

# Tarifvertrag

zwischen

**dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner  
(SBK)**

und

**der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK),  
der Militärversicherung (MV)**

vertreten durch die

**Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva),  
Abteilung Militärversicherung,**

**der Invalidenversicherung (IV),**

vertreten durch das

**das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)**

(nachfolgend zusammen Versicherer genannt)

Anmerkung: Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Aus Gründen der Lesbarkeit wird jeweils nur die männliche Form verwendet. Referenzen auf Artikel (Art.) und Absätze (Abs.) beziehen sich auf den vorliegenden Vertrag soweit nicht ausdrücklich anders vermerkt. Bei Unklarheiten in der Interpretation ist die deutsche Version massgebend.

## **Art. 1 Geltungsbereich**

<sup>1</sup> Der Tarifvertrag regelt die Abgeltung von ambulanten Pflegeleistungen an Personen, die im Sinne des UVG, des IVG oder des MVG versichert sind.

<sup>2</sup> Weitere Bestandteile des Tarifvertrages sind die Tarifstruktur und die Vereinbarung über die Paritätische Vertrauenskommission (PVK) vom 25. Oktober 1999.

<sup>3</sup> Für Leistungen zugunsten von Versicherten der Invalidenversicherung (IV) sind die gesetzlichen Bestimmungen des IVG, der IVV und die dazugehörigen Weisungen des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) massgebend. Im Unfallversicherungsbereich bilden das UVG, die UVV und die HVUV die Grundlagen für den Tarifvertrag. Im Militärversicherungsbereich bilden das MVG und die MVV die Grundlage für den Tarifvertrag.

## **Art. 2 Zulassungsbedingungen**

<sup>1</sup> Pflegefachpersonen können dem Tarifvertrag beitreten, sofern sie die notwendigen fachlichen und personellen Qualifikationen (gemäss Art. 49 KVV) aufweisen und über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung verfügen.

<sup>2</sup> Das Beitrittsverfahren wird durch den SBK nach vollständiger Unterzeichnung des vorliegenden Tarifvertrages eingeleitet. Die Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes (gemäss Art. 49 KVV) sind anwendbar. Der SBK regelt die Modalitäten der Beitritte und Rücktritte und trägt vollumfänglich die entsprechende Verantwortung. Er ist insbesondere dafür verantwortlich, dass ausschliesslich Leistungserbringer dem Vertrag beitreten, welche die Bedingungen gemäss Art. 2 Abs. 2 dieses Vertrages vollumfänglich erfüllen. Die Versicherer übernehmen diesbezüglich keine Rolle und keine Verantwortung. Der Rücktritt vom vorliegenden Vertrag erfolgt durch schriftliche und unterschriebene Erklärung des Leistungserbringers zuhanden des SBK. Der Rücktritt ist unter Einhaltung einer sechsmonatigen Rücktrittsfrist jeweils auf das Jahresende möglich. Erstmals per 31. Dezember 2025.

<sup>3</sup> Der SBK führt eine Liste derjenigen Pflegefachpersonen, welche gemäss den Voraussetzungen von Art. 2 Abs. 1 und Abs. 3 zu Lasten der Versicherer abrechnen dürfen. Der SBK stellt diese Liste den Versicherern monatlich zu.

## **Art. 3 Ablehnung und Ausschluss**

<sup>1</sup> Die Aufnahme auf die Liste der abrechnungsberechtigten Pflegefachpersonen ist nur möglich, sofern die beruflichen und betrieblichen Voraussetzungen gemäss Art. 49 KVV erfüllt sind.

<sup>2</sup> Ein Entzug der kantonalen Berufsausübungsbewilligung (BAB) führt zum sofortigen automatischen Rücktritt vom Vertrag.

## **Art. 4 Ärztliche Verordnung**

<sup>1</sup> Leistungen von Pflegefachpersonen müssen medizinisch indiziert und ärztlich verordnet sein, damit sie gegenüber den Kostenträgern gemäss Vertrag abgerechnet werden können. Bestehen Unklarheiten hinsichtlich der ärztlichen Verordnung, so muss jene Partei, die eine Unklarheit reklamiert, diese mit dem verordnenden Arzt klären.

