

Frau Dorothea Hänni  
Bundesamt für Gesundheit  
Schwarzenburgstrasse 165  
3003 Bern

**Hochschule.  
Und praxisbezogen.**

Mühlemattstrasse 42  
CH-5001 Aarau  
Telefon +41 62 837 58 90  
Telefax +41 62 837 58 60  
E-Mail [info@weg-fh.ch](mailto:info@weg-fh.ch)  
Web [www.weg-fh.ch](http://www.weg-fh.ch)

**Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung Direkter Gegenvorschlag des Bundesrates zur Volksinitiative Ja zur Hausarztmedizin**

Sehr geehrte Frau Hänni  
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Bundesrat hat die WE'G Hochschule Gesundheit zu einer Stellungnahme betreffend dem Gegenvorschlag zur Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ eingeladen. Die WE'G Hochschule Gesundheit gehört als Departement Gesundheit zur privaten Kalaidos Fachhochschule Schweiz, einer eidgenössisch anerkannten und vom Bund beaufsichtigten Fachhochschule. Sie bietet Ausbildungsstudiengänge in Pflegewissenschaft sowie Weiterbildungen zu verschiedenen Spezialisierungen an. Die WE'G Hochschule Gesundheit verfügt durch die Realisierung der ersten Schweizerischen Studiengänge Master in Nursing Science über eine langjährige Tradition in der Hochschulbildung. Careum F+E, das Forschungsinstitut der Kalaidos Fachhochschule, Departement Gesundheit befasst sich mit innovativen Pflegeformen und nutzerorientierten Versorgungsansätzen im Gesundheitswesen. Dabei stehen die Forschungsschwerpunkte „Selbstbestimmt leben mit Gesundheitsbeeinträchtigungen“ und „Gesundheitsversorgung aus der Nutzerperspektive im Zentrum des Interesses. Careum F+E befasst sich insbesondere mit dem Thema „Work & Care“, der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Erwerbstätigkeit. In diesem Rahmen arbeitete Frau Prof. Dr. Iren Bischofberger im Forschungs- und Entwicklungszentrum des Visiting Nurse Service of New York während ihrem Harkness/Careum Fellowship-Jahr 2010/2011.

Die WE'G Hochschule Gesundheit begrüsst es den vorliegenden Gegenvorschlag des Bundesrates zur Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ zu unterstützen. Wir nehmen wie folgt Stellung zur Vernehmlassung des Gegenvorschlags Artikel 117a zur Initiative „Ja zur Hausarztmedizin“:

## Einleitung

Die folgende Vernehmlassungsantwort unterstützt den Gegenvorschlag des Bundes und anerkennt die Begründungen im erläuternden Bericht. Wünschenswert ist allerdings, dass die Stossrichtung des Gegenvorschlags des Bundesrates, d.h. die Förderung der Primärversorgung, und damit die Verlagerung der Behandlung, Pflege und Betreuung vom stationären in den ambulanten und häuslichen Raum, im neuen Verfassungsartikel stärker erkennbar wird. Die Ansiedlung der Krankenversorgung in der gemeindenahen Umgebung ist international ein weit verbreitetes Ziel und entspricht auch einem viel geäußerten Wunsch der Patient/-innen und ihrer Angehörigen in jeder Phase des Krankheitsverlaufs oder der Behinderung.

## Absatz 1

Die strategische Ausrichtung ist zweifelsohne zu begrüßen. Allerdings ist fachlich und aus Patientensicht nicht nachvollziehbar, weshalb die Anerkennung für ein bestimmtes Berufssegment mit einem definierten Leistungsspektrum in besonderem Masse gelten soll, und diese medizinischen Berufsgruppen zu fördern sind. Im erläuternden Bericht wird denn auch ausdrücklich auf die multiprofessionelle Zusammensetzung in der Grundversorgung hingewiesen. In Bezug auf Förderung der gemeindenahen Gesundheitsversorgung schlagen wir deshalb folgenden Text vor: *„Sie anerkennen und fördern Berufe, die eine gemeindenahe, medizinische Gesundheitsversorgung sicher stellen.“*

## Begründung:

Der Begriff der „*medizinischen*“ Grundversorgung impliziert, dass medizinische Leistungen im Falle von Gesundheitsbeeinträchtigungen die Versorgung der Bevölkerung hinreichend sicherstellen. Medizinische Leistungen im Sinne der Krankenversicherungs-Leistungsverordnung, bzw. des TARMED Leistungskatalogs garantieren jedoch nur die punktuellen, oft in Spitälern, Notfall- und Arztpraxen erfolgten medizinischen Leistungen sowie die delegierten Leistungen an Pflegefachpersonen und therapeutische Berufe. Diese sichern jedoch keinesfalls alle bei Krankheit und Behinderung erforderlichen Leistungen in der Langzeitversorgung – insbesondere im häuslichen Umfeld, wo die meisten pflegebedürftigen Personen leben.

Anerkannt wird mit der Ergänzung „*gemeindenahe*“ auch, dass der Artikel nicht

jegliche Versorgungsleistung einschliessen soll, sondern diejenigen grundlegenden Massnahmen, die ein Leben mit zufriedenstellender Qualität trotz Krankheit und Behinderung garantieren.

Absatz 2 wird begrüsst:

Aus Sicht des heutigen Bildungssystems mit Medizinalberufen (MedBG) und Gesundheitsberufen (Fachhochschulen und Höhere Fachschulen Gesundheit und Soziales) ist nicht klar, für welche Berufe die angedachten Vorschriften gelten sollen. Aufgrund der heute üblichen Terminologien müsste zumindest von Medizinal- und Gesundheitsberufen gesprochen werden.

