

Informationen zu den Leistungen der Versicherer an die ambulante Hilfe und Pflege zu Hause (Non-Profit-Spitex) per 1.5.2013

1. Tarifschutz

Die Non-Profit-Spitex ist aufgrund ihres gesetzlichen Versorgungsauftrags - im Gegensatz zu den Profit-Organisationen - verpflichtet, **bei ausgewiesenem Bedarf, alle Klientinnen und Klienten** anzunehmen. Unabhängig davon, wie weit der Anfahrtsweg und wie kurz die Einsatzdauer ist.

2. Kostenträger der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex)

1. Krankenversicherer
2. Öffentliche Hand (im Aargau durch Gemeinden)
3. Bezügerinnen und Bezüger über Patientenbeteiligung (Pflege) sowie Selbstbehalt und Franchisen
4. Zusatzversicherung bei der Krankenkasse
3. Ergänzungsleistungen zur AHV oder IV (= abhängig von Einkommen und Vermögen)
4. Hilflosenentschädigung (= unabhängig von Einkommen und Vermögen)
4. Spezielle Fonds von Sozialwerken
5. Beiträge der Sozialhilfe der Gemeinde

⇒ *Auskunft zur Finanzierung erteilen die unentgeltlichen Beratungsstellen der Pro Senectute, der Pro Infirmis oder die zuständige AHV/IV-Ausgleichskasse.*

3. Welche Tarife bezahlen die Krankenversicherer?

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs (mittels Bedarfsabklärung) in der ambulanten Pflege geleistet werden.

Die Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex-Dienstleistungen) lassen sich in kassenpflichtige und nicht-kassenpflichtige Angebote unterteilen.

a) Kassenpflichtige Leistungen

Kassenpflichtig sind gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) die ärztlich verordnete Pflege und die Erstellung der dafür nötigen Bedarfsabklärung. Mit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung auf Anfang 2011 wird die Spitex-Pflege kantonal unterschiedlich finanziert. Zwar ist der Anteil, den die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt, überall gleich hoch, doch in einigen

Kantone müssen sich die Pflegebedürftigen an den Kosten beteiligen (siehe Patientenbeteiligung im Aargau).

Ambulante Pflege

Aus der **Grundversicherung** übernehmen die Versicherer **ärztlich verordnete Pflegeleistungen**, die in der Krankenpflege-Leistungsverordnung als Pflichtleistungen aufgeführt sind. Sie unterteilen sich in folgende Leistungsgruppen:

- Abklärung des Pflegebedarfs, Beratung
- Untersuchung und Behandlung
- Grundpflege
- Medikamente, medizinisches Verbrauchsmaterial, Hilfsmittel

Tarife ab 1. April 2012

Die Tarife für die Pflichtleistungen aus der Grundversicherung werden neu vom Bundesrat festgelegt:

Leistungsgruppen

a) Abklärung und Beratung	Fr. 79.80 pro Std.
b) Untersuchung und Behandlung	Fr. 65.40 pro Std.
c) Grundpflege	Fr. 54.60 pro Std.

(abgerechnet wird pro 5 Minuten, minimal 10 Minuten)

Auf diesen Tarifen dürfen **keine anderen Zuschläge** erhoben werden. Die Wegzeit und die Administration sind in den Tarifen inbegriffen und dürfen den Klientinnen und Klienten nicht zusätzlich in Rechnung gestellt werden.

Leistungserbringer ohne Leistungsvereinbarung mit den Gemeinden haben beschränkt auf das Jahr 2013 eine separate Tarif-Regelung. Sie unterstehen nicht dem Tarifschutz.

b) Nicht-kassenpflichtige Leistungen

Nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt sind unter anderem die hauswirtschaftlichen Leistungen und jene Pflegeleistungen, die nicht in der KLV aufgelistet sind; diese Preise legt die Spitex-Organisation in Absprache mit den Gemeinden fest. Nicht kassenpflichtige Leistungen bezahlen die Klientinnen und Klienten grundsätzlich selber. Gewisse Bereiche können durch eine private Zusatzversicherung abgedeckt werden.

c) Zusatzversicherungen

Aus der Zusatzversicherung bezahlen die Versicherer **hauswirtschaftliche Leistungen** sowie Leistungen und Verbrauchsmaterial, die nicht im Pflichtleistungskatalog der Grundversicherung enthalten sind (eine Bedarfsabklärung ist ebenfalls zwingend). In der Regel verlangen Krankenversicherer auch für diese Leistungen eine ärztliche Bestätigung. Die Höhe und der Umfang der Rückvergütung bei der Zusatzversicherung hängt von den Bestimmungen der individuellen Krankenversicherer ab.

