

DEVAP POSITIONSPAPIER

BÜROKRATIEENTLASTUNG IN DER AMBULANTEN PFLEGE

- FORDERUNGEN ZUM VERORDNUNGSMANAGEMENT UND ZUM DTA-VERFAHREN -

AUSGANGSSITUATION

Die Verfahren im Verordnungswesen sowie der Abrechnung von häuslicher Krankenpflege sind aufwendig, verwaltungsintensiv und kostentreibend, weil es derzeit keine einheitlichen und ausschließlich digitalen Verfahren gibt. Ein weiterer Aspekt von übermäßiger Bürokratie am ambulanten Verordnungs- und Abrechnungsverfahren ist der sogenannte Datenträgeraustausch (DTA), der seinen Namen nicht verdient – denn ein tatsächlicher Austausch von Daten findet nicht statt. Allein der Datentransfer von den Pflegediensten zu den Krankenkassen ist teilweise normiert.

Auch die Arbeitsgruppe 3 der Konzertieren Aktion Pflege (KAP) „Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung“ hat einige Aspekte zur Verbesserung der digitalen Strukturen aufgegriffen, aber in den Überlegungen wird nie der gesamte Prozess abgebildet. Auch das Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale Versorgung-Gesetz – DVG) bleibt weit hinter seinen Möglichkeiten zurück.

Der Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP) fordert schon seit Jahren, dass für alle Schritte im Verordnungs- und Abrechnungsmanagement der ambulanten Pflegedienste einheitliche wechselseitige digitale Lösungen eingeführt werden müssen, um den hohen bürokratischen und damit auch finanziellen Aufwand für die Pflegedienste entschieden zu verringern.

Die vier Forderungen des DEVAP sind:

1. einheitliche digitale Lösungen für alle Schritte im Verordnungsmanagement
2. sichere technische Lösungen für das Gegenzeichnen von Leistungen
3. datensicheren Übertragung von Unterlagen vom Pflegedienst zur Krankenkasse
4. bundeseinheitliches, elektronisches Verfahren für die Zahlungsbestätigung (Zahlungsavis)

Die Kranken- und Pflegekassen müssen endlich gesetzlich verpflichtet werden, dass auch sie mit den Einrichtungen digital und einheitlich kommunizieren (Regelkommunikation). Auf freiwilliger Basis oder auf dem Verhandlungsweg konnte dies bisher nicht erreicht werden!

VERORDNUNGSMANAGEMENT

Das Verfahren läuft folgendermaßen: Nachdem der behandelnde Arzt die Notwendigkeit von häuslicher Krankenpflege festgestellt hat, übergibt er die entsprechende Verordnung dem Patienten, der diese an den Pflegedienst seiner Wahl übergibt, damit die notwendige Behandlung auch unverzüglich möglich wird. Dazu muss der Patient die Verordnung selbst unterschreiben und damit nochmals bestätigen, dass niemand im Haushalt wohnt, der die Leistungen erbringen kann. Da einige Patienten unter rechtlicher Betreuung stehen, kann es entsprechend zu Verzögerungen kommen.

Der Pflegedienst prüft die Verordnung nochmals auf erkennbare Fehler, Vollständigkeit und Eindeutigkeit und bestätigt per Unterschrift, dass er die Leistungen der Behandlungspflege nach der Verordnung des

Arztes durchführen wird. Sollte die ärztliche Verordnungen nicht korrekt sein, sind es oftmals die Pflegekräfte der ambulanten Dienste, die den Arzt erneut wegen einer korrigierten Verordnung aufsuchen, damit es nicht zur Verzögerung bei der Versorgung kommt. Die korrekte Verordnung muss spätestens an dem dritten, der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag) bei der Krankenkasse eingegangen sein, da diese sich sonst häufig weigert, die Kosten bis zur Entscheidung über die Leistung zu übernehmen. Andere Verfahren werden von den Krankenkassen meist nicht akzeptiert.

Viele zusätzliche Kosten und Probleme werden häufig durch Krankenkassen ausgelöst, die die Zeitdauer von ärztlichen Verordnungen anzweifeln und einseitig verkürzen, z.B. bei chronisch Kranken, wie Hochdruck-Patienten oder Diabetikern. Dann muss der Patient sich zusätzliche Arzttermine und neue Verordnungen einholen - auch so werden wertvolle Ressourcen der Ärzte sachfremd blockiert.

