

**Administrativvertrag
zwischen
dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen
und Pflegefachmänner SBK
und
den vertragschliessenden Krankenversicherern**

Präambel

Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK und die nachfolgend genannten Krankenversicherer schliessen im Hinblick auf die Einführung der neuen Pflegefinanzierung den nachfolgenden Administrativvertrag mit Gültigkeit für die ganze Schweiz. Ziel dieser Vereinbarung ist die Vereinheitlichung der administrativen Abläufe, des Vorgehens bei der Qualitätssicherung, der Definitionen des Leistungsbereichs sowie die Regelung der Vergütung von Mittel- und Gegenständen. Dieser Administrativvertrag basiert auf den am 1.1.2011 gültigen Gesetzen und Verordnungen.

Art. 1	Vertragsparteien																																																																																																		
1	<p>Die Vertragsparteien dieses Administrativvertrages sind der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, Choisystrasse 1, Postfach 8124, 3001 Bern, nachfolgend SBK genannt, einerseits sowie die nachfolgend genannten Krankenversicherer</p> <table border="0"> <tr><td>AMB Assurance-maladie et accidents</td><td>BAG Nr. 1507</td></tr> <tr><td>Aquilana Versicherungen</td><td>BAG Nr. 32</td></tr> <tr><td>Arcosana AG</td><td>BAG Nr. 1569</td></tr> <tr><td>Atupri Krankenkasse</td><td>BAG Nr. 312</td></tr> <tr><td>AUXILIA Assurance-maladie SA</td><td>BAG Nr. 1159</td></tr> <tr><td>Avenir Assurance Maladie SA</td><td>BAG Nr. 343</td></tr> <tr><td>Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont</td><td>BAG Nr. 1113</td></tr> <tr><td>Caisse da malsauns LUMNEZIANA</td><td>BAG Nr. 820</td></tr> <tr><td>CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung</td><td>BAG Nr. 290</td></tr> <tr><td>CSS Kranken-Versicherung AG</td><td>BAG Nr. 8</td></tr> <tr><td>Easy Sana Assurance Maladie SA</td><td>BAG Nr. 774</td></tr> <tr><td>EGK Grundversicherungen</td><td>BAG Nr. 881</td></tr> <tr><td>GALENOS Kranken- und Unfallversicherung</td><td>BAG Nr. 1386</td></tr> <tr><td>Glarner Krankenversicherung</td><td>BAG Nr. 780</td></tr> <tr><td>innova Versicherungen</td><td>BAG Nr. 1563</td></tr> <tr><td>innova Wallis AG</td><td>BAG Nr. 790</td></tr> <tr><td>INTRAS Assurance-maladie SA</td><td>BAG Nr. 1529</td></tr> <tr><td>KLuG Krankenversicherung</td><td>BAG Nr. 829</td></tr> <tr><td>kmu-Krankenversicherung</td><td>BAG Nr. 1328</td></tr> <tr><td>Kranken- und Unfallkasse, Bezirkskrankenkasse Einsiedeln</td><td>BAG Nr. 134</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Agrisano</td><td>BAG Nr. 1560</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Birchmeier</td><td>BAG Nr. 1322</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Institut Ingenbohl</td><td>BAG Nr. 1142</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Luzerner Hinterland</td><td>BAG Nr. 360</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Simplon</td><td>BAG Nr. 1362</td></tr> <tr><td>Krankenkasse SLKK</td><td>BAG Nr. 923</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Steffisburg</td><td>BAG Nr. 246</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Stoffel Mels KKS</td><td>BAG Nr. 1331</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Turbental</td><td>BAG Nr. 1147</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Visperterminen</td><td>BAG Nr. 1040</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Wädenswil</td><td>BAG Nr. 1318</td></tr> <tr><td>Krankenkasse Zeneggen</td><td>BAG Nr. 1003</td></tr> <tr><td>Krankenversicherung Flaachtal AG</td><td>BAG Nr. 558</td></tr> <tr><td>Moove Sympany AG</td><td>BAG Nr. 57</td></tr> <tr><td>Mutuel Assurance Maladie SA</td><td>BAG Nr. 1479</td></tr> <tr><td>ÖKK Kranken-und Unfallversicherungen AG</td><td>BAG Nr. 455</td></tr> <tr><td>PHILOS Assurance Maladie SA</td><td>BAG Nr. 1535</td></tr> <tr><td>Provita Gesundheitsversicherung AG</td><td>BAG Nr. 182</td></tr> <tr><td>rhenusana-Die Rheintaler Krankenkasse</td><td>BAG Nr. 1401</td></tr> <tr><td>sana24</td><td>BAG Nr. 1568</td></tr> <tr><td>Sanagate AG</td><td>BAG Nr. 1577</td></tr> <tr><td>sanavals Gesundheitskasse</td><td>BAG Nr. 901</td></tr> <tr><td>sodalis gesundheitsgruppe</td><td>BAG Nr. 941</td></tr> <tr><td>sumiswalder</td><td>BAG Nr. 194</td></tr> <tr><td>SWICA Gesundheitsorganisation</td><td>BAG Nr. 1384</td></tr> <tr><td>Visana</td><td>BAG Nr. 1555</td></tr> <tr><td>vita surselva</td><td>BAG Nr. 966</td></tr> <tr><td>vivacare</td><td>BAG Nr. 1570</td></tr> <tr><td>Vivao Sympany AG</td><td>BAG Nr. 509</td></tr> </table>	AMB Assurance-maladie et accidents	BAG Nr. 1507	Aquilana Versicherungen	BAG Nr. 32	Arcosana AG	BAG Nr. 1569	Atupri Krankenkasse	BAG Nr. 312	AUXILIA Assurance-maladie SA	BAG Nr. 1159	Avenir Assurance Maladie SA	BAG Nr. 343	Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont	BAG Nr. 1113	Caisse da malsauns LUMNEZIANA	BAG Nr. 820	CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung	BAG Nr. 290	CSS Kranken-Versicherung AG	BAG Nr. 8	Easy Sana Assurance Maladie SA	BAG Nr. 774	EGK Grundversicherungen	BAG Nr. 881	GALENOS Kranken- und Unfallversicherung	BAG Nr. 1386	Glarner Krankenversicherung	BAG Nr. 780	innova Versicherungen	BAG Nr. 1563	innova Wallis AG	BAG Nr. 790	INTRAS Assurance-maladie SA	BAG Nr. 1529	KLuG Krankenversicherung	BAG Nr. 829	kmu-Krankenversicherung	BAG Nr. 1328	Kranken- und Unfallkasse, Bezirkskrankenkasse Einsiedeln	BAG Nr. 134	Krankenkasse Agrisano	BAG Nr. 1560	Krankenkasse Birchmeier	BAG Nr. 1322	Krankenkasse Institut Ingenbohl	BAG Nr. 1142	Krankenkasse Luzerner Hinterland	BAG Nr. 360	Krankenkasse Simplon	BAG Nr. 1362	Krankenkasse SLKK	BAG Nr. 923	Krankenkasse Steffisburg	BAG Nr. 246	Krankenkasse Stoffel Mels KKS	BAG Nr. 1331	Krankenkasse Turbental	BAG Nr. 1147	Krankenkasse Visperterminen	BAG Nr. 1040	Krankenkasse Wädenswil	BAG Nr. 1318	Krankenkasse Zeneggen	BAG Nr. 1003	Krankenversicherung Flaachtal AG	BAG Nr. 558	Moove Sympany AG	BAG Nr. 57	Mutuel Assurance Maladie SA	BAG Nr. 1479	ÖKK Kranken-und Unfallversicherungen AG	BAG Nr. 455	PHILOS Assurance Maladie SA	BAG Nr. 1535	Provita Gesundheitsversicherung AG	BAG Nr. 182	rhenusana-Die Rheintaler Krankenkasse	BAG Nr. 1401	sana24	BAG Nr. 1568	Sanagate AG	BAG Nr. 1577	sanavals Gesundheitskasse	BAG Nr. 901	sodalis gesundheitsgruppe	BAG Nr. 941	sumiswalder	BAG Nr. 194	SWICA Gesundheitsorganisation	BAG Nr. 1384	Visana	BAG Nr. 1555	vita surselva	BAG Nr. 966	vivacare	BAG Nr. 1570	Vivao Sympany AG	BAG Nr. 509
AMB Assurance-maladie et accidents	BAG Nr. 1507																																																																																																		
