

Eigenständige Leistungsabrechnung durch Pflegefachpersonen

Ein Paradigmenwechsel

Anna-Barbara Schlüer, Maya Zumstein-Shaha, Madeleine Bernet & Heidrun Gattinger

Seit der Einführung des Gesundheitsberufegesetzes (GesBG) im Januar 2020 sind Pflegefachpersonen als eigenständige Berufsgruppe in der Schweiz anerkannt. Trotz dieser gesetzlichen Anerkennung fehlen vollständige rechtliche Grundlagen für die Abrechnung von Pflegeleistungen in allen Versorgungskontexten. Betroffene rechtliche Grundlagen sind das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und verwandte Verordnungen wie die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). Die Annahme der schweizerischen Pflegeinitiative stellt das Schweizer Parlament nun vor die Aufgabe, die Leistungsabrechnung für Pflegefachpersonen in allen Versorgungskontexten gesetzlich zu regeln. Dabei zeigt ein Blick in die Zukunft, dass dieser Bereich zwingend weiterentwickelt werden muss, um den sich verändernden Anforderungen gerecht zu werden.



Mit der Regelung der Berufsausbildung durch das GesBG sind Pflegefachpersonen als eigenständige Berufsgruppe auch in der Schweiz anerkannt (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2020). Dazu steht in Art. 2, Absatz 2, Lit. d „Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung“. Diese Anerkennung ist jedoch noch nicht in anderen verwandten Gesetzen aufgenommen wie dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) (Schweizerische Eidgenossenschaft, 1994) oder den entsprechenden Verordnungen wie der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) (EDI, 1995). Entsprechend sehen sich Pflegefachpersonen in der Schweiz mehreren historisch gewachsenen Herausforderungen gegenüber.

Der International Council of Nurses (ICN) hält fest, dass Pflege eigenständig ist, jedoch eng mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen zusammenarbeitet, um Betroffenen – seien es Individuen, Gruppen oder ganze Gemeinschaften – zugeschnittene Pflege zukommen zu lassen. Dabei umfasst Pflege Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention sowie Pflege und Betreuung von Menschen mit Erkrankungen, Einschränkungen oder am

Lebensende (Nursing definitions, ICN – International Council of Nurses). Die Definition des ICN ist die Grundlage für den Schweizer Berufsverband der Pflegefachpersonen (SBK), der festhält:

„Pflegefachpersonen sind massgebliche Träger:innen des Gesundheitssystems der Schweiz. In der Pflege arbeiten und entscheiden sie autonom. Pflegefachpersonen sind an allen Entscheidungen im Gesundheitswesen massgeblich beteiligt. Leistungen der Pflege sind ausgewiesen und finanziert. Arbeitsorganisation, Bildung und Forschung richten sich nach dem Bedarf der Menschen, des Gesundheitssystems und des sozialen und ökologischen Umfeldes.“ (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK-ASI), 2021, S. 7).

Pflegefachpersonen sind demnach in ihrer beruflichen Praxis gefordert, eigenständige und angepasste Entscheidungen zu treffen, um eine adäquate Versorgung für Betroffene sicherzustellen. Dies erfordert einerseits die rechtliche Anerkennung der Eigenständigkeit des Pflegeberufes und andererseits die Verfügbarkeit entsprechender Prozesse, einschliesslich geeigneter Abrechnungsmöglichkeiten.

Das Wichtigste in Kürze

- Die eigenständige Abrechnung von Pflegeleistungen ist für Fachpersonen in der Schweiz ein bedeutender Fortschritt und Paradigmenwechsel.
- Die Anerkennung der Pflegefachpersonen als eigenständige Berufsgruppe mit entsprechender Verantwortung und Rolle ist entscheidend für deren zukünftige Entwicklung.
- Die eigenständige Leistungsabrechnung bietet viele Vorteile, z.B. eine effizientere Nutzung von Ressourcen, Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs und individuellere Versorgung für Patient_innen (Red. NOVAcura).

