

Per Mail

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats SGK-NR
Herr Nationalrat Guy Parmelin, Kommissionspräsident

karin.schatzman@bag.admin.ch
dm@bag.admin.ch

Zürich, 14. August /BZ

11.418 Parlamentarischen Initiative von NR R. Joder „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“: Vernehmlassung zum Vorentwurf der SGK-NR zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes KVG
Stellungnahme der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften KKA

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident, sehr geehrte Mitglieder der nationalrätlichen Kommission für Soziales und Gesundheit

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zu Ihrem Vorentwurf zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), mit welchem die Parlamentarische Initiative Joder «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» umgesetzt werden soll, Stellung nehmen zu können.

1. Einleitung

Die Initiative hat zum Ziel, weitere Leistungserbringer aus dem Segment der Gesundheitsberufe zu Medizinalpersonen zu machen und diese damit zu eigenverantwortlicher Leistung und Rechnungsstellung zu ermächtigen. Konkret sollen Pflegefachfrauen und -männer künftig „in pflegespezifischen“ Belangen eigenständig und – ohne ärztliche Anordnung – und gemäss Vorstellung des Initianten - kosteneffektiver handeln können.

Mit dem Gesundheitsberufegesetz GesBG und der vorliegenden Änderung des KVG sollen die Grundlagen für die Übernahme ärztlicher Handlungen durch Gesundheitsfachpersonen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OPK) geschaffen werden.

Ausser Acht gelassen wird aber, dass mit diesen Massnahmen dem stetig wachsenden Mangel an ärztlichem Nachwuchs – vorab in den Fachgebieten Allgemeininnere Medizin und Pädiatrie - keineswegs begegnet werden kann. Dafür sind auf Bundesebene zwingend und zeitnah die notwendigen Mittel zur Ausbildung von Schweizer Ärztinnen und Ärzten bereit zu stellen.

Die Initiative wird von breiten Kreisen über politische Grenzen hinweg unterstützt und sie versprechen sich von dieser Stossrichtung eine Entlastung der überlasteten Grundversorger, beachten aber die damit verbundenen Konsequenzen zu wenig.

2. Verantwortlichkeiten und Kompetenzen

Die Medizin der Zukunft findet insbesondere beim demographischen Wandel zunehmend möglichst basisnahe, d.h. im häuslichen Rahmen unserer Bevölkerung statt. Dabei ist eine gute Zusammenarbeit von allen Beteiligten äusserst wichtig. Damit diese Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen und somit eine optimierte Versorgung möglich wird, können die Leistungserbringer vermehrt Versorgungsteams bilden, in deren Zentrum der Patient und die Patientin stehen. Gerade in den etablierten Organisations- und Unternehmensstrukturen innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung der in der freien Praxis tätigen Ärzteschaft wird dieses Credo beispielsweise in Zusammenarbeit von Arzt und Medizinischer Praxisassistentin MPA tagtäglich bereits gelebt.

Die freipraktizierende Ärzteschaft weiss aus Erfahrung, dass ein zwischen Arzt und Pflegefachkraft koordiniertes Planen von Behandlungen bei komplexen, chronischen oder palliativen Situationen notwendig und eine effiziente Zusammenarbeit anzustreben ist. Stossend ist dabei die Tatsache, dass die Medizinischen Praxisassistentinnen auch unter voller Verantwortung der Ärzteschaft keine verrechenbaren Leistungen ausserhalb der Praxis erbringen können. Dies wäre gerade aus Kostensicht ein wesentliches Element für eine Optimierung der Gesundheitskosten.

Aus Sicht der Ärzteschaft nimmt die Komplexität in der Behandlungsführung gerade unter dem Gesichtspunkt der früheren Spitalentlassungen, aber auch der zunehmenden Multimorbidität und der steigenden Zahl von chronisch Erkrankten einer immer älter werdenden Gesellschaft zu. Eine vermehrt unscharf getrennte Zuständigkeit des betreuenden Arztes und zunehmende Schnittstellen im ambulanten Bereich lassen die Betreuungs- und Patientensicherheit jedoch abnehmen. Deshalb muss die Führung einer Therapie auch im Rahmen eines Behandlungsteams in ärztlicher Hand bleiben.

