DEUTSCHER EVANGELISCHER VERBAND FÜR ALTENARBEIT UND PFLEGE E.V.

# PRESSEMAPPE

## Bürokratieentlastung durch

# Digitalisierung in der ambulanten Pflege

## Endlich Daten-„Austausch“ mit den Krankenkassen zulassen!

**vorgeschriebene Sortierung von Rechnungen für die Krankenkassen in 2021;**
**Die Evangelischen Sozialstationen GmbH Duisburg**

**Bürokratieentlastung: Aktuelle Situation Digitalisierung Ambulant, Stand Juni 2021**

Bei der Nennung des Schlagworts „Digitalisierung in der Pflege“ werden in der öffentlichen Diskussion oftmals nur assistive Techniken in den Blick genommen. Es sind aber vor allem die Prozesse zu digitalisieren, weil diese die Grundlage für eine effiziente Zusammenarbeit bilden. Der wahre Fortschritt liegt darin, mit einheitlichen digitalen Verfahren den Verwaltungsaufwand in den Einrichtungen deutlich zu verbessern und zu beschleunigen.

Im ambulanten Pflegbereich könnten die größten Einsparungen bei der Leistungserbringung und deren Abrechnung mit den Krankenkassen erzielt werden. Bereits **2013** hat die Bundesregierung ein Projekt[1] aufgelegt, nach dem u.a. der Erfüllungsaufwand für die Pflegedokumentation ermittelt wurde: allein für das **händische Ausfüllen der Leistungsnachweise** fielen damals jährlich rund **1,9 Mrd. €** an. Dies entspricht **9 Minuten pro Tag pro Pflegebedürftigen**, die nicht für Pflege genutzt werden können.

Zusammenfassend wurden in dem vom Statistischen Bundesamt durchgeführten Projekt u.a. folgende Verbesserungspotenziale festgestellt:

- die Einführung einheitlicher, kassenübergreifender Antragsformulare, die übersichtlich und leicht verständlich sind,
- klare Informationen über Zuständigkeiten, Fristenregelungen sowie
- qualifizierte Beratung über Leistungs- und Antragsmöglichkeiten sowie Ablehnungs- oder Bewilligungsgründe.

Sowohl die Leistungserfassung als auch die Abrechnung haben sich seit 2013 nicht verbessert - eher im Gegenteil. Die Krankenkassen blockieren digitale Verfahren. Bei der Nutzung von digitalen Leistungsnachweisen müssen z.B. fast immer auch noch handschriftliche „Durchführungsnachweise“ beim Patienten geführt werden.

Der sogenannte **„Datenträgeraustausch“ (DTA)** ist auch nach ca. 20 Jahren kein Austausch von Daten oder Datenträgern, sondern eine Einbahnstraße von den Pflegediensten zu den Krankenkassen. Es sind weiterhin Unterlagen wie der Leistungsnachweis mitzuliefern, die per Post hinterhergeschickt werden müssen, obwohl sie auch datentechnisch übertragen werden könnten. Jeden Monat müssen deshalb die Einrichtungen aufwendig je nach Krankenkasse die Unterlagen für den Postversand sortieren (s. Foto Deckblatt).

Die Mitteilung über Genehmigungen und Kürzungen der Krankenkassen kommen überwiegend per Post. Die Verpflichtung der Abrechnung in Sammelrechnungsverfahren verhindert effektive Prüfverfahren der Finanzbuchhaltung in den Pflegediensten. Die Krankenkassen geben unterschiedliche Verfahren vor. Inzwischen sind einige Krankenkassen in eine digitale Kommunikation eingestiegen - jedoch alle mit unterschiedlichen Verfahren. Dadurch steigt der Verwaltungsaufwand für die Pflegedienste sogar weiter kontinuierlich an.