Aquilana Versicherungen	BAG Nr. 32																																																																																																		
Arcosana AG	BAG Nr. 1569																																																																																																		
Atupri Krankenkasse	BAG Nr. 312																																																																																																		
AUXILIA Assurance-maladie SA	BAG Nr. 1159																																																																																																		
Avenir Assurance Maladie SA	BAG Nr. 343																																																																																																		
Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont	BAG Nr. 1113																																																																																																		
Caisse da malsauns LUMNEZIANA	BAG Nr. 820																																																																																																		
CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung	BAG Nr. 290																																																																																																		
CSS Kranken-Versicherung AG	BAG Nr. 8																																																																																																		
Easy Sana Assurance Maladie SA	BAG Nr. 774																																																																																																		
EGK Grundversicherungen	BAG Nr. 881																																																																																																		
GALENOS Kranken- und Unfallversicherung	BAG Nr. 1386																																																																																																		
Glarner Krankenversicherung	BAG Nr. 780																																																																																																		
innova Versicherungen	BAG Nr. 1563																																																																																																		
innova Wallis AG	BAG Nr. 790																																																																																																		
INTRAS Assurance-maladie SA	BAG Nr. 1529																																																																																																		
KLuG Krankenversicherung	BAG Nr. 829																																																																																																		
kmu-Krankenversicherung	BAG Nr. 1328																																																																																																		
Kranken- und Unfallkasse, Bezirkskrankenkasse Einsiedeln	BAG Nr. 134																																																																																																		
Krankenkasse Agrisano	BAG Nr. 1560																																																																																																		
Krankenkasse Birchmeier	BAG Nr. 1322																																																																																																		
Krankenkasse Institut Ingenbohl	BAG Nr. 1142																																																																																																		
Krankenkasse Luzerner Hinterland	BAG Nr. 360																																																																																																		
Krankenkasse Simplon	BAG Nr. 1362																																																																																																		
Krankenkasse SLKK	BAG Nr. 923																																																																																																		
Krankenkasse Steffisburg	BAG Nr. 246																																																																																																		
Krankenkasse Stoffel Mels KKS	BAG Nr. 1331																																																																																																		
Krankenkasse Turbental	BAG Nr. 1147																																																																																																		
Krankenkasse Visperterminen	BAG Nr. 1040																																																																																																		
Krankenkasse Wädenswil	BAG Nr. 1318																																																																																																		
Krankenkasse Zeneggen	BAG Nr. 1003																																																																																																		
Krankenversicherung Flaachtal AG	BAG Nr. 558																																																																																																		
Moove Sympany AG	BAG Nr. 57																																																																																																		
Mutuel Assurance Maladie SA	BAG Nr. 1479																																																																																																		
ÖKK Kranken-und Unfallversicherungen AG	BAG Nr. 455																																																																																																		
PHILOS Assurance Maladie SA	BAG Nr. 1535																																																																																																		
Provita Gesundheitsversicherung AG	BAG Nr. 182																																																																																																		
rhenusana-Die Rheintaler Krankenkasse	BAG Nr. 1401																																																																																																		
sana24	BAG Nr. 1568																																																																																																		
Sanagate AG	BAG Nr. 1577																																																																																																		
sanavals Gesundheitskasse	BAG Nr. 901																																																																																																		
sodalis gesundheitsgruppe	BAG Nr. 941																																																																																																		
sumiswalder	BAG Nr. 194																																																																																																		
SWICA Gesundheitsorganisation	BAG Nr. 1384																																																																																																		
Visana	BAG Nr. 1555																																																																																																		
vita surselva	BAG Nr. 966																																																																																																		
vivacare	BAG Nr. 1570																																																																																																		
Vivao Sympany AG	BAG Nr. 509																																																																																																		

