



Mai 2024

---

# **Ausführungsrecht zum Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege und abschliessende Inkraftsetzung des Gesundheitsberufegesetzes (Umsetzung der 1. Etappe der Pflegeinitiative)**

## Ergebnisbericht der Vernehmlassung

---

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Ausgangslage</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Vernehmlassungsverfahren und Auswertungsgrundsätze</b> .....	<b>3</b>
2.1	Vernehmlassungsverfahren.....	3
2.2	Auswertungsgrundsätze .....	4
<b>3</b>	<b>Allgemeine Rückmeldungen</b> .....	<b>4</b>
3.1	Allgemeine Bemerkungen zur Verordnung über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege (Ausbildungsförderverordnung Pflege) .....	5
3.2	Allgemeine Bemerkungen zur Änderung der Verordnung über die Berufsbildung (Berufsbildungsverordnung, BBV).....	7
3.3	Allgemeine Bemerkungen zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) sowie der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) .....	7
3.4	Allgemeine Bemerkungen zur Verordnung über die Finanzhilfen zur Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung (EmGvV) .....	10
3.5	Allgemeine Bemerkungen zur Verordnung über die abschliessende Inkraftsetzung des Gesundheitsberufegesetzes .....	13
<b>4</b>	<b>Stellungnahmen zu den einzelnen Bestimmungen</b> .....	<b>13</b>
4.1	Verordnung über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege (Ausbildungsförderverordnung Pflege) .....	13
4.2	Verordnung über die Berufsbildung (Berufsbildungsverordnung, BBV).....	35
4.3	Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) .....	35
4.4	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) .....	39
4.5	Verordnung über die Finanzhilfen zur Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung (EmGvV).....	61
4.6	Verordnung über die abschliessende Inkraftsetzung des Gesundheitsberufegesetzes .....	64
<b>5</b>	<b>Einsichtnahme</b> .....	<b>65</b>
<b>6</b>	<b>Anhänge</b> .....	<b>66</b>
6.1	Liste der Vernehmlassungsadressaten bzw. -teilnehmenden .....	66

## 1 Ausgangslage

Am 28. November 2021 wurde die Volksinitiative «Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)» von Volk und Ständen angenommen.<sup>1</sup> Entsprechend wurden der neue Artikel 117b und die dazugehörigen Übergangsbestimmungen in der Verfassung verankert.

Um den Artikel 117b BV möglichst rasch umzusetzen, entschied der Bundesrat am 12. Januar 2022, den am 19. März 2021 von der Bundesversammlung verabschiedeten indirekten Gegenvorschlag (Pa. Iv. 19.401)<sup>2</sup> wiederaufzunehmen. Die Gesetzesvorlage umfasst eine Ausbildungsoffensive (d. h. die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege durch Beiträge der Kantone und des Bundes), die Möglichkeit für Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen direkt zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abzurechnen sowie verschiedene Änderungen der Strafprozessordnung<sup>3</sup>, des Militärstrafprozesses<sup>4</sup> und des Berufsbildungsgesetzes<sup>5</sup>. Insgesamt kann der Bund die kantonalen Aufwendungen für die Ausbildung im Bereich Pflege mit maximal 469 Millionen CHF während acht Jahren unterstützen. Für die Erhöhung der Ausbildungsabschlüsse an den kantonalen Fachhochschulen wurde der Bundesbeschluss über Finanzhilfen zur Förderung der Ausbildungsabschlüsse in Pflege an den kantonalen Fachhochschulen<sup>6</sup> verabschiedet. Weiter soll der Bund Projekte finanziell unterstützen, die der Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung und insbesondere der Interprofessionalität (EmGv) dienen. Das Parlament verabschiedete die Gesetzesvorlage und die entsprechenden Bundesbeschlüsse am 16. Dezember 2022<sup>7</sup>.

Die vorliegende Vernehmlassungsvorlage beinhaltet die Ausführungsbestimmungen zur Ausbildungsoffensive, die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung<sup>8</sup> (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung<sup>9</sup> (KLV), die Änderung der Berufsbildungsverordnung<sup>10</sup> (BBV) sowie die Verordnung über die Finanzhilfen zur Förderung der EmGvV. Die für die Sprechung dieser Finanzhilfen relevanten gesetzlichen Grundlagen im Gesundheitsberufegesetz<sup>11</sup> (GesBG) und im Medizinalberufegesetz<sup>12</sup> (MedBG) sollen entsprechend ebenfalls in Kraft gesetzt werden. Die gesamte Vorlage soll per 1. Juli 2024 in Kraft treten.

## 2 Vernehmlassungsverfahren und Auswertungsgrundsätze

Am 23. August 2023 eröffnete der Bundesrat die Vernehmlassung zum Ausführungsrecht zum Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege und abschliessende Inkraftsetzung des Gesundheitsberufegesetzes (Umsetzung der 1. Etappe der Pflegeinitiative), sie dauerte bis am 23. November 2023.

### 2.1 Vernehmlassungsverfahren

Zur Teilnahme am Vernehmlassungsverfahren wurden die Regierungen der 26 Kantone, die Konferenz der Kantonsregierungen, 11 politische Parteien, 3 gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete, 8 gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft sowie 67 weitere Organisationen eingeladen.

Von den angeschriebenen Vernehmlassungsadressaten reichten alle 26 Kantone, die GDK, die EDK, 6 politische Parteien (SVP, SP, FDP, Grüne, Die Mitte und EVP), 3 Spitzenverbände der Wirtschaft (SGB, Schweizerischer Arbeitgeberverband und Travail.Suisse) und 22 Organisationen (u. a. Bildungsinstitutionen, Berufsverbände, Verbände der Leistungserbringer) eine materielle Stellungnahme ein.

<sup>1</sup> BBI 2022 894

<sup>2</sup> Abrufbar unter: [www.parlament.ch](http://www.parlament.ch) > Ratsbetrieb > Suche Curia Vista > 19.401.

<sup>3</sup> SR 312.0

<sup>4</sup> SR 322.1

<sup>5</sup> SR 412.10

<sup>6</sup> BBI 2022 1501

<sup>7</sup> Abrufbar unter: [www.parlament.ch](http://www.parlament.ch) > Ratsbetrieb > Suche Curia Vista > 22.040 > weitere Unterlagen > Schlussabstimmungstext

<sup>8</sup> SR 832.102

<sup>9</sup> SR 832.112.31

<sup>10</sup> SR 412.101

<sup>11</sup> SR 811.21

<sup>12</sup> SR 811.11

Ausserdem liessen sich 37 weitere Organisationen und Institutionen, insbesondere kantonale Berufsverbände und Bildungsinstitutionen, materiell vernehmen.

Insgesamt sind 96 Stellungnahmen eingegangen.

Kategorie	Total begrüsst	Antworten Begrüsste	Antworten nicht Begrüsste	Total erhaltene Antworten
Kantone/ KdK/GDK/EDK	29	28	-	28
In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien	11	6	-	6
Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden / Städte / Berggebiete	3	-	-	-
Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft	8	3	-	3
Weitere begrüsst Organisations	67	22	-	22
Nicht angeschriebene Organisationen und Privatpersonen	-	-	37	37
Total	118	59	37	96

Tabelle 1: Übersicht über die eingegangenen Antworten

## 2.2 Auswertungsgrundsätze

Beim vorliegenden Bericht handelt es sich um eine Zusammenfassung der Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens. Für ein möglichst umfassendes Gesamtbild werden die zahlreichen und inhaltlich vielfältigen Stellungnahmen im vorliegenden Bericht zusammengefasst und in Kapitel 4 aufgeteilt auf die einzelnen Verordnungen und die einzelnen Bestimmungen der Vorlage dargestellt. Für die Einzelheiten wird auf die Originalstimmungen verwiesen (vgl. Kapitel 5 dieses Berichts). Es sind nur die spezifischen Rückmeldungen, das heisst kritische oder ablehnende Stellungnahmen sowie Ergänzungs- und/oder Änderungsvorschläge zu den einzelnen Verordnungsbestimmungen, dargestellt. Stellungnahmen, in denen eine explizite Zustimmung zu einer Verordnung oder einem bestimmten Artikel geäussert wird, sind nicht aufgeführt.

Zum erläuternden Bericht gab es diverse Anträge für Anpassungen, Ergänzungen und Präzisierungen. Auf eine Darstellung dieser Rückmeldungen wird in diesem Ergebnisbericht verzichtet und es wird auf die detaillierten Rückmeldungen verwiesen (vgl. auch Kapitel 5 dieses Berichts).

## 3 Allgemeine Rückmeldungen

Die Ziele der ersten Etappe zur Umsetzung der Pflegeinitiative stiessen bei der grossen Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden, inklusive den für die Umsetzung verantwortlichen Kantonen und den politischen Parteien, grundsätzlich auf Zustimmung. Zu den einzelnen konkreten Vorschlägen gab es naturgemäss diverse Vorbehalte und Änderungsvorschläge, die in diesem Bericht wiedergegeben werden.

So verweist die GDK und mit ihr die EDK sowie die Kantone AG, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SZ, TG, UR, VD, ZG und ZH darauf, dass die Kantone unter Hochdruck an der Schaffung der für die Umsetzung des Bundesgesetzes über die Förderung

der Ausbildung im Bereich der Pflege vom 16. Dezember 2022 (nachfolgend Ausbildungsfördergesetz Pflege) nötigen gesetzlichen Grundlagen arbeiten würden. Sie verweisen dabei auf die Herausforderungen, vor die sie aufgrund der noch fehlenden Ausführungsbestimmungen des Bundes (Ausbildungsförderverordnung Pflege) und der teilweise ändernden Rahmenbedingungen (z. B. bezüglich Unterstützung von Praktikumsplätzen, die degressive Abstufung der Bundesbeiträge oder der Zeitpunkt, ab welchem kantonale Massnahmen unterstützt werden) gestellt werden. Eine rasche Verabschiedung der Verordnungsbestimmungen und Klärung der rechtlichen Ausgangslage sei für das Umsetzungstempo daher entscheidend. Die Kantone fordern zudem möglichst schlanke Prozesse, damit der administrative Aufwand in Grenzen gehalten werden kann.

Zudem geben die *GDK* und mit ihr die *EDK* sowie die Kantone *AG, AI, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, SG, SZ, TG, TI, UR, VD* und *ZG* zu bedenken, dass die erfolgreiche und wirksame Umsetzung der Ausbildungsoffensive unter anderem von einer möglichst einfachen und pragmatischen Abwicklung der Gesuche durch den Bund abhängt. Sie erwarten deshalb, dass der Bund die Bedürfnisse der Kantone bei der Ausgestaltung dieser Verfahren frühzeitig einbezieht und sie frühzeitig mit den Gesuchsformularen und allfälligen Wegleitungen bediene.

### **3.1 Allgemeine Bemerkungen zur Verordnung über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege (Ausbildungsförderverordnung Pflege)**

Die Ausbildungsoffensive wird von den Vernehmlassungsteilnehmenden grossmehrheitlich begrüsst, ihre Rückmeldungen betreffen Fragen wie die konkrete Ausgestaltung des Prozesses für den Erhalt und die Verteilung der Bundesgelder.

Die Kantone sind sich laut *GDK* (die *EDK* und die Kantone *AG, AI, BE, BL, FR, GL, GR, NE, OW, SG, SZ, UR, VD, VS, ZG und ZH* haben sich dieser Stellungnahme angeschlossen) bewusst, dass sie bei der Umsetzung der Ausbildungsoffensive eine zentrale Rolle innehaben und dass es nur mit einem gemeinsamen finanziellen Effort von Bund und Kantonen gelingen kann, die Ziele des Ausbildungsfördergesetzes Pflege zu erreichen. Die Kantone werden ihre bisher geleisteten, finanziellen Beiträge für die Ausbildung im Bereich der Pflege deshalb auf keinen Fall reduzieren. Insofern sind sie erstaunt, dass der Bundesrat die Kantone ersucht, im Rahmen der Vernehmlassung darzulegen, wie sie die Beiträge des Bundes zur Unterstützung der Ausbildungsoffensive einzusetzen gedenken. Dies sei ein für eine Vernehmlassung unübliches Vorgehen. Für die *GDK, EDK* sowie die Kantone *AG, AI, AR, BE, BL, FR, GL, GR, NE, OW, SG, SZ, UR, VD, VS, ZG und ZH* sei es zudem befremdlich, dass der Bund den Kantonen unterstelle, die Ausbildungsoffensive nicht ernst zu nehmen und damit drohe, «weitere Regelungen zur Stärkung des Fördereffektes» zu prüfen, falls die Kantone mit den Bundesbeiträgen keine weiteren Massnahmen ergreifen sollten.

Die *GDK* und mit ihr *EDK* sowie die Kantone *AG, AI, BE, BL, FR, GL, GR, NE, OW, SG, SZ, UR, VD, VS, ZG und ZH* betonen, dass die Kantone für die Budgetierung ihrer finanziellen Mittel auf eine möglichst hohe Voraussesbarkeit der Bundesbeiträge angewiesen seien. In dieser Hinsicht sei die in Artikel 10 der Ausbildungsförderverordnung Pflege vorgesehene Berechnung des jedem Kanton zustehenden maximalen Betrags für die Erhöhung der Abschlüsse an den Höheren Fachschulen (HF) über die gesamte Förderperiode sehr zu begrüßen. Jedoch sei die unterschiedliche Handhabung hinsichtlich Bemessung der Beiträge und der Gesuchsverfahren zwischen den Förderbereichen praktische Ausbildung und Ausbildungsbeiträge einerseits, und der Förderung der HF-Abschlüsse andererseits, im gleichen Gesetz nicht nachvollziehbar. Die Kantone wünschen, dass der Bund die Verfahren vereinheitlicht und für jeden Kanton den ihm im Rahmen des Ausbildungsfördergesetzes Pflege insgesamt zustehenden maximalen Betrag berechnet und rechtzeitig kommuniziert.

Mehrere Kantone betonen in ihrer Stellungnahme die Wichtigkeit einer gewissen Koordination unter den Kantonen, um einen zu starken Wettbewerb zwischen den Kantonen und ein gegenseitiges Abwerben von Auszubildenden zu verhindern.

*AR* verweist darauf, dass die Gesuchstellung für die Bundesbeiträge für kleine Kantone mit verhältnismässig grossen personellen Ressourcen und somit zusätzlichem Aufwand

verbunden sei, der nicht entsprechend vom Bund entschädigt werde und zusätzlich belastend sei.

*GE* bedauert, dass der Bund die vom Kanton bisher geleisteten Anstrengungen zur Erhöhung der Anzahl Pflegenden nicht berücksichtige. Der Kanton hätte gewünscht, dass die bereits vor der Inkraftsetzung des Ausbildungsfördergesetzes Pflege getroffenen kantonalen Massnahmen zumindest teilweise durch den Bund entschädigt würden.

*GE* fordert ausserdem, dass das Kapitel 3 (Bundesbeiträge an die Kantone zur Erhöhung der Anzahl Ausbildungsabschlüsse in Pflege an höheren Fachschulen) der Ausbildungsförderverordnung Pflege nicht nur die Ausbildung an HF, sondern auch an FH betreffen soll.

*JU* betont, dass er bereits bisher die Ausbildungsinstitutionen mit namhaften Beträgen unterstützt habe und dies weiterhin tun werde. Trotzdem rechnet der Kanton mit der Unterstützung durch die Bundesbeiträge. Insbesondere fordert er, dass die Prioritätenliste frühzeitig kommuniziert werde. Die Kriterien zur Berücksichtigung der angemessenen regionalen Verteilung müssten sicherstellen, dass die Kantone sich auf die Bundesbeiträge im Umfang von 50% verlassen könnten.

*SG* schlägt vor, dass ein Wirkungscontrolling aller Fördermassnahmen installiert werden soll. Hierzu vermisst der Kanton konkrete Ausführungen in den Vernehmlassungsunterlagen.

*VD* betont, dass die Ausbildung von akademischem Nachwuchs auf Master- und Doktoratsstufe notwendig sei, um Gesundheits- und Pflegefachpersonen auf Fachhochschulstufe ausbilden zu können. Der Kanton bedauert deshalb, dass in der 1. Etappe keine entsprechenden Massnahmen vorgesehen seien und hofft, dass die Stärkung der akademischen Ausbildung im Bereich der Pflege Teil der 2. Etappe werde.

*ZG* wiederum beantragt, dass die Bundesbeiträge anhand eines Verteilschlüssels nach der Bevölkerungszahl und dem Bedarf an tertiär ausgebildeten gemäss den kantonalen Bedarfsplanungen gewährt werden.

*EVP, FDP, SP und SVP* stimmen dem Entwurf in weiten Teilen zu.

Die *EVP* befürwortet ausdrücklich das Ziel, die Qualität der praktischen Ausbildung zu verbessern. Neben einer angestrebten Erhöhung der Kapazitäten müsse es auch darum gehen, die Abbruchrate in der Ausbildung zu senken, wobei die Qualität der praktischen Ausbildung eine zentrale Rolle spiele. Grundsätzlich sei das Vorgehen zum Erhalt der Ausbildungsbeiträge möglichst unkompliziert zu gestalten. Weiter wäre es aus Sicht der *EVP* sinnvoll, diejenigen Institutionen zu unterstützen, die schon jetzt gute Ausbildungsplätze anbieten. Für diejenigen Institutionen, die heute schon am meisten Pflegenden ausbilden, könnten so zusätzliche Anreize geschaffen werden, um ihre Kapazitäten nochmals auszubauen.

Die *GRÜNEN* sind nur teilweise mit dem Entwurf der Ausbildungsförderverordnung Pflege einverstanden. So verlangen sie, dass die Ausbildungsbeiträge nach Artikel 7 Absatz 1 Ausbildungsfördergesetz Pflege für die gesamte Dauer der Ausbildung gesprochen werden müssten. Zudem fordern sie, dass die Umsetzung der Ausbildungsoffensive in den Kantonen nicht an willkürliche Alterslimiten geknüpft würde.

Die *SP* schliesst sich der Stellungnahme des SBK an, was die Rückmeldungen zu den Details der Vorlage betrifft.

Die *SVP* betont, dass die Bundesbeiträge hauptsächlich zur Behebung des Fachkräftemangels in der Pflege eingesetzt werden müssten, wobei die Eigenständigkeit der Kantone beizubehalten sei. Sie erachtet zusätzlich die Attraktivitätssteigerung der beruflichen Weiterbildung für Pflegefachkräfte und Effizienzsteigerungen in der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen als unabdingbar.

Aus Sicht vieler Vernehmlassungsteilnehmender ist der Prozess für Kantone, um Gelder für die praktische Ausbildung in den Institutionen, Ausbildungsbeiträge für die Studierenden und Gelder für die höheren Fachschulen zu erhalten, zu kompliziert. Sie wünschen deshalb, dass die Prozesse einfach gehalten werden, da sonst die Anreize für Kantone und Institutionen zu klein sein könnten, als dass sie die Fördergelder tatsächlich beantragen. Rückmeldung

mit solchen Bedenken wurden von *ARTISET, ASPS, BFH, BroteggPraxis, BSH, BüAeV, Curacasa, FMH, H+, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, Public Health Schweiz, SBK, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, SBK-NE-JU, senesuisse, SHV, SIGA, SNLeaders, SNS, Spitex Schweiz, Spitex Zürich, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, UNIA, VFP, vsao* und *ZHAW* eingereicht.

*ARTISET, H+, OdASanté, SGB* und *UNIA* fordern, dass auch für diejenigen Institutionen Anreize geschaffen werden sollen, die bereits heute Pflegende ausbilden, so dass diese ihre Kapazitäten weiter erhöhen oder die Abbruchrate während den Ausbildungen senken.

### **3.2 Allgemeine Bemerkungen zur Änderung der Verordnung über die Berufsbildung (Berufsbildungsverordnung, BBV)**

Die Änderung der BBV stiess in der Vernehmlassung auf breite Zustimmung, einzig *AI* sowie *IMAD* sind mit dem Vorschlag nicht einverstanden. Insbesondere wurde befürwortet, dass das Verfahren zur Anerkennung von altrechtlichen kantonalen und altrechtlichen interkantonalen Abschlüssen im Bereich der Berufsbildung in Gesundheitsberufen dem Schweizerischen Roten Kreuz übertragen werden soll.

### **3.3 Allgemeine Bemerkungen zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) sowie der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)**

Die vorgeschlagenen Änderungen von KVV und KLV wurden von den Vernehmlassungsteilnehmenden, auch von den sich dazu äussernden Kantonen und Parteien, mehrheitlich kritisch aufgenommen.

Die *GDK* (der sich die Kantone *AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SZ, VS, ZG* und *ZH* angeschlossen haben) stimmt den vorgeschlagenen Anpassungen grundsätzlich zu, verlangt aber verschiedene Präzisierungen und Ergänzungen. Zum einen müsse klargestellt werden, dass Pflegefachpersonen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause künftig nur noch gestützt auf Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe d<sup>bis</sup> KVG (und nicht mehr gestützt auf Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe e KVG) zugelassen werden können. Zum anderen sei zwingend die Verankerung einer Übergangsbestimmung auf Ebene der KVV notwendig, welche den Besitzstand von bisher gestützt auf Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe e KVG zugelassenen Pflegefachpersonen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause klärt sowie dessen Umfang eindeutig festlegt.

*GE* ist der Ansicht, dass die in der Verordnung vorgesehenen Einschränkungen, die dem Delegieren von Handlungen entgegenstehen, gestrichen werden sollten. Die Bestimmungen, wonach nur Pflegefachpersonen Handlungen ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag vornehmen dürfen, widerspricht dem vom Kanton Genf entwickelten Delegationsprinzip. Zudem sollte auf die vorgeschlagenen Bestimmungen zur pflegerischen Anordnung verzichtet werden, die für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (*Spitex-Organisationen*) nicht günstig sind. Der Zusammenhang zwischen einer Betriebsbewilligung für *Spitex-Organisationen* (in der Übergangsphase und nach Inkrafttreten des Gesetzes) und einer Aus- und Weiterbildungsverpflichtung sei unklar und müsse ausgeführt werden. Insbesondere sei zu klären, welchen Spielraum der Kanton bei der Erteilung einer Betriebsbewilligung an eine Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause hat, die nicht ausbilden möchte. *GE* fragt sich, ob die Kantone das Recht haben werden, einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, die Studierende ausbilden will, die Betriebsbewilligung zu verweigern und ihr folglich keinen Leistungsauftrag zu erteilen.

*TG* wünscht eine grundsätzliche Überarbeitung der Bestimmungen in KVV und KLV und weist auf das Risiko von Kostensteigerungen hin. Dies, weil die Pflegeleistungen, zumindest solange die ärztliche Anordnung nicht vorliegt, von höherqualifizierten Pflegefachpersonen erbracht werden müssten, als dies gemäss den Bestimmungen der Administrativverträge mit den Krankenversicherern vorgesehen ist. Die daraus bei den betroffenen Pflegefachpersonen resultierende Frustration sei unbedingt zu vermeiden.

*TI* erkennt Klärungsbedarf im Zusammenhang mit den Änderungen der KVV. Er fordert insbesondere eine Übergangsbestimmung, in der die bereits erworbenen Rechte geklärt und ihre Ausdehnung für die Pflegefachpersonen sowie für die Organisationen der Pflege zu Hause und der Pflegeheime definiert wird, die gegenwärtig nach dem KVG zugelassen sind und somit nicht als eigenständige Leistungserbringer, sondern als Personen oder Organisationen, die auf ärztliche Verschreibung hin Pflegeleistungen erbringen, zugelassen sind. Zudem wünscht er sich im Zusammenhang mit Artikel 51 Absatz 1 Buchstabe a<sup>bis</sup> KVG eine Klärung der Anforderungen an den kantonalen Leistungsauftrag nach Artikel 36a Absatz 3 KVG.

Bereits heute hätten die Kantone gemäss Artikel 55a KVG die Möglichkeit, die Höchstzahl der Ärztinnen und Ärzte zu begrenzen. Die Umsetzung dieser Regelung sei jedoch komplex und anspruchsvoll. Nun ermögliche Artikel 55b KVG es den Kantonen analog dazu, unter bestimmten Voraussetzungen die Erteilung neuer Bewilligungen für Pflegefachpersonen oder für Organisationen zur direkten Abrechnung gegenüber der OKP zu stoppen. Der Kanton Tessin erachtet es als unabdingbar, dass auch für dieses neue Instrument die Details in den Ausführungsbestimmungen erlassen werden.

*VD* unterstützt die Bestimmungen zugunsten einer grösseren Autonomie für das Pflegepersonal, bestimmte Leistungen direkt zu Lasten der OKP abzurechnen. Er weist darauf hin, dass die Kontrollen, welche die Kantone durchführen müssten, um einen ungerechtfertigten Kostenanstieg zu verhindern, vor allem in den ersten Jahren zusätzliche finanzielle und personelle Ressourcen erfordern werden. Die vorgeschlagene Änderung hiesse demnach eine wichtige Veränderung für den Kanton Waadt, die insbesondere die Einführung einer Form von Planung bei den Pflegeeinrichtungen (Spitex-Organisationen; Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD), freiberufliche Pflegefachpersonen) erfordern könnte. Darüber hinaus ist *VD* der Ansicht, dass die Spitex-Organisationen über einen Leistungsauftrag verfügen müssten, wenn sie zugelassen werden wollen. Zu diesem Zweck müsse der Entwurf zur Änderung der KVV einen Mindeststandard für die erforderlichen Ausbildungsleistungen enthalten. Dieser Aspekt wurde übrigens vom Gesetzgeber in den neuen Artikeln des KVG ausdrücklich erwähnt.

Die *FDP* anerkennt zwar den Nutzen der Kompetenzerweiterung durch die direkte Abrechnung zulasten der OKP ohne ärztliche Anordnung, welche zu einer Attraktivierung und Aufwertung des Berufs führen könne, befürchtet dadurch aber höhere Kosten und damit höhere Krankenkassenprämien. Die *FDP* fordert deshalb, dass bei der Umsetzung effiziente Kontrollmechanismen und ein engmaschiges Kostenmonitoring implementiert werden.

Auch die *SVP* stimmt den Vorlagen zwar grundsätzlich zu, fordert aber, dass die neu geschaffene Möglichkeit für Pflegefachpersonen, Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ohne ärztliche Anweisung abzurechnen, kritisch begleitet wird. Es entstehe ein erhebliches Potenzial für Missbräuche, das von Anfang an eingedämmt werden müsse. Der vorgesehene Kontrollmechanismus zur Verhinderung eines ungerechtfertigten Anstiegs der Gesundheitskosten sei zwingend einzuführen, so wie die vorgesehene Evaluation durch den Bundesrat zwingend durchzuführen sei.

Der *BüAeV* und die *BEKAG* stimmen den Massnahmen dahingehend zu, dass die Pflegefachpersonen die Bedarfsermittlung bei Massnahmen der allgemeinen Grundpflege ohne Zusammenarbeit mit dem Arzt/der Ärztin vornehmen können. Pflegepersonen sollen bestimmte Pflegeleistungen ohne Anordnung oder Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbringen dürfen und abschliessend für ihr Handeln eigenverantwortlich sein, namentlich in der Grundpflege. *BüAeV* und *BEKAG* lehnen jedoch die Kompetenzerweiterung betreffend der psychischen Grundpflege ab, die diese diagnostische und therapeutische Komponente beinhaltet und deshalb die entsprechende Bedarfsermittlung zwingend eine Zusammenarbeit der Pflege mit dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin erfordere. Im ärztlichen Auftrag resp. in der ärztlichen Anordnung müsse daher präzisiert werden können, ob Massnahmen der allgemeinen Grundpflege oder aber der psychischen Grundpflege in Auftrag gegeben resp. angeordnet werden. Zur Stärkung der Patientensicherheit und Steigerung der Pflegequalität sei ein Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern, welche dieselbe Patientin /

denselben Patienten behandeln, unabdingbar. Insofern müsse das gesamte Behandlungsteam, d. h. sowohl Ärzteschaft als auch Pflegepersonal, über die erbrachten Behandlungs- und Pflegeleistungen auf dem Laufenden sein. Dies bedinge klare Kompetenzregelungen, Kompetenzzuweisungen und Kompetenzabgrenzungen zwischen Ärzteschaft und Pflegepersonal. Jegliche Koordinationsleistung sei für alle Beteiligten angemessen und sachgerecht zu entschädigen.

*Groupe Mutuel* begrüsst die vorgesehenen Bedingungen, die die Pflegefachpersonen einhalten müssen, damit sie direkt zulasten der OKP abrechnen können. Allerdings beurteilt sie die Massnahmen zur Kosteneindämmung als generell schwach und fordert einige Ergänzungen. So soll der Bedarf an Pflegepersonal nach einer schweizweit einheitlichen Methode ermittelt werden. Auf diese Weise könnten die Kantone die Zahl der von ihnen zu gewährenden OKP-Zulassungen an den nachgewiesenen Bedarf anpassen. Die Verteilung der Leistungserbringer würde optimiert, das Risiko einer ungleichen räumlichen Verteilung verringert und ein mögliches Überangebot, das die Kosten der OKP in die Höhe treiben würde, vermieden. Die Umsetzung des Kostenüberwachungsmechanismus durch die betroffenen Verbände erfordere es, dass auf der Rechnung angegeben wird, ob das Pflegepersonal aufgrund einer Verordnung, eines ärztlichen Auftrags oder aus eigenem Antrieb handelte. Dafür müsse eine Ad-hoc-Position geschaffen werden. Sollte es zu doppelt erbrachten Pflegeleistungen kommen, einmal auf der Grundlage einer ärztlichen Verschreibung und einmal ohne ärztliche Verschreibung, so ist *Groupe Mutuel* der Ansicht, dass in der Verordnung eine Priorisierung vorgesehen wird: Leistungen auf Grundlage einer ärztlichen Verschreibung sollten Vorrang vor den anderen haben. *Groupe Mutuel* sieht zudem vor, dass die Wahl des Pflegepersonals oder der Pflegeorganisationen durch neue Versicherungsformen eingeschränkt werden könnten. Für Arztpraxen, die Pflegepersonal beschäftigen, schlägt die *Groupe Mutuel* vor, dass sehr einfache Handlungen (z. B. eine Schnittwunde behandeln) direkt vom Pflegepersonal übernommen werden und zu einem tieferen Tarif verrechnet werden können, als wenn der Fall vom Arzt selbst behandelt worden wäre.

Artikel 36 Absatz 3 KVG sieht vor, dass Organisationen, die Pflegepersonal beschäftigen, über einen vom Kanton erteilten Leistungsauftrag verfügen müssen. Artikel 13 Absatz 3 des Bundesgesetzes über die Förderung der Ausbildung in der Krankenpflege beschränkt diese Verpflichtung jedoch auf eine Dauer von acht Jahren. Die *Groupe Mutuel* fragt sich, warum das kantonale Mandatssystem und die ab dem neunten Jahr geltende Regelung so zeitlich begrenzt sind.

*mfe* und *PIP* begrüssen die Vorlage und die Möglichkeit der direkten Rechnungsstellung an die OKP für bestimmte Pflegeleistungen, die eine Pflegefachperson eigenverantwortlich erbringen kann. Nach dem interprofessionellen Ansatz müssen Personen in Gesundheitsberufen in der Lage sein, unabhängig, d. h. ohne ärztliche Anordnung und in eigener Verantwortung, in ihrem Kompetenzbereich zu arbeiten. Kompetenzen und Grenzen sind klar zu definieren.

Diese neue Kompetenz, die den Pflegefachpersonen eingeräumt wird, trägt zu einer effizienteren Verteilung der Ressourcen bei und ermöglicht es auch, Hausärztinnen und Kinderärzte von gewissen Pflege- und Koordinationsaufgaben zu entlasten, sodass sie sich auf ihre spezifischen Kompetenzen konzentrieren können. In diesem Zusammenhang ist es für *mfe* nicht nachvollziehbar, dass die eigenverantwortliche Bedarfsermittlung der erforderlichen Pflege nur einmal nach den ersten neun Monaten erneuert werden kann. Folglich muss die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt spätestens nach 18 Monaten konsultiert werden, und – sofern die Pflege fortgesetzt werden soll – ist eine ärztliche Anordnung oder ein ärztlicher Auftrag auch für die Leistungen zur Abklärung, Beratung, Koordination und für die Grundpflege erforderlich. Diese Bestimmung widerspricht dem interprofessionellen Ansatz, bei dem jeder Beruf in seinem Kompetenzbereich eigenständig ausgeübt werden soll. Mit dem Artikel behält der Arzt bzw. die Ärztin jedoch die Hoheit über den Pflegebereich, der in diesem Sinne nur oberflächlich betrachtet autonom ist.

*mfe* und *PIP* stehen der geplanten Kompetenz der Kantone, die Zulassungen für Pflegefachpersonen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause zu beschränken,

sehr kritisch gegenüber. Eine ähnliche Regelung gilt seit Kurzem für Ärztinnen und Ärzte, was zu enormen Schwierigkeiten führe. Die Methoden zur Berechnung des «Versorgungsgrads» lieferten nämlich Ergebnisse, die nicht der Realität vor Ort entsprechen. Dies zeige sich beispielsweise daran, dass es für die Bevölkerung schwierig, je nach Region gar extrem schwierig ist, eine Hausarztpraxis zu finden. Darüber hinaus führe ein eingeschränktes Recht, zu Lasten der OKP zu praktizieren, dazu, dass die Entscheidung und die Motivation Studierender und junger Gesundheitsfachpersonen, weiter zu studieren bzw. im Beruf zu verbleiben, nachliesse, mit dem Risiko eines verschärften Mangels an Pflegepersonal und wachsender Abhängigkeit vom Ausland, um die Grundversorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

*Pharmasuisse* fordert, dass das EDI die Leistungen, insbesondere jene der Koordination, bezeichnet. Die Koordination sei ein wesentliches Element der interprofessionellen Arbeit und sollte daher eine Leistung sein, die auch für die anderen Gesundheitsfachpersonen (Pflegefachpersonen, Apothekerinnen und Apotheker, Ärztinnen und Ärzte, usw.) definiert wird, insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit, die für die Verbesserung der Effizienz der Versorgung unerlässlich sei. Der Bundesrat solle die Koordination zwischen der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt und dem Pflegepersonal regeln. Er solle dies auch mit den anderen Gesundheitsfachkräften tun, die an der Betreuung der Patienten beteiligt sind, einschliesslich der Apothekerin bzw. des Apothekers. Dabei müsse auch die Vergütung von allen beteiligten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen berücksichtigt werden.

*Santésuisse* merkt an, dass der Bedarf an Pflegepersonal und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause zwingend nach einer national einheitlichen Methode ermittelt werden sollte, ähnlich wie die Höchstzahl der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich. Auf diese Weise könnten die Kantone die Anzahl der von der OKP zu erteilenden Zulassungen an den nachgewiesenen Bedarf anpassen. Die Verteilung der Leistungserbringer würde optimiert, das Risiko einer ungleichen territorialen Verteilung verringert und ein mögliches Überangebot, das die Kosten der OKP erhöhen würde, vermieden.

Der SBK (und mit ihm *SBK-BE, SBK-GR, SBK-NE-JU, BroteggPraxis, Curacasa, IG SwissANP, ISMI, NOPS, OST, PHSchweiz, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung, SVBG, SVF-ADF, Unia und ZHAW*), *ASPS, PBL, Spitex Schweiz* und *Spitex Zürich* verlangen, dass in der KVV der Titel des 6. Abschnitts im 1. Teil, 4. Titel, angepasst wird, da der bisherige Titel den verfassungsmässig garantierten, eigenständigen Bereich der Pflege nicht abbilde («Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen»). Bei den Pflegefachpersonen handle es sich um Personen, die ihre Leistungen eben nicht nur auf ärztliche Anordnung erbringen, bzw. deren Leistungen nur zum Teil auf ärztliche Anordnung hin erbracht würden.

