

## AMBULANTE DIENSTE

Elektronischer Datenträgeraustausch

# Pflegeverbände und Kassen verschleppen Lösung

Jahrelang konnte sich die Selbstverwaltung nicht auf eine bundeseinheitliche Regelung für den papierlosen Leistungsnachweis einigen. Nun wird sie per Gesetz bestimmt. Das soll im Herbst in Kraft treten.

Von Lukas Sander

**Berlin** // Dass ausgerechnet das Bürokratienteilungsgesetz der Bürokratie zum Opfer fällt, entbehrt nicht einer gewissen Ironie. Die Vorgaben dieses Gesetzes hätten seit Januar 2018 umgesetzt werden müssen, aber davon ist man in der Pflege-Selbstverwaltung aus Bundesebene weit entfernt. Das Gesetz sieht vor, dass für Pflegedienste eine vollelektronische Abrechnung ermöglicht wird, inklusive eines vollelektronischen Leistungsnachweises. Darüber diskutierten Vertreter von Kassen und Pflegeverbänden über viele Monate ohne Ergebnis. Nun nimmt das Bundesgesundheitsministerium die Sache in die Hand. Das Verfahren wird per Gesetz bestimmt.

Dabei hatte die Konzentrierte Aktion Pflege (KAP) zuletzt hoffen lassen: Die Arbeitsgruppe 3 hatte in ihrem Abschlussbericht festgelegt, dass man bis Ende September 2019 eine Lösung finden wolle. Da die Selbstverwaltung aber wohl selbst nicht mehr an ihre Beschlussfähigkeit glauben konnte, baute man gleich die nächst höhere Eskalationsstufe ein:

Falls eine Einigung nicht gelingen sollte, sei das Bundesministerium für Gesundheit gefordert, „notwendige gesetzgeberische Maßnahmen“ einzuleiten.

Genau das passiert nun. Aus dem Bundesgesundheitsministerium hieß es, nun sollten „im parlamentarischen Verfahren zum Patientendatenschutz-Gesetz Ergänzungen bzw. Änderungen im SGB V und SGB XI auf den Weg“ gebracht werden, um die Einführung einer papierlosen elektronischen Abrechnung von Leistungen ambulanter Pflegedienste zu erleichtern. Das Gesetz soll im Herbst in Kraft treten.

### Viele Bundesländer sind schon auf dem Weg

Warum aber war es so schwierig, sich in Sachen DTA zu einigen? Technisch gibt es längst keine Probleme mehr, und auch organisatorisch gibt es einen Weg, wo es einen Willen gibt. Das zeigen Beispiele aus einzelnen Ländern. Denn durch § 106 SGB XI besteht bereits die Möglichkeit, dass die Landesverbände der Pflegekassen mit den Leistungserbringern verein-



Das Bürokratienteilungsgesetz sieht vor, dass für Pflegedienste eine vollelektronische Abrechnung ermöglicht wird, inklusive eines vollelektronischen Leistungsnachweises. Davon ist die Realität weit entfernt.

Foto: AdobeStock/rdnz

baren können, von der Versendung von Leistungsnachweisen abzusehen. In Niedersachsen etwa können E-Leistungsnachweise problemlos erstellt werden, in anderen Ländern wird gar kein Leistungsnachweis bei der Abrechnung verlangt. In Baden-Württemberg etwa reicht es, wenn

der Pflegedienst den Nachweis selbst archiviert. In Bayern muss der Nachweis keine Unterschrift des Versicherten enthalten.

Auf Bundesebene aber steckt der Teufel im Detail. So sind die Verhandlungen bislang vor allem an einem nur scheinbar nebensächlichen Detail gescheitert: Die Kassen verlangen, dass Pflegedienste ihre Leistungsdaten und -zeiten mitarbeiterbezogen erfassen, im Zuge des DTA übermitteln und somit den Kassen gegenüber offenlegen. Die Pflegeverbände wollen diesen sehr tiefen Einblicke in Betriebsinterna nicht gestatten – wohl aus Sorge, das könnte bei der nächsten Vergütungsverhandlung von den Kassen zum Drücken der Preise genutzt werden.

### Verbände lehnen Forderung der Kassen ab

Thomas Knieling, Bundesgeschäftsführer des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe (VDA) sieht die Verantwortung für die verfahrenesituation bei den Kassen: „Wir

befürworten die elektronischen Abrechnung. Die Umsetzung darf allerdings nicht durch die von den Kassen geforderten neuen Dokumentationspflichten zu einem Bürokratiemonster aufgebaut werden.“ Laut Knieling gibt es bei der Umsetzung des elektronischen Datenaustauschs gibt es noch Einigungsbedarf bei der Frage der Abrechnungsprüfung. Die Zuständigkeit für die Prüfung obliege allein dem Medizinischen Dienst im Rahmen der Qualitätsprüfung. „Die Forderung der Kassen nach Abrechnungsprüfung und diesbezüglichen Datenerhebung mitsamt der Datenverarbeitung stimmen wir nicht zu, da die Einbeziehung und Weitergabe der Leistungsdaten im Rahmen des DTA über die Kranken- und Pflegekassen gegen die gesetzlich verankerte alleinige Prüfzuständigkeit des MD verstoßen würden und für ein Mehr an Bürokratie sorgen würde“, so Knieling. Laut Knieling hätten die Leistungserbringerverbände dem Bundesgesundheitsministerium einen Kompromissvorschlag unterbreitet.