Die **Tarife für Hilfe zu Hause (Hauswirtschaft) sind nicht kantonal geregelt**, deshalb sind die Spitex-Organisationen bei der Preisgestaltung frei. Diese Leistungen werden von den Gemeinden ebenfalls subventioniert (Restkosten).

d) Patientenbeteiligung im Kanton Aargau

Ab dem 1. Januar 2013 müssen Klientinnen und Klienten im Kanton Aargau für pflegerische Leistungen der Spitex (Pflege zu Hause) nach KVL Art. 7a eine **Patientenbeteiligung von 20%** pro rata temporis bezahlen (maximal Fr. 15.95 pro Tag), zusätzlich zum normalen Selbstbehalt und der Franchise.

Ausgenommen sind Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Altersjahr und Abrechnungen über IV, MV, UV (gemäss IVG, MVG, UVG).

Die Patientenbeteiligung muss von der Spitex-Organisation, welche die Leistungen erbracht hat, den Klientinnen und Klienten direkt verrechnet werden und entlastet die Gemeinden (Restkosten), nicht die Versicherungen.

e) Spezialfälle: Unfallversicherung, Militärversicherung, Invalidenversicherung

Pflegeleistungen bei Unfall

Zwischen Unfallversicherern (z.B. SUVA) und den Spitex-Verbänden bestehen keine Tarifvereinbarungen, jedoch stillschweigende Abkommen, dass die kantonalen Pflieger Tarife auch bei Unfall zur Anwendung kommen. Die Kostenübernahme erfolgt aber teilweise nach anderen Kriterien als im Krankheitsfall.

Auf pflegerische Leistungen, die über die UV, MV oder IV abgerechnet werden, darf **keine Patientenbeteiligung** erhoben werden. Bei der Rechnungsstellung müssen diese Klientinnen und Klienten explizit von der Patientenbeteiligung befreit werden. Bei der Aufnahme von Klientinnen und Klienten muss erfasst werden, welche Versicherung zuständig ist.

Bei **Personen, die bei einem Krankenversicherer unfallversichert sind** (z.B. Personen ohne Erwerbsarbeit) läuft auch ein Unfall über das KVG (vgl. auch Art. 8 KVG), die **Patientenbeteiligung muss somit erhoben werden**.

f) Selbstbehalt und Franchisen

Selbstbehalt und Franchisen **entfallen nicht** durch die Patientenbeteiligung. Das heisst, auf die Pflegeleistungen bezahlen die Klientinnen und Klienten - wie für andere kassenpflichtige Leistungen auch - einen **Selbstbehalt von 10%**.

Dazu gilt: Sobald die Gesundheitskosten für sämtliche Rechnungen (Arzt, Spital, Spitex, Physiotherapie usw.) den Betrag der individuellen Franchise erreicht haben, müssen die Versicherten einen Selbstbehalt von 10 % bis zu einem Betrag von maximal 700 Franken pro Jahr übernehmen (beachten Sie die Ausnahme bei Medikamenten). Das heisst, der Selbstbehalt kommt erst dann zur Anwendung, wenn die Franchise aufgebraucht ist.

4. Unter welchen Bedingungen bezahlen die Versicherer?

Die Krankenversicherer bezahlen aus der Grundversicherung die ärztlich verordnete Pflege und die dafür nötige Bedarfsabklärung, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

a) Die Krankenversicherung muss für die **Spitex-Pflege leistungspflichtig** sein, d.h. für die Kosten haftet keine andere Versicherung (Unfall-, Militär, Invalidenversicherung usw.).

b) Leistungsart und zeitlicher Umfang der Pflege muss durch Fachpersonal mit einer anerkannten Bedarfsabklärung ermittelt werden. Klientinnen und Klienten werden deshalb gebeten, dem abklärenden Personal Auskunft zu ihrer Situation zu geben. Die erhobenen Informationen werden vertraulich behandelt.

c) Leistungsart und zeitlicher Umfang der Pflege muss auf dem dafür bestimmten Formular **ärztlich angeordnet** sein. Das Formular "*Bedarfsmeldung /Ärztliche Anordnung*" muss von den Klientinnen und Klienten, zusammen mit der Rechnung der Spitex Organisation, der **Krankenversicherung eingesandt** werden.

d) Bei den Pflegeleistungen muss es sich um gesetzliche **Pflichtleistungen** handeln. Die Mindestqualifikationen der Spitex-Mitarbeitenden sind im Berufsbildungsgesetz und in den kantonalen Bestimmungen geregelt. Die Leistungen müssen von den Mitarbeitenden der Spitex wirtschaftlich und zweckmässig erbracht werden.

