

Für die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Argumentarium

Projekt des SBK zur Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes KVG

Inhalt

1. Standpunkte des SBK	2
2. Definition der professionellen Pflege	3
3. Kontextanalyse	3
4. Situationsanalyse	4
5. Ansätze zur Differenzierung zwischen den Bereichen von Ärztinnen/Ärzten und dipl. Pflegefachpersonen	6
6. Trägerschaft des Projektes	8
7. Anhang: Linkliste	9

1. Standpunkte des SBK

Der SBK hat das Projekt bzw. die Realisierung der gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege zum vorrangigen Ziel erklärt. Er setzt sich, aufgrund der Wichtigkeit und Dringlichkeit des Geschäfts, für die Bildung von politischen Mehrheiten ein. Er versteht sich als legitimer Verhandlungspartner, als Repräsentant der Interessen seiner Mitglieder und als anerkannter Förderer der Pflegeleistungen und der Pflegequalität in der Schweiz.

Der SBK vertritt folgende Standpunkte:

1. Die Versorgungssicherheit und der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen haben eine hohe Priorität für die Wohnbevölkerung. Es braucht insbesondere eine wirksame Pflege.
2. Der eigenständige pflegerische Leistungsbereich muss im KVG rechtlich abgesichert werden, um der Wohnbevölkerung einen direkteren Zugang zu Pflegeleistungen zu sichern. Neue sinnvolle Kooperationsmodelle und Grundversorgungskonzepte, wie sie auch der Bundesrat vorsieht, werden dadurch gefördert.
3. Die Aufteilung der Pflegeleistungen in einen eigenverantwortlichen und in einen mitverantwortlichen Bereich ist zwingend. Dadurch werden eine effizientere Nutzung von Ressourcen und die Schaffung von effizienten und effektiven Kooperationsmodellen in Gemeinschaftspraxen möglich.
4. Die dringend notwendige Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs, eine erfolgreiche Rekrutierung, die praxisorientierte Aus- und Weiterbildung auf der Tertiärstufe, die Personalerhaltung und die Kooperationskompetenz setzen die rechtliche Anerkennung der Pflege voraus.
5. Durch die rechtliche Anerkennung werden Mengenausweitungen aufgrund von Doppelspurigkeiten und "Leerläufen" abgebaut. Diese sind eine Folge der bisherigen Gesundheits- und Interessenpolitik, der medizinischen und demografischen Entwicklung sowie einer riskanten Angebots- und Nachfragesteuerung.
6. Die Kostenträger, insbesondere Prämien- und Steuernzahlende, erwarten optimierte, fachlich und ökonomisch weiterentwickelte Versorgungssysteme. Das wird nur mit einer differenzierten Abgeltung von ärztlichen und pflegerischen Leistungen möglich. Leistungserfassung, Tarifierung und Wirkungskontrollen sind eine Voraussetzung dafür.
7. Die Pflegeleistungen werden nach den Kriterien Zweckmässigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht. Dipl. Pflegefachpersonen erbringen diese Leistung de facto oft heute schon selbstständig und eigenverantwortlich, allerdings ohne rechtliche Anerkennung. Das ist unhaltbar und verlangt nach einer Anpassung.

- **Wer eine "State of the art" Pflege will, muss Pflegefachpersonen „Rechte“ geben.**
- **Wer die geforderte Zweckmässigkeit, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit der Pflegeinterventionen sichern will, muss gleichberechtigt mit den dipl. Pflegefachpersonen verhandeln. Sie sind die Profis, welche die praxisorientierte Aus- und Weiterbildung und die klinisch orientierte Pflegewissenschaft fördern. Es darf nicht über ihre Köpfe hinweg entschieden werden.**
- **Wer die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erhalten und fördern will, muss wissen, dass es ohne evidenzbasierte Pflegeleistungen nicht geht.**

2. Definition der professionellen Pflege

Die folgende, national und international anerkannte Definition der Pflege des ICN ist eine Grundlage für die qualifizierte Diskussion:

„Professionelle Pflege (durch dipl. Pflegefachfrauen und dipl. Pflegefachmänner erbracht) umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Zusammenarbeit mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schliesst die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheit und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie Management des Gesundheitswesens und der Bildung.“

Zudem wird, insbesondere für die Schweiz, auch auf die Definition des pflegewissenschaftlichen Institutes der Universität Basel verwiesen.

