



19.401

Parlamentarische Initiative Für eine Stärkung der Pflege – für mehr Patientensicherheit und mehr Pflegequalität

**Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Nationalrates**

vom 17. Oktober 2019

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit diesem Bericht unterbreiten wir Ihnen den Entwurf zum Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege. Gleichzeitig erhält der Bundesrat Gelegenheit zur Stellungnahme.

Die Kommission beantragt, dem beiliegenden Entwurf zuzustimmen.

17. Oktober 2019

Im Namen der Kommission

Der Präsident: Thomas de Courten

Übersicht

Mit der Volksinitiative «Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)» greifen die Initiantinnen und Initianten zentrale Herausforderungen in der Pflege auf. Der steigende Pflegebedarf angesichts der Zunahme der älteren Bevölkerung und der in der Pflege herrschende Fachkräftemangel sind unbestritten und der Handlungsbedarf grundsätzlich ausgewiesen. Eine Regelung der Pflege auf Verfassungsstufe erachtet die Kommission jedoch nicht als adäquat. Sie schlägt deshalb einen indirekten Gegenvorschlag vor.

Wie die Volksinitiative verfolgt die Kommission mit ihrem indirekten Gegenvorschlag das Ziel einer qualitativ hochstehenden und für alle zugänglichen Pflege. Dafür braucht es insbesondere genügend Pflegepersonal, das gut ausgebildet, kompetenzgerecht eingesetzt und im Beruf erhalten wird. Um das Ziel zu erreichen, will die Kommission insbesondere bei der Ausbildung der Pflegenden ansetzen. Gut ausgebildete Pflegefachpersonen sollen mit ihren spezifischen Kompetenzen besser wahrgenommen und ihre Rolle soll in einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung gestärkt werden. Die Aufwertung des Berufsstatus soll dazu beitragen, die Attraktivität des Pflegeberufs insgesamt zu erhöhen, die Rekrutierung von jungen Erwachsenen und Wiedereinsteigerinnen zu erleichtern und die Verweildauer im Beruf zu verlängern.

Im Einzelnen schlägt die Kommission folgende Massnahmen vor:

- Mehr Kompetenzen für das Pflegepersonal: Zusätzlich zum heute gültigen Modell, wonach die Ärztinnen und Ärzte die Pflegeleistungen anordnen, soll ein neues Modell eingeführt werden. Pflegefachpersonen sollen gestützt auf Vereinbarungen mit Versicherern bestimmte, vom Bundesrat festgelegte Leistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen können. Solche Vereinbarungen sollen zum Beispiel regeln, wie der Pflegebedarf erhoben oder die Koordination zwischen Pflegenden und Ärzten sichergestellt wird.
- Ausbildungsverpflichtungen für Spitäler, Pflegeheime und Spitexorganisationen, und damit verbunden die Verpflichtung der Kantone, den Leistungserbringern ihre ungedeckten Kosten der praktischen Ausbildungsleistungen mindestens teilweise zu finanzieren. Der Bund unterstützt die Kantone während einer befristeten Zeit von acht Jahren mit finanziellen Beiträgen an die geleisteten Beträge.
- Eine Verpflichtung der Kantone, für angehende diplomierte Pflegefachpersonen an Höheren Fachschulen (HF) und Fachhochschulen (FH) Ausbildungsbeiträge während ihrer Ausbildungszeit zu gewährleisten. Der Bund gewährt den Kantonen während einer befristeten Zeit von acht Jahren jährliche Beiträge für ihre Aufwendungen.
- Die Schaffung eines Anschlussangebots für altrechtliche interkantonale Pflegeabschlüsse des Diplommiveaus I sowie für Praktische Krankenpflege, Fähigkeitsausweis Schweizerisches Rotes Kreuz SRK (PKP/FA SRK). Mit

dieser Massnahme will die Kommission den Zugang von Inhaberinnen alt-rechtlicher Pflegeabschlüsse zu Aus- und Weiterbildungen gemäss heutiger Bildungssystematik eröffnen und dieses vorhandene Potenzial besser erschliessen.

Zur Finanzierung ihrer Ausbildungsinitiative beantragt die Kommission einen Verpflichtungskredit von maximal 469 Millionen Franken für acht Jahre. Dazu kommen weitere Massnahmen zur Erhöhung der Ausbildungsabschlüsse in Pflege an den Fachhochschulen und zur Förderung der Interprofessionalität.

Eine Minderheit will auf die Vorlage nicht eintreten, da diese zu hohen Kosten für den Bund in einem Bereich führten, für den grundsätzlich die Kantone und die Branche zuständig seien. Zudem drohe eine Mengenausweitung, wenn Pflegefachpersonen bestimmte Pflegeleistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen könnten.

Inhaltsverzeichnis

Übersicht	8016
1 Entstehungsgeschichte	8020
2 Ausgangslage	8021
2.1 Gesundheitsberufe	8021
2.1.1 Allgemeines zur Bildungssystematik der Gesundheitsberufe	8021
2.1.2 Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II	8021
2.1.3 Pflegefachpersonal der Tertiärstufe	8022
2.1.4 Gesundheitsberufegesetz	8022
2.1.5 Aufgaben des Pflegepersonals	8023
2.2 Personalbestand und Bedarfsprognosen	8023
2.2.1 Personalbestand und -bedarf nach Versorgungsbereich	8024
2.2.2 Erforderliche Bildungsabschlüsse pro Jahr und Abschlusszahlen	8025
2.3 Mangel an Pflegefachpersonal HF und FH	8025
2.4 Geltende Regelung im Bundesgesetz über die Krankenversicherung	8026
2.5 Vernehmlassungsverfahren	8028
3 Die beantragte Neuregelung	8029
3.1 Zielsetzungen und Grundzüge der Vorlage	8029
3.2 Minderheitsantrag: Nichteintreten	8033
4 Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege	8034
4.1 Einführende Bemerkungen und Ingress	8034
4.2 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen	8034
5 Bundesbeschlüsse	8049
5.1 Bundesbeschluss über die Erhöhung der Ausbildungsabschlüsse in Pflege an den kantonalen Fachhochschulen	8049
5.1.1 Ausgangslage	8049
5.1.2 Auftrag an den Bundesrat: Prüfung eines Massnahmenpakets mit den Kantonen im Rahmen der SHK	8050
5.2 Bundesbeschluss über Finanzhilfen zur Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung, insbesondere der Interprofessionalität	8051
5.2.1 Ausgangslage	8051
5.2.2 Zweck des zu finanzierenden Vorhabens	8051
5.2.3 Entwurf des Bundesbeschlusses	8052

6	Auswirkungen	8052
6.1	Finanzielle und personelle Auswirkungen auf den Bund	8052
6.2	Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden	8058
7	Rechtliche Aspekte	8059
7.1	Verfassungs- und Gesetzmässigkeit	8059
7.2	Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz	8059
7.3	Erlassform	8059
7.4	Unterstellung unter die Ausgabenbremse	8059
7.5	Einhaltung der Grundsätze des Subventionsgesetzes	8060
7.5.1	Bedeutung der Finanzhilfen für die Erreichung der angestrebten Ziele	8060
7.5.2	Materielle und finanzielle Steuerung	8060
7.5.3	Verfahren der Beitragsgewährung	8061
7.5.4	Befristung und degressive Ausgestaltung der Finanzhilfen	8061
7.6	Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen	8061
	Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege (Entwurf)	8063
	Bundesbeschluss über Finanzhilfen zur Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege (Entwurf)	8075
	Bundesbeschluss über die Erhöhung der Ausbildungsabschlüsse in Pflege an den kantonalen Fachhochschulen (Entwurf)	8077
	Bundesbeschluss über Finanzhilfen zur Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung, insbesondere der Interprofessionalität (Entwurf)	8079

Bericht

1 Entstehungsgeschichte

Der vorliegende Entwurf geht auf die parlamentarische Initiative 19.401 («Für eine Stärkung der Pflege – für mehr Patientensicherheit und mehr Pflegequalität») der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) zurück und stellt einen indirekten Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)» (18.079) dar.

Am 7. November 2017 reichte der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) als Träger die Volksinitiative «Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)» ein. Die Initiantinnen und Initianten wollen Bund und Kantone verpflichten, für eine ausreichende, allen zugängliche Pflege von hoher Qualität zu sorgen und dazu insbesondere genügend diplomiertes Pflegefachpersonal auszubilden. Zudem soll der Bund verpflichtet werden, diejenigen Leistungen festzulegen, die Pflegefachpersonen in eigener Verantwortung zulasten der Sozialversicherungen erbringen dürfen sowie Ausführungsbestimmungen für eine angemessene Abgeltung der Pflegeleistungen zu erlassen.

In seiner Botschaft vom 7. November 2018¹ beantragt der Bundesrat den eidgenössischen Räten, die Volksinitiative «Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)» Volk und Ständen ohne direkten Gegenentwurf oder indirekten Gegenvorschlag zur Ablehnung zu empfehlen. Die Bundesversammlung hat nach Artikel 100 des Bundesgesetzes vom 13. Dezember 2002² über die Bundesversammlung (ParlG) bis zum 7. Mai 2020 über die Abstimmungsempfehlung zu beschliessen.

An ihrer Sitzung vom 24. Januar 2019 nahm die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) die Beratung der Volksinitiative «Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)» auf. Sie hörte dazu eine Delegation des Initiativkomitees an.

Auf der Basis ihrer ersten Aussprache gelangte die Kommission zum Schluss, dass Handlungsbedarf besteht. Eine Regelung auf Verfassungsstufe und die Forderungen der Volksinitiative betreffend die Arbeitsbedingungen gehen der Kommission allerdings zu weit. Sie erachtet es als sachgerechter, auf Gesetzesebene tätig zu werden und insbesondere sicherzustellen, dass einerseits genügend Pflegefachkräfte ausgebildet werden und diese gut ausgebildeten Pflegefachpersonen in eigener Verantwortung spezifische Pflegeleistungen erbringen können. Sie ergriff deshalb mit 16 zu 5 Stimmen bei 1 Enthaltung die Kommissionsinitiative «Für eine Stärkung der Pflege – für mehr Patientensicherheit und mehr Pflegequalität» (19.401) mit dem Ziel, der Volksinitiative einen indirekten Gegenvorschlag gegenüberzustellen.

In der Folge beauftragte die Kommission die Verwaltung, auf Basis der von ihr festgelegten Eckwerte einen Vorentwurf zur Umsetzung der Kommissionsinitiative auszuarbeiten.

¹ BBl 2018 7653

² SR 171.10

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) hat dem Entscheid der SGK-N, eine Kommissionsinitiative auszuarbeiten, am 12. März 2019 mit 10 zu 2 Stimmen zugestimmt.

Gestützt auf Artikel 112 Absatz 1 ParlG zog die SGK-N für ihre Arbeiten Sachverständige des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) bei.

An ihrer Sitzung vom 3. Mai 2019 hiess die Kommission schliesslich ihren Vorentwurf, der ein Gesetz und drei Bundesbeschlüsse umfasst, sowie den erläuternden Bericht mit 17 zu 8 Stimmen gut; sie beschloss zudem die Eröffnung einer Vernehmlassung zu ihrer Vorlage.

Am 17. Oktober 2019 liess sich die Kommission über die Ergebnisse der Vernehmlassung informieren und nahm davon Kenntnis (vgl. Ziff. 2.5). Im Rahmen der Überarbeitung des Erlassentwurfs nahm die Kommission einen Vorschlag aus der Vernehmlassung auf: Zusätzlich zum heute gültigen Modell, wonach die Ärztinnen und Ärzte die Pflegeleistungen anordnen, soll ein neues Modell eingeführt werden. Pflegefachpersonen sollen gestützt auf Vereinbarungen mit Versicherern bestimmte, vom Bundesrat festgelegte Leistungen ohne ärztliche Anordnung erbringen können (Art. 25a Abs. 3 KVG). Im Vergleich zur Vernehmlassungsvorlage verzichtete die Kommission auf neue Bestimmungen zum Schutz der Berufsbezeichnungen. Schliesslich unterbreitete sie ihren Erlassentwurf mit 16 zu 6 Stimmen ihrem Rat; gleichzeitig erhält der Bundesrat die Gelegenheit zur Stellungnahme.

2 Ausgangslage

2.1 Gesundheitsberufe

2.1.1 Allgemeines zur Bildungssystematik der Gesundheitsberufe

Seit der Überführung der Gesundheitsberufe aus dem Zuständigkeitsbereich des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) in den Zuständigkeitsbereich des Bundes am 1. Januar 2004 sind die Gesundheitsberufe Teil der Bildungssystematik des Bundes. Vorliegend interessieren die diversen Ausbildungen der Pflege- und Betreuungsberufe, die auf verschiedenen Bildungsstufen angesiedelt sind. Die für die Pflege und Betreuung wichtigen Ausbildungsabschlüsse der Sekundarstufe II und der Tertiärstufe werden nachfolgend erläutert.

2.1.2 Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II

Auf Sekundarstufe II werden im Pflege- und Betreuungsbereich zwei dreijährige Berufslehren mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) angeboten: 1) Fachfrau/-mann Gesundheit (FaGe); 2) Fachfrau/-mann Betreuung (FaBe). Für die Beschäftigung im Gesundheitswesen sind FaBe mit generalistischer Ausbildung und Betagtenbetreuung von Bedeutung. Weiter wird auf Sekundarstufe II auch eine

2-jährige berufliche Grundausbildung mit einem eidgenössischen Berufsattest als Assistent/-in Gesundheit und Soziales (EBA AGS) angeboten.

2.1.3 Pflegefachpersonal der Tertiärstufe

Für das Pflegefachpersonal der Tertiärstufe gibt es derzeit folgende Bildungsgänge: 1) Ausbildung an einer Fachhochschule mit Abschluss als Bachelor of Science FH in Pflege (Tertiärstufe A); 2) Ausbildung an einer universitären Hochschule mit Abschluss als Bachelor of Science in Pflege UH (Tertiärstufe A); 3) Berufsbildung an einer höheren Fachschule mit Abschluss als diplomierte Pflegefachfrau / diplomierter Pflegefachmann HF (Tertiärstufe B); 4) Berufsprüfung mit eidgenössischem Fachausweis als Fachfrau/-mann Langzeitpflege und -betreuung (Tertiärstufe B). Da die mit diesem Abschluss erworbene Fachkompetenz nicht vergleichbar ist mit den Abschlüssen nach Ziffer 1–3, können Personen mit diesem Abschluss keine Berufsausübungsbewilligung nach dem Gesundheitsberufegesetz vom 30. September 2016 (GesBG) beantragen.

2.1.4 Gesundheitsberufegesetz

Voraussichtlich Anfang 2020 wird das Gesundheitsberufegesetz vom 30. September 2016³ (GesBG) in Kraft gesetzt werden. Das GesBG regelt die Ausbildung an Hochschulen und anderen Institutionen des Hochschulbereichs gemäss Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetz vom 30. September 2011⁴ (HFKG) in den folgenden Gesundheitsberufen: 1) Pflegefachfrau und Pflegefachmann (Bachelor); 2) Physiotherapeutin und Physiotherapeut (Bachelor); 3) Ergotherapeutin und Ergotherapeut (Bachelor); 4) Hebamme (Bachelor); 5) Ernährungsberaterin und Ernährungsberater (Bachelor); 6) Optometristin und Optometrist (Bachelor); 7) Osteopathin und Osteopath (Master).

Absolventinnen und Absolventen dieser Studiengänge sind fähig, in eigener fachlicher Verantwortung qualitativ hochstehende Dienstleistungen im Gesundheitsbereich zu erbringen.

Für die Ausübung eines Gesundheitsberufs in eigener fachlicher Verantwortung bedarf es einer Bewilligung des Kantons, auf dessen Gebiet der Beruf ausgeübt wird. Vorliegend interessiert insbesondere die Regelung der Berufsausübung nach GesBG betreffend die Pflege: die diplomierten Pflegefachfrauen und -männer HF, deren Ausbildung nicht im GesBG, sondern im Berufsbildungsgesetz vom 13. Dezember 2002⁵ (BBG) geregelt ist, werden bezüglich der Berufsausübung den Absolventinnen und Absolventen des Bachelorstudiengangs in Pflege (FH/UH) gleichgestellt.

³ BBl 2016 7599

⁴ SR 414.20

⁵ SR 412.10

2.1.5 Aufgaben des Pflegepersonals

Pflegepersonal der Tertiärstufe

Diplomierte Pflegefachpersonen HF/FH sind gemeinsam mit ihren Teams für eine professionelle Pflege von Menschen verantwortlich. Sie tragen die Verantwortung für den Pflegeprozess. Mit ihrem fundierten Fachwissen übernehmen sie fachliche Leitungsaufgaben und gewährleisten Patientinnen und Patienten die bestmögliche Behandlung und Pflege. Sie erfassen systematisch den Pflegebedarf, definieren die Pflegeziele (z.B. Pflegediagnose) und planen die pflegerischen Massnahmen. Als Fach- und Führungskräfte führen sie medizinische Interventionen durch, lösen komplexe Problemstellungen und sichern die Qualität der Pflege. Sie überprüfen die Wirksamkeit der pflegerischen Massnahmen und dokumentieren die Ergebnisse. Sie gewährleisten ausserdem die fachliche Entwicklung des ihnen unterstellten Personals.

