









Abschlussevaluation zum Modellversuch:

"Verordnung häuslicher Krankenpflege (HKP) nach § 37 Absatz 2 SGB V"

Modell zur Stärkung des gegenseitigen Vertrauens und zur Entbürokratisierung

Laufzeit: 01.04.2014 - 30.04.2015









Autorinnen, Autoren, wissenschaftliche Begleitung

Prof. Dr. Reinhold Wolke (Hochschule Esslingen)

Anja Siegle, M. A.

Ruth Dankbar, B. A.

Sandra Dördelmann, B. A.

Daniela Steinacher, B. A.

Patrick Roigk, B. A.

Nadine Treff, B. A.

Projektbeteiligte

Dietrich-Schleicher, Barbara (Caritasverband Erzdiözese Freiburg)

Göppert, Martin (DAK Gesundheit)

Grljusic, Ivica (Ökumenische Sozialstation Sindelfingen)

Dr. Hannes, Waltraud (MDK Baden-Württemberg)

Hannuschka, Kristin (BARMER GEK)

Haußmann-Schaaf, Claudia (Sozialstation, Wendlingen)

Jensen, Martin (Sozialstationen Rheinfelden und Waldshut-Tiengen)

Koffner Markus (TK Techniker Krankenkasse)

Kucher, Rüdiger (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg)

Matenaer, Renate (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg)

Mayer, Birgit (Caritasverband Rottenburg-Stuttgart)

Müller, Joachim (Verband der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg)

Dr. Noller, Silvia (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg)

Scheller, Walter (Verband der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg)

Schwegler, Ruth (Diakonisches Werk Württemberg)

Winker Frank (Verband der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg)

Inhaltsverzeichnis

Kurzdarstellung der Studie	1
1 Einleitung	7
1.1 Relevanz	7
1.2 Zielsetzung	9
1.3 Teilnehmende Projektpartner	11
1.4 Inhalt des vorliegenden Berichts	12
2 Bürokratie und Vertrauen im Verordnungsprozess häuslicher Krankenpflege	13
2.1 Bürokratie	13
2.2 Verantwortung und Vertrauen	16
2.3 Folgerungen für den Verordnungsprozess häuslicher Krankenpflege	
3 Der Verordnungsprozess zur häuslichen Krankenpflege	
3.1 Verordnungsprozess gemäß Richtlinie (RVhK)	
3.2 Verordnungsprozess häuslicher Krankenpflege gemäß RVhK 2014 versus gelebter	
Verordnungspraxis	30
3.2.1 Grundsätzliche Problemstellung	30
3.2.2 Prozess der Feststellung der Notwendigkeit der häuslichen Versorgung	31
3.2.3 Verordnung der häuslichen Krankenpflege (Verordnungsmanagement)	31
3.2.4 Genehmigung der Verordnung	33
3.3 Der Modell-Verordnungsprozess zur Verordnung häuslicher Krankenpflege	35
3.3.1 Inhaltsüberblick	
3.3.2 Prozess zur Feststellung der Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege	
3.3.4 Genehmigung der Verordnung	
4 Methodisches Vorgehen bei der Abschlussevaluation	39
4.1 Studiendesign	39
4.2 Interventionsphase	43
4.3 Erhebungsinstrumente und Auswertung	44
5 Ergebnisse	48
5 1 Stichnrohen-/Teilnahmeanalyse	48

	5.2 Ergebnisse aus der Befragung der Patientinnen und Patienten (Quantitative	
	Evaluation)	50
	$5.2.1$ Ausgangserhebung T_0 bei Patientinnen und Patienten	50
	5.2.2 Folgeerhebung T ₁ bei Patientinnen und Patienten	56
	5.3 Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews (Qualitative Evaluation)	60
	5.3.1 Ergebnisse der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte	60
	5.3.3 Ergebnisse der Ersatzkassen	78
	5.3.4 Ergebnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)	97
	EXKURS Prüfung durch den MDK	101
	5.4 Zusammenführende Ergebnisse	102
	5.4.1 Bürokratischer Aufwand	102
	5.4.2 Erlebte Zusammenarbeit im Modell-Verordnungsprozess	113
	5.4.3 Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten im Modellversuch	
	5.4.4 Reflexion des Modell-Verordnungsprozess	
(6 Diskussion der Ergebnisse	127
	6.1 Hypothesengeleitete Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	127
	6.2 Gegenstand: Prozesstreue	127
	6.3 Gegenstand: "Entbürokratisierung"	135
	6.4 Gegenstand: Gesundheitsbezogene Lebensqualität	145
	6.5 Weiterführende Diskussion	151
-	7. Fazit	153
	7.1 Wesentliche Erkenntnisse	
	7.2 Ableitungen von Handlungsoptionen aus dem Datenmaterial	
	7.3 Bewertung der Abschlussevaluation	
	Glossar	161
I	Literaturverzeichnis	161
	Anhang	160

