

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)  
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

---

## Stellungnahme vom SBK

Name / Firma / Organisation / Kanton : Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Abkürzung der Firma / Organisation : SBK-ASI

Adresse : Choisystrasse 1, 3001 Bern

Kontaktperson : Pierre-André Wagner, Leiter Rechtsdienst

Telefon : 031 388 36 36

E-Mail : pierre-andre.wagner@sbk-asi.ch

Datum : 18.10.2018

### **Wichtige Hinweise:**

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: [abteilung-leistung@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistung@bag.admin.ch)  
[gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)  
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

<b>Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)</b>	
<b>Name / Firma</b> <small>(bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)</small>	<b>Allgemeine Bemerkungen</b>
SBK-ASI	<p><b>Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) bedankt sich für die Gelegenheit, sich zu den vorgesehenen Änderungen der Leistungsverordnung zum KVG zu äussern. Der SBK wird sich nachfolgend grundsätzlich nur insofern äussern, als die Revision seine Mitglieder als Leistungserbringer unmittelbar betrifft. Dies trifft auf v.a. auf die freiberuflichen Pflegefachpersonen zu. Zudem äussert er sich zu Punkten, welche die pflegerische Versorgung oder die Pflegefachpersonen tiefgreifend betreffen. Die Ansichten der weiteren betroffenen Leistungserbringer – Organisationen der ambulanten Krankenpflege und Alters- und Pflegeheime – werden von den jeweiligen Organisationen vertreten und der SBK verweist auf deren Stellungnahmen. Er schliesst sich diesen in den Punkten bezüglich Kostenneutralität prinzipiell an. Zudem unterstützt der SBK die Argumente der IG Pflegefinanzierung: <a href="https://www.spitex.ch/files/9G0FLTJ/2018_04_26_argumentarium_igpf_d.pdf">https://www.spitex.ch/files/9G0FLTJ/2018_04_26_argumentarium_igpf_d.pdf</a></b></p> <p><b>Insbesondere nimmt der SBK keine Stellung zu den Erläuterungen, die sich auf den Heimbereich beziehen – mit zwei Ausnahmen: Erstens unterstützt er dezidiert die Erhöhung der OKP-Beiträge in diesem Bereich und verlangt von den Heimen, dass die Erhöhung der OKP Beiträge in professionelle und qualitativ hochstehende Pflegeleistungen – sprich in das Personal, welches diese Pflege sicherstellt - investiert werden. Zweitens fordert der SBK, dass einzig Pflegebedarfsabklärungsinstrumente anerkannt werden, die – anders als es im erläuternden Bericht vorgesehen ist – dem Anspruch auf Einheitlichkeit und Wissenschaftlichkeit wirklich zu genügen vermögen.</b></p> <p>Die geplante Revision beschlägt einesteils die Höhe der Beiträge der OKP, anderenteils die Modalitäten der Bedarfsabklärung (neu: Bedarfsermittlung). Der SBK lehnt den ersten Teil der Revision rundum und entschieden ab und erachtet den zweiten Teil im Hinblick auf die Anerkennung der Autonomie der Pflege als absolut ungenügend.</p> <p>Die Senkung der Beiträge an die ambulante Krankenpflege ist sachlich unbegründet und deren Berechnung nicht nachvollziehbar; ausserdem torpediert sie die Bemühungen um den Aufbau einer wirksamen, zweckmässigen, wirtschaftlichen und nachhaltigen ambulanten pflegerischen Versorgung; sie widerspricht diametral der gesundheitspolitischen Strategie der Förderung der ambulanten vor der stationären Versorgung. Im Gegensatz zur vorliegenden Änderung kommt der Expertenbericht von INFRAS zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Auch basierend auf dieser Grundlage ist die vorgeschlagene Senkung der OKP Beiträge unverständlich.</p> <p>Die vorgebliche Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen punkto Bedarfsermittlung stellt aus Sicht des SBK nichts Weiteres als den bemühten und vor allem untauglichen Versuch dar, der hängigen Volksinitiative „Für eine starke Pflege“ Wind aus den Segeln zu nehmen. Der Widerspruch zwischen der rechtlich gegebenen Teilautonomie des Pflegeberufs und der Abrechnungskompetenz laut KVG besteht auf gesetzlicher Ebene und lässt sich nicht durch Kosmetik auf Verordnungsebene auflösen.</p>

