

Administrativvertrag

zwischen

**Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen
und Pflegefachmänner SBK
Choisystrasse 1
3001 Bern
(Postadresse: Postfach 8124)**

und

**Sanitas Grundversicherungen AG
Jänergasse 3, Postfach 2010
8021 Zürich**

Präambel

Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK und Sanitas schliessen im Hinblick auf die Einführung der neuen Pflegefinanzierung den nachfolgenden Administrativvertrag mit Gültigkeit für die ganze Schweiz ab. 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 Die Vertragsparteien dieses Administrativvertrages sind der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, nachfolgend SBK genannt, sowie die in Anhang 1 aufgeführten Leistungserbringer, nachfolgend als Leistungserbringer bezeichnet, einerseits und Sanitas Grundversicherungen AG sowie die im Anhang 2 bezeichneten Versicherer, nachfolgend als Versicherer bezeichnet.

² Diesem Vertrag können sich andere Versicherer mit Zustimmung der Sanitas Grundversicherungen AG anschliessen. Die entsprechenden Versicherer werden im Anhang 2 aufgeführt und übernehmen die Bestimmungen dieses Vertrages.

³ Sanitas Grundversicherungen AG ist ermächtigt, alle Handlungen im Zusammenhang mit dem vorliegenden Vertrag im Namen und auf Rechnung der im Anhang 2 genannten Versicherer vorzunehmen.

Art. 2 Beitritt, Beitrittsgebühren; Ausschluss

¹ Der Beitritt der Leistungserbringer schliesst die volle Anerkennung des Administrativvertrages mit allen seinen Anhängen gemäss Art. 21 als integrierte Bestandteile dieses Vertrages ein.

² Das Beitrittsverfahren wird durch den SBK nach vollständiger Unterzeichnung des Administrativvertrages eingeleitet.

³ Regelmässig informiert der SBK den Versicherer über die aktuelle Beitrittsliste.

⁴ Der Versicherer hat das Recht, einen Leistungserbringer nicht zum Administrativvertrag zuzulassen. Vor dem Entscheid konsultiert der Versicherer den SBK. Der Entscheid wird dem Leistungserbringer sowie dem SBK begründet. Leistungserbringer können das kantonale Schiedsgericht nach Art. 89 KVG anrufen.

⁵ Der Versicherer und der SBK können gemeinsam einen Leistungserbringer vom Administrativvertrag ausschliessen.

⁶ Diesem Administrativvertrag können alle Leistungserbringer beitreten, die Art. 49 KVV erfüllen und über eine Zulassung nach kantonalem Recht verfügen.

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.

Art. 3 Geltungsbereich, Leistungsangebote

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.

² Das KVG und der Administrativvertrag unterscheiden zwischen Pflegeleistungen, die mehrheitlich beim Patienten zu Hause und solchen, die in Tages- oder Nachtstrukturen erbracht werden. Die Administrativvertrag gilt für beide vorgenannten Formen der ambulanten Pflegeleistungen. Eine Unterscheidung erfolgt bei der Vergütung (siehe Art. 8 und Anhang 5 dieses Vertrages).

³ Für die drei Bereiche Langzeitpflege, Akut- und Übergangspflege sowie Tages-oder Nachtstrukturen benötigen die Leistungserbringer jeweils eine separate ZSR-Nummer.

⁴ Ambulante Pflegeleistungen werden punktuell und grossmehrheitlich beim Patienten zu Hause erbracht. Die Vergütung erfolgt gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV.

⁵ Ambulante Pflegeleistungen in Tages- oder Nachtstrukturen werden gemäss Art.7a Abs.4 KLV vergütet. Die Besonderheiten werden im Anhang 5 geregelt. Im Übrigen gelten die Regeln dieses Administrativvertrages.

⁶ Die Besonderheiten betreffend Wundambulatorien werden im Anhang 7 geregelt. Im Übrigen gelten die Regeln dieses Administrativvertrages.

⁷ Die Zuordnung der Leistungen im Bereich der Mutterschaft werden im Anhang 8 geregelt. Im Übrigen gelten die Regeln dieses Administrativvertrages.

⁸ Die Zuordnung der Leistungen im Bereich der ambulanten Psychiatriepflege werden im Anhang 9 geregelt. Im Übrigen gelten die Regeln dieses Administrativvertrages.

⁹ Weitere spezielle Bereiche können Gegenstand separater Vereinbarungen sein.

¹⁰ Für Akut- und Übergangspflege gilt ein separater Vertrag.

