

Was kosten Spitex-Leistungen und wer zahlt?

Spätherbst – die Zeit, in der an Einwohnerratssitzungen und Gemeindeversammlungen die Budgets verabschiedet werden. Mancherorts zu reden geben dabei die Kosten der Langzeitpflege, was in Anbetracht des steten Wachstums nicht überrascht.

Um die Diskussionen sachlich und gezielt führen zu können, ist es wichtig, die Finanzierung sowie die gesundheitspolitischen Entwicklungen und Einflüsse zu kennen. Wer finanziert die Spitex-Leistungen? Warum sind die Tarife der Versicherer seit 2011 gleich und sollen nun sogar – geht es nach dem Bundesrat – ab Sommer 2019 um 3.6% gesenkt werden? Was hat es mit der Finanzierung der MiGeL-Artikel auf sich? Mit diesem Bulletin trägt der Spitex Verband Aargau zur Klärung bei, denn auch wir beobachten die zunehmende finanzielle Belastung der Gemeinden mit Sorge.

Der eben erschienene Bericht des Bundesamtes für Statistik (BFS) macht deutlich, dass der nationale Trend nach ambulanten Leistungen weiter zunimmt. Gegenüber 2016 erhöhten sich die Aufenthaltstage in Alters- und Pflegeheimen um lediglich 0.7%, während die von der Spitex geleisteten Pflegestunden um 7,6% und die verursachten Kosten um 5.8% gestiegen sind. Diese Entwicklung ist gesundheitspolitisch erwünscht und wird mit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ entsprechend gesteuert.

Es ist aber nicht nur die Menge alleine, welche die Spitex-Kosten beeinflusst. Die Nachfrage nach anspruchsvollen Leistungen nimmt deutlich zu, damit steigen die Anforderungen an das Personal. Die Behandlung von komplexen Wunden gehört heute ebenso zum Spitex-Alltag, wie umfassende Beratungs- und Koordinationsleistungen in komplexen Situationen sowie die Begleitung von Menschen in aufwändigen palliativen Situationen oder mit psychiatrischen Erkrankungen.

Parallel dazu sind auch die Ansprüche der Versicherer gestiegen. Sie fordern – richtigerweise – eine klare Dokumentation der erbrachten Spitex-Leistungen sowie den Nachweis von Effizienz und Wirksamkeit.

Trotz der steigenden Ansprüche bleiben die Tarife von Versicherern sowie die Patientenbeteiligung fix. Einzig die Restkosten, welche die Gemeinden tragen, sind variabel.

Selbst Ruth Humbel, ausgewiesene Gesundheitspolitikerin und Verwaltungsratsmitglied der Krankenkasse Concordia, vertritt im Interview die Meinung, dass sich alle am Kostenwachstum beteiligen müssen und setzt sich dafür ein, dass die Kosten für die MiGeL-Artikel von den Krankenversicherern zu bezahlen sind.

Aber wie sehen das Versicherer und Restkostenfinanzierer? Lesen Sie dazu die Antworten von Annette Jamieson (Helsana Versicherungen AG) und Bruno Gretener (Gemeindeammann Mellingen).

„Die Pflege zu Hause kann nicht auf die Kostenfrage reduziert werden“, meint Ruth Humbel im Interview. Es wäre wünschenswert, wenn sich diese Haltung vermehrt durchsetzen würde, denn ambulant vor stationär ist nicht nur politisch erwünscht und ökonomisch sinnvoll, sondern entspricht auch dem Willen der Betroffenen und ihrer Angehörigen. ●



Rebekka Hansmann,
Präsidentin SVAG

Wer bekommt den Schwarzen Peter?

Seit 1.1. 2018 gehen die Produkte aus der Mittel- und Gegenständeliste (MiGel) nicht mehr zulasten der Krankenkassen. Die Gemeinden als Restkostenfinanziererinnen sehen sich mit erheblichen Mehrkosten konfrontiert. Zudem schlägt der Bundesrat eine Kürzung des Krankenkassenbeitrages an die Pflegekosten um 3.6 % vor, auch dies zu Lasten der Restkostenfinanzierer. In der Mitte steht die Spitex mit dem Auftrag, weiterhin die gewohnt qualitativ hochwertige Leistung zu erbringen.