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Entwicklung der Ausgaben für hausliche Krankenpflege in Deutschland	8
Abbildung 2 Korporative Ebene und Individualebene der Akteurinnen und Akteure im	
Gesundheitswesen	16
Abbildung 3 Prozess der Genehmigung nach RVhK als Flowchart	24
Abbildung 4 Verordnungsformular für häusliche Krankenpflege M12	30
Abbildung 5 Evaluation - Problem: Parallel- bzw. Schattenprozess	34
Abbildung 6 Modell-Verordnungsprozess zur Verordnung häuslicher Krankenpflege	36
Abbildung 7 Zeitlicher Ablauf der Evaluation	40
Abbildung 8 Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten Ausgangserhebung	51
Abbildung 9 Auswahl des Pflegedienstes Ausgangsbefragung	52
Abbildung 10 Ergebnis der Ausgangserhebung - wer holte die Verordnung ab	53
Abbildung 11 Angaben zur Einschätzung des Verordnungsprozess - Ausgangserhebung.	55
Abbildung 12 Wer hat die Verordnung ausgefüllt, Folgeerhebung	57
Abbildung 13 Ergebnis der MDK Prüfungen der Modellverordnungen	102
Abbildung 14 Wege im Modell-Verordnungsprozess T ₁	134
Abbildung 15 Wege im Verordnungsprozess Ausgangssituation T ₀	136
Abbildung 16 Wahrnehmung der Verordnung als "bürokratisch"	138
Abbildung 17 "Gab es Nachfragen zur Verordnung"	138
Abbildung 18 Zustimmung zu Aussagen im Rahmen des Verordnungsprozesses	139
Abbildung 19 SF-12 Ergebnisse der Ausgangserhebung	147
Abbildung 20 Vergleich der Ergebnisse SF-12	148
Abbildung 21 Vergleich der Lebensqualität durch häusliche Krankenpflege	148
Tabellenverzeichnis	
Tabelle 1 Entwicklung häuslicher Krankenpflege in Deutschland	7
Tabelle 2 Anzahl der im Haushalt lebenden Personen	50
Tabelle 3 Ich konnte mich nicht selbst um die Verordnung kümmern	54
Tabelle 4 Übersicht Bürokratischer Aufwand im ursprünglichen Verordnungsprozess	
(Schattenprozess)	103
Tabelle 5 Übersicht Bürokratischer Aufwand im Modell-Verordnungsprozess	109
Tabelle 6 Erlebte Zusammenarbeit im Modell-Verordnungsprozess	113
Tabelle 7 Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten im Modellversuch	119
Tabelle 8 Reflexion des Modellversuchs	122
Tabelle 9 Vergleich Ausgangserhebung - Folgeerhebung: Alter	131
Tabelle 10 Mann-Whitney U Test bei unabhängigen Stichproben: Alter	131
Tabelle 11 Kreuztabelle Belastung (Zustimmung)	139
Tabelle 12 Chi-Quadrat Test zur Belastung (Zustimmung)	140

Tabelle 13 SF-12 Körperliche Summenskala Ausgangssituation T ₀	145
Tabelle 14 SF-12 Psychische Summenskala Ausgangssituation T ₀	145
Tabelle 15 SF-12 Körperliche Summenskala Folgeerhebung T ₁	146
Tabelle 16 SF-12 Psychische Summenskala Folgeerhebung T₁	147

Abkürzungsverzeichnis

Abs. Absatz

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

bsplw. Beispielsweise

DAK Deutsch Angestellten Krankenkasse
DeGEval Deutsche Gesellschaft für Evaluation

d.h. das heißt

et al. et alii (lat. und andere)

EQ-5D Euroquol Quality of life – 5 dimensions

EU Europäische Union ff. fortfolgende

GBE Gesundheitsberichterstattung
GKV Gesetzliche Krankenversicherung

HKP Häusliche Krankenpflege

i.d.R. in der Regel

KV Kassenärztliche Vereinigung

KVBW Kassenärztliche Vereinigung Baden Württemberg MDK Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen

Millionen Mrd. Milliarden

PPSQ-AC Paderborn patient satisfaction questionnaire, ambulant care RVhK Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege

SD Standard Deviation, Standardabweichung

SF-12 Short form 12
 SF-36 Short form 36
 SGB Sozialgesetzbuch
 TK Technikerkrankenkasse

usw. und so weiter

vdek Verband der Ersatzkassen

vgl. vergleichend vs. versus z. B. zum Beispiel z. T. zum Teil

Kurzdarstellung der Studie

Anlass:

Menschen, die häusliche Krankenpflege erhalten, sind in der Regel hochaltrig, hilfebedürftig und in ihrer Gesundheit sowie ihren alltagspraktischen Fähigkeiten eingeschränkt: Der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes ist zu entnehmen, dass im Dezember 2011 von zu Hause gepflegten Menschen ca. ein Drittel (30 %) der Fälle 85 Jahre und älter sind. 62 Prozent der zu Hause Versorgten waren Frauen (vgl. Destatis 2013b).

Damit Menschen häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V zur Sicherung des ärztlichen Behandlungsziels erhalten können, benötigen sie eine ärztlich ausgestellte Verordnung.

Der derzeitige Prozess zur ärztlichen Verordnung, so wie er in der "Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege" (RVhK) festgelegt ist, gilt als sehr aufwändig und schwierig umzusetzen (vgl. Beikirch 2013; vgl. Destatis 2013a; vgl. Nett 2014). Auch Büscher und Horn konstatieren, dass sich bei der Erbringung von Pflegeleistungen bürokratische Probleme finden, wie zum Beispiel hinsichtlich Genehmigungsverfahren und Ablehnung der Leistungen (vgl. Büscher, Horn 2010, S. 13, S. 16). Am Beispiel des Beantragungs- und Genehmigungsprozesses für ambulante Pflegeleistungen wird deutlich, dass die Komplexität des Vorgangs eine Barriere für die Inanspruchnahme der Leistungen darstellt. Insbesondere die zeitliche Belastung und die Dauer des Verfahrens werden als kritisch angesehen (vgl. Destatis 2013b, S. 141).

Folgerichtig empfiehlt der Runde Tisch Pflege als gemeinsame Initiative vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Gesundheit sowie Vertreterinnen und Vertreter aus Verbänden, aus Ländern und Kommunen, Praxis und Wissenschaft (vgl. BMFSF 2010), "(...) die Anordnungsproblematik häuslicher Krankenpflege (...) zu überprüfen und im Interesse aller Beteiligten zu vereinfachen" (Runder Tisch Pflege, Arbeitsgruppe III 2005, S. 21). Diese Empfehlung verweist auf den Handlungsbedarf hinsichtlich des bürokratischen Aufwands im Bereich der ambulanten Versorgung.