<sup>2</sup> Unter Vorbehalt von Absatz 3 werden ärztliche Verordnungen nur auf einem gültigen Bedarfsmeldeformular akzeptiert.

<sup>3</sup> Erfolgt die Verordnung in anderer Form, müssen sämtliche auf den entsprechenden, gültigen offiziellen Formularen sowie auf der Leistungszusammenfassung enthaltenen Angaben vorhanden sein; ansonsten ist der Arzt auf die Verwendung des entsprechenden, gültigen Formulars aufmerksam zu machen.

<sup>4</sup> Ergeben sich Anpassungen hinsichtlich der Bedarfsmeldung, halten die freiberuflichen Pflegefachperson mit dem zuständigen Arzt Rücksprache. Die Verordnung und die Bedarfsmeldung sind gegebenenfalls neu auszustellen.

<sup>5</sup> Abweichend von den Vorgaben gemäss Abs. 1 bis 4 ist für die IV das Formular „Spitex-Fragebogen/ Verordnung für die Spitex-Behandlungspflege“ gemäss aktuellem IV-Rundschreiben auszufüllen.

## **Art. 5 Material**

<sup>1</sup> Verbrauchsmaterial kann durch die Pflegefachpersonen separat verrechnet werden. Es gilt der Einstandspreis. Allfällige Rabatte sind dem Versicherer weiterzugeben. Für Verbrauchsmaterialien, die in der MiGeL aufgeführt sind, gelten maximal die Höchstvergütungsbeträge (HVB). Abweichungen beim HVB und bei Mengenlimitationen sind in medizinisch begründeten Fällen und auf Gesuch hin möglich.

<sup>2</sup> Die Artikel sind mit Preisangabe und Abgabedatum (Datum der Sitzung) aufzuführen.

<sup>3</sup> Nicht vergütet wird das wiederverwendbare Instrumentarium, welches im Eigentum der Pflegefachpersonen ist.

## **Art. 6 Pauschale bei unvorhergesehener / notfallmässiger Hospitalisation**

<sup>1</sup> Die Pauschale ist eine Entschädigung für den Aufwand, die der Leistungserbringer aufgrund einer kurzfristigen Absage eines geplanten Einsatzes hat. Sie ist nur anwendbar bei nicht-hospitalisierten Versicherten, die weniger als 48 Stunden vor einem bereits vereinbarten Einsatz einer Pflegefachperson unvorhergesehen bzw. notfallmässig hospitalisiert werden.

<sup>2</sup> Die Pauschale wird am geplanten und aufgrund der Hospitalisation ausfallenden Einsatztag verrechnet.

## **Art. 7 Qualitätssicherung**

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, das Qualitätsmanagementsystem des Fachverbands curacasa der freiberuflichen Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ([www.curacasa.ch](http://www.curacasa.ch)) umzusetzen.

## **Art. 8 WZW-Kriterien**

Die Pflegefachperson unterbreitet dem zuständigen Versicherer ein Bedarfsmeldeformular sowie eine Leistungszusammenfassung. Sie muss eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlung vorschlagen (UVG Art.48 und 54 und HVUV Art.1 Abs.2; IVG Art. 21 Abs. 3 und HVI Art. 2 Abs. 4; MVG Art. 16 und 25).

## **Art. 9 Besondere Bestimmungen für die Invalidenversicherung**

<sup>1</sup> Voraussetzung für die Vergütung der Leistungen durch die Invalidenversicherung ist eine

Verfügung der zuständigen IV-Stelle im Einzelfall. Die Massnahmen sind im Rahmen dieser Verfügung durchzuführen und auf das durch das Behandlungsziel (KSME, Rz. 14 und 32) gebotene Ausmass zu beschränken.

<sup>2</sup> Verändert sich das Behandlungsziel und/oder der Leistungsbedarf, ist im Einvernehmen mit der zuständigen IV-Stelle der Behandlungsplan anzupassen. Dabei ist auf den Vorschlag des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin und auf die persönlichen Verhältnisse der Versicherten in angemessener Weise Rücksicht zu nehmen.