Fachfrauen und -männer mit einer Berufsprüfung in Langzeitpflege und -betreuung führen die bedarfs- und situationsgerechte Pflege und Betreuung von Klientinnen und Klienten in stationären und ambulanten Einrichtungen der Langzeitpflege durch. Sie wirken bei der Erarbeitung und Evaluation der Pflege- und Betreuungsplanung mit. Für Fragen ausserhalb ihrer Fachkompetenz ziehen sie die diplomierte Pflegefachperson bei.⁶

Pflege- und Betreuungspersonal der Sekundarstufe II

FaGes und FaBes mit generalistischer Ausbildung oder einer Ausbildung in Betagtenbetreuung arbeiten in ihrem gemäss Ausbildung erworbenen Kompetenzbereich eigenverantwortlich. Sie begleiten, pflegen und betreuen hilfsbedürftige Menschen bei Erkrankungen und unterstützen sie in ihrem Alltag. Unter anderem helfen sie bei der Körperpflege, beim An- und Ausziehen oder beim Essen. Sie übernehmen medizinalltechnische Verrichtungen wie das Messen des Blutdrucks, das Verabreichen von Medikamenten sowie administrative und organisatorische Aufgaben.

2.2 Personalbestand und Bedarfsprognosen

Die nachfolgenden Ausführungen und Zahlen stammen im Wesentlichen aus dem Nationalen Versorgungsbericht über die Gesundheitsberufe 2016⁷ (Versorgungsbericht 2016). Dieser enthält neben Angaben zum Personalbestand und -bedarf zusätzliche Schätzungen zum jährlichen Ausbildungsbedarf in den Pflege- und Betreuungsberufen bis 2025 und den bisher erreichten Bildungsabschlüssen. Die Angaben

⁶ Prüfungsordnung vom 7. Mai 2015 über die Berufsprüfung Fachfrau / Fachmann Langzeitpflege und -betreuung.

⁷ Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) (Hrsg.): Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016. Nachwuchsbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene, 2016. Der Bericht ist abrufbar unter www.gdk-cds.ch > Themen > Gesundheitsberufe > Nicht-universitäre Gesundheitsberufe > Versorgungsbericht 2016.

zum Personalbestand und zu den erreichten Bildungsabschlüssen wurden vorliegend mit neuen Zahlen des Bundesamtes für Statistik (BFS) für das Jahr 2017 ergänzt.

2.2.1 Personalbestand und -bedarf nach Versorgungsbereich

Die folgende Tabelle zeigt die Personalbestände in Pflege und Betreuung nach Versorgungsbereich der Jahre 2010, 2014 und 2017 sowie den Bedarf im Jahr 2025 nach dem mittleren Szenario⁸. In diesen Zahlen eingeschlossen sind das Pflegepersonal der Tertiärstufe, der Sekundarstufe II sowie die Ungelernten.

Versorgungsbereiche	2010	2014	2017	Referenzszenario 2025	Zusätzlicher Bedarf
Spitäler	73 276	81 987	85 992	93 213	+ 7 221
Pflegeheime	56 656	64 147	66 264	80 654	+14 390
Spitex	27 027	32 662	37 984	44 076	+ 6 092
Total	156 959	178 796	190 240	217 943	+27 703

Quellen: BFS: Krankenhausstatistik, Alters- und Pflegeheime, Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) 2017

In der Zeit zwischen 2010–2017 ist der Personalbestand in Pflege- und Betreuung um 21,2 Prozent oder um insgesamt 33 281 Personen angestiegen. Bis 2025 muss der Personalbestand in Betreuung und Pflege gegenüber dem Jahr 2017 um weitere 27 703 Personen wachsen, damit der geschätzte Bedarf gedeckt werden kann. Den höchsten Bedarf mit 20 482 zusätzlichen Personen weist die Langzeitpflege auf. Das grosse Wachstum in diesem Bereich ist auf die Entwicklung der Zahl der älteren pflegebedürftigen Menschen zurückzuführen. 2010 waren rund 125 000 pflegebedürftig. Bis 2030 werden es gut 182 000 Personen sein. Dies bedeutet eine relative Zunahme um 46 Prozent. Die Zahl der 80-jährigen und älteren Pflegebedürftigen steigt von 95 500 Personen im Jahr 2010 auf 145 600 Personen im Jahr 2030 an.⁹

⁸ Für die Berechnung der voraussichtlichen Inanspruchnahme von Pflegeleistungen hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium drei Szenarien berechnet (hoch, mittel oder Referenzszenario, tief). Das Referenzszenario wird als das wahrscheinlichste angesehen (vgl. S. 14 in Obsan Bericht 71: Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030).

⁹ Höpflinger, F.; Bayer-Oglesby, L; Zumbrunn, A. (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter – aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums.

2.2.2 Erforderliche Bildungsabschlüsse pro Jahr und Abschlusszahlen

Auf der Grundlage des bis 2025 geschätzten Personalbedarfs wurde anhand der Daten des Versorgungsberichts 2016 berechnet, wie viele Bildungsabschlüsse der verschiedenen Bildungsstufen pro Jahr notwendig sind, um diesen Bedarf decken zu können.

Die untenstehende Tabelle zeigt den jährlichen Nachwuchsbedarf bis 2025, differenziert nach den verschiedenen Ausbildungen in Pflege und Betreuung. Der jährliche Nachwuchsbedarf bis 2025 wird den Abschlüssen der Jahre 2014 und 2017 gegenübergestellt.

	Jährlicher Nachwuchsbedarf bis 2025	Abschlüsse 2014	Abschlüsse 2017	Erfüllungsgrad 2017 in Prozent
Diplompflege ¹⁰	6 075	2620	2700	44,4
Pflege und Betreuung EFZ ¹¹	5 849	4397	4837	82,7
Pflege und Betreuung EBA	1 950	758	922	47,3
Pflege und Betreuung total	13 874	7775	8459	61

Quelle: Versorgungsbericht 2016 und Statistik der Bildungsabschlüsse BFS 2017

Auffallend ist der tiefe Erfüllungsgrad bei den Abschlüssen der Diplompflege. 2014 lag der Erfüllungsgrad bei 43,1 Prozent, gegenüber 2017 nahm er nur um gerade 1,3 Prozentpunkte auf 44,4 Prozent zu. Positiver ist die Entwicklung bei den FaGe und FaBe auf Sekundarstufe EFZ; der Erfüllungsgrad bei diesen Abschlüssen ist gegenüber 2014 um 7,5 Prozentpunkte gestiegen.

2.3 Mangel an Pflegefachpersonal HF und FH

Die Personalsituation in der Pflege ist angespannt. Am Ende des vierten Quartals 2018 waren gemäss dem Vakanzen-Report des Schweizer Jobradars 6008 offene Stellen für Pflegefachfrauen und -männer ausgeschrieben. Der Beruf steht damit auf Platz eins bei den am häufigsten ausgeschrieben Stellen.¹² Der Mangel an Pflegefachpersonal ist auch der geringen Berufsverweildauer geschuldet. Im Versorgungsbericht 2016 wird für das Pflegefachpersonal eine durchschnittliche Berufsverweildauer von 17,5 Jahren angenommen. Als Gründe für den vorzeitigen Berufsausstieg nennen Pflegende insbesondere die unregelmässigen Arbeitszeiten mit Nacht- und

¹⁰ Diplomierte Pflegefachfrauen und -männer HF, Bachelor Pflege FH, Master of Science in Pflege FH, Master of Science Pflegewissenschaften UH.

¹¹ Fachfrauen und -männer Gesundheit (FaGe), Fachfrauen und -männer Betreuung mit generalistischer Ausbildung und Betagtenbetreuung.

¹² Schweizer jobradar. Vakanzen-Report 4. Quartal 2018. Siehe auf Internetseite von jobagent.ch > Startseite > Jobradar > auf dieser Seite Jobradar 2018 > Jobradar 4. Quartal 2019.

Wochenenddiensten, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder Privatleben erschweren sowie die hohe körperliche und psychische Belastung der Pflegearbeit.¹³

Die Rekrutierung von Personal aus dem Ausland spielt deshalb weiterhin eine wichtige Rolle. Von 2010 bis 2014 kamen gemäss Versorgungsbericht 2016 40 Prozent der neu angestellten Pflegefachkräfte aus dem Ausland. 2017 betrug der Anteil des ausländischen Pflegepersonals in den Schweizer Spitälern 33,8 Prozent. In der Genferseeregion und im Tessin lag er bei rund 50 Prozent.¹⁴

2.4 **Geltende Regelung im Bundesgesetz über die Krankenversicherung**

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994¹⁵ über die Krankenversicherung (KVG) unterscheidet zwischen Leistungserbringern, die direkt zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) tätig sind, und Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen erbringen.

Artikel 25a KVG wurde von den Eidgenössischen Räten im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung beschlossen und ist am 1. Januar 2011 in Kraft getreten. Im Gegensatz zur vormalig in Artikel 25 festgehaltenen Regelung leistet die OKP, gestützt auf Artikel 25a Absatz 1 KVG, seit Anfang 2011 einen Beitrag an die Pflegeleistungen. Die Regelung der Restfinanzierung obliegt den Kantonen.

Die Leistungen der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim, die auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag zulasten der OKP erbracht werden können, sind in Artikel 7 der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) vom 29. September 1995¹⁶ über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) abschliessend umschrieben. Artikel 7 Absatz 1 KLV hält fest, welche Personen und Organisationen zulasten der OKP Leistungen erbringen können. Dies sind die Pflegefachpersonen, die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und die Pflegeheime. Artikel 7 Absatz 2 KLV definiert die Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination (Bst. a), enthält die Liste der Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (Bst. b) und umschreibt die Massnahmen der Grundpflege (Bst. c).

Artikel 8 KLV regelt den ärztlichen Auftrag, die ärztliche Anordnung und die Bedarfsabklärung. Liegt eine ärztliche Anordnung vor, kann die Patientin oder der Patient bei Pflege zu Hause Kontakt mit einer beliebigen Pflegefachperson oder einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause aufnehmen. Eine Pflegefachperson klärt den Bedarf der notwendigen Leistungen mit der Patientin oder dem Patienten und der Ärztin oder dem Arzt ab und legt Art, Umfang, Zeitpunkt, Häu-

¹³ Züniga, F. et al. (2013): SHUPR-Swiss Nursing Homes Human Resources Project. Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz. Universität Basel. Institut für Pflegewissenschaft.

¹⁴ Krankenhausstatistik BFS (2017).

¹⁵ SR 832.10

¹⁶ SR 832.112.31

figkeit 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 zwischen den Versichererverbänden und den Leistungserbringerverbänden für die Bereiche Pflegeheime, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und freiberufliche Pflegefachpersonen geregelt. Das darin vereinbarte Vorgehen ist in der Regel wie folgt vereinbart:

- Eine ärztliche Anordnung bzw. ein ärztlicher Auftrag muss vorliegen.
- Eine Pflegefachperson, welche die im Administrativvertrag festgehaltenen Anforderungen erfüllt, erhebt den Pflegebedarf.
- Das Bedarfsmeldeformular wird, vollständig ausgefüllt, nach Unterzeichnung durch die Ärztin oder den Arzt und die verantwortliche Pflegefachperson dem Versicherer zugestellt.

Folglich liegt es an der Ärztin oder am Arzt, nach Abklärung des Gesundheitszustandes zu entscheiden, ob eine ambulante Pflege zu Hause oder im Pflegeheim notwendig ist. Über die angemessenen Pflegemassnahmen entscheiden hingegen die Ärztin bzw. der Arzt und das Pflegepersonal gemäss den geltenden Vorschriften (Art. 7 und 8 KLV) gemeinsam. Für die Anwendung der Massnahmen ist anschliessend das Pflegepersonal zuständig. Diese Regelung wurde angenommen, um auch im Interesse der Patientinnen und Patienten eine bestmögliche Koordination zwischen Behandlung und Pflege sicherzustellen.

Das KVG unterscheidet heute zwischen Leistungserbringern, die direkt zulasten der OKP tätig sind, und Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag einer Ärztin oder eines Arztes selbstständig und auf eigene Rechnung Leistungen erbringen:

- Zulasten der OKP tätig sind nach Artikel 35 Absatz 2 KVG u.a. Ärztinnen und Ärzte, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, Hebammen, Spitäler, Geburtshäuser, Pflegeheime, Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, sowie Personen, die auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen.
- Die Personen, die auf ärztliche Anordnung Leistungen erbringen, sind in Artikel 46 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) genannt: Es sind dies, neben den Pflegefachpersonen, die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden sowie die Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater. Auf Anordnung oder im Auftrag einer Ärztin oder eines Arztes Leistungen erbringen können nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe e KVG auch Organisationen, die auf Anordnung oder im Auftrag einer Ärztin oder eines Arztes tätige Personen beschäftigen. Die Voraussetzungen dafür, dass diese Organisationen zulasten der OKP Leistungen erbringen können, sind in den Artikeln 51–52b KVV festgehalten. Pflegefachpersonen sind namentlich in Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) beschäftigt. Analog zum Spital und zum Pflegeheim tritt in dieser Kons-

tellation nicht die Pflegefachperson, sondern die Spitex gegenüber der OKP als Leistungserbringer auf.

2.5 Vernehmlassungsverfahren

Mit Schreiben vom 20. Mai 2019 unterbreitete die SGK-NR ihren Vorentwurf mit dem erläuternden Bericht den Kantonen, politischen Parteien, gesamtschweizerischen Dachverbänden der Gemeinden, Städte und Berggebiete sowie der Wirtschaft, den Leistungserbringern, Berufsverbänden, Versicherern, Bildungsinstitutionen und weiteren interessierten Organisationen zur Vernehmlassung. Sie lud 137 Adressaten ein, bis am 14. August 2019 Stellung zu nehmen. Insgesamt gingen 152 Stellungnahmen ein.

Der indirekte Gegenvorschlag stiess grundsätzlich auf sehr breite Unterstützung. Ablehnend äusserten sich die Kantone Schwyz, Zug und Zürich, die Schweizerische Volkspartei (SVP), der Wirtschaftsdachverband Economiesuisse sowie einer der beiden Dachverbände der Krankenversicherer, Santésuisse, und der Versicherer Helsana. Die drei Kantone, die SVP und Economiesuisse beriefen sich vor allem auf den Föderalismus, während Santésuisse keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf sah.

Zu den einzelnen von der Kommission vorgeschlagenen Massnahmen ergaben die Rückmeldungen im Wesentlichen folgendes Bild:

– *Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege*

Die Beiträge der Kantone an Ausbildungsleistungen stiessen überwiegend auf grundsätzliche Zustimmung, und zwar insbesondere bei der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), 18 Kantonen, allen Parteien ausser der SVP, beim Schweizerischen Gewerbeverband (sgv) und dem Centre Patronal sowie bei den Gewerkschaftsdachverbänden, allen Leistungserbringern, Berufsverbänden, Bildungsinstitutionen sowie dem Versichererverband Curafutura und drei mitgliederstarken Versicherern, die Santésuisse angehören.

Die Ausbildungsbeiträge für angehende Pflegefachpersonen HF und FH stiessen bei der GDK und 14 Kantonen auf Widerstand. Diese lehnten eine Verpflichtung zur Ausrichtung solcher Beiträge ab, könnten aber eine Kann-Formulierung akzeptieren. Für die Ausbildungsbeiträge sprachen sich alle Parteien ausser der FDP. Die Liberalen und der SVP, die Gewerkschaften, alle Leistungserbringer und Berufsverbände sowie alle Institutionen der Bildung aus. Bei den Versicherern waren die Meinungen geteilt.

Die Befristung des Gesetzes auf acht Jahre war umstritten. Die GDK und 17 Kantone lehnten eine zeitliche Limitierung als nicht zielführend ab. Auch vier Parteien, die Gewerkschaften, der sgv sowie die Mehrheit der Leistungserbringer, Berufsverbände und Bildungsinstitutionen sprachen sich gegen eine Befristung aus, da das Problem des Fachkräftemangels in acht Jahren nicht gelöst sein werde. Hingegen plädierten jene Versicherer, die

den Gegenvorschlag grundsätzlich unterstützen, für eine Befristung auf acht Jahre.

– *Bundesgesetz über die Krankenversicherung*

Die gesetzliche Verankerung von eigenverantwortlichen Handlungsbereichen der Pflegefachpersonen stiess bei den Befürwortern des Gegenvorschlags mehrheitlich auf Zustimmung, doch wurden diverse Änderungen vorgeschlagen. Die GDK und 17 Kantone legten Wert darauf, dass Pflegefachpersonen Grundpflege nicht nur eigenverantwortlich erbringen, sondern in einem zeitlich limitierten Umfang auch anordnen dürften. Curafutura, Swica und Visana unterstützten die neue Kompetenzordnung unter der Voraussetzung, dass die Modalitäten (namentlich die Feststellung des Pflegebedarfs und Koordination mit der Ärzteschaft) zwischen Versicherern und Pflegeverbänden erarbeitet und vereinbart würden; dabei handle es sich weder um einen Zulassungs- noch einen Tarifvertrag. Den Abschluss eines Zulassungsvertrags mit einem oder mehreren Versicherern verlangten hingegen die FDP, Die Liberalen, die Grünliberale Partei und der sgV. Die Ärzteverbände FMH stimmte der Kompetenzerweiterung der Pflege für die allgemeine Grundpflege zu, lehnte sich jedoch bezüglich der psychiatrischen Grundpflege ab, da diese diagnostische und therapeutische Komponenten beinhalte.

