



KANTON
NIDWALDEN

GESUNDHEITS- UND
SOZIALDIREKTION

Engelbergstrasse 34, Postfach 1243, 6371 Stans
Telefon 041 618 76 02, www.nw.ch

EINFÜHRUNGSGESETZ ZUM BUNDESGESETZ ÜBER DIE KRANKENVERSICHERUNG

Bericht an den Landrat

Stans, 17. Dezember 2024

| | | | | | |
|--------------|--------------------------------|---------|-------------------|----------------|---------------|
| Titel: | Bericht | Typ: | Bericht Direktion | Version: | |
| Thema: | Pflegefinanzierung | Klasse: | | FreigabeDatum: | 18.12.24 |
| Autor: | Carolina dos Santos | Status: | | DruckDatum: | 18.12.24 |
| Ablage/Name: | Bericht Antrag an Landrat.docx | | | Registratur: | 2023.NWGSD.75 |

Inhalt

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Abkürzungsverzeichnis..... | 4 |
| 2 | Zusammenfassung | 5 |
| 3 | Ausgangslage | 6 |
| 3.1 | Pflegefinanzierung | 6 |
| 3.1.1 | Allgemein..... | 6 |
| 3.1.2 | Krankenversicherer..... | 6 |
| 3.1.3 | Versicherte Person | 7 |
| 3.1.4 | Kanton | 7 |
| 3.2 | Änderungsbedarf | 8 |
| 3.3 | Projektorganisation | 8 |
| 4 | Auswertung der externen Vernehmlassung | 9 |
| 5 | Wesentliche Elemente der Vorlage..... | 9 |
| 5.1 | Digitalisierung | 9 |
| 5.1.1 | Bisherige Regelung | 10 |
| 5.1.2 | Neue Regelung..... | 10 |
| 5.2 | Mittel und Gegenstände..... | 12 |
| 5.2.1 | Definition | 12 |
| 5.2.2 | Änderung auf Bundesebene | 12 |
| 5.2.3 | Änderung der kantonalen Gesetzgebung..... | 13 |
| 5.3 | Spitex-Organisationen | 13 |
| 5.3.1 | Neues Geschäftsmodell..... | 13 |
| 5.3.2 | Unterschiede zu klassischen Spitex-Organisationen..... | 14 |
| 5.3.3 | Restkostenfinanzierung | 14 |
| 6 | Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen..... | 16 |
| 6.1 | Teilrevision des kantonalen Krankenversicherungsgesetzes | 16 |
| 6.2 | Totalrevision der Pflegefinanzierungsverordnung | 19 |
| 7 | Auswirkungen..... | 26 |
| 7.1 | Gesundheitliche und soziale Auswirkungen | 26 |
| 7.2 | Auswirkungen auf den Kanton | 26 |
| 7.2.1 | Allgemeine Auswirkungen..... | 26 |
| 7.2.2 | Finanzielle Auswirkungen | 27 |
| 7.3 | Auswirkungen auf die Gemeinden | 28 |
| 8 | Terminplan | 28 |

1 Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------|--|
| ATSG | Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 730.1) |
| BFS | Bundesamt für Statistik |
| DSG | Bundesgesetz vom 25. September 2020 über den Datenschutz (Datenschutzgesetz, DSG; AS 2022 491) |
| GERES | Kantonales Einwohnerregister |
| GesV | Vollzugsverordnung vom 3. Februar 2009 zum Gesundheitsgesetz (Gesundheitsverordnung, GesV; NG 711.11) |
| GLN | Global Location Number |
| i.V.m. | in Verbindung mit |
| kDSG | Gesetz vom 20. Februar 2008 über den Datenschutz (Kantonales Datenschutzgesetz, kDSG; NG 232.1) |
| kKVG | Einführungsgesetz vom 25. Oktober 2006 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz; kKVG; NG 742.1) |
| KLV | Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) |
| KoZu | Kostenübernahmezusicherung |
| kRHG | Gesetz vom 16. September 2009 über die Harmonisierung amtlicher Register (Kantonales Registerharmonisierungsgesetz, kRHG; NG 232.2) |
| KVG | Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) |
| KVV | Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) |
| MiGeL | Mittel- und Gegenständeliste |
| OKP | Obligatorische Krankenpflegeversicherung |
| PFV | Verordnung vom 21. Dezember 2010 zur Pflegefinanzierung (Pflegefinanzierungsverordnung, PFV; NG 742.112) |
| u.a. | unter anderem |
| VRG | Gesetz über das Verwaltungsverfahren und die Verwaltungsrechtspflege (Verwaltungsrechtspflegegesetz, VRG; NG 265.1) |

2 Zusammenfassung

Die gesetzlichen Grundlagen rund um die Pflegefinanzierung werden in drei Punkten angepasst. Erstens sollen die Prozesse der Antrags- und Rechnungsstellung digitalisiert werden. Zweitens änderte sich die bundesrechtliche Regelung zur Abrechnung der Mittel und Gegenstände und erfordert eine kantonale Anpassung. Drittens soll die Finanzierung von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex-Organisationen) geregelt werden, die mit einem neuen Geschäftsmodell tätig sind. Daher werden das kantonale Krankenversicherungsgesetz teilrevidiert und die Pflegefinanzierungsverordnung totalrevidiert.

Mit der **Digitalisierung** profitieren die Pflegeheime, Spitex-Organisationen und selbstständig tätigen Pflegefachpersonen neu von einer zeitnahen Vergütung der Pflegeleistungen. Durch die Digitalisierung des Prozesses wird die Effizienz auch auf Seiten des Kantons gesteigert und es wird eine Einzelfallrechnungsprüfung gewährleistet. Dadurch ist eine Qualitätsverbesserung für alle Beteiligten zu erwarten.

Mittel und Gegenstände werden in die Kategorien A, B und C unterteilt. Während die Kosten für Kategorie A weiterhin vom Kanton mittels Pflegekosten getragen werden, übernimmt die Krankenversicherung neu die Kosten für Kategorien B und C. Dadurch wird die bisherige kantonale Regelung zur Einzelvergütung obsolet, jedoch bleibt sie im Gesetz bestehen, um bei Bedarf auf Verordnungsstufe reaktiviert werden zu können.

Das **neue Geschäftsmodell der Spitex-Organisationen** sieht vor, dass die Pflege entweder von pflegenden Angehörigen oder von angestellten Personen übernommen wird, die im selben Haushalt wohnen, aber nicht mit der pflegebedürftigen Person verwandt sind. Bei diesen Organisationen soll die Restfinanzierung angepasst werden.

Im kKVG werden vier bestehende Artikel geändert oder neu geregelt. In Art. 28i kKVG wird festgehalten, dass der Regierungsrat je Kalenderjahr eine verbindliche Taxe für Spitex-Organisationen und Pflegefachpersonen festlegt. Neu erhalten Pflegeheime, welche ambulante Leistungen erbringen (Spitin-Organisationen), maximal 85% (statt 90%) der Norm-Pflegekosten. Spitex-Organisationen, bei denen Pflegende zum Einsatz kommen, die im selben Haushalt wie die zu pflegende Person leben oder deren Angehörige sind, erhalten maximal 70% der Norm-Pflegekosten. Im Weiteren regelt der Regierungsrat gemäss Art. 28l Abs. 1 kKVG das Verfahren zur Abrechnung und Auszahlung der Beiträge an die Kosten der Pflegeleistungen in einer Verordnung. Er kann vorsehen, dass dafür ein Antrag eingereicht werden muss. Die Antragspflicht kann auf bestimmte Personengruppen beschränkt sein. Für die Digitalisierung der Rechnungsstellung kann die Abrechnung neu über eine elektronische Kommunikationsplattform erfolgen. Der Datenschutz und die Informationssicherheit der Personendaten sind zu gewährleisten.

Die PFV wird totalrevidiert. Neu haben nur Personen in einem ausserkantonalen Pflegeheim beim Amt ein Gesuch um Kostenübernahme einzureichen (§ 2 PFV). Das Amt erlässt eine formlose Kostenübernahmezusicherung (KoZu) zuhanden der versicherten Person sowie des Leistungserbringers (§ 3 PFV). Die kantonalen Beiträge an die Pflegekosten sind dem Amt neu monatlich in Rechnung zu stellen. Die Rechnungsstellung der Leistungserbringer wird neu über eine elektronische Kommunikationsplattform abgewickelt (§ 5 PFV). § 11 PFV regelt die Zuschläge für ambulant erbrachte Leistungen. Kein Anspruch auf die Zuschläge haben Spitin-Organisationen und neu die besagten Spitex-Organisationen mit dem neuen Geschäftsmodell (§ 11 Abs. 2 PFV).

3 Ausgangslage

3.1 Pflegefinanzierung

3.1.1 Allgemein

Wenn Pflegeleistungen durch versicherte Personen in Anspruch genommen werden, löst dies Kosten aus. Diese Pflegekosten werden von drei verschiedenen Parteien finanziert: vom Krankenversicherer, der versicherten Person und dem Kanton. Der Kanton trägt als "Restkostenfinanzierer" diejenigen Kosten, die nicht durch die versicherte Person oder den Krankenversicherer übernommen werden. Die Pflegeleistungen werden für versicherte Personen entweder stationär in einem Pflegeheim oder ambulant durch Spitex-Organisation oder selbstständig tätige Pflegefachpersonen erbracht. Es werden ausschliesslich die Kosten der Pflege übernommen. Die Hotellerie, hauswirtschaftliche Leistungen sowie die Betreuung werden anderweitig finanziert.

Der Bundesrat übernimmt die Bezeichnung der einzelnen Pflegeleistungen sowie die Regelung des Verfahrens der Bedarfsermittlung (Art. 25a Abs. 3 KVG). Er setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Die Pflegeleistungen sind in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig zu erbringen. Dementsprechend werden die Pflegeleistungen einer Qualitätskontrolle unterzogen. Dazu legt ebenso der Bundesrat die Modalitäten fest (Art. 25a Abs. 4 KVG).

Die Pflegeleistungen sind in Art. 7 KLV definiert. Es werden folgende drei Arten von Leistungen vergütet:

- Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV),
- Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV) und
- Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV).

3.1.2 Krankenversicherer

Die Krankenversicherer leisten gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung (ambulant) und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs (stationär) erbracht werden. Dabei gilt es zu beachten, dass die ambulanten und stationären Pflegekosten unterschiedlich finanziert werden. Die einzelnen Beiträge, welche die Krankenversicherer dabei übernehmen, sind in der KLV definiert.

Für ambulante Pflegeleistungen werden vom Krankenversicherer folgende Beiträge pro Pflegeleistung und Stunde übernommen (vgl. Art. 7a Abs. 1 KLV):

| Pflegeleistungen | Beiträge pro Stunde |
|---|---------------------|
| Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination | CHF 76.90 |
| Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung | CHF 63.00 |
| Massnahmen der Grundpflege | CHF 52.60 |

Tabelle 1: Ambulante Beiträge der Krankenversicherer nach Pflegeleistung

Die stationären Pflegeleistungen werden nach Bedarfsstufen vergütet. Es gibt insgesamt 12 Pflegebedarfsstufen. Je nach benötigten Pflegeminuten pro Tag ergibt sich eine höhere oder tiefere Pflegebedarfsstufe, welche durch das Pflegeheim bestimmt wird. Die folgenden Beiträge werden vom Krankenversicherer pro Pflegestufe und Tag übernommen (Art. 7a Abs. 3 KLV):

| Pflegebedarfsstufe | Beiträge pro Tag |
|--|------------------|
| Stufe 1: bis 20 Minuten | CHF 9.60 |
| Stufe 2: von 21 bis 40 Minuten | CHF 19.20 |
| Stufe 3: von 41 bis 60 Minuten | CHF 28.80 |
| Stufe 4: von 61 bis 80 Minuten | CHF 38.40 |
| Stufe 5: von 81 bis 100 Minuten | CHF 48.00 |
| Stufe 6: von 101 bis 120 Minuten | CHF 57.60 |
| Stufe 7: von 121 bis 140 Minuten | CHF 67.20 |
| Stufe 8: von 141 bis 160 Minuten | CHF 76.80 |
| Stufe 9: von 161 bis 180 Minuten | CHF 86.40 |
| Stufe 10: von 181 bis 200 Minuten | CHF 96.00 |
| Stufe 11: von 201 bis 220 Minuten | CHF 105.60 |
| Stufe 12: über 220 Minuten | CHF 115.20 |

Tabelle 2: Stationäre Beiträge der Krankenversicherer nach Pflegebedarf

3.1.3 Versicherte Person

Die versicherten Personen haben eine Eigenleistung zu übernehmen. Jedoch dürfen ihnen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten maximal 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwältzt werden (Art. 25a Abs. 5 KVG). Im Kanton Nidwalden werden den versicherten Personen im ambulanten Bereich maximal 15.35 Franken je Tag und im stationären Bereich maximal 23.00 Franken je Tag verrechnet. Falls die versicherte Person mehr als den Höchstbetrag bezahlt, hat sie ein Recht auf Rückerstattung. Dies könnte beispielsweise dann der Fall sein, wenn zwei Spitex-Organisationen dieselbe versicherte Person pflegen.