Es sind auch die rechtlichen Konsequenzen, die uns grosse Sorge bereiten. Die Verantwortlichkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten muss klar definiert sein. Dies ist mit der aktuellen Vorlage nicht der Fall. Es geht dabei nicht nur um die Verantwortlichkeit von Arzt und Pflege, sondern auch um die Verantwortlichkeiten innerhalb der Pflegeberufe.

2.1. Grundpflege und Behandlungspflege

Die vorgesehene Kompetenzabgrenzung, welche zwischen Grundpflege und Behandlungspflege unterscheidet ist zu begrüßen, aber es sind auch Vorbehalte anzubringen.

Die Patientenbetreuung im Rahmen der Grundpflege wird heute gerade infolge des Ressourcenmangels mehrheitlich von Fachfrauen/Fachmännern Gesundheit FaGe ausgeübt. Pflegefachpersonen würden – gestützt auf das HF-Diplom Pflege oder auf ein Bachelordiplom FH sowie auf die gesetzlich geforderte Berufserfahrung für die „selbständige“ Tätigkeit – diese Tätigkeiten lediglich noch überwachen. Ob dies im Sinne einer Aufwertung der eigenen Tätigkeit und zur Behebung des Ressourcenmangels zielführend sein wird, ist fraglich.

Zu befürchten ist vielmehr eine Ausweitung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen in Richtung Behandlungspflege. Entgegen der Absicht des Bundesrates, die Massnahmen der Grundpflege erst auf Verordnungsstufe mit einer „Positivliste“ regeln zu wollen, müssen die Begriffe „Grundpflege“

und „Behandlungspflege“ unserer Meinung nach wegen deren Wichtigkeit und um der erwähnten Problematik präventiv zu begegnen, zwingend bereits auf Gesetzesstufe explizit verankert werden.

Art. 33 Abs. 1bis lit. a und b KVG sind demzufolge wie folgt zu ergänzen:

- a. Von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (**Behandlungspflege**)
- b. Von Pflegefachpersonen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden (**Grundpflege**)

Kompetenzüberschneidungen, welche die Erarbeitung komplizierter interdisziplinärer Guidelines erfordern und schwierige Abgrenzungsfragen zu Verantwortlichkeiten sowie haftpflichtrechtliche Folgen nach sich ziehen könnten, lehnen wir dezidiert ab.

Entsprechend ist Art. 33 abs. 1bis lit. c KVG ersatzlos zu streichen, wie es mit dem Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz gefordert wurde: ~~gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden.~~

Ebenfalls unterstützen wir den Minderheitsantrag Cassis, Bortoluzzi, de Courten, Moret und Stolz bei **Art. 25 Abs. 2, erster Satz KVG**: *Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital nach Konsultation der zuständigen Pflegefachperson ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49 a) vergütet.*

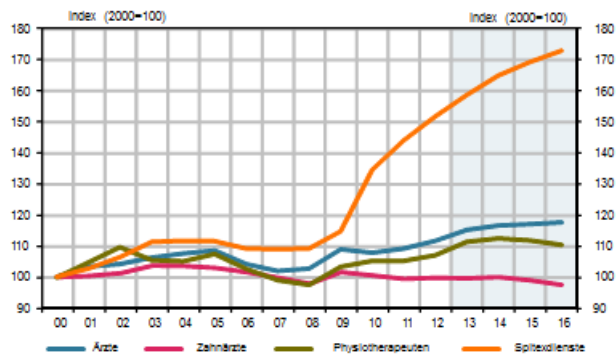
3. Kostensenkung und keine Mengenausweitung: Kostenmonitoring

Die KKA befürwortet Massnahmen, welche bei mindestens gleichbleibender Qualität auch die Wirtschaftlichkeit und die Kostenoptimierung in der Gesundheitsversorgung zum Ziel haben. Im Sinne der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten-Optik ist mit der Definition von klaren Kompetenzen und Verantwortlichkeiten das Subsidiaritätsprinzip einzuhalten.

