

Der Regierungsrat des Kantons Thurgau an den Grossen Rat

Frauenfeld, 24. November 2020

681

GRG Nr.	16	IN 54	444
---------	----	-------	-----

**Interpellation von Guido Grütter, Stefan Leuthold, Ruth Kern und Karin Bétrisey
vom 4. Dezember 2019 „Hausärztemangel im Thurgau, was tun?“**

Beantwortung

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Bei Hausärztinnen und Hausärzten stehen in den nächsten Jahren viele Pensionierungen an. Die in der Interpellation angesprochene Versorgungslücke in der medizinischen Grundversorgung ist daher noch nicht überwunden. Die Talsohle ist aber absehbar. Dies zeigt die kürzlich erschienene Workforce-Studie 2020 (Medienmitteilung vom 24. September 2020) zur Schweizer Haus- und Kinderärzteschaft. Gemäss dieser Studie zeigen mehr Studienplätze, eine höhere Attraktivität für den Haus- und Kinderarztberuf und neue Arbeitszeit- und Praxismodelle eine erste Wirkung und sind die im Kanton Thurgau bisher getroffenen Massnahmen zielführend und richtig. So hat die Ärztedichte im Kanton Thurgau in den letzten 20 Jahren überdurchschnittlich zugenommen – trotz des tieferen Taxpunktwertes.

Frage 1

Die Tarifierungen der Leistungen in den Sozialversicherungen sind bundesgesetzlich geregelt. Für den angesprochenen ambulanten Taxpunkt看wert in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist Art. 46 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) einschlägig: Verantwortlich zur Aushandlung eines Taxpunktwertes sind die Krankenversicherer und die Ärzteschaft. Den Kantonen obliegt nur die Genehmigung der Tarifverträge. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, obliegt dem Kanton subsidiär die Pflicht, hoheitlich einen Taxpunkt看wert auf der Grundlage von ausgewiesenen Kosten- und Leistungsdaten festzusetzen. Für die Dauer des Festsetzungsverfahrens legt der Regierungsrat einen provisorischen Taxpunkt看wert fest.

Bis Ende 2018 galt der zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den Versicherern vereinbarte Tarifvertrag. Darin war ein Taxpunkt看wert von Fr. 0.83 festge-

legt. Der schweizerische durchschnittliche Taxpunktwert liegt bei Fr. 0.88. Da sich die Krankenversicherer und die Ärzteschaft jahrelang nicht auf einen neuen Taxpunktwert einigen konnten, wurden die entsprechenden Tarifverträge per Ende 2018 gekündigt und ein Festsetzungsverfahren beim Kanton anhängig gemacht. Seit 2019 gilt ein durch den Regierungsrat provisorisch festgelegter Taxpunktwert von Fr. 0.83 für die Dauer des hängigen Festsetzungsverfahrens. Der bis vor zwei Jahren geltende Taxpunktwert ist also als Konsens zwischen der Ärzteschaft und den Krankenversicherern zustande gekommen, weshalb die Verantwortung dafür bei den Versicherern und der Ärzteschaft liegt. Das seit Anfang 2019 laufende Festsetzungsverfahren treibt der Regierungsrat zusammen mit weiteren Ostschweizer Kantonen mit hoher Priorität voran. Es ist dabei stets zu bedenken, dass ein Taxpunktwert, der auf nicht-validen Daten beruht, von den Krankenversicherungen vor Bundesverwaltungsgericht angefochten und gekippt werden kann, womit das Festsetzungsverfahren neuerlich begonnen werden müsste. Es ist also im Interesse aller Beteiligten, einen datenbasierten Taxpunktwert festzusetzen, um die Chancen zu erhöhen, dass dieser in einem allfälligen nachgelagerten Gerichtsverfahren bestätigt würde. Die bisherige Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts in diesen Angelegenheiten ist äusserst streng. Nur in einem einzigen Fall wurde ein Festsetzungsentscheid einer kantonalen Regierung geschützt, während mehrere andere Festsetzungsentscheide gekippt wurden, weil unter anderem die Datengrundlage als nicht ausreichend beurteilt wurde. Ob in naher Zukunft ein gerichtlich verteidigbarer Taxpunktwert zustande kommt, hängt damit in hohem Masse davon ab, ob die Grundversorger die nur ihnen vorliegenden Daten zugänglich machen oder nicht.