<sup>3</sup> Den Organen der IV (Kantonale IV-Stellen, Zentrale Ausgleichsstelle, Bundesamt für Sozialversicherungen) sind die für die Zusprache und Ausrichtung von Leistungen verlangten Auskünfte und Unterlagen ohne Verzögerung zu erteilen bzw. zuzustellen.

## **Art. 10 Leistungsgarantie, Rechnungsstellung und Vergütung**

<sup>1</sup> Für die Behandlung von Versicherten der IV sind die gesetzlichen Bestimmungen nach dem IVG und die entsprechenden Verordnungen und Weisungen des BSV massgebend.

<sup>2</sup> Für die Behandlung von Versicherten der UV sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen der Versicherer nach dem UVG sowie die entsprechenden Richtlinien und Weisungen der UV massgebend.

<sup>3</sup> Für die Behandlung von Versicherten der MV sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen nach dem MVG sowie die entsprechenden Richtlinien und Weisungen der MV massgebend.

<sup>4</sup> Die Rechnung ist nach dem tatsächlichen Erbringen der Leistung direkt an den zuständigen Versicherer zu richten. Eine Zwischenrechnung kann monatlich gestellt werden.

<sup>5</sup> Die Rechnungsstellung erfolgt in elektronischer Form ab dem 1. Januar 2025.

<sup>6</sup> Die Rechnung muss folgende Angaben enthalten:

1. Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum und Versichertennummer des Patienten, Verfügungsnummer der IV
2. Name, Vorname, Adresse des Leistungserbringers mit ZSR-Nummer (nur IV) und GLN-Nummer
3. Name, Vorname, Adresse, GLN-Nummer des verordneten externen Arztes oder Name, Vorname des verordnenden Spitalarztes
4. Grund der Behandlung, wenn möglich (Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen)
5. Unfalldatum, falls vorhanden
6. Kalendarium der Leistungen mit folgenden Angaben:
  - I Tarifiziffern und Frankenbeträge der erbrachten Leistungen
  - II Total Frankenbetrag der Leistungen
7. Rechnungstotal und Zahlungskoordination
8. Rechnungsdatum

<sup>7</sup> Leistungen, die in diesem Tarifvertrag nicht geregelt sind, werden im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben nur dann vergütet, wenn sie vorgängig mit dem zuständigen Versicherer vereinbart worden sind.

## **Art. 11 Vergütungsregelung**

Die Versicherer verpflichten sich, die Rechnungen innert 30 Tagen nach Rechnungseingang zu begleichen, sofern die vereinbarten Leistungen tatsächlich erbracht wurden, alle notwendigen Dokumente in der geforderten Qualität vorliegen und die Leistungspflicht hinreichend abgeklärt werden konnte. Kann diese Frist nicht eingehalten werden, ist der Leistungserbringer über die Ursache zu orientieren.

## **Art. 12 Tarifschutz**

Vom Versicherten dürfen für Leistungen nach diesem Tarifvertrag keine zusätzlichen Vergütungen verlangt werden. Zuzahlungen durch den Versicherten sind nicht zulässig. Bezieht eine nach UVG versicherte Person Hilfslosenentschädigung ist der Prozess gemäss separatem Merkblatt «Versicherte mit Hilfslosenentschädigung UVG» anzuwenden.

## **Art. 13 Rechte und Pflichten der Pflegefachpersonen**

<sup>1</sup> Die Leistungserbringer verpflichten sich, dafür besorgt zu sein, dass den Patienten die notwendige Behandlung gemäss vorliegendem Tarifvertrag zuteil wird.

<sup>2</sup> Die Leistungserbringer verpflichten sich, ausschliesslich Leistungen in Rechnung zu stellen, die von ihnen persönlich erbracht worden sind.

<sup>3</sup> Die Leistungserbringer sind im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen, der ärztlichen Verordnung, der Weisungen des zuständigen Versicherers (Art. 14 Abs. 1), ihres Fachwissens und den Regeln der Kunst («state of the art») frei in der Wahl ihrer diagnostischen und therapeutischen Massnahmen.