3. Kontextanalyse

Die Initiative steht in einem engen Kontext zu weiteren relevanten gesundheitspolitischen Themen. Sie wird gestützt durch das neue SBK-Positionspapier "Professionelle Pflege Schweiz, Perspektive 2020"(1), welches den Rahmen für die strategischen Entscheide des SBK vorgibt. Die Initiative steht weiter in Übereinstimmung mit folgenden Studien:

- Obsan-Studie "Gesundheitspersonal in der Schweiz - Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020" (2);
- Bericht der GDK und der OdaSanté "Nationaler Versorgungsbericht für Gesundheitsberufe 2009" (3).

Beide Grundlagen gehen von einem erheblichen Mangel an dipl. Pflegefachpersonen bzw. von Pflegeleistungen für die Jahre 2020 - 2030 aus. Es handelt sich dabei allerdings nicht um exakte Angaben, sondern um eine Bandbreite von Entwicklungsmöglichkeiten.

Der internationale Kontext zeigt, dass in Ländern wie Kanada, USA, Holland, Belgien oder auch in den Skandinavischen Staaten die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege realisiert ist und dass wirkungsvolle Ergebnisse vorliegen. Ein Beispiel, welches einen guten Trend aufzeigt, sind die multiprofessionellen Gesundheitszentren in Finnland.

Zudem sind auch die folgenden wesentlichen Kontextfaktoren zu beachten, welche aus einer jeweils unterschiedlichen Optik, einen dringenden Handlungsbedarf zeigen.

Von der Schweiz ratifizierte internationale Abkommen, z.B. die Erklärung von München (4);

- Der Bericht der Arbeitsgruppe Berufsbilder von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden der SAMW (5);
- Nutzenorientierter Wettbewerb im Schweizerischen Gesundheitswesen (SVV) (6);
- KFH-Bericht "Abschlusskompetenzen FH Gesundheitsberufe" (7);
- Bericht EVD Masterplan "Bildung Pflegeberufe" für die Periode 2010 – 2015 (8);
- Die Hausarztinitiative und der Gegenvorschlag des Bundesrates (9);
- Entwicklung von neuen Modellen zur optimierten, patientenzentrierten Versorgung (10);
- Einführung von DRG und die Entwicklung der Akut- und Übergangspflege (11);
- Kantonale Gesetze, welche die Verantwortung der Pflege bereits aufgenommen haben (12).

(1-12) Siehe Linkliste am Schluss

Die Berufsrealität zeigt, dass dipl. Pflegefachpersonen in den Bereichen Wundmanagement, Beratung von Diabetikerinnen/Diabetikern und Spitex bereits heute eigenverantwortlich handeln müssen. Ungeachtet davon wird ihre Kompetenz nicht anerkannt und die Leistung von Ärztinnen/Ärzte beschränkt sich, gerade im Spitexbereich, oft auf das Ausfertigen von Proforma-Unterschriften. Mit der vorgeschlagenen KVG-Revision wird dieser Widerspruch korrigiert und die Verantwortung der Pflege anerkannt. Das ist dringend notwendig, weil nur so die erforderliche Rechtssicherheit gewährleistet werden kann.