Bis 2016 – vor Einführung des GesBG – wurden Pflegefachpersonen unter der Bezeichnung „Hilfspersonen“ in Art. 321 Strafgesetzbuch (StGB) erwähnt. Darin wird festgehalten, dass ans Berufsgeheimnis gebundene Fachpersonen strafrechtliche Konsequenzen vergegenwärtigen, wenn sie eben dieses Berufsgeheimnis verletzen (Schweizerische Eidgenossenschaft, 1937). Aus diesem Grund und aus weiteren politischen Überlegungen konnte die Pflege bei der Einführung neuer Abrechnungsmodelle wie den Diagnosis-Related Groups (DRG) keine eigene Abrechnungsposition erlangen. Entsprechend ist es nur eingeschränkt möglich – im stationären Kontext – im Rahmen der DRG für Pflegehandlungen spezifisch abzurechnen (Spirig et al., 2014). Nach wie vor figuriert daher die Pflege mit ihren Leistungen nicht separat, sondern ist Teil der administrativen Kosten der stationären Versorgungskontexte. Außerdem können diese Leistungen nur erbracht werden, wenn eine ärztliche Verordnung unterzeichnet vorliegt.

Hingegen konnte im ambulanten Kontext für spezifische Fachpersonen – nämlich Diabetesfachpersonen sowie selbständig tätige Pflegefachpersonen, aber auch für Verbände der häuslichen Pflege (i.e. Spitex) – eigene Abrechnungsmodalitäten erwirkt werden (s. Art. 7, KLV). Jedoch entsprechen diese nicht mehr den heutigen Anforderungen der Gesundheitsversorgung. In der ambulanten Pflegeversorgung der Schweiz erbringen Pflegefachpersonen Leistungen gemäss KLV 7 in den Bereichen der Abklärung und Beratung (a), Untersuchung und Behandlung (b) sowie Grundpflege (c). Zur Feststellung der erforderlichen Leistungen wird zunächst eine Abklärung mittels standardisiertem Einschätzungsinstrument durchgeführt, gefolgt von der Formulierung einer Pflegediagnose. Basierend auf diesen Assessments stellt der behandelnde Arzt bzw. die Ärztin eine Verordnung aus, welche die entsprechenden Pflegefachpersonen mit den erforderlichen Kompetenzen autorisiert und die Leistungserbringung für die nächsten drei bzw. sechs Monate festlegt. Die ärztliche Indikation für diese Leistungen wird durch die Unterschrift des Arztes bzw. der Ärztin bestätigt, bevor die Verordnung an die Krankenkasse übermittelt wird.

Die aktuelle Abrechnungssituation in der Pflege ist daher anspruchsvoll und deutet auf eine starke Kontrolle entweder durch die ärztlichen Fachkräfte als verordnende Instanz oder durch die Krankenversicherungen als Abrechnungs- und Vergütungsinstanz hin. Aufgrund dieser Herausforderungen ist es aktuell schwierig, eine genaue Darstellung der Pflegekosten sowohl stationär wie ambulant zu erarbeiten. Damit ist eine wichtige Voraussetzung für Art. 32 KVG (Schweizerische Eidgenossenschaft, 1994) für die Pflege nicht gegeben, und die „Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit“ der Pflegehandlungen können nicht vollumfänglich nachvollzogen werden. Entsprechend ist die Möglichkeit der vollen Übernahme – sowohl stationär wie ambulant – der Pflege durch die obligatorische Krankenversicherung (OKP) in der Schweiz eingeschränkt, bzw. nur im engen gesetzlichen Rahmen von Art. 7 KLV (EDI, 1995) für den ambulanten Kontext möglich.

Regelung von Verantwortlichkeiten in der Pflege in Deutschland und Österreich

Sowohl in Deutschland wie auch in Österreich werden pflegebedürftige Menschen mit finanziellen Beiträgen unterstützt. Voraussetzung für die finanzielle Hilfe ist die Einstufung in einen Pflegegrad (Deutschland, Pflegegrad 1–5) bzw. in eine Pflegestufe (Österreich, Pflegestufe 1–7). Die jeweilige Einstufung erfolgt gemäß vorgegebenen Kriterien durch ärztliches oder pflegerisches Fachpersonal. Beiden Ländern ist es eigen, dass die betroffenen Patient_innen selbst über die Verwendung des Pflegegeldes und die Wahl der Betreuungsart entscheiden können. Dadurch soll die Autonomie der Betroffenen als auch die familiäre und ambulante Pflege gefördert werden. Betroffene haben die Möglichkeit, mobile und ambulante Betreuungs- und Pflegedienste wie bspw. Heimhilfe, Hauskrankenpflege oder „Essen auf Rädern“ in Anspruch zu nehmen.

