3 Die Abgabe von Mitteln und Gegenständen aus anderen Kapiteln ist ausgeschlossen und muss bei Bedarf mittels separaten Mittel- und Gegenständeabgabevertrags mit der CSS geregelt werden.

2. Vergütung von Mittel und Gegenständen

2.1 Ärztlich verordnete Mittel und Gegenstände gemäss Ziff. 1.1 dieses Anhangs dürfen maximal zum Höchstvergütungsbetrag gemäss Liste der Mittel und Gegenstände und unter Berücksichtigung von Artikel 56 KVG und der Verordnung über die Integrität und Transparenz im Heilmittelbereich (VITH) verrechnet werden.

2.2 Die Vertragsparteien kommen im Sinne einer Übergangsregelung (bis zum Inkrafttreten der neuen gesetzlichen MiGeL-Bestimmungen) überein, hinsichtlich der Vergütung an der vorbestehenden Regelung gemäss Art. 8 Abs. 6 des Administrativvertrags zwischen SBK und tarifsuisse (Vertragsnummer 31.500.0001S) gültig ab 01.04.2011 festzuhalten.

2.3 Die Abrechnung erfolgt detailliert, inkl. Tarifcode, MiGeL-Positionsnummer und Kalendarium. Der ersten Rechnung muss zwingend die ärztliche Verordnung beiliegen.

2.4 Die CSS kann bei Bedarf eine Originalrechnung der vorangehenden Handelsstufe einfordern, um die Einhaltung der Ziff. 2.1 dieses Anganges zu überprüfen.