



KANTON  
NIDWALDEN

REGIERUNGSRAT

Dorfplatz 2, Postfach 1246, 6371 Stans  
Telefon 041 618 79 02, [www.nw.ch](http://www.nw.ch)

# **EINFÜHRUNGSGESETZ ZUM BUNDESGESETZ ÜBER DIE KRANKENVERSICHERUNG (KRANKENVERSICHERUNGSGESETZ, kKVG)**

## **Teilrevision Bereich Pflegefinanzierung**

**Bericht an den Landrat**

Titel:	Bericht NG 742.1 zuhanden Landrat	Typ:	Bericht Regierungsrat	Version:	Def.
Thema:	Teilrevision Bereich Pflegefinanzierung	Klasse:		FreigabeDatum:	06.07.20
Autor:	Karen Dörr	Status:		DruckDatum:	06.07.20
Ablage/Name:	Bericht NG 742.1 zuhanden Landrat.docx			Registratur:	2019.NWGSD.13

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Management Summary</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Ausgangslage</b> .....	<b>4</b>
2.1	Finanzierung von Pflegeleistungen .....	5
2.1.1	Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juli 2018 .....	5
2.1.2	Bestehende Gesetzgebung betreffend Restfinanzierung .....	6
2.1.3	Einsprache gegen die Festlegung der Pflorgetaxe 2019 .....	6
2.2	Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL).....	6
2.2.1	Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 1. September 2017.....	6
2.2.2	Bestehende kantonale Gesetzgebung .....	7
2.2.3	Vernehmlassung zur Änderung des KVG im Bereich Vergütung des Pfleagematerials.....	7
<b>3</b>	<b>Auswertung der externen Vernehmlassung</b> .....	<b>8</b>
3.1	Vernehmlassungsteilnehmende .....	8
3.2	Einleitung.....	9
3.3	Gesamturteil über die Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes .....	9
<b>4</b>	<b>Wesentliche Elemente der Vorlage</b> .....	<b>10</b>
4.1	Stationäre Pflorgetaxe .....	10
4.1.1	Neue Berechnungsgrundlagen für die Pflorgetaxe .....	10
4.1.2	Berechnung der Pflorgetaxen bei neuen Leistungserbringern .....	11
4.1.3	Interkantonale Verhältnisse .....	11
4.1.4	Kostenrechnung und Wirtschaftlichkeit .....	12
4.1.5	Antrag und Einreichungstermin .....	12
4.2	Ambulante Pflorgetaxe.....	12
4.2.1	Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) .....	12
4.3	Teilrevision der Pflegefinanzierungsverordnung .....	12
<b>5</b>	<b>Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen</b> .....	<b>13</b>
5.1	Krankenversicherungsgesetz.....	13
5.2	Pflegefinanzierungsverordnung (zur Information).....	16
<b>6</b>	<b>Auswirkungen</b> .....	<b>17</b>
6.1	Auswirkungen auf die einzelnen Pflegeheime .....	17
6.2	Auswirkungen auf den Kanton als Restfinanzierer .....	18
<b>7</b>	<b>Terminplan</b> .....	<b>18</b>

## 1 Management Summary

Ambulante und stationäre Pflegeleistungen werden von meist älteren Menschen entweder zu Hause oder in Pflegeheimen in Anspruch genommen. Die Finanzierung dieser Pflegeleistungen erfolgt von verschiedenen Seiten: Der versicherten Person selber, dem Krankenversicherer und des Wohnkantons der versicherten Person. Der Kanton Nidwalden ist Restfinanzierer. Die Pflegeleistungen werden im ambulanten sowie im stationären Bereich mit Taxen verrechnet, wobei es schweizweit verschiedene Arten von Taxen gibt. Momentan werden im Kanton Nidwalden ambulante sowie stationäre Pflegeleistungen über eine Normtaxe finanziert.

Der Regierungsrat legt unter anderem die stationären Pfl egetaxen fest. Nach Einsprachen von drei Nidwaldner Pflegeheimen zu der vom Regierungsrat festgelegten stationären Pfl egetaxe für das Jahr 2019 und aufgrund eines Bundesgerichtsurteils zur Pfl egetaxe im Kanton St. Gallen entschied der Regierungsrat, die Gesetzgebung für die stationäre Pfl egetaxe im Kanton Nidwalden anzupassen. Dabei soll von einer Normtaxe auf eine Mischtaxe umgestellt werden. Diese Mischtaxe berücksichtigt die durchschnittlichen Pflegekosten über alle Nidwaldner Pflegeheime als auch die Pflegekosten, die individuell pro Pflegeheim anfallen. Die Mischtaxe ermöglicht, dass die Restfinanzierung der stationären Pflegeleistungen klarer abgebildet wird und dennoch individuelle Eigenheiten pro Pflegeheim teilweise berücksichtigt werden können.

Die ambulante Pfl egetaxe erfährt keine wesentlichen Anpassungen durch diese Gesetzesänderung. Es wird jedoch eine gesetzliche Bestimmung für die Einzelverrechnung von Mitteln und Gegenständen in die Gesetzgebung aufgenommen, da diese Kosten in einer Normtaxe nicht abgebildet werden können.

## 2 Ausgangslage

Die meisten älter werdenden Menschen haben den Wunsch, möglichst lange in ihrem vertrauten, privaten Rahmen wohnen zu bleiben und auch im Alter möglichst lange selbstständig ihr Leben zu gestalten. Bei Unterstützungsbedarf oder Pflegebedürftigkeit gibt es die Möglichkeit, sich entsprechende Hilfe zu Hause zu organisieren, sei das durch einen ambulanten Spitex-Service oder durch selbständig erwerbende Pflegefachpersonen. Dabei werden die Leistungen wie folgt finanziert:

<b>Leistungen Spitex-Organisationen bzw. Pflegefachpersonen</b>	<b>Garant</b>
Hilfe im Haushalt	Versicherte Person
Betreuung	Versicherte Person
Pflege (KVG-pflichtig)	Krankenversicherer (per Gesetz festgelegt) Versicherte Person (20% vom Höchstbetrag) Kanton ist Restfinanzierer

Pflegeheime sind für ältere Menschen, die eine relativ umfassende Pflege sowie Betreuung benötigen und grundsätzlich bis zum Tod gepflegt werden. Es gehört ein umfassendes Paket von Dienstleistungen standardmässig dazu, das so gut wie alle Lebensbedürfnisse abdeckt. Die Pflege und Betreuung in einem Pflegeheim wird über drei Säulen finanziert: Hotellerie, Betreuung und Pflege.

<b>Leistungen Pflegeheim</b>	<b>Garant</b>
Hotellerie und Betreuung	Bewohnerin / Bewohner
Pflege (KVG-pflichtig)	Krankenversicherer (per Gesetz festgelegt) Versicherte Person (20% vom Höchstbetrag) Kanton ist Restfinanzierer

Zu den Pflegekosten gehören auch Mittel und Gegenstände, welche direkt oder indirekt an der Patientin bzw. am Patienten angewendet werden. Auch diese Hilfsmittel müssen via Pflegefinanzierung abgegolten werden.