	<p>andererseits, alle gemäss Vollmacht vertreten durch</p> <p>tarifsuisse ag Römerstrasse 20 4502 Solothurn</p> <p>² Der Administrativvertrag gilt für</p> <p>a. die Leistungserbringer, die den Beitritt zu diesem Administrativvertrag erklärt haben (nachfolgend „Leistungserbringer“)</p> <p>und</p> <p>b. die Krankenversicherer, die unter Absatz 1 als Vertragsparteien bezeichnet sind (nachfolgend „Versicherer“)</p>
Art. 2	Beitritt, Beitrittsgebühren; Ausschluss
	<p>¹ Der Beitritt der Leistungserbringer schliesst die volle Anerkennung des Administrativvertrages mit allen seinen Anhängen gemäss Art. 21 als integrierte Bestandteile dieses Vertrages ein.</p> <p>² Das Beitrittsverfahren wird durch den SBK nach vollständiger Unterzeichnung des Administrativvertrages eingeleitet.</p> <p>³ Regelmässig informiert der SBK die Versicherer, vertreten durch die tarifsuisse ag, über die aktuelle Beitrittsliste.</p> <p>⁴ tarifsuisse ag hat das Recht, einen Leistungserbringer nicht zum Administrativvertrag zuzulassen. Vor dem Entscheid konsultiert tarifsuisse ag den SBK. Der Entscheid wird dem Leistungserbringer sowie dem SBK begründet. Leistungserbringer können das kantonale Schiedsgericht nach Art. 89 KVG anrufen.</p> <p>⁵ Die tarifsuisse ag und der SBK können gemeinsam einen Leistungserbringer vom Administrativvertrag ausschliessen.</p> <p>⁶ Diesem Administrativvertrag können alle Leistungserbringer beitreten, die Art. 49 KVV erfüllen und über eine Zulassung nach kantonalem Recht verfügen.</p> <p>⁷ Leistungserbringer können diesem Administrativvertrag mit schriftlicher Erklärung gegenüber dem SBK beitreten. Der Beitritt zum Administrativvertrag ist für die Mitglieder des SBK unentgeltlich. Leistungserbringer, welche nicht Mitglied des SBK sind, entrichten dem Verband eine Beitrittsgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag. Die Höhe des Beitrages ist in einem Reglement geregelt. Das jeweils gültige Reglement über Beitrittsgebühren ist im Internet veröffentlicht.</p>
Art. 3	Geltungsbereich, Leistungsangebote
	<p>¹ Dieser Administrativvertrag regelt die administrativen Abläufe für die ambulanten Pflegeleistungen im Sinne von Art. 25a KVG, Art. 49 KVV und Art. 7 ff KLV.</p> <p>² Das KVG und der Administrativvertrag unterscheiden zwischen Pflegeleistungen, die mehrheitlich beim Patienten zu Hause und solchen, die in Tages- oder Nachtstrukturen erbracht werden. Der Administrativvertrag gilt für beide vorgenannten Formen der ambulanten Pflegeleistungen. Eine Unterscheidung erfolgt bei der Vergütung (siehe Art. 8 und Anhang 4 dieses Vertrages).</p>

