
Administrativ-Vertrag

zwischen

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern SBK-ASI

Choisystrasse 1

3008 Bern

nachfolgend «**SBK**» genannt

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

und

Einkaufsgemeinschaft HSK AG

Zürichstrasse 130

8600 Dübendorf

nachfolgend «**HSK**» genannt

(**Postadresse:** Einkaufsgemeinschaft HSK AG, Postfach, 8081 Zürich)

– alle zusammen «**Vertragsparteien**» genannt –

betreffend

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

Gültig ab 1.4.2021

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Vertragsparteien.....	3
Art. 2	Vertragsanschluss und -rücktritt der Versicherer	3
Art. 3	Vertragsbeitritt und -rücktritt der Leistungserbringer	3
Art. 4	Geltungsbereich und Leistungsumfang	4
Art. 5	Pflichten des Leistungserbringers und der Versicherer.....	4
Art. 5.1	Pflichten des Leistungserbringers.....	4
Art. 5.2	Pflichten der Versicherer	5
Art. 6	Leistungsvoraussetzung	5
Art. 7	Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung, -meldung und -änderung	5
Art. 7.1	Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung	5
Art. 7.2	Bedarfsmeldung an die Versicherer	6
Art. 7.3	Änderungen des Pflegebedarfes.....	7
Art. 8	Leistungsvergütung inkl. Mittel und Gegenstände	7
Art. 9	Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten.....	8
Art. 9.1	Rechnungsstellung.....	8
Art. 9.2	Zahlungsmodalität	9
Art. 10	Elektronischer Datenaustausch (EDI)	10
Art. 11	Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Durchführung der Kontrollen.....	10
Art. 12	Gültigkeit der Sprachversionen	10
Art. 13	Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung	10
Art. 14	Anhänge zum Vertrag	11
Art. 15	Schriftlichkeitsvorbehalt.....	11
Art. 16	Salvatorische Klausel.....	11
Art. 17	Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz	11
Art. 18	Schlussbestimmungen.....	11
Art. 19	Übergangsbestimmung.....	12
Anhang 1	- Verzeichnis der dem Administrativ-Vertrag angeschlossenen Krankenversicherer	14
Anhang 2	- Bedarfsmeldeformulare/ Beilage zum Bedarfsmeldeformular	15
Anhang 3	- Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer	18
Anhang 4	- Vergütung von Mittel und Gegenständen	20

Art. 1 Vertragsparteien

Die Parteien des vorliegenden Vertrages sind der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI, nachfolgend "SBK" genannt, sowie die Einkaufsgemeinschaft HSK AG, nachfolgend "HSK" genannt.

Art. 2 Vertragsanschluss und -rücktritt der Versicherer

- 1 Dieser Vertrag gilt für alle an der Einkaufsgemeinschaft HSK AG beteiligten Versicherer, soweit sie nicht innert 14 Tagen nach Vertragsunterzeichnung schriftlich HSK mitteilen, dass sie dem Vertrag nicht angeschlossen sein wollen.
- 2 Die diesem Vertrag angeschlossenen Versicherer werden in Anhang 1 aufgeführt. HSK informiert den SBK und sämtliche angeschlossenen Versicherer über alle Änderungen.
- 3 Versicherer, die nicht an HSK beteiligt sind, können sich durch schriftliche Erklärung an HSK diesem Vertrag anschliessen. Sie haben eine Anschlussgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag zu entrichten. Einzelheiten werden ausserhalb dieses Vertrages geregelt.
- 4 Die diesem Vertrag angeschlossenen Versicherer, nachfolgend "Versicherer" genannt, übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen dieses Vertrages inkl. dessen Anhänge.
- 5 Einzelne Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten jeweils per 31.12., erstmals per 31.12.2022, vom Vertrag zurücktreten. Die Rücktrittserklärung muss schriftlich innert der vorgegebenen Frist bei HSK eingereicht werden. Der Vertrag bleibt für die übrigen Versicherer vollumfänglich anwendbar.