KOSTEN AUF DREI SCHULTERN VERTEILT

Der Vollkosten für den Einsatz einer Spitex-Fachperson pro Stunde kostet im Aargau im Durchschnitt CHF 114.-. Davon bezahlen die Krankenkasse und die Klientin oder der Klient¹ je einen fixen Betrag (s. Grafik). Die Restkosten gehen zulasten der Restkostenfinanzierer – im Aargau sind dies die Gemeinden. Den Versicherern in Rechnung gestellt werden darf nur jene Zeit, welche die Pflegefachperson direkt bei der Klientin, beim Klienten im Einsatz ist. In diesem Tarif sind Vor- und Nachbereitung, Dokumentation, Wegzeit, Transportmittel, IT und Infrastruktur, Weiterbildung sowie Administration und Ausbildung des Nachwuchses inkludiert. Effizienz und schlanke Strukturen sind somit die Basis jeder NPO-Spitex-Organisation.

MIT EINEM SCHOCK IN DEN JAHRESWECHSEL

Kurz vor Weihnachten 2017 erhielt die Spitex-Branche die Information, dass per Urteil des Bundesver-

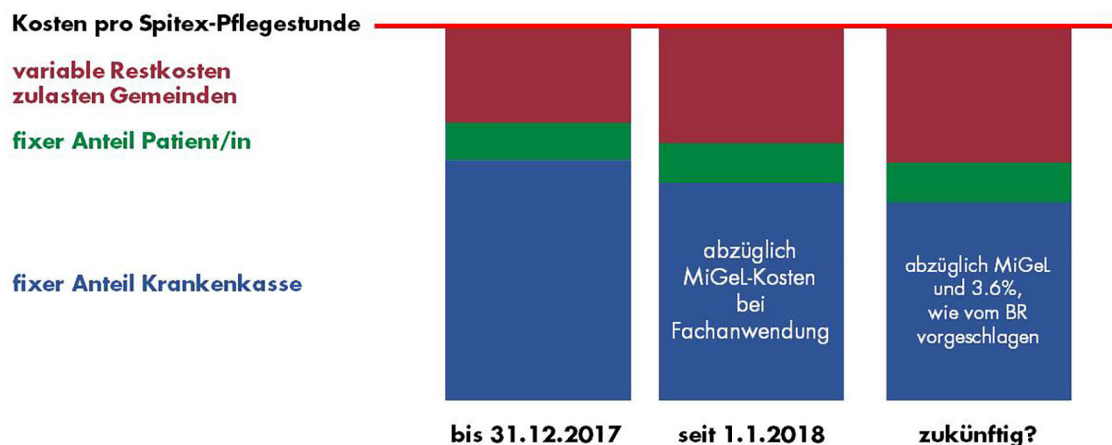
waltungsgerichts die Begleichung von Produkten der Mittel- und Gegenständeliste (MiGel) durch die Krankenkassen ab 1.1.2018 rechtswidrig sei (s. Kasten).

Nach dem Urteil stiegen die ungedeckten Kosten pro Pflegestunde.

Kommt bei der Pflege vor Ort Material zum Einsatz, wurden bis anhin die Kosten den Krankenkassen verrechnet. Diese würden fortan die Kosten nicht mehr übernehmen, wenn das Pflegematerial von einer Spitex-Fachperson angewendet wird. Im Zuge dieses Urteils stiegen die ungedeckten Kosten pro Pflegestunde – die Restkosten - zusätzlich. Zahlreiche Aargauer Gemeinden sind nicht bereit, für das laufende Jahr, diese ungeplanten Zusatzkosten zu tragen (s. Interview „Zwei Positionen“).