Leistungsaufträge mit Vorgaben hinsichtlich der zu erbringenden Ausbildungsleistungen gehören gemäss den beiden Dachverbänden der Versicherer nicht ins KVG. Die Mehrheit der Kantone möchte es Kantonen überlassen, welche Vorgaben sie machen. Auch die Leistungserbringer und Berufsverbände wollen an der von den Kantonen erteilten Betriebsbewilligung anknüpfen. Einzig die Bildungsinstitutionen unterstützten eine Verankerung der Leistungsaufträge im KVG.

Die Einführung der Vertragsfreiheit für Pflegefachpersonen stiess bei der Mehrheit der Kantone, bei den Gewerkschaften, Leistungserbringern und Berufsverbänden und beim Versichererverband Curafutura sowie bei Visana auf Ablehnung. Für Santésuisse wären eine Lockerung des Vertragszwangs oder Einzelfallvereinbarungen zwischen Versicherern und Pflegevertretern eine notwendige flankierende Massnahme, wenn die Kompetenzen der Pflegefachpersonen erweitert würden.

Ausser bei den Gewerkschaften, linksgrünen Parteien und Bildungsinstitutionen stiess die Pflicht zum Anschluss an einen Gesamtarbeitsvertrag auf breiten Widerstand.

3 Die beantragte Neuregelung

3.1 Zielsetzungen und Grundzüge der Vorlage

Die Kommission anerkennt, dass die Initiantinnen und Initianten mit der Volksinitiative «Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)» zentrale Herausforderungen in der Pflege aufgreifen. Der steigende Pflegebedarf angesichts der Zunahme der älteren

Bevölkerung und der in der Pflege herrschende Fachkräftemangel sind unbestritten und der Handlungsbedarf grundsätzlich ausgewiesen. Sowohl in der Akutpflege wie auch in der Langzeitpflege steigen die Anforderungen an die Pflegenden. Dies zum Beispiel bei der Koordination, die für reibungslose Aus- und Übertritte aus dem Spital in ein anderes Pflegeumfeld notwendig ist. Die schwierige Situation in der Pflege manifestiert sich auch im hohen Anteil an Berufsausstiegenden und Berufsausstiegern und in der, gemessen am Bedarf, unzureichenden Anzahl an Ausbildungsabschlüssen bei den diplomierten Pflegefachkräften (vgl. Ziff. 2.2.2).

Wie die Volksinitiative verfolgt auch die Kommission mit dem indirekten Gegenvorschlag das Ziel einer qualitativ hochstehenden und für alle zugänglichen Pflege. Dafür braucht es insbesondere genügend Pflegepersonal, das gut ausgebildet, kompetenzgerecht eingesetzt und im Beruf erhalten wird. Eine Regelung der Pflege auf Verfassungsstufe erachtete die Kommission jedoch nicht als adäquat. Sie stimmt in diesem Punkt mit dem Bundesrat überein, der in seiner Botschaft zur Volksinitiative «Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)» darauf hinweist, dass berechnete Anliegen der Pflegenden gestützt auf bereits bestehende Verfassungsgrundlagen berücksichtigt werden könnten.¹⁷ Die Kommission steht auch einer Sonderstellung einer spezifischen Berufsgruppe in der Verfassung, wie es die Volksinitiative letztlich zur Konsequenz hätte, skeptisch gegenüber.

Vor diesem Hintergrund schlägt die Kommission in ihrer Vorlage ein Bündel von Massnahmen, insbesondere auf Gesetzesstufe, vor, mit denen die Gesamtsituation in der Pflege sowie konkret diejenige des Pflegepersonals gezielt verbessert werden soll. Damit will die Kommission einerseits sachgerechte Antworten auf einzelne Forderungen der Volksinitiative geben und andererseits dazu beitragen, dass die Pflegequalität gesteigert und die Patientensicherheit gestärkt wird.

Um diese Ziele zu erreichen, will die Kommission insbesondere bei der Ausbildung der Pflegenden sowie bei der Anerkennung ihrer Kompetenzen ansetzen. Es ist ihrer Meinung nach angezeigt, dass der Berufsstatus der Pflegefachpersonen generell aufgewertet wird. Das längst nicht mehr zutreffende Image eines Hilfsberufs soll überwunden werden. Gut ausgebildete Pflegefachpersonen sollen mit ihren spezifischen Kompetenzen besser wahrgenommen und ihre Rolle soll in einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung gestärkt werden. Sie sollen namentlich in der Grundpflege vermehrt selbständig tätig sein und in eigener Verantwortung spezifische Pflegeleistungen erbringen können. Die Aufwertung des Berufsstatus soll dazu beitragen, die Attraktivität des Pflegeberufs insgesamt zu erhöhen, die Rekrutierung von jungen Erwachsenen und Wiedereinsteigerinnen zu erleichtern und die Verweildauer im Beruf zu verlängern.

Die Kommission nahm zur Kenntnis, dass sowohl der Bund als auch die Kantone in den letzten Jahren bereits verschiedene Massnahmen zur Stärkung des Pflegeberufs umgesetzt oder aufgegleist haben. So hat beispielsweise der Masterplan Bildung Pflegeberufe 2010–2015¹⁸ zu einer deutlichen Steigerung insbesondere der Ab-

¹⁷ BBl 2018 7653, S. 7665

¹⁸ Der Schlussbericht zum Masterplan Bildung Pflegeberufe von Januar 2016 ist abrufbar unter www.sbf.admin.ch > Im Brennpunkt > Bildung > Berufsbildungssteuerung und -politik > Projekte und Initiativen > Abgeschlossene Projekte und Initiativen > Masterplan Bildung Pflegeberufe.

schlüsse der FaGe geführt (vgl. auch Ziff. 2.2.2). Der Bund unterstützt zudem die Fachhochschulen Gesundheit, indem seit 2008 die Studiengänge der Pflege an den kantonalen Fachhochschulen mitfinanziert werden.¹⁹ Weiter sind das GesBG und die Fachkräfteinitiative des Bundes zu erwähnen, in deren Rahmen der Bund beispielsweise Beiträge an Wiedereinstiegskurse diplomierter Pfleger ausrichtet. Nichtsdestotrotz geht die Kommission davon aus, dass auch im Bereich der Ausbildung von Pflegefachkräften zusätzliche Anstrengungen notwendig sind, um dem wachsenden Bedarf an Pflegepersonal Rechnung zu tragen und die angestrebte Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs zu erreichen; in diesem Bereich will die Kommission ebenfalls ansetzen.

Damit die dargestellten Ziele des indirekten Gegenvorschlags erreicht werden können, sieht die Kommission unter anderem folgende Massnahmen vor:

- Die gesetzliche Verankerung von eigenverantwortlichen Handlungsbereichen der Pflegefachpersonen (vgl. auch unter Ziff. 4.2 die Erläuterungen zu Art. 25a KVG). Damit sollen Pflegefachpersonen bestimmte Pflegeleistungen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbringen dürfen, namentlich in der Grundpflege. Bedingung dafür soll aber eine Vereinbarung zwischen Leistungserbringern und Versicherern sein, damit Kostenkontrolle und Qualitätssicherung gewährleistet sind. Die Tatsache, dass Pflegefachpersonen heute auf ärztliche Anordnung Leistungen erbringen und abrechnen dürfen, nehmen die Betroffenen als Ausdruck einer zu geringen Wertschätzung ihres Berufes wahr. Zudem stellt die Forderung nach Festlegung von pflegerischen Leistungen, die in eigener Verantwortung erbracht und zulasten der Sozialversicherungen direkt abgerechnet werden können, eine der Kernforderungen der Pflegeinitiative²⁰ dar. Die Kommission anerkennt in dieser zentralen Frage den Handlungsbedarf und will dem berechtigten Anliegen auf Gesetzesebene in einem gewissen Umfang Rechnung tragen. Damit will sie das eigenverantwortliche und kompetenzgemässe Handeln der Pflegefachpersonen stärken. Weiter soll mit dieser Massnahme der Status des Pflegeberufs generell aufgewertet werden. Zudem ist zu erwarten, dass die hausärztliche Versorgung entlastet wird, wenn für bestimmte Leistungsfälle keine ärztliche Anordnung mehr notwendig ist;
- Ausbildungsverpflichtungen für bestimmte Leistungserbringer nach KVG, und damit verbunden die Verpflichtung der Kantone, den Leistungserbringern ihre ungedeckten Kosten der praktischen Ausbildungsleistungen mindestens teilweise zu finanzieren (vgl. auch unter Ziff. 4.2 die Erläuterungen zu Art. 5). Der Bund unterstützt die Kantone während einer befristeten Zeit von acht Jahren mit finanziellen Beiträgen an die geleisteten Beträge. Gemäss Versorgungsbericht 2016 verpflichten viele Kantone bereits heute ihre

¹⁹ Gemäss Botschaft zur Pflegeinitiative S. 7666 haben sich die Bundesbeiträge zwischen 2008 und 2016 verdoppelt und betrugen 2016 rund 25 Mio. Franken.

²⁰ Das Anliegen, bestimmte Leistungen ohne Anordnung des Arztes oder der Ärztin erbringen zu dürfen, war bereits Gegenstand der parlamentarischen Initiative Joder 11.418 «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege». Das Nichteintreten des Nationalrates auf die entsprechende Vorlage der SGK-N am 27. April 2016 stand am Anfang der Lancierung der Volksinitiative «Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)» durch den SBK.

Spitäler, Gesundheitspersonal, darunter auch Pflegefachpersonen HF und FH, auszubilden. Noch gelten die Verpflichtungen überwiegend für die Spitäler; einige Kantone schliessen auch die Pflegeheime und die Spitex-Organisationen in diese Verpflichtung ein und entschädigen diese für ihre praktischen Ausbildungsleistungen. Hier will die Kommission ansetzen und mit einer neuen Bundesregelung gezielt Massnahmen zur stärkeren Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege bereitstellen;

- eine Verpflichtung der Kantone, für angehende diplomierte Pflegefachpersonen HF und FH Ausbildungsbeiträge während ihrer Ausbildungszeit zu gewährleisten (vgl. auch unter Ziff. 4.2 die Erläuterungen zu Art. 6). Der Bund gewährt den Kantonen während einer befristeten Zeit von acht Jahren jährliche Beiträge für ihre Aufwendungen. Die Kommission stellte im Rahmen ihrer Arbeiten fest, dass im zu geringen Ausbildungslohn²¹ eine der möglichen Ursachen für die zu tiefe Zahl der Bildungsabschlüsse, insbesondere in Pflege HF, verortet sein könnte. Der Ausbildungslohn kann insbesondere auch für Quereinsteigende ein Hindernis darstellen; sie stellen ein wichtiges Rekrutierungspotenzial für die Langzeitpflege dar. Deshalb will die Kommission die Rahmenbedingungen der Ausbildung in Pflege HF und FH verbessern und mit ihrer Massnahme den Diplomabschluss für potenzielle Absolventinnen und Absolventen attraktiver gestalten;
- einen Bundesbeschluss für Finanzhilfen nach Artikel 7 des Bundesgesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege: ab Inkrafttreten der Artikel 5 und 6 wird für die Dauer von acht Jahren ein Verpflichtungskredit von maximal 469 Millionen Franken bewilligt (vgl. auch unter Ziff. 4.2 die Erläuterungen zu Art. 7);
- einen Bundesbeschluss über die Erhöhung der Anzahl Ausbildungsabschlüsse in Pflege an den kantonalen Fachhochschulen. Damit wird der Bundesrat beauftragt, mit den Kantonen im Rahmen der Schweizerischen Hochschulkonferenz Massnahmen zu prüfen, die bis Ende 2028 zu einer bedarfsgerechten Erhöhung der Anzahl Ausbildungsabschlüsse in Pflege führen;
- die Wiederaufnahme bzw. Schaffung eines Anschlussangebots für altrechtliche interkantonale Pflegeabschlüsse des Diplomniveaus I sowie für Praktische Krankenpflege, Fähigkeitsausweis Schweizerisches Rotes Kreuz SRK (FA SRK). Rund 10 000–15 000 Personen mit PKP/FA SRK²² und 14 000 Personen mit DN I²³ haben Ausbildungen absolviert, deren Abschlüsse nicht in die neue Bildungssystematik überführt wurden. Diese Personen arbeiten

²¹ Eine FaGe, die nach Lehrabschluss als FaGe einen Durchschnittslohn von 4790 Franken verdient (vgl. auf Internetseite www.lohncheck.ch > Lohnvergleich > Soziales > Krankenpfleger > FaGe Fachmann Gesundheit), erhält bei einer berufsbegleitenden Ausbildung zur Pflegefachfrau HF gemäss Lohnempfehlung der Oda Gesundheit des Kantons Zürich einen Ausbildungslohn von 1100 Franken pro Monat (ohne 13. Monatslohn). (Vgl. auf Internetseite www.oda-g-zh.ch > Dokumente > Lohnempfehlungen > Lohnempfehlung HF und FH).

²² Praktische Krankenpflege/Fähigkeitsausweis SRK; Schätzung SRK.

²³ Gesundheits- und Krankenpflege, Diplomniveau I; Zählung NAREG.

mehrheitlich im Bereich Langzeitpflege. Mangels Überführung können sich diese Personen nur mit hohem finanziellem und zeitlichem Aufwand für weiterführende Ausbildungen qualifizieren. Mit dieser Massnahme will die Kommission den Zugang der betroffenen Personen zu Aus- und Weiterbildungen gemäss heutiger Bildungssystematik eröffnen und dieses vorhandene Potenzial besser erschliessen;

- einen Bundesbeschluss über Finanzhilfen in der Höhe von acht Millionen Franken gestützt auf die Finanzhilfebestimmungen des GesBG und das Bundesgesetz vom 23. Juni 2006²⁴ über die universitären Medizinalberufe (MedBG) zur Förderung von Projekten, die der Effizienz der medizinischen Grundversorgung dienen, insbesondere durch Interprofessionalität. Die Kommission will damit Projekte fördern, die der effizienten Arbeitsorganisation dienen und dazu beitragen, dass die Berufsangehörigen verschiedenen Berufsgruppen nach GesBG und MedBG kompetenzgerecht eingesetzt werden. Dies führt nachweislich dazu, dass die Absichten, den Beruf zu verlassen, kleiner werden.²⁵

3.2 Minderheitsantrag: Nichteintreten

Die Minderheit (de Courten, Aeschi Thomas, Brand, Clottu, Frehner, Giezendanner, Herzog, Sollberger) beantragt, auf den vorliegenden indirekten Gegenvorschlag nicht einzutreten. Sie lehnt sowohl das Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege wie auch den Bundesbeschluss über Finanzhilfen zur Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege, der einen Verpflichtungskredit von 469 Millionen Franken für acht Jahre vorsieht, ab. Sie ist der Ansicht, dass das Gesetz und der Bundesbeschluss zu hohen Kosten für den Bund in einem Bereich führten, für den grundsätzlich die Kantone und die Branche zuständig seien. Es sei nicht Sache des Bundes, die Ausbildung einer bestimmten Berufsgruppe, insbesondere im Bereich der Fachhochschulen, in diesem Ausmass finanziell zu fördern. Vor diesem Hintergrund lehnt die Minderheit auch den Bundesbeschluss über die Erhöhung der Ausbildungsabschlüsse in Pflege an den kantonalen Fachhochschulen (vgl. Ziff. 5.1) sowie den Bundesbeschluss über Finanzhilfen zur Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung, insbesondere der Interprofessionalität (vgl. Ziff. 5.2) ab. Interprofessionalität und Effizienz bedürften keiner speziellen Förderung, sondern müssten in jedem Betrieb vorausgesetzt werden können.

Zudem weist die Minderheit darauf hin, dass eine Mengenausweitung drohe, wenn Pflegefachpersonen bestimmte Grundpflegeleistungen wie vorgeschlagen auch ohne ärztliche Anordnung erbringen und zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen könnten. Die absehbare Mengenausweitung führe letztlich zu höheren Kosten im Gesundheitswesen und es sei nicht auszuschliessen, dass dies negative Konsequenzen auf die Entwicklung der Prämien der Versicherten habe.

²⁴ SR 811.11

²⁵ Das Pflegefachpersonal in Schweizer Spitälern im europäischen Vergleich. Neuchâtel 2014. Obsan-Bulletin 3/2014.

4 Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege

4.1 Einführende Bemerkungen und Ingress

Artikel 117a Absatz 2 Buchstabe a der Bundesverfassung (BV), auf den sich der vorliegende Entwurf in erster Linie abstützt, enthält eine umfassende Bundeskompetenz zum Erlass von Vorschriften über die Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung und die Anforderungen zur Ausübung dieser Berufe. Diese Regelungskompetenz ist gemäss klarem Wortlaut und mangels anderslautendem Hinweis in den Materialien bezüglich der Aus- und Weiterbildung der betreffenden Berufe weder auf materielle Anforderungen noch anderweitig eingeschränkt. Damit ist es kompetenzrechtlich möglich, dass der Bund auf dieser Verfassungsgrundlage auch Kriterien für die Festlegung der Ausbildungsleistungen einzelner Akteure und entsprechende Finanzierungsregeln von Berufen der medizinischen Grundversorgung regelt. Im Weiteren ist Artikel 66 Absatz 1 BV als Grundlage für den vorliegenden Erlass heranzuziehen. Diese Bestimmung verleiht dem Bund die Kompetenz, die interkantonale Harmonisierung der Ausbildungsbeiträge zu fördern und Grundsätze für die Ausrichtung von Ausbildungsbeiträgen festzulegen (Satz 2). Zudem kann er den Kantonen Beiträge an ihre Aufwendungen für Ausbildungsbeiträge an Studierende von Hochschulen und anderen Institutionen des höheren Bildungswesens gewähren (Satz 1).