## 2.1 Finanzierung von Pflegeleistungen

Die Pflegefinanzierung ist im Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) geregelt und im Jahre 2011 in Kraft getreten. Dabei wurden die Kostenbeteiligungen für Pflegeleistungen festgelegt, die aufgrund ärztlicher Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Die Kantone haben die Restfinanzierung zu regeln. Gemäss Art. 25a KVG tragen die Krankenversicherer den Anteil der Pflegekosten, der in der Verordnung vom 29. September 1995 des Eidgenössischen Departements des Inneren (EDI) über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) festgelegt wurde. Den versicherten Personen dürfen nur 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages (Patientenbeteiligung) verrechnet werden.

<b>Krankenversicherer</b> Beitrag gemäss Art. 7a KLV
<b>Versicherte Person</b> 20% vom Höchstbetrag
<b>Kanton</b> (Restfinanzierung)

Das Bundesrecht schreibt den Kantonen nicht vor, wie sie die Restfinanzierung umzusetzen haben. Die Umsetzungsfreiheit der Kantone betrifft neben der Regelung des zuständigen Gemeinwesens (Kanton und/oder Gemeinden) auch die Wahl der Finanzierungslösung und die Festlegung der Höchstgrenze der Beiträge der öffentlichen Hand an die Pflegekosten. Aus diesem Grund gibt es in den einzelnen Kantonen unterschiedliche gesetzliche Regelungen. Der Kanton Nidwalden hat sich stark an das System der "Normtaxen" angelehnt. Dabei werden die nach Pflegetagen gewichteten Kosten aller im Kanton anerkannten Leistungserbringer berücksichtigt. Damit wird sichergestellt, dass gleiche Pflegeleistungen zu gleichen Konditionen finanziert werden. Bei dieser Berechnungsmethode kann es durchaus möglich sein, dass einzelne Leistungserbringer einen höheren Beitrag für die erbrachten Pflegeleistungen erhalten und andere Leistungserbringer ihre Pflegekosten nicht voll decken können. Andere Kantone legen "Höchsttaxen" fest, welche bei der Finanzierung der Pflegekosten nicht überschritten werden dürfen. Auch hier besteht die Möglichkeit, dass einzelne Leistungserbringer ihre Pflegekosten nicht voll decken können.

### 2.1.1 Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juli 2018

Am 20. Juli 2018 entschied das Bundesgericht (BGE 9C\_446/2017) über die Restfinanzierung von Pflegeleistungen im Kanton St. Gallen. Dort werden Höchstansätze definiert, währenddem der Kanton Nidwalden einheitliche Normtaxen anwendet. Das Bundesgericht kam zusammenfassend zum Schluss, dass es den Kantonen gestattet sei, der ihnen auferlegten Restfinanzierungspflicht der Pflegekosten mit der Normierung von Höchstansätzen nachzukommen. Wenn diese im Einzelfall jedoch nicht kostendeckend seien, würden sie sich mit der Regelung von Art. 25a Abs. 5 KVG als nicht vereinbar erweisen.

### **2.1.2 Bestehende Gesetzgebung betreffend Restfinanzierung**

Der Regierungsrat bestimmt für jede Pflegebedarfsstufe gemäss Art. 7a Abs. 3 der KLV eine Pfl egetaxe. Die Pfl egetaxen je Tag und Person werden auf Basis der Kostenrechnungen jährlich neu festgelegt (Art. 28f Abs. 3 kKVG). Zusätzlich legt er neu ab 1. Januar 2019 für Pflegebedürftige mit einem besonders hohen Pflegebedarf mindestens eine oder mehrere zusätzliche Stufen bzw. Normtaxen fest (Stufe 12+). Dadurch ist sichergestellt, dass der Mehraufwand für Schwerstpflegebedürftige entschädigt wird.

Mit der sogenannten Normtaxe legt der Regierungsrat nicht für jedes Pflegeheim eine separate Pfl egetaxe fest. Vielmehr gilt für sämtliche versicherte Personen unabhängig des Leistungserbringers (Pflegeheim) eine einheitliche Pfl egetaxe.

### **2.1.3 Einsprache gegen die Festlegung der Pfl egetaxe 2019**

Aufgrund dieser Ausgangslage läuft momentan bezüglich der stationären Pfl egetaxe ein Rechtsstreit zwischen drei Einsprecherinnen (Pflegeheime) und dem Kanton Nidwalden. Aus diesem Grund wurde die stationäre Pfl egetaxe 2019 provisorisch festgelegt (Beschluss Nr. 871 vom 8. Dezember 2018). Auch die weiteren Pflegeheime mit Sitz im Kanton Nidwalden wurden ins Einspracheverfahren beige laden.

Die Parteien versuchten, an einem runden Tisch zu einer einvernehmlichen Lösung zu kommen, wobei auch die Interessen der weiteren Pflegeheime beachtet werden müssen. In diesem Verfahren wurde den Einsprecherinnen zugesichert, dass eine Revision des kKVG in Gang gesetzt und für die gesetzliche Ausarbeitung zur Lösung des Problems eine Arbeitsgruppe eingesetzt werde, in der auch die Pflegeheime involviert seien. Das Einspracheverfahren wurde entsprechend sistiert.

## **2.2 Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)**

Nach Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG zählen Mittel und Gegenstände zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), wenn sie der Behandlung oder der Untersuchung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Zu den Mitteln und Gegenständen zählen unter anderem Absauggeräte, Bandagen, Gehhilfen usw.

### **2.2.1 Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 1. September 2017**

Das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) hat am 1. September 2017 mit Entscheid C-3322/2015 über eine Tarifvertragsverlängerung in Zusammenhang mit Mittel und Gegenständen in Pflegeheimen (Pflegeleistungsvertrag) entschieden. In diesem Urteil wurden insbesondere folgende Aussagen gemacht:

- Der Regierungsrat dürfe allfällige (zulässige) Vereinbarungen über die Abgabe von Mittel und Gegenständen zur Selbstanwendung nicht genehmigen. Bei solchen Vereinbarungen handle es sich nicht um Tarifverträge; Art. 46 und 47 KVG seien in solchen Fällen nicht anwendbar.
- Pflegematerial, das im Rahmen der Erbringung von Pflegeleistungen im Sinne von Art. 25a KVG durch die Pflegeheime oder durch professionelles Personal benötigt wird, sei bereits in den Pflegeleistungen enthalten. Es bestehe keine gesetzliche Grundlage für eine Finanzierung dieser Leistungen über separate Tarifverträge.
- Die Pflegeheime hätten aber einen Anspruch auf Vergütung der im Pflegeprozess verwendeten Produkte. Weil sowohl der Eigenanteil der Bewohnerinnen und Bewohner als auch der Beitrag der Krankenversicherer begrenzt sind, müsse der Kanton dies im Rahmen der Restfinanzierung regeln.

Aufgrund dieser Rechtsprechung soll geprüft werden, ob und in welcher Art und Weise eine Gesetzesanpassung notwendig ist.

## 2.2.2 Bestehende kantonale Gesetzgebung

Gemäss Art. 28d Abs. 4 des Einführungsgesetzes vom 25. Oktober 2006 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, kKVG; NG 742.1) können bestimmte (aufwendige) Leistungen nur mittels Taxen entschädigt werden. Einheitliche Taxen für Mittel und Gegenstände erweisen sich nicht als zweckmässig. Vielmehr sollten für die im Rahmen der Pflegeleistung angewendeten Mittel und Gegenstände maximal die jeweiligen geltenden Preise gemäss der Mittel- und Gegenständeliste bezahlt werden.

