

Der Regierungsrat des Kantons Thurgau an den Grossen Rat

Frauenfeld, 12. März 2024
157

EINGANG GR		
20.3.24		
20	GE 31	662

Botschaft zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (Ambulante Versorgung und Pflegefinanzierung)

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen Botschaft und Entwurf zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (Ambulante Versorgung und Pflegefinanzierung) (TG KVG; RB 832.1).

1. Ausgangslage

1.1. Umsetzung des Bundesrechts auf kantonaler Ebene

Die Pflegefinanzierung ist in Art. 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) seit 2011 verankert. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- und Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden. Gemäss Abs. 5 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.

Auf den 1. Januar 2011 wurden die kantonalen Bestimmungen der ambulanten Pflege sowie Hilfe und Betreuung im Gesetz über die Krankenversicherung (TG KVG; RB 832.1) aufgenommen. Sie werden in Bezug auf die ambulante Pflege seither unverändert in der Zuständigkeit der Politischen Gemeinden umgesetzt.

Im weiteren Zusammenhang mit der Pflegefinanzierung stehen das Binnenmarktgesetz (BGBM; SR 943.02) und das Bundesrecht zur Zulassung zur OKP sowie das Gesetz zur Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege:

- Ortsfremden Anbieterinnen und Anbietern darf der freie Zugang zum Markt nicht verweigert werden (Art. 3 Abs. 1 Satz 1 BGBM). Beschränkungen sind nur im engen Rahmen von Art. 3 Abs. 1 lit. a bis lit. c BGBM zulässig. Verfügt eine Gesuchstellerin oder ein Gesuchsteller über eine Bewilligung eines anderen Kantons für eine bestimmte Tätigkeit, so darf sie oder er in der Regel auch in einem anderen

Kanton tätig sein. Dieser Kanton muss eine entsprechende gesundheitspolizeiliche Bewilligung erteilen.

- Die Zulassungsvoraussetzungen zur Abrechnung zulasten der OKP und der Restfinanzierer der Pflege sehen nach Art. 51 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) vor, dass die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitexorganisationen) zugelassen werden, wenn sie nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind (lit. a) und wenn sie ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben (lit. b). Die Zuständigkeit für die Zulassung zur OKP obliegt seit 2022 den Kantonen. Diese haben die Zulassungsvoraussetzungen zu präzisieren. Für eine faire Abgeltung der Pflegeleistungen, inkl. Aus- und Weiterbildungsleistungen, sind Leistungsaufträge der Gemeinden für das gesamte notwendige Versorgungsspektrum zu erteilen und die Leistungen mit den zu erfüllenden Qualitätsanforderungen differenziert auszuweisen.
- Ab Inkrafttreten des befristeten Gesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege, voraussichtlich Mitte 2024, kann der Kanton bei überdurchschnittlicher Kostensteigerung für die Pflegeleistungen vorsehen, dass keine neuen Leistungserbringer zur OKP zugelassen werden. Entsprechend viele Gesuche von erwerbswirtschaftlichen Spitexorganisationen waren und sind unter bisherigem Recht zu bearbeiten.
- Das Gesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege sieht Beiträge der Kantone und des Bundes vor. Das bedingt, dass die Leistungen und Aufwendungen für die nichtuniversitäre Aus- und Weiterbildung (insbesondere die praktische Ausbildung im Bereich der Pflege), die im Grundsatz ein Teil der Pflegeleistungen und damit der Restfinanzierung sind, in den Kostenrechnungen transparent ausgewiesen sind. Ausserdem sind die Aufwendungen durch alle Gemeinden – nicht wie bisher nur durch die Gemeinden mit Leistungsauftrag an die ausbildende Organisation – mitzufinanzieren.

Mit der Umsetzung der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) per 1. Januar 2008 übernahmen im Kanton Thurgau die Politischen Gemeinden die Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung (§ 7 Abs. 1 Ziff. 4 des Gesundheitsgesetzes [GG; RB 810.1]) und der Finanzierung (§ 25 bis § 27a TG KVG). Grundlage der ambulanten Hilfe und Betreuung gemäss § 22 und § 27 TG KVG waren die Finanzierungsregelungen des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) gemäss Art. 101^{bis} des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10), die vor der NFA galten. Mit Änderung des TG KVG per 1. Januar 2020 wurde § 27 um das Begleitete Wohnen (inkl. Alltags- und Sozialberatung) ergänzt.

1.2. Handlungsbedarf im Kanton Thurgau

Mit dem Grundlagenbericht Zukunft Spitexlandschaft und den mit RRB Nr. 101 vom 15. Februar 2022 genehmigten Anträgen wurde der Handlungsbedarf ausführlich aufgezeigt, und die Grundzüge der Weiterentwicklung der ambulanten Pflege wurden festgelegt. Die teilerheblich erklärte Motion „Pflegeversorgung zu Hause stärken: Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung in § 25 Abs. 1 und § 27a (TG KVG);

RB 832.1)“ (GR 20/MO 10/120) fokussiert auf die Finanzierung der ambulanten Pflegeleistungen. Demnach sind, unter der Berücksichtigung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, nach Pflegebedarf differenzierte kantonsweit gültige Höchstansätze für die anrechenbaren Restkosten der Pflege festzulegen. Die rechtlichen Grundlagen für die Umsetzung der beiden Anliegen sollen im TG KVG gelegt werden.

Weitere Änderungen betreffen:

- Pflegeheimplanung und kantonale Pflegeheimliste, Anhebung auf Gesetzesstufe
- Aufnahme und Versorgungspflicht in der ambulanten und stationären Langzeitpflege
- Zulassung ambulanter Leistungserbringer der Pflege zur Abrechnung zulasten der OKP
- Änderung des Verweises auf das Bundesgesetz bei der Versicherungspflicht, Liste säumiger Prämienzahlerinnen und Prämienzahler und Case Management
- Aufnahmepflicht der Spitäler

2. Anpassung kantonales Gesetz über die Krankenversicherung

2.1. Bezeichnung des ambulanten Versorgungsbereichs

Im GG und seit der Einführung der Pflegefinanzierung per Januar 2011 im TG KVG wird der ambulante Versorgungsbereich im Gesundheitswesen als „ambulante Pflege sowie Hilfe und Betreuung“ bezeichnet. Der Begriff „Hilfe“ wird in den verschiedenen Sozialversicherungen (KVG, IVG, ELG) und im Sozialhilfegesetz (SHG; RB 850.1) unterschiedlich verwendet. Das AHVG kennt zudem den Begriff Altershilfe. Insbesondere werden in der KVV – bezogen auf die Pflege von Kranken – die ambulanten Organisationen der Pflege als „Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause“ bezeichnet. Auch wird der Begriff Hilfe bei verschiedenen Leistungen der Behandlungs- und Grundpflege genannt. In der Umsetzung im Kanton Thurgau ergeben sich daraus Missverständnisse bei der Bewilligung und Zulassung der Organisationen und mit den Krankenversicherern. Das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) verwendet den Begriff „Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen“ für die kantonal zu finanzierenden Krankheits- und Behinderungskosten. Die Hilflosenentschädigung bezeichnet ihrerseits die Leistungen der Grundpflege als Hilfeleistungen im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20). Im TG KVG und als Grundlage für die subsidiäre Finanzierung durch Ergänzungsleistungen (Hilfe, Pflege und Betreuung, vgl. Verordnung zum Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung [TG ELV; RB 831.31]) bezeichnet „Hilfe und Betreuung“ vorab folgende Leistungen:

- Hilfeleistungen der Hauswirtschaft: Tätigkeiten anstelle der Klientin oder des Klienten mit den Leistungen Raumpflege (Reinigungsarbeiten inkl. Lüften), Textilpflege (Besorgungen der Wäsche inkl. Aufhängen, Bügeln, Schuhpflege), Ernährung (Einkauf, Mahlzeiten zubereiten, Abwaschen), Abfallentsorgung, Tier- und Pflanzenpflege.

- Bei Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag der Gemeinden werden die Leistungen der Hauswirtschaft und stellvertretenden Haushaltsführung soweit als möglich zusammen mit der Klientin oder dem Klienten ausgeführt, mit den zusätzlichen Leistungen der Anleitung, Massnahmen zur Prävention im Zusammenhang mit Selbstvernachlässigung, Ressourcenförderung, Erhaltung der vorhandenen Fähigkeiten, Entlastung des familiären Unterstützungsnetzes (sogenannte Hauswirtschaft und Sozialbetreuung).
- Betreuungsleistungen sind beispielsweise Entlastungsdienste, Infrastruktur und Leistungen in Tages- und Nachtaufenthalten sowie Mahlzeitendienste, Fahrdienste.