Diese Situation ist Anlass für einen Modellversuch zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege mit dem Verband der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und vier ambulanten Pflegediensten als Beteiligte. Im Zentrum dieser Entwicklung stehen, neben der Entlastung der Akteure, die Patientenzufriedenheit und die Qualität der Behandlungspflege durch Entbürokratisierung in einem überarbeiteten Modell-Verordnungsprozess zur Verordnung häuslicher Krankenpflege (vgl. vdek 2014; vgl. KVBW 2014; vgl. Hamann2014).

Zielsetzung:

Das Ziel des vorliegenden Modellversuchs besteht darin, eine Entbürokratisierung des Verordnungsprozesses häuslicher Krankenpflege vorzunehmen und damit den Abstimmungsaufwand zwischen den Ersatzkassen, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, ambulanten Pflegediensten sowie Patientinnen und Patienten zu reduzieren. Zudem sollen eine Stärkung des gegenseitigen Vertrauens sowie der Abbau von Misstrauen in der Versorgungskette erfolgen. Den am Modellversuch Beteiligten war besonders wichtig, dass die Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten, vor allem im Blick auf das Versorgungsziel, stabil bleibt. Dabei soll eine kostenneutrale Umsetzung im Modellversuch stattfinden.

Zur Umsetzung dieser Ziele im Rahmen des Modellversuchs wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen, die sich im Wesentlichen auf den Verordnungsprozess häuslicher Krankenpflege beziehen. Der ursprüngliche Verordnungsprozess wurde für den Modellversuch wie folgt überarbeitet:

- Erstens soll die Verordnung häuslicher Krankenpflege ausschließlich mit den Daten der Patientinnen und Patienten, den verordnungsrelevanten Diagnosen und dem Versorgungsziel durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte versehen werden. Dabei wird auf eine Festlegung der Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege ärztlicherseits weitgehend verzichtet, mit Ausnahme der Medikation.
- Zweitens konkretisiert der ambulante Pflegedienst die Verordnung häuslicher Krankenpflege inhaltlich; er legt die zu erbringenden Maßnahmen fest und setzt diese um.
- Drittens gilt diese Form der Verordnung von der Ersatzkasse als unmittelbar genehmigt.

Angewandte Methoden:

Um den neuen Modell-Verordnungsprozess evaluieren zu können, waren die Erhebung der Perspektiven aller Akteure im Prozess notwendig. Aus diesem Grunde wurden alle Beteiligten, die den neuen Modell-Verordnungsprozess umgesetzt und erlebt haben, miteinbezogen. Als Akteurinnen und Akteure wurden Patientinnen und Patienten, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, ambulante Pflegedienste, die Ersatzkassen und der MDK identifiziert.

Neben Berücksichtigung der verschiedenen Perspektiven der Akteure zeichnet sich das Forschungsdesign durch einen Methodenmix aus quantitativen und qualitativen Anteilen aus.

Um die Perspektive der Patientinnen und Patienten bezogen auf den Verordnungsprozess aufzunehmen, wurde ein Vorher-Nachher-Design mit zwei Kohorten gewählt. Patientinnen und Patienten der beiden Kohorten, die häusliche Krankenpflege erhielten, wurden vor (Ausgangserhebung, Kohorte 1) und nach Einführung des Modell-Verordnungsprozess (Folgeerhebung, Kohorte 2) anhand von schriftlichen, anonymen Fragebögen befragt. Der Zugang zu den Patientinnen und Patienten wurde über die ambulanten Pflegedienste erreicht.

Die qualitative Datenerhebung erfolgte mit leitfadengestützten Telefoninterviews (elf niedergelassene Ärztinnen und Ärzte) sowie leitfadengestützten Frontalinterviews (vier Personen der ambulanten Pflegedienste, vier Personen der Ersatzkassen sowie einer Person des MDK).

Zusammenfassung der Ergebnisse:

Die durchgeführte Befragung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehöriger auf der einen Seite und der Befragung von Vertreterinnen und Vertretern der Ärzteschaft, der Pflegeeinrichtungen, dem medizinischen Dienst der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf der anderen Seite verdeutlicht – erstmals auch aus der Adressatenperspektive – wie wenig der derzeitig gültige Verordnungsprozess gemäß der RVhK den Bedürfnissen und der Lebenssituation der betroffenen Patientinnen und Patienten gerecht wird. Der Richtlinienprozess wird in der Verordnungspraxis nicht angewandt, Schattenprozesse haben sich etabliert. Soll eine Richtlinie zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege in der Realität für die Versorgungspraxis anwendbar sein, bedarf es folglich eines vereinfachten Verordnungsverfahrens häuslicher Krankenpflege. Der in einer Richtlinie definierte Prozess muss sich einerseits an den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Betroffenen orientieren und gleichzeitig die Qualität und Ordnungsmäßigkeit der Versorgung sicherstellen. Der gegenwärtig in der RVhK definierte Verordnungsprozess erfüllt diese Anforderungen nicht.

Es wurde ebenfalls deutlich, dass mit dem aktuellen Verordnungsprozess gemäß Verordnungsrichtlinie (RVhK) sowohl für Patientinnen, Patienten bzw. Angehörige, als auch für ambulante Pflegedienste, Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenkassen ein hoher Arbeitsaufwand verbunden ist – auch um die dem Verordnungsprozess nach RVhK eigenen spricht Defizite zu kompensieren. Dies für eine Entbürokratisierung Verordnungsprozesses. Hierbei ist bei einer Überarbeitung zu beachten, dass Verantwortlichkeiten klar geregelt sind und haftungsrechtlichen Anforderungen entsprochen wird. Es gilt, das Patientenwohl in den Mittelpunkt der Prozessorganisation zu stellen. Zudem sind aber auch die jeweiligen Kompetenzen der weiteren Beteiligten im Verordnungsprozess, insbesondere von Ärzteschaft und Pflege, angemessen zu berücksichtigen.