In der Kostenrechnung der Pflegeheime, die die Basis für die Berechnung der Pflegebesteuer bildet, werden seit 2018 die Mittel und Gegenstände voll auf die Pflegekosten umgelegt. Die Kosten für die Mittel und Gegenstände sind somit in der Kostenrechnung abgebildet und in der Berechnung der Normbesteuer enthalten. Eine Gesetzesanpassung für die stationäre Pflege ist deshalb nicht notwendig.

Gestützt auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist der Kanton nicht nur für die Finanzierung der Mittel und Gegenstände bei stationären Pflegeleistungen, sondern auch bei ambulanten Pflegeleistungen durch Pflegefachpersonen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause zuständig. Der Umfang und die Art der verwendeten Mittel und Gegenstände divergiert bei ambulanten Pflegeleistungen sehr stark. Ein direkter Zusammenhang zwischen dem zeitlichen Umfang der ambulanten Pflegeleistungen und dem Einsatz von Mittel und Gegenständen besteht nur bedingt.

Es fehlt eine gesetzliche Grundlage im kantonalen Recht. Deswegen ist einerseits eine Gesetzesanpassung für den Bereich der ambulanten Pflege notwendig, andererseits muss in der Verordnung vom 21. Dezember 2010 zur Pflegefinanzierung (Pflegefinanzierungsverordnung, PFV; NG 742.112) das Verfahren zur Vergütung für Mittel und Gegenstände im Rahmen der ambulanten Pflege angepasst werden, damit der Ablauf der Verrechnung ideal gestaltet werden kann.

## 2.2.3 Vernehmlassung zur Änderung des KVG im Bereich Vergütung des Pflegematerials

Mit Schreiben vom 6. Dezember 2019 lädt das Eidgenössische Departement des Inneren (EDI) zur Stellungnahme zum Vernehmlassungsentwurf im Bereich der Vergütung des Pflegematerials ein. Dieser will bei der Vergütung die Unterscheidung zwischen Material, das von den Patientinnen und Patienten selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder Behandlung mitwirkenden Person verwendet wird und solchem zur Verwendung durch Pflegefachpersonen aufheben.

Ziel ist es, die Vergütung dieses Materials zu vereinfachen. Dabei sollen die durch Pflegefachpersonen verwendeten Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung einer Krankheit dienen und in der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL; SR 832.112.31) aufgeführt sind (z.B. Inkontinenzhilfen, Verbandmaterial) nicht mehr über die Pflegefinanzierung, sondern von der OKP vergütet werden. Gleiches soll auch für die Mittel und Gegenstände gelten, die nicht von der Patientin oder vom Patienten selbst oder von einer nichtberuflich mitwirkenden Person verwendet werden können (z.B. Wund-Vakuum-Therapiesystem). In der MiGeL aufgeführtes Material, das von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich mitwirkenden Person verwendet wird, wird weiterhin von der OKP übernommen. Die Vergütung ist somit nicht mehr abhängig von der Person, welche das Pflegematerial verwendet, da sie in jedem Fall über die OKP erfolgt.

Einfache Verbrauchsmaterialien mit direktem Bezug zu den Pflegeleistungen (z.B. Handschuhe, Masken) sowie Material und Gegenstände zum Mehrfachgebrauch für verschiedene Patientinnen und Patienten (z.B. Blutdruckmessgeräte, Fieberthermometer) werden weiterhin nach der Regelung der Pflegefinanzierung vergütet. Die Vorlage ermöglicht somit eine schweizweit einheitliche Vergütung.

Die Vernehmlassung endet am 6. Februar 2020. Aussagen zum Inkrafttreten wurden noch nicht getroffen. Die eventuelle Übernahme der Mittel und Gegenstände durch die OKP bedingt aller Wahrscheinlichkeit nach nur die Anpassung der Pflegefinanzierungsverordnung. Im kantonalen Krankenversicherungsgesetz wären keine Änderungen notwendig.

### 3 Auswertung der externen Vernehmlassung

#### 3.1 Vernehmlassungsteilnehmende

##### Politische Parteien

FDP	Freisinnig-Demokratische Partei
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
SVP	Schweizerische Volkspartei
Grüne	Grüne Nidwalden
SP	Sozialdemokratische Partei
JSVP	Junge Schweizerische Volkspartei
JCVP	Junge Christlichdemokratische Volkspartei

##### Politische Gemeinden und Gemeindepräsidentenkonferenz

BEC	Beckenried
BUO	Buochs
DAL	Dallenwil
EMT	Emmetten
EBÜ	Ennetbürgen
EMO	Ennetmoos
HER	Hergiswil
ODO	Oberdorf
STA	Stans
SST	Stansstad
WOL	Wolfenschiessen
GPK	Gemeindepräsidentenkonferenz

##### Andere

CURAVIVA NW	CURAVIVA Nidwalden
APH Beckenried	Stiftung Altersfürsorge Beckenried
APH Buochs	Stiftung Altersfürsorge Buochs
APH Oeltrotte	Altersstiftung Ennetbürgen
APH Heimet	Alters- und Pflegeheim Heimet AG, Ennetbürgen
APH Zwyden	Stiftung Altersfürsorge Hergiswil
WH Nägeligasse	Stiftung Alters- und Pflegeheim Nidwalden, Stans
WH Mettenweg	Gemeinderat Stans, Trägerschaft Wohnhaus Mettenweg
Spitex Nidwalden	Spitex Nidwalden
AKNW	Ausgleichskasse Nidwalden
santésuisse	santésuisse, Solothurn
curafutura	curafutura – Die innovativen Krankenversicherer

### 3.2 Einleitung

Der Regierungsrat verabschiedete mit Beschluss Nr. 76 vom 11. Februar 2020 den Entwurf zur Teilrevision des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung im Bereich Pflegefinanzierung (Krankenversicherungsgesetz, kKVG; NG 742.1) zuhanden der externen Vernehmlassung. Sie endete am 15. Mai 2020.

Die Politischen Parteien, die Politischen Gemeinden, die Gemeindepräsidentenkonferenz, die Alters- und Pflegeheime des Kantons Nidwalden, Spitex Nidwalden sowie weitere Interessierte wurden zur Vernehmlassung eingeladen.

Vernehmlassungsteilnehmende	Stellungnahmen eingeladener Vernehmlassungsteilnehmenden	Spontane Stellungnahmen	Verzicht auf Stellungnahme	Keine Antwort
Politische Parteien	FDP, CVP, SVP, Grüne	--	--	SP, JCVP, JSVP
Politische Gemeinden und Gemeindepräsidentenkonferenz	BEC, BUO, DAL, EMT, EBÜ, EMO, ODO, STA, SST, WOL	--	HER	GPK
Alters- und Pflegeheime	CURAVIVA NW			APH Beckenried, APH Buochs, APH Oeltrotte, APH Heimet, APH Zwyden, WH Nägeligasse, WH Mettenweg
Spitex Nidwalden	Spitex Nidwalden			
Weitere Interessierte	santésuisse		AKNW	curafutura

### 3.3 Gesamturteil über die Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes

Grundsätzlich werden die Änderungen und Anpassungen des kantonalen Krankenversicherungsgesetzes im Bereich der Pflegefinanzierung von allen Vernehmlassungsteilnehmenden begrüsst.