Bei den Ergänzungsleistungen werden alle vorgenannten Leistungen weiterhin unter dem Begriffspaar „Hilfe und Betreuung“ geführt. Die Koordination der Leistungen zwischen TG KVG und ELG sowie TG ELV ist essentiell. Es handelt sich inhaltlich um das identische Mindestangebot der Hilfe und Betreuung für den Verbleib im bestehenden ambulanten Umfeld, insbesondere für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, die in der ambulanten Versorgung keine Ergänzungsleistungen beziehen. Ergänzungsleistungen werden subsidiär zu den Beiträgen der Gemeinden gemäss § 22 Abs. 2 TG KVG für Anspruchsberechtigte entrichtet, die ihre Anteile nicht selbst tragen können.

Es scheint vertretbar, im TG KVG den Begriff Hilfe durch Hauswirtschaft zu ersetzen, im Wissen, dass es sich um die Kernleistungen der Hauswirtschaft und Sozialbetreuung der Spitexorganisationen handelt und diese in der TG ELV als Haushaltshilfe bezeichnet werden. Die Änderung ist durchgängig im TG KVG und GG sowie alsdann in den Ausführungsbestimmungen zu vollziehen.

2.2. Ambulantes Versorgungsangebot – Leistungsgruppenmodell

Das Spektrum der versorgungsnotwendigen Pflegeleistungen reicht von der einfachen Grundpflege über spezialisierte Pflege bei Demenz oder psychiatrischen Diagnosen bis zu hoch komplexen, wenig planbaren Pflegeeinsätzen bei mehrfacherkrankten Menschen oder Kindern. Die Leistungsaufträge der Gemeinden müssen folglich vielfältige Versorgungsbereiche abdecken. Zudem muss mindestens ein Leistungsauftrag in der Hauswirtschaft-Sozialbetreuung erteilt sein. Die weiteren Angebote der ambulanten Hilfe und Betreuung wie Entlastungsdienste, Tages- und Nachtaufenthalte oder Mahlzeitendienste sind ergänzend wichtig für den Erhalt der Autonomie und Selbständigkeit zu Hause. Sie werden kommunal oder regional koordiniert und – soweit sie dem Bedarf der Personen entsprechen – mit Mindestbeiträgen der Gemeinden gemäss § 27 TG KVG mitfinanziert. Der Fahrdienst des SRK kann zurzeit über Spenden und mit hohem Engagement der Freiwilligen sowie freiwilligen Beiträgen der Gemeinden aufrechterhalten werden. Eine Deckungslücke ist jedoch absehbar. Zudem ist die Leistung im ELG vorgesehen. Der Fahrdienst soll daher in § 22 und § 27 ergänzt werden. Der Kanton leistet an die Aufwendungen der Gemeinden ebenfalls einen Beitrag gemäss § 27a TG KVG.

Die ambulante Pflegeversorgung entwickelt sich dynamisch und führt zusammen mit einer steigenden Anzahl erwerbswirtschaftlicher Leistungserbringer und dem Fachkräf-

temangel zu einer starken Fragmentierung der Leistungen und der Anforderungen an deren Erbringung. Viele erwerbswirtschaftliche Leistungserbringer bieten Teilgebiete aus den Leistungsbereichen gemäss Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) in mehreren Kantonen an und beanspruchen in der Regel eine Zulassung für den ganzen Kanton. Der Anspruch, dass alle Spitexorganisationen das gleiche Mindestversorgungsangebot der Pflege gemäss Art. 7 KLV an 365 Tagen im Jahr erbringen, kann über die Zulassung zur OKP auf der Grundlage des BGBM nicht eingefordert werden. Damit kommt der Transparenz der angebotenen Leistungen sowie den Leistungsaufträgen der Gemeinden, die das gesamte Versorgungsspektrum koordiniert abdecken, eine grosse Bedeutung zu.

Die Transparenz über die Vielfalt der Angebote im Kanton Thurgau soll für die Gemeinden und die Bevölkerung durch ein einheitliches Leistungsgruppenmodell Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung zu Hause geschaffen werden. Die Leistungen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause gemäss Art. 7 KLV und weiterer Leistungen der Hauswirtschaft und Betreuung gemäss TG KVG werden in Leistungsbereiche und Leistungsgruppen eingeteilt und mit Anforderungen an die Qualität und Verfügbarkeit verknüpft. Das Modell ist für die kantonale Zulassung der ambulanten Leistungserbringer zu den Sozialversicherungen und für die Leistungsaufträge der Gemeinden an die beauftragten Leistungserbringer massgeblich (vgl. Erläuterungen zu § 22).

Mit dem Anspruch „Gleiche Rechte und gleiche Pflichten für alle“ sollen die Spitexorganisationen ohne Leistungsauftrag in die Qualität investieren und die Ausbildungsverpflichtung umsetzen. Sie sollen in der Qualitätsentwicklung und im Aufbau der Ausbildung gleichermassen durch eine Fachstelle unterstützt werden. Ein gleichwertiger Zugang zur Fachkompetenz der Fachstelle soll geschaffen werden. Die Fachstelle Spitexentwicklung des Spitex Verbandes Thurgau wird derzeit ausschliesslich über Mitgliederbeiträge und damit letztlich durch diejenigen Gemeinden finanziert, die Leistungsaufträge an die Mitglieder des Spitex Verband Thurgau erteilt haben.

Bisher bildet eine erwerbswirtschaftliche Spitexorganisation im Kanton Thurgau Lernende in den Pflegeberufen aus, Studierenden werden bisher keine ausgebildet. Beiträge für die praktische Ausbildung an die Betriebe werden derzeit ausschliesslich durch diejenigen Gemeinden finanziert, deren beauftragte Spitexorganisationen ausbilden. Erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen ohne Leistungsauftrag erhalten keine Ausbildungsbeiträge. In diesem Zusammenhang werden zudem die Ausgleichsbeiträge an die Ausbildungskosten solidarisch durch die Mitglieder des Spitex Verbandes Thurgau getragen und damit gleich wie die Fachstelle Spitexentwicklung einseitig finanziert. Der Leistungsauftrag an die Fachstelle Spitexentwicklung kann für die Finanzierung entweder in Leistungen der Ausbildung eingeschlossen werden oder aus der Pflegefinanzierung herausgelöst werden und einzig als Leistungsauftrag des Kantons finanziert werden.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass mit dem per 1. Januar 2024 revidierten TG KVG die Ausbildungsverpflichtung nach § 22a TG KVG für den ambulanten Pflegebereich in Kraft gesetzt wurde. Für Listenspitäler, Pflegeheime und Organisationen der ambulanten Pflege wird eine Ausbildungsverpflichtung gelten. Dies wird sichergestellt, indem gleichzeitig die bestehende Ausbildungsverpflichtung für Listenspitäler (§ 38

TG KVG) verschärft und an die bestehende Ausbildungsverpflichtung für Pflegeheime (§ 15a TG KVG) angepasst wurde.

2.3. Finanzierung ambulante Leistungen der Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung

In der Finanzierung der ambulanten Pflegeleistungen ist ein Systemwechsel vorgesehen. Den Gemeinden obliegt weiterhin die ambulante Pflegefinanzierung aufgrund der anerkannten ausgewiesenen Pflegekosten (Pflegetarife). Die Höchstansätze der Pflegetarife, aus denen sich die maximale Restfinanzierung ergibt, werden nicht mehr von jeder Gemeinde individuell für die Leistungserbringer mit Leistungsauftrag gemäss dem gegenwärtigen § 25 Abs. 1 und für solche ohne Leistungsauftrag nach § 25 Abs. 2 festgelegt. Die Kostenrechnungen der ambulanten Leistungserbringer mit Anspruch auf Restfinanzierung werden von einer zentralen kantonalen Stelle nach einheitlichen Kriterien geprüft. Die anrechenbaren Kosten werden ermittelt und die resultierenden Pflegetarife berechnet und publiziert. Aus den Pflegetarifen werden die Höchstansätze pro Leistungsstunde für die Restfinanzierung vom Regierungsrat festgesetzt. Die Höchstansätze werden mindestens differenziert nach den Leistungsbereichen gemäss KLV und für folgende Leistungserbringer separat festgelegt:

- Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause mit Leistungsauftrag der Gemeinde
- Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause ohne Leistungsauftrag der Gemeinde
- Organisationen Krankenpflege und Hilfe zu Hause in (an ein Pflegeheim angrenzenden) Wohnungen des Betreuten Wohnens
- Pflegefachpersonen mit Berufsausübungsbewilligung zur Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung

Ebenfalls separate Pflegetarife werden festgelegt für die Leistungen, die durch pflegende Angehörige unter Aufsicht und Verantwortung von Pflegefachpersonen der Spitexorganisation erbracht und zulasten der Sozialversicherungen abgerechnet werden.

