

«Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» (11.418)

PARLAMENARISCHE INITIATIVE

Rudolf Joder (SVP, BE), eingereicht am 16. März 2011



Fotos: Fotolia

Die Argumente



Die Initiative wird getragen von:



swissANP



SVPL



Die Initiative wird unterstützt von:



• SPITEX *privée Suisse*

CURAVIVA.CH

PARLAMENARISCHE INITIATIVE

«Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege»,
c/o SBK-ASI, Choisystrasse 1,
Postfach 8124, 3001 Bern
Tel. 031 388 36 36
Fax 031 388 36 35
info@sbk-asi.ch
www.sbk-asi.ch

Initiativtext

Gestützt auf Artikel 160 Absatz 1 der Bundesverfassung und Artikel 107 des Parlamentsgesetzes reiche ich folgende parlamentarische Initiative 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.

Die wichtigsten Ziele

- > Mit der Aufteilung der Pflegeleistungen in einen eigenverantwortlichen und in einen ärztlich delegierten Bereich wird das KVG der Realität des Berufes und den kantonalen Gesundheitsgesetzen angepasst.
- > Es geht darum, dass Leistungen, die Pflegefachpersonen schon jetzt in voller eigener (rechtlicher und fachlicher) Verantwortung, also ohne ärztlichen Auftrag bzw. ärztliches Visum, erbringen müssen, ebenfalls ohne ärztliches Visum von der Krankenversicherung übernommen werden.
- > Die Verantwortung der Pflegefachpersonen wird in Übereinstimmung mit ihren Kompetenzen gebracht. Der Pflegeprozess (z.B. die Abklärung des Pflegebedarfs, die Beratung des Patienten und seines Umfelds) gehört nicht zur ärztlichen Kompetenz. Der Arzt muss heute Verordnungen für Pflegeleistungen ausstellen, für die er weder kompetent noch zuständig ist.
- > Die Anerkennung des eigenverantwortlichen Bereichs der Pflege im KVG führt zu einer effizienteren Nutzung von Ressourcen. Doppelspurigkeiten und Leerläufe werden abgebaut. Unnötige administrative Arztleistungen fallen weg.
- > Wegen dem grossen Personalmangel und der hohen Fluktuation in der Pflege besteht dringender Handlungsbedarf: Mit der Initiative steigt die Attraktivität des Pflegeberufs. Klar definierte Berufsrollen und Laufbahnmöglichkeiten machen die anspruchsvolle Pflegeausbildung für Jugendliche attraktiver. Wenn der Pflegeberuf den Makel eines «Hilfsberufs» ablegen kann, verbessert sich seine Wettbewerbsfähigkeit im «Kampf um die Talente».

- > Nach dem wuchtigen Volks-Ja zu einer guten medizinischen Grundversorgung ist die Parlamentarische Initiative der logische nächste Schritt. Die professionelle Pflege ist eine tragende Säule einer Grundversorgung, die Antworten auf die anstehenden Herausforderungen mit mehr chronischen und komplexeren Mehrfacherkrankungen hat.