Es wird angeregt, bei zukünftigen Gesetzesvorlagen eine Gegenüberstellung der Gesetzesanpassungen in Form einer Synopse und einen Fragebogen zu spezifischen Themen zur Verfügung zu stellen.

Einzig die SVP formulierte einen Änderungsvorschlag für § 4b Abs. 2 der Verordnung wie folgt: "Die Direktion bezeichnet die anerkannten Produktgruppen gemäss Abs. 1 Ziff. 3 in einer Richtlinie." Grundsätzlich besteht auf Bundesgesetzebene bereits eine Mittel- und Gegenstände-Liste. Der Regierungsrat ist der Meinung, dass die Direktion bei Bedarf Abweichungen zu dieser Liste diese in einer Richtlinie definieren kann. Falls es keine Abweichungen zur nationalen Liste gibt, braucht es keine kantonale Richtlinie. Weiter ist zu erwähnen, dass der Änderungsvorschlag für die Verordnung eingereicht wurde, diese wird aber vom Regierungsrat und nicht vom Landrat erlassen.

Die Gemeinde Stansstad bemängelt, dass die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit sowie Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung nicht überprüft und bei der Bestimmung der Pflegetaxen berücksichtigt werden. Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit wird in Art. 28o kKVG geregelt. Die gewonnenen Erkenntnisse fliessen bei der Berechnung und Festlegung der Pflegetaxen mit ein.

## 4 Wesentliche Elemente der Vorlage

### 4.1 Stationäre Pflēgetaxe

Aufgrund der Rechtsprechung des Bundesgerichts und der hängigen Einsprache der drei Pflegeheime soll eine neue Berechnungsgrundlage der Pflēgetaxe im Gesetz verankert werden. Die eingesetzte Arbeitsgruppe aus Vertretungen von CURAVIVA Nidwalden und der Spitex sowie von Mitarbeitenden der Finanzdirektion, des Rechtsdienstes sowie der Gesundheits- und Sozialdirektion hat sich für eine Misch-Taxe entschieden.

#### 4.1.1 Neue Berechnungsgrundlagen für die Pflēgetaxe

In Zukunft soll auf eine Normtaxe (eine Pflēgetaxe über alle Pflegeheime) verzichtet und eine individuelle Taxe für jedes Pflegeheim festgelegt werden. Damit die Pflēgetaxen sich nicht divergierend entwickeln, basiert die individuelle Pflēgetaxe zu 50% auf den Pflegekosten des jeweiligen Pflegeheims und zu 50% auf den nach Pflēgetagen gewichteten Pflegekosten aller Pflegeheime. Als Bemessungsgrundlage gelten die Pflegekosten der letzten drei Jahre vor dem Berechnungsjahr.

Die über die Kostenrechnung der Pflegeheime ermittelten individuellen Pflegekosten sowie die gewichteten Pflegekosten der letzten drei Jahre aller Pflegeheime werden gemäss Empfehlung der Preisüberwachung um den Nominallohnindex (NLI) korrigiert. Das Bundesamt für Statistik (BfS) berechnet jedes Jahr diesen Index unter anderem auch für den Sektor "Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen". Im Bemessungsjahr steht eine geschätzte Nominallohnindexentwicklung des BfS zur Verfügung.

Da die Berechnung der individuellen Pflēgetaxe auf die letzten drei Kalenderjahre abstützt und um den Nominallohnindex korrigiert wird, müssen die Lohnkosten auf das Niveau des Bemessungsjahres angehoben werden. Am Beispiel für das Pflegeheim Mustergarten wird die Berechnung der Pflēgetaxe 2020 verdeutlicht:

Pflegeheim Mustergarten	2016	2017	2018	
Kosten pro Pflegeminute	1.222	1.244	1.248	
Gewichtete Kosten pro Pflegeminute aller Pflegeheime	1.208	1.239	1.233	
Nominallohnindex (NLI) (Basis 2010 = 100%) *)	102.6%	102.9%	103.5%	Schätzung 2019 104.0%
Korrekturfaktor: Anpassung auf Lohnniveau 2019	$(1/102.6 \cdot 104.0)$ 1.014	1.011	1.005	
Kosten pro Pflegeminute inkl. NLI-Korrektur	$(1.222 \cdot 1.014)$ 1.239	1.258	1.254	Durchschnittskosten der letzten drei Jahre 1.250
Gewichtete Kosten pro Pflegeminute aller Pflegeheime inkl. NLI-Korrektur	$(1.208 \cdot 1.014)$ 1.225	1.253	1.239	Durchschnittskosten der letzten drei Jahre 1.239
Misch-Pflēgetaxe 2020 pro Minute				$(1.250 + 1.239) / 2$ 1.2445
Misch-Pflēgetaxe 2020 pro Stunde				74.67

\*) Nominallohnindex gemäss Bundesamt für Statistik

Der Tarif berechnet sich zu 50% der durchschnittlichen Pflegekosten der letzten drei Jahre, hochgerechnet auf das Berechnungsjahr und zu weiteren 50% über die nach Pflēgetagen gewichteten durchschnittlichen Pflegekosten aller Pflegeheime. Dabei müssen die Lohnkosten,

welche 70 bis 80 Prozent der Gesamtkosten betragen, auf das Lohnniveau des Berechnungsjahres angehoben werden. Aus diesem Grund werden die Pflegekosten pro Minute mit dem Korrekturfaktor multipliziert, welcher über den Nominallohnindex ermittelt wird.

Für das Tarifjahr wird keine prospektive Teuerung über den Nominallohnindex gewährt. Dies entspricht auch der Empfehlung des Preisüberwachers, der festhält, dass die tatsächlich gemessene Teuerung der Lohnkosten mit einem Jahr Verspätung in den Tarifen weitergegeben wird.

#### **4.1.2 Berechnung der Pflögetaxen bei neuen Leistungserbringern**

Bei Umbau, Renovation und Erweiterungen bereits anerkannter Leistungserbringer sollen die bisherigen Kosten für die Ermittlung der zukünftigen Pflögetaxe berücksichtigt werden. Dabei kann aufgrund von Erfahrungswerten davon ausgegangen werden, dass die Kostenbasis insbesondere der ersten beiden Bemessungsjahre schwanken wird, da die Belegungszahlen sowie bereits angestelltes Personal auf die Kostenrechnung Einfluss haben. Es kann zu positiven bzw. negativen Differenzen zwischen den effektiven Pflögekosten und den Pflögetaxen kommen, welche sich jedoch über mehrere Jahre die Waage halten sollten.

Anders sieht dies bei neuen Leistungserbringern aus. Da noch keine geprüfte Kostenrechnung vorliegt, kann nicht auf vorhandenes Datenmaterial zurückgegriffen werden. In diesem Fall basiert die Berechnung der Pflögetaxen auf den Durchschnittskosten aller Pflögeheime. Erst mit Vorliegen einer geprüften Kostenrechnung werden diese in die Berechnung der Pflögetaxen mit einbezogen.

