11.418

Parlamentarische Initiative
Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Vorentwurf und erläuternder Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates

vom 15. April 2015

Übersicht

Mit der vorgeschlagenen Gesetzesrevision soll der Berufsstatus der Pflegefachpersonen (bis anhin in der Gesetzgebung als „Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner“ bezeichnet) aufgewertet werden. Das längst nicht mehr zutreffende Image eines Hilfsberufs soll überwunden werden. Pflegefachpersonen sollen mit ihren spezifischen Kompetenzen besser wahrgenommen und ihre Rolle in einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung gestärkt werden.

Neu sollen die Pflegefachpersonen einen Teil der Pflegeleistungen, nämlich die Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege (inkl. psychiatrische Grundpflege) nicht mehr auf Anweisung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbringen, sondern sie sollen direkten Zugang zu den Patientinnen und Patienten haben – sowohl im Spital als auch als selbständige und auf eigene Rechnung tätige Pflegefachperson, als Angestellte eines Pflegeheims und als Angestellte einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause. Für die Behandlungspflege ist weiterhin ein Auftrag oder eine Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin erforderlich. Der Bundesrat wird die Leistungen definieren. Diese Aufwertung des Berufsstatus soll dazu beitragen, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen, die Rekrutierung von jungen Erwachsenen und Wiedereinsteigerinnen zu erleichtern und die Verweildauer im Beruf zu verlängern.

Pflegefachpersonen sollen deshalb ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 KVG aufgenommen werden. Auch die übrigen Gesetzesbestimmungen zu den Pflegefachpersonen sind anzupassen, wie auch die diesbezüglichen Verordnungsbestimmungen. Zudem soll die Kompetenz der Kantone zur bedarfsabhängigen Zulassung von Leistungserbringern auf die Pflegefachpersonen ausgedehnt werden. Auf Verordnungsebene werden zudem die Fragen der Umsetzung zu klären sein, wie insbesondere die erforderlichen Kompetenzen und Bildungsabschlüsse. Weitere Fragen wie die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung bedürfen der Klärung zwischen den Tarifpartnern.

Bericht

1 Entstehungsgeschichte

Am 16. März 2011 reichte Nationalrat Rudolf Joder (SVP, BE) die parlamentarische Initiative mit folgendem Wortlaut ein: „Das KVG ist dahingehend anzupassen, dass die Gesundheits- und Krankenpflege als Leistungen definiert werden, die von Pflegefachpersonen zu einem näher zu definierenden Teil auf ärztliche Anordnung und zu einem näher zu definierenden Teil in eigener Verantwortung erbracht werden.“ Der Initiant begründete sein Anliegen im Wesentlichen mit folgenden Argumenten: Die Bedeutung der Pflege werde angesichts der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und des chronischen Charakters vieler Krankheiten markant zunehmen. Auch die Einführung der Fallpauschalen, die zu schnelleren Entlassungen von Patienten aus Spitälern führe, erhöhe die Ansprüche an die Pflege. Gleichzeitig zeichne sich ein Mangel an Pflegepersonal ab. Eine gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege steigere die Attraktivität des Berufs, erleichtere die Rekrutierung junger Berufsleute und trage dazu bei, dass qualifizierte Pflegefachpersonen länger im Beruf blieben. Die vorgeschlagene Regelung trage zu einer Kostensenkung bei; eine Mengenausweitung werde es nicht geben.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) gab der parlamentarischen Initiative am 2. Februar 2012 mit 20 zu 0 Stimmen bei 2 Enthaltungen Folge. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) stimmte diesem Beschluss am 16. April 2012 mit 9 zu 0 Stimmen bei 2 Enthaltungen zu.

Die SGK-NR erteilte ihrer Subkommission „KVG“[1] am 29. Juni 2012 den Auftrag, einen Erlassentwurf zu erarbeiten. Die Subkommission bereitete am 29. August 2012 ein Hearing vor, das sie am 9. Januar 2013 mit Vertreterinnen und Vertretern der Pflegewissenschaft, der Pflegeberufe und der Hausärzte durchführte. An ihren Sitzungen vom 22. Mai 2013, 9. Oktober 2013, 13. November 2013 und 21. Mai 2014 diskutierte sie über eine Änderung des KVG und beriet einen entsprechenden Vorentwurf. Sie zog dazu – gestützt auf Art. 112 Abs. 1 ParlG[2] – Sachverständige des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) bei. Die SGK-NR beriet den Vorentwurf an ihren Sitzungen vom 13. August 2014, 15. Oktober 2014 und 23. Januar 2015. Am 15. April 2015 prüfte sie den erläuternden Bericht und beschloss, ein Vernehmlassungsverfahren durchzuführen.

1 Humbel, Bortoluzzi, Carobbio Guscetti, Cassis, Fehr Jacqueline, Frehner, Gilli, Moret, Schmid-Federer, Stahl, Steiert

2 SR **171.10**

2 Ausgangslage

2.1 Pflegefachpersonen

2.1.1 Allgemeines zur Bildungssystematik der Gesundheitsberufe

Mit der Totalrevision der Bundesverfassung von 1999 wurde dem Bund die Regelungskompetenz über sämtliche Berufsbildungsbereiche übertragen. Mit dem neuen Berufsbildungsgesetz von 2004 und der Teilrevision des Fachhochschulgesetzes 2005 wurden die Gesundheitsberufe auch auf Gesetzesstufe integriert[3]. 2006 haben Volk und Stände neue Verfassungsbestimmungen zur Bildung gutgeheissen, die unter anderem eine einheitliche Steuerung des gesamten Hochschulbereichs vorsehen.

Durch die Einführung neuer Kompetenzen und Verantwortlichkeiten hat diese Revision der Bildungssystematik ein neues Gesicht verliehen. Das gilt auch für die Bildungsgänge, die zu einem Gesundheitsberuf führen. Das Schema *Schweizerische Bildungssystematik Gesundheit* (Anhang 1) zeigt die verschiedenen angebotenen Bildungsstufen und -wege gemäss der schweizerischen Bildungssystematik im Bereich der Gesundheitsberufe[4]. Der Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums *Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung, systematische Übersichtsarbeit*[5], Dossier 24, 2013, bietet eine vollständige Übersicht über die aktuellen Aus- und Weiterbildungen, die Berufsbilder sowie die altrechtlichen Abschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung. Die Tabelle *Übersicht der Aus- und Weiterbildungsabschlüsse Pflege und Betreuung* (Anhang 2) aus dem Obsan-Bericht bietet eine vollständige Übersicht über das Ausbildungsangebot.

2.1.2 Bildungsgänge für den Pflegefachberuf

Für den Pflegefachberuf gibt es derzeit zwei Bildungsgänge:

- Berufsbildung an einer höheren Fachschule (HF, Tertiärstufe B) für einen Abschluss als diplomierte Pflegefachperson HF;
- Ausbildung an einer Fachhochschule (FH, Tertiärstufe A) für einen Abschluss als Bachelor of Science FH in Pflege.

Zwei Gesetzgebungen definieren die Anforderungen an diese Bildungsgänge. Zum einen reglementiert das Berufsbildungsgesetz[6] (BBG) die Bildungsgänge der höheren Pflegefachschulen, wo das Pflegefachdiplom HF erworben werden kann. Die Kompetenzen, über die die Diplomierten verfügen müssen, werden im Rahmenlehrplan für den Bildungsgang Pflege zur dipl. Pflegefachfrau HF / zum dipl. Pflegefachmann HF präzisiert. Dieser wurde am 4. September 2007 von der OdASanté und der Schweizerischen Konferenz Pflegebildungen im Tertiärbereich (SKP) erlassen und am 24. September 2007 vom Bundesamt für Berufsbildung und Technologie

3 Seit 2005 fallen die FH-Studiengänge im Gesundheitswesen in den Zuständigkeitsbereich des Bundes. Sie werden daher in der Verordnung des Eidgenössischen Departements für Wirtschaft, Bildung und Forschung über Studiengänge, Nachdiplomstudien und Titel an Fachhochschulen vom 2. September 2005 (SR 414.712) geregelt.

4 www.odasante.ch > Bildungssystematik >Grafik mit Berufen

5 Siehe www.obsan.ch > Publikationen > Obsan Dossier 24.

6 SR 412.10, per 1. Januar 2004 in Kraft getreten.

(BBT) genehmigt. Der Rahmenlehrplan ist am 1. Januar 2008 in Kraft getreten. Die revidierte Version des Rahmenlehrplans Pflege HF gilt seit dem14. Februar 2011. Gemäss der Verordnung des Eidgenössischen Departements für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF) über Mindestvorschriften für die Anerkennung von Bildungsgängen und Nachdiplomstudien der höheren Fachschulen (MiVo-HF) muss der Rahmenlehrplan "periodisch überprüft und den wirtschaftlichen, technologischen und didaktischen Entwicklungen angepasst" werden (MiVo-HF Art. 7 Abs. 4).

Auszug aus dem Rahmenlehrplan „Pflege“

Die Tätigkeiten der diplomierten Pflegefachperson HF umfassen ein breites Spektrum von Aufgaben der Gesundheitsversorgung:
- die Pflege und Betreuung von physisch und psychisch kranken und behinderten Menschen in allen Lebensphasen und mit unterschiedlichen soziokulturellen Hintergründen;
- die Prävention von Krankheiten und die Gesundheitsförderung;
- die Mitarbeit bei der Entwicklung von politischen Strategien zur Förderung der langfristigen Gesundheit der Bevölkerung;
- usw.