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)  
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

---

**Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge**

**Pflege zu Hause (3.)**

Einleitend muss festgestellt werden, dass die Berechnungen, mit denen eine Senkung der OKP-Beiträge an die ambulante Krankenpflege um sehr präzise 3.6% begründet werden, auf eine seitenlange Aneinanderreihung von – teilweise erst noch im Widerspruch zu vom Bundesrat selbst bestellten Grundlagen wie dem im Bericht mit keinem Wort erwähnten Infrass-Evaluationsbericht - Mutmassungen, Hypothesen, Konditionalsätzen und Approximationen basiert. Die vorhandenen statistischen Grundlagen sind eingeständenermassen mager und lückenhaft. Drei Beispiele unter vielen: unberücksichtigt bleibt der Umstand, dass 2010 in Zeiteinheiten von 10, in 2014 von 5 Minuten fakturiert wurde. Oder: Es wird gemutmasst, die Aufnahme neuer Leistungen wie der Koordinationsmassnahmen und des Richtens von Medikamenten habe keine Kostenfolgen gezeitigt, was so pauschal wie unsubstanziert damit begründet wird, diese Leistungen seien wohl auch früher „unter anderem Namen“ fakturiert und abgegolten worden. Oder: die im Bericht ausgewiesenen Einnahmen sind um einiges höher, als die aufgrund der geleisteten Pflegestunden errechneten, realen Kosten. Schliesslich und schlussendlich bildet die vorgeschlagene Senkung das Ergebnis eines doch recht kruden Kalküls: die Zunahme der Kosten der ambulanten Pflege wird durch die – geringere - Zunahme der erbrachten Pflegestunden dividiert, woraus geschlossen wird, dass die Stundenkosten gestiegen sind, weshalb die Stundenkosten im entsprechenden Mass gesenkt werden – mit Hinweis auf das vom Gesetzgeber angeblich vorgegebene Ziel der Kostenneutralität. Für den SBK stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren.

Dass die absolute Anzahl erbrachter Pflegestunden steigt, sollte angesichts hinlänglich bekannter demographischer Faktoren niemanden mehr überraschen. Dass – entgegen der Behauptungen im erläuternden Bericht – auch die Pflegeintensität steigt, sollte angesichts ebenso hinlänglich bekannter Faktoren nicht nur demographischer, sondern auch gesundheitspolitischer Art (sinkende Dauer der durchschnittlichen Krankenhausaufenthaltsdauer, N.B. bei dauernd zunehmender Komplexität der Krankheitsbilder) ebenso wenig überraschen. Dies lässt sich in aller wünschbaren Deutlichkeit aus den Graphiken 2 und 3 ablesen, die einen proportional sinkenden Anteil der Grundpflege und dafür einen wachsenden Anteil Abklärung, Beratung, Untersuchung und Behandlungspflege aufweisen. Zum Nachweis der steigenden Pflegeintensität bedürfte es allerdings präziserer Indikatoren, auch angesichts der Aufgabe der Unterscheidung zwischen einfacher und komplexer Grundpflege im Rahmen der Einführung der neuen Pflegefinanzierung. Im Ergebnis lässt die der Beitragssenkung zugrunde gelegte Berechnung nicht nur jede Stringenz, sondern auch jeden Realitätsbezug vermissen: die Tendenz der vorliegenden Revision – wenn jede Zunahme der Pflegeintensität im ambulanten Bereich mit einer entsprechenden Senkung der OKP-Beiträge quittiert bzw. sanktioniert wird - weist auf ein absolut inakzeptables Desengagement der Krankenversicherung auf dem gesamten Gebiet der ambulanten Gesundheitsversorgung hin. Diese fundamentalistische Interpretation von Kostenneutralität, verbunden mit der Ausgestaltung der Pflegefinanzierung, verletzt auch fraglos den verfassungsmässigen Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz, demgemäss es demjenigen Gemeinwesen, das die Kosten einer staatliche Leistung trägt, zusteht, über diese Leistung zu bestimmen. Damit wäre wiederum der Nachweis erbracht, dass die von der Volksinitiative „Für eine starke Pflege“ verlangte „angemessene Abgeltung der Pflegeleistungen“ absolut unumgänglich ist. (Keinen anderen Schluss lässt übrigens auch die im erläuternden Bericht schwarz auf weiss bestätigte, negative Entwicklung der Löhne des Pflegepersonals zu).