Allerdings ist festzuhalten, dass mit der Wahrnehmung dieser Kompetenzen neu in bisher den Kantonen überlassene Bereiche eingegriffen wird. Neben der Zuständigkeit der Kantone für die Gesundheitsversorgung wird heute auch die Bereitstellung des Bildungsangebots des nicht-ärztlichen Gesundheitspersonals durch die Kantone geregelt. Der vorliegende Entwurf eines Bundesgesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege stellt diesbezüglich eine Praxisänderung namentlich im Bereich der Ausbildung der Pflegefachpersonen HF nach BBG und der Pflegefachpersonen FH nach GesBG dar. Er sieht vor, dass die Ausbildungen im Bereich der Pflege gefördert werden, indem die Kantone zu deren Finanzierung verpflichtet werden sollen. Zudem verlangt das Gesetz, dass die Kantone den Zugang zum Bildungs- oder Studiengang Pflege HF und FH mit gezielten Massnahmen verbessern. Der Bund sieht zu diesem Zweck eine finanzielle Beteiligung an durch die Kantone zu leistende Unterstützungsbeiträge vor. Das Gesetz soll während einer befristeten Zeit von acht Jahren gelten.

4.2 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Art. 1

Ziel und Zweck des Gesetzes ist es, die Ausbildung im Bereich der Pflege zu fördern und dadurch die Zahl der Bildungsabschlüsse in Pflege HF und FH zu erhöhen (*Abs. 1*). Um dieses Ziel zu erreichen, sieht *Absatz 2 Buchstabe a* Beiträge der Kantone an die ungedeckten Kosten der praktischen Ausbildung im Bereich Pflege vor. Damit soll ein ausreichendes Angebot an Plätzen für die praktische Ausbildung

von Personen sichergestellt werden, die den Bildungsgang Pflege an einer höheren Fachschule (HF) nach Artikel 29 des BBG (*Ziff. 1*) oder den Bachelorstudiengang in Pflege nach Artikel 2 Absatz 2 Buchstabe a des GesBG an einer Fachhochschule absolvieren (*Ziff. 2*). Der Fokus wird bewusst auf diese Bildungsabschlüsse gelegt, weil die Zahl der pro Jahr erreichten Abschlüsse in Pflege HF und FH (2017: 2700) stark unter dem gemäss Versorgungsbericht 2016 geschätzten jährlichen Nachwuchsbedarf von 6075 Abschlüssen liegt (vgl. *Ziff. 2.2.2*). Zudem sollen die Kantone nach *Buchstabe b* den Zugang zu diesen Ausbildungen mit Ausbildungsbeiträgen fördern. Damit sollen zusätzliche Absolventinnen und Absolventen für den Bildungsgang Pflege HF und den Studiengang Pflege FH gewonnen werden (*Bst. b*). *Buchstabe c* sieht Beiträge des Bundes an die Kantone vor.

Die Minderheit I (de Courten, Aeschi Thomas, Clottu, Giezendanner, Herzog, Hess Erich) beantragt, die Ausbildungsbeiträge für Absolventinnen und Absolventen der Ausbildung in Pflege HF und FH auf Personen mit Betreuungs- und Unterhaltsverpflichtungen zu beschränken (*Abs. 2 Bst. b*). Sie befürchtet, dass ohne diese Einschränkung nicht tragbare Kosten entstehen könnten. Diese Anpassung hätte zudem eine entsprechende Ergänzung von *Artikel 6* (vgl. Vorentwurf zum Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege) sowie des Bundesbeschlusses über Finanzhilfen zur Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege zur Folge (vgl. Erläuterungen unter *Ziff. 6.1* zu den Bundesbeiträgen nach Art. 7, Minderheit I).

Die Minderheit II (Nantermod, Aeschi Thomas, Brand, Clottu, Giezendanner, Herzog, Hess Erich, Pezzatti, Sauter) beantragt, die Förderung nach diesem Gesetz ausschliesslich auf die Sicherstellung von genügend Plätzen für die praktische Ausbildung in Pflege HF und FH auszurichten (*Abs. 2 Bst. a*). Es gebe keinen sachlichen Grund, ausgerechnet die Studierenden der Pflegestudiengänge HF und FH zu unterstützen und andere Studierende, beispielsweise der Eidgenössischen Technischen Hochschulen, nicht. Das Ausbildungsfinanzierungsproblem stelle sich bei allen Bildungsgängen, so die Minderheit. Zudem würden solche Unterstützungsleistungen die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen verletzen. Als Folge dieses Antrags müssten der 3. *Abschnitt* und *Artikel 7* (vgl. Vorentwurf zum Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege) sowie der Bundesbeschluss über Finanzhilfen zur Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege angepasst werden (vgl. Erläuterungen unter *Ziff. 6.1* zu den Bundesbeiträgen nach Art. 7, Minderheit II).

Art. 2 Bedarfsplanung

Die Bestimmung soll gewährleisten, dass die Kantone keinen unrealistischen Bedarf an Plätzen für die praktische Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann HF und zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann FH (Pflegefachpersonen) festlegen. Dafür richten sich die Kantone auch nach der kantonalen Versorgungsplanung. Der Bedarf kann aber nicht allein anhand des zukünftigen Pflegebedarfs, der sich aus der kantonalen Versorgungsplanung ergibt, bestimmt werden. Daraus ergäbe sich zwar die optimale Anzahl des für eine vollständige Sicherstellung des erwarteten Pflegebedarfs benötigten Nachwuchses an Pflegefachpersonen. Bei der Bemessung des Bedarfs an Plätzen für die praktische Ausbildung

für Pflegefachpersonen müssen jedoch auch die vorhandenen Studienplätze der HF und der FH berücksichtigt werden. Deren Kapazitäten wiederum müssen auf die Abschlusszahlen der Zubringer wie beispielsweise der Fach- oder Berufsmaturitätsschulen oder der Berufsfachschulen abgestimmt sein. Die Abschlusszahlen der Zubringer stellen das Rekrutierungspotenzial für auszubildende Pflegefachpersonen HF und FH dar. Kurz: der Bedarf an Ausbildungsplätzen, den die Kantone festlegen sollen, bedarf einer umfassenden Analyse sämtlicher Bildungsgänge der Pflegeberufe. Die kantonalen Vorgaben werden zu diesem Zweck in vielen Fällen über die vorgesehenen Ausbildungsverpflichtungen hinausgehen müssen, damit auch der Nachwuchs auf der Sekundarstufe II sichergestellt werden kann.

Art. 3 Kriterien für die Berechnung der Ausbildungskapazitäten

Die Kantone legen Kriterien fest, anhand welcher Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen sowie die Spitäler und Pflegeheime (Akteure im Bereich der praktischen Ausbildung von Pflegefachpersonen) ihre Ausbildungskapazitäten berechnen müssen. Dabei werden verschiedene Faktoren zu berücksichtigen sein, wie beispielsweise die Anzahl der Angestellten, die Struktur und das Leistungsangebot dieser Akteure. Diese verfügen über unterschiedliche strukturelle Voraussetzungen für die praktische Ausbildung. So muss beispielsweise differenziert werden zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen wie den Spitälern oder den Pflegeheimen. Betriebe, die bisher noch nicht ausbildeten, müssen die Strukturen und Prozesse sowie die personellen Ressourcen für die erforderliche Ausbildungsleistung zuerst aufbauen.

Art. 4 Ausbildungskonzept

Die Akteure, welche Leistungen im Bereich der praktischen Ausbildung von Pflegefachpersonen erbringen, werden verpflichtet, ein Ausbildungskonzept zu erarbeiten (*Abs. 1*). Das Konzept soll den Rahmen aufführen, in dem die praktische Ausbildung stattfindet. Dazu gehören beispielsweise die vorhandenen personellen Ressourcen und die Infrastruktur für die erforderlichen praktischen Ausbildungsleistungen sowie Massnahmen zur Sicherung der Qualität der praktischen Ausbildung. Das Konzept soll die Ziele und die Schwerpunkte der praktischen Ausbildung aufzeigen. Es soll ausserdem ein Mengengerüst über die zur Verfügung stehenden Plätze für die praktische Ausbildung von Pflegefachpersonen enthalten (*Abs. 2*). Kann der Akteur die Ausbildungskapazitäten, die nach den Kriterien gemäss Artikel 3 berechnet werden, nicht bereitstellen, so weist er allfällige Abweichungen aus (*Abs. 3*). Wie bereits unter Artikel 2 erwähnt, kann das Ausbildungskonzept mehr umfassen als die mit diesem Gesetz geregelten praktischen Ausbildungsleistungen in Pflege HF und FH.

Art. 5 Beiträge der Kantone

Absatz 1 legt fest, dass die Kantone den Akteuren im Bereich der praktischen Ausbildung von Pflegefachpersonen Beiträge für deren Leistungen in der praktischen Ausbildung von Pflegefachpersonen gewähren müssen. Dazu bestimmen die Kantone für jeden Akteur die anrechenbaren Leistungen unter Berücksichtigung der Kriterien nach Artikel 3 und dem Ausbildungskonzept nach Artikel 4.

Nach *Absatz 2* müssen die Kantone mindestens die Hälfte der durchschnittlichen ungedeckten Ausbildungskosten der Akteure im Bereich der praktischen Ausbildung von Pflegefachpersonen vergüten. Als ungedeckte Kosten gelten die Kosten, für die die Akteure keine Vergütung erhalten, namentlich keine Vergütung aufgrund der Preise und Tarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Kosten und Nutzen der tertiären Ausbildungen in der Pflege wurden in einer Studie des Eidgenössischen Hochschulinstitutes (EHB)²⁶ untersucht. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis der betrieblichen Praktika wird hauptsächlich mit drei Kennzahlen beschrieben: die Bruttokosten geben an, wie hoch die Aufwendungen der Akteure im Bereich der praktischen Ausbildung von Pflegefachpersonen insgesamt waren. Die produktiven Leistungen zeigen, wie hoch der Wert der produktiven Arbeiten der Studierenden während der Praktika für die Betriebe ist. Die Nettokosten ergeben sich als Differenz aus Bruttokosten und produktiven Leistungen. Es handelt sich dabei um die ungedeckten Ausbildungskosten.

Nach *Absatz 3* berücksichtigen die Kantone bei der Berechnung der ungedeckten Ausbildungskosten interkantonale Empfehlungen. Sie können sich auf die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) abstützen, die im Juni 2015 Empfehlungen zur Abgeltung der praktischen Ausbildungsleistungen für die Studiengänge HF und FH verabschiedete.²⁷ Diesen Empfehlungen entsprechend sollen die Kantone die Leistungserbringer aller Versorgungsbereiche mindestens mit 300 Franken pro Praktikumswoche für angehende Pflegenden HF und FH entschädigen.

Art. 6

Absatz 1 sieht vor, dass die Kantone den Zugang zum Bildungsgang Pflege HF oder zum Studiengang FH fördern. Zu diesem Zweck gewähren sie Personen zur Sicherung des Lebensunterhalts Ausbildungsbeiträge, damit diese die Ausbildung in Pflege HF und FH absolvieren können. Namentlich sollen damit Personen unterstützt werden, die aufgrund des tiefen Ausbildungslohns von rund 800 bis 1500 Franken eine solche Ausbildung ansonsten nicht in Erwägung ziehen. Mit Ausbildungsbeiträgen sollen beispielsweise FaGe gefördert werden, die nach Gründung einer Familie oder nach einigen Jahren der beruflichen Tätigkeit doch noch eine Ausbildung zur Pflegefachfrau HF absolvieren möchten, dies aufgrund des geringen Ausbildungslohnes aber nicht realisieren können. Auch angehende Pflegefachpersonen FH sollen von solchen Unterstützungsleistungen profitieren können, wenn der Ausbildungslohn zur Sicherung des Lebensunterhalts nicht ausreicht. Zudem sollen damit Quereinsteigende unterstützt werden können, wenn sie die Voraussetzungen für den Bildungsgang Pflege HF erfüllen. Sie arbeiten überwiegend in den Alters-

²⁶ Fuhrer, M.; Schweri, J. (2011): Kosten und Nutzen der tertiären Ausbildungen in der Pflege. Schlussbericht. Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB.

²⁷ Nettonormkosten der praktischen Ausbildung bei den nicht-universitären Gesundheitsberufen. Grundsätze und Empfehlungen der GDK. Informationsnotiz vom 2. Juli 2015.

und Pflegeheimen oder bei der Spitex.²⁸ Sie kommen aus den Bereichen Gastgewerbe und persönliche Dienstleistung, haben einen Gesundheits-, Lehr- Kultur- oder Wissenschaftsberuf oder einen Handels- oder Verkehrsberuf erlernt.

Die Kantone legen nach *Absatz 2* die Voraussetzungen, den Umfang der Ausbildungsbeiträge sowie das Verfahren für deren Vergabe fest: sie bestimmen über die einzelnen Voraussetzungen, die eine Anspruchsberechtigung nach *Absatz 1* begründen und sie entscheiden über die Höhe des Beitrags, den sie zur Sicherung des Lebensunterhaltes gewährleisten. Beispielsweise können sie vorsehen, dass solche Ausbildungsbeiträge erst ausgerichtet werden, wenn sämtliche Ansprüche gegenüber unterstützungspflichtigen Familienangehörigen, den Sozialversicherungen oder Ansprüche in Form kantonaler Ausbildungsbeiträge (Stipendien oder Darlehen) geltend gemacht wurden und trotzdem kein zur Sicherung des Lebensunterhaltes ausreichendes Einkommen erzielt werden kann. Sie können beispielsweise den Höchstbetrag der Ausbildungsbeiträge festlegen. Weiter können die Kantone bei Abbruch der Ausbildung oder bei einem Berufsausstieg nach Abschluss der Ausbildung eine Teilrückzahlung der Ausbildungsbeiträge vorsehen. Die Kantone können sich hierzu an bereits bestehenden Lösungen orientieren.²⁹

Eine Minderheit (Herzog, Aeschi Thomas, Brand, Clottu, Giezendanner, Hess Erich, Moret, Nantermod, Pezzatti, Sauter) beantragt die Anpassung von *Artikel 6 Absatz 2*. Die Bestimmung soll dahingehend ergänzt werden, dass die Kantone die finanzielle Unterstützung auch in Form eines Darlehens gewähren können.

Art. 7 Bundesbeiträge

Nach *Absatz 1* gewährt der Bund den Kantonen im Rahmen der bewilligten Kredite jährliche Beiträge für ihre Aufwendungen für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach den Artikeln 5 und 6. Die Formulierung «im Rahmen der bewilligten Kredite» bringt zum Ausdruck, dass ein begrenzter Kredit zur Verfügung steht. Beiträge können folglich nur so lange gewährt werden, wie Geld vorhanden ist. Sind die Kredite erschöpft, so hat ein Kanton im betreffenden Budgetjahr keinen Anspruch mehr auf Beiträge, auch wenn er alle Voraussetzungen erfüllt. Es ist ein Verpflichtungskredit in der Höhe von 469 Millionen Franken im Bundesbeschluss über Finanzhilfen nach dem Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege vorgesehen.

²⁸ Amstutz, N. et al. (2013): Lebensphasenspezifische Laufbahnentwicklung und Verbundenheit im Pflegeberuf. Synthesebericht zur quantitativen und qualitativen Erhebung im Rahmen des Projekts CaRe – Laufbahnentwicklung und Retention Management in der Pflege im Kooperationsverbund von Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und Spitex. Fachhochschule Nordwestschweiz.

²⁹ Kanton Thurgau: Förderprogramm HF Pflege für Studierende 25 plus. Siehe unter: Startseite OdA GS Thurgau > Ausbildung > Dipl. Pflegefachfrau/man 3-jährig und 2-jährig: auf dieser Seite beim Untertitel Nachwuchsförderung / Förderbeiträge 25 plus das Menü Für Betriebe öffnen: Kriterien und Vorgehen für den Erhalt von Förderbeiträgen Stadt Zürich Quereinstieg: Siehe unter: Startseite Gesundheits- und Umweltschutz > Über das Departement > Organisation > Pflegezentren > Jobs & Bildung > Berufseinstiegende > Höhere Berufsbildung > Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF > Quereinstieg.

