Erläuterungen zu den relevanten Anpassungen in den Administrativverträgen zwischen dem SBK und den Krankenversicherungen (tarifsuisse AG, HSK und CSS)

Die nachfolgenden Erläuterungen zeigen auf, in welchen Bereichen Anpassungen oder Neuerungen vorgenommen wurden und wie die entsprechenden Modalitäten festgelegt sind. Auf eine Auflistung rein sprachlicher Korrekturen, sowie Erläuterungen zu den jeweiligen Verträgen wird verzichtet.

Der SBK erwartet, dass alle freiberuflichen Pflegefachpersonen die neuen Administrativverträge sorgfältig konsultieren, aufmerksam lesen und deren Bestimmungen konsequent anwenden.

Die französische und die italienische Sprachversion befinden sich aktuell in Bearbeitung und werden zu gegebener Zeit auf der Website aufgeschaltet.

Vertragsbeitritt eines Leistungserbringers (Anpassung) und Übergangsbestimmungen (Neu)

Als Beitrittsdatum gilt das Datum des Eingangs des Beitrittsgesuch beim SBK.

Freiberufliche Pflegefachpersonen, die dem bisherigen Vertrag beigetreten sind, werden automatisch in den neuen Vertrag überführt.

Wer dies nicht wünscht, muss dem SBK bis spätestens 30. Juni 2025 (Datum des Poststempels) einen schriftlichen Austritt mitteilen.

Vertragsrücktritt oder -ausschluss eines Leistungserbringers (Neu)

Harmonisierung der Rücktritte per Ende Jahr, mit Einhaltung der sechsmonatigen Rücktrittsfrist.

Der Ausschluss, ermöglicht dem SBK, freiberufliche Pflegefachpersonen aus wichtigen Gründen aus dem Vertrag auszuschließen. Als wichtige Gründe gelten unter anderem gravierende Vertragsverletzungen, der Entzug der kantonalen Berufsausübungsbewilligung oder das Nichtbezahlen fälliger Gebühren.

Leistungsvoraussetzungen (Anpassung)

Die Voraussetzung "auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag" entfällt, bei Pflegeleistungen **«a»** und **«c»,** setzen jedoch immer eine Bedarfsermittlung voraus**.**

Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung (Anpassung)

Dieser Artikel regelt die Verfahren für Pflegeleistungen, die mit oder ohne ärztlichen Auftrag oder Anordnung erbracht werden (Art. 8 und 8a KLV).

Die Bedarfsermittlung (Art. 8a KLV) umfasst die gemeinsame Beurteilung der Gesamtsituation mit dem Patienten, der Patientin oder den Angehörigen hinsichtlich der pflegerischen Leistungen gemäß Art. 7 KLV.

- Pflegeleistungen gemäß Art. 7 Abs. 2 Buchstaben **"a"** und **"c"** (Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination sowie Grundpflege) können ohne ärztlichen Auftrag oder Anordnung erbracht werden.
- Das Ergebnis der Bedarfsermittlung ist dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin umgehend zu übermitteln.
- Die Erneuerung der Bedarfsermittlung erfolgt spätestens nach neun Monaten.
- Maximal zwei Verlängerungen zu je neun Monaten sind möglich, insgesamt 27 Monate. Die 27 Monate gelten unabhängig von der Anzahl der Erneuerungen.
- Nach 27 Monaten muss innerhalb eines Monats ein Bericht über Art, Verlauf und Ergebnis der Pflegeleistungen dem Arzt oder der Ärztin vorgelegt werden.
- Danach beginnt ein neuer Zyklus von 27 Monaten.

Pflegeleistungen gemäß Art. 7 Abs. 2 Buchstabe **"b"** (Massnahmen der Untersuchung und Behandlung) bedürfen der ausdrücklichen Zustimmung des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin (Art. 8 KLV).

- Diese Leistungen dürfen für maximal neun Monate verordnet werden.
- Bei einer Verlängerung oder Erneuerung des ärztlichen Auftrags oder der Anordnung ist eine neue Bedarfsermittlung erforderlich.

Bedarfsmeldung an die Versicherer (Anpassung)
Enthält die Bedarfsmeldung Leistungen aller Kategorien, gilt die Unterschrift des Arztes ausschließlich für die von ihm verordneten Leistungen (Art. 7 Abs. 2 Buchstabe **b** KLV)

So wurde in der Liste zum **Anhang «Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldeformular»** eine zusätzliche Rubrik eingefügt, welche ermöglicht, alle Leistungen auf einem Formular aufzuzeigen, jedoch Klarheit zu schaffen, dass nur die **«b»** Leistungen durch den Arzt oder der Ärztin verordnet sind.

Der SBK ist daran, die Ärzte und Ärztinnen über entsprechende Stellen zu informieren.

Rechnungsstellung (Anpassung)
Auf der Rechnung wird nur die Gültigkeitsdauer der ärztlichen Anordnung oder Verordnung für **"b"** Leistungen verlangt.

Das Gesetz gibt vor, dass die Rechnung angeben muss, welche Leistungen mit oder ohne ärztliche Verordnung erbracht wurden. Liegen die technischen Voraussetzungen im «Forum Datenaustausch» vor, so liegt es an den Softwareanbietern die Vorgaben in ihren Systemen aufzunehmen, damit freiberufliche Pflegefachpersonen gesetzeskonform Rechnung stellen können

---

Zahlungsmodalitäten (Anpassung)
Für Rechnungen, die nicht elektronisch übermittelt werden, gilt das System des Tiers garant (TG)