## DER BESCHLUSS DER KONZERTIERTEN AKTION PFLEGE

„Der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sind sich darüber einig, dass eine elektronische Abrechnung zu einer maßgeblichen Entlastung von beruflich Pflegenden, den Pflegeeinrichtungen und den Pflege- und Krankenkassen beiträgt und deshalb von allen Seiten angestrebt wird. Sie sind sich auch darüber einig, dass in einem zweiten Schritt geprüft werden muss, inwieweit die Modalitäten einer elektronischen Abrechnung von ambulanten Pflegesachleistungen auf die Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege übertragen werden können. Sie wirken bis zum 30. September 2019

darauf hin, dass die bestehende Vereinbarung gemäß § 105 Abs. 2 SGB XI unter den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine elektronische Abrechnung ohne Papierbelege angepasst wird. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet notwendige gesetzgeberische Maßnahmen ein, sollten der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bis zum oben genannten Datum die Vereinbarung gem. § 105 Abs. 2 SGB XI nicht angepasst haben.“

aus: Konzentrierte Aktion Pflege, AG 3

### Behandlungspflege in WGs

## Bundessozialgericht befasst sich mit Kostenstreit

**München** // Eine Krankenkasse streitet mit Bewohnern von Senioren-Wohngemeinschaften um die Übernahme von Kosten – nun landen die Klagen vor dem Bundessozialgericht (BSG). In dem Streit geht es etwa um die Übernahme von Kosten für das Anziehen von Thrombosestrümpfen oder für das Spritzen von Insulin. Dies fällt nach Ansicht der AOK Bayern unter die sogenannte einfache medizinische Behandlungspflege und soll vom Personal in einer Senioren- oder Demenz-WG übernommen werden, so dass für die Krankenkasse keine weiteren Kosten anfallen. Die Vorinstanz, das Bayerische Landessozialgericht, hatte drei Klägen - Privatpersonen - Recht gegeben und die Krankenkasse zur Übernahme der Kosten verpflichtet. Die AOK Bayern hat gegen das Urteil Revision einge-

legt, da sie „eine endgültige juristische Klärung der Frage“ anstrebe, wie eine Sprecherin der Kasse mitteilte.

Nach Ansicht von Experten hätte ein Urteil zugunsten der Kasse in der Praxis jedoch gravierende Auswirkungen. So kämen durch einen Wegfall der Kostenübernahme in vielen Fällen hohe Mehrkosten auf Betroffene zu. Angehörige von Bewohnern und Pflegedienste sehen durch einen Wegfall der Kostenübernahme die Zukunft der Wohnform Senioren-WG grundsätzlich infrage gestellt. Ein Urteil des BSG, der höchsten Instanz des Sozialrechts, dürfte richtungweisend für viele weitere Fälle sein. Allein in Bayern waren 2019 rund 150 ähnliche Fälle bei Gericht gelandet, darunter auch Klagen gegen eine weitere Krankenkasse, wie das Bayerische Landesso-

zialgericht zum damaligen Verfahren mitgeteilt hatte.

Bis zur rechtlichen Klärung übernimmt die AOK Bayern die strittigen Kosten weiterhin. Verhandlungstermine für die drei Fälle vor dem BSG in Kassel stehen noch nicht fest. Ende 2019 gab es 403 ambulante Wohngemeinschaften mit rund 3000 Bewohnern in Bayern. Deutschlandweit gab es 2016 rund 3200 ambulante Wohngruppen – so eine Schätzung des Bundesgesundheitsministeriums.

Die AOK hatte in ihrer Argumentation auf die Versorgung in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung verwiesen. Dort hatte das Bundessozialgericht eine Übernahme „einfachster Tätigkeiten der medizinischen Behandlungshilfe“ als Aufgabe der Einrichtungen definiert. (dpa/lS)

### Covid-19

## Pflegeberatung geht andere Wege

**Bremen** // „Wie für fast alle anderen Berufsbereiche bedingte der Verlauf der Corona-Krise auch für die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater eine notwendige Neuorientierung und Ausrichtung ihrer Tätigkeit“, beobachtet Hendrik Dohmeyer von der Pflegebudget-Beratung PflegeDschungel in der aktuellen Ausgabe von Häusliche Pflege.

Der GKV-Spitzenverband hat mit einem Rundschreiben am 15.4.2020 über die Möglichkeiten der digitalen Durchführung der Pflegeberatung informiert. „Auf Wunsch der betroffenen Familien war diese Form möglich und konnte abgerechnet werden. Der ohnehin schon vorhandene Flickenteppich an 16 unterschiedlichen Rahmenbedingungen zur 37,3 Beratung wurde in der Folge um weitere länderindividuelle Entscheidungen

zur Abrechnung erweitert“, kritisiert Dohmeyer.

Mangels zentraler Vorgaben, Hilfen und/oder Empfehlungen zu den inhaltlichen und didaktischen Umsetzungen dieser digitalen Beratung auf Distanz, hätten sich alle Pflegeberaterinnen und -berater selbst geeignete Konzepte entwickeln und deren Praxistauglichkeit individuell erproben müssen.

„Für viele waren auch die hierfür notwendigen technischen Ausstattungen und die Maßnahmen zur Wahrung des Datenschutzes eine enorme Hürde“, weiß er zu berichten. Sein Ratschlag: Die relevanten Unternehmer- und Berufsverbände müssten zukünftig technische und konzeptionelle Hilfen in den Schubladen vorrätig haben.

(lon)