

Merkblatt

→ Richtet sich an alle Interessierte (Bevölkerung und Fachexperte)

1. Grundlagen Pflegefinanzierung

1.1 Pflegeleistungen

Pflegeleistungen werden von ausgebildeten Fachpersonen durchgeführt und sind gemäss [Art. 25a des Krankenversicherungsgesetzes \(KVG\)](#) Pflichtleistungen. Sie werden also über die Krankenversicherung mitfinanziert. In [Art. 7 Abs. 2](#) der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) werden die Pflegeleistungen abschliessend aufgeführt. Es handelt sich insbesondere um:

- a) Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination;
- b) Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung; und
- c) Massnahmen der Grundpflege.

1.2 Pflegeangebote

Die Pflege wird **ambulant** beim Klienten zuhause (**Spitex**¹) oder **stationär im Pflegeheim** - meist dann - wenn die Pflege zuhause nicht mehr möglich ist, erbracht.² **Intermediäre Pflegeangebote** sind Zwischenformen der Pflege und Betreuung. Darunter fallen insbesondere Angebote in Tages- und Nachtstrukturen.

Nicht pflegerische Leistungen sind im ambulanten Bereich die Haushaltshilfe und die sozialbetreuerischen Leistungen. In den stationären Einrichtungen gehören die Hotellerie und die Betreuung nicht zu den vom KVG geregelten Leistungen. Diese Kosten müssen die Nutzniessenden selber übernehmen bzw. werden bei Bedarf auf Antrag durch Ergänzungsleistungen getragen. Für die Pflegeheime sind die Tarife in einer geltenden Taxordnung aufgeführt und variieren von Institution zu Institution.

2. Die Pflegefinanzierung nach KVG

2.1 Einleitung

Die **Pflegefinanzierung** wurde schweizweit per 1. Januar 2011 eingeführt. Diese sieht vor, dass die Kosten der Pflege aus drei verschiedenen Quellen finanziert werden:

- **Beitrag** der obligatorischen **Krankenpflegeversicherung** gemäss [Art. 7a KLV](#);
- Anteil der versicherten Person (**Patientenbeteiligung**) gemäss [Art. 25a Abs. 5 KVG](#);
- **«Restfinanzierung»** durch die öffentliche Hand.

¹ Bei der ambulanten Pflege werden drei Angebotsformen unterschieden: 1. die gemeinnützigen Spitex-Organisationen mit Leistungsauftrag mit Gemeinde(n), 2. die privaten Spitex-Organisationen und 3. die freiberuflichen Pflegefachpersonen.

² Die Pflegeleistungen im Spital sind nicht Gegenstand dieser Betrachtungen.

Die Kantone sind nach [Art. 25a Abs. 5 KVG](#) verpflichtet, die Restfinanzierung zu regeln. Gemäss [§ 15c^{bis} EG KVG](#)³ legen die Versorgungsregionen periodisch, mindestens alle zwei Jahre, nach Anhörung der Leistungserbringer die anrechenbaren Kosten der Pflegeleistungen für diejenigen stationären Pflegeeinrichtungen fest, mit denen sie eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben.

Gemäss [§ 4 Abs. 1](#) des Altersbetreuungs- und Pflegegesetzes (APG, SGS 941) mussten sich alle Baselbieter Gemeinden einer Versorgungsregion anschliessen.

2.2 Die Umsetzung der Pflegefinanzierung im Kanton Basel-Landschaft

Im Kanton Basel-Landschaft wird die **Restfinanzierung der Pflege** durch die Wohngemeinde der Klientin oder des Klienten geleistet.