¹¹ Der Administrativvertrag entfaltet Wirkung für Versicherte,
a) die Versicherungsnehmer eines in Art. 1 dieses Administrativvertrages genannten Versicherers sind,
b) und die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG bezugsberechtigt sind.

Art. 4 Leistungsvoraussetzungen

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. 46 und 49 KVV erfüllen, erbracht wird.

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

Art. 5 Bedarfsabklärung beim Patienten

¹ Gemäss Art. 8 KLV muss eine Bedarfsabklärung gemacht werden. Es steht den Leistungserbringern offen, welches standardisierte Bedarfsabklärungsinstrument sie wählen.

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).

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

⁴ Die Bedarfsabklärung erfolgt beim Versicherten bei Leistungsbeginn und ist spätestens innert 14 Kalendertagen nach Beginn des Einsatzes abzuschliessen.

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 Anleitung). Soweit sich ein Leistungserbringer regelmässig von weiteren Leistungserbringern vertreten lässt, sind deren Namen und ZSR-Nrn. auf dem Bedarfsmeldeformular aufzuführen.

Art. 6 Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung

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 3.

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.

³ Die Daten von Behandlungsbeginn und Verordnung müssen identisch sein. Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig.

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.

⁵ Die Bedarfsmeldung 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 Produktegruppe.

i) Voraussichtliche Anzahl Minuten je Leistungsart gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a) bis c) KLV für die Gültigkeitsdauer der Verordnung.

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 beigefügt mit Angaben zu der voraussichtlichen Anzahl Einsätze je Leistung pro Tag, Woche, Monat oder Quartal (Beispiel Anhang 3b)

⁶ Die Vertragsparteien erarbeiten gemeinsam die einheitlichen Bedarfsmeldeformulare, welche ab 1. Januar 2012 gelten sollen.

Art. 7 Änderung des Pflegebedarfs

¹ Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen dauerhaft, ist eine neue Bedarfsabklärung vorzunehmen und die entsprechende Bedarfsmeldung dem Versicherer zuzustellen.

² Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen im Verlaufe des Einsatzes vorübergehend während mindestens 8 Tagen, muss diese Änderung dem Versicherer gemeldet werden.

Art. 8 Vergütung inkl. Mittel und Gegenstände

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

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

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

³ Der Leistungserbringer verrechnet den dem erbrachten Pflegeaufwand entsprechenden Beitrag gemäss Art. 7a KLV. Vorausrechnungen sind nicht zulässig..

⁴ Mit der Bezahlung der Beiträge gemäss Art. 7a Abs. 1 und 2 KLV sind sämtliche krankenversicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen der einzelnen Leistungserbringer gemäss Art. 3 Abs. 4 dieses Vertrages nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.

⁵ Der Leistungserbringer kann keine Leistungen nach Art. 7 KLV abrechnen, während der Patient sich im Spital oder Pflegeheim (inkl. stationäre Akut- und Übergangspflege) befindet. Dies gilt nicht für den Ein- und Austrittstag. Ausserdem kann der Leistungserbringer keine Leistungen der ambulanten Langzeitpflege nach Art. 7 KLV abrechnen, während der Patient Leistungen der ambulanten Akut- und Übergangspflege bezieht.

⁶ 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.

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.

⁸ Der Leistungserbringer darf keine Medikamente zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verrechnen.

Art. 9 Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten

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

² Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich oder dreimonatlich per Monatsende gemäss den Vorlagen im Anhang 4. Wenn mehrere freiberuflich tätige Pflegefachpersonen bei der gleichen Patientin oder beim gleichen Patienten Leistungen erbringen, koordinieren sie die Rechnungsstellung.

³ Die Versicherten erhalten eine Rechenungskopie vom Leistungserbringer.

⁴ Für die Abrechnungsperiode liegt eine ärztliche Verordnung vor.

⁵ Fristen:

- zahlbar innert 25 Tagen mit elektronischer Abrechnung.
- zahlbar innert 35 Tagen ohne elektronische Abrechnung.

⁶ Die Rechnungsstellung erfolgt für die ärztlich angeordneten Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung. Nichtpflichtleistungen sind separat in Rechnung zu stellen.

⁷ Sind im Zeitpunkt der Rechnungsstellung zur Ermittlung des Leistungsumfangs zusätzliche Abklärungen notwendig (z. B. Einforderung zusätzlicher Unterlagen), stehen die in Absatz 5 aufgeführten Fristen still.

⁸ Der Versicherer begründet Beanstandungen. Die Zahlungsfrist wird für den beanstandeten Teil der Rechnung unterbrochen.

⁹ Sind die Voraussetzungen des Leistungsaufschubs gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG gegeben, sistiert der Versicherer die Kostenübernahme. Die Kosten werden vollständig übernommen, sobald die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten vollständig bezahlt sind.