**Der SBK beantragt, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 KLV regelmässig, aber mindestens alle drei Jahre, an die Kostenentwicklung in der ambulanten Pflege angepasst werden.**

***Subsidiär***

*Sollte die geplante Senkung der OKP-Beiträge an die ambulanten Pflegeleistungen tatsächlich in Kraft gesetzt werden, ist eine genügende Übergangsfrist vorzusehen. Gemäss geltendem System der Pflegefinanzierung tragen die Kantone die Verantwortung für die Restfinanzierung. Sinkt der Anteil der OKP (und dementsprechend*

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)  
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

---

*auch der danach berechnete maximale Patientenanteil), geht die entsprechend höhere Differenz zu den Vollkosten der Pflege zulasten der Restfinanzierer. Bereits jetzt bzw. seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 ist festzustellen, dass die Restfinanzierung praktisch nirgends in der Schweiz zufriedenstellend geregelt ist, wie der SBK anlässlich jeder Evaluation vorgebracht und bemängelt hat – ohne dass sich je etwas verbessert hätte. Wie zuletzt die Erfahrung im Zusammenhang mit der chaotischen Umsetzung (bzw. Nichtumsetzung) der oben erwähnten Urteile des Bundesverwaltungsgerichts vom Herbst 2017 zur Abgeltung der Pflegematerialkosten zeigt, ist keine Eile der Kantone (und/oder Gemeinden) bei der Anhebung der Restfinanzierungsbeiträge zu erwarten. Wollen sich die Bundesbehörden nicht dem qualifizierten Vorwurf aussetzen, die Abgeltung der ambulanten Pflege auf dem Altar kantonaler Sparpolitik zu opfern oder opfern zu lassen, müssen sie ihre Verantwortung wahrnehmen und mindestens durch die Gewährung einer nützlichen Übergangsfrist dafür sorgen, dass keine Finanzierungslücke entsteht.*

*Unsere Befürchtung ist aber vielmehr, dass die geplante Senkung der OKP-Beiträge eine absolute Senkung der Abgeltung der ambulanten Pflegeleistungen induzieren wird. Auf die pflegerische Versorgung der Bevölkerung wird sich dies dahingehend auswirken, dass einzelne Leistungserbringer ihre Tätigkeit werden aufgeben, die anderen mit Einsparungen beim Personalbestand und bei der Personalqualifikation werden reagieren müssen. Das Ergebnis: verzögerte Spitalaustritte, vermehrte unnötige Komplikationen und Rehospitalisationen.*

*Auf jeden Fall ist eine Einführung auf Mitte Jahr aufgrund des damit verbundenen unverhältnismässigen administrativen Aufwandes abzulehnen; wie verweisen diesbezüglich auf die Stellungnahme der GDK.*

**Eventualanträge:**

1. *Der Zeitpunkt der Inkraftsetzung ist auf Anfang Jahr zu setzen; den Kantonen ist eine angemessene Frist zur Anpassung der Restfinanzierung zu gewähren.*
2. *Den Kantonen ist vor Inkrafttreten der Beitragsanpassung eine genügende Übergangsfrist zu gewähren.*
3. *Der Bundesrat erlässt zuhanden der Kantone einheitliche Kriterien zur Erhebung, Berechnung und Festsetzung der Vollkosten sowie ergänzend zur Finanzierung der Versorgungspflicht in der ambulanten Pflege.*