Mit Blick auf die gegenwärtige Konstruktion des Verordnungsprozesses ist zu bemerken:

- Für pflegebedürftige, alte Menschen, die häuslicher Krankenpflege bedürfen, ist es nur schwer möglich nach einer Erstverordnung innerhalb von 14 Tagen eine erneute Verordnung zu organisieren und diese vom Arzt zum ambulanten Pflegedienst und dann (innerhalb drei Tage) zur Krankenkasse zu bringen. Dabei ist zu bedenken, dass auf häusliche Krankenpflege nur derjenige Anspruch hat, bei dem keine im Haushalt lebende Person diese Leistung erbringen kann, also diese Menschen sehr häufig alleine leben.
- Gegenwärtige Situation ist, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte eine für Krankenkassensachbearbeiterinnen und -sachbearbeiter plausibel nachvollziehbare Verordnung häuslicher Krankenpflege ausfüllen sollen, allerdings ohne dass die für die Plausibilität notwendigen verordnungsrelevanten Fähigkeitsstörungen im Formular abgefragt werden.
- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verantworten pflegerische Leistungen im häuslichen Kontext. Die pflegefachliche Qualifikation ist aber nicht Teil der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern. Ärztinnen und Ärzte haben in der Regel pflegerische Kompetenz im Lauf ihrer praktischen Ausbildung erworben, die sie befähigen, Maßnahmen im Rahmen der Behandlungspflege zu beurteilen und zu verordnen. Dieser Kompetenzerwerb ist aber nicht systematisiert und theoriefundiert.
- Grundsätzlich ist die Diskrepanz der Rolle der Pflege zwischen den Gesetzbüchern SGB V versus SGB XI nicht nachvollziehbar. Während der Pflege im Sozialgesetzbuch XI weitgehend eigene Entscheidungsspielräume eingeräumt werden, beispielsweise bei der Festlegung von pflegerischen Unterstützungsmaßnahmen, ist dies im Sozialgesetzbuch V – und hier auch explizit im Kontext der häuslichen Krankenpflege – nicht der Fall. Hier liegt der Schwerpunkt auf der Umsetzung ärztlicher Anweisungen.
- Der ambulante Pflegedienst wird durch den häufigeren und engeren Kontakt zur Patientin, zum Patienten
 - o vorliegende Funktionseinschränkungen eher wahrnehmen,
 - o die Notwendigkeit von Veränderungen in der häuslichen Krankenpflege als Erster feststellen oder
 - o erkennen, ob Angehörige entlastend miteinbezogen werden können.
- Es kann davon ausgegangen werden, dass häusliche Krankenpflege da am besten gelingt, und zwar sowohl aus wirtschaftlicher Sicht als auch aus Sicht des Patientenwohls, bei der der ambulante Pflegedienst und die niedergelassene Ärztin, der niedergelassene Arzt im guten Austausch stehen und eng zusammenarbeiten.
- Die korrekt ausgestellte Verordnung durch die niedergelassene Ärztin, den niedergelassenen Arzt und die Einreichung der Verordnung durch die Patientin,

- den Patienten haben direkte Auswirkungen auf die Vergütung der ambulanten Pflegedienste, ohne dass diese für einen sicheren Ablauf sorgen oder die Vollständigkeit der Verordnung gewährleisten können.
- Aus Perspektive der Ersatzkassen ist die Prüfung der Verordnung zur häuslichen Krankenpflege ein richtlinienkonformer Prozess, der in allen Ersatzkassen etabliert ist. Ein Wegfall dieser Prüfung wird überwiegend als "Verlust" wahrgenommen. Die Prüfung dient dazu unnötige, unplausible oder falsch abgerechnete Leistungen zu identifizieren.
- Im Zusammenhang mit der Verordnung von häuslicher Krankenpflege hat sich eine ausgeprägte Prüfkultur etabliert. Zunächst prüfen und genehmigen Krankenkassensachbearbeiterinnen und -bearbeiter – meist ohne einschlägige pflegefachliche Qualifikation – die ärztlichen Verordnungen häuslicher Krankenpflege. Neben der Prüfung durch die Sachbearbeiterinnen bzw. Sachbearbeiter der Krankenkassen auf Plausibilität erfolgen weitere fachliche Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen, dem der Gesetzgeber diese Aufgabe zugedacht hat. Zudem erfolgt Abrechnungsprüfung durch die zuständige Krankenkasse bzw. durch externe Dienstleister. Auf derart weitgehende Prüfroutinen wird beispielsweise bei der Verordnung von Medikamenten verzichtet. Demgegenüber steht die Aussage der Ersatzkassen, sie können durch die Prüfungen der Verordnungen Missbrauch schneller erkennen.

Die Reflexion der Aussagen der Akteure und die Ergebnisse der Befragung der Empfängerinnen und Empfänger häuslicher Pflegeleistungen im Rahmen der vorliegenden Studie untermauern folglich die Notwendigkeit, den Verordnungsprozess für häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V Abs. 2 zur Unterstützung des ärztlichen Behandlungsziels zu reformieren und bestätigen damit die Position und den Modellversuch des Verbandes der Ersatzkassen (vdek), der Landesvertretung Baden-Württemberg, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und der vier beteiligten ambulanten Pflegedienste.

Offensichtlich ist, dass der Verordnungsprozess im Modellversuch dem richtlinienkonformen Verordnungsprozess überlegen ist.

Trotz Vereinfachung der Bürokratie und Verzicht auf den umfangreichen Genehmigungsprozess verlief der Modellversuch kostenneutral für die Ersatzkassen. Auch waren die Patientinnen und Patienten genauso gut versorgt wie vorher, mitunter wurde von Verbesserungen berichtet. Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten war in Ansätzen eine Zeitersparnis zu erkennen. Folgerichtig befürworten die Akteure, insbesondere die KVBW und die Vertreter der Leistungserbringer, aber auch MDK und Kostenträger für die Zukunft einen vereinfachten Genehmigungsprozess in Verbindung mit weiteren Handlungsoptionen, die zu verhandeln sind (z.B. Stichprobenprüfungen, Entfristung usw.).