4. Situationsanalyse

Die Pflege wird in den Medien meist unter dem Stichwort "Personalmangel" thematisiert. Dabei wird deren Wertschöpfung übersehen oder verschwiegen. Die Pflege wird nach wie vor als "Hilfsberuf" dargestellt. Dass die Pflege mit ihren Kompetenzen wesentliche Beiträge in der Vorsorge und in der Versorgung leistet, ist noch nicht anerkannt. Aus dieser Unkenntnis heraus oder aus kurzfristigen finanziellen Gründen ist die Meinung weit verbreitet, dipl. Pflegefachpersonen könnten durch weniger qualifiziertes Personal ersetzt werden. Dabei wird verkannt, dass dies zu einer Verschärfung der Risiken für die Patienten, für die Betriebsabläufe und letztlich für die Betriebswirtschaft führt. Bei allen Vorteilen einer hochspezialisierten Medizin fehlen die Nahtstellen zur nachsorgenden Pflege. Das wiederum führt zu Risiken und Komplikationen in den Bereichen Entlassungsmanagement, Übergang zur Pflege zu Hause oder beim lückenlosen Informationsfluss zwischen den Anbietern.

Bedarf an Pflegeleistungen

Aufgrund gut dokumentierter Berichte wird der Bedarf an Pflegeleistungen in- und ausserhalb der Institutionen erheblich steigen. Die demographische Entwicklung, die Zunahme von chronischen Erkrankungen mit pflegerrelevanten Auswirkungen sowie neue Leistungsangebote sind nur einige Gründe dafür. Betroffen sind immer Beziehungsnetze wie Familien, Freunde, Nachbarn, Vereine oder Arbeitsteams etc. Die Versorgungssicherheit für diese Netzwerke muss daher, schon aus volkswirtschaftlichen Gründen, optimiert werden. Das Versorgungsangebot beschränkt sich noch zu oft auf die partikulare Sicht von Spezialisten und Institutionen und leider oft zu wenig auf die gesamte Behandlungskette.

Der Bedarf an medizinischen und an pflegerischen Leistungen ist nicht identisch. Man weiss: „Wenn der Arzt nichts mehr machen muss oder machen kann, gibt es für die Pflege noch sehr viel zu tun“, sei es bei der Palliativpflege zu Hause oder bei der Pflege von chronisch kranken Menschen. Neue Versorgungs- bzw. Finanzierungsmodelle wie DRG etc. bezwecken eine möglichst frühzeitige Verlagerung der Nachsorge in den ausserinstitutionellen Bereich. Das ist durchaus sinnvoll, setzt aber voraus, dass die erforderliche professionelle Pflege sichergestellt ist. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ verstärkt diese Situation noch zusätzlich. Patientenzentrierte Versorgung erfordert mehr Pflegerressourcen, z.B. in Gemeinschaftspraxen. Die Gesundheitskompetenz der Wohnbevölkerung würde durch die anerkannte Mitwirkung und Mitverantwortung von dipl. Pflegefachpersonen in Versorgungsketten gefördert. Der hohe volkswirtschaftliche Nutzen einer verbesserten Gesundheitskompetenz ist bekannt.

Pflegeberuf

Der Versorgungsbericht 2009 der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und der nationalen Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) zeigt auf, dass die Situation der verfügbaren dipl. Pflegefachpersonen problematisch ist und dass schnell gehandelt werden muss. Er gewichtet insbesondere die Ausschöpfung des Rekrutierungs- und Ausbildungspotentials und den optimierten Personaleinsatz (Grade- und Skillmix). Der Bericht zeigt auf, welche Massnahmen es auf der Planungs- und Steuerungsebene braucht, um den Nachwuchs zu sichern und das Pflegepersonal länger im Beruf zu halten. Eine weitere Zunahme der "Berufsmigration" mit ihren bekannten Problemen wie Sprachbarrieren, aufwändigen

Einarbeitungsprozessen oder Verlagerung des Mangels in die Herkunftsländer, ist keine Lösung für den Mangel an Pflegeleistungen in der Schweiz.

