



Merkblatt zur elektronischen Abrechnung der Restkostenfinanzierung nach KVG für Spitex

1 Einleitung

Das Gesundheitsamt Nidwalden hat die Abwicklung der Restkostenfinanzierung für Heime und Spitex auf ein vollständig digitales Verfahren umgestellt. Ab 01.01.2027 müssen Rechnungen via Medidata oder H-Net übermittelt werden.

Rechnungen werden ausschliesslich im XML-Format empfangen und anschliessend in einem digitalen Workflow geprüft und verarbeitet.

Mit dieser Umstellung verfolgen wir das Ziel, die Prozesse für alle Beteiligten effizienter, transparenter und sicherer zu gestalten. Dank der Digitalisierung können Rechnungen schneller geprüft, Rückmeldungen zeitnah übermittelt und die Bearbeitungszeiten insgesamt reduziert werden.

Das vorliegende Merkblatt soll Ihnen als Übersicht und praktische Hilfestellung dienen. Es enthält die wichtigsten Informationen zur neuen Einreichungsform, zu den technischen Anforderungen sowie zum Ablauf der digitalen Rechnungsverarbeitung.

2 Voraussetzung für die Abrechnung der Restkosten mit dem Kanton

Die Restkostenfinanzierung für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Nidwalden ist mit dem Gesundheitsamt abzurechnen. Das Gesundheitsamt leistet die Restkostenfinanzierung nur für KVG-Leistungen. Behandlungen gemäss IVG, UVG und MVG sind diesen Kostenträgern gemäss den jeweiligen Tarifen direkt in Rechnung zu stellen.

3 Spezifikationen

Die elektronische Abrechnung der Restkostenfinanzierung erfolgt gestützt auf die Spezifikationen des Forums Datenaustausch. Die elektronische Übermittlung der Rechnungsdaten ist mit dem gültigen XML-Standard 4.5 oder 5.0 vorzunehmen und soll via MediData oder H-Net erfolgen.

Die Rechnungsstellung erfolgt pro Person und pro Kalendermonat an:

- Gesundheitsamt Nidwalden: **GLN 7601009357268**

Die elektronische Rechnung benötigt die Pflichtfelder gemäss Anhang 1. Bitte sprechen Sie mit dem Vertreter Ihres ERPs, ob dies so eingestellt ist. Zur elektronischen Abrechnung der Leistungen sind die Tarifcodes und -ziffern gemäss Anhang 2 zu verwenden.

Die Vergütung erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten. Es müssen pro Einsatz mindestens 10 Minuten abgerechnet werden (Art. 7a Abs. 2 KLV). Der Preis ist als exakter Minutenpreis anzugeben (z.B. Fr. 1.2345 pro Minute). Rundungen oder Pauschalpreise sind nicht zulässig.

4 Abrechnung Kanton

4.1 Rechnungsstellung

Die Rechnungsstellung erfolgt identisch mit derjenigen an die Krankenversicherer (siehe Anhang 2). Das heisst, dass nur noch Einzelrechnungen und keine Sammelrechnungen eingereicht werden können.

Lehnt der Krankenversicherer die Vergütung der erbrachten Pflegeleistungen ab, sind die mit dem Kanton abgerechneten Restkosten elektronisch zu stornieren. Die korrigierte Rechnung darf maximal die vom Krankenversicherer anerkannte Leistungsmenge enthalten.

Bei Rechnungskorrekturen ist für die fehlerhafte Rechnung eine Stornorechnung und eine neue korrekte Rechnung zu senden. Falls die fehlerhafte Rechnung bereits beglichen wurde, ist dieser Betrag zurückzuzahlen (keine Verrechnungen). Es werden keine Teilzahlungen geleistet.

Aufgrund fachlicher und formaler Unstimmigkeiten können Rechnungen mit Angabe der Gründe zurückgewiesen werden. Diese Rückweisung erfolgt in elektronischer Form gemäss dem XML-Standard. Nach der erfolgten Korrektur müssen Sie die Rechnung erneut einreichen.

4.2 Behandlungsgrund

Früher musste auf dem Antragsformular der Behandlungsgrund (Krankheit, Unfall oder Mutterschaft) angegeben werden. Neu kann dies im Datenfeld "Behandlungsgrund" in der XML-Rechnung angegeben werden. Wichtig: "unbekannt" wird nicht akzeptiert.

4.3 Ärztlicher Auftrag / ärztliche Anordnung

Der ärztliche Auftrag bzw. die ärztliche Anordnung muss spätestens zusammen mit der Abrechnung vorliegen. Sie kann in der Rechnung als Anhang eingefügt und übermittelt oder im Voraus an die E-Mail Adresse pflegefinanzierungnw@hin.ch gesendet werden.

4.4 Zuschläge / Kurzeinsätze

Kurzeinsätze von insgesamt 30 Minuten oder weniger je Einsatz und Klient werden mit je Fr. 12.00 entschädigt. Die Auszahlung erfolgt nach dem Jahresabschluss automatisch durch das Gesundheitsamt. Betroffen sind Leistungserbringer, welche Ihre Leistungen im Kanton Nidwalden erbringen.

4.5 Rückerstattung an die versicherte Person

Die versicherte Person, die für Pflegeleistungen am selben Pflege-tag zweimal den Betrag von Fr. 15.35 bezahlt hat, hat Anspruch auf Rückerstattung durch den Kanton.