Art. 10 Angaben auf der Rechnung

¹ 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) 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.

² Die Vertragsparteien erarbeiten gemeinsam die neuen einheitlichen Rechnungsformulare, welche ab 1. Januar 2012 gelten.

Art. 11 Elektronischer Datenaustausch (EDI)

¹ Die Vertragsparteien wollen den elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Versicherern realisieren.

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.

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.

Art. 12 Aufklärungspflicht

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

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

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.

² Die Vertragsparteien vereinbaren, bis 2014 ein Qualitätsprogramm zu entwickeln.

Art. 16 Auskunftspflicht der Leistungserbringer

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:

- Prüfung der von der Pflegefachperson eingereichten Unterlagen beim Versicherer,
- Prüfung von Klientendossiers beim Leistungserbringer,
- Einzelfallprüfung beim Versicherten.

² Die Auskunftspflicht der Leistungserbringer gegenüber den Versicherern unterliegt dem Verhältnismässigkeitsprinzip. Die betroffenen Parteien haben die Datenschutznormen zu beachten.

³ Der Ablauf der Prüfungen ist im Anhang 6 geregelt.

Art. 17 Schlichtung

¹ Streitigkeiten zwischen Versicherer und Leistungserbringer sollen von den Betroffenen grundsätzlich direkt bereinigt werden.

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.

³ Können sich die Betroffenen nicht einigen, richtet sich das weitere Vorgehen bei Streitigkeiten nach Art. 89 KVG.

Art. 18 Inkrafttreten / Vertragsdauer

Dieser Vertrag samt Anhängen tritt auf den 1. Juli 2011 in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

Art. 19 Kündigung / Rücktritt

¹ Der Administrativvertrag und dessen Anhänge können unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres von jeder vertragsschliessenden Partei gekündigt werden. Eine Kündigung bedarf der schriftlichen Form.

² 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.

Art. 20 Übergangsbestimmungen

¹ Für das Bedarfsmeldeformular gemäss Art. 6 gilt folgende Übergangsregelung:

- Für ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 3 Abs. 4: Das Übergangsformular gemäss Anhang 3 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 5 (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.

² Für das Rechnungsformular gemäss Art. 10 gilt folgende Übergangsregelung:

- Für ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 3 Abs. 4: Das Übergangsformular gemäss Anhang 4 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): 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.

³ Die elektronische Fakturierung wird innert fünf Jahren angestrebt.

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).

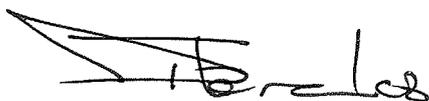
Art. 21 Anhänge

Der Vertrag enthält die folgenden Anhänge, welche gemäss Art. 2 integrierte Bestandteile des Vertrages sind:

- Anhang 1:** Verzeichnis der dem Administrativvertrag beigetretenen Leistungserbringer
- Anhang 2:** Verzeichnis der dem Administrativvertrag angeschlossenen Versicherer
- Anhang 3a:** Formular Bedarfsmeldung
- Anhang 3b:** Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV
- Anhang 4:** Rechnungsformular
- Anhang 5:** Tages- oder Nachtstrukturen
- Anhang 6:** Kontrollen der Krankenversicherer
- Anhang 7:** Wundambulatorium
- Anhang 8:** Zuordnung der Leistungen im Bereich der Mutterschaft
- Anhang 9:** Zuordnung der Leistungen im Bereich der ambulanten Psychiatriepflege

Bern, den 10.08.2011

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK



Pierre Théraulaz
Präsident



Elisbeth Wandeler
Geschäftsführerin

Zürich, den 14.7.2011

Sanitas Grundversicherungen AG



Dr. Andreas Roos
Leiter Departement Produkte



Eva Tschopp
Fachspezialistin Fachführung Leistungen

Anhang 1: Verzeichnis der dem Administrativvertrag beigetretenen Leistungserbringer

Anhang 2: Verzeichnis der dem Administrativvertrag angeschlossenen Krankenversicherer

- Wincare Versicherungen AG, 8401 Winterthur, BAG-Nummer 1060
- Compact Grundversicherungen AG, 8021 Zürich, BAG-Nummer 1575
- Kolping Krankenkasse AG, 8600 Dübendorf, BAG-Nummer 762