3.1.4 Kanton

Die Kantone sind gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG für die Regelung der Restfinanzierung von Pflegeleistungen bei Krankheit zuständig. Dabei ist grundsätzlich der zivilrechtliche Wohnsitz der versicherten Person relevant. Beide Bereiche sind folgendermassen geregelt:

- Im **ambulanten Bereich** gelten die Regeln der Restfinanzierung des Kantons, wo die Leistung erbracht wird. Wenn eine Spitex-Organisation mit Standort in Luzern Pflegeleistungen im Kanton Nidwalden übernimmt, so gelten bei der Vergütung die Regeln des Kantons Nidwalden.
- Im **stationären Bereich** gilt der Wohnsitz, welche die versicherte Person direkt vor Eintritt im Pflegeheim hatte.
 - Falls eine versicherte Person keinen geeigneten Pflegeplatz im Kanton Nidwalden finden sollte und deshalb in ein ausserkantonales Pflegeheim eintreten muss, so übernimmt der Kanton Nidwalden die Restkosten nach den Regeln des anderen Kantons. Diese Restfinanzierung und das Recht der versicherten Person zum Aufenthalt im betreffenden Pflegeheim sind für eine unbeschränkte Dauer gewährleistet.
 - Falls eine versicherte Person trotz eines geeigneten freien Platzes in einem Pflegeheim in Nidwalden in ein ausserkantonales Pflegeheim eintritt, übernimmt der Kanton Nidwalden die ungedeckten Pflegekosten maximal in der Höhe der Referenztaxen des Kantons Nidwalden. Eine allfällige Differenz ist von der versicherten Person zu übernehmen.

3.2 Änderungsbedarf

Im Kanton Nidwalden wird die Digitalisierung der Prozesse der öffentlichen Verwaltung angestrebt. In diesem Rahmen soll die Antrags- und Rechnungsprüfung der Pflegefinanzierung digitalisiert werden. Heute werden per Gesetz schriftliche Anträge auf amtlichen Formularen gefordert und die Rechnungen werden noch manuell in einer Excel-Tabelle zusammengefasst. Eine neue Software soll den Prozess optimieren. Das entsprechende IT-Projekt wird seit dem Frühjahr 2023 vom Gesundheitsamt bearbeitet. Der derzeit favorisierte Softwarelieferant betreut heute bereits die Spitalrechnungsprüfungssoftware, welche seit 2017 im Gesundheitsamt erfolgreich im Einsatz ist. Die gesetzlichen Grundlagen müssen für die Digitalisierung der Pflegefinanzierung angepasst werden.

Eine weitere Anpassung derselben kantonalen Gesetzgebung betrifft die Mittel und Gegenstände. Seit dem 1. Oktober 2021 hat der Bundesrat diese neu geregelt. Die Kosten der Mittel und Gegenstände werden nun mehrheitlich über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet. Diese Änderung auf Bundesebene hat einen Einfluss auf die PFV, weshalb diese entsprechend angepasst werden muss.

Letztlich verbreitet sich sowohl national als auch im Kanton Nidwalden ein neues Geschäftsmodell von Spitex-Organisationen. In diesen Organisationen wohnt die pflegende Person im selben Haushalt wie die zu pflegende Person, oder die Spitex-Organisation stellt pflegende Angehörige ein. Für dieses neue Geschäftsmodell gilt es zu klären, ob dieselben Beiträge gerechtfertigt sind, welche die klassischen Spitex-Organisationen erhalten. Sowohl für den Weg zur pflegenden Person als auch für die Administration fallen deutlich tiefere Kosten an als bei klassischen Spitex-Organisationen.

3.3 Projektorganisation

Der Regierungsrat beauftragte mit Beschluss Nr. 653 vom 5. Dezember 2023 die Gesundheits- und Sozialdirektion mit der Ausarbeitung eines Gesetzes- und Verordnungsentwurfs. Die folgende Projektorganisation wurde eingesetzt:

- **Projektleitung** Carolina dos Santos, Vorsteherin Gesundheitsamt
-
- **Steuerguppe** RR Peter Truttmann, Gesundheits- und Sozialdirektion (Vorsitz)
 Andreas Scheuber, Direktionssekretär GSD (bis 30.06.2024)
 Karen Dörr, Direktionssekretärin GSD (ab 01.04.2024)
 Marco Hofmann, Direktionssekretär FD und Finanzverwalter
 Carolina dos Santos, Vorsteherin Gesundheitsamt (beratend)
 Christian Blunski, Rechtsdienst (beratend)
-
- **Projektgruppe** Carolina dos Santos, Vorsteherin Gesundheitsamt
 Karen Dörr, Direktionssekretärin GSD
 Céline Furrer, Gesundheitsamt
 Christian Blunski, Rechtsdienst (Gesetzesredaktion)
 Kerstin Geiger, Rechtsdienst (Gesetzesredaktion)

4 Auswertung der externen Vernehmlassung

Die Revision der Gesetzgebung zur Pflegefinanzierung hat grosses Interesse geweckt. Im Rahmen der externen Vernehmlassung gingen zahlreiche und ausführliche Stellungnahmen von Parteien, Gemeinden und weiteren Interessengruppen ein. Insgesamt zeigt die Auswertung, dass die Mehrheit die Revision unterstützt. Es bestehen insbesondere Fragen hinsichtlich der Kürzungen der Pflorgetaxen von Spitin-Organisationen und von Spitex-Organisationen, bei denen Pflegende zum Einsatz kommen, die im selben Haushalt wie die zu pflegende Person leben oder deren Angehörige sind.

Der Vorschlag zur **Digitalisierung** der Prozesse in der Pflegefinanzierung wurde von allen Vernehmlassungsteilnehmenden positiv aufgenommen. Die Teilnehmenden stimmen zu, dass dies zu Effizienzsteigerungen führen wird, wobei einige auf notwendige Schnittstellen zwischen den bestehenden IT-Systemen und die damit verbundenen Kosten hinwiesen. Auch der Verzicht auf Vergütung der Kosten für **Mittel und Gegenstände** fand Zustimmung, da der Bund die Regelung überarbeitet hat.

Die Kürzung der Beiträge für **Spitin-Organisationen von 90% auf 85%** stiess auf gemischte Reaktionen. Die Mehrheit stimmt der Kürzung zu. Eine Minderheit befürchtet jedoch, dass dies die Attraktivität für Institutionen verringern könnte, solche Leistungen anzubieten. Dieser Umstand sei bedauerlich, da dieses Angebot einem wichtigen Bedürfnis der Bevölkerung entspreche. Es wurde teilweise angemerkt, dass der alleinige Vergleich mit den Wegkosten der Spitex Nidwalden nicht ausreiche, um die Kürzung zu rechtfertigen. Daher fordert die Minderheit, die Kürzung auf 90% zu belassen. Der Regierungsrat sieht davon ab, die Kürzung auf 90% zu belassen. Die reduzierte Pflorgetaxe wurde ursprünglich eingeführt, weil Spitin-Organisationen keine zusätzlichen Wegkosten haben. Aktuelle Zahlen der Spitex Nidwalden zeigen, dass die Wegkosten 15% ausmachen. Daher wird nun eine Anpassung der Pflorgetaxe auf 85% weiterhin als gerechtfertigt betrachtet. Die Finanzierung der Restkosten gemäss KVG bleibt weiterhin gesichert.

Grundsätzlich besteht Einigkeit über eine Kürzung der Pflorgetaxe von Spitex-Organisationen, bei denen Pflegende zum Einsatz kommen, die **im selben Haushalt wie die zu pflegende Person leben oder deren Angehörige sind**. Es wurde betont, dass pflegende Angehörige eine angemessene Entschädigung erhalten sollten, um deren wichtige Rolle im Pflegesystem zu unterstützen. Während einige die Kürzung auf 70% als gerechtfertigt ansehen, da pflegende Angehörige einen geringeren Aufwand haben, forderten andere eine genauere Begründung für den festgelegten Wert. Im Weiteren plädiert eine Minderheit die Prüfung weiterer Massnahmen hinsichtlich Arbeitsbedingungen und Qualität. Die Anliegen wurden in diesem Bericht an den Landrat ergänzt (Kap. 5.3.3 und Kap. 6.1).

5 Wesentliche Elemente der Vorlage

Die Vorlage umfasst drei Komponenten; die Digitalisierung der Pflegefinanzierung (Kap. 5.1), die Mittel und Gegenstände (Kap. 5.2) sowie das neue Geschäftsmodell von Spitex-Organisationen (Kap. 5.3). Im Folgenden werden diese einzeln erläutert.

5.1 Digitalisierung

Derzeit ist die Finanzverwaltung für den Vollzug der Pflegefinanzierung zuständig. Die Zuständigkeit soll mit dieser Gesetzesrevision an das Gesundheitsamt übergehen. Im Folgenden werden vorerst die bisherige Regelung und anschliessend die neue IT-Lösung erklärt.

5.1.1 Bisherige Regelung

5.1.1.1 Antragstellung und -prüfung

Alle versicherten Personen müssen einen Antrag auf kantonale Pflegebeiträge stellen. Die Finanzverwaltung prüft im Vorfeld die Vollständigkeit des Antrags und vor allem den zivilrechtlichen Wohnsitz der versicherten Person. Spitex-Organisationen und Pflegefachpersonen haben zusätzlich eine gültige ärztliche Anordnung einzureichen. In einem formlosen Entscheid hat die Finanzverwaltung über Anerkennung bzw. Ablehnung der Zuständigkeit zu informieren. Dieser Entscheid wird mehrheitlich für Personen getroffen, die in einem ausserkantonalen Pflegeheim betreut werden. In Absprache mit den Nidwaldner Pflegeheimen werden aus Effizienzgründen keine Entscheide gefällt.

Muss der Antrag abgewiesen werden, wird der antragstellenden Person ein formloser Entscheid zugestellt. Auf Verlangen der betroffenen Person wird der Entscheid in Form einer anfechtbaren Verfügung nachgereicht. Die Leistungserbringer werden über den Entscheid informiert. Um den kantonalen Aufwand zu verringern, werden formlose Entscheide nur an ausserkantonale Pflegeheime zugestellt. Innerkantonale Heime, Spitex-Organisationen und selbstständig tätige Pflegefachpersonen erhalten einen formlosen Entscheid auf Anfrage.