*In der Folge wird auf die **Ausgestaltung** und die **Festlegung der Pflegefinanzierung im ambulanten wie im stationären Bereich** sowie im **intermediären Bereich** eingegangen.*

3. Die Finanzierung der stationären Pflegeleistungen (Pflegeheim)

Die Teilrevision des EG KVG, welche per 1. April 2023 eingeführt worden ist, hat in der Finanzierung stationärer Pflegeleistungen eine Zäsur geschaffen. Ab 2024 sind die Versorgungsregionen, welche mit den Pflegeheimen in ihrem Hoheitsgebiet eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben, für die Festlegung der Pflegerestkosten zuständig.⁴ Diese müssen wie in Kapitel 2.1 dargelegt zusammen mit den durch das KVG vorgegebenen Beiträgen von Krankenversicherer und Bewohnerin bzw. Bewohner die Pflegekosten des entsprechenden Pflegeheims decken. Bezahlt werden die Pflegerestkosten wie oben erwähnt von der Wohngemeinde der Bewohnerin bzw. des Bewohners.

Der Pflegebedarf einer Person wird in Pflegestufen à 20 Minuten festgelegt. Nach Gesetz sind maximal 12 Pflegestufen à 20 Minuten vorgesehen. Der Krankenversicherer der Bewohnerin bzw. des Bewohners übernimmt je nach Pflegebedarf der versicherten Person 9,60 Franken für 20 Minuten geleisteter Pflege pro Tag. Der Bewohnerin bzw. dem Bewohner selbst dürfen maximal 23 Franken pro Tag für die Pflege in Rechnung gestellt werden.⁵ Bereits ab Pflegestufe 2 decken diese beiden Finanzierungsquellen die Pflegekosten nicht mehr. Die ungedeckten Kosten (sogenannte Restkosten) müssen von den Gemeinden übernommen werden. Die Versorgungsregionen regeln auf ihrem Hoheitsgebiet die Höhe der Kostendeckung für jedes Pflegeheim.

Für die Festlegung der anrechenbaren Kosten von Pflegeheimen, welche mit mehreren Versorgungsregionen eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben, ist diejenige Versorgungsregion zuständig, in welcher das Pflegeheim seinen Betriebsstandort hat.

Übersteigt der Pflegebedarf einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners vier Stunden, und damit die Pflegestufe 12, wird er gemäss [§ 1^{bis} der Verordnung über die Pflegefinanzierung](#) mit dem Kostensatz pro Stunde jenes Pflegeheims abgegolten, in welchem die Bewohnerin bzw. der Bewohner gepflegt wird. Der Kanton trägt die vollen Mehrkosten. Das Pflegeheim muss den [erhöhten Pflegebedarf](#) durch das Amt für Gesundheit überprüfen lassen.

Die Taxen für Betreuung und Hotellerie fallen zusätzlich zur KVG-Pflegefinanzierung an und sind grundsätzlich von den Klientinnen und Klienten zu übernehmen (vorbehältlich bleiben Ergänzungsleistungen für Anspruchsberechtigte). Sie variieren von Pflegeheim zu Pflegeheim und werden durch die Einrichtungen in einer Tarifordnung festgehalten.

Für weitere Informationen zur Finanzierung stationärer Pflegeleistungen wird auf die **Versorgungsregionen** verwiesen. Eine Übersicht über die Versorgungsregionen wird [hier](#) dargestellt.

³ Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 25. März 1996 (SGS 362)

⁴ Bis 2023 hat der Regierungsrat gemäss bisherrigem Recht längstens nach vier Jahren über alle Baselbieter Pflegeheime einheitlich geltende Pflegenormkosten festgelegt.

⁵ Das entspricht genau genommen einem Fünftel des maximalen Versichererbeitrag (20% von 12 * 9,60 Franken = 115.20 : 5 = 23 Franken).

4. Finanzierung von Pflegeleistungen in Tages- und Nachtstätten sowie Intermediären Strukturen

Empfängt eine pflegebedürftige Person Leistungen in einer Tages- oder Nachtstruktur, wird auf die Finanzierungsregelung im stationären Bereich verwiesen ([Art. 7a Abs. 3 KLV](#)), d. h. die Finanzierung erfolgt analog zu den Pflegeheimen. Dazu müssen eine ärztliche Anordnung und ein ausgewiesener Pflegebedarf vorliegen.