	<p>³ Für die drei Bereiche Langzeitpflege, Akut- und Übergangspflege sowie Tages- oder Nachtstrukturen benötigen die Leistungserbringer jeweils eine separate ZSR-Nummer.</p> <p>⁴ Ambulante Pflegeleistungen werden punktuell und grossmehrheitlich beim Patienten zu Hause erbracht. Die Vergütung erfolgt gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV.</p> <p>⁵ Ambulante Pflegeleistungen in Tages- oder Nachtstrukturen werden gemäss Art.7a Abs.4 KLV vergütet. Die Besonderheiten werden im Anhang 4 geregelt. Im Übrigen gelten die Regeln dieses Administrativvertrages.</p> <p>⁶ Die Besonderheiten betreffend Wundambulatorien werden im Anhang 6 geregelt. Im Übrigen gelten die Regeln dieses Administrativvertrages.</p> <p>⁷ Die Zuordnung der Leistungen im Bereich der Mutterschaft werden im Anhang 7 geregelt. Im Übrigen gelten die Regeln dieses Administrativvertrages.</p> <p>⁸ Die Zuordnung der Leistungen im Bereich der ambulanten Psychiatriepflege werden im Anhang 8 geregelt. Im Übrigen gelten die Regeln dieses Administrativvertrages.</p> <p>⁹ Weitere spezielle Bereiche können Gegenstand separater Vereinbarungen sein.</p> <p>¹⁰ Für Akut- und Übergangspflege gilt ein separater Vertrag.</p> <p>¹¹ Der Administrativvertrag entfaltet Wirkung für Versicherte,</p> <p>a) die Versicherungsnehmer eines in Art. 1 Abs. 2 lit. b) dieses Administrativvertrages genannten Versicherers sind,</p> <p>b) und die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG bezugsberechtigt sind.</p>
Art. 4	Leistungsvoraussetzungen
	<p>¹ Die Versicherer übernehmen die Kosten der ambulanten Krankenpflege nach Art. 7 Abs. 2 und Art. 8 KLV, die aufgrund der Bedarfsabklärung, auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern, welche die Bedingungen gemäss Art. 49 KVV erfüllen, erbracht wird.</p> <p>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.</p>
Art. 5	Bedarfsabklärung beim Patienten
	<p>¹ Gemäss Art. 8 KLV muss eine Bedarfsabklärung gemacht werden. Es steht den Leistungserbringern offen, welches standardisierte Bedarfsabklärungsinstrument sie wählen.</p> <p>² Die schriftliche Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfsbedarfs. Sie wird durch eine dazu befähigte diplomierte Pflegefachperson gemacht (vgl. Art. 8 Abs. 2 KLV).</p> <p>³ Das Ergebnis ist zusammen mit den Angaben des behandelnden Arztes auf dem Bedarfsmeldeformular gemäss Anhang 2 festzuhalten.</p> <p>⁴ Die Bedarfsabklärung erfolgt beim Versicherten bei Leistungsbeginn und ist spätestens innert 14 Kalendertagen nach Beginn des Einsatzes abzuschliessen.</p> <p>⁵ Die Leistungserbringer müssen bei gleichzeitigem Einsatz bei einem Versicherten ihre Dienstleistungen koordinieren und sich über das Zeitbudget absprechen. Eine Kumulation derselben Leistungen ist ausgeschlossen (z.B. doppelte Bedarfsabklärung, Beratung und</p>

	Anleitung). Soweit sich ein Leistungserbringer regelmässig von weiteren Leistungserbringern vertreten lässt, sind deren Namen und ZSR-Nrn. auf dem Bedarfsmeldeformular aufzuführen.
Art. 6	Aerztliche Anordnung / Bedarfsmeldung
	<p>¹ Krankenpflegeleistungen setzen eine ärztliche Anordnung voraus. Die Meldung zeigt den voraussichtlichen Bedarf an Pflegeleistungen auf. Die Meldung erfolgt ausschliesslich gemäss den Vorlagen im Anhang 2.</p> <p>² Das Bedarfsmeldeformular ist vollständig ausgefüllt sofort nach Unterzeichnung durch den Arzt und die verantwortliche Pflegefachperson dem Versicherer zuzustellen. Wo dies nicht möglich ist, erfolgt die Zustellung spätestens mit der ersten Rechnung.</p> <p>³ Die Daten von Behandlungsbeginn und Verordnung müssen identisch sein. Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig.</p> <p>⁴ Erhebt der Versicherer nicht innert 14 Kalendertagen ab Erhalt der Meldung Einspruch, so gilt die Leistungspflicht unter Vorbehalt des Prinzips von WZW (wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich) als gegeben.</p> <p>⁵ Die Bedarfsmeldung umfasst folgende Angaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Sozialversicherungsnummer, Versichertenkartennummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum, Geschlecht). b) Angabe, ob Krankheit, Unfall oder Mutterschaft. c) Name des Versicherers. d) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und EAN/GLN-Nummer des Leistungserbringers; EAN/GLN-Nr. nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden. e) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt. f) Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung (von...bis...). g) Name, Zahlstellenregister- Nummer (ZSR-Nr.) und EAN/GLN-Nummer des verordnenden Arztes; EAN/GLN-Nummer nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten wenn vorhanden. h) Voraussichtlicher Bedarf an MiGeL-Produkten inkl. zweistelliger Nummer der Produktgruppe. i) Voraussichtliche Anzahl Minuten je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a) bis c) KLV für die Gültigkeitsdauer der Verordnung. <p>Bei Leistungen nach Art. 3 Abs. 4 dieses Administrativvertrages wird als zusätzliche Information zur Bedarfsmeldung eine Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV beige-fügt, mit Angaben zu der voraussichtlichen Anzahl Einsätze je Leistung pro Tag, Woche, Monat oder Quartal (Beispiel in der Beilage zu Anhang 2)</p> <p>⁶ Die Vertragsparteien erarbeiten gemeinsam die einheitlichen Bedarfsmeldeformulare, welche ab 1. Januar 2012 gelten sollen.</p>
Art. 7	Änderung des Pflegebedarfs
	<p>¹ Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen dauerhaft, ist eine neue Bedarfsabklärung vorzunehmen und die entsprechende Bedarfsmeldung dem Versicherer zuzustellen.</p> <p>² Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen im Verlaufe des Einsatzes vorübergehend während mindestens 8 Tagen, muss diese Änderung dem Versicherer gemeldet werden.</p>
Art. 8	Vergütung inkl. Mittel und Gegenstände
	¹ Aus der persönlichen Natur der ZSR. Nr. ergibt sich