Der Pflegeberuf steht in Konkurrenz zu anderen attraktiven Berufen, welche von gut ausgebildeten jungen Frauen und Männern ergriffen werden. In Pflegeausbildung und Berufspraxis zeigt sich heute schon ein Konkurrenznachteil mit erheblichen Nachfrageschwankungen. Die verschiedenen Bildungsgänge auf der Tertiärstufe (HF/FH/Uni) müssen gefördert werden, damit Kandidatinnen/Kandidaten mit unterschiedlichen Profilen gewonnen werden können. Akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen fördern heute schon die klinisch orientierte Pflegewissenschaft und dadurch auch die Wirkung und das Image des Pflegeberufs. Zur Attraktivitätssteigerung gehören weiter vergleichbare zeitgemässe Arbeits- und Anstellungsbedingungen sowie attraktive Karrieremöglichkeiten.

Die Anerkennung der Verantwortung der Pflege schafft eigenständige Berufsmöglichkeiten, z.B. in Gemeinschaftspraxen. Die Berufsverweildauer von dipl. Pflegefachpersonen wird verlängert. Die Grundlagen für die gleichberechtigte, gleichwertige interprofessionelle Zusammenarbeit werden optimiert.

Branche (Gesundheitswesen)

Das Gesundheitswesen lässt sich nur schwer steuern. Divergierende Interessen, vertreten durch einflussreiche Lobbyisten, erschweren zukunftsweisende Lösungen. An Versuchen und guten Absichten von Politikerinnen und Politikern fehlt es nicht. Die Wirkung aber entspricht meist nicht den Zielen. Gründe sind mangelnde Reformbereitschaft, Standespolitik, Partikularinteressen, Fehlanreize, Traditionen, Ideologien und ökonomische Gründe. Die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege muss daher mit verschiedenen Partnern in der Politik und im Gesundheitswesen erfolgreich verhandelt werden.

Wie das Positionspapier „Perspektive 2020“ des SBK zeigt, liefern Prognosen zum zukünftigen Arbeitskräftebedarf im Gesundheitswesen keine punktgenauen Schätzungen. Prognosen zum Bedarf an Gesundheitspersonal werden in der Öffentlichkeit oft unreflektiert verwendet. Es besteht die Gefahr, dass sie einem öffentlichen "Alarmismus" betreffend Personalmangel Vorschub leisten. Dieser könnte zu überhastet entwickelten und wenig durchdachten Lösungen führen. Die professionelle Pflege sollte sich nicht primär auf das Problem des Personalmangels konzentrieren, sondern sich auf qualitative und zukunftsfähige Entwicklungen ausrichten. Die Pflegeleistung wird aufgrund der Personalkosten meist nur als Aufwandposition gesehen. Dies obwohl die hohe Wertschöpfung längst nachgewiesen ist. Bei der Diskussion um den Pflegepersonal-mangel geht es meist viel mehr um den Mangel an Pflegeleistungen. Dieser hat viele weiterreichende Ursachen: tradierte Organisationsmodelle, überlieferte unzeitgemässe Tagesabläufe, diffuse Zuständigkeitsregelungen und fehlende Anerkennung von Pflegeergebnissen und deren Wirkung. Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW befasst sich mit den Berufsbildern von Ärztinnen/Ärzten und dipl. Pflegefachpersonen.

Dazu gehört insbesondere die Klärung von Rollen, Zuständigkeiten und Berufsabschlüssen. Die Patienten erwarten eine rasche Verbesserung von Zuständigkeiten und Ergebnissen. Sie wollen eine kompetente Leistung von der jeweils zuständigen Fachperson. Sie wollen keine Interessenpolitik, kein Kompetenzgerangel und kein Standesgezänk.