In Realität wird mit grosser Wahrscheinlichkeit jedoch eine Mengen- und damit Kostenausweitung stattfinden, da in bestimmten Bereichen zwei Stellen ähnliches machen werden. Beispiele dazu sind Blutverdünnung, Blutdruckmessung als Teil der Herz-Kreislauf-Beurteilung und Wundpflege. „Wundpflegespezialistinnen“ und weitere Pflegefachleute mit Zusatzausbildung sind heute sehr empfänglich für immer neuere und somit oft teurere Materialien und Therapien ohne immer klar nachweisbaren medizinischen Mehrwert. Einerseits tendiert die Gesundheitspolitik dazu, den Zugang zu ärztlichen Spezialisten zunehmend einzuschränken und andererseits sollen mit dieser Initiative vermehrt direkte Zugänge zu Behandlungen durch nicht ärztliches Gesundheitspersonal ohne ärztliche Indikationskontrolle geöffnet werden. Damit könnten vermehrt Fehlanreize geschaffen werden.

Es ist aus unserer Sicht keine Frage, dass die finanziellen Konsequenzen der obigen Vorlage sehr gross sind. Wir erlauben uns in diesem Zusammenhang den Hinweis auf die nachfolgende Grafik aus der KOF-Studie vom Herbst 2014 und den Steigerungsgrad der Spitexkosten.

Ambulante Versorger



Quellen: BFS, KOF

Herbstprognose der Gesundheitsausgaben 2013-2016 4. November 2014 17

Es ist zu erwarten, dass von Seiten der Politik ein Kostenanstieg mit dem Argument der substituierenden Leistungen begegnet wird, d.h. es ist zu befürchten, dass die Pflegeleistungen das Budget der ärztlichen Leistungen tangieren.

Trotzdem weisen wir den Minderheitsantrag von Bortoluzzi de Courten und Parmelin zu Art. 40a KVG, welcher die Einführung der Vertragsfreiheit im Zusammenhang mit der Zulassung der Pflegefachpersonen zur Tätigkeit zu Lasten des KVG fordert, dezidiert zurück. Dies kann keine zielführende Lösung zur Sicherstellung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Kostenoptimierung in der Gesundheitsversorgung sein.

4. Fazit

Die Fachkompetenz der Pflegefachleute ist für die Ärzteschaft und die Ausübung unseres Berufes vital und deren Förderung unverzichtbar.

Die KKA stimmt deshalb wie die Delegiertenversammlung der FMH den beiden Grundsätzen zu, dass die Definition der Leistungen, welche ohne ärztliche Anordnung durch Pflegefachpersonen erbracht werden können und der beruflichen Qualifikationen, über welche eine Pflegefachperson verfügen muss, um diese Leistungen erbringen zu dürfen auf Gesetzesstufe erfolgen muss. Die KKA weist hingegen die im Gesetz vorgesehene Regelung zu einer gemeinsamen Anordnung wie in Art. 33 abs. 1 bis lit. c KVG vorgesehene dezidiert zurück.

Die Auswirkungen der Vorlage sind sehr schwierig abzuschätzen, werden aber bei der Umsetzung grosse Konsequenzen für alle Akteure und Leistungserbringer zeitigen. Mit den vorgesehenen Abgrenzungen und abschliessenden Zuständigkeiten von Pflegefachpersonen für bisher ärztliche Verantwortungsbereiche sind Konflikte vorprogrammiert und die von der Politik angestrebte Förderung integrierter Versorgungsmodelle doch zweifelhaft. Die vorgesehenen Gesetzesänderungen bergen zudem nach Auffassung der KKA die Gefahr vermehrter staatlicher Steuerung sowie Regulierung, indem

politische Gremien in den Ausführungsbedingungen ärztliche und pflegerische Massnahmen definieren.

Wir danken Ihnen für den Einbezug unserer Argumente in Ihrer weiteren Diskussion.

Freundliche Grüsse

Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA

Fiorenzo Caranzano, co-président CCM



Kopien an:

Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Präsident Nationalrat François Steiert

Präsident FMH, Dr. med. J. Schlup

Präsidentinnen und Präsidenten der kantonalen Ärztesellschaften

Geschäftsstelle KKA-CCM,

Nordstrasse 15, 8006 Zürich, T: 044 421 14 44 F: 044 421 14 15

barbara.zinggeler@kka-ccm.ch

catherine.hool@kka-ccm.ch