Die Leistungen der Aus- und Weiterbildung in den Pflegeberufen sind ebenfalls Teil der Restfinanzierung. Da sie nur bedingt von der Zahl der Leistungsstunden abhängig sind, soll die Abgeltung separat berechnet werden. Alle Gemeinden sollen sich an der Finanzierung gemäss der Bevölkerungszahl beteiligen.

Grundsätzlich erhalten bei einer Pauschalierung Leistungserbringer, die in der Tendenz einfachere Fälle auf einem minimal notwendigen Qualitätsniveau behandeln und pflegen, eine höhere Entschädigung. Leistungserbringer am oberen Rand des Spektrums erreichen in der Regel einen tieferen Kostendeckungsgrad. Der Qualitätsunterschied kann jedoch in aller Regel nicht ausgewiesen werden. Daher wird den Leistungserbringern ein System mit effektiver Abgeltung der ausgewiesenen und anerkannten Kosten bis zu einem Höchstansatz besser gerecht. Zudem müssen Finanzierungslösungen für besonders anspruchsvolle Pflegesituationen gefunden werden. Für spezialisierte Leistungsangebote mit erhöhten Anforderungen (z.B. spezialisierte Palliative Care, spezialisierte Demenz- und Psychiatriepflege sowie die Kinderspitex) und für Spezialleistungen

wie Nachtangebote von 23.00 Uhr bis 06.00 Uhr gemäss Arbeitsgesetz (ArG; SR 822.11) und Wegentschädigungen sollen Zusatzbeiträge in Form von Pauschalen oder Zuschlägen vorgesehen werden können. Voraussetzung ist, dass diese Aufwendungen aus den Kostenrechnungen transparent ausgeschieden und geprüft werden können.

Die Gemeinden sollen weiterhin autonom die Leistungsaufträge erweitern können, beispielsweise mit einem regulären Pflegeangebot zwischen 19.00 Uhr und 22.00 Uhr. Die Zusatzaufträge gelten als Gemeinwirtschaftliche Leistungen, die wie bisher als solche separat von den Gemeinden abgegolten werden.

Mit einem kantonal einheitlichen Finanzierungssystem erhöht sich die finanzielle Transparenz und es wird eine faire Abgeltung der Leistungserbringer mit und ohne Leistungsauftrag im Sinne des Grundsatzes „Gleiche Rechte und Pflichten für alle“ unterstützt. Vom Finanzierungssystem kantonaler Höchstsätze ausgenommen werden die Hauswirtschaft und Betreuung. In diesem Bereich wird die sach- und leistungsbezogene Finanzierung, die sich am ausgewiesenen Bedarf orientiert, weitergeführt.

3. Weitere Änderungen des Gesetzes über die Krankenversicherung

3.1. Zulassung zur Abrechnung zulasten der Sozialversicherungen

Die Zulassung zur Abrechnung zulasten der Sozialversicherungen, insbesondere der OKP, ist für die Spitäler und Pflegeheime über die Spital- und Pflegeheimplanung und die Anforderungen zur Aufnahme auf die Spital- und Pflegeheimliste geregelt. Die Bestimmungen betreffend die Pflegeheime sollen auf Gesetzesstufe verankert und um die Aufnahme- und Versorgungspflicht ergänzt werden.

Die Grundzüge der Zulassung der ambulanten Leistungserbringer der Pflege (insbesondere der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause) sind, soweit sie nicht über die Berufsausübungsbewilligung geregelt sind, ebenfalls auf Gesetzesstufe zu präzisieren. Für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause mit kommunalem Leistungsauftrag wird eine Aufnahme- und Versorgungspflicht vorgesehen.

3.2. Pflegeheimplanung und kantonale Pflegeheimliste

Die Pflegeheimplanung und der Erlass der kantonalen Pflegeheimliste sollen analog zu den Spitälern auf Gesetzesstufe geregelt werden. Zudem soll festgehalten werden, dass bei der Aufnahme auf die Pflegeheimliste die KVG-Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit massgeblich sind. In Bezug auf die Wirtschaftlichkeit sollen die Pflegeleistungen und, voraussichtlich tiefer gewichtet, auch die Betreuungsleistungen und Pensionskosten berücksichtigt werden (vgl. Erläuterungen zu § 15b).

3.3. Aufnahme- und Versorgungspflicht in der Langzeitpflege

Die Koordination und Kooperation zwischen den Leistungserbringern sollen verbessert werden. Für die Koordination von Dienstleistern in komplexen Lebenssituationen oder Krankheitsverläufen wurde einerseits die kantonale Fachstelle Alter geschaffen. Andererseits sind schlankere Prozesse entlang der Versorgungskette, insbesondere die Auf-

nahme in die Versorgung und Übertritte aus den Listenspitälern, zukünftig unabdingbar. Analog zu den Listenspitälern soll eine Aufnahme und Versorgungspflicht für Pflegeheime mit Leistungsauftrag der Kantonalen Pflegeheimliste und für ambulante Leistungserbringer der Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung mit kommunalem Leistungsauftrag eingeführt werden. In den Ausführungsbestimmungen ist insbesondere festzuhalten, wann die Leistungserbringer für die Anmeldung erreichbar sein müssen und innert welcher Fristen nach Anmeldung die Aufnahme oder die Einsätze ausgeführt werden müssen (vgl. Erläuterungen zu § 22b Abs. 4).

Weiter sind Regelungen vorgesehen, wenn eine ambulant pflegebedürftige Person nicht durch den Leistungserbringer mit Aufnahme- und Versorgungspflicht versorgt werden kann. Die Zuständigkeit liegt wie die Versorgung und Erteilung der Leistungsaufträge bei den Gemeinden (vgl. Erläuterungen zu § 22b Abs. 5).

3.4. Versicherungspflicht-Liste säumiger Prämienzahlerinnen und Prämienzahler und Case Management

Die Inkraftsetzung des revidierten Art. 64a Abs. 4 und 5 KVG erfolgt per 1. Juli 2025. Die bisherige Bestimmung über die Aufbewahrung der Verlustscheine und gleichwertigen Rechtstitel sowie die Rückerstattungspflicht der Krankenversicherer an die Kantone wird von Abs. 4 in Abs. 5 überführt. Diese Änderung erfordert eine Anpassung von § 3a Abs. 5 TG KVG.

3.5. Aufnahmepflicht der Spitäler – Verweis auf Liste säumiger Prämienzahlerinnen und Prämienzahler

Die Liste säumiger Prämienzahlerinnen und Prämienzahler wurde mit Änderung des TG KVG auf Gesetzesstufe verankert. Der Verweis in § 31 für die Spitäler ist entsprechend anzupassen.

4. Finanzielle Auswirkungen

Kantonsweite Höchstansätze in der ambulanten Pflegefinanzierung führen gemäss interkantonaalem Vergleich tendenziell zu höheren Restkostentarifen, erhöhen aber die Transparenz. Ohne Regelung der Berechnung und Festlegung von Höchstansätzen sind die finanziellen Auswirkungen für den Kanton nur schätzungsweise bezifferbar. Sie sind auf wenige hunderttausend Franken jährlich zuzüglich der ausgewiesenen Nettokosten für die Aus- und Weiterbildungsleistungen von rund 1.8 Mio. Franken zu schätzen. Auf der Basis der Leistungsmengen, Qualifikationen und Anstellungsbedingungen im Jahr 2022 ist mit finanziellen Auswirkungen von rund 2 Mio. Franken zu rechnen. Systemisch klar ist, dass ein gewisser Spielraum der Gemeinden lokale Gegebenheiten besser berücksichtigt und tendenziell günstiger ist als kantonsweite Pauschalen. In diesem Sinne wird das in der Motion ausgeführte Ziel, die WZW-Kriterien (Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit) in allen Gemeinden zu berücksichtigen, mit kantonalen Höchstsätzen tendenziell weniger realisiert als mit der geltenden Regelung. Gleichzeitig wird überhöhten Tarifen und ineffizienten Strukturen entgegengewirkt, was kostensenkend wirkt.

