



GD/P211091

Erläuterungen zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt vom 25. November 2008 (KVO, SG 834.410) Stand: 1. Juli 2021

1. Ausgangslage

Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) vom 1. September 2017 (C-3322/2015) hielt fest, dass die Kosten der Materialien der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) nicht mehr zusätzlich zu den Pflorgetaxen gemäss Art. 7a der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV, SR 832.112.31) durch die Krankenversicherer vergütet werden müssten. Die Kosten der Materialien der MiGeL müssen aufgrund des Urteils grundsätzlich durch den Kanton in seiner Rolle als Restfinanzierer getragen werden.

Um dem Urteil Folge zu leisten, hat der Regierungsrat mit Beschluss Nr. 18/28/67 vom 25. September 2018 die Verordnung vom 25. November 2008 über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO, SG 834.410) dahingehend geändert, dass im stationären Pflegebereich (Pflegeheim) die Materialkosten rückwirkend ab 1. Januar 2018 anerkannt und die Pflegedepositen erhöht wurden.

Ebenso hat der Regierungsrat mit Beschluss Nr. 19/06/9 vom 12. Februar 2019 die KVO dahingehend geändert, dass im ambulanten Bereich (Spitex) die Materialkosten rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 anerkannt und die Pflegedepositen erhöht wurden. Analog wurden rückwirkend auf den 1. Januar 2019 die Beiträge der Behandlungs- und Grundpflege für Leistungserbringer mit Leistungsauftrag des Kantons erhöht (Änderung Beschluss des Regierungsrates Nr. 17/35/5 vom 21. November 2017) in Bezug auf die „Spitex Basel. Stiftung für Pflege zu Hause“).

Nach dem Urteil des BVGer (siehe Bericht des Gesundheitsdepartements an den Regierungsrat vom 30. Januar 2019; Regierungsratsbeschluss Nr. 19/06/9 vom 12. Februar 2019) haben Gespräche zwischen den involvierten Parteien (Bundesamt für Gesundheit [BAG], Kantone, Krankenversicherer und Leistungserbringer) stattgefunden. Ebenso hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) eine Motion überwiesen, welche den Bundesrat beauftragte, eine Lösung zur Finanzierung des Pflegematerials zu erarbeiten, welche die Interessen aller Beteiligten berücksichtigt¹. In der Folge hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) eine Vorlage ausgearbeitet, welche die Situation im Bereich der Pflegematerialfinanzierung verbessern sollte. Die Vorlage wurde am 18. Dezember 2020 von den eidgenössischen Räten angenommen. Sie tritt per 1. Oktober 2021 in Kraft. Dadurch wird in grossen Teilen de facto der Zustand vor dem Urteil des BVGer (C3322/2015) wieder hergestellt. Dies bedeutet, dass die Materialien der MiGeL neu wieder von den Krankenversicherern vergütet werden. Eine Finanzierung durch den Kanton über die Restfinanzierung ist dadurch nicht mehr notwendig und die am 25. September 2018 (Regierungsratsbeschluss Nr. 18/28/67) bzw. am 12. Februar 2019

¹ Motion 18.3710: „MiGeL-Produkte. Inrechnungstellung durch Erbringer von Pflegeleistungen“.

(Regierungsratsbeschluss Nr. 19/06/9) beschlossene Erhöhung der Pflegenormkosten kann rückgängig gemacht werden.

