
Pflegefinanzierungsverordnung¹

(Vom 3. November 2010)

Der Regierungsrat des Kantons Schwyz,

gestützt auf den Kantonsratsbeschluss betreffend die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 20. Mai 2010,²

beschliesst:

I. Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Geltungsbereich

Diese Verordnung regelt den Vollzug der Pflegefinanzierung im stationären und ambulanten Bereich sowie die Akut- und Übergangspflege.

§ 2 Information

Die mit dem Vollzug der Pflegefinanzierung betrauten Stellen informieren mögliche Berechtigte sowie die Leistungserbringer regelmässig über die Voraussetzungen und das Verfahren bei der Finanzierung der Pflegekosten.

§ 3 Datenerhebung

¹ Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den mit dem Vollzug der Pflegefinanzierung betrauten Stellen die notwendigen Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen, insbesondere für:

- a) die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und Betriebsvergleiche;
- b) eine allfällige Festlegung der Pfl egetaxen;
- c) die Festlegung der Höchsttaxen und des Anspruchs auf Restfinanzierung.

² Die Daten können durch die mit dem Vollzug betrauten Stellen in geeigneter Form veröffentlicht und insbesondere den Gemeinden mitgeteilt werden.

§ 4³

II. Stationäre Pflege

§ 5⁴ Leistungsangebot und Taxen

¹ Die vom Kanton anerkannten Einrichtungen gemäss Pflegeheimliste erbringen Leistungen im Bereich Pension und Pflege einschliesslich Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).⁵

² Die Einrichtungen berechnen die Taxen für Pension und Pflege je separat aufgrund einer vom Amt für Gesundheit und Soziales oder bei ausserkantonalem Heimaufenthalt von der zuständigen kantonalen Stelle anerkannten Kostenrechnung.

³ Die Pflgetaxen dürfen ausschliesslich anerkannte Pflegeleistungen gemäss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung enthalten. Weitergehende Pflegeleistungen sind der Pensionstaxe zuzuschlagen.

§ 6 Taxordnung der Einrichtungen

¹ Die Einrichtungen eröffnen ihren Bewohnern Taxänderungen innert jener Frist, die im Bewohnervertrag vereinbart ist.

² Das Amt für Gesundheit und Soziales wird drei Monate zuvor über die Taxänderungen informiert. Dazu sind die einschlägigen Berechnungsgrundlagen einzureichen.

³ Das Amt für Gesundheit und Soziales kann weitere Unterlagen und Details zu den Berechnungen einverlangen, vor Ort Prüfungen vornehmen oder eine Prüfung durch externe Fachleute verlangen.

§ 7 Höchsttaxen

¹ Eine Beanstandung der Taxordnung durch das Amt für Gesundheit und Soziales hat innerhalb von zwei Monaten nach Einreichung der Taxänderung zu erfolgen.

² In begründeten Fällen kann das Amt für Gesundheit und Soziales separate Höchsttaxen für Pension und Pflege festlegen.

³ Werden Beanstandungen nicht korrigiert oder Höchsttaxen nicht eingehalten, so verfügt das Amt für Gesundheit und Soziales die erforderlichen Massnahmen, soweit nicht eine andere Stelle zuständig ist.

§ 8⁶ Kostenbeteiligung der versicherten Person

¹ Die Beteiligung der versicherten Person an den Kosten der stationären Pflege beträgt 20% des höchsten, vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages.

² Die Finanzierung der Pensionstaxe geht zulasten der versicherten Person.

§ 9⁷

§ 10 Durchführung

¹ Die Ausgleichskasse Schwyz ist die Durchführungsstelle für die Finanzierung der Pflegekosten in stationären Einrichtungen.

² Die Durchführungskosten trägt der Kanton.

§ 11 Finanzierung

¹ Die zur Auszahlung der Leistungen notwendigen Finanzmittel werden durch den Kanton bevorschusst.

² Die Anteile der Gemeinden werden nach ihrer Einwohnerzahl bemessen und halbjährlich als provisorische Zahlung und Ende Jahr als Schlussabrechnung in Rechnung gestellt.

³ Für die Berechnung der Gemeindeanteile ist die Einwohnerzahl per 31. Dezember des Vorjahres gemäss der jährlichen Statistik des Volkswirtschaftsdepartementes über Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz in den Gemeinden massgebend.

§ 12⁸ Abrechnungsverfahren
a) Rechnungsstellung

¹ Die Einrichtungen weisen auf ihren Rechnungen die Aufwendungen für Pension und Pflege getrennt aus.

² Pflegeleistungen für Schwerstpflegebedürftige sind besonders auszuweisen.

³ Die Einrichtungen stellen die Rechnung für die Pflegerestkosten der Durchführungsstelle oder in den Fällen gemäss § 14 Abs. 1 der versicherten Person zu.