DRUCK VON OBERSTER STELLE

Die Spitex-Organisationen hatten sich vom „MiGel“-Schreck noch nicht erholt, als sich Mitte Jahr der Bundesrat zu den Kosten der ambulanten Pflege äusserte: Im Rahmen einer Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurden die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) überprüft. Man stellte fest, dass die Beiträge der Versicherer für die ambulante Pflege unter dem Aspekt der Kostenneutralität um 3.6 % gesenkt werden müssten. Der daraus resultierende



Die Kosten für eine Spitex-Pflegestunde werden auf drei Schultern verteilt: Krankenkasse, Patient/in und Gemeinde. Beitragssenkungen der Krankenkassen gehen gänzlich zulasten der Gemeinden als Restkostenfinanziererinnen – und somit zulasten der Steuerzahler/innen.

Vorschlag des Bundesrates steht diametral zu den Erwartungen der Spitex, die Beiträge der OKP an die ambulante Pflege aufgrund der vermehrt komplexen Pflegefälle zu erhöhen. Zudem widerspricht er gänzlich dem Grundsatz ambulant vor stationär, welcher eben dieser Bundesrat propagiert. Angesichts der Tatsache, dass die MiGeL-Kosten neu auch in die Restkosten fliessen, ist das Ansinnen des Bundesrates ein Schlag ins Gesicht der Spitex und besonders auch der Restkostenfinanzierer.

DURCHSCHNITTLICHE VOLLKOSTEN BLEIBEN KONSTANT

Seit 2013 sind die durchschnittlichen Vollkosten pro Pflegestunde der NPO-Spitex-Organisationen im Aargau konstant. Dies obwohl Anpassungen der kantonalen Pflegeverordnung sowie gesundheitspolitische Entwicklungen einen Leistungsausbau verlangten. So sind heute zum Beispiel zusätzliche Angebote in den Bereichen Psychiatrie und spezialisierte Palliative Care vorgeschrieben.

Die Kostensteigerung ergibt sich aus dem erhöhten Bedarf an Spitex-Leistungen. Die starke Zunahme lässt sich auf die Demografie (alternde Bevölkerung), die Lebensform (viele alleinstehende Personen ohne pflegende Angehörige) sowie auf die gesundheitspolitischen Entwicklungen (ambulant vor stationär) zurückführen.

Zwar steigt die Restkostensumme für die Spitex, doch spart jede in den eigenen vier Wänden

gelöste Pflegesituation die weitaus höheren Gesamtkosten, die in stationären Einrichtungen entstehen würden ein.

EINSPARUNGEN BEI PERSONALKOSTEN WÄREN NICHT NACHHALTIG

Mit der Umsetzung von „ambulant vor stationär“ werden die Pflegesituationen zu Hause immer anspruchsvoller, z.B. komplexes Wundmanagement, Pflege von Menschen mit demenzieller Erkrankung oder in palliativen Situationen.

Pflegesituationen zu Hause werden anspruchsvoller.

Um die Betroffenen zu Hause in guter Qualität pflegen zu können, braucht es genügend und gut ausgebildetes Fachpersonal, welches sich laufend weiterbildet. Aus- und Weiterbildung haben daher einen hohen Stellenwert in der NPO-Spitex. Rund 85% der Kosten einer Spitex mit Leistungsauftrag sind Personalkosten. Spürbare Einsparungen lassen sich demnach nur beim Personal machen. Nicht nur angesichts des Wettbewerbs um Fachkräfte ist das für die NPO-Spitex kein gangbarer Weg. Sie ist sich ihrer sozialen Verantwortung bewusst und schafft faire Anstellungsbedingungen. Damit sorgt sie nachhaltig für Nachwuchs und für die Entwicklung des Pflegeberufs.

DAS „MIGEL-URTEIL“

Das Bundesverwaltungsgericht hiess 2017 eine Klage der CSS und des Krankenkassenverbandes tarifsuisse gut: Per 1.1.2018 sollten die Produkte aus der sogenannten Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) bei Anwendung durch die Spitex nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt werden sollen. Dieser Passus war zwar zuvor schon gesetzlich verankert, doch pflegten alle Krankenkassen ohne Ausnahme, diese Produkte zu bezahlen.