1.1 Rechtliche Grundlagen

1.1.1 Neuerungen der Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Vergütung des Pflegematerials)

Die Vorlage will bei der Vergütung von Pflegematerial nicht mehr unterscheiden zwischen Material, das von den Patientinnen und Patienten selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder Behandlung mitwirkenden Person verwendet wird, und Material zur Verwendung durch Pflegefachpersonen. Ziel ist es, die Vergütung dieses Materials zu vereinfachen. Dazu wird eine separate Finanzierung der der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, die für Pflegeleistungen nach Art 25a Abs. 1 und 2 KVG verwendet werden, eingeführt. Das Material wird dabei in drei Hauptkategorien gegliedert:

- Kategorie A: Einfache Verbrauchsmaterialien mit direktem Bezug zu den Pflegeleistungen (z.B. Handschuhe, Gaze) und Material sowie Gegenstände zum Mehrfachgebrauch für verschiedene versicherte Personen (z.B. Blutdruckmessgeräte, Fieberthermometer).
- Kategorie B: Mittel und Gegenstände für die Untersuchung oder Behandlung einer Krankheit gemäss der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL), welche von der versicherten Person selbst, oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder Behandlung mitwirkenden Person oder auch durch Pflegefachpersonen verwendet werden.
- Kategorie C: Mittel und Gegenstände, welche nicht von den versicherten Personen selbst oder einer nicht beruflich mitwirkenden Person, sondern ausschliesslich von Pflegefachpersonen verwendet werden.

Das Material der Kategorie A wird entsprechend der Neuordnung der Pflegefinanzierung vergütet. Für die Abgabe dieser Art von Materialien genügt eine ärztliche Anordnung von Pflegeleistungen.

Wird die Unterscheidung zwischen den verschiedenen Personen, welche das Pflegematerial verwenden, aufgehoben, so muss die Finanzierung durch den gleichen Kostenträger sichergestellt werden. Die Vergütung des in der MiGeL aufgeführten Materials, das von den Patientinnen und Patienten selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich mitwirkenden Person verwendet wird, erfolgt durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Deshalb muss auch die Vergütung des von Pflegefachpersonen verwendeten Materials über die OKP erfolgen. Folglich wird Material der Kategorien B und C, das auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle – welche die Voraussetzungen nach Art. 55 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) erfüllt – abgegeben wird, ausschliesslich von der OKP vergütet. Dabei gelten die in der MiGeL oder in den Tarifverträgen zwischen Krankenversicherern und Pflegeheimen oder Leistungserbringern der ambulanten Pflege festgelegten Regeln.

Die vorgeschlagene Regelung vereinfacht die Vergütung des Pflegematerials der Kategorien B und C. Die Vergütung ist nicht mehr abhängig von der Person, welche das Material effektiv verwendet (durch die versicherte Person selbst bzw. mit Hilfe einer nichtberuflich mitwirkenden Person oder durch beruflich tätige Pflegefachpersonen) und erfolgt ausschliesslich über die OKP. Bisher wurde das von Pflegefachpersonen verwendete Material über die Restfinanzierung vergütet.

Die Frage der Finanzierung des Pflegematerials ist auch für die Leistungen der Akut- und Übergangspflege wichtig. Für diesen Bereich ist im Rahmen der vorliegenden Revision vorgesehen, dass das Material für die Kategorien B und C ausschliesslich über die OKP finanziert wird. Bis

jetzt beteiligten sich an den Kosten des Pflegematerials nebst der OKP auch die Kantone (vgl. Art. 7b KLV).

Das EDI hat die vorliegende Revision auf Verordnungsstufe in der KLV konkretisiert und die Kostenübernahme für die Kategorien A, B und C näher geregelt. Die MiGeL wird neu in zwei Teile aufgeteilt, welche je das Material der Kategorie B und C enthalten. Das von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich mitwirkenden Person oder durch Leistungserbringer der ambulanten Pflege verwendete Material der Kategorie B wird individuell bis zum Höchstvergütungsbetrag gemäss MiGeL vergütet. Bei der Abgabe durch Pflegeheime wird dieser Betrag um 10 bis 20% herabgesetzt, zumal die Höchstvergütungsbeträge der MiGeL für die Abgabe an Einzelpatientinnen und -patienten bestimmt sind und nicht den Grosshandelspreisen entsprechen. Auch das Material der Kategorie C wird individuell vergütet, für die Leistungserbringer der ambulanten Pflege sowie für die Pflegeheime bis zum Höchstvergütungsbetrag gemäss MiGeL. Das BAG informierte mit seinem Schreiben vom 3. Mai 2021 die Leistungserbringer, dass die Liste der Produkte der Kategorie C von den Leistungserbringern bis 1. Oktober 2021 eingereicht werden muss. Womit für die Kategorie C eine Übergangsfrist von 12 Monaten ab Inkraftsetzungsdatum der Gesetzesänderung gilt. Es ist nicht vorgesehen, eine Liste mit dem gesamten Material der Kategorie A zu erstellen.