Abschlussbewertung der Evaluation:

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden die Standards der deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval 2015) berücksichtigt, was auch durch die Mitglieder der Steuerungsgruppe Bestätigung fand.

Insgesamt handelt es sich um eine kleine Studie, die jedoch zentrale, nachvollziehbare Ergebnisse generiert hat.

Hier sei kurz auf die besonderen Stärken der Studie hingewiesen:

- Perspektivenvielfalt Die Perspektive der ambulanten Pflegedienste, der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, der Ersatzkassen und des MDK wurden berücksichtigt. Zudem wurde erstmals auch die Perspektive der Patientinnen und Patienten miteinbezogen.
- Methodenmix aus
 - o quantitativen (begrenzte Realitätsausschnitte werden stark vereinfacht, standardisiert erhoben) und
 - o qualitativen Erhebungsformen (Rekonstruktionen der subjektiven Wirklichkeit).
- Die subjektiven Vorstellungen sowie die Komplexität sind systematisch erfasst, gegenübergestellt und analysiert.

Auch wenn die Studie keine Repräsentativität in Anspruch nehmen kann, so ist es doch angesichts starker Normierungen im Handlungsfeld wahrscheinlich und plausibel, dass sich im Falle einer umfassenderen Studie vergleichbare Resultate zeigen werden. Darüber hinaus ist eine Übertragbarkeit auf andere Bundesländer, Versicherte anderer Krankenkassen, andere ambulante Pflegedienste, andere niedergelassene Ärztinnen und Ärzte höchstwahrscheinlich möglich, denn es gelten die gesetzlichen Regelungen bundesweit und die Akteure sind in vergleichbaren Situationen.

Im Rahmen des Modell-Versuchs haben sich einige Handlungsoptionen (z.B. Veränderung des Verordnungsformulars, Entfristungen, Veränderungen des Prozesses usw.) gezeigt. Um die Handlungsoptionen zu prüfen und weiter zu entwickeln, wäre es ein möglicher Ansatz, Arbeitsgruppen, bestehend aus allen Projektbeteiligten, zu bilden. Als eine zentrale Erkenntnis wurde innerhalb der Arbeitsgruppe des Modellversuchs konstatiert, dass es gelungen ist, ein Verständnis für die unterschiedlichen Perspektiven der Akteure zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund wird die Fortsetzung der Zusammenarbeit von einigen der beteiligten Akteure explizit gewünscht.

1 Einleitung

1.1 Relevanz

Im Verlauf des Jahres 2013 erhielten in Deutschland etwa 2,44 Mio. Menschen häusliche Krankenpflege nach SGB V. Bei durchschnittlich 88,84 Leistungstagen je Fall kumulierte sich die Anzahl der Leistungstage im Jahr 2013 auf insgesamt 216,96 Mio. Tage.

Auffällig ist, dass die durchschnittliche Dauer des Leistungsbezugs je Fall stieg, während die Anzahl der Leistungsfälle in den letzten Jahren gesunken ist. In der Summe erhöhte sich die Anzahl der Leistungstage zwischen 2010 und 2013 um 8,40 Prozent (Tab. 1, GBE 2014).

Tabelle 1 Entwicklung häuslicher Krankenpflege in Deutschland

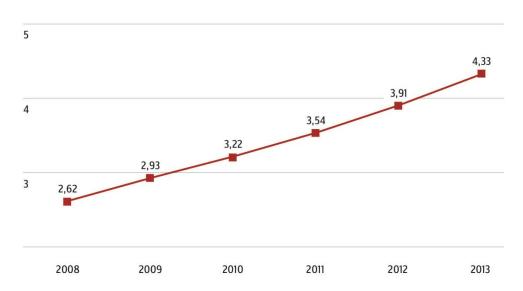
	2000	2010	2011	2012	2013
Leistungsfälle	2.174.963	3.174.019	3.052.292	2.884.942	2.442.189
Leistungstage	125.429.661	200.128.795	205.728.961	231.782.843	216.962.672
Leistungstage je					
Fall	57,67	63,05	67,40	80,34	88,84

(Quelle: GBE 2014)

Menschen, die häusliche Krankenpflege erhalten, sind in der Regel alt, krank, hilfebedürftig und in ihren alltagspraktischen Fähigkeiten eingeschränkt. Der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes ist zu entnehmen, dass im Dezember 2011 von den zu Hause gepflegten Menschen ca. ein Drittel (30 %) der Fälle 85 Jahre und älter waren. Der Anteil der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III betrug in den Pflegeheimen 20 Prozent – bei den zu Hause Versorgten 9 Prozent. 62 Prozent der zu Hause Versorgten waren Frauen (vgl. Destatis 2013b).

In der Folge des Anstiegs der Anzahl der Leistungsfälle (Tab. 1) bis zum Jahr 2012 konnte auch ein Anstieg der Leistungsausgaben für häusliche Krankenpflege beobachtet werden. Im Jahr 2013 betrugen diese Ausgaben nunmehr 4,33 Mrd. Gegenüber den Ausgaben im Jahr 2010 bedeutet dies eine Steigerung von 34,50 Prozent (Abb. 1, GKV-Spitzenverband 2014).

Angaben in Mrd. Euro



(Quelle: GKV-Spitzenverband 2014)

Damit Menschen häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V zur Sicherung des ärztlichen Behandlungsziels erhalten können, benötigen sie eine ärztlich ausgestellte Verordnung.

