

Newsletter: Neuer Administrativvertrag SBK-HSK und SBK-CSS

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Mit diesem Newsletter informiert der SBK über die neuen Administrativverträge zwischen dem SBK und HSK (Helsana/Sanitas/KPT) und der CSS.

Bitte lesen Sie diesen Newsletter bis zum Schluss gründlich durch!

-> Informationen zu MiGeL erhalten Sie in einem späteren Newsletter.

Das Wichtigste in Kürze

Der neue Administrativvertrag HSK ist seit dem 1. April 2021 in Kraft.

Für Freiberufliche, die dem alten Administrativvertrag beigetreten sind, gilt der neue Vertrag automatisch und vollumfänglich.

Wenn Sie mit dem neuen Vertrag nicht einverstanden sind, können Sie per 30. Juni 2021 oder per 31. Dezember 2021 kündigen.

Es ist wichtig, dass Sie den Vertrag inkl. Anhänge gründlich lesen

Warum diese Vertragsänderung?

Da die Verträge zwischen SBK und HSK bereits seit mehr als 10 Jahren bestehen, bestand bei beiden Vertragspartnerin Einigkeit, dass der Vertrag überarbeitet und aktualisiert werden muss. Der jetzt gültige Vertrag ist das Resultat dieser Verhandlungen.

Die **CSS** war in der Vergangenheit Mitglied der Tarifsuisse AG, die im Zusammenhang mit dem Bundesverwaltungsgerichtsentscheid (Sept. und Nov. 2019) zu MiGeL den Vertrag mit dem SBK gekündigt hat. Die CSS und HSK haben gemeinsam einen neuen Administrativvertrag mit dem SBK (und Curacasa) verhandelt. Die CSS ist Teil des Dachverbandes Curafutura.

Der Vertrag mit der CSS soll ca. Mitte Mai 2021 unterzeichnet werden. Er entspricht bis auf sprachliche Unterschiede im Wesentlichen dem Vertrag HSK mit Ausnahme des Anhangs MiGeL.

Wichtigste Änderungen:

Art. 4: Geltungsbereich und Leistungsumfang

- **Wichtig:** Es wird neu klar festgehalten, dass «ambulant» nicht gleichzusetzen ist mit "beim Patienten zu Hause", sondern dass die Leistungen auch in einer Praxis erbracht werden können. Das ist eine massgebliche Änderung.
- **Ambulante Pflegedienste in Tages- und Nachstrukturen** finden in Art. 4 Abs. 5 und 6 weitere Informationen.

Tarifschutz

- Der ehemalige Artikel zum Tarifschutz befindet sich neu im Art. 5.1 Abs. 4. und ist weiterhin gültig und anzuwenden.

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

- **Art. 7.2 Abs 3:**
Es konnte vertraglich geregelt werden, dass **A- und C-Leistungen ohne ärztliche ohne ärztliche Unterschrift auf dem Bedarfsmeldeformular erbracht werden können, jedoch braucht es eine Anordnung durch den Arzt** (Art. 7.2, Abs 3). Für B-Leistungen braucht es die Unterschrift des Arztes.
- **Art. 7.1 Abs. 6:**
Wichtig: Auf dem Bedarfsermittlungsformular müssen **alle involvierten Pflegefachpersonen (Fallführung und Stellvertretungen)** mit Namen und ZSR-

Nummer aufgeführt sein.

-> **Änderungen bei den Stellvertretungen** können auf dem ursprünglichen Bedarfsmeldeformular gemacht und an die Versicherung übermittelt werden. Es braucht dafür kein neues Bedarfsmeldeformular.

-> **Neu: Änderung der Fallführung (Art. 7.1 Abs.7)** Es braucht **in jedem Fall eine neue Bedarfsabklärung**. Es muss erkenntlich sein, wer die Fallführung innehat und wer die Stellvertretung übernimmt.

Das Bedarfsmeldeformular kann elektronisch übermittelt werden, falls Ihr System dies erlaubt.

Anmerkung: Elektronischer Datenaustausch per 31.12.2022

(betrifft Anhang 2A des Administrativvertrags Bedarfsmeldeformular SBK)

Das Bedarfsmeldeformular wird nicht mehr angepasst. Die Vertragspartner streben an, spätestens per 31.12.2022 die elektronische Rechnungsstellung zu realisieren. Spätestens bis zu diesem Zeitpunkt müssen freiberufliche Pflegefachpersonen eine elektronische Lösung für die Rechnungsstellung verwenden. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem Anbieter ob dies so möglich ist oder programmierbar ist, die Vorgaben befinden sich im Forum Datenaustausch. Es besteht weiterhin freie Wahl des Softwareanbieters.