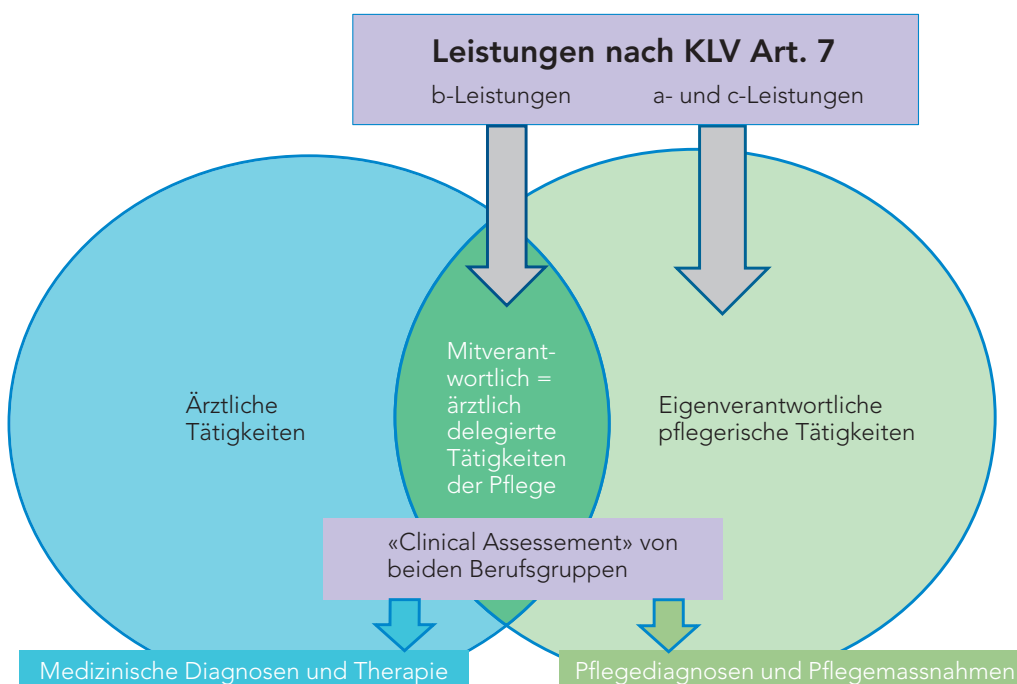
Was bleibt gleich?

- > Am bewährten Delegationsmodell im Bereich der diagnostischen und therapeutischen Massnahmen ändert sich nichts. Behandlungspflege, z.B. die Medikamente, werden weiterhin vom Arzt verordnet. Der Katalog von Massnahmen der Behandlungspflege ist klar definiert und bleibt unverändert.
- > Es kommt zu keiner Mengenausweitung: Die bereits bestehenden engen Kontrollmechanismen durch die Krankenversicherer wirken schon heute. 98% der 80 000 diplomierten Pflegefachpersonen arbeiten im Angestelltenverhältnis. Die Initiative hat keine Auswirkungen auf ihren Lohn.

Ein Beruf – zwei Tätigkeitsgebiete

Die Diplombildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann befähigt die Berufsangehörigen, auf zwei Gebieten tätig zu sein:

- 1. Mitverantwortlich** auf **diagnostischem und therapeutischem** Gebiet. Es handelt sich dabei prinzipiell um ärztliche Leistungen, die aufgrund rechtlich klarer Kriterien von Ärztinnen und Ärzten an Pflegefachpersonen delegiert werden müssen. Federführend ist hier der Arzt/die Ärztin, der Fokus liegt auf der Krankheit, namentlich auf deren Identifizierung (der Diagnose) und der daraus abgeleiteten Behandlung (Therapie).
- 2. Eigenverantwortlich** auf dem **Gebiet der Pflege im engen und im eigentlichen Sinn (autonomer Bereich der Pflege)**. Der eigenverantwortliche Bereich der professionellen Pflege wird durch den Pflegeprozess definiert. Bezüglich Auswirkungen von Krankheiten und Therapien sowie im Vorbeugen von gesundheitlichen Schäden führen Pflegefachpersonen mit Patienten eine Abklärung des Pflegebedarfs durch. Sie setzen Ziele und planen entsprechende Massnahmen. Pflegefachpersonen übernehmen im Pflegeprozess die Führung und Koordination und sind die Ansprechpersonen für Patienten, Angehörige, Ärzte und andere am Prozess beteiligte Fachpersonen. Die fachliche Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess und die rechtliche Haftung liegen bei der Pflegefachperson.



Fünf kritische Fragen – fünf klare Antworten

Besteht die Gefahr einer Mengenausweitung?

Nein, weil gut ausgebildete Pflegefachpersonen den Pflegebedarf mit Hilfe von professionellen Assessmentinstrumenten abklären und weil die enge Überwachung durch die Krankenversicherer, die Patienten und die Restfinanzierer bereits besteht.

- Krankenkassen (z.B. Helsana) bestätigen, dass Pflegeleistungen nur in seltenen Fällen zum «Eintrittstor» ins KVG werden.
- Die Behandlungspflege erfolgt weiterhin ausschliesslich auf ärztliche Anordnung.
- Die Pflegemassnahmen in diesem Bereich sind in einem Katalog klar definiert.