Der Gesetzgeber verpflichtet die ambulanten Einrichtungen, digital abzurechnen. Von den Krankenkassen gibt es lediglich Antworten per Post, Mail, Abruf etc. - für jede Krankenkasse mit eigenem Verfahren. Diese Blockade muss aufhören: Generell muss **jedes Verfahren als Regelfall digital erfolgen** - ohne Papierversion daneben - und nur noch als Ausnahme für eine Übergangsfrist analog. Die Krankenkassen müssen verpflichtet werden, endlich einheitliche Antwort- und Rückmeldeverfahren an die ambulanten Pflegedienste einzuführen.

Der DEVAP hat dazu Forderungen aufgestellt und auch schon konkret in einem Laufzettel mögliche Verfahren aufgezeigt. Seit Jahren versucht er, über seine Öffentlichkeitsarbeit Veränderungen zu bewirken - doch bei den Einrichtungen kommt nichts an. In den PowerPoint-Folien werden die aufwendigen Verfahrensschritte aufgezeigt. Bei jedem Schritt wären längst digitale Verfahren für die Pflegedienste möglich - jedoch müssen viele dieser Schritte erst noch in den Bundesländern aufwendig in die Verträge reinverhandelt werden. Das digitale Zeitalter ist in der Pflege jedoch noch ewig weit entfernt.

---

[1] https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/erfuellungsaufwand-im-bereich-pflege-antragsverfahren-auf-gesetzliche-leistungen-fuer-menschen-die-pflegebeduerftig-oder-chronisch-krank-sind--730084

**Auf den folgenden Seiten finden Sie:**

→ DEVAP-Positionspapier „Bürokratieentlastung in der ambulanten Pflege - Forderungen zum Verordnungsmanagement und zum DTA-Verfahren“, Juni 2019

→ „Laufzettel“ für die ideale digitale Abrechnung SGB V, Januar 2021

→ Präsentation für den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung Andreas Westerfellhaus „Verlauf Leistungserbringung und Abrechnung ambulanter Pflege mit den Krankenkassen im Jahr 2021 - Von Digitalisierung keine Spur -“, Mai 2021

→ DEVAP-Pressearbeit zum Thema (beispielhaft):
- DEVAP-Pressemitteilung, 29.01.2021 „Digitalisierung versus Postkutsche - Moderne Zusammenarbeit, Jetzt! Bürokratieentlastung im ambulanten Bereich: Krankenkassen nutzen Wege zum Sparen nicht"
- CAREkonkret, 10.07.2020 Gastkommentar Sebastian Wirth und Thomas Bella „DEVAP fordert digitale Verfahren“
- CAREkonkret, 28.06.2019 Gastkommentar Dr. Bodo de Vries „Das meiste erfolgt noch handschriftlich“

**Ansprechpartner**

**Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V.**

**Anna Leonhardi**

Geschäftsführerin

+49 30 83 001-277

info@devap.de

www.devap.de

DEUTSCHER EVANGELISCHER VERBAND FÜR ALTENARBEIT UND PFLEGE E.V.

**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 übernehmenden. 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 Verordnungsmanagement 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 Zahlungsavis 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