Die Arbeitsgruppe prüfte in diesem Zusammenhang eine zusätzliche Regelung für bereits anerkannte Leistungserbringer, welche in Zukunft ein neues Pflögewohnheim realisieren wollen. Die hier vorgeschlagene Berechnungsgrundlage für die Pflögetaxe sollte in diesem Fall aber keinen grossen Einfluss auf die Höhe der zukünftigen individuellen Pflögetaxe des Neubaus haben.

#### **4.1.3 Interkantonale Verhältnisse**

In der heutigen Gesetzgebung werden die Pflögeleistungen in ausserkantonalen Einrichtungen grundsätzlich mit den gleichen Pflögetaxen vergütet wie bei den Nidwaldner Pflögeheimen. Dies ist mit den neuen individuellen Pflögetaxen pro Pflögeheim nicht mehr möglich. Aus diesem Grund muss der Regierungsrat eine Referenztaxe für ausserkantonale Leistungserbringer festlegen. Die Referenztaxe stützt sich dabei auf den Durchschnitt der ausgewiesenen und gewichteten Pflögekosten der letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahre gemäss den geprüften Kostenrechnungen aller im Kanton als Leistungserbringer anerkannten Pflögeheime sowie der Entwicklung der Löhne gemäss dem aktuellen Nominallohnindex.

Steht im Kanton Nidwalden kein Pflögeplatz zur Verfügung, wird die Taxe des ausserkantonalen Leistungserbringers akzeptiert. Damit trägt der Kanton den Bundesvorgaben Rechnung, wonach er die Restkosten finanzieren muss.

Vereinzelt sind Personen auf ein spezialisiertes Pflögeangebot zwingend angewiesen, das in Nidwalden nicht zur Verfügung steht. Denkbar sind beispielsweise Fälle mit Beatmung, die nur in ganz wenigen Pflögeheimen angeboten werden. Neu werden diese Pflögekosten unabhängig der kantonalen Referenztaxe übernommen, sofern der Kanton Nidwalden für die Restfinanzierung zuständig ist. Diese Ausnahmeregelung gilt auch für die palliative Pflöge in spezialisierten Einrichtungen. Darunter wird explizit die palliative Pflöge in Sterbehospizen oder in Pflögeheimen mit spezialisierten Palliativabteilungen verstanden. Oftmals wird dieses Angebot auch von jüngeren Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen. Für spezialisierte, notwendige Pflögeangebote, die nicht im Kanton Nidwalden erbracht werden können, sind Leistungsvereinbarungen durch die GSD abzuschliessen.

#### **4.1.4 Kostenrechnung und Wirtschaftlichkeit**

Gemäss KVG müssen Pflegeleistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) in der notwendigen Qualität erbracht werden. Die WZW-Kriterien spiegeln sich auch in den entsprechenden Kostenrechnungen der Pflegeheime wider. Die Regeln der Kostenrechnung werden wie bis anhin in einer Richtlinie der GSD definiert. In der aktuellen Richtlinie vom 1. Oktober 2019 zur Kostenrechnung in Alters- und Pflegeheimen 2020 orientiert sich die GSD an der Kostenrechnung Curaviva 2019. Die Prüfung der Kostenrechnung wird auch zukünftig durch eine Treuhandfirma erfolgen, da auf externes Fachwissen zurückgegriffen werden muss. Sollte durch einzelne Leistungserbringer gegen die Regeln der Kostenrechnung bzw. gegen die vom KVG geforderten WZW-Kriterien verstossen werden, kann die GSD korrigierend eingreifen.

#### **4.1.5 Antrag und Einreichungstermin**

Mit dem neuen Verfahren müssen die Pflegeheime keinen Antrag mehr zur Höhe der Pflege-  
taxe einreichen. Die Leistungserbringer haben die Kostenrechnung und Leistungsstatistik bis  
spätestens 30. April des Folgejahres bei der GSD einzureichen. Diese bilden dann die Basis  
zur Ermittlung der Pfelegetaxen.

### **4.2 Ambulante Pfelegetaxe**

Die ambulante Pfelegetaxe erfährt mit dieser Gesetzesänderung keine generellen Anpassun-  
gen. Sie soll weiterhin als Normtaxe festgelegt werden, d.h. für alle Pflegefachpersonen sowie  
Spitex-Organisationen mit und ohne Leistungsauftrag wird es eine einheitliche Norm-Pfele-  
getaxe je Bereich geben. Gleiches, aber auf tieferem Niveau, gilt für in-house Spitex der Pflege-  
heime. Wie bei den Pflegeheimen soll neu aber eine Korrektur via Nominallohnindex vorge-  
nommen werden.

#### **4.2.1 Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL)**

Aufgrund des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts (BVG) betreffend Mittel und Gegen-  
stände muss eine gesetzliche Bestimmung für deren Verrechnung im Bereich der ambulanten  
Pfele aufgenommen werden.

Da die Kosten der Mittel und Gegenstände bei der ambulanten Leistungserbringung nicht in  
der Normtaxe abgebildet werden können, wird in der vorliegenden Teilrevision eine Einzelver-  
rechnung vorgesehen. Der Kanton übernimmt die Bezahlung der Kosten auf Gesuch um Ein-  
zelvergütung hin, wenn eine Verordnung einer Ärztin bzw. eines Arztes vorliegt und die An-  
wendung im Rahmen der Pflegeleistungen durch Pflegefachpersonen bzw. Spitex-  
Organisationen erfolgt. Die sich im Jahre 2019 bewährte Praxis der Sammelabrechnung für  
den Verein Spitex Nidwalden soll aus Effizienzgründen beibehalten werden.

### **4.3 Teilrevision der Pflegefinanzierungsverordnung**

Die Pflegefinanzierungsverordnung regelt unter anderem die Rechnungsstellung, Abrech-  
nung, Auszahlung und Rückerstattung von Beträgen der Pflegefinanzierung. Mit der vorliegen-  
den Teilrevision müssen neu gesetzliche Regelungen für die Einzelvergütungen im Bereich  
Mittel und Gegenstände geschaffen werden. Für einen effizienten Verfahrensablauf muss bei  
den Einzelvergütungen zwar bei der Finanzverwaltung ein Gesuch auf Finanzierung einge-  
reicht werden, es wird aber auf gesonderte formlose Entscheide an die versicherte Person  
verzichtet. Weiter besteht für grössere Leistungserbringer die Möglichkeit, die eingesetzten  
Mittel und Gegenstände via monatliche Sammelrechnung für mehrere versicherte Personen  
einzureichen.

## 5 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

### 5.1 Krankenversicherungsgesetz

#### Art. 28e Interkantonale Verhältnisse

Interkantonale Verhältnisse gemäss Art. 28e kKVG liegen einerseits dann vor, wenn Pflegeleistungen ausserhalb des Kantons erbracht werden und der Kanton Nidwalden für die Restfinanzierung zuständig ist. Andererseits sind Fälle denkbar, in denen ausserkantonale Leistungserbringer im Kanton Nidwalden Pflegeleistungen erbringen.