	<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>² Die Versicherer übernehmen Beiträge an die Kosten der Massnahmen der Abklärung und der Beratung, der Untersuchung und der Behandlung sowie der Grundpflege gemäss Art. 7a KLV.</p> <p>³ Der Leistungserbringer verrechnet den dem erbrachten Pflegeaufwand entsprechenden Beitrag gemäss Art. 7a KLV. Vorausrechnungen sind nicht zulässig.</p> <p>⁴ Mit der Bezahlung der Beiträge gemäss Art. 7a Abs. 1 und 2 KLV sind sämtliche krankensicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen der einzelnen Leistungserbringer gemäss Art. 3 Abs. 4 dieses Vertrages nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.</p> <p>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. Ausserdem kann der Leistungserbringer keine Leistungen der ambulanten Langzeitpflege nach Art. 7 KLV abrechnen, während der Patient Leistungen der ambulanten Akut- und Übergangspflege bezieht.</p> <p>⁶ Ärztlich verordnete Mittel und Gegenstände gemäss Anhang 2 KLV, welche vom Leistungserbringer abgegeben oder angewendet werden, dürfen maximal zum MiGeL- Höchstvergütungsbetrag abzüglich 15% verrechnet werden. Die Abrechnung erfolgt detailliert, inkl. MiGeL-Positionsnummer und Kalendarium.</p> <p>⁷ Bei Mittel und Gegenständen gemäss Anhang 2 KLV, bei denen eine Limitation hinterlegt ist, muss zwingend mit der ersten Rechnungsstellung die ärztliche Verordnung beiliegen.</p> <p>⁸ Der Leistungserbringer darf keine Medikamente zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verrechnen.</p>
--	---

Art. 9	Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten
---------------	--

	<p>¹ Schuldner der Vergütung gemäss diesem Administrativvertrag ist der Versicherer (System des Tiers payant, Art. 42 Abs.2 KVG).</p> <p>² Einzelne Versicherer und Leistungserbringer können in Abweichung von Abs. 1 das System des Tiers garant vereinbaren.</p> <p>³ Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich oder dreimonatlich per Monatsende gemäss den Vorlagen im Anhang 3</p> <p>⁴ Im System Tiers payant erhalten die Versicherten eine Rechnungskopie vom Leistungserbringer.</p> <p>⁵ Für die Abrechnungsperiode liegt eine ärztliche Verordnung vor.</p> <p>⁶ Fristen im System Tiers payant: - zahlbar innert 25 Tagen mit elektronischer Abrechnung. - zahlbar innert 35 Tagen ohne elektronische Abrechnung.</p> <p>⁷ Die Rechnungsstellung erfolgt für die ärztlich angeordneten Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung. Nichtpflichtleistungen sind separat in Rechnung zu stellen.</p> <p>⁸ Sind im Zeitpunkt der Rechnungsstellung zur Ermittlung des Leistungsumfangs zusätzliche</p>
--	---

	<p>Abklärungen notwendig (zB. Einforderung zusätzlicher Unterlagen), stehen die in Absatz 6 aufgeführten Fristen still.</p> <p>⁹ Der Versicherer begründet Beanstandungen. Die Zahlungsfrist wird für den beanstandeten Teil der Rechnung unterbrochen. Der nicht beanstandete Anteil wird auf neue Rechnung hin durch den Versicherer beglichen.</p> <p>¹⁰ Sind die Voraussetzungen des Leistungsaufschubs gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG gegeben, sisiert der Versicherer die Kostenübernahme. Die Kosten werden vollständig übernommen, sobald die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten vollständig bezahlt sind.</p>
Art. 10	Angaben auf der Rechnung
	<p>¹ Die Rechnung umfasst folgende Angaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Sozialversicherungsnummer, Versichertenkartennummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum, Geschlecht). b) Angabe ob Krankheit, Unfall oder Mutterschaft. c) Name des Versicherers. d) Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum. e) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und EAN/GLN-Nummer des Leistungserbringers; EAN/GLN-Nr. nur bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden. f) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und EAN/GLN-Nummer des verordnenden Arztes; EAN/GLN-Nr. nur bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden. g) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt. h) Erbrachte Minuten (dezimal) je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs.2 lit. a) bis c) KLV, Kalendarium, Total Leistungen Art. 7 KLV pro Leistungsart in Minuten (dezimal) und Franken. i) Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung(en) für die Rechnungsperiode. j) Komplette MiGeL-Positions Nr. und Menge. <p>² Die Vertragsparteien erarbeiten gemeinsam die neuen einheitlichen Rechnungsformulare, welche ab 1. Januar 2012 gelten.</p>
Art. 11	Elektronischer Datenaustausch (EDI)
	<p>¹ Die Vertragsparteien wollen den elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Versicherern realisieren.</p> <p>² Versicherer und Leistungserbringer können den elektronischen Datenaustausch vereinbaren. In diesem Fall werden die administrativen und medizinischen Daten mit der Bedarfsmeldung (gemäss Art. 6) bzw. der Rechnung (gemäss Art. 10) elektronisch an den Versicherer gesendet. Der Versicherer erhält alle Daten in strukturierter und elektronisch lesbarer Form.</p> <p>³ Der elektronische Datenaustausch für die Bedarfsmeldung sowie Rechnung richtet sich nach den gemeinsam vereinbarten Standards, mit denen die Daten übermittelt werden können. Diese Standards werden in einem Konzept festgehalten, welches die Vertragsparteien gemeinsam verabschieden.</p>
Art. 12	Aufklärungspflicht
	<p>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.</p>