Der Bund beteiligt sich zu maximal 50 Prozent an den Beiträgen der Kantone (*Abs. 2*). Damit erhält der Bund die notwendige Flexibilität bei der Bemessung der Bundesbeiträge, die zwingend im Rahmen der bewilligten Kredite zu erfolgen hat. Die Bemessung der Bundesbeiträge wird in einer Bundesratsverordnung geregelt (*Abs. 3*). Der Bundesrat kann vorsehen, die Beiträge nach zweckmässiger Ausgestaltung der kantonalen Massnahmen abzustufen und dem Bund damit die Möglichkeit zur gezielten Steuerung seiner Beiträge einzuräumen. Denkbar ist beispielsweise, dass der Bund denjenigen Kantonen, welche die vollen ungedeckten Ausbildungskosten nach Artikel 5 tragen, höhere Beiträge gewährt als jenen, die sich nur teilweise an diesen Kosten beteiligen. Zudem könnte vorgesehen werden, dass die verfügbaren Mittel je zur Hälfte für Beiträge nach den Artikeln 5 und 6 zur Verfügung stehen sollen. *Absatz 4* gibt vor, dass das EDI für eine ausgewogene regionale Verteilung der Mittel sorgt, wenn die Gesuche der Kantone die zur Verfügung stehenden Mittel übersteigen.

Eine Minderheit (Gysi, Barrile, Feri Yvonne, Graf Maya, Heim, Piller Carrard, Schenker Silvia) beantragt die Streichung des *zweiten und dritten Satzes von Absatz 3*, mit denen eine Abstufung der Beiträge nach zweckmässiger Ausgestaltung der kantonalen Massnahmen möglich sein soll. Eine solche Abstufung der Bundesbeiträge führe zu einem hohen Kontroll- und Berichtsaufwand seitens Bund und Kantone, was angesichts der Befristung des Gesetzes auf acht Jahre unverhältnismässig sei.

Art. 8 Verfahren

Gesuche um Bundesbeiträge sind beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) einzureichen (*Abs. 1*). Für den Aufbau des notwendigen Wissens zur Prüfung der Gesuche kann das BAG Sachverständige beiziehen (*Abs. 2*).

Art. 9 Evaluation

Der Bundesrat ist zuständig für die Evaluation der Auswirkungen des Gesetzes auf die Entwicklung der Ausbildung im Bereich der Pflege. Zu diesem Zweck wird die quantitative Entwicklung im Bereich der Plätze für die praktische Ausbildung von Pflegefachpersonen sowie die Beteiligung der Akteure im Bereich der praktischen Ausbildung von Pflegefachpersonen zu beobachten sein. Dazu können Kennzahlen definiert werden, anhand derer diese Entwicklung gemessen werden kann. Der Bundesrat erstattet dem Parlament spätestens sechs Jahre nach Inkrafttreten Bericht über die erzielten Wirkungen und Resultate. Die Ergebnisse der Evaluation sollen dem Parlament als Grundlage dazu dienen, über das weitere Vorgehen, beispielsweise über eine allfällige Verlängerung der Gültigkeit des Gesetzes, zu entscheiden. Eine solche könnte dann angezeigt sein, wenn die Massnahmen nach diesem Gesetz zwar Wirkung zeigen, die Zahlen bei den Diplomabschlüssen aber noch deutlich unter den erforderlichen 6075 Abschlüssen pro Jahr liegen (vgl. Ziff. 2.2.2). Die Evaluation könnte zudem ergeben, dass noch ungenutztes Ausbildungspotenzial vorhanden ist, z.B. durch eine weitere Steigerung der FaGe-Abschlüsse. Schliesslich müssten auch die Akteure im Bereich der praktischen Ausbildung von Pflegefach-

personen signalisieren, dass sie in der Lage sind, ihre praktischen Ausbildungsleistungen noch zu steigern.

Art. 10 Aufsicht

Der Bundesrat beaufsichtigt den Vollzug dieses Gesetzes. Er sorgt insbesondere für die Einhaltung der Ausführungsbestimmungen zur Bemessung der Bundesbeiträge nach Artikel 7 Absatz 3.

Art. 11 Änderung anderer Erlasse

Mit diesem Gesetz werden andere Erlasse des Bundes geändert. Diese Änderungen werden im Anhang geregelt (vgl. Erläuterungen zum Anhang).

Art. 12 Referendum, Inkrafttreten und Geltungsdauer

Nach *Absatz 1* untersteht das Gesetz dem fakultativen Referendum. Mit der Alternativklausel in *Absatz 2* wird sichergestellt, dass entweder die Volksinitiative oder der indirekte Gegenvorschlag in Kraft treten können, nicht aber beide zusammen. Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten (*Abs. 3*). Die Geltungsdauer des Gesetzes ist unter Vorbehalt von Absatz 5 auf acht Jahre befristet (*Abs. 4*). Es wird davon ausgegangen, dass die Kantone und die Akteure im Bereich der praktischen Ausbildung von Pflegefachpersonen nach acht Jahren und mit Hilfe der Bundesbeiträge die Massnahmen zur Förderung der Bildungsabschlüsse in Pflege HF und FH etabliert haben. Dem Ausbau dieser Kapazitäten sind zudem Grenzen gesetzt, die in der Ausbildungskapazität der Akteure einerseits und im inländischen Nachwuchspotenzial andererseits begründet sind. Nach *Absatz 5* gelten sämtliche Änderungen anderer Erlasse nach Artikel 11 unbefristet mit Ausnahme der Artikel 38 Absatz 2 und 39 Absatz 1^{bis} des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung. Diese beiden Artikel beinhalten als Kriterium der Zulassung die Verpflichtung der Organisationen nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben d^{bis} KVG, die Pflegefachpersonen beschäftigen sowie der Spitäler und Pflegeheime nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben h und k KVG, Ausbildungsleistungen unter der Berücksichtigung der Vorgaben von Artikel 3 und 4 dieses Gesetzes zu erbringen.

Eine Minderheit (Gysi, Barrile, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Graf Maya, Heim, Schenker Silvia) beantragt die Streichung der *Absätze 4* und *5*. Das Gesetz soll unbefristet gelten. Die Minderheit begründet dies mit der Annahme, dass der Fachkräftemangel in der Pflege innert acht Jahren nicht behoben werden könne.

Anhang: Änderung anderer Erlasse

1. Strafprozessordnung³⁰

Art. 171 Abs. 1

Mit der Ergänzung der Strafprozessordnung (StPO) werden Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sowie die weiteren im GesBG geregelten Berufe ausdrücklich dem gleichen umfassenden Zeugnisverweigerungsrecht unterliegen wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte auch.

Art. 173 Abs. 1 Bst. f

Die via GesBG eingeführte (voraussichtlich Anfangs 2020 in Kraft tretende) Änderung von *Artikel 173 Absatz 1 Buchstabe f* ist als Folge der Aufnahme aller Gesundheitsberufe nach Artikel 2 Absatz 1 GesBG in Artikel 171 Absatz 1 aufzuheben. Ansonsten wären die im GesBG geregelten Berufe in zwei miteinander nicht kompatiblen Bestimmungen erfasst.

2. Militärstrafprozess vom 23. März 1979³¹

Art. 75 Bst. b

Die Ergänzung in *Artikel 75 Buchstabe b* hat zur Folge, dass die Pflegefachfrauen und -männer sowie die weiteren Gesundheitsberufe nach Artikel 2 Absatz 1 GesBG auch im Rahmen eines Militärstrafprozesses ausdrücklich genannt und von ihrem Image als «berufliche Hilfspersonen» befreit werden.

3. Bundesgesetz über die Berufsbildung

Artikel 73a Anerkennung altrechtlicher kantonaler und interkantonalen Abschlüsse

Artikel 73a schafft eine Kompetenz des Bundes betreffend die Anerkennung von altrechtlichen kantonalen sowie altrechtlichen interkantonalen Abschlüssen. Die Kompetenz gilt jedoch nur für Abschlüsse, welche bereits in Bundeshoheit sind (*Abs. 1*), wie namentlich die im Bereich der Pflege.

Im Jahr 2004 erfolgte der Wechsel der Zuständigkeit im Bereich der Gesundheitsberufe von den Kantonen zum Bund. Die GDK (früher Sozialdirektorenkonferenz SDK) hat die Verfahren im Bereich der Anerkennung kantonaler Abschlüsse bis zu diesem Zeitpunkt ans SRK übertragen. Es existieren unterschiedliche altrechtliche kantonale und interkantonale Ausbildungen im Bereich Pflege, wie etwa DNI³² mit

³⁰ SR 312.0

³¹ SR 322.1

³² Diplom in Gesundheits- und Krankenpflege Niveau I.

rund 14 000 oder PKP/FA SRK³³ mit 10 000–15 000 Personen, deren Bildungsabschlüsse nicht in die neue Bildungssystematik überführt wurden.

DNI war eine dreijährige Ausbildung (angeboten von 1992 bis 2011), welche auf Tertiärniveau positioniert wird.³⁴ Bis Ende 2011 bestand die Möglichkeit, im Rahmen des sog. «Äquivalenzverfahrens»³⁵ die Berechtigung zum Führen der Berufsbezeichnung «diplomierte/r Pflegefachfrau/-mann» zu erlangen. Im europäischen Vergleich entsprechen DNI den Anforderungen der EU-Richtlinie 2005/36/EG³⁶. Sie sind im europäischen Ausland demnach bessergestellt als in der Schweiz. Zudem anerkennt die Schweiz auf Grundlage der europäischen Mindestvorschriften ausländisches Pflegefachpersonal, das mindere Qualifikationen³⁷ aufweist als inländische DNI.

PKP/FA SRK war eine Ausbildung mit Fokus auf Langzeitpflege, welche Ende der 1990-er Jahre ausgelaufen ist und 1.5 bis 2 Jahre dauerte. Die GDK hat sie in Bezug auf die Zulassung zu weiterführenden Ausbildungen mit den FaGe gleichgestellt. Auch bezüglich des Lohns wird seitens GDK eine Gleichstellung mit den FaGe empfohlen.

Aufgrund fehlender Überführung der beiden Ausbildungen in die Bildungssystematik, können sich diese Personen nur mit übermässig hohem finanziellem und zeitlichem Aufwand für weiterführende Ausbildungen qualifizieren. Zudem ist ihr Status in der Berufsausübung abhängig von der einzelnen Arbeit gebenden Institution. Eine Überführung ist insbesondere im Lichte des Fachkräftemangels dringend angezeigt.

Gegenwärtig fehlt eine klare Gesetzesbestimmung, welche dem Bund die Zuständigkeit für die Anerkennung von altrechtlichen kantonalen sowie altrechtlichen interkantonalen Abschlüssen, deren entsprechender Bildungsabschluss heute in Bundeskompetenz liegt, überträgt. Eine solche wird mit *Artikel 73a* geschaffen. Die Umsetzung der Massnahme betreffend DNI kann über die Wiedereinführung des bewährten Äquivalenzverfahrens erfolgen. Gemäss *Absatz 2* kann der Bundesrat diese Aufgabe an Dritte delegieren. Das SRK weist dazu – nach wie vor – die notwendige Fachexpertise vor.

Eine Delegation der Aufgabe an das SRK ist fachlich und aus Effizienzgründen angezeigt (*Abs. 2*). Für PKP/FA SRK können sog. «andere Qualifikationsverfahren»³⁸ für besondere Personengruppen standardisiert werden. Eine Ausarbeitung ist in Zusammenarbeit mit der OdASanté und den Kantonen zu vollziehen. Entscheidend ist dabei, dass die Verfahren schnell, kostengünstig und in allen Kantonen einheitlich vollzogen werden können.

³³ Praktische Krankenpflege/Krankenpfleger,-innen mit Fähigkeitsausweis SRK.

³⁴ Vgl. Beschluss des Vorstands der GDK von 2006 zu «Diplomniveau I Pflege: Problematik um die Positionierung der Ausbildung».

³⁵ Voraussetzung hierfür waren mindestens zwei Jahre berufliche Pflegeerfahrung mit einem Beschäftigungsgrad von 80 – 100 Prozent sowie berufsbezogene Weiterbildungen von mindestens 280 Lektionen oder 40 Tagen; vgl. Art. 3 des Reglements des SRK über das Verfahren zur Erteilung der Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung «dipl. Pflegefachfrau/-mann» vom 3. Juni 2003.

³⁶ Vgl. Art. 31 RL 2005/36/EG.

³⁷ Je nach Ausbildungsland, -dauer und -inhalt auf Niveau Sekundarstufe II.

³⁸ Vgl. Art. 31 Abs. 2 BBV i.V.m. Art. 33 BBG.

Mit der Wiederaufnahme bereits bekannter und bewährter Verfahren wird ein Anreiz geschaffen, den Verbleib im Pflegeberuf zu fördern. Eine Überführung in die Bildungssystematik eröffnet bestehendem Personal zudem Chancen zur beruflichen Weiterentwicklung. Ziel ist es, das Fachkräftepotenzial – insbesondere im Bereich der Langzeitpflege – zu nutzen und dem Fachkräftemangel entgegenzutreten.

Die zuständigen Organisationen der Arbeitswelt sind verpflichtet, innert zwei Jahren nach Inkrafttreten der Bestimmung Bildungsangebote bereitzustellen, welche es Inhaberinnen und Inhabern von altrechtlichen Bildungsabschlüssen ermöglicht, in die heutige Bildungssystematik überführt zu werden (*Abs. 3*). Solche Bildungsangebote wären denkbar auf Stufe der beruflichen Grundbildung. Im Rahmen sogenannter anderer Qualifikationsverfahren (Art. 33 BBG) besteht bspw. die Möglichkeit modular aufgebaute Bildungsangebote einem formalen Bildungsabschluss zuzuführen. Auch andere Qualifikationsverfahren richten sich zwingend an den Qualifikationszielen der massgebenden Bildungserlasse aus. Andere Qualifikationsverfahren werden vom SBFJ anerkannt.

4. Gesundheitsberufegesetz³⁹

Eine Minderheit (Gysi, Bertschy, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Graf Maya, Heim, Schenker Silvia, Weibel) beantragt die folgende Ergänzung des Gesundheitsberufegesetzes:

Art. 10a Berufsbezeichnung

Die aufgeführten Berufsbezeichnungen dürfen lediglich verwendet werden von Inhaberinnen und Inhabern eines entsprechenden inländischen Bildungsabschlusses nach Artikel 12 Absatz 2 GesBG, eines anerkannten ausländischen Bildungsabschlusses (vgl. Art. 10 Abs. 2 GesBG) oder eines Abschlusses nach bisherigem Recht, der für die Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung einem Abschluss nach Artikel 12 Absatz 2 GesBG gleichgestellt ist (vgl. Art. 34 Abs. 3 GesBG).

Inhaberinnen und Inhaber nachgeprüfter ausländischer Abschlüsse nach Artikel 15 Absatz 1 GesBG sowie weitere Personen, die z.B. eine Ausbildung als Ernährungsberaterin oder -berater absolviert haben, aber nicht auf Fachhochschulebene, wären nicht berechtigt, eine der nach *Artikel 10a* geschützten Berufsbezeichnungen zu führen.

Art. 30a

Wer unberechtigtweise eine der geschützten Berufsbezeichnungen nach Artikel 10a verwendet, wird mit einer Busse in der Höhe von maximal 10 000 Franken (Art. 106 Abs. 1 und Art. 333 Abs. 3 Strafgesetzbuch) bestraft. Da der Tatbestand von *Artikel 30a* die einzelnen Merkmale von Artikel 3 Buchstaben c des Bundesgesetzes vom 19. Dezember 1986⁴⁰ gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) enthält

³⁹ SR 811.21

⁴⁰ SR 241

und dasselbe Ziel verfolgt, geht die Strafbestimmung nach GesBG nach dem Grundsatz des Vorrangs der *lex specialis* derjenigen des UWG vor.

5. Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Leistungen, die mit oder ohne Anordnung erbracht werden

Jeder im Rahmen des KVG tätige Leistungserbringer ist für die Leistungen, die er erbringt, verantwortlich und ist in diesem Sinne eigenverantwortlich tätig. Mit der vorgeschlagenen Gesetzesänderung soll in erster Linie der Berufsstatus der Pflegefachpersonen aufgewertet werden. Die Pflegefachpersonen sollen – gemäss dem Ziel der Initianten/-innen der Volksinitiative – in der Grundpflege selbständiger arbeiten können, indem sie namentlich gewisse Leistungen direkt zu Lasten der OKP erbringen können.

Die vorgeschlagene Änderung würde also den Pflegefachpersonen ermöglichen, bestimmte, vom Bundesrat bezeichnete Leistungen selbstständig und ohne ärztliche Anordnung zu erbringen. Voraussetzung dafür ist aber eine Vereinbarung der Leistungserbringer mit den Versicherern. Namentlich könnten Leistungen der Grundpflege ohne ärztliche Anordnung erbracht werden, während Untersuchungen und Behandlungspflege weiterhin auf ärztliche Anordnung erfolgen sollen. Zudem soll der Bundesrat bei der Beschreibung dieser Pflegeleistungen den Pflegebedarf von Personen mit komplexen Erkrankungen und Personen, die palliative Pflege benötigen, berücksichtigen. Neben den Ärzten und Ärztinnen sowie den Chiropraktoren und Chiropraktorinnen sollen damit neu auch Pflegefachpersonen bei Vorliegen einer Vereinbarung mit den Versicherern definierte Leistungen zulasten der OKP abrechnen können. Daher wird dem Bundesrat im vorgelegten Vorschlag auch die Kompetenz erteilt, neben dem Verfahren der Bedarfsermittlung auch die Koordination zwischen dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin und dem Pflegepersonal zu regeln. Es ist insbesondere für Qualitäts- und Nachverfolgung wichtig sicherzustellen, dass sowohl der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin als auch das Pflegepersonal immer über die erbrachten Behandlungs- und Pflegeleistungen auf dem Laufenden sind. Die Vollständigkeit des Patientendossiers muss gewährleistet werden können. Die konkrete Umsetzung und die Details können dann im Rahmen der vorgesehenen Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringer und Versicherern geregelt werden.