Mit der Abkehr von der Normtaxe bei Pflegeleistungen von Pflegeheimen ist eine Anpassung von Art. 28e kKVG unumgänglich. Zudem drängt sich eine Aktualisierung auf, da per 1. Januar 2019 die bundesrechtliche Zuständigkeits- und Finanzierungsregelung in Art. 25a Abs. 5 KVG geändert hat. Praxiserfahrungen zeigen, dass eine Präzisierung des Gesetzestextes zur Verhinderung von Unklarheiten zweckmässig ist.

Im neuen Abs. 1 wird der Grundsatz verankert, wonach sich auch Pflegeleistungen ausserkantonaler Leistungserbringer nach den Regeln des Kantons Nidwalden richten müssen. Für die Restfinanzierung gelten grundsätzlich die Pfl egetaxen von Nidwalden. Da der Regierungsrat für Pflegeleistungen in Pflegeheimen neu nicht mehr eine einheitliche Pfl egetaxe festlegt, braucht es eine Referenztaxe (Abs. 2). Diese basiert auf den durchschnittlichen gewichteten Kosten für Pflegeleistungen der letzten drei Jahre. Die entsprechenden Kostenrechnungen müssen zudem gestützt auf die Entwicklung der Nominallöhne korrigiert werden.

Der Grundsatz von Abs. 1 und 2 wird durch die bundesrechtliche Regelung in Art. 25a Abs. 5 KVG für interkantonale Verhältnisse teilweise durchbrochen. Deshalb sind in Art. 28e Abs. 3 und 4 kKVG Ausnahmen vorgesehen. Einerseits betrifft dies Fälle, in denen zum Zeitpunkt des Heimeintritts kein Pflegeplatz im Kanton Nidwalden zur Verfügung gestellt werden kann (Abs. 3), andererseits geht die bundesrechtliche Regelung auch vor, wenn Spitex-Organisationen oder Pflegefachpersonen Pflegeleistungen ausserhalb des Kantons erbringen (Abs. 4). In diesen Konstellationen gelten die Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers, selbstverständlich immer unter dem Vorbehalt, dass der Kanton Nidwalden überhaupt für die Finanzierung der Pflegeleistungen zuständig ist.

In Abs. 5 und 6 sind weitere Ausnahmen verankert, die über die bundesrechtlichen Vorschriften hinausgehen. Diese Ausnahmetatbestände entsprechen der bisherigen Regelung:

- Gemäss Abs. 5 kann der Kanton Nidwalden weitergehende Pflegekosten übernehmen, wenn die versicherte Person auf ein bestimmtes Pflegeangebot angewiesen ist und dieses im Kanton nicht zur Verfügung steht. Auch für die palliative Pflege in spezialisierten Einrichtungen (namentlich Sterbehospizen) kann der Kanton weitergehende Kosten übernehmen. Es handelt sich um Kann-Bestimmungen. Die GSD beabsichtigt, solche Mehrkosten nur zu tragen, wenn mit den Leistungserbringern vorgängig Leistungsvereinbarungen abgeschlossen werden.
- Abs. 6 bildet die Grundlage für den Vertrag zwischen dem Kanton Nidwalden und der Einwohnergemeinde Seelisberg betreffend Abgeltung von Pflegeleistungen (742.141). Der Kanton Nidwalden stellt sicher, dass für Personen mit Wohnsitz in der Gemeinde Seelisberg insgesamt sechs Pflegeplätze zur Verfügung stehen. Im Gegenzug finanziert die Gemeinde Seelisberg die anfallenden Pflegekosten nach den Regeln des Kantons Nidwalden. Der Kanton Nidwalden trägt gestützt auf diesen Vertrag aber keine Pflegekosten von Personen, für die er nicht zuständig ist. Insofern wird von den gesetzlichen Möglichkeiten in Abs. 6 nur noch beschränkt Gebrauch gemacht.

## **Art. 28f Taxe für Pflegeleistungen**

### **1. Pflegeheime**

#### **a) individuelle Pflorgetaxe**

Aufgrund der vorgesehenen Anpassung der Berechnungsgrundlagen für die individuellen Pflorgetaxen muss der Regierungsrat jedes Jahr für jedes Pflegeheim, das auf der Pflegeheimliste figuriert, eine verbindliche Taxe für die Pflegeleistungen gemäss KVG festlegen. Dabei setzt sich die individuelle Pflorgetaxe einerseits aus der Pflorgetaxe pro Pflegebedarfsstufe gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV und andererseits aus mindestens einer Pflorgetaxe für Bewohnerinnen und Bewohner mit einem besonders hohen Pflegebedarf zusammen. Die Pflorgetaxen gelten pro Person und Tag. Damit sind die Kosten aller Pflegeleistungen abgedeckt. Die Pflegeheime dürfen keine weiteren Vergütungen für Pflegeleistungen in Rechnung stellen.

#### **Art. 28g b) Höhe**

Wie schon im KVG gefordert, müssen die Pflegeleistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sowie in der erforderlichen Qualität erbracht werden. Somit bestimmt sich die Höhe der individuellen Pflorgetaxen aus den Kosten, welche den oben formulierten Anforderungen entsprechen.

Gemäss Abs. 2 müssen bei der Berechnung und Festlegung der Pflorgetaxen folgende Kriterien berücksichtigt werden:

- Durchschnitt der ausgewiesenen Pflegekosten der letzten drei geprüften Kostenrechnungen des jeweiligen Pflegeheimes,
- Durchschnitt der gewichteten Pflegekosten der letzten drei Kalenderjahre aller im Kanton anerkannten Pflegeheime sowie
- Entwicklung der Löhne gemäss dem aktuellen Nominallohnindex (Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen).

Die zu berechnenden Pflorgetaxen setzen sich zu je 50 Prozent aus den ersten beiden Kriterien zuzüglich der Entwicklung des Nominallohnindex zusammen. Der Regierungsrat kann in einer Verordnung weitere Kriterien festlegen, welche sachlich notwendig sind und einen geringen Einfluss auf die Berechnung der Pflorgetaxe haben.

#### **Art. 28h c) neue Leistungserbringer**

Dieser Artikel regelt die Berücksichtigung der Kostenrechnungen von neuen im Kanton Nidwalden zugelassenen Leistungserbringern. Es kann keine geprüften Kostenrechnungen vorgelegt werden, weshalb eine Berücksichtigung bei der Berechnung der Pflorgetaxen nicht möglich ist. Für die Jahre, in denen es keine geprüften und ausgewiesenen Pflegekosten gibt, wird für die Berechnung der individuellen Pflorgetaxe der Durchschnitt der ausgewiesenen und gewichteten Pflegekosten aller im Kanton anerkannten Pflegeheime als Basis verwendet.

## **Art. 28i 2. Pflegefachpersonen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause**

### **a) Norm-Pflorgetaxe**

Dieser Artikel regelt die Norm-Pflorgetaxe von ambulanten Leistungserbringern. Grundsätzlich ändert sich die Form und Art der Berechnung und Festlegung der Norm-Pflorgetaxe zur früheren Gesetzgebung nicht. Es fand aufgrund der veränderten Berechnungsgrundlage für die stationären Pflorgetaxen eine Bereinigung dieses Artikels statt. Weiter erhält der Regierungsrat die Kompetenz, in einer Verordnung für bestimmte Leistungen nicht pauschalisierte Vergütungen (Einzelvergütungen) festzulegen. Dies ist aufgrund der Bundesverwaltungsgerichtsentscheide betreffend MiGeL notwendig geworden.