Mit dem Urteil kommen die Versicherten nun zu ihrem Recht. Die Spitex bringt es in arge Nöte. Einerseits sollen die MiGeL-Produkte nun in den gedeckelten Beiträgen der Versicherten (s. Grafik) neu inkludiert sein. Ein weiteres Problem stellt sich bei der Formulierung „Anwendung durch die Spitex“. Wendet die Klientin oder der Klient das Produkt nämlich selbst an (oder ein Angehöriger), übernimmt die Krankenkasse die Kosten. In der Realität ist diese Unterscheidung kaum machbar: Zieht die Spitex am Morgen die Stützstrümpfe an, und die Klientin am Abend selbst wieder aus, besteht je zur Hälfte eine Fachanwendung sowie eine Selbstanwendung. Wie dies deklariert werden soll, ist unklar. Eines aber ist Gewiss: Der zusätzliche administrative Aufwand, der mit dieser Unterscheidung verbunden ist, ist enorm.

ISOLIERTE BETRACHTUNG FÜHRT ZU UNREALISTISCHEN SPARHOFFNUNGEN

Mit Sorge beobachten auch der SVAG und seine Mitgliedorganisationen die Entwicklung der Kosten für die Restkostenfinanzierer. Betrachtet man diese isoliert – sieht also nur die kontinuierlich höheren Ausgabentotale für die Spitex – ist es verständlich, dass die Gemeinden nach Einsparungsmöglichkeiten suchen.

Überhöhte Versprechungen sind in diesem Fall verlockend und können zu überhasteten Vergaben des Versorgungsauftrages führen.

Erst der Blick auf die Gesamtsituation ermöglicht ein umfassendes Verständnis für die Vertretbarkeit steigender Spitex-Kosten: Fehlende Spitex-Leistungen infolge Personalmangels oder schlechte Pflegequalität aufgrund fehlender Qualifikationen führen zu verfrühten Heimeintritten oder Wiedereintritten

... den Schwarzen Peter?

ins Spital. Daraus resultieren deutlich höhere Kosten.

Problematisch ist die Verteilung auf unterschiedliche Finanzierer: In der Langzeitpflege (Spitex und Pflegeheime) tragen die Kommunen die Restkosten; bei den Spitälern wird der Kanton zur Kasse gebeten. Nicht zu vergessen sind die ebenfalls stark steigenden Folgekosten durch Ergänzungsleistungen (EL), welche Kantone und Bund gemeinsam tragen.

KLEINER KOSTENANTEIL – HOHER NUTZEN FÜR ALLE

Der Anteil der Spitex-Ausgaben an den Gesamtgesundheitskosten betrug im Jahre 2017 rund 2.9%.

Die Spitex-Kosten betragen weniger als 3% der Gesamtgesundheitskosten.

Der erhoffte Spareffekt, der mit Beschneidungen bei Spitex-Kosten einhergehen soll, ist in Anbetracht dieses äusserst kleinen Anteils an den stets zitierten explodierenden Gesundheitskosten in Wahrheit gering.

Bei der Spitex lassen sich keine Millionen sparen.

¹Die NPO-Spitex verwendet vorwiegend die Begriffe „Klientin“ und „Klient“.

Ein Gedankenspiel: Selbst wenn die Spitex vollständig wegrationalisiert würde, wäre nur ein sehr geringer Teil der Gesundheitskosten betroffen. Eingespart würde gar nichts, vielmehr würden die Kosten umverteilt werden und massiv höher ausfallen. Den Verlust dieses Players im heutigen Versorgungssystem könnten die Betroffenen, die Gesellschaft und die Gesamtwirtschaft nicht verkraften.

Bei der Spitex lassen sich keine Millionen einsparen.

Ist die „Streitsumme“ diesen grossen Aufwand also wert? Das aktuelle Hin und Her bringt unnötige Unruhe und viel kostentreibenden Zusatzaufwand, ohne dass auch nur eine betroffene Person dadurch besser gepflegt wäre.