Die Tätigkeiten lassen sich anhand des Kontinuums der Pflege folgendermassen gliedern:
- Gesundheitserhaltung und -förderung, Prävention
- akute Erkrankungen
- Rekonvaleszenz und Rehabilitation
- Langzeitpflege
- palliative Pflege und Betreuung

Die diplomierte Pflegefachperson HF trägt die fachliche Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess und für die Ausführung der organisatorischen und medizinisch-technischen Aufgaben, welche ihr delegiert wurden. Sie arbeitet effizient, analytisch, systematisch, evidenzbasiert und reflektiert. Sie berücksichtigt ethische und rechtliche Prinzipien, den Gesundheitszustand, die Bedürfnisse und Ressourcen, das Alter, das Geschlecht, die Biografie, den Lebensstil und die soziale Umgebung der Patientinnen/Patienten sowie das kulturelle, wirtschaftliche und gesellschaftliche Umfeld. […]

(Quelle: www.sbfi.admin.ch/bvz/hbb/index.html?lang=de&detail=1&typ=RLP&item=17)

Zum anderen regelt das derzeitige Fachhochschulgesetz[7] (FHSG) die Anforderungen an die Studiengänge Bachelor of Science und Master of Science an den FH. Es bildet den gesetzlichen Rahmen für den Abschluss Bachelor of Science (BSc.) in Pflege, mit dem der Pflegefachberuf ausgeübt werden kann. Das FHSG wird durch das Bundesgesetz vom 30. September 2011 über die Förderung der Hochschulen und die Koordination im schweizerischen Hochschulbereich (HFKG)[8] ersetzt, das den Gesetzgebungsauftrag des neuen Verfassungsartikels 63*a*[9] umsetzt. Dieser neue Verfassungsartikel verpflichtet Bund und Kantone, gemeinsam für einen wettbe-

7 SR 414.71, per 1. Januar 2004 in Kraft getreten.
8 BBl **2011** 7455
9 In der Volksabstimmung vom 21. Mai 2006 angenommen.

werbsfähigen und koordinierten gesamtschweizerischen Hochschulbereich von hoher Qualität zu sorgen. Das HFKG hat jedoch nicht zum Ziel, Anforderungen an die Ausbildung zu definieren. Es ist daher angezeigt, ein Gesetz für die Gesundheitsberufe auszuarbeiten, das die in den entsprechenden Studiengängen zu erwerbenden Kompetenzen festlegt. Dazu dient das künftige Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG, s. Ziff. 2.2.).

In Erwartung dieser normativen Vorgaben wurden die Bildungscurricula auf Bachelorstufe der FH-Studiengänge im Gesundheitswesen in Anlehnung an den Bericht *Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe*[10] (2009) konzipiert. Der Bericht präsentiert die Ergebnisse der im Auftrag des Bundesamtes für Berufsbildung und Technologie[11] ausgeführten Arbeiten der Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz (KFH). Er beschreibt für jeden betroffenen Gesundheitsberuf und damit auch für den Pflegeberuf die zu vermittelnden Abschlusskompetenzen auf Bachelor-, aber auch auf Masterstufe. Darin enthalten sind allgemeine Kompetenzen, die für alle Gesundheitsberufe gelten, was zur Entwicklung einer berufsübergreifenden Arbeitskultur beiträgt. Ebenso wurden auch berufsspezifische Kompetenzen definiert.

2.1.3 Statistik der Pflegeabschlüsse

Aus statistischer Sicht zeigt Tabelle 1 die Entwicklung der Anzahl Pflegeabschlüsse über die beiden Bildungswege höhere Fachschule HF und Bachelor FH von 2010 bis 2012.

Tabelle 1. Anzahl Abschlüsse in den Studiengängen Pflege FH und Pflege HF

	Total	**Pflege Bachelor FH Tertiär A**	**Pflege HF Tertiär B**
2010	2290	614	1676
2011	1987	681	1306
2012	1813	704	1109

Quelle: BFS, 2013.

2.1.4 Ausübung des Pflegeberufs und Kompetenzbereich

Der Zugang zur Ausübung von nicht universitären Gesundheitsberufen wird derzeit von den kantonalen Gesetzgebungen geregelt. Im Pflegebereich machen die derzeit geltenden kantonalen Bestimmungen bezüglich Zugang zur Berufsausübung keinen Unterschied zwischen den Bildungswegen: Pflegefachleute mit Bachelor FH und solche, die einen vom Bund anerkannten Bildungsgang in Pflege an einer höheren Fachschule (HF) abgeschlossen haben, unterliegen derzeit denselben Regelungen und haben gleichermassen Zugang zur Berufsausübung.

10 *Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe*, C. Ledergerber, J. Mondoux, B. Sottas, KFH, 2009.
11 Seit 1. Januar 2013 Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI).

Die Patientensicherheit wird dadurch gewährleistet, dass die Pflegefachleute genau wie die universitären Medizinalberufe dafür verantwortlich sind, dass sie ihre Leistungen im Rahmen ihrer im Laufe der Aus- und Weiterbildung erworbenen Kompetenzen erbringen.

Aufgrund ihrer Ausbildung sind diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) namentlich in der Lage, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen. Sie haben jedoch weder die Fähigkeit noch die Kompetenzen, beim Stellen einer medizinischen Diagnose den Arzt oder die Ärztin zu ersetzen.

2.1.5 Ausbildungen auf Sekundarstufe II für Berufe im Pflegebereich

Mit der Einbindung der Gesundheitsberufe in die schweizerische Bildungssystematik kam es zu einer Diversifizierung der Qualifikationen und zur Entstehung neuer Berufe im Pflegebereich.

Auf Sekundarstufe II werden nun mehrere Ausbildungen mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) angeboten, und zwar für folgende Berufe:

- Fachfrau/-mann Gesundheit (FaGe);
- Fachfrau/-mann Betreuung (FaBe);
- Medizinische/-r Assistent/-in.

Auf Sekundarstufe II wird auch ein eidgenössisches Berufsattest als Assistent/-in Gesundheit und Soziales (AGS) angeboten.

Diese Ausbildungen führen zu Berufen, die allgemein als Pflegeberufe oder Hilfspflegeberufe bezeichnet werden. Diese Berufe sind nicht mit dem Pflegefachberuf zu verwechseln.

Ihr Berufsbild und ihr Kompetenzbereich werden aufgrund des Berufsbildungsgesetzes und der dazugehörigen Verordnungen in Rahmenlehrplänen definiert. Der Obsan-Bericht *Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung, systematische Übersichtsarbeit*[12], Dossier 24, 2013, beinhaltet einen Kurzbeschrieb der Berufsbilder.

Diese Berufe wirken eigenständig (im fachlichen Sinne und nicht im Sinne von wirtschaftlich selbstständig) in ihrem Kompetenzbereich und auf Anweisung bei medizinisch-technischen Leistungen.

Diese Berufe sind gemäss den derzeit gültigen kantonalen Reglementierungen nicht zur selbstständigen Ausübung befugt. Sie sind ebenfalls dafür verantwortlich, dass sie ihre Leistungen im Rahmen der während der Ausbildung erworbenen Kompetenzen erbringen.

2.1.6 Statistik des Pflegefachberufs

Das allgemeine Konzept zur Schätzung des Pflegefachpersonals in der Schweiz besteht darin, die im Pflegebereich tätigen Personen in Spitälern, Pflegeheimen und

12 Siehe www.obsan.ch > Publikationen > Obsan Dossier 24.

bei der Spitex zusammenzuzählen. Die nach Tätigkeitsort - Spitäler (K+), sozialmedizinische Einrichtungen (Somed) und Spitex - erstellten Statistiken des Bundesamtes für Statistik (BFS) erfassen Personalbestände, aber auch Schätzungen bezüglich Vollzeitäquivalenten (VZÄ).

Aufgrund der verfügbaren statistischen Daten (vgl. Tabelle 2) schätzt[13] man die Zahl der Pflegefachleute im Schweizer Gesundheitswesen im Jahr 2012 auf 84 540 Personen, was 59 877,1 VZÄ entspricht. Die Pflegefachleute bilden die grösste Berufsgruppe vor den Ärztinnen und Ärzten, deren Zahl auf 40 000 – 46 000 Personen geschätzt wird.

Tabelle 2. Schätzung des Pflegefachpersonals im Schweizer Gesundheitswesen, nach Tätigkeitsort, per 31.12.2011.

	Spitäler		Pflegeheime		Spitex		Total	
	Anzahl Personen	VZÄ[14]	Anzahl Personen	VZÄ	Anzahl Personen	VZÄ	Anzahl Personen	VZÄ
Pflege-fachleute	54052	41103.1	18434	12925	12054	5549	84540	59877.1

Quelle: Auszug aus BFS-Aufstellung, T 14.3.5.3

Was den Anteil der Pflegefachleute ausländischer Nationalität betrifft, liegen derzeit keine statistischen Daten dazu für die sozialmedizinischen Einrichtungen und die Spitex vor, da diese Information nicht erfasst wird.

Die Krankenhausstatistik des BFS besagt dagegen, dass 2011 34 Prozent des Pflegepersonals ausländischer Nationalität und 66 Prozent Schweizer Staatsbürgerinnen und -bürger waren. In dieser Statistik umfasst der Begriff Pflegepersonal sowohl Berufsleute mit Abschlüssen auf Sekundarstufe II als auch solche mit Tertiärabschlüssen. Es liegt keine spezifische Information zum Pflegefachpersonal auf Tertiärstufe vor. Die Spitäler sind der wichtigste Arbeitgeber der Pflegefachleute. Man kann davon ausgehen, dass die Pflegefachleute ausländischer Nationalität 2011 im gesamten Schweizer Gesundheitswesen etwa 30% ausmachten. Bezogen auf alle Wirtschaftszweige ist der Anteil der die Ausländerinnen und Ausländer auf 29 Prozent der Erwerbsbevölkerung zu schätzen, und 22,9 Prozent der Schweizer Wohnbevölkerung sind ausländischer Nationalität.

Die Spitex-Statistik des BFS[15] zählte 2011 571 selbstständige Pflegefachleute, die Pflegeleistungen zu Hause anbieten. Das entspricht 335 VZÄ.