5.1.1.2 Rechnungsstellung und -prüfung

Die Leistungserbringer stellen dem Kanton grundsätzlich monatlich pro Patientin bzw. pro Patienten die effektiv erbrachten Pflegeleistungen in Rechnung. Die Rechnungen werden hinsichtlich der Beiträge und dem zivilrechtlichen Wohnsitz geprüft. Bei der Überprüfung der Rechnungen der Spitex-Organisationen und selbstständig tätigen Pflegefachpersonen wird zusätzlich die ärztliche Anordnung hinzugezogen. Sie muss gültig und die Anzahl der abgerechneten Minuten müssen stimmig sein. Wenn die Rechnung als korrekt befunden wurde, wird sie gezahlt. Statistiken und Auswertungen im Bereich Pflegefinanzierung werden zusätzlich in verschiedenen Excel-Dateien erstellt.

Spitex Nidwalden muss aufgrund der grossen Abrechnungsmenge ihre Leistungen nicht monatlich in Rechnung stellen, sondern erhält monatliche Akontozahlungen. Im Folgejahr findet eine Ausgleichszahlung anhand der effektiv erbrachten Pflegeleistungen statt. Die Lungenliga Zentralschweiz verschickt die Rechnungen jeweils quartalsweise. Nidwaldner Alters- und Pflegeheime haben ebenfalls die Möglichkeit, Akontozahlungen vom Kanton zu erhalten. Im Folgejahr erfolgt die Endabrechnung.

5.1.1.3 Entscheid über geleistete Beiträge

Im Februar wird an sämtliche Personen, welche im vergangenen Jahr Pflegeleistungen bezogen haben, eine formlose Mitteilung über alle geleisteten Beiträge an Pflegeleistungen (Krankenversicherer, versicherte Person und Kanton) verschickt.

5.1.2 Neue Regelung

5.1.2.1 Neue IT-Lösung

Seit einiger Zeit sind Pflegeheime wie auch Spitex-Organisationen in der Lage, Rechnungen und Anordnungen elektronisch zu erstellen und auch zu versenden. Die Krankenversicherer nutzen diese elektronische Rechnungsstellung schon seit längerem, um die Rechnungsprüfung und Zahlung in einem digitalen Prozess zu verarbeiten. Der Kanton Nidwalden möchte diesen Vorteil ebenfalls nutzen, um damit auf monatliche Rechnungsprüfung bei allen Leistungserbringern inklusive Spitex Nidwalden und Nidwaldner Pflegeheime umzustellen. Die vorliegende Gesetzesrevision deckt u.a. den elektronischen Empfang und die weitere Verarbeitung ab.

Gemeinsam mit dem Kanton Solothurn wurde ein Anforderungskatalog für eine Softwarelösung erarbeitet. Da beide Kantone ähnliche Anforderungen an eine Softwarelösung haben, ist daher auch eine gemeinsame Einführung und Realisierung des entsprechenden Systems geplant. Eine ähnliche Softwarelösung wird bereits von beiden Kantonen für die Spitalfinanzierung angewendet.

5.1.2.2 Kostenübernahmezusicherung

Auf die Antragsstellung kann zukünftig verzichtet werden. Die neue Softwarelösung soll bei Rechnungsempfang den zivilrechtlichen Wohnsitz prüfen. Ist der Kanton Nidwalden nicht für die Finanzierung des kantonalen Beitrags zuständig, wird die Rechnung an den Leistungserbringer zurückgewiesen.

Personen, welche in einem ausserkantonalen Pflegeheim Pflegeleistungen in Anspruch nehmen möchten, haben vorgängig ein Gesuch um Kostenübernahme einzureichen. Es ist geplant, dass nicht nur Rechnungen, sondern auch Gesuche um Kostenübernahme elektronisch empfangen und verarbeitet werden können. Für die elektronische Verarbeitung ist es notwendig, ein standardisiertes und amtliches Formular zu verwenden. In begründeten Fällen können die Gesuche auch nach Eintritt in eine Pflegeeinrichtung eingereicht werden. Die Softwarelösung überprüft vor allem den zivilrechtlichen Wohnsitz und somit die Zuständigkeit des Kantons Nidwalden. Weiter muss entschieden werden, welche Pflorgetaxe zur Anwendung kommt. Das System kreiert eine KoZu, welche der versicherten Person zugestellt wird. Die Leistungserbringer werden über die KoZu informiert.

5.1.2.3 Rechnungsstellung

Neu sollen alle Leistungserbringer die Rechnungen monatlich beim Kanton einreichen. Damit kann eine zeitnahe Zahlungsabwicklung der erbrachten Pflegeleistungen gewährleistet werden. Mit der monatlichen Abrechnung pro Bewohnerin bzw. Bewohner in einem Pflegeheim oder pro Klientin bzw. Klient bei Spitex-Organisationen kann schneller und effizienter auf Fehlfakturierungen reagiert werden. Da kleinere Leistungserbringer wie selbstständig erwerbende Pflegefachpersonen nicht immer über eine entsprechende IT-Infrastruktur verfügen, muss es weiterhin möglich sein, Papierrechnungen im System zu erfassen. Dies stellt sicher, dass alle Rechnungen die gesamte Prüfmatrix durchlaufen und alle erbrachten Pflegeleistungen in einem System erfasst sind. Zukünftig sollen alle Leistungserbringer angehalten sein, ihre Rechnungen elektronisch zu versenden. Der Versand von Papierrechnungen ist nur zulässig, wenn sachliche Gründe vorliegen und das Amt auf Antrag hin die Bewilligung erteilt.

5.1.2.4 Übermittlung über Kommunikationsplattform

Die Übertragung der Gesuche um Kostenübernahme, Rechnungen und Anordnungen erfolgt über einen Intermediär. Intermediäre sorgen für einen sicheren und geschützten Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern, Patientinnen bzw. Patienten, Versicherern und Kantonen. Auf dem Schweizer Gesundheitsmarkt sind derzeit MediData und H-Net (Swisscom Health IT) die führenden Anbieter für einen gesicherten Datenaustausch.

Die gesetzliche Grundlage zur elektronischen Abwicklung beruht auf Art. 42 Abs. 3 KVG. Diese besagt, dass die Übermittlung der Rechnung an den Versicherten auch elektronisch erfolgen kann. Es ist anzunehmen, dass diese gesetzliche Grundlage ebenso für die Rechnungszustellung an den Kanton gilt.

5.1.2.5 Wohnsitzprüfung

Das Einwohnerregister (GERES) ist eine kantonale Datenplattform nach Art. 5 des kantonalen Registerharmonisierungsgesetzes. Es wird lokal beim ILZ betrieben und beinhaltet die Einwohnerdaten des Kantons Nidwalden. Gemäss Art. 7 kRHG haben kantonale Stellen im

Abrufverfahren elektronischen Zugriff auf jene Daten der kantonalen Datenplattform, die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.

Die Softwarelösung soll mit dem GERES verbunden sein, um eine Wohnsitzprüfung vornehmen zu können. Damit wird u.a. sichergestellt, dass der Kanton keine Rechnungen für ausserkantonale Personen bezahlt. Das Gesundheitsamt setzt bereits heute eine ähnliche Software zur Prüfung von Spitalrechnungen ein und prüft dabei den Wohnsitz mithilfe des GERES. Eine Abfrage auf GERES wird erst nach Einlesen der Rechnungen in die geplante Softwarelösung gemacht. Somit ist gewährleistet, dass der Intermediär zu keinem Zeitpunkt Zugriff auf die Daten des GERES hat.

5.1.2.6 Datenschutz

Gesundheitsdaten sind gemäss Art. 5 lit. c Ziff. 2 DSG besonders schützenswerte Personendaten. Um diese bearbeiten zu können, müssen geeignete technische und organisatorische Massnahmen getroffen werden. Bei der elektronischen Übermittlung muss eine sichere Kommunikation gewährleistet sein (Art. 8 DSG).

5.2 Mittel und Gegenstände

5.2.1 Definition

Mittel und Gegenstände werden von

- der versicherten Person selbst,
- einer nichtberuflich an der Untersuchung oder Behandlung mitwirkenden Person,
- Pflegeheimen, Spitex-Organisationen oder Pflegefachpersonen

im Rahmen der Pflegeleistungen nach Art. 25a KVG angewendet und von der OKP übernommen. Für die Vergütung der Mittel und Gegenstände gilt Art. 52 KVG.

5.2.2 Änderung auf Bundesebene

Der Bundesrat hat am 8. Juni 2021 gestützt auf eine Revision von Art. 25a KVG Änderungen der KLV auf den 1. Oktober 2021 verabschiedet, welche die Mittel und Gegenstände betreffen. In den vorangegangenen Jahren sind die Restkostenfinanzierer vollständig für die Kosten der Mittel und Gegenstände aufgekommen. Im Kanton Nidwalden waren diese in den Pflegekosten integriert und hatten einen Einfluss auf die Höhe der Pfl egetaxen.

Die Mittel und Gegenstände werden neu in drei Kategorien aufgeteilt. Die Kategorien (A, B und C) sowie dessen Unterschiede werden in der nachfolgenden Tabelle präsentiert:

| Listen der Mittel und Gegenstände | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|
| Listen | A | B | C |
| Definition | Einfaches Verbrauchsmaterial, Mehrfachverwendung | Eigene Verwendung oder durch Fachperson | Verwendung ausschliesslich durch Fachperson |
| Beispiele | Fieberthermometer, Schutzmaske | Inkontinenzhilfen, Verbandsmaterial | Beatmungsgerät |
| Finanzierung | Restkostenfinanzierer (in der Kostenrechnung der Pflegeheime) | Krankenversicherer | Krankenversicherer |

| Listen der Mittel und Gegenstände | | | |
|-----------------------------------|---------------|---|---|
| Listen | A | B | C |
| Preis | Einkaufspreis | Preisliste der Krankenversicherer (inkl. Höchstvergütungsbetrag) | Preisliste der Krankenversicherer (inkl. Höchstvergütungsbetrag) |
| Ärztliche Anordnung | Nein | Ja | Ja |

Tabelle 3: Liste der Mittel und Gegenstände und dessen Unterschiede

Bei den Mitteln und Gegenständen der B-Liste und der C-Liste werden anstatt einer Tagespauschale pro Patientin oder Patient neu die effektiven Kosten der Mittel und Gegenstände pro Patientin oder Patient der OKP in Rechnung gestellt. Für die Mittel und Gegenstände der A-Liste wird weiterhin der Kanton als Restkostenfinanzierer aufkommen. Die Kosten dieser Mittel und Gegenstände werden von den Pflegeheimen in der Kostenrechnung erfasst und vom Kanton über die Pfl egetaxen vergütet.

5.2.3 Änderung der kantonalen Gesetzgebung

Da die Mittel und Gegenstände auf Bundesebene neu geregelt wurden, gilt es zu klären, ob die bisherige kantonale Regelung noch erforderlich ist. In § 4b PFV wird beschrieben, dass in folgenden Fällen für die Kosten der Mittel und Gegenstände ein Anspruch auf Einzelvergütung besteht, wenn:

1. sie vom Arzt verordnet wurden;
2. sie im Rahmen von Pflegeleistungen der Pflegefachperson oder der Spitex-Organisation verwendet wurden;
3. sie eine Produktegruppe gemäss der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) betreffen, deren Produkte in der Regel direkt an der Patientin oder am Patienten angebracht oder verwendet werden;
4. mit dem Gesuch um Einzelvergütung die Bezahlung der Kosten glaubhaft gemacht wird;
5. der Leistungserbringer die Einhaltung der Punkte 1-3 schriftlich bestätigt.

Die Kosten der Mittel und Gegenstände werden nach der Änderung auf Bundesebene von den Leistungserbringern direkt in der Kostenrechnung erfasst. Sie müssen nicht mehr einzeln vergütet werden. Ausserdem ist die Kostenrechnung für die Ermittlung der Pfl egetaxe relevant. Infolgedessen ist § 4b PFV obsolet und kann gestrichen werden. Das kKVG wird dennoch nicht angepasst, damit bei Bedarf künftig auf Verordnungsstufe Einzelvergütungen eingeführt werden könnten.