**Nebenleistungen (3.1.2)**

Abgesehen davon, dass als erstellt gilt, dass die Kosten des Pflegematerials bei der Einführung der geltenden Pflegefinanzierung unzureichend berücksichtigt worden sind, sind wir nicht der Meinung, dass die Beiträge nach Art. 7a KLV die Kosten jenes Materials 1:1 abzubilden haben; die äusserst unterschiedliche Materialintensität je nach Art der erbrachten Pflege (von der Psychiatriepflege mit praktisch unbedeutendem bis zur ambulanten Wund- und Intensivpflege mit sehr hohem Materialbedarf) verunmöglicht jede Pauschalisierung. Diese Kosten sind separat von der OKP abzugelten und die unsinnige, sachfremde und unpraktikable Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung aufzuheben. Angesichts des Umstandes, dass diese Kosten bis Herbst 2017 restlos von der OKP übernommen worden sind, wäre die Umsetzung dieser Forderung kostenneutral. Abgesehen davon sind auch nur die Versicherer fachlich in der Lage, den Materialbedarf an den KVG-Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit zu messen.

**Der SBK beantragt bezüglich der Abgeltung des Pflegematerials, dass die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung in dem Sinn aufzuheben ist, dass die entsprechenden Kosten wie vor den Bundesverwaltungsgerichtsurteilen vom Herbst 2017 nach MiGeL separat von der OKP abzugelten sind.**

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)  
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

---

**Akut- und Übergangspflege (3.1.3)**

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt. Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

**Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme**

**Begrifflichkeit**

Im Sinne einer Vorbemerkung stellen wir fest, dass der herkömmliche, fachlich abgestützte und bewährte Begriff der Bedarfsabklärung durch den Begriff der Bedarfsermittlung ersetzt worden ist. Da dies im erläuternden Bericht beim Punkt 1.6 zwar erwähnt aber die Auswirkungen mit keinem Wort erläutert werden, können wir über die Gründe nur Vermutungen anstellen. Damit soll wohl eine kalte Leistungskürzung erreicht werden: während die Bedarfsabklärung im Sinne einer laufenden Beobachtung des Zustandes der Patientin und der Ergebnisse der Pflege laufender Teil des Pflegeprozesses ist und entsprechend verrechnet werden kann, scheint die Bedarfsermittlung auf die Ermittlung des Pflegebedarfs bei Übernahme des Patienten bzw. zu Beginn einer Verordnungsperiode begrenzt. Der SBK lehnt diesen unbegründeten Terminologiewechsel entschieden ab.

**Bedarfsabklärungsinstrumente**

Die gemäss erläuterndem Bericht weiterhin vorgesehenen Instrumente genügen den im Bericht selber formulierten Anforderungen nicht: so wird der tatsächliche Pflegebedarf nur unvollkommen erfasst, weite Lücken klaffen insbesondere im psychosozialen Bereich sowie auf dem Gebiet der Familienberatungen und der Anleitung der Angehörigen. Mit diesen Instrumenten lassen sich methodisch auch keine wissenschaftlich fundierten Zeitstudien erstellen. Aus diesem Grund fordert der SBK, dass einzig valide, validierte, umfassende Bedarfsabklärungsinstrumente anerkannt werden, welche die angestrebte Einheitlichkeit und Wissenschaftlichkeit gewährleisten. Unter Einbezug von Pflegefachpersonen, die sich in diesem Gebiet spezialisiert haben, sind die einschlägigen Verordnungsbestimmungen entsprechend zu formulieren.