Wenn es zukünftig mehr Pflegeleistungen geben wird, ist dies eine Folge der demografischen Entwicklung (längeres Leben) und nicht der Parlamentarischen Initiative. Es entspricht dem gesellschaftlichen Trend und dem politischen Willen, dass mehr ambulant als stationär gepflegt wird.

Hat ein Ja zur Initiative zur Folge, dass andere Gesundheitsberufe nachziehen?

Nein, weil medizinisch-therapeutische und -technische Berufe, wie z.B. Physiotherapeutinnen, Ergotherapeutinnen oder Laborantinnen ausschliesslich Leistungen im diagnostischen und therapeutischen Bereich erbringen und daher nicht mit der Pflege zu vergleichen sind. Sollten andere Berufe vergleichbare Forderungen stellen, müsste eine neue und anders gelagerte politische Diskussion geführt werden.

Macht das neue Gesundheitsberufegesetz die Parlamentarische Initiative überflüssig?

Nein, weil es beide braucht. Das Gesundheitsberufegesetz reglementiert einheitlich die Ausbildung, die Berufsausübung und die Berufspflichten. Das von der Parlamentarischen Initiative betroffene KVG regelt hingegen die Finanzierung von medizinischen und pflegerischen Leistungen.

Kommt es nicht trotzdem zu einer Kompetenzverschiebung, wie dies die FMH als Standesorgan der Ärzte und Ärztinnen befürchtet?

Nein, weil die Befürchtungen der FMH nicht der Realität entsprechen. Die Abgrenzung zwischen dem ärztlich verordneten und dem eigenverantwortlichem Bereich ist klar vorgegeben (s. oben). Der Verband «Hausärzte Schweiz» unterstützt die Parlamentarische Initiative und setzt auf eine gut funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit.

Wird die Zusammenarbeit mit den Hausärzten und anderen Gesundheitsberufen gefördert?

Ja, weil infolge des Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten neue Modelle der Zusammenarbeit möglich werden. Indem jede Berufsgruppe gemäss ihren Kompetenzen handelt und diese Leistungen direkt abrechnen kann, werden interprofessionelle und interdisziplinäre Gemeinschaftspraxen mit innovativen und kostengünstigeren Versorgungsmodellen gefördert. Vorschnelle und unnötige Überweisungen an teure Spezialisten werden reduziert. Die Wege werden kürzer und die Abläufe einfacher.

Passt in die Strategie «Gesundheit 2020»

Mit der Strategie «Gesundheit 2020» hat der Bundesrat seine gesundheitspolitischen Prioritäten definiert. Die eigenverantwortliche Berufsgruppe Pflege leistet einen wichtigen Beitrag, um das vom Bundesrat angestrebte Ziel zu erreichen – das Schweizer Gesundheitssystem optimal auf die aktuellen und kommenden Herausforderungen auszurichten.

■ «Gesundheit 2020» definiert vier Handlungsfelder mit den entsprechenden Zielen und Massnahmen:

Handlungsfeld 1: Lebensqualität sichern

Die Massnahmen in diesem Handlungsfeld sind darauf ausgerichtet, die Gesundheit zu fördern, Krankheiten vorzubeugen und frühzeitig zu erkennen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es zentral, die Gesundheitskompetenz und das eigenverantwortliche Handeln jeder Bürgerin und jedes Bürgers zu stärken.

Dies sind schon heute Kernaufgaben der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege – in der Spitex, der Akut-, Rehabilitations- und Langzeitpflege. In der Praxis wie auch in der Forschung entwickelt die Pflege qualitativ hochstehende Modelle für eine effiziente und kostengünstige Versorgung.

Handlungsfeld 2: Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken

Beim zweiten Handlungsfeld geht es um die Beantwortung der Frage, wie die Gesundheitschancen der verletzlichsten Bevölkerungsgruppen verbessert und ihre Risiken minimiert, wie das Wachstum der Gesundheitskosten gedämpft und ihre Finanzierung und die Solidarität zwischen den Bevölkerungsgruppen gesichert werden können.

Als Berufsgruppe, die am nächsten beim Patienten/der Patientin und ihrem Umfeld ist, hat die Pflege auch den besten Zugang zu vulnerablen Gruppen wie Kinder und Jugendliche, alte und gebrechliche und/oder sozial benachteiligte Menschen und Migranten. Es gilt auch hier die Selbstverantwortung und die Gesundheitskompetenz dieser Gruppen zu stärken.