Der derzeitige Verordnungsprozess, so wie er in der "Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege" (RVhK) festgelegt ist, gilt als sehr aufwändig und schwierig umzusetzen (vgl. Beikirch 2013; vgl. Destatis 2013a; vgl. Nett 2014). So weist Manssen (2006) darauf hin, dass der bürokratische Aufwand aufgrund der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen mitunter verstärkt wird. Als Beispiel wird die Festlegung des Landesbasisfallwertes im Krankenhausfinanzierungsrecht genannt (vgl. Manssen 2006, S. 28). Auch bei der Erbringung von Pflegeleistungen finden sich bürokratische Probleme, wie zum Beispiel hinsichtlich Genehmigungsverfahren und Ablehnung der Leistungen (vgl. Büscher, Horn 2010, S. 13, S. 16). Am Beispiel des Beantragungs- und Genehmigungsprozesses für ambulante Pflegeleistungen wird deutlich, dass die Komplexität des Vorgangs eine Barriere für die Inanspruchnahme der Leistungen darstellt. Insbesondere die zeitliche Belastung und die Dauer des Verfahrens werden als kritisch angesehen (vgl. Destatis 2013b, S. 141).

Auch aus der Sicht der Patientinnen und Patienten ist der bürokratische Aufwand unter Umständen sehr hinderlich, denn bei der Beantragung von Leistungen unterschiedlicher Bereiche der Sozialversicherung sind die Betroffenen mit einer für sie undurchsichtigen Sozialbürokratie konfrontiert. Insbesondere bei Leistungen der Pflegeversicherung weisen die Unterstützungsleistungen eine geringe Variabilität in wechselnden Krankheitsverlaufsphasen auf. Hier sind die Patienteninformation und -beratung über die

Versorgungswesen und Modalitäten der Nutzung der Leistungen unerlässlich (vgl. Müller-Mundt und Schaeffer 2003, S. 146, S. 147).

Folgerichtig empfiehlt der Runde Tisch Pflege als gemeinsame Initiative vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Gesundheit sowie Vertreterinnen und Vertreter aus Verbänden, aus Ländern und Kommunen, Praxis und Wissenschaft (vgl. BMFSF 2010), "(...) die Anordnungsproblematik häuslicher Krankenpflege (...) zu überprüfen und im Interesse aller Beteiligten zu vereinfachen" (Runder Tisch Pflege, Arbeitsgruppe III 2005, S. 21). Diese Empfehlung verweist auf den Handlungsbedarf hinsichtlich des bürokratischen Aufwands im Bereich der ambulanten Versorgung.

Diese Situation ist Anlass für einen Modellversuch zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege mit dem Verband der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und vier ambulanten Pflegediensten als Beteiligte. Im Zentrum dieser Entwicklung stehen, neben der Entlastung der Akteure, die Patientenzufriedenheit und die Qualität der Behandlungspflege durch Entbürokratisierung in einem überarbeiteten Modell-Verordnungsprozess zur Verordnung häuslicher Krankenpflege (vgl. vdek 2014; vgl. KVBW 2014; vgl. Hamann 2014).

Der Modellversuch und die zugehörige Evaluation sind in die Versorgungsforschung einzuordnen. Die "Versorgungsforschung orientiert sich zum einen auf bereits vorhandene Versorgungsstrukturen und -prozesse und zum anderen auf innovative, evidenzbasierte Weiterentwicklungen unter Berücksichtigung und Erhalt bestehender Strukturen" (Gräßel et al. 2014, S. 3). Eine wissenschaftlich-praktische Betrachtung des Versorgungsgeschehens innerhalb der theoretischen Systemperspektive findet kaum statt (vgl. Gräßel et al. 2014, S. 6). "Trotz der Berechtigung von Teilbetrachtungen, die bspw. detailliert die Inanspruchnahme von Leistungen beschreiben (Input-Forschung), ist die Herausforderung anzunehmen, in neuen Studien die Gesamtsystemperspektive der Versorgung bspw. für bestimmte Personengruppen, Regionen oder Krankheitsentitäten einzunehmen" (Gräßel et al. 2014, S. 6). Aktuelle Prozesse am Beispiel der ambulanten Pflege zu untersuchen, stellt daher nur eine von vielen Herausforderungen dar. Zudem gilt es, diese Prozesse weiterzuentwickeln und bürokratische Hürden zu überwinden.

1.2 Zielsetzung

Das Ziel des vorliegenden Modellversuchs besteht darin, eine Entbürokratisierung des Verordnungsprozesses häuslicher Krankenpflege vorzunehmen und damit den Abstimmungsaufwand zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, ambulanten Pflegediensten, Krankenkassen sowie Patientinnen und Patienten zu reduzieren. Zudem

sollen eine Stärkung des gegenseitigen Vertrauens sowie der Abbau von Misstrauen in der Versorgungskette erfolgen. Den am Modellversuch Beteiligten (Kapitel 1.3) war besonders wichtig, dass die Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten, vor allem im Blick auf das Versorgungsziel, stabilisiert und verbessert werden soll. Dabei soll eine kostenneutrale Umsetzung im Modellversuch stattfinden.

Ziele des Modellversuchs:

- Entbürokratisierung weniger Abstimmungsaufwand zwischen ÄrztInnen, Pflegediensten, PatientInnen.
- Stärkung des gegenseitigen Vertrauens, Abbau von Misstrauen in der Versorgungskette
- Stabilisierung/Verbesserung der Versorgung der PatientInnen mit Bezug auf das Versorgungsziel.
- Kostenneutrale Verbesserung im Modell.

Zur Umsetzung dieser Ziele im Rahmen des Modellversuchs wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen, die sich im Wesentlichen auf den Verordnungsprozess häuslicher Krankenpflege beziehen. Der ursprüngliche Verordnungsprozess wurde für den Modellversuch wie folgt überarbeitet (Abb. 5, S. 37):

- Die Verordnung häuslicher Krankenpflege soll ausschließlich mit den Daten der Patientinnen und Patienten, den verordnungsrelevanten Diagnosen und dem Versorgungsziel durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte versehen werden. Dabei wird auf eine Festlegung der Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege ärztlicherseits weitgehend verzichtet, mit Ausnahme der Medikation.
- Der ambulante Pflegedienst konkretisiert die Verordnung häuslicher Krankenpflege inhaltlich; er legt die zu erbringenden Maßnahmen fest und setzt diese außerdem um.
- Die Verordnung gilt in dieser Form von der Ersatzkasse als unmittelbar genehmigt.