Somit ergibt sich nach [Art. 25a Abs. 5 KVG](#) - ebenfalls analog zur stationären Pflegefinanzierung – einen Klientenbeitrag von maximal 23 Franken pro Tag.

§ 25 APG besagt, dass die Gemeinden und Versorgungsregionen in den Leistungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern die Finanzierung der Tages- und Nachtangebote regeln. Dies betrifft somit alle vom Gesetz nicht verbindlich festgelegten Kostenanteile (Restfinanzierung Pflege, Betreuung und Hotellerie). Es ist zudem festzulegen, welche Kosten die Klientinnen und Klienten übernehmen müssen.

Auch Tages- und Nachtstätten müssen die Taxen für Betreuung und Hotellerie aus Transparenzgründen in einer Tarifordnung festhalten.

Tages- und Nachtstätten zählen zusammen mit *betreutem Wohnen* oder *Alterswohnungen* zu den sogenannten intermediären Strukturen.⁶

5. Finanzierung der ambulanten Pflegeleistungen (Spitex)

5.1 Einleitung

Die Kosten der ambulanten Pflege werden auch nach der Teilrevision des EG KVG weiterhin einheitlich als sogenannte **Pflegenormkosten** durch den Regierungsrat periodisch festgelegt. Sie decken die Kosten der Pflegeleistungen. Aus diesen lässt sich (nach Abzug der Beiträge durch die Krankenversicherer und der Kundinnen und Kunden) die Restfinanzierung rechnerisch bestimmen.

Die Tarife im ambulanten Pflegebereich sind ab 2024 durch den Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft in der Verordnung über die Pflegefinanzierung neu festgelegt worden. Sie gelten für alle ambulanten Pflegeleistungen, welche im Hoheitsgebiet des Kantons Basel-Landschaft erbracht werden. Für die Tarifierung der ambulanten Pflegenormkosten ist die Kosten- und Leistungssituation der **privaten** Spitex-Organisation (SPO) massgebend. Diese sind gewinnorientiert und können ambulante Pflegeleistungen im Auftragsverhältnis ausführen – oder ablehnen. Hingegen sind die SPO mit einer Leistungsvereinbarung (LV) in der Regel in jenen Gemeinden tätig, mit denen sie eine LV abgeschlossen haben, und verpflichtet, Pflegeaufträge auszuführen, wo, wann und unter welchen Umständen sie auch immer erforderlich sind. Deren Vergütung beinhaltet auch eine Entschädigung für gemeinwirtschaftliche Leistungen und wird in der LV geregelt.

5.2 Rechnungsformular und Merkblatt zur Restkostenfinanzierung in der ambulanten Pflege:

Das Amt für Gesundheit hat für die Gemeinden und die Leistungserbringer ein Rechnungsformular und ein Merkblatt zur Restkostenfinanzierung im ambulanten Pflegebereich nach KVG erstellt (Stand 1. Januar 2025):

→ [Rechnungsformular V5.0](#)

⁶ Siehe dazu [OBSAN BERICHT 05/2021](#): Intermediäre Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz 2021

5.3 Tarife der ambulanten Pflegeleistungen ab 2024 im Kanton Basel-Landschaft:

Das Abgeltungsmodell sieht vor, dass die Vergütung von ambulant erbrachten Pflegeleistungen in der 1. Stunde höher angesetzt wird als ab der 2. Stunde. Damit sollen auch die Kosten von vor- und nachgelagerten Leistungen erstattet werden, während mit den Normkosten ab 2. Stunde ausschliesslich Pflegeleistungen nach [Art. 7 Abs. 2 KLV](#) abgegolten werden. Die Differenz der Vergütung beträgt genau den Patientenbeitrag von 7.65 Franken pro Tag, welche den Klienten maximal in Rechnung gestellt werden darf.