Art. 3 Vertragsbeitritt und -rücktritt der Leistungserbringer

- 1 Diesem Vertrag können alle Leistungserbringer beitreten, welche die Voraussetzungen gemäss Art. 49 KVV erfüllen und über eine Zulassung nach kantonalem Recht verfügen.
- 2 Leistungserbringer können diesem Vertrag mit schriftlicher Erklärung gegenüber dem SBK beitreten. Der Beitritt zum Vertrag ist für SBK Mitglieder unentgeltlich.
- 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.
- 4 Beigetretene Leistungserbringer übernehmen vorbehaltlos sämtliche Bestimmungen dieses Vertrages und dessen Anhänge.
- 5 Der SBK stellt HSK via E-Mail: mail@ecc-hsk.info die jeweils gültige Beitrittsliste zu. Er informiert HSK über jegliche Änderungen. Für diejenigen Leistungserbringer, die bis zum 31.03.2021 dem vorangehenden Administrativvertrag mit HSK beigetreten sind, gilt die Übergangsbestimmung Art. 19 dieses Vertrages.

- 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 zu erklären. Der SBK informiert HSK quartalsweise schriftlich über die Rücktritte.

Art. 4 Geltungsbereich und Leistungsumfang

- 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 Pflegefachpersonen erbracht werden können (z.B. Stillberatung), sind in einem separaten Vertrag geregelt.
- 2 Er gilt für leistungsbezugsberechtigte Versicherte mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bei einem Versicherer gemäss Anhang 1.
- 3 Das KVG und dieser Vertrag unterscheiden zwischen, einerseits, der ambulanten Pflege durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, die bei Patientinnen und Patienten zu Hause oder in den Räumlichkeiten der Pflegefachperson (Praxis) und andererseits, der ambulanten Pflege, die in einer Tages- oder Nachtstruktur erbracht wird. Dieser Vertrag gilt für beide Formen der ambulanten Pflege.
- 4 Die Vergütung der ambulanten Pflege, die beim Patienten zu Hause oder in den Räumlichkeiten der Pflegefachperson (Praxis) erbracht wird, erfolgt nach Art. 7a Abs. 1 KLV.
- 5 Ambulante Pflegedienste in Tages- oder Nachtstrukturen sind Tagesstätten wie das Foyer de jour, Centro diurno, CAT, UAT-VD und andere vergleichbare Dienste. Der Patient /die Patientin lebt zu Hause und geht nach Hause. Innerhalb von 24 Stunden kann eine Tages- oder Nachtstruktur genutzt werden. Eine Kumulation ist nicht möglich. Die Vergütung erfolgt nach Art. 7a Abs. 4 KLV.
- 6 Für Tages- oder Nachtstrukturen, nachfolgend auch «Tages- oder Nachtstätten» genannt, gelten folgende Anforderungen:
 - a. eine Bewilligung für Tages- oder Nachtstrukturen, wenn der Kanton dies vorsieht;
 - b. einen Leistungsauftrag für Tages- oder Nachtstrukturen, wenn der Kanton dies vorsieht;
 - c. eine separate ZSR für Tages- oder Nachtstrukturen.

Art. 5 Pflichten des Leistungserbringers und der Versicherer

Art. 5.1 Pflichten des Leistungserbringers

- 1 Auf allen Korrespondenzen zwischen dem Leistungserbringer und den einzelnen Versicherern sind anzugeben:
 - Daten der versicherten Person: Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Versicherungsnummer
 - Bezeichnung des Versicherers
 - Daten des Leistungserbringers: ZSR-Nummer, GLN

- 2 Im Rahmen des elektronischen Datenaustausches können weitere Informationen definiert werden, welche anzugeben bzw. zu übermitteln sind, soweit sie mit den gesetzlichen Anforderungen übereinstimmen.
- 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.
- 4 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Tarifschutz nach Art. 44 KVG einzuhalten.

Art. 5.2 Pflichten der Versicherer

- 1 Die Bestimmungen gemäss Art. 5.1 Abs. 1 gilt auch für den Versicherer.
- 2 Der Versicherer ist nur dann und nur soweit leistungspflichtig, als nicht andere Kostenträger, gemäss UVG, IVG, MVG für die betreffenden Kosten aufzukommen haben. Die Vorleistungspflicht gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 70 ATSG) geht dieser vertraglichen Vereinbarung vor.