Anhang 3b: 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	Beschreibung Leistungsdetail (gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV)	Anzahl: wie oft soll die Leistung erbracht werden	Häufigkeit: Einheit der geplanten Leistung
	Abklärung des Pflegebedarfs etc.		
	Beratung des Patienten etc.		
	Messung der Vitalzeichen etc.		
	einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin		
	Entnahme des Untersuchungsmaterials zu Laborzwecken		
	Massnahmen zur Atemtherapie etc.		
	Einführung von Sonden oder Kathetern etc.		
	Massnahmen bei Hämo-oder Peritonealdialyse		
	Verabreichung von Medikamenten etc.		
	Enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen		
	Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen etc.		
	Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden etc.		
	Pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung etc.		
	Hilfe bei Medizinal-, Teil- oder Vollbädern etc.		
	pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag etc.		
	Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen etc.		
	Allgemeine Grundpflege bei Patienten, welche die Tätigkeiten nicht selbst ausführen können, wie Beine einbinden, etc.		
	Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur etc.		

Anhang 4: Rechnungsformular

RECHNUNG					
Personalien Kunden/in			Name und Adresse der Versicherung		
Name					
Vorname					
Adresse					
PLZ/Ort					
Telefon					
Geburtsdatum					
Versicherten-Nr.					
Verordnender Arzt/Ärztin			Pflegefachfrau/Pflegefachmann		
Name			Name		
Vorname			Vorname		
Adresse			Adresse		
PLZ/Ort			PLZ/Ort		
Telefon			Telefon		
ZSR-Nummer			ZSR-Nummer		
Es handelt sich um:			<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Prävention <input type="checkbox"/> Mutterschaft		
Die Behandlung ist:			<input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> muss weitergeführt werden		
Kalendarium (Anzahl erbrachte Stunden in den beiden Vormonaten: Std.)					
Ausgeführte Leistungen nach KLV 7 von..... bis					
Datum	Leistung	Dauer Minuten	Datum	Leistung	Dauer Minuten
Material gemäss MiGeL		Positionsnummer	Material gemäss MiGeL		Positionsnummer
Gesamttotal Tarif a in Minuten			CHF		
Gesamttotal Tarif b in Minuten			CHF		
Gesamttotal Tarif c in Minuten			CHF		
Gesamttotal KLV 7 in Minuten			CHF		
Gesamttotal Material gemäss MiGeL			CHF		
			Rechnungsbetrag		
Rechnungsdatum:			CHF		

Anhang 5 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 krankenversicherungsrechtlichen 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, Versichertenkartenummer, 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:
 - a: Für Tages- oder Nachtstätten: Definitive Version pendent, Übergangsformular (Beilage)
 - b: Für In-House-Pflege: Definitive Version pendent, Übergangsformular (Beilage)

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.)

	Selbstständig eit				Bemerkungen			
	--	-	+	+				
Verstehen und sich ausdrücken								
Sich orientieren								
Mitwirkungsfähigkeit / Compliance / Adherence								
					Pflegetätigkeit n		Total Minuten pro Tag	Bemerkungen
					einmal	mehrmals		
Sich bewegen / Mobilität								
Essen und trinken								
Sich waschen und kleiden								
Ausscheiden								
Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV								
Andere Leistungen (beschreiben):								
Total Minuten								
Stufe gemäss Art. 7a KLV								

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

Besonderes:

Name der Organisation: **Ärztin/Arzt:**

ZSR Nummer: ZSR Nummer:

Datum: Datum:

Unterschrift: Unterschrift:

Das Bedarfsmeldeformular muss spätestens 14 Kalendertage nach Pflegebeginn zusammen mit der Ärztin/dem Arzt ausgefüllt werden. Die Tagesstätte sendet das vollständige Original an den Versicherer und informiert involvierte Spitex-Organisationen oder selbstständig Pflegende über den Aufenthalt.

Ärztliche Anordnung /Bedarfmeldung für ambulante In-House-Pflege

Name Krankenversicherer

Vorname Versicherten-Nr.....

Strasse

PLZ/Ort falls Leistungen nach UVG:

Geburtsdatum Unfallversicherer

Geschlecht weiblich männlich

Behandlungsgrund: 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								
					Pflegetätigkeiten		Total Minuten pro Tag	Bemerkungen
					einmal	mehrmals		
Sich bewegen / Mobilität								
Essen und trinken								
Sich waschen und kleiden								
Ausscheiden								
Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV								
Andere Leistungen (beschreiben):								
Total Minuten								

Stufe gemäss Art. 7a KLV	
---------------------------------	--

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 6: 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 7: Wundambulatorium pendent

**Anhang 8: Zuordnung der Leistungen im Bereich der
Mutterschaft
pendent**

Anhang 9: Zuordnung der Leistungen im Bereich der ambulanten Psychiatriepflege

pendent