## **Art. 28j b) Höhe**

Auch im Bereich der ambulanten Pflege sind die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sowie in der notwendigen Qualität zu erbringen. Es werden also nur die Pflegekosten finanziert, die entsprechend den oben aufgeführten KVG-Vorgaben anfallen. Aufgrund der Gleichbehandlung aller Leistungserbringer ist auch bei den ambulanten Leistungserbringern der Nominallohnindex bei der Ermittlung der Pflögetaxen gleichermassen zu berücksichtigen. Der Regierungsrat kann in einer Verordnung weitere Kriterien festlegen, welche sachlich notwendig sind und einen geringen Einfluss auf die Berechnung der Pflögetaxe haben.

## **Art. 28k 3. Verfahren**

Alle Leistungserbringer haben ihre Kostenrechnungen und Leistungsstatistiken bei der GSD einzureichen. Der Regierungsrat legt in einer Verordnung den Termin der Einreichung fest. Es ist geplant, dass die Kennzahlen bis spätestens 30. April bei der GSD vorliegen sollen. Der Abgabetermin entspricht somit den Vorgaben gemäss Art. 9 der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104). Die ambulanten Leistungserbringer (Spitex-Organisationen und Pflegefachpersonen) können zusätzlich bis zum 30. April noch einen Antrag zur Höhe der Norm-Pflögetaxen einreichen.

Der Regierungsrat legt wie bis anhin die Höhe der Pflögetaxen und der Zuschläge bis spätestens Ende September mittels Verfügung fest. Die Leistungserbringer sind im Vorfeld anzuhören.

## **Art. 28l Beiträge an Pflegeleistungen** **1. Geltendmachung, Erlöschen des Anspruchs**

Dieser Artikel erfährt keine Änderung. Die Artikelnummerierung muss angepasst werden.

## **Art. 28m 2. Verfahren**

Dieser Artikel erfährt keine Änderung. Die Artikelnummerierung muss angepasst werden.

## **Art. 28n Führungsinstrumente**

Dieser Artikel erfährt keine Änderung. Die Artikelnummerierung muss angepasst werden.

## **Art. 28o Controlling**

Das Controlling obliegt weiterhin der GSD. Sie hat die Einhaltung der WZW-Kriterien (wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich) der Leistungserbringung zu überwachen. Die Überprüfungen kann die GSD selber durchführen oder durch ausgewiesene Fachexperten durchführen lassen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, alle Unterlagen für das Controlling zur Verfügung zu stellen. Die GSD bestimmt in einer Richtlinie die einzureichenden Dokumente.

## **Art. 28p Kostentragung, Verfahren**

Dieser Artikel erfährt keine Änderung. Die Artikelnummerierung muss angepasst werden.

## **VIII. ÜBERGANGS- UND SCHLUSSBESTIMMUNGEN**

### **Art. 38b Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...**

Es ist geplant, die Gesetzesrevision bereits am 1. Januar 2021 in Kraft zu setzen. Daher muss für das erste Jahr eine Übergangsbestimmung zur Festlegung der individuellen Pflögetaxe erlassen werden. Aufgrund des sehr ambitionierten Zeitplans und des Zeitpunkts der Inkraftsetzung kann der Regierungsrat nicht wie im Gesetz gefordert bereits im September 2020 die definitiven Pflögetaxen 2021 festlegen. Daher ist geplant, dass der Regierungsrat im September 2020 die Pflögetaxen 2021 provisorisch festsetzt. Nach Ablauf der Referendumsfrist legt der Regierungsrat die Pflögetaxen 2021 definitiv fest.

Die Änderungen unterstehen dem fakultativen Referendum. Das Inkrafttreten wird durch den Regierungsrat festgelegt. Es ist geplant, die Revision per 1. Januar 2021 in Kraft zu setzen.

## **5.2 Pflegefinanzierungsverordnung (zur Information)**

### **§ 4 Abs. 3 Rechnungsstellung**

Gemäss Abs. 3 dürfen nur diejenigen Personen die Einzelvergütungen dem Kanton in Rechnung stellen, welche auch die Mittel und Gegenstände bezahlt haben. Wenn die Mittel und Gegenstände durch eine Pflegefachperson vorfinanziert wurden, dann kann diese die Einzelvergütungen verrechnen. Falls die versicherte Person die angewendeten Mittel und Gegenstände vorfinanziert hat, dann kann diese die Einzelleistungen dem Kanton in Rechnung stellen.

### **§ 4a Abs. 1 Zuschlagsberechtigte Leistungen** **1. Zuschläge mit Taxen**

Mit den Paragraphen 4a und 4b werden neu die zuschlagsberechtigten Leistungen bei ambulanten Leistungserbringern konkretisiert. Einerseits gibt es zuschlagsberechtigte Leistungen, die mittels (pauschalisierten, einheitlichen) Taxen abgegolten werden sollen (§ 4a). Andererseits können bei ambulanten Leistungserbringern die angewendeten Mittel und Gegenstände nur über Einzelvergütungen finanziert werden (§ 4b), da der Umfang und die Art sehr stark divergieren. Eine pauschale Abgeltung mittels Tage würde den effektiv angefallenen Kosten nicht Rechnung tragen.

Gemäss § 4a können die Pflege von akut oder chronisch kranken, behinderten oder sterbenden Kindern und Jugendlichen (Minderjährigen) sowie Kurzeinsätze unter 30 Minuten als zuschlagsberechtigte Leistungen anerkannt werden. Die Finanzierung erfolgt durch die vom Regierungsrat festgesetzten pauschalisierten Taxen. Diese Zuschläge entsprechen der bisherigen Regelung.

### **§ 4b 2. Einzelvergütungen**

Mittel und Gegenstände werden nur vergütet, wenn sie die im § 4b definierten Bedingungen erfüllen. Dabei ist es besonders wichtig, dass diese aus einer Produktegruppe gemäss der Mittel- und Gegenstände-Liste stammen, von einer Ärztin bzw. einem Arzt verordnet wurden und direkt durch eine Pflegefachperson an einer Patientin bzw. an einem Patienten angewendet wurden. Weiter besteht die Möglichkeit, dass die GSD die anerkannten Produktegruppen in einer Richtlinie näher definiert.

### **§ 8 Abs. 4 Pflegeleistungen der Pflegefachpersonen sowie Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause** **1. Abrechnung**

Zusätzlich zu den bereits bestehenden Bestimmungen können einzelne grössere Leistungserbringer mit Zustimmung der Finanzverwaltung für Einzelvergütungen (Mittel und Gegenstände) monatliche Sammelrechnungen für mehrere behandelte Personen einreichen.

### **§ 9 2. Entscheid**

Gestützt auf die Abrechnungen gemäss § 8 PVF wird – wie bis anhin – ein formloser Entscheid zur Vergütung der Pflegeleistungen erlassen. Ist die versicherte Person damit nicht einverstanden, kann sie eine Verfügung verlangen. An dieser Konzeption ändert sich mit der vorliegenden Teilrevision nichts.

