



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

und
**Assura Kranken- und Unfallversicherung,
Av. C.-F. Ramuz 70, 1009 Pully**

und
**SUPRA Krankenversicherung
Ch. de Primerose 35
1007 Lausanne**

Einleitung

Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK und den Versicherer schliessen diesen Administrativvertrag mit Gültigkeit für die ganze Schweiz ab, um die administrativen Abläufe, die Qualitätssicherung, die Definitionen des Leistungsbereichs sowie die Regelung der Vergütung von Mittel- und Gegenständen zu vereinheitlichen. 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 Assura Kranken- und Unfallversicherung, und SUPRA Krankenversicherung, nachfolgend Versicherer genannt, andererseits.

Art. 2 Beitritt, Beitragsgebühren; Ausschluss

¹ Der Beitritt der Leistungserbringer schliesst die volle Anerkennung des Administrativvertrages ein.

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

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

⁴ Die Versicherer und der SBK haben das Recht, gemeinsam einen Leistungserbringer nicht zum Administrativvertrag zuzulassen. Der Entscheid wird dem Leistungserbringer begründet. Leistungserbringer können das kantonale Schiedsgericht nach Art. 89 KVG anrufen.

⁵ Diesem Administrativvertrag können alle Leistungserbringer beitreten, die Art. 49 KVV erfüllen und über eine Zulassung nach kantonalem Recht verfügen.

⁶ Leistungserbringer können diesem Administrativvertrag mit schriftlicher Erklärung gegenüber dem SBK beitreten. Sie 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 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.

⁶ Für Akut- und Übergangspflege gilt ein separater Vertrag.

⁷ Der Administrativvertrag entfaltet Wirkung für Versicherte,
a) die bei der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert sind,
b) und die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG be zugsberechtigt 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 Leistungserbringer 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 Vorlage des SBK) 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.

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 des SBK.

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 Leistungserbringens; 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.

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.

Art. 8 Vergütung inkl. Mittel und Gegenstände

¹ 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.

² Der Leistungserbringer verrechnet den dem erbrachten Pflegeaufwand entsprechenden Beitrag gemäss Art. 7a KLV. Vorausrechnungen sind nicht zulässig.

³ 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.

⁴ Ärztlich verordnete Mittel und Gegenstände gemäss Anhang 2 KLV, welche vom Leistungserbringer abgegeben oder angewendet werden, dürfen maximal zum MiGel-Höchstvergütungsbetrag verrechnet werden. Die Abrechnung erfolgt detailliert, inkl. MiGeL-Positionsnummer und Kalendarium.

Art. 9 Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten

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

² Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich oder dreimonatlich per Monatsende gemäss den SBK-Vorlagen.

³ Die Versicherten erhalten eine Rechnungskopie 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 6 aufgeführten Fristen still.

⁸ Die Versicherer begründen 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 die Versicherer die Kostenübernahme. Die Kosten werden vollständig übernommen,

sobald die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreibungskosten 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 Leistungserbringens für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum.
- e) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und EAN/GLN-Nummer des Leistungserbringens; 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.

Art. 11 Elektronischer Datenaustausch (EDI)

¹ 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.

Art. 12 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 Bezug 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. 13 Inkrafttreten / Vertragsdauer

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

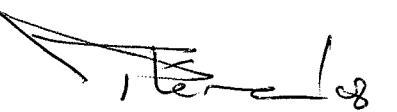
Art. 14 Kündigung / Rücktritt

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. Bei individuellen Rücktritt von einem Versicherer bleibt den Administrativvertrag für den anderen Versicherer gültig. 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.

Bern, den 2. September 2011

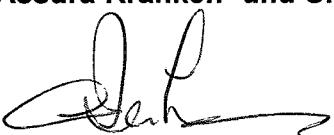
Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK

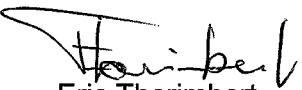

Pierre Théraulaz
Präsident


Elsbeth Wandeler
Geschäftsführerin

Pully, den 23. August 2011

Assura Kranken- und Unfallversicherung


Claude Reverchon
Direktor


Eric Thorimbert
Verhandlungsverantwortlicher

Lausanne, den 23. August, 2011

SUPRA Krankenversicherung


Jean-Jacques Chapuis
Vizedirektor


Nicolas Tanner
Verhandlungsverantwortlicher

Anhang 1: Vereinbarung über die Kontrollen der Krankenversicherer

1. Grundsätzliches

¹ Der Leistungserbringer anerkannt das Recht dem Versicherer zur Überprüfung der vom Versicherer bezahlten Pflegeleistungen. Letztinstanzliche Gerichtsentscheide, welche die Kontrollen beeinflussen, werden in diese Vereinbarung integriert. Die Vereinbarung bezieht sich ausschliesslich auf Kontrollen vor Ort. Unbenommen davon, kann der Versicherer auch Elemente der Bedarfsabklärung für die Kontrolle der Pflegeleistung schriftlich gemäss Art. 8 KLV Abs. 5 einfordern.