In Anbetracht der absehbaren Zunahme der Bedürfnisse und im Bewusstsein um die künftigen Herausforderungen hat das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und

13 Man spricht hier von Schätzung, da man aufgrund des statistischen Konzepts nicht ausschliessen kann, dass eine Person, die mehrere Tätigkeiten in Teilzeit ausübt, mehrmals erfasst wird. Ist eine Person beispielsweise gleichzeitig in einem Spital und bei der Spitex tätig, wird sie zweimal gezählt.

14 Vollzeitäquivalent (VZÄ).

15 Selbstständige Pflegefachleute, die weniger als 250 Stunden Leistungen pro Jahr erbringen oder ein Pensum von unter 25% haben, sind nicht verpflichtet, an der statistischen Erhebung des BFS teilzunehmen.

Innovation (SBFI) in Zusammenarbeit mit anderen Partnern[16] einen Masterplan «Bildung Pflegeberufe» initiiert. Der Masterplan soll die Attraktivität und die Anzahl Ausbildungsabschlüsse im Pflegebereich erhöhen.

2.1.7 Rollenentwicklung

Wie der Bericht *Die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden*[17] (2007 und 2011) hervorhebt, arbeiten Pflegefachleute, genau wie Ärztinnen und Ärzte und die restlichen Gesundheitsfachleute, nicht in einem geschützten Rahmen. «Die gesellschaftlichen Entwicklungen in allen Bereichen (vom Werte- bis zum Wirtschaftssystem) haben entscheidenden Einfluss auf die Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit.»[18] Dieses Phänomen, verstärkt durch die jüngsten Veränderungen in der Schweizer Bildungslandschaft und die Entstehung neuer Qualifikationen, hat in Kombination mit den steigenden Bedürfnissen dazu beigetragen, dass zahlreiche Reflexionsarbeiten und Pilotprojekte zur Teamzusammensetzung, d.h. zum «Skill-/Grade-Mix », sowie zu Profil und Kompetenzen jeder Berufsgruppe lanciert wurden.

Die Reflexionsarbeiten gehen aus von den Gegebenheiten in diesem Bereich, den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie der Einrichtungen, die Pflegepersonal beschäften, wie auch von den Bedürfnissen der Kantone, die für die Planung, die Versorgung und teilweise auch für die Finanzierung zuständig sind.

2.2 Das geplante Gesundheitsberufegesetz

Das geplante Gesundheitsberufegesetz (GesBG) soll im Interesse der öffentlichen Gesundheit die Qualität in den Gesundheitsberufen auf Fachhochschulniveau (FH) fördern. Dazu werden gesamtschweizerisch einheitliche Anforderungen an die Ausbildung und Berufsausübung festgelegt, wobei die geltende Reglementierung in der höheren Berufsbildung und in den universitären Medizinalberufen berücksichtigt wird.

Der aus einer Zusammenarbeit zwischen dem BAG und dem SBFI hervorgegangene Entwurf des Gesetzes soll den gesundheits- und bildungspolitischen Anforderungen entsprechen. Die Vorlage lehnt sich konzeptionell an das Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006 (MedBG)[19] an. Voraussichtlich wird die Vorlage im Herbst 2015 dem Parlament überwiesen.

Das GesBG regelt die FH-Studiengänge in den Bereichen Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Hebamme und Ernährungsberatung. Es legt die allgemeinen Kompetenzen, die in FH-Studiengängen des Gesundheitswesens auf Bachelor-Stufe zu erwerben sind, gesamtschweizerisch einheitlich fest. Die spezifischen beruflichen Kompetenzen, über die Personen mit abgeschlossenem Bachelor-Studium FH verfü-

16 Darunter Bundesamt für Gesundheit, Kantone (Erziehungsdirektorenkonferenz [EDK] und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoreninnen und-direktoren [GDK]) sowie Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté).

17 *Die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden*, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2011.

18 SAMW, 2011, S. 5

19 SR **811.11**

gen müssen, werden vom Bundesrat noch definiert und in einer entsprechenden Bundesverordnung verankert.

Die Anforderungen an die Bildungsgänge der höheren Fachschulen (HF), inkl. jene für die Pflege, werden weiterhin im BBG[20] definiert.

Da der Bereich der Gesundheitsberufe hohe Risiken für die Patientinnen und Patienten bergen kann, sieht die Vorlage eine Bewilligungspflicht für die privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung vor. Der Ausdruck «Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung»[21] geht weiter als der Begriff «selbstständige Berufsausübung»: Er umfasst auch Personen, die berufliche Verantwortung im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses tragen. Dieses gesamtschweizerisch harmonisierte Konzept gewährleistet, dass die Verantwortung für eine Behandlung bei einer entsprechend geschulten Fachperson liegt. Diese Bewilligungspflicht wird mit Berufspflichten und Disziplinarmassnahmen kombiniert. So trägt das GesBG zur Gewährleistung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit bei.

Die Gesetzgebung für die privatwirtschaftliche Berufsausübung ohne eigene fachliche Verantwortung bleibt Sache der Kantone. Ausserdem ist der Bund nicht für die Reglementierung öffentlich-rechtlicher Tätigkeiten zuständig.

Ein erklärtes bildungs- und gesundheitspolitisches Ziel in der Pflege ist die Berechtigung sowohl des HF-Diploms Pflege wie auch des Bachelordiploms FH Pflege zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung. Durch beide Ausbildungen werden Kompetenzen erworben, die für eine qualitativ hochwertige Berufsausübung Gewähr bieten und die auf dem Arbeitsmarkt nachgefragt werden. Ausbildungsangebote auf beiden Bildungsstufen verbreitern das Feld für die Rekrutierung geeigneter Gesundheitsfachleute und die Ausschöpfung des Nachwuchspotenzials, was gerade im Hinblick auf die Linderung des Fachkräftemangels von erstrangiger Bedeutung ist. Die beiden Diplome werden im GesBG gleichgestellt mit Bezug auf:

- die Bewilligungserteilung zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung;
- die Berufspflichten sowie entsprechende Disziplinarmassnahmen.

Es ist ausserdem festzuhalten, dass die Pflegeberufe mit Ausbildung auf Sekundarstufe II derzeit vom Vorentwurf zum neuen GesBG nicht betroffen sind.

20 SR **412.10**

21 Der Begriff «privatwirtschaftliche Ausübung in eigener fachlicher Verantwortung» steht in Zusammenhang mit den gesetzgeberischen Kompetenzen des Bundes (Art. 95 Abs. 1 BV). Als privatwirtschaftliche Erwerbstätigkeit im Sinne von Artikel 95 Absatz 1 BV gilt eine Erwerbstätigkeit, die der Erwirtschaftung eines Gewinns oder eines Einkommens im Sinne des Privatrechts dient. Sie umfasst sowohl die unselbstständigen Tätigkeiten (Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eines privaten Unternehmens) als auch die selbstständigen Tätigkeiten, und zwar sowohl die im Nebenerwerb als auch die im Haupterwerb ausgeübten Tätigkeiten. Eine wirtschaftliche Tätigkeit gilt nicht mehr als privat im Sinne der Artikel 27 und 95 BV, wenn es sich um eine Aufgabe handelt, die von staatlichen oder staatlich eingerichteten Stellen wahrgenommen wird und die dem öffentlichen Recht unterstehen. Vorliegend ist die Bewilligungspflicht gemäss Artikel 10 auf diejenigen Personen beschränkt, die privatwirtschaftlich und in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind.

2.3 Die Bevölkerung altert und der Pflegebedarf steigt

Die Schweizer Bevölkerung wird älter. Gemäss den Bevölkerungsprognosen des BFS wird sich der Anteil der über 65-jährigen Menschen zwischen 2010 und 2030 von 17,1 auf 24,2 Prozent erhöhen.[22] Parallel dazu wird die Zahl der über 80-jährigen Frauen und Männer steigen; ihr Anteil an den über 65-Jährigen wird sich gemäss BFS-Prognose zwischen 2010 und 2030 von 28,4 auf 32,4 Prozent erhöhen. Damit wächst auch der Anteil jener Menschen in der Schweiz, die auf Pflege angewiesen sind. Von den 80- bis 84-Jährigen sind 13 Prozent pflegebedürftig, von den über 85-Jährigen sind es gut 34 Prozent.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) hat untersucht, wie sich die Bevölkerungsentwicklung, aber auch medizinische und gesellschaftliche Trends auf die Pflegebedürftigkeit auswirken können.[23] Dabei zeigte sich: Selbst wenn sich die Gesundheit alter Menschen in den nächsten Jahren positiv entwickeln wird – beispielsweise dank medizinischem Fortschritt, verbesserter Gesundheitsvorsorge oder verstärkter präventiver Massnahmen – ist damit zu rechnen, dass der Pflegebedarf stark ansteigt. Nach dem Referenzszenario in dieser Studie «würde sich die Zahl von älteren pflegebedürftigen Menschen in der Schweiz von gut 125 000 Personen im Jahr 2010 bis 2030 auf gut 182 000 Personen erhöhen (was eine relative Zunahme um 46 % bedeutet). Der relative Anteil an 80-jährigen und älteren Pflegebedürftigen in dieser Gruppe steigt in diesem Szenario an, von 74 Prozent (2010) auf knapp 80 Prozent (2030). In anderen Worten: Es dürfte in Zukunft nicht nur mehr pflegebedürftige Menschen – mehrheitlich Frauen – geben, sondern sie werden in vielen Fällen auch älter sein (was z. B. das Risiko von Multimorbidität erhöht)»[24].

Da mehr Menschen ein sehr hohes Alter erreichen, ist auch mit einem deutlichen Anstieg der Zahl an Alzheimer und anderen Demenzformen Erkrankten zu rechnen. Bei gleich bleibender Häufigkeit von Demenz dürfte die Zahl der Betroffenen zwischen 2010 und 2030 von 125‘000 auf 218‘000 steigen. Verbesserte Behandlungs- und Rehabilitationsstrategien könnten die starke Zunahme des Pflegebedarfs zwar abschwächen. Aber auch bei positiver Entwicklung ist in den nächsten Jahrzehnten mit rasch steigenden Zahlen zu rechnen, speziell weil geburtenstarke Jahrgänge die risikoreichen Jahre des Alters erreichen.

