



Bereich Gesundheitsversorgung

Malzgasse 30, Postfach
4001 Basel

Tel.: +41 61 205 32 42

E-Mail: pflegeabrechnung.bs@hin.ch
www.bs.ch/gesundheitsversorgung

Merkblatt zur elektronischen Abrechnung der Restfinanzierung nach KVG für Spitexanbieter gültig ab 1. Januar 2024

Ausgangslage

Gemäss den Regeln der Pflegefinanzierung im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) werden die vom Kanton anerkannten Pflege-Normkosten von Spitex-Leistungen (§ 8d Abs. 2 der Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt, KVO) folgendermassen verteilt:

1. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung entrichtet die vom Bundesrat festgelegten Beiträge (Art. 7a Abs. 1 Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV).
2. Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG leistet die Patientin / der Patient einen Eigenbeitrag von maximal 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags an die nicht gedeckten Pflegekosten. In Bezug auf Spitex-Leistungen beträgt der Eigenbeitrag gemäss KVG somit maximal 15.35 Franken pro Tag (20% von 76.90 Franken). Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt hat den Eigenbeitrag generell auf 10% oder maximal 7.65 Franken pro Tag reduziert. Kinder sind vom Eigenbeitrag befreit.
3. Die öffentliche Hand (Kanton oder Gemeinde) übernimmt die Differenz der oben genannten Beiträge zu den kantonal festgesetzten Normkosten (§ 8d Abs. 2 KVO, Restfinanzierung).

Voraussetzung für die Abrechnung der Spitex-Restfinanzierung

Alle Personen oder Organisationen, die über eine Spitex-Bewilligung für den Kanton Basel-Stadt verfügen, können die Restfinanzierung geltend machen. Die Restfinanzierung für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt (Stadt Basel sowie die Gemeinden Riehen und Bettingen) ist beim Bereich Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements abzurechnen.

Der Kanton Basel-Stadt leistet die Restfinanzierung nur für KVG-Leistungen. Behandlungen gemäss IVG, UVG und MVG sind diesen Kostenträgern gemäss den jeweiligen Tarifen direkt in Rechnung zu stellen.

Rechnungsstellung

Die Vergütung erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten. Es können pro Einsatz mindestens 10 Minuten abgerechnet werden (Art. 7a Abs. 2 KLV). Die Rechnungsstellung erfolgt pro Kalendermonat.

Besteht ein Vertrag mit den Krankenversicherern, der eine Direktabrechnung (tiers payant) vorsieht, ist den Patientinnen / Patienten eine Rechnungskopie zuzustellen (Art. 42 Abs. 3 KVG).

Der Eigenbeitrag wird durch die Spitexanbieter erhoben und abgerechnet. Er ist von den Patientinnen / Patienten zu tragen und im Rahmen der Ergänzungsleistungen zu AHV- oder IV-Renten

anrechenbar. Der maximale Eigenbeitrag von 7.65 Franken ist nur bei einer Leistungsdauer von einer Stunde anrechenbar; bei kürzerer Leistungsdauer verringert sich der anrechenbare Eigenbeitrag anteilmässig (pro rata temporis).

Ab 1. Juli 2021 gilt: Wenn zwei oder mehr Leistungserbringer am gleichen Tag Pflegeleistungen beim gleichen Spitex-Kunden erbringen, beträgt der maximale Eigenbeitrag CHF 15.30 pro Tag, wobei der einzelne Leistungserbringer maximal CHF 7.65 pro Tag in Rechnung stellen darf.

Kinder/Jugendliche bis 18 Jahre sind vom Eigenbeitrag befreit.

Die kantonalen Normkosten sehen für die erste Stunde jeweils einen höheren Ansatz vor. Diese Abrechnung muss nicht koordiniert werden. Das heisst, wenn verschiedene Spitexanbieter an einem Tag dieselbe Patientin / denselben Patienten behandeln, kann der erhöhte Ansatz von jedem Anbieter beansprucht werden.

Lehnt ein Krankenversicherer die Vergütung der erbrachten Pflegeleistungen ab, ist die mit dem Kanton abgerechnete Restfinanzierung elektronisch zu stornieren. Die korrigierte Rechnung darf maximal die vom Krankenversicherer anerkannte Leistungsmenge enthalten.

Abrechnung Kanton

Ab 1. Januar 2018 ist die elektronische Abrechnung der Restfinanzierung für alle Spitexanbieter obligatorisch gemäss § 8d Abs. 2 lit. b Ziff. 2 KVO und Reglement des Gesundheitsdepartements betreffend die elektronische Abrechnung der Restfinanzierung von Pflegeleistungen der Pflegeheime und Spitexanbieter vom 16. August 2017 (Stand 1. Januar 2018). Eine Entbindung von der elektronischen Abrechnung ist möglich, wenn ein Leistungserbringer ein geringeres Leistungsvolumen als 10'000 Franken pro Jahr (Restfinanzierung) abrechnet. Hierfür muss ein Antrag gestellt werden mit dem Formular „[Antrag auf Entbindung von der elektronischen Abrechnung](#)“¹.