Handlungsfeld 3: Versorgungsqualität sichern und erhöhen

Durch eine Verbesserung der Versorgungsqualität können unwirksame oder unnötige Leistungen sowie unerwünschte Komplikationen vermieden werden, was sich positiv auf die Kostenentwicklung auswirkt.



Die Situierung der Pflegeausbildung auf Tertiärstufe garantiert, dass kompetent und eigenverantwortlich handelnde Pflegefachpersonen Garantinnen für eine gute Versorgungsqualität sind. Durch die Etablierung von adäquaten Skill- und Grade-Mix-Modellen gelingt es, die verschiedenen Berufsangehörigen richtig und effizient einzusetzen. Einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung wird auch das Gesundheitsberufegesetz leisten.

Handlungsfeld 4: Transparenz schaffen, besser steuern und koordinieren

Heute ist es für die Bürger und Bürgerinnen, aber auch für die Akteure und Akteurinnen schwierig, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Gefragt ist mehr Transparenz über die erbrachten Leistungen, ihren Nutzen und ihre Kosten.

Die Pflegepraxis und die klinische Pflegeforschung in der Schweiz orientieren sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Sie entwickeln Modelle, zum Beispiel im Bereich des Case-Managements, welche die Praxis verbessern.

Der Tatbeweis – Haus für Pflege in Bern

Das Haus für Pflege in Bern beweist seit zehn Jahren, was professionelle eigenverantwortliche Pflege leisten kann. Das Haus erfüllt eine wichtige Brückenfunktion zwischen Spital, Pflege zu Hause und Pflegeheim. Aufgenommen werden Patientinnen und Patienten jeden Alters, die vorübergehend professionelle stationäre Pflege benötigen. Das Haus für Pflege, das sich einer grossen Nachfrage erfreut, schliesst eine Lücke in der Gesundheitsversorgung, ergänzt die bestehenden Angebote und vernetzt sie gleichzeitig.

Foto:olia



Das Haus für Pflege im Berner Tiefenau-Quartier.

Tieferer Pflegebedarf, niedrigere Kosten: Das Angebot im Haus für Pflege verhindert oder verringert Pflegebedürftigkeit, da die Patienten dank der professionellen, rehabilitativen Pflege ihre Selbständigkeit deutlich und nachweisbar verbessern. Viele von ihnen können dadurch nach Hause zurückkehren oder haben bei Eintritt in ein Pflegeheim einen wesentlich tieferen Pflegebedarf. Dies bedeutet mehr Selbständigkeit, Autonomie und Lebensqualität für die Betroffenen, aber auch niedrigere Kosten.

Unternehmerische Verantwortung: Das Haus für Pflege wurde durch Pflegefachfrauen initiiert und wird seit der Inbetriebnahme durch dipl. Pflegefachfrauen geführt. Die Profession Pflege übernimmt damit auch unternehmerische Verantwortung. Als Institution auf der Pflegeheimliste muss es nach der Pflegefinanzierung abrechnen. Obwohl der Stellenetat und der Anteil an dipl. Pflegepersonal im Vergleich zu anderen Pflegeinstitutionen wesentlich höher ist, schreibt das Haus für Pflege schwarze Zahlen und erbringt damit den Beweis: Qualität, ethisches Denken und

betriebswirtschaftliches Handeln lassen sich im Interesse der Patienten vereinbaren.

Partnerschaftliche Zusammenarbeit: Die verschiedenen Professionen im Haus für Pflege Bern arbeiten partnerschaftlich. Die Verantwortung für die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege liegt bei den dipl. Pflegefachpersonen. Die Stationsärzte kommen zweimal pro Woche auf Visite. Sie verlassen sich darauf, dass sie frühzeitig über Veränderungen informiert werden, welche allenfalls eine ärztliche Intervention erfordern. Basierend auf dem aufgebauten Vertrauen, gewähren sie den Pflegenden Freiräume (z.B. beim Wundmanagement oder mit Rahmenverordnungen bei der Anpassung von Medikamenten zur Schmerzlinderung in palliativen Situationen). Dies geschieht alles innerhalb der geregelten Kompetenzen.