# „Laufzettel“ für die ideale digitale Abrechnung SGB V

| Prozess | Bearbeitung ambulanter Pflegedienst | Bearbeitung Krankenkasse | Offene Regelungen |
|---|---|---|---|
| Verordnung Behandlungspflege | mit Zustimmung des Versicherten digitale Verordnung ist vom Arzt eingegangen; Bestätigung der Leistungsübernahme durch digitale Weiterleitung | Leistungsanspruch Prüfen und Freigabe; digitale Rückmeldung | digitale Verordnung und Schnittstelle zu Krankenkassen |
| Erfassung Leistung | Leistungen müssen über Schnittstellen automatisch in Datenbank; digitale Übertragung an Pflegekraft; digitale, fälschungssicherer Abzeichnung durch Patienten | - | ausschließlich digitale Leistungs-erfassung und Pflegedokumentation, beim Patienten verbleibt nur ein Infoblatt zur Medi-Gabe und Kontaktpersonen |
| Erfassung Rechnung | digitale Rechnungsgenerierung aus dem System mit Rechnungsnummer; alle weiteren Informationen können direkt aus dem System heraus dazu definiert und angehängt werden | - | vorab Definition, was Bestandteil der Rechnung sein soll; Sinnhaftigkeit von Sammelrechnungsnummer muss hinterfragt werden; Abrechnung ohne Genehmigungskennzeichen |
| Versand Rechnung | Einzelrechnung mit Rechnungsnummer digital an Kasse laut Vereinbarung mit allen rechnungs-begründenden Unterlagen | zeitnahe Bearbeitung mit 14-Tagesfrist | ausschließlich digitale Rechnungs-übermittlung an Kasse; Frist für Bearbeitung |
| Eingang Zahlung | Prüfung anhand der eindeutig zugewiesenen Rechnungsnummer | Zahlungsüberweisung auf die Rechnungsnummer der Pflegeeinrichtung | verpflichtende Verwendung der Rechnungsnummer im ganzen Prozess; Wegfall der Sammelrechnungen |
| Rückmeldung Krankenkasse (welche Rechnungen nicht bezahlt)<br>– Teilzahlungen / unstreitige Zahlungen<br>– unklare / streitige Zahlungen | falls Sammelrechnung gefordert, dann bei jedem Zahlungseingang auch digital begründetes Zahlungsavis für jede gestellte Rechnung; falls keine Sammelrechnung gefordert, dann Zahlungsavis nicht generell notwendig, sondern nur digitale Begründung pro Rechnung, wenn Zahlung nicht oder nicht vollständig erfolgt ist | anhand des einheitlichen Formulars digital versendet | einheitliches digitales Zahlungsavis (Antwort der Kassen zur Rechnung) unter Berücksichtigung der Rechnungsnummer |

# Verlauf Leistungserbringung und Abrechnung ambulanter Pflege mit den Krankenkassen im Jahr 2021 - Von Digitalisierung keine Spur -

**Präsentation für den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung Andreas Westerfellhaus am 19.05.2021**

**Autor:** Sebastian Wirth, DEVAP Vorstandsmitglied

**Ansprechpartner DEVAP:** Anna Leonhardi, Geschäftsführerin, info@devap.de

1

## Verlauf Leistungserbringung & Abrechnung ambulanter Pflege

**Schritt 1: Verordnung des Arztes**

- Einheitliches Formular für alle Ärzte und alle Krankenkassen
- Ab Ende 2020 mit Barcode
- Probleme mit hinterlegten Diagnosen und verordnungsfähigen Behandlungspflegen

**Schritt 2: Unterschrift des Patienten**

- Unterschrift auf Papierversion zwingend vorgeschrieben
- Beauftragung des Pflegedienstes
- Realität: Pflegedienst fährt zum Patienten und zurück

2

## Verlauf Leistungserbringung & Abrechnung ambulanter Pflege

**Schritt 3: Unterschrift des Pflegedienstes**

- Unterschrift auf Papierversion zwingend vorgeschrieben
- Auftragsannahme und Versorgungszusage an Patienten

**Schritt 4: Durchführung Behandlungspflege**

- Direkte Versorgung des Patienten durch Pflegedienst
- Verordnung des Arztes bindend

3

3

## Verlauf Leistungserbringung & Abrechnung ambulanter Pflege

**Schritt 5: Beantragung der Behandlungspflege**

- Versand per Post an Krankenkasse
- Kein digitaler Weg vorgesehen

**Schritt 6: Genehmigung/Ablehnung**

- Schreiben der Krankenkasse per Post, Fax etc.
- Jede Krankenkasse mit eigenem Formular
- Keine genormten Antworten; digitale Verarbeitung nicht möglich

4

## Verlauf Leistungserbringung & Abrechnung ambulanter Pflege

**Schritt 7: Leistungserfassung beim Patienten**

- Einheitlicher Leistungsnachweis auf Papier
- Falls digitaler Leistungsnachweis noch Papierversion „Durchführungsnachweis“ beim Patienten

**Schritt 8: Unterschriften Patient / Pflegedienst**

- Unterschriften handschriftlich auf Leistungsnachweis am Ende eines Monats
- Digitale Unterschrift nicht zugelassen!