Diese Interventionen im Rahmen des Modellversuchs haben einen Bezugspunkt zu bestehenden Vertrauensbeziehungen und bürokratischen Strukturen (Kapitel 2.1, Kapitel 2.2), die daher neben der modellhaften Umgestaltung des Verordnungsprozesses (Kapitel 3.3) eine theoretische Auseinandersetzung erfordern.

Der Verordnungsprozess der häuslichen Krankenpflege im Modellversuch wird im Rahmen des vorliegenden Projektberichtes evaluiert.

1.3 Teilnehmende Projektpartner

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Modellversuchs trafen sich in etwa zehn Steuerungsgruppensitzungen, um die wesentlichen Inhalte des Modellversuchs abzustimmen. Die beteiligten Teilnehmerinnen und Teilnehmer brachten sich stellvertretend für ihre Organisationen in das Projekt ein.

Im Modellversuch kamen die Vertreterinnen und Vertreter der folgenden Institutionen zusammen:

- Verband der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg
- Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK Gesundheit)
- Barmer GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Kaufmännische Krankenkasse (KKH)
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)
- Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg
- Caritasverband Rottenburg-Stuttgart
- Diakonisches Werk Württemberg
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) Baden-Württemberg
- Ökumenische Sozialstation Sindelfingen
- Sozialstation Wendlingen
- Sozialstationen Rheinfelden und Waldshut-Tiengen
- Hochschule Esslingen (wissenschaftliche Begleitung)

Die entsandten Personen der Organisationen sind der folgenden Aufzählung zu entnehmen:

Ersatzkassen/vdek

- Göppert, Martin (DAK Gesundheit)
- Hannuschka, Kristin (Barmer GEK)
- Koffner Markus (TK)
- Müller, Joachim (vdek)
- Winkler, Frank (vdek)
- Scheller, Walter (vdek)

Sozialstationen

- Grljusic, Ivica (Ökumenische Sozialstation Sindelfingen)
- Haußmann-Schaaf, Claudia (Sozialstation Wendlingen)
- Jensen, Martin (Sozialstationen Rheinfelden und Waldshut-Tiengen)

Wohlfahrtsverbände

- Dietrich-Schleicher, Barbara (Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg)
- Mayer, Birgit (Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart)
- Schwegler, Ruth (Diakonisches Werk Württemberg)

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

- Kucher, Rüdiger
- Matenaer, Renate
- Dr. Noller, Silvia

MDK Baden-Württemberg

Dr. Hannes, Waltraud

Hochschule Esslingen

- Siegle, Anja
- Prof. Dr. Wolke, Reinhold

1.4 Inhalt des vorliegenden Berichts

Der vorliegende Bericht zur Abschlussevaluation des Modellversuchs beinhaltet die Darstellung der theoretischen Hintergründe, die zum einen die Beschreibung der Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V beinhaltet und zudem den Verordnungsprozess innerhalb des Modellversuchs vorstellt. Darüber hinaus werden zum anderen die zentralen Begrifflichkeiten im Projekt geklärt und dabei die Begriffe Bürokratie und Vertrauen definiert. Im weiteren Verlauf des Berichts werden das methodische Vorgehen der Abschlussevaluation sowie die Ergebnisse vorgestellt. Im Anschluss erfolgt eine Interpretation und Diskussion der Ergebnisse. Zudem wird auf Grenzen des methodischen Vorgehens hingewiesen. Abschließend erfolgt ein Fazit mit Ausblick hinsichtlich des Projekts.

Die Recherche des vorliegenden Berichts erfolgte durch die Sichtung von Primärliteratur, die durch verschiedene Datenbanken ermittelt werden konnte. Dabei wurden insbesondere die Datenbanken Carelit, MEDPILOT, PubMed und Springer Link sowie das freie Internet durch Google Scholar und weitere Suchmaschinen verschiedener Bibliothekskataloge (Württembergische Landesbibliothek Stuttgart, Hochschule Esslingen) genutzt. Folgende Schlagwörter wurden dabei verwendet: Entbürokratisierung und Pflege, Bürokratie, Bürokratie* und Bürokratieabbau, häusliche Krankenpflege, Verordnung und Pflege, Vertrauen, Vertrauen und Pflege, Versorgungsprozesse ambulant*, Verordnungsprozess häusliche Krankenpflege, Verordnung und Verordnungsformular, Versorgung und Bedarf, Vertrauen und Bürokratie.

Insgesamt wurde nur sehr wenig relevante Literatur gefunden, was die Vermutung untermauert, dass dieses Thema bislang wenig untersucht wurde. Es fehlt insbesondere an wissenschaftlich fundierten Studien. Mit diesem Projekt sollen weitere Erkenntnisse auf diesem Gebiet erlangt werden.

2 Bürokratie und Vertrauen im Verordnungsprozess häuslicher Krankenpflege

2.1 Bürokratie

Klassische Deutung

Im Zentrum des Modellversuchs steht die Bestrebung zu "entbürokratisieren". Daher soll zunächst eine begriffliche Klärung erfolgen, was Bürokratie ist.