In den kommenden Jahren wird sich auch die Art der Pflege ändern. So zeigt die Studie des Obsan eine Zunahme der Nachfrage nach ambulanter, professioneller Pflege im Alter. Heute leben rund 90 Prozent der 80- bis 84-Jährigen zu Hause. In der Folge der demografischen, medizinischen und sozialen Trends erfolgt der Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim in den kommenden Jahren tendenziell später und häufiger erst gegen das Lebensende.

22 Bundesamt für Statistik, Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010-2060, 2010, gemäss dem mittleren Szenario A-00-2010

23 François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn: Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter – Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Verlag Hans Huber, 2011; vgl. auch Medienmitteilung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums vom 19.5.2011

24 *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter*, F. Höpflinger, L. Bayer-Oglesby und A. Zumbrunn, Obsan, 2011, S. 60, Abbildung 2.

Wie sich der Pflegeleistungs- und Personalbedarf entwickeln könnte, hat das Obsan im Rahmen der Studie „Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020“ untersucht, die 2009 publiziert wurde.[25] Die Prognosen betreffen die Spitäler, die Alters- und Pflegeheime sowie die Spitex-Dienste. Sie gehen im Referenzszenario vom „mittleren“ Bevölkerungsszenario des BFS, einer Verkürzung der Hospitalisationsdauer und einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung aus. Ausgehend von diesen Hypothesen könnte der Bedarf an Pflegeleistungen von 2006 bis 2020 wie folgt zunehmen: Hospitalisationstage +2,4 Prozent, Beherbergungstage in Alters- und Pflegeheimen +30 Prozent und Spitex-Klienten + 20 Prozent.

Geht man von einer unveränderten Produktivität und Erwerbsquote aus, müssten aufgrund dieses erhöhten Pflegebedarfs 17‘000 Stellen (Vollzeitäquivalente) neu geschaffen und 25‘000 Personen zusätzlich eingestellt werden (+13 Prozent). Hinzu kommen rund 60‘000 Gesundheitsfachleute (30 Prozent), die wegen Pensionierung ersetzt werden müssen. Der grösste Bedarf an zusätzlichen Angestellten, mehr als 15‘000, ist gemäss der Obsan-Studie in den Alters- und Pflegeheimen zu erwarten.

2.4 Geltendes Recht

2.4.1 Die Leistungserbringer nach KVG

Das KVG unterscheidet zwischen Leistungserbringern, die direkt zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind und Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen erbringen. In seiner Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991[26] äusserte sich der Bundesrat wie folgt: „Die Grundversorgung für die Patienten soll, wie auch heute, in erster Linie unter der Obhut und Führung des Arztes erbracht werden, der sozusagen in einer „Scharnierfunktion“ den Leistungsbedarf und die Bedarfsdeckung in zweckmässiger und optimaler Form zusammenführen soll. Er kann und wird dies im Zusammenwirken mit den anderen Leistungserbringern tun. In ähnlicher, aber auf sein Gebiet zugeschnittener Form wird dies, wie auch heute, der Chiropraktor tun. Für die anderen, im Gesetz bewusst nicht abschliessend aufgezählten medizinisch-therapeutischen Berufe und Berufe der spitalexternen sowie der Hauskrankenpflege [heute: Krankenpflege ambulant beziehungsweise zu Hause] gilt demgegenüber, wie heute, dass sie nur auf ärztliche Anordnung für die soziale Krankenversicherung tätig werden sollen. Angestrebt wird eine möglichst gute Koordination von Diagnose und Therapie, was der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen, und damit letztlich dem Interesse der Versicherten und der Patienten dienen soll.“ Die Eidgenössischen Räte haben die vom Bundesrat vorgeschlagene Ordnung übernommen.

Zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind nach Artikel 35 Absatz 2 KVG u.a. Ärzte oder Ärztinnen, Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen, Hebammen, Spitäler, Geburtshäuser, Pflegeheime sowie Einrichtungen, die der

25 Hélène Jaccard, France Weaver, Maik Roth, Marcel Widmer, Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020; siehe auch Obsan Factsheet vom 7. April 2009

26 BBl 1992 I 93, S.163

ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen. Die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätigen Leistungserbringer werden im Gesetz abschliessend aufgezählt. Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe e KVG verweist auf die Personen und Organisationen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen.

Die Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, sind in Artikel 46 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)[27] abschliessend genannt: Es sind dies, neben den Pflegefachpersonen, die Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, Logopäden und Logopädinnen sowie die Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen. Diese Unterscheidung beruht auf dem Grundsatz, dass der Arzt oder die Ärztin eine „Scharnierfunktion“ übernehmen und eine Koordination von Diagnose und Therapie sicherstellen soll.

Auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen können nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe e KVG auch Organisationen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin tätige Personen beschäftigen. Die Voraussetzungen dafür, dass diese Organisationen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen können, sind in den Artikeln 51 bis 52*b* KVV festgehalten. Pflegefachpersonen sind namentlich in Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause beschäftigt. Analog zum Spital und zum Pflegeheim tritt in dieser Konstellation nicht die Pflegefachperson, sondern die Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als Leistungserbringer auf.

2.4.2 Die Zulassung der Pflegefachpersonen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Artikel 49 KVV hält die Bedingungen fest, welche die Pflegefachfrauen[28] und Pflegefachmänner erfüllen müssen, damit sie zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind. Sie haben nachzuweisen

a. das Diplom einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;

b. eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann, die oder der nach dieser Verordnung zugelassen ist, oder in einem Spital oder einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause unter der Leitung einer Pflegefachfrau oder eines Pflegefachmanns, die oder der die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.

27 SR **832.102**

28 Unter dieser Bezeichnung sind auch die die Pflegefachpersonen mit einem Bachelor-Diplom auf Fachhochschulstufe eingeschlossen. Hingegen sind die Pflegeberufe auf Sekundarstufe II nicht eingeschlossen II (s. Ziff. 2.1.4).

Können sie diesen Nachweis erbringen, sind sie berechtigt, auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin selbständig und auf eigene Rechnung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen zu erbringen.

2.4.3 Die Leistungen nach KVG

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Für die diagnostischen und therapeutischen Leistungen der Ärztinnen und Ärzte gilt das Vertrauensprinzip. Grundsätzlich werden alle ärztlichen Leistungen vergütet, wenn nicht etwas anderes bestimmt wird. Der Pflichtleistungscharakter von diagnostischen und therapeutischen ärztlichen Leistungen wird damit implizit vermutet. Der Bundesrat kann die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der OKP nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden (Art. 33 Abs. 1 KVG). Zudem bestimmt er, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung neue oder umstrittene Leistungen zu vergüten hat, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) sich noch in Abklärung befindet (Art. 33 Abs. 3 KVG). Der Bundesrat hat diese Aufgaben gestützt auf Artikel 33 Absatz 5 KVG an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) delegiert. Bei der Bezeichnung der Leistungen lässt sich der Bundesrat von Kommissionen beraten. Das EDI beschliesst nach Konsultation der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK), ob eine beantragte oder bestrittene Leistung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet, nur unter bestimmten Voraussetzungen vergütet oder nicht vergütet wird. Der Entscheid wird in Anhang 1 zur Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV) [29] angeführt.

Für die Leistungen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden, kennt das KVG die abschliessende Aufzählung von Pflichtleistungen (Positivlisten, geschlossener Leistungskatalog). Danach werden nur diejenigen Leistungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen, die ausdrücklich in der departementalen Krankenpflege-Leistungsverordnung oder in einer Liste erwähnt sind, die Kraft Delegation durch das EDI (Analysenliste mit Tarif, Arzneimittelliste mit Tarif und Liste der Mittel und Gegenstände) oder durch das BAG (Spezialitätenliste) erstellt wird. Was nicht explizit erwähnt ist, ist keine Pflichtleistung. Für die präventiven Leistungen der Ärztinnen und Ärzte wie auch für die Leistungen bei Mutterschaft gilt ebenfalls eine Positivliste.

2.4.4 Die Leistungen der Krankenpflege ambulant und im Pflegeheim

Die Leistungen der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim, die auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden können, sind in Artikel 7 KLV abschliessend umschrieben. Absatz 1 von Artikel 7 KLV hält fest, welche Personen

[29] SR **832.112.31**

und Organisationen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen können. Dies sind die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, die Organisationen der Krankenplege und Hilfe zu Hause und die Pflegeheime. Absatz 2 von Artikel 7 KLV definiert die Leistungen der Abklärung, und Beratung und Koordination (Buchstabe a), enthält die Liste der Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (Buchstabe b) und umschreibt die Massnahmen der Grundpflege in Buchstabe c.

2.4.5 Die Erfassung des Pflegebedarfs

Artikel 8 KLV regelt den ärztlichen Auftrag, die ärztliche Anordnung und die Bedarfsabklärung. Absatz 1 hält fest, dass der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung von Leistungen der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause aufgrund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung der notwendigen Massnahmen näher zu umschreiben ist. Liegt eine ärztliche Anordnung vor, kann die Patientin beziehungsweise der Patient bei Pflege zu Hause Kontakt mit einer beliebigen Pflegefachperson oder Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause aufnehmen. Eine Pflegefachperson klärt den Bedarf der notwendigen Leistungen mit der Patientin oder dem Patienten und dem Arzt ab und legt Art, Umfang, Zeitpunkt, Häufigkeit sowie Dauer der Einsätze fest. Bei einer Patientin oder einem Patienten, die oder der im Pflegeheim gepflegt wird, übernimmt das Pflegeheim die Abklärung.