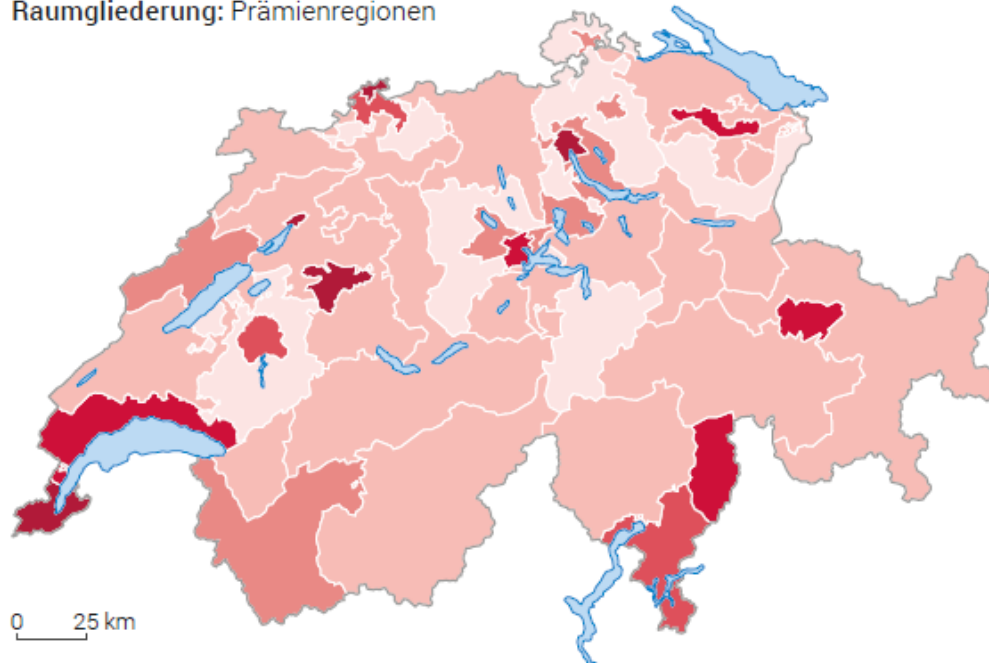
Weiter ist anzuführen, dass der bis Ende 2018 geltende Tarifvertrag vorsieht, dass die Ärztinnen und Ärzte eine Privatapotheke betreiben dürfen und damit ein zusätzliches Einkommen generieren können (Selbstdispensation). In allen ganz oder teilweise französisch-sprachigen Kantonen sowie in den Kantonen Tessin, Basel-Stadt und Aargau ist dies nicht möglich. Soll die monetäre Attraktivität des Hausarztberufes in verschiedenen Kantonen verglichen werden, greift es also zu kurz, nur die kantonalen Taxpunktwerte zu vergleichen. Die Ärztinnen und Ärzte haben durch die Selbstdispensation die Möglichkeit, ein erhebliches Zusatzeinkommen zu erzielen. Im Rahmen einer Gesamtbeurteilung der Attraktivität des Hausarztberufs im Kanton Thurgau ist dies zu berücksichtigen. Eine Variante bestünde darin, den Taxpunktwert signifikant zu erhöhen und die Selbstdispensation abzuschaffen. Dies würde die interkantonale Vergleichbarkeit erhöhen, allerdings wäre dies wohl mit massivem politischem Widerstand verbunden.

Zusammenfassend stellt ein tiefer Taxpunktwert grundsätzlich einen Standortnachteil dar. Dieser wird allerdings, beispielsweise durch die Selbstdispensation, monetär relativiert. Hinzu kommt, dass ein höherer Taxpunktwert in einer Region oftmals auch mit einer höheren Ärztedichte und damit einem grösseren Wettbewerb unter den Ärztinnen und Ärzten um die Patientinnen und Patienten verbunden sind. Es ist also zu bezweifeln, dass der Taxpunktwert alleine für die Standortwahl entscheidend ist. So lässt die Grundversorgerstatistik¹ vermuten, dass weniger die Entschädigung als vielmehr die At-