Für den Vollzug der ambulanten Pflegefinanzierung gemäss § 25 ff. sind Kosten von jährlich rund Fr. 100'000 zu veranschlagen.

Eine Fachstelle unterstützt in Zukunft alle zugelassenen Spitexorganisationen in der Qualitätsentwicklung und der Ausbildung von Pflegeberufen. Insgesamt ist für die Fachstelle geschätzt mit 150 Stellenprozenten und Vollkosten von rund Fr. 220'000 pro Jahr zu rechnen.

Die finanziellen Auswirkungen belaufen sich damit auf jährlich 2 bis 2.3 Mio. Franken.

5. Vernehmlassung

Mit RRB Nr. 663 vom 28. November 2023 nahm der Regierungsrat vom Entwurf des Departementes für Finanzen und Soziales (DFS) für eine Änderung des TG KVG (Ambulante Versorgung und Pflegefinanzierung) Kenntnis und gab ihn für die Vernehmlassung frei. Die Vernehmlassung dauerte von 29. November 2023 bis 29. Februar 2024.

Insgesamt sind 44 Stellungnahmen eingegangen. Es beteiligten sich die folgenden Organisationen:

- Branchenverbände Association Spitex privée Suisse und eins-a spitex, Curaviva Thurgau und senesuisse, Spitex Verband Thurgau sowie Spitex Region Frauenfeld und Spitex Region Müllheim
- Schweizerischer Berufsverband Pflege Sektion SG TG AR AI (SBK)
- Krankenversicherer Verband santésuisse
- Verband Thurgauer Gemeinden und 26 Gemeinden und Städte
- Sechs kantonale Parteien (EVP, FDP Die Liberalen, GRÜNE, Grünliberale Partei, SP und Gewerkschaften, SVP)
- Sozialversicherungszentrum Thurgau (SVZ TG)

Die Auswertung der Vernehmlassungsantworten hat verschiedene Anliegen bezeichnet, die zu einer Anpassung der Vorlage geführt haben:

- § 1, Titel 3.2, § 22, § 23, § 27, § 27a TG KVG und § 7 GG: Der Begriff Hilfe wird zusätzlich in § 1 Abs. 2 Ziff. 3 durch Hauswirtschaft ersetzt. Die Inhalte der Leistungen werden in den Erläuterungen ausgeführt. Auf Hinweis des SVZ TG sollen die Erläuterungen zudem bezüglich Rechnungsstellung präzisiert werden, damit Doppelvergütungen ausgeschlossen werden.
- § 15b Abs. 1: Auf Antrag der Curaviva wird die Formulierung geändert: Gestützt auf die Pflegeheimplanung wird die Pflegeheimliste erlassen. Sie wird periodisch überprüft, anstelle von periodisch erlassen. Da die Planung in der Regel im Zeithorizont von 10–15 Jahren erfolgt, gibt das den Pflegeheimen mehr Planungssicherheit.
- § 15b Abs. 3: An der Aufnahme- und Versorgungspflicht der Pflegeheime wird festgehalten. Präzisierungen, wie die Aufnahme- und Versorgungspflicht zu regeln ist, sind den Ausführungsbestimmungen (TG KVV, Weisungen) und Versorgungsprojekten wie Akut-/Langzeitpflege zuzuweisen.

- § 17 Abs. 3 (neu): Anstelle einer Ergänzung von § 15b um einen Absatz zum Vorgehen, wenn ein Pflegeheim gegen die Aufnahme- und Versorgungspflicht verstösst, wird in § 17 der Abs. 3 für diesen Fall die Reduktion der Restkostenbeiträge ergänzt.
- § 22b Abs. 4 und § 22b Abs. 6: Die Gemeinden sind für die ambulante Versorgung und Pflegefinanzierung zuständig und von den Regelungen stark betroffen. Die Mitwirkung wird gestärkt, indem die Absprache mit dem Verband Thurgauer Gemeinden anstelle einer Anhörung vorgesehen wird (vgl. bestehender § 27 Abs. 3). Gleichzeitig wird die fachliche Anhörung der Branchenverbände in § 22b Abs. 4 präzisiert und in § 22b Abs. 6 ergänzend aufgenommen.
- § 22b Abs. 5: An der Pflicht zur Vermittlung eines anderen Leistungserbringers auf Verlangen der Person in der ambulanten Versorgung wird festgehalten, „auf Verlangen des behandelnden Listenspitals“ wird gestrichen. Dass die Aufgabe Dritten übertragen werden kann, muss nicht explizit erwähnt werden, der Satz wird gestrichen. Welche Mehrkosten zu tragen sind, wird in den Erläuterungen beispielhaft ergänzt. Zu regeln sind sie in den Ausführungsbestimmungen.
- § 23 Abs. 2 und 3: Der Absatz wird unterteilt und ergänzt, da die Pflegetarife der einzelnen Leistungserbringer zukünftig einheitlich zentral aus den anrechenbaren Kosten berechnet werden. Sie sollen publiziert werden. Das anzuwendende Finanzmanual lässt einen grossen Spielraum, so dass die Kostenrechnungen der über 50 zugelassenen Leistungserbringer nicht mit vernünftigem Aufwand prüfbar und vergleichbar sind. Es sollen Vorgaben zur Kostenrechnungsapplikation zwecks transparenten, einheitlichen Auswertungen aus den Buchhaltungssystemen gemacht werden können. Vereinfachte Kostenrechnungen für Pflegefachpersonen mit Berufsausübungsbewilligung zur Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung und auf eigene Rechnung können in den Ausführungsbestimmungen festgelegt werden.
- § 25 wird übersichtlicher in § 25 bis § 25d unterteilt, sprachlich flüssiger formuliert und die Reihenfolge zur besseren Verständlichkeit geändert:
 - § 25 Festlegung der Höchstansätze für die Restfinanzierung nach § 25a KVG
 - § 25a Festsetzung der Restfinanzierungsbeiträge von Pflegeleistungen von Angehörigen
 - § 25b Kriterien für die Festlegung der Pflegetarife und der Höchstansätze
 - § 25c Ausserkantonale ambulante Pflegeleistungen
 - § 25d Kostenübernahmepflicht der Wohngemeinde
- Soweit die Regelungen den Einzelfall betreffen, wie z.B. in der Finanzierung, wird der Begriff Wohnsitzgemeinde verwendet, ansonsten die Gemeinde oder die Gemeinden.
- Nach § 25a sollen die Restkostenbeiträge bis zum vollendeten AHV-Referenzalter (anstelle des 65. Altersjahres) der pflegenden Angehörigen gewährt werden. Ergibt die Berechnung der Pflegetarife, dass die anrechenbaren Kosten bereits mit den Beiträgen der Versicherer und dem Eigenanteil der Klientin oder des Klienten gedeckt sind, resultiert ein Restkostenbeitrag von Null Franken. Eine Festsetzung,

dass à priori keine Restkostenbeiträge geschuldet sind, würde Art. 25a KVG widersprechen.

- § 25d: Die Koordinationsleistungen sollen von den Gemeinden getragen werden, wenn sie die Versorgung in mehrere Leistungsaufträge aufteilen. Es wird präzisiert, dass es sich dabei nicht um die Koordination in komplexen, instabilen Patientensituationen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KLV handelt.
- § 25d: In der Kostenübernahmepflicht der Gemeinden wird der Begriff vollumfänglich gestrichen. Der Kanton beteiligt sich gemäss § 27a wie bisher an allen Aufwendungen der Gemeinden für die ambulante Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung.
- § 27d (neu) Kantonaler Vollzugsaufwand: Mit der einheitlichen zentralen Berechnung der Pflegetarife der einzelnen Leistungserbringer und der Höchstansätze werden die Gemeinden in der Prüfung der Kostenrechnungen aller zugelassenen Leistungserbringer, insbesondere derjenigen ohne Leistungsauftrag, entlastet. Der VTG ist der Ansicht, dass diese Aufgabe dort angesiedelt werden soll, wo die Prüfung der Aufwendungen der Gemeinden gemäss § 27 erfolgt, mithin beim Kanton. Er signalisiert die Bereitschaft, dass sich die Gemeinden am Aufwand im generell geltenden Anteil von 60 % beteiligen, die Verteilung soll zusammen mit § 27 abgewickelt werden.