Art. 13	Tarifschutz
	Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Tarifschutz nach Art. 44 KVG zu beachten.
Art. 14	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit der Leistungen
	Der Leistungserbringer übernimmt die Verantwortung für den wirtschaftlichen, zweckmässigen und wirksamen Einsatz seiner Dienstleistungen und des verwendeten Materials (Art. 32 und 56 KVG).
Art. 15	Qualitätssicherung
	<p>¹ Die Regelungen der Qualitätssicherung und –förderung gemäss der Art. 22a und Art. 58 KVG sowie Art. 77 KVV werden separat geregelt. Sie erstrecken sich auf die gesetzlichen und vertraglich vereinbarten Leistungen, insbesondere gemäss Art. 7ff. KLV. Sie sollen für alle Leistungserbringer und Versicherer, die diesem Administrativvertrag beigetreten sind, Geltung entfalten.</p> <p>² Die Vertragsparteien vereinbaren, bis 2014 ein Qualitätsprogramm zu entwickeln.</p>
Art. 16	Auskunftspflicht der Leistungserbringer
	<p>¹ Die Versicherer haben den gesetzlichen Auftrag, die Leistungspflicht sowie die Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit (WZW) der ihnen in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen. Zu diesem Zweck führen sie folgende Kontrollen durch:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prüfung der von der Pflegefachperson eingereichten Unterlagen beim Versicherer, 2. Prüfung von Klientendossiers beim Leistungserbringer, 3. Einzelfallprüfung beim Versicherten. <p>² Die Auskunftspflicht der Leistungserbringer gegenüber den Versicherern unterliegt dem Verhältnismässigkeitsprinzip. Die betroffenen Parteien haben die Datenschutznormen zu beachten.</p> <p>³ Der Ablauf der Prüfungen ist im Anhang 5 geregelt.</p>
Art. 17	Schlichtung
	<p>¹ Streitigkeiten zwischen Versicherer und Leistungserbringer sollen von den Betroffenen grundsätzlich direkt bereinigt werden.</p> <p>² Vorgängig des Schiedsverfahrens gemäss Art. 89 KVG findet ein Einigungsversuch unter Beizug des betroffenen Versicherers und des SBK statt, sofern beide Streitparteien nicht auf den Einigungsversuch verzichten.</p>
Art. 18	Inkrafttreten / Vertragsdauer
	Dieser Vertrag samt Anhängen tritt auf den 1. April 2011 in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.
Art. 19	Kündigung / Rücktritt
	<p>¹ Der Administrativvertrag und dessen Anhänge können unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres, frühestens per 31.12.2011, von jeder vertragschliessenden Partei gekündigt werden. Eine Kündigung bedarf der schriftlichen Form. Die Kündigung eines einzelnen Versicherers hat nicht die Auflösung des Administrativvertrages zur Folge. Der Administrativvertrag läuft für die anderen Parteien weiter.</p> <p>² Will der SBK den vorliegenden Administrativvertrag gegenüber sämtlichen Versicherern, für welche tarifsuisse ag den Administrativvertrag abgeschlossen hat, kündigen, ist er berechtigt, die Kündigung mit rechtsverbindlicher Wirkung an die tarifsuisse ag zuhanden der Ver-</p>

	<p>tragspartner zu richten. Das Kündigungsschreiben hat klar und unmissverständlich den Administrativvertrag, welcher aufgelöst werden soll, zu bezeichnen, verbunden mit einer eindeutigen Erklärung, wonach dieser Administrativvertrag gegenüber sämtlichen Versicherern aufgelöst wird. Die Kündigung gegenüber einzelnen Versicherern ist nicht möglich.</p> <p>³ Einzelne Leistungserbringer können unter Einhaltung einer sechsmonatigen Frist auf das Ende eines Kalenderjahres den Rücktritt vom Administrativvertrag samt Anhängen erklären. Der Rücktritt von einzelnen Bestandteilen oder einzelnen Anhängen des Administrativvertrages ist nicht möglich.</p>
Art. 20	Übergangsbestimmungen
	<p>¹ Für das Bedarfsmeldeformular gemäss Art. 6 gilt folgende Übergangsregelung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 3 Abs. 4: Das Übergangsformular gemäss Anhang 2 gilt bis 31.12.2011. Die Übermittlung der Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV kann übergangsweise ersetzt werden durch die entsprechenden Angaben auf der Übergangsbedarfsmeldung. • Für ambulante Pflegeleistungen gemäss Anhang 4 (ambulante In-House-Pflege sowie Tages- und Nachtstätten): Die Formulare 9 a und 9 b gelten bis 31.12.2011. • Ab 01.01.2012 müssen die neuen Formulare verwendet werden, welche die Vertragsparteien gemeinsam erarbeiten. <p>² Für das Rechnungsformular gemäss Art. 10 gilt folgende Übergangsregelung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 3 Abs. 4: <ul style="list-style-type: none"> • Das Übergangsformular gemäss Anhang 3 kann bis 31.12.2011 verwendet werden. Alternativ kann auch das Formular gemäss Vorlage General Invoice 4.1. benutzt werden (siehe Forum Datenaustausch). • Ab 01.01.2012 muss das neue Formular in Papierform oder die Version General Invoice 4.3. benutzt werden. • Für ambulante Pflegeleistungen gemäss Anhang 5 (ambulante In-House-Pflege sowie Tages- und Nachtstätten): <ul style="list-style-type: none"> • Die 12 Beitragsstufen gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV sind in die alten Formulare zu integrieren. Das Übergangsformular kann bis 31.12.2011 verwendet werden. • Alternativ kann auch das Formular gemäss Vorlage General Invoice 4.1. benutzt werden (siehe Forum Datenaustausch). • Ab 01.01.2012 muss das neue Formular in Papierform oder die Version General Invoice 4.3. benutzt werden. <p>³ Die elektronische Fakturierung wird innert fünf Jahren angestrebt.</p> <p>⁴ Für den elektronischen Datenaustausch ist eine EAN-Nummer (neu GLN) erforderlich. Der SBK informiert seine Mitglieder über das Verfahren und die Vergabe einer EAN-Nummer (neu GLN).</p>
Art. 21	Anhänge
	<p>Dieser Vertrag enthält die folgenden Anhänge, welche gemäss Art. 2 integrierte Bestandteile des Vertrages sind.</p> <p>Anhang 1: Verzeichnis der dem Administrativvertrag beigetretenen Leistungserbringer</p> <p>Anhang 2: Formulare Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung mit Beilagen</p> <p>Anhang 3: Rechnungsformulare</p>