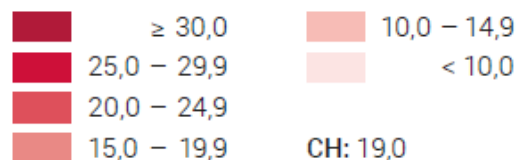
¹ Gesundheitsversorgungsstatistik Gesundheitspersonal 2018: Räumliche Verteilung der Beschäftigung und der Vergütung, Bundesamt für Statistik BFS-Nummer 2067-1800, veröffentlicht 06.10.2020.

traktivität der Städte und Zentren im Vergleich zu ländlichen Regionen für die Ärztedichte ausschlaggebend ist. So hat zum Beispiel die Region St. Gallen eine deutlich höhere Ärztedichte als die sie umgebenden übrigen Ostschweizer Regionen, obwohl überall derselbe Taxpunktwert gilt:

Raumgliederung: Prämienregionen



Ärztinnen/Ärzte in Arztpraxen und ambulanten Zentren¹ pro 10 000 Einwohner/innen



¹ in Vollzeitäquivalenten

Quelle: BFS – Gesundheitsversorgungsstatistik (GVS)

© BFS 2020

Frage 2

Die Ärztedichte hat im Kanton Thurgau zwischen 2000 und 2018 um 28 % zugenommen, während der Anstieg schweizweit mit 17 % Anstieg deutlich kleiner ausfiel.² Es kann also nicht per se von einem Fachärztemangel ausgegangen werden. Gleichwohl hat der Kanton Thurgau in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren verschiedene direkte Fördermassnahmen ergriffen, um einer potenziellen Versorgungslücke in der medizinischen Grundversorgung entgegenzuwirken:

² Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), Ärztestatistik, Bundesamt für Statistik, 1971 – 2010 Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP), ab 2011 Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP).

- Der Kanton Thurgau fördert die Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten, insbesondere im Bereich der Grundversorgung. Zu erwähnen sind die Praxisassistentenprogramme, die Unterstützung der Anlaufstelle für Gemeinden und junge Hausärztinnen und Hausärzte sowie die Kostendeckungsbeiträge an die Notfallpraxen.
- Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und die Spital Thurgau AG betreiben Notfallpraxen an den Kantonsspitalern. Die Notfallpraxen entlasten mit strukturierten, planbaren Diensten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte überwiegend von Notfalleinsätzen ausserhalb der Praxisöffnungszeiten.
- Mit dem Medical Master an der Universität St. Gallen verfolgt der Kanton Thurgau zusammen mit den anderen Ostschweizer Kantonen das Ziel, einen Teil der ärztlichen Ausbildung in die Ostschweiz und damit näher zur eigenen Versorgungsregion zu holen. Das Engagement der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Thurgau in der Ausbildung dieser angehenden Ärztinnen und Ärzten ist erfreulich.
- Die Spital Thurgau AG hat die Zahl der Weiterbildungsstellen von 184 Vollzeit-äquivalenten im Jahr 2015 auf 219 im Jahr 2019 erhöhen können. Die Spital Thurgau AG kann und konnte anerkannte Ärztinnen und Ärzte für freierwerbende Kaderstellen der Kliniken gewinnen, die ihrerseits den Nachwuchs aktiv fördern. Auch die neun Privatkliniken im Kanton Thurgau können inzwischen zusammen über 40 vollzeitäquivalente Weiterbildungsstellen besetzen. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich innerkantonale im Spital etablierte Ärztinnen und Ärzte in der Region niederlassen, ist im Vergleich zur Gewinnung von ausserkantonal tätigen Ärztinnen und Ärzten grösser. Die Erfahrung zeigt, dass häuslich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oft in einer Region bleiben, weil sie dort ein soziales Netzwerk, eine Familie und Wohneigentum haben. Da sich diese Aspekte für gewöhnlich in der Aus- und Weiterbildungszeit festigen, sind die erwähnten Angebote wichtig zur Behebung des drohenden Ärztemangels.