Die Einzelheiten der Abklärung werden in Administrativverträgen der Versichererverbände mit den Leistungserbringerverbänden für die Bereiche Pflegeheime, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und der freiberuflichen Pflegefachpersonen geregelt. Das darin vereinbarte Vorgehen ist in der Regel wie folgt vereinbart:

- Eine ärztliche Anordnung bzw. ein ärztlicher Auftrag muss vorliegen.
- Eine Pflegefachperson, die die im Administrativvertrag festgehaltenen Anforderungen erfüllt, erhebt den Pflegebedarf. Sie verwendet ein Formular, auf das sich die Vertragsparteien geeinigt haben und das alle erforderlichen Angaben enthält. In der Regel steht die Wahl des Bedarfserfassungssystems dem Leistungserbringer im Rahmen der kantonalen Vorgaben frei. Es können die Bedarfserfassungssysteme PLAISIR, RAI/RUG oder BESA eingesetzt werden.
- Das Bedarfsmeldeformular wird, vollständig ausgefüllt, nach Unterzeichnung durch den Arzt und die verantwortliche Pflegefachperson dem Versicherer zugestellt.

2.4.6 Die Verantwortung der Leistungserbringer gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und Verantwortung der (Pflege-) Fachpersonen für die eigene Leistung

Wie einleitend erwähnt, kennt das KVG zwei „Kategorien“ von Leistungserbringern, nämlich zum einen jene, die direkt zu Lasten der obligatorischen Kran-

kenpflegeversicherung tätig sein können, und zum anderen die Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen erbringen.

Gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tragen alle diese Leistungserbringer die Verantwortung für ihre Leistungen. Das heisst, sie sind dafür verantwortlich, dass die Leistung in der erforderlichen Qualität erbracht wird. Personen, die unter Verantwortung und Aufsicht eines Arztes oder einer Ärztin arbeiten, erbringen demgegenüber delegierte Leistungen (z.B. Medizinische Praxisassistentinnen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten). Diese Personen sind im KVG nicht als Leistungserbringer angeführt, die Leistungen werden gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom delegierenden Arzt oder der delegierenden Ärztin abgerechnet, diese tragen auch die Verantwortung.

Ferner tritt das Spital, das Pflegeheim oder die Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause als Leistungserbringer gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf und nicht die von diesen angestellten Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen. Innerhalb des Spitals, innerhalb des Pflegeheims, innerhalb der Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und innerhalb einer Organisation wie der Arztpraxis tragen die Personen, an die eine Leistung übertragen worden ist, die Verantwortung für ihre eigene Leistung. Die haftpflichtrechtliche Veantwortlichkeit richtet sich nach den jeweiligen anwendbaren Bestimmungen des Zivilrechts bzw. des öffentlichen Rechts.

3 Die beantragte Neuregelung

3.1 Grundzüge

Die Gesetzesrevision verfolgt primär das Ziel, den Berufsstatus der Pflegefachpersonen aufzuwerten. Das längst nicht mehr zutreffende Image eines Hilfsberufs soll überwunden werden. Pflegefachpersonen sollen mit ihren spezifischen Kompetenzen besser wahrgenommen und ihre Rolle soll in einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung gestärkt werden. Sie sollen insbesondere in der Grundpflege vermehrt selbständig tätig sein können. Diese Aufwertung des Berufsstatus soll dazu beitragen, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen, die Rekrutierung von jungen Erwachsenen und Wiedereinsteigerinnen zu erleichtern und die Verweildauer im Beruf zu verlängern.

Pflegefachpersonen sollen deshalb ausdrücklich in den Katalog der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäss Artikel 35 Absatz 2 KVG aufgenommen und somit anerkannt werden. Welche Leistungen sie selbständig und ohne ärztliche Anordnung erbringen dürfen, wird der Bundesrat bzw. das EDI gestützt auf Artikel 25*a* Absatz 3 KVG, Artikel 33 Absatz 1bis KVG i.V.m. Artikel 33 Absatz 5 KVG und Artikel 33 KVV in Artikel 7 KLV festlegen. Es handelt sich dabei um eine „Positivliste“ von Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege. Keine Änderung ist hingegen im Bereich der Behandlungspflege vorgesehen, die weiterhin ärztlich angeordnet werden muss.

Die Tatsache, dass Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner gewisse Leistungen neu ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringen können, wirkt sich unterschiedlich aus, je nachdem ob sie als Angestellte in einem Spital, einer Organi-

sation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder einem Pflegeheim arbeiten oder ob sie selbständig auf eigene Rechnung tätig sind:

- Pflegefachpersonen sollen in Artikel 25 Absatz 2 KVG explizit als Erbringer von Pflegeleistungen genannt werden, die in einem *Spital* durchgeführt werden. Dies soll ihre Stellung im Hinblick auf die spitalinterne Organisation und Aufgabenverteilung stärken. Die ausdrückliche Nennung der Pflegefachpersonen ändert jedoch nichts daran, dass aus Sicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung das Spital der abrechnungsberechtigte Leistungserbringer bleibt und die Pflegeleistungen im Rahmen der Pauschalen gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG vergütet werden.
- Ist im Anschluss an einen Spitalaufenthalt eine *Akut- und Übergangspflege* notwendig, so sollen ein Arzt oder eine Ärztin und eine Pflegefachperson diese Leistungen im Spital neu gemeinsam anordnen (Art. 25*a* Abs. 2 KVG). Auch in diesem Bereich soll die Stellung der Pflegefachpersonen gestärkt und ihr spezifisches Wissen besser berücksichtigt werden. An der Vergütung der Leistungen ändert sich nichts (Artikel 25*a* Absatz 2 KVG).
- Pflegefachpersonen, die in einer *Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause* oder in einem *Pflegeheim* angestellt sind, sollen die vom Bundesrat bezeichneten Pflegeleistungen gestützt auf eine Bedarfsabklärung, aber ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringen können (Artikel 25*a* Absatz 1 KVG). Damit soll im Gesetz eine Situation abgebildet werden, die vielerorts bereits Realität ist: Bisher müssen die pflegerischen Leistungen zwar ärztlich angeordnet werden, doch heissen der Arzt oder die Ärztin faktisch in vielen Fällen den vom Pflegefachpersonal erhobenen Pflegebedarf gut. Abrechnungsberechtigte Leistungserbringer bleiben die Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder das Pflegeheim.
- Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, die *selbständig auf eigene Rechnung* tätig sind, sollen die vom Bundesrat bezeichneten Pflegeleistungen gestützt auf eine Bedarfsabklärung, aber ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag durchführen und selber gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen können.

Es ist schwierig abzuschätzen, wie sich diese neue Regelung auf die Menge der erbrachten Pflegeleistungen auswirken wird. Als flankierende Massnahme soll der Bundesrat deshalb die Kompetenz erhalten, die Zulassung von Pflegefachpersonen zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von einem Bedürfnis abhängig zu machen. Artikel 55*a* KVG, der die Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung regelt, soll entsprechend ergänzt werden.

Zudem soll der Bundesrat mit einer neuen Übergangsbestimmung beauftragt werden, dem Parlament spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung einen Bericht über eine Wirkungsanalyse vorzulegen, die insbesondere die wirtschaftlichen Auswirkungen der Gesetzesänderung darstellen soll.

3.2 Minderheitsanträge

Eine Minderheit (Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret, Stolz) beantragt, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen, nach Konsultation der zuständigen Pflegefachpersonen von einem Arzt oder einer Ärztin angeordnet werden (Artikel 25*a* Absatz 2 KVG). Das spezifische Wissen der Pflegefachpersonen soll künftig besser berücksichtigt werden. Gleichzeitig soll jedoch klargestellt werden, dass die Kompetenz für die Anordnung solcher Leistungen beim Arzt oder bei der Ärztin bleibt. Die Minderheit lehnt deshalb den von der Kommission vorgeschlagenen Artikel 33 Absatz 1bis Buchstabe c ab, mit welchem dem Bundesrat die Kompetenz übertragen wird, Leistungen zu bezeichnen, die gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden.

Eine Minderheit (Bortoluzzi, de Courten, Parmelin) beantragt, dass für Pflegefachpersonen, die auf eigene Rechnung und ohne ärztliche Anordnung selbständig tätig sind, die Vertragsfreiheit eingeführt werden soll. Das heisst, dass unter Abkehr von der heutigen Regelung nicht mehr jede zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassene Pflegefachperson Anspruch auf Abgeltung ihrer Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung haben soll. Nur wenn sie sich vertraglich mit einem oder mehreren Versicherern einigen kann, sollen ihre Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgegolten werden (Artikel 40*a* KVG). Die Minderheit will mit diesem Instrument eine unbegründete Mengenausweitung der ambulant erbrachten Pflegeleistungen verhindern. Sie will die Steuerung des Angebots den Krankenversicherern überlassen – anders als die Kommissionsmehrheit, die dem Bundesrat und den Kantonen mit der Änderung von Artikel 55*a* KVG eine Steuerungskompetenz übertragen will.

4 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Art. 25 Abs. 2 Bst a

Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a des Gesetzes umschreibt die Leistungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital erbracht werden.

Die heutige Regelung der Abgrenzung von Pflegeleistungen, die anlässlich einer stationären Behandlung nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a KVG und solchen, die ambulant erbracht werden nach Artikel 25a KVG, erlaubt einen gewissen Interpretationsspielraum, schliesst doch die Formulierung in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a KVG die ambulant durchgeführten Pflegeleistungen nicht explizit aus. Mit der vorgeschlagenen Formulierung ist die Abgrenzung zwischen Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a KVG und Artikel 25a KVG eindeutig: Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a KVG bezieht sich lediglich auf Pflegeleistungen anlässlich einer stationären Behandlung.

Neu werden die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a in einer neuen Ziffer 2bis explizit genannt, dies für die Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a KLV sowie der Grundpflege nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c KLV, die die Pflege-

fachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes bzw. einer Ärztin erbringen können. Die Behandlungspflege nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b KLV werden die Pflegefachpersonen auch in Zukunft auf Anordnung eines Arztes bzw. einer Ärztin erbringen. Entsprechend werden die Pflegefachpersonen in jenen Fällen unter Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a Ziffer 3 KVG subsumiert.

