



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 2026

Ausgangslage

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

1. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) 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 (§ 8b Abs. 1 KVO). Kinder und Jugendliche bis zu 18 Jahren sind vom Eigenbeitrag befreit bzw. dieser wird vom Kanton übernommen (§ 8c Abs. 5 KVO).
3. Die öffentliche Hand (Kanton oder Gemeinde) übernimmt die Differenz der oben genannten Beiträge zu den kantonal festgesetzten Normkosten (sog. Restfinanzierung, § 8d Abs. 2 Ziff. 2 KVO).

Voraussetzung für die Abrechnung der Spitex-Restfinanzierung

Alle Personen oder Organisationen, die über eine Berufsausübungsbewilligung / Betriebsbewilligung und eine OKP-Zulassung im 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 dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) und dem Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG) sind diesen Kostenträgern gemäss den jeweiligen Tarifen direkt in Rechnung zu stellen.

Rechnungsstellung

Die Vergütung erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten. Es müssen 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, § 8b Abs. 1 KVO).

Wenn zwei oder mehr Leistungserbringer am gleichen Tag Pflegeleistungen beim gleichen Spitex-Kunden / bei der gleichen Spitex-Kundin erbringen, beträgt der maximale Eigenbeitrag CHF 15.30 pro Tag, wobei der einzelne Leistungserbringer maximal CHF 7.65 pro Tag in Rechnung stellen darf (§ 8b Abs. 2 KVO).

Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sind vom Eigenbeitrag befreit bzw. wird dieser vom Kanton übernommen (§ 8c Abs. 5 KVO).

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

Die elektronische Abrechnung der Restfinanzierung ist für alle Spitexanbieter obligatorisch gemäss § 8d Abs. 2 Ziff. 2 KVO und Reglement des Gesundheitsdepartements betreffend die elektronische Abrechnung der Restfinanzierung von Pflegeleistungen der Pflegeheime und Spitexanbieter vom 16. August 2017 (Stand 28. Februar 2025). Eine Entbindung von der elektronischen Abrechnung ist möglich, wenn ein Leistungserbringer ein geringeres Leistungsvolumen als 10'000 Franken pro Jahr (Restfinanzierung) abrechnet. Hierfür muss mit dem Formular „[Antrag auf Entbindung von der elektronischen Abrechnung](#)“¹ ein Antrag an den Bereich Gesundheitsversorgung gestellt werden.

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.

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

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

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

Leistungsdatum und Uhrzeit von/bis	Tarifcode	Tarifziffer
Anzahl Minuten pro Einsatz und Leistung		Preis pro Minute
Total Betrag (Restfinanzierung Kanton)		
Angabe der Leistungen ohne ärztliche Verordnung		

Zur elektronischen Abrechnung der Leistungen sind nachfolgende Tarifziffern zu verwenden.

Tarifcode 532 / Preise gültig ab 1. Januar 2026			
Tarifziffer	Bezeichnung	Preis pro Min. in Franken	Stunden- ansatz in Franken
53201.1	Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination erste Stunde (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV)	0.3183	19.10
53202.1	Leistungen der Untersuchung und Behandlung erste Stunde (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV)	0.4500	27.00
53203.1	Leistungen der Grundpflege erste Stunde (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV)	0.4566	27.40
53201.2	Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination ab zweiter Stunde (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV)	0.0516	3.10
53202.2	Leistungen der Untersuchung und Behandlung ab zweiter Stunde (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV)	0.2833	17.00
53203.2	Leistungen der Grundpflege ab zweiter Stunde (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV)	0.2900	17.40
53221.1	Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination für psychiatrische Leistungen erste Stunde (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV)	0.3183	19.10
53222.1	Massnahmen der Untersuchung und Behandlung für psychiatrische Leistungen erste Stunde (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV)	0.4500	27.00
53223.1	Massnahmen der Grundpflege für psychiatrische Leistungen erste Stunde (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV)	0.4566	27.40
53221.2	Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination für psychiatrische Leistungen ab zweiter Stunde (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV)	0.0516	3.10
53222.2	Massnahmen der Untersuchung und Behandlung für psychiatrische Leistungen ab zweiter Stunde (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV)	0.2833	17.00
53223.2	Massnahmen der Grundpflege für psychiatrische Leistungen ab zweiter Stunde (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV)	0.2900	17.40
53233.1	Massnahmen der Grundpflege erbracht durch pflegende Angehörige erste Stunde (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV)	0.2775	16.65
53233.2	Massnahmen der Grundpflege erbracht durch pflegende Angehörige ab zweiter Stunde (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV)	0.1500	9.00
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 Storno-datensatz 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.

Leistungen ohne ärztliche Verordnung

Die Leistungen ohne ärztliche Verordnung müssen auf der Ebene der Rechnungsposition ausgewiesen werden (Art. 59 Abs. 3^{bis} Verordnung über die Krankenversicherung, KVV). Das Forum Datenaustausch hat ein Flag definiert, welches signalisiert, ob die Leistung mit oder ohne Anordnung erfolgt ist. Diese Änderung kann ohne technische Anpassung des Standards auf Ebene der Dokumentation erfolgen: Attribut "service_attributes", Bit 4, Beschreibung "withoutDoctorsOrder: Services without a doctor's order; If this bit ("withoutDoctorsOrder") is set, the service provider declares that the service was provided without a doctor's order".

Die Bedarfsermittlung ohne ärztliche Anordnung ist dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin umgehend zur Kenntnisnahme zuzustellen (Art. 8a Abs. 1^{bis} KLV). Spätestens 9 Monaten nach der ersten Bedarfsabklärung muss erneut eine solche erfolgen. Diese kann zweimalig ohne Zustimmung des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin erneuert werden. Nach 27 Monaten muss dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin ein Bericht, welcher insbesondere Art, Verlauf und Ergebnisse der Pflegeleistungen beschreibt, vorgelegt werden (Art. 8a Abs. 8 KLV).

Basel, 16. Dezember 2025 / Gültig ab 1. Januar 2026

Dieses Merkblatt ist integrierter Bestandteil des Reglements betreffend die elektronischen Abrechnung der Restfinanzierung von Pflegeleistungen der Pflegeheime und Spitexanbieter vom 16. August 2017

³ [Vorlage ärztliche Verordnung](#)