

## Merkblatt über kassenpflichtige Spitexleistungen

### 1. Welche Spitexleistungen werden aus der Grundversicherung der Krankenversicherer bezahlt und was kosten sie?

Die ärztlich verordnete Krankenpflege zu Hause bei Krankheit, Unfall oder Mutterschaft gilt als kassenpflichtige Spitexleistung.

- Abklärungen und Beratungen Fr. 79.80 pro Stunde
- Untersuchung und Behandlung Fr. 65.40 pro Stunde
- Grundpflege Fr. 54.60 pro Stunde
- Verbrauchsmaterialien, Hilfsmittel, etc. nach Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL)

Diese Tarife gelten ab **1. Januar 2011**.

### 2. Unter welchen Voraussetzungen bezahlen die Krankenversicherer die Spitexleistungen?

- **Es muss eine standardisierte Bedarfsabklärung durchgeführt werden.**  
Damit wird der Bedarf an Pflegeleistungen erhoben und daraus die Pflegeziele und die Massnahmen abgeleitet. Die Krankenversicherer haben laut Krankenversicherungsgesetz eine Aufsichtspflicht und können bei der Spitexorganisation Informationen über Pflegebedarf- und Pflegeverlauf einzelner Patientinnen oder Patienten anfordern.
- **Spitexleistungen müssen ärztlich verordnet sein.**  
Der Pflegebedarf wird durch die Spitex der zuständigen Ärztin oder dem Arzt per Meldeformular gemeldet. Der ärztliche Auftrag wird dann auf diesem Formular bestätigt. Jeweils nach 3 Monaten, bei Langzeitpatienten nach max. 6 Monaten wird der Bedarf überprüft und der ärztliche Auftrag muss erneuert werden.
- **Der Krankenversicherer muss für die Finanzierung der Pflege zuständig sein.**  
Falls eine Unfall-, Militär- oder Haftpflichtversicherung für die Spitexleistung zuständig ist, fällt die Zuständigkeit des Krankenversicherers weg.

### 3. Was versteht man unter Patientenbeteiligung?

- Gemäss Gesetz über die Pflegefinanzierung im Kanton St. Gallen werden den Patientinnen und Patienten 20%\* der in Rechnung gestellten Pflegeleistungen (ohne Verbrauchsmaterial und Hilfsmittel) in Rechnung gestellt.

- Die maximale Patientenbeteiligung pro Tag beträgt Fr. 15.95\*.
- Von der Patientenbeteiligung ausgenommen sind Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Altersjahr.
- Die Patientenbeteiligung wird vom Krankenversicherer nicht rückvergütet.

\*Diese Tarife gelten ab **1. Januar 2014**.

#### **4. Verrechnung / Rückerstattung der Leistungen**

1. Die Spitexorganisation schickt dem Versicherer das Meldeformular mit dem ärztlichen Auftrag und die Rechnung für **kassenpflichtige** Spitexleistungen. Der Versicherer stellt anschliessend den Kostenanteil (Franchise und Selbstbehalt) direkt in Rechnung.
2. Die Klientin, der Klient erhält die Rechnung für **nichtkassenpflichtige** Leistungen, nichtkassenpflichtige Materialien und Mobilien (keine Rückerstattung aus der obligatorischen Grundversicherung) und bezahlt diese innert 30 Tagen. Die Klientin, der Klient bemüht sich selbst um die Rückerstattung durch die Zusatzversicherung.

#### **5. Weitere Informationen**

- Werden die Krankenversicherungsprämien nicht termingerecht bezahlt, kann der Versicherer die Rückvergütungen für die Spitexleistungen verweigern.
- Informationsmaterial über Hilflosenentschädigung, Ergänzungsleistungen, Entschädigung für die Pflege und Betreuung behinderter Kinder, Assistenzbudget, Übernahme von Kosten für Hilfsmittel ist bei der Spitex oder bei den AHV- und IV-Stellen erhältlich.
- Hauswirtschaftliche Leistungen werden von der Grundversicherung nicht übernommen. Allenfalls werden die Kosten über eine Zusatzversicherung vergütet.

#### **6. Nicht kassenpflichtige Leistungen**

- Für nicht kassenpflichtige Leistungen verrechnet die Spitex Gossau **Fr. 54.60 pro Stunde** (Tarif Grundpflege).