Der *SBK-BSBL* macht darauf aufmerksam, dass der Titel des 2. Kapitels der KLV angepasst werden müsse («Auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbrachte Leistungen»), da dieser Titel mit den Änderungen nicht mehr zutreffend sei.

Der *SGB* lehnt die vorgeschlagene Umsetzung des «eigenverantwortlichen Bereichs» bzw. der neu direkt durch Pflegefachpersonen abrechenbaren Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege ab. Der vorliegende Entwurf sehe eine Reihe teils fast prohibitiver Bedingungen für die Umsetzung des «eigenverantwortlichen Bereichs» vor, die letztlich darauf hinauslaufen, dass dieser gar nicht entstehen könne. Der *SGB* bittet deshalb darum, dass dies korrigiert und die entsprechenden Änderungen in der KLV angepasst werden.

### **3.4 Allgemeine Bemerkungen zur Verordnung über die Finanzhilfen zur Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung (EmGvV)**

Die EmGvV wird von der grossen Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden begrüsst, wobei insbesondere die Wichtigkeit der Förderung der Interprofessionalität hervorgehoben wird.

Die *GDK* und mit ihr die Kantone *AG, BE, FR, NE, OW, SZ, TG, TI, UR, ZG* und *ZH* begrüßen den Entscheid des Bundes, die zweite Phase des Förderprogramms Interprofessionalität umzusetzen und konkrete Projekte mit Finanzhilfen des Bundes zu fördern. Sie unterstützen die damit verbundenen Ziele der Effizienzsteigerung und Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit ausdrücklich, weil diese dazu beitragen könnten, den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen abzufedern. Sie unterstützen die Bestimmungen in der Verordnung zu den Voraussetzungen und zum Vorgehen für die Gewährung von Finanzhilfen durch den Bund. Als besonders wertvoll erachten sie die Voraussetzungen in Artikel 2 EmGvV, wonach das Projekt auf andere Kontexte und Regionen übertragbar sein müsse. Sie fordern aber, dass die Bestimmungen mit Augenmass umgesetzt und der administrative Aufwand für die Gesuchseinreichung und die Berichterstattung / Evaluation kleingehalten werde.

*VD* begrüsst die Verordnung und unterstreicht die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Der Kanton betont auch die Bedeutung von Projekten zur Förderung der *Advanced Practice Nurse (APN)* in der Gesundheitsversorgung. Solche könnten durch die Hochschulen in Zusammenarbeit mit den kantonalen Gesundheitsdirektionen eingereicht werden.

*VD, BFH, FKG* und *VFP* sehen in diesem Förderungsinstrument auch eine Möglichkeit, innovative Versorgungsmodelle unter Einbezug von neuen Rollen der Pflege (z.B. *APN*) zu entwickeln und zu prüfen. Sie erachten das vorgeschlagene Verfahren als zielführend und praktikabel. Es sei allerdings fraglich, ob 8 Millionen CHF über fünf Jahre und einer Maximalhöhe von 400'000 CHF für ein Projekt ausreichend seien. Regionale und professionsübergreifende, modellartige Projekte seien finanzintensiv und langfristig angelegt, damit seien acht Jahre Förderzeit eventuell zu kurz gegriffen. *VD* und *SNLeaders* weisen darauf hin, dass solche neue Versorgungsmodelle einen Anteil an Leistungen beinhalten können, der im aktuellen versicherungstechnischen Kontext nicht abgedeckt sei. Die Kosten seien daher erheblich.

Für die *SVP* besteht kein Zweifel daran, dass der Bedarf an Pflegefachkräften in der Schweiz durch die demografische Entwicklung laufend zunehmen werde. Effizienzsteigerungen und die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen seien neben der Ausbildung zusätzlicher Pflegefachkräfte zentrale Elemente zur Lösung des Fachkräftemangels. Das Ziel von Bund und Kantonen müsse es sein, Gesundheitsleistungen so effizient wie möglich zu erbringen und somit den Anstieg der Krankenkassenprämien mindestens zu bremsen. Eine ungerechtfertigte Aufblähung des Gesundheitswesens müsse verhindert werden.

Gemäss *ARTISET* fehlen im Bereich der Alters- und Pflegeheime oft die Gelder, um überhaupt Projekte zu initiieren. Der Bund sollte deshalb Gelder für die Verbreitung von Projekten mit Modellcharakter, die sich auch für diesen Bereich eignen, zur Verfügung stellen. Zudem würden es *ARTISET* und *Innovation sociale* begrüßen, wenn auch Projekte gefördert werden könnten, die eine Reduktion der administrativen Belastung der Pflegenden zum Ziel haben.

*BEKAG* und *FMH* begrüßen die konkrete Förderung von Projekten durch Finanzhilfen des Bundes, welche unter anderem auf eine Effizienzsteigerung der interprofessionellen Zusammenarbeit fokussieren. Sie erachten es als wichtig, dass der Aufwand für die Gesuchseinreichung, die Berichterstattung und die Evaluation in einem vernünftigen Verhältnis zur Grösse und zu den Ressourcen der jeweiligen Projekte stehe. *BEKAG* und *FMH* begrüßen die gesetzlichen Bestimmungen im *MedBG* und *GesBG* zur Förderung von Projekten für eine Unterstützung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung, insbesondere begrüßen sie neue innovative Ansätze zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen. Es sei vor allem wichtig, mittels *EmGvV* die Kriterien für die Projektauswahl transparent zu publizieren. Aus ihrer Sicht sollte für eine «ausreichende Pflege von hoher Qualität» die Einführung einer «nurse-to-patient-ratio» pro Versorgungsbereich zur Sicherstellung von Qualität und Sicherheit erfolgen. Eine angemessene Abgeltung der Pflegeleistungen zur Sicherstellung eines angemessenen Lohns sei unabdingbar und wirke sich direkt auf die Patientensicherheit und Pflegequalität aus. Es wird begrüsst, dass Leistungen, welche in der notwendigen Qualität, effizient und wirtschaftlich erbracht werden, angemessen vergütet werden.

*BFH, FKG* und *VFP* würden einen verstärkten Einbezug von Pflegefachpersonen bei der Evaluierung der Projekte sehr begrüssen und gehen davon aus, dass die Kosten für eine vertiefte Evaluation durch den Bund getragen werden. Dies sei explizit zu erwähnen.

*BSH, mfe, PIP, Spitex Schweiz* und *Spitex Zürich* fordern, dass die Umsetzung der Finanzhilfen nicht ähnlich kompliziert gestaltet werde wie die Umsetzung des Experimentierartikels. Die bisherigen Erfahrungen mit dem Experimentierartikel zeigten, dass die Hürden zu hoch seien. Dieser Fehler sei zwingend zu vermeiden.

*IMAD*, die das Projekt vorbehaltlos unterstützt, drückt die Hoffnung aus, dass die Umsetzung einfach erfolge und dass die Interessenten während dem Antragsverfahren unterstützt werden. Dies im Gegensatz zur Umsetzung des Experimentierartikels.

*Innovation sociale* ist der Ansicht, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit grundsätzlich über die Gesundheitsberufe hinausgehen und eine Erweiterung auf die Berufsgruppe der Sozialen Arbeit finden sollte. Diese würden in der Realität bereits heute eng zusammenarbeiten und zukunftsweisende, effiziente Versorgungssysteme könnten nur durch eine verstärkte und anerkannte inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und sozialen Berufsgruppen erfolgreich durchgeführt werden. Projekte, die im Rahmen der EmGvV Fördergelder erhalten, sollten ihre Ideen teilen. Zu diesem Zweck soll das BAG eine Best Practices-Plattform aufbauen, über die Ideen und Resultate geteilt werden können.

*mfe* und *PIP* begrüssen, dass die Interprofessionalität als wichtiger Aspekt einer effizienten medizinischen Grundversorgung anerkannt wird. Sie bezweifeln, dass der Beitrag von CHF 8 Mio. über 4 Jahre eine nachhaltige Förderung der Effizienz und der Interprofessionalität in der medizinischen Grundversorgung bewirken wird. Dafür wäre eine dauerhafte, über die heutigen Strukturen hinausführende Finanzierung unverzichtbar.

In Bezug auf die Prioritätenliste sollten – neben dem gesetzten Fokus auf die Langzeitpflege – andere Prioritäten vorgesehen werden. Beispielsweise sollten Versorgungsbereiche mit Fachkräftemangel (Hausarztmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie) und die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen priorisiert werden. Weiter sollten alle Projekte darauf ausgerichtet sein, das Selbstmanagements der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

*Pharmasuisse* begrüsst die Finanzhilfen zur Förderung der medizinischen Grundversorgung, insbesondere mit dem Ziel die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen zu verbessern. Der Schwerpunkt dürfe dabei jedoch nicht allein auf die (Langzeit-)Pflege gelegt werden. Der sich zuspitzende Personalengpass und Fachkräftemangel zeigten sich nicht nur in der Pflege, sondern auch bei den Apothekerinnen und Apothekern sowie den Pharma-Assistentinnen und -Assistenten bzw. den Fachpersonen Apotheke. Dies gelte es ebenfalls zu berücksichtigen. Diverse Leistungen der Apothekerschaft verbesserten auch jetzt schon die Behandlungsqualität, z. B. durch das Projekt myCare Start zur Förderung der Therapietreue bei chronisch Kranken, Qualitätszirkel von Ärztinnen/Ärzten, Apothekerinnen/Apothekern sowie zwischen Ärztinnen/Ärzten, Pflegenden und Apothekerinnen/Apothekern (z. B. wie im Freiburger Modell der pharmazeutischen Betreuung in Pflegeheimen).

*santésuisse* bedauert, dass der Bund selbst kein Projekt im Zusammenhang mit der Effizienz in der Pflege in Angriff genommen habe. *santésuisse* erachtet es als wichtig, Projekte zu unterstützen, welche die Effizienz der Pflege verbessern möchten. Es fehle hierzu eine nationale Leitlinie und Führungsspitze.

*Spitex Schweiz* und *Spitex Zürich* lehnen die Deckung durch die Finanzhilfen auf höchstens die Hälfte der anrechenbaren Kosten der Projekte als nicht zielführend ab. Sie verhindere eine sinnvolle Umsetzung und setze voraus, dass sich Leistungserbringer durch die Finanzierer oder weitere Dritte Mittel beschaffen, da solche Projekte nicht aus den ordentlichen Einnahmen finanziert werden könnten.

### **3.5 Allgemeine Bemerkungen zur Verordnung über die abschliessende Inkraftsetzung des Gesundheitsberufegesetzes**

Zur Verordnung über die abschliessende Inkraftsetzung des Gesundheitsberufegesetzes gab es keine allgemeinen Bemerkungen.

## **4 Stellungnahmen zu den einzelnen Bestimmungen**

### **4.1 Verordnung über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege (Ausbildungsförderverordnung Pflege)**

#### **4.1.1 Artikel 1**

##### **4.1.1.1 Artikel 1 Absatz 1**

VD erinnert daran, wie wichtig es sei, die universitäre Ausbildung in Pflegewissenschaft auf Masterstufe zu unterstützen, aufgrund der zentrale Rolle, die diese Ausbildung für das Gesundheitssystem spielt.

##### **4.1.1.2 Artikel 1 Absatz 2**

VD schlägt zwei neue Formulierungen für diesen Absatz vor:

- Die Höhe der Bundesbeiträge richtet sich nach den verfügbaren finanziellen Mitteln.»
- «Es besteht kein Anspruch auf Bundesbeiträge. Sie können aufgrund der verfügbaren finanziellen Mittel begrenzt werden.»

Die im Entwurf vorgesehene Formulierung suggeriere, dass der Bund einen Beitrag ablehnen könnte, ohne sich auf ein bestimmtes Kriterium zu stützen und potenziell ohne, dass die finanziellen Mittel ausgeschöpft werden. Es sei wichtig, dass keine Beiträge abgelehnt werden könnten, solange die finanzielle Grenze nicht erreicht ist.

#### **4.1.2 Artikel 2 Voraussetzungen**

Die GDK und mit ihr die EDK sowie die Kantone AG, AI, BE, FR, GL, GR, LU, NE, OW, SZ, UR, VD, VS, ZG und ZH begrüssen es, dass der Bund den Kantonen für alle Aufwendungen zur Förderung und Sicherstellung von praktischen Ausbildungsplätzen Beiträge gewähren will, d. h. dass er nicht zwischen bestehenden und zusätzlichen/neu geschaffenen Praktikumsplätzen unterscheidet. Damit anerkenne er den Umstand, dass auch das Angebot bestehender Praktikumsplätze mit jährlich wiederkehrenden Kosten verbunden sei, und bestrafe nicht diejenigen Kantone, welche das Ausbildungspotenzial in den Betrieben bereits weitgehend ausgeschöpft haben. Die GDK betont, dass es für die Kantone, die nach Annahme der Pflegeinitiative bereits zusätzliche Massnahmen zur Förderung der Ausbildung in der Pflege beschlossen haben, entscheidend sei, dass der Bund auch diese Massnahmen ab dem 1. Juli 2024 unterstützt, wenn sie unter einen der drei Förderbereiche des Bundesgesetzes fallen.

BL fordert, dass Begrifflichkeiten wie Praktikumswoche, Praktikumsplätze oder Ausbildungsplätze genauer definiert werden sollen.

FR weist darauf hin, dass die Trägerkantone der HES-SO einen Fonds alimentieren, über den Beiträge an Betriebe ausbezahlt werden, die Praktikumsplätze für Studierende der HES-SO anbieten. Die Kantonsbeiträge würden somit indirekt erfolgen, es sei deshalb zu klären, ob die Bundesbeiträge auch mit diesem System ausgerichtet werden könnten.

##### **4.1.2.1 Artikel 2 Absatz 1**

GE und HES-SO merken an, dass Artikel 2 Absatz 1 in Buchstaben a und b nicht präzisiert, wie Artikel 5 des Bundesgesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege umzusetzen ist.

#### **4.1.2.2 Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a**

Zu Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a gab es keine Bemerkungen.

#### **4.1.2.3 Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe b**

*BL*, *SO* und *VD* begrüßen die Absicht des Bundes, ebenfalls für kantonale Aufwendungen zur Förderung der Innovation und Qualität in der praktischen Ausbildung Bundesbeiträge zu gewähren. Sie wünschen diesbezüglich jedoch zusätzliche Erläuterungen in Bezug auf die Modalitäten zur Ausrichtung entsprechender Beiträge.

*ARTISET* fordert, dass die Berufsbildnerinnen und Berufsbildner gestärkt werden müssen. Dies könne durch eine bessere Entlohnung und durch mehr Zeit für die Betreuung der Studierenden erfolgen. Zudem müssten regelmässige Weiterbildungen bzw. Coachings bei schwierigen Ausbildungssituationen möglich sein.

*ASPS* und *Spitex Schweiz* verlangen, dass dieser Artikel auch die Entschädigung für Leistungen der Berufsbildnerinnen und Berufsbildner umfassen müsse.

Auch *IMAD* verweist darauf, dass nicht nur die Ausbildung im engeren Sinne, sondern auch verschiedene Aspekte im Zusammenhang mit Ausbilderinnen und Ausbildern entschädigt werden sollen (z. B. deren Ausbildung oder eine Kompensation der für die Ausbildung aufgewendeten Zeit).

*BFH* und *VFP* begrüßen ausdrücklich das Ziel, sowohl die Qualität der praktischen Ausbildung als auch die Ausbildung und Rolle der Berufsbildnerinnen und Berufsbildner zu verbessern resp. zu stärken. Diese fördernden Massnahmen müssten jedoch für die praktische Ausbildung gleichermassen auf HF und FH- (und gemäss *VFP* allenfalls universitärer) Ebene gelten, damit kein Ungleichgewicht zwischen den verschiedenen Ausbildungen entstehe.

*OST* betont die Wichtigkeit der Senkung der Abbruchraten in der Ausbildung, bei der die Qualität der praktischen Ausbildung eine zentrale Rolle spiele. Dies soll durch einen Einbezug der FH geschehen, was voraussetze, dass hierfür eine adäquate Vergütung zur Verfügung stehe, respektiv alternativ notwendige Stellenprozente vorgegeben werden.

*PBL* fordert, dass das Qualifikationsniveau der Berufsbildungsverantwortlichen flächendeckend sichergestellt und entsprechende klinische Funktionen finanziert werden, zudem müsse die Dokumentationslast im Kontext der Praxisbegleitungen signifikant gesenkt werden. In der Praxis zeichne sich ein deutlicher Mehraufwand der Berufsbildenden zur Bewältigung von psychischen Krisensituationen der Studierenden ab, die sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit und Belastbarkeit auswirke und regelmässig zu Abbrüchen führe.

Laut *senesuisse* ist es wichtig, dass Geld zur Verfügung gestellt wird, damit genügend Ausbilderinnen und Ausbilder sichergestellt und gute Rahmenbedingungen geschaffen werden können. Dadurch soll die Abbruchrate in der Ausbildung sinken.

Für den *SBK-BSBL* ist unklar, was unter der Verbesserung der Qualität zu verstehen sei. Es sei nicht klar, ob es um die Erhöhung der Anzahl Auszubildender gehe oder darum, die Ausbildungen selbst qualitativ zu verbessern.

#### **4.1.2.4 Artikel 2 Absatz 2**

Für die *GDK* und mit ihr die *EDK* sowie die Kantone *AG*, *AI*, *BE*, *BL*, *FR*, *GL*, *GR*, *NE*, *OW*, *SG*, *SZ*, *UR*, *VS*, *ZG* und *ZH* gehört die Regelung, wonach Praktikumswochen in Spitälern, die schon über Artikel 49a KVG abgegolten werden, nicht nochmals abgegolten werden dürfen, nicht in diese Verordnung. Dies, weil die Ausbildungsförderverordnung Pflege nicht die Tariffestsetzung im stationären Bereich regle.

Für *GE* ist der Zusammenhang zwischen den Artikeln des KVG (Art. 49a und Art. 49 Absatz 3) und der Vorlage zu klären. Es muss präzisiert werden, was genau die Finanzierung von Ausbildungskosten nach KVG abdeckt und was die Kantone hier als Bundesbeiträge beantragen können, was nicht.

*JU* verlangt eine Präzisierung, was mit «Die Spitäler müssen die Bundesbeiträge vor der Berechnung des Tarifs ... abziehen» gemeint ist. Diese Formulierung sei unklar und verwirrend. Tatsächlich erhielten die Spitäler seines Wissens gar keine Bundesbeiträge. Die Beiträge, die Spitäler im Rahmen der Ausbildungsförderung erhalten, stammen von den Kantonen, die ihrerseits für die geleisteten Beträge Bundesbeiträge erhalten können. Es muss geklärt werden, wie der vom Gesetzgeber gewollte Mechanismus zu verstehen ist, insbesondere wenn sich herausstellt, dass die Spitaltarife nach Artikel 49 und 49a KVG die Kosten der Spitäler nicht decken.

Auch *VD* verlangt zwei Klärungen: Erstens sollte die Terminologie geklärt werden, damit sie mit Artikel 49 KVG übereinstimmt (betrifft nur den französischen Text): Handelt es sich um eine «stationäre» Behandlung (traitement «stationnaire») oder um eine Spitalbehandlung (traitement «hospitalier»)? Und zweitens sollte der Zusammenhang zwischen den Artikeln 49 Absatz 3 und 49a KVG und der Verordnung geklärt werden, insbesondere die Frage, was die Kantone als Beitrag beantragen können. *HES-SO* schliesst sich dieser Forderung an.

*VS* beantragt die folgende Ergänzung des ersten Satzes: « [...] sofern die Aufwendungen bei der Berechnung des Tarifs tatsächlich berücksichtigt werden konnten.»

Der *SBK* und mit ihm *BFH*, *BroteggPraxis*, *Curacasa*, *IG swissAPN*, *ISMI-PSIM*, *NOPS*, *Public Health Schweiz*, *SBK-BE*, *SBK-BSBL*, *SBK-GR*, *SBK-NE-JU*, *SHV*, *SIGA*, *SNLeaders*, *SNS*, *SP*, *SSPH+*, *Stillförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF*, *Syna*, *UNIA*, *VFP*, *vsao* und *ZHAW* sind der Meinung, dass Anreize für Spitäler (die bereits heute am meisten Pflegende ausbilden) geschaffen werden sollen, damit sie ihre Kapazitäten, wenn möglich, noch weiter erhöhen oder die Abbruchrate während der Ausbildung senken. Sie hätten deutlich geringere Möglichkeiten und dadurch auch weniger Anreize, um durch zusätzliche Ausbildungsanstrengungen von den zusätzlichen Beiträgen zu profitieren. Es sollen zudem Lösungen aufgezeigt werden, wie Spitäler trotz der Vermeidung von Doppelfinanzierungen von der Ausbildungsförderung profitieren können sollen. Sie schlagen deshalb vor, dass die Nettonormkosten (die aus dem Jahr 2011 stammen) den aktuellen Gegebenheiten angepasst und erhöht werden sollen (Teuerung, höhere Lohnkosten, höhere Energiepreise). Zudem soll in einem neuen Artikel geregelt werden, dass die Institutionen neben Projektförderungsanträgen pauschal die Differenz von den neu bemessenen zu den bestehenden Nettonormkosten beantragen können. Auch *PBL* und *senesuisse* schliessen sich diesem Vorschlag an.

*SNLeaders* und *VFP* verlangen zudem, dass sichergestellt wird, dass Institutionen mit bereits bestehender Ausbildungsvereinbarung, welche die nach KVG abgegoltenen Ausbildungsleistungen ausweisen können, gegenüber Institutionen ohne bereits bestehende Ausbildungsvereinbarung nicht benachteiligt werden.

Auch für *H+* ist es problematisch, dass die Normempfehlung der GDK für diese Kosten seit 2015 auf gleicher Höhe liegt. Die Daten dazu stammten aus dem Jahr 2012 und früher und seien somit keine aktuelle und zuverlässige Grundlage. Aufgrund der allgemeinen Teuerung sei davon auszugehen, dass die aktuellen Kosten deutlich höher lägen als die Nettonormkosten und deshalb im Falle der Spitäler durch die normativen Beiträge nicht gedeckt seien. *H+* fordert deshalb, dass im Rahmen der Umsetzung der Pflegeinitiative die Finanzierung der praktischen Ausbildungsleistungen der Spitäler und die aktuell unzureichende Kostendeckung durch die Nettonormbeträge kompensiert und die zusätzlich benötigten Mittel garantiert werden. Dies sei statthaft, da Ausbildungsleistungen keine medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen im eigentlichen Sinne seien. Sie sollen im Sinne von Artikel 2 Absatz 1 eingesetzt werden und subventionsberechtigt sein. *H+* fordert deshalb die folgende Anpassung von Artikel 2 Absatz 2: «Als kantonale Aufwendungen an Spitäler sind nur Aufwendungen anrechenbar, die nicht bereits nach Artikel 49a des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) abgegolten werden. Die Spitäler müssen die Bundesbeiträge vor der Berechnung des Tarifs für die Vergütung der stationären Behandlung nach Artikel 49 KVG abziehen. Die Kantone bestimmen gemeinsam mit ihren Leistungserbringern die zusätzlich nötigen Finanzmittel, um die Ziele der Pflegeinitiative gemäss Artikel 2 Punkt 1 a und b zu erreichen. Diese Kosten können zu 50% seitens Bund nach Artikel 1 der

Ausbildungsförderverordnung subventioniert werden.» KOGS unterstützt diesen Anpassungsvorschlag.

Auch *OdASanté* sieht eine Ungleichbehandlung der Spitäler. Da diese einen grossen Anteil der Ausbildungsplätze anbieten würden, sollen auch für sie Anreize geschaffen werden, noch mehr Ausbildungsplätze anzubieten. Es sollen deshalb die Spitäler, die quantitativ Mehrleistungen im Sinne des Ausbildungsfördergesetzes Pflege leisten, diese auch gemäss diesem Gesetz abrechnen können. Diese Spitäler liessen sich auf Basis der Ausbildungsverpflichtungen eruieren.

#### **4.1.3 Artikel 3 Bemessung**

*TI* beantragt, dass ein neuer Artikel 1<sup>bis</sup> mit folgendem Wortlaut eingefügt werden soll: «Die Bundesbeiträge werden insbesondere in Bezug auf alle von den Kantonen ab dem 1. Januar 2021 gewährten Beiträge anerkannt.»

##### **4.1.3.1 Artikel 3 Absatz 1**

*VD* bittet um eine Klärung: Artikel 8 Absatz 2 des Bundesgesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege sieht vor, dass der Bund sich zu maximal 50 Prozent an den Beiträgen der Kantone beteiligt, während dieser Absatz diese Höchstgrenze nicht übernimmt. Dies ist zwar vorteilhaft für die Kantone, es sollte aber nicht sein, dass dies zu Verwirrung führt, denn nach Ansicht von *VD* gilt (wie gesetzlich verankert) tatsächlich höchstens die Hälfte, der Bundesbeitrag könnte also unter 50 Prozent des vom Kanton übernommenen Betrags liegen.

*OST* beantragt, dass der Bund einen minimalen Beitrag leisten soll, unabhängig des Entscheides der Kantone.

##### **4.1.3.2 Artikel 3 Absatz 2**

Die *GDK* und mit ihr die *EDK* sowie die Kantone *AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG* und *ZH* lehnen die geplante degressive Abstufung der Bundesbeiträge um 5 Prozent ab dem 1. Januar 2030 entschieden ab und können die Begründung dafür nicht nachvollziehen. Sie beantragen deshalb die Streichung von Artikel 3 Absatz 2. Die Kantone hätten die Ausbildung von Gesundheitspersonal (wozu nicht nur die Diplompflege gehöre) bereits vor Inkrafttreten des Ausbildungsfördergesetzes Pflege unterstützt, indem sie u.a. Ausbildungsverpflichtungen umgesetzt hätten und die Ausbildungskosten über die Tarife bzw. die Restfinanzierung mitfinanzierten und weitere Aktivitäten/Angebote finanziell unterstützten. Die Kantone würden diese Anstrengungen nach Auslaufen des Ausbildungsfördergesetzes Pflege selbstverständlich fortführen. Es werde für die meisten Kantone finanziell aber nicht zu leisten sein, die Massnahmen gemäss Ausbildungsfördergesetz Pflege über dessen Dauer hinaus unbefristet fortzuführen und die dafür nötigen finanziellen Mittel ohne Zuschuss des Bundes zu verstetigen. Sie würden dies höchstens für spezifische Massnahmen tun können, welche sich nicht nur auf das diplomierte Pflegefachpersonal, sondern auch auf andere Gesundheitsberufe beziehen könnten. Abgestufte Bundesbeiträge zum Ende der Förderperiode hin würden an dieser Situation in den Kantonen nichts ändern, sondern im Gegenteil die finanzielle Planungssicherheit der Kantone erschweren und damit die Wirkung der Ausbildungsinitiative in den letzten Jahren einschränken. Die Regelung sei zudem nicht konsistent, da sich die Abstufung nur auf zwei der drei Förderbereiche des Bundesgesetzes beziehe. Schliesslich weisen die Kantone darauf hin, dass der neue Verfassungsartikel die Kantone und den Bund dazu verpflichte, für eine genügende Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen zu sorgen. Auch die Befristung des Ausbildungsfördergesetzes Pflege auf acht Jahre sei unter diesem Gesichtspunkt nicht nachvollziehbar.

Auch *BE* beantragt die Streichung von Artikel 3 Absatz 2 und verweist darauf, dass der Kanton bereits seit dem 1. Januar 2012 aufgrund der gesetzlich verankerten Ausbildungsverpflichtung den Leistungserbringern aller Versorgungsbereiche ihre praktische Ausbildungsleistung für Pflegeausbildungen auf Stufe HF und FH entschädige. Diese Entschädigung sowie die bereits heute ausbezahlten Ausbildungsbeiträge an Studierende zur Sicherung

ihrer Lebenshaltungskosten sollen nach Beendigung der Mitfinanzierung weitergeführt werden. BE erachtet die geplante degressive Abstufung als Missachtung der bereits vor der Pflegeinitiative erbrachten grossen finanziellen Leistungen des Kantons.

Auch SH lehnt die degressive Abstufung der Bundesbeiträge ab. Sie stelle keinen Anreiz für eine Fortführung dar, sondern erschwere vielmehr die Umsetzung der Ausbildungsinitiative in den Jahren 2030–2032.

Aus Sicht von *ARTISET, BGS, BroteggPraxis, Curacasa, EVP, GRÜNE, H+, IDS, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PBL, Public Health Schweiz, SBK, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, SBK-NE-JU, SBG, senesuisse, SHV/FSSF, SIGA, SNS, SP Schweiz, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, UNIA, vsao* und *ZHAW* ist die Degression der Bundesbeiträge unnötig, da sie sowieso zeitlich begrenzt seien.

Auch *ASPS, KOGS, OdASanté* und *Spitex Schweiz* sprechen sich gegen die sukzessive Reduktion der Bundesbeiträge aus und beantragen die Streichung des Artikels.

*MFÄF* würde eine zeitliche Befristung der Beiträge bis 2030 und eine Verlängerung der Unterstützungsmassnahmen des Bundes nach einer Analyse der Arbeitsmarktsituation vorziehen statt einer Kürzung um 5 % ab 2030. Dies komme de facto einer Verlagerung der Kosten auf die Kantone gleich.

#### **4.1.3.3 Artikel 3 Absatz 3**

*AR* ist es wichtig, dass bei der Erarbeitung einer Prioritätenliste die regionale Verteilung und damit auch kleinere Kantone berücksichtigt werden. Die Gesuchstellung bedeute für kleine Kantone einen grossen personellen Aufwand und ohne Berücksichtigung dieser Tatsache bestehe die Gefahr, dass es zu zeitlichen Verzögerungen bei der Gesuchseinreichung kommen könne, was bei der Vergabe der Bundesmittel benachteiligend sein könnte.

*GL* beantragt das Einfügen eines zusätzlichen Absatzes 4, ohne eine Formulierung dafür vorzuschlagen. Die Einführung bzw. Anwendung einer Prioritätenliste gemäss Artikel 8 Absatz 5 Ausbildungsfördergesetz Pflege müsse tunlichst vermieden werden und zumindest mehrere Jahre im Voraus angekündigt werden, sodass allfällige gesetzliche Anpassungen in den Kantonen möglich wären. Zudem müsse ein gewisser Grundstock an (bevölkerungsproportional oder proportional zum Bedarf aufgeteilten) Mitteln verlässlich über die gesamte Dauer gewährleistet werden.

*JU* ist der Ansicht, dass die Prioritätenliste bereits bei der Umsetzung des Gesetzes veröffentlicht werden und den Kantonen bekannt sein sollte. Es sei nicht akzeptabel, mit der Festlegung der Prioritäten warten zu müssen, bis man in eine Situation gerate, in der die Nachfrage das Angebot übersteige. Die Kantone müssten diese Elemente kennen, um ihre Aktionspläne definieren und die Budgets für die verschiedenen gesetzlich vorgesehenen Massnahmen zuweisen zu können. Denn es sollten nicht die Kantone sein, die das Risiko tragen, unter den Massnahmen zur Unterstützung der praktischen Ausbildung, der Studierenden der Pflege und/oder der Unterstützung des Bildungsgangs HF priorisieren zu müssen. Diese Prioritätenliste müsse spätestens gleichzeitig mit der Veröffentlichung der definitiven Verordnungen bekannt gemacht werden.

*SH* verlangt, dass die Budgetverteilung planbar sei und kritisiert, dass es keine Orientierungsgrössen bezüglich der zur Verfügung stehenden Mittel gebe. Klarheit darüber, welche finanziellen Mittel zur Verfügung der ungedeckten Ausbildungskosten offenstehen, wäre aus Sicht SH wichtig. Zudem sei der Zeitraum vom Frühjahr 2024 bis zum 1. Juli 2024 für die Detailkonzeptionen mit allen Betroffenen zu kurz bemessen.

*VD* fordert mehr Transparenz in Bezug auf die Kriterien, die zur Erstellung dieser Prioritätenliste herangezogen werden. Eine solche Liste müsse zudem ein Gleichgewicht zwischen der praktischen Ausbildung auf Stufe HF und auf Stufe FH wahren, um sicherzustellen, dass letztere nicht benachteiligt werde.

*ARTISET, ASPS, BFH, BroteggPraxis, Curacasa, H+, IG swissANP, ISMI, KOGS, NOPS, OdASanté, Public Health Schweiz, SBK, SBK-BE, SBK-NE-JU, senesuisse, SHV, SIGA,*

*SNS, SP Schweiz, Spitex Schweiz, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Syna, Travail.Suisse, UNIA, VFP, vsao* und *ZHAW* fordern, dass, sollte eine Prioritätenliste für die Verteilung der Beiträge notwendig sein, die anzuwendenden Kriterien den Kantonen und der Öffentlichkeit offenzulegen seien.

*ASPS, BroteggPraxis, Curacasa, IG swissAPN, ISMI, NOPS, Public Health Schweiz, SBK, SBK-BE, SBK-NE-JU, senesuisse, SHV, SIGA, SNS, SP Schweiz, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, vsao* und *ZHAW* verlangen zu diesem Zweck eine Ergänzung um einen entsprechenden Absatz.

*H+*, *KOGS, OdASanté, Travail.Suisse* und *Syna* fordern, dass der Absatz entsprechend ergänzt werden müsse.

*IDS* verlangt eine Ergänzung der Verordnung um Kriterien, die für die Erstellung der Prioritätenliste durch das EDI und das WBF beachtet werden müssten.

Für *OST* ist es unklar, um was für eine Prioritätenliste es sich handle, das werde aus dem Gesetzestext nicht klar.

*SBK-BSBL* verlangt, dass eine solche Prioritätenliste frühzeitig erstellt werden müsse und vermisst irgendwelche weiteren Angaben bezüglich Zeit und Inhalt. Dieser Absatz erschwere die Planung der Kantone.

*SNLeaders* und *VFP* fordern zudem, dass dabei nebst dem Gleichgewicht der regionalen Verteilung auch ein Gleichgewicht zwischen der praktischen Ausbildung auf HF- und auf FH-Niveau sicherzustellen sei, damit die FH nicht benachteiligt werden. Eine bevorzugte Behandlung der HF-Ausbildungen würde eine klare Diskriminierung für die Romandie und das Tessin darstellen, wo die meisten Pflegefachpersonen auf Stufe FH ausgebildet werden.

#### **4.1.4 Artikel 4 Voraussetzungen**

##### **4.1.4.1 Artikel 4 Absatz 1**

*GE, JU, VD* und *VS* sowie *HES-SO, Travail.Suisse* und *Syna* machen auf einen Fehler im französischen Text der Verordnung aufmerksam und schlagen folgende Korrektur vor (betrifft nur den französischen Text): «~~Kantonsbeiträge~~ Bundesbeiträge an kantonale Ausbildungsbeiträge nach Artikel 7 [...]».

*SG* beantragt, dass die Kantone die Möglichkeit zur Rückforderung von bereits geleisteten Beiträgen bei einem Abbruch der Ausbildung bekommen.

*SH* wünscht eine Konkretisierung des Begriffs «Beiträge». Fragen der Wirksamkeit würden sich auch aus dem Verfahren zur Auszahlung der Beiträge ergeben, zumal bei der Auszahlung als Lohnzulagen die steuerliche und sozialversicherungstechnische Behandlung der Beiträge zu einem anderen Brutto-Netto-Verhältnis führen dürfte als bei Direktzahlungen durch eine kantonale Stelle.

*VD* begrüsst den vorgesehenen Mechanismus für die Gewährung von Bundesbeiträgen an kantonale Ausbildungsbeiträge. Was die Zielgruppe für diese Ausbildungsbeiträge betrifft, ist *VD* der Ansicht, dass es in der Kompetenz der Kantone liege, den Kreis der Studierenden zu definieren, die nachweislich Unterstützung benötigen, um ihren Lebensunterhalt zu bestreiten, wobei zu berücksichtigen sei, dass das Ziel der Förderung darin bestehe, den Studierenden die Teilnahme an der Pflegeausbildung zu ermöglichen.