In Österreich hat die diplomierte Pflegefachperson (Diplomierter „Gesundheits- und Krankenpflegerin“/Diplomierter „Gesundheits- und Krankenpfleger“) die Möglichkeit, ihre Leistung in Rechnung zu stellen. Das ist im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) § 36 folgendermaßen geregelt: „Nach erbrachter Leistung hat der/die Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, sofern die Leistung nicht direkt mit einem inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge oder mit einem sonstigen Kostenträger verrechnet wird, eine klare Rechnung über diese auszustellen, die den Anforderungen für eine steuerliche Geltendmachung und Erstattung genügt.“ Die 2016 durchgeführte GuKG-Novelle erweitert den gesetzlichen Handlungsspielraum der Gesundheits- und Krankenpflege hinsichtlich der Verordnung von Medizinprodukten: „Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind berechtigt, nach Maßgabe der ärztlichen oder pflegerischen Diagnose Medizinprodukte in den Bereichen 1. Nahrungsaufnahme, 2. Inkontinenz-

versorgung, 3. Mobilisations- und Gehhilfen, 4. Verbandsmaterialien, 5. prophylaktische Hilfsmittel, 6. Messgeräte sowie 7. Illeo-, Jeuno-, Colo- und Uro-Stomas zu verordnen“ (GUKG § 15a).

In Deutschland ist seit 1. Januar 2020 das Pflegeberufegesetz als Grundlage für die Ausbildungsreform in der Pflege, in Kraft getreten. Kernpunkt des Gesetzes ist die generalistische Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann (wurde als neue Berufsbezeichnung mit dem Gesetz eingeführt). Im Gesetz werden zudem Vorbehaltsaufgaben definiert, d.h. Tätigkeiten, die der Pflegeprofession vorbehalten sind. Dazu zählen:

1. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs,
2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie
3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege (PflBG § 4).

Die Vorbehaltsaufgaben gelten ausschließlich für dreijährig beruflich oder hochschulisch nach dem PflBG ausgebildete Pflegefachpersonen. Kolleg_innen mit „alten“ Berufsabschlüssen nach dem Kranken- oder Altenpflegegesetz haben einen Bestandsschutz, sie dürfen die Vorbehaltsaufgaben also ebenfalls wahrnehmen.

Die eigenständige Abrechnung von Pflegeleistungen: Chancen, Risiken und Zukunftsausblick für die Schweiz

Historisch gesehen wurde die Pflege oft als zudienende Tätigkeit unter direkter Aufsicht von Mediziner_innen wahrgenommen. Diese langjährige rechtliche Inexistenz führte auch dazu, dass die Pflegeleistungen in Geschäftsberichten und Finanzabschlüssen ausschliesslich als kostenverursachender Bereich abgebildet wurden. Dabei wurde und wird nach wie vor unterlassen, den durch die pflegerische Versorgung generierten unabdingbaren Wert für die Gesundheitsversorgungssysteme adäquat abzubilden. Die erwirkte rechtliche Anerkennung der eigenständigen Rolle der Pflegefachpersonen in der Versorgung stellt daher ein vergleichsweise neues Konzept für die Schweiz dar. Damit erfolgt ein eigentlicher Paradigmenwechsel, der von etablierten Strukturen der traditionellen Hierarchien wie auch Vorurteilen diesen Änderungen gegenüber beeinflusst wird. Damit wird aber auch die Grundlage gelegt, dass Pflege in der Schweiz endlich als werterhaltende und -generierende Tätigkeit anerkannt wird.

Die eigenständige Abrechnung von Pflegeleistungen kann sowohl für Pflegefachpersonen als auch für die Gesundheitsversorgung erhebliche Vorteile bieten. Die Entlastung von administrativen Schlaufen ermöglicht den Pflegefachpersonen, sich verstärkt auf die direkte Versorgung der Patient_innen zu konzentrieren und ihre wahren Kompetenzen umzusetzen. Entsprechend können Pflegefachpersonen ihre Zeit effizienter nutzen. Sie erhal-