5

5

## Verlauf Leistungserbringung & Abrechnung ambulanter Pflege

**Schritt 9: Rechnungstellung durch Pflegedienst**

- Automatische Erstellung der Rechnung
- Aus digitaler Leistungserfassung möglich

**Schritt 10: Zusammenfassung von Rechnungen**

- Vorgabe Sammelrechnungserstellung pro Krankenkasse mit gesonderter Nummer
- Zusätzliches Fibu-Verfahren ohne Möglichkeit des Rechnungssuchlaufs etc.

6

## Verlauf Leistungserbringung & Abrechnung ambulanter Pflege

**Schritt 11: Versand Rechnungen per Datenträgeraustausch**

- Digitaler Versand der Rechnungen an Krankenkassen
- Kein Datenträger-"Austausch" (DTA) möglich, sondern nur Einbahnstraße zu Krankenkassen

**Schritt 12: Versand Leistungsnachweise**

- Versand per Post an Krankenkasse
- Unterschiedliche Verfahren je nach Krankenkasse - Sortierung, Begleitpapiere, Rechnungskopie etc.

7

7

## Verlauf Leistungserbringung & Abrechnung ambulanter Pflege

**Schritt 13: Überweisung Rechnungsbetrag**

- Teil- oder Komplettzahlung ohne direkte Benachrichtigung
- Kein Datenträger-"Austausch" (DTA) möglich, sondern nur Einbahnstraße zu Krankenkassen

**Schritt 14: Absetzungs-/Kürzungsschreiben**

- Absetzungs-/Kürzungsschreiben der Krankenkassen per Post - manchmal auch per Mail oder Cloud-Abruf oder …
- Jede Krankenkassen mit eigenem Verfahren
- Keine einheitliche Rückmeldemuster oder Erklärungen

8

## Verlauf Leistungserbringung & Abrechnung ambulanter Pflege

**Schritt 15: Zahlungs-Avis der Krankenkasse**

- Eingang meist per Post, keine digitale Verarbeitung möglich!
- Kein einheitliches Formular, kein Standard für alle Krankenkassen

**Schritt 16: Prüfung des Geldeingangs in Fibu**

- Keine automatisierte Prüfung durch Pflegedienst möglich
- Mehraufwand durch unterschiedliche Rückmeldeverfahren der Krankenkassen

9

9

## Verlauf Leistungserbringung & Abrechnung ambulanter Pflege

**Schritt 17: Öffnung der Sammelrechnungen**

- Aufwendiges Verfahren ohne Möglichkeit des Suchlaufs bzw. des automatischen Abgleichs von Einzelrechnungen
- Aufwendige Rechnungsprüfung

**Schritt 18: Klärung von offenen Posten mit Krankenkasse**

- Verfahren per Post, Telefon, Mail etc.
- Jede Krankenkasse mit eigenem System

10

## Lösungsvorschläge des DEVAP

**Die vier Forderungen des DEVAP sind:**

1. **einheitliche digitale Lösungen für alle Schritte im Verordnungs- und Abrechnungsmanagement**
2. **sichere technische Lösungen für das Gegenzeichnen von Leistungen - ohne handschriftliche Version**
3. **datensicheren Übertragung aller Unterlagen vom Dienst zur Krankenkasse und zurück**
4. **bundeseinheitliches, elektronisches Verfahren für die Zahlungsbestätigung (Zahlungsavis), für Absetzungen und Kürzungen**

**Das DEVAP-Positionspapier „Bürokratieentlastung in der ambulanten Pflege - Forderungen zum Verordnungs-management und zum DTA-Verfahren“ finden Sie hier.**