Sowohl *EVP* als auch die *GRÜNEN* sprechen sich gegen die Vorgaben von Alterslimiten aus, diese seien zu entfernen.

Die *GRÜNEN* verlangen zudem eine Anpassung des Artikels in dem Sinne, dass die Ausbildungsbeiträge zur Sicherung des Lebensunterhaltes für die gesamte Dauer der Ausbildung gesprochen werden müssten.

*OST* möchte, dass mit dem Ziel einer Attraktivitätssteigerung so viele Studierende wie möglich unterstützt werden, ihren Lebensunterhalt zu sichern. Dass dabei der Quereinstieg,

die bereits absolvierte Vorbildung oder Familienpflichten berücksichtigt werden, sei naheliegend. Einige Kantone würden die Umsetzung aber an eine willkürliche Alterslimite binden. Das sei sinnlos und unnützlich. Es sollte insbesondere Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b der Verordnung überprüft, allenfalls angepasst oder sogar gestrichen werden.

#### 4.1.4.2 Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe a

Die GDK und mit ihr die EDK sowie die Kantone AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SZ, TG, TI, UR, VD, ZG und ZH beantragen die Streichung des zweiten Teilsatzes: « a. die Kantone die Wirksamkeit der Ausbildungsbeiträge darlegen ~~und insbesondere nachweisen, dass dank der Beiträge der Zugang zum Bildungsgang HF und zum Studiengang FH Pflege gefördert wird~~». Die GDK und die erwähnten Kantone unterstützen das Ziel, den Zugang zur Pflegeausbildung HF und FH zu fördern und erachten es als (potenziell) wirksame Massnahme, um mehr Studierende zu rekrutieren. Dabei sollte diese Massnahme aus ihrer Sicht möglichst breit verstanden werden in dem Sinne, dass die Studierendenzahlen der Pflegeausbildung HF und FH auch durch eine generelle Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen während der Ausbildung erhöht werden könnten. Es sei nachvollziehbar, dass der Bund die Auszahlung seiner Beiträge an die Wirksamkeit dieser Massnahme knüpfe. Leider schweige sich der erläuternde Bericht jedoch darüber aus, wie die Wirksamkeit der Ausbildungsbeiträge von den Kantonen darzulegen sei. Eine strenge kausale Wirkungskette werde nicht nachzuweisen sein, da oftmals ein Bündel von Faktoren für oder gegen eine Ausbildung sprechen dürften. Der Anteil an Personen, welche eine Pflegeausbildung ausschliesslich aus finanziellen Gründen nicht in Betracht ziehen, sei beschränkt. Es sollte deshalb vom Bund als hinreichender Beleg genommen werden, wenn die Studierendenzahlen zumindest auf dem bestehenden Niveau gehalten oder (hoffentlich) gesteigert werden können.

SO schliesst sich dieser Argumentation an, ohne jedoch die Streichung des zweiten Teilsatzes zu fordern.

SG merkt zudem an, dass sich die Wirkung der Bildungsmassnahmen erst zeitverzögert zeige. Eine Anpassung der ergriffenen Massnahmen sei innerhalb der acht finanzierten Jahre praktisch unmöglich.

TG verweist zudem auf das Förderprogramm HF 25plus, das bereits 2012 eingeführt worden sei und ca. einem Viertel der innerkantonal Studierenden Pflege HF dank den Förderbeiträgen das Studium ermögliche, womit die Wirksamkeit der Massnahme belegt sei. Die weitere Steigerung der Ausbildungsquoten bedinge verschiedene zusätzliche Massnahmen in den Handlungsfeldern attraktive und nachhaltige Ausbildung, attraktive und nachhaltige Anstellungsbedingungen sowie attraktive und nachhaltige Pflegeberufe. Welche Auswirkungen die Ausbildungsbeiträge an die Akteure als einer der Faktoren haben werden, werde nicht nachgewiesen werden können, zumal bereits das Versprechen von Massnahmen mit dem Fördergesetz im Thurgau eine positive Wirkung zeige.

SH verlangt die komplette Streichung des Nachweises der Wirksamkeit, da dieser stets viele Entscheidungskriterien berücksichtigen müsse und nur mit einem enormen wissenschaftlichen Aufwand erbracht werden könne. Ein wirksamer Zugang zu Personengruppen, die sich trotz der Beiträge gegen eine solche Ausbildung entschieden haben, erscheine kaum möglich. Dabei dürfte es besonders schwierig fallen, einen Kausalzusammenhang zwischen der Entscheidung zur Ausbildung auf Tertiärstufe und dem finanziellen Anreiz herzustellen.

VS sowie ARTISET und ASPS beantragen die Streichung von Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe a.

VD merkt an, dass in der aktuellen Formulierung der «Zugang zum Bildungsgang HF und zum Studiengang FH» gefördert werden soll, während man hätte schreiben müssen «Zugang zum Bildungsgang HF oder zum Studiengang FH», damit nicht diejenigen Kantone ausgeschlossen werden, die eine Ausbildung nur auf einer der beiden Stufen anbieten. BFH, H+ und VFP teilen diese Forderung.

*IDS* stellt fest, dass die Bestimmung nicht festlegt, wie die Kantone die Wirkung der Verwendung der Bundesbeiträge darlegen sollen. Deshalb müsse eine entsprechend lautende Bestimmung hinzugefügt werden.

Für *KOGS* und *OdASanté* sind die Kriterien für den Wirksamkeitsnachweis nicht klar definiert. Um festzustellen, ab wann von einem Erfolg dieser Initiative gesprochen werden könne, sollten einfache Kriterien zur Hand genommen werden. Sie verweisen dabei auf die bereits jährlich erhobenen Zahlen wie Ausbildungsabschlüsse, Ausbildungsabbrüche und so weiter.

*SAV* gibt zu bedenken, dass in der angedachten Förderung der Ausbildung systemfremde Elemente enthalten seien, die durchaus Ansprüche anderer Branchen wecken könnten. *SAV* fordert daher, dass diese Fördermassnahmen auch von der Tripartiten Berufsbildungskonferenz (TBBK) im Sinne eines Monitorings begleitet werden und dass allenfalls mithilfe einer externen Studie gewissen Fragestellungen nachgegangen werden könne. Den *SAV* interessieren nebst der kurzfristigen Wirkung der Zugänge zu den Bildungsgängen auch die Abschlüsse sowie den Verbleib in der Branche und ein mögliches «Crowding-Out» der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge.

Der *SBK* und mit ihm *BroteggPraxis*, *Curacasa*, *IG swissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *Public Health Schweiz*, *SBK-BE*, *SBK-BSBL*, *SBK-GR*, *SBK-NE-JU*, *SHV*, *SIGA*, *SNS*, *SP Schweiz*, *Stillförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF* und *vsao* sind der Ansicht, dass die Kantone lediglich die geplante Wirksamkeit der Ausbildungsbeiträge darlegen können. Die Überprüfung der Wirksamkeit erfolge dann bei der jährlichen Berichterstattung der Kantone zuhanden des BAG.

*Spitex Schweiz* und mit ihr *senesuisse* beantragen die folgende Ergänzung: «a. die Kantone die geplante Wirksamkeit der Ausbildungsbeiträge darlegen und insbesondere nachweisen, dass dank der Beiträge der Zugang zum Bildungsgang HF und zum Studiengang FH Pflege gefördert wird; und [...]»

*Travail.Suisse* und *Syna* merken an, dass der Begriff «Zugang» in Buchstabe a zu wenig konkret sei und fragt, was das EDI unter «Zugang zum Bildungsgang ... und zum Studiengang ...» verstehe. In den Gesamterläuterungen steht «... so dass zusätzliche Personen für den Studiengang Pflege HF und FH gewonnen werden können». Was versteht das EDI unter «zusätzliche Personen gewinnen»? Handelt es sich um Kampagnen? Um Werbung? Um Marketing? Ist dies der Fall, wäre es nicht akzeptabel, öffentliche Mittel für solche Zwecke zu verwenden. Es ist Sache der Dach-/Berufsverbände, die erforderlichen Mittel einzusetzen.

Für die *ZHAW* und mit ihr den *SSPH+* ist dies eine unrealistische Forderung / Vorgabe. Der Nachweis der Wirksamkeit könne erst nach Jahren erfolgen, die Feststellung einer Kausalität sei bei komplexen Interventionen anforderungsreich und oft kaum zu erreichen. Gemäss ihrer Einschätzung könne hier lediglich von einer geplanten oder möglichen Wirksamkeit gesprochen werden. Die Überprüfung der Wirksamkeit erfolge dann bei der jährlichen Berichterstattung der Kantone zuhanden des BAG und könne als Hinweis für die Beurteilung weiterer Eingaben / Projekte dienen, bleibe jedoch weit entfernt von verlässlicher wissenschaftlicher Evidenz.

#### **4.1.4.3 Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b**

Die *GDK* und mit ihr die *EDK* sowie die Kantone *AG*, *AI*, *AR*, *BE*, *BL*, *GL*, *GR*, *LU*, *NE*, *NW*, *OW*, *SG*, *SZ*, *TG*, *TI*, *UR*, *VD*, *ZG* und *ZH* beantragen die Streichung von Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b. Das Bundesgesetz halte in Artikel 7 Absatz 2 fest, dass die Kantone die Voraussetzungen, den Umfang der Ausbildungsbeiträge sowie das Verfahren für deren Vergabe selber festlegen. Mit der Bestimmung von Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b in der Verordnung werde die Ausgestaltung der Modelle hingegen stark eingeschränkt. Dabei lasse der Bund völlig offen, wie das Kriterium «Sicherung des Lebensunterhalts» zu definieren sei und inwiefern die Massnahme der Ausbildungsbeiträge vom bestehenden Stipendienwesen – welches ebenfalls auf die Sicherung des Lebensunterhalts abziele – abzugrenzen sei.

*BS* und *SO* sind damit einverstanden, dass die Gelder zielgerichtet und nicht an sämtliche Studierenden ausbezahlt werden sollten. Sie sehen aber Klärungsbedarf im Zusammenhang mit den kantonalen Stipendienwesen.

SO merkt weiter an, dass eine Definition von «Giesskannenprinzip» und des Lebensunterhalts fehle. Es sei unabdingbar, dass im Rahmen der Gewährung von Ausbildungsbeiträgen ein gewisser Schematismus bzw. bestimmte Pauschalisierungen zulässig seien. Es sei mitunter aus Gründen der Bürgerfreundlichkeit und Verwaltungsökonomie absolut verfehlt, eine umfangreiche, einzelfallbezogene Gesuchsprüfung durchzuführen, wie dies etwa bei Stipendien der Fall sei. Dadurch könnten Personen, die sich für eine Ausbildung als Pflegefachpersonen HF oder FH interessieren, aufgrund der hohen administrativen Hürden für die Gewährung von Beiträgen letztlich davon abgehalten werden, eine entsprechende Ausbildung in Angriff zu nehmen. Es sollte deshalb grundsätzlich ausreichen, als Beitragsvoraussetzungen eine bestimmte Altersgrenze und allenfalls weitere (alternative) Kriterien (z. B. elterliche Unterhaltspflichten) vorzusehen.

FR ist der Ansicht, dass die regulären Stipendien die Hauptunterstützung bleiben und die Ausbildungsförderung nur subsidiär eingesetzt werden sollten, auch um dem befürchteten Giesskannenprinzip zu entgehen. Es wäre zudem sinnvoll, wenn der Kommentar der Verordnung darauf hinweisen würde, dass es dieses Giesskannenprinzip zu vermeiden gilt. Auch wenn die Kantone bei der Ausgestaltung der Voraussetzungen autonom sind, sollten Kriterien festgelegt werden. Einheitlichkeit unter den Kantonen in diesem Punkt ist unerlässlich.

GE fordert, dass der Detaillierungsgrad des Nachweises gesamthaft betrachtet werden sollte. Der Bund müsse das Gesamtgesuch des Kantons (im Grundsatz) bestätigen, um Begründungen/neuerliche Prüfungen von individuellen Gesuchen zu vermeiden, die den Kontrollprozess erschweren würden.

VS beantragt die folgende Ergänzung: « ... gemäss Grundsätzen und Mindestanforderungen, die von den Kantonen im Rahmen der interkantonalen Koordination gemeinsam festzulegen sind». VS fordert, dass der Grundsatz der interkantonalen Koordination ausdrücklich in den Verordnungstext aufgenommen wird. Sollte dies nicht der Fall sein, erwartet der Kanton, dass der Bund selbst die Mindestvoraussetzungen wie Alter, berufliche Situation usw. im Verordnungstext festlegt und dass er sicherstellt und überwacht, dass das Giesskannenprinzip vermieden wird.

Die FDP beantragt die Streichung oder eine offenere Formulierung von Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b, da dieser die Umsetzungsmöglichkeiten der Kantone zu stark einschränke. Nach Ansicht der FDP sollen verschiedene Modelle mit Bundesbeiträgen unterstützt werden, solange sie dazu beitragen, die Studierendenzahlen zu erhöhen. Es sollen sowohl Modelle, die den Zugang für eine begrenzte, klar definierte Zielgruppe fördern wollen, wie auch Modelle, welche einen grösseren Anteil von Studierenden mit pauschalen Beiträgen erreichen würden und damit die Attraktivität der Pflegeausbildung generell stärken, gefördert werden.

Die SP fordert, dass Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b angepasst wird. Dies, weil viele Kantone Alterslimiten für die Ausbildungsbeiträge vorgesehen hätten. Ein konkreter Anpassungsvorschlag wird nicht gemacht.

BFH und VFP beantragen die Prüfung, inwiefern Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b anzupassen oder sogar zu streichen sei. Die Bestimmung sei für die Kantone zu vage formuliert. Anzustreben wäre eine national einheitlich gestaltete Regelung für die finanzielle Unterstützung von Personen, die eine Pflegeausbildung anstreben (FH- oder HF-Niveau) sowie Mechanismen zu deren Implementierung, damit der finanzielle Unterstützungsbedarf nicht zur Hürde für eine pflegerische Ausbildung werde (insbesondere für Quereinsteigende mit Familienpflichten und ältere Personen zur Sicherung des Lebensunterhaltes). Die Definition einer Alterslimite an sich sei kein sinnvolles Kriterium.

BGS und H+ fordern, dass Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b überprüft, allenfalls angepasst oder gestrichen wird. Es sollen auch Modelle mit kollektiven Parametern wie Alter, Familienstand usw. zugelassen sein und mittels pauschaler Beiträge finanziert werden können. H+ lehnt einen ausschliesslich individuellen Nachweis grundsätzlich ab.

KOGS und OdASanté beantragen die Streichung von Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b. Ans Alter gebundene Lösungen könnten dazu führen, dass der Einstieg von Interessierten in

die Tertiärausbildung aufgeschoben werde. Individuelle Prüfungsmethoden seien häufig für alle Beteiligten mit einem grossen Aufwand verbunden. Dies könne dazu führen, dass es zu einer langen Bearbeitungszeit komme oder die Studierenden den Mehraufwand scheuten. Auch so sei der Übertritt in die Tertiärstufe gefährdet. Es seien deshalb praktikable, einfache Lösungen anzustreben und es sollte den Kantonen überlassen sein, nach welchen Kriterien sie die Ausbildungsbeiträge gewähren. Dabei sollten individuelle, wie auch kollektive Kriterien möglich sein.

SBK und mit ihm *ARTISET, BroteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, Public Health Schweiz, SBK-BE, SBK-NE-JU, SHV, SIGA, SNS, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF* und *vsao* möchten, dass mit dem Ziel einer Attraktivitätssteigerung so viele Studierende wie möglich bei der Sicherung ihres Lebensunterhalts unterstützt werden. Dass dabei der Quereinstieg, die bereits absolvierte Vorbildung oder Familienpflichten berücksichtigt würden, sei naheliegend. Einige Kantone würden die Umsetzung aber an eine willkürliche Alterslimite binden, was sinnlos und unnützlich sei. Es sollte insbesondere Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b der Verordnung überprüft, allenfalls angepasst oder sogar gestrichen werden. Die *ZHAW* und *SSPH+* schliessen sich der Stellungnahme des SBK an und verweisen darauf, dass FH-Studierende höhere Beiträge erhalten sollten als HF-Studierende, deren Löhne um einiges höher seien.

*SBK-GR* beantragt die Streichung von Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b, da er dem Ziel, möglichst vielen Menschen den Zugang zu einem Pflegestudium zu ermöglichen, zuwiderlaufe.

*senesuisse* beantragt, dass entweder auf Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b der Verordnung komplett verzichtet oder dass dieser so angepasst wird, dass Pauschalzahlungen an alle Studierenden der Normalfall darstellen. Die notwendige Attraktivitätssteigerung werde nicht erreicht, wenn die Kantone umfassende Einzelfallabklärungen mit individuellen Lebenshaltungskosten vornehmen müssten. Vielmehr müsse es darum gehen, dass möglichst alle Ausbildungswilligen in der Sicherung ihres Lebensunterhalts unterstützt werden. Aus Sicht von *senesuisse* muss dies mit geeigneten Pauschalzahlungen umgesetzt werden. Dass bei der Bemessung der Höhe dieser Pauschalzahlungen auch der Quereinstieg, die bereits absolvierte Vorbildung oder Familienpflichten berücksichtigt werden können, sei naheliegend. Eine willkürliche Alterslimite (wie sie einige Kantone einführen wollen) bremse hingegen unsinnig.

Der *SGB* fordert, dass Alter kein ausschliessendes Kriterium für den Erhalt von Ausbildungsbeiträgen seitens des Kantons sein solle, allein der effektive Bedarf soll massgebend sein. Beim Bedarfsnachweis soll der Bund das Alterskriterium nicht oder möglichst weitreichend und im Sinne des lebenslangen Lernens anwenden.

Auch *SNLeaders* beurteilt die Bestimmungen als sehr vage, es fehle an Leitlinien für die Kantone. So sei beispielsweise die Definition einer Alterslimite an sich kein sinnvolles Kriterium. Berücksichtigt werden müssten insbesondere auch Quereinsteigerinnen und -einsteiger mit Familienpflichten. Es bestehe die Gefahr, dass die Umsetzung von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich ausfalle und entsprechend die Personen gemäss Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b, welche in den Genuss der Förderung kommen, je nach Kanton, in dem sie ansässig sind, sehr unterschiedlich behandelt würden. Alternativ macht *SNLeaders* den Vorschlag, dass (grössere) Institutionen beim Kanton ein Konzept einreichen können sollen, mit dem sie die Beiträge individuell vergeben könnten.

*UNIA* fordert, dass die Ausbildungsbeiträge möglichst vielen Studierenden zugutekommen müssen. Es gelte zu verhindern, dass die Beiträge ausschliesslich als eine Art Sozialhilfe oder «Hilfe für die Ärmsten» angesehen und Bezügerinnen und Bezüger so stigmatisiert würden. Nebst der Sicherung des Lebensunterhalts, insbesondere bei Familienpflichten, welche zu priorisieren seien, seien die Beiträge auch als Commitment der Gesellschaft zu einer starken Pflege und als Anreiz, eine Ausbildung/ein Studium zu beginnen, anzusehen.

#### 4.1.4.4 Artikel 4 Absatz 2

Die *GDK* und mit ihr die *EDK* sowie die Kantone *AG, AI, BL, BS, GL, GR, LU, NE, OW, SO, SZ, TI, UR, VD, ZG* und *ZH* beantragen, dass der Begriff des Wohnsitzes präzisiert wird. Weder das Ausbildungsfördergesetz Pflege noch die Ausbildungsverordnung Pflege und die diesbezüglichen Erläuterungen würden den Begriff des Wohnsitzes weiter definieren, so dass davon auszugehen sei, dass damit der zivilrechtliche Wohnsitz nach Artikel 23 ff. des Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) gemeint sei. Eine diesbezügliche Präzisierung wäre zu begrüßen, zumal eine kantonsübergreifende einheitliche Handhabung des Wohnsitzbegriffs für den Vollzug des Ausbildungsfördergesetzes unabdingbar sei.

*SH* schliesst sich dieser Forderung an und betont, dass diese Definition wichtig sei, um Doppelansprüche von ausserkantonalen Studierenden und die daraus resultierenden Regressansprüche der Kantone untereinander zu klären. Solche Fragen würden vor allem dann relevant, wenn ausserkantonal ansässige Betriebe für die im eigenen Kanton wohnhaften Studierenden Beiträge auszahlen müssten, da der gewährende Kanton in einer derartigen Konstellation keine Vollstreckungsgewalt habe.

*BE* beantragt, dass für den Vollzug der Ausbildungsbeiträge an Studierende und zur Verhinderung eines Studierenden-Tourismus in der Verordnung der stipendienrechtliche Wohnsitz angewendet wird. Beim zivilrechtlichen Wohnsitz werde ein Anreiz zur Schriftenverlegung in jene Kantone, die die höchsten Ausbildungsbeiträge auszahlen, geschaffen. Mit dem stipendienrechtlichen Wohnsitz werde diese Form von Studierenden-Tourismus verunmöglicht. Der stipendienrechtliche Wohnsitz habe sich zur Regelung beim kantonsübergreifenden Studierendenverkehr bestens bewährt und werde in allen massgebenden Schulabkommen angewendet. Auch für *GL* wäre es zur Vermeidung von «Beitragstourismus» am naheliegendsten, wenn der stipendienrechtliche Wohnsitz angewendet würde. Ebenso beantragen *JU* und *VS*, dass der stipendienrechtliche Wohnsitz gewählt werde, um negative Anreize zu vermeiden und die Gleichbehandlung zu gewährleisten.

*FR* weist auf das Risiko von doppelten Beiträgen hin, wenn nicht derselbe Kanton für die ordentlichen Stipendien und die Ausbildungsbeiträge zuständig ist. Es ist daher unerlässlich, dass derselbe Kanton für beide Unterstützungsformen zuständig ist. Vorzugsweise sollte der Wohnsitz beibehalten werden, der im Konkordat massgeblich ist, da die Kantone daran gewöhnt sind. Dadurch würde «Tourismus» verhindert, denn es würde nicht genügen, in den grosszügigsten Kanton zu ziehen, um die besten Ausbildungsbeiträge zu erhalten.

*GE* beantragt, dass der Artikel 4 Absatz 2 um die Kategorie «studierende Grenzgänger» ergänzt werde. Nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe b des Ausbildungsfördergesetzes Pflege können die Kantone Ausbildungsbeiträge für Personen mit Status einer Grenzgängerin oder eines Grenzgängers gewähren. Im Fall von Genf ist eine Grenzgängerin bzw. ein Grenzgänger per Definition eine Person, die im Kanton Genf arbeitet und täglich nach Frankreich zurückkehrt, wo sie ihren Wohnsitz hat. Absolviert diese Person ein Studium, wird sie wahrscheinlich keiner Erwerbstätigkeit (mehr) im Kanton Genf nachgehen. Ist sie in der Schweiz nicht erwerbstätig, kann sie nicht mehr als Person mit dem Status einer Grenzgängerin bzw. eines Grenzgängers betrachtet werden.

*VS* sowie *HES-SO* merken an, dass nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe b des Ausbildungsfördergesetzes Pflege die Kantone Personen mit Status einer Grenzgängerin oder eines Grenzgängers Ausbildungsbeiträge gewähren können. Bei der Einführung der Anspruchsberechtigung auf gezielte Ausbildungsförderung für Studierende mit dem Status einer Grenzgängerin oder eines Grenzgängers, was im Rahmen der kantonalen Systeme für reguläre Stipendien nicht gegeben ist, scheint es wichtig, das potenzielle Risiko eines unlauteren Wettbewerbs gegenüber ausländischen Ausbildungsinstitutionen zu prüfen.

Der *SBK-BSBL* schliesst sich der Forderung nach einer Definition des Begriffs des Wohnsitzes an und verlangt eine Klärung, ob es sich um den zivilrechtlichen oder den stipendienrechtlichen Wohnsitz handle.

*SBK-GR* wiederum verlangt, dass auch Pendlerinnen und Pendler, die ihre Ausbildung in der Schweiz absolvieren, von den Beiträgen profitieren können sollten.

VAS AG beantragt, dass ausländische Pflegende Beiträge zur Erlangung der Gleichwertigkeit der Abschlüsse erhalten sollen.

#### 4.1.5 Artikel 5 Bemessung und Obergrenze des Bundesbeitrags

Die GRÜNEN fordern, dass, sofern gewisse Kantone den für sie vorgesehenen Betrag nicht ausschöpfen sollten, ihr Betrag ab einem gewissen Zeitpunkt für die anderen Kantone freigegeben werden müsse.

Für HES-SO ist klar, dass den Kantonen genug Handlungsspielraum eingeräumt werden müsse. Dies berge jedoch auch das Risiko, dass zwischen den Kantonen ein Wettbewerb um die Attraktivität der Ausbildungen entstehe. Daher müssten die Voraussetzungen für die Gewährleistung der inner- und interkantonalen Kohärenz der HF- und FH-Ausbildungsbeiträge geschaffen werden.

##### 4.1.5.1 Artikel 5 Absatz 1

VD warnt davor, dass ein Bundesbeitrag von maximal 20 000 CHF und damit ein Gesamtbeitrag von maximal 40 000 CHF pro Jahr zu einer Verzerrung gegenüber anderen Berufsbildungen, insbesondere im Pflegebereich, führen könne, wo ebenfalls ein Mangel herrsche.

GE und VD beantragen deshalb, dass der Bund ein zwischen den Kantonen harmonisiertes Fördersystem einführt, um Kohärenz für die Studierenden zu gewährleisten und jede Form von Konkurrenz zu vermeiden.

TI beantragt die Ergänzung mit einem Absatz 1<sup>bis</sup> mit folgendem Wortlaut: «Die Bemessung der Bundesbeiträge berücksichtigt insbesondere sämtliche von den Kantonen seit dem 1. Januar 2021 gewährten Beiträge.»

VS wünscht, dass in der Verordnung gezielte und präzise Kriterien wie Alter, berufliche Situation, Umschulung etc. für die Bestimmung des Anspruchs auf Ausbildungsbeiträge festgelegt werden. Als Alternative könnten diese auch im Rahmen der interkantonalen Koordination unter Führung der EDK festgelegt werden. Die den Kantonen eingeräumten Spielräume werden als notwendig erachtet. Sie bergen aber das Risiko, dass zwischen den Kantonen ein Wettbewerb um die Attraktivität der Ausbildung entfacht.

Die GRÜNEN fordern deutlich höhere Ausbildungsbeiträge. Diese sollen sich beispielsweise an den Löhnen von Polizistinnen und Polizisten in Ausbildung orientieren, die Obergrenze soll deshalb bei mindestens 30'000 CHF pro Person und Jahr liegen.

Für die SP Schweiz wäre es wichtig, neben einer Ober- auch eine Untergrenze der Bundesbeiträge zu definieren. Einerseits damit sich nicht grosse kantonale Unterschiede ergeben und andererseits damit Studierende auf mindestens einen genannten Betrag zählen dürfen. Sie regt deshalb an, den Artikel 5 um einen entsprechenden Absatz zu ergänzen.

Artikel 5 sieht die Möglichkeit von Bundesbeiträgen zu den kantonalen Ausbildungsbeiträgen von bis zu 20 000 CHF pro Kopf und Jahr vor. Für HES-SO kann sich diese Art materieller Unterstützung von Studierenden, je nach Umfang und den für die Gewährung festgelegten Modalitäten, aus mehreren Gründen als problematisch erweisen. HES-SO bezweifelt, dass dieser Beitrag ein sinnvoller Anreiz für zukünftige Studierende ist, die Ausbildung zu beginnen und abzuschliessen. Der hohe Betrag von 20 000 CHF pro Jahr birgt in den Augen der HES-SO das Risiko einer Verzerrung im tertiären Bildungssystem. Die Attraktivität des Studiums könne zwar gesteigert werden, aber möglicherweise nur vorübergehend, sodass die Wirkung begrenzt ist. Für HES-SO muss die Motivation der Studierenden für ihr Studium das zentrale Element bleiben. In diesem Sinne ist HES-SO der Ansicht, dass auch bei der Einführung einer solchen Massnahme ein vereinfachtes Verfahren für den Zugang zu Studienbeiträgen für jedes Ausbildungsjahr wesentlich ist, damit das Studium realisierbar ist. Angesichts dieser Faktoren ist HES-SO relativ skeptisch in Bezug auf die Nachhaltigkeit der geplanten Massnahmen zur finanziellen Unterstützung der Ausbildung.

*IMAD* findet den maximalen Betrag für Kantone wie beispielsweise Genf zu tief, auch wenn er gemäss erläuterndem Bericht die Unterschiede in den Lebenshaltungskosten berücksichtigen soll.

*SHV* und *Stillförderung Schweiz* beantragen die Ergänzung eines Absatzes, in dem festgehalten wird, dass die Kantone weiterhin die Möglichkeit haben, einen höheren Beitrag zu bezahlen.

#### **4.1.5.2 Artikel 5 Absatz 2**

Die *GDK* und mit ihr die *EDK* sowie die Kantone *AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG* und *ZH* lehnen die degressive Ausgestaltung der Beiträge ab und beantragen die Streichung von Artikel 5 Absatz 2.

Auch die *EVP*, die *GRÜNEN* und *SP Schweiz* lehnen die degressive Ausgestaltung der Ausbildungsbeiträge ab. Die *SP Schweiz* beantragt deshalb die Streichung von Artikel 5 Absatz 2.

*ARTISET, ASPS, BFH, BroteggPraxis, Curacasa, IDS, H+, IG swiss ANP, ISMI, KOGS, NOPS, OdASanté, OST, PBL, Public Health Schweiz, SBK, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, SBK-NE-JU, senesuisse, SHV, SIGA, SNLeaders, SNS, Spitex Schweiz, Spitex Zürich, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, UNIA, VFP, vsao* und *ZHAW* sprechen sich gegen die degressive Ausgestaltung der Ausbildungsbeiträge aus und beantragen die ersatzlose Streichung von Artikel 5 Absatz 2.

*BFH, BroteggPraxis, Curacasa, IG swiss ANP, ISMI, NOPS, OST, Public Health Schweiz, SBK, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, SBK-NE-JU, senesuisse, SHV, SIGA, SNLeaders, SNS, SP Schweiz, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Syna, Travail.Suisse, UNIA, VFP, vsao* und *ZHAW* fordern, dass die Ausbildungsbeiträge an die Pflegestudierenden HF / FH, einmal gesprochen, für die gesamte Dauer des Pflegestudiums (= 3 Jahre) deren Lebensunterhaltskosten decken müssten. Die *SP Schweiz* fordert zudem, dass die Unterstützungsbeiträge während 5 Jahren entrichtet werden, wenn das Pflegestudium in Teilzeit absolviert wird. Ein entsprechender Absatz sei zu ergänzen.

Für *Syna* und *Travail.Suisse* ist es nicht klar, ob die vor Ablauf der Gültigkeitsdauer des Gesetzes gewährten Beiträge auch nach Ablauf und bis zum Abschluss der begonnenen Ausbildung garantiert sind oder ob sie allenfalls auch mitten in der Ausbildung unterbrochen werden können. Sie wünschen entsprechende Klärung.

*MFÄF* würde eine Befristung der Beiträge bis 2030 und eine Verlängerung der Unterstützungsmassnahmen des Bundes nach einer Analyse der Arbeitsmarktsituation einer Kürzung um 5 Prozent ab 2030 vorziehen. Dies stelle de facto eine Verschiebung der Kosten auf die Kantone dar.

#### **4.1.5.3 Artikel 5 Absatz 3**

*GL* beantragt das Einfügen eines zusätzlichen Absatzes 4, ohne eine Formulierung dafür vorzuschlagen. Die Einführung bzw. Anwendung einer Prioritätenliste gemäss Artikel 8 Absatz 5 Ausbildungsfördergesetz Pflege müsse tunlichst vermieden werden und zumindest mehrere Jahre im Voraus angekündigt werden, sodass allfällige gesetzliche Anpassungen in den Kantonen möglich wären. Zudem müsse ein gewisser Grundstock an (bevölkerungsproportional oder proportional zum Bedarf aufgeteilten) Mitteln verlässlich über die gesamte Dauer angekündigt werden.

*VD* fordert mehr Transparenz in Bezug auf die Kriterien, die zur Erstellung dieser Prioritätenliste herangezogen werden. Eine solche Liste müsse zudem ein Gleichgewicht zwischen der praktischen Ausbildung auf Stufe HF und auf Stufe FH wahren, um sicherzustellen, dass letztere nicht benachteiligt wird.

*SBK* und mit ihm *BroteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, Public Health Schweiz, SHV, SIGA, SNS, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, vsao* und *ZHAW* sowie *ARTISET, ASPS, BFH, H+, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-NE-JU, senesuisse, SP*

*Schweiz, Spitex Schweiz, Syna und Travail.Suisse* fordern die Offenlegung der vom BAG zur Erstellung der Prioritätenliste verwendeten Kriterien, sollte eine solche erarbeitet werden müssen. Sie verweisen zudem darauf, dass Pflegestudierende Planungssicherheit benötigen. Das bedeute, dass sie die Gewähr haben müssten, dass sie während des gesamten Pflegestudiums Ausbildungsbeiträge erhalten, welche ihren Lebensunterhalt decken. Sollte also eine Priorisierung der Bundesbeiträge für die Ausbildungsbeiträge notwendig werden, so sei auf Seiten der Kantone sicherzustellen, dass die Pflegestudierenden in jedem Fall Ausbildungsbeiträge erhalten, die während des gesamten Studiums ihr Existenzminimum decken.

Auch *OdASanté* und *KOGS* fordern, dass die Kriterien für die Priorisierung transparent gemacht werden sollen und fordern deshalb zusätzlich eine Anpassung von Artikel 5 Absatz 3.

*BFH, OST, senesuisse* und *VFP* fordern, dass im Falle einer Priorisierung auf Seiten der Kantone sicherzustellen sei, dass die Pflegestudierenden in jedem Fall Ausbildungsbeiträge erhalten, die während des gesamten Studiums ihr Existenzminimum decken.

*IDS* verlangt eine Ergänzung der Verordnung um Kriterien, die für die Erstellung der Prioritätenliste durch das EDI und das WBF beachtet werden müssten.

#### **4.1.6 Artikel 6 Gesuch**

*FR* besteht darauf, dass die Absätze 1 und 2 erst ab 2025 oder 2026 gelten. Für die voraussichtlich ab Sommer 2024 wirksamen Unterstützungen ist eine Koordination der Gesuche für die beiden Bereiche nicht realistisch. Es muss vermieden werden, dass dieses Erfordernis der Koordination die Einreichung von Gesuchen zu Teilprojekten verzögert oder die Einreichung von Zusatzgesuchen verhindert.

Der *SGB* beantragt, dass der Antragsprozess für die Kantone zu vereinfachen sei. Die Ausbildungsbeiträge sollen nach möglichst einheitlichen und veröffentlichten Kriterien vergeben werden.

*H+* fordert, dass die vertraglichen Regelungen und Vorgaben sowie jene bei der Gesuchstellung den Kantonen möglichst viel Flexibilität bei der Umsetzung gewähren sollen. Zudem solle der in Artikel 6 geforderte Wirksamkeitsnachweis der Massnahmen im Gesuch möglichst einfach gehalten werden. Ansonsten befürchtet *H+* einen deutlichen administrativen Mehraufwand für Spitäler und Kliniken.

##### **4.1.6.1 Artikel 6 Absatz 1**

Die *GDK* und mit ihr die *EDK* sowie die Kantone *AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG* und *ZH* beantragen die Streichung von «zusammen»: « [...] sind beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) ~~zusammen~~ einzureichen. ». Es sollte die Möglichkeit geben, die Anträge getrennt einzureichen, da kantonal die Zuständigkeit bei unterschiedlichen Stellen liegen könne.