Weiter wurden die folgenden Aspekte vorgeschlagen, die nicht berücksichtigt wurden, weil sie entweder im kantonalen Gesetz keiner weiteren Präzisierung bedürfen oder den Ausführungsbestimmungen (TG KVV, Weisungen und Versorgungsprojekten wie Akut-/Langzeitpflege) zuzuordnen sind oder weil keine sachlich überzeugenden Gründe für eine Aufnahme ins Gesetz vorliegen:

- Der verschiedentliche gestellte Antrag, Hauswirtschaft und Sozialbetreuung anstelle des zusammenfassenden Begriffs Hauswirtschaft zu verwenden, wird nicht umgesetzt.
- § 15b Abs. 2: Die Anträge und Eventualanträge der Curaviva zu den Aufnahmekriterien auf die kantonale Pflegeheimliste, vorab zur Wirtschaftlichkeit, werden nicht berücksichtigt. Es erscheint wesentlicher, die Gesamtkosten zu betrachten als die Möglichkeit der einzelnen Pflegeheime, Gewinne zu erzielen. Das gilt umso mehr, als der Anteil der Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen in den Pflegeheimen steigt. Für diese werden annähernd die gesamten Kosten des Pflegeheimaufenthaltes über öffentliche Beiträge finanziert. Santésuisse hält es für wesentlich, dass die Kriterien der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Pflege von den anderen Kriterien getrennt werden. Sie sollten nicht auf die gleiche Weise gewichtet werden. Eine Trennung erscheint nicht notwendig. Wie die Unterkriterien der Wirtschaftlichkeit (Pflege, Betreuung und Pension) zueinander zu gewichten sind, ist Gegenstand der Pflegeheimplanung oder allenfalls der Ausführungsbestimmungen. Santésuisse regt weiter an, in Abs. 3 vorzusehen, ausserkantonale Leistungserbringer zu berücksichtigen, wenn die Einrichtungen auf der kantonalen Liste nicht in der Lage sind, die Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Einerseits können ausserkantonale Pflegeheime auf ihren Antrag hin für die Aufnahme auf die Pflegeheimliste geprüft werden. Andererseits werden in medizi-

nisch indizierten Einzelfällen auf Gesuch hin Kostengutsprachen zum ausserkantonalen geltenden Pflege tariff erteilt.

- § 22b Abs. 6: Eine Verpflichtung, dass alle Leistungserbringer einheitlich alle festzulegenden Leistungen erbringen, widerspräche Bundesrecht (Art. 51 KVV).
- § 25 Abs. 3 sieht Zusatzbeiträge in Form von Pauschalen vor, insbesondere für Aus- und Weiterbildung und Spezialisierte Leistungsangebote mit erhöhten Anforderungen. Der Spitex Verband, die Spitexorganisationen und zwei Parteien begründen und beantragen, dass Wegzeiten ergänzt werden. Wegzeiten sind aus den Kostenrechnungen einfach ermittelbar. Sollte sich eine separate Finanzierung der Wegzeiten in der weiteren Entwicklung zu einer nationalen Tarifstruktur als notwendig und sinnvoll erweisen, kann dannzumal erneut Antrag gestellt werden. Das Gesetz lässt diese Möglichkeit offen.
- § 25: ASPS, der Spitex Verband Thurgau und verschiedene weitere Stellungnahmen sprechen sich dafür aus, bei der Festlegung der Pflege tarife und Höchstansätze die Kostenentwicklung zu berücksichtigen und folglich eine Indexierung festzuschreiben. Das KVG sieht generell keine Automatismen wie z.B. indexierte Tarife vor.
- § 25: ASPS beantragt für die Organisationen ohne Leistungsauftrag und Curaviva und senesuisse für die Organisationen der Pflege im Betreuten Wohnen, dass die Pflege tarife und Höchstansätze nicht als separate Kategorien berechnet werden. Laut Curaviva soll ein pauschaler Abschlag von 15 % zu den Organisationen mit Leistungsauftrag festgelegt werden. Laut ASPS sollen die Zusatzleistungen eines Leistungsauftrags mit max. 15 % zusätzlich abgegolten werden. Beide Vorschläge würde vielen Organisationen ohne Leistungsauftrag Gewinne ermöglichen und widerspricht Art. 25a KVG, wonach die Restkosten der Pflege zu finanzieren sind.
- ASPS fordert, dass die Leistungsaufträge durch die Gemeinden öffentlich auszu-schreiben seien. Dies liegt in der Zuständigkeit und damit im Ermessen der Gemeinden.
- Wie die Fachstelle für die Unterstützung aller zugelassenen Organisationen in der Qualitätsentwicklung und in der Aus- und Weiterbildung finanziert wird, ist im Gesetz offengelassen. Sowohl die Qualitätsentwicklung als auch die Aus- und Weiterbildung sind Pflichten gemäss KVG und TG KVG und über die Restkostenfinanzierung zu decken. In der Umsetzung des zeitlich befristeten Bundesgesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege wird eine Fachstelle Ausbildung übergreifend für Spitexorganisationen, Pflegeheime und Spitäler separat finanziert.
- Auf eine Bestimmung gemäss Einzelantrag, dass die ärztlichen Verordnungen durch einen Vertrauensarzt geprüft werden sollen, ist zu verzichten. Die Prüfung, ob die Leistungen inhaltlich angemessen sind, obliegt den Versicherern. Die Restkostenbeiträge sind gemäss Art. 25a KVG für diejenigen Leistungen geschuldet, die von den Versicherern vergütet werden.

6. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen im TG KVG

§ 1, Titel 3.2, § 22, § 22b (neu), § 23 Abs. 1, § 27 Begrifflichkeit

Der Begriff „Hilfe“ wird im TG KVG und in der Folge im GG durch Hauswirtschaft ersetzt. An den Inhalten ändert sich nichts. Der Begriff Hauswirtschaft bezeichnet sowohl die Hilfeleistungen für die Klientin oder den Klienten in der Raumpflege, Textilpflege, Ernährung, Abfallentsorgung, Tier- und Pflanzenpflege, wie sie z.B. Pro Senectute anbietet, als auch die Kernleistung der Hauswirtschaft und Sozialbetreuung der Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag, die so weit als möglich zusammen mit der Klientin oder dem Klienten ausgeführt wird, mit den zusätzlichen Leistungen der stellvertretenden Haushaltsführung, Anleitung, Massnahmen zur Prävention im Zusammenhang mit Selbstvernachlässigung, Ressourcenförderung, Erhaltung der vorhandenen Fähigkeiten, Entlastung des familiären Unterstützungsnetzes.

Der Begriff Hauswirtschaft im TG KVG und in den Ausführungsbestimmungen dazu entspricht in der TG ELV demjenigen der Haushaltshilfe. In der Abgrenzung zu den Ergänzungsleistungen ist wie bisher die transparente Rechnungsstellung sicherzustellen. Die Beiträge gemäss § 27 TG KVG sind den Gemeinden direkt in Rechnung zu stellen. Die Rechnungen an die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger weisen aus, welche Beiträge von ihnen übernommen werden müssen und für Berechtigte subsidiär von den Ergänzungsleistungen mitfinanziert sind. Eine Doppelvergütung und Überentschädigung sind auszuschliessen.

§ 3a Abs. 5

Verlustscheinforderungen und Rückerstattungen nach Art. 64a Abs. 4 KVG sind durch die Gemeinden zu tragen.

§ 15b

Abs. 1: Der bisherige § 25 TG KVV über die Pflegeheimplanung und Pflegeheimliste soll analog zu den Spitälern auf Gesetzesstufe verankert werden. Die Pflegeheimliste wird periodisch überprüft und bei Bedarf angepasst. Zudem kann die bisherige Unterteilung in Kapazitäten für Menschen im AHV-Alter und solche für Menschen mit Behinderung sowie der Akut- und Übergangspflege nach weiteren Leistungsbereichen und Leistungsgruppen unterteilt werden.

Abs. 2 macht die Aufnahme auf die kantonale Pflegeheimliste von den KVG-konformen Kriterien der Qualität und Wirtschaftlichkeit abhängig. Als Voraussetzung für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung sind die Pflegeleistungen in der notwendigen Qualität zu erbringen. Zudem sollen die nicht zulasten der OKP abrechenbaren Leistungen der Betreuung und Pension in der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung für die Aufnahme und den Verbleib auf der Pflegeheimliste mitberücksichtigt werden.