"Bürokratie wurde in Deutschland besonders seit 1830/40 zu einem Schlagwort und zu einem zentralen Kampfbegriff des Liberalismus in seiner Auseinandersetzung mit den herrschenden Gewalten, ja Bürokratie - und nicht Monarchie - wurde zum Gegenbegriff von Volksfreiheit, von Selbstverwaltung, letztlich von Demokratie" (Wunder 1986, S. 8). Nach Wunder (1986) ist Bürokratie "(...) die Konzentration aller politischen Macht in einer Verwaltung, die von Zentralisierung, Formalismus und Berufsbeamtentum bestimmt sei" (Wunder 1986, S. 8). Bürokratie entsteht aufgrund staatlicher Aktivitäten. Ein Abbau der Bürokratie führt daher zu einer Beschränkung der staatlichen Aktivitäten (vgl. Manssen 2006, S. 16). Nach Weber handelt es sich bei dem Begriff der Bürokratie um eine Verwaltungstätigkeit einer Körperschaft ernannter Beamten. Damit umfasst Bürokratie eine definierte Gruppe und eine bestimmte Tätigkeit (vgl. Weber in Albrow 1972, S. 46, 47). "Für Weber war die rationale Form der Bürokratie ein wesentlicher Bestandteil der Rationalisierung der modernen Welt (...)" (Albrow 1972, S. 47). Bürokratisierung ist nach Weber die wachsende Verbreitung folgender Merkmale: Persönliche Freiheit und Gehorsam sachlicher Anforderungen, eine feste Amtshierarchie durch Kontrakte, Fachqualifikation, feste abgestufte Gehälter und Pensionsanforderungen, hauptberufliches Handeln im Amt, Beamtenlaufbahn, Unabhängigkeit von Verwaltungsmitteln und Appropriation der Amtsstelle, einheitliche Amtsdisziplin und Kontrolle (vgl. Albrow 1972, S. 49, S. 50).

Bürokratiekosten

Bürokratiekosten sind Kosten, die in den Unternehmen aufgrund der Bürokratie entstehen und somit einen finanziellen Aufwand darstellen (vgl. Manssen 2006, S. 13). Sowohl inhaltliche Verpflichtungen als auch Informationsverpflichtungen können Kosten für Unternehmen verursachen. Der Verwaltungsaufwand für Unternehmen beinhaltet ausschließlich Kosten, die im Zusammenhang mit Informationsverpflichtungen auf der Grundlage von behördlichen Verordnungen entstehen (vgl. Charité et al. 2010, S. 91). So ergeben sich durch Verordnungen Regulierungskosten, die unterschieden werden in finanzielle Kosten (z. B. Steuern, Verwaltungskosten) und Erfüllungskosten, die wiederum eingeteilt werden können in tatsächliche Erfüllungskosten und dem Verwaltungsaufwand für Unternehmen. Die tatsächlichen Erfüllungskosten umfassen Kosten des Unternehmens, die aufgrund von Verordnungen im Zusammenhang mit einem Produkt oder

Produktionsprozess entstehen (vgl. Charité et al. 2010, S. 98). Voraussetzung für die Feststellung eines Verwaltungsaufwandes ist das Vorhandensein einer allgemein bindenden Verordnung wie beispielsweise Gesetze, Rechtsverordnungen und Durchführungsbestimmungen.

Resultiert die Informationsverpflichtung aus einer Verordnung und bezieht sich gleichzeitig auf Unternehmen, so handelt es sich um einen Verwaltungsaufwand für Unternehmen (vgl. Charité et al. 2010, S. 93, S. 96). Informationsverpflichtungen können in 17 verschiedene Kategorien eingeteilt werden. Die Kategorien umfassen beispielsweise Berichterstattung, Antragstellungen, Durchführung von Messungen, Untersuchungen und Inspektionen sowie Aktualisierung von Plänen und Programmen, Kooperationen, Beschriftungen und die Bereitstellung von Informationen (vgl. Charité et al. 2010, S. 129-132). Nach dem Gesetz zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates handelt es sich bei dem Begriff der Bürokratiekosten nach § 2 Absatz 1 und 2 um Kosten, die durch Informationspflichten entstehen und Teil eines Erfüllungsaufwandes sind. Dabei sind Informationen für Behörden oder Dritte zu beschaffen, verfügbar zu halten oder zu übermitteln, um im Rahmen des Erfüllungsaufwandes bundesrechtliche Vorschriften zu befolgen (vgl. Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz 2011). Der Erfüllungsaufwand ist die umfassendste Einheit zur Bewertung und Darstellung der Bürokratie. Der Nationale Normenkontrollrat prüft die Nachvollziehbarkeit der Darstellung des Erfüllungsaufwandes und die Dokumentation erfolgt im Statistischen Bundesamt (vgl. Destatis 2013a).

Bürokratisierung und Bürokratiemessung

Eine wesentliche Ursache für die Überregulierung und Bürokratisierung wird im Prozess der Gesetzgebung gesehen und es wird davon ausgegangen, dass eine qualitativ bessere Gesetzgebung zu weniger Bürokratie führt (vgl. Rösener 2007, S. 28). Der Abbau der Bürokratie umfasst daher einerseits die Verringerung der Gesetze und andererseits vor allem den Abbau von Bürokratiekosten. Diese entstehen in den Unternehmen beispielsweise aufgrund der Gehaltszahlung an die Mitarbeitenden, welche einerseits die geforderten Tätigkeiten ausführen und gleichzeitig staatlich im Opportunitätskosten einen Leistungsausfall aufgrund der zeitlichen Inanspruchnahme der Mitarbeitenden verursachen. Jedoch ist keine allgemeine Definition von Bürokratiekosten bislang in der Bundesrepublik sowohl in der Wissenschaft als auch der Praxis zu finden (Stand 2005) (vgl. Kluge et al. 2010, S. 35). "Ganz allgemein werden unter Bürokratiekosten die administrativen Belastungen verstanden, die aus Gesetzen und Verordnungen resultieren. Dazu gehören in erster Linie Informations-, Buchführungspflichten, auf die der Staat zur Kontrolle und Durchsetzung von gesetzlichen Regelungen angewiesen ist" (Rösener 2007, S. 33, S. 34). Verschiedene Ebenen können im Kontext der Bürokratiemessung unterschieden werden: Die Aufgabenebene umfasst die staatlichen Aufgaben und Interventionen, die vor allem durch die Privatisierung von öffentlichen Dienstleistungen abgebaut werden sollen. Weiter soll ein Bürokratieabbau im weiteren Sinne auf der Ebene der politischen Regulierung stattfinden