Absatz 3

3a wird begrüsst:

Hier ist insbesondere darauf hin zu wirken, dass die heutigen Curricula der Gesundheits- und Medizinalberufe, auf die gemeindenahere, medizinische Gesundheitsversorgung vorbereiten. Dies ist heute noch nicht der Fall, bzw. der primäre Ort für Praktikumsplätze und für die Anstellung nach der Ausbildung ist für die meisten Absolventinnen und Absolventen noch immer der akut-stationäre Sektor.

3b wird begrüsst:

Dieser Abschnitt ist sehr zu begrüssen, denn in der Schweiz mangelt es bei Leistungserbringern, Kostenträgern und Aufsichtsbehörden an der nötigen Übereinkunft und Abstimmung für die angestrebte und erreichte Versorgungsqualität.

3c wird begrüsst:

Der Verfassungstext und die Angaben im erläuternden Bericht weisen zugunsten einer gemeindenahen, medizinischen Gesundheitsversorgung in die richtige Richtung. Die zeitlich und örtlich unabhängige Zusammenarbeit ist eine zentrale Voraussetzung, um die angestrebte hohe Qualität und zuverlässige Kontinuität der Patientenversorgung sicher zu stellen.

Absatz 4 wird begrüsst:

National und vor allem international ist seit Jahrzehnten eine Fülle von innovativen, gemeindenahen Versorgungsmodellen entwickelt, erforscht und beschrieben

worden<sup>1</sup>, deren Be- und Auswertung die Möglichkeiten der meisten Kantone übersteigt. Insofern ist zu hoffen, dass die Konzentration von Wissen zu innovativen Modellen beim Bund die Entwicklungs- und Implementationsarbeit der Kantone erleichtert und unterstützt.

Absatz 5 wird begrüsst:

Ein verbesserter Austausch über die in den Kantonen geplanten und umgesetzten Massnahmen ist ein wichtiger Beitrag zur Qualitätsförderung.

Fazit

Es ist zu wünschen, dass der neue Verfassungsartikel die Förderung und auch Neuausrichtung der Primärversorgung anstösst. Der Blick muss jedoch über die vom Bund vorgesehene medizinische Grundversorgung hinaus auf den Bedarf der Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen für eine sichere und gemeindenahere, medizinische Gesundheitsversorgung gerichtet sein.

In diesem Blickfeld werden zunehmend Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss arbeiten. Ihre analytischen und klinischen Kompetenzen sind für den Auf- und Ausbau sowie die nachhaltige Sicherstellung der gemeindenahen, medizinischen Gesundheitsversorgung unerlässlich. Dies zeigen Jahrzehntelange Erfahrungen im angelsächsischen Raum<sup>2</sup>. Voraussetzung für diese Akzeptanz in der Bevölkerung und bei Leistungserbringern ist zunächst, dass ihre Kompetenzen und der Mehrwert bei Arbeitgebern im gemeindenahen Versorgungssetting nach-

---

<sup>1</sup> Ein besonders interessantes und betrieblich erfolgreiches Modell ist der VNSNYChoice Health Plan. Der VNSNY hat mit der Medicaid des Staates New York (öffentliche Versicherung für Einkommensschwache) einen Capitations Vertrag abgeschlossen. Der VNSNY ist somit Krankenversicherer und bietet allen Medicaid PatientInnen eine Care Managerin an, die den gesamten Krankheitsverlauf über alle Settings hinweg begleitet. Ziel ist primär, unnötige stationäre Aufenthalte zu verhindern. Mit der Zustimmung von PatientInnen mit besonders intensivem häuslichem Pflegebedarf, z.B. mit Parkinson, übernimmt eine Nurse Practitioner (spezifischer Pflege-Masterabschluss mit Kompetenzen zur Verschreibung von diagnostischen und pharmazeutischen Massnahmen) die Primärversorgung und Verlaufskoordination. Das heisst sie arrangiert – meistens vom Aufenthaltsort des Patienten, d.h. in deren Zuhause – mittels Telefon und Laptop die gesamten Patientenprozesse.

<sup>2</sup> Beim Visiting Nurse Service of New York erarbeitet das Managed Care Team z.B. erfolgreich Produkte, die sie mit Kostenträgern gemeinsam oder in deren Auftrag entwickeln, u.a. für die komplikationsfreien Übergänge zwischen stationärer und häuslicher Versorgung. Für diese Produktentwicklung ist ein Masterabschluss unerlässlich, denn er garantiert die nötige Fachkompetenz für klinisch ausgerichtete Produkte und Programme.

gefragt werden (Spitexdienste, Pflegeheime, Wohngruppen, Tageskliniken, Arztpraxen, etc.). Die Ausrichtung des erläuternden Berichts für die multiprofessionelle Zusammenarbeit in der gemeindenahen, medizinischen Gesundheitsversorgung gibt dieser Voraussetzung zweifellos Auftrieb.

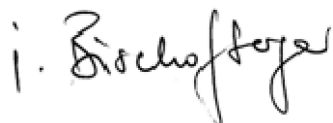
Freundliche Grüsse

**WE'G Hochschule Gesundheit**



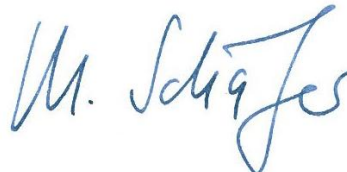
Ursina Baumgartner, MNSc  
Rektorin

**WE'G Hochschule Gesundheit**



Prof. Dr. Iren Bischofberger  
Studiengangsleiterin MScN  
Projektleiterin Careum F+E

**Careum F+E**



Prof. Monika Schäfer, MNSc  
Leiterin Careum F+E