Was verändert die Parlamentarische Initiative?

Die Pflegeleistungen, welche die Pflegefachpersonen schon jetzt in voller eigener Verantwortung erbringen, dürfen ohne ärztliches Visum von der Krankenversicherung übernommen werden. Die Kompetenzen der Pflege werden nicht erweitert, sondern anerkannt.

Das Haus für Pflege Bern wurde mehrfach ausgezeichnet: 2008 mit dem Anna Seiler Preis, 2010 erhielt es den Berner Pflegepreis und 2013 ehrte die Burgergemeinde Bern das innovative Engagement mit dem Sozialpreis.

Weitere Informationen: www.hausfuerpflege.ch

Pflege wirkt – z.B. bei Frau B.



Frau B. lernt wieder selbständig zu stehen und gehen.

Pflegerische Leistungen werden gezielt nach vorgängiger Abklärung (Assessment) erbracht. Die Pflegefachpersonen ermitteln den Ist-Zustand, setzen Ziele, planen Massnahmen und übernehmen im Pflegeprozess die Führung und Koordination. Das folgende Fallbeispiel aus dem «Haus für Pflege» in Bern zeigt, was die aus dem Pflegeprozess abgeleiteten Pflegemassnahmen bewirken.

Die 80-jährige Frau B. stürzt zu Hause und erleidet einen Beckenbruch. Nach der Operation hat sie nur wenige Wachphasen und dämmert immer wieder ein.

Situation beim Eintritt ins «Haus für Pflege»:

Frau B. benötigt umfassende Pflege. Wann und wie weit sie wieder selbständiger wird, ist unklar.

- Sie liegt im Bett, kann nicht selbständig auf die Toilette gehen oder sich waschen, sie spricht kaum.
- Sie kann nicht schlucken und muss mittels Magensonde künstlich ernährt werden.
- Sie kann in Wachphasen kurze Zeit am Bettrand sitzen und muss dabei von zwei Pflegenden unterstützt werden.
- Sie ist stuhl- und urininkontinent.

Situation beim Austritt aus dem «Haus für Pflege»:

Der Gesundheitszustand von Frau B. hat sich stark verbessert. Sie tritt ins Pflegeheim über.

- Mit etwas Unterstützung geht sie am Rollator.
- Sie übernimmt einen Teil der Körperpflege wieder selber.
- Sie kann wieder ohne Hilfe essen und schlucken. Die Magensonde konnte entfernt werden.
- Sie spricht mit den Mitpatienten und nimmt an den gemeinsamen Aktivitäten teil. Mit den Angehörigen unternimmt sie einen Ausflug ins Grüne.

Resultat des professionellen Pflegeprozesses

Zwischen dem Ein- und Austritt liegt ein systematischer Prozess mit professionellen b-, c- und a-Pflegeleistungen (diese Buchstaben beziehen sich auf die Kategorien von Pflegeleistungen in Art. 7 der Leistungsverordnung zum KVG).

b-Leistungen (ärztlich verordnete Behandlungsmassnahmen, oder «mitverantwortlicher Bereich» der Pflege):

Schritt für Schritt wird die Sondenernährung abgesetzt. Damit Frau B. wieder schlafen und ein Hungergefühl ent-

wickeln kann, werden nur noch kleine Portionen Sondenernährung abgegeben. Die Durchfälle hören auf. Unterstützt von der Schlucktherapeutin, beginnt Frau B., langsam wieder selber zu essen. Sondenkost wird nur noch in kleinen Mengen, als Ergänzung zu den Mahlzeiten, abgegeben. Schliesslich klappt es auch mit dem Trinken, ohne dass sich Frau B. verschluckt.

c-Leistungen (eigenverantwortliche Massnahmen der Grundpflege):

Nach Massgabe ihrer Kräfte kann Frau B. längere Zeiten im Rollstuhl verbringen. In Zusammenarbeit mit der Physiotherapie trainieren die Pflegenden das Stehen und später das Gehen mit Frau B. Sie sorgen mit vorbeugenden Massnahmen dafür, dass Frau B. wegen ihres Bewegungsmangels keine Komplikationen erleidet, wie Druckgeschwüre (Dekubitus), Lungenentzündung, Gelenksversteifungen (Kontrakturen), Thrombosen usw.