Politik

Die Pflegepersonalfrage hat in der Gesundheitspolitik an Bedeutung gewonnen; der hohe Handlungsbedarf wird erkannt. Allerdings bestehen auch Befürchtungen bezüglich Mengenausweitungen, Kostensteigerungen und Versorgungsengpässen. Politikerinnen/Politiker haben den Auftrag, für eine ausreichende Gesundheitsversorgung der Wohnbevölkerung und gut ausgebildetes Fachpersonal zu sorgen. Das bedeutet aber, dass sie zukünftig entschlossener gesetzgeberisch eingreifen, beispielsweise bei der Anerkennung der Verantwortung der Pflege, wo die Rechtsgrundlagen bis heute fehlen. Die derzeitige Ökonomisierung im Ge-

sundheitswesen betrifft auch die Pflegeleistungen. Unbeachtet dabei bleibt, dass heute die Fachpersonen und Systeme im Pflegebereich vorhanden sind, mit welchen Leistungs-, Wirkungs- und Finanzierungsindikatoren dargestellt werden können. Die bereits recht gute Datenlage wird kaum in den Entscheidungen berücksichtigt oder gar negiert.

Die Schweiz hat zahlreiche internationale Vereinbarungen unterzeichnet wie etwa die Erklärung von München zur Förderung des Pflege- und des Hebammenwesens. Die Grundlagen für die Weiterentwicklung des schweizerischen Rechts sind also gegeben. In anderen Ländern, z.B. den Niederlanden, ist die Anerkennung der Verantwortung der Pflege weit fortgeschritten. Der hohe Nutzen für die Patientinnen/Patienten, für die Leistungserbringer und für das Versorgungssystem zeigt sich dort längst in der Praxis.

Die Kostenträger im Gesundheitswesen sind Prämienzahlende, Krankenversicherer und die öffentliche Hand. Sie sind an einer optimierten Wirtschaftlichkeit, einer verbesserten Ressourcennutzung und an besseren Ergebnissen der Gesundheitsversorgung interessiert. Im Eidgenössischen Parlament wurden Entscheide gefällt, welche die rechtliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege erforderlich machen. Es sind dies die Einführung von DRG mit Auswirkungen auf die Akut- und Übergangspflege sowie die duale Finanzierung mit dem "Gerangel" um finanzielle Mittel und Zuständigkeiten.

Eine Rolle spielen auch die Umsetzungsprobleme als Folge der neuen Pflegefinanzierung und die Suche nach geeigneten Managed Care-Modellen. Auch die Hausarztinitiative samt Gegenvorschlag und der Kampf um fachliche Zuständigkeiten, Beteiligungen und Finanzierungslösungen gehören dazu. Auf diesen Baustellen werden ohne die rechtlich anerkannte Mitwirkung der dipl. Pflegefachpersonen kaum Fortschritte zu erzielen sein.

Auch die WHO hat die Dringlichkeit der Pflegepersonalsituation erkannt. Sie empfiehlt im Wesentlichen den Ausbau der praxisorientierten Aus- und Weiterbildung, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die Optimierung der Arbeitsorganisation sowie die Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen. Lösungsansätze also, wie sie auch für die Schweiz wegweisend sind.

5. Ansätze zur Differenzierung zwischen den Bereichen von Ärztinnen/Ärzten und dipl. Pflegefachpersonen

Der SBK hält einleitend fest, dass dipl. Pflegefachpersonen nicht Ärzte ersetzen wollen bzw. ersetzen können. Ärzte und dipl. Pflegefachpersonen müssen, mit ihrer jeweiligen Kompetenz, in der spezifischen Situation komplementär wirken. Wichtig dabei ist die klare Zuteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten zwischen den dipl. Pflegefachpersonen mit ihren unterschiedlichen Ausbildungs- und Abschlussniveaus auf den Tertiärstufen A und B (HF/FH/Universität).

Kompetenz- und Verantwortlichkeitskriterien:

Als Guideline erfolgt eine Beschreibung der für die beiden Berufsgruppen allgemein gültigen Rahmenbedingungen. Dazu gehören insbesondere die Ausbildungsabschlüsse, die Spezialisierungen, die Berufsqualifikation, die Zulassungskriterien und die Berufszielsetzungen. Zugleich braucht es, wie auch die SAMW fordert, eine Charta, in welcher die Haltung gegenüber der jeweils anderen Berufsgruppe umschrieben wird. Es kann nicht sein, dass eine Berufsgruppe der anderen einseitig Vorgaben macht oder dass die Politik starre Regulierungsmassnahmen schafft. Die Aufgaben, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten von Ärztinnen/Ärzten und dipl. Pflegefachpersonen werden zusätzlich in einem jeweils separaten Papier so umschrieben, dass die Versorgungssicherheit gegeben ist und dass dieses als Rahmenabkommen genutzt werden kann.