5.3 Spitex-Organisationen

5.3.1 Neues Geschäftsmodell

Es ist zunehmend zu beobachten, dass sich in der Schweiz ein neues Geschäftsmodell für Spitex-Organisationen etabliert. Bei diesen Spitex-Organisationen ist die pflegende Person entweder ein pflegender Angehöriger bzw. eine pflegende Angehörige oder eine angestellte Person, welche im selben Haushalt lebt wie die zu pflegende Person. Bei den pflegenden Angehörigen handelt es sich um Familienmitglieder wie die Partnerin bzw. der Partner, Geschwister oder Nachkommen. Sie können im selben Haushalt wie die zu pflegende Person leben, müssen es jedoch nicht. Bei den angestellten Personen hingegen, welche im selben Haushalt leben, besteht in der Regel kein familiäres Verhältnis. Die angestellte Person nimmt nebst der Pflege meist weitere Aufgaben wie beispielweise die Haushaltsführung wahr.

Die pflegenden Angehörigen oder die angestellte Person werden gewöhnlich von einer Spitex-Organisation angestellt und für ihre Arbeit entlohnt. Die pflegende Person verfügt jedoch meist über keine pflegerische Ausbildung oder diese ist in der Schweiz nicht anerkannt. Infolgedessen stellt die Spitex-Organisation diplomierte Pflegefachpersonen zur Verfügung, welche die pflegende Person begleiten, unterstützen und ausbilden. Mithilfe von individuell erstellten Pflegeplänen und regelmässigen Gesprächen wird die pflegerische Qualität sichergestellt. Die pflegenden Personen dokumentieren die tägliche Pflege, damit die Pflegeleistungen erfasst werden können.

Wenn Spitex-Organisationen mit diesem neuen Geschäftsmodell als Leistungserbringer zugelassen sind, können sie die erfassten Pflegeleistungen über die OKP abrechnen. Dies ist seit dem Bundesgerichtsurteil 9C_187 vom 18. April 2019 möglich, welches den Einsatz von pflegenden Angehörigen thematisiert. Diese Rechtsprechung dürfte nicht nur für pflegende Angehörige gelten, sondern generell auf Personen ohne pflegerische Ausbildung anwendbar sein, sofern sie von Spitex-Organisationen für Grundpflegeleistungen eingesetzt werden. In diesem Fall profitieren solche Spitex-Organisationen gleichermassen von der Restkostenfinanzierung des Kantons.

5.3.2 Unterschiede zu klassischen Spitex-Organisationen

5.3.2.1 Klassische Spitex-Organisation

In der Regel haben klassische Spitex-Organisationen angestelltes Personal, welches für die Leistungserbringung zur pflegebedürftigen Person nach Hause kommt und im Anschluss daran wieder verlässt. Die Pflegenden leben nicht im selben Haushalt und stehen in keinem familiären Verhältnis zur zu pflegenden Person. Des Weiteren erbringen sie für mehrere Personen pflegerische Leistungen und verfügen über eine entsprechende Ausbildung in der Pflege. Die für die Pflege notwendigen Medikamente oder Mittel und Gegenstände sind entweder vor Ort verfügbar oder müssen vom angestellten Personal mitgebracht werden.

5.3.2.2 Neues Geschäftsmodell für Spitex-Organisationen (Pflegende Angehörige)

Die Spitex-Organisationen mit dem neuen Geschäftsmodell unterscheiden sich massgeblich hinsichtlich des Personals. Die pflegende Person lebt im selben Haushalt wie die zu pflegende Person oder ist ein pflegender Angehöriger bzw. eine pflegende Angehörige. Die Pflegeutensilien, allfällige Medikamente sowie Mittel und Gegenstände werden von der zu pflegenden Person zur Verfügung gestellt. Im Weiteren pflegt die angestellte Person oder die pflegende Angehörige generell keine weiteren Personen.

Schliesslich verfügen die pflegenden Personen grundsätzlich über keine pflegerische Ausbildung. Sie sind daher ausschliesslich zur Grundpflege nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV befugt. Damit aber die Spitex-Organisation über die OKP abrechnen kann, muss sie über das erforderliche Fachpersonal mit entsprechender Ausbildung verfügen (vgl. Art. 51 lit. c KVV). Aus diesem Grund haben die Spitex-Organisationen die Überwachung, Betreuung und Begleitung durch eine diplomierte Pflegefachperson zu gewährleisten. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Pflege zweckdienlich ist und den Qualitätsanforderungen entspricht (Art. 51 lit. e KVV).

5.3.3 Restkostenfinanzierung

5.3.3.1 Unterschiede beim pflegerischen Aufwand

Üblicherweise erhalten Spitex-Organisationen pro Pflegeleistung (Art. 7 Abs. 2 lit. a-c KLV) eine Norm-Pflegetaxe, welche sich nach dem Zeitaufwand richtet. Aufgrund des neuen Geschäftsmodells stellt sich die Frage, ob dieselbe Finanzierung der Pflegeleistungen gerechtfertigt ist. Dies besonders aufgrund der Tatsache, dass sich der pflegerische Aufwand für diese

Spitex-Organisationen um ein Vielfaches reduziert. Der Kanton ist gemäss Bundesgesetz verpflichtet, die Restkosten zu übernehmen. Die tatsächlichen Restkosten solcher neuen Spitex-Organisation zu eruieren, ist schwierig. Es liegen derzeit keine umfassenden Zahlen oder Erfahrungswerte vor, die spezifisch auf die Kostensituation von solchen Spitex-Organisationen eingehen. Auch auf nationaler Ebene existieren bisher keine verlässlichen Daten, die eine differenzierte Abwägung hinsichtlich der Kosteneinsparungen gegenüber klassischen Spitex-Organisationen ermöglichen würden.

Der Pflegeaufwand der Spitex-Organisation beinhaltet nebst der Pflege auch die Administration, Räumlichkeiten, Personalwesen usw. Dabei verringert sich der Aufwand folgendermassen:

- Es wird nur in einem Haushalt gepflegt;
- Es finden keine Übergaberapporte statt;
- Es müssen weniger Einsatzplanungen vorgenommen werden;
- Die Pflegeutensilien werden gänzlich zur Verfügung gestellt;
- Die Wegkosten fallen für die Organisation nicht an;
- Es sind keine zusätzlichen Fahrzeuge für die Einsätze vonnöten;
- Es werden keine oder weniger Büroräumlichkeiten für die Angestellten benötigt;
- Die Infrastruktur der Spitex-Organisation fällt geringer aus (z.B. PC, Mobiliar); und
- Die Schulung der Angehörigen wird meist nicht finanziert.

Dem Kanton ist von Seiten Spitex Nidwalden bekannt, dass die Wegkosten im Durchschnitt 15% der Gesamtkosten ausmachen. Diese Kosten fallen hier weg. Für die übrigen wegfallenden Aufwände gemäss Auflistung wird davon ausgegangen, dass diese weitere 15% der Kosten ausmachen. Aus diesem Grund ist es gerechtfertigt, die Norm-Pflegetaxe tiefer anzusetzen (70% der Norm-Pflegetaxe).

5.3.3.2 Wegkosten

Auch wenn pflegende Angehörige, welche nicht im selben Haushalten leben, Wegkosten haben, sollen diese nicht zusätzlich vom Kanton vergütet werden. Die kantonalen Beiträge werden den Spitex-Organisationen und nicht den pflegenden Personen ausbezahlt. Angehörige, die bei Spitex-Organisationen angestellt sind, erhalten von dieser in der Regel einen Lohn. In diesem Lohn sind die Wegkosten nicht enthalten. Würde nun der Kanton der Spitex-Organisation die Wegkosten dennoch entschädigen, würde die Organisation einen ungerechtfertigten Gewinn erwirtschaften. Der Kanton würde mehr als die Restkosten finanzieren.

5.3.3.3 Spitin-Organisationen

Eine Reduktion der Norm-Pflegetaxe wird im Kanton Nidwalden bereits bei Spitin-Organisationen angewandt. Spitin-Organisationen sind Pflegeheime, welche zusätzlich zum stationären Angebot in umliegenden Wohnungen ambulante Leistungen erbringen. Im Kanton Nidwalden verfügen das Pflegeheim Oeltrotte (Ennetbürgen) und das Pflegeheim Heimet AG (Ennetbürgen) über eine Bewilligung als Spitin-Organisation.

Die Spitin-Organisationen erhalten heute maximal 90% der Norm-Pflegekosten, da die Wegkosten ebenfalls wegfallen. Da nun bekannt ist, dass die Wegkosten insgesamt 15% der Pflegekosten verursachen, sollen die Spitin-Organisationen neu eine Norm-Pflegetaxe erhalten, welche nicht höher als 85% der Norm-Pflegetaxe entspricht.

6 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

6.1 Teilrevision des kantonalen Krankenversicherungsgesetzes

Art. 28i Pflegefachpersonen und Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause a) Norm-Pflegetaxe

Dieser Artikel regelt die Norm-Pflegetaxen, welche der Regierungsrat für Pflegefachpersonen und Spitex-Organisationen für deren Leistungserbringung bestimmt. Grundsätzlich wird je Leistung gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a-c KLV eine Norm-Pflegetaxe festgelegt. Die Vergütung richtet sich nach dem Zeitaufwand.

Abs. 2 Ziff. 2 führt auf, dass Pflegeheime, die ambulante Pflegeleistungen bzw. sogenannte Spitex-Leistungen erbringen, neu maximal 85% der Norm-Pflegetaxe erhalten. Pflegeheime, welche in umliegenden Wohnungen Spitex-Leistungen erbringen, haben einen geringeren Zeitaufwand als Spitex-Organisation, welche zur Leistungserbringung eine weite Strecke fahren müssen. In der vorhergehenden Gesetzesgrundlage lag der Wert bei 90%. Die Kürzung wird mit den Wegkosten begründet. Die Spitex Nidwalden weist Wegkosten in der Höhe von 15% der Gesamtpflegekosten aus. Aus diesem Grund reduziert sich die Norm-Pflegetaxe um diese 15%.

Abs. 2 Ziff. 2a regelt neu die Norm-Pflegetaxe, welche Spitex-Organisationen zusteht, in welchen Pflegenden zum Einsatz kommen, die im selben Haushalt wie die zu pflegende Person leben oder sogenannte "pflegende Angehörige" sind. Darunter sind besonders folgende Arten von Pflegenden zu verstehen:

- angestellte Personen, die im selben Haushalt leben;
- pflegende Angehörige, die im selben Haushalt leben oder
- pflegende Angehörige, die nicht im selben Haushalt leben.

Definition von pflegenden Angehörigen: Als pflegende Angehörige gelten sowohl Personen, die direkt verwandt sind (Geschwister, Eheleute und Personen in eingetragenen Partnerschaften und Lebensgemeinschaften) als auch Personen aus dem engen Lebensumfeld. Massgeblich ist nicht der Verwandtschaftsgrad der pflegenden Angehörigen, sondern vielmehr die regelmässige und substantielle Unterstützung sowie die Verantwortung und die Verbindlichkeit gegenüber der zu pflegenden Person.

Kürzung der Pflegetaxe: Die pflegende Person erbringt ausschliesslich für eine Person Leistungen und hat dadurch einen geringeren Aufwand. Infolgedessen sollen solche Spitex-Organisationen i.V.m. Abs. 2 Ziff. 2 maximal 70% der Norm-Pflegetaxe erhalten. Auch wenn pflegende Angehörige, welche nicht im selben Haushalt leben, Wegkosten haben, sollen diese nicht zusätzlich vom Kanton vergütet werden. Die kantonalen Beiträge werden den Spitex-Organisationen und nicht den pflegenden Personen ausbezahlt. Angehörige, die bei Spitex-Organisationen angestellt sind, erhalten von dieser in der Regel einen Lohn. In diesem Lohn sind die Wegkosten nicht enthalten. Würde nun der Kanton der Spitex-Organisation die Wegkosten dennoch entschädigen, würde die Organisation einen ungerechtfertigten Gewinn erwirtschaften. Der Kanton würde mehr als die Restkosten finanzieren.