Definition der Leistungen

Gemäss Artikel 25a Absatz 3 KVG in Verbindung mit Artikel 33 Absatz 5 KVG sowie Artikel 33 KVV und 7 KLV ist es Sache des Bundesrates, die Pflegeleistungen zu bezeichnen, welche ohne ärztliche Anordnung erbracht werden können. Es handelt sich um eine Positivliste der Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege. Die Leistungen der Behandlungspflege dürften dagegen keiner Änderung unterliegen und weiterhin von einem Arzt oder einer Ärztin angeordnet werden.

Flankierende Massnahmen

Da trotz der Voraussetzung einer Vereinbarung zwischen Leistungserbringer und Versicherern nicht vollständig ausgeschlossen werden kann, dass die neue Regelung zu einer Ausweitung der Pflegeleistungen und damit zu einem Anstieg von Kosten und Prämien führen könnte, sind flankierende Massnahmen vorgesehen:

- Die Kantone können die Zulassung neuer Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe d^{bis} beschränken, wenn sie in diesem Bereich einen massiven Kostenanstieg feststellen. Gemäss bundesstaatlicher Kompetenzaufteilung sind die Kantone für die Gewährleistung der Versorgungssicherheit zuständig und haben dabei insbesondere dafür zu sorgen, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält. Sie sind besser in der Lage, die Zahl der Leistungserbringer festzulegen, die für die Deckung des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung auf ihrem Kantonsgebiet erforderlich ist.
- Mittels einer Übergangsbestimmung wird vom Bundesrat explizit eine Evaluation der Entwicklung der Pflege verlangt. Dies muss fünf Jahre nach der Inkraftsetzung vorliegen.

Art. 25a

Absatz 1 und damit die Beitragslösung bleibt unverändert.

Der heute geltende *Absatz 2*, wonach Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen, von der OKP und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet werden, wird ergänzt, indem solche Leistungen nicht nur von im Spital tätigen Ärztinnen und Ärzten, sondern von diesen gemeinsam mit einer Pflegefachperson angeordnet werden müssen.

Die Minderheit I (Gysi, Barrile, Feri Yvonne, Graf Maya, Heim, Moret, Schenker Silvia) beantragt, dass diese Leistungen im Spital von einem Arzt oder einer Ärztin oder einer Pflegefachperson angeordnet werden können und begründet dies damit, dass namentlich auch in diesem Punkt der eigenverantwortliche Handlungsbereich der Pflegefachpersonen ausgedehnt werden soll.

Die Minderheit II (Moret, Nantermod) beantragt demgegenüber beim geltenden Gesetz zu bleiben. Danach soll die Anordnung von Akut- und Übergangspflege einzig bei den im Spital tätigen Ärztinnen und Ärzten bleiben. Begründet wird dies mit dem Widerstand der Vernehmlassungsteilnehmenden, wonach der Vorschlag der Mehrheit administrativ zu aufwändig ist.

Absatz 3 erteilt dem Bundesrat die Kompetenz, die Pflegeleistungen zu bezeichnen. Neu hat der Bundesrat aber zu bestimmen, bei welchen Pflegeleistungen die Leistungserbringer aufgrund einer Vereinbarung mit den Versicherern den Pflegebedarf ohne ärztliche Anordnung selber feststellen können. Bei diesen Leistungen soll es sich um Leistungen der Grundpflege sowie die mit diesen direkt verbundenen Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination handeln. Die Abrechnung dieser Leistungen ohne ärztliche Anordnung bedingt dann eine Vereinbarung mit den Versicherern. Leistungserbringer können diese Leistungen auch ohne Vereinbarung

erbringen – dann aber unter ärztlicher Anordnung. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Pflegeleistungen ist in jedem Fall sichergestellt.

Eine Minderheit (Carobbio Guscetti, Bertschy, Feri Yvonne, Graf Maya, Gysi, Heim, Lohr, Roduit, Schenker Silvia) beantragt bezüglich den Absätzen 1 und 3 die Regelung, wie sie in die Vernehmlassung ging, beizubehalten. Damit wird nicht eine Vereinbarung als Voraussetzung für die Abrechnungsmöglichkeit vorausgesetzt, sondern es ist der Bundesrat, der festlegt, welche Leistungen die Pflegefachpersonen ohne ärztliche Anordnung erbringen dürfen. Die Minderheit geht dabei davon aus, dass nur mit der uneingeschränkten Möglichkeit aller Pflegefachpersonen, Pflegeleistungen ohne ärztliche Anordnung zu erbringen, das Kernanliegen der Volksinitiative aufgenommen wird. Der indirekte Gegenvorschlag solle nicht herangezogen werden, um die Vertragsfreiheit schrittweise einzuführen.

Der neue Absatz ^{3bis} hält fest, dass der Bundesrat bei der Bezeichnung der Pflegeleistungen nach Absatz 3 den Pflegebedarf von Personen mit komplexen Erkrankungen und Personen, die palliative Pflege benötigen, berücksichtigen muss. Bereits heute wird im Rahmen der Bezeichnung der Pflegeleistungen in der KLV diesen verschiedenen Situationen Rechnung getragen, sofern für die entsprechenden Leistungen die Vorgaben des KVG erfüllt sind.

Ebenfalls neu eingefügt wurde Absatz ^{3ter}, welcher es dem Bundesrat ermöglicht, neben dem Verfahren der Ermittlung des Pflegebedarfs auch die Koordination zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Pflegefachpersonen zu regeln. Es ist wichtig, gewährleisten zu können, dass die erbrachten Pflegeleistungen immer koordiniert sind und es keine Doppelspurigkeiten gibt, wie zum Beispiel vom behandelnden Arzt oder von der behandelnden Ärztin angeordnete Leistungen der Grundpflege und gleichzeitig von einer Pflegefachperson selbständig erbrachte Leistungen der Grundpflege. Namentlich muss das Ergebnis der Bedarfsabklärung dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin immer zur Information weitergeleitet werden. Das gilt auch, wenn die erbrachten Pflegeleistungen nicht direkt mit einer laufenden Behandlung verbunden sein sollten. Es ist natürlich auch wichtig, dass eine Pflegefachperson, die bei der Bedarfsabklärung bei einem Patienten oder einer Patientin einen Behandlungspflegebedarf feststellt, dies mit Einverständnis des Patienten oder der Patientin möglichst rasch dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin mitteilt, auch wenn die Pflegefachperson diese Leistungen ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringt. Gemäss Artikel 1a Absatz 2 sind Krankheit, Unfall oder Mutterschaft die Voraussetzungen für den «Eintritt» in das soziale Krankenversicherungssystem. Es ist daher wichtig, dass die Koordination und der Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern, die denselben Patienten oder dieselbe Patientin behandeln, optimal gewährleistet sind. Weitere Details und die konkrete Umsetzung können dann in den Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern und Versicherern geregelt werden.

Eine Minderheit (Feri Yvonne, Barrile, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Gysi, Heim, Moret, Schenker Silvia) will zudem in einem neuen Absatz ^{3bis a} festhalten, dass die anrechenbaren Pflegekosten eine angemessene Abgeltung des Pflegepersonals ermöglichen, einschliesslich des Personals in Ausbildung. Die Minderheit erhofft sich damit, dem Mangel an Pflegefachpersonal zu begegnen, indem die Arbeitgeber das Pflegefachpersonal angemessener entlöhnen können.

Art. 35 Abs. 2 Bst. d^{bis}

Artikel 35 Absatz 2 führt die Leistungserbringer auf, die zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind. Die Pflegefachpersonen werden nun für die vom Bundesrat bestimmten Leistungen, bei denen die Leistungserbringer aufgrund einer Vereinbarung mit den Versicherern den Pflegebedarf ohne ärztliche Anordnung selber feststellen können explizit unter *Buchstabe d^{bis}* genannt. Man kann davon ausgehen, dass ein Teil der Pflegefachpersonen selbständig und auf eigene Rechnung arbeiten wird, die Mehrheit aber von einem Spital, einem Pflegeheim oder einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause beschäftigt wird, wie das heute der Fall ist.

Die Abschlüsse, über die Pflegefachpersonen verfügen müssen, um zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen zu werden, werden vom Bundesrat in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) festgelegt. Für Pflegefachpersonen wird die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP hierbei in Zukunft mit der Einhaltung der Voraussetzungen für die Ausübung ihres Berufes nach dem Gesundheitsberufegesetz verbunden. Diesbezüglich muss sich ihr Handeln an die im Rahmen der Aus- und Weiterbildung erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen abstützen.

Die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause wie auch die Pflegeheime müssen gewährleisten können, dass ihr Personal, das Leistungen ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringt, die dazu verlangten Voraussetzungen erfüllt. In diesem Kontext wird auch die KLV zu ändern sein, damit präzisiert werden kann, welche Pflegeleistungen neben der Grundpflege nur von Pflegefachpersonen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 49 KVV unabhängig von ihrem Berufsstatus erfüllen, ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbracht werden dürfen.

Art. 38 Abs. 2 und Art. 39 Abs. 1^{bis}

Neu sieht das KVG vor, dass die Kantone die Organisationen, die Pflegefachpersonen beschäftigen (Art. 35 Abs. 2 Bst. d^{bis} KVG) sowie die Spitäler und Pflegeheime (Art. 35 Abs. 2 Bst. h und k KVG) im Rahmen eines Leistungsauftrages zur Bereitstellung von Ausbildungsleistungen verpflichten. Diese Vorgehensweise entspricht der vorherrschenden bundesstaatlichen Kompetenzaufteilung, wonach die Kantone für die Gewährleistung der Versorgungssicherheit zuständig sind. Die Kantone beauftragen mittels gezielten Leistungsaufträgen diese Institutionen mit Ausbildungsleistungen. Die Kantone legen für jeden Leistungserbringer die Ausbildungsleistung fest, welche der einzelne Leistungserbringer pro Jahr erbringen muss. Sie berücksichtigen dabei die Kriterien nach Artikel 3 des Bundesgesetzes vom ... über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege und das Ausbildungskonzept nach Artikel 4 dieses Gesetzes. In verschiedenen Kantonen bestehende Bonus-Malus-Systeme, die Ersatzabgaben bei Nichterfüllung der Ausbildungsverpflichtung vorsehen oder den Einkauf von Ausbildungsleistungen bei anderen Institutionen ermöglichen, werden durch diese Bestimmung nicht ausgeschlossen.

Art. 55b **Kostenentwicklung bei Pflegeleistungen**

Steigen die Kosten in diesem Bereich im betroffenen Kanton stärker als im gesamtschweizerischen Durchschnitt, kann der Kanton vorsehen, dass keine neue Pflege-

fachperson zur Tätigkeit zulasten der OKP in diesem Bereich zugelassen werden kann. Die Kantone können somit auf ein neues Instrument zur raschen und wirksamen Kostenkontrolle zurückgreifen und gleichzeitig ihrer verfassungsmässigen Pflicht nachkommen, für alle den Zugang zu einer ausreichenden und qualitativ guten medizinischen Grundversorgung zu gewährleisten. Mit diesem Artikel kann den Kantonen eine Massnahme zur Verfügung gestellt werden, die ihnen bei Bedarf ermöglicht, die Neuzulassungen von Pflegefachpersonen zu beschränken, und die nicht vom befristeten Artikel 55a abhängt.

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...

Um die Wirkungen der vorgeschlagenen Änderung zu verfolgen, erhält der Bundesrat in der Übergangsbestimmung den Auftrag, dem Parlament spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung einen Evaluationsbericht vorzulegen, der insbesondere auf die wirtschaftlichen Folgen der Änderung eingeht.

Weitere Minderheitsanträge

De lege lata umschreibt Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a KVG die Leistungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital erbracht werden. Eine Minderheit (Ammann, Barrile, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Graf Maya, Gysi, Heim, Humbel, Roduit, Schenker Silvia) beantragt, dass auch die Durchführung von Pflegeleistungen im Rahmen einer stationären Behandlung durch Pflegefachpersonen explizit im KVG aufgeführt wird (neue Ziff. 2^{bis}). Auch dieser Minderheit geht es um die Steigerung der Attraktivität des Berufs und die Senkung der Gesundheitskosten durch einen optimalen Ressourceneinsatz.

Eine Minderheit (Carobbio Guscetti, Barrile, Feri Yvonne, Graf Maya, Gysi, Heim, Schenker Silvia) will in einem neuen Artikel 39a ein «nurse to patient ratio» einfügen. Hierbei müssen Spitäler und andere Einrichtungen sicherstellen, dass eine Mindestzahl an Pflegefachpersonen pro Patient zur Verfügung steht. Der Bundesrat würde die Zahl an Pflegefachpersonen im Verhältnis zu den Patienten pro Versorgungsbereich festlegen. Er soll im Interesse der Patientensicherheit die anerkannten Standards der Fachgesellschaften und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) übernehmen. Die kantonale Aufsichtsbehörde würde hierbei jährlich die Einhaltung der Verhältniszahl kontrollieren, der Kantonsregierung berichten und die erhobenen Ergebnisse publizieren. Spitäler und Pflegeheime, welche die genannten Anforderungen nicht einhalten, wären von der Liste zu streichen. Die Minderheit schlägt in diesem Zusammenhang vor, ebenfalls Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe b zu ergänzen, indem Spitäler und andere Einrichtungen zugelassen sind, wenn sie über das erforderliche Fachpersonal und das Pflegepersonal nach Artikel 39a verfügen. Die Minderheit will mit dieser Vorgehensweise die Versorgung, aber auch die Qualität der Behandlung und die Patientensicherheit sicherstellen.

Eine Minderheit (Gysi, Barrile, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Graf Maya, Heim, Schenker Silvia) will in einem neu einzufügenden Artikel 39b, dass sich die in Artikel 39 Absätze 1 und 3 erwähnten Leistungserbringer, die zulasten der OKP

Leistungen erbringen, einem repräsentativen Gesamtarbeitsvertrag für das Pflegepersonal anschliessen oder ihrem Personal Arbeitsbedingungen anbieten, die insbesondere hinsichtlich Arbeitszeit, Entlöhnung und Sozialleistungen dem Gesamtarbeitsvertrag der Branche entsprechen. Fehlt ein repräsentativer Gesamtarbeitsvertrag, legt die Kantonsregierung insbesondere hinsichtlich Arbeitszeit, Entlöhnung und Sozialleistungen die Mindestanforderungen fest, denen die Anstellungs- und Arbeitsbedingungen zu genügen haben. Würde diesbezüglich ein Leistungserbringer teilweise oder vollständig die Pflicht nach Artikel 39b verletzen, soll die zuständige Stelle des Kantons ihm gegenüber einen Betrag in der Höhe von maximal 1,0 Prozent der nach Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) beitragspflichtigen Gesamtlohnsumme des betreffenden Jahres erheben.

5 Bundesbeschlüsse

5.1 Bundesbeschluss über die Erhöhung der Ausbildungsabschlüsse in Pflege an den kantonalen Fachhochschulen

Dieser Bundesbeschluss beinhaltet eine anreizorientierte Sonderfinanzierung zwecks Erhöhung der Ausbildungsplätze in der Pflege FH mit einem namhaften Beitrag des Bundes an die Trägerkantone (analog der anreizorientierten Sonderfinanzierung für die Humanmedizin). Ein solcher Finanzierungsbeschluss (Bundesbeschluss) würde sich auf Artikel 47 f. und 59 ff. des Hochschulförderungs- und Koordinationsgesetzes vom 30. September 2011⁴¹ (HFKG) stützen, eine gesetzliche Anpassung ist nicht notwendig. Die anreizorientierte Sonderfinanzierung nach HFKG hat sich auf den Hochschulbereich zu beschränken und kann nicht auf die Berufsbildung (z.B. Ausbildungsplätze an Höheren Fachschulen) ausgedehnt werden.

5.1.1 Ausgangslage

Die Bestimmung der Ausbildungskapazitäten und damit auch die Erhöhung der Anzahl Ausbildungsabschlüsse an kantonalen Fachhochschulen liegt in der Kompetenz der Kantone. Ein über projektgebundene Beiträge nach HFKG zu finanzieren des Massnahmenpaket (z.B. Sonderprogramm) zur Erhöhung der Anzahl Abschlüsse bzw. der Anzahl Ausbildungsplätze in Pflege an Fachhochschulen bedarf deshalb neben der gesicherten Zusatzfinanzierung seitens des Bundes (Art. 48 Abs. 4 Bst. b HFKG; Verpflichtungskredit) zwingend der Zustimmung der Schweizerische Hochschulkonferenz (SHK) und damit der qualifizierten Mehrheit der im Hochschulrat vertretenen vierzehn Trägerkantone (Art. 61 Abs. 1 HFKG). Zu unterstreichen ist schliesslich auch die wichtige Rolle der Konferenz der Rektoren der schweizerischen Hochschulen (swissuniversities; Art. 38 Abs. 1 HFKG) bei der Ausarbeitung eines solchen Sonderprogramms. Finanzierungen von Sonderprogrammen über projektgebundene Beiträge sind nur befristet möglich (Art. 60 Abs. 2 HFKG). Trä-

⁴¹ SR 414.20

gerkantone und Hochschulen müssen dabei eine angemessene Eigenleistung von mindestens 50 % erbringen (Art. 59 Abs. 3 HFKG). Die Verpflichtungskredite für projektgebundene Beiträge werden in der Regel im Rahmen der vierjährigen BFI-Botschaften festgelegt.