Abs. 3: In Anlehnung an Art. 41 KVG und die Leistungsaufträge für Listenspitäler wird eine Aufnahme- und Versorgungspflicht der Pflegeheime gemäss Leistungsauftrag der kantonalen Pflegeheimliste bis zu den Kapazitätsgrenzen eingeführt. Damit haben die Pflegeheime die Leistungen über alle Stufen der Pflegebedürftigkeit und über das ge-

samte Leistungsspektrum – in dem sie gelistet sind – sicherzustellen. Versicherte Personen sind nach erfolgter Anmeldung nach rechtsgleichen Kriterien und medizinisch-pflegerischer Dringlichkeit und unabhängig von Alter, sozialem Status und Versicherungsstatus oder Vermögen gleichberechtigt aufzunehmen, und die Versorgung mit den notwendigen Pflegeleistungen ist sicherzustellen. Beispielsweise sind rein finanzielle Gründe, warum bisher eine Aufnahme verweigert wurde (Kostenvorschuss oder sonstige finanzielle Leistungen der aufzunehmenden Person), in Zukunft unzulässig. Die Detailregelungen sollen in den Ausführungsbestimmungen (TG KVV, Weisungen) und über Versorgungsprojekte festgelegt werden.

§ 17 Abs. 3

Bei Verstössen gegen die Aufnahme- und Versorgungspflicht können die Restkostenbeiträge des fehlbaren Pflegeheimes auf der Basis aktueller Daten oder der Daten der Vorjahre verhältnismässig bis zu 30 % reduziert werden.

§ 22

Abs. 1: Der Begriff Leistungsbereich ist in Leistungsbereiche umzubenennen. Das Versorgungsangebot, die zugehörigen Anforderungen an die Qualität und Verfügbarkeit sollen zukünftig kongruent in einem Leistungsgruppenmodell mit Leistungsbereichen und Leistungsgruppen abgebildet werden. Dieses dient zudem als Grundlage der einheitlichen Finanzierung gemäss § 25 ff.

Die Leistungsgruppen der Pflege werden primär aufgrund der unterschiedlichen Anforderung an die Qualifikation der ausführenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der notwendigen personellen und zeitlichen Verfügbarkeit der Leistungen gebildet.

Abs. 2: Der Fahrdienst wird als wichtige Leistung im ambulanten Versorgungsangebot ergänzt. Formal anzumerken ist, dass die in Abs. 2 genannten Betreuungsleistungen nicht von der OKP übernommen werden.

Abs. 4: Das Departement erlässt Weisungen über das Versorgungsangebot und die Qualität der Leistungserbringung. Die Anforderungen präzisieren gleichermassen die Bestimmungen zur gesundheitspolizeilichen Bewilligung nach GG als auch Art. 51 KVV als Voraussetzung für die Zulassung zu den Sozialversicherungen (vorab der OKP). Weiter liegen sie den Leistungsaufträgen der Gemeinden und damit letztlich der Finanzierung zugrunde.

Es ist eine einheitliche Darstellung der Leistungen und der zugehörigen Qualitätsanforderungen mit Bezug auf örtliche, zeitliche, sachliche und personelle Kriterien in einem Leistungsgruppenmodell vorgesehen (beispielsweise Personaldotation Pflegefachpersonen HF/FH für die minimale zeitliche Erreichbarkeit oder damit die Versorgung in der Pflege über 365 Tage im Jahr und bei Bedarf rund um die Uhr sichergestellt ist, in zwei Bezirken oder im ganzen Kanton, oder auch für Spitexorganisationen unter einem zu definierenden Leistungsvolumen pro Monat). Die Anforderungen können für Leistungserbringer mit und ohne Leistungsauftrag differenziert werden. Damit soll einerseits das gesamte versorgungsnotwendige Leistungsspektrum mit einheitlichen Anforderungen abgedeckt werden und andererseits können gewisse Themen für Spitexorganisationen

ohne Leistungsauftrag nur als Empfehlungen in die Weisungen aufgenommen werden. Um Doppelspurigkeiten zu vermeiden und die Vergleichbarkeit der Organisationen zu fördern, können Verbandsrichtlinien wie das Qualitätsmanual des Spitex Verbandes Schweiz oder Musterkonzepte des Spitex Verbandes Thurgau z.B. zum Kernprozess der Pflege, zu Palliative Care, Demenz oder Akut- und Übergangspflege, als verbindlich erklärt werden.

§ 22b

Abs. 1: Die Zulassungsvoraussetzung zur OKP sind in der KVV festgelegt. So müssen beispielsweise Spitexorganisationen gemäss Art. 51 lit. b KVV ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben und nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sein. Im Kanton Thurgau sollen alle Leistungserbringer ihren Tätigkeitsbereich im Leistungsgruppenmodell gemäss § 22 Abs. 4 festlegen müssen, damit die Leistungsangebote transparent und vergleichbar sind. Die Anforderungen an die Leistungsgruppen gemäss § 22 Abs. 4, die dem von ihnen festgelegten Tätigkeitsbereich entsprechen, sind zu erfüllen.

Abs. 2: Weitere Anforderungen an die Leistungserbringer als Zulassungsvoraussetzung zur OKP sollen vom Regierungsrat festgelegt werden können. Explizit genannt wird das Höchstalter der Personen, welche die ambulanten vergütungspflichtigen Pflegeleistungen an der Patientin oder am Patienten erbringen.

Abs. 3: Die Änderung des KVG aufgrund des Bundesgesetzes zur Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege besagt, dass die Kantone Leistungsaufträge erteilen, insbesondere für die zu erbringende Ausbildung. Bisher und zukünftig erteilen im Kanton Thurgau die Politischen Gemeinden kommunale Leistungsaufträge zur Deckung der ambulanten Pflegeversorgung. Für die Ausbildung in Verbindung mit der Ausbildungsverpflichtung ist jedoch eine kantonale Festsetzung für alle Leistungserbringer zielführend. Daher soll in der kantonalen Umsetzung von Art. 36a Abs. 3 und Art. 55b KVG dem Regierungsrat die Kompetenz zur Regelung erteilt werden. Dies wird voraussichtlich nicht in der Form von dutzenden einzelnen Leistungsvereinbarungen, sondern einer zentralen Ausbildungs- und Weiterbildungsliste umgesetzt werden.

Abs. 4: Damit die Versorgung in der Pflege über 365 Tage im Jahr und bei Bedarf rund um die Uhr sowie in der Hauswirtschaft und Betreuung bedarfsgerecht sichergestellt werden kann, ist die Aufnahme und Versorgungspflicht der Leistungserbringer mit einem kommunalen Leistungsauftrag zu verankern. Die Einzelheiten, etwa die Dauer zwischen Anmeldung und Ausführung oder generelle Ausnahmen von der Versorgungspflicht, sind kantonsweit einheitlich durch den Regierungsrat zu regeln (vgl. Abs. 6).

Abs. 5: Kann die Aufnahme- und Versorgungspflicht nicht wahrgenommen werden, obliegt es der beauftragenden Gemeinde, auf Verlangen der betroffenen Person oder deren rechtlichen Vertretung innert angemessener Frist einen anderen Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der betroffenen Gemeinde zu vermitteln. Als Mehrkosten gelten beispielsweise Kosten des behandelnden Listenspitals ab Datum des nicht mehr medizinisch bedingten Aufenthalts oder einer auslaufenden Kostengutsprache der Versicherer sowie allfällige Mehrkosten aus dem Pflegetarif des ambulanten Leistungserbringers

ohne Leistungsauftrag der Wohngemeinde, die Zusatzbeiträge für spezialisierte Leistungen und die Beiträge an die Koordinationskosten.

Abs. 6: Für die Einzelheiten werden die Branchenverbände derjenigen Leistungserbringer angehört, die betroffen sind. Sie werden nach Absprache mit dem Verband Thurgauer Gemeinden festgelegt.

§ 23 Abs. 2

Damit die Pflegetarife und Höchstansätze einheitlich berechnet werden können, werden Regelungen zur Rechnungslegung und Rechnungsstellung getroffen. Daten können, wie bis anhin, in nicht anonymisierter Form veröffentlicht werden. Das fördert die Transparenz der Leistungserbringung und Finanzierung. Zu den betriebsbezogenen Daten, die in nicht anonymisierter Form veröffentlicht werden dürfen, zählen beispielsweise die Leistungsstunden und Personaldotationen und -qualifikationen sowie die Pflegetarife der einzelnen Leistungserbringer.