Erbringung der Grundpflege: Grundsätzlich verfügen pflegende Angehörige und die angestellten Personen über keine pflegerische Ausbildung, weshalb sie ausschliesslich zur Leistungserbringung nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV berechtigt sind. Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und b KLV dürfen nicht von den pflegenden Personen in diesem Geschäftsmodell abgerechnet werden. Im Weiteren wird davon ausgegangen, dass keine Angehörige angestellt werden, die über eine pflegerische Ausbildung auf Tertiärstufe verfügen. In diesem Fall wäre es für die pflegende Person sinnvoller, eine Berufsausübungsbewilligung und Zulassung als

Leistungserbringer zulasten der OKP einzuholen. Dann können die Leistungen teilweise selbst und im Übrigen mit ärztlicher Anordnung abgerechnet werden.

Überwachung durch die Spitex-Organisation: Die Instruktion und die fachliche Begleitung von angestellten Angehörigen haben kontinuierlich zu erfolgen. Initial werden sie von der fallverantwortlichen Pflegefachperson umfassend instruiert. Die pflegenden Angehörigen werden angeleitet, wie die Pflegeleistungen zu erbringen und zu dokumentieren sind. Sie werden insbesondere darauf hingewiesen, dass sie eine Abweichung von den geplanten Pflegemassnahmen oder eine wesentliche Änderung der Pflegesituation umgehend der fallverantwortlichen Pflegefachperson zu melden haben. Die pflegenden Angehörigen werden von einer Pflegefachperson in regelmässigen Abständen überwacht und gegebenenfalls ergänzend angeleitet. Die Kadenz der Überwachung richtet sich nach der jeweiligen Pflegesituation. In jedem Fall muss alle zwei Wochen ein telefonischer Kontakt stattfinden und mindestens einmal monatlich ein Besuch einer Pflegefachperson vor Ort erfolgen.

Ausbildung durch die Spitex-Organisation: Die Spitex-Organisation ist verantwortlich, dass sich die pflegenden Angehörigen die erforderlichen Kenntnisse aneignen, die sie für die Erbringung der Pflegeleistung benötigen. Als Mindestanforderung ist ein Kurs in Pflegehilfe oder eine andere gleichwertige Ausbildung notwendig. Eine entsprechende Ausbildung ist innerhalb eines Jahres ab Anstellung zu absolvieren. Je nach Bedarf unterstützt die Spitex-Organisation die pflegenden Angehörigen bei der Absolvierung weiterer fachspezifischer Aus- und Weiterbildungen.

Einhaltung des Arbeitsrechts: Anwendbare Vorschriften des eidgenössischen und kantonalen Arbeitsrechts sind zwingend einzuhalten. Es ist insbesondere sicherzustellen, dass die pflegenden Angehörigen physisch und psychisch in der Lage sind, die Pflegeleistungen in quantitativer und qualitativer Hinsicht sicherzustellen.

Bei Nichteinhaltung: Bei Nichteinhaltung sind die Voraussetzungen der Betriebsbewilligung sowie der Zulassung als Leistungserbringer zulasten der OKP erneut zu prüfen. Hinsichtlich der Betriebsbewilligung gilt gemäss Art. 40 GesG die Voraussetzung, dass das erforderliche fachliche und qualifizierte Personal zur Ausübung der Leistungserbringung gewährleistet wird. Im Weiteren besagt der Artikel, dass die Spitex-Organisationen verpflichtet sind, sich angemessen an der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals zu beteiligen. In Bezug auf die Zulassung als Leistungserbringer zulasten der OKP gilt gemäss Art. 51 KVV ebenfalls die Voraussetzung, dass die Spitex-Organisationen über das erforderliche Fachpersonal zu verfügen haben, welche eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung haben.

Die hier aufgeführten Bestimmungen orientieren sich teilweise an den Administrativverträgen der nationalen Spitex-Verbänden, welche mit den Krankenversicherern abgeschlossen wurden.

Art. 28k 3. Verfahren

Abs. 1 wird dahingehend geändert, dass die Kostenrechnung und die Leistungsstatistik der Leistungserbringer neu beim Gesundheitsamt eingereicht werden müssen. Dies entspricht den heutigen Gegebenheiten. Früher war die Bearbeitung dieser Führungsinstrumente bei der Direktion angesiedelt.

Art. 28l Beiträge an Pflegeleistungen **1. Verfahren**

Abs. 1 besagt, dass das Vorgehen zur Abrechnung von Pflegeleistungen sowie die Auszahlung der Beiträge an den Kosten der Pflegeleistungen durch den Regierungsrat mittels Verordnung geregelt werden. Dabei handelt es sich um die PFV. Die PFV wird u.a. die KoZu, die Rechnungsstellung und die Auszahlung der Beiträge regeln.

Abs. 2 regelt die Antragsstellung. Dem Regierungsrat steht die Möglichkeit offen, Leistungserbringer zu bestimmen, die einen Antrag auf Beiträge einzureichen haben. Es ist vorgesehen, dass lediglich Personen in ausserkantonalen Pflegeheimen diesen einzureichen haben. Bei den innerkantonalen Pflegeheimen ist es klar, welcher Tarif bzw. welche Pflorgetaxe angewendet wird. Diese werden vom Kanton bestimmt. Hingegen bei den ausserkantonalen Pflegeheimen ist es unklar und es braucht vor der Rechnungsstellung einen Entscheid.

Abs. 3 hält fest, dass die Zustellung der Abrechnungen der Leistungserbringer über eine elektronische Kommunikationsplattform erfolgen kann. Hierbei sind der "elektronische Pöstler" bzw. der Intermediär gemeint. Die Rechnung wird von den Leistungserbringern über den Intermediär in die Softwarelösung des Gesundheitsamtes zugestellt. Mit dem Anbieter der elektronischen Kommunikationsplattform wird ein datenschutzkonformer Vertrag abgeschlossen oder werden datenschutzkonforme allgemeine Geschäftsbedingungen vereinbart. Gemäss Art. 9 Abs. 2 kDSG hat sich das Gesundheitsamt insbesondere zu vergewissern, dass die Datensicherheit nach Art. 7 kDSG gewährleistet wird. Die Datenbearbeitung wird nicht an Dritte übertragen. Der Datenschutzbeauftragte ist jederzeit berechtigt, eine Kontrolle der Einhaltung der Vorgaben vorzunehmen.

Abs. 4 regelt den Datenschutz. Bei Gesundheitsdaten handelt es sich nach Art. 5 lit. c Ziff. 2 DSG i.V.m. Art. 3 kDSG um besonders schützenswerte Personendaten. Für deren Bearbeitung müssen besondere Massnahmen getroffen werden. Gemäss Art. 10 Abs. 1 kDSG ist für den Datenschutz jenes Organ verantwortlich, welches die Daten in Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben bearbeitet oder bearbeiten lässt. Das Gesundheitsamt übernimmt dementsprechend die Verantwortung für die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben.

Um den Datenschutz sowie die Informationssicherheit zu gewährleisten, ist gemäss dem Datenschutzbeauftragten ein ISDS-Konzept nach der HERMES-Methode (vgl. <https://www.hermes.admin.ch/>) zu erstellen. Ferner ist eine Datenschutzfolgeabschätzung und Vorabkonsultation vorzunehmen.

In Ziff. 1 wird sichergestellt, dass die Personendaten nur den mit der Durchführung, der Kontrolle und der Beaufsichtigung der Durchführung der Pflegefinanzierung betrauten Organen (Gesundheitsamt) zugänglich gemacht werden. In Ziff. 2 wird gefordert, dass die Personendaten durch angemessene organisatorische und technische Massnahmen gegen unbefugte Bearbeitung geschützt werden. Beides muss durch die Software sichergestellt werden. Es haben nur berechtigte Personen via Login Zugriff auf die Software. In der Software können die entsprechenden Berechtigungen hinterlegt werden. Im Übrigen wird die Software nur dann auf dem Notebook einer Person installiert, wenn diese Personen einen Zugriff benötigt. Die Amtsleitung meldet beim ILZ, wenn die Installation erforderlich ist. Organisatorisch erhalten nur Personen des Gesundheitsamtes einen Zugriff, welche sich mit der Pflegefinanzierung beschäftigen.

Art. 28m 2. Erlöschen, Rückerstattung

Wenn der Anspruch auf Beiträge an die Pflegeleistungen erlischt oder wenn unrechtmässig bezogene Beiträge rückerstattet werden müssen, richtet sich der Vorgang nach dem ATSG.

Das Erlöschen des Anspruchs wird in Art. 24 ATSG und die Rückerstattung in Art. 25 ATSG beschrieben. Gemäss Art. 24 ATSG erlischt der Anspruch auf ausstehende Leistungen oder Beiträge fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für welchen die Leistungen und fünf Jahre nach dem Ende des Kalenderjahrs, für welches der Beitrag geschuldet war. Der Rückforderungsanspruch erlischt gemäss Art. 25 ATSG drei Jahre, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens fünf Jahre seit der Auszahlung der einzelnen Leistung. Art. 28m kKVg stellt eine deklaratorische Bestimmung dar, die zur Klarheit beiträgt.

Art. 38c Übergangsbestimmung

Um den Leistungserbringern Planungssicherheit hinsichtlich der Finanzierung zu geben, sollen die Pflegekosten während des laufenden Jahres 2025 nicht angepasst werden. Dies gilt insbesondere für die Spitin-Organisationen (Art. 28i Abs. 2 kKVG) und für die Spitex-Organisation mit dem neuen Geschäftsmodell (Art. 28i Abs. 2a kKVG). Die Pflegekosten sollen erstmals ab dem Jahr 2026 gelten.

Referendumsvorbehalt

Die Teilrevision des Gesetzes unterliegt dem fakultativen Referendum.

Inkrafttreten

Die Teilrevision des Gesetzes soll frühestens am 1. Juli 2025 und spätestens am 31. Dezember 2025 in Kraft treten. Der Regierungsrat bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens. Die Inkraftsetzung wird von der Realisierung der Software abhängig gemacht. Aufgrund der Höhe des Investitionsbetrags musste das Projekt ausgeschrieben werden.

6.2 Totalrevision der Pflegefinanzungsverordnung

Die Pflegefinanzungsverordnung wird vom Regierungsrat erlassen. Sie wird dem Landrat zur Information zugestellt und an dieser Stelle kommentiert.

1 Beiträge an Pflegeleistungen

1.1 Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Information

Abs. 1 wurde unverändert übernommen. Die Bevölkerung soll weiterhin regelmässig über die ambulanten und stationären Pflegekosten informiert werden. Für diese Dienstleistung werden auf der kantonalen Webseite Informationen zur Verfügung gestellt. Es wurden mehrere Merkblätter erstellt, welche sich jeweils an versicherte Personen, innerkantonale Pflegeheime, ausserkantonale Pflegeheime, Spitex-Organisationen, Spitin-Organisationen und selbstständig tätige Pflegefachpersonen richten. Die Pflegekosten und die Informationen auf den Merkblättern werden jährlich angepasst. Mit dieser aktiven Informationspolitik durch den Kanton wird der administrative Aufwand möglichst gering gehalten.

§ 2 Kostenübernahmezusicherung

1. Gesuch

Abs. 1 regelt, welche versicherte Personen beim Amt ein Gesuch um KoZu einzureichen haben. Dies haben versicherte Personen zu tun, welche Pflegeleistungen in einem ausserkantonalen Pflegeheim in Anspruch nehmen. Auf eine KoZu von innerkantonalen Pflegeheimen sowie von allen Spitex-Organisationen und selbstständig tätigen Pflegefachpersonen wird nun verzichtet. Für sie sind die Beiträge bereits klar geregelt. Sie können direkt bei der Rechnungsstellung in der neuen Software geprüft werden. Dadurch wird der Verwaltungsaufwand des Kantons verringert.