Pflegenormkosten für die 1. Stunde	PNK total	Krankenversicherer	Klient	Restkosten
a. Abklärung, Beratung und Koordination	98.30	76.90	7.65	13.75
b. Untersuchung und Behandlung	94.75	63.00	7.65	24.10
c. Grundpflege	83.40	52.60	7.65	23.15

Pflegenormkosten ab der 2. Stunde	PNK total	Krankenversicherer	Klient	Restkosten
a. Abklärung, Beratung und Koordination	90.65	76.90	-	13.75
b. Untersuchung und Behandlung	87.10	63.00	-	24.10
c. Grundpflege	75.75	52.60	-	23.15

5.4 Erläuterungen der Tabelle:

5.4.1 Der Krankenversicherer als Kostenträger:

Die Krankenversicherer übernehmen einen Beitrag an die ambulanten Pflegekosten (gemäss obiger Tabelle gelber Hintergrund). Für die Vergütung der Beiträge erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten, jedoch mindestens 10 Minuten (gemäss [Art. 7a, Abs. 2 KLV](#)).

5.4.2 Die Klientin / Der Klient als Kostenträger:

- a. bis 15 Minuten anrechenbare Pflegeleistungen: CHF 1.95
- b. bis 30 Minuten anrechenbare Pflegeleistungen: CHF 3.85
- c. bis 45 Minuten anrechenbare Pflegeleistungen: CHF 5.75
- d. über 45 Minuten anrechenbare Pflegeleistungen: CHF 7.65

Gemäss [§ 15d Abs. 3 EG KVG](#) darf bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr kein Kostenanteil erhoben werden. Dieser geht zulasten der Gemeinde.

5.4.3 Die Baselbieter Gemeinden als Kostenträger:

Im Kanton Basel-Landschaft übernehmen die Gemeinden die sogenannten «Restkosten». Sie ergeben sich aus der Gleichung:

$$\text{Restkosten} = \text{Pflegenormkosten} - (\text{Beitrag Krankenversicherer} + \text{Beitrag Klientin/Klient})$$

Die Restkosten pro Stunde [Franken] betragen demzufolge für die Gemeinden immer

(a) 13.75 | (b) 24.10 | (c) 23.15 (gemäss obiger Tabelle, blauer Hintergrund).

Die Baselbieter Gemeinden haben mit ihren gemeinnützigen Spitex-Organisationen Leistungsvereinbarungen getroffen. Sie enthalten in der Regel einen Leistungskatalog, der das KVG-Spektrum auch unter speziellen Bedingungen abdeckt. Die gemeinnützige Spitex-Organisation ist verpflichtet, die Kontinuität der Leistungen unter allen Umständen und jederzeit sicherzustellen. Dafür werden sie über den Betrag der Pflegenormkosten hinaus vergütet.

Da die ambulante Pflegefinanzierung sowohl variable Zeitkosten wie fixe Tageskosten enthält, müssen in der Rechnungsstellung die erbrachten Leistungen täglich ausgewiesen werden.

Die Kosten für Haushaltshilfe und Mahlzeiten müssen von der Klientin oder dem Klienten bezahlt und aus eigenem Einkommen und Vermögen finanziert werden.

6. Akut- und Übergangspflege

Bei der Akut- und Übergangspflege (AÜP) handelt es sich um Leistungen, welche sich während **längstens zwei Wochen im Anschluss an einen Spitalaufenthalt** als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden ([Art. 25a Abs. 2 KVG](#)). Die Bedarfsabklärung der AÜP erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Die Finanzierung der AÜP erfolgt analog der Spitalfinanzierung zulasten des Kantons (55% gemäss [Art. 7b Abs. 1 KLV](#)) und der Krankenversicherer (45%).

Die Gemeinden haben für die AÜP keine Finanzierungsverpflichtung.

Amt für Gesundheit des Kantons Basel-Landschaft.

Liestal, Mai 2025