Art. 6 Leistungsvoraussetzung

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

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

Art. 7.1 Ärztliche Anordnung, Bedarfsermittlung

- 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.
- 2 Die Verantwortung für die Erfassung der Bedarfsermittlung liegt bei systemgeschulten Pflegefachpersonen.
- 3 Die schriftliche Bedarfsermittlung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfsbedarfs (vgl. Art. 8a KLV).
- 4 Die Bedarfsermittlung erfolgt mit dem Patienten bei Leistungsbeginn und ist spätestens innert 14 Kalendertagen nach Beginn des Einsatzes abzuschliessen.
- 5 Die Leistungserbringer müssen ihre Dienstleistungen bei gemeinsamen Patienten koordinieren und sich über das Zeitbudget absprechen.

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

Art. 7.2 Bedarfsmeldung an die Versicherer

- 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 Art. 7.3 dieses Vertrages.
- 2 Das Ergebnis der Bedarfsermittlung ist auf dem Bedarfsmeldeformular gemäss Art. 7.2 sowie Anhang 2a und 2b festzuhalten.
 - a) Soweit die ambulanten Pflegeleistungen gemäss Art. 4 Abs. 4 dieses Vertrages betroffen sind, ist das Ergebnis auf dem Bedarfsmeldeformular gemäss Anhang 2a festzuhalten.
 - b) Soweit Leistungen in Tages- oder Nachtstätten gem. Art. 4 Abs. 5 dieses Vertrages betroffen sind, ist das Ergebnis auf dem Bedarfsmeldeformular gemäss Anhang 2b festzuhalten
- 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 Unterzeichnung (bei KLV-B-Leistungen) durch den Arzt und Unterzeichnung durch die fallführende Pflegefachperson dem Versicherer zuzustellen. Ohne gültige Bedarfsmeldung werden vom Versicherer keine Leistungen vergütet. Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig.
- 4 Die Bedarfsmeldung kann dem Versicherer auch elektronisch nach Vorgabe Forum Datenaustausch geschickt werden. Der Leistungserbringer trägt die Verantwortung, die vom Arzt unterschriebene Bedarfsmeldung bei Bedarf dem Versicherer vorzulegen.
- 5 Die Kontrollen der Versicherer werden im Anhang 3 geregelt.
- 6 Die Bedarfsmeldung enthält folgende Angaben:
 - a) Personalien und Versichertendaten (Name / Vorname / Geburtsdatum / Wohnort / Versichertennummer und/ oder Sozialversicherungsnummer)
 - b) Behandlungsgrund (Krankheit, Unfall oder Mutterschaft)
 - c) Name des Versicherers
 - d) ZSR-Nr. und GLN-Nr. des Leistungserbringers (GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden)
 - e) ZSR-Nr. und GLN-Nr. aller involvierten Pflegefachpersonen (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) Beginn und Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung
- i) Voraussichtlicher Bedarf an MiGeL-Produkten inkl. zweistelliger Nummer der Produktegruppe, die durch die Pflegefachfrauen und -männer in Rechnung gestellt werden

Zusätzlich für ambulante Pflegeleistungen gem. Art. 4 Abs. 4 dieses Vertrages:

- j) 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.
- k) Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV, mit Angaben zur voraussichtlichen Anzahl Einsätze je Leistung pro Tag, Woche, Monat oder Quartal (Beispiele in der Beilage Anhang 2a).