11

11

## Lösungsvorschläge des DEVAP

**Fazit des DEVAP:**

- **Digitale Regelkommunikation: Kranken- und Pflegekassen müssen gesetzlich verpflichtet werden, dass auch sie mit den Einrichtungen digital und einheitlich kommunizieren.**
- **Digitales Gesamtkonzept: Die gesetzlichen Bemühungen sind nicht ganzheitlich bzw. sehen zu lange Zeitfester zur Umsetzung vor (DVPMG).**
- **Die Selbstverwaltung hat auf Bundesebene bisher keine Verfahrensabsprachen hinbekommen, die zum Bürokratieabbau in den ambulanten Einrichtungen führen.**
- **In den Ländern konnten digitale Lösungen zur Entlastung der ambulanten Einrichtungen auf freiwilliger Basis oder auf dem Verhandlungsweg bisher nicht erreicht werden.**

- **Der Gesetzgeber ist gefordert!**

12

12

DEVAP-Pressemitteilung, 29.01.2021

# Digitalisierung versus Postkutsche - Moderne Zusammenarbeit, Jetzt!

## Bürokratieentlastung im ambulanten Bereich: Krankenkassen nutzen Wege zum Sparen nicht

*Der Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP) äußert sich zu der schleppenden Umsetzung der Bürokratieentlastung im ambulanten Pflegebereich auf Bundesebene und verweist auf teilweise seit Jahren ausstehende Regelungen. Er zeigt anhand eines idealen Abrechnungsprozesses, welche gesetzlichen Regelungen aktuell offen sind:*

„Unsere Forderung aus dem ambulanten Pflegebereich ist schon lange, primär die Kommunikation mit den Krankenkassen - also der digitale Austausch hin UND zurück - auf die politische Agenda zu setzen.“, so Wilfried Wesemann, Vorstandsvorsitzender des DEVAP. „Dies bedeutet auch rechtliche Fragen auf der Bundesebene festzulegen, wie die Akzeptanz der digitalen Unterschriften.“

„Wie jüngst im Gesetzesentwurf zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) fehlt oftmals der Blick auf die Basis für die angestrebte Digitalisierung.“, so Wesemann weiter. „Es gibt viel zu viel weiße Flecken, wo „5G“ nicht die Frage ist, sondern erstmal „2 Balken“.“

Die angespannte Personalsituation in der Pflege ist seit Jahren bekannt. Sobald zusätzliche Aufgaben, wie die Durchführung von Schnelltests zur Eindämmung des Coronavirus hinzukommen, wird dies überdeutlich. Eine neue Generation an Pflegefachkräften kann jedoch nur für den Beruf in der ambulanten Pflege begeistert werden, wenn nicht frustrierend viel Arbeitszeit für bürokratische, analoge Prozesse und Verwaltung investiert werden muss.

„Wir wünschen uns ein schnelles und mutiges Handeln von Seiten der Politik.“, so Wesemann. „Die Verfahren im Verordnungswesen sowie der Abrechnung von häuslicher Krankenpflege sind aufwendig, verwaltungsintensiv und kostentreibend, weil es weiterhin keine einheitlichen und ausschließlich digitalen Verfahren gibt. Die Kranken- und Pflegekassen müssen endlich gesetzlich verpflichtet werden, dass auch sie mit den ambulanten Diensten digital und einheitlich kommunizieren.“

Der DEVAP weist in seinem “Strategiepapier DEVAP Altenarbeit und Pflege 2021 bis 2025“ auf die Problematik hin und hat ergänzend dazu einen Laufzettel für den idealen digitalen Abrechnungsprozess für Leistungen gem. SGB V entwickelt (Anlage). Dieser zeigt anhand des Abrechnungsprozesses die Bearbeitungsschritte der Pflegedienste und Krankenkassen und erläutert die Regelungslücken. Die Mitglieder des DEVAP sind gern bereit, dazu auch Modellprojekte einzuführen und zu unterstützen. Technisch sind sie dazu schon lange in der Lage – nur die Krankenkassen mauern.