*SNLeaders* beurteilt die Bedingung, dass beide Gesuche zusammen eizureichen sind, als anspruchsvoll und befürchtet, dass dies einzelne Kantone vor Schwierigkeiten stellen werde. Umso mehr müsse die Möglichkeit bestehen, dass Bundesbeiträge, die im 2024 nicht «abgeholt» wurden, im 2025 zusätzlich zur Verfügung stehen. Falls das nicht möglich sei, so sollen die nicht abgeholten Beiträge ab einem gewissen Zeitpunkt für Kantone freigegeben werden, welche das Geld für die in Artikel 9 Absatz 1 Buchstaben a bis c genannten Massnahmen einsetzen.

##### **4.1.6.2 Artikel 6 Absatz 2**

*SG* beantragt eine mehrjährige, gleich getaktete Mittelsprechung und nicht wie vorgesehen eine jährliche Einreichung der Gesuche durch die Kantone. Durch mehrjährige Programmvereinbarungen, die zeitlich gleich getaktet sind, könne auf allen Ebenen finanzielle Planungssicherheit geschaffen werden. Auch die Frage, wie bei einer jährlichen Mittelsprechung die Verteilung zwischen den Kantonen erfolge, sei ungeklärt. Zudem soll genauer präzisiert werden, wie die Mittel im Fall einer Priorisierung verteilt würden.

Auch SO beantragt, dass die Gesuche für eine Laufzeit von mindestens zwei Jahren eingereicht werden können.

VD beantragt, die folgende Ergänzung vorzunehmen: «Gesuche können einmal pro Jahr eingereicht werden. Das BAG gibt die Fristen für die Gesuchseinreichung bekannt.»

Die SP Schweiz beantragt eine Ergänzung von Artikel 6 Absatz 2, damit die Gesuche auch für mehrere Jahre eingereicht werden können und dies nicht jährlich erfolgen muss. Die jährliche Einreichung sei eine unnötige administrative Hürde. Zudem beantragt sie die Ergänzung um einen neuen Absatz, der die Kantone dazu verpflichtet, die entsprechende Anzahl Ausbildungsplätze gemäss Bedarfserhebung anzubieten.

Der SBK-BSBL lehnt es ab, dass die Gesuche jährlich erneut eingereicht werden müssen. Der administrative Aufwand sei gering zu halten.

#### **4.1.6.3 Artikel 6 Absatz 3**

JU wünscht sich eine Klärung zum geplanten mehrstufigen Verfahren für die Gesuchseinreichung.

#### **4.1.6.4 Artikel 6 Absatz 3 Buchstabe a**

VD beantragt eine neue Formulierung: «~~den Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen~~ Informationen, die es ermöglichen, die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen nach den Artikeln 2–5 des Ausbildungsförderungsgesetzes Pflege und nach Artikel 2 dieser Verordnung zu überprüfen;»

ARTISET beantragt die Streichung von Artikel 6 Absatz 3 Buchstabe a. Bildungsanbieter würden Ausbildungskonzepte verlangen, womit der Nachweis automatisch gegeben sei.

Für HES-SO ist die Koordination auf den verschiedenen staatlichen Ebenen unerlässlich. HES-SO betont, dass die verschiedenen Massnahmen gut abgestimmt werden müssen, und hebt zwei Punkte besonders hervor. Die Bedarfsplanung sei zwar klar Aufgabe der Kantone, andererseits müsse der Überblick über diesen Bedarf auch auf nationaler Ebene konsolidiert werden. Für HES-SO ist es von zentraler Bedeutung, dass die Kohärenz zwischen den Planungen in den Kantonen und der nationalen Planung sichergestellt wird. Dieser Wunsch entspricht insbesondere der aktuellen Realität des Arbeitsmarktes im Pflegebereich, der durch eine hohe berufliche Mobilität gekennzeichnet ist.

#### **4.1.6.5 Artikel 6 Absatz 3 Buchstabe b**

GE beantragt folgende Präzisierung: «b. den Gesamtbetrag des beantragten Bundesbeitrags.»

#### **4.1.6.6 Artikel 6 Absatz 4**

JU wünscht sich eine Klärung zum geplanten mehrstufigen Verfahren für die Gesuchseinreichung.

Die GRÜNEN beantragen, dass sämtliche Personen in Ausbildung Ausbildungsbeiträge erhalten sollen, auf die Pflicht zur Einreichung individueller Gesuche sei zu verzichten. Sie beantragen deshalb dem Bundesrat, eine entsprechende Änderung auf Bundesebene umzusetzen und auch die Kantone dazu aufzufordern, bei der kantonalen Umsetzung auf unnötige individuelle Gesuchsvorgaben zu verzichten.

#### **4.1.6.7 Artikel 6 Absatz 4 Buchstabe a**

AR beantragt, dass die bei Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe a beantragte Streichung des zweiten Teilsatzes auch bei Artikel 6 Absatz 4 Buchstabe a berücksichtigt wird.

VD beantragt eine neue Formulierung: «~~den Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen~~ Informationen, die es ermöglichen, die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen nach den

Artikeln 2–5 des Ausbildungsförderungsgesetzes Pflege und nach Artikel 2 dieser Verordnung zu überprüfen; [...] »

#### **4.1.6.8 Artikel 6 Absatz 4 Buchstabe b**

JU wünscht eine Präzisierung der «geschätzten» Anzahl von Studierenden, die Unterstützung benötigen. Bei der Gesuchseingabe sei die Anzahl der Studierenden, die Unterstützung benötigen, möglicherweise noch nicht abschliessend bekannt. Zudem würden die Gesuche der Studierenden sicherlich auf Studienbeginn (pro Semester) und nicht nach Kalenderjahr bearbeitet.

VAS AG merkt an, dass die Höhe der Unterstützung auch die Bedürfnisse vor Ort berücksichtigen müsse.

#### **4.1.6.9 Artikel 6 Absatz 4 Buchstabe c**

Zu Artikel 6 Absatz 4 Buchstabe c gab es keine Bemerkungen.

#### **4.1.6.10 Artikel 6 Absatz 5**

SO begrüsst, dass der Bund die Einzelheiten der Gesuchseinreichung in weiteren Wegleitungen und Formularen konkretisieren und veröffentlichen will. Die vom Bund in Aussicht gestellten Unterlagen müssten den Kantonen mindestens zwei bis drei Monate vor der ersten Gesuchseinreichung zur Verfügung stehen.

VS wünscht, dass die Gesuchsformulare einfach und online verfügbar sein sowie online eingereicht werden können sollen.

#### **4.1.7 Artikel 7 Vertrag**

SG missfällt, dass die Zahlungsmodalitäten für Beiträge des Bundes an die Kantone erst in den Leistungsverträgen geregelt werden. Das vor allem deshalb, weil in den Unterlagen aus der Präsentation vom 6. September 2023 in Bern die Rede sei, dass die Bundesbeiträge erst nach Prüfung der Jahresberichte ausbezahlt würden. Das heisse, dass die Kantone die Bundesbeiträge für fast ein Jahr vorfinanzieren müssten. Es schein angemessen, wenn in der Ausbildungsförderverordnung Pflege Akonto-Zahlungen des Bundes explizit vorgesehen würden.

##### **4.1.7.1 Artikel 7 Absatz 1**

Zu Artikel 7 Absatz 1 gab es keine Bemerkungen.

##### **4.1.7.2 Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a**

Zu Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a gab es keine Bemerkungen.

##### **4.1.7.3 Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b**

Zu Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b gab es keine Bemerkungen.

##### **4.1.7.4 Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c**

Zu Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c gab es keine Bemerkungen.

##### **4.1.7.5 Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe d**

Zu Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe d gab es keine Bemerkungen.

##### **4.1.7.6 Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe e**

*BFH, H+, SBK-BSBL, Syna, Travail.Suisse, UNIA und VFP sowie der SBK und mit ihm BroteggPraxis, Curacasa, IG swissAPN, ISMI, NOPS, Public Health Schweiz, SBK-BE, SBK-NE-JU, SHV, SIGA, SNS, SP Schweiz, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, vsao*

und *ZHAW* beantragen das Einfügen eines neuen Absatzes. In diesem soll geregelt werden, dass die jährliche Berichterstattung der Kantone zuhanden des BAG zu veröffentlichen sei. Konkret sollen die in den Gesamterläuterungen genannten Indikatoren, die zwischen BAG und Kantonen vereinbart werden, um die Auswirkungen der finanzierten Massnahmen zu messen, jährlich publiziert werden. Die *UNIA* wünscht zudem eine Standardisierung der Berichterstattung, um einen Vergleich zwischen den Kantonen zu ermöglichen.

#### **4.1.7.7 Artikel 7 Absatz 3**

Zu Artikel 7 Absatz 3 gab es keine Bemerkungen.

#### **4.1.7.8 Artikel 7 Absatz 4**

Zu Artikel 7 Absatz 4 gab es keine Bemerkungen.

#### **4.1.8 Artikel 8 Meldung von Änderungen**

Zu Artikel 8 gab es keine Bemerkungen.

#### **4.1.9 Artikel 9 Kantonale Massnahmen**

*LU* merkt an, dass auch die weiteren Fördermöglichkeiten im Rahmen von kantonalen Massnahmen relevant seien, insbesondere die Perspektive der Koordination der Lernbereiche Schule und Praxis. Hier würden sich im Sinne einer systemischen Ausrichtung weitere Möglichkeiten wie beispielsweise der Einbezug von integrativen Versorgungsmodellen und die Durchführung von interprofessionellen Lernsettings ergeben, welche ebenfalls attraktive Perspektiven für zukünftige Studierende darstellen könnten.

*H+* fordert, dass die Finanzierung nach Artikel 9 insbesondere die Ausbildungsplätze bei den Leistungserbringern abdecken soll. *H+* begrüsst, dass die Kantone auf Basis der Bedarfsplanung gezielte Massnahmen zur Förderung der Pflegeabschlüsse bestimmen können. Insgesamt benötige die Branche Gesundheit mehr Pflegende mit einer qualifizierten Basisausbildung, wozu sowohl die HF wie auch FH Absolventinnen und Absolventen gehörten. *H+* fordert, dass der Bundesbeschluss über Finanzhilfen zur Förderung der Ausbildungsabschlüsse in Pflege an den kantonalen Fachhochschulen vom 28. November 2022 zur Erhöhung der Bachelorabschlüsse in Pflege gemäss HFKG 59 zügig in die Hand genommen werde und dass ausserdem die Umsetzungsarbeiten von *Swissuniversities* transparent publik gemacht werden.

Bezüglich der Erhöhung der Studierenden FH Pflege fordern *H+* und *SNLeaders* zudem eine zur Pflegeinitiative kohärente Haltung. Dies bedeute, dass die Schweizerische Hochschulkonferenz bei allfälligen Änderungen der Zulassungsbedingungen zu Bachelorstudiengängen im Bereich Gesundheit des HFKG (Art. 73 Absatz 3 Buchstabe a) zwingend die betroffenen Berufsverbände und die Vertreterinnen und Vertreter der praktischen Ausbildungsstätten einbeziehen müsse. Die in Art. 25 HFKG geforderte einjährige Arbeitswelterfahrungen für Personen mit einer gymnasialen Maturität dürfe nicht dazu führen, dass ein Fachhochschulstudium im Bereich Gesundheit – und damit auch in der Pflege – für Maturandinnen und Maturanden durch zusätzliche Zulassungshürden unattraktiv werde. Es bestehe sonst die reale Gefahr, dass dadurch die Anstrengungen der Ausbildungsförderung gleich wieder zunichte gemacht werden.

*H+* empfiehlt ausserdem, dass auch die kantonalen *OdA* Gesundheit aktiv in die Projekte einbezogen werden und ggf. auch Leistungen zur Entlastung der Betriebe von koordinativen und administrativen Arbeiten beziehen können. So würden einige kantonale *OdA* koordinierende betriebsübergreifende Aufgaben rund um die Ausbildung der Betriebe erbringen, indem Verbundpartnerschaften geschlossen oder Pools von Ausbildungspersonal unterstützt bzw. betreut würden. Diese Massnahmen würden auch die Leistungserbringer von administrativen und koordinativen Aufgaben entlasten, die mit den bestehenden Tarifen keinesfalls abgedeckt seien.

Der *SBK-BSBL* beantragt, dass unter den Buchstaben a und b festzuhalten sei, dass auch die Aus- und Weiterbildung von Ausbilderinnen und Ausbildern in der Praxis mit diesen Geldern mitfinanziert werden können.

*SSPH+* und die *ZHAW* stellen die Frage, wo die Kantone ein Reporting betreffend die FH Abschlüsse abgeben werden. Dies, weil sämtliches Reporting die Ausbildungsabschlüsse HF betreffe, in der Bedarfsplanung nach Art. 2 des Ausbildungsförderungsgesetzes Pflege die Anzahl Bildungsabschlüsse FH ebenfalls definiert seien.

#### 4.1.9.1 Artikel 9 Absatz 1

*NW* weist darauf hin, dass dieser Artikel so formuliert sei, als würde der Kanton die Massnahmen erarbeiten. Es werde jedoch die Höhere Fachschule Massnahmen erarbeiten, welche vom Kanton (mit-)finanziert würden.

*VD* beantragt die folgende Ergänzung: «Die Kantone, die diesen Studiengang bereits führen, erarbeiten auf der Grundlage ihrer Bedarfsplanung nach Artikel 2 des Ausbildungsförderungsgesetzes Pflege Massnahmen zur Erhöhung der Anzahl Ausbildungsabschlüsse in Pflege an ihren HF, indem sie insbesondere Massnahmen erarbeiten, welche: (...) »

Aus Sicht *BSH* liegt die Zuständigkeit insbesondere für die unter Art. 9 Absatz 1 beschriebenen Massnahmen bei beiden Lernorten. Entsprechend sollten Beiträge für Massnahmen auch vom Lernort Praxis beantragt werden können.

*BFH*, *FKG-CSS* und *VFP* schlagen vor, den Text entsprechend anzupassen: « Massnahmen zur Erhöhung der Anzahl Ausbildungsabschlüsse sind für HF und FH zu erarbeiten. » In der Westschweiz gelte die Ausbildung auf Stufe FH als Einstiegsniveau in den Beruf. Es müsse zwingend sichergestellt werden, dass in Bezug auf die Förderbeiträge das FH-Niveau gegenüber dem HF-Niveau nicht benachteiligt werde, was die Pflege in der Westschweiz massiv schwächen würde. Es sei sicherzustellen, dass Massnahmen, die den Einstieg in die HF-Pflege-Ausbildung erleichtern, nicht dazu führen, dass das nachgelagerte HF-Studium inhaltlich verkürzt oder ein Einstieg in eine FH-Ausbildung durch zwingend vor dem Studium zu absolvierende oder unterbezahlte Praktika für Maturandinnen und Maturanden unattraktiv werde. Dies würde zu einer Schwächung der Pflege führen.

*IMAD* betont, dass es von entscheidender Bedeutung sei, Unterstützung für die FH vorzusehen, und erinnert daran, dass die Westschweizer Kantone (und insbesondere Genf) einen höheren Anteil an Personen mit einer gymnasialen Maturität (30 % der Pflegefachstudierenden in Genf) oder mit einer Berufsmaturität als in der Deutschschweiz haben. Diese Zielgruppe sei nicht an einer HF-Ausbildung interessiert, sondern ziehe ein FH-Studium vor, das beruflich mehr Perspektiven bietet. Die FH-Ausbildung entspreche den Entwicklungen in den Nachbarländern und sei eine Reaktion auf den Ärztemangel, weshalb diese Besonderheit der Westschweiz unbedingt zu berücksichtigen sei. Die FH-Stufe gehöre zur zwingend gebotenen Perspektive, die in einem qualitativ hochwertigen und effizienten System berufliche Entwicklung und höhere Expertise in den Gesundheitseinrichtungen anstrebt (namentlich bei der Betreuung und Pflege zu Hause).

Auch *SNLeaders* verweist darauf, dass in der Westschweiz die Ausbildung auf Stufe FH als Einstiegsniveau in den Beruf gelte und dass zwingend sichergestellt werden müsse, dass in Bezug auf die Förderbeiträge das FH-Niveau gegenüber dem HF-Niveau nicht benachteiligt werde. *SNLeaders* fragt, auf welche Weise die Beiträge an die Fachhochschulen erfolgen, da dies aus dem erwähnten Bundesbeschluss (BBI 2022 1501) nicht ersichtlich werde.

*BGS* und *K-HF* stellen fest, dass gemäss diesem Artikel die FH kein Fördergelt erhalten würden und ihre Zulassung nicht überdenken müssten. Sie stellen sich die Frage, ob dieser Ansatz sinnvoll sei oder mit den unterschiedlichen Finanzierungsmodellen zusammenhänge. Die empfohlenen Massnahmen unterstützen sie jedoch.

*OST* fordert, dass im Sinne einer qualitativ hochwertigen Ausbildung die Lernortkoordination ebenso für das FH-Studium gelten müsse.

Für HES-SO ist es notwendig, klarzustellen, dass es um die Bedarfsplanung nicht nur auf kantonaler, sondern auf nationaler Ebene geht, die als Grundlage für die kantonalen Bedarfsplanungen dient. Der folgende Auszug erklärt den Punkt (S. 14): «Die Berechnung des maximalen Betrages für die gesamte Förderperiode pro Kanton erfolgt aufgrund der einzelnen kantonalen Bedarfsplanungen.» Es müsse unbedingt gesamtschweizerisch gedacht werden, da berufliche Mobilität unvermeidlich und notwendig ist.

ZHAW und SSPH+ fordern eine Anpassung des Textes: «Die Kantone erarbeiten auf der Grundlage der vom Bund erstellten ihrer Bedarfsplanung, welche auf aktuellen Zahlen und dem für sichere und angemessene Pflege notwendigen Skill-Grade-Mix beruht, [...]». In den Statistiken vieler Institutionen werde nicht zwischen HF und BSc unterschieden, obwohl der Mehrwert von Pflegenden mit BSc sich längst in allen Einsatzbereichen anerkannt sei. Diese Unterscheidung sei für eine saubere Planung des Skill-Grade-Mix und der daraus abgeleiteten Bedarfsplanung essenziell und müsse neben dem Skill-Grade-Mix die Grundlage für die Bedarfsplanung darstellen. Es sei zu bedenken, dass internationale Literatur zur Definition der Bedarfsklärung BSc nur begrenzt herbeigezogen werden kann, da in vielen Ländern eine Pflegefachperson ausschliesslich mit BSc ein Diplom erlangen kann.

#### **4.1.9.2 Artikel 9 Absatz 1 Buchstabe a**

*BrotteggPraxis, curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, Public Health Schweiz, SBK, SBK-BE, SBK-NE-JU, SGB, SHV, SIGA, SNS, SP Schweiz, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF und vsao* verlangen, dass Massnahmen, die den Einstieg in die HF-Pflege Ausbildung erleichtern, nicht dazu führen dürften, dass das nachgelagerte FH-Studium verkürzt werde und damit nicht mehr den in der EU-Richtlinie 2005/36/EG Artikel 31 Ziffer 3 genannten Mindestdauer an theoretischem und praktischem Unterricht entspreche.

*Syna und Travail.Suisse* bemerken, dass die Formulierung «den Einstieg in die Ausbildung erleichtern» nicht klar sei. Wenn ein erleichteter Zugang zu einer schlechteren Ausbildung oder einer Verkürzung der nachgelagerten HF-Studiengänge führe, sei das nicht akzeptabel. In den Gesamterläuterungen (S. 13) ist ausdrücklich von «Adaption bestehender und Konzeption neuer Bildungsgänge» die Rede. Dies lässt vermuten, dass die Ausbildungen verkürzt und abgewertet werden könnten und die «Versuchung» bestehe, die Anzahl Abschlüsse um jeden Preis zu erhöhen und dafür, falls notwendig, die Qualität der Ausbildungen herabzusetzen. *Travail.Suisse* spricht sich klar gegen jede per Gesetz eingeräumte Möglichkeit aus, die Anzahl Abschlüsse zu erhöhen, indem die Qualität der Ausbildung gesenkt wird.

#### **4.1.9.3 Artikel 9 Absatz 1 Buchstabe b**

*VAS AG* fordert, dass die Kantone im Rahmen der Weiterbildung sicherstellen, dass den Beschäftigten im medizinischen Bereich (FaGe, Rettungssanitäter/-innen, Techniker/-innen) eine Entwicklungsmöglichkeit angeboten wird, um alternativ zu einem Abschluss in Pflege zu kommen.

#### **4.1.9.4 Artikel 9 Absatz 1 Buchstabe c**

Für HES-SO sieht die Notwendigkeit, die in diesem Buchstaben enthaltenen Elemente zu klären, insbesondere ihre Ausgestaltung im Zusammenhang mit den Massnahmen, die sich aus den Artikeln über die Förderung der praktischen Ausbildung ergeben können. Zudem müsse sichergestellt werden, dass das Sonderprogramm für FH vergleichbare Massnahmen nach einem vergleichbaren Zeitplan abdecken kann.

#### **4.1.9.5 Artikel 9 Absatz 2**

*ARTISET, ASPS, BrotteggPraxis, curacasa, H+, IG swissANP, ISMI, KOGS, NOPS, O-dASanté, Psychiatrie BL, Public Health Schweiz, SBK, SBK-BE, SBK-GR, SBK-NE-JU, sene-suisse, SGB, SHV, SIGA, SNLeaders, SNS, SP Schweiz, Spitex Zürich, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, vsao* und *ZHAW* fordern, dass es möglich sein müsse, mit Bundesbeiträgen die praktische Ausbildung von Berufsbildnerinnen und Berufsbildnern oder deren Support zu finanzieren.

OST beurteilt es als wichtig, dass mit den Bundesbeiträgen die berufspädagogische und fachdidaktische Ausbildung von Berufsbildnerinnen und Berufsbildnern durch eine FH-Weiterbildung finanziert werden kann.

UNIA fordert, dass die Gelder ebenfalls für die Ausbildung und auch den zweckmässigen Einsatz derselben verwendet werden können sollen.

#### **4.1.10 Artikel 10 Bemessung**

Für AG ist die unterschiedliche Handhabung hinsichtlich Bemessung der Beiträge und der Gesuchverfahren zwischen den Förderbereichen praktische Ausbildung und Ausbildungsbeiträge einerseits, und der Förderung der HF-Abschlüsse andererseits, im gleichen Gesetz nicht nachvollziehbar. Der Kanton regt an, dass der Bund die Verfahren vereinheitlicht und für jeden Kanton, den diesem insgesamt im Rahmen des Ausbildungsfördergesetzes Pflege zustehenden maximalen Betrag berechnet und rechtzeitig kommuniziert.

##### **4.1.10.1 Artikel 10 Absatz 1**

Die GDK und mit ihr die EDK sowie die Kantone AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NE, OW, SG, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG und ZH beantragen die folgende Streichung: «Das SBFi berechnet den jedem Kanton zustehenden ~~maximalen~~ Betrag für die gesamte Förderperiode [...]». Falls die Bundesgelder gegen Ende der Förderperiode hin noch nicht ausgeschöpft sind, müsse es möglich sein, dass Kantone, welche mehr kantonale Beiträge für die Förderung der HF einsetzen, als ihnen gemäss der Bedarfsplanung zustehen (z. B. weil sie Standortkanton einer HF sind), von den noch zur Verfügung stehenden Bundesgeldern profitieren können, d.h. dass die Bundesbeiträge pro Kanton nicht gedeckelt seien.

GE beantragt die Präzisierung, dass es um die kantonale Bedarfsplanung geht. Aufgrund der beruflichen Mobilität müsse diese jedoch gesamtschweizerisch betrachtet werden.

ARTISET, ASPS, BFH, BroteggPraxis, curacasa, FKG, GRÜNE, IG swissANP, ISMI, KOGS, NOPS, OdASanté, Public Health Schweiz, SBK, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-NE-JU, senesuisse, SGB, SHV, SIGA, SNS, SP Schweiz, Spitex Schweiz, Spitex Zürich, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, unia, VFP, vsao und ZHAW fordern, dass, wenn absehbar ist, dass gewisse Kantone ihren reservierten Betrag nicht voll ausschöpfen oder diesen gar nicht erst beantragen, diese Beträge ab einem gewissen Zeitpunkt für Kantone freigegeben werden müssen, welche das Geld für die in Artikel 9 Absatz 1 Buchst. a bis c genannten Massnahmen einsetzen. Der Artikel sei dahingehend anzupassen. Das SBFi soll bekannt geben, wann reservierte Beträge freigegeben werden können und Massnahmen nach klar definierten Kriterien priorisieren.

Auch OST fordert, dass das SBFi die Massnahmen nach klar definierten Kriterien priorisiert und verlangt eine entsprechende Ergänzung des Artikels. OST verweist zudem darauf, dass die Bedarfsplanung gewisser Kantone sich an den OBSAN-Zahlen von 2019 orientieren. Dies könne zu einer Verzerrung in der Betrachtung des eigentlichen Bedarfs führen.

Für HES-SO soll präzisiert werden, dass es sich um die kantonale Bedarfsplanung handelt, die mit der nationalen Bedarfsplanung im Einklang steht.

KOGS verlangt, dass die Kantone definieren können sollten, wenn eine andere Stelle «kantonale» Aufgaben übernehme. So könnten diese Stellen, z. B. kantonale OdA, auch gesuchsberechtigt werden.

Syna und Travail.Suisse und fordern eine Klärung, was mit den von den Kantonen nicht bezogenen Mitteln passiere. Können diese Gelder für andere Kantone freigegeben werden oder verbleiben sie beim Bund?

##### **4.1.10.2 Artikel 10 Absatz 2**

Zu Artikel 10 Absatz 2 gab es keine Bemerkungen.

#### **4.1.11 Artikel 11 Gesuch**

Analog zum Votum in Artikel 6 fordert *H+*, dass die Verfahren und das Berichtswesen möglichst schlank gehalten werden, damit die Ressourcen effektiv in die Umsetzung von Projekten zur Förderung der Ausbildung eingesetzt werden, und nicht vor allem in bürokratischen Aufwand fließen. Die vertraglichen Regelungen und Vorgaben bei der Gesuchstellung sollten den Kantonen möglichst viel Flexibilität bei der Umsetzung gewähren.

##### **4.1.11.1 Artikel 11 Absatz 1**

*GE* ist der Ansicht, dass bei der Eingabe der Gesuche dieselbe Flexibilität für HF und für FH gewährt werden sollte.

*VD* findet, dass die Flexibilität für die von den HF formulierten Gesuche (die jederzeit eingereicht werden können) nicht die Gesuche der FH beeinträchtigen dürfe, die ihrerseits ein Sonderprogramm für ihr Gesuch einhalten müssen. Darüber hinaus bittet der Kanton um Klärung, welche Rolle er bei der Priorisierung der Projekte spiele, da ja alle Gesuche auf der kantonalen Bedarfsermittlung basierten.

*HES-SO* fordert, dass diese Flexibilität für Gesuche der HF nicht zu Lasten der FH gehe, die sich bei ihren Gesuchen an den im Sonderprogramm festgelegten Zeitplan halten müssen. Welche Abwägung wird zwischen den Bedürfnissen und Entwicklungen von HF und FH getroffen? Ist es Aufgabe der Kantone, Projekte zu priorisieren?

##### **4.1.11.2 Artikel 11 Absatz 2 Buchstabe a**

Zu Artikel 11 Absatz 2 Buchstabe a gab es keine Bemerkungen.

##### **4.1.11.3 Artikel 11 Absatz 2 Buchstabe b**

Zu Artikel 11 Absatz 2 Buchstabe b gab es keine Bemerkungen.

##### **4.1.11.4 Artikel 11 Absatz 3**

Zu Artikel 11 Absatz 3 gab es keine Bemerkungen.

#### **4.1.12 Artikel 12 Vertrag**

##### **4.1.12.1 Artikel 12 Absatz 1**

Zu Artikel 12 Absatz 1 gab es keine Bemerkungen.

##### **4.1.12.2 Artikel 12 Absatz 2 Buchstabe a**

Zu Artikel 12 Absatz 2 Buchstabe a gab es keine Bemerkungen.

##### **4.1.12.3 Artikel 12 Absatz 2 Buchstabe b**

Zu Artikel 12 Absatz 2 Buchstabe b gab es keine Bemerkungen.

##### **4.1.12.4 Artikel 12 Absatz 2 Buchstabe c**

Zu Artikel 12 Absatz 2 Buchstabe c gab es keine Bemerkungen.

##### **4.1.12.5 Artikel 12 Absatz 2 Buchstabe d**

Zu Artikel 12 Absatz 2 Buchstabe d gab es keine Bemerkungen.

##### **4.1.12.6 Artikel 12 Absatz 2 Buchstabe e**

Zu Artikel 12 Absatz 2 Buchstabe e gab es keine Bemerkungen.

##### **4.1.12.7 Artikel 12 Absatz 2 Buchstabe f**

Zu Artikel 12 Absatz 2 Buchstabe f gab es keine Bemerkungen.

#### **4.1.12.8 Artikel 12 Absatz 3**

OST beantragt, dass vorerst auf eine Befristung verzichtet werden sollte.

#### **4.1.12.9 Artikel 12 Absatz 4**

Zu Artikel 12 Absatz 4 gab es keine Bemerkungen.

#### **4.1.13 Artikel 13 Kantonale Ansprechstelle**

NE hält fest, dass Artikel 13 der Ausbildungsförderungsverordnung Pflege vorsieht, dass jeder Kanton eine Ansprechstelle für das SBFI bestimmt (Absatz 1); schliessen sich mehrere Kantone zusammen, bestimmen sie eine einzige Ansprechstelle (Absatz 2). Im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den drei Kantonen BE, JU und NE ist einer der drei Partner, BE, ein zweisprachiger Kanton und beherbergt in seinem französischsprachigen Teil die Höhere Fachschule (HF), an der Studierende auch aus den beiden anderen Kantonen studieren. Der Kanton NE, der derzeit den Vorsitz der «Groupe de concertation BEJUNE» innehat, möchte sicherstellen, dass ein Kanton, in diesem Fall BE, über zwei verschiedene Verträge verfügen kann: einen für seinen deutschsprachigen Teil und einen weiteren als Mitunterzeichner mit JU und NE für seinen französischsprachigen Teil.

##### **4.1.13.1 Artikel 13 Absatz 1**

Zu Artikel 13 Absatz 1 gab es keine Bemerkungen.

##### **4.1.13.2 Artikel 13 Absatz 2**

Für SG ist nicht klar, ob der Kanton eine Ansprechstelle je Gesuch oder eine Ansprechstelle je Beitragsjahr bestimmen muss und vermutet, dass Ansprechstelle pro Beitragsjahr gemeint sei, da die Ansprechstelle je Gesuch in Artikel 12 gehören würde. Es werde aber schwierig, bei einer Mischung von kantonalen und interkantonalen Projekten die einheitliche Ansprechstelle nach Artikel 13 Absatz 2 im Voraus festzulegen. Allenfalls sei zu Beginn des Beitragsjahrs noch nicht klar, welche Projekte eingereicht würden und welche Kantone an gemeinsamen Projekten beteiligt sein werden. Daher beantragt SG, Artikel 13 Absatz 2 streichen. So bezeichne jeder Kanton seine eigene Ansprechstelle und wenn zwei Kantone miteinander ein Projekt einreichen, würde die Ansprechstelle für dieses Projekt im Vertrag festgelegt.

#### **4.1.14 Artikel 14 Berichterstattung**

##### **4.1.14.1 Artikel 14 Absatz 1**

SH erscheint eine Evaluation der Wirksamkeit der eingesetzten Mittel wichtig. Allerdings fordert er, dass eine einfache Form der jährlichen Berichterstattung an den Bund möglich sei und so der Reporting-Aufwand tief gehalten werde.

##### **4.1.14.2 Artikel 14 Absatz 2**

*ASPS, BFH, BroteggPraxis, curacasa, FKG, IG swissANP, ISMI, KOGS, NOPS, OdASanté, OST, Public Health Schweiz, SBK, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-NE-JU, senesuisse, SGB, SHV, SIGA, SNS, SP Schweiz, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Syna, Travail.Suisse, VFP, vsao und ZHAW* fordern eine Ergänzung des Artikels: Die jährliche Berichterstattung der Kantone zuhanden des SBFI sei zu veröffentlichen.

Auch *ARTISET, Spitex Schweiz* und *Spitex Zürich* teilen diese Meinung und schlagen folgende Formulierung vor: «Die Kantone erstatten dem SBFI jährlich und öffentlich Bericht über die Verwendung der Bundesbeiträge.»

#### **4.1.15 Artikel 15 Meldungen von Änderungen**

Zu Artikel 15 gab es keine Bemerkungen.

#### 4.1.16 Artikel 16

SO würde es begrüßen, wenn das Ausbildungsfördergesetz Pflege zwar bereits per 1. Juli 2024 in Kraft gesetzt würde, die Ausbildungsverpflichtung aber erst ab 1. Januar 2025 vollzogen werden müsste. Dadurch könnte ein harmonischer Übergang zwischen den verschiedenen Aus- und Weiterbildungssystemen gewährleistet werden.

#### 4.2 Verordnung über die Berufsbildung (Berufsbildungsverordnung, BBV)

Zum Ingress des Entwurfs BBV gab es keine Rückmeldungen.

##### 4.2.1 Artikel 73a Anerkennung von altrechtlichen kantonalen und interkantonalen

Mit Ausnahme von zwei Akteuren (*AI* und *IMAD*) waren alle Vernehmlassungsteilnehmenden, die sich zu diesem Artikel geäußert haben, mit dem Vorschlag einverstanden. *GE*, *SH* und *BGS* begrüßen die Übertragung der Durchführung der Verfahren an das SRK explizit. Auch *VS* ist damit einverstanden und merkt an, dass der öffentlich-rechtliche Vertrag zwischen dem SRK und dem SBFI klar sein und die vom SBFI in anderen Berufen angewandten Anerkennungsgrundsätze übernehmen müsse.

*AI* beantragt, dass die BBV mit einem neuen Artikel ergänzt werden soll, so dass die Zuständigkeit für die Anerkennung von altrechtlichen kantonalen sowie altrechtlichen interkantonalen Abschlüssen klar dem Bund übertragen werden kann. Grundsätzlich soll die Zuständigkeit aller Anerkennungsverfahren im Bereich der Gesundheitsberufe, so wie bereits für alle anderen Berufsbereiche üblich, dem SBFI zugeteilt werden. Fehlendes Know-how in diesem Bereich soll sich das SBFI beim SRK oder der OdA Santé abholen.

*IMAD* betont die Wichtigkeit, dass Personen mit altrechtlichen kantonalen und interkantonalen Abschlüssen ihre Diplome gemäss neuer Systematik anerkennen lassen können. *IMAD* beantragt, dass die Zuständigkeit für die Anerkennung dieser altrechtlichen Abschlüsse an das SBFI übertragen wird.

#### 4.3 Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

##### 4.3.1 Artikel 49 Absatz 2

*BFH*, *BroteggPraxis*, *curacasa*, *FKG*, *IG SwissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PHSchweiz*, *SBK*, *SBK-BE*, *SBK-NE-JU*, *SHV*, *SIGA*, *SP Schweiz*, *SSHP+*, *Stillförderung*, *SVBG*, *SVF-ADF*, *Unia*, *VFP* und *ZHAW* bemängeln, dass die maskuline Form «Pflegefachmänner» der femininen Form «Pflegefachfrauen» vorangestellt ist. Es solle sowohl in der KLV wie auch der KVV die genderneutrale Form «Pflegefachpersonen» verwendet werden. Sei dies nicht möglich, soll die weibliche Bezeichnung zuerst genannt werden. Der *SBK* kritisiert zudem, dass in der französischen Fassung nur die männliche Bezeichnung benutzt wird.