Die Spitex-Kosten sind kein Schwarzer Peter, der an den Verlierer des Finanzierungs-Spiels weitergereicht wird. Die Finanzierung der Spitex ist, gesehen auf die Gesamtgesundheitsausgaben, eine kleine, aber weitreichende und sinnvolle Investition in eine Gesellschaft, die älter wird und unabhängiger sein möchte; eine Investition, die das Wachstum der Gesundheitskosten bremst. ●

DIE „MIGEL-MOTION“ - RUTH HUMBEL PLÄDIERT FÜR FINANZIERUNG DURCH KRANKENKASSEN

Die Motion 18.3710 der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit beauftragte den Bundesrat die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, damit die Leistungserbringer für Pflegeleistungen nach Artikel 25a des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die in der Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL) aufgeführten Produkte sowohl für die Selbstanwendung der versicherten Person als auch für die Anwendung durch eine Pflegefachperson in Rechnung stellen können. Vertreterin der SGK war die Aargauer Nationalrätin Ruth Humbel. Sie schreibt in ihrer Stellungnahme, dass das „MiGeL“-Urteil von 2017 im Pflegealltag zu kaum lösbaren Abgrenzungsproblemen zwischen Selbst- und Fremdanwendung führe und dass das Pflegematerial zu teuer sei, um mit den Stundensätzen der Pflege abgegolten werden zu können. Sie plädiert im Namen der SGK für eine Anpassung des geltenden Rechts, damit die in der Praxis bewährte Vergütung durch die OKP weiterhin möglich bleibt. Die Motion wurde im Nationalrat entgegen der Empfehlung des Bundesrates mit 168:1 Stimmen angenommen. Die Motion wurde an den Ständerat zur Beratung weitergeleitet.

IMPRESSUM

Spitex Verband Aargau
Laurenzenvorstadt 11
5000 Aarau
T 062 824 64 39
info@spitexag.ch
www.spitexag.ch

Ausgabe Nr. 14 | Dezember 2018
(erscheint zweimal jährlich)
Redaktion/Gestaltung: Liliane Keller Würmli

Unser «Bulletin» beleuchtet aktuelle Themen der NPO-Spitex und liefert Hintergrundinformationen. Sie erhalten unser Bulletin als Online-Zeitschrift. Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne die Printversion zu.

«Alle Finanzierer müssen sich gleichermassen an der Kostenentwicklung beteiligen»

Interview mit Nationalrätin Ruth Humbel



Ruth Humbel ist Nationalrätin und als Vizepräsidentin der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit in der Gesundheitspolitik aktiv. Sie ist Verwaltungsrätin der Concordia Krankenversicherungen.

WAS IST IHRER MEINUNG NACH DIE LÖSUNG FÜR DIE MIGEL-PROBLEMATIK?

MiGeL-Produkte sind Pflichtleistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG). Ich bin daher klar der Meinung, dass diese von den Krankenversicherern zu bezahlen sind. Deshalb habe ich in der Kommission einen entsprechenden Vorstoss initiiert. Der Nationalrat hat zugestimmt. Der Vorstoss liegt nun beim Ständerat. Es hängt vom Willen von Bundesrat und Parlament ab, wie lange es geht.

ALS VERTRETERIN EINER KRANKENKASSE BEWAHREN SIE DIE VERSICHERER NATURGEMÄSS VOR KOSTEN. WIE KOMMT ES, DASS SIE DIE MIGEL-KOSTEN ZURÜCK AN DIE KRANKENVERSICHERER GEBEN MÖCHTEN (S. KASTEN SEITE 3) ?

Als VR-Mitglied eines Krankenversicherers setze ich mich für die Umsetzung des KVG sowie für die Interessen von kranken und gesunden Versicherten ein. Die Krankenversicherer haben den gesetzlichen Auftrag, treuhänderisch mit den Prämiegeldern umzugehen und die Leistungen nach den WZW-Regeln (wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich) zu überprüfen. Ich engagiere mich für integrierte Versorgungsmodelle und sehe die Krankenversicherer in der Pflicht, mit Leistungserbringern gute Versorgungsmodelle für chronisch kranke Menschen zu entwickeln. Aus diesem Zusammenhang erachte ich es als verfehlt, über die Kostenübernahme von Pflegematerialien zu streiten.

FÜHLEN SIE SICH AUF VERLORENEM POSTEN ZWISCHEN IHREN BRANCHENKOLLEGINNEN UND -KOLLEGEN?

Als Politikerin versuche ich die Interessen von uns Versicherten als Prämien- und Steuerzahlende sowie als (potentielle) Patienten/Patientinnen zu bündeln und im Gesamtinteresse Lösungen zu finden. Das führt zu unterschiedlichen Allianzen, auch unter den Krankenversicherern. Auf verlorenem Posten fühle ich mich gelegentlich dann, wenn alle Ak-

teure ausschliesslich auf ihren Partikularinteressen beharren.

DIE PFLEGEHEIME ERHIELTEN RÜCKFORDERUNGEN DER TARIFSUISSE. KÖNNEN SIE JENE STIMMEN VERSTEHEN, DIE DEN VERSICHERUNGEN BEREICHERUNGSABSICHTEN UNTERSTELLEN?

Rechtlich ist die Sache klar: Die Versicherer stützen ihre Rückforderungen auf einen rechtskräftigen Gerichtsentscheid. Es ist daher verfehlt, ihnen Bereicherungsabsichten zu unterstellen. Ich verstehe indes die kritischen Stimmen und teile sie insofern, als ich Mühe mit diesem Gerichtsentscheid habe. MiGeL-Produkte sind Pflichtleistungen gemäss KVG. Rückforderungen in diesem Bereich erachte ich als unverhältnismässig. Sie verursachen einen enormen Aufwand, führen zu Kostenverlagerungen und/oder Finanzierungslücken.

WEN DARF DIE PFLEGE ZUHAUSE WIE VIEL KOSTEN?

Die Pflege zu Hause kann nicht auf die Kostenfrage reduziert werden. Es geht immer um das Wohl der Patientinnen und Patienten mit ihrem Umfeld und ihrem sozialen Netz. Wenn Patienten/Patientinnen immobil sind, den ganzen Tag alleine in ihrer Wohnung verbringen, kaum Angehörige haben und vereinsamen, dann wäre betreutes Wohnen oder ein Pflegeheim eine bessere Alternative. Die Pflege zu Hause wird - wie die Pflege in Pflegeheimen - von Beiträgen der Krankenversicherer, der Privaten und der öffentlichen Hand finanziert. Ich bin der Meinung, dass sich alle Finanzierer gleichermassen an der Kostenentwicklung beteiligen müssen.

WAS SIND IHRE PERSÖNLICHEN ERFAHRUNGEN MIT DER SPITEX?

Persönlich musste ich noch nie Spitex-Dienste in Anspruch nehmen. Ich weiss aber um den bedeutenden Stellenwert der Spitex in unserem Gesundheitsversorgungssystem. Die demographische Entwicklung sowie Veränderungen bei Spitalbehandlungen, insbesondere das Fallpauschalsystem wie Verlagerungen von Eingriffen in den ambulanten Bereich, bedingen eine gut funktionierende Spitex, welche kompetent, zeitnah und in Zusammenarbeit mit andern Leistungserbringern die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abdecken kann. ●

Zwei Positionen

Wie weiter nach dem „MIGEL“-Urteil?

Bruno Gretener

Gemeindeammann Mellingen: „Die heutige Restkostenfinanzierung erachten wir als nicht ausgewogen.“

Unseres Erachtens ist die rechtliche Situation unklar. Der Entscheides des Bundesverwaltungsgerichts regelt die Kostenübernahme ab 2019. Bezüglich einer rückwirkenden Übernahme der Kosten durch die Gemeinden für die Jahre 2015-2017 sowie für das laufende Jahr konnte bisher keine Einigung erzielt werden bzw. wird derzeit ein weiteres gerichtliches Verfahren angestrebt.

Wir sind weder bereit, den administrativen Aufwand noch das Inkasso-Risiko zu übernehmen, das den Gemeinden aufgebürdet werden soll.

Würde später entschieden werden, dass Gemeinden erst ab 2019 zahlen müssen, würden die Rückforderungen der Beträge zu einem grossen administrativen Aufwand für die Gemeinden führen - so unsere Befürchtung. Denn die „vorfinanzierten“ MiGel-Kosten müssten sie in diesem Fall bei zig Institutionen/Krankenheimen zurückgefordert werden.

Wir haben auch Bedenken, dass die kantonale Clearingstelle in der Lage wäre, uns diesbezüglich gut zu unterstützen.

Die Krankenkassen! - Wir gehen davon aus, dass die Kosten zumindest für das laufende Jahr bereits in die Prämienkalkulationen der Krankenkassen einkalkuliert worden sind. Ab 2019 werden wir die Kosten jedoch selbstverständlich übernehmen, wie dies aufgrund des Entscheides des Bundesverwaltungsgerichtes auch klar geregelt wurde.

Nein, es ist unseres Erachtens Aufgabe der Leistungserbringer und der Krankenkassen gemeinsam eine gute Lösung zu entwickeln. Diese sollte mit möglichst wenig administrativem Aufwand verbunden sein.

Die heutige Restkostenfinanzierung erachten wir als nicht ausgewogen und fair. Es kann nicht sein, dass die Kostensteigerungen nur von den Gemeinden getragen werden müssen, die Ansätze für die Kostenbeteiligung der Krankenkassen jedoch seit Einführung der Pflegefinanzierung unverändert geblieben sind.

Annette Jamieson-Reinhard

Leiterin Tarifstrukturen, Helsana: „Mein Wunsch ist es, gemeinsam rasch eine Lösung zu finden.“

WARUM
WERDEN SIE DIE
PRODUKTE DER
MITTEL- UND
GEGENSTÄN-
DELISTE (MIGEL)
BEI FACHAN-
WENDUNGEN
DURCH DIE
SPITEX FÜR 2018
NICHT
BEZAHLEN?

Weil wir nicht bezahlen dürfen. Die Entscheide des Bundesverwaltungsgerichts sind für uns Versicherer bindend. Wir haben keinen Handlungsspielraum.

WER SOLLTE DIE
KOSTEN FÜR
DAS LAUFENDE
JAHR STATTDES-
SEN TRAGEN?

Das Gericht stellte klar: Die Beiträge der Grundversicherung enthalten bereits einen Teil der Vergütung an das Pflegematerial; dasselbe gilt für den Beitrag der Patienten. Der Restfinanzierer hat die restlichen Kosten zu tragen.

HABEN SIE
EINEN
LÖSUNGSVOR-
SCHLAG FÜR DIE
ZUKÜNFTIGEN
„MIGEL“-
KOSTEN?

Zu den Details kann ich mich noch nicht äussern. Nur dies: Wir lehnen die Idee ab, Gesetz und Verordnungen so zu ändern, dass die Pflegematerialien wieder wie vor dem Entscheid separat in Rechnung gestellt werden. Es braucht eine differenzierte Lösung für die existentiell betroffenen Bereiche der spezialisierten ambulanten Pflege.

WELCHE
WÜNSCHE
HABEN SIE AN
DIE ANDEREN
PLAYER?
WELCHE
KRITIKPUNKTE
MÖCHTEN SIE
ÄUSSERN?

Kantone und Gemeinden sollen ihre Verantwortung zur Restfinanzierung nach den Regeln des KVG anerkennen.

Von der Politik erhoffe ich mir weiterhin Einsatz für Pflege Themen – auch nach den Wahlen.

Mein grösster Wunsch ist, gemeinsam rasch zu einer pragmatischen und problemorientierten Lösung zu finden.