<sup>4</sup> Die erbrachten Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Behandlung muss sich auf das für den Behandlungszweck erforderliche Mass beschränken.

<sup>5</sup> Die vorgenommenen Abklärungen und Behandlungen müssen für jede versicherte Person so dokumentiert werden, dass sie bezüglich des Zeitpunkts, Umfangs und Inhalts für die Versicherung nachvollziehbar und überprüfbar sind. Als Referenz dient das Dokument "Pflege dokumentieren" des SBK.

<sup>6</sup> Schuldner der Leistung ist der Versicherer (Naturalleistungsprinzip); mit der tarifkonformen Leistungsabrechnung sowie deren Begleichung sind sämtliche Leistungen, die für die UV-/MV-Versicherer bzw. gemäss IV-Verfügung durchgeführt wurden, abgegolten. Die Rechnungsstellung des Leistungserbringers erfolgt an den Versicherer («Tiers payant»).

## **Art. 14 Rechte und Pflichten der Versicherer**

<sup>1</sup> Die Versicherer können bezüglich einer zweckmässigen Behandlung des Patienten Weisungen zuhanden der Leistungserbringer erlassen, welchen die Leistungserbringer (unter Vorbehalt der gesetzlichen Vorgaben und der Regeln der Kunst) Folge zu leisten haben.

<sup>2</sup> Die Versicherer verpflichten sich, diesen Vertrag auf alle vertraglich verpflichteten Pflegefachpersonen einheitlich anzuwenden und, soweit es die gesetzlichen Bestimmungen grundsätzlich zulassen, keine durch diesen Vertrag erfasste Leistungen abzugelten, welche von nicht vertraglich verpflichteten Pflegefachpersonen erbracht werden.

<sup>3</sup> Sie verpflichten sich, den in der Schweiz tätigen Pflegefachpersonen, die den Beitritt zum Vertrag nicht erklärt haben, keine vom vorliegenden Tarifvertrag abweichenden

Bedingungen einzuräumen.

### **Art. 15 Paritätische Vertrauenskommission (PVK)**

Die Vertragsparteien setzen eine Paritätische Vertrauenskommission (PVK) ein, die die Aufgabe als vertragliche Schlichtungsinstanz wahrnimmt, und sich mit der Neubewertung und Überarbeitung der Tarifstruktur befasst. Deren Zusammensetzung, Aufgaben, Kompetenzen und Modalitäten sind in einer separaten Vereinbarung geregelt.

### **Art. 16 Datensammlung und -validierung sowie Tarifierpassung**

<sup>1</sup> Der SBK verpflichtet sich zur Beschaffung und Schaffung repräsentativer und homogener Datengrundlagen, damit das Kostenmodell mit validen Eckwerten hinterlegt werden kann. Die Verantwortung für die Definition der zu sammelnden Daten sowie für die Sammlung der Daten liegt bei dem SBK.

<sup>2</sup> Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Eckwerte des Kostenmodells zu überprüfen und den Stundenkostensatz neu zu verhandeln, sobald die Datengrundlagen von zwei vollständigen Jahren in der geeigneten Qualität und Repräsentativität vorliegen und von dem SBK an die Versicherer übermittelt worden sind. Dabei werden alle anfallenden Kosten abgebildet. Das bisherige anerkannte Kostenmodell wird weiterhin die Grundlage der Verhandlungen bilden.

<sup>3</sup> Es gilt der Grundsatz, dass Normkosten ermittelt werden sollen, die den Aufwand eines effizient arbeitenden Betriebes decken. Dies sind nicht zwangsläufig die Vollkosten einer einzelnen Pflegefachpersonen.

<sup>4</sup> Der SBK verpflichtet sich, die Versicherer vor Beginn der Datensammlung über Repräsentativität und Umfang der Datensammlung zu informieren. Die Vertragsparteien tauschen sich regelmässig aus.