Einzelvergütungen sollen demgegenüber möglichst unbürokratisch abgewickelt werden. Deshalb besteht gestützt auf § 8 Abs. 4 PVF neu die Möglichkeit, Sammelrechnungen zu Einzelvergütungen (Mittel und Gegenstände) für mehrere behandelte Personen einzureichen. Gleichzeitig soll gemäss § 9 Abs. 2 auf formlose Entscheide über die Einzelvergütungen verzichtet werden. Anderenfalls müssten die Mittel und Gegenstände in einer Abrechnung einzeln

aufgeführt werden. Dies wäre angesichts der geringen Höhe der Einzelvergütungen ein unverhältnismässiger Aufwand. Deshalb wird einerseits auf gesonderte Abrechnungen über die Einzelvergütungen verzichtet. Andererseits sind die Mittel und Gegenstände auch nicht auf der ordentlichen Abrechnung gemäss § 8 Abs. 1 PFV aufzulisten. Es genügt der Hinweis, dass die Mittel und Gegenstände mitabgegolten sind. Selbstverständlich hat eine versicherte Person, die mit der Vergütung nicht einverstanden ist, die Möglichkeit, eine Verfügung zu verlangen. Es ist davon auszugehen, dass dies in der Praxis nur sehr selten vorkommen wird.

### § 10 Abs. 2 3. Auszahlung

Pflegeleistungen werden durch die ambulanten Leistungserbringer grundsätzlich pro versicherte Person der Finanzverwaltung in Rechnung gestellt. Bei grösseren Leistungserbringern wie beispielsweise dem Verein Spitex Nidwalden kann eine jährliche Abrechnung vereinbart werden. Dabei richtet die Finanzverwaltung quartalsweise Akontozahlungen und eine Schlusszahlung aus. Es ist vorgesehen, die Einzelvergütungen für zuschlagsberechtigte Leistungen monatlich auszuführen.

### § 11a Einreichung der Führungsinstrumente und Anträge

Die Termine zur Einreichung der Kostenrechnungen waren bis anhin auf Gesetzesstufe verankert. Dies ist nicht sachgerecht. Neu wird dies in der Pflegefinanzierungsverordnung geregelt. Alle ambulanten und stationären Leistungserbringer müssen der GSD ihre Kostenrechnungen und Leistungsstatistiken bis spätestens 30. April zur Verfügung stellen. Weiter können allfällige Anträge zur Höhe der Pflögetaxe zum gleichen Zeitpunkt bei der GSD eingereicht werden. Künftig werden nur noch die Spitex-Organisationen bzw. die Pflegefachpersonen Anträge stellen. Da für die Pflegeheime neu eine klare Berechnungsmethode gesetzlich definiert ist, erübrigt es sich für sie, Anträge zur Höhe der Pflögetaxe einzureichen.

## 6 Auswirkungen

### 6.1 Auswirkungen auf die einzelnen Pflegeheime

Da die Pflögetaxen zukünftig individueller Natur und für jedes Pflegeheim separat festgelegt werden sollen, hat dies selbstverständlich Auswirkungen auf die einzelnen Leistungserbringer. Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Pflögetaxe pro Stunde nach alter und neuer Gesetzgebung auf:

	2017 CHF	2018 CHF	2019 CHF
<b>Pflögetaxe nach derzeitiger Gesetzgebung</b>			
<i>Effektive Pflögetaxe</i>	71.00	72.00	73.00
<b>Pflögetaxe nach revidierter Gesetzgebung</b>			
Altersstiftung Ennetbürgen, Altersheim Öltrotte	66.30	66.17	67.74
Stiftung Altersfürsorge Buochs, Alterswohnheim Buochs	69.41	70.92	72.91
Stiftung Altersfürsorge Beckenried, Alterswohnheim Hungacher	70.42	71.23	73.17
Alters- und Pflegeheim Heimet AG, Ennetbürgen	67.26	70.41	73.43
Politische Gemeinde Stans, Wohnhaus Mettenweg	70.13	72.72	72.49
Stiftung Altersfürsorge Hergiswil NW, Seniorenzentrum Zwyden	72.83	73.25	73.99
Stiftung Alters- und Pflegeheim Nidwalden, Wohnheim Nägeligasse	72.38	73.36	75.17

Es ist sehr gut ersichtlich, dass im Jahr 2017 insgesamt 5 Pflegeheime, im Jahr 2018 insgesamt 4 Pflegeheime und 2019 insgesamt 3 Pflegeheime mit einer niedrigeren Pflorgetaxe hätten auskommen müssen und über die Pflege weniger Einnahmen generiert hätten. Die anderen Pflegeheime hätten entsprechend höhere Pflegeeinnahmen realisieren können.

Wären die Pflorgetaxen nach revidierter Gesetzgebung bereits in der Vergangenheit angewendet worden, hätte dies für die Pflegeheime folgende Mehr- oder Mindererträge im Bereich der Pflegefinanzierung zur Folge gehabt:

	<b>2017 CHF</b>	<b>2018 CHF</b>
Altersstiftung Ennetbürgen, Altersheim Öltrotte	-81'000	-101'000
Stiftung Altersfürsorge Buochs, Alterswohnheim Buochs	-49'000	-38'000
Stiftung Altersfürsorge Beckenried, Alterswohnheim Hungacher	-10'000	-14'000
Alters- und Pflegeheim Heimet AG, Ennetbürgen	-111'000	-54'000
Politische Gemeinde Stans, Wohnhaus Mettenweg	-11'000	9'000
Stiftung Altersfürsorge Hergiswil NW, Seniorenzentrum Zwyden	97'000	58'000
Stiftung Alters- und Pflegeheim Nidwalden, Wohnheim Nägeligasse	108'000	96'000

## 6.2 Auswirkungen auf den Kanton als Restfinanzierer

Berechnungen der Pflorgetaxe nach alter und neuer Gesetzgebung der bereits abgerechneten Jahre 2017 und 2018 zeigen auf, dass die Restfinanzierung bei der stationären Pflege gestiegen wäre. Der Kanton Nidwalden zahlte für das Jahr 2017 einen Betrag in der Höhe von 8.010 Mio. Franken an die Pflegekosten in Pflegeheimen. Im Jahr 2018 wurden für diesen Bereich 8.143 Mio. Franken ausgegeben. Mit der neuen Berechnungsgrundlage hätte der Kanton Nidwalden im Jahr 2017 rund 56'000 Franken und im Jahr 2018 rund 45'000 Franken mehr zahlen müssen. Dies liegt vor allem an der Berücksichtigung des Nominallohnindexes.

Die zusätzlichen Aufwendungen für die Mittel und Gegenstände bei den ambulanten Leistungserbringern wurden bereits im Jahr 2019 finanziert. Dabei betrug der Aufwand rund 100'000 Franken.

## 7 Terminplan

Verabschiedung durch Regierungsrat	30. Juni 2020
Vorberatende Kommission FGS	19. August 2020
Vorberatende Kommission Fiko	17. August 2020
1. Lesung im Landrat	23. September 2020
2. Lesung im Landrat	21. Oktober 2020
Inkrafttreten	1. Januar 2021

REGIERUNGSRAT NIDWALDEN

Landammann

*Alfred Bossard*

Landschreiber-Stv.

*Hugo Murer*