##### 4.3.2 Artikel 51

###### 4.3.2.1 Artikel 51 Absatz 1 Buchstabe a<sup>bis</sup>

Die *GDK* und mit ihr die Kantone *AI*, *AR*, *BE*, *BL*, *BS*, *FR*, *GL*, *GR*, *VD*, *SG*, *LU*, *NW*, *OW*, *UR*, *JU*, *SZ*, *TI*, *VS*, *ZG* und *ZH* sowie *IDS* beantragen folgende Ergänzung des Artikels: «Sie verfügen über einen kantonalen Leistungsauftrag gemäss Artikel 36a Absatz 3 KVG».

Dadurch soll klargestellt werden, dass die Zulassungsvoraussetzung erfüllt ist, wenn ein kantonaler Leistungsauftrag vorliegt, der die Ausbildungsverpflichtung festlegt. Dieser kantonale Leistungsauftrag soll keine weiteren Elemente wie z.B. Vorgaben zur Art der zu erbringenden Pflegeleistungen, zum Tätigkeitsspektrum oder betreffend die Versorgungsplanung regeln, damit die Zulassungsvoraussetzung erfüllt ist. Weiter schlägt die *GDK* vor, dass der kantonale Leistungsauftrag für alle Organisationen und Institutionen in einem Erlass (z.B. als Tabelle) festgesetzt werden können soll.

*GE* bemängelt, dass die vorgeschlagenen Bedingungen zur Steuerung unklar seien. Die Verbindung mit dem KVG sei unklar: Laut der Begründung zu Artikel 36a KVG verpflichtet

dieser neue Absatz die Kantone, bei der Zulassung von Spitex-Organisationen (Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe d<sup>bis</sup>) einen Leistungsauftrag zu erteilen, in dem insbesondere die zu erbringenden Pflegeleistungen, der zeitliche und räumliche Tätigkeitsbereich und die erforderlichen Ausbildungsleistungen unter Berücksichtigung der in Artikel 3 des Entwurfs des Bundesgesetzes über die Förderung der Ausbildung in der Krankenpflege festgelegten Kriterien und des in Artikel 4 dieses Entwurfs erwähnten Ausbildungsplans zu bezeichnen sind. Die Kantone, die für die Sicherstellung der Versorgung verantwortlich sind, beauftragen mit gezielten Leistungsaufträgen die Institutionen mit der Erbringung von Bildungsleistungen. Sie können darin auch die Art der zu erbringenden Pflegeleistungen oder den Tätigkeitsradius sowie den Beginn und das Ende der Leistungen festlegen. So können sie beispielsweise vorsehen, dass eine einzige Spitex-Organisation nicht nur die Grundpflege, sondern die gesamte Pflege erbringt. Der Leistungsauftrag ist somit auch ein Instrument zur Steuerung der Zulassungen für die Kantone, da sie einem Leistungserbringer die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entziehen können, wenn dieser den Leistungsauftrag nicht einhält. Gleichzeitig sieht Artikel 55b KVG vor, dass die Kantone die Zulassung zur Berufsausübung zu Lasten der OKP verweigern können, wenn die Kosten steigen. Für GE stellen sich deshalb zwei Fragen: Sollen die Kantone nur denjenigen Spitex-Organisationen Aufträge erteilen, die ausbilden wollen? Und wenn ja, ob dies bedeutet, dass das Mandat nur dazu dient, die Ausbildungsfinanzierung zu erhalten? Die oben erwähnte Begründung scheine darauf hinzudeuten, dass es auch dazu diene, die Zulassungen zu verwalten. Zudem stellt sich GE die Frage, ob sie die Zulassung einer Spitex aus anderen Gründen als der Kostensteigerung verweigern könnten (55b KVG)? Wenn ja, aufgrund welcher?

SH wünscht, dass der Artikel mit « ... sofern sie von einer kantonalen Ausbildungsverpflichtung betroffen sind. » ergänzt wird. Die Leistungsverträge über die Ausbildungsleistungen sollen von sonstigen Leistungsaufträgen abgegrenzt werden, insbesondere von den Leistungsverträgen der Gemeinden betreffend die Versorgungssicherheit. Nicht alle Betriebe dürften von einer Ausbildungsverpflichtung und entsprechend von der Notwendigkeit betroffen sein, ein Ausbildungskonzept vorzulegen, da der Kanton nach dem Ausbildungsförderungsgesetz selbst die Parameter festlegt. Einer Klärung bedürfe es daher im Umgang mit denjenigen (meist kleinen) Betrieben, welche keine Ausbildungsfunktion wahrnehmen. Es müsste präzisiert werden, was der konkrete Inhalt einer Leistungsvereinbarung mit dem Kanton nach Artikel 36a Absatz 3 KVG für solche Betriebe darstelle. Es ist aus Sicht von SH zu präzisieren, ob Artikel 35 Absatz 2 KVG faktisch die gesundheitspolizeiliche Zulassung einschränke oder ob diese nach wie vor ohne Leistungsauftrag möglich sei, wenn Betriebe freiwillig von der Direktabrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) keinen Gebrauch machen möchten und ihre Leistung weiterhin auf ärztliche Anordnung i.S.v. Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe e KVG erbringen. Weiter kann SH nicht nachvollziehen, warum die Ausbildungsverpflichtung mit der Berechtigung zur OKP-Direktabrechnung verknüpft werde. Die Direktabrechnungsberechtigung sollte vielmehr an die gesundheitspolizeilichen Zulassungen gekoppelt sein, da dort die Qualifikationen geprüft würden. Die Ausgestaltung des Leistungsauftrags sei ebenfalls näher auszuführen, zumal unverständlich bleibe, ob es sich bei jenem Leistungsauftrag um einen bilateralen Vertrag mit jedem einzelnen Leistungserbringer oder um einen unilateralen Vertrag im Sinne einer vopublizierten Liste mit kantonalen Vorgaben handelt. Bilaterale Verträge mit einzelnen Leistungserbringern würden einen enormen administrativen Aufwand für die Kantone mit sich bringen.

ARTISET beantragt die Ergänzung « ... oder eine Bewilligung. », da je nach Branche andere Begriffe als jener der «kantonalen Leistungsvereinbarung» verwendet werde.

ASPS und Senesuisse beantragen, dass die Zulassung wie bisher aufgrund der kantonalen Betriebsbewilligung erfolgen soll. Die vorliegende Anpassung der KVV ist aus ihrer Sicht absolut unnötig. Sie bringe keinen Mehrwert, aber bedeutenden Aufwand. Einerseits handle es sich bei den kantonalen Leistungsaufträgen um ein grundsätzlich zu vermeidendes Mittel, weil es zu Ungleichheit und Intransparenz führe (individuelle Abreden mit einzelnen Leistungserbringern). Andererseits erschliesse sich ASPS und Senesuisse nicht, warum die bestens funktionierende Lösung für «Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause» mit einer Verkomplizierung ergänzt werde, welche in der vorliegenden Form nur Aufwand und

keinen Nutzen generiere. Dies umso mehr, als es sich um eine auf 8 Jahre befristete Lösung handle. Die Verbände hätten bereits im Rahmen der Erarbeitung des indirekten Gegenvorschlags zur Pflegeinitiative darauf hingewiesen, dass ein Abstellen auf die Betriebsbewilligung die zielführendere Ebene gewesen wäre.

*MFÄF* hofft, dass die Anwendung dieses Artikels durch die Kantone nicht zu einem Rückgang der Zahl der Anbieter von Pflegeleistungen im ambulanten Bereich oder in Pflegeheimen führen wird. Die Analyse der Zahlen sollte aus einer globalen Perspektive mit einer makroökonomischen Analyse der Lastverschiebungen zwischen dem stationären Krankenhaus und dem ambulanten Bereich erfolgen. Denn ein starkes Angebot an ambulanter Krankenpflege und Pflegeheimen ermögliche in enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und bei Krankenhausaufenthalten eine frühzeitige Rückkehr nach Hause zu ermöglichen.

*IMAD* anerkennt zwar die Notwendigkeit, den Kantonen Steuerungsinstrumente anzubieten. Allerdings seien die vorgeschlagenen Bedingungen unklar und böten keine Gewähr für die Wirksamkeit.

Für *Spitex Schweiz* und *Spitex Zürich* ist es wichtig, dass bei der Umsetzung kantonaler Leistungsaufträge eine pragmatische Lösung gefunden werden kann, welche komplizierte und unverhältnismässige Auflagen sowie unnötige Detailplanungen verhindert. Dies auch vor dem Hintergrund, dass das Gesetz befristet ist.

#### **4.3.2.2 Artikel 51 Absatz 2**

*ASPS* beantragt die Streichung dieser Bestimmung, denn die Gewerbefreiheit dürfe nicht eingeschränkt oder befristet werden. Ähnliche Regelungen hätten in der Vergangenheit bereits zu enormen Schwierigkeiten geführt: Die Berechnungsmethoden zur Festlegung des "Versorgungsgrades" führe zu Ergebnissen, die nicht der örtlichen Realität entsprächen. Beispielsweise sei es in vielen Regionen schwierig, einen Hausarzt zu finden. Darüber hinaus führe die Einschränkung des Rechts auf Berufsausübung zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zu einem Rückgang der Berufsabschlüsse und der Motivation von Studierenden und jungen Gesundheitsfachleuten, weiter zu studieren oder zu praktizieren. Es bestehe das Risiko, den Fachkräftemangel durch eine entsprechende Regelung zu verschärfen und die Abhängigkeit von ausländischen Arbeitskräften für die Grundversorgung der Bevölkerung zu erhöhen.

#### **4.3.3 II Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...**

Die *GDK* und mit ihr die Kantone *AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, LU, SG, SO, SZ, TG, TI, OW, UR, VS, ZG* und *ZH* verlangen die Streichung der Übergangsbestimmung, da diese nicht notwendig sei. Viele Kantone würden bereits Ausbildungsverpflichtungen kennen, die auch für Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause gelten. Im Hinblick auf die Umsetzung der 1. Etappe der Pflegeinitiative werden sämtliche Kantone die Ausbildungsverpflichtung und die Beitragsgewährung auf kantonaler Ebene regeln und die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause zur Ausbildung verpflichten. Sollte die Übergangsbestimmung nicht gestrichen werden, so beantragen die Kantone die folgende Ergänzung in der deutschsprachigen Verordnung: « [...], einen Leistungsauftrag im Sinne von Artikel 36a Absatz 3 *KVG*. »

Die *GDK* und mit ihr die Kantone *AI, AR, BE, BL, BS, GL, FR, GR, JU, LU, NW, OW, SZ, TG, TI, UR, VS, ZG* und *ZH* beantragen zudem das Einfügen einer zusätzlichen Übergangsbestimmung zur ausdrücklichen Regelung des Besitzstands sowie dessen Umfang. Im letzten Abschnitt von Ziffer 4.4.1 der Erläuterungen werde erklärt, dass Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause von einer Besitzstandswahrung profitieren würden. Soll Besitzstand gewährt werden (d.h. bleiben Rechtspositionen bestehen, die gestützt auf bisheriges Recht erworben wurden, dem neuen Recht aber nicht entsprechen), bedürfe es dafür einer ausdrücklichen Bestimmung im neuen Recht. Nachdem eine entsprechende Regelung auf Ebene *KVG* fehle, müsse die Besitzstandswahrung mindestens auf Ebene *KVV* verankert

werden. Eine blosser Erwähnung in den Erläuterungen sei nicht ausreichend. Vor Inkrafttreten dieser Änderung zugelassene Leistungserbringer (dies betreffe sowohl Pflegefachpersonen als auch Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause) wurden zudem gestützt auf Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe e KVG (Personen und Organisationen, die *auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin* Leistungen erbringen) zugelassen. Um Rechtssicherheit zu schaffen, sei daher zusätzlich ausdrücklich auf Ebene KVV zu regeln, ob sie ab Inkrafttreten dieser Änderung auch Leistungen *ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag* erbringen dürfen, sofern die entsprechenden Voraussetzungen gemäss KLV erfüllt sind.

SH beantragt, dass näher ausgeführt werden soll, wo in der Übergangszeit die Ausbildungsverpflichtungen und -konzepte mit den betroffenen Betrieben verankert sind, damit solche Betriebe auch in den ersten 2 Jahren von den Beiträgen an die praktische Ausbildung aus dem Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege profitieren können.

SO merkt ausserdem an, dass die Ausbildungsverpflichtung – im Lichte der Rechtsgleichheit – für Spitex-Organisationen, Pflegeheime und Spitäler gleichermassen gelten soll. Es könne nicht in das Belieben der bereits zugelassenen Spitex-Organisationen gestellt werden, ob sie Ausbildungsleistungen erbringen möchten oder nicht. Für eine solche Privilegierung finde sich weder im Ausbildungsfördergesetz Pflege noch in der Krankenversicherungsgesetzgebung eine entsprechende Grundlage. Sollte an der Übergangsbestimmung festgehalten werden, sei in dieser – zwecks Schaffung von Rechtssicherheit – ausdrücklich festzuhalten, dass die bisher zugelassenen Pflegefachpersonen und Spitex-Organisationen künftig auch Leistungen ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbringen dürfen, sofern die entsprechenden Voraussetzungen der KLV erfüllt sind.

TG beantragt, für den Fall dass die Übergangsbestimmung nicht gestrichen werde, eine Ergänzung: « ..., einen Leistungsauftrag im Sinne von Artikel 36a Absatz 3 KVG. »

Gemäss VD suggeriert diese Bestimmung, dass selbständige Pflegefachpersonen nicht in den Genuss von Fördermassnahmen für Bildungsleistungen kommen könnten, da diese sich nur auf Spitex-Organisationen und nicht auf selbständige Pflegefachpersonen beziehe. VD schlägt deshalb vor, zu prüfen, wie auch freiberufliche Pflegekräfte als potenzielle Anbieter von Bildungsleistungen anerkannt werden könnten, ohne dabei eine Verpflichtung zu schaffen. VD bemängelt zudem, dass in der Verordnung nichts zu einer möglichen Verpflichtung von Leistungserbringern zur Erbringung von Ausbildungsleistungen steht, obwohl dieser Aspekt in den neuen Artikeln 36a Absatz 3 und 39 Absatz 1<sup>bis</sup> KVG ausdrücklich erwähnt ist. Es soll aus diesem Grund eine Mindestnorm für die erforderlichen Ausbildungsleistungen in die KVV aufgenommen sowie die Berücksichtigung der Praktikantinnen und Praktikanten sowie ihrer Betreuungsperson bei der Zusammensetzung der Pflegeteams (Skillmix und Grademix) verlangt werden.

ASPS beantragt die Ergänzung der Übergangsbestimmungen um einen Zusatz betreffend Zulassung für Organisationen ohne Ausbildungsleistung. ASPS begrüsst, dass Organisationen der Krankenpflege zu Hause, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung bereits zugelassen sind und Ausbildungsleistungen erbringen oder zu erbringen beabsichtigen, ein Leistungsauftrag erteilt werden soll. Laut dem ergänzenden Bericht blieben jedoch auch Organisationen zugelassen, die keine Ausbildungsleistungen erbringen oder zu erbringen beabsichtigen. Das sei richtig und wichtig: Alle bestehenden Spitex-Organisationen sollen auch weiterhin tätig sein können.

IDS ist der Meinung, dass, falls den Organisationen der häuslichen Pflege und Hilfe erworbene Rechte zuerkannt werden, diese in der Übergangsbestimmung ausdrücklich und genau erwähnt werden müssen.

#### **4.4 Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)**

##### **4.4.1 Allgemeine Bemerkungen**

Die *GDK* und mit ihr die Kantone *AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GR, JU, NE, OW, SG, SO, SZ, TI, ZG* und *ZH* lehnen die vorgeschlagenen Änderungen in der KLV ab und fordern eine grundsätzliche Überarbeitung. Die jetzt vorgeschlagene Lösung sei nicht praxistauglich und setze falsche Anreize. Sie hätte zur Folge, dass hochqualifiziertes und teures Fachpersonal vermehrt Grundpflegeleistungen erbringe und für dieses Personal der Anreiz steige, sich selbständig zu machen. In Zeiten des Fachkräftemangels sei es unabdingbar, dass das vorhandene Personal kompetenzgemäss eingesetzt werde. Das bedeute, dass das rare Pflegefachpersonal vor allem für die komplexere Behandlungspflege eingesetzt werden müsse. Dies rechtfertige sich zudem auch unter dem Aspekt der wirtschaftlichen Leistungserbringung. Daher müsse es möglich sein, auch Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung gemäss Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b KLV (Behandlungspflege) ohne ärztliche Anordnung / ärztlichen Auftrag zu erbringen. Grundpflegeleistungen gemäss Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c KLV sollen dagegen weiterhin nur mit ärztlicher Anordnung / ärztlichem Auftrag erbracht werden können.

Werde diesem Antrag nicht stattgegeben, müssten sie innerhalb von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause ohne ärztliche Anordnung / ärztlichen Auftrag auch von weniger qualifiziertem Personal unter Aufsicht von Pflegefachpersonen erbracht werden können (Delegationsmodell). Schliesslich hätten Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause bereits heute Schwierigkeiten, höher qualifiziertes Personal zu rekrutieren. Dies werde sich verschärfen, wenn für das hochqualifizierte Personal der Gang in die Selbständigkeit attraktiver werde und dieses den Organisationen verloren gehe. Hinzu komme, dass die geplanten Anforderungen an die Berufserfahrung sowie die Kontrollmechanismen zur Überprüfung der Anforderungen schlicht nicht praxistauglich seien. Langwierige Auseinandersetzungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern wären die Folge daraus.

*FR* besteht darauf, dass sowohl die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a (Abklärung, Beratung und Koordination), b (Untersuchung und Behandlung) und c (Grundpflege) ohne ärztliche Anordnung oder Auftrag abgerechnet werden können und dass es bei Spitex-Organisationen den Pflegefachpersonen möglich sein muss, diese Leistungen unter ihrer Aufsicht an weniger qualifiziertes Personal zu delegieren.

*SO, TI* und *ZH* erachten die Revision der KLV in dieser Form als untauglich, um das Ziel der Aufwertung des Berufsstatus der Pflegefachpersonen HF und FH und die Stärkung ihrer Autonomie zu erreichen. Bei diesen Pflegefachpersonen handle es sich um hochqualifizierte Fachpersonen, welche in der Lage seien, Massnahmen der Untersuchung und Behandlung, wie beispielsweise Verbandswechsel, Messung von Vitalzeichen und ähnliches, eigenverantwortlich anzuwenden. Mit der in der KLV vorgesehenen Beschränkung auf Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination und Massnahmen der Grundpflege könne das Ziel der Aufwertung des Berufsstatus der Pflegefachpersonen HF und FH nicht erreicht werden. Weiter sollen nach Ansicht des Kantons *SO* Massnahmen der Grundpflege unter Aufsicht einer Pflegefachperson HF und FH auch von anderen im Bereich der Pflege tätigen Personen mit entsprechender Ausbildung (z. B. Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ [FaGe]) erbracht werden können. Schlussendlich erachtet *SO* die zusätzlichen Voraussetzungen für Pflegefachpersonen als unnötig. Die bereits bestehenden Zulassungsvoraussetzungen gemäss Artikel 49 KVV seien ausreichend, um die notwendige Qualität gewährleisten zu können.

*SO* und *ZH* befürchten zudem Mehrkosten, wenn künftig höher qualifizierte, teurere Mitarbeitende Grundpflegeleistungen ausführen.

*VD* ist der Ansicht, dass im Bestreben nach mehr Autonomie für das Pflegepersonal die in der KLV vorgesehene Bedingung zu streichen sei, wonach das Pflegepersonal ohne ärztliche Anordnung oder Auftrag nur in dem Bereich Leistungen erbringen (und zu Lasten der OKP abrechnen) darf, in welchem es seine zwei Jahre Berufserfahrung erworben hat. Darüber

hinaus findet VD, dass die Bestimmungen der KLV dahingehend präzisiert werden müssen, dass angestellte Pflegefachpersonen auch Leistungen ohne ärztliche Anordnung oder Auftrag erbringen und zu Lasten der OKP abrechnen können.

Die *EVP* erachtet den Entwurf der KLV als missglückt und nicht umsetzbar und beantragt die grundlegende Überarbeitung des Entwurfs. Dass eine Pflegeleistung dem autonomen Bereich der Pflege zugeordnet wird bedeute, dass deren Indiziertheit von Ärztinnen und Ärzten fachlich nicht beurteilt werden könne. Für die *EVP* ist nicht nachvollziehbar, worin genau die Qualitätsgarantie einer ärztlichen Anordnung auf einem der Ärztin, dem Arzt fachfremden Gebiet liegen soll. Sie ist der Meinung, dass sich dies mit dem Verfassungstext nicht vereinen lasse. Die diesem Bereich zuzuordnenden Massnahmen seien ausserhalb des ärztlichen Kompetenzbereichs verortet und können deshalb gar nicht wirksam ärztlicher Aufsicht, Kontrolle, Verfügung oder Verordnung unterstellt werden. Die zusätzlich zu den von Artikel 49 Buchstabe b KVV also Voraussetzung für die autonome Anordnung von Leistungen geforderten zwei Jahre Berufserfahrung in jedem Bereich, in welchem Leistungen erbracht werden sollen, seien weder sinnvoll noch umsetzbar. Die Ausbildung sei generalistischer Natur, um ihre Leistungen zulasten der OKP zu erbringen, müssten sie zwei Jahre Berufserfahrung nachweisen (Artikel 49 KVV). Interprofessionelle Zusammenarbeit, u.a. mit Ärztinnen und Ärzten, sei Voraussetzung in diesem Beruf. Welche Erwartungen an den Nachweis weiterer zwei Jahre Praxiserfahrung auf jedem Gebiet, auf dem sie Pflegeleistungen erbringen, verknüpft werden, sei unklar. Abgesehen davon und ganz elementar würden ihre Leistungen von den zuständigen Versicherern auf ihre Übereinstimmung mit den Kriterien der Wirksam-, Zweckmässig- und Wirtschaftlichkeit überprüft.

Die *GRÜNEN* sind der Meinung, dass die Änderung der KLV das Ziel verfehle, den Berufsstatus der Pflegefachpersonen aufzuwerten und die Autonomie zu stärken. Die *GRÜNEN* lehnen namentlich ab, dass Pflegende als Voraussetzung für die autonome Anordnung von Leistungen, zusätzlich zu den von Artikel 49 Buchstabe b KVV geforderten zwei Jahren Berufserfahrung, nochmals zusätzlich zwei Jahre Berufserfahrung in jedem Bereich erlangen sollen, in welchem die Leistungen angeordnet werden. Auch dass die von Pflegenden autonom angeordneten Leistungen nicht an Mitarbeitende im Pflorgeteam delegiert werden können, lehnen die *GRÜNEN* ab. Das sei sowohl ineffizient wie auch, beispielsweise für Spitexbetriebe, nicht umsetzbar. Auch in der Vorgabe, dass Pflegeleistungen nach achtzehn Monaten nur noch nach Zustimmung von einem Arzt oder einer Ärztin erneuert werden können, sehen die *GRÜNEN* einen Widerspruch zur propagierten Autonomie der Pflege.

*AVASAD* ist der Ansicht, dass mehrere in den Verordnungsentwürfen vorgesehene Einschränkungen dem Grundsatz der direkten Rechnungsstellung durch das Pflegepersonal entgegenstehen (Art. 7 Absatz 2<sup>bis</sup> Buchstabe c und 8a Absatz 1<sup>bis</sup> und 8 KLV). Indem bei der Berufserfahrung eine Mindestdauer eingeführt, die Bereiche, in denen sie erworben werden kann, strenger definiert und auf die Schweiz beschränkt wurden, unterläuft man schrittweise das Prinzip der direkten Rechnungsstellung. Diese Einschränkungen werden zu einem deutlichen Rückgang der Kostenübernahme für Betreuung und Pflege zu Hause durch die Krankenversicherungen und letztendlich zu einem Rückgang des Leistungsvolumens führen. Wirtschaftlich gesehen ist das eine Fehlkalkulation, da eine qualitativ hochwertige Betreuung zu Hause wesentlich zu einer geringeren Anzahl Spitaltagen beiträgt. Der Effekt auf die Gesundheitskosten dürfte letztlich den angestrebten Einsparungen entgegenlaufen. *AVASAD* fragt sich auch, ob die den Pflegefachpersonen eingeräumte Möglichkeit, einen Teil ihrer Leistungen zu delegieren, zeitlich begrenzt wird. Sollten die FaGe aus diesem Grund von der Grundpflege ausgeschlossen werden, würde die gesamte Struktur der häuslichen Pflege, wie wir sie in der Schweiz kennen, in Frage gestellt, was wiederum katastrophale gesundheitliche und soziale Folgen hätte und letztlich zu einem vorhersehbaren Anstieg der Gesundheitskosten führen würde.

*ASPS*, *Spitex Schweiz* und *Spitex Zürich* sind der Ansicht, dass die Ziele der Pflegeinitiative mit der vorgeschlagenen Regelung nicht, respektive nur teilweise, umgesetzt werden können. Insbesondere im Bereich der eigenständigen Leistungserbringung und -abrechnung sei die vorgelegte Lösung nicht tauglich und führe mit ihren Fehlanreizen und Unzulänglichkeiten

zu einer Verschärfung der Situation in der Pflege. Das vorgeschlagene System setze zwei Fehlanreize und werde mit seinen restringierenden Bestimmungen zu einem Aufschrei und weiterer Frustration in der Pflege führen. *Fehlanreiz 1:* Die Bedingung, dass eine Leistung nur durch eine Pflegefachperson angeordnet und abgerechnet werden kann, wenn sie diese Leistung auch selbst erbringt, führe dazu, dass zur Umsetzung der neuen Bestimmungen in Spitex-Organisationen und Pflegeheimen vermehrt bestens qualifiziertes Tertiärpersonal für Grundpflegeleistungen eingesetzt werden soll. Angesichts des Fachkräftemangels und vor dem Hintergrund, dass Leistungen gemäss dem Prinzip der WZW-Kriterien erbracht werden sollten, werde damit ein völlig falsches Zeichen gesetzt und das System zusätzlich torpediert. *Fehlanreiz 2:* Da damit die selbstständige Abrechnung in Organisationen mit dem Delegationsmodell (Spitex-Organisationen und Pflegeheime) praktisch verhindert werde und einzig im Bereich der selbstständigen Pflegefachpersonen zur Anwendung kommen könne, was einer faktischen Ungleichbehandlung gleichkomme, werde die Selbstständigkeit an Attraktivität gewinnen. Eine zusätzliche Fragmentierung der Grundversorgung sei nicht im Sinne des Gesetzgebers. *Unnötige Restriktionen:* Mit den im Umsetzungsvorschlag eingebauten Restriktionen, z.B. Zusammenarbeit beim Re-Assessment, Zustimmung des Arztes/der Ärztin nach 18 Monaten, werde primär das Misstrauen in die Pflege zum Ausdruck gebracht. Jede Leistung von Spitex-Mitarbeitenden unterliege der Kontrolle der Finanzierer. Diese Rolle nehmen beispielsweise die Krankenversicherer bereits heute stark wahr. Ausserdem werde damit ausser Acht gelassen, dass die Betriebe für die Handlungen ihrer Mitarbeitenden verantwortlich seien.

Nach Ansicht von *BFH, FKG* und *VFP* wird die vorliegende Verordnung zur Folge haben, dass der eigenverantwortliche Bereich von Pflegefachpersonen nicht umgesetzt werden kann: Die Hürden seien unverhältnismässig hoch, praxisfern, rigide und sachlich sowie fachlich nicht begründbar. Die vorgesehenen Bestimmungen würden den eigenverantwortlichen Bereich zu einer pro forma Autonomie degradieren. Zudem entstehe ein hoher administrativer und organisatorischer Aufwand ohne zielführende Stärkung der Grundversorgung, Kostensparnis und Aufwertung der Pflege. *BFH, FKG* und *VFP* schlagen vor, dass im ganzen Text entweder «Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner» oder der geschlechtsneutrale Begriff «Pflegefachperson» verwendet wird.

*BFH* erachtet zudem die zwei zuzüglich zu den bereits in Artikel 49 Buchstabe b KVV geforderten zwei Jahren Berufserfahrung, die als Voraussetzung für die autonome Anordnung von Leistungen gelten, als kritisch. *BFH* kritisiert zudem die geplante Zustimmung des Arztes/der Ärztin nach max. 18 Monaten für eine erneute Anordnung, dass keine Delegation von Leistungen ans Pflegeteam möglich sei sowie die Unterstellung der pflegerischen Massnahmen unter ärztliche Aufsicht, Kontrolle, Verfügung oder Verordnung.

*BSH* stellt fest, dass der Bund mit den vielen Massnahmen in enger Abfolge den Leistungserbringern zu viele zusätzliche Aufgaben auferlege, so dass keine einzige der umgesetzten oder geplanten Massnahmen wohl je wissenschaftlich fundiert auf ihre Wirkung hin überprüft werden könne. Aber die entsprechenden (unnötigen!?) Mehrkosten würden trotzdem anfallen. Es fehle eine übergeordnete Strategie, der dasselbe Ziel zu Grunde liegen müsste, dass das KVG für alle Leistungen vorgibt: Höchstmögliche Effizienz bei geringstmöglichen Kosten! Generell sei eine Tendenz zu sehr vielen parallelen Auflagen nicht zu übersehen, die nur zu noch mehr Daten und entsprechenden administrativen Aufwand zur Folge hätten und damit das ohnehin auf allen Ebenen im Gesundheitswesen knappe oder knapp werdende Fachpersonal von der eigentlichen Erbringung von Leistungen am und für die Patienten abhalte. Das werde keinesfalls zu einer höheren Effizienz oder höheren Qualität führen, sondern zu noch mehr Fachpersonal, das sich vom eigenen Beruf abwende. Insbesondere in der Umsetzung der Pflegeinitiative, die gerade Ausdruck der Verzweiflung des Pflegefachpersonals sei, das genug habe von zu viel Administration, von nicht effizienten Abläufen, von verbesserungswürdigen Anstellungsbedingungen, sollte darauf geachtet werden, dass neue Regelungen den geringstmöglichen administrativen Aufwand auslösen und den grösstmöglichen positiven Effekt im Hinblick darauf bringen würden, dass Pflegefachpersonen Leistungen an und für Pati-

enten erbringen können. Alles andere sei ganz im Sinne von WZW gemäss KVG auch in Bezug auf alle administrativen Auflagen zu berücksichtigen und damit so gering und präzise wie möglich zu halten.

*mfe* und *PIP* begrüssen den Stellenwert, der der Koordination bei der Pflege beigemessen wird. Die Anerkennung der von allen Gesundheitsberufen geleisteten Koordination war überfällig. Doch damit die Koordination umgesetzt werden könne, müssten Rahmenbedingungen festgelegt werden. *mfe* und *PIP* sind erstaunt, dass diesbezüglich keine Regelungen vorgesehen sind, insbesondere was die Finanzierung betrifft. Für die Koordinationsarbeit eines interprofessionellen Teams gibt es keine eigene, angemessene Tarifposition. Die Mehrheit der Pflegefachpersonen verfügt über keine Tarifposition, mit der eine koordinierende interprofessionelle Praxis in Abwesenheit des Patienten vergütet werden könnte. Echte Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit muss über eine politische, aber auch tarifliche Anerkennung der für die Koordination einer integrierten Pflege erforderlichen Zeit erfolgen. Die Koordination sei eine wesentliche Leistung mit Blick auf die Qualität der Pflege und der Sicherheit der Patientinnen und Patienten und helfe, Spitalaufenthalte oder unnötige Untersuchungen zu vermeiden. Es könne nicht erwartet werden, dass die Koordination der Pflege systematisch stattfindet, wenn die Gesundheitsfachleute im ambulanten Bereich für diese Zeit nicht entschädigt würden. *mfe* und *PIP* fordern, dass Lösungen für die Entlohnung des Pflegepersonals und im weiteren Sinne aller Gesundheitsberufe gefunden werden, um die Koordinationstätigkeiten abzudecken.

*PIP* verlangt, dass die Delegation von bestimmten Leistungen möglich sein soll. Damit soll verhindert werden, dass überqualifiziertes Personal gewisse Pflegeleistungen selber ausführt.

*PBL* schätzt den Entwurf als nicht praxistauglich ein: Wenn Pflege als eigenständige Berufsgruppe mit eigenen Kompetenzen anerkannt werden soll, müsse der Berufsgruppe auch zugesprochen werden, den Pflegebedarf autonom zu definieren. Es sei nicht nachvollziehbar, aus welchem Grund und mit welchen Kompetenzen eine ärztliche Fachperson einen allfälligen Pflegebedarf besser beziffern können sollte, als eine pflegerische Fachperson dies in ihrem eigenen Fachgebiet tun könnte. Es gehe ja genau um die Erbringung von Pflegeleistungen in eigener Verantwortung und eben genau nicht auf Delegation. Die durch Diplom und Weiterbildungen attestierten Kompetenzen legten den Rahmen der selbständig zu erbringenden Leistungen klar fest. Ärztinnen und Ärzte seien nicht qualifiziert, den Bedarf an Pflegeleistungen zu definieren, seien also auch nicht kompetent, eine informierte Anordnung vorzunehmen. Es sei vielmehr interprofessionell zu definieren, wo konkret der Fokus im individuellen Behandlungsplan gelegt werden müsse. Abhängig davon, ob dieser schwerpunktmässig in Pflegeinterventionen oder in medizinischen Interventionen liege, würde die Fallführung der jeweiligen Berufsgruppe übertragen. Die zahlreichen und nicht operationalisierten Bedingungen zur autonomen Erbringung von Pflegeleistungen seien weder ausgereift, noch praxistauglich. Seit Jahrzehnten sei in zahlreichen multizentrischen Pflegestudien repliziert, dass eine autonome Berufsausübung eine der wirksamsten Variablen zum Gewinnen und Halten von qualifiziertem Pflegepersonal ist. Vor dem Hintergrund, dass zahlreiche Pflegenden in Advanced Nursing Funktionen (häufig auch mit universitärem Hintergrund wie PhD Abschlüssen etc.) Leistungen erbringen, sei das skizzierte restriktive Vorgehen in keiner Weise nachvollziehbar.

*Santésuisse* verlangt, dass die Kompetenzen des beschäftigten Pflegepersonals von den Arbeitgebern systematisch überprüft werden sollen. Falls erforderlich, müssten die Arbeitgeber die Kompetenzen ihres Pflegepersonals sowohl für die psychiatrische Pflege als auch für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die vernetzte Patientenverwaltung von einer Fachkommission bestätigen lassen. Die Anbieter von Pflegeleistungen müssten in der Lage sein, die durchgeführten Kontrollen bei Anfragen von Krankenversicherern zu rechtfertigen.

