

Ambulante Pflegefinanzierung – Überblick und Zuständigkeiten

Prof. Dr. iur. Hardy Landolt LL.M.

Inhalt

- Pflegekosten
- Grundsätze des Pflegefinanzierungssystems
 - verfassungsrechtliche Vorgaben
 - Vorgaben des Bundesgesetzgebers
- Pflegefinanzierung gemäss KVG
 - Drei-Säulen-Prinzip
 - Restkostenfinanzierung durch das Gemeinwesen

PFLEGEKOSTEN

Pflegekosten

Entwicklung der Kosten im Pflegebereich (Mio. CHF)

Jahr	Pflegeheime	Pflege zu Hause (Spitex)	Pflege insgesamt	Zunahme
1995	4206,9	702,3	4909,2	
1996	4429,1	772,5	5201,6	3,96 %
1997	4593,3	768,4	5361,7	3,08 %
1998	4830,1	814,5	5644,6	5,28 %
1999	4935,2	848,4	5738,6	1,67 %
2000	5194,8	889,3	6084,1	6,02 %
2001	5578,9	935,8	6514,7	7,07 %
2002	5971,9	977,0	6948,9	6,66 %

Quelle: Bundesamt für Statistik, Auswertung der in «Kosten des Gesundheitswesens» erfassten Daten

Pflegekosten

Finanzierung der Pflege im Jahr 2002 (Ist-Zustand)

Finanzierungsträger	Pflegeheime		Pflege zu Hause		Total	
	Mio. Fr.	in %	Mio. Fr.	in %	Mio. Fr.	in %
KV (Krankenversicherung, Netto)	1186,6	19,9	247,2	25,3	1433,8	20,6
AHV	317,2	5,3	245,2	25,1	562,4	8,1
– davon direkte Subventionen	0,0	0,0	165,9	17,0	165,9	2,4
– davon Hilflosenentschädigung	317,2	5,3	79,3	8,1	396,5	5,7
IV (Invalidenversicherung)	0,0	0,0	15,4	1,6	15,4	0,2
– davon direkte Subventionen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– davon Hilflosenentschädigung	0,0	0,0	15,4	1,6	15,4	0,2
EL (Ergänzungsleistungen)	956,8	16,0	0,0	0,0	956,8	13,8
– davon EL zur AHV	956,8	16,0	0,0	0,0	956,8	13,8
– davon EL zur IV	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
UV (Unfallversicherung)	0,0	0,0	12,8	1,3	12,8	0,2
MV (Militärversicherung)	1,6	0,0	0,4	0,0	2,0	0,0
Privatversicherung	0,0	0,0	25,5	2,6	25,5	0,4
Andere private Finanzierung	92,6	1,6	44,0	4,5	136,6	2,0
Kantone/Gemeinden (Subventionen)	565,6	9,5	375,3	38,4	940,9	13,5
Sozialhilfe	99,7	1,7	1,6	0,2	101,3	1,5
Haushalte (inkl. Kostenbet. KV)	2751,8	46,1	9,6	1,0	2761,4	39,7
Total	5971,9	100,0	977,0	100,0	6948,9	100,0
Unentgeltliche Hilfe					1223,0	1

Pflegekosten

Projektionen für das Jahr 2020 und 2040

	2000–2020	2000–2040
Kosten der Pflege im Jahr 2000 (Mio. Fr.)	6 084	6 084
Demografiebedingter Kostenzuwachs (Mio. Fr.)	1 902	4 651
Nicht demografiebedingter Kostenzuwachs (Mio. Fr.)	3 154	7 981
Gesamtkosten Pflege (Mio. Fr.)	11 141	18 716
Zunahme in Prozent	83 %	208 %

Quelle: Bundesamt für Sozialversicherung (2003): Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung

Pflegekosten

Schätzung der Kosten (Mio. CHF) für das Jahr 2030

	2001	2030	Zunahme
Pflegeheime	5 578,9	12 518,5	124 %
Spitex	935,8	2 313,1	147 %
Total	6 514,7	14 831,6	128 %
Nur Effekt der Demografie	6 514,7	9 372,7	44 %

Quelle: Obsan/IRER (2004): Impact économique des nouveaux régimes de financement des soins de longue durée, Rapport à l'attention de l'OFSP