ten mehr Ressourcen für die Erhebung und Stillung der Bedürfnisse der Patient_innen. Letztlich verbessert sich die Qualität der Pflegepraxis. Die eigenständige Abrechnung trägt zu einem geringeren Verwaltungsaufwand für Gesundheitseinrichtungen bei. Ressourcen werden für andere wichtige Aufgaben innerhalb des Gesundheitssystems freigesetzt. Patient_innen erhalten schliesslich eine individuellere Versorgung, die besser auf ihre spezifischen pflegerischen Bedürfnisse zugeschnitten ist. Eine enge Bindung zwischen Pflegefachpersonen und Patient_innen ermöglicht den besseren Einbezug der Familienmitglieder in den Pflegeprozess. Durch eine verstärkte patientenzentrierte Arbeitsweise kann gezielt auf familiäre und soziale Strukturen eingegangen werden. Transparenz und Kommunikation innerhalb des Helfernetzes werden gefördert und die Versorgungssituation verbessert. Eine eigenständige Leistungsabrechnung würdigt die hohen fachlichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen, was wiederum die Attraktivität des Pflegeberufs steigert.

Trotz der Vielzahl von Chancen einer eigenständigen Abrechnung von Pflegeleistungen dürfen potenzielle Risiken, insbesondere in Bezug auf eine mögliche Über- oder Unterversorgung von Patient_innen oder allgemeine Kostensteigerung, nicht übersehen werden. Überversorgung bedeutet, dass Leistungen keinen hinreichend gesicherten (Zusatz-)Nutzen aufweisen. Unterversorgung liegt vor, wenn bei individuell, professionell und wissenschaftlich anerkanntem Bedarf Gesundheitsleistungen vorenthalten werden, obwohl der (Zusatz-)Nutzen hinreichend belegt ist und eine akzeptable Kosten-Nutzen-Relation vorhanden ist (DEGAM 2022). Auch wenn zusätzlich die Pflegefachpersonen abrechnen, kann die mögliche Kostensteigerung kontrolliert werden, besonders wenn die Bedürfnisse der Patient_innen konsequent im Fokus bleiben. Angesichts dieser Herausforderungen ist es von entscheidender Bedeutung, dass Pflegefachpersonen über angemessene Ressourcen und Kompetenzen verfügen, um eine kontinuierlich hohe Qualität der Versorgung zu gewährleisten. Dies ist in der aktuellen Versorgungssituation durch unterschiedliche Berufsbildungsabschlüsse in Pflege auf Ebene höherer Fachschulen, Fachhochschulen und Universitäten verwässert. Für Gesundheitsfachpersonen aller Versorgungsdisziplinen wie auch den parlamentarischen Verantwortlichen ist es schwierig, den Überblick zu behalten und damit Vertrauen in die pflegerischen Kompetenzen zu haben. Weiter müssen Pflegefachpersonen durch gezielte Sprache interprofessionell wie auch mit Patient_innen und ihren Familien ihre Kompetenz ausdrücken und lernen, die vollumfängliche Verantwortung für ihr Handeln selbst zu tragen.

Durch die Annahme der schweizerischen Pflegeinitiative (s. Artikel „Die Pflegeinitiative: Eine kleine Zeitreise“, *NOVAcura*, 2023) steht das Parlament vor der Aufgabe, sich gezielt mit der Frage der selbständigen Leistungsabrechnung in allen Versorgungskontexten für Pflegefachpersonen auseinanderzusetzen.

Es liegt nun am Parlament, über eine entsprechende Änderung des Gesundheitsberufgesetzes zu entscheiden.

Das Vorgehen zur Umsetzung von Seiten der Landesregierung ist auf Anfang Mai 2024 angekündigt.

Dieser Blick in die unmittelbare Zukunft der Pflegeabrechnung lässt erkennen, dass sich dieser Bereich zwangsläufig weiterentwickeln muss und ein unabdingbarer Erfolgsfaktor für die großen Herausforderungen im Zusammenhang mit dem massiven Fachkräftemangel in der Pflegebranche sein wird. Nur wenn Pflegefachpersonen unabdingbar Teil dieser Umsetzung und deren Gestaltung sind, wird dies gelingen, weil so mit der Berufsgruppe selbst Lösungen entstehen und nicht einfach wie historisch-traditionell andere Instanzen, Körperschaften und Professionen über diese unabdingbare Berufsgruppe in der globalen Gesundheitsversorgung befunden wird.

