SBK
ASI
Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Association suisse des infirmières et infirmiers
Associazione svizzera infermiere e infermieri

Helsana

Administrativvertrag

zwischen

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

und

**Helsana Versicherungen AG
Zürichstrasse 130
8600 Dübendorf
(Postadresse: Postfach, 8081 Zürich)**

Präambel

Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK und Helsana 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] 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 die Helsana Versicherungen AG sowie die im Anhang 2 bezeichneten Versicherer, nachfolgend als Versicherer bezeichnet.

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

[3] Die Helsana Versicherungen 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 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] 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 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 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 Krankenversicherer 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 Administrativvertragesist 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

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK

Pierre Théraulaz
Präsident

Elsbeth Wandeler
Geschäftsführerin

Dübendorf, den

Helsana Versicherungen AG

i.V.

Peter Graf
Leiter Leistungseinkauf

i.V.

Daniel Maag
Leiter Leistungseinkauf Kliniken Ost / Pflege

Anhang 1: Verzeichnis der dem Administrativvertrag beigetretenen Leistungserbringer

Anhang 2: Verzeichnis der dem Administrativvertrag angeschlossenen Krankenversicherer

- Progrès Versicherungen AG, 8081 Zürich, BAG-Nummer 994
- Sansan Versicherungen AG, 8081 Zürich, BAG-Nummer 1566
- Avanex Versicherungen AG, 8081 Zürich, BAG-Nummer 1565
- maxi.ch Versicherungen AG, 8081 Zürich, BAG-Nummer 1574

Anhang 3a: Formular Bedarfsmeldung

Ärztliche Verordnung der Pflege ambulant oder zu Hause

Personalien Kunde/in	**Namen und Adresse Versicherung**
Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ/Ort	
Geburtsdatum	
Telefon Privat	
Arbeitgeber	an Vertrauensarzt
PLZ/Ort	Diagnose:
Telefon Geschäft	
Versicherer	
Vers./Unfall-Nr.	

[ ] Unfall [ ] Krankheit [ ] Invalidität [ ] Geburtsgebrechen [ ] Mutterschaft [ ] Hilflosenentschädigung

Ärztliche Verordnung **[ ] Erstabklärung** **[ ] Neuevalutation**

(nur bei ärztl. verordneter Massnahme, z.B. Injektion Medikamente durch Arzt/Ärztin auszufüllen)

Zeitdauer von: bis:

Krankenpflege (durch Pflegefachfrau/-mann auszufüllen)

Leist. nach KLV 7 / Tarifziffer	Leistungen	Häufigkeit	Dauer in Minuten pro Quartal
Total a			
Total b			
Total c			
Total			

Arzt/Ärztin (Stempel) ZSR-Nr.:	Pflegefachfrau/-mann ZSR-Nr.:
	Name/ZSR-Nr. von weiteren an dieser Pflege Beteiligten:
Datum: Unterschrift Arzt/Ärztin:	Datum: Unterschrift Pflegefachfrau/-mann:

Version April 2011

Anhang 3b: Liste der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV

Name _____ Vorname _____

Anzahl	=	Anzahl der Leistungen	
Häufigkeit	=	Einheit: • **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: o Unfall o Krankheit o Invalidität o Prävention o Mutterschaft
Die Behandlung ist: o abgeschlossen o 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 .....**

Version April 2011

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, Altersiedlungen, 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 Pflegleistungen 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,
ame, 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) Einschätzung der Selbstständigkeit.
j) Voraussichtliche Anzahl Pflegetätigkeiten 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, 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:
- 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.).....

	Selbstständigkeit				**Bemerkungen**
	--	-	+	+ +	
Verstehen und sich ausdrücken					
Sich orientieren					
Mitwirkungsfähigkeit / Compliance / Adherence					

					Pflegetätigkeiten 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								

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: .....

ZSR Nummer: .....

Datum: .....

Unterschrift:

Ärztin/Arzt: .....

ZSR Nummer: .....

Datum: .....

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 /Bedarfsmeldung 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 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: .....

ZSR Nummer: .....

Datum: .....

Unterschrift:

Ärztin/Arzt: .....

ZSR Nummer: .....

Datum: .....

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