Zusätzlich für Leistungen in Tages- oder Nachtstätten gem. Art. 4 Abs. 5 dieses Vertrages:

- l) Einschätzung der Selbstständigkeit
- m) Voraussichtliche Anzahl Pfl egetätigkeiten und Minuten pro Tag und die daraus resultierenden Stufen gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV

Art. 7.3 Änderungen des Pflegebedarfes

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

Art. 8 Leistungsvergütung inkl. Mittel und Gegenstände

- 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,
- 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 verrechnet den dem erbrachten Pflegeaufwand entsprechenden Beitrag gemäss Art. 7a KLV. Vorausrechnungen sind nicht möglich.
- 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 Art. 4 Abs. 4 dieses Vertrages nach Art. 7 Abs. 2 lit. a-c 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 Art. 4 Abs. 5 dieses Vertrages für Pflegemassnahmen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a-c 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 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.
- 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.
- 7 Im Rahmen dieser Vereinbarung dürfen keine hier nicht erwähnten Leistungen (z.B. Arzneimittel usw.) zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden.

Art. 9 Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten

Art. 9.1 Rechnungstellung

- 1 Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich.
- 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.
- 3 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Rechnung gemäss den Standards und Richtlinien des Forums Datenaustausch im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zu übermitteln.
- 4 Wenn einzelne Leistungserbringer oder Versicherer den Datenaustausch nicht elektronisch vornehmen, können die Rechnungsformulare mit den Angaben aus Absatz 5 und weiteren Dokumente in Papierform übermittelt werden.
- 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, gem. Art. 4 Abs. 4 dieses Vertrages:

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

Für Leistungen in Tages- oder Nachtstätten gem. Art. 4 Abs. 5 dieses Vertrages:

- k) Kalendarium mit der entsprechenden Beitragsstufe.

Art. 9.2 Zahlungsmodalität

- 1 Die Vertragspartner vereinbaren, dass die Vergütung nach Art. 7a KLV vom Versicherer geschuldet wird (System des Tiers payant).
- 2 Der einzelne Leistungserbringer kann in Abweichung von Absatz 1 wählen, dass die versicherte Person die Vergütung der Leistung schuldet (System des Tiers garant). 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 Patienten ist unzulässig.
- 3 Der Versicherer vergütet dem Leistungserbringer die Kosten der von ihm erbrachten Leistungen auf der Basis der Beiträge nach KLV und des gemeldeten Pflegebedarfs.
- 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.
- 5 Der Versicherer bezahlt dem Leistungserbringer die geschuldete Vergütung innerhalb von 30 Tagen. Bei elektronischer Abrechnung gilt eine Frist von 25 Tagen.
- 6 Die Frist gilt ab dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer über sämtliche zur Prüfung der vertrags- und gesetzeskonformen Rechnung erforderlichen Unterlagen verfügt.
- 7 Bei begründeten Beanstandungen werden die Zahlungsfristen gemäss Abs. 5 dieses Vertrages unterbrochen. Der nicht beanstandete Teil bleibt vom Versicherer geschuldet.
- 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.

Art. 10 Elektronischer Datenaustausch (EDI)

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

Art. 11 Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, Durchführung der Kontrollen

- 1 Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu erbringen und dabei die aktuell geltenden Qualitätsstandards gemäss KVG zu beachten.
- 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.
- 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.

Art. 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.

Art. 13 Vertragsbeginn, -dauer, -kündigung

- 1 Dieser Vertrag tritt per 01.04.2021 in Kraft und ist unbefristet gültig.
- 2 Der Vertrag ist von jeder Vertragspartei mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten, jeweils per Ende eines Kalenderjahres kündbar, erstmals per 31.12.2022.
- 3 Der vorliegende Vertrag ersetzt alle Verträge resp. Vereinbarungen mit demselben Regelungsgegenstand für die diesem Vertrag unterliegenden Leistungserbringer, Versicherer, Verbände und HSK und wird durch den neuen Vertragsbeitritt rechtsgültig anwendbar. Dies betrifft auch Verträge/Vereinbarungen, welche mit allfälligen Vorgängerorganisationen abgeschlossen wurden.

Art. 14 Anhänge zum Vertrag

Die nachfolgenden Anhänge bilden integrierender Bestandteil dieses Vertrages und können für sich alleine 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

Art. 15 Schriftlichkeitsvorbehalt

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

Art. 16 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam, ungültig oder nichtig sein oder werden, wird die Gültigkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Unwirksame, ungültige oder nichtige Bestimmungen sind durch Regelungen, die dem Sinn und der wirtschaftlichen Bedeutung des von den Parteien Gewollten möglichst nahekommen, zu ersetzen.