Pflegekosten

Tabelle 1: Anzahl geleistete Arbeitsstunden für Betreuung und Pflege von Angehörigen und monetäre Bewertung, gesamte Schweiz, 2010 und 2013

	Anzahl Stunden in Millionen		Durchschnittliche Arbeitskosten pro Stunde für Pflegearbeiten in CHF	Monetäre Bewertung der Pflege von Angehörigen in Millionen CHF	
	2010	2013	2010	2010	2013
Betreuung und Pflege von pflegebedürftigen Angehörigen, die im gleichen Haushalt leben	28.1	42.3	55.63	1'561.1	2'355.8
Pflege von Angehörigen, die nicht im gleichen Haushalt leben	24.4	21.4	55.63	1'358.7	1'191.8
Total	52.5	63.8		2'919.8	3'547.6

Quellen: Für die Angaben zur Betreuung und Pflege von pflegebedürftigen Angehörigen, die im gleichen Haushalt leben für das Jahr 2010 und für die durchschnittlichen Arbeitskosten pro Stunde: Satellitenkonto Haushaltsproduktion des BFS.

Für die Angaben zur Pflege von Angehörigen, die nicht im gleichen Haushalt leben und die Angaben für das Jahr 2013: Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2010 und 2013, Berechnungen BASS

GRUNDSÄTZE DES PFLEGEFINANZIERUNGSSYSTEMS

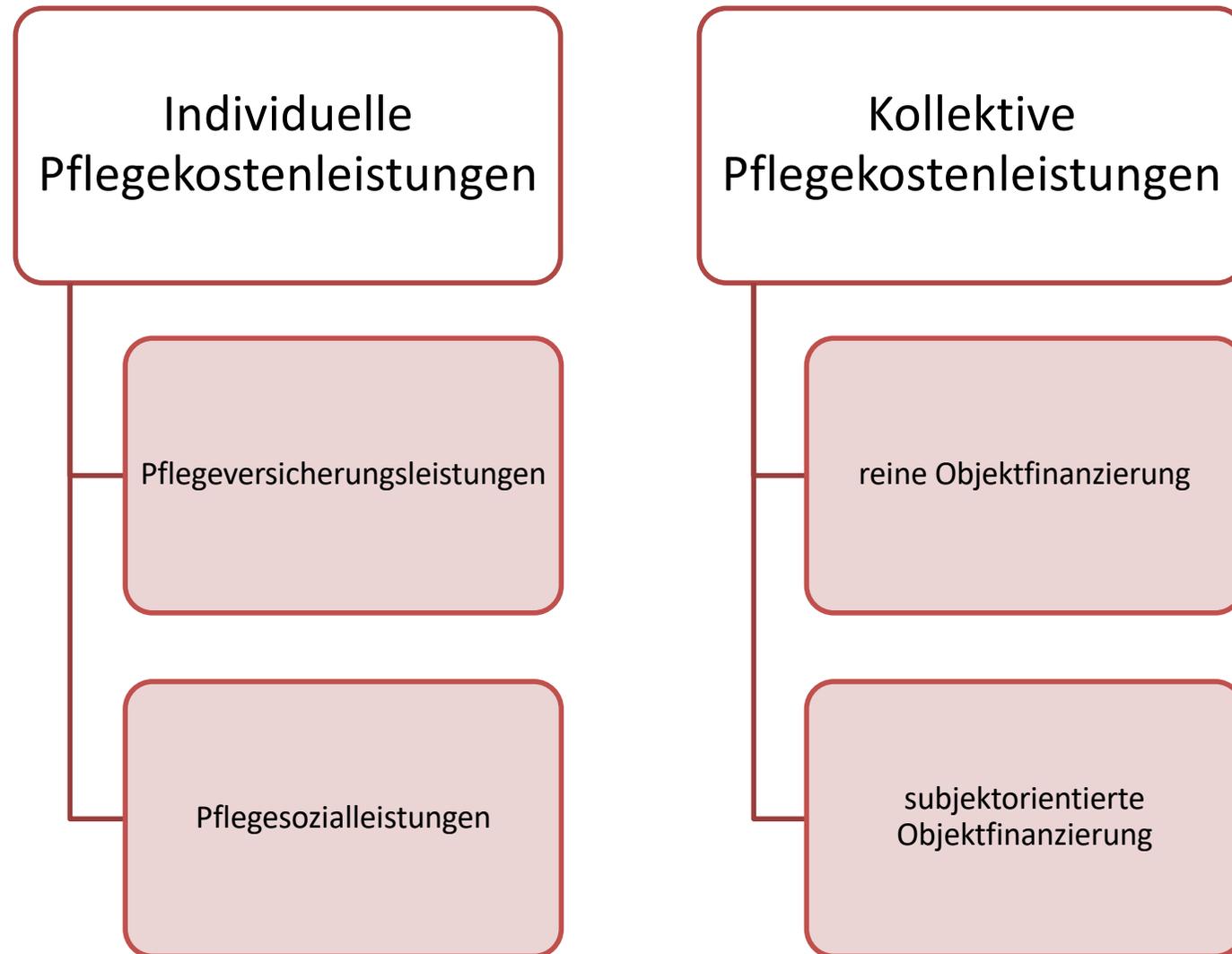
Verfassungsrechtliche Vorgaben

- Sozialziel
 - Sicherstellung der notwendigen Pflege durch Bund und Kantone (BV 41 I b)
- Kompetenzordnung
 - Bund ist finanzierungszuständig (BV 117 ff.) und regelungsbefugt für Gesundheitsberufe (BV 95 und 117 II a)
 - Kanton ist versorgungszuständig (BV 3 und 112c I)

Verfassungsrechtliche Vorgaben

- Grundrechtsordnung
 - kein Sozialrecht auf Pflegedienstleistungen und Pflegekostenübernahme (BV 41 III)
 - Kostenübernahmepflicht unter Gesetzesvorbehalt (BV 112a und 117)
 - Anspruch auf Hilfe in Notlagen (BV 12) und Schutz der Menschenwürde (BV 7)

Vorgaben des Bundesgesetzgebers



Vorgaben des Bundesgesetzgebers

- Pflegeversicherungsleistungen
 - Hilflösenentschädigung (IV, AHV, UV und MV)
 - Assistenzbeitrag (IV)
 - Pflegeentschädigung (KV, IV, UV, MV und EL)
 - Pflegehilfsmittel (KV und IV)
 - Dienstleistungen Dritter (IV und MV)