1.1.2 Stationäre Pflege (Pflegeheime) – aktuelle rechtliche Grundlagen

Gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG leistet die OKP einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.

Die von der Versicherung für in Pflegeheimen erbrachte Pflegeleistungen zu deckenden Kosten sind in Art. 7a Abs. 3 KLV nach 12 Stufen differenziert (Pflegestufen) geregelt.

Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG dürfen der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Für Bewohnende von Pflegeheimen sind dies zurzeit maximal 23 Franken pro Tag. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.

Die kantonalen Pflegenormkosten ergeben sich gemäss § 8d Abs. 1 lit. a Ziff. 1 Satz 1 KVO aus der Multiplikation der Indexwerte pro Pflegestufe (§ 2 Anhang 1 KVO) mit dem Punktwert in Franken (§ 3 Anhang 1 KVO). Gemäss § 8d Abs. 1 lit. a Ziff. 1^{bis} KVO werden zusätzlich 35 Rappen pro Pflegestufe zur Vergütung der Materialien der MiGeL als Pflegenormkosten anerkannt.

Die Höhe der kantonalen Restfinanzierung entspricht der Differenz zwischen den anerkannten Pflegekosten und den Leistungen der Krankenversicherer gemäss Art. 7a KLV sowie dem maximalen Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG (§ 8d Abs. 1 lit. a Ziff. 2 KVO).

1.1.3 Ambulante Pflege (Spitex) – aktuelle rechtliche Grundlagen

Gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG leistet die OKP einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.

Die Krankenversicherer leisten gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV an die von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern sowie von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause erbrachten Pflegeleistungen (Spitex-Organisationen) Beiträge pro Stunde.

Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG dürfen der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.

Der Kanton Basel-Stadt hat den von den Pflegebedürftigen maximal zu bezahlenden Betrag im Bereich der ambulanten Pflege auf 10 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages pro Tag begrenzt, was aktuell acht Franken entspricht. Der maximale Eigenbeitrag ist nur bei einer Leistungsdauer von einer Stunde anrechenbar; bei kürzerer Leistungsdauer verringert sich der anrechenbare Eigenbeitrag anteilmässig (pro rata temporis; § 8b KVO).

Die kantonal anerkannten Pflegekosten (sog. Normkosten) im Bereich der Bedarfsabklärung, der Behandlungspflege sowie der Grundpflege werden in § 8d Abs. 2 lit. b Ziff. 1 KVO geregelt, wobei die Höhe der Restfinanzierung der Differenz zwischen den anerkannten Pflegekosten und den Leistungen der Krankenversicherer gemäss Art. 7a KLV sowie dem maximalen Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss § 8b KVO entspricht.

In § 8d Abs. 2 lit. b Ziff. 4 KVO wird dem Umstand Rechnung getragen, dass bei gewissen Pflegebedürftigen bzw. Pflegearten (z.B. Wundspitex, Onko-Spitex) sehr hohe Materialkosten entstehen. Diese können in der Folge unter gewissen, kumulativ zu erfüllenden, Voraussetzungen, ebenfalls im Rahmen der Restfinanzierung nach effektiv entstandenen Kosten erstattet werden. Für weitere Ausführungen und die detaillierte Begründung zu den Vergütungsarten sei auf den Bericht des Gesundheitsdepartements an den Regierungsrat vom 30. Januar 2019 (Regierungsratsbeschluss Nr. 19/06/9 vom 12. Februar 2019) verwiesen.

2. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Verordnung vom 25.11.2008			Änderungen		
§ 8d Restfinanzierung durch den Kanton in Anwendung von Art. 25a Abs. 5 KVG ¹ a) Pflegeheime 1. Die kantonalen Pflegenormkosten ergeben sich aus der Multiplikation der Indexwerte pro Pflegestufe (§ 2 Anhang 1) mit dem Punktwert in Franken (§ 3 Anhang 1). Für Nichtvertragsheime reduzieren sich die Normkosten um 10 Prozent.			§ 8d Restfinanzierung durch den Kanton in Anwendung von Art. 25a Abs. 5 KVG ¹ a) Pflegeheime 1. Die kantonalen Pflegenormkosten ergeben sich aus der Multiplikation der Indexwerte pro Pflegestufe (§ 2 Anhang 1) mit dem Punktwert in Franken (§ 3 Anhang 1). Für Nichtvertragsheime reduzieren sich die Normkosten um 10 Prozent.		
<i>Pflegestufe</i>	<i>Pflegeaufwand in Minuten pro Tag</i>	<i>Pflegekosten pro Tag in Fr.</i>	<i>Pflegestufe</i>	<i>Pflegeaufwand in Minuten pro Tag</i>	<i>Pflegekosten pro Tag in Fr.</i>

1	1	...	...
2	2	...	...
3	3	...	...
4	4	...	...
5	5	...	...
6	6	...	...
7	7	...	...
8	8	...	...

9	...	...
10	...	...
11	...	...
12	...	...

1. bis Zusätzlich zum Wert gemäss Ziff. 1 erster Satz werden 35 Rappen pro Pflegestufe als Pflegenormkosten anerkannt.

2. Die Höhe der Restfinanzierung entspricht der Differenz zwischen den anerkannten Pflegekosten und den Leistungen der Krankenversicherer gemäss Art. 7a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sowie dem maximalen Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss § 8. Die Restfinanzierung für versicherte Personen, für die der Kanton Basel-Stadt zuständig ist, ist vom Pflegeheim direkt der entsprechenden kantonalen Stelle elektronisch in Rechnung zu stellen. Das Gesundheitsdepartement regelt die Einzelheiten der elektronischen Abrechnung in einem Reglement.

3. Bei Übernahme vertraglicher Verpflichtungen durch die Pflegeheime, insbesondere bei erhöhten Anforderungen an die Qualifikation des Personals, an die Qualitätssicherung, an die Ausbildungstätigkeit und für Spezialleistungen kann der Regierungsrat höhere Kosten anerkennen. Der Regierungsrat kann entsprechende Verträge abschliessen.

4. Für die Erfassung des Pflegebedarfs der Bewohnerinnen und Bewohner gilt für die Pflegeheime, welche auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt sind, das Bedarfsabklärungsinstrument RAI/RUG in der Version gemäss Anhang 1.

² b) Ambulante Pflege

1. Für die Berechnung der Restfinanzierung durch den Kanton gelten die nachfolgenden, anerkannten Pflegekosten.

Pflegekosten pro Stunde in Fr.	erste Stunde	ab zweiter Stunde
Bedarfsabklärung	96	80
Behandlungspflege	93.35	83.35
Grundpflege	80.50	70.50

2. Die Höhe der Restfinanzierung entspricht der Differenz zwischen den anerkannten Pflegekosten und den Leistungen der Krankenversicherer gemäss Art. 7a KLV sowie dem maximalen Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss § 8b. Die Restfinanzierung für versicherte Personen, für die der Kanton Basel-Stadt zuständig ist, ist vom Spitexanbieter direkt bei der entsprechenden kantonalen Stelle elektronisch in Rechnung zu stellen. Diese kann Ausnahmen von der Pflicht zur elektronischen Abrechnung vorsehen. Das Gesundheitsdepartement

9	...	...
10	...	...
11	...	...
12	...	...