Die Gesuche um KoZu sind grundsätzlich vor der Inanspruchnahme der Pflegeleistung einzureichen. Ein Antrag darf unter gewissen Voraussetzungen auch rückwirkend gestellt werden. Dies ist in Zusammenhang mit Art. 24 ATSG geregelt. Gemäss Art. 24 ATSG erlischt der Anspruch auf ausstehende Leistungen oder Beiträge fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für welchen die Leistungen und fünf Jahre nach dem Ende des Kalenderjahrs, für welches der Beitrag geschuldet war. Letztlich handelt es sich bei der KoZu um eine Ordnungsvorschrift,

die für die versicherte Person, die Leistungserbringer wie auch den Kanton zur Rechtsicherheit beiträgt.

Abs. 2 lässt die Möglichkeit offen, dass auch bei innerkantonalen Pflegeheimen, Spitex-Organisationen und Pflegefachpersonen eine KoZu verlangt werden kann. Dies soll dann möglich sein, wenn es zur Beurteilung des Anspruchs erforderlich erscheint. Beispielsweise könnte dies der Fall sein, wenn eine Person aus dem Kanton LU in ein Heim in NW eintritt und in NW die Restfinanzierung geltend machen möchte (LU wäre zuständig). Ein anderes Beispiel wäre, wenn sich eine Person aus LU ferienhalber in NW aufhält und Pflegeleistungen einer Spitex-Organisation in Anspruch nimmt, jedoch trotzdem im Kanton NW die Restfinanzierung geltend machen möchte (LU wäre zuständig).

Abs. 3 führt aus, dass das Gesuch um KoZu auf einem offiziellen, amtlichen Formular des Amtes einzureichen ist. Das Formular muss nicht mehr schriftlich eingereicht werden. Es soll neu direkt an die Software versandt werden können. Falls dies seitens des Leistungserbringers technisch nicht möglich sein sollte, kann auch ein schriftliches Gesuch eingereicht werden. Das schriftliche Gesuch würde in die Software manuell eingegeben werden. Bei der manuellen Eingabe müssen die Vorgaben nach Art. 7 kDSG zur Datensicherheit eingehalten und geeignete Massnahmen getroffen werden. Denn durch den Medienbruch und die daher notwendige Übertragung ist das Risiko einer falschen Übertragung erhöht. Es ist daher Vorsicht bezüglich der Richtigkeit geboten (vgl. Art. 5 Abs. 1 kDSG).

§ 3 2. Entscheid

Abs. 1 beschreibt, dass bei der KoZu von versicherten Personen, welche ein ausserkantona-les Pflegeheim besuchen, in erster Linie der zivilrechtliche Wohnsitz geprüft wird. Die Wohnsitzprüfung erfolgt über das GERES. Bei ambulanten Pflegeleistungen gilt der zivilrechtliche Wohnsitz während der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen. Bei stationären Pflegeleistungen gilt der zivilrechtliche Wohnsitz, welchen die versicherte Person unmittelbar vor dem Eintritt in das Pflegeheim innehatte. Wenn eine versicherte Person vor dem Eintritt in das Pflegeheim über keinen zivilrechtlichen Wohnsitz im Kanton Nidwalden verfügte und diesen für den Eintritt ins Pflegeheim ändert, begründet dies keinen neuen Wohnsitz.

In einem zweiten Schritt werden die Pfl egetaxen überprüft. Wenn die versicherte Person ein ausserkantona-les Pflegeheim besucht, weil im Kanton Nidwalden keine Pflegeplätze zur Verfügung stehen, werden die gesamten Pflegekosten übernommen. Stehen jedoch Pflegeplätze zur Verfügung, werden die effektiven bis maximalen Referenzpfl egetaxen des Kantons Nidwalden übernommen. Die zusätzlichen Kosten trägt die versicherte Person selbst. Für ambulante Leistungen muss im Normalfall zusätzlich eine ärztliche Anordnung vorliegen, damit die Restfinanzierungskosten übernommen werden. Die Überprüfung erfolgt jedoch erst mit der Rechnungsprüfung.

Abs. 2 schildert, dass die KoZu vom Amt formlos erlassen wird. Die Mitteilung an die versicherte Person erfolgt via E-Mail oder Post. Falls die versicherte Person einen offiziellen Entscheid fordert, kann das Amt eine anfechtbare Verfügung erlassen. Dies könnte insbesondere dann gefordert werden, wenn die KoZu nicht genehmigt wird.

Abs. 3 stellt sicher, dass der Leistungserbringer ebenfalls über den Entscheid der KoZu informiert wird. Dadurch soll verhindert werden, dass die Pflegeleistung von der versicherten Person dennoch in Anspruch genommen wird und der Leistungserbringer keine Vergütung erhält. Die Information erfolgt ebenfalls formlos via Post oder E-Mail. Diese Mitteilung begründet allerdings keine Beschwerdelegitimation der Leistungserbringer. Beschwerdelegitimiert bleibt grundsätzlich nur die versicherte Person.

Da es sich bei Daten über Gesundheit um besonders schützenswerte Daten nach Art. 3 Ziff. 3 lit. b kDSG handelt, sind besondere Massnahmen bei der digitalen Zustellung der KoZu zu

beachten. Die E-Mails müssen sicher und verschlüsselt übermittelt werden. Dies erfolgt durch die geschützte Mailadresse des Gesundheitsamtes (kantonsarztNW@hin.ch). Es handelt sich dabei um eine HIN-Adresse, welche üblicherweise im Gesundheitswesen zur Anwendung kommt. HIN-verschlüsselte E-Mails können von Dritten weder eingesehen noch verändert werden. Der Datenschutz, die Datensicherheit und das Berufsgeheimnis werden sichergestellt.

§ 4 Rechnungsstellung

1. Grundsatz

Abs. 1 beschreibt, dass die Pflegeheime, Spitex-Organisationen und selbstständig tätigen Pflegefachpersonen die Rechnungen monatlich dem Amt in Rechnung zu stellen haben. Neu wird in jedem Fall eine Einzelfallabrechnung verlangt. Das bedeutet, dass für jede Person eine einzelne Rechnung digital übermittelt werden soll. Es werden keine Akontozahlungen mehr vorgenommen.

Abs. 2 geht davon aus, dass in der Regel das System "tiers payant" gilt. Das bedeutet, dass der Leistungserbringer direkt beim Kanton abrechnet (Art. 42 Abs. 2 KVG). Auch wenn das KVG das System "tiers garant" als Regelfall normiert, ist das System "tiers payant" im Bereich der Pflegeleistungen weit verbreitet. Im System "tiers garant" würde der Leistungserbringer den gesamten Betrag der versicherten Person in Rechnung stellen. Diese müsste dann beim Kanton die Restfinanzierungsbeiträge geltend machen und es besteht ein Rückvergütungsanspruch (Art. 42 Abs. 1 KVG). Dieses System "tiers garant" wurde in den letzten Jahren im Kanton NW äusserst selten angewandt. Infolgedessen wird das System "tiers payant" vermutet. Es obliegt in der Verantwortung der Leistungserbringer, die Abrechnung ordnungsgemäss durchzuführen.

Nicht zulässig wäre es, wenn der Kanton die Beiträge den Leistungserbringern auszahlt, obwohl diese die Leistungen bereits der versicherten Person in Rechnung gestellt haben. Die Beträge würden in diesem Fall zurückgefordert werden. Die Rückforderung wird in § 7 PFV geregelt. Ferner muss bei der Rechnungsstellung durch den Leistungserbringer gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG der versicherten Person eine Rechnungskopie zugestellt werden. Dies muss nicht im kantonalen Recht geregelt werden, da es sich direkt aus dem KVG ergibt.

§ 5 2. elektronische Abwicklung durch Leistungserbringer

Abs. 1 regelt, dass die Leistungserbringer die Rechnung über eine elektronische Kommunikationsplattform abzuwickeln haben. Die Rechnung wird somit neu digital über einen Intermediär an die Softwarelösung des Kantons übermittelt. Dasselbe Vorgehen wird bereits für die Spitalrechnungsprüfung erfolgreich angewandt. Die Leistungserbringer nutzen schon heute die elektronische Abwicklung für die Rechnungen an die Krankenversicherer. Aus diesem Grund sollte die Umstellung keinen zusätzlichen Aufwand darstellen. Es gelten die in Art. 281 kKVG beschriebenen Datenschutzbestimmungen.

Abs. 2 gewährleistet, dass die Rechnungen im richtigen Format zugestellt werden. Das Amt kann mithilfe von Richtlinien festhalten, welche Vorgaben gelten. Dabei handelt es sich um technische Details wie beispielsweise das Dateiformat, die Endadresse, die GLN-Nr. usw..

Abs. 3 ermöglicht, dass Leistungserbringer die Rechnungsstellung in einem anderweitigen Format abwickeln können. Dies würde dann der Fall sein, wenn es dem Leistungserbringer nicht möglich ist, eine elektronische Rechnung über den Intermediär an die Softwarelösung zu übermitteln. In diesem begründeten Fall kann die Rechnung manuell in die Software eingegeben werden. Dies stellt jedoch einen Mehraufwand für die kantonale Verwaltung dar, weshalb langfristig auf der neuen digitalen Lösung bestanden wird.

§ 6 3. Verbesserung von Mängeln

Abs. 1 beschreibt, dass die Rechnung durch vorgeschriebene Algorithmen in der Softwarelösung überprüft wird. Das System erkennt anhand seiner Programmierung, ob die Rechnung korrekt oder fehlerhaft ausgestellt wurde. Wenn Fehler in der Rechnung festgestellt werden, wird die Rechnung abgewiesen und der Rechnungssteller wird gleichzeitig aufgefordert, die Rechnung zu korrigieren. Die Abweisung und Aufforderung werden vorerst von einer zuständigen Person des Gesundheitsamtes überprüft. Anschliessend und falls notwendig wird die Aufforderung über die Software digital an den Rechnungssteller zugestellt. Der Rechnungssteller ist üblicherweise der Leistungserbringer (System *Tiers payant*). Wenn hingegen das System *Tiers garant* gilt, ist der Rechnungssteller die versicherte Person.

Abs. 2 lässt die Möglichkeit offen, dass das Amt bei Bedarf eine anfechtbare Verfügung erlassen kann. Dieser Fall könnte dann eintreten, wenn sich der Kanton und die Leistungserbringer über die Rechnungsstellung uneinig sind. In diesem Fall ordnet das Amt mittels Verfügung an, dass die Rechnung verbessert werden muss. Es handelt sich um einen Zwischenentscheid, der in der Regel nicht anfechtbar sein dürfte. Dieser Absatz stellt das rechtliche Gehör nach Art. 39 Abs. 1 VRG sicher.

§ 7 Auszahlung, Weiterleitung der Beiträge

Abs. 1 führt aus, dass die Rechnung des Leistungserbringers vom Kanton bezahlt wird, sofern die Rechnung keine Mängel aufweist, die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind und somit als in Ordnung befunden wurde. Bei den Voraussetzungen geht es insbesondere um den zivilrechtlichen Wohnsitz, korrekte Beträge sowie eine allfällig notwendige ärztliche Anordnung. Letzteres ist besonders bei Rechnungen von Spitex-Organisationen und selbstständig tätigen Pflegefachpersonen relevant. Es wird jedoch in Zusammenhang mit der Pflegeinitiative gewisse Leistungen geben, welche keine ärztliche Anordnung erfordern.

Die Auszahlung der Rechnung untersteht keinem besonderen Rhythmus. Die Rechnungen werden nach Eingang innert nützlicher Frist von maximal einem Monat kontrolliert und, sofern in Ordnung, ausbezahlt. Wenn eine Korrektur seitens der Leistungserbringer vonnöten ist, verlängert sich die Auszahlung entsprechend.

Im Weiteren erfolgt die Auszahlung gemäss dem System, welches der Leistungserbringer mit den Versicherern ausgehandelt hat: System "tiers payant" oder "tiers garant". Beim System "tiers payant", dem angenommenen Normalfall, wird die Rechnung dem Leistungserbringer vergütet. Beim System "tiers garant" hingegen hat die Auszahlung zwingend an die versicherte Person zu erfolgen.