Fazit

Die Entwicklung der Pflegepraxis in der Schweiz hin zur eigenständigen Abrechnung von Pflegeleistungen markiert einen bedeutenden Fortschritt, ja Paradigmenwechsel, für das Gesundheitssystem. Trotz der historischen Wahrnehmung, die Pflegeleistungen nicht als wertgenerierende Tätigkeit unter der Aufsicht von Mediziner_innen zu deklarieren, ist die Anerkennung der erbrachten Leistungen und eigenständigen Rolle und Verantwortung der Pflegefachpersonen ein unabdingbarer Erfolgsfaktor für die Zukunft. Nach der rechtlichen Anerkennung der Pflege als eigenständiger Beruf durch das GesBG sind noch immer gesetzliche Lücken zu schließen. Diese Herausforderungen werfen ein Licht auf historische Hürden, denen die Pflege in der Schweiz gegenübersteht, und unterstreichen die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Weiterentwicklung des rechtlichen Rahmens. Die eigenständige Leistungsabrechnung bietet zahlreiche Vorteile, darunter eine effizientere Nutzung von Ressourcen, die Steigerung der Berufsattraktivität und eine individuellere Versorgung für Patient_innen. Jedoch dürfen potenzielle Risiken der Kantone und Versicherungen nicht außer Acht gelassen werden. Es braucht gemeinsame Plattformen mit allen Stakeholdern zum konstruktiven Austausch, um die Hürden in der praktischen Umsetzung effektiv und zeitnah zu evaluieren, einzuordnen und entsprechende Maßnahmen umzusetzen.

Literatur

- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), 1–68 KVG (1994). https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de
- Bundesgesetz zu den nicht-medizinischen Gesundheitsberufen (Gesundheitsberufegesetz; GesBG), GesBG (2016). <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2020/16/de>
- DEAGM Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2022). *Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden: S2e-Leitlinie Living Guideline*. <https://www.degam.de/leitlinien/fuer-aerzte/leitlinienuebersicht>
- Gesundheitsamt des Kantons Bern (GSI). (ohne Datum). *Pflegefachfrau und Pflegefachmann*. <https://www.gsi.be.ch/de/start/dienstleistungen/formulare-gesuche-bewilligungen-organisa>

- tionsstruktur/gesundheitsamt-formulare-gesuche-bewilligungen/organisationen-der-hilfe-und-pflege-zu-hause.html
- Schweizerischer Berufsverband für Pflegefachpersonal (2024). *Praxisnahe Weiterbildungsangebote*. <https://www.sbk-be.ch/de/weiterbildung/kurse.html>
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK-ASI). (2021). *Pflege 2030: Positionspapier des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK*. https://sbk-asi.ch/assets/Dokumente-PDF/03_Pflege_Arbeit/Pflege/SBK_Pflege_2030_dt_20s.pdf
- Schweizerisches Strafgesetzbuch, StGB (1937).
- Spirig, R., Spichiger, E., Martin, J. S., Frei, I. A., Müller, M. & Kleinknecht, M. (2014). Monitoring the impact of the DRG payment system on nursing service context factors in Swiss acute care hospitals: Study protocol. *Ger Med Sci*, 12, Doc07. <https://doi.org/10.3205/000192>
- Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV), 1–100 KLV (1995). <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2019/355/de>

Die Autorinnen sind Mitglieder der Gesundheitspolitischen Kommission des VFP/APSİ und haben sich in dieser Rolle mit der Pflegeinitiative beschäftigt. <https://www.vfp-apsi.ch/afgs/health-policy-commission/>



Anna-Barbara Schlier

PhD, MScN, eMBA, Institut für Pflege, Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur, Schweiz & Kinder-Spitex, Spitex Bern, Schweiz

xslu@zhaw.ch



Prof. Dr. Maya Zumstein-Shaha

Stv. Studiengangleiterin, Professorin, MSc Pflege, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, Bern

maya.zumsteinshaha@bfh.ch



Madeleine Bernet

MScN, Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Studienleiterin an der Berner Fachhochschule Gesundheit, Vorstandsmitglied SBK Bern

madeleine.bernet@bfh.ch



Prof. Dr. Heidrun Gattinger

Pflegewissenschaftlerin, Leitung Institut für Angewandte Pflegewissenschaft, OST – Ostschweizer Fachhochschule

heidrun.gattinger@ost.ch