§ 13⁹ b) Geltendmachung des Anspruchs

¹ Wer Beiträge an die Pflegekosten beansprucht, hat seinen Anspruch bei der Durchführungsstelle schriftlich mit folgenden Unterlagen geltend zu machen:

- a) Anmeldeformular;
- b) Krankenversicherungspolice;
- c) Rechnung der Einrichtung.

² Die Durchführungsstelle legt das Verfahren im Rahmen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)¹⁰ fest.

³ Die Höhe des Beitrages wird der versicherten Person formlos eröffnet, mit dem Hinweis, dass innert 30 Tagen eine einsprachefähige Verfügung verlangt werden kann. Die Einrichtung erhält eine Kopie der Eröffnung.

§ 14¹¹ c) Auszahlung

¹ Die Pflegekostenbeiträge werden der Einrichtung vergütet. Die versicherte Person kann bei der Durchführungsstelle schriftlich die direkte Vergütung der Pflegekostenbeiträge verlangen.

² Eine Auszahlung an Dritte ist im Sinne von Art. 22 ATSG möglich.

³ Die Verrechnung mit zuviel ausbezahlten Ergänzungsleistungen zur AHV/IV ist möglich.

§ 15¹² d) Meldepflicht

¹ Alle für die Festsetzung der Pflegekosten massgebenden Änderungen sind der Durchführungsstelle unverzüglich zu melden, namentlich:

- a) der Austritt oder Wechsel in eine andere Einrichtung;
- b) der Wechsel des Krankenversicherers;
- c) die Änderung der Pflorgetaxen.

² Meldepflichtig sind:

- a) die Einrichtungen;
- b) die versicherte Person, welche die Pflegekostenbeiträge direkt vergütet erhält;

c) die versicherte Person, welche Pflegeleistungen von einer ausserkantonalen Einrichtung bezieht.

³ Im Übrigen gilt sinngemäss die allgemeine Meldepflicht gemäss Art. 31 ATSG und Art. 24 der Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.¹³

§ 16 Rechtspflege

¹ Gegen Verfügungen der Ausgleichskasse kann innert 30 Tagen Einsprache erhoben werden.

² Der Einspracheentscheid kann innert 30 Tagen beim Verwaltungsgericht mit Beschwerde angefochten werden.

³ Im Übrigen richtet sich das Beschwerdeverfahren nach dem Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts.¹⁴

§ 16a¹⁵ Rückerstattung

¹ Zu Unrecht bezogene Pflegekostenbeiträge sind der Durchführungsstelle zurückzuerstatten.

² Rückerstattungspflichtig sind:

- a) die Einrichtungen;
- b) die versicherte Person, welche die Pflegekostenbeiträge direkt vergütet erhält.

III. Ambulante Pflege

§ 17¹⁶ Leistungserbringer mit Leistungsauftrag

¹ Leistungserbringer mit Leistungsauftrag der Gemeinden haben:

- a) Pflegeleistungen bei Krankheit einschliesslich Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV anzubieten;
- b) die Leistungen an sieben Tagen pro Woche jeweils von 07.00 bis 22.00 Uhr zu erbringen;
- c) neue Einsätze, nach rechtzeitiger vorheriger Anmeldung, innerhalb von 24 Stunden auszuführen;
- d) während der üblichen Bürozeiten telefonisch erreichbar zu sein.

² Leistungserbringer können das erforderliche Mindestangebot selbst oder im Verbund mit anderen Leistungserbringern sicherstellen.

³ Sie regeln die nach Abzug der Versicherungsleistungen und des Beitrags der versicherten Person verbleibende Restfinanzierung im Leistungsauftrag.

§ 18¹⁷ Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag

¹ Für Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag einer Gemeinde legt das Amt für Gesundheit und Soziales anrechenbare Höchsttaxen nach Art der Leistungserbringung fest und teilt diese den Gemeinden mit.

² Als anrechenbare Kosten für die Berechnung der Höchsttaxen gelten die Vollkosten, zu welchen bei wirtschaftlicher Leistungserbringung die Pflegeleistungen erbracht werden können.

³ Nach Abzug der Beiträge der Krankenpflegeversicherung und der versicherten Person übernimmt die Wohnsitzgemeinde der behandelten Person die anerkannten und ausgewiesenen Restkosten.

§ 19 Kostenbeteiligung der versicherten Person

¹ Die Kostenbeteiligung der versicherten Person entspricht 10 Prozent des Betrages, welcher der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Pflegeleistungen in Rechnung gestellt wird, höchstens aber die nach Abzug des Beitrages der Krankenversicherer verbleibenden Kosten.

² Sie darf pro Tag 10 Prozent des höchsten nach Massgabe des Bundesrechts je Stunde festgelegten Pflegebeitrages nicht übersteigen.