 - Versicherungsleistungen für betreuende Angehörige
 - Betreuungsgutschriften (AHV)
 - kantonale Entschädigungen

Vorgaben des Bundesgesetzgebers

- Kollektive Pflegekostenleistungen
 - Staat finanziert Pflegekosten via den Leistungserbringer
 - reine Objektfinanzierung
 - Staat deckt das Defizit oder gewährt vordefinierten Beitrag
 - subjektorientierte Objektfinanzierung
 - Staat gewährt bedarfsabhängigen Beitrag je Pflegebedürftigen
 - Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen gemäss IFEG (IFEG 7 f.)
 - Altersheim (ELG 10 II und kantonales Recht)

Vorgaben des Bundesgesetzgebers

- Kollektive Pflegekostenleistungen
 - Leistungserbringer gemäss KVG (KVG 25a V)
 - Spitex-Organisationen
 - freiberuflich tätige Pflegefachpersonen
 - Pflegeheime
 - Tages- und Nachtstrukturen

Vorgaben des Bundesgesetzgebers



PFLEGEFINANZIERUNG GEMÄSS KVG

Vorbemerkung

- Einführung Versicherungsobligatorium für ambulante Pflegeleistungen mit dem KVG (1996)
- Vollkostendeckung durch den Krankenversicherer
- Rahmentarife Bundesrat
- seit 01.01.2011: nur noch Beitragspflicht des Krankenversicherers

KVG 25a

Art. 25a Pflegeleistungen bei Krankheit

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.

² Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.

³ Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung.

⁴ Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest.

⁵ Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Im Bereich der ambulanten Pflege gelten die Regeln der Restfinanzierung des Standortkantons des Leistungserbringers. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit. Kann der versicherten Person zum Zeitpunkt des Heimintritts kein Pflegeheimplatz in geografischer Nähe in ihrem Wohnkanton zur Verfügung gestellt werden, so übernimmt der Wohnkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers. Diese Restfinanzierung und das Recht der versicherten Person zum Aufenthalt im betreffenden Pflegeheim sind für eine unbeschränkte Dauer gewährleistet.