Netzwerkkriterien:

Netzwerkmodelle und koordinierte, patientenzentrierte Versorgungsmodelle (coordinated care) müssen aktiv gefördert werden, damit die Neuverteilung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten strukturell umgesetzt werden kann. Dazu können insbesondere Konzepte wie HMO, weiterentwickelte Managed-Care-Modelle, interprofessionelle Praxisgemeinschaften oder dezentrale Zusammenarbeitsnetzwerke von Kliniken, Heimen, Praxen und Spitex gehören.

Gemäss der Vision der Interessengruppe Swiss ANP sind auch unternehmerische, pflegeinitiierte und pflegegeführte Angebote denkbar (Spirig et al).

Versicherungskriterien:

Es ist ein marktkonformes Versicherungssystem zu schaffen, welches eine patientenzentrierte Optimierung der Leistungserbringung durch interprofessionelle Teams ermöglicht. Die Kompetenz- und Verantwortlichkeitsaufteilung ist insbesondere im KVG (z.B. Art. 25 Abs. 2a und Art. 35), in der KLV (Art. 7 und 9) und in der KVV (Art. 49) zu regeln. Damit würde auch dipl. Pflegefachpersonen die Tätigkeit als selbstständige Leistungserbringer, mit der Abrechnungsmöglichkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung, ermöglicht. Bestehende Tarifmodelle könnten entsprechend angepasst bzw. flexibilisiert werden.

Detailbeschreibungen könnten sich, wie ein österreichisches Beispiel zeigt, auf folgende Titel beziehen:

Eigenverantwortlicher Bereich

Fachteil	(gemäss beruflicher Qualifikation, Aufgabe und Funktion)
Managementteil	(Führung und Organisation im Aufgabenbereich)
Bildungsteil	(Aus-/Weiterbildung, Instruktions- und Lehrtätigkeit)
Kooperationsteil	(interprofessionelle Zusammenarbeit)

Mitverantwortlicher Bereich

Fachteil	(gemäss beruflicher Qualifikation, Aufgabe und Funktion)
Managementteil	(Führung und Organisation im Aufgabenbereich)
Bildungsteil	(Aus-/Weiterbildung, Instruktions- und Lehrtätigkeit)
Kooperationsteil	(interprofessionelle Zusammenarbeit)

Umfeldbereich

Dazu zählen die Gesellschaftspolitik, die Gesundheitspolitik, die Gesundheitsversorgung, die Prävention, die Rehabilitation und die Gesundheitskompetenz der Wohnbevölkerung. Weiter die Berufspolitik, die Berufsethik, die Forschung und Entwicklung sowie die Bildung und Praxis. Die SAMW und der SBK empfehlen die Ausarbeitung einer sogenannten „Charter for coordinated Care“. Dadurch würde die Mengenausweitung verhindert und die bestehenden Angebote würden gemäss neuen Zuständigkeitsregelungen organisiert. Auf diesem Weg könnte der sinkenden Anzahl von Ärztinnen/Ärzten und dipl. Pflegefachpersonen entgegengewirkt werden. Die massive Ausweitung der beruflichen Migration, mit ihren bereits dargelegten Folgen, würde eingedämmt.

An dieser Stelle wird bewusst auf eine detaillierte Aufzählung von Tätigkeiten für die verschiedenen Berufsgruppen verzichtet. Diese Arbeit muss nach dem politischen Auftrag mit den beteiligten Partnern geleistet werden. Sie muss in gegenseitiger Anerkennung und in Abstimmung erfolgen. Eine entsprechende Begleitforschung ist vorzusehen.