Der *SBK* und mit ihm *BroteggPraxis*, *Curacasa*, *IG SwissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PHSchweiz*, *SBK-BE*, *SBK-BSBL*, *SBK-NE-JU*, *SGB*, *SHV*, *SIGA*, *SSHP+*, *Stillförderung Schweiz*, *SVBG*, *UNIA* und *ZHAW* erachten die Umsetzung auf Verordnungsstufe als missglückt und beurteilen sie als teilweise verfassungs- und gesetzeswidrig. Dieser Vorschlag spiegle unverhohlen die Tatsache, dass weder Bund noch Verwaltung den

autonomen Bereich für Pflegefachpersonen niemals wollten. Mit dieser rigiden und praxisuntauglichen Lösung werde der Parlaments- und Volkswille in keiner Weise umgesetzt. Dass Pflegenden, zusätzlich zu den von Artikel 49 Buchstabe b geforderten KVV zwei Jahren Berufserfahrung, als Voraussetzung für die autonome Anordnung von Leistungen nochmals zwei Jahre Berufserfahrung in jedem Bereich erlangen sollen, in welchem die Leistungen angeordnet werden, sei widersinnig und nicht umsetzbar. Dass nach 18 Monaten erneut die Zustimmung der Ärztin bzw. des Arztes eingeholt werden müsse, ist aus Sicht SBK und der anderen Stellungnehmenden verfassungs- und gesetzeswidrig. Die Bestimmungen des KVG und seiner Ausführungsverordnungen sollten nicht, auch nur indirekt, Vorschriften zu den Verantwortlichkeiten der Leistungserbringer einführen, die bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mehr oder weniger eng zusammenarbeiten müssen. Artikel 25a Absatz 3<sup>quater</sup> KVG beauftrage den Bundesrat lediglich, die Koordination zwischen der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt und dem Pflegepersonal zu regeln. Schliesslich würden das KVG und das Ausführungsrecht bereits Bestimmungen vorsehen, die die allgemeinen Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit, aber auch der Qualität regeln, denen die von der OKP gedeckten Leistungen genügen müssen. Es scheint nicht angebracht, so detaillierte zusätzliche Vorschriften vorzusehen, wie es der Entwurf tut, da sonst die Gefahr bestehe, dass die bei der Annahme von Artikel 117b BV angestrebte Autonomie der Praxis zu Lasten der OKP bei mehreren Pflegeleistungen ausgehöhlt werde. Nichts im Verfassungs- und im Gesetzestext erlaube es dem Bundesrat, den in Verfassung und Gesetz verankerten autonomen Bereich der Pflege an Bedingungen zu knüpfen, die ihn seiner Substanz geradezu entleerten. Dass die von den Pflegenden autonom angeordneten Leistungen nicht an Mitarbeitende im Pflgeteam delegiert werden können, sei ineffizient und für Spitexbetriebe nicht umsetzbar. Es widerspreche dem Wesen einer autonomen Leistung und sei juristisch nicht begründbar. Der SBK und mit ihm die anderen Stellungnehmenden beantragt zudem die Anpassung des Titels des 2. Kapitels («Auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbrachte Leistungen»): Dieser Titel treffe nicht mehr zu, zumal Artikel 7 Leistungen aufführe, die ohne ärztliche Anordnung oder Auftrag erbracht (recte: verrechnet) werden (können).

Auch der *SBK-GR* ist mit der vorgesehenen Umsetzung nicht einverstanden und lehnt diese in dieser Form ab. Die Initiative verlangte, dass in eigener Kompetenz erbrachte Leistungen von Pflegefachpersonen direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden können. Die erforderlichen Kompetenzen erwerbe eine Pflegefachperson mit dem Berufsabschluss. Lediglich deren Anerkennung werde ihr bis anhin verwehrt. Ein Medizinstudium führe zu anderen Kompetenzen und eigne sich nicht dazu, diejenigen von Pflegenden beurteilen zu können. In der Begleitung von Menschen, die auf medizinische Hilfe angewiesen sind, arbeiteten unterschiedliche Berufsgruppen auf Augenhöhe zusammen. Keine sei der anderen unterstellt, die Aufgaben seien durch die unterschiedliche Ausbildung definiert. Die vorgesehenen Einschränkungen erachtet der *SBK-GR* deshalb als zutiefst stossend, schikanös und als Bürokratiemonster. In keiner Art und Weise werde das Ziel, die Attraktivität des Berufs zu fördern, so erreicht. Im Gegenteil werde damit ein tiefes Misstrauen gegenüber den Pflegenden an den Tag gelegt, sie könnten ihre Arbeit nicht unbeaufsichtigt verrichten und für diese einstehen. Pflegefachpersonen würden Leistungen in eigener fachlicher Verantwortung erbringen und sollten somit auch Aufgaben an Health Care Assistants delegieren können. Das Ziel müsse sein, angesichts der schwindenden Ressourcen möglichst effizient arbeiten zu können. Dies gelte vor allem im Bereich der Spitex und für freiberuflich tätige Pflegefachpersonen.

*Senesuisse* ist der Ansicht, dass der unterbreitete Vorschlag den autonomen Bereich für Pflegefachpersonen kaum stärke. Mit einer solch rigiden Regulierung werde keine praxistaugliche Lösung geschaffen. Alleine, dass Pflegenden als Voraussetzung für die autonome Anordnung von Leistungen zwei Jahre Berufserfahrung in jedem Bereich erlangen sollen, sei administrativer Overkill – ganz besonders, wenn sie nicht einmal Leistungen der Behandlungspflege abrechnen könnten. Es sei denn auch äusserst ineffizient und für den Fachpersonalmangel kontraproduktiv, wenn tertiäre Pflegefachkräfte die Grundpflege erledigen – worauf diese Re-

gelung abziele. Umso mehr, als diese Leistungen nicht an andere (weniger qualifizierte) Mitarbeitende im Pflgeteam delegiert werden könnten. Die getroffene Regelung sei äusserst unattraktiv, ineffizient und für Spitex-Betriebe in der Praxis nicht umsetzbar.

Die vorgeschlagenen Änderungen werden gemäss Einschätzung von *SNLeaders* zur Folge haben, dass der eigenverantwortliche Bereich de facto nicht umgesetzt werden werde: Die Hürden seien unverhältnismässig hoch und sachlich nicht begründbar (Artikel 7, Ans. 2bis KLV), die Bedingungen unklar (Artikel 7 Absatz 2bis Buchstabe c KLV), die Umsetzung schlicht nicht praxistauglich (keine Möglichkeit zur Delegation) und die zeitliche Begrenzung der Autonomie nicht begründbar. Die vorgesehenen Bestimmungen höhlichten die gewollte Autonomie gleich wieder aus und liessen den eigenverantwortlichen Bereich zu einer pro forma Autonomie verkommen.

Laut *Syna* und *Travail.Suisse* schafft die Verordnung klare Hindernisse für die volle Autonomie der Pflegefachpersonen in der Pflege, die sie in eigener Verantwortung erbringen oder direkt zu Lasten der OKP abrechnen können. Die Umsetzung in der vorgeschlagenen Form trage nicht oder nur sehr unzureichend dazu bei, die Attraktivität des Berufs zu verbessern. Aus diesem Grund müsse die Ausführungsverordnung nach Ansicht von *Syna* und *Travail.Suisse* grundlegend überarbeitet werden. Die Einführung eines Kontrollmechanismus zur Verhinderung möglicher ungerechtfertigter Kostensteigerungen sei rein politischer Natur und schiebe einen möglichen Anstieg der Gesundheitskosten eindeutig und ungerechtfertigterweise allein auf die Pflegenden ab.

*Groupe Mutuel* begrüsst die Tatsache, dass für Pflegefachpersonen, die ohne ärztliche Anordnung oder Auftrag direkt zulasten der OKP abrechnen, verschiedene Bedingungen und Einschränkungen gelten. Die Ermittlung des Bedarfs an Pflege, die ohne ärztliche Anordnung oder Auftrag erbracht werden kann, muss in Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten oder den Angehörigen erfolgen; das Ergebnis muss dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin unverzüglich zur Information übermittelt werden. Diese Vorgaben und Einschränkungen gewährleisten die Qualität der Pflegeleistungen, bieten dank der bereitgestellten Informationen aber auch eine Grundlage für die Koordination mit dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin. Diese letzte Bestimmung ist jedoch minimalistisch. Es wäre wünschenswert gewesen, wenn der erläuternde Bericht dieses Thema ausführlicher behandelt hätte. Die vermehrte Nutzung des elektronischen Patientendossiers dürfte sich aber als nützliches Instrument erweisen, um die Koordination zwischen den Pflegefachpersonen und der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt zu stärken.

*MTK* merkt an, dass aktuell wenig direkte Schnittstellen betreffend Pflegeleistungen zwischen dem KVG und dem UVG bestehen. Die Pflege sei für die Unfallversicherung im Artikel 18 UVV geregelt und werde von der geplanten Anpassung im KVG lediglich indirekt betroffen sein. In diesem Zusammenhang weist *MTK* darauf hin, dass im UVG – neben den bestehenden Tarifverträgen für ausgebildete Pflegefachkräfte – auch die Pflege durch Familienangehörige zu Lasten der Unfallversicherung geregelt sei. Bei der geplanten Revision der KLV sei zudem zu befürchten, dass der vorgesehene Verzicht auf eine «ärztliche Anordnung» zu einer Mengenausweitung und damit zu einer spürbaren Kostensteigerung führen werde. Sollten durch künftige Anpassungen in der KLV das UVG, das IVG oder das MVG sowie die dazugehörigen Verordnungen substantiell betroffen sein, müssten die spezifischen Anliegen der genannten Sozialversicherungsbereiche im Sinne der Koordination der Tarife in eine KVG-Revision einbezogen werden.

#### **4.4.2 Artikel 7**

*ARTISET* beantragt die Ausweitung von direkt abrechenbaren Leistungen für den Langzeitbereich auf folgende Aufgaben:

- Übernehmen einer klinischen Führungsrolle (klinisches Leadership) in typischen geriatrischen Situationen;

- Erkennen von Unterstützungsbedarf von Pflegenden anderer Ausbildungsniveaus sowie deren Unterstützung bei der Pflege und Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern (Empowerment);
- Beraten und Coachen von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie deren Angehörigen in komplexen, psychosozial anspruchsvollen Situationen zu Krankheitsverläufen, bei Verhaltensveränderungen, der Aufrechterhaltung von Lebensqualität oder zur gesundheitlichen Vorausplanung;
- Leistungen im Rahmen von Qualitätssicherung und -entwicklung, konzeptuelle Arbeiten für handlungsleitende Vorgaben;
- Verfolgung fachlicher Schwerpunkte in der Institution, wie beispielsweise Palliative Care, und Leiten entsprechender Fachgruppen und/oder Initiieren von Entwicklungsprojekten und damit Beitrag zur Qualitätsentwicklung der Leistungserbringung;
- Übernahme von Aufgaben, um die Qualität und Effektivität der Pflege zu messen und bewerten und die Ergebnisse der Pflege zu verbessern (bspw. im Zusammenhang mit den MQI) oder um sich auf Zertifizierungen vorzubereiten;
- Einsatz von Führungs- und Changemanagement-Fähigkeiten, um die Qualität und die Prozesse zu verbessern und zur Beeinflussung der Organisationsentwicklungsprozesse.

Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeinstitutionen würden oft erst in ein Heim eintreten, wenn es ihnen ihre gesundheitliche Situation nicht mehr erlaube, mit Unterstützung von Angehörigen und/oder der Spitex zu Hause zu bleiben. Nebst viel Betreuungs-, Begleitungs- und Pflegeaufwand benötigten sie eine sehr gute medizinische und therapeutische Versorgung. Dies erfordere geriatrische Fachkenntnisse, die aus Sicht von ARTISET auch entsprechend zu entgelten seien.

*OdASanté* und *KOGS* beantragen, dass der Titel von Kapitel 2 der KLV («Auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbrachte Leistungen») angepasst werden soll. Dies, weil es sich bei Artikel 7 um Leistungen handle, die von Pflegefachpersonen selbständig erbracht und direkt abgerechnet werden könnten.

Für *SBK* und mit ihm *BrotteggPraxis*, *curacasa*, *IG SwissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PHSchweiz*, *SBK-BE*, *SBK-BSBL*, *SBK-NE-JU*, *SHV*, *SIGA*, *SSHP+*, *Stillförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF*, *UNIA* und *ZHAW* zeugt die Ausgestaltung des Entwurfs in seiner Gesamtheit von einem fundamental fehlenden Verständnis dessen, was den autonomen Bereich der Pflege, wie er von der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung schon lange anerkannt werde und dessen Anerkennung im KVG Auslöser und Gegenstand der Pflegeinitiative bildete, ausmache. Sie sind der Meinung, dass die Vorlage die Vorgabe von Artikel 117b BV bzw. der einschlägigen Übergangsbestimmung schlichtweg nicht umsetze. Jenseits seiner relativ geringfügigen praktischen Bedeutung weise der Verfassungstext v.a. einen hohen Symbolwert auf: Durch die Verankerung der (Teil-)Autonomie der Pflege sollte die Attraktivität des Pflegeberufes, gerade in Zeiten akuten Personalnotstandes, erhöht werden. In der vorgeschlagenen Ausgestaltung erreiche der vorliegende Entwurf das Gegenteil: er bestehe im Wesentlichen aus einer Aneinanderreihung von caveats, Vorbehalten, Einschränkungen und prohibitiven Bedingungen, die darauf abzielten bzw. hinausliefen, diesen autonomen Bereich der Pflege eben nicht zu anerkennen und der Pflege die Souveränität über ihren eigenständigen Bereich im KVG in letztendlicher Konsequenz weiterhin abzusprechen.

Die diesem Bereich zuzuordnenden Massnahmen seien zudem definitionsgemäss ausserhalb des ärztlichen Kompetenzbereichs verortet und könnten deshalb gar nicht wirksam ärztlicher Aufsicht, Kontrolle, Verfügung oder Verordnung unterstellt werden. Aus dem gleichen Grund könnten sie auch nicht von einer Ärztin/einem Arzt angeordnet oder verordnet werden. Alle in diesem Entwurf vorgesehenen Mechanismen, die in ihrer ultima ratio explizit oder implizit eine ärztliche Aufsichtsfunktion induzieren, liessen sich schon begrifflich nicht mit dem Verfassungstext vereinbaren.

Für den *SBK-BSBL* ist es nicht nachvollziehbar, warum im Bereich der psychiatrischen Pflege auf Ebene KLV ein Sonderstatus bestehe. Freiberufliche Pflegefachpersonen erfüllten, nebst der Ausbildung HF oder äquivalent, eine zweijährige Berufserfahrung. Sonst werde kantonal keine Berufsausübungsbewilligung erteilt. Die aktuelle Handhabung erschwere den Freiberuflichen Pflegefachpersonen die Ausübung ihrer Tätigkeit erheblich. Diese Einschränkung sei aufzuheben.

*SBK-GR* merkt an, dass die vorgesehenen Massnahmen die Autonomie der Pflegefachpersonen einschränkten und implizierten, dass diese letztendlich nicht eigenverantwortlich handeln könnten. Die Forderung nach einer zweijährigen Erfahrung in einzelnen Bereichen sei widersinnig, widerspreche der beruflichen Realität und sei kaum umsetzbar.

#### **4.4.2.1 Artikel 7 Absatz 1**

*VD* beantragt, dass die aktuelle Formulierung des Textes beibehalten werde. «Als Leistungen nach Artikel 33 Buchstabe b KVV gelten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung nach Absatz 2 Buchstabe a und nach Artikel 8 auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden: [...]» Die vorgeschlagene Formulierung würde nur Pflegeleistungen, die auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden, umfassen.

#### **4.4.2.2 Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe a**

Wie bei der KVV bemängeln *SBK* und mit ihm *BroteggPraxis, curacasa, IG SwissANP, ISMI, NOPS, OST, PHSchweiz, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-NE-JU, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVK, UNIA* und *ZHAW* auch bei der KLV, dass die männliche Form «Pflegefachmann» vor der weiblichen Form «Pflegefachfrau» genannt wird, zudem werde in der französischen Fassung nur die männliche Form verwendet. Sie beantragen deshalb, dass in der deutschen Fassung zuerst die weibliche und dann die männliche Form genannt wird und dass in der französischen Fassung beide Formen verwendet werden.

#### **4.4.2.3 Artikel 7 Absatz 2**

*OdASanté* und *KOGS* merken an, dass mit Artikel 7 Absatz 2 Ziff. 3 eine Berufsspezifizierung vorgenommen werde, die so nicht definiert sei. Gemäss Bildungssystematik gäbe es nach der Ausbildung zur dipl. Pflegefachfrau / zum dipl. Pflegefachmann HF sowie zum BSc in Pflege (FH) verschiedenste Möglichkeiten, eine weiterführende Ausbildung zu absolvieren und sich entsprechend zu spezialisieren. Sie weisen darauf hin, dass diese Anpassungen zur Förderung der Attraktivität des Pflegeberufes beitragen sollen, indem dipl. Pflegefachpersonen Leistungen in eigener Verantwortung erbringen und direkt mit der OPK abrechnen dürfen. Wenn nun gewisse Leistungen nur durch spezialisierte Fachpersonen mit unklarem Profil erbracht werden dürften, dann komme das einer Diskriminierung und einer Abwertung des Berufsbildes gleich. Das wirke der Initiative entgegen. Sie anerkennen, dass es für gewisse Leistungen eine höhere Ausbildung respektive Weiterbildung oder ein Studium brauche, dazu müssten aber die zu erbringenden Leistungen wie auch die notwendige Ausbildung klar definiert sein. Weiter sei darauf zu achten, dass sich die Bildungslandschaft in der «Pflege» diversifiziert habe. Wenn der Gesetzgeber Leistungen definiere, welche nur durch diplomierte Pflegefachpersonen erbracht werden dürften, würden Kompetenzen aufgrund von formaler Bildung untergraben. Eine Delegation und Aufsicht dieser Leistungen an Personen, die über eine entsprechende Ausbildung verfügen, sollten möglich sein.

#### **4.4.2.4 Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a Ziffer 3**

*VD* findet, dass die Formulierung «Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen» den Anwendungsbereich zu stark einenge. In vielen Situationen sei das Koordinieren von Massnahmen und Vorkehrungen erforderlich, z. B. bei chronischen Krankheiten oder in der Palliativmedizin. Solche Situationen seien zwar ernst und komplex,

aber nicht zwingend instabil im medizinischen Sinne. Darüber hinaus weist der Kanton darauf hin, dass die Formulierung «spezialisierte Pflegefachpersonen» Advanced Practice Nurses (APN) mit einem Master of Science in Pflege auszuschliessen scheint. In der Westschweiz werden APN jedoch gerade für die Koordination komplexer Situationen eingesetzt.

*ARTISET, BSH, IMAD, Spitex Schweiz* und *Spitex Zürich* beantragen die Streichung des Begriffs «spezialisierte»: «Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch ~~spezialisierte~~ Pflegefachpersonen;». Es sei unklar, was mit dem Begriff «spezialisiert» gemeint sei.

*BFH, FKG* und *VFP* lehnen die Bestimmung ab, da eine klare Definition von «komplexen bzw. instabilen Pflegesituationen» fehle.

#### **4.4.2.5 Artikel 7 Absatz 2<sup>bis</sup>**

*ARTISET* verlangt, dass sich die direkt abrechenbaren Pflegeleistungen in das bestehende Abrechnungssystem der Alters- und Pflegeheime einfügen müssten und diese unter keinen Umständen verkomplizieren dürfen. In Alters- und Pflegeheimen werde die Abrechnung der Leistungen nicht von den einzelnen Pflegefachpersonen vorgenommen. Diese dokumentierten nur, welche Pflege am Bewohnenden erbracht wurde. Die Abrechnung der Leistungen erfolge im Anschluss in der dafür spezialisierten Buchhaltungsabteilung. Die Buchhaltungsprozesse würden sich jeweils auch aufgrund der kantonalen Anforderungen an die Kostenabrechnung unterscheiden. Deshalb sei es sehr wichtig, dass sich die direkt abrechenbaren Pflegeleistungen in das bestehende Abrechnungssystem der Organisationen einfügen und dieses nicht verkomplizieren. Ferner gälte es zu beachten, dass auch in Sozialinstitutionen Pflegeleistungen von tertiärausgebildetem Pflegepersonal erbracht würden. Auch dort dürften die direkt abrechenbaren Pflegeleistungen die bestehenden Abrechnungssysteme der Sozialinstitutionen nicht verkomplizieren.

*BEKAG, BüAeV* und *FMH* lehnen es ab, dass Pflegepersonen die Bedarfsermittlung auch bei Massnahmen der psychischen Grundpflege ohne Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin vornehmen dürfen sollen. Massnahmen der psychischen Grundpflege beinhalteten diagnostische und therapeutische Komponenten, weshalb die entsprechende Untersuchung, Behandlung und Pflege zwingend in Zusammenarbeit zwischen Pflege und Arzt/Ärztin erfolgen müsse. Die enge Zusammenarbeit und Koordination zwischen Ärzteschaft und Pflege sei in diesem Bereich zur Sicherstellung der Behandlungsqualität und der Patientensicherheit unerlässlich. Es benötige somit eine Präzisierung, ob Massnahmen der allgemeinen Grundpflege oder der psychischen Grundpflege in Auftrag gegeben werden.

*OdASanté* wirft die Frage auf, ob die aufgeführten Voraussetzungen zur Spezialisierung ausreichen würden. Es handle sich um eine deskriptive Spezialisierung, die einer formalen Grundlage entbehre. Alle Berufsabgängerinnen und -abgänger verfügten über mindestens eine zweijährige praktische Tätigkeit in interdisziplinärer Zusammenarbeit, zudem sei schwer nachzuprüfen, was unter einer Tätigkeit in Patientenmanagement in einem Netzwerk gemeint sei. *OdASanté* beantragt deshalb, dass die Spezialisierung aufgrund eines Berufsabschlusses definiert und die zweijährige Tätigkeit in Patientenmanagement und Netzwerken entweder klarer definiert oder - noch besser - weggelassen werde.

#### **4.4.2.6 Art 7 Absatz 2<sup>bis</sup> Buchstabe a**

*GE* ist der Ansicht, dass die Forderung nach zwei Jahren praktischer Tätigkeit zusätzlich zu den zwei Jahren, die bereits für die Ausübung einer selbstständigen Tätigkeit erforderlich sind, dem Ziel der Initiative zuwiderlaufen dürfte. Es stelle sich zudem die Frage, ob während diesen zwei Jahren Vollzeit gearbeitet werden müsse. Da in der Pflege oft in Teilzeitpensen gearbeitet werde, brauche es eine Klärung bezüglich des Umgangs mit Teilzeitangestellten. Generell seien das vorgeschlagene Verfahren und die in Artikel 2<sup>bis</sup> verlangten Voraussetzungen sehr kompliziert. Sie dürften die Betreuung erschweren, nicht zur Kostensenkung führen und in der Praxis schwer umsetzbar sein.

VD verlangt nach Klärung zweier Begriffe: Die Kriterien «interdisziplinärer Zusammenarbeit» und «Patientenmanagement in Netzwerken» böten Interpretationsspielraum und sollten genauer definiert werden. Zu bedenken sei zudem, dass Pflegefachpersonen ständig interdisziplinär arbeiteten.

AVASAD beantragt die Streichung von Artikel 7 Absatz 2<sup>bis</sup> Buchstabe a.

*ARTISET, ASPS, BSH, IMAD, Spitex Schweiz* und *Spitex Zürich* beantragen die Streichung des Schlussteils des Satzes: «Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstabe a Ziffer 3 müssen durch einen Pflegefachmann oder eine Pflegefachfrau (Artikel 49 KVV) vorgenommen werden, ~~der oder die eine zweijährige praktische Tätigkeit in interdisziplinärer Zusammenarbeit und im Patientenmanagement in Netzwerken nachweisen kann.~~»

*Pharmasuisse* ist der Ansicht, dass die Bestimmungen und Ausführungen zu den Leistungsvoraussetzungen keinerlei Klarheit schaffen. Die Unterscheidung der Leistungen und der zweijährigen praktischen Tätigkeit bzw. zweijährigen Berufserfahrung seien nicht nachvollziehbar. Idealerweise würden die Pflegenden eine (zweijährige) praktische Weiterbildung absolvieren, analog der Weiterbildung des Weiterbildungstitels des Apothekers, um die Leistungen zu Lasten der OKP abrechnen zu können. Eine Unterscheidung der zweijährigen Berufserfahrung nach Bereichen sei auch in der Hinsicht nicht sinnvoll, da öfter geriatrische Patientinnen und Patienten betroffen seien. Es gehe dabei aber nicht nur um geriatrische Patientinnen und Patienten, sondern um jede Person, die in Verbindung mit verschiedenen medizinischen Bereichen (z.B. Onkologie und Psychiatrie) gesundheitlich beeinträchtigt sein könnte. Es mache keinen Sinn, den Patienten in «Krankheitsabschnitte» einzuteilen, sondern es gehe darum, ihn in seiner Gesamtheit zu betrachten (d. h. zu vermeiden, dass jede Krankheit, an der der Patient leidet, von einer anderen Fachkraft aufgrund ihres Spezialgebiets behandelt wird). Aufgrund der Multimorbidität sei eine Unterscheidung der verschiedenen Bereiche nicht zielführend, da gerade in solchen Fällen das umfassende Wissen der Pflegenden über die Patientin bzw. den Patienten ein besseres Verständnis des Gesundheitszustands biete.

*SBK* und mit ihm *BrotteggPraxis, curacasa, IG SwissANP, ISMI, NOPS, OST, PHSchweiz, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, SBK-NE-JU, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, UNIA* und *ZHAW* merken an, dass diese Bestimmung bei Inkrafttreten von Artikel 7 Absatz 2<sup>bis</sup> litt. c, entfiele, da litt. c jeden Bereich der Pflege erfasse, bzw. die bisher für die Gebiete der Koordination (Buchstabe a) und der psychiatriepflegerischen Bedarfsabklärung (Buchstabe b) geltende zusätzliche Anforderung einschlägiger Praxiserfahrung auf die gesamte Pflege ausdehne.

#### 4.4.2.7 Artikel 7 Absatz 2<sup>bis</sup> Buchstabe b

*JU* beantragt die folgende Änderung: «[...] der oder die eine zweijährige praktische Tätigkeit in der Fachrichtung Psychiatrie nachweisen kann oder über eine anerkannte Weiterbildung verfügt.». Mit der Alterung der Bevölkerung wird der Bedarf an speziell in den Disziplinen der Psychogeriatric ausgebildetem Personal steigen, an dem es bereits heute mangelt. Eine CAS-Ausbildung in Psychogeriatric oder eine gleichwertige Ausbildung für FH-Pflegefachpersonen sollte als gleichwertig mit der Erfahrung in einer psychiatrischen Klinik anerkannt werden. Um den spezifischen Bedürfnissen in diesem Bereich gerecht zu werden, sei eine Erweiterung der Kriterien in den kommenden Jahren unerlässlich.

*ARTISET, ASPS, BSH, IMAD, Spitex Schweiz* und *Spitex Zürich* beantragen die Streichung des Schlussteils des Satzes: «Die Abklärung, ob Massnahmen nach Absatz 2 Buchstabe b Ziffern 13 und 14 und c Ziffer 2 durchgeführt werden sollen, muss von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau (Artikel 49 KVV) vorgenommen werden, ~~der oder die eine zweijährige praktische Tätigkeit in der Fachrichtung Psychiatrie nachweisen kann.~~»

*SBK* und mit ihm *BrotteggPraxis, curacasa, IG SwissANP, ISMI, NOPS, OST, PHSchweiz, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, SBK-NE-JU, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, UNIA* und *ZHAW* merken an, dass diese Bestimmung bei Inkrafttreten von Artikel 7 Absatz 2<sup>bis</sup> litt. c, entfiele, da litt. c jeden Bereich der Pflege erfasse, bzw. die bisher

für die Gebiete der Koordination (Buchstabe a) und der psychiatriepflegerischen Bedarfsabklärung (Buchstabe b) geltende zusätzliche Anforderung einschlägiger Praxiserfahrung auf die gesamte Pflege ausdehne.

#### 4.4.2.8 Artikel 7 Absatz 2<sup>bis</sup> Buchstabe c

Die GDK und mit ihr die Kantone AI, AR, BE, BL, BS, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SZ, TG, TI, UR, VD, ZG und ZH beantragen folgende Änderung: «Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstaben a und b c, die nicht auf ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag hin erbracht werden, müssen von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau, welche die Voraussetzungen gemäss Artikel 49 Buchstabe b KVV erfüllt, einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau (Artikel 49 KVV) erbracht werden, ~~der oder die eine zweijährige Berufserfahrung in dem Bereich nachweisen kann, in dem die praktische Tätigkeit nach Artikel 49 Buchstabe b KVV ausgeübt wurde.~~»

Als Alternative dazu schlagen sie folgende Formulierung vor, der sich auch FR und JU anschliessen: «Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstaben a, b und c, die nicht auf ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag hin erbracht werden, müssen von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau, welche die Voraussetzungen gemäss Artikel 49 Buchstabe b KVV erfüllt, einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau (Artikel 49 KVV) erbracht werden. Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstabe c können bei Abrechnung durch eine Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Artikel 51 KVV) auch unter Aufsicht und Verantwortung eines Pflegefachmannes oder einer Pflegefachfrau, welche die Voraussetzungen gemäss Artikel 49 Buchstabe b KVV erfüllt, erbracht werden. ~~der oder die eine zweijährige Berufserfahrung in dem Bereich nachweisen kann, in dem die praktische Tätigkeit nach Artikel 49 Buchstabe b KVV ausgeübt wurde.~~»

Auch GE verlangt, dass eine Delegation der Aufgaben möglich sein müsse.

SO schlägt folgende Umformulierung vor: «Die Leistungen nach Absatz 2 ~~Buchstaben a und~~ e, die nicht auf ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag hin erbracht werden, müssen von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau (Artikel 49 KVV) erbracht werden, ~~der oder die die Voraussetzungen gemäss Artikel 49 Buchstabe b KVV erfüllt. eine zweijährige Berufserfahrung in dem Bereich nachweisen kann, in dem die praktische Tätigkeit nach Artikel 49 Buchstabe b KVV ausgeübt wurde.~~ Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstabe c können bei Abrechnung durch eine Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Artikel 51 KVV) auch unter Aufsicht eines Pflegefachmannes oder einer Pflegefachfrau, welche die Voraussetzungen gemäss Artikel 49 Buchstabe b KVV erfüllt, erbracht werden.»

TI ist der Meinung, dass die Leistungserbringung ohne ärztliche Anordnung nur Pflegefachpersonen mit fundierter und nachgewiesener Berufserfahrung vorbehalten sein soll und verlangt deshalb, dass die Berufserfahrung von zwei auf fünf Jahre erhöht wird. Er beantragt deshalb folgende Anpassung: «Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstaben a und b e, die nicht auf ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag hin erbracht werden, müssen von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau (Art. 49 KVV) erbracht werden, ~~der oder die eine zweifünfjährige Berufserfahrung in dem Bereich nachweisen kann, in dem die praktische Tätigkeit nach Artikel 49 Buchstabe b KVV ausgeübt wurde.~~»

Als Alternative zu dieser Umformulierung macht TI folgenden subsidiären Änderungsantrag: «Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstaben ~~a und~~ a, b und c, die nicht auf ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag hin erbracht werden, müssen von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau (Art. 49 KVV) erbracht werden, ~~der oder die eine zweifünfjährige Berufserfahrung in dem Bereich nachweisen kann, in dem die praktische Tätigkeit nach Artikel 49 Buchstabe b KVV ausgeübt wurde.~~» Und Zusatz eines Absatzes 2<sup>bis</sup> Buchstabe d: «Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstabe c können bei Abrechnung durch eine Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV) auch unter Aufsicht eines Pflegefachmannes oder einer Pflegefachfrau nach Buchstabe c erbracht werden.»

Sollten die zwei letzten Satzteile entgegen des Antrags der *GDK* sowie *FR, JU, LU, TG, SO, UR* und *VD* nicht gestrichen werden, dann verlangen diese Akteure sowie *TI* Verbesserungen. In diesem Fall würden sie beantragen, dass der Begriff «Bereich» präzisiert und die letzten zwei Satzteile inhaltlich geprüft und allenfalls geändert werden müssen.

Die *EVP* beantragt die ersatzlose Streichung der zwei Jahre bereichsspezifischer Erfahrung in Artikel 7 Absatz 2<sup>bis</sup> Buchstabe c. Es sei nicht nachvollziehbar, warum bei Pflegeleistungen, die ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbracht werden, spätestens neun Monate nach der ersten Bedarfsermittlung wieder eine Bedarfsermittlung erfolgen müsse. Dies sei bürokratisch und ineffizient und zum Beispiel für alle *Spitex*-Betriebe gar nicht umsetzbar. Der Verfassungs- und Gesetzestext erlaube es nicht, den autonomen Bereich der Pflege an diejenigen Bedingungen zu knüpfen, die in dieser Verordnung angegeben seien.

Für die *SP Schweiz* ist es nicht verständlich, wieso Formulierungen vorgeschlagen werden, die weder praxistauglich noch der Sachlage dienlich seien. Sie lehnt es deshalb ab, dass Pflegefachpersonen nur dann Leistungen ohne ärztliche Anordnungen oder ärztlichen Auftrag abrechnen können, wenn sie in diesem Bereich eine zweijährige praktische Tätigkeit nachweisen können (Artikel 7 Absatz 2<sup>bis</sup> Buchstabe c KLV). Zudem müsse auch gewährleistet sein, dass die Pflegenden die Leistungen an Mitarbeitende im Pflorgeteam delegieren können. Diese Vorschriften würden unnötig stark in die mit der Umsetzung der Pflegeinitiative versprochene Autonomie der Pflegefachpersonen eingreifen.

*ARTISET, ASPS, Spitex Schweiz* und *Spitex Zürich* beantragen die folgende Änderung: «Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstaben a, b und c, die nicht auf ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag hin erbracht werden, müssen von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau (Artikel 49 KVV) angeordnet erbracht werden, ~~der oder die eine zweijährige Berufserfahrung in dem Bereich nachweisen kann, in dem die praktische Tätigkeit nach Artikel 49 Buchstabe b KVV ausgeübt wurde.~~ Leistungen nach Absatz 2 Buchstabe a sind durch einen Pflegefachmann oder eine Pflegefachfrau zu erbringen.»

Als Alternative machen *ASPS, Spitex Schweiz* und *Spitex Zürich* folgenden ersten Eventualantrag: «Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstaben a und c, die nicht auf ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag hin erbracht werden, müssen von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau (Artikel 49 KVV) angeordnet erbracht werden, ~~der oder die eine zweijährige Berufserfahrung in dem Bereich nachweisen kann, in dem die praktische Tätigkeit nach Artikel 49 Buchstabe b KVV ausgeübt wurde.~~ Leistungen nach Absatz 2 Buchstabe a sind durch einen Pflegefachmann oder eine Pflegefachfrau zu erbringen.»

Sollte der vorgehende Antrag von *ARTISET, ASPS, Spitex Schweiz* und *Spitex Zürich* resp. der vorgehende erste Eventualantrag von *ASPS, Spitex Schweiz* und *Spitex Zürich* nicht umsetzbar sein, so beantragen sie die Erarbeitung eines Vorschlags, der es *Spitex*-Organisationen und Pflegeheimen ermöglicht, diese Aufgaben zielführend und sinnvoll an das jeweils kompetente Personal innerhalb des Betriebs zu delegieren.

*AVASAD, BFH, FKG, IMAD* und *VFP* beantragen, dass der Artikel 7 Absatz 2<sup>bis</sup> Buchstabe c gestrichen wird.

*BSH* ist der Ansicht, dass diese Bestimmung dem WZW-Erfordernis des KVG widerspreche. Deshalb und weil der neue Artikel unnötig sei, sei er vollständig zu streichen. Auch der *SBK-GR* fordert die Streichung des Artikels.

*Curafutura* unterstützt den neuen Gesetzesartikel, sieht aber eine Identifikation des Leistungserbringers mit z.B. einer GLN-NR als dringend notwendig. Der Verband schlägt deshalb folgende Ergänzung vor: «d. Pflegefachmänner oder Pflegefachfrauen, welche Leistungen erbringen, die nicht auf ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag hin erbracht werden, können mittels einer GLN-Nr. identifiziert werden.»

Für *IDS* stellt sich die Frage, ob die Forderung nach zwei Jahren Praxiserfahrung in einem bestimmten Bereich gerechtfertigt sei. Darüber hinaus sei die Verordnung mit der Forderung nach «Berufserfahrung in dem Bereich» nicht präzise und sollte detaillierter formuliert werden. Die Bestimmung scheine nur für freiberuflich tätige Pflegefachpersonen zu gelten.

IDS fragt sich deshalb, wie es denn mit Leistungen von Spitex-Diensten aussieht und ob in diesem Bereich allenfalls eine Delegation an weniger qualifiziertes Personal möglich wäre.