Abs. 2 führt hinsichtlich des Systems "tiers garant" weiter aus, dass die Leistungserbringer der versicherten Person die Beiträge weiterzugeben haben, falls die kantonalen Beiträge dem Leistungserbringer ausbezahlt wurden. Normalerweise wird im System "tiers garant" der Restfinanzierungsbeitrag direkt vom Kanton an die versicherte Person ausbezahlt. Mit dieser Regelung soll vermieden werden, dass der Restfinanzierungsbeitrag doppelt ausbezahlt wird. Falls der Leistungserbringer dies unterlässt, erlässt das Amt eine Rückerstattungsverfügung. Die versicherten Personen stehen in der Verantwortung, Verstösse gegen § 7 Abs. 1 zu melden, damit die Rückerstattung durch den Leistungserbringer und die Auszahlung an die versicherte Person veranlasst werden kann.

§ 8 Abweisung

Abs. 1 regelt die Abweisung von Rechnungen. Wenn das Amt bei der Rechnungsprüfung feststellt, dass kein Anspruch auf Beiträge besteht, informieren es den Leistungserbringer. Die Rechnung wird in der Software abgewiesen und der Leistungserbringer digital über den Intermediär informiert. Beispielsweise könnte es sein, dass die versicherte Person keinen zivilrechtlichen Wohnsitz im Kanton Nidwalden hat. Andererseits könnte ein falscher Betrag in Rechnung gestellt worden sein. Letzteres dürfte in der Regel gestützt auf § 6 korrigiert worden sein.

Abs. 2 ermöglicht es dem Leistungserbringer, eine anfechtbare Verfügung zu fordern, falls dieser mit dem Entscheid des Amtes nicht einverstanden ist. Dadurch kann die negative Verfügung mittels Einsprache und anschliessend beim Versicherungsgericht angefochten werden. Beim Verwaltungsgericht des Kantons Nidwalden handelt es sich um das Versicherungsgericht.

§ 9 Rückerstattung

Abs. 1 beschreibt das Recht auf Rückerstattung seitens der versicherten Person. Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG hat die versicherte Person von den nicht von den Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags zu zahlen. Im Kanton Nidwalden sind dies für ambulante Leistungen 15.35 Franken und für stationäre Leistungen 23.00 Franken.

Gemäss Art. 64 KVG hat die versicherte Person ein Recht auf Rückerstattung, wenn mehr als 15.35 Franken bzw. 23.00 Franken je Tag bezahlt wurden. Dies kann u.a. dann der Fall sein, wenn eine versicherte Person zwei verschiedene Spitex-Organisationen engagiert hat. Eine kommt beispielsweise immer morgens und die andere jeweils abends. Die Spitex-Organisationen rechnen im System "tiers payant" unabhängig voneinander ab und stellen der versicherten Person je die 15.35 Franken täglich in Rechnung. In diesem Fall muss der versicherten Person der überschüssige Betrag zurückvergütet werden.

Abs. 2 hält fest, mit welchen Unterlagen der Antrag auf Rückerstattung einzureichen ist. Einerseits muss die rechtskräftige Abrechnung des Krankenversicherers vorliegen (Ziff. 1), andererseits ist die Abrechnung des Leistungserbringers vorzuweisen (Ziff. 2). Grundsätzlich liegt es in der Verantwortung der versicherten Person, den überschüssigen Betrag geltend zu machen.

Abs. 3 führt aus, dass das Amt je Kalenderjahr über die Rückerstattung befindet. Mit der jährlichen statt der monatlichen Überprüfung der Anträge auf Rückerstattung soll der Aufwand seitens der öffentlichen Verwaltung vermindert werden. Bereits heute wird über die Rückerstattung jährlich befunden.

Abs. 4 regelt, dass das Amt der versicherten Person den Entscheid über die Rückerstattung formlos zustellt. Der Entscheid wird somit per Post oder via E-Mail zugestellt. Die versicherte Person kann eine anfechtbare Verfügung verlangen, falls sie beispielsweise mit dem Entscheid des Amtes nicht einverstanden ist. Wie in § 3 Abs. 3 PFV beschrieben, müssen die E-Mails über die geschützte Mailadresse des Gesundheitsamtes versandt werden.

1.2 Pflegeheime

§ 10 Angaben bei der Rechnungsstellung

Abs. 1 führt alle Angaben auf, welche von den Pflegeheimen bei der Rechnungsstellung anzugeben sind. Zur eindeutigen Identifikation sind die Angaben der zu pflegenden Person anzugeben, wie der vollständige Name, das Geburtsdatum, die Wohnadresse und die AHV-Nummer (Ziff. 1-4). Um sicherzustellen, dass ausschliesslich Rechnungen von Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Nidwalden bezahlt werden, muss die Wohnsitzgemeinde aufgeführt sein (Ziff. 5). Ferner braucht es Angaben zum Ort, zum Zeitraum der Behandlung und zu den Anzahl Pflegetagen nach Pflegebedarfsstufe (Ziff. 6-8). Auf der Rechnung sind ebenso alle Beiträge anzugeben, welche je vom Krankenversicherer, von der versicherten Person und vom Kanton als Restkostenfinanzierer mutmasslich übernommen werden (Ziff. 9-12). Schliesslich ist die Rechtsgrundlage anzugeben, auf die sich der Anspruch stützt (Ziff. 13). Dabei wird zwischen "Alter/Krankheit" und "Unfall" unterschieden. Diese Unterscheidung ist wichtig, denn bei einem Unfall könnte Regress angemeldet werden.

Die Nutzung der AHV-Nummer erfordert eine Grundlage auf Gesetzesstufe (vgl. Art. 11 Abs. 2 KDSG). Eine ausdrückliche Regelung zur Verwendung der AHV-Nummer besteht bereits im Bundesgesetz (vgl. insbesondere Art. 83 und Art. 84 KVG). Bei der Pflegefinanzierung handelt es sich um den Vollzug von Bundesrecht, weshalb die Verwendung der AHV-Nummer durch Bundesrecht abgedeckt ist. Es ist keine zusätzliche Regelung im kantonalen Gesetz erforderlich.

Abs. 2 stellt sicher, dass das Amt bei begründetem Bedarf weitere Angaben einfordern darf.

1.3 Pflegefachpersonen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause

§ 11 Zuschlagsberechtigte Leistungen

Abs. 1 wurde unverändert übernommen. Selbstständig tätige Pflegefachpersonen und Spitex-Organisationen erhalten weiterhin zwei Arten von Zuschlägen. Einerseits erhalten sie einen Zuschlag für die Behandlung und Pflege von minderjährigen Kindern, welche akut oder chronisch krank, beeinträchtigt oder sterbend sind. Andererseits erhalten die Spitex-Organisationen einen Zuschlag für Einsätze, welche nur bis zu 30 Minuten dauern. Die Zuschläge sind pauschalisierte Taxen.

Abs. 2 regelt, dass Spitex-Organisationen und Spitex-Organisationen, in welchen die pflegende Person im selben Haushalt wie die zu pflegende Person lebt, nicht zuschlagsberechtigt sind. Beide Organisationen weisen keinen Bedarf für Zuschläge aus.

Abs. 3 führt aus, dass die Direktion für die Zuschläge eine Richtlinie verfassen wird. Der Regierungsrat legt die zuschlagsberechtigten Leistungen gemeinsam mit den Pflegekosten jährlich fest (NG 742.117). In der Richtlinie wird der vorliegende Sachverhalt genauer definiert. Es gilt u.a. zu klären, was genau unter die Pflege von akut und chronisch kranken, beeinträchtigten und sterbenden Minderjährigen zu verstehen ist. Im Besonderen soll spezifiziert werden, wann kein Anspruch auf Zuschläge besteht.

§ 12 Angaben bei der Rechnungsstellung

Abs. 1 beschreibt alle Angaben, welche von den Spitex-Organisationen und selbstständig tätigen Pflegefachpersonen auf der Rechnung insbesondere aufzuführen sind. Für die eindeutige Identifikation sind folgende Angaben der zu pflegenden Person anzugeben: vollständiger Name, Geburtsdatum, Wohnadresse und die AHV-Nummer (Ziff. 1-4). Da nur die Pflegekosten von Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Nidwalden übernommen werden, ist die Wohngemeinde aufzuführen (Ziff. 5). In Bezug auf die Behandlung sind der Ort und der Zeitraum anzugeben (Ziff. 6-7). Es sind die erbrachten Pflegeleistungen inklusive allfälliger zuschlagsberechtigten Leistungen in Minuten je Tag auszuweisen (Ziff. 8).

Gemäss Ziff. 9 ist anzugeben, ob die Leistung von Pflegenden erbracht wurde, die im selben Haushalt leben wie die versicherte Person bzw. pflegende Angehörige sind oder nicht. Die Spitex-Organisationen, die heute im Kanton Nidwalden tätig sind, haben entweder das klassische Geschäftsmodell oder das beschriebene Geschäftsmodell mit pflegenden Angehörigen oder angestellten Personen. Es kann durchaus sein, dass in Zukunft Mischformen entstehen. Es liegt in der Verantwortung der Spitex-Organisation, die richtige Norm-Pflegekosten anzuwenden.

Im Übrigen sind die einzelnen Beiträge anzugeben, welche je vom Krankenversicherer, von der versicherten Person und vom Kanton als Restkostenfinanzierer mutmasslich übernommen werden (Ziff. 10-13). Zu guter Letzt ist die Rechtsgrundlage aufzuführen, worauf der Anspruch beruht (Ziff. 14).

Es wird davon ausgegangen, dass pflegende Angehörigen keine Tertiärausbildung in der Pflege haben und daher ausschliesslich Grundpflege erbringen. Wenn sie über eine Tertiärausbildung verfügen, können sie beim Kanton eine Berufsausübungsbewilligung einholen und die Leistungen teilweise selbst und im Übrigen mit ärztlicher Anordnung abrechnen.

Abs. 2 fordert, dass Spitex-Organisationen und Pflegefachpersonen grundsätzlich bei der ersten Rechnungsstellung jeweils eine ärztliche Anordnung beizulegen haben.

Es wird Ausnahmen geben, wobei keine ärztliche Anordnung vonnöten sein wird. Im Rahmen der Pflegeinitiative werden Spitex-Organisationen und selbstständig tätige Pflegefachpersonen neu gewisse Pflegeleistungen ohne ärztliche Anordnung ausführen dürfen. Es handelt sich dabei um gewisse Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. a und lit. c KLV, namentlich die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination und die Massnahmen der Grundpflege. Die Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung sind davon nicht betroffen (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV). Der Bundesrat wird die Pflegeleistungen bezeichnen, welche weiterhin auf Anordnung oder im Auftrag einer Ärztin oder eines Arztes erbracht werden müssen.

Abs. 3 stellt sicher, dass das Amt bei begründetem Bedarf weitere Angaben einfordern darf.

2 Festlegung der Pflorgetaxe

§ 13 Einreichung der Führungsinstrumente und Anträge

Abs. 1 wurde fast unverändert übernommen. Damit der Regierungsrat die stationären und ambulanten Pflorgetaxen festlegen kann, müssen die Kosten der Leistungserbringer vorliegen. Neu sollen die Kostenrechnung und die Leistungsstatistik (Führungsinstrumente) bis spätestens am 30. April beim Amt anstatt bei der Direktion eingereicht werden. Dies entspricht den heutigen Gegebenheiten. Allfällige Anträge zur Höhe der Pflorgetaxen nach Art. 28 kKVG sind ebenfalls bis zum 30. April vorzulegen.

3 Akut- und Übergangspflege

§ 14 Verfahren

Abs. 1, Abs. 2 und Abs. 3 wurden sinngemäss und unverändert übernommen.