**Zur Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen**

Der erläuternde Bericht geht ausführlich auf die – vom Bundesrat damals dezidiert abgelehnte – parlamentarische Initiative 11.418 (Joder) ein. Indessen scheint nach wie vor Verwirrung bezüglich des von jener Initiative verfolgten – und nun von der hängigen Volksinitiative mitverfolgten – Zwecks zu herrschen. Anders als im Kommentar auf Seite 22 dritter Absatz fälschlicherweise behauptet, regelt das KVG keine Kompetenzen; das KVG regelt die Abgeltung von Pflegeleistungen und deren Voraussetzungen. Die beruflichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen sind Sache der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung (und in absehbarer Zukunft zu einem bestimmten Mass des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe). Von Rechts wegen sind die Pflegefachpersonen autonom, ausser auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet, wo sie auf ärztliche Delegation tätig sind. Daran kann das KVG von Verfassungswegen nichts ändern. Das KVG kann indessen die Autonomie der Pflegefachpersonen – und damit die kantonale Kompetenzordnung – vereiteln und ins Leere laufen lassen, indem die Abgeltung von Pflegeleistungen, die dem autonomen Bereich der Pflege zugeordnet sind, vom Vorliegen einer diesbezüglichen ärztlichen Verordnung abhängig gemacht wird. Die parlamentarische Initiative Joder bezweckte einzig und alleine die Angleichung der Abgeltungsregeln des KVG an die kantonalrechtliche Kompetenzordnung – u.a. um den Anschein, dass es sich bei der Gesundheits- und Krankenpflege um einen ärztlichen Hilfsberuf handelt, zu beseitigen. Die vorliegende Verordnungsrevision tut nichts, um diesen Eingriff in die Kompetenzen der Pflegefachleute zu beseitigen; ist der Übergriff im KVG angelegt – indem es die Pflegefachpersonen nicht als (teil)eigenständige Leistungserbringer anerkennt – so muss beim KVG angesetzt werden. Nachdem dieser Weg mit dem Nichteintretensentscheid des Nationalrates auf die

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)  
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

---

parlamentarische Initiative Joder gescheitert ist, wird der SBK alles daran setzen, die der Pflege zustehende Anerkennung nun über die Bundesverfassung zu erwirken.

Die im Bericht vielfach bemühte sog. „Scharnierfunktion“ des Arztes hat **im Hinblick auf den autonomen Bereich** der Pflege keinerlei Daseinsberechtigung. Die dem Arzt – wenn nun auch nur noch mehr oder weniger der Form halber – zuge dachte „Gatekeeper“-Funktion bei diesen typischen Pflegeleistungen ist eine Fiktion. Bezüglich des autonomen Bereiches der Pflege sind die Ärzte fachlich nicht ausgebildet und können somit keinerlei Aufsichts- oder Kontrollfunktion übernehmen. Diese Aufgabe wird vielmehr (äusserst wirksam) von der Krankenversicherung übernommen. Wie die Leistungserbringer sehr wohl wissen, stellt das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung für eine bestimmte – auch ärztlich-delegierte! – pflegerische Verrichtung nicht die geringste Garantie dar, dass diese von der Versicherung als WZW-konform und damit als abgeltungsfähig eingestuft wird. Damit ist auch die abermals vorgeschobene Befürchtung vor einer Mengenausweitung entkräftet, wie bereits anlässlich der Debatten über die parlamentarische Initiative Joder zur Übergenüge dargelegt. Wie sollen Ärzte der Ausweitung einer Menge von Pflegeleistungen vorbeugen, deren Indikation sie nicht zu beurteilen in der Lage sind? Unverständlich sind diesbezüglich die Ausführungen im Bericht zur angeblichen „dreifachen Kontrolle der Verrechnung“: weder von den PatientInnen noch von den kantonalen (geschweige denn kommunalen) Behörden kann ernsthaft angenommen werden, dass sie diese Aufgabe auch nur im Entferntesten zu erfüllen in der Lage sind (wie dies die Kantone selber deklarieren, vgl. Vernehmlassungsstellungnahme der GDK).

Hinsichtlich der Versorgungsqualität führt die Vermengung abrechnungs- und kompetenzrechtlicher Gesichtspunkte eben nicht zu einer Verbesserung, sondern zu einer gefährlichen Rechtsunsicherheit. Die nach wie vor dem Arzt vorbehaltene Entscheidungsbefugnis hinsichtlich von Pflegemassnahmen, die sich ausserhalb seiner Kompetenzsphäre befinden, belastet die interdisziplinäre Zusammenarbeit, gefährdet die PatientInnen und schafft erhebliche Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Frage, wer im Schadenfall haftet.