MFÄF schlägt vor, diesen Artikel wie folgt zu ändern: «Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstabe a Ziffer 3 müssen durch einen Pflegefachmann oder eine Pflegefachfrau (Art. 49 KVV) vorgenommen werden, der oder die eine zweijährige praktische ambulante Tätigkeit (in FTE: 100 %) in einer Spitex-Organisation mit kantonalem Leistungsauftrag in der Schweiz sowie in interdisziplinärer Zusammenarbeit und im Patientenmanagement in Netzwerken nachweisen kann.» Für MFÄF sei nur eine Spitex-Organisation in der Lage, zu bestätigen, dass die ambulante Erfahrung erworben wurde. Für MFÄF ist es ausgeschlossen, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bescheinigen müssen, dass selbstständige Pflegefachpersonen tatsächlich zwei Jahre in der Schweiz gearbeitet haben, da sie nicht über deren effektiven Beschäftigungsgrad im Bild sind. Selbstständige Pflegefachpersonen arbeiten per Definition mit mehreren Praxen zusammen. Daher brauche es einen Arbeitsnachweis von einer anerkannten Spitex-Organisation. Die Voraussetzung von zwei Jahren ambulanter Praxis Vollzeit in der Schweiz erscheint MFÄF aus Qualitätsgründen wichtig, bevor eine selbstständige Tätigkeit bei Patientinnen und Patienten ausgeübt werden kann.

*mfe* und *PIP* sind der Ansicht, dass die geforderten zwei Jahre berufliche Erfahrung im Bereich, in dem die Pflegeleistung erbracht werden soll, zu restriktiv sei und sprechen sich gegen diese Regelung aus. Die Pflegefachpersonen verfügten über eine Tertiärausbildung, über Berufserfahrung und somit auch über die nötigen Kompetenzen. *mfe* und *PIP* verstehen nicht, welche Erwartungen mit dieser Regelung erfüllt werden sollen. Zudem stellen sie sich die Frage, ob denn eine Person mit Diabetes und Krebserkrankung von verschiedenen Pflegenden behandelt werden müsse, die je über die nötigen Erfahrungen in einem Bereich verfügen. Dies würde zur weiteren Fragmentierung der Pflege führen.

*SBK* und mit ihm *BrotteggPraxis*, *curacasa*, *IG SwissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PHSchweiz*, *SBK-BE*, *SBK-BSBL*, *SBK-NE-JU*, *SHV*, *SIGA*, *SSHP+*, *Stillförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF*, *UNIA* und *ZHAW* erkennen den mit diesem Artikel verfolgten Zweck nicht, erachten ihn als in der Praxis nicht umsetzbar und sagen, dass er keine Grundlage im Gesetz habe. Die Gesundheits- und Krankenpflege sei ein generalistisches Studium, die Absolventinnen und Absolventen seien deshalb grundsätzlich in der Lage, sich auf jedem Fachgebiet der Pflege zu betätigen. Durch ihr Studium und die geforderten zwei Jahre Berufserfahrung für die Ausübung des Berufs in eigener Verantwortung sei eine genügende Vertrautheit mit dem Schweizer Gesundheitswesen und die erforderliche Kenntnis des Schweizer Sozialversicherungssystems gewährleistet. Für diese Akteure ist es unerklärlich, welche Erwartungen an den Nachweis weiterer zwei Jahre Praxiserfahrung auf jedem Gebiet, auf dem die Pflegefachperson Pflegeleistungen erbringen, verknüpft werden. Dass eine Pflegeleistung dem autonomen Bereich der Pflege zugeordnet wird bedeute, dass deren Indiziertheit von Ärztinnen und Ärzten fachlich nicht beurteilt werden könne. Es ist für sie deshalb nicht nachvollziehbar, worin genau die Qualitätsgarantie einer ärztlichen Anordnung auf einem der Ärztin/dem Arzt fachfremden Gebiet liegen soll. Wenn eine de facto reine pro forma ärztliche Anordnung im Hinblick auf die zu gewährleistende Leistungsqualität auf die gleiche Stufe gesetzt werde wie zwei Jahre pflegefachlicher Erfahrung auf einem bestimmten Gebiet, so sei dies ein weiterer Beleg für die fehlende Bereitschaft des Verordnungsgebers, den Verfassungstext ernst zu nehmen und umzusetzen.

Zur Umsetzbarkeit geben *SBK*, *BrotteggPraxis*, *Curacasa*, *IG SwissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PHSchweiz*, *SBK-BE*, *SBK-BSBL*, *SBK-NE-JU*, *SHV*, *SIGA*, *SSHP+*, *Stillförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF*, *UNIA* und *ZHAW* zu Bedenken, dass weder aus dem Verordnungstext, noch aus den Erläuterungen dazu hervorgehe, wie der «Bereich [...], in dem die praktische Tätigkeit nach Artikel 49 Buchstabe b KVV ausgeübt wurde», definiert werde bzw. was darunter zu verstehen sei. Die analog konzipierte Vorschrift in Buchstabe b desselben Absatzes, in dem es um die Anerkennung durch die Versicherer einer zweijährigen praktischen Tätigkeit in der Fachrichtung Psychiatrie geht, habe zu einem Chaos und zu vollkommener Rechtsunsicherheit geführt. Eine Vielzahl von Pflegefachpersonen sei in fachlich gemischten Settings tätig (z.B. Medizin und Chirurgie) bzw. betreue Patientinnen und Patienten mit einem breiten

Spektrum von Pathologien (Intensivstation, Notfallstation, allgemeine Medizin, allgemeine Chirurgie. usw. usf.). Wie deren Berufserfahrung beziffert, bewertet und gewichtet werden soll, lasse der Text des Entwurfs im Unklaren. Sie fragen sich, ob die Bestimmung bedeuten könnte, dass eine Pflegefachperson, die Pflegeleistungen auf dem Gebiet der onkologischen Palliativpflege ohne ärztliche Anordnung verrechnen wolle, zusätzlich zu den zwei Jahren «allgemeiner» Berufserfahrung zwei Jahre Praxiserfahrung auf dem Gebiet der Onkologiepflege und weitere zwei Jahre Erfahrung auf dem Gebiet der Palliativpflege nachweisen sollen müsse? Damit werde auch für die Versicherer völlig undurchsichtig sein, was sie genau werden anhand welcher Kriterien überprüfen müssen. Die Rechtsunsicherheit, die durch Artikel 7 Absatz 2<sup>bis</sup> litt. b auf dem begrenzten Gebiet der psychiatriepflegerischen Bedarfsabklärung verursacht worden sei, werde unweigerlich im grossen Massstab auf die ganze Pflege ausgeweitet.

Zudem werde in den Erläuterungen ausgeführt, dass es sich bei den in diesem Artikel formulierten Bedingungen nicht um eine Zulassungsvoraussetzung im Hinblick auf die Abrechnung von Pflegeleistungen zulasten der OKP, «sondern um Bedingungen für die Möglichkeit der Pflegefachpersonen, bestimmte Leistungen zu Lasten der OKP direkt, das heisst ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag, abzurechnen» handle. Dabei wird explizit auf die analog konzipierte Bedingung in litt. b desselben Absatzes Bezug genommen. Worin der Unterschied zu einer Zulassungsvoraussetzung liegen soll, erschliesse sich nicht. Ein Rechtsgutachten von Prof. U. Kieser zum hier referenzierten Artikel 7 Absatz 2<sup>bis</sup> litt. b KLV komme vielmehr zum Schluss, dass es sich bei der dort geforderten zweijährigen Berufserfahrung auf dem Gebiet der Psychiatriepflege sehr wohl um eine vom zuständigen Kanton zu prüfende Zulassungsvoraussetzung handle.

*santésuisse* befürwortet die Qualitätssicherung, die mit dieser Ergänzung angestrebt wird. Die zu erfolgenden Pflegeleistungen würden durch diese Zusatzbedingungen wohl gut und kostenwirksam erbracht werden. *santésuisse* geht davon aus, dass in diesem Zusammenhang seitens Krankenversicherer, analog zur Kommission betreffend Zulassungsprüfung zur Bedarfsabklärung in der Psychiatriepflege, eine Kommission für somatische Pflegeleistungen gebildet wird.

*SNLeaders* gibt zu bedenken, dass die kumulativen Bedingungen der Buchstaben a und c bedeuten, dass unter Umständen 4 Jahre praktische Berufstätigkeit/Berufserfahrung nachgewiesen werden müssen. Diese unverhältnismässig hohen Anforderungen seien sachlich nicht begründbar. Die Hürden seien so hoch, dass die Anreize, als autonomer Leistungserbringer zulasten der OKP abzurechnen, kaum vorhanden sein werden. Buchstabe c sei dahingehend zu ändern, dass die zwei Jahre nicht kumulativ mit den Bedingungen gemäss Buchstaben a. gelten. Bei der Formulierung in Buchstabe c «zweijährige Berufserfahrung in dem Bereich nachweisen kann, in dem die praktische Tätigkeit nach Artikel 49 Buchstabe b KVV ausgeübt wurde» sei zudem unklar, ob sie sich auf den Versorgungsbereich, das Setting, die Organisation oder die Tätigkeiten beziehe. Ausserdem sei nicht geklärt, zu welchem Prozentsatz gearbeitet werden müsse in den zwei Jahren.

*Syna* und *Travail.Suisse* halten die Forderung nach zwei zusätzlichen Jahren praktischer Erfahrung – zusätzlich zu den zwei Jahren praktischer Tätigkeit nach Artikel 49 Buchstabe b KVV – in jedem Bereich, in dem sie Pflegeleistungen erbringen würden, mit Blick auf die Attraktivität und die Aufwertung des Status des Pflegepersonals für eine schwer nachvollziehbare Anforderung. Zudem stelle sich die Frage, ob es sich dabei nicht vielmehr um eine verschleierte Zulassungsbedingung handle, die von den Kantonen geprüft werden müsse.

#### 4.4.2.9 Artikel 7, Absatz 4

Die *GDK* und mit ihr die Kantone *AI, AR, BE, BL, BS, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SZ, TG, TI, UR, VD, ZG* und *ZH* beantragen folgende Änderung: «Die Leistungen nach Absatz 2 Buchstaben a und c können von Personen oder Organisationen ~~Institutionen~~ im Sinne von Absatz 1 Buchstaben a und b ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag ~~nach Absatz 2 Buchstabe a und Artikel 8~~ erbracht werden.» Die vorgeschlagene Formulierung sei sehr schwer oder nur mit Hilfe der Erläuterungen verständlich. Der Begriff «Institutionen» soll durch

«Organisationen» ersetzt werden, da sonst die Gefahr bestehe, dass damit auch noch die Pflegeheime gemeint seien.

SO schlägt die folgende Änderung vor: «Die Leistungen nach Absatz 2 ~~Buchstaben a und c~~ können von Personen oder Institutionen im Sinne von Absatz 1 Buchstaben a und b ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag aufgrund der Bedarfsabklärung nach Absatz 2 Buchstabe a und Artikel 8 erbracht werden.»

*Curafutura* ist der Ansicht, dass, damit ein Monitoring nach KVG 25a Absatz 3<sup>bis</sup> gemacht werden könne, Leistungen, die ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag hin erbracht werden, auf jeder Rechnung identifiziert werden können müssen. Ansonsten sei die Umsetzung dieses Artikels nicht möglich. *Curafutura* schlägt deshalb vor, dass Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a und c, die nicht auf ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag hin erbracht werden, auf der Rechnung separat ausgewiesen werden müssen.

*IDS* findet die Formulierung des Absatzes nicht verständlich: Können die Leistungen, auf die er abzielt, nicht auch von Pflegeheimen erbracht werden, und wenn ja, sollte die Bestimmung dies dann nicht ausdrücklich erwähnen?

*SBK* und mit ihm *BroteggPraxis*, *Curacasa*, *IG SwissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PHSchweiz*, *SBK-BE*, *SBK-BSBL*, *SBK-GR*, *SBK-NE-JU*, *SHV*, *SIGA*, *SSHP+*, *Stillförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF*, *UNIA* und *ZHAW* finden es unverständlich, weshalb die Definition der Pflegeleistungen, die ohne ärztlichen Auftrag oder ärztliche Anordnung der OKP in Rechnung gestellt werden können, nicht für die Leistungserbringer gem. Artikel 7 Absatz 1 litt. c KLV (Pflegeheime) gilt. Diese Akteure sowie *SNLeaders* beantragen deshalb folgende Änderung: «Die Leistungen [...] können von Personen oder Institutionen im Sinne von Absatz 1 ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag [...] erbracht werden.» *BFH*, *FKG* und *VFP* schliessen sich diesem Antrag an, da die von einer Pflegefachperson ermittelten Leistungen nach Absatz 2 Buchstabe c zwingend in Delegation und unter Verantwortung einer Pflegefachperson von Pflegepersonal mit niedrigerer Primär- oder Sekundärqualifikationen durchgeführt werden dürfen müssen, damit eine kosteneffiziente Pflege möglich sei.

Auch *mfe* teilt die Forderung, dass die Leistungen delegiert werden können müssen.

Aus der Sicht von *santésuisse* sei ein Fazit, ob es zu einem Leistungszuwachs komme, schwierig zu ziehen. Damit es nicht zu einer unerwünschten Ausweitung von abgerechneten Dienstleistungen komme, erachtet es *santésuisse* als erforderlich, dass die Patientin oder der Patient zusätzlich zu einer Bedarfsanalyse durch eine Pflegekraft eine psychiatrische Betreuung durch eine Ärztin oder einen Arzt mit einem eidgenössischen oder einem anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin oder in Psychiatrie erhält. *santésuisse* hält es auch für wichtig, dass die erzielten Pflegeergebnisse in Verbindung mit spezifischen Zielen und Pflegediagnosen objektivierbar seien. Um eine qualitativ hochwertige psychiatrische Versorgung zu gewährleisten, müssten der Name und das Datum der Kommunikation mit der vorerwähnten Ärztin resp. dem vorerwähnten Arzt zusätzlich auf dem KLV-Bedarfsmeldeformular angegeben werden.

#### **4.4.2.10 Artikel 8a Absatz 1 1<sup>bis</sup> und 8**

*mfe* und *PIP* weisen darauf hin, dass der Arzt bzw. die Ärztin nach wie vor für das Sammeln aller behandlungsrelevanten Informationen verantwortlich bleibt. Dies widerspreche einerseits der interprofessionellen Perspektive und andererseits dem Ansatz, der mit der allgemeinen Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD) verfolgt wird. *mfe* und *PIP* fordern, dass die im Entwurf beschriebene Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflegefachpersonen überprüft und an die interprofessionelle Perspektive angepasst wird, bei der jeder Beruf die Verantwortung in seinem Kompetenzbereich trägt.

#### 4.4.2.11 Artikel 8a Absatz 1

Die GDK und mit ihr die Kantone AI, AR, BE, BL, BS, GR, JU, NE, OW, SG, SZ, TI, TG, UR, ZG und ZH beantragen, dass der Artikel entsprechend ihren Vorschlägen zu Artikel 8a Absatz 1<sup>bis</sup> angepasst werde (siehe Ziff. 4.4.2.12). Hauptanliegen ist es, dass die Pflegefachperson die Patientin / den Patienten bei der Bedarfsabklärung persönlich sehe.

VD schlägt eine Umformulierung vor: «Das Ergebnis ist umgehend dem *Der Arzt oder die Ärztin, der oder die die ärztliche Anordnung oder den ärztlichen Auftrag ausgestellt hat, wird direkt von der Pflegefachfrau oder dem Pflegefachmann informiert bzw. das Ergebnis wird im entsprechenden elektronischen Patientendossier (EPD) abgelegt. Der Arzt oder die Ärztin unterrichtet das Pflegepersonal zudem über behandlungsrelevante Aspekte.*»

Der Kanton ist der Ansicht, dass in erster Linie Instrumente gefördert werden sollten, die die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Effizienz des Gesundheitssystems unterstützen, und schlägt daher diese neue Formulierung mit Verweis auf das EPD vor. Darüber hinaus sollte im Hinblick auf eine echte Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen das blossе Zustellen («das Ergebnis zustellen») zu einer echten Inkenntnissetzung («der Arzt oder die Ärztin wird ... informiert») ausgeweitet und eine Wechselseitigkeit vorgesehen werden, d. h. die Pflicht des Arztes oder der Ärztin, die Pflegefachfrau oder den Pflegefachmann über die Aspekte der Krankengeschichte zu informieren, die für die Betreuung durch die Pflegefachperson wesentlich sind. Dies ist unerlässlich, um die Patientensicherheit zu gewährleisten, aber auch um echte Interprofessionalität umzusetzen.

#### 4.4.2.12 Artikel 8a Absatz 1<sup>bis</sup>

Die GDK und mit ihr die Kantone AI, AR, BE, BL, BS, GR, JU, NE, OW, SG, SZ, TI, TG, VD, ZG und ZH beantragen folgende Änderung: «Die Bedarfsermittlung für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, ~~b~~ und c, die ohne ärztlichen Auftrag oder ärztliche Anordnung von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau, welche die Voraussetzungen nach Artikel 49 Buchstabe b KVV erfüllt, ~~erbracht werden können,~~ wird von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau, welche die Voraussetzungen nach Artikel 49 Buchstabe b KVV erfüllt in Präsenz und in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin ~~oder dessen oder deren~~ und allenfalls den Angehörigen durchgeführt.» Es müsse sichergestellt werden, dass die Pflegefachperson die Patientin / den Patienten persönlich sehe. Damit soll vermieden werden, dass (pflegende) Angehörige das Bedarfsabklärungsformular ausfüllen und der Pflegefachperson zur Auswertung übermitteln würden. Auch sollen die Angehörigen nur dann einbezogen werden, wenn der/die mündige und urteilsfähige Patient/-in dies wünsche. In Organisationen der Krankenpflege zu Hause sollen die Leistungen ohne ärztliche Anordnung nicht ausschliesslich von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau, welche die Voraussetzungen nach Artikel 49 Buchstabe b KVV erfüllt, persönlich erbracht werden dürfen, sondern unter deren Aufsicht und Verantwortung aufgrund einer Bedarfsabklärung durch die Personen mit den notwendigen Qualifikationen gemäss den Administrativverträgen mit den Krankenversicherern.

UR beantragt die folgende Änderung: «Die Bedarfsermittlung für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a und ~~b~~, die ohne ärztlichen Auftrag oder ärztliche Anordnung von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau, welche die Voraussetzungen nach Artikel 49 Buchstabe b KVV erfüllt, einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau nach Artikel 49 KVV ~~erbracht werden können,~~ wird von diesem oder dieser in Präsenz und in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin ~~oder dessen oder deren~~ und allenfalls den Angehörigen durchgeführt. »

Die GDK und mit ihr die Kantone AI, AR, BE, BL, BS, GR, JU, NE, OW, SG, SZ, TI, TG, UR, ZG und ZH beantragen zudem folgende Streichung: «Muss eine Bedarfsermittlung nach Absatz 1 erneut durchgeführt werden, darf diese nur in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin ~~und dem Pflegefachmann oder der Pflegefachfrau~~ durchgeführt werden, ~~der oder die die erste Bedarfsermittlung vorgenommen hat.~~ » Sie lehnen es ab, dass eine «Folge-Bedarfsermittlung» in Zusammenarbeit mit der Pflegefachperson

durchgeführt werden muss, welche die erste Bedarfsermittlung vorgenommen hat. In vielen Fällen werde diese Pflegefachperson gar nicht mehr in der gleichen Funktion an gleicher Stelle tätig sein und zudem sei es denkbar, dass die Patientin / der Patient bewusst die Spitex-Organisation oder Pflegefachperson gewechselt hat und nicht wünscht, dass eine Zusammenarbeit fortgeführt werde.

VD schlägt aufgrund derselben Überlegungen die folgende Änderung vor: «Muss eine Bedarfsermittlung nach Absatz 1 erneut durchgeführt werden, darf diese nur in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin ~~und dem Pflegefachmann oder der Pflegefachfrau durchgeführt werden, der oder die die erste Bedarfsermittlung vorgenommen hat~~ und, sofern möglich, dem Pflegefachmann oder der Pflegefachfrau durchgeführt werden, der oder die die erste Bedarfsermittlung vorgenommen hat.»

FR schlägt zusätzlich zu den von der GDK vorgebrachten Bemerkungen und Vorschlägen vor, den Begriff der Zusammenarbeit zu präzisieren. Es wird nicht angegeben, was sie beinhaltet und in welcher Form sie erfolgen soll. Ausserdem dürfte der Begriff «Koordination» angemessener sein.

SO schlägt aus Praktikabilitätsüberlegungen die folgende Anpassung vor: «Die Bedarfsermittlung für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 ~~Buchstaben a und c~~, die ohne ärztlichen Auftrag oder ärztliche Anordnung von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau nach Artikel 49 Buchstabe b KVV erbracht werden können, wird von diesem oder dieser in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder dessen oder deren Angehörigen durchgeführt. Das Ergebnis ist umgehend dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin zur Kenntnisnahme zuzustellen. Muss eine Bedarfsermittlung nach Absatz 1 erneut durchgeführt werden, darf diese nur in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin ~~und dem Pflegefachmann oder der Pflegefachfrau durchgeführt werden, der oder die die erste Bedarfsermittlung vorgenommen hat.~~»

GE merkt an, dass die Verknüpfung mit Artikel 7 Absatz 2<sup>bis</sup> Buchstabe c ein Problem beim Zugang zur Gesundheitsversorgung darstelle. Wird nämlich die Bedarfsermittlung von einer Pflegefachperson mit zwei Jahren Erfahrung in einem Bereich durchgeführt, dann dürften nur Pflegefachpersonen mit zwei Jahren Erfahrung die Leistungen erbringen. Diese Leistungen dürfen nicht an FaGe oder Pflegehelferinnen und Pflegehelfer delegiert werden. Praktisch bedeutet das, dass Spitex-Organisationen systematisch einen ärztlichen Auftrag oder eine ärztliche Anordnung für die Pflegeleistungen haben müssten. Es handelt sich also nicht um eine Massnahme, die in Richtung einer starken Pflege geht.

ARTISET spricht sich dagegen aus, dass die «Folge-Bedarfsermittlung» unter Mitwirkung der Pflegefachperson erfolgen muss, welche die erste Bedarfsermittlung vorgenommen hatte. ARTISET schlägt deshalb folgende Änderung vor: « (...) Muss eine Bedarfsermittlung nach Absatz 1 erneut durchgeführt werden, darf diese nur in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin ~~und dem Pflegefachmann oder der Pflegefachfrau durchgeführt werden, der oder die die erste Bedarfsermittlung vorgenommen hat.~~ »

ASPS, Spitex Schweiz und Spitex Zürich beantragen folgende Änderungen: «Die Bedarfsermittlung für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c, die ohne ärztlichen Auftrag oder ärztliche Anordnung von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau nach Artikel 49 KVV angeordnet ~~erbracht~~ werden können, wird von diesem oder dieser in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder dessen oder deren Angehörigen durchgeführt. Das Ergebnis ist umgehend dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin zur Kenntnisnahme zuzustellen. ~~Muss eine Bedarfsermittlung nach Absatz 1 erneut durchgeführt werden, darf diese nur in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin und dem Pflegefachmann oder der Pflegefachfrau durchgeführt werden, der oder die die erste Bedarfsermittlung vorgenommen hat.~~» Dass die erneute Durchführung einer Bedarfsermittlung zwingend an das Erfordernis der gleichen, abklärenden Pflegefachperson gekoppelt werde, sei in mehrfacher Sicht unsinnig. Einerseits könne es sein, dass die zuständige Person nicht mehr für die gleiche Arbeitgeberin tätig ist und die Umsetzung aus

praktischen Gründen verunmöglicht werde. Andererseits drücke das Erfordernis einen unhaltbaren Verdacht aus, dass Abklärungen nicht nach allgemein anerkannten und wissenschaftlichen Standards erfolgten. Beide Vorbehalte seien unnötig und würden zurückgewiesen. Hinzu komme das Erfordernis der Zusammenarbeit zwischen Arzt/Ärztin und der Pflegefachperson, zu dem es leider keine Beschreibungen gebe, wie dies konkret geschehen soll. Es bleibe zu mutmassen, ob diese Bedarfsabklärung dann gemeinsam in der Praxis oder zu Hause bei der Klientin/dem Klienten erfolgen soll. Dies sei in der Praxis zu kostenintensiv respektive aus Ressourcengründen nicht umsetzbar. Der Arzt/die Ärztin sei aufgrund der Bedingungen über die Informationspflicht jederzeit über die Bedarfsabklärung und die vorzunehmenden Leistungen informiert. Der Betrieb müsse garantieren, dass die Leistungen in der notwendigen Qualität erbracht werden. Die Finanzierer hätten die Möglichkeit, Prüfungen vorzunehmen.

Als Eventualantrag verlangen *Spitex Schweiz* und *Spitex Zürich*, dass sichergestellt werde, dass nicht ausschliesslich selbstständige Pflegefachpersonen Leistungen direkt abrechnen können. Auch Spitex-Organisationen und Pflegeheimen müsse dies möglich sein, weshalb das Delegationsprinzip auch innerhalb dieser Organisationen umgesetzt werden können müsse.

*AVASAD*, *BFH*, *FKG* und *VFP* beantragen die Streichung des letzten Satzes des Artikels: «Die Bedarfsermittlung für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a und c, die ohne ärztlichen Auftrag oder ärztliche Anordnung von einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau nach Artikel 49 KVV erbracht werden können, wird von diesem oder dieser in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder dessen oder deren Angehörigen durchgeführt. Das Ergebnis ist umgehend dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin zur Kenntnisnahme zuzustellen. ~~Muss eine Bedarfsermittlung nach Absatz 1 erneut durchgeführt werden, darf diese nur in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin und dem Pflegefachmann oder der Pflegefachfrau durchgeführt werden, der oder die die erste Bedarfsermittlung vorgenommen hat.~~» Die Regelung, dass die Bedarfsermittlung mit der gleichen Person durchgeführt werden muss, sei in keinem Gesundheitsberuf realistisch und deshalb nicht praxistauglich. Zudem stelle der beschriebene Prozess eine Verschlechterung der jetzigen Regulierung dar.

*BEKAG*, *BüAeV* und die *FMH* lehnen es ab, dass Pflegefachpersonen die Bedarfsermittlung auch bei Massnahmen der psychischen Grundpflege ohne Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin vornehmen können. Massnahmen der psychischen Grundpflege würden diagnostische und therapeutische Komponenten beinhalten, weshalb die entsprechende Untersuchung, Behandlung und Pflege zwingend eine Zusammenarbeit der Pflege mit dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin erfordere. Die enge Koordination zwischen der Pflegefachperson und der behandelnden Ärztin und die Aufnahme behandlungsrelevanter Schritte in die Krankengeschichte sei im Sinne der Patientensicherheit unabdingbar.

Für *BSH* ist es wichtig, dass möglichst wenig administrativer Aufwand generiert wird, weshalb der Artikel 8a Absatz 1bis aufs Notwendige reduziert werden soll: «Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a und c, können auch ohne ärztlichen Auftrag oder ärztliche Anordnung erbracht werden, wenn hierzu eine Bedarfsermittlung durch einen Pflegefachmann oder eine Pflegefachfrau nach Artikel 49KVV den Bedarf ausweist. Das Ergebnis der Bedarfsermittlung durch einen Pflegefachmann oder eine Pflegefachfrau nach Artikel 49KVV ist dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin sowie dem zuständigen Krankenversicherer umgehend zuzustellen. Widerspricht weder der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin noch der Krankenversicherer nicht innert 5 Kalendertagen, so gilt die Bedarfsermittlung als genehmigt.»

*Curafutura* gibt ebenfalls zu bedenken, dass die geforderte Mitwirkung der ursprünglich beteiligten Pflegefachperson aufgrund der personellen Situation in den Institutionen (Fachkräftemangel, häufige Stellenwechsel) schwer umsetzbar zu sein scheint. Zudem wäre eine Kontrolle zum Einhalt dieses Gesetzesartikel kaum durchführbar. *Curafutura* schlägt deshalb

folgende Änderung vor: « [...] Muss eine Bedarfsermittlung nach Absatz 1 erneut durchgeführt werden, darf diese nur in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin und dem einem Pflegefachmann oder der einer Pflegefachfrau durchgeführt werden, ~~der oder die die erste Bedarfsermittlung vorgenommen hat.~~

Auch *IMAD* ist der Ansicht, dass die Vorgabe, dass die erneute Bedarfsermittlung unter Einbezug der an der ersten Bedarfsermittlung beteiligten Pflegefachperson zu erfolgen habe, zu einschränkend sei.

*IDS* stellt die Vorgabe, dass die Bedarfsabklärung «in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin oder dessen oder deren Angehörigen» zu erfolgen habe, in Frage. Damit würde die persönliche Freiheit der Patientin / des Patienten zu stark eingeschränkt. Zudem berücksichtigt die Bestimmung nicht, dass die Vertretung einer urteilsunfähigen Patientin oder eines urteilsunfähigen Patienten ganz oder teilweise von einer vorsorgebeauftragten Person, einer therapeutischen Vertretung oder einer Beiständin oder einem Beistand übernommen werden kann. Zudem sei es essenziell, dass bei der Bedarfsermittlung ein persönliches Treffen mit der Patientin / dem Patienten stattfinde, dies sei in der Verordnung so festzuhalten. *IDS* erscheint es zudem nicht nötig, dass die Ergebnisse umgehend dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin zugestellt werden, ebenso ist *IDS* gegen die Vorgabe, dass die an der ersten Bedarfsermittlung beteiligte Pflegefachperson in die erneute Ermittlung einbezogen werden muss. Auch der Beizug einer Ärztin / eines Arztes bei der Bedarfsermittlung ist für *IDS* nicht nötig.

*KOGS* und *OdASanté* beantragen die Streichung des Artikels.

*MFAF* macht darauf aufmerksam, dass gewisse Patientinnen und Patienten keine Hausärztin resp. keinen Hausarzt haben (z. B. weil eine Ärztin oder ein Arzt in den Ruhestand getreten ist oder weil ein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten besteht). Das Ergebnis der Bedarfsermittlung sollte daher dokumentiert und der Patientin oder dem Patienten zur Aufbewahrung in ihrer/seiner Krankengeschichte zugestellt werden. Dieses Vorgehen entspricht der Datenschutzgesetzgebung am besten und greift der Entscheidung der Patientin oder des Patienten für oder gegen die Aufnahme in ein EPD nicht vor.

*mfe* und *PIP* fordern, dass die Autonomie auf das Pflegepersonal der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und der Pflegeheime ausgeweitet wird, damit Pflegefachpersonen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause je nach ihrer Analyse der Situation bestimmte, klar definierte Leistungen direkt abrechnen können. Dies soll ihnen auch ermöglichen, zu entscheiden, welche Leistungen an FaGe und Pflegehelferinnen und Pflegehelfer delegiert werden können. Dies ist auch im Sinn der Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. Die Delegationsbefugnis des Pflegepersonals wird auch die Hausärztinnen und Hausärzte von Aufgaben entlasten, die nicht ihre Kompetenzen erfordern.

*Pharmasuisse* weist darauf hin, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit nur mit dem Ziel genannt werde, dass nicht zweimal die gleiche Leistung in Rechnung gestellt wird. Sie schlägt deshalb vor, Leistungen der interprofessionellen Zusammenarbeit zu definieren, die darauf abzielen, die Kompetenzen jeder Fachkraft bei der Behandlung von Patienten zu definieren, wobei jede Fachkraft in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich tätig sei.

*santésuisse* begrüsst den neuen Absatz grundsätzlich. Die Information des behandelnden Arztes sei gerade auch in der Situation angezeigt, in welcher keine ärztliche Anordnung vorliege. Das Datum der Mitteilung der Situation an den Arzt, der Name und die Unterschrift der Pflegekraft, die die Mitteilung vorgenommen hat, müssten auf dem KLV-Formular zur Meldung des Pflegebedarfs für den gegebenen Zeitraum stehen. Die im Erläuternden Bericht genannte Gefahr der Doppelverrechnungen trete vor allem dann ein, wenn die Koordination nicht gut oder gar nicht laufe. Es müssten deshalb vorliegend Koordinationsregeln definiert werden, diese würden aber fehlen.

Für den *SBK* und mit ihm *BroteggPraxis*, *curacasa*, *IG SwissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PHSchweiz*, *SBK-BE*, *SBK-NE-JU*, *SHV*, *SIGA*, *SNLeaders*, *SSHP+*, *Stillförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF*, *Syna*, *Travail.Suisse*, *UNIA* und *ZHAW* ist eine Mitteilung der Ergebnisse einer Abklärung des Bedarfs an Pflegemassnahmen an die behandelnde Ärztin oder den

behandelnden Arzt selbstverständlich. Sie stellen klar, dass die «Zusammenarbeit» kein Mitbestimmungsrecht für die Ärztin / den Arzt beinhalten dürfe, da dies mit dem Wesen der Autonomie unvereinbar sei. Pflegeleistungen aufgrund von Pflegediagnosen seien Leistungen, die von einer Ärztin oder einem Arzt nicht rechtsgültig delegiert werden können oder wofür sie haftpflichtrechtlich belangt werden könnten. Umso mehr sei es ausgeschlossen, dass eine Ärztin/ein Arzt Pflegeleistungen, die zum eigenständigen Bereich der Pflege zählen, von sich aus verordnen oder anordnen sollen können. Alles andere würde das Haftpflicht- und das Delegationsrecht auf den Kopf stellen.

Der *SBK-BSBL* kann einer erneuten Bedarfsabklärung nach 9 Monaten nur zustimmen, falls sich die Situation der Patientin / des Patienten verändert habe. Realistisch würden sich entsprechende Pflegeleistungen oft innerhalb von Wochen verändern, was eine erneute Bedarfsabklärung notwendig mache. Die Zeitdauer von 9 Monaten entspreche keiner wissenschaftlichen Datenlage. Sie sei praxisfremd und schlichtweg willkürlich gesetzt. Weiter sei es praxisfremd, wenn nur eine Erneuerung möglich sei. Mit diesem Passus werde der administrative Aufwand massiv erhöht. Die Kompetenzen würden wieder zurückverschoben. Dieser Artikel zeige eine altertümliche Auffassung von Pflegeleistungen auf, da diese vom Arzt «abgesegnet» werden müssten. So würden zusätzliche Kosten generiert.

#### 4.4.2.13 Artikel 8a Absatz 8

Die *GDK* und mit ihr die Kantone *AI, AR, BE, BL, BS, GL, GR, JU, NE, OW, SG, SZ, TI, TG, UR, VD, ZG* und *ZH* beantragen folgende Änderung: «Bei Pflegeleistungen, die ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbracht werden, muss spätestens neun Monate nach der ersten Bedarfsermittlung wieder eine Bedarfsermittlung erfolgen. ~~Ohne Zustimmung des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin ist nur eine einzige Erneuerung möglich.~~»

Sollte dieser Satz nicht gestrichen werden, dann stellen die *GDK* und die Kantone *AI, AR, BE, BL, BS, GR, JU, NE, OW, SG, SZ, TI, TG, UR, ZG* und *ZH* den Eventualantrag, dass präzisiert wird, was mit «Zustimmung des Arztes / der Ärztin» gemeint ist.

*GL* erscheint es zudem ausreichend, wenn eine erneute Bedarfsabklärung nach spätestens 12 statt wie vorgeschlagen nach 9 Monaten erfolgt.

*GE* ist dagegen, dass es die Zustimmung des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin braucht, dadurch werde nur eine unnötige medizinische Leistung hinzugefügt. Die Krankenversicherer hätten bereits eine Kontrollfunktion für die von den Pflegenden durchgeführten Beurteilungen und die Pflegefachpersonen seien in standardisierten und wissenschaftlich validierten Beurteilungsinstrumenten geschult.

