

Informationen für Klientinnen und Klienten zu den Leistungen der Versicherer an die ambulante Hilfe und Pflege zu Hause (Non-Profit-Spitex) aktualisiert Juli 2013



1. Gesetzliche Grundlagen

Pflegegesetz Kanton Aargau (Stand 1. Januar 2013)

§11 Grundsatz

¹Die Gemeinden sind zuständig für die Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten und qualitativ guten Angebots der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Sie orientieren sich dabei an der Pflegeheimkonzeption und dem Spitex Leitbild.

³Das Angebot umfasst insbesondere

- a) Hilfe und Pflege zu Hause
- b) Grundversorgung, Palliative Care
- c) Stationäre Pflege
- d) Dienstleistungen im Bereich Information, Beratung und Vermittlung

⁴Soweit erforderlich schliessen die Gemeinden mit stationären und ambulanten Leistungserbringern entsprechende Leistungsvereinbarungen ab.

Art. 12b

¹Die Gemeinde am zivilrechtlichen Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person trägt die nicht von der Krankenversicherung und nicht von der anspruchsberechtigten Person gedeckten Kosten der Pflege zu Hause (Restkosten).

Pflegeverordnung

§28

¹Das Angebot orientiert sich am Bedarf und umfasst sowohl Langzeit- als auch Akutsituationen.

³Das Angebot muss im Weiteren spezialisierte Pflegeangebote in den Bereichen Kinder-, Onkologie- und Psychiatriepflege umfassen.

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

1. Krankenversicherer
2. Öffentliche Hand (im Aargau sind die Gemeinden zur Finanzierung der Restkosten verpflichtet).
3. Bezügerinnen und Bezüger über Patientenbeteiligung (Pflege) sowie Selbstbehalt und Franchisen
4. Zusatzversicherung bei der Krankenkasse
5. Ergänzungsleistungen zur AHV oder IV (= abhängig von Einkommen und Vermögen)
6. Hilflosenentschädigung (= unabhängig von Einkommen und Vermögen)
7. Spezielle Fonds von Sozialwerken
8. 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 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 Kantonen müssen sich die Pflegebedürftigen an den Kosten beteiligen (siehe Patientenbeteiligung im Aargau).

Ambulante Pflege

Aus der **Grundversicherung** übernehmen die Versicherer **ärztlich angeordnete 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 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)*

Krankenversicherungsgesetz

Art. 44

Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Die Bestimmungen über die Vergütung von Mittel und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst.a Ziff. 3) bleiben vorbehalten.

b) Nicht-kassenpflichtige Leistungen

Nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt sind unter anderem die hauswirtschaftlichen Leistungen und jene Pflegeleistungen, die nicht in der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) aufgelistet sind. 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 Spitem-Organisationen bei der Preisgestaltung frei. Diese Leistungen werden von den Gemeinden, nach Genehmigung der Tarife, ebenfalls subventioniert (Restkosten).

d) Patientenbeteiligung im Kanton Aargau

Ab dem 1. Januar 2013 müssen Klientinnen und Klienten im Kanton Aargau für pflegerische Leistungen der Spitem (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 zur 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 Spitem-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 Spitem-Verbänden bestehen keine Tarifvereinbarungen, jedoch stillschweigende Abkommen, dass die kantonalen Pflorgetarife 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

Der **Selbstbehalt** ist der Betrag, den der Versicherte bei Leistungsbeanspruchung von Arzt, Spital und Medikamenten selber tragen muss. Im Gegensatz zur Franchise ist dieser Betrag nicht wählbar. Der Selbstbehalt ist eine prozentuale Übernahme der Kosten, während die Franchise voll angerechnet wird.

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 den Betrag der individuellen Franchise erreicht haben, übernehmen die Versicherten einen Selbstbehalt von 10 % bis zu einem Betrag von maximal 700 Franken pro Jahr (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?