Frage 3

Die in der Frage angesprochene Limitierung von Leistungen bezieht sich auf den Tarifeingriff des Bundesrates aus dem Jahr 2017, der auf den 1. Januar 2018 in Kraft trat. Es handelt sich bei diesem um den zweiten nach 2014. Er erfolgte subsidiär, nachdem die Tarifpartner über Jahre keine Änderungen am Tarif vornehmen wollten. Die Eidgenössische Finanzkontrolle forderte den Bundesrat mehrmals dazu auf, die Sachgerechtigkeit des ambulanten Tarifs (TARMED) aus dem Jahr 2004 herzustellen – erstmals im Jahr 2010. Die Tarifpartner weigerten sich aber konstant, Anpassungen vorzunehmen. Am 23. Dezember 2011 revidierten die eidgenössischen Räte das KVG und gaben dem Bundesrat eine subsidiäre Kompetenz, die Sachgerechtigkeit des Tarifs festzustellen (aktuell gültiger Art. 43 Abs. 7 KVG). Dies in der Hoffnung, den Druck auf die Tarifpartner so zu erhöhen, dass sie zu einer Einigung über die Weiterentwicklung des TARMED gelangten. Nach über sieben Jahren erfolglosen Tarifverhandlungen sah sich der Bundesrat im Jahr 2017 schliesslich zu diesem Tarifeingriff gezwungen. Ein wesentlicher Grund für das Scheitern der Verhandlungen war der Unwille der FMH ihren umfassenden

den ambulanten Datensatz transparent zur Weiterentwicklung des TARMED zur Verfügung zu stellen, in der Annahme, dass dadurch sämtliche Änderungen vor Gericht nicht Bestand hätten. Das Bundesgericht stützte aber wider Erwarten den Bundesrat, nachdem sich eine Klinik beschwerte, obwohl der Tarifeingriff 2018 im Widerspruch zum Wortlaut KVG steht. Für das Bundesgericht stand nicht die Sachgerechtigkeit des Tarifs, sondern die Möglichkeit des Bundesrats, in dieser verfahrenen Situation überhaupt noch Reformen am Tarifsysteem vornehmen zu können, im Vordergrund (Urteil 9C_476/2017 des Bundesgerichts vom 29. März 2018).

Es liegt somit nicht in der Verantwortung des Kantons oder des Bundes, vielmehr müssten sich die Ärzteschaft und die Krankenversicherer endlich einigen. Das in der Frage angesprochene Zeitlimit bei Konsultationen beträgt 20 Minuten. Darüber hinaus muss über eine Beratung abgerechnet werden. Dem Bedarf der Schwächsten unserer Gesellschaft – den alten und mehrfacherkrankten Menschen – wurde mit einer Abstufung Rechnung getragen: Bei Kindern unter sechs Jahren, Personen über 75 Jahren und multimorbiden Patientinnen und Patienten zwischen 6 und 75 Jahren beträgt das Zeitlimit 30 Minuten. Die besonderen Bedürfnisse der schwächsten Mitglieder der Gesellschaft sind somit explizit berücksichtigt. Bei Kindern unter 6 Jahren gibt es darüber hinaus einen Zuschlag von Fr. 10.90, was einer zusätzlichen Unterstützung der Kleinsten gleichkommt.

Die psychiatrische Versorgung wurde im Kanton Thurgau in den letzten zehn Jahren ausgebaut, indem die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Psychiatrie und Psychotherapie deutlich gestiegen ist. Während die Ärztedichte in der ambulanten Psychiatrie und Psychotherapie 2008 noch 40 % unter dem schweizerischen Durchschnitt war, lag sie 2019 noch 22 % unter dem schweizerischen Durchschnitt. 31 Ärztinnen und Ärzte waren pro 100'000 Einwohner tätig. Insgesamt wird die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte der Psychiatrie und Psychotherapie jedoch durch den national verhängten Zulassungsstopp begrenzt. Die Zahl der Gesuche übersteigt regelmässig das in der entsprechenden Bundesverordnung zugelassene Kontingent für den Kanton Thurgau.

Frage 4

Seit Januar 2001 sind gemäss Art. 36a KVG Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, als zulassungsfähig vorgesehen. Mit der Totalrevision des Gesetzes über das Gesundheitswesen (GG; RB 810.1) vom 1. September 2015 wurde diese Organisationsform auf Antrag von bestehenden Gruppenpraxen in die Bewilligungspraxis des Kantons Thurgau aufgenommen. Die Umsetzung bereitet nun offensichtlich Schwierigkeiten, auch im Zusammenhang mit der Heilmittelgesetzgebung. Eine Änderung der Bewilligungspraxis ist zu prüfen.