Die ausdrückliche Nennung der Pflegefachpersonen in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a Ziffer 2bis KVG ändert jedoch nichts daran, dass aus Sicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung das Spital der abrechnungsberechtigte Leistungserbringer bleibt und die Pflegeleistungen im Rahmen der Pauschalen gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG vergütet werden.

Art. 25a Abs. 1 und 2

Artikel 25*a* KVG wurde von den Eidgenössischen Räten im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung beschlossen[30] und ist am 1. Januar 2011 in Kraft getreten. Im Gegensatz zur vormals in Artikel 25 festgehaltenen Regelung, wonach die obligatorische Krankenpflegeversicherung auch die Kosten der ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim erbrachten Pflegemassnahmen übernahm, leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung, gestützt auf Artikel 25*a* Absatz 1 KVG, seit Anfang 2011 einen Beitrag an die Pflegeleistungen. Die Regelung der Restfinanzierung obliegt den Kantonen.

Für die Behandlungspflege nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b KLV wird weiterhin eine ärztliche Anordnung bzw. ein ärztlicher Auftrag erforderlich sein. Für diesen Fall ist neu Artikel 25*a* Absatz 1 Buchstabe a KVG formuliert worden.

Artikel 25*a* Absatz 1 Buchstabe b KVG steht für die Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 Bst. a KLV) sowie der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 Bst. c KLV), die ohne ärztliche Anordnung bzw. ohne ärztlichen Auftrag durch Pflegefachpersonen erbracht werden.

Bestehen bleibt jedoch in jedem Fall das Erfordernis eines ausgewiesenen Pflegebedarfs, damit der Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entrichtet wird.

Neu eingeführt wurde mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung das Konzept der Akut- und Übergangspflege. Wenn sie sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweist, wird sie von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet. Somit wird nicht ein Beitrag entrichtet, sondern eine Pauschale vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren die Pauschalen. Mit der vorgeschlagenen Änderung soll in Bezug auf die Akut- und Übergangspflege das Erfordernis der alleinigen ärztlichen Anordnung entfallen. Neu muss die Anordnung der Akut- und Übergangspflege des Arztes gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson erfolgen. Eine solche Regelung entspricht im Übrigen der schon heute in vielen Spitälern ausgeübten Praxis.

30 AS 2009 *3517*

Eine Minderheit (Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret, Stolz) beantragt, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen, nach Konsultation der zuständigen Pflegefachpersonen von einem Arzt oder einer Ärztin angeordnet werden. Das spezifische Wissen der Pflegefachpersonen soll künftig besser berücksichtigt werden. Gleichzeitig soll jedoch klargestellt werden, dass die Kompetenz für die Anordnung solcher Leistungen beim Arzt oder bei der Ärztin bleibt.

Art. 33 Abs. 1bis

Das Konzept der Umschreibung der Leistungspflicht nach Artikel 33 Absatz 1 KVG bedeutet, dass grundsätzlich alle ärztlichen Leistungen vergütet werden, wenn nicht etwas anderes bestimmt wird. Der Pflichtleistungscharakter von diagnostischen und therapeutischen Arztleistungen wird damit implizit vermutet (Vertrauensprinzip). Die von Ärztinnen und Ärzten bzw. Chiropraktorinnen und Chiropraktoren vorgenommenen Untersuchungen und Behandlungen werden damit grundsätzlich vergütet, sofern in Anhang 1 KLV keine Sonderregelung festgehalten ist.

Für Leistungen der Pflegefachpersonen soll aber das Vertrauensprinzip nicht gelten, entsprechend ist in Artikel 33 Absatz 1bis KVG festgehalten, dass der Bundesrat die Kompetenz erhält, die Leistungen zu bezeichnen, die

- von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden, d.h. die Behandlungspflege (vgl. Art. 33 Abs. 1bis Bst. a KVG);
- von Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden, d.h. die Abklärung, Beratung und Koordination sowie Grundpflege (vgl. Art. 33 Abs. 1bis Bst. b KVG); sowie
- gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden, d.h. Leistungen der Akut- und Übergangspflege (vgl. Art. 33 Abs. 1bis Bst. c KVG).

Art. 35 Abs. 2 Bst. dbis

Artikel 35 Absatz 2 KVG nennt die Leistungserbringer, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind. Neu werden die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in Buchstabe dbis explizit genannt, dies für die Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a KLV sowie der Grundpflege nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c KLV, die die Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes bzw. einer Ärztin erbringen können. Die Behandlungspflege nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b werden die Pflegefachpersonen auch in Zukunft auf Anordnung eines Arztes bzw. einer Ärztin erbringen. Entsprechend werden die Pflegefachpersonen in jenen Fällen unter Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe e KVG subsumiert. Es ist davon auszugehen, dass, wie bis anhin, ein Teil der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner selbständig und auf eigene Rechnung tätig ist, dass die Mehrheit jedoch in einem Spital oder in einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause angestellt ist.

Auf Verordnungsebene ist geregelt, welchen Bildungsabschluss die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner nachweisen müssen, damit sie zu Lasten der obligatori-

schen Krankenpflegeversicherung tätig sein können. Die Regelung wurde 1995 beschlossen und nur einmal an die geänderten Kompetenzen des Bundes angepasst. Seit Inkrafttreten des KVG hat sich die Bildungssystematik im Bereich der Gesundheit in wesentlichen Punkten geändert (vgl. Anhänge 1 und 2). Neue Bildungsgänge wurden geschaffen, insbesondere auf Fachhochschulebene. Im Zusammenhang mit der Zuweisung der neuen Kompetenzen an die Pflegefachpersonen wird auf Verordnungsebene zu klären sein, welche Abschlüsse für die direkte Erbringung der Leistungen und welche für die Erbringung der Leistungen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Voraussetzung bilden, damit die Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden können.

Art. 40a Pflegefachfrau und Pflegefachmann

Eine Minderheit (Bortoluzzi, de Courten, Parmelin) beantragt, dass Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, die auf eigene Rechnung und ohne ärztliche Anordnung selbständig tätig sind, keinen Anspruch auf Abgeltung ihrer Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung haben sollen. Für die Zulassung der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner zur direkten Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung soll die Vertragsfreiheit gelten. Absatz 2 hält deshalb fest, dass der Abschluss eines Zulassungsvertrages mit einem oder mehreren Versicherern erforderlich ist. Die Regelung der Einzelheiten wird dem Bundesrat übertragen.

Art. 55a

Mit Beschluss der Eidgenössischen Räte vom 21. Juni 2013 zur Änderung des KVG wurde die Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wieder eingeführt. Die Bestimmung trat am 1. Juli 2013 in Kraft und gilt bis zum 30. Juni 2016. Sie gilt für Ärztinnen und Ärzte mit der Ausnahme jener, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Mit der erneuten geplanten Neuregelung der Steuerung des ambulanten Bereiches sollen die Kantone die Möglichkeit, jedoch nicht die Pflicht haben, die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu regulieren. Dabei sollen sie sich an Qualitätskriterien orientieren. Diese Regulierung kann alle Leistungserbringer betreffen, nicht nur die Ärzte und Ärztinnen, und muss die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich berücksichtigen. Mit dem vorgeschlagenen Artikel 55*a* Absatz 1 Buchstaben c und d wird die Kompetenz der Kantone zur bedarfsabhängigen Zulassung in Bezug auf die Pflegefachpersonen explizit festgehalten.

Übergangsbestimmung

Der Bundesrat wird mit der Übergangsbestimmung beauftragt, dem Parlament spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung einen Bericht über eine Wirkungsanalyse vorzulegen, die sich insbesondere zu den wirtschaftlichen Auswirkungen der Gesetzesänderung äussert.

5 Auswirkungen

5.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen

Mit den Massnahmen im Bildungsbereich ist die Attraktivität der Pflegeberufe gesteigert worden. Zum einen ist davon auszugehen, dass dies der Personalknappheit im Pflegebereich entgegenwirkt. Ob die dadurch ausgelöste Entwicklung ausreicht, um die in Zukunft zusätzlich erforderlichen Pflegefachpersonen zu generieren, kann heute nicht beurteilt werden. Dies vor allem deshalb, weil das Angebot an Pflegefachpersonen durch Faktoren, die sich im Wandel befinden, beeinflusst wird. Auch die Beziehung der Schweiz zu den Ländern der EU, aus denen viele in der Schweiz tätigen Pflegefachpersonen stammen, hat hier einen grossen Einfluss.

Nach Artikel 25*a* KVG leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung 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. Nach Artikel 7*a* KLV beträgt der Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Krankenpflege zu Hause

- für die Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sowie durch Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause Fr. 79.80 pro Stunde, und
- für Leistungen der Grundpflege Fr. 54.60 pro Stunde.

Den Versicherten dürfen höchstens 20 Prozent des höchsten Beitrages überwälzt werden, und die Kantone regeln die Restfinanzierung. Sollte sich ein Markt bilden für Pflegefachpersonen mit Ausbildungen vor allem auf der Tertiärstufe und sollten diese nicht nur Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination erbringen, sondern auch solche der Grundpflege, ist zu erwarten, dass früher oder später Ansprüche in Bezug auf eine bessere Entlöhnung manifest werden. Je mehr die Pflegefachpersonen mit Ausbildung auf der Tertiärstufe zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochstehenden Versorgung benötigt werden, desto eher ist davon auszugehen, dass sie den Anspruch auf eine ihrer Ausbildung entsprechenden Entschädigung durchsetzen können, mit den entsprechenden Kostenfolgen für Versicherer, Versicherte und Kantone.