Drei-Säulen-Prinzip

Art. 25a Pflegeleistungen bei Krankheit

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.

² Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.

³ Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung.

⁴ Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest.

⁵ Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Im Bereich der ambulanten Pflege gelten die Regeln der Restfinanzierung des Standortkantons des Leistungserbringers. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit. Kann der versicherten Person zum Zeitpunkt des Heim Eintritts kein Pflegeheimplatz in geografischer Nähe in ihrem Wohnkanton zur Verfügung gestellt werden, so übernimmt der Wohnkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers. Diese Restfinanzierung und das Recht der versicherten Person zum Aufenthalt im betreffenden Pflegeheim sind für eine unbeschränkte Dauer gewährleistet.

Drei-Säulen-Prinzip

- Seit 01.01.2011:

Pflegekosten

./ Beitrag Krankenkversicherer

./ Selbstbehalt versicherte Person

= ungedeckte Pflegekosten

- Bundesrecht regelt nur versicherte Pflegeleistungen, bestimmt aber die Pflegekosten nicht

KLV 7

**Verordnung des EDI
über Leistungen in der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung¹
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)**

832.112.31

vom 29. September 1995 (Stand am 1. Oktober 2021)

3. Abschnitt: Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim⁵¹

Art. 7 Umschreibung des Leistungsbereichs

¹ Als Leistungen nach Artikel 33 Buchstaben b KVV gelten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Absatz 2 Buchstabe a und nach Artikel 8 auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden:

- a. von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV);
- b. von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV);
- c. von Pflegeheimen (Art. 39 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994⁵², KVG).⁵³

KLIV 7

832.112.31

Kranken- und Unfallversicherung

² Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind:

- a.⁵⁴ Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination:⁵⁵
 - 1.⁵⁶ Ermittlung des Pflegebedarfs und des Umfelds des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen,
 2. Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen,
 - 3.⁵⁷ Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen;
- b. Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung:
 1. Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht),
 2. einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin,
 3. Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken,
 4. Massnahmen zur Atemtherapie (wie O₂-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),
 5. Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,
 6. Massnahmen bei Hämö- oder Peritonealdialyse,
 - 7.⁵⁸ Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten,
 8. enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen,
 9. Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen,
 10. Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern,
 11. pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz,

Krankenpflege-Leistungsverordnung

832.112.31

12. Hilfe bei Medizinal-Teil- oder -Vollbädern; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen,
 - 13.⁵⁹ pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen,
 - 14.⁶⁰ Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung;
- c. Massnahmen der Grundpflege:
 1. Allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken,
 - 2.⁶¹ Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie: Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen.

^{2bis} Die folgenden Leistungsvoraussetzungen müssen erfüllt sein:

- a. Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstabe a Ziffer 3 müssen durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) vorgenommen werden, die oder der eine zweijährige praktische Tätigkeit in interdisziplinärer Zusammenarbeit und im Patientenmanagement in Netzwerken nachweisen kann.
- b. Die Abklärung, ob Massnahmen nach Absatz 2 Buchstaben b Ziffern 13 und 14 und c Ziffer 2 durchgeführt werden sollen, muss von einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann (Art. 49 KVV) vorgenommen werden, die oder der eine zweijährige praktische Tätigkeit in der Fachrichtung Psychiatrie nachweisen kann.⁶²

^{2ter} Die Leistungen können ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden.⁶³

Drei-Säulen-Prinzip

- Beitrag der Krankenkasse (KVG 25a IV und 50 sowie KLV 7a I und III)
 - abgestuft nach Pflegebedarf
 - Stunden- (KLV 7a I) oder Tagesbeitrag (KLV 7a III)

Drei-Säulen-Prinzip

Art. 7a⁶⁵ Beiträge

¹ Die Versicherung übernimmt für Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 pro Stunde:

- a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: 76.90 Franken;
- b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: 63.00 Franken;
- c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c: 52.60 Franken.⁶⁶

² Die Vergütung der Beiträge nach Absatz 1 erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten. Zu vergüten sind mindestens 10 Minuten.