§ 23 Abs. 3

Der Verweis auf § 25 Abs. 3 ist zu streichen. Stattdessen ist auf die neuen § 25, § 25a, § 25b, § 25 d und § 27 Abs. 2 zu verweisen. Mehrere Bestimmungen setzen Berechnungen aufgrund festgelegter anrechenbarer Kosten voraus.

§ 25

Abs. 1: Die Höchstansätze der Pflegetarife sollen pro Leistungsstunde festgelegt werden. Aus diesen ergibt sich nach Abzug der Beiträge der Sozialversicherungen und der versicherten Person die Restfinanzierung. Kantonale Höchstansätze sind für alle Leistungen der ambulanten Pflege einschliesslich der ambulanten Pflege bei Tages- und Nachtaufenthalten, die eine Restfinanzierung bedingen, festzulegen.

Der Regierungsrat soll darüber hinaus Zusatzbeiträge in Form von Pauschalen oder Zuschlägen vorsehen können, insbesondere für:

1. Aus- und Weiterbildungsleistungen:
Sie sind gemäss Systematik des KVG Teil der Pflegeleistungen und damit der Restfinanzierung. Sie werden separat als Zusatzbeiträge in Form von Pauschalen oder Zuschlägen tarifiert, da sie abhängig von den angebotenen Ausbildungsplätzen und den erbrachten Ausbildungsleistungen sind, aber nur bedingt von der Zahl der Pflegestunden abhängen. Begründet ist dies erstens damit, dass nicht alle Leistungserbringer Aus- und Weiterbildung erbringen können (und wollen). Zweitens sollen diese Leistungen zukünftig durch alle Gemeinden mitgetragen werden. Dafür müssen sie transparent ausgewiesen und verrechnet werden. Sie werden gemäss § 27c (neu) aufgrund der Einwohnerzahl auf die Gemeinden aufgeteilt. Die Einzelheiten sind auf Verordnungsstufe zu regeln, insbesondere sind allfällige Bundesbeiträge aufgrund des Gesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege anzurechnen.
2. Spezialisierte Leistungsangebote:
Das können insbesondere spezialisierte Palliative Care, spezialisierte Demenz-

und allenfalls Psychiatriepflege sowie die Kinderspitex sein. So können z.B. Fixkosten für die Pflegeexpertise pauschal abgegolten werden; sie steigen nicht automatisch mit der Zunahme der Leistungsmenge. Mit differenzierten Zuschlägen kann der Tatsache begegnet werden, dass eine grosse Zahl an Leistungserbringern allgemeine Leistungen (Leistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. a bis lit. c KLV) erbringt, und die Gesundheitsversorgung für komplexe, mehrfach Erkrankte – insbesondere die Übertritte aus den Akutspitälern – innert kurzer Fristen durch spezialisierte Organisationen oder höher qualifizierte Teams gewährleistet werden muss.

Kosten, die über Zusatzbeiträge entschädigt werden, sind für die Berechnung von Pfelegetarifen und Höchstansätzen auszuschneiden. Voraussetzung für differenzierte Beiträge sind harmonisierte Leistungserfassungen und transparente Kostenausweise. Diese werden sich erst im Lauf der Zeit vereinheitlichen, daher werden Zusatzbeiträge als Kann-Bestimmung aufgenommen.

Abs. 2: Die Höchstansätze der Pfelegetarife nach Abs. 3 sind mindestens differenziert nach den drei Leistungsbereichen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a bis lit. c KLV separat festzulegen, idealerweise gemäss einem differenzierten Leistungsgruppenmodell. Die Kostenstrukturen der Leistungserbringer mit kommunalem Leistungsauftrag können durch exogene, nicht beeinflussbare Faktoren stark variieren, insbesondere je nach Leistungsmix (Komplexität, hohe Anteile an Leistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. a und lit. b KLV), Ausbildungsstufe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Aufnahme- und Versorgungspflicht wie Kurzeinsätze und Einsätze in der Nacht, reguläre Dienste mit Lohnzuschlägen an Wochenenden und Feiertagen oder säumige Prämienzahlerinnen und Prämienzahler. Bei Leistungserbringern mit umfassenden kommunalen Aufträgen kumulieren sich die Faktoren bisweilen. Die Pfelegetarife der einzelnen Leistungserbringer und die Höchstansätze sind daher mindestens differenziert nach Leistungsbereichen und für vier Kategorien von Leistungserbringern separat festzulegen: Ziff. 1 und Ziff. 2: Organisationen der ambulanten Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) mit und ohne Leistungsauftrag der Gemeinde; Ziff. 3: an Pflegeheime angegliederte Spitexorganisationen, die Synergien mit dem Pflegeheim nutzen können und keine Wegzeiten haben; Ziff. 4: Pflegefachpersonen mit Bewilligung zur Berufsausübung auf eigene Rechnung (z.B. Einzelunternehmen).

§ 25a

Abs. 1: Sind pflegende Angehörige im Anstellungs- und Auftragsverhältnis für eine Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause tätig, dürfen die erbrachten Leistungen der Grundpflege (Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV) gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichtes zulasten der Sozialversicherungen und einer allfälligen Restfinanzierung abgerechnet werden. Für diese Leistungen entfällt der überwiegende Teil der Betriebskosten der Spitexorganisation. Diese Pfelegetarife für die Restfinanzierung werden separat kantonal festgelegt aufgrund der durchschnittlichen Bruttolöhne der pflegenden Angehörigen zuzüglich eines Beitrags für die u.a. in der transparenten Kostenrechnung nachgewiesene Ausbildung, die Anleitung und Überwachung durch Pflegefachpersonen, welche die Anforderungen gemäss Gesundheitsberufegesetz (GesBG; SR 811.21) erfüllen.

Abs. 2: Ab dem vollendeten AHV-Referenzalter der pflegenden Angehörigen werden keine Restkostenbeiträge mehr gewährt, weil zugunsten der Pflege der angehörigen Person nicht mehr auf ein Erwerbseinkommen verzichtet wird.

§ 25b

Abs. 1 entspricht dem bisherigen § 25 Abs. 3, erweitert um die Pflögetarife und Höchstansätze. Zudem sind die erteilten Leistungsaufträge zu berücksichtigen. Die Pflögetarife und Höchstansätze müssen pro Leistungsstunde, nach Leistungsbereichen und spezialisierten Angeboten sowie für die Kategorien der Leistungserbringer nach § 25 berechnet werden. Dazu muss auf die Kostenrechnungen mit den detailliert ausgewiesenen anrechenbaren Kosten sowie den qualitativen Besonderheiten der erbrachten Leistungen abgestellt werden.

Abs. 2: Analog zu den Pflegeheimen soll die Restfinanzierung gekürzt werden können, wenn die Qualitätsvorgaben der Weisungen des Departementes nicht eingehalten sind oder die Kosten- und Leistungstransparenz nicht hinreichend gegeben sind, beispielsweise wenn Fristen von Auflagen aus Aufsichtsbesuchen nicht eingehalten werden, die Personalqualifikation Pflegefachpersonal HF/FH für die zeitliche Erreichbarkeit in der Jahresherhebung, gemäss Spitexstatistik oder in der Stichprobenkontrolle nicht eingehalten ist oder keine oder keine detaillierte Kostenrechnung zur Festlegung der Pflögetarife eingereicht wird. Sowohl die anrechenbaren Kosten des einzelnen Leistungserbringers als auch die Höchstansätze sollen reduziert werden können.

§ 25c

Abs. 1: Alle Leistungserbringer haben unter Einhaltung der Zulassungsbedingungen die Möglichkeit, im Kanton Thurgau zulasten der Sozialversicherungen tätig zu werden. In diesem Fall gilt der Kanton Thurgau als Standortkanton eines ambulanten Leistungserbringers gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG. In der Anwendung soll Art. 25a Abs. 5 KVG zudem dahingehend präzisiert werden, dass die Regeln der Restfinanzierung des Kantons Thurgau zur Anwendung kommen, wenn Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger ausserkantonale ambulante Pflegeleistungen beanspruchen, ohne dass ein Aufenthalt zwecks Pflege und zusätzlicher Betreuung erfolgt. Damit sind maximal die im TG KVG festgelegten Höchstansätze geschuldet, wenn ausserkantonale ambulante Pflegepraxen ohne weiteren Aufenthalt beansprucht werden.

Abs. 2: Erfolgt der ausserkantonale Aufenthalt der Klientin oder des Klienten zwecks Pflege und Betreuung, gelten die Regeln der Finanzierung der Restkosten der Pflege des Standortkantons des Leistungserbringers.