5. Wie viele Pflegestunden bezahlen die Krankenversicherer?

Die Krankenversicherer übernehmen nur Pflegestunden im Rahmen des gesetzlich festgelegten Mindestangebots. Die Spitex-Organisationen sind gesetzlich verpflichtet, den notwendigen Bedarf an Pflegeleistungen mittels **Bedarfsabklärung** zu ermitteln und ein voraussichtliches Zeitbudget aufzustellen. Dieses Zeitbudget muss der Arzt / die Ärztin auf dem Bedarfsmeldeformular/Ärztliche Anordnung mit seiner/ihrer Unterschrift bestätigen.

Übersteigt die Pflege 60 Pflichtleistungsstunden pro Quartal (d.h. durchschnittlich 40 Minuten Pflege pro Tag), ist die Spitex-Organisation im Einverständnis mit dem Klienten/der Klientin verantwortlich, beim Krankenversicherer die **weitere Kostenübernahme** abzuklären. Lehnt der Krankenversicherer eine solche ab, kann gegen die Ablehnung bei einer paritätisch zusammengesetzten kantonalen Kontrollstelle Einspruch erhoben werden. Diese entscheidet, ob die Ablehnung berechtigt ist oder nicht.

Die Vertrauensärzte der Krankenversicherer haben das Recht auf Einsicht in diejenigen Teile der Bedarfsabklärung, welche die Versicherungsleistungen betreffen.

6. Bezahlen die Versicherer bei Unfall an Leistungen der Hilfe zu Hause (Hauswirtschaft)

Gemäss Art. 10 UVG müssen die Leistungen der Hilfe zu Hause (Hauswirtschaft) wegen dem fehlenden Behandlungscharakter **nicht obligatorisch** vom UVG-Versicherer bezahlt werden. Für die Versicherer gilt jedoch, die Kosten/Nutzen-Überlegungen im Einzelfall nicht ausser Acht zu lassen (z.B. Einsparung hoher Spitalkosten durch frühzeitige Rückkehr nach Hause). Die Auslegung der einzelnen Versicherer kann jedoch unter Umständen unterschiedlich sein.

7. Wer finanziert die Restkosten der Spitex-Dienstleistungen?

Gemäss Pflegegesetz sind im Kanton Aargau die Gemeinden zuständig für die Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten und qualitativ guten Angebots der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Die Grundlagen für die Finanzierung der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) wird zwischen Gemeinden und Non-Profit-Spitex Organisationen mittels Leistungsvereinbarungen geregelt. Die Gemeinden übernehmen die Restkosten dieser Leistungen.

8. Was müssen Klientinnen und Klienten noch wissen?

Datenschutz

Alle im Kanton Aargau tätigen Spitex Organisationen unterstehen, ungeachtet ihrer Organisationsform, den kantonalen Datenschutzbestimmungen. Diese bezwecken den Schutz der Personendaten von Klientinnen und Klienten sowie den Schutz und die Sicherheit von Personendaten der Mitarbeitenden der Spitex.

Klientinnen und Klienten sind über die Auskunfts- und Einsichtsrechte zu informieren. Einschränkungen und Abweisungen des Einsichtsrechts sind zu begründen. Bei Streitigkeiten steht das Departement Gesundheit und Soziales beratend zur Verfügung.

9. Was tun bei ungenügender Rückerstattung durch die Krankenversicherung?

Unklarheiten sind am besten sofort direkt mit der zuständigen Krankenversicherung und/oder der Spitex-Organisation zu besprechen. Hat die Krankenversicherung eine Kostenübernahme von mehr als 60 Pflegestunden abgelehnt und die kantonale Kontrollstelle dies als berechtigt anerkannt, bleiben den Klientinnen und Klienten folgende Möglichkeiten:

- Anrufung einer schweizerischen oder kantonalen Patientenstelle
- Inanspruchnahme der Dienste des „Ombudsman der Krankenversicherungen“
- Beschreitung des Rechtsweges gemäss Art. 80 Krankenversicherungsgesetz.