6. Trägerschaft des Projektes

Herausgeber dieses Argumentariums ist der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, Choisystrasse 1, Postfach 8124, 3001 Bern, www.sbk-asi.ch
info@sbk-asi.ch

Publikationszeitpunkt: September 2011.

Die Publikation erfolgt auch via Homepage des SBK.

Das Argumentarium dient dem SBK als Diskussions- und Argumentationsgrundlage für die interne Diskussion wie auch für Debatten und Beratungen mit Stakeholdern und Politikerinnen/Politikern.

Das Projekt wird wie folgt geführt:

Steuergruppe

Pierre Théraulaz	Präsident SBK, Vorsitz
Manuela Kocher Hirt	Zentralvorstand SBK
Ruth Schweingruber	Geschäftsführerin SVPL
Sabin Zürcher	Interessengruppe Swiss ANP
Max Mäder	Projektleiter
Elsbeth Wandeler	Geschäftsführerin SBK

Projektleitung

Max Mäder, Experte für Berufsbildung und Berufsentwicklung im Pflegebereich, Vorsitz.
Die Projektleitung erfolgt in Zusammenarbeit mit der Geschäftsführerin des SBK.

Teilprojektleitende

Elsbeth Wandeler, Geschäftsführerin SBK
Yvonne Ribl, stellvertretende Geschäftsführerin SBK
Urs Lüthi, Redaktor der Zeitschrift „Krankenpflege“
Roswitha Koch, Leiterin Bereich Pflegeentwicklung SBK

Rechtsberatung

Pierre-André Wagner, Leiter Rechtsdienst SBK

Administration

Karin Sommer, Sekretariat Pflegeentwicklung SBK

In das Projekt mit involviert sind:

Sektionen, Fachverbände und Mitglieder des SBK
Externe Experten
Politikerinnen und Politiker
Partnerorganisationen, Institutionen, weitere Stakeholder

"Eine gesunde Wohnbevölkerung ist gesellschaftlich integrierter und kostet weniger als eine kranke." Weil Pflege ein gesellschaftlicher Auftrag ist, setzt sich der SBK für deren Förderung, die dafür erforderlichen Pflegeressourcen und die notwendigen Rahmenbedingungen ein!

Das Argumentarium wurde am 18. August 2011 von der Steuergruppe genehmigt und verabschiedet.

7. Anhang: Linkliste

- (1) Professionelle Pflege Schweiz, "Perspektive 2020" Positionspapier des SBK
www.sbk-asi.ch
- (2) Obsan-Studie "Gesundheitspersonal in der Schweiz - Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020"
www.obsan.admin.ch
- (3) Bericht von GDK und OdaSanté "Nationaler Versorgungsbericht für Gesundheitsberufe 2009"
www.odasante.ch
- (4) Von der Schweiz ratifizierte, internationale Abkommen z. B. die Erklärung von München
www.euro.who.int
- (5) Der Bericht der Arbeitsgruppe Berufsbilder von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden der SAMW
www.samw.ch
- (6) Nutzenorientierter Wettbewerb im Schweizerischen Gesundheitswesen (SVV)
www.svv.ch
- (7) KFH-Bericht "Abschlusskompetenzen FH Gesundheitsberufe"
www.kfh.ch
- (8) Bericht EVD Masterplan "Bildung Pflegeberufe" für die Periode 2010 - 2015
www.bbt.admin.ch
- (9) Die Hausarztinitiative und der Gegenvorschlag des Bundesrates
www.edi.admin.ch
- (10) Entwicklung von neuen Modellen zur optimierten, patientenzentrierten Versorgung
www.bfs.admin.ch
- (11) Einführung von DRG und die Entwicklung der Akut- und Übergangspflege
www.sz.ch
- (12) Kantonale Gesetze, welche die Verantwortung der Pflege bereits aufgenommen haben
www.gdk-cds.ch