Abs. 4 hält neu fest, dass das Amt sowohl die versicherte Person als auch den Leistungserbringer informiert, sofern kein Anspruch auf Beiträge besteht. Die Information erfolgt formlos via E-Mail oder per Post. Diese Vorgehensweise wurde bereits im Amt angewandt und wird neu rechtlich festgehalten. Wie in § 3 Abs. 3 PFV beschrieben, müssen die E-Mails über die geschützte Mailadresse des Amtes versandt werden. Der versicherten Person steht die Möglichkeit offen, eine anfechtbare Verfügung zu verlangen. Bei der Eröffnung wird der Leistungserbringer informiert.

Die Akut- und Übergangspflege wird nicht elektronisch abgewickelt, da jeweils nur wenige Fälle zu behandeln sind. Für die Akut- und Übergangspflege kommen gemäss Art. 25a Abs. 2 die Regeln der Spitalfinanzierung zur Anwendung. Aus diesem Grund ist für eine allfällige elektronische Abwicklung keine zusätzliche Rechtsgrundlage im kantonalen Recht notwendig (vgl. Art. 42 Abs. 3 KVG).

II. Änderungen in anderen Verordnungen

Änderung der Gesundheitsverordnung (GesV; NG 711.11)

§ 24 Meldung von Änderungen

Künftig sind alle Organisationen verpflichtet, wesentliche Änderungen ihres Betriebskonzepts zu melden. Diese Anpassung der GesV stellt sicher, dass bestehende Organisationen mit einer Betriebsbewilligung die Bewilligungsinstanz informieren, wenn sie ihr Geschäftsmodell ändern. Dies gilt in diesem Rahmen insbesondere für Spitex-Organisationen, wenn sie neu pflegende Angehörige als Mitarbeitende anstellen.

Inkrafttreten

Die Totalrevision der Verordnung soll zeitgleich mit der Teilrevision des Gesetzes in Kraft treten.

7 Auswirkungen

7.1 Gesundheitliche und soziale Auswirkungen

Die Totalrevision der PFV hat u.a. das Ziel, eine effizientere Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen, Spitex-Organisationen und selbständig tätigen Pflegefachpersonen und dem Kanton zu gewährleisten. Durch die elektronische Datenerfassung profitieren die innerkantonalen Pflegeinstitutionen neu von einer zeitnahen Vergütung. Folglich können die Pflegeinstitutionen mit kürzeren Wartezeiten und einem geringeren buchhalterischem Aufwand rechnen. Zusätzlich werden durch die Totalrevision der PFV neu Spitex-Organisationen gesetzlich berücksichtigt, in der pflegende Angehörige oder angestellte Personen im selben Haushalt die Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) der pflegebedürftigen Personen übernehmen. Dadurch findet das neue Spitex-Modell erstmalig in Art. 28i Abs. 2 und Abs. 2 lit. a kKVG eine gesonderte gesetzliche Erwähnung.

7.2 Auswirkungen auf den Kanton

7.2.1 Allgemeine Auswirkungen

Bisher wurden die Anträge zur Pflegefinanzierung (§ 2 PFV) schriftlich eingereicht. Die Digitalisierung der Pflegefinanzierung ermöglicht eine Qualitäts- und Effizienzsteigerung der Bearbeitungsprozesse. Die frei werdenden Ressourcen können bei der Einzelfallrechnungsprüfung eingesetzt werden. Die Verantwortung des Kantons für die Datensicherheit der elektronischen Übermittlungs- und Verarbeitungsprozesse wird in Art. 28i Abs.1 kKVG festgehalten.

Bereits am 1. Oktober 2021 setzte der Bundesrat die geänderten Regelungen der KVL in Bezug zu den Mitteln und Gegenständen in Kraft. Zuvor wurden die Kosten der Mittel und Gegenstände durch den Kanton einzeln vergütet. Mit der vorliegenden Teilrevision des kKVG werden die bestehenden gesetzlichen Regelungen in Bezug auf Mittel und Gegenstände an die geänderten Regelungen der Bundesgesetzgebung angepasst. Es ist mit keiner Senkung des finanziellen Aufwands auf Seiten des Kantons zu rechnen. Die Kosten widerspiegeln sich in den kantonalen Pflögetaxen, welche aufgrund der Teuerung und der höheren Aufwände für das Personal ohnehin höher ausfallen.

In der Totalrevision des PFV wird das neue Geschäftsmodell der Spitex-Organisationen thematisiert. Im Vergleich zum klassischen Geschäftsmodell haben die betreffenden Spitex-Organisationen einen geringeren Aufwand und keine Wegkosten. Aus diesem Grund wird die Norm-Pflögetaxe für diese Spitex-Organisationen gesenkt. Da auch die Norm-Pflögetaxe für Spitex-Organisationen tiefer ausfallen wird, stehen beiden Organisationsformen weniger Mittel zur Verfügung.

7.2.2 Finanzielle Auswirkungen

7.2.2.1 Demografischer Wandel

Die vorliegenden Änderungen des kKVG und der PFV führen zu keiner Kostensteigerung. Es ist eher davon auszugehen, dass bei gleichbleibender Nachfrage die Ausgaben sinken. Aufgrund der demografischen Entwicklung der Bevölkerung ist langfristig jedoch von einer Mengenausweitung auszugehen. Die Alterung der Bevölkerung wird in den kommenden Jahrzehnten zu einem schnellen und starken Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Personen in der Schweiz führen.

Aktuelle Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS) unterstreichen bereits diese Entwicklung. Im Jahr 2023 stiegen die Kosten für Pflegeheime schweizweit um 5% und für Spitex-Organisationen um 7% gegenüber dem Vorjahr. Zusammengenommen beliefen sich die schweizerischen Gesamtkosten auf 15 Milliarden Franken und verzeichneten damit das stärkste Wachstum des vergangenen Jahrzehnts. Die Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen benötigten noch nie so viel Pflege wie 2023. Für jede beherbergte Person wurden durchschnittlich 110 Pflegeminuten pro Tag aufgewendet (+4% gegenüber 2022). Der gleiche Trend zeigt sich bei den Spitex-Diensten, denn im Jahr 2023 nahm jede Klientin bzw. jeder Klient durchschnittlich 56 Pflegestunden in Anspruch (+6,3% gegenüber 2022).

Auch die Anzahl Spitex-Organisationen ist in den letzten Jahren stark angestiegen. Ein signifikanter Zuwachs ist seit 2019 erkennbar; dem Jahr, in dem das Bundesgerichtsurteil die Anstellung pflegender Angehöriger und die Abrechnung über die OKP ermöglichte. Seither lassen sich immer mehr pflegende Angehörige von solchen Spitex-Organisationen anstellen. Tätigkeiten, die früher häufig unentgeltlich erbracht wurden – wie etwa die Pflege eines Ehepartners oder nahen Verwandten – können nun über die OKP abgerechnet werden. Dies führt dazu, dass die finanzielle Last des Kantons steigt.

7.2.2.2 Beispielhafte Darstellung der Kürzung der Pflorgetaxe von Spitex-Organisationen mit neuem Geschäftsmodell

Spitex-Organisationen, bei denen Pflegende zum Einsatz kommen, die im selben Haushalt wie die zu pflegende Person leben oder deren Angehörige sind, erhalten neu maximal 70% der Norm-Pflorgetaxe. Die finanziellen Auswirkungen dieser Kürzung lassen sich beispielhaft anhand einer Person aufzeigen, die täglich eine Stunde Grundpflege in Anspruch nimmt (in CHF):

| Eine Stunde Grundpflege | Pflorgetaxe eine Stunde | Anteile des Beitrags pro Tag | | | Kantonale Kosten in einem Jahr |
|---------------------------|-------------------------|------------------------------|--------------|-------------------|--------------------------------|
| | | Krankenversicherer | Selbstbehalt | Restkosten Kanton | |
| Grundpflege (100%) | 102.00 | 52.60 | 15.35 | 34.05 | 12'428.25 |
| Grundpflege (70%) | 71.40 | 52.60 | 15.35 | 3.45 | 1'259.25 |

Tabelle 4: Vergleich der Pflorgetaxe zu 100% und 70% bei einer Stunde Grundpflege pro Tag

Bei einer Person die zwei Stunden Grundpflege in Anspruch nimmt, sehen die Zahlen folgendermassen aus (in CHF):

| Zwei Stunden Grundpflege | Pflorgetaxe zwei Stunden | Anteile des Beitrags pro Tag | | | Kantonale Kosten in einem Jahr |
|---------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------|-------------------|--------------------------------|
| | | Krankenversicherer | Selbstbehalt | Restkosten Kanton | |
| Grundpflege (100%) | 204.00 | 105.20 | 15.35 | 83.45 | 30'459.25 |
| Grundpflege (70%) | 142.80 | 105.20 | 15.35 | 22.25 | 8'121.25 |

Tabelle 5: Vergleich der Pflorgetaxe zu 100% und 70% bei zwei Stunden Grundpflege pro Tag

Der Selbstbehalt der pflegebedürftigen Person bleibt in allen Fällen bei maximal CHF 15.35 pro Tag. Daher zeigen die Berechnungen für die jährlichen Kosten des Kantons ohne und mit der Kürzung der Pflegesteuer die folgenden Ergebnisse:

- **Ohne die Kürzung (100% der Pflögetaxe):** Bei 1 Stunde Grundpflege betragen die jährlichen Kosten für den Kanton CHF 12'428.25 und bei 2 Stunden Grundpflege betragen diese CHF 30'459.25.
- **Mit der Kürzung (70% der Pflögetaxe):** Bei 1 Stunde Grundpflege sinken die jährlichen Kosten des Kantons auf CHF 1'259.25 und bei 2 Stunden Grundpflege auf CHF 8'121.25.

Die Kürzung der Pflögetaxe zeigt erhebliche finanzielle Auswirkungen auf den Kanton, insbesondere bei höheren Pflegedauern. Erfahrungsgemäss werden in der Praxis zwischen 30 Minuten und 3 Stunden Grundpflege pro Tag erbracht. Es ist schwer abzuschätzen, wie viele Pflegeleistungen künftig von neuen Spitex-Organisationen mit diesem Geschäftsmodell abgerechnet werden. Es liegen noch keine konkreten Zahlen oder Erfahrungswerte vor, um die tatsächliche Höhe der Kosten zu prognostizieren.

7.2.2.3 Fazit

Aktuell werden bei den Spitex-Organisationen mit dem neuen Geschäftsmodell mehr als die tatsächlich anfallenden Restkosten finanziert. Die bestehende Norm-Pflögetaxe ist für diese Organisationen heute zu hoch angesetzt. Die genaue Höhe der finanziellen Auswirkungen für den Kanton lässt sich nicht abschliessend beziffern. Die Aktivität der Spitex-Organisationen im Kanton ist schwer prognostizierbar. Mit der Reduzierung der Beiträge wird jedoch sichergestellt, dass künftig nur die effektiven Pflegekosten der Organisationen vergütet werden.

Obwohl die Gesamtkosten des Kantons aufgrund der zu erwartenden Mengenausweitung und höheren Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nicht reduziert werden können, trägt die Beitragssenkung dazu bei, den Kostenanstieg zu dämpfen.

7.3 Auswirkungen auf die Gemeinden

Die Teilrevision des KKVG und die Totalrevision der PFV haben keine finanziellen Auswirkungen auf die Gemeinden. Die Kosten der Pflögetaxen werden weiterhin vollumfänglich vom Kanton getragen.

8 Terminplan

| | |
|---|-------------------|
| Verabschiedung durch RR (Antrag an Landrat) | 17. Dezember 2024 |
| Vorberatende Kommission FGS und Fiko | 1. Halbjahr 2025 |
| 1. Lesung im Landrat | 1. Halbjahr 2025 |
| 2. Lesung im Landrat | 2. Halbjahr 2025 |
| Referendumsfrist | 2 Monate |
| Inkrafttreten | 2. Halbjahr 2025 |

REGIERUNGSRAT NIDWALDEN

Landammann

Res Schmid

Landschreiber

Armin Eberli