1. bis Zusätzlich zum Wert gemäss Ziff. 1 erster Satz werden 35 Rappen pro Pflegestufe als Pflegenormkosten anerkannt.

2. Die Höhe der Restfinanzierung entspricht der Differenz zwischen den anerkannten Pflegekosten und den Leistungen der Krankenversicherer gemäss Art. 7a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sowie dem maximalen Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss § 8. Die Restfinanzierung für versicherte Personen, für die der Kanton Basel-Stadt zuständig ist, ist vom Pflegeheim direkt der entsprechenden kantonalen Stelle elektronisch in Rechnung zu stellen. Das Gesundheitsdepartement regelt die Einzelheiten der elektronischen Abrechnung in einem Reglement.

3. Bei Übernahme vertraglicher Verpflichtungen durch die Pflegeheime, insbesondere bei erhöhten Anforderungen an die Qualifikation des Personals, an die Qualitätssicherung, an die Ausbildungstätigkeit und für Spezialleistungen kann der Regierungsrat höhere Kosten anerkennen. Der Regierungsrat kann entsprechende Verträge abschliessen.

4. Für die Erfassung des Pflegebedarfs der Bewohnerinnen und Bewohner gilt für die Pflegeheime, welche auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt sind, das Bedarfsabklärungsinstrument RAI/RUG in der Version gemäss Anhang 1.

² b) Ambulante Pflege

1. Für die Berechnung der Restfinanzierung durch den Kanton gelten die nachfolgenden, anerkannten Pflegekosten.

Pflegekosten pro Stunde in Fr.	erste Stunde	ab zweiter Stunde
Bedarfsabklärung	96	80
Behandlungspflege	<u>93.35</u> ₉₀	<u>83.35</u> ₈₀
Grundpflege	<u>80.50</u> ₈₀	<u>70.50</u> ₇₀

2. Die Höhe der Restfinanzierung entspricht der Differenz zwischen den anerkannten Pflegekosten und den Leistungen der Krankenversicherer gemäss Art. 7a KLV sowie dem maximalen Eigenbeitrag der versicherten Person gemäss § 8b. Die Restfinanzierung für versicherte Personen, für die der Kanton Basel-Stadt zuständig ist, ist vom Spitexanbieter direkt bei der entsprechenden kantonalen Stelle elektronisch in Rechnung zu stellen. Diese kann

<p>regelt die Einzelheiten der elektronischen Abrechnung in einem Reglement.</p> <p>3. Bei Übernahme vertraglicher Verpflichtungen durch die Spitexanbieter, insbesondere bei erhöhten Anforderungen an die Qualifikation des Personals, an die Qualitätssicherung, an die Ausbildungstätigkeit, für Spezialleistungen und zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit erkennt der Regierungsrat die dadurch entstehenden höheren Kosten an. Der Regierungsrat kann entsprechende Verträge abschliessen.</p> <p>4. Sofern die Kosten für Mittel und Gegenstände, welche durch die Pflegefachperson appliziert werden, über einen längeren Zeitraum oder die gesamte Pflegedauer durchschnittlich mehr als zehn Prozent der höchsten vom Regierungsrat im Bereich der Behandlungspflege anerkannten Pflegekosten gemäss Ziffer 1 betragen, werden diese zusätzlich anerkannt. Das Gesundheitsdepartement regelt die Einzelheiten in einem Reglement.</p>	<p>Ausnahmen von der Pflicht zur elektronischen Abrechnung vorsehen. Das Gesundheitsdepartement regelt die Einzelheiten der elektronischen Abrechnung in einem Reglement.</p> <p>3. Bei Übernahme vertraglicher Verpflichtungen durch die Spitexanbieter, insbesondere bei erhöhten Anforderungen an die Qualifikation des Personals, an die Qualitätssicherung, an die Ausbildungstätigkeit, für Spezialleistungen und zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit erkennt der Regierungsrat die dadurch entstehenden höheren Kosten an. Der Regierungsrat kann entsprechende Verträge abschliessen.</p> <p>4. Sofern <u>Für die Dauer der Übergangsbestimmung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. Dezember 2020 (Vergütung des Pflegematerials) werden während eines Jahres ab Inkrafttreten der Änderung, sofern die</u> Kosten für Mittel und Gegenstände, welche durch die Pflegefachperson appliziert werden, über einen längeren Zeitraum oder die gesamte Pflegedauer durchschnittlich mehr als zehn Prozent der höchsten vom Regierungsrat im Bereich der Behandlungspflege anerkannten Pflegekosten gemäss Ziffer 1 betragen, werden diese zusätzlich anerkannt. Das Gesundheitsdepartement regelt die Einzelheiten in einem Reglement.</p> <p><i>Legende: Neues: <u>unterstreichen</u> Gelöschtes: durchstreichen</i></p>
--	---