Zur Frage, wie sich die vorgeschlagene Verlagerung gewisser Kompetenzen von Ärztinnen oder Ärzten hin zu Pflegefachleuten auswirken wird, lassen sich lediglich Hypothesen formulieren. Wenn die dazu befugten Pflegefachpersonen selbst bestimmen können, welche Leistungen sie erbringen, besteht einerseits theoretisch ein Anreiz, mehr Leistungen zu erbringen als im Fall, in dem die Erbringung von Leistungen ohne ärztliche Anordnung nicht möglich ist. Ob diese Kostenfolgen beziehungsweise eine solche Mengenausweitung in der Folge der vorgeschlagenen Gesetzesänderung tatsächlich eintreten werden, kann nicht vorhergesagt werden. Die Statistiken zeigen immerhin, dass mit einer zunehmenden Zahl der Leistungserbringer auch mehr Leistungen erbracht werden. Anderseits kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass Ärztinnen und Ärzte entlastet werden, wenn sie gewisse Pflegeleistungen – insbesondere solche der Grundpflege zu Hause oder im Pflegeheim – nicht mehr anordnen müssen. Ob dies in der Praxis zu einer spürbaren Entlastung und somit zu Kosteneinsparungen führen wird, lässt sich im Voraus kaum fundiert abschätzen.

Heute gibt es eine sehr kleine Gruppe von selbständigen Pflegefachpersonen, die auf eigene Rechnung tätig sind. Gemäss der Spitex-Statistik des BFS von 2012 ist von ungefähr 650 Pflegefachpersonen auszugehen sowie von 273 Organisationen mit Erwerbscharakter und 671 privat- und öffentlichrechtlichen Organisationen ohne erwerbswirtschaftlichen Charakter[31]. Es ist nicht bekannt, wie sich diese Gruppe verhält und weiterentwickelt. Es ist aber zu erwarten, dass sich Organisationen bilden bzw. bestehende Organisationen weiterentwickeln, die sich zunehmend auf den hier angesprochenen Pflegebereich der Grundpflege spezialisieren und mehr Leistungserbringer entsprechend mehr Leistungen erbringen werden. Diese künftigen Entwicklungen sind aber nicht absehbar. Weil die Richtung und Stärke der verschiedenen Entwicklungstendenzen nur schwerlich abgeschätzt werden können, lassen sich Kostenfolgen nicht ausweisen. Sicher ist lediglich, dass aufgrund der im KVG enthaltenen Finanzierungsregelungen (Spitalfinanzierung, Pflegefinanzierung) allfällige Mehrkosten sowohl zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, der Patientinnen und Patienten als auch zu Lasten der der Kantone gehen würden, denn die Kantone übernehmen mindestens 55 Prozent der leistungsbezogenen Pauschalen beim Spitalaufenthalt sowie einen grossen Teil der bei der Pflege zu Hause und im Pflegeheim anfallenden Restkosten. Die Versicherer haben dabei ihre Kontrollfunktion wahrzunehmen und die Wirtschaftlichkeit von Pflegeleistungen zu überprüfen, unabhängig davon, ob die Leistungen mit oder ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbracht werden (s. Ziff. 5.2).

In Übrigen ist davon auszugehen, dass auch andere Berufsgruppen die gleichen Forderungen stellen wie die Pflegefachpersonen[32] und dass die Gesetzesänderung präjudiziellen Charakter haben kann.

5.2 Vollzugstauglichkeit

Seit Inkrafttreten des KVG hat sich die Bildungssystematik im Bereich der Gesundheit in wesentlichen Punkten geändert (s. Ziff. 2.1). Zwar wurde mit der vom Bundesrat am 3. Dezember 2004 beschlossenen Änderung von Artikel 49 KVV, der die Voraussetzungen festhält, die Pflegefachpersonen erfüllen müssen, damit sie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein können, den neuen Kompetenzen des Bundes Rechnung getragen[33]. Grundsätzlich wurde der Artikel jedoch so belassen, wie er seit Inkrafttreten des Gesetzes Gültigkeit hat. Mit der vorgeschlagenen Gesetzesänderung erhalten die Pflegefachpersonen mehr Kompetenzen. Damit sichergestellt ist, dass die direkt zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätigen Pflegefachpersonen die dafür erforderlichen Anforderungen erfüllen, hat der Bundesrat gestützt auf die neue Bildungssystematik festzulegen, über welchen Fähigkeitsausweis beziehungsweise welchen höheren Fachschul- oder Fachhochschulabschluss eine Pflegefachperson verfügen muss, um ohne ärztliche Anordnung beziehungsweise ohne ärztlichen Auftrag Leistungen der Abklärung sowie der Grundpflege, eingeschlossen solche der psychiatrischen Grundpflege, vorzunehmen. Artikel 49 KVV wird entsprechend anzupassen sein.

31 http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/05/key/02.html

32 Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung, Bern November 2013

33 AS 2004 *5075*

Heute ist für alle Leistungen der Pflege zu Hause und im Pflegeheim gleichermassen eine ärztliche Anordnung oder ein ärztlicher Auftrag erforderlich. Mit der vorgeschlagenen Gesetzesänderung wird neu ein Unterschied gemacht zwischen direkt zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Leistungen der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (Abklärung, Beratung und Koordination sowie Grundpflege) und solchen, die sie auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbringen können (Behandlungspflege). Artikel 7 KLV ist anzupassen, so dass klar wird, dass die Vergütung der Leistungen nach Absatz 2 Buchstabe b (Behandlungspflege) nach wie vor vom Vorliegen eines ärztlichen Auftrags oder einer ärztlichen Anordnung abhängig ist. Die Kompetenz ist vom Bundesrat an das EDI delegiert.

Nach Artikel 56 des Gesetzes muss sich der Leistungserbringer in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung verweigert werden. Gestützt auf diese Bestimmungen überprüfen die Versicherer die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer. Dies erfolgt nach einer von den Versicherern und den Leistungserbringern vertraglich festgelegten Methode (Art. 56 Abs. 6 KVG). Für den Bereich der ärztlichen Leistungen erfolgt die Überprüfung systematisch. Die Tarifpartner haben vereinbart, dass die bisher verwendete Varianzanalyse von den Versicherern und Leistungserbringern gemeinsam weiterentwickelt werden soll. Die Erläuterungen von santésuisse zur bei der Rechnungsprüfung herangezogenen Rechnungstellerstatistik zeigen, dass in die Wirtschaftlichkeitsprüfung zwar die vom Arzt veranlassten Kosten für Arzneimittel und Physiotherapie, nicht aber jene für die Pflege zu Hause und im Pflegeheim einfliessen[34].

Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt grundsätzlich auch für die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Auch sie werden vom Gesetz verpflichtet, mit den Versicherern vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit festzulegen. Heute wird die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Versicherer in den Administrativverträgen mit den Verbänden der Leistungserbringer geregelt (s. Ziff. 2.4.5). Dabei sind in der Regel Kontrollbesuche der Versicherer bei den Leistungserbringern vorgesehen. Eine Kontrolle über die Einstufung des Pflegebedarfs übt jedoch auch der Arzt oder die Ärztin aus, der oder die das Formular zur Erhebung des Pflegebedarfs unterschreibt. Fällt diese Kontrolle weg, bleibt noch die Kontrolle durch die Kontrollbesuche der Versicherer bei den Leistungserbringern. Die Versicherer kennen die einzelnen Patientinnen und Patienten und deren Geschichte vor allem aus den Akten. Deshalb können falsche und insbesondere zu hohe Einstufungen weniger gut erkannt werden als im Fall, in dem der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin ein Formular unterschreiben muss.

[34] www.santesuisse.ch > onlineshop Leistungserbringer > Erläuterung zur Statistik inkl. ANOVA-Index

6 Verhältnis zum europäischen Recht

6.1 Vorschriften der Europäischen Union

Artikel 3 Absatz 3 Unterabsatz 2 des Vertrages der Europäischen Union[35] überträgt der Union die Aufgabe, die soziale Gerechtigkeit und den sozialen Schutz zu fördern. Die Freizügigkeit der Arbeitnehmenden innerhalb der Union ist in Artikel 45 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV)[36] geregelt. Das Freizügigkeitsprinzip verlangt eine Koordination der einzelstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit, wie dies in Artikel 48 AEUV festgelegt ist. Das Unionsrecht sieht keine Harmonisierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit vor. Die Mitgliedstaaten können die Ausgestaltung, den persönlichen Geltungsbereich, die Finanzierungsmodalitäten sowie die Organisation ihrer Systeme der sozialen Sicherheit weiterhin bestimmen. Die Koordination der einzelstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit wird durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004[37] und die Durchführungsverordnung Nr. 987/2009[38] geregelt. Seit dem Inkrafttreten des Abkommens vom 21. Juni 1999[39] zwischen der Schweiz und der Europäischen Gemeinschaft am 1. Juni 2002 ist die Schweiz Teil des multilateralen Koordinationssystems.

Die Empfehlung vom 27. Juli 1992 über die Annäherung der Ziele und der Politiken im Bereich des sozialen Schutzes[40] forderte die Mitgliedstaaten auf, für die rechtmässig in ihrem Hoheitsgebiet ansässigen Personen den Zugang zur notwendigen Gesundheitsversorgung sowie zu den Krankheitsvorsorgemassnahmen zu ermöglichen.

6.2 Die Instrumente des Europarates

Die Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit vom 16. April 1964[41] (EOSS) regelt in ihrem Teil II die ärztliche Betreuung. Die Vertragsstaaten nach Teil II sind verpflichtet, den geschützten Personen medizinische Versorgung bei Krankheit ohne Rücksicht auf ihre Ursache sowie bei Mutterschaft zu gewährleisten. Der Leistungsempfänger kann zur Beteiligung an den Kosten der bei Krankheit gewährten medizinischen Versorgung verpflichtet werden. Zudem kann die Dauer der erbrachten Leistungen für die einzelnen Fälle auf 26 Wochen beschränkt werden. Die Schweiz hat bei der Ratifikation der EOSS erklärt, die Verpflichtungen aus Teil II nicht zu übernehmen.