5.1.2 Auftrag an den Bundesrat: Prüfung eines Massnahmenpakets mit den Kantonen im Rahmen der SHK

Das Parlament beauftragt den Bundesrat, zusammen mit den Kantonen ein Massnahmenpaket (z.B. Sonderprogramm) zu prüfen, das bis Ende 2028 eine bedarfsgerechte Erhöhung der Anzahl Ausbildungsabschlüsse in Pflege an den kantonalen Fachhochschulen vorsieht (Art. 2). Als Zielgrösse werden 1500 Abschlüsse im Jahr 2028 vorgeschlagen. Dies bedeutet eine Steigerung von 600 Abschlüssen gegenüber dem Jahr 2017. Nach *Artikel 3 Buchstabe a* soll dieses Programm mit einem zweckgebundenen Zusatzkredit in der Höhe von maximal 25 Millionen Franken über die projektgebundenen Beiträge in den BFI-Perioden 2021–2024 und 2025–2028 finanziert werden. Gestützt auf ein von der SHK definitiv genehmigtes Sonderprogramm kann der Bundesrat die entsprechenden plafonderhöhenden Mittel bei den eidgenössischen Räten beantragen. Hat der Bund die Mittel definitiv zugesprochen, kann das WBF die Leistungsvereinbarungen mit den verschiedenen Fachhochschulen abschliessen und das Sonderprogramm gestartet werden.

Als weitere Eckwerte werden die Eigenleistung der Kantone und ihrer Hochschulen sowie eine evidenzbasierte Festlegung und bildungssystemisch abgestimmte Erhöhung festgelegt (Art. 3 Bst. b–c).

Die SHK ist, wie eingangs erwähnt, zuständig zu entscheiden, ob und wie ein entsprechendes Sonderprogramm auszugestalten ist (Art. 61 Abs. 1 HFKG): Sollte die SHK der Erarbeitung eines Sonderprogramms zustimmen, so wird sie auch entsprechende Auswahl- und Finanzierungskriterien definieren. Dazu gehören z.B. Kriterien zur nachhaltigen Wirksamkeit und Effizienz der Massnahmen, zur Eigenleistung, zur Sicherstellung der Einbettung ins gesamte FH-Ausbildungssystem (Ausbildung und Praktikumsplätze) und Finanzierungsgrundsätze für die einzelnen Massnahmen. Swissuniversities wird sowohl bei der Vorbereitung eines entsprechenden konkreten Massnahmenpakets zuhanden der SHK wie auch bei der Koordination der Umsetzung eine wichtige Rolle zukommen.

Gemäss *Artikel 4 Absatz 1* tritt der Beschluss nur zusammen mit dem Bundesgesetz vom ...⁴² über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege in Kraft. Er untersteht nicht dem Referendum (Abs. 2).

⁴² BBl 2019 8063

5.2 Bundesbeschluss über Finanzhilfen zur Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung, insbesondere der Interprofessionalität

5.2.1 Ausgangslage

Im Rahmen der 2011 lancierten Fachkräfteinitiative hat der Bundesrat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit der Durchführung des Förderprogramms «Interprofessionalität im Gesundheitswesen»⁴³ beauftragt. Die erste Phase dieses Förderprogramms dient der Beschaffung praxisnaher Wissensgrundlagen und der Dokumentation von Modellen guter Praxis in den Bereichen interprofessionelle Bildung und Berufsausübung. Ziel ist die Steigerung der Qualität der Versorgung und die Förderung der kosteneffizienten Nutzung der Ressourcen. Diese Phase wird 2020 abgeschlossen sein.

In einer zweiten Phase des Förderprogramms sollen mit den Finanzhilfen konkrete Projekte in Bildung und Berufsausübung unterstützt werden, die der Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung dienen, insbesondere der Interprofessionalität.

Die gesetzlichen Grundlagen für die Förderung solcher Projekte wurden im GesBG und MedBG geschaffen, aber noch nicht in Kraft gesetzt. Das Parlament hat am 19. September 2016 für diese Förderung einen haushaltsneutralen Verpflichtungskredit in Höhe von maximal 8 Millionen Franken gesprochen.

Die vom Parlament geforderte haushaltsneutrale Beschaffung der vom Parlament gesprochenen Mittel in der Höhe von maximal 8 Millionen Franken für die Umsetzung der Finanzhilfen nach dem GesBG und dem MedBG hat sich aufgrund der Sparmassnahmen im Zusammenhang mit dem Stabilisierungsprogramm 2017–2019 jedoch als nicht realistisch erwiesen.

Mit dem vorliegenden Entwurf eines Bundesbeschlusses wird dem Parlament beantragt, einen Verpflichtungskredit über 8 Millionen Franken ohne die Auflage der Haushaltsneutralität zu sprechen und den am 19. September 2016 beschlossenen haushaltsneutralen Verpflichtungskredit zu annullieren.

5.2.2 Zweck des zu finanzierenden Vorhabens

Die Finanzhilfen nach dem MedBG und dem GesBG sollen es den Berufen in der medizinischen Grundversorgung – darunter den Pflegefachpersonen – ermöglichen, Massnahmen zu ergreifen oder Prozesse zu initiieren, die geeignet sind, die Effizienz in der medizinischen Grundversorgung zu verbessern. Solche Massnahmen könnten beispielsweise die Verbesserung von Strukturen, Prozessen sowie den gezielten, kompetenzgerechten Einsatz des Personals verschiedener Ausbildungsstufen und Professionen zum Ziel haben (z.B. Lean Management). Denkbar sind auch

⁴³ Informationen zum Förderprogramm sind abrufbar unter www.bag.admin.ch > Themen > Strategien & Politik > Nationale Gesundheitspolitik > Förderprogramme der Fachkräfteinitiative plus > Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen».

strukturierte Prozesse zur Reduktion von Stressfaktoren und Stärkung der Ressourcen der Mitarbeitenden, wie dies Gesundheitsförderung Schweiz mit dem wissenschaftlich validierten und praxiserprobten Online-Befragungsinstrument Friendly Work Space Job-Stress-Analysis anbietet. Dieses Befragungsinstrument wurde 2018/19 im Auftrag des Bundesamtes Gesundheit um ein Modul für die Langzeitpflege erweitert. Ziel dieser oder ähnlicher Projekte ist die Effizienzsteigerung, insbesondere auch durch Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Finanzhilfeb Bestimmungen sehen eine Evaluation der jeweiligen Projekte vor. Es wird erwartet, dass die möglichst flächendeckende Umsetzung erfolgreicher Projekte die Effizienz in der Gesundheitsversorgung verbessert und damit kostendämpfend wirkt.

5.2.3 Entwurf des Bundesbeschlusses

Der Bundesbeschluss sieht in *Artikel 1 Absatz 1* Finanzhilfen zur Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung nach dem GesBG und dem MedBG einen Verpflichtungskredit von insgesamt 8 Millionen vor. Ein Verpflichtungskredit ist notwendig, da die Projekte mehr als ein Jahr dauern können und der Bund daher mit der Projektunterstützung eine mehrjährige Finanzierungsverpflichtung eingeht. Der Verpflichtungskredit wird daher auf vier Jahre befristet. Er soll ab Inkrafttreten der Finanzhilfeb Bestimmungen nach dem GesBG und dem MedBG gelten. Der Bundesrat sieht vor, das GesBG mit Ausnahme der Finanzhilfeb Bestimmungen anfangs 2020 in Kraft zu setzen. Die Finanzhilfeb Bestimmungen sollen in Abstimmung mit dem Beschluss des Parlaments über den vorliegenden Verpflichtungskredit in Kraft gesetzt werden.

Der Bundesbeschluss vom 19. September 2016 über die Finanzhilfen zur Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung, insbesondere der Interprofessionalität, wird aufgehoben (*Art. 2*).

Der Beschluss tritt nur zusammen mit dem Bundesgesetz vom ...⁴⁴ über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege in Kraft (*Art. 3 Abs. 1*). Der Beschluss untersteht nicht dem Referendum (*Art. 3 Abs. 2*).

6 Auswirkungen

6.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen auf den Bund

Bei der nachfolgenden Zusammenstellung der Kosten für den Bund handelt es sich um eine grobe Schätzung. Diese berücksichtigt die Befristung des Gesetzes auf 8 Jahre und beinhaltet Berechnungen für die Bundesbeiträge nach Artikel 7, die sich zusammensetzen aus der Beteiligung des Bundes an den finanziellen Leistungen der Kantone nach den Artikeln 5 (ungedekte Ausbildungskosten) und 6 (Ausbildungsbeiträge für angehende Pflegefachpersonen HF und FH). Sie berücksichtigt ausser-

⁴⁴ BBl 2019 8063

dem die Bundesbeschlüsse gemäss Ziff. 5.1 über 25 Millionen Franken (Bundesbeschluss FH) und gemäss Ziffer 5.2 über 8 Millionen Franken (Bundesbeschluss GesBG und MedBG):

Bundesbeiträge nach Art. 5

Nachfolgend werden die Beiträge des Bundes an die Kantone nach Artikel 5 geschätzt. Die folgende Tabelle zeigt die angenommene Entwicklung der Studierendenzahlen bei den Pflegenden HF und FH:

	2021	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5	Jahr 6	Jahr 7	Jahr 8
Studierende HF Pflege	5832	6124	6430	6751	7089	7443	7815	8206	8617
Studierende FH Pflege	4160	4420	4696	4990	5302	5633	5985	6359	6757

Entwicklung der Studierendenzahlen Pflege HF und FH (Schätzung BAG)

Es wird davon ausgegangen, dass die Zahl der HF-Studierenden von rund 5400 im Jahr 2017 bis 2021 um jährlich 2 Prozent wächst (5832). Ab voraussichtlicher Inkraftsetzung des Gesetzes im Jahr 2022 wird ein höheres Wachstum von jährlich fünf Prozent angenommen. Für die Kostenschätzung nach Artikel 5 wird davon ausgegangen, dass die Kantone die ungedeckten Ausbildungskosten von 300 Franken pro Praktikumswoche vollständig übernehmen. Dies entspricht den Empfehlungen der GDK. Die HF-Studierenden absolvieren pro Jahr insgesamt 20 Praktikumswochen, wodurch dem Kanton Kosten in der Höhe von 6000 Franken pro HF-Studierenden und Jahr entstehen. Der Bund erstattet nach dieser Kostenschätzung die Hälfte der vom Kanton geleisteten Beiträge, d.h. 3000 Franken pro HF-Studierender und Jahr.

Bei den FH-Studierenden wird angenommen, dass ihre Zahl von rund 4000 im Jahr 2017 bis 2021 um jährlich ein Prozent zunimmt (geringere Zunahme aufgrund von Zulassungsbeschränkungen), danach aufgrund der beschlossenen Kapazitätserhöhungen an den Fachhochschulen Pflege jährlich um rund 6,25 Prozent wächst, bis im achten Jahr die angestrebte Studierendenzahl von rund 6700 FH-Studierenden erreicht wird. Diese Steigerung bei den Studierendenzahlen FH braucht es, um die angestrebten 1500 Bachelorabschlüsse in Pflege FH pro Jahr zu erreichen (vgl. Bundesbeschluss FH). Die praktische Ausbildung im Studiengang Pflege FH ist nicht normiert. Vorliegend wurden pro Jahr 14 Praktikumswochen veranschlagt. Die ungedeckten Ausbildungskosten pro FH-Studierender/Studierende und Jahr betragen somit 4200 Franken (14 Wochen à 300 Franken). Der Bund erstattet wiederum die Hälfte der vom Kanton geleisteten Beiträge, d.h. 2100 Franken pro FH-Studierender und Jahr.

	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5	Jahr 6	Jahr 7	Jahr 8	Total
Art. 5	27 652 800	29 151 465	30 732 315	32 399 912	34 159 075	36 014 895	37 972 747	40 038 310	268 121 518

Dem Bund entstünden aufgrund der hälftigen Kostenbeteiligung an den ungedeckten praktischen Ausbildungskosten für angehende Pflegefachpersonen HF und FH insgesamt rund 268 Millionen Franken. Denkbar ist, dass nicht alle Kantone die ungedeckten Kosten von 300 Franken pro Praktikumswoche voll übernehmen werden, wodurch die Bundesbeiträge entsprechend tiefer ausfallen würden.

Bundesbeiträge nach Art. 6

Für die Schätzung des Anteils der Studierenden des Bildungsgangs HF Pflege, der Ausbildungsbeiträge zur Sicherung des Lebensunterhalts nach Artikel 6 erhält, werden die Erfahrungen des Kantons Thurgau herangezogen, der ein Förderprogramm für angehende Pflegefachpersonen HF über 25 Jahre lanciert hat. Gemäss Jahresbericht 2018 der Organisation der Arbeitswelt Gesundheit und Soziales Thurgau beanspruchten 36 oder rund 20 Prozent von insgesamt 182 Studierenden HF solche Förderbeiträge.⁴⁵ Der durchschnittliche Unterstützungsbeitrag beträgt pro Person und Jahr 25 000 Franken.

Bei den Studierenden der Pflege FH wird davon ausgegangen, dass rund zehn Prozent unterstützungsberechtigt ist. Der Anteil wird hier kleiner geschätzt, weil davon ausgegangen wird, dass die finanzielle Leistungsfähigkeit dieser Personen oder ihrer Familien generell höher ist als derjenigen, die den Berufsbildungsweg wählen.

Die Gesamtsumme für die Bundesbeiträge nach Artikel 6 beläuft sich damit auf insgesamt rund 201 Millionen Franken.

	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5	Jahr 6	Jahr 7	Jahr 8	Total
HF	15 309 000	16 074 450	16 878 173	17 722 081	18 608 185	19 538 594	20 515 524	21 541 300	146 187 308
FH	5 525 000	5 870 313	6 237 207	6 627 032	7 041 222	7 481 298	7 948 880	8 445 684	55 176 636
Art. 6	20 834 000	21 944 763	23 115 380	24 349 114	25 649 407	27 019 893	28 464 404	29 986 985	201 363 944

Bundesbeiträge nach Art. 7

Gestützt auf diese Berechnungen würden sich die maximalen Bundesbeiträge bei hälftiger Beteiligung des Bundes auf insgesamt rund 469 Millionen Franken belaufen. Diese Mittel sollen mit dem Bundesbeschluss über Finanzhilfen zur Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege gesprochen werden.

	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5	Jahr 6	Jahr 7	Jahr 8	Total
Art. 5	27 652 800	29 151 465	30 732 315	32 399 912	34 159 075	36 014 895	37 972 747	40 038 310	268 121 518
Art. 6	20 834 000	21 944 763	23 115 380	24 349 114	25 649 407	27 019 893	28 464 404	29 986 985	201 363 944
Total	48 486 800	51 096 228	53 847 694	56 749 025	59 808 482	63 034 787	66 437 150	70 025 295	469 485 463

Entscheidend für die anfallenden Kosten nach Artikel 6 wird letztlich sein, welche Voraussetzungen die Kantone festlegen, um den Kreis der Berechtigten zu bestimmen.

⁴⁵ Aus Jahresbericht 2018 unter www.odags-thurgau.ch/organisation-und-mitglieder/mitglieder/mitgliederinformationen.html.

men und welchen Höchstbetrag sie für die Ausbildungsbeiträge festlegen. Je nach Ausgestaltung dieser Voraussetzungen werden die Kosten nach Artikel 6 allenfalls noch höher oder dann entsprechend tiefer ausfallen werden.

Als gering wird die Wahrscheinlichkeit erachtet, dass die Kantone angehende Pflegefachpersonen HF oder FH mit Blick auf die Bundesbeiträge vom Recht auf Stipendien ausnehmen und dadurch Mitnahmeeffekte entstehen würden.

Minderheit I

(de Courten, Aeschi Thomas, Clottu, Giezendanner, Herzog, Hess Erich)

Nach dem Minderheitsantrag I sollen die Ausbildungsbeiträge für angehende Pflegefachpersonen nach Artikel 6 auf Personen mit familiären Betreuungs- und Unterhaltsverpflichtungen eingeschränkt werden. Es wird davon ausgegangen, dass sich der Anteil der beitragsberechtigten Personen HF bei dieser Einschränkung gegenüber der Version der Kommissionsmehrheit um die Hälfte auf 10 Prozent und bei den FH auf 5 Prozent reduziert. Als Grundlage für die Berechnung wird ein durchschnittlicher Ausbildungsbeitrag von 25 000 Franken angenommen.

Der Bund würde sich wiederum maximal zur Hälfte an den Beiträgen der Kantone beteiligen.

Die Kosten nach Artikel 5 blieben konstant, die Kosten nach Artikel 6 lägen infolge der geringeren Anzahl Beitragsberechtigter tiefer. Die Beteiligung des Bundes an den kantonalen Leistungen nach den Artikeln 5 und 6 würden sich insgesamt auf rund 368 Millionen Franken belaufen.