**Anlage: „Laufzettel“ für die ideale digitale Abrechnung SGB V**

**Kontakt:** Anna Leonhardi, Geschäftsführerin

030 83001-277 // E-Mail: info@devap.de

Der Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP) e.V. ist der größte evangelische Fachverband auf Bundesebene und vertritt über 1.950 stationäre Einrichtungen der Altenhilfe, über 1.400 ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste, mehr als 120 Altenpflegeschulen mit ca. 9.600 Ausbildungsplätzen sowie zahlreiche Altentagesstätten und Initiativen.

**Meinung**

# DEVAP fordert digitale Verfahren

Der CAREkonkret-Artikel „Pflegeverbände und Kassen verschleppen Lösung“ (Ausgabe 27) hat Missstände bei der Digitalisierung aufgezeigt. Auch der DEVAP fordert digitale Lösungen – und eine gesetzliche Verpflichtung für die Kassen.

Von Sebastian Wirth und Thomas Bella

**Sebastian Wirth (links) und Thomas Bella sind Geschäftsführer von Diakonie-Sozialstationen. Sie fordern digitale Lösungen für die ambulante Pflege.** Fotos: privat

Der Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP) fordert bereits seit Jahren, dass für alle Schritte der Kommunikation mit den Krankenkassen immer einheitliche, wechselseitige und digitale Lösungen eingeführt werden, um den hohen bürokratischen und damit auch finanziellen Aufwand entschieden zu verringern. Die Kranken- und Pflegekassen müssen gesetzlich verpflichtet werden, dass auch sie mit den ambulanten Diensten digital und einheitlich kommunizieren. Es bedarf eines prinzipiellen Perspektivwechsels: Nicht die Papierversion muss digitalisiert werden, sondern alle Verfahren sind auf digitalem Weg möglich zu machen. Die Papierversion muss endlich das Auslaufmodell werden. Letztlich geht es um viel Zeit, die den Patienten zugutekommen würde.

Die ambulante Pflege (häusliche Krankenpflege) ist immanenter Bestandteil der ambulanten Krankenversorgung und eingebunden in das Zusammenwirken von Patienten,

ZwischenRuf

Ärzten, Krankenkassen und weiteren an der Versorgung beteiligten. Bevor Pflegedienste und Sozialstationen überhaupt vor Ort bei Ihren Patienten tätig werden können, sind zahlreiche bürokratische und organisatorische Nebenaufgaben zu erfüllen, ohne die die Patienten weder versorgt noch die erbrachten Leistungen abgerechnet werden können.

### Standardleistungen ständig neu beantragen

Um Leistungen der häuslichen Pflege in Anspruch zu nehmen, gibt es feste Vorgaben, wie diese zu beantragen und zu erbringen sind: Ärzte verordnen die zur Ergänzung der ärztlichen Behandlung erforderlichen Leistungen, die von Mitarbeitern der Sozialstationen und Pflegediensten vor Ort erbracht werden. Die Erbringung wird jedoch durch Antrags-, Prüfungs- und Genehmigungsverfahren der Krankenkassen extrem kompliziert, aufgebläht und zeitintensiv. Selbst „Standardleistungen“ wie Insulinapplikationen, Medikamentengaben oder das An- bzw. Ablegen von Kompressionsverbänden müssen regelmäßig neu beantragt werden, auch wenn es sich um langfristig oder dauerhaft zu erbringenden Leistungen bei chronischen Erkrankungen handelt.

### Kompetenz von Ärzten wird infrage gestellt

Häufig wird die Verordnungskompetenz von Ärzten in Frage gestellt und notwendige Maßnahmen der Krankenbehandlung durch die Krankenkassen verändert oder gar gestrichen. Bei Verordnungen häus-licher Krankenpflege müssen Versicherte vorab nochmals bestätigen, dass sie die Leistungen selbst nicht erbringen können, obwohl der Arzt dies bereits geprüft hat. Die Verordnung und die Bestätigung des Versicherten müssen dann der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden, was häufig mit zusätzlichen Fahrten zum Patienten verbunden ist, weil neben Unterschrift und Stempel des Arztes besonderer Wert auf die Originale Unterschrift des Patienten gelegt wird.