³ Die Versicherung übernimmt für Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 pro Tag:

- a. bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten: 9.60 Franken;
- b. bei einem Pflegebedarf von 21 bis 40 Minuten: 19.20 Franken;
- c. bei einem Pflegebedarf von 41 bis 60 Minuten: 28.80 Franken;
- d. bei einem Pflegebedarf von 61 bis 80 Minuten: 38.40 Franken;
- e. bei einem Pflegebedarf von 81 bis 100 Minuten: 48.00 Franken;
- f. bei einem Pflegebedarf von 101 bis 120 Minuten: 57.60 Franken;
- g. bei einem Pflegebedarf von 121 bis 140 Minuten: 67.20 Franken;
- h. bei einem Pflegebedarf von 141 bis 160 Minuten: 76.80 Franken;
- i. bei einem Pflegebedarf von 161 bis 180 Minuten: 86.40 Franken;
- j. bei einem Pflegebedarf von 181 bis 200 Minuten: 96.00 Franken;
- k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten: 105.60 Franken;
- l. bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten: 115.20 Franken.⁶⁷

Drei-Säulen-Prinzip

- Pflegekostenselbstbehalt
 - zusätzlich zu Franchise und Selbstbehalt
 - maximal 20 % der durch die Sozialversicherung ungedeckten Kosten (KVG 25a V)
 - Spitex/freiberufliche Pflegefachpersonen
 - 20 % von CHF 76.80 = CHF 15.36 x 365 = CHF 5'606.40
 - Pflegeheim
 - 20 % von CHF 108.– = CHF 21.60 x 365 = CHF 7'905.60

Drei-Säulen-Prinzip

■ Pflegekostenselbstbehalt

– Spitex/freiberufliche Pflegefachpersonen

- 20 % von CHF 76.80 = CHF 15.36 x 365 = CHF 5'606.40

– Pflegeheim

- 20 % von CHF 108.– = CHF 21.60 x 365 = CHF 7'905.60

■ Restfinanzierung

⁵ Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. **Die Kantone regeln die Restfinanzierung.** Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Im Bereich der ambulanten Pflege gelten die Regeln der Restfinanzierung des Standortkantons des Leistungserbringers. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit. Kann der versicherten Person zum Zeitpunkt des Heimeintritts kein Pflegeheimplatz in geografischer Nähe in ihrem Wohnkanton zur Verfügung gestellt werden, so übernimmt der Wohnkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers. Diese Restfinanzierung und das Recht der versicherten Person zum Aufenthalt im betreffenden Pflegeheim sind für eine unbeschränkte Dauer gewährleistet.

Restkostenfinanzierung

■ Zuständigkeit

⁵ Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Im Bereich der ambulanten Pflege gelten die Regeln der Restfinanzierung des Standortkantons des Leistungserbringers. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit. Kann der versicherten Person zum Zeitpunkt des Heim- eintritts kein Pflegeheimplatz in geografischer Nähe in ihrem Wohnkanton zur Verfügung gestellt werden, so übernimmt der Wohnkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers. Diese Restfinanzierung und das Recht der versicherten Person zum Aufenthalt im betreffenden Pflegeheim sind für eine unbeschränkte Dauer gewährleitet.

■ Anwendbares Recht

⁵ Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Im Bereich der ambulanten Pflege gelten die Regeln der Restfinanzierung des Standortkantons des Leistungserbringers. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit. Kann der versicherten Person zum Zeitpunkt des Heim- eintritts kein Pflegeheimplatz in geografischer Nähe in ihrem Wohnkanton zur Verfügung gestellt werden, so übernimmt der Wohnkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers. Diese Restfinanzierung und das Recht der versicherten Person zum Aufenthalt im betreffenden Pflegeheim sind für eine unbeschränkte Dauer gewährleitet.

Restkostenfinanzierung

- Regelungsgegenstand des Kantons
 - Berechnung, Aufteilung und Inrechnungstellung des Pflegekostenselbstbehalts
 - Berechnung
 - vollständige oder bloss teilweise Überwälzung an die versicherte Person
 - Aufteilung
 - Bei mehreren Leistungserbringern je versicherte Person ist eine Aufteilung des Pflegekostenselbstbehaltes zu regeln.
 - Inrechnungstellung
 - Inrechnungstellung durch Leistungserbringer oder Gemeinwesen

Restkostenfinanzierung

- Regelungsgegenstand des Kantons
 - Höhe der Pflegekosten der jeweiligen Leistungserbringer
 - Pflegekosten versus Betreuungskosten
 - Normkosten versus tatsächliche Kosten
 - einheitliche Kosten versus spezifische Kosten
 - Art der Rechnungslegung