Dem Anliegen der Pflege um Anerkennung ihrer Autonomie gibt die Vorlage dadurch vor entgegenzukommen, dass unterschieden wird zwischen einer ärztlichen Grundsatzentscheidung, ob eine Patientin allgemein auf Pflege angewiesen ist einerseits, und andererseits, bejahendenfalls, einer der Pflege zugestandenen Entscheidung hinsichtlich des Masses an spezifischen Pflegeleistungen. **De facto kodifiziert die Vorlage die bestehende Praxis und es kann nichts dagegen einzuwenden sein – nur dass, wie bereits wiederholt dargelegt, dies der auf Gesetzesstufe angelegten Diskriminierung der Pflegefachpersonen als autonome Leistungserbringer in keiner Weise abhilft.**

Die Unterscheidung zwischen Massnahmen der Abklärung, Beratung, Koordination und Grundpflege einerseits und Massnahmen der Untersuchung und Behandlung andererseits ist eine Selbstverständlichkeit; bei letzteren handelt es sich immerhin um originär ärztliche Verrichtungen, die vom Arzt nur explizit und unter Beachtung der obligationen-, insb. haftungsrechtlichen Delegationsgrundsätzen, an die Pflegefachpersonen übertragen werden können.

**Einschränkung bei der Bedarfsermittlung**

Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen gemäss Art. 49 KVV vor. Freiberufliche Pflegefachpersonen erfüllen diese Bedingung bereits. Allerdings würde die Änderung bedeuten, dass auch angestellte Pflegefachpersonen in einer Spitexorganisation oder einem Pflegeheim eine zweijährige praktische Tätigkeit nachzuweisen haben. Diese Einschränkung würde sich negativ auf die Attraktivität des Spitex- und Heimbereiches auswirken und den Fachkräftemangel in diesen Bereichen zusätzlich verschärfen. Diplomierte Pflegefachpersonen sind nach ihrer HF oder FH Ausbildung vollumfänglich in der Lage, eine Bedarfsabklärung vorzunehmen. Sollte sich diese Massnahme mit der aus Sicht des BAG erhöhten Autonomie rechtfertigen, erinnern wir daran, dass der SBK die zweijährige Erfahrung im Rahmen der parlamentarischen Initiative 11.418 ausschliesslich im Zusammenhang mit einer Gesetzesanpassung vorgeschlagen hat.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)  
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

<p><b>Antrag</b> Erfolgt die Bedarfsermittlung durch angestellte Pflegefachpersonen, reicht es, wenn diese im Besitz eines Diploms in Gesundheits- und Krankenpflege sind; den Nachweis von zwei Jahren Berufserfahrung gem. Art. 49 KVV müssen einzig die freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen erbringen.</p>			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SBK-ASI	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1	Der SBK lehnt diesen unbegründeten Terminologiewechsel entschieden ab.	Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 2 Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind: a. Massnahmen der <del>Ermittlung</del> , <b>Abklärung</b> , Beratung und Koordination: 1. <del>Ermittlung</del> <b>Abklärung</b> des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen,
SBK-ASI	Art. 7a Abs. 1 und 3	Wir lehnen die Senkung der OKP Beiträge kategorisch ab und verweisen auf die obigen Ausführungen.	
SBK-ASI	Art. 8 Abs. 1	De facto kodifiziert die Vorlage die bestehende Praxis und es kann nichts dagegen einzuwenden sein – nur dass, wie bereits wiederholt dargelegt, dies der auf Gesetzesstufe angelegten Diskriminierung der Pflegefachpersonen als autonome Leistungserbringer in keiner Weise abhilft.	Analog unseres Einwandes bezüglich Begrifflichkeit, muss der Begriff „Ermittlung“ mit „Abklärung“ ersetzt werden.
SBK-ASI	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden. Der SBK betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.	
SBK-ASI	Art. 8a Abs. 1	Die Einschränkung bei der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen, welche Art. 49 KVV erfüllen, lehnen wir ab, vergleiche Antrag weiter oben.	
SBK-ASI	Art. 20 KLV	Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob	Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)  
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

---

		<p>es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt.</p> <p>Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.</p>	<p>oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden <del>und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.</del></p>
--	--	--	--