<sup>5</sup> Die Versicherer nehmen gegenüber dem SBK zur Repräsentativität und zum Umfang der Datensammlung Stellung und geben ihre schriftliche Zustimmung zum vereinbarten Vorgehen. Die Versicherer unterstützen den SBK im Rahmen ihrer Möglichkeiten bei der Datensammlung. Spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten dieses Vertrags lädt der SBK zu einer gemeinsamen, umfassenden Bestandesaufnahme, damit sich die Vertragsparteien über das Vorgehen im zweiten Jahr der Datensammlung absprechen können.

<sup>6</sup> Als Basis dient folgender Wert des Landesindex der Konsumentenpreise (LIK): April 1999: 104.7 Punkte / April 2024: 122.6 Punkte. (Quelle: Landesindex der Konsumentenpreise, Mai 2024).

<sup>7</sup> Die Vertragsparteien prüfen mindestens alle 3 Jahre oder auf begründeten Antrag einer Partei hin, ob Verhandlungen über Tarifierpassungen oder über eine Neufestsetzung des Stundenkostensatzes aufzunehmen sind. Erstmals können solche Verhandlungen am 1. Januar 2027 aufgenommen werden.

Wenn immer möglich sollen Tarifierpassungen über die Struktur des Tarifieres erfolgen.

Die Vertragsparteien nehmen Verhandlungen über eine Neufestsetzung des Stundenkostensatzes auf, sobald sich der Wert des LIK, im Vergleich zu dem in Abs. 6 genannten Stand um + 5% oder - 5% verändert; dies erfolgt frühestens am 1. Januar 2027.

Im Rahmen der Verhandlungen sind die folgenden Kriterien zu berücksichtigen:

- a) die wirtschaftlichen, sozialpolitischen und die gesetzlichen Rahmenbedingungen,
- b) die Entwicklung von abgerechneten Pflegeleistungen basierend auf zu diesem Zweck erstellten Analysen. Hierzu entwickeln die Parteien ein zweckmässiges Kosten-Monitoring, welches separat vereinbart wird,
- c) die Parameter des vereinbarten Kostenmodells gem. Ziffer 4 der Monitoring-Vereinbarung.

## **Art. 17 Datenschutz**

<sup>1</sup> Im Rahmen dieses Vertrages sind die Bestimmungen des Datenschutzes gemäss Bundesgesetz vom 25. September 2020 über den Datenschutz (DSG), des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG), des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG) und des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der entsprechenden Verordnungen zu berücksichtigen.

<sup>2</sup> Insbesondere bestätigen die Vertragsparteien, dass die Bearbeitung von Personendaten bei der Abwicklung des vorliegenden Vertrages stets nach Treu und Glauben, verhältnismässig und nicht für andere Zwecke als vereinbart erfolgt. Sie stellen zudem durch adäquate Massnahmen sicher, dass nur die vereinbarten Datenbearbeitungen vorgenommen werden.

<sup>3</sup> Die zu bearbeitenden Daten sind durch die Vertragsparteien mittels geeigneter technischer und organisatorischer Massnahmen vor dem Zugriff Unberechtigter zu schützen. Sobald Daten und Informationen nicht mehr benötigt werden, sind sie zurückzugeben bzw. gemäss dem Stand der Technik zu löschen oder unwiderruflich zu vernichten.

<sup>4</sup> Unabhängig davon, ob ein elektronisches Patientendossier gemäss Gesetz existiert, sind die Leistungserbringer verpflichtet, dem Versicherer die notwendigen Daten gemäss Art. 54a UVG, Art. 25a MVG und dem IVG zuzustellen.

<sup>5</sup> Die Vertragsparteien sind verpflichtet, Bestand und Inhalt des Vertrages sowie jegliche im Zusammenhang mit dem Vertrag zur Verfügung gestellten sowie die ihnen zugekommenen oder im Rahmen der Vertragserfüllung zur Kenntnis gebrachten Informationen und Daten über die Geschäftsbeziehungen der Vertragsparteien, den Betrieb der einzelnen Vertragspartei oder anderer Gesellschaften und Personen, Anspruchsberechtigte, Kunden oder alle anderen Informationen, die als vertraulich oder geschützt betrachtet werden müssen, auch nach Beendigung des Vertrages geheim zu halten.