Frage 5

Die Dokumentationspflicht hat in der gesamten Gesundheitsversorgung über die letzten Jahrzehnte zugenommen. Das betrifft neben der Auskunftspflicht gegenüber den Sozialversicherungen mit dem aufwendigen Berichtswesen in den Bereichen Unfallversicherung und Invalidenversicherung die Qualitätssicherung für die Arzneimittelabgabe gemäss dem Heilmittelgesetz (HMG; SR 812.21), Laborringversuche, die Meldepflicht für Krankheiten gemäss dem Epidemiengesetz (SR 818.101) und weitere, insbesondere die vermehrt kritischen Nachfragen der Krankenversicherer im Bereich des KVG. Gemäss Art. 32 KVG müssen die Leistungen der OKP wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (WZW-Kriterien). Gemäss Art. 34 KVG sind die Krankenkassen für die Einhaltung der WZW-Kriterien verantwortlich, da sie nur solche Kosten übernehmen dürfen. Zwecks Umsetzung der WZW-Kriterien häufen sich die Nachfragen der Versicherer bei den Leistungserbringern zu einzelnen Leistungen, was zu einer detaillierteren Dokumentation bei den Leistungserbringern führt. Der grösste Teil der Anforderungen und Gründe für eine steigende Dokumentationspflicht wird also durch die Bundesebene und von den Versicherern vorgegeben, weshalb der Kanton nur beschränkt Einfluss nehmen kann. Zutreffend ist allerdings auch, dass bedingt durch den medizintechnischen Fortschritt und die demografische Entwicklung die Komplexität der Diagnostik und die Breite der Behandlungsmöglichkeiten zugenommen haben, was sich zwangsläufig in einer detaillierteren Administration niederschlägt. Ein wirkungsvolles Mittel, um steigender Administration und Dokumentation zu begegnen, liegt nach Ansicht des Regierungsrates in der Digitalisierung der Prozesse, was eine grosse Vereinfachung bringen kann. Zukunftsorientierte Leistungserbringer stellen ihr oft noch papierisches Dokumentationssystem daher auf digitale Systeme um, was die Nachverfolgbarkeit von Therapieentscheiden, die Qualitätskontrolle und die Datenübergabe an andere Leistungserbringer vereinfacht und die Fehleranfälligkeit reduziert.

Frage 6

Die Grundlagen zur Regelung des Notfalldienstes bildet das Medizinalberufegesetz (MedBG; SR 811.11). Art. 40 Abs. 1 lit. g MedBG hält fest, dass Personen, die einen universitären Medizinalberuf privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung ausüben, bestimmte Berufspflichten obliegen, unter anderem, nach Massgabe der kantonalen Vorschriften in Notfalldiensten mitzuwirken. Diese kantonalen Vorschriften finden sich für den Kanton Thurgau in § 19 GG. Gemäss diesem sind nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker verpflichtet, Notfalldienst zu leisten. In keinem einzigen Kanton wird der Ärzteschaft die Pikettzeit für den Notfalldienst entschädigt. Auch die Apothekerinnen und Apotheker sowie die Zahnärztinnen und Zahnärzte erhalten keine Entschädigung für die Pikettzeit, wohl aber, wie die Ärzteschaft, für einen tatsächlichen Einsatz während der Pikettzeit. Der Kanton Thurgau hat auf der Grundlage der vorerwähnten gesetzlichen Regelungen mit der Ärztesgesellschaft Thurgau (ÄTG) eine Leistungsvereinbarung über den ärztlichen Notfalldienst abgeschlossen. Gemäss dieser Leistungsvereinbarung ist die ÄTG für die Organisation des Notfall- und Präsenzdienstes verantwortlich und hat auf dieser Basis die Notfallreglemente erlassen.

Der Kanton Thurgau hat bei der Revision des GG grössten Wert darauf gelegt, den Notfalldienst mit möglichst wenig dienstleistenden Ärzten sicherzustellen, und hat deshalb zwei Notfallpraxen an den Kantonsspitalern Frauenfeld und Münsterlingen geschaffen. Ärzte können seither ihren Notfalldienst in einer dieser beiden Notfallpraxen leisten. Diese Dienste sind planbar und werden üblicherweise mit Fr. 200 pro Stunde abgegolten.