Restkostenfinanzierung

- Gesetzliche Grundlagen im Kanton TG
 - Gesetz über die Krankenversicherung (TG KVG) vom 25. Oktober 1995
 - Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung (TG KVV) vom 20. Dezember 2011
 - <https://www.lexfind.ch/fe/de/search?cid=10>

Restkostenfinanzierung

832.1

832.10

Gesetz über die Krankenversicherung (TG KVG)

vom 25. Oktober 1995 (Stand 1. Januar 2020)

3.2. Ambulante Pflege sowie Hilfe und Betreuung *

§ 22 * Versorgungsangebot ambulante Pflege sowie Hilfe und Betreuung zu Hause

¹ Das Versorgungsangebot der ambulanten Pflege umfasst den Leistungsbereich der Pflegeleistungen der Sozialversicherungsgesetzgebung im ambulanten Bereich einschliesslich der Leistungen der ambulanten Akut- und Übergangspflege.

² Das Versorgungsangebot der Hilfe und Betreuung zu Hause umfasst die notwendigen Dienste im hauswirtschaftlichen und betreuerischen Bereich einschliesslich Mahlzeiten- und Entlastungsdienst für Personen, die wegen Krankheit, Mutterschaft, Unfall oder Behinderung nicht in der Lage sind, ihren Haushalt selbständig zu führen.

³ Die ambulante Pflege sowie die Betreuung kann auch in Tagesheimen sowie in Tages- oder Nachtstrukturen von Pflegeheimen erbracht werden.

§ 23 * Kosten- und Leistungsausweis der ambulanten Leistungserbringer, Fakturierung

¹ Die Kosten für ambulante Leistungen gliedern sich in:

1. Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege;

¹⁾ SR 832.10

Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung (TG KVV)

vom 20. Dezember 2011 (Stand 1. Januar 2021)

4.2. Ambulante Pflege sowie Hilfe und Betreuung

§ 39 * Spitexorganisationen, Tagesheime, Tages- und Nachtstrukturen *

¹ Private und öffentlich-rechtliche Spitexorganisationen, gemeindeeigene Spitexdienste sowie Tagesheime, Tages- und Nachtstrukturen bedürfen gemäss § 24 des Gesetzes über das Gesundheitswesen (GG)¹⁾ einer gesundheitspolizeilichen Bewilligung. Sie werden als Leistungserbringer im Sinne des KVG zugelassen, sofern sie über eine solche verfügen und die weiteren Voraussetzungen der KVV betreffend Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfüllen. Sie sind als Abgabestelle für Mittel und Gegenstände gemäss Artikel 55 KVV zugelassen. *

¹⁾ RB 810.1

Restkostenfinanzierung

- Regelungsgegenstand der Gemeinden
 - Pflegekostenselbstbehalt
 - TG KVG

§ 26 * Eigenanteil der Leistungsbezügerinnen und -bezüger

† Der Beitrag der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger an die Kosten der Pflegeleistungen gemäss § 22 Absatz 1 entspricht 10 % der verrechneten Kosten für Pflegeleistungen zu Lasten der Krankenversicherer gemäss Artikel 25a Absatz 1 KVG, höchstens aber den nach Abzug des Beitrags der Krankenversicherer verbleibenden Kosten. Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Altersjahr wird kein Beitrag erhoben.

Restkostenfinanzierung

- Regelungsgegenstand der Gemeinden
 - Restkostenfinanzierung
 - TG KVG

§ 25 * Restfinanzierung der ambulanten Pflege

¹ Die Wohngemeinde vereinbart mit den von ihr beauftragten Leistungserbringern separate Tarife für die Restfinanzierung gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG¹⁾ der ambulanten Pflege einschliesslich der ambulanten Pflege in Tagesheimen sowie in Tages- oder Nachtstrukturen von Pflegeheimen. Für gemeinwirtschaftliche Leistungen sind separate Leistungsvereinbarungen zu treffen. Die daraus folgenden Kosten sind zu übernehmen.

² Der Beitrag der Wohngemeinde an Leistungserbringer ohne kommunalen Leistungsauftrag entspricht den effektiven Restkosten der Pflegeleistungen gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG, höchstens jedoch den mit Leistungserbringern in ihrer Gemeinde vereinbarten Pflorgetarifen.