	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5	Jahr 6	Jahr 7	Jahr 8	Total
Art. 5	27 652 800	29 151 465	30 732 315	32 399 912	34 159 075	36 014 895	37 972 747	40 038 310	268 121 518
Art. 6	10 417 000	10 972 381	11 557 690	12 174 557	12 824 704	13 509 946	14 232 202	14 993 492	100 681 972
Total	38 069 800	40 123 846	42 290 005	44 574 469	46 983 779	49 524 841	52 204 948	55 031 803	368 803 491

Minderheit II

(Nantermod, Aeschi Thomas, Brand, Clottu, Giezendanner, Herzog, Hess Erich, Pezzatti, Sauter)

Gemäss diesem Antrag sollen nur Bundesbeiträge nach Artikel 5 ausgerichtet werden. Entsprechend reduzierten sich die maximalen Bundesbeiträge auf insgesamt 268 Millionen Franken für acht Jahre.

Minderheit

(Herzog, Aeschi Thomas, Brand, Clottu, Giezendanner, Hess Erich, Moret, Nantermod, Pezzatti, Sauter)

Dieser Minderheitsantrag sieht die Möglichkeit vor, dass die Kantone Ausbildungsbeiträge nach Artikel 6 auch in Form von Darlehen gewähren können. Darlehen sind grundsätzlich rückzahlbar. Auf Verordnungsstufe müsste deshalb festgelegt werden, dass lediglich nicht rückbezahlte oder nur teilrückbezahlte Darlehen in die vom Bund teilfinanzierten Kosten einfließen können. In der Tendenz hätte die Gewäh-

rung von rückzahlbaren Darlehen eine kostendämpfende Wirkung auf die Ausbildungsbeiträge nach Artikel 6.

Bundesbeschluss FH

Die Kosten für die Erhöhung der Ausbildungsabschlüsse an den Fachhochschulen FH werden auf 25 Millionen Franken geschätzt. Es wird eine Erhöhung von heute rund 900 Abschlüssen pro Jahr auf 1500 Abschlüsse angestrebt. Grundlage der Kostenberechnung sind die Beiträge, die der Bund 2016 an die Fachhochschulen Pflege geleistet hat. Diese beliefen sich auf rund 25 Millionen Franken für rund 4000 Studierende. Um 1500 Abschlüsse zu erreichen, müsste die Zahl der Studierenden auf 6700 Personen steigen. Es braucht somit zusätzliche 2700 Personen, für die je 6250 Franken veranschlagt werden. Dies ergibt knapp 17 Millionen Franken, die in dieser Kostenschätzung auf 25 Millionen Franken aufgerundet wurden. Es wird angenommen, dass der Aufbau teurer ist als die laufenden Beiträge.

	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4
Bundesbeschluss FH	2 000 000	3 000 000	10 000 000	10 000 000

Die Verteilung der Gelder auf vier Jahre ist nicht gesichert. Die Wachstumsszenarien müssen noch weiter präzisiert werden.

Bundesbeschluss Finanzhilfen GesBG / MedBG

Der Bundesbeschluss über die Finanzhilfen sieht einen Kredit in der Höhe von acht Mio. Franken vor. Diese Mittel wurden vorliegend auf die Jahre eins bis fünf des Budgets verteilt.

	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5
Bundesbeschluss GesBG/MedBG	800 000	1 200 000	2 000 000	3 000 000	1 000 000

Zusammenfassung Kosten Bund: alle Massnahmen

Die nachfolgende Tabelle fasst sämtliche Kosten des Bundes für alle Massnahmen nach dem vorgeschlagenen Gesetz (Kommissionsmehrheit), der Minderheiten I und II zusammen. Berücksichtigt sind neben den Beiträgen des Bundes nach Artikel 7 die beiden Bundesbeschlüsse nach Ziffer 5.1 und 5.2 über insgesamt 33 Millionen Franken:

	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5	Jahr 6	Jahr 7	Jahr 8	Total 8 Jahre
Mehr- heit	51 286 800	55 296 228	65 847 694	69 749 025	60 808 482	63 034 787	66 437 150	70 025 295	502 485 463
Minder- heit I	40 869 800	44 323 846	54 290 005	57 574 469	47 983 779	49 524 841	52 204 948	55 031 803	401 803 491
Minder- heit II	30 452 800	33 351 465	42 732 315	45 399 912	35 159 075	36 014 895	37 972 747	40 038 310	301 121 518

KVG-Änderung

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 nach Abschluss einer Vereinbarung mit einem Versicherer den Pflegebedarf für die bestimmten Leistungen selbst bestimmen können, besteht einerseits theoretisch ein Anreiz, mehr Leistungen zu erbringen als im Fall, in dem die Erbringung von Leistungen ohne ärztliche Anordnung nicht möglich ist. Im Spitexbereich würde eine Zunahme der Leistungen (Stunden) der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege um 5 bis 15 Prozent pro Patient Mehrkosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Grössenordnung von 30 bis 90 Millionen Franken pro Jahr verursachen.

	Stunden 2017	Beitrag OKP	Kosten OKP	Zunahme 5%	Zunahme 15 %
Abklärung, Beratung und Koordination	1 372 130	79.8	109 495 974	5 474 799	16 424 396
Grundpflege	9 374 907	54.6	511 869 922	25 593 496	76 780 488
Total	15 911 277		959 107 192	31 068 295	93 204 884

Was die Pflegeheime betrifft, hätte eine Erhöhung des ermittelten Pflegebedarfs um eine Stufe (9 Franken für 20 zusätzliche Minuten) für 10 Prozent der Patientinnen und Patienten zur Folge, dass Zusatzkosten von rund 30 Millionen Franken zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anfallen würden.

Durch die Verlagerung bestimmter ärztlicher Kompetenzen zum Pflegefachpersonal könnten sich die Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung somit um insgesamt 60 bis 120 Millionen Franken erhöhen. Ob diese Kostenfolgen beziehungsweise eine solche Mengenausweitung in der Folge der vorgeschlagenen Gesetzesänderung tatsächlich eintreten werden, kann nicht vorhergesagt werden. Wichtig wird insbesondere sein, dass die Versicherer das Instrument der vorgesehenen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern auch als Kostenkontrolle nutzen, um ungerechtfertigte Mengenausweitungen und damit Mehrkosten zu vermeiden. Andererseits kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass Ärztinnen und Ärzte weniger konsultiert 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.

Um aber allfälligen Mehrkosten zusätzlich entgegen wirken zu können, sieht die vorgeschlagene KVG-Änderung auch flankierende Massnahmen vor. Zudem wird mittels der Übergangsbestimmung der Bundesrat beauftragt, spätestens 5 Jahre nach Inkrafttreten eine Evaluation vorzulegen.

Betreffend Verpflichtung von Leistungserbringern im Rahmen von Leistungsaufträgen zur Bereitstellung von Ausbildungsleistungen nach dem Bundesgesetz vom ... über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege sind für die OKP keine Mehrkosten zu erwarten, da die Finanzierung über das entsprechende Bundesgesetz geregelt wird.

Was die Minderheiten betrifft, welche Artikel 25a KVG insofern ergänzen wollen, dass die anrechenbaren Pflegekosten eine angemessene Abgeltung des Pflegepersonals ermöglichen sollen (einschliesslich des Personals in Ausbildung), ist darauf hinzuweisen, dass dies je nach Ausgestaltung mit noch nicht substantiierten Mehrkosten für alle Kostenträger und damit auch der OKP verbunden wäre. Die Ergänzung bezüglich der Berücksichtigung des Pflegebedarfs von Personen mit komplexen Erkrankungen und von Personen, die palliative Pflege benötigen, bei der Beschreibung der Pflegeleistungen in Artikel 25a Absatz 3 sollte demgegenüber zu keiner spürbaren Mehrbelastung für die OKP führen, allenfalls aber für die Restfinanzierer.

6.2 Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden

Für eine verlässliche Schätzung der Kosten für die Kantone und Gemeinden aufgrund von Artikel 5 fehlen wichtige Grundlagen: insbesondere fehlen eine aktuelle Aufstellung der bereits bestehenden Ausbildungsverpflichtungen für Spitäler, Pflegeheime und Spitex in den verschiedenen Kantonen und vollständige Informationen über die Abgeltungsmodalitäten der Kantone für die praktischen Ausbildungsleistungen. Grundsätzlich werden Kantone und Gemeinden, die bereits heute umfassende Ausbildungsverpflichtungen für alle Spitäler, Pflegeheime und die Spitex kennen und die deren Ausbildungsleistungen nach den interkantonalen Empfehlungen nach Artikel 5 Absatz 2 abgelden, von den Beiträgen des Bundes nach Artikel 7 unmittelbar profitieren können. Dagegen werden Kantone oder Gemeinden, die aufgrund dieses Gesetzes neue Ausbildungsverpflichtungen und eine entsprechende Finanzierung einführen müssen, zusätzliche Kosten entstehen.

Die Kosten für die Ausbildungsbeiträge für angehende Pflegefachpersonen nach Artikel 6 bestimmen grundsätzlich die Kantone, welche die Voraussetzungen und den Umfang der finanziellen Unterstützung nach Artikel 6 Absatz 2 festlegen müssen. Auch bei den Ausbildungsbeiträgen fehlt eine vollständige Sicht auf bestehende Angebote, mit denen die Kantone bereits heute angehende Pflegefachpersonen bei der Sicherung ihres Lebensunterhaltes unterstützen. Entsprechend gilt im Grundsatz auch bei den Ausbildungsbeiträgen dasselbe wie schon bei den Ausbildungsverpflichtungen: Kantone, die solche Ausbildungsbeiträge anbieten, werden durch die Bundesbeiträge entlastet. Kantone dagegen, die bisher keine solchen Unterstützungsleistungen anboten, werden zusätzlich belastet.

Gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG regeln die Kantone die Restfinanzierung der nicht von den Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten, die 20 Prozent des auf die Versicherten überwälzbaren höchsten Pflegebeitrages der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übersteigen. Bei allfälligen Mehrkosten, die sich aufgrund der KVG-Änderungen ergeben könnten (vgl. Ziff. 6.1), wären somit anteilmässig auch die Kantone und Gemeinden betroffen.

7 Rechtliche Aspekte

7.1 Verfassungs- und Gesetzesmässigkeit

Der Entwurf der Vorlage stützt sich auf die Artikel 66 Absatz 1 sowie 117a Absatz 2 Buchstabe a BV. Es handelt sich dabei um Kompetenzen im Bereich der Ausbildungsbeiträge einerseits sowie eine umfassende Kompetenz des Bundes, die Ausbildung des Pflegeberufs zu regeln, andererseits. In welchem Umfang der Gesetzgeber tätig wird, liegt letztlich in seinem Ermessen, wobei er dabei das Subsidiaritätsprinzip nach Artikel 5a BV zu beachten hat. Die Ergänzungen des KVG stützen sich auf Artikel 117 BV, der dem Bund die umfassende Regelung der sozialen Krankenversicherung überträgt.

7.2 Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz

Das in der Schweiz anwendbare internationale Recht enthält keine Bestimmungen über den Gegenstand dieser Gesetzesvorlage.

7.3 Erlassform

Nach Artikel 164 BV sind alle wichtigen rechtsetzenden Bestimmungen in der Form des Bundesgesetzes zu erlassen. Diesem Erfordernis wird der Erlass des vorliegenden Gesetzes gerecht.

Bundesgesetze unterliegen nach Artikel 141 Absatz 1 Buchstabe a BV dem fakultativen Referendum. Vorliegend ist in Artikel 12 Absatz 1 das fakultative Referendum explizit vorgesehen.

7.4 Unterstellung unter die Ausgabenbremse

Artikel 159 Absatz 3 Buchstabe b BV sieht zum Zweck der Ausgabenbegrenzung vor, dass Subventionsbestimmungen und Verpflichtungskredite sowie Zahlungsrahmen, die neue einmalige Ausgaben von mehr als 20 Millionen Franken oder wiederkehrende Ausgaben von mehr als zwei Millionen Franken nach sich ziehen, in jedem der beiden Räte der Zustimmung der Mehrheit aller Mitglieder bedürfen. Dies trifft zu auf Artikel 7 Absatz 1 sowie auf den Bundesbeschluss über Finanzhilfen zur

Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege im Umfang von 469 Millionen Franken zu. Ebenso untersteht der künftige Bundesbeschluss über die Erhöhung der Ausbildungsabschlüsse in Pflege an den kantonalen Fachhochschulen über 25 Millionen Franken der Ausgabenbremse (vgl. Ziff. 5.1.2). Der Bundesbeschluss über die Finanzhilfen zur Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung, insbesondere durch Interprofessionalität (vgl. Ziff. 5.3) führt zu neuen einmaligen Ausgaben von acht Millionen Franken und ist daher der Ausgabenbremse nicht unterstellt.

7.5 Einhaltung der Grundsätze des Subventionsgesetzes

7.5.1 Bedeutung der Finanzhilfen für die Erreichung der angestrebten Ziele

Die Finanzhilfen des Bundes sollen die Kantone für die Finanzierung der mit dem vorliegenden Gesetz vorgesehenen Massnahmen teilweise entschädigen. Die Beiträge der Kantone für die praktischen Ausbildungsleistungen nach den Artikeln 2–5 stellen für die Kantone keine von Grund auf neue Massnahme dar, weil gemäss Versorgungsbericht 2016 viele bereits über eine gesetzliche Basis für solche Ausbildungsleistungen verfügen und ihre Spitäler z.B. über Leistungsverträge zu Ausbildungstätigkeiten verpflichten. Die mit dem neuen Bundesgesetz eingeführten Vorgaben gehen jedoch über die in vielen Kantonen bestehenden Verpflichtungen hinaus. Die Beiträge des Bundes sollen die Kantone bei der Umsetzung dieser Bestimmungen während einer befristeten Zeit unterstützen. Die Beiträge des Bundes an die Kantone für die Ausbildungsbeiträge nach Artikel 6 haben zum Ziel, dass Kantone mehr Personen in der Ausbildung Pflege HF und FH unterstützen oder höhere Beiträge sprechen können.

7.5.2 Materielle und finanzielle Steuerung

Die Vorlage belässt den Kantonen eine grosse Regelungsfreiheit bezüglich der Festlegung der Plätze für die praktische Ausbildung der Pflegefachpersonen (Art. 5). Sie verpflichtet die Kantone aber, mindestens die Hälfte der ungedeckten Ausbildungskosten zu übernehmen. Die Kantone können sich diesbezüglich auf bestehende Empfehlungen der GDK stützen, die Vorlage verpflichtet sie jedoch nicht dazu, sondern belässt ihnen die Möglichkeit, neue Empfehlungen zu erarbeiten. Bei den Ausbildungsbeiträgen nach Artikel 6 sind die Kantone verpflichtet, berechnete Personen bei der Sicherung ihres Lebensunterhaltes finanziell zu unterstützen. Den Kreis der Unterstützungsberechtigten können sie aber selber bestimmen, indem sie die Voraussetzungen nach Artikel 6 Absatz 2 regeln. Die Einzelheiten für die Bemessung der Bundesbeiträge werden im Ausführungsrecht geregelt (Art. 7 Abs. 3). Es besteht kein Rechtsanspruch auf Finanzhilfen. Durch den Kreditvorbehalt wird zudem den Erfordernissen der Finanzpolitik Rechnung getragen (Art. 7 Abs. 1).

7.5.3 Verfahren der Beitragsgewährung

Die Kantone reichen dem BAG ein Unterstützungsgesuch ein. Das BAG hat die Möglichkeit, Sachverständige für die Prüfung der Gesuche beizuziehen. Zu denken ist dabei insbesondere an externe Beratungsunternehmen mit einschlägigen Erfahrungen im öffentlichen Sektor. Übersteigen die Gesuche die zur Verfügung stehenden Mittel, so erlässt das EDI eine Prioritätenordnung, wobei eine ausgewogene regionale Verteilung angestrebt wird (Art. 7 Abs. 4). Dieses verfügt über das notwendige Fachwissen. Mit dem vorgesehenen Verfahren – Gesuchseinreichung direkt beim BAG – wurde eine schlanke und effiziente Lösung getroffen (siehe Ausführungen zu Art. 8 Abs. 1).

7.5.4 Befristung und degressive Ausgestaltung der Finanzhilfen

Die Finanzhilfen des Bundes sind auf acht Jahre begrenzt (siehe entsprechende Ausführungen zu Art. 12). Damit wird klar zum Ausdruck gebracht, dass der Bund die Kantone bei der Schaffung von Plätzen für die praktische Ausbildung sowie der Förderung des Zugangs zur Ausbildung der Pflegefachpersonen nur im Sinne einer Anschubfinanzierung unterstützt. Der Bund wird die Kantone zudem mit höchstens der Hälfte der geleisteten Zahlungen unterstützen. Zudem werden die Finanzhilfen analog der Geltungsdauer des Gesetzes auf einen Zeitraum von acht Jahren ab Inkrafttreten der Vorlage beschränkt (Art. 12 Abs. 4).

7.6 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Der Entwurf enthält in Artikel 7 Absatz 3 eine Delegationsnorm zum Erlass von Verordnungsrecht. Der Bundesrat als Verordnungsinstanz darf damit innerhalb der vom Gesetz beschriebenen Grenzen gesetzesergänzendes Verordnungsrecht erlassen. Die Delegation betrifft die Regelung der Bemessung der Bundesbeiträge an die Kantone, deren Konkretisierungsgrad für die Gesetzesstufe nicht geeignet ist.