2.1 Grundsatz

Die Leistungserbringer erhalten ihre Vergütung anhand der kantonal festgelegten Pflegenormkosten gemäss § 8d Abs. 2 lit. a und b Ziff. 1 KVO. Die Vergütung ist nach Art. 25a und 52 KVG nicht mehr abhängig von der Person, welche das Material effektiv verwendet (durch die versicherte Person selbst bzw. mit Hilfe einer nichtberuflich mitwirkenden Person oder durch beruflich tätige Pflegefachpersonen) und erfolgt ausschliesslich über die Krankenversicherer.

2.2 Erläuterungen zu § 8d Abs. 1 lit. a Ziff. 1^{bis} KVO: Anpassung der anerkannten Pflegekosten Pflegeheime

Die Berechnung der Pflegenormkosten ist in § 8d Abs. 1 lit. a Ziff. 1 Satz 1 KVO geregelt. Die mit Beschluss des Regierungsrates Nr. 18/28/67 vom 25. September 2018 eingefügte Ziffer 1^{bis} (35 Rappen pro Pflegestufe zur Vergütung der Materialien der MiGeL als Pflegenormkosten) wird mit der Inkraftsetzung der KVG-Änderung vom 18. Dezember 2020 hinfällig und ist somit zu streichen.

2.3 Erläuterungen zu § 8d Abs. 2 lit. b Ziff. 1 KVO: Anpassung der anerkannten Pflegekosten ambulante Pflege

Da im Bereich der Bedarfsabklärung keine bzw. vernachlässigbare Kosten für Mittel und Gegenstände anfallen, bleiben die anerkannten Kosten in diesem Bereich unverändert. Dagegen werden die anerkannten Kosten im Bereich der Behandlungspflege um 3.35 Franken und im Bereich der Grundpflege um 50 Rappen pro Stunde gesenkt. Die Pflegekosten werden somit um den gleichen Betrag gesenkt, um den sie mit Regierungsratsbeschluss Nr. 19/06/9 vom

12. Februar 2018 angehoben wurden. Somit gelten neu die nachfolgenden anerkannten Pflegekosten.

Pflegekosten pro Stunde in Fr.	erste Stunde	ab zweiter Stunde
Bedarfsabklärung	96.00	80.00
Behandlungspflege	90.00	80.00
Grundpflege	80.00	70.00

2.4 Erläuterungen zu § 8d Abs. 2 lit. b Ziff. 4 KVO: Streichung

Der zum Zweck der Finanzierung von sehr hohen Materialkosten eingeführte § 8d Abs. 2 lit. b Ziff. 4 KVO wird nach Ablauf der bundesrechtlichen Übergangsfrist von 12 Monaten ab Inkraftsetzung der KVG-Änderung vom 18. Dezember 2020 hinfällig und die KVO ist somit dahingehend zu ändern, dass für den § 8d Abs. 2 lit. b Ziff. 4 KVO die bundesrechtliche Übergangsfrist gilt.

Beilage:
Synopsis