Gegen die Weigerung von Krankenkassen, die Kosten für ärztlich bescheinigte, notwendige Behandlungsmaßnahme ganz oder teilweise zu übernehmen, kann nur der Patient „Widerspruch“ einlegen. Da es sich häufig um hochaltrige, auch demenzkranke Patienten handelt, sind sie mit dem Verfahren überfordert und legen die erforderlichen Rechtsmittel nur selten ein. Dadurch erhalten viele Patienten nicht die vom Arzt verordneten notwendigen Behandlungen durch den Pflegedienst mit allen Folgen von Spät- oder Nichtbehandlungen. Auch für eine Folgeverordnung muss der Patient rechtzeitig tätig werden. Sie soll drei Werktage vor Ablauf der bisherigen Verordnung bei der Krankenkasse eingehen. Dazu müssen vorher alle obigen Schritte eingehalten sein, vor allem rechtzeitig ein Arzttermin zur Überprüfung der Notwendigkeit weiterer Verordnungen von häuslicher Krankenpflege organisiert werden.

Obwohl die Versorgung des Patienten durch den Pflegedienst umgehend erfolgen soll, kürzen Krankenkassen zudem häufig ihre Zahlungen bereits dann, wenn es auf dem Post- und/oder Verwaltungsweg zu Verzögerungen kommt. Die Genehmigung der ärztlichen Verordnung durch die Krankenkasse wird ebenfalls per Post versandt. Je nach Krankenkasse kann dies einige Zeit in Anspruch nehmen. Bis zur Genehmigung der Verordnung wird der Patient dennoch nach Anweisung des Arztes vom Pflegedienst versorgt, so als läge die Verordnung bereits vor – auch auf die Gefahr hin, dass die Verordnung nicht oder nicht so wie beantragt ausgestellt wird. Sollte die Verordnung der Behandlungspflege-Leistung nur eingeschränkt genehmigt oder ganz abgelehnt werden, bekommt der Pflegedienst für die weitere Versorgung keine Vergütung von der Krankenkasse. Nur der behandelnde Arzt kann eine andere oder geänderte - korrigierte - Verordnung ausstellen, die dann erneut diesem aufwändigen „Genehmigungsprozess“ unterzogen werden muss.

DATENTRÄGERAUSTAUSCH (DTA)

Der DTA ist derzeit eine Einbahnstraße. Die Idee des DTA war ursprünglich, die Abrechnung auf Basis des Datenaustausches schnell und einheitlich zu gestalten. Für einen ambulanten Pflegedienst ist davon leider nichts zu spüren, insbesondere, weil die zurzeit 110 Krankenkassen den DTA uneinheitlich anwenden und neben den elektronisch übermittelten Rechnungsdaten fast überall noch komplette, handschriftliche Doppelabrechnungen verlangen.

Die Erstellung von DTA-Verfahren und der Inhalt des DTA sind nach den Bereichen SGB XI und SGB V unterschiedlich:

- Für den Pflegebereich SGB XI gelten die „Einvernehmliche Festlegung über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenträgeraustausches gemäß § 105 Abs. 2 SGB XI“ und genauer „Technischen Anlagen 1-3 zum DTA nach SGB XI“ und

- für den Bereich der Häuslichen Krankenpflege nach SGB V gelten die „Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ sowie mit Hebammen und Entbindungspflegern (§ 303 a SGB V)“ und die in § 3 Abrechnung und Datenträgeraustausch (DTA) der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege vom 10.12.2013 getroffenen Festlegungen.

Für den Bereich SGB XI sind die Verbände der Leistungserbringer bei den Verhandlungen dabei; der Bereich SGB V wird teilweise einseitig von den Krankenkassen festgelegt, obwohl die Rahmenverträge Öffnungen für sachdienliche Vereinbarungen zulassen sollen. Die einseitige Interessenlage der Kostenträger ist, die Daten einheitlich und strukturiert zu den Abrechnungsstellen der Krankenkassen zu überführen. Eine sachgerechte, transparente Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern steht weniger im Mittelpunkt. So weigern sich viele Kassen u.a. Transparenz bei Rechnungskürzungen herzustellen und gekürzte Beträge patienten- und zeitgerecht auszuweisen. Viele dieser Rechnungskürzungen werden außerdem nicht sachgerecht begründet und überwiegend per Post versandt, was einen weiteren Zeitverzug bedeutet. Auch Empfangsbestätigungen bei Rechnungseingängen werden nicht versandt, so dass eine wirksame Kontrolle der Einrichtungen bei Zahlungsverzögerungen oder die Einleitung von Mahnverfahren nur mit erhöhten Aufwendungen umsetzbar sind.

Durch die unterschiedlichen Verträge auf Landesebene gibt es eine Vielzahl von Mehrfachnennungen einer Leistung. Auch die GKV-Vorgaben, meist für den SGB V-Bereich, werden durch die Krankenkassen oft nicht eingehalten, weil z.B. nicht zwischen Leistungserbringern und Rechenzentrum unterschieden wird (Rechnungsart 2) oder Vergütungsarten mit Leistungskomplexen in der Gebührenvereinbarung verknüpft werden, die der technischen Anlage widersprechen. Analog zu § 303 Absatz 3 Satz 2 SGB V müsste bei Nichteinhaltung der GKV-Richtlinien eine Erhöhung der Rechnung durch den Pflegedienst um 5 % möglich sein, da den Diensten ein erheblicher Mehraufwand entsteht sobald die Vorgaben von Seiten der Krankenkassen nicht eingehalten werden.