³ Von einer Kostenbeteiligung werden befreit:

- a) Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.
- b) weitere Personen auf Gesuch hin durch die Gemeinde, um Härtefälle zu vermeiden.

§ 20 ¹⁸

§ 21 Ausnahmen von der Leistungserbringung

¹ Leistungserbringer können ihre Leistungen verweigern oder einstellen:

- a) wenn das Personal belästigt oder gefährdet wird oder wenn andere unzumutbare Bedingungen vorliegen;
- b) wenn erhebliche Zahlungsausstände vorliegen.

² Werden Leistungen eingestellt, so sind der verordnende Arzt und die Gemeinde am Wohnsitz des Leistungsbezügers unverzüglich zu benachrichtigen.

IV. Akut- und Übergangspflege

§ 22 ¹⁹ Leistungspflicht

¹ Akut- und Übergangspflege wird auf spitalärztliche Anordnung hin stationär oder ambulant erbracht.

² Bewohner einer stationären Einrichtung sind verpflichtet, die Leistungen der Akut- und Übergangspflege in der von ihnen bewohnten Einrichtung in Anspruch zu nehmen.

³ Für Pflegebedürftige, die nicht Bewohner einer Einrichtung sind und für die eine stationäre Akut- und Übergangspflege notwendig ist, sorgt der Kanton bei Bedarf für ein geeignetes Angebot.

§ 23 Kostenteiler

Der Kanton beteiligt sich zu 55 Prozent an den zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern vereinbarten Pauschalen für die Akut- und Übergangspflege. Sind diese nicht kostendeckend, so kann der Regierungsrat Zuschläge ausrichten.

§ 24 Abrechnungsverfahren

¹ Ist die Behandlung abgeschlossen, reicht der Leistungserbringer die spitalärztliche Anordnung zusammen mit der Abrechnung und dem nach § 23 ausgewiesenen kantonalen Anteil dem Amt für Gesundheit und Soziales ein.

² Dieses kontrolliert die Abrechnung und zahlt den kantonalen Anteil dem Leistungserbringer aus.

V. Schlussbestimmungen

§ 25 Übergangsbestimmung
a) für ambulante Angebote

¹ Die Leistungserbringer haben spätestens ab dem Rechnungsjahr 2012 ihre Kosten nach dem Finanzmanual Spitex Verband Schweiz auszuweisen. Das Amt für Gesundheit und Soziales kann Leistungserbringern ohne Leistungsauftrag der Gemeinden die Führung anderer Kostenrechnungen gestatten.

² Bis zu diesem Zeitpunkt kann das Amt für Gesundheit und Soziales zur Festlegung der Höchstitaxen und des Anspruchs auf Restfinanzierung auf andere nachvollziehbare Kostenrechnungsdaten abstellen.

³ Kommen die Leistungserbringer dieser Verpflichtung nicht oder unzureichend nach, so verwirkt der Anspruch der Leistungserbringer auf Restfinanzierung.

§ 26 b) für stationäre Einrichtungen

¹ Die Höchstitaxen ab 1. Januar 2011 sind auf der Basis des Aufwandes gemäss Erfolgsrechnung 2009 zu berechnen. Ausserordentliche Ereignisse können berücksichtigt werden. Auf dem Sachaufwand kann die Teuerung gemäss Landesindex der Konsumentenpreise 2010 und auf dem Personalaufwand eine Teuerung von 2 Prozent geltend gemacht werden.

² Die Höchstitaxen ab 1. Januar 2012 sind auf der Basis (Budget) der Kostenrechnung des Fachverbandes Curaviva mit ergänzenden Bestimmungen des Amtes für Gesundheit und Soziales zu berechnen.

³ Die Einrichtungen haben spätestens die Rechnung 2012 mit einer anerkannten Kostenrechnung zu führen.

⁴ Die Gemeinden führen ihre Einrichtungen bis spätestens 2012 nach den Regeln der Spezialfinanzierung.

⁵ Kommen die Leistungserbringer dieser Verpflichtung nicht oder unzureichend nach, werden die Höchstitaxen durch das Amt für Gesundheit und Soziales verfügt.

§ 27 Änderung von Erlassen

Die nachstehenden Erlasse werden wie folgt geändert:

- a) Vollzugsverordnung zum Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 21. Dezember 1970²⁰

§ 7a (neu) *Tagestaxen bei pflegebedürftigen Personen*

¹ Als anrechenbare Tagestaxen gemäss § 5 Abs. 1 des Gesetzes werden bei pflegebedürftigen Personen höchstens 700 Prozent des auf den Tag umgerechneten Betrages für den allgemeinen Lebensbedarf für Alleinstehende berücksichtigt. Diese Begrenzung gilt nicht, wenn aufgrund einer Schwerstpflegebedürftigkeit höhere Pflegekosten in Rechnung gestellt werden.

