

Verankerung der Verantwortung der Pflege im KVG

Von Markus Stadler, Pflegefachmann, Medizininformatiker

Bereits Mitte Februar hat bekanntlich eine erste Pressekonferenz zur parlamentarischen Initiative „Pflegeverantwortung im KVG verankern“ stattgefunden, über deren Fortgang wir heute orientieren. Die Initiative war von allem Anfang an breit abgestützt – nicht zuletzt durch den Pflege-Berufsverband SBK, zahlreiche Spitex- und Heimorganisationen (z.B. Tilia-Stiftung) sowie kantonale resp. Schweizerische Pflegedienstleiter-Verbände.

In der Zwischenzeit haben nicht nur 65 Parlamentarier – quer durch alle Fraktionen hindurch – die Initiative unterzeichnet. Ich habe (als Initiator) auch Gespräche mit Santésuisse, dem Ärzteberufsverband FMH, dem Spitaldachverband H+ sowie verschiedenen Spitex-Organisationen geführt.

An dieser Stelle muss klar festgehalten werden, dass sich der Inhalt der Initiative nicht gegen die Hausärzte richtet. Die Initiative habe ich als Bestandteil einer integrativen Grundversorgung angedacht:

Ärzte und Pflegefachpersonen sollen sich auf Augenhöhe begegnen können und Entscheide gemeinsam treffen. Daher muss der längst überholte „Hilfsberufsstatus“ der Pflegefachpersonen im KVG den neuen Gegebenheiten angepasst werden.

Dem Arzt die Krankheit, der Pflegefachperson das Kranksein. Wie es der Bundesrat im Gegenvorschlag zur Hausarzt-Initiative vorsieht, kann der Lead der Grundversorgung („Managed Care“) nicht bei einer einzigen Berufsgruppe liegen. Der Patient „gehört“ nicht dem Arzt! Da wird eine differenziertere Sichtweise benötigt – auch Pflegende sollen an künftigen Managed Care Konzepten partizipieren können. Die Idee, die dahinter steckt: Je nach Patienten-Problemstellung soll die jeweils kompetenteste Person für die Behandlung/Betreuung zuständig sein. Gleichzeitig soll der Arzt von „arztfremden“ Aufgaben, der Begleitung des eigentlichen „Krank-Seins“, befreit werden. Hierfür gibt es andere Spezialisten. So liesse sich der Behandlungs- und Betreuungsprozess optimieren.

In Ergänzung zu reinen Ärztenetzwerken, die oft als wirtschaftliche Zusammenschlüsse zu verstehen sind, sollen integrative Gesundheitsnetzwerke entstehen. In Gemeinschaftspraxen etwa, in denen bereits heute Spezialisten mit unterschiedlicher Ausrichtung zusammenarbeiten, sollen künftig diplomierte Pflegefachpersonen besser integriert werden als bisher.

Die Joder-Initiative ist zu alledem ein „Türöffner“. In der Folge verspreche ich mir Anpassungen in der Ausbildung (nicht nur Pflegefachpersonen, sondern auch Ärzte haben oft Nachholbedarf in gesundheitsökonomischen Belangen. Zu einem fundierten Management-Verständnis ist das Potenzial noch vielerorts nicht ausgeschöpft).

Nur mit entsprechendem Rüstzeug können sich die patientennahen Berufsgruppen im Gesundheitswesen den künftigen Herausforderungen stellen – etwa der Maxime „ambulant vor stationär.“

● SPITEX *privée Suisse*

Das Problem aus Sicht von Santésuisse (Gesprächspartner: Herr Schneuwly) ist natürlich die Mengenausweitung. Es besteht die (berechtigte) Befürchtung, dass durch künftige Einzelleistungsverträge mit Pflegefachpersonen „Doppelabrechnungen“ entstehen – etwa so, dass der Arzt eine erbrachte Pflegeleistung via TarMed ein zweites Mal in Rechnung stellt. In diesem Bereich ist noch viel Definitionsarbeit nötig. Die Pflege-Leistungserfassung erfolgt bis heute im Rahmen von Pauschalen. Bei pflegespezifischen Leistungserfassungs-Konzepten, die heute in nahezu allen Spitälern eingesetzt werden, gibt es keine direkt zuordenbaren Taxpunkte. Hier ist eine Differenzierung durch den Bundesrat notwendig, wenn es um autonom erbrachte (und auch eigenständig abrechenbare) Leistungen geht.

Solche Leistungen sind etwa...

- Beratung
- Begleitung
- Betreuung
- Behandlung
- Bedarfsabklärung

Für den Spitaldachverband H+ (Gesprächspartner: Herr Wegmüller) ist klar: Würden in der Übergangspflege administrative Prozesse besser strukturiert (etwa durch den Wegfall von unnötigen Umwegen über den Arzt), entstünden neue Ressourcen – was wiederum den Spitälern zugute käme: Die Übertritte in die Spitex respektive in den Langzeitbereich oder auf die geriatrische Rehabilitation könnten effizienter erfolgen und die entsprechenden Schnittstellen würden optimiert.

Nochmals: Die Joder-Initiative ist ein Türöffner, eine „conditio sine qua non“. Pflegeentwicklung im Rahmen einer integrativen Grundversorgung kann nur stattfinden, wenn der längst überholte Gesetzesartikel angepasst wird. Im nächsten Schritt (im Rahmen des politischen Prozesses) geht es lediglich darum, die 25 Mitglieder der Gesundheitskommission im Parlament davon zu überzeugen.

Abgegeben anlässlich der PK vom 12.7.11, 10.30 Uhr, Hotel Kreuz, Bern