	<p>Anhang 4: Tages- oder Nachtstrukturen</p> <p>Anhang 5: Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer</p> <p>Anhang 6: Wundambulatorium</p> <p>Anhang 7 Zuordnung der Leistungen im Bereich der Mutterschaft</p> <p>Anhang 8 Zuordnung der Leistungen im Bereich der ambulanten Psychiatriepflege</p>
--	--

Bern / Solothurn, den

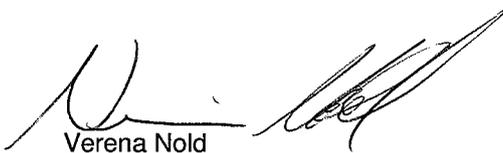
Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK

Pierre Théraulaz
Präsident

Elsbeth Wandeler
Geschäftsführerin

Für die Versicherer

tarifsuisse ag


Verena Nold
Direktorin


Gebhard Heuberger
Leiter Abteilung Pflege

	Anhang 1: Verzeichnis der dem Administrativvertrag beigetretenen Leistungserbringer
	Eine aktuelle Liste kann beim SBK angefordert werden

Beilagen:

- Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV

Beilage 1 zu Anhang 2

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 Hämo- 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 Fangopa- ckungen			
	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 Pati- enten, welche die Tätigkeiten nicht selbst ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümp- fe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbe- dingten 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 Orientie- rungshilfen und Sicherheitsmassnahmen			

Anhang 4: Tages- oder Nachtstrukturen

1. Definition

Ambulante Pflegeleistungen in Tages- oder Nachtstrukturen sind:

- a) **Tages- oder Nachtstätten** wie Foyer de jour, Centro diurno, UAT-VD und andere vergleichbaren Angebote. Der/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.
- b) **Ambulante In-House-Pflege ("In-House-Spitex")** wie Seniorenresidenzen, Alterssiedlungen, betreutes Wohnen, UAT-GE, appartements/logements protégés médicalisés et non médicalisés und andere vergleichbare Angebote. Ambulante In-House-Pflege zeichnet sich durch die Verfügbarkeit und Abrufbarkeit von Hilfe- und Pflegeleistungen während 24 Stunden/Tag und 7 Tage/Woche aus. Die Pflegeleistungen werden vom Anbieter der Wohnstruktur (Vermieter, Eigentümer) ausschliesslich hausintern offeriert, geleistet und verrechnet. Die Pflegeleistungen sind somit integrierter Bestandteil der Wohnstruktur.

Diese Pflegeleistungen werden gemäss Art. 7a Absatz 4 KLV vergütet.

2. Der Leistungserbringer kann Leistungen nach Art. 7 KLV nur persönlich erbringen. Dies gilt auch für die Leistungserbringung im Rahmen von Tages- oder Nachtstrukturen.
3. Der Leistungserbringer darf über seine ZSR. Nr. nur persönlich erbrachte Leistungen abrechnen und über die ZSR. Nr. keine Tages- oder Nachtstruktur betreiben.
4. Erbringt der Leistungserbringer punktuell Leistungen im Rahmen von Tages- oder Nachtstrukturen, so erfolgt die Bedarfsabklärung und Meldung mit Formular . 9a für Tages- und,Nachtstätten und 9b für ambulante In-House- Pflege. Die Rechnungsstellung betreffend Tages- und Nachtstätten und ambulanter In-House Pflege erfolgt mit Formular 9c.