2. Befähigung zur Vornahme der Bedarfsabklärung

¹ Die Bedarfsabklärung dürfen nur von Pflegefachpersonen gemäss KVG vorgenommen werden, die über Erfahrung im Pflegeberuf verfügen. Sie müssen mit den aktuell angewendeten Bedarfsabklärungsinstrumenten vertraut sein.

3. Befähigung der Kontrollpersonen

¹ Kontrollpersonen können nur Pflegefachpersonen sein, die über Erfahrung im Pflegeberuf verfügen. Sie müssen mit den aktuell angewendeten Bedarfsabklärungsinstrumenten vertraut sein.

4. Datenschutz

¹ Die eingesehenen Daten dürfen nur zum Zwecke der Kontrolle / Überprüfung verwendet werden. Die Kontrollpersonen unterstehen der Schweigepflicht gemäss Art. 84 KVG sowie Art. 33 ATSG.

5. Festlegen des Kontrolltermins

¹ Der Versicherer meldet sich telefonisch oder schriftlich bei dem entsprechenden Leistungserbringer zur Kontrolle an. Dieser vereinbart mit dem Versicherer einen Termin, der in der Regel innerhalb von zehn Arbeitstagen liegt.

6. Durchführung der Kontrolle

¹ Den Kontrollpersonen werden die entsprechenden Dokumente der fraglichen Dossiers zum Studium vorgelegt. Die Kontrollperson prüft die Dokumente beim Leistungserbringer. Nach dem Aktenstudium erfolgt eine Besprechung der Dossiers mit den für die Pflegeplanung verantwortlichen Personen.

7. Einsicht/ Dokumente

¹ Zur Einsicht werden der oder den Kontrollperson/en folgende Dokumente vorgelegt:

- Ärztliche Anordnung
- Bedarfsabklärung
- Dokument aus dem die Pflegeplanung ersichtlich ist
- Dokument aus dem der Pflegeverlauf nachvollziehbar ist (Pflegedokumentation)
- Dokumente aus denen der Leistungsnachweis ersichtlich ist, soweit dies nicht schon aus der Pflegedokumentation der Fall ist
- Kopien der Rechnungen der drei vorangegangenen Monate bei Kontrollen vor Ort

8. Schriftliche Belege

¹ Nach Durchführung der Kontrolle muss seitens der Kontrollperson/en des Leistungserbringers innerhalb von zehn Arbeitstagen eine schriftliche Begründung allfälliger Korrekturen vorgelegt werden. Festgehalten werden müssen folgenden Punkte:

- Name der Kontrollperson/en
- Datum der Kontrolle
- Name und Adresse des Klienten oder der Klientin

- Neubeurteilung durch die Kontrollperson/en
- Begründung der Änderung der Pflegebedarfs-/leistungen durch die Kontrollperson
- Unterschrift der Kontrollperson/en

9. Rekurse / Kontroll- und Schlichtungsstelle

¹ Wenn der Leistungserbringer mit der Neubeurteilung der Versicherer nicht einverstanden ist, hat er die Möglichkeit, an der SBK gemäss Art. 12 Abs. 2 des Vertrages zu gelangen.

10. Inkrafttreten der Änderung der geplanten Pflegeleistung

¹ Allfällige Änderungen der Pflegeleistungen gemäss Artikel 8 gelten ab dem zehnten Tag nach dem Versanddatum der Korrektur durch den Versicherer. Wird eine Korrektur des voraussichtlichen Pflegebedarfs an Schlichtungsstelle weitergezogen, so hat der Weiterzug aufschiebende Wirkung. Kommt die Schlichtungsstelle zum Schluss, dass die Änderung des vorgesehene Pflegebedarfs durch den Versicherer zur recht erfolgt ist, dann wird die geänderte Pflegeplanung ab dem Datum der Kenntnisnahme des Entscheides folgenden Arbeitstagen wirksam.

² Vorbehalten sind offensichtliche oder missbrauchliche Falschverrechnungen oder Bedarfsmeldungen, welche Rückforderungen zur Folge haben können.

Bern, den 7. September 2011

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK

Pierre Théraulaz
Präsident

Elsbeth Wandeler
Geschäftsführerin

Pully, den 23. August 2011

Assura Kranken- und Unfallversicherung

Claude Reverchon
Direktor

Eric Thorimbert
Verhandlungsverantwortlicher

Lausanne, den 23. August 2011

SUPRA Krankenversicherung
Jean-Jacques Chapuis
Vizedirektor

Nicolas Tanner
Verhandlungsverantwortlicher