Art. 17 Anwendbares Recht / Schlichtungsinstanz

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

Art. 18 Schlussbestimmungen

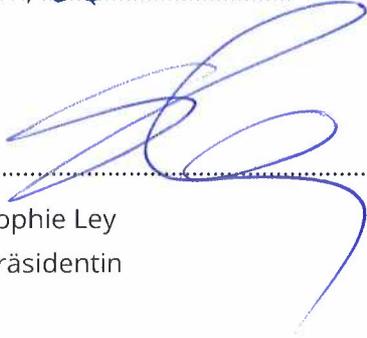
Dieser Vertrag wird in 2-facher Ausführung ausgefertigt und unterzeichnet. Je ein Vertragsexemplar ist für die Vertragsparteien.

Art. 19 Übergangsbestimmung

Der vorliegende Vertrag entfaltet für die Leistungserbringer, die dem vorangehenden Administrativvertrag mit HSK beigetreten sind, volle Wirkung. Leistungserbringer, die dies nicht wünschen, müssen innert 90 Tagen nach Inkrafttreten des vorliegenden neuen Vertrages dem SBK schriftlich ihren Austritt bekannt geben.

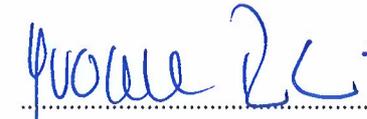
Für **Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI:**

Bern, 26.03.2021



.....

Sophie Ley
Präsidentin

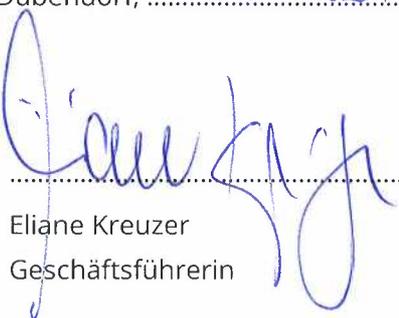


.....

Yvonne Ribi
Geschäftsführerin

Für die **Einkaufsgemeinschaft HSK AG:**

Dübendorf, 18.03.2021



.....

Eliane Kreuzer
Geschäftsführerin



.....

Manuela Schär
Verhandlungsleiterin

Anhang 1 - Verzeichnis der dem Administrativ-Vertrag angeschlossenen Krankenversicherer

(Stand 1.1.2021)

Diesem Vertrag sind die folgenden Versicherer angeschlossen:

Helsana-Gruppe

- Helsana Versicherungen AG
- Progrès Versicherungen AG

Sanitas Gruppe

- Sanitas Grundversicherungen AG
- Compact Grundversicherungen AG

KPT Krankenkasse AG

Ankreuzen, wenn Leistung vorge-sehen ist	KLV Art. 7 Abs. 2	Beschreibung Leistungsdetail (gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV)	Anzahl Einsätze pro Woche, Wo- chentage	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 Hämö- 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 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 Darm-entleerung, , 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		

Anhang 2b: Beispiel - Bedarfsmeldeformular der Tages- oder Nachtstätten gem. Art. 4 Abs. 5

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

Hilflosenentschädigung: keine leicht mittel schwer

Anordnung: 1. Anordnung Fortsetzungsanordnung

Dauer (Art. 8 KLV) gültig für: 3 Monate 6 Monate von bis

Zusätzlicher Bezug von Pflegeleistungen: nein ja
 wenn ja, durch (Name & ZSR.Nr.)