Die ÄTG ist mit dem Wunsch zur Einführung einer Pikettentschädigung an den Kanton herangetreten. Bei einer ersten Prüfung hat sich gezeigt, dass das Notfalldienstreglement der ÄTG dem revidierten GG nicht entspricht und die Ersatzabgabe von Ärztinnen und Ärzten, die keinen Notfalldienst leisten, seit Jahren zu tief angesetzt ist oder gar nicht erhoben wurde. Die Ersatzabgabe eröffnet einen Fonds, dessen Zweck die Organisation und Sicherstellung des Notfalldienstes ist. Eine allfällige Pikettentschädigung könnte je nach Ausgestaltung der Höhe in Teilen darüber finanziert werden. Bevor jedoch der gesetzliche Zustand im GG aus dem Jahr 2015 in Bezug auf die Ersatzabgabe durch die ÄTG nicht hergestellt ist, wird die Diskussion über die Einführung einer Pikettentschädigung nicht aufgenommen. Ob eine allfällige Pikettentschädigung, die pro Ärztin oder Arzt wenige tausend Franken pro Jahr betrüge, die Attraktivität einer ärztlichen Tätigkeit im Thurgau angesichts des durchschnittlichen Einkommens einer Hausärztin oder eines Hausarztes mit Facharzttitel für Allgemeine innere Medizin von Fr. 241'000 (Median) oder Fr. 269'000 (Mittelwert)³ entscheidend zu erhöhen vermöchte, ist zu bezweifeln.

Die Einhaltung der arbeitsrechtlichen Vorgaben ist Sache des Arbeitgebers. Dies dürfte die Grundversorger allerdings regelmässig nicht betreffen, da das Arbeitsgesetz auf selbständig Erwerbende nicht oder nur teilweise anwendbar ist. Sollte eine selbständige Ärztin oder ein selbständiger Arzt unter zu kurzen Ruhepausen leiden, weil sie während einer Pikettnacht einen Einsatz hatten, so steht es ihnen frei, am darauf folgenden Tag die Sprechstunde später anzusetzen.

Frage 7

Die ärztliche Betreuung in den Pflegeheimen wird in erster Linie durch Hausärztinnen und Hausärzte der Region sichergestellt, weil die freie Arztwahl auch für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen gilt. Daneben hat jede Institution den Auftrag, eine Heimärztin oder einen Heimarzt namentlich zu bezeichnen. In der Regel betreut diese Person auch eigene Patientinnen und Patienten in der Institution. In einer schriftlichen Vereinbarung mit dem Pflegeheim wird die Zusammenarbeit geregelt. Die Attraktivität der Tätigkeit als Heimärztin oder Heimarzt hängt unter anderem von der Entschädigung ab, die im Heimarztvertrag zwischen dem Pflegeheim und der Ärztin oder dem Arzt geregelt ist. Der Kanton nimmt auf diese privatrechtliche Vereinbarung keinen Einfluss. Die Kosten fliessen in die Kostenrechnung der Pflegeheime ein.

³ Vgl. S. Künzi Kilian und Mario Morger (2018): Einkommen, OKP-Leistungen und Beschäftigungssituation der Ärzteschaft 2009–2014, Bern: BASS, S. 22. Berücksichtigt ist das AHV-pflichtige Einkommen, das allfällige Dividendenauszahlungen und Gewinnbeteiligungen am Ergebnis einer Arztpraxis nicht per se einschliesst.

Pflegeheime mit einer oder einem nicht im Kanton Thurgau ansässigen Heimärztin oder Heimarzt sind dem Amt für Gesundheit nicht bekannt. Derzeit hat eines der 50 Pflegeheime auf der Pflegeheimliste einen deutschstämmigen ausserkantonalen Arzt mit einer 90-Tage-Bewilligung für die Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern engagiert, die keine eigene hausärztliche Betreuung haben. Die Tätigkeit des Heimarztes obliegt in diesem Fall weiterhin dem bestehenden Heimarzt. Die in der Interpellation vorgebrachten Zustände von oft ausländischen, schlecht deutschsprechenden und häufig wechselnden Heimärztinnen und Heimärzten ist unzutreffend.