§ 25d

Abs. 1 enthält den Grundsatz, dass die Restfinanzierung der Pflegeleistungen wie bisher durch die Wohngemeinde zu gewähren ist. Die Formulierung präzisiert, wie die Restfinanzierung zustande kommt: Es handelt sich um die anrechenbaren Pflegekosten des Leistungserbringers (Pflögetarifen), abzüglich der Beiträge der Sozialversicherungen und dem Beitrag der versicherten Person (Eigenanteil). Der Restfinanzierungsbeitrag selbst ist u.a. je nach Eigenanteil gemäss § 26 für Erwachsene und Kinder unter-

schiedlich. Als Hilfestellung für die Gemeinden werden bei der Berechnung der Höchstansätze auch die Pflgetarife für die einzelnen Leistungserbringer nach den Kriterien gemäss § 25b berechnet und publiziert.

Abs. 2 erster Satzteil: Für die gemäss Sozialversicherungsrecht verrechenbaren Pflegeleistungen, die durch Angehörige erbracht werden, sollen die Pflgetarife kantonal festgelegt werden (§ 25a), die daraus resultierenden Restfinanzierungsbeiträge sind durch die Wohngemeinde zu tragen.

Abs. 2 zweiter Satzteil: Die Gemeinden müssen gemäss § 7 Abs. 1 Ziff. 4 und Abs. 2 GG das gesamte Versorgungsangebot sicherstellen oder dafür Leistungsaufträge erteilen. Werden sie auf mehrere Leistungserbringer aufgeteilt (z.B. die Hauswirtschaft durch Pro Senectute und die Grundpflege durch eine erwerbswirtschaftliche Spitexorganisation), führt das bei der Spitexorganisation, welche die Behandlungspflege und die spezialisierten Leistungen erbringt, zu höheren Vollkosten pro Pflegestunde infolge der notwendigen höheren Qualifizierung und der geringeren Mengen. Zudem fallen im Einzelfall massgebliche Koordinationskosten an. Bei der Aufteilung auf mehrere Leistungserbringer sind mindestens die Koordinationsleistungen als Zusatzfinanzierung durch die Gemeinden separat abzugelten. Sie sind zwar Teil der Restkostenfinanzierung gemäss Art. 25a KVG, sind aber nicht zu verwechseln mit den Koordinationsleistungen in komplexen, instabilen Patientensituationen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KLV.

Abs. 3: Die Wohngemeinde soll weiterhin die Möglichkeit haben, Leistungsaufträge auszuweiten. Die Zusatzaufträge werden in Abgrenzung zum minimalen Leistungsangebot in allen Gemeinden als Gemeinwirtschaftliche Leistungen bezeichnet. Beispielsweise können die regulären Einsatzzeiten über die minimale tägliche Einsatzzeit von 07.00 Uhr bis 19.00 Uhr plus Pikettdienst hinaus auf regulär bis 22.00 Uhr angesetzt werden. Dies ist aus Sicht der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger, der Spitäler und zur Verzögerung von Pflegeheimeintritten wünschenswert. Es bedingt einen Doppelschichtbetrieb mit Folgekosten. Soweit nicht im Höchstansatz der Pflgetarife geregelt, kommen auch folgende, nicht abschliessend aufgezählten Zusatzleistungen als Gemeinwirtschaftliche Leistungen in Frage:

- Aufnahme- und Versorgungspflicht
- Service Public (allgemeine Erreichbarkeit, Beratung und Unterstützung pflegende Angehörige, Information über das bestehende Spitex-Angebot/Öffentlichkeitsarbeit, bedürfnisgerechte Weiterleitung von Hilfesuchenden etc.)
- Sicherstellung einer bedarfsgerechten Koordination zwischen verschiedenen Dienstleistern (Case Management)

In der Erarbeitung einer nationalen Tarifstruktur der Pflege wird dannzumal neu zu beurteilen sein, welche Leistungen zulasten der OKP verrechenbar sind, z.B. aus einer notwendigen zeitlichen Ausweitung des Angebotes, und welche Leistungen als Gemeinwirtschaftliche Leistungen zu qualifizieren sind.

§ 27

Titel und Abs. 1: Hilfe wird durch Hauswirtschaft ersetzt (vgl. Erläuterungen zu § 1 TG KVG).

Abs. 2: Bei Leistungserbringern mit kommunalem Leistungsauftrag verbilligen die Gemeinden die Leistungen der Hauswirtschaft und Betreuung, die dem Bedarf der Leistungsbezügerin und des Leistungsbezügers entsprechen, mit einem Mindestbeitrag in Prozent der Kosten. Anstelle der bisherigen Berechnung auf den ausgewiesenen Lohnkosten wird auf die ausgewiesenen anrechenbaren Vollkosten abgestellt. Der minimal zu tragende Prozentsatz wird mit der Inkraftsetzung des Gesetzes definitiv festgesetzt. Er wird auf den mit den Leistungsstunden gewichteten Durchschnitt der eingereichten und geprüften Kostenrechnungen 2022 und 2023 der Spitexorganisationen mit kommunalem Leistungsauftrag festgelegt. Weiter wird explizit festgehalten, dass die Gemeinde abgestufte Tarife aufgrund der wirtschaftlichen Verhältnisse der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger festlegen kann.

Abs. 3: Der Fahrdienst wird ergänzt, so dass bei Bedarf Kosten für die Koordination- und Einsatzplanung durch Mindestbeiträge mitgetragen werden können.

§ 27c

Die Aus- und Weiterbildungsleistungen sind Teil der Restfinanzierung gemäss Art. 25a KVG und für die Spitexorganisationen in § 25 vorstehend geregelt. Der Kanton beteiligt sich gemäss § 27a an den Aufwendungen. Alle Gemeinden sollen sich gleichermassen an den in den Spitexorganisationen unterschiedlich anfallenden Kosten für die Aus- und Weiterbildung beteiligen. Die Finanzierungsanteile für Aus- und Weiterbildungsleistungen aus § 25 sollen daher unter den Gemeinden analog zur Restfinanzierung der stationären Leistungen in Pflegeheimen aufgrund der Einwohnerzahl am 31. Dezember des Vorjahres aufgeteilt werden.

§ 27d

Abs. 1: Die Aufgaben aus der ambulanten Pflegeversorgung und Pflegefinanzierung, die einheitlich durch eine zentrale Stelle vollzogen werden, werden beim Kanton angesiedelt. Die Gemeinden beteiligen sich entsprechend dem allgemeinen Kostenteiler am direkten Aufwand mit einem Anteil von 60 %.

Abs. 2: Der Anteil gemäss Abs. 1 wird aufgrund der Einwohnerzahl auf alle Gemeinden aufgeteilt.

§ 31 Abs. 1

Der Verweis auf die Verordnung TG KVV wird durch den Hinweis auf die Bestimmungen im Gesetz betreffend die Liste säumiger Prämienzahlerinnen und Prämienzahler ersetzt.

7. Erläuterung zur Bestimmung im GG

§ 7 Abs. 1 Ziff. 4

Im TG KVG wird der Begriff „Hilfe“ durch „Hauswirtschaft“ ersetzt. Diese Änderung ist auch im GG vorzunehmen (vgl. Erläuterungen zu § 1 TG KVG).

8. Inkraftsetzung

Das Gesetz tritt auf einen durch den Regierungsrat zu bestimmenden Zeitpunkt in Kraft.

Die einheitliche Restfinanzierung wird bei den Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag zu unterschiedlichen Deckungsgraden führen. Mit einer raschen, kohärenten Harmonisierung der Leistungs- und damit einhergehend der Kostenerfassung können die Auswirkungen gedämpft werden. Es sollte zudem bei der Einführung nicht nur auf einzelne Datenjahre abgestellt werden, sondern auf die Datenjahre 2022, 2023 und 2024, die Mitte 2025 vorliegen. Die Politische Gemeinden und Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag müssen sich auf die Umstellung vorbereiten können. Daher beabsichtigt der Regierungsrat die Höchstbeiträge frühestens ein Jahr nach Inkraftsetzung festlegen, d.h. voraussichtlich per 1. Januar 2026.

9. Antrag

Wir ersuchen Sie, sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, den Gesetzesentwurf Ihrer Beratung zu unterziehen und uns über die Beschlüsse in üblicher Weise zu benachrichtigen.

Der Präsident des Regierungsrates

Der Staatschreiber



Beilagen:

- Entwurf des Regierungsrates
- Synopse