³ Die Festlegung der Pflorgetarife erfolgt nach betriebswirtschaftlichen Kriterien unter Berücksichtigung der von den Leistungserbringern ausgewiesenen anrechenbaren Kosten und der qualitativen Besonderheiten der erbrachten Leistungen.

Restkostenfinanzierung

- Regelungsgegenstand der Gemeinden
 - Restkostenfinanzierung
 - TG KVV

§ 40 Rechnungslegung

¹ Leistungserbringer der ambulanten Pflege führen eine Leistungserfassung und eine Kostenrechnung, welche die Kostenarten, die Kostenstellen und die Kostenträger umfasst. Für die Rechnungslegung ist das aktuelle Finanzmanual des Spitex Verbandes Schweiz massgebend.

² Dem Kostenträger Pflege werden nur Leistungen der ambulanten Pflege gemäss Artikel 25a Absatz 1 KVG zugeordnet. Die Akut- und Übergangspflege gemäss Artikel 25a Absatz 2 KVG ist als separater Kostenträger zu führen. *

Restkostenfinanzierung

- Regelungsgegenstand der Gemeinden
 - Restkostenfinanzierung
 - TG KVV

§ 44b * Abrechnungen der beitragsberechtigten Organisationen

¹ Die Organisation führt für die Beiträge der Gemeinden gemäss § 25 TG KVG und gemäss § 44 in der periodischen Rechnungsstellung als elektronische Zusammenstellung für die administrative Rechnungsprüfung durch die Gemeinde auf:

1. Name, Vorname, Adresse und Geburtsdatum der Leistungsbezügerinnen und -bezüger;
2. Datum des Leistungsbeginns und -endes in der Rechnungsperiode;
3. Total der für die Gemeinde in der Rechnungsperiode abgerechneten Beitragssumme sowie die beitragsberechtigten Stunden je Leistungsbereich.

² Bis zum 31. Januar des Folgejahres stellt die Organisation der Gemeinde sowie der Dienststelle für Statistik eine Zusammenstellung für das Gesamtjahr zu. Diese enthält für die Gemeinde die Angaben gemäss Abs. 1 sowie für die Dienststelle für Statistik die Angaben gemäss Abs. 1 Ziff. 3.

³ Die Gemeinden können in den Leistungsvereinbarungen auf die Angaben in der Rechnungsstellung sowie auf eine Zusammenstellung für das Gesamtjahr teilweise oder vollständig verzichten.

⁴ Dienststellen und Kontrollorgane der Gemeinden haben uneingeschränktes Einsichtsrecht in alle Dokumente, die in Zusammenhang mit ihren Beitragsleistungen stehen.

Restkostenfinanzierung



**Muster-Leistungsvereinbarung
für Gemeinden und Spitexorganisationen
im Kanton Thurgau**

**Empfehlung
des Verbandes Thurgauer Gemeinden VTG
sowie des
Spitex Verbandes Thurgau**

Gültig ab 1. Januar 2020

Restkostenfinanzierung

■ Heikle Abgrenzungsfragen

– Pflege-/Betreuungskosten

- KVG 25a V gilt nur für versicherte Pflegeleistungen gemäss KLV 7
- kantonale Regelung gilt für alle Dienstleistungen zu Hause
- <https://www.preisueberwacher.admin.ch/pue/de/home/themen/gesundheitswesen/pflegeheime.html>

– krankheits-/unfallbedingte Pflegekosten

- UVG 10 III/21 I und UVV 18 I statuieren Naturalleistungsprinzip bzw. Vollkostenübernahme (BGE 147 V 16 E. 9.3.1)
- Gemeinde entlastet UVG-Versicherer, wenn gemäss KVG 25a abgerechnet wird

Restkostenfinanzierung

- kantonsübergreifende Pflegeleistungen
 - Thurgauer wird von Leistungserbringer mit Standort in einem anderen Kanton gepflegt
 - Thurgauer wird (vorübergehend) in einem anderen Kanton gepflegt
 - von einem Leistungserbringer mit Standort im Thurgau
 - von einem Leistungserbringer mit Standort in einem anderen Kanton

**Besten Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!**

Folien sind verfügbar unter
www.lare.ch