Frage 8

Der Regierungsrat ist der Ansicht, dass eine bessere Verteilung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten in der medizinischen Grundversorgung eines der zentralen Mittel ist, um dem Hausärztemangel entgegenzuwirken. Eine Neuorganisation der Aufgabenerledigung innerhalb einer Praxis ist eine Möglichkeit. Ebenso zielführend erachtet es der Regierungsrat, wenn die Apotheken mehr Verantwortung und Aufgaben in der medizinischen Grundversorgung übernehmen. Apothekerinnen und Apotheker verfügen über das nötige medizinische Wissen und entsprechende Kompetenzen. So könnte dem Fachkräftemangel rasch, einfach und kostengünstig entgegengewirkt werden, wie in der Interpellation gefordert. Auch an dieser Stelle ist die integrierte Versorgung und Vorsorge als Erfolgsmodell ins Zentrum zu rücken.

Hinsichtlich der Medizinischen Praxisassistentinnen (MPA) ist darauf hinzuweisen, dass diese in Ausbildung und Kompetenzen nicht mit den Advanced Practice Nurses (APN) verglichen werden können. Die MPA-Ausbildung schliesst mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (dreijährige Lehre) analog zur Fachangestellten Gesundheit ab und die erlernten Kompetenzen können nur in einer Tätigkeit in der Praxis unter direkter Aufsicht und Verantwortung der delegierenden Ärztin oder des Arztes ausgeführt werden. APN ist ein Weiterbildungsabschluss auf Masterniveau (Master of Science in Pflege mit APN-Profil), der an eine Ausbildung auf Tertiärstufe A als dipl. Pflegefachfrau oder Pflegefachmann HF/FH in eigener fachlicher Verantwortung anschliesst.

Im Übrigen ist der Prozess zur Aufnahme neuer Leistungserbringer und deren Kompetenzen im KVG geregelt. Sollten Leistungen, die über die OKP abgerechnet werden, neu von der MPA ausgeführt werden können, muss diese erweiterte Delegationsfähigkeit von der Ärztin oder vom Arzt an diese Berufsgruppen mit einem konkreten Antrag durch die FMH auf Bundesebene initiiert und vorangetrieben werden. Kommt es zu einer Gesetzes- oder Verordnungsrevision, wird sich der Kanton in einer Vernehmlassung dazu äussern können.

Frage 9

Auch das Verbrauchsmaterial inkl. dessen Finanzierung ist durch das KVG schweizweit geregelt. Es ist weder Teil des Krankenversicherungsgesetzes des Kantons Thurgau (TG KVG, RB 831.10) noch des GG. Mittel und Gegenstände, die nicht durch die Pati-

entinnen und Patienten, sondern durch Gesundheitsfachpersonen in der Pflege angewendet werden, sind gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichtes in den Beiträgen gemäss Art. 25a KVG eingeschlossen. Die Verwendung von Verbrauchsmaterial durch die Ärztin oder den Arzt ist im ärztlichen Tarifvertrag TARMED geregelt.

Die Änderung des KVG betreffend die Vergütung des Pflegematerials durch die Grundversicherung (20.046) wurde vom Nationalrat als Erstrat in der Herbstsession 2020 einstimmig gemäss Entwurf des Bundesrates gutgeheissen. Demgemäss würde das Eidgenössische Departement des Innern Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen sowohl in der Selbstanwendung durch Patientinnen und Patienten als auch durch Fachpersonen in der Pflege und Behandlung erlassen.

Frage 10

Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen der Krankenversicherung (EFAS) soll einen systemischen Fehlanreiz in der Finanzierung des Gesundheitsbereichs korrigieren und so das Kostenwachstum im Gesundheitsbereich bremsen. Der Kanton Thurgau unterstützt das Ziel der EFAS. Der Einbezug des Pflegebereichs hat dabei nur integral zu erfolgen, wenn dies die Erfolgsaussicht der Vorlage in politischer Hinsicht nicht zu sehr gefährdet.

Der Präsident des Regierungsrates

Der Staatsschreiber