*IMAD* beurteilt den Zuzug einer Ärztin / eines Arztes gleich wie *GE*. Zudem sei der Begriff «Zustimmung» der Ärztin / des Arztes zu unklar und die Beschränkung der Dauer der Pflegeleistungen ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag sei nicht mit der Autonomie der Pflegefachpersonen vereinbar.

*ARTISET, ASPS, SNLeaders, Spitex Schweiz* und *Spitex Zürich* beantragen die Streichung des letzten Satzes: «Bei Pflegeleistungen, die ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbracht werden, muss spätestens neun Monate nach der ersten Bedarfsermittlung wieder eine Bedarfsermittlung erfolgen. ~~Ohne Zustimmung des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin ist nur eine einzige Erneuerung möglich.~~»

*AVASAD* beantragt die folgende Änderung: «Bei Pflegeleistungen, die ohne ärztliche Anordnung oder ärztlichen Auftrag erbracht werden, muss spätestens neun Monate nach der ersten Bedarfsermittlung wieder eine Bedarfsermittlung erfolgen. ~~Ohne Zustimmung des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin ist nur eine einzige Erneuerung möglich.~~ Jede Bedarfsermittlung, die 18 Monate nach der ersten erfolgt, wird in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin erstellt, sofern er oder sie dies für nötig erachtet.»

*curafutura* ist mit dem Gesetzesartikel grundsätzlich einverstanden, fordert jedoch eine Konkretisierung im Bezug auf die neunmonatige Pflegeleistung, sowie der nachfolgenden Bedarfsermittlung. *Curafutura* schlägt die Ergänzung um folgende zwei Absätze vor:

«Absatz 9. Das Zeitfenster von 9 Monaten beginnt am Tag der Bedarfsermittlung und kann nicht verlängert werden.»

«Absatz 10. Wurden zwei Bedarfsermittlungen nach Artikel 8a 1bis durchgeführt, wird die folgende Bedarfsermittlung durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin und einen Pflegefachmann oder eine Pflegefachfrau durchgeführt.»

*Groupe Mutuel* ist der Ansicht, dass die Höchstdauer zu lang ist, insbesondere weil genauere Regeln für die Koordination zwischen dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin und dem Pflegepersonal fehlten. *Groupe Mutuel* schlägt vor, die Dauer von 18 auf 9 Monate zu verkürzen und danach nach den üblichen Regeln vorzugehen.

Auch *IDS* versteht nicht, warum es angesichts der Kompetenzen der Pflegefachpersonen die Zustimmung des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin bräuchte. Was bedeutet diese Zustimmung und in welcher Form muss sie erteilt werden? Und was, wenn jemand keine behandelnde Ärztin bzw. keinen behandelnden Arzt hat? Die Konsultation würde zusätzliche Kosten verursachen.

Für *Pharmasuisse* und *PIP* ist es nicht nachvollziehbar, wieso nach spätestens 18 Monaten eine Zustimmung der Ärztin bzw. des Arztes notwendig ist. Die Kenntnis über die Patientin bzw. den Patienten und die Erfahrung der pflegenden Person dürften einen besseren Einblick in die Krankengeschichte und medizinischen Bedürfnisse geben. Diese Regelung entspreche nicht einer interprofessionellen Zusammenarbeit auf Augenhöhe, sondern einer interprofessionellen Zusammenarbeit, bei welcher die Ärztin bzw. der Arzt im Zentrum stehe. In diesem Sinne erachten sie es als zwingend, die Interprofessionalität rechtlich zu definieren, im Verständnis, dass damit eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe aller involvierten Medizinal- und Gesundheitsberufe gemeint sei. Die Koordination könnte von jedem der beteiligten Fachkräfte in einer funktionierenden interprofessionellen Zusammenarbeit erfolgen, je nach den Bedürfnissen der Situation und des Patienten.

*santésuisse* findet die Dauer von 18 Monaten (anderthalb Jahre), während der Pflegeleistungen gänzlich ohne ärztliche Anordnung erbracht werden können, sehr lange. *santésuisse* ist der Auffassung, dass spätestens nach Ablauf von neun Monaten immer eine ärztliche Anordnung vorliegen müsse. Es sei ausserdem sehr schwierig in jedem Fall zu prüfen, ob der Arzt rechtzeitig beigezogen werde. Es bedarf aus Sicht von *santésuisse* einer Ergänzung, gemäss welcher eine Pflegefachperson auch innerhalb einer «arztfreien» Frist die Ärztin oder den Arzt beizuziehen hat, wenn sich dies aufgrund ihrer Kenntnisse als nötig erweise.

*SBK* und mit ihm *BFH*, *BrotteggPraxis*, *BSH*, *Curacasa*, *FKG*, *IG SwissANP*, *ISMI*, *MFAF*, *NOPS*, *OST*, *PHSchweiz*, *SBK-BE*, *SBK-BSBL*, *SBK-GR*, *SBK-NE-JU*, *SHV*, *SIGA*, *SP Schweiz*, *SSH+*, *Stillförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF*, *UNIA*, *VFP* und *ZHAW* beantragen die ersatzlose Streichung dieses Artikels.

*Syna* und *Travail.Suisse* geben zu bedenken, dass die Bedingung, dass nach 18 Monaten die Zustimmung eines Arztes oder einer Ärztin als Bedingung zur Erneuerung der Bedarfsermittlung vorliegen muss, dem Ziel zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes widerspreche.

#### **4.4.3 Artikel 9 Absatz 1**

Zum Artikel 9 Absatz 1 gab es keine Bemerkungen.

#### **4.4.4 Artikel 9c**

Zu den vorgeschlagenen Anpassungen von Artikel 9c gab es keine Bemerkungen.

*SIDB-GICID* schlägt jedoch folgende Änderung an Artikel 9c Absatz 3 vor, der nicht teil der vorgeschlagenen Änderungen der KLV ist: «Die Versicherung übernimmt ~~je ärztliche Anordnung~~ die Kosten von höchstens zehn Sitzungen pro Jahr. Soll die Diabetesberatung nach zehn Sitzungen zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat ~~der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin~~ die Diabetesberaterin bzw. der Diabetesberater dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. [...]»

#### 4.4.5 Artikel 9c Absatz 1

VS ist mit der aktuellen Formulierung von Artikel 9c Absatz 1 nicht einverstanden und beantragt Änderungen an den Buchstaben a und b. Die beantragten Änderungen zu Artikel 9c Absatz 1 Buchstabe a sind unter der nächsten Ziffer aufgeführt. Zu Artikel 9c Absatz 1 Buchstabe b beantragt VS folgende Änderung: «b. von einer nach Artikel 51 KVV zugelassenen Diabetesberatungsstelle der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft, die über diplomiertes Fachpersonal mit einer ~~vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)~~ von der OdASanté anerkannten Fachausbildung verfügt». Die Änderungen seien nötig, damit die Regelung Kohärent mit den Verantwortlichkeiten der verschiedenen Dachverbände sei.

##### 4.4.5.1 Artikel 9c Absatz 1 Buchstabe a

VS beantragt folgende Änderung: «a. von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern (Art. 49 KVV) mit einer ~~vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)~~ von der OdASanté anerkannten Fachausbildung».

*ARTISET* beantragt die folgende Änderung: «a. von Pflegefachmännern oder Pflegefachfrauen (Artikel 49 KVV) mit einer ~~vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)~~ von der OdASanté anerkannten Fachausbildung Ausbildung Fach-experte/in in Diabetesfachberatung HFP». Dies, weil die eidgenössische Prüfung durch die OdASanté getragen werde.

*SIDB-GICID* weist darauf hin, dass Diabetesfachberaterinnen und -berater über eine fundierte, vom SBK anerkannte Weiterbildung im Bereich Diabetesfachberatung verfügen. Diese Tätigkeiten gehören nach Ansicht der *SIDB-GICID* ausschliesslich zur spezifischen Rolle der Pflegefachpersonen. Sie ist der Auffassung, dass es sich hierbei um eine typische Tätigkeit handelt, für die keine ärztliche Anordnung erforderlich sein sollte, insbesondere wenn sie von anerkannten Pflegefachpersonen ausgeübt wird. Daher fordert sie die Anpassung von Artikel 9 KLV: «Die Versicherung übernimmt die Kosten der Diabetesberatung, die auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht wird: [...]».

*VAS AG* beantragt, dass die Versicherung die Kosten für die Beratung und Pflege von Patientinnen und Patienten, die wegen einer chronischen Atemwegserkrankung betreut werden, im Rahmen der jährlichen Erneuerung übernimmt.

#### 4.4.6 Artikel 15 Absatz 1

*IDS* stellt die Frage, wer die geforderte «spezielle Ausbildung» in Stillberatung anerkennen soll und schlägt vor, dass dies analog zu Artikel 9c Absatz 1 vom SBK wahrgenommen werden könnte.

*SHV* merkt an, dass die Terminologie des bestehenden Artikel 15 nicht mehr den aktuellen gesellschaftlichen und medizinischen Gegebenheiten respektive Erkenntnissen entspreche, deshalb beantragt er folgende Überarbeitung:

«Artikel 15 Stillberatung und Beratung über Ernährungsmöglichkeiten des Kindes

<sup>1</sup> Die Stillberatung und Beratung über Ernährungsmöglichkeiten des Kindes (Art. 29 Absatz 2 Buchstabe c KVG) wird von der Versicherung übernommen, wenn sie durch Hebammen, Organisationen der Hebammen oder speziell in Stillberatung ausgebildeten Pflegefachpersonen ~~Pflegefachmännern oder Pflegefachfrauen~~ durchgeführt wird.

<sup>2</sup> Die Übernahme beschränkt sich auf drei fünf Sitzungen. Auf ärztliche Verordnung können zusätzliche Stillberatungen und Beratungen über Ernährungsmöglichkeiten des Kindes durchgeführt werden. Finden diese nach den ersten 56 Tagen nach der Geburt statt, unterliegen sie keiner Kostenbeteiligung, unabhängig davon, ob diese von Adoptiv-, Pflege- oder biologischen Eltern in Anspruch genommen werden.

<sup>3</sup> Die Stillberatung und Beratung über Ernährungsmöglichkeiten des Kindes kann prä- wie postnatal erfolgen.»

SBK und mit ihm *BroteggPraxis, curacasa, IG SwissANP, ISMI, NOPS, OST, PHSchweiz, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-NE-JU, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, UNIA* und *ZHAW* machen darauf aufmerksam, dass in der Klammer ein falscher Gesetzesartikel referenziert wird. Richtig wäre Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe c KVG.

#### **4.5 Verordnung über die Finanzhilfen zur Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung (EmGvV)**

##### **4.5.1 Artikel 1 Gegenstand**

Zum Artikel 1 gab es keine Bemerkungen.

###### **4.5.1.1 Absatz 1**

Zu Artikel 1 Absatz 1 gab es keine Bemerkungen.

###### **4.5.1.2 Absatz 2**

Zu Artikel 1 Absatz 2 gab es keine Bemerkungen

##### **4.5.2 Artikel 2 Voraussetzungen**

Zum Artikel 2 gab es keine Bemerkungen.

###### **4.5.2.1 Artikel 2 Buchstabe a**

*AR* beantragt folgende Ergänzung: «a. die Massnahmen geeignet sind, die Effizienz und/oder die Qualität in der medizinischen Grundversorgung zu verbessern». Die Projekte sollen nicht nur rein auf Effizienz, sondern auch in Bezug auf die Zielsetzung einer Verbesserung der Versorgungs- und/oder Indikationsqualität ausgerichtet sein dürfen. In den meisten Fällen bedeute eine Qualitätsverbesserung in der medizinischen Grundversorgung schlussendlich auch eine Verbesserung der Effizienz und Nachhaltigkeit.

*VFP* verlangt, dass das Gesetz dahingehend angepasst werde, dass die Projekte nicht nur hinsichtlich der 'Wirtschaftlichkeit' effizient sind, sondern explizit auch zu einer verbesserten Patientensicherheit und Versorgungsqualität führen.

###### **4.5.2.2 Artikel 2 Buchstabe b**

*ASPS, Spitex Schweiz* und *Spitex Zürich* begrüßen die Voraussetzung der Interprofessionallität. Sie betonen die Wichtigkeit der aktiven Beteiligung aller involvierten Berufsgruppen in der Rolle als Projektpartner von Projektstart an.

*Pharmasuisse* beantragt, dass der Begriff «intraprofessionell» gestrichen werden soll.

*VAS AG* beantragt, dass die akademische Ausbildung auf Gesundheitsberufe wie die vom Roten Kreuz ausgestellten eidgenössischen Diplome ausgeweitet werden.

###### **4.5.2.3 Artikel 2 Buchstabe c**

Zu Artikel 2 Buchstabe c gab es keine Bemerkungen.

###### **4.5.2.4 Artikel 2 Buchstabe d**

Zu Artikel 2 Buchstabe d gab es keine Bemerkungen.

### **4.5.3 Artikel 3 Anrechenbare Kosten**

*ARTISET* ist der Ansicht, dass der vorgesehene Anteil der Eigenmittel, welche die Organisationen ins Projekt einbringen müssen, zu hoch sei. *ARTISET* fordert, dass das Verhältnis analog der Projektförderung der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz auf 80/20 angepasst werde. Zudem sei auf eine Evaluation zu verzichten und stattdessen mit Wirkungszielen zu arbeiten.

#### **4.5.3.1 Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe a**

*GE* fragt sich, ob die erwähnten Ausgaben auch die Vergütung für Humanressourcen umfassen? In der Tat ist der Mangel an ausbildendem Personal für Pflegefachpersonen in Ausbildung und für interprofessionelle Simulation oft ein einschränkender Faktor für das Anstossen und Bewerten von Innovationen in der interprofessionellen Ausbildung wie z. B. der Simulation.

*mfe* und *PIP* fordern, dass die interprofessionelle Ausbildung institutionalisiert, d. h. in den Regelstrukturen verankert wird, namentlich in der Aus-, Weiter- und Fortbildung im Berufsbildungsgesetz (BBG), im Gesundheitsberufegesetz (GesBG) und im Medizinalberufegesetz (MedBG). Ein erster notwendiger Schritt in diese Richtung ist die Bereitstellung eines Kredits zur Evaluation der Institutionalisierung/Umsetzung der Interprofessionalität in der Aus-, Weiter- und Fortbildung in BBG, GesBG und MedBG.

#### **4.5.3.2 Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe b**

Zu Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe b gab es keine Bemerkungen.

#### **4.5.3.3 Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe c**

*ARTISET* stellt den Eventualantrag, dass, sollte ihrer Forderung nach Verzicht auf die Evaluation nicht stattgegeben werde (vgl. Ziff. 4.5.3), die Kosten für die Evaluation und insbesondere für eine vertiefte Projektevaluation vollständig vom Bund zu tragen seien.

#### **4.5.3.4 Artikel 3 Absatz 2**

Zu Artikel 3 Absatz 2 gab es keine Bemerkungen.

### **4.5.4 Artikel 4 Bemessung**

#### **4.5.4.1 Artikel 4 Absatz 1**

*VD* und *SNLeaders* geben zu bedenken, dass die vorgesehenen 8 Millionen CHF für die ganze Schweiz und die maximal 400'000 CHF pro Projekt nicht ausreichend seien, um die Ziele der Förderung der EmGv und der interprofessionellen Zusammenarbeit zu erreichen.

*mfe* und *PIP* sind der Meinung, dass die Bedingung einer Kofinanzierung von bis zur Hälfte der Projektkosten, maximal 400 000 CHF, von potenziellen Gesuchstellern als Hürde angesehen werden könnte. Einerseits begünstige diese Bedingung finanzstarke Strukturen auf Kosten kleinerer Organisationen, andererseits seien die Beträge, die vergeben werden können, nicht gross genug, um ehrgeizige und innovative Projekte zu ermöglichen, was die Akteure demotiviere, sich an einer Projektausschreibung zu beteiligen. Ein Projekt mit verschiedenen Interessengruppen aufzugleisen, erfordere im Vorfeld viel Zeit und Ressourcen, ohne dass die Garantie bestehe, unterstützt zu werden.

#### **4.5.4.2 Artikel 4 Absatz 2**

*NW* bemängelt, dass die Bemessung sehr ungenau umschrieben und nur im erläuternden Bericht präzisiert seien. Er beantragt, dass dies in der Verordnung geregelt werden soll.

#### **4.5.4.3 Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe a**

Zu Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe a gab es keine weiteren Bemerkungen, als der unter 4.5.4.2 genannte Antrag von *NW*.

#### **4.5.4.4 Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe b**

*ARTISET* beantragt, dass Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe b gestrichen wird, da das Kriterium nicht objektiv und unklar sei. Falls er nicht gestrichen werde, müsse er präzisiert werden.

#### **4.5.4.5 Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe c**

*ARTISET* beantragt folgende Änderung: «~~Eigenleistungen und Beiträgen von Bundesstellen und Dritten.~~».

#### **4.5.4.6 Artikel 4 Absatz 3**

*ARTISET* beantragt, dass Artikel 4 Absatz 3 gestrichen wird.

#### **4.5.5 Artikel 5 Gesuch**

*mfe* und *PIP* unterstützen den Vorschlag, die Finanzierung in zwei Kategorien aufzuteilen: in grosse und kleine Projekte. Sie befürworten auch den Vorschlag, dem BAG eine Projektskizze zur Vorprüfung vorlegen zu können. Dies ermögliche es, die Relevanz des Projekts in Bezug auf die festgelegten Kriterien zu überprüfen und den Aufwand für die Gesuchsteller bei Projekten, die auf den ersten Blick keine echten Chancen auf Erfolg haben, zu begrenzen.

##### **4.5.5.1 Artikel 5 Absatz 1**

*ARTISET* und *Innovations sociale* beantragen, dass der Artikel mit einer expliziten Erwähnung ergänzt werde, dass auf Bekanntem aufgebaut müsse (z.B. NFP 74) und dass die Vernetzung wichtig sei.

##### **4.5.5.2 Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe a**

Laut *VAS AG* muss der Gesuchsteller eine juristische Person des privaten oder öffentlichen Rechts oder eine einzelne Angestellte / ein einzelner Angestellter des öffentlichen oder privaten Sektors sein können.

##### **4.5.5.3 Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe b**

Zu Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe b gab es keine Bemerkungen.

##### **4.5.5.4 Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe c**

Zu Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe c gab es keine Bemerkungen.

##### **4.5.5.5 Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe d**

Zu Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe d gab es keine Bemerkungen.

##### **4.5.5.6 Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe e**

Zu Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe e gab es keine Bemerkungen.

##### **4.5.5.7 Artikel 5 Absatz 2**

Zu Artikel 5 Absatz 2 gab es keine Bemerkungen.

##### **4.5.5.8 Artikel 5 Absatz 3**

*ASPS*, *BSH*, *Spitex Schweiz* und *Spitex Zürich* fordern, dass die Wegleitung und die Formulare dergestalt sein müssen, dass die Hürden für eine Gesuchseinreichung nicht von vornherein zu hoch und Anreize gesetzt seien, diesen Mehraufwand zu tragen. Zudem sollten sie so gestaltet sein, dass auch kleinere Projekte eine Chance hätten.

#### **4.5.6 Artikel 6 Prüfung des Gesuchs**

*ARTISET* fordert, dass das BAG bei der Prüfung der Gesuche Expertinnen und Experten aus dem Praxis- und Stiftungsumfeld hinzuziehen müsse und beantragt folgende Anpassung: «Zur fachlichen Beurteilung des Gesuchs ~~kann~~ zieht das BAG Expertinnen und Experten beiziehen.»

#### **4.5.7 Artikel 7 Form der Gewährung**

Zu Artikel 7 gab es keine Bemerkungen.

##### **4.5.7.1 Artikel 7 Absatz 1**

Zu Artikel 7 Absatz 1 gab es keine Bemerkungen.

##### **4.5.7.2 Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe a**

Zu Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe a gab es keine Bemerkungen.

##### **4.5.7.3 Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe b**

Zu Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe b gab es keine Bemerkungen.

##### **4.5.7.4 Artikel 7 Absatz 2**

Zu Artikel 7 Absatz 2 gab es keine Bemerkungen.

##### **4.5.7.5 Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a**

Zu Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a gab es keine Bemerkungen.

##### **4.5.7.6 Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b**

Zu Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b gab es keine Bemerkungen.

##### **4.5.7.7 Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c**

Zu Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c gab es keine Bemerkungen.

##### **4.5.7.8 Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe d**

Zu Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe d gab es keine Bemerkungen.

##### **4.5.7.9 Artikel 7 Absatz 3**

Zu Artikel 7 Absatz 3 gab es keine Bemerkungen.

#### **4.5.8 Artikel 8 Vertiefte Projektevaluation**

*ARTISET* und *Innovations sociale* beantragen die Streichung des Artikels. Für den Fall, dass an der vertieften Projektevaluation festgehalten werden sollte, beantragen sie, dass der Bund diese Kosten zu tragen habe.

#### **4.5.9 Artikel 9 Inkrafttreten und Geltungsdauer**

Zu Artikel 9 gab es keine Bemerkungen.

#### **4.6 Verordnung über die abschliessende Inkraftsetzung des Gesundheitsberufegesetzes**

Zu dieser Verordnung gab es keine Bemerkungen.

## 5 Einsichtnahme

Gemäss Artikel 9 Vernehmlassungsgesetz<sup>13</sup> sind die Vernehmlassungsunterlagen, nach Ablauf der Vernehmlassungsfrist die Stellungnahmen der Vernehmlassungsteilnehmenden und nach Kenntnisnahme durch den Bundesrat der Ergebnisbericht öffentlich zugänglich. Diese Dokumente sind in elektronischer Form auf der Publikationsplattform des Bundesrechts<sup>14</sup> zugänglich. Ebenfalls auf der erwähnten Seite können die vollständigen Stellungnahmen eingesehen werden (Artikel 16 Vernehmlassungsverordnung<sup>15</sup>).

---

<sup>13</sup> SR 172.061

<sup>14</sup> [www.fedlex.admin.ch](http://www.fedlex.admin.ch) > Vernehmlassungen > Abgeschlossene Vernehmlassungen > 2023 > EDI

<sup>15</sup> SR 172.061.1

## 6 Anhänge

### 6.1 Liste der Vernehmlassungsadressaten bzw. -teilnehmenden

#### 1. Kantone

Abkürzung	Bezeichnung	Begrüsst	Stellungnahme
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia	ja	ja
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno	ja	ja
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno	ja	ja
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna	ja	ja
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna	ja	ja
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città	ja	ja
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo	ja	ja
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra	ja	ja
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona	ja	ja
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni	ja	ja
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura	ja	ja
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna	ja	ja
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel	ja	ja
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald	ja	ja

Abkürzung	Bezeichnung	Begrüssst	Stellungnahme
	Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo		
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo	ja	ja
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo	ja	ja
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa	ja	ja
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta	ja	ja
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto	ja	ja
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia	ja	ja
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino	ja	ja
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri	ja	ja
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud	ja	ja
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese	ja	ja
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo	ja	ja
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo	ja	ja
EDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione	ja	ja
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità	ja	ja

KdK	Konferenz der Kantonsregierungen Conférence des gouvernements cantonaux Conferenza dei governi cantonali	ja	nein
-----	--	----	------

## 2. In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Abkürzung	Bezeichnung	Begrüssst	Stellungnahme
Die Mitte Le centre	Die Mitte Le Centre	ja	ja
EAG	Ensemble à Gauche	ja	nein
EDU UDF UDF	Eidgenössisch-Demokratische Union Union démocratique Fédérale Unione democratica Federale	ja	nein
EVP PEV PEV	Evangelische Volkspartei der Schweiz Parti évangélique Suisse Partito evangelico svizzero	ja	ja
FDP PLR PLR	FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR. I Liberali Radicali	ja	ja
GLP PVL PVL	Grünliberale Partei Schweiz Parti vert'libéral Partito verde-liberale	ja	nein
GRÜNE Les VERT-E-S VERDI	GRÜNE Schweiz Les VERT-E-S suisses I VERDI Svizzera	ja	ja
Lega	Lega dei Ticinesi	ja	nein
PDA PST PSdL	Partei der Arbeit Parti suisse du travail Partitio svizzero del lavoro	ja	nein
SPS PSS PSS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz Parti socialiste suisse Partito socialista svizzero	ja	ja
SVP UDC UDC	Schweizerische Volkspartei Union démocratique du centre Unione democratica di Centro	ja	ja

## 3. Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete

Abkürzung	Bezeichnung	Begrüssst	Stellungnahme
SAB SAB SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete Groupement suisse pour les régions de montagne Gruppo svizzero per le regioni di montagna	ja	nein
SGV ACS ACS	Schweizerischer Gemeindeverband Association des communes suisses Associazione dei Comuni Svizzeri	ja	nein
SSV UVS UCS	Schweizerischer Städteverband Union des villes suisses (UVS) Unione delle città svizzere (UCS)	ja	nein

## 4. Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Abkürzung	Bezeichnung	Begrüsst	Stellungnahme
Economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation	ja	nein
KV Schweiz SEC Suisse SIC Svizzera	Kaufmännischer Verband Schweiz Société suisse des employés de commerce (SEC Suisse) Società svizzera degli impiegati di commercio (SIC Svizzera)	ja	nein
SAV UPS USI	Schweizerischer Arbeitgeberverband Union patronale suisse (UPS) Unione svizzera degli imprenditori (USI)	ja	ja
SBV ASB ASB	Schweizerische Bankiervereinigung (SBV) Association suisse des banquiers (ASB) Associazione svizzera dei banchieri (ASB) Swiss Bankers Association	ja	nein
SBV USP USC	Schweizerischer Bauernverband (SBV) Union suisse des paysans (USP) Unione svizzera dei contadini (USC)	ja	nein
SGB USS USS	Schweizerischer Gewerkschaftsbund Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)	ja	ja
SGV USAM USAM	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)	ja	nein
Travail.Suisse	Travail.Suisse	ja	ja

## 5. Weitere Organisationen / interessierte Kreise

Abkürzung	Bezeichnung	Begrüsst	Stellungnahme
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana Konsumentenverband der italienischen Schweiz Association des consommateurs de Suisse italienne	ja	nein
AGILE.CH	Die Organisationen von Menschen mit Behinderung Les organisations de personnes avec handicap Le organizzazioni di persone con handicap	ja	nein
AOVS	Augenoptik Verband Schweiz Fédération suisse des opticiens	ja	nein
ARTISET	Föderation der Dienstleister für Menschen mit Unterstützungsbedarf Fédération des prestataires de services pour les personnes ayant besoin de soutien Federazione dei fornitori de servizi per persone bisognose di assistenza	ja	ja
ASP	Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Association suisse des psychothérapeutes Associazione Svizzera degli Psicoterapeuti Associazion Svizra dals Psicoterapeuts	ja	nein

Abkürzung	Bezeichnung	Begrüsst	Stellungnahme
ASPS	Association Spitex privée Suisse	ja	ja
AVASAD	Association vaudoise d'aide et de soins à domicile	nein	ja
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern Société des médecins du canton de Berne Società dei medici del Cantone di Berna	nein	ja
BFH	Berner Fachhochschule Haute école spécialisée bernoise Scuola universitaria professionale di Berna	nein	ja
BGS	Schweizerischer Verband Bildungszentren Gesundheit und Soziales Association suisse des centres de formation santé-social Associazione svizzera dei centri di formazione sociosanitaria	ja	ja
	Brotegg Praxis	nein	ja
BSH	Bündner Spital- und Heimverband	nein	ja
BüAeV	Bündner Ärzteverein Uniun grischuna da medis Ordine dei medici grigioni	nein	ja
	Center da sandà Val Müstair	nein	ja
ChiroSuisse	Schweizerischen Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse Association suisse des chiropraticiens Chiro-Suisse Associazione svizzera dei chiropratici Chiro-Suisse	ja	nein
CIIP	Secrétariat général de la conférence intercantonale de l'instruction publique de la Suisse romande et du Tessin	ja	nein
Curacasa	Fachverband freiberufliche Pflege Schweiz Association suisse des infirmiers indépendants Associazione svizzera infermieri indipendenti	nein	ja
Curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi	ja	ja
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen Fédération suisse des patients	ja	nein
EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz Association Suisse des Ergothérapeutes Associazione Svizzera degli Ergoterapisti	ja	nein
FKG CSS	Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen der Schweiz Conférence spécialisée Santé des Hautes écoles spécialisées suisses	nein	ja
FH Schweiz	Dachverband Absolventinnen und Absolveten Fachhochschulen Association faîtière des diplômés des Hautes écoles spécialisées	nein	ja
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri	ja	ja

Abkürzung	Bezeichnung	Begrüsst	Stellungnahme
FRC	Fédération romande des consommateurs FRC	ja	nein
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen Fédération suisse des psychologues Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi	ja	nein
GE-KVG	Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Istituzione comune LAMal	ja	nein
	Groupe Mutuel	nein	ja
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri	ja	ja
HÄ CH	Hausärzte Schweiz – Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Médecins de famille Suisse – Association des médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia Svizzera – Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera	ja	nein
HES-SO	Haute école spécialisée de Suisse occidentale Fachhochschule Westschweiz Scuola universitaria professionale della Svizzera occidentale	nein	ja
IDS NE	Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel Institut für Gesundheitsrecht der Universität Neuenburg Istituto di diritto sanitario dell'Università di Neuchâtel	nein	ja
IG swissANP	Interessengruppe des SBK, swiss Advanced Nursing Practice	nein	ja
IMAD	Institution genevoise de maintien à domicile	nein	ja
Innovationsociale	Association suisse pour la promotion de l'innovation sociale	nein	ja
ISMI PSIM	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner spezialisiert in Integrativer Medizin	nein	ja
Kalaidos	Kalaidos Fachhochschule Schweiz Kalaidos Haute école spécialisée Scuola universitaria professionale Kalaidos Kalaidos University of applied sciences Switzerland	ja	nein
KF	Konsumentenforum	ja	nein
KKA	Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften Conférence des sociétés cantonales de médecine Conferenza delle società mediche cantonali	ja	KKA wurde liquidiert
KOGS	Verein Kantonale OdAs Gesundheit und Soziales	nein	ja

Konferenz HF	Schweizerische Konferenz der Höheren Fachschulen Conférence suisse des écoles supérieures Conferenza svizzera delle scuole specializzate superiori	ja	ja
MFÄF	Médecins Fribourg – Ärztinnen und Ärzte Freiburg	nein	ja
MTK	Medizinartariffkommission UVG Commission des tarifs médicaux LAA Commissione delle tariffe mediche LAINF	ja	ja
NOPS	Notfallpflege Schweiz	nein	ja
OdASanté	Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit Organisation faîtière nationale du monde du travail en santé Organizzazione mantello del mondo del lavoro per il settore sanitario	ja	ja
Optikschweiz	Verband für Optometrie und Optik Association d'optométrie et d'optique	ja	nein
Ospita	Die Schweizer Gesundheitsunternehmen	ja	nein
OST	Ostschweizer Fachhochschule, Departement Gesundheit	nein	ja
PBL	Psychiatrie Baselland	nein	ja
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti	ja	ja
PH CH	Public Health Schweiz Santé publique Suisse Salute pubblica Svizzera	nein	ja
Physioswiss	Schweizerischer Physiotherapie-Verband Association suisse de physiothérapie Associazione svizzera di fisioterapia	ja	nein
PIP	Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires	nein	ja
RVK	Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer Fédération des petits et moyens assureurs-maladie Associazione dei piccoli e medi assicuratori malattia	ja	nein
SAMW ASSM	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften Académie suisse des sciences médicales Accademia svizzera delle scienze mediche	ja	nein
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri	ja	ja
SBAO	Schweizerischer Berufsverband für Augenoptik und Optometrie Société suisse pour l'optique et l'optométrie	ja	nein

SBAP	Schweizerischer Berufsverband für angewandte Psychologie Association professionnelle suisse de psychologie appliquée Associazione Professionale Svizzera della Psicologia Applicata	ja	nein
SBBK	Schweizerische Berufsbildungsämter-Konferenz	ja	nein
SBK ASI ASI	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Association suisse des infirmières et infirmiers Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri	ja	ja
SBK-BE	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Sektion Bern	nein	ja
SBK-BSBL	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Sektion Basel-Stadt / Basel-Landschaft	nein	ja
SBK-GR	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Sektion Graubünden	nein	ja
SBK-NE-JU	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Sektion Neuenburg – Jura	nein	ja
SBO-TOM	Schweizerische Berufsorganisation für Traditionelle Osteopathische Medizin	ja	nein
SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private	ja	nein
Senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées	ja	ja
SGE	Schweizerische Gesellschaft für Ernährung Société suisse de nutrition Società svizzera di nutrizione	ja	nein
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Psychologie	ja	nein
SHK	Schweizerische Hochschulkonferenz Conférence suisse des hautes écoles Conferenza svizzera delle scuole universitarie Conferenza svizra da las scolas autas	ja	nein
SHV FSSF	Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici	ja	ja
SIDB GICID	Schweizerische Interessengruppe für Diabetesfachberatung	nein	ja
SIGA FSIA	Schweizerischer Interessenverband Anästhesiepflege Fédération suisse des infirmières et infirmiers anesthésistes Federazione svizzera infermiere e infermieri anestesisti	nein	ja

SKS	Stiftung für Konsumentenschutz Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori	ja	nein
SNL	Swiss Nurse Leaders Organisation der Pflegeverantwortlichen in der Schweiz Organisation des responsables de soins en Suisse	ja	ja
SNS	Swiss Nursing Students	nein	ja
Spitex Schweiz	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio	ja	ja
Spitex Zürich	Spitex Verband Kanton Zürich	nein	ja
SPO	Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz Fondation Organisation suisse des patients Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti	ja	nein
SPS	Stiftung für Patientensicherheit Fondation pour la sécurité des patients	ja	nein
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz Croix-Rouge suisse Croce Rossa svizzera	ja	nein
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiatri	ja	nein
SSPH+	Swiss School of Public Health	nein	ja
	Stillförderung Schweiz	nein	ja
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitari	ja	ja
SVDE	Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen Association suisse des diététiciens-ne-s Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i	ja	nein
SVF ADF	Schweizerischer Verband für Frauenrechte Association suisse pour les droits de la femme	nein	ja
SVFP	Schweizerischer Verband Freiberuflicher Physiotherapeuten Association suisse des physiothérapeutes indépendants Associazione Svizzera Fisiatri Indipendenti	ja	nein
SVK FSA	Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia Swiss association for joint tasks of health insurers	ja	nein

SVO	Schweizerischer Verband der Osteopathen Fédération suisse des ostéopathes Federazione Svizzera degli Osteopati	ja	nein
SVS	Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren Fédération suisse des directrices et directeurs d'hôpitaux	ja	nein
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband Association suisse d'assurances Associazione svizzera d'assicurazioni	ja	nein
SWISS REHA	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation suisses Associazione delle cliniche di riabilitazione svizzere	ja	nein
Swissuniversities	Rektorenkonferenz der schweizerischen Hochschulen Conférence des recteurs des hautes écoles suisses Conferenza dei rettori delle università svizzere Rectors' Conference of Swiss Higher Education Institutions	ja	ja
Syna	Syna. Zentralsekretariat	ja	ja
VaOS	Vereinigung akademischer OsteopathInnen Schweiz	ja	nein
VAS AG	VitalAire AG	nein	ja
VFP	Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft Association pour les sciences infirmières Associazione svizzera per le scienze infermieristiche Swiss Association for Nursing Science	ja	ja
VKS	Vereinigung der Kantonsärzte und Kantonsärztinnen der Schweiz Association des médecins cantonaux de Suisse Associazione dei medici cantonali svizzeri	ja	nein
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri	ja	nein
VPOD	Schweizerischer Verband des Personals Öffentlicher Dienste Syndicat suisse des services publics Sindacato svizzero dei servizi pubblici	ja	nein
vsao	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica	ja	ja
UNIA	Gewerkschaft Unia	nein	ja

ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Haute école zurichoise de sciences appliquées Scuola universitaria di scienze applicate di Zurigo	nein	ja
------	--	------	----