Die elektronische Abrechnung der Restfinanzierung erfolgt gestützt auf den Spezifikationen gemäss den Richtlinien des Forums [Datenaustausch](#)². Die elektronische Übermittlung der Rechnungsdaten ist mit dem gültigen XML-Standard vorzunehmen. Für die Zeitaufwandübermittlung gelten die Regeln gemäss Art. 7a Abs. 2 KLV.

Die elektronische Rechnung muss folgende **Pflichtfelder** umfassen:

Leistungserbringer

GLN-Nummer	ZSR-Nummer	Adresse
------------	------------	---------

Patientin / Patient

Name	Vorname	Strasse
PLZ	Ort	Geburtsdatum
Geschlecht	AHV-Nummer	GLN Versicherer
VEKA-Nummer	Name Versicherer	Behandlungszeitraum
Gesetz (KVG, UVG, IVG, MVG)	Behandlungsgrund	Ort der Behandlung
Leistungsdatum und Uhrzeit von/bis	Tarifcode	Tarifziffer
Anzahl Minuten pro Einsatz und Leistung		Preis pro Minute
Total Betrag (Restfinanzierung Kanton)		

Zur elektronischen Abrechnung der Leistungen sind nachfolgende Tarifziffern zu verwenden.

¹ <https://www.bs.ch/gd/bereich-gesundheitsversorgung/alters-und-langzeitpflege/informationen-fuer-leistungserbringer#abrechnung-restfinanzierung>

² <http://www.forum-datenaustausch.ch>

Tarifcode 532 / Preise gültig ab 1. Oktober 2021			
Tarifziffer	Bezeichnung	Preis pro Min. in Franken	Stunden- ansatz in Franken
53201.1	Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination erste Stunde	0.3183	19.10
53202.1	Leistungen der Untersuchung und Behandlung erste Stunde	0.4500	27.00
53203.1	Leistungen der Grundpflege erste Stunde	0.4566	27.40
53201.2	Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination ab zweiter Stunde	0.0516	3.10
53202.2	Leistungen der Untersuchung und Behandlung ab zweiter Stunde	0.2833	17
53203.2	Leistungen der Grundpflege ab zweiter Stunde	0.2900	17.40
53299	Abzugsposition Eigenbeitrag gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG und § 8d KVO erste 60 Minuten pro Tag	-0.1275	-7.65

Der Preis pro Minute ist in voller Präzision anzugeben (z.B. Stundenansatz in Höhe von 19.10 Franken / 60 Minuten = 0.3183 Franken). Für die elektronische Übermittlung gelten die Rundungsregeln des XML-Standards des Forums Datenaustausch.

Bei Rechnungskorrekturen ist für die fehlerhafte Rechnung ein kompletter elektronischer Stornodatensatz und eine neue korrekte Rechnung zu senden. Falls die fehlerhafte Rechnung bereits beglichen wurde, ist dieser Betrag zurückzuzahlen (keine Verrechnungen). Es werden keine Teilzahlungen geleistet.

Aufgrund fachlicher oder formaler Unstimmigkeiten können Rechnungen vom Bereich Gesundheitsversorgung zurückgewiesen werden. Diese Rückweisung erfolgt in elektronischer Form gemäss dem XML-Standard.

Die elektronischen Rechnungen sind mittels des Dienstes der Swisscom Health AG (H-Net) zu übermitteln.

Ärztlicher Auftrag / ärztliche Anordnung gemäss Art. 8 KLV

Der ärztliche Auftrag, bzw. die ärztliche Anordnung sowie die Bedarfsermittlung müssen spätestens zusammen mit der Abrechnung vorliegen. Die Ergebnisse der Bedarfsermittlung (Anzahl Minuten je Leistungsart) werden in Form einer CSV-Datei (Trennzeichen getrennt) benötigt. Hierfür stellt der Bereich Gesundheitsversorgung eine [Vorlage](#)³ zur Verfügung.

Die ärztliche Anordnung kann in der Rechnung (xml Datei) eingefügt werden und mittels des Dienstes der Swisscom Health AG (H-Net) übermittelt werden oder im Voraus an die E-Mail Adresse pflegeabrechnung.bs@hin.ch gesendet werden.

Basel, 1. Oktober 2024 / Gültig ab 1. Januar 2024

Dieses Merkblatt ist integrierter Bestandteil des Reglements betreffend die elektronischen Abrechnung der Restfinanzierung von Pflegeleistungen der Pflegeheime und Spitexanbieter gemäss § 8d Abs. 2 lit. b Ziff. 2 KVO vom 16. August 2017

³ https://media.bs.ch/original_file_download/f33377447a31b68bf9adba26b1ace0db041d0bd1/vorl-aerztliche-verordnung.xlsx