- **Art 7.3 Absatz 2: Änderung Pflegebedarf**
 - **Vorübergehende** kurzfristige Erhöhungen des Pflegebedarfs müssen dem Versicherer schriftlich (zusätzliche Leistung, voraussichtlicher zusätzlicher Zeitbedarf) gemeldet werden.
 - Bei **dauerhaften Änderungen** des Pflegebedarfs braucht es wie bis anhin eine neue Bedarfsermittlung.

Art. 8: Vergütung Leistungen

Wie bis anhin können nur Leistungen abgerechnet werden, die von ihr persönlich erbracht worden sind.

- **Art. 8 Abs 5:**
Neu: Bedarfsermittlung und Koordinationsleistungen während des Aufenthalts im Spital oder Pflegeheim: Diese **werden neu vergütet, wenn sie im Sinn eines optimalen Behandlungsablaufs bereits während eines Spitalaufenthalts erfolgen müssen** (Austrittsplanungsgespräche, Bedarfsabklärung, Koordinationsleistungen, Rundtischgespräche, etc.)
Neu: In Einzelfällen kann nach Rücksprache mit dem Versicherer eine gleichzeitige Verrechnung von ambulanten Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV und AÜP-Leistungen vereinbart werden.

Art. 9: Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten:

Bis zum 31.12.2022 wird die elektronische Rechnungsübermittlung angestrebt (siehe oben). **Das Rechnungsformular auf der Webseite des SBK wird nicht mehr aktualisiert oder eine elektronische Version erarbeitet.**

- **Art. 9.2:**
Es gilt grundsätzlich der Tiers payant (Die Rechnung wird der Krankenkasse gestellt). Ein Wechsel in den Tiers garant (Rechnung geht an den Patienten) ist möglich, jedoch nicht für einzelne Patienten, welche bei der gleichen Krankenkasse versichert sind. Eine Änderung ist nur auf Anfang des Kalenderjahrs möglich mit einer Ankündigungsfrist von 6 Monaten. Die Patienten müssen entsprechend vor Leistungserbringung informiert sein.

Art. 11: Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

Der Administrativvertrag nimmt eine Änderung in Bezug auf die Qualitätssicherung vorweg, welche ab 1.4.2022 in Form eines Qualitätsvertrags für alle freiberuflichen Pflegefachpersonen verbindlich sein wird (Art. 58a KVG, Art. 77 KVV). Weitere Informationen zu werden in einem nächsten Newsletter mitgeteilt.

Art. 12: Sprachversionen

Der Administrativvertrag wird auf französisch und italienisch übersetzt. Die deutsche Sprachversion ist rechtlich verbindlich. Die Übersetzungen werden sobald vorhanden auf der Webseite des SBK aufgeschaltet.

Art. 17: Schlichtungsinstanz

Streitigkeiten sollen grundsätzlich wie bis anhin zwischen Versicherer und Leistungserbringer direkt bereinigt werden.

Vor einem Schiedsgerichtsverfahren solle grundsätzlich ein Einigungsversuch stattfinden. Der SBK, Vertreter der HSK und CSS werden sich jährlich treffen und allfällige Häufungen von Problemfällen besprechen.

Anhänge:

Anhang 1: Beteiligte Versicherungen

Anhang 2: Ärztliche Verordnung, Bedarfsmeldeformular: Falls durch Sie MiGeL Produkte abgegeben und verrechnet werden, müssen die MiGeL-Positionsnummern inkl. voraussichtliche Menge auf der Verordnung aufgeführt werden.

Die Ärztliche Anordnung, Bedarfsmeldeformular des SBK kann von Ihnen diesbezüglich angepasst werden (verwenden Sie in diesem Fall die Excel Version)

Anhang 3:

Änderungen:

- Die Kassen müssen ausführlich und nachvollziehbar begründen, wenn Leistungen nicht übernommen oder gekürzt werden und Bezug auf die Pflegeplanung-Dokumentation nehmen.
- Es gelten neu sowohl für die Pflegefachpersonen als auch für die Versicherer Fristen, die eingehalten werden müssen, somit sollen langwierige Wartefristen verhindert werden und Planungssicherheit entstehen.
- Rückforderungen sind nur noch bei groben Verstössen gegen die WZW-Kriterien statthaft.

Bitte beachten: Es wurde verzichtet die verschiedenen pendenten Anhänge zu spezialisierten Leistungen wie beispielsweise, Wundpflege, Psychiatriepflege oder Wochenbett auszuarbeiten. Der Leistungsumfang ist im KLV 7 geregelt, die Sichtbarmachung und Transparenz der Leistungen ist via die Pflegedokumentation zu erbringen und zu gewährleisten.

Was mit diesem Vertrag nicht geregelt werden konnte:

- **Erstattung von Gruppen- und Fernleistungen.** Der SBK wird diesbezüglich beim BAG vorstellig werden.
- **Eine Verzugszinspflicht bei Nichteinhaltung der vertraglichen Zahlungsfristen.**

Freundliche Grüsse

Ruth Hostettler
SBK-ASI