Ein Pflegdienst kommt nicht umher diese Vorgänge zu begleiten bzw. zu unterstützen oder sogleich selbst auszuführen. Zudem sind die Ablaufwege schwer vermittelbar.

### Verordnung elektronisch an Kasse und Dienst senden

Der DEVAP fordert, dass der Gesamtvorgang endlich vereinfacht werden muss. Die ärztliche Verordnung ist als Grundlage der Arbeit des Pflegedienstes anzuerkennen. Diese muss direkt elektronisch an die Krankenkasse und zeitgleich an den vom Patienten gewählten Pflegedienst übermittelt werden können. Die Originalunterschrift unter jede einzelne Verordnung kann bereits heute durch elektronische Verfahren ersetzt werden. Die Krankenkasse hat das Recht, den Leistungsanspruch des Versicherten zu klären. Ein Eingriff in die ärztliche Verordnung muss sehr zeitnah erfolgen und inhaltlich verständlich erklärt sein. Allein der Medizinische Dienst der Krankenkassen ist dafür zuständig, medizinisch begründete Einwände vorab und direkt mit dem behandelnden Arzt zu klären. Hierdurch würde erheblicher manueller papiergebundener Aufwand entfallen.

### Hoher Aufwand beim Leistungsnachweis

Ein noch höherer Aufwand entsteht beim Leistungsnachweis, welcher ebenfalls eine Unterschrift im Original benötigt und fast überall noch papiergebunden, parallel zur elektronischen Rechnung, einzureichen ist. Jeder Paket- und Postzusteller lässt sich seine Leistung elektronisch bestätigen. Ort und Zeit werden dabei fälschungssicher miterfasst. Die stark überwiegende Zahl der Pflegedienste erfasst alle Leistung mit Smartphones ohnehin digital. Alle Leistungen und Einsatztage werden mit der Rechnung als digitaler Datensatz an die Pflege- und Krankenkassen übermittelt – die digitale Unterschrift wird nicht ermöglicht. Dadurch müssen Leistungsnachweise gedruckt, verteilt, eingesammelt, gescannt (für die eigene Archivierung) und per Briefumschlag versendet werden.

Auch die Entwicklung des Nachweisformulars für Beratungsbesuche bei Pflegegeldempfängern ist katastrophal. Auch hier verlangen Pflegekassen Echt-Unterschriften. Das mehrseitige Papierformular, welches in einer Ausfertigung auch vor Ort zu hinterlassen ist, produziert bei 2 500 000 Millionen Pflegegeldempfänger mit je zwei Besuchen pro Jahr und jeweils drei Seiten (zweifache Ausfertigung) bis zu 30 Millionen Blatt Papier. Dieses füllt mehrere LKW und ist per Post in Briefumschlägen zu versenden.

### Eine zertifizierte App für die Pflegeberatung

Es braucht hierfür eine zertifizierte App, beispielsweise auf Tablets, in welcher sowohl die Datenerhebung als auch die Bestätigung der Sicherstellung der Pflege vollständig papierlos erfolgen können. Dem Pflegebedürftigen kann eine verkürzte Zusammenfassung überlassen werden, da die meisten Formularfelder ohnehin ohne Eintrag sind. Am Ende des Besuches können die Daten in die Verwaltungen des Pflegedienstes und der Pflegekasse übermittelt werden. Eine elektronische Rechnungslegung ist zeitgleich möglich.