a-Leistungen (eigenverantwortliche pflegerische Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination)

Das System der Bezugspflege ermöglicht eine individuelle, auf den Bedarf von Frau B. abgestimmte Pflege. Die zuständigen Pflegefachpersonen wissen, wie sie Frau B. aufmuntern und motivieren können und wann der ideale Zeitpunkt für den nächsten Trainingsschritt ist. Sie sorgen für eine optimale Information und Zusammenarbeit mit den anderen involvierten Berufsgruppen (Arzt, Physio- und Schlucktherapeutin). Gemeinsam mit Frau B. und ihrem Sohn werden regelmässig Standortgespräche durchgeführt, das weitere Vorgehen besprochen und die Pflegeheim-Anmeldung vorgenommen.

Beim Eintritt ins Pflegeheim ist Frau B. deutlich selbständiger. Der Pflegebedarf ist viel tiefer und die Lebensqualität empfindlich besser. Die Pflegekosten sind gesunken.

Ambulant vor stationär – z.B. Kinderspitex

Mit einer fachkundigen Versorgung können teure ambulante Behandlungen reduziert werden. Ruth Hostettler, freiberufliche Pflegefachfrau und Mitarbeiterin der Kinderspitex SPITEX BERN, pflegt und betreut Kinder jeden Alters, vom frühgeborenen Säugling bis zum Teenager mit Leukämie. Das Beispiel aus der Kinderspitex zeigt, was eigenverantwortliche Pflege bereits heute leistet.



Seit Spitalaustritt kümmert sich die Kinderspitex-Pflegefachfrau Ruth Hostettler um ein Kleinkind mit angeborener schwerer Fehlbildung des Herzens. Der heute zweijährige Knabe musste bereits als Säugling mehrere Operationen am Herzen über sich ergehen lassen und wurde anfänglich über eine Magensonde ernährt, auch zuhause – keine einfache Situation für die Familie.

Verordnet wird die Kinderspitex jeweils vom Kinderspital, Kinderarzt oder Hausarzt. An Ruth Hostettler ist es dann, mittels einer sorgfältigen Abklärung den Bedarf der Pflegesituation zu erheben. Ziel ist eine Pflege des Kindes in dessen vertrauter Umgebung zu ermöglichen, die Möglichkeiten der Eltern und pflegenden Angehörigen erhoben. Die Beachtung der ganzen Familiensituation ist zentral!

Nach Erstellung der Risiko- und Pflegediagnosen wird eine Pflegeplanung erstellt. Die Pflegeplanung beinhaltet auch die Anleitung und Beratung der Eltern in den ihnen delegierten pflegerischen Massnahmen, wie Ernährung über eine Magensonde. So erreichen die pflegenden Angehörigen die nötige Sicherheit im Umgang mit ihrem kranken Kind.

Anfangs war Ruth Hostettler jeden zweiten Tag bei der Familie präsent, inzwischen hat sich die gesundheitliche Lage des Knaben stabilisiert. Ein Einsatz alle 2–3 Wochen genügt den Eltern um offene Fragen zu beantworten. Die externe Einschätzung des Kindes gibt die nötige Sicherheit.

Durch die regelmässigen Besuche hat Ruth Hostettler eine Beziehung zur Familie aufgebaut. Von der qualifizierten Pflegefachfrau konnte sich die Mutter des herzkranken Buben ein grosses Wissen aneignen. Das gibt den Eltern Selbstbewusstsein und macht sie unabhängiger vom Spital.

Bei ihrer Arbeit als Kinderspitex-Pflegefachfrau betreut Ruth Hostettler Kinder jeden Alters mit den unterschiedlichsten Krankheitsbildern, sozialen Situationen, den unterschiedlichsten Möglichkeiten und Fähigkeiten der Eltern und pflegenden Angehörigen. Um den vielfältigen Einsatzgebieten gerecht zu werden, benötigt sie ein grosses Fachwissen und viel Flexibilität. Sie arbeitet selbstständig und eigenverantwortlich. Bei Bedarf nimmt sie Rücksprache mit dem Kinderarzt oder den Fachpersonen im Kinderspital.