² Eine Schwerstpflegebedürftigkeit ist ausgewiesen, wenn der zeitliche Pflegebedarf gemäss Art. 7a der Krankenpflege-Leistungsverordnung²¹ höher ist als 240 Minuten pro Tag.

³ Je 20 Minuten höherem Pflegebedarf erhöht sich der Ansatz bei einem Pflegeheimaufenthalt gemäss § 5 Abs. 1 des Gesetzes um 40 Prozent, jedoch höchstens auf 1 100 Prozent.

§ 22 Abs. 1 und 4 (neu)

¹ Bezüger von Ergänzungsleistungen haben im Rahmen von Art. 14 Abs. 1 Bst. f ELG Anspruch auf die Vergütung der Anschaffungskosten oder auf die leihweise Abgabe der in § 25a aufgeführten Hilfsmittel oder Hilfsggeräte (Pflegehilfsggeräte und Behandlungsgeräte).

⁴ Stehen Hilfsmittel leihweise zur Verfügung, besteht in der Regel kein Anspruch auf ein neues Gerät.

§ 23 Abs. 4 (neu) und 5 (neu)

⁴ Zusatzkosten für Materialien, welche für den Betrieb eines Hilfsmittels notwendig sind, können übernommen werden, sofern der Bedarf ausgewiesen und die Kosten für die Materialien verhältnismässig hoch sind.

⁵ Die Abgabe von Zweitgeräten ist bei ausgewiesenem Bedarf möglich.

§ 25a *Liste der Hilfsmittel (neu)*

Im Sinne dieser Verordnung gelten als Hilfsmittel:

- a) Rumpforthesen, sofern eine funktionelle Insuffizienz der Wirbelsäule mit erheblichen Rückenbeschwerden sowie klinisch und radiologisch nachweisbaren Veränderungen der Wirbelsäule vorliegt, die durch medizinische Massnahmen nicht oder nur ungenügend zu beeinflussen ist,
- b) Atmungsapparate bei Ateminsuffizienz,
- c) Inhalationsapparate,
- d) Zusätze zu Sanitäreinrichtungen, sofern ein Versicherter ohne diesen Behelf allein nicht zur betreffenden Körperhygiene fähig ist,
- e) Krankenheber, sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Krankenheber für die Hauspflege notwendig ist,
- f) Elektrobetten, sofern ärztlich bescheinigt ist, dass ein Elektrobett für die Hauspflege eine absolute Notwendigkeit darstellt,
- g) Nachtstühle,
- h) Coxarthrorestühle,
- i) Aufzugständer (Bettgalgen).

Der Anhang zur Vollzugsverordnung [Liste Hilfsmittel, Pflegehilfs- und Behandlungsgeräte] wird aufgehoben.

b) Vollzugsverordnung zur Gesundheitsverordnung vom 23. Dezember 2003²²

§ 4 Bst. e (neu)

[Kantonale ambulante Dienste sind (§ 10 Abs. 1 GesV):]

e) Kinderspitex.

§ 28 Inkrafttreten

¹ Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.²³

² Sie wird im Amtsblatt veröffentlicht und in die Gesetzssammlung aufgenommen.

¹ GS 22-123 mit Änderungen vom 5. November 2013 (GS 23-91) und vom 15. September 2020 (GS 26-18).

² GS 22-102.

³ Aufgehoben am 15. September 2020.

⁴ Abs. 1 und 3 in der Fassung vom 5. November 2013, Abs. 2 in der Fassung vom 15. September 2020.

⁵ Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995.

⁶ Abs. 1 und 2 in der Fassung vom, Abs. 3 aufgehoben am 15. September 2020.

⁷ Aufgehoben am 15. September 2020.

⁸ Abs. 1 in der Fassung vom und Abs. 3 neu eingefügt am 15. September 2020.

⁹ Abs. 1 und 3 in der Fassung vom 15. September 2020.

¹⁰ ATSG, SR 830.1.

¹¹ Abs. 1 in der Fassung vom 15. September 2020.

¹² Abs. 1 und 2 in der Fassung vom 15. September 2020.

¹³ Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 15. Januar 1971, SR 831.301.

¹⁴ SR 830.10.

¹⁵ Neu eingefügt am 15. September 2020.

¹⁶ Überschrift in der Fassung vom 5. November 2013.

¹⁷ Abs. 3 in der Fassung vom 5. November 2013.

¹⁸ Aufgehoben am 5. November 2013.

¹⁹ Abs. 2 und 3 in der Fassung vom 5. November 2013.

²⁰ SRSZ 362.211; GS 21-122.

²¹ SR 832.112.31.

²² SRSZ 571.111; GS 20-492.

²³ Abl 2010 2425; Änderungen vom 5. November 2013 am 1. Januar 2014 (Abl 2013 2597) und vom 15. September 2020 am 1. Januar 2021 (Abl 2020 2372) in Kraft getreten.