### Häufige Rückfragen bei Rechnungskürzungen

Rechnungskürzungen in der fälschlich als DatenträgerAUSTAUSCH bezeichneten Rechnungslegung finden derzeit unterschiedlich je nach Kasse statt. Die Systematik der Darstellung bewirkt erheblichen Mehraufwand für die Verwaltung, weil die Kürzungen meist nicht sachgerecht zuordnungsfähig sind. Einheitliche, aussagekräftige, elektronisch versandte Korrekturmeldungen könnten die häufig erforderlichen Rückfragen ersparen und rechtzeitig zum Zeitpunkt der Zahlung vorliegen.

Die Arbeit in der Verwaltung der ambulanten Dienste kann erheblich auf das tatsächlich erforderliche Maß verringert werden. Die Nutzung der digitalen Datenerfassung und insbesondere die Anerkennung digitaler Unterschriften würden Papier, Toner, Briefumschläge mit Porto und damit verbundenen Standard-Bürotätigkeiten alter Zeiten verzichtbar machen.

Sebastian Wirth ist Geschäftsführer der Diakoniestationen „An der Agger“ in Gummersbach (Nordrhein-Westfalen)
sebastian.wirth@diakonie-vor-ort.de
Thomas Bella ist Geschäftsführer der Diakoniestation Burgdorf e.V. in der Region Hannover.
bella@diakoniestation-burgdorf.de

DEVAP-Positionspapier „Bürokratieentlastung in der ambulanten Pflege – Forderungen zum Verordnungsmanagement und zum DTA-Verfahren“ unter carekonkret.net/downloads

DEUTSCHER EVANGELISCHER VERBAND FÜR ALTENARBEIT UND PFLEGE E.V.

**Anfrage 26.06.2019**

**Gastkommentar Carekonkret zur PM „Krankenkassen vernichten Wälder - Ambulante Verordnungs- und Abrechnungsprozesse endlich digital vereinheitlichen“**

Bürokratieentlastung und Verwaltungsvereinfachung in der ambulanten Pflege: Forderungen zum Verordnungsmanagement und zum DTA-Verfahren

Die Pflegebranche diskutiert über Pflegerobotik, Digitalisierung 4.0 und Sensortechnik in Privathaushalten, aber auf einen technisch simplen, wechselseitigen Austausch von Daten zwischen Krankenkassen und ambulanten Pflegediensten kann sich seit Jahren nicht geeinigt werden.

Die ärztliche Verordnung wird immer noch auf dem Postweg übermittelt. Obwohl die Versorgung des Patienten durch den Pflegedienst umgehend erfolgen soll, kürzen Krankenkassen 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. Bis zur Genehmigung 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.

Das Abrechnungsverfahren gestaltet sich ähnlich umständlich, weil der Datenträgeraustausch (DTA) derzeit eine Einbahnstraße ist. Die Idee 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 ist nach den Bereichen SGB XI und SGB V unterschiedlich. Für den Bereich SGB XI sind die Verbände der Leistungserbringer bei den Verhandlungen dabei; der Bereich SGB V wird einseitig von den Krankenkassen festgelegt. Auch müssen die meisten Verfahren zur Leistungserfassung, Beauftragung, Quittierung etc. noch handschriftlich von den Patienten und den Mitarbeitenden der Pflegedienste durchgeführt werden. In vielen anderen Arbeitsbereichen gibt es schon gesicherte technische Verfahren, die für den ambulanten Pflegebereich eingesetzt werden könnten.

Abhilfe kann aus Sicht des DEVAP grundsätzlich nur eine stringente Entbürokratisierung mit einheitlichen Verfahren für alle Krankenkassen und deren Vertragspartner schaffen. Wir fordern daher:

1. Für alle Schritte im Verordnungsmanagement müssen einheitliche digitale Lösungen eingeführt werden.
2. Für die Gegenzeichnung von Leistungen durch die Versicherten sind sichere technische Lösungen einzuführen oder es ist die Gesundheitskarte des Versicherten zu nutzen.
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.
4. Für das Zahlungsavis 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 und ein Beitrag für die Umwelt würde auch noch erfolgen…