

Der Bundesrat hat am 8. Mai 2024 zur Umsetzung der Pflegeinitiative 1. Etappe informiert:

[Medienmitteilung](#)

Zentrale Inhalte sind

- die [Ausbildungsoffensive](#),
- die [direkte Abrechnung der Pflegeleistungen](#)
- das [Förderprogramm Effizienz in der Grundversorgung](#) (EmGV)

Zusammen mit den Verordnungsänderungen wurden auch [Gesamterläuterungen](#) veröffentlicht. Die Änderungen treten am 1. Juli 2024 in Kraft.

Spitex Schweiz prüft die Auswirkungen der Bestimmungen auf die Abläufe der Spitex. Die nachfolgenden Ausführungen geben eine Beurteilung zur direkten Abrechnung der Pflegeleistungen wieder. Ziel ist es, den Neuerungen Rechnung zu tragen. Bestehende Prozesse sollen dann angepasst und geändert werden, wenn die Verordnungsänderungen dies verlangen oder sich eine Änderung als sinnvoll erweist.

Direkte Abrechnung der Pflegeleistungen

[Neue Verordnungsartikel KLV](#)

Art. 8a, Abs. 1^{bis} KLV

Pflegefachpersonen bzw. Spitex-Organisationen können künftig Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination (KLV-A) und der Grundpflege (KLV-C) **ohne ärztlichen Auftrag/ärztliche Anordnung** abrechnen. Grundlage für die Erbringung und Verrechnung von Pflegeleistungen gemäss KLV ist nach wie vor die Bedarfsermittlung, die von einer Pflegefachperson durchgeführt wird. Darauf basierend wird die Pflegeplanung erstellt.

Ergibt die Bedarfsermittlung bzw. die Pflegeplanung ausschliesslich **KLV-A-** und **KLV-C-**Leistungen (gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV), braucht es zwar keine ärztliche Unterschrift, der Hausarzt/die Hausärztin muss aber zwingend über die geplanten Massnahmen informiert werden.

Wenn die Bedarfsermittlung ergibt, dass neben den KLV-A- und den KLV-C-Leistungen auch **KLV-B-**Leistungen erbracht werden müssen, ist eine ärztliche Unterschrift nötig.

Für die Spitex-Organisation bedeutet dies, dass sie wie heute in beiden Fällen das Bedarfsmeldeformular und das Leistungsplanungsblatt an den Hausarzt/die Hausärztin schickt. Im ersten Fall (ausschliesslich KLV-A und KLV-C-Leistungen) nur zur Information/Kennntnisnahme, im zweiten Fall (KLV-B-Leistungen) zur Unterschrift.

Änderung für Spitex-Organisationen?

Die Spitex-Organisationen können ihre bestehenden Prozesse (Übermitteln der Bedarfsmeldung und der Leistungsplanung an den Hausarzt) weiterhin anwenden und verhalten sich so gesetzeskonform. Es ist denkbar, dass in Fällen mit **ausschliesslich** KLV-A- und KLV-C-

Leistungen die Information an den Hausarzt/die Hausärztin in einer anderen Form erfolgt. Hierzu gibt es in der KLV keine konkreten Vorgaben.

Art. 8, Abs. 8 KLV

In Situationen, in denen die Spitex-Organisation ausschliesslich KLV-A- und KLV-C-Leistungen erbringt, d.h. Leistungen ohne ärztliche Anordnung, muss sie jeweils spätestens nach 9 Monaten ein Reassessment durchführen. Spätestens nach 27 Monaten, d.h. nach dem zweiten Reassessment, muss sie dem Hausarzt/der Hausärztin einen Bericht über den Pflegeverlauf vorlegen. Nach der Eingabe dieses Berichts beginnt der Zyklus wieder von vorne, d.h. die Spitex-Organisation kann wiederum ohne ärztliche Anordnung drei (Re-)Assessments durchführen.

In erster Linie dient dieser Bericht als Koordinations- und Informationsinstrument zwischen der Spitex-Organisation und dem Hausarzt/der Hausärztin. Es soll damit auch gewährleistet werden, dass der Hausarzt/die Hausärztin bei fortbestehenden Gesundheitsproblemen allenfalls andere Leistungen oder notwendige Arzneimittel verschreiben kann.

Änderung für Spitex-Organisationen?

Es gibt in den Erläuterungen zur KLV-Änderung keine spezifischen Vorgaben zur Art und Weise des Berichts. Idealerweise basiert er auf der bestehenden Pflegedokumentation. Im Sinne einer guten interprofessionellen Zusammenarbeit kann mit dem Hausarzt/der Hausärztin abgesprochen werden, in welcher Form die Berichterstattung zu erfolgen hat. In den allermeisten Fällen ist davon auszugehen, dass bereits vor Ablauf der 27 Monate ein fachlicher Austausch zwischen Spitex-Fachperson und Hausarzt/Hausärztin stattfindet.

Rechnungsstellung

[Neue Verordnungsartikel KVV](#)

Art. 59, Abs. 3^{bis} KVV

In der Rechnung an den Versicherer soll nachgewiesen werden, ob die Pflegeleistungen mit oder ohne ärztliche Anordnung bzw. ärztlichen Auftrag erbracht wurden.

Änderung für Spitex-Organisationen?

Um diese Vorgabe in der Rechnungsstellung abbilden zu können, muss ein neuer Rechnungsstandard entwickelt werden. Rechnungsstandards werden im Fachorgan Datenaustausch entwickelt und im Forum Datenaustausch verabschiedet. In diesen Gremien haben sowohl die Finanzierer als auch die Leistungserbringer Einsitz. Das Fachorgan Datenaustausch ist bereits daran, eine Lösung zur Umsetzung des KVV-Artikels zu erarbeiten. Spitex Schweiz setzt sich in diesem Rahmen für eine praktikable und sinnvolle Lösung ein.

Sowohl die Entwicklung und Verabschiedung eines neuen Standards als auch die Umsetzung in den Primärsystemen wird einige Zeit beanspruchen. Die Rechnungsstellung wird deshalb vorläufig, auch nach dem 1.7.2024, so erfolgen wie bisher. Spitex Schweiz setzt sich im Austausch mit den Versichererverbänden dafür ein, dass diese ihre Mitglieder ebenfalls entsprechend informieren.