Auch müssen die meisten Verfahren zur Leistungserfassung, Beauftragung, Quittierung etc. noch handschriftlich von den Mitarbeitenden der Pflegedienste durchgeführt werden. In vielen anderen Arbeitsbereichen gibt es schon gesicherte technische Verfahren, die für den ambulanten Pflegebereich eingesetzt werden könnten, wenn Ärzte, Abrechnungszentren, Krankenkassen und Verbände die Möglichkeit hätten, entsprechende Verfahren zu testen, weiterzuentwickeln und in die Praxis zu überführen.

VIER FORDERUNGEN DES DEVAP

Abhilfe kann grundsätzlich nur eine stringente Entbürokratisierung mit einheitlichen Verfahren für alle Krankenkassen und deren Vertragspartner schaffen. Der DEVAP fordert daher:

1. Für alle Schritte im Ordnungsmanagement müssen einheitliche digitale Lösungen eingeführt werden. Dies betrifft sowohl die ärztliche Verordnung, den Versand zum Pflegedienst als auch von ihm zur Krankenkasse bzw. zur Abrechnungsstelle und vor allem zurück.
2. Für die Gegenzeichnung von Leistungen durch die Versicherten sind sichere technische Lösungen einzuführen oder es ist die Gesundheitskarte des Versicherten zu nutzen. Damit wäre endlich die Einführung des elektronischen Leistungsnachweises möglich – ohne zusätzliche handschriftliche Belege wie z.B. die von den Krankenkassen eingeforderten Durchführungskontrollblätter.

3. Der Postversand von z.B. Leistungsnachweisen ist abzuschaffen. Eine datensichere Übertragung von Unterlagen vom Pflegedienst zur Krankenkasse und zurück, falls diese überhaupt noch benötigt werden, ist einzuführen. Im Zuge der Abrechnungsprüfungen sind die ohnehin beim Pflegedienst aufzubewahrenden Dokumente auch jetzt jederzeit prüffähig.
4. Für das Zahlungsverfahren ist im Rahmen einer einvernehmlichen Festlegung zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern ein bundeseinheitliches, elektronisches Verfahren festzulegen, das auf Grundlage der durch die Leistungsanbieter übermittelten Leistungsabrechnungen, eine transparente und nachvollziehbare Leistungskürzung durch die Krankenkassen sichtbar macht, sowie die zur Zahlung anstehenden Leistungsentgelte an die Leistungsanbieter übermittelt.

Da in den maßgeblichen Ausschüssen auf Bundesebene, sowohl im Gemeinsamen Bundesausschuss als auch im DTA-Ausschuss der Krankenkassen nach § 302 SGB V die Leistungsanbieter nicht vertreten sind, können Fortschritte in dem seit mehr als zwei Jahrzehnten stagnierenden Auf- und Ausbauprozess der Digitalisierung nur durch erheblich mehr politischen Druck erreicht werden. Dazu müssen die Verbände der Leistungsanbieter sich des Themas mit einheitlichen Vorstellungen und Forderungen annehmen und die politisch Verantwortlichen in die Pflicht nehmen. Eine deutliche Entschlackung und Vereinheitlichung dieses Bürokratiemonsters würde helfen, erhebliche Beitragsmittel zu sparen und zu einer echten Entlastung der Pflegekräfte und damit zu mehr Zeit für Pflege führen!

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Der DEVAP-Fachausschuss Ambulante pflegerische Dienste hat eine umfangreiche tabellarische Übersicht zu den Verordnungs- und Abrechnungsprozessen im ambulanten Bereich erstellt. Ziel der Tabellen ist es, dass derzeitige Verordnungswesen und die Abrechnungsprozesse ambulanter Dienste mit den Krankenkassen zu analysieren, Lösungsvorschläge zur Vereinfachung zu finden und diese zur Diskussion zu stellen. Gern stellt die DEVAP-Geschäftsstelle diese Tabellen zur Verfügung.

Stand Juni 2019

Der **Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP)** setzt sich seit über 80 Jahren für die Belange der Altenhilfe in Deutschland ein. Als Bundesfachverband im Verbund der Diakonie vertritt der DEVAP unmittelbar und mittelbar ca. 1.950 stationäre Einrichtungen der Altenhilfe mit 176.000 Plätzen sowie über 1.400 ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste. Darüber hinaus sind zahlreiche Altenpflegeschulen und Einrichtungen der gemeinwesenorientierten Altenarbeit im Verband organisiert.

Kontakt:

Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V.

Katharina Voß / Fachreferentin

T +49 30 83 001-267 / voss@devap.de

www.devap.de