5. Detailangaben der Bedarfsmeldung

Die Meldung umfasst folgende Angaben:

- a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Sozialversicherungsnummer, Versichertenkartennummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum, Geschlecht).
- b) Angabe, ob Krankheit, Unfall oder Mutterschaft.
- c) Name des Versicherers.
- d) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und EAN/GLN-Nummer des Leistungserbringers; EAN/GLN-Nr. nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden.
- e) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt.
- f) Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung (von...bis...).
- g) Name, Zahlstellenregister- Nummer (ZSR-Nr.) und EAN/GLN-Nummer des verordnenden Arztes; EAN/GLN-Nummer nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten wenn vorhanden.
- h) Voraussichtlicher Bedarf an MiGeL-Produkten inkl. zweistelliger Nummer der Produktgruppe.
- i) Einschätzung der Selbstständigkeit.
- j) Voraussichtliche Anzahl Pfl egetätigkeiten und Minuten pro Tag und die daraus resultierenden Stufen gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV.

6. Vergütung

Mit der Bezahlung der Beiträge gemäss Art. 7a Abs.3 KLV sind sämtliche krankensicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen in Tages oder Nachtstrukturen nach Art. 7 a Abs.4 KLV für Pflegemassnahmen nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.

7. Die Rechnung umfasst folgende Angaben:

- a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Sozialversicherungsnummer, Versichertenkartennummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum, Geschlecht).
- b) Angabe ob Krankheit, Unfall oder Mutterschaft.
- c) Name des Versicherers.
- d) Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum.
- e) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und EAN/GLN-Nummer des Leistungserbringers; EAN/GLN-Nr. nur bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden.
- f) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und EAN/GLN-Nummer des verordnenden Arztes; EAN/GLN-Nr. nur bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden.
- g) Grad der Hilflosigkeit (Hilflosenentschädigung leicht/mittel/schwer), wenn bekannt.
- h) Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung(en) für die Rechnungsperiode.
- i) Komplette MiGeL-Positions Nr. und Menge.
- j) Kalendarium mit der entsprechenden Beitragsstufe.

8. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des dem Anhang zugrunde liegenden Administrativvertrages...

9. Formulare

- Bedarfsmeldeformulare 9 a und b:
- a: Für Tages- oder Nachtstätten: Definitive Version pendent. Übergangslösung: Übergangsformular (Beilage)
- b: Für In-House-Pflege: Definitive Version pendent. Übergangslösung: Übergangsformular (Beilage)

9 b Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung für ambulante In-House-Pflege („In-House-Spitex“)

Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung für ambulante In-House-Pflege

Name Krankerversicherer:

Vorname Versicherten-Nr
 Strasse

PLZ/Ort falls Leistungen nach UVS:
 Geburtsdatum Unfallversicherer

Geschlecht weiblich männlich

Behandlungsgrund: Krankheit Invalidität Unfall

Hilflosenentschädigung: keine leicht mittel schwer

Anordnung: 1. Anordnung Fortsetzungsanordnung

Lauer (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								
					Pflegertätigkeiten einmal	mehrmals	Total Minuten pro Tag	Bemerkungen
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								

Behandlungstage In-House-Pflege	pro Woche	pro Monat
Anzahl Tage		

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 ambulante In-House-Pflege sendet das vollständige Original an den Versicherer.

Anhang 5: Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

1. Prüfung beim Versicherer

Zweistufiges Verfahren zur Prüfung der in Rechnung gestellten Leistungen auf Leistungspflicht und Wirtschaftlichkeit auf der Basis von eingereichten Unterlagen beim Versicherer.

1. Stufe:

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer systematisch folgende Unterlagen zur Verfügung:

- Bedarfsmeldeformular gemäss Art. 6
- Rechnungsformular gemäss Art. 10
- Als Anhang der Bedarfsmeldung: Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV..

2. Stufe:

Unter Berücksichtigung von Art. 42 Abs. 5 KVG stellt der Leistungserbringer dem Versicherer auf dessen Verlangen weitere relevante Unterlagen zur Verfügung.

2. Prüfung beim Leistungserbringer

Verfahren zur Prüfung der in Rechnung gestellten Leistungen auf Leistungspflicht sowie Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit (WZW) und Wirtschaftlichkeit (WZW) auf der Basis von ausgewählten offenen Patientendossiers beim Leistungserbringer.

- 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.
- Unter Berücksichtigung von Art. 42 Abs. 5 KVG sowie des Verhältnismässigkeitsprinzips legt der Leistungserbringer der Kontrollperson des Versicherers alle relevanten und nicht bereits gelieferten Informationen zu den verlangten Dossiers in den Geschäftsräumen zur Einsicht vor.
- Nach der Durchführung der Kontrolle muss der Versicherer dem Leistungserbringer innerhalb von 10 Tagen eine schriftliche Rückmeldung machen.

3. Einzelfallprüfung beim Versicherten

Verfahren zur Prüfung der in Rechnung gestellten Leistungen auf Leistungspflicht sowie Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit im Rahmen eines Pflegeeinsatzes beim Versicherten.

- Der Kontrollbesuch kann während eines regulären Einsatzes des Leistungserbringers erfolgen. In diesem Fall informiert der Versicherer den Leistungserbringer mind. 14 Kalendertage vorgängig über den geplanten Besuch.
- Nach der Durchführung des Kontrollbesuchs muss der Versicherer dem Leistungserbringer innerhalb von 10 Tagen eine schriftliche Rückmeldung machen.

	Anhang 6: Wundambulatorium
--	-----------------------------------

pendent

	Anhang 7: Zuordnung der Leistungen im Bereich der Mutterschaft
--	---

pendent

	Anhang 8: Zuordnung der Leistungen im Bereich der ambulanten Psychiatriepflege
--	---

pendent