Damit die Krankenversicherungen Leistungen der ambulanten Pflege im Rahmen des Mindestangebots übernehmen, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Die Krankenversicherung muss für die **Spitem-Pflege leistungspflichtig** sein, d.h. für die Kosten haftet keine andere Versicherung (Unfall-, Militär, Invalidenversicherung usw.).
- Es muss sich um gesetzliche Pflichtleistungen handeln.
- Die Leistungen der ambulanten Pflege müssen aufgrund einer ärztlichen Anordnung oder auf ärztliche Anweisung hin (Art. 7 KLV) und aufgrund des ausgewiesenen Pflegebedarfs (Bedarfsabklärung) erbracht werden.
- Leistungsart und zeitlicher Umfang der Pflege muss durch Fachpersonal mit einer anerkannten Bedarfsabklärung ermittelt werden. Klientinnen und Klienten sind verpflichtet, dem abklärenden Personal Auskunft zu ihrer Situation zu geben. Die erhobenen Informationen werden vertraulich behandelt.
- Zusammen mit der Rechnung der Spitem Organisation, muss der Krankenversicherung die ärztliche Verordnung sowie das Bedarfsmeldeformular eingesandt werden, sofern dies die Spitem nicht bereits erledigt hat.

5. Wie viele Pflegestunden bezahlen die Krankenversicherer?

Die Krankenversicherer übernehmen nur Pflegestunden im Rahmen des gesetzlich festgelegten Mindestangebots. Die Spitem-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 Spitem-Organisation im Einverständnis mit dem Klienten/der Klientin verantwortlich, beim Krankenversicherer die **weitere Kostenübernahme** abzuklären.

Lehnt der Krankenversicherer eine Kostenübernahme ab, können Sie von der Krankenversicherung eine beschwerdefähige Verfügung verlangen.

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

Ihre Spitex Organisation kann auch ohne beschwerdefähige Verfügung bei Streitigkeiten zwischen Leistungserbringer (Spitex) und Versicherer die Paritätische Vertrauenskommission (PVK) beiziehen. Diese hat jedoch lediglich Empfehlungscharakter. Weitere Schritte finden Sie unter Punkt 8.

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. 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.

8. Was tun bei ungenügender Rückerstattung durch die Krankenversicherung?

Sind Sie mit einem Entscheid der Krankenversicherung nicht einverstanden, bestehen folgende rechtlichen Möglichkeiten:

- Verlangen Sie eine Erklärung (Versicherungen haben eine gesetzliche Auskunftspflicht)
- Wenden Sie sich an eine Beratungsstelle (siehe unten)
- Verlangen Sie eine schriftliche, beschwerdefähige Verfügung. In dieser Verfügung muss die Krankenversicherung ihren Entscheid begründen und auf die Rechtsmittel verweisen.
- Wenn Sie mit der Verfügung der Versicherung nicht einverstanden sind, muss dagegen schriftlich innerhalb von 30 Tagen Einsprache erhoben werden. Die Krankenversicherung muss darauf einen Einspracheentscheid schreiben mit Begründung und Hinweis auf die weiteren Rechtsmittel.
- Sind Sie damit nicht einverstanden, können Sie eine schriftliche Beschwerde beim kantonalen Versicherungsgericht einreichen.
- Sind Sie mit diesem Urteil nicht einverstanden, können Sie innert 30 Tagen eine Beschwerde beim Eidgenössischen Versicherungsgericht in Luzern einreichen. **Dessen Entscheid ist endgültig.**

Beratungen erhalten Sie z.B. bei:

- Patientenstelle Aargau Solothurn, Bahnhofstrasse 18, Postfach 3534, 5001 Aarau Telefon 062 823 11 66, www.patientenstelle-aargau-solothurn.ch
- Ombudsman Krankenversicherung, Morgartenstrasse 9, 6002 Luzern info@om-kv.ch, Tel. 041 226 10 10 (09.00 – 11.30 Uhr)