	Selbstständigkeit				Bemerkungen																																						
	==	-	+	++																																							
Verstehen und sich ausdrücken																																											
Sich orientieren																																											
Mitwirkungsfähigkeit / Compliance / Adherence																																											
					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Pflegetätigkeiten</th> <th rowspan="2">Total Minuten pro Tag</th> <th rowspan="2">Bemerkungen</th> </tr> <tr> <th>einmal</th> <th>mehrmals</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sich bewegen / Mobilität</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Essen und trinken</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sich waschen und klappen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ausscheiden</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Andere Leistungen (beschreiben):</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total Minuten</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Stufe gemäss Art. 7a KLV</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Pflegetätigkeiten		Total Minuten pro Tag	Bemerkungen	einmal	mehrmals	Sich bewegen / Mobilität				Essen und trinken				Sich waschen und klappen				Ausscheiden				Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV				Andere Leistungen (beschreiben):				Total Minuten				Stufe gemäss Art. 7a KLV			
Pflegetätigkeiten		Total Minuten pro Tag	Bemerkungen																																								
einmal	mehrmals																																										
Sich bewegen / Mobilität																																											
Essen und trinken																																											
Sich waschen und klappen																																											
Ausscheiden																																											
Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV																																											
Andere Leistungen (beschreiben):																																											
Total Minuten																																											
Stufe gemäss Art. 7a KLV																																											

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

Besonderes:

Name der Organisation: Ärztin/Arzt:

ZSH Nummer: ZSR Nummer:

Datum: Datum:

Unterschrift: Unterschrift:

Das Bedarfsmeldeformular muss spätestens 30 Kalendertage nach Pflegebeginn zusammen mit der Ärztin/dem Arzt ausgefüllt werden. Die Tagesstätte sendet das vollständige Original an den Versicherten und informiert einschlägige Spitex-Organisationen oder selbstständig Pflegenden über den Aufenthalt.

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. Art. 1), sofern die Fristen eingehalten wurden: der Tag, an dem der Versicherer das Resultat kommuniziert.
- bei Prüfung beim Leistungserbringer oder beim Versicherten (s. Art. 2 und 3): 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 und Pflegefachmännern gemäss Art. 7.2 Abs. 2 und 5 eingereichten Unterlagen

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer systematisch folgende Unterlagen zur Verfügung:

- Bedarfsmeldung gemäss Art. 7.2 (Anhang 2)
- Rechnung gemäss Art. 9.1
- Als Anhang der Bedarfsmeldung: Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV (gemäss Art. 7.2, Abs. 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, Pflegeverlauf, 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. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass der Kontrollperson eine mit den Dossiers vertraute, qualifizierte Fachperson 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.

Nach der Durchführung des Kontrollbesuchs muss der Versicherer dem Leistungserbringer innerhalb von 15 Arbeitstagen eine schriftliche Rückmeldung geben.

Anhang 4 - Vergütung von Mittel und Gegenständen

1. Geltungsbereich

- 1.1 Dieser Anhang betrifft in sachlicher Hinsicht die Abgabe und Verrechnung von Mitteln und Gegenständen gemäss Anhang 2 KLV durch Pflegefachpersonen nach den gesetzlichen und rechtlichen Voraussetzungen.
- 1.2 Der Leistungserbringer wird im Rahmen seiner Tätigkeit als Abgabestelle nach Art. 55 KVV anerkannt, vorbehaltlich kantonaler Bestimmungen. Der Versicherer hat im Bedarfsfall das Recht von einem Leistungserbringer ggf. eine Kopie der entsprechenden Zulassung einzuverlangen.

2. Vergütung von Mittel und Gegenständen

- 2.1 Ärztlich verordnete Mittel und Gegenstände dürfen maximal zum Höchstvergütungsbetrag gemäss Liste der Mittel und Gegenstände und unter Berücksichtigung von Artikel 56 KVG verrechnet werden. Die Vertragsparteien kommen im Sinne einer Übergangsregelung überein, bis zum Inkrafttreten der neuen gesetzlichen MiGeL-Bestimmungen an der aktuell geltenden Praxis festzuhalten.
- 2.2 Die Abrechnung erfolgt detailliert, inkl. MiGeL-Positionsnummer und Kalendarium. Der ersten Rechnung muss zwingend die ärztliche Verordnung beiliegen.
- 2.3 Der Versicherer kann bei Bedarf eine Originalrechnung der vorangehenden Handelsstufe einfordern, um die Einhaltung der Ziff. 2.1 zu überprüfen.