Dazu ist ein Antrag auf Rückerstattung beim Amt einzureichen. Der Antrag ist auf der [Website des Gesundheitsamtes](#) zu finden. Bitte machen Sie Patienten, welche zwei Spitexorganisationen pro Tag in Anspruch nehmen, darauf aufmerksam. Es erfolgt keine automatische Rückerstattung mehr durch den Kanton.

5 Fristen und Übergangsregelungen

Für Rechnungen mit Leistungen 2026 wird die aktuelle Form (Excel mit Sammelrechnungen, pdf Rechnungen etc.) akzeptiert.

Für Rechnungen mit Leistungen ab 01.01.2027:

- Rechnungen müssen über Medidata/H-Net übermittelt werden.
- Wenn Sie noch keine XML-Rechnungen senden können:
Es gibt eine Alternative, mit der Einzelrechnungen eingereicht werden müssen. Die Datei ist auf der [Website des Gesundheitsamtes](#) aufgeschaltet. Es wird ausschliesslich diese Datei akzeptiert.

6 Kontaktstellen

Für Fragen stehen Ihnen folgende Ansprechpartner zur Verfügung:
Céline Furrer (celine.furrer@nw.ch / 041 618 71 53)

Nidwalden, im August 2026

Anhang 1: Pflichtfelder der XML-Rechnung ambulant

ePfleger Spitex (ambulant) Datenfelder in xml- Rechnung	Pflicht	optional	Allgemeine Bemerkungen zum Datenfeld
Leistungserbringer			
– GLN-Nummer	☒	☐	
– ZSR-Nummer	☒	☐	Punkt wird nicht akzeptiert
– Name	☒	☐	
– Strasse	☒	☐	
– PLZ	☒	☐	
– Ort	☒	☐	
– IBAN	☒	☐	
– QR-Referenz	☒	☒	Grundsätzlich darf die QR-Referenz leer sein. Wenn die 5. Stelle der IBAN jedoch eine 3 ist, darf die Referenz nicht leer sein.
– Adresse zum Empfänger	☒	☐	
– Rechnungsdatum	☒	☐	
– Rechnungstyp (Rechnung oder Stomo)	☐	☒	Wenn die Angabe im XML fehlt, wird Typ "Rechnung" angenommen.
– Rechnungsnummer	☒	☐	
Leistungsbezüger			
– Name	☒	☐	
– Vorname	☒	☐	
– Strasse	☒	☐	
– PLZ	☒	☐	
– Ort	☒	☐	
– Geburtsdatum	☒	☐	
– AHV-Nummer	☒	☐	
– Versicherer	☐	☒	Wird verlangt bei Behandlungsgrund Unfall
– GLN Nummer Versicherer	☐	☒	Wird verlangt bei Behandlungsgrund Unfall
Leistung			
– Behandlungszeitraum von bis	☒	☐	Zwei Felder: Behandlungszeitraum Start und Behandlungszeitraum Ende. Beide müssen im gleichen Monat liegen
– Anzahl Minuten	☒	☐	
– Tarifcode	☒	☐	Erlaubte Werte: 532
– Tarifziffer	☒	☐	Beispiele: 53201, 53202, 53203
– Gesamtbetrag	☒	☐	
– Währung	☒	☐	Nur CHF wird akzeptiert
– Patientenbeteiligung	☒	☐	
– Behandlungsort	☒	☐	
– Behandlungsgrund	☒	☐	Theoretisch mögliche Werte: disease, accident, maternity prevention, birthdefect, unknown. "unknown" nicht akzeptiert. Theoretisch mögliche Werte: Krankheit, Unfall, Schwangerschaftsverhütung, Geburtsfehler, unbekannt. „unbekannt“ wird nicht akzeptiert.
– Gesetzesgrundlage	☐	☒	Möglich laut XML-Definition: KVG, VVG, UVG, IVG, MVG, ORG

Anhang 2: Definition Tarifcodes und Tarifziffern ambulante Pflegeleistungen

(gemäss SASIS-Leitfaden zur Rechnungsstellung von Pflegeleistungen vom 2. Juli 2024)

Tarifcode			Tarifziffer			Tarifcode	
5	3	2	0	1	KLV a	532	Ambulant Spitex
			0	2	KLV b		
			0	3	KLV c		
			0	4	Kinderspitex a	Ergänzung Tarifziffer um zusätzliche Positionen	
			0	5	Kinderspitex b		
			0	6	Kinderspitex c		
			0	7	Palliativ-/Onko-Spitex a	in Anwendung Kt. BS	
			0	8	Palliativ-/Onko-Spitex b		
			0	9	Palliativ-/Onko-Spitex c		
			1	0	Pflegerischer Notfalldienst a		
			1	1	Pflegerischer Notfalldienst b		
			1	2	Pflegerischer Notfalldienst c		
			2	1	Psychiatrische Leistungen a		
			2	2	Psychiatrische Leistungen b		
			2	3	Psychiatrische Leistungen c		
			3	1	Pflegende Angehörige KLV a		
			3	2	Pflegende Angehörige KLV b		
			3	3	Pflegende Angehörige KLV c		
			9	9	Patientenbeteiligung		
Bsp:			53202	Leistung KLV b			
			53233	Leistung Pflegende Angehörige KLV c			