## **Art. 18 Elektronische Datenübermittlung**

<sup>1</sup> Die Parteien vereinbaren, die elektronische Datenübermittlung zu unterstützen und zu integrieren, sobald die Voraussetzungen für eine sichere und schnelle Übertragung der für die Bearbeitung relevanten Dokumente gegeben sind.

<sup>2</sup> Der Informationsaustausch kann bei vorgängiger Absprache über geschützte HIN-Leitungen via E-Mail vorgenommen werden. Ein HIN-Abonnement muss nicht individuell erworben werden, sondern ist in der curacasa-Mitgliedschaft enthalten.

## Art. 19 Streitigkeiten

<sup>1</sup> Streitigkeiten aus diesem Vertrag zwischen Leistungserbringern und Versicherern werden von der Paritätischen Vertrauenskommission gemäss Art. 15 beurteilt.

<sup>2</sup> Kommt es zu keiner Einigung, richtet sich das weitere Vorgehen nach Art. 57 UVG, Art. 27 MVG bzw. Art. 27<sup>quinquies</sup> IVG.

<sup>3</sup> Für Streitigkeiten zwischen den Parteien dieses Vertrags wird als Gerichtsstand Luzern vereinbart. Es gilt das schweizerische Recht.

## Art. 20 Inkrafttreten und Kündigung

<sup>1</sup> Der Vertrag tritt per 1. Januar 2025 in Kraft.

<sup>2</sup> Der Vertrag kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten jeweils auf den 30. Juni oder den 31. Dezember gekündigt werden, erstmals per 31. Dezember 2026.

<sup>3</sup> Die Vertragsparteien verpflichten sich, nach einer Kündigung des Tarifvertrages unverzüglich neue Verhandlungen aufzunehmen. Kommt innerhalb der Kündigungsfrist keine Einigung zustande, so bleibt der Tarifvertrag bis zum Zustandekommen eines neuen Vertrages, höchstens jedoch für die Dauer von weiteren zwölf Monaten in Kraft.

<sup>4</sup> Die Kündigung des vorliegenden Vertrags beeinflusst die Gültigkeit der Vertragsbestandteile gemäss Art. 1 Abs. 2 nicht. Diese müssen separat gekündigt werden.

<sup>5</sup> Die Kündigung einzelner Vertragsbestandteile gemäss Art. 1 Abs. 2 beeinflusst die Gültigkeit des vorliegenden Vertrags nicht.

<sup>6</sup> Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages oder seiner Bestandteile gemäss Art. 1 Abs. 2 unwirksam oder ungültig sein oder werden, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen davon nicht berührt. Die Parteien verpflichten sich, anstelle der unwirksamen bzw. ungültigen Bestimmung eine dieser Bestimmung möglichst nahekommende wirksame bzw. gültige Regelung zu treffen.

<sup>7</sup> Der Tarifvertrag oder seine Bestandteile können in gegenseitigem Einvernehmen ohne vorangehende Kündigung jederzeit schriftlich geändert werden.

## Art. 21 Übergangsbestimmung

Der Vertrag gilt für alle Leistungen, welche nach dem Inkrafttreten erbracht werden, unabhängig vom Datum der IV-Verfügung. Vertragsmitglieder vom Tarifvertrag zwischen dem Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) und der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK), der Invalidenversicherung (IV), vertreten durch das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) und dem Bundesamt für Militärversicherung (BAMV) vom 25. Oktober 1999 sind mit Inkrafttreten des vorliegenden Vertrages automatisch an den vorliegenden Vertrag gebunden und gelten als dem vorliegenden Vertrag beigetreten.



Bern, Luzern, 1. Januar 2025

**Schweizer Berufsverband der  
Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner**

Präsidentin

Sophie Ley

Geschäftsführerin

Yvonne Ribi

**Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK)**

Präsident

Daniel Roscher

**Schweizerische Unfallversiche-  
rungsanstalt (Suva) Abteilung  
Militärversicherung**

Direktor

Martin Rüfenacht

**Bundesamt für Sozialversicherungen Geschäftsfeld Invalidenversicherung (IV)**

Vizedirektor

Florian Steinbacher

Dieser Vertrag wird 6-fach ausgefertigt.