Die (revidierte) Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit vom 6. November 1990 erweitert den persönlichen und sachlichen Anwendungsbereich der EOSS. Sie tritt nach der Ratifikation durch zwei Mitgliedstaaten des Europarates in Kraft. Bis

35 ABl. C 326 vom 26. Oktober 2012, S. 13
36 ABl. C 326 vom 26. Oktober 2012, S. 47
37 Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1)
38 Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11)
39 SR **0.142.112.681**
40 ABl. L 245 vom 26. August 1992, S. 49
41 SR **0.831.104**

anhin haben die Niederlande (22.12.2009) ratifiziert und 13 weitere Staaten unterzeichnet.

Die Europäische Sozialcharta vom 18. Oktober 1961 sowie die revidierte Europäische Sozialcharta vom 3. Mai 1996 statuieren in Artikel 12 das Recht auf soziale Sicherheit. Die Schweiz hat die beiden Abkommen nicht ratifiziert.

6.3 Vereinbarkeit der Vorlage mit dem europäischen Recht

Bei der vorliegenden parlamentarischen Initiative geht es um die Aufwertung des Berufsstatus der Pflegefachpersonen. Das in der Schweiz anwendbare europäische Recht setzt für diesen Bereich keine Normen fest. Die Staaten können diese Aspekte nach eigenem Ermessen bestimmen. Deshalb steht die Vorlage im Einklang mit dem von der Schweiz übernommenen europäischen Recht.

7 Rechtliche Grundlagen

7.1 Verfassungs- und Gesetzmässigkeit

Diese Gesetzesvorlage stützt sich auf Artikel 117 der Bundesverfassung, der dem Bund eine umfassende Kompetenz in Bezug auf die Krankenversicherung verleiht.

7.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Die zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung notwendigen Regelungskompetenzen (Erlass der Vollzugsbestimmungen) werden dem Bundesrat in Artikel 96 KVG delegiert.

7.3 Erlassform

Es handelt sich um die Änderung eines Bundesgesetzes.

OdASanté

Schweizerische Bildungssystematik Gesundheit

Eidg. Höhere Fachprüfung

Expert/-in in Infektionsprävention im Gesundheitswesen mit eidg. Diplom
Expert/-in in Biomedizinischer Analytik u. Labormanagement mit eidg. Diplom**
Expert/-in im Operationsbereich mit eidg. Diplom**
Expert/-in in Zytodiagnostik mit eidg. Diplom**

Eidg. Berufsprüfung

Medizinische/-r Masseur/-in mit eidg. FA
Medizinische/-r Kodierer/-in mit eidg. FA
Transportsanitäter/-in mit eidg. FA
Fachmann/-frau für Neurophysiologische Diagnostik (FND) mit eidg. FA
Fachmann/-frau Langzeitpflege mit eidg. FA**

Eidg. Fähigkeitszeugnis

Fachmann/-frau Gesundheit EFZ
Laborant/-in EFZ Fachrichtung Biologie
Dentalassistent/-in EFZ
Podologe/-in EFZ

Eidg. Attest

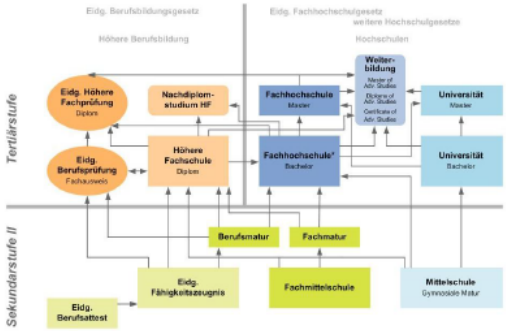
Assistent/-in Gesundheit und Soziales EBA

Nachdiplomstudium HF

dipl. Expert/-in in Anästhesiepflege NDS HF
dipl. Expert/-in in Notfallpflege NDS HF
dipl. Expert/-in in Intensivpflege NDS HF

Höhere Fachschule

dipl. Pflegefachmann/-frau HF
dipl. Biomed. Analytiker/-in HF
dipl. Fachmann/-frau für med. techn. Radiologie HF
dipl. Aktivierungsfachmann/-frau HF
dipl. Fachmann/-frau Operationstechnik HF
dipl. Dentalhygieniker/-in HF
dipl. Orthoptist/-in HF
dipl. Rettungssanitäter/-in HF
dipl. Podologe/-in HF



* Ohne bereichsspezifische Vorbildung sind Zusatzmodule erforderlich, gemäss „Profil des Fachhochschulbereich Gesundheit vom 13.5.04", GDK.
** Projekt in Erarbeitung, Arbeitstitel

Fachhochschule – Master

Master of Science
In Pflege
In Physiotherapie

Fachhochschule – Bachelor

Bachelor of Science
in Pflege
in Physiotherapie
in Ergotherapie
Hebamme
in Ernährung und Diätetik
in Medizinischer Radiologie-Technik
(HES-SO)

Universität – Master

Master of Science in Nursing (MSN) / PhD Nursing Science

Universität – Bachelor

Bachelor of Science in Nursing (BSN), Universität Basel (setzt zusätzlich ein Tertiärdiplom in Pflege voraus)

Stand Ende März 2012

B) Übersicht der Aus- und Weiterbildungsabschlüsse Pflege und Betreuung

Tab. 1 Ausbildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung

Bildungsstufe		Berufsabschluss heute	seit wann	ISCED	häufige Einsatzorte			altrechtliche Abschlüsse
					Spital	*APH*	*Spitex*	
Tertiär A	Universität	PhD Nursing Science	Studiengänge seit 2008	5A	✓	✓	✓	
		Master of Science in Nursing (MSN)	Studiengänge seit 2000[1]	5A	✓	✓	✓	
		Bachelor of Science in Nursing (BSN)	Studiengänge seit 2000	5A	✓	✓	✓	
	Fachhochschule	Master of Science in Pflege (MScN)	Studiengänge seit 2009	5A	✓	✓	✓	
		Bachelor of Science in Pflege (BScN)	Studiengänge seit 2006	5A	✓	✓	✓	▪ Pflegeexpertin/-experte HöFa II
Tertiär B	Höhere Fachschule	Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF	seit 2008 in Kraft	5B	✓	✓	✓	▪ Dipl. Krankenschwester/-pfleger in Gesundheits- und Krankenpflege Niveau II (DN II) ▪ Dipl. Krankenschwester/-pfleger AKP, PsyKP, KWS, IKP ▪ mit Einschränkungen: Gesundheits- und Krankenpflege DN I
		Dipl. Aktivierungsfachfrau/-mann HF	seit 2008 in Kraft	5B		✓		▪ Dipl. Aktivierungstherapeut/in
		Dipl. Fachfrau/-mann Operationstechnik HF	seit 2009 in Kraft	5B	✓			▪ Dipl. Technische/r Operationsassistent/in (TOA)
		Dipl. Rettungssanitäter/in HF	seit 2008 in Kraft	5B	✓			▪ Dipl. Rettungssanitäter/in
Sekundar II	Eidg. Fähigkeitszeugnis	Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ (FaGe)	seit 2009 in Kraft	3B	✓	✓	✓	▪ Praktische Krankenpflege (PKP) FA SRK ▪ Hauspfleger/in EFZ
		Fachfrau/-mann Betreuung EFZ (FaBe)	seit 2005 in Kraft	3B		✓		▪ Betagtenbetreuer/in ▪ soziale Lehre in Betagtenbetreuung
		Medizinische/r Praxisassistent/-in EFZ	seit 2010 in Kraft	3B			✓[2]	
	Eidg. Berufsattest	Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA	seit 2012 in Kraft	3B	✓	✓	✓	▪ Pflegeassistent/in
		Zertifikat Pflegehelfer/in SRK				✓	✓	
		Zertifikat Haushelfer/in in der Spitex					✓	

APH: Alters- und Pflegeheim

[1] 1996–2006: Studiengänge von WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe in Aarau in Kooperation mit Universität Maastricht (NL)

[2] Haupteinsatzort: Arztpraxis

1 Entstehungsgeschichte 3

2 Ausgangslage 4

2.1 Pflegefachpersonen 4
2.1.1 Allgemeines zur Bildungssystematik der Gesundheitsberufe 4
2.1.2 Bildungsgänge für den Pflegefachberuf 4
2.1.3 Statistik der Pflegeabschlüsse 6
2.1.4 Ausübung des Pflegeberufs und Kompetenzbereich 6
2.1.5 Ausbildungen auf Sekundarstufe II für Berufe im Pflegebereich 7
2.1.6 Statistik des Pflegefachberufs 7
2.1.7 Rollenentwicklung 9
2.2 Das geplante Gesundheitsberufegesetz 9
2.3 Die Bevölkerung altert und der Pflegebedarf steigt 11
2.4 Geltendes Recht 12
2.4.1 Die Leistungserbringer nach KVG 12
2.4.2 Die Zulassung der Pflegefachpersonen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 13
2.4.3 Die Leistungen nach KVG 14
2.4.4 Die Leistungen der Krankenpflege ambulant und im Pflegeheim 14
2.4.5 Die Erfassung des Pflegebedarfs 15
2.4.6 Die Verantwortung der Leistungserbringer gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und Verantwortung der (Pflege-) Fachpersonen für die eigene Leistung 15

3 Die beantragte Neuregelung 16

3.1 Grundzüge 16
3.2 Minderheitsanträge 18

4 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen 18

5 Auswirkungen 22

5.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen 22
5.2 Vollzugstauglichkeit 23

6 Verhältnis zum europäischen Recht 25

6.1 Vorschriften der Europäischen Union 25
6.2 Die Instrumente des Europarates 25
6.3 Vereinbarkeit der Vorlage mit dem europäischen Recht 26

7 Rechtliche Grundlagen 26

7.1 Verfassungs- und Gesetzmässigkeit 26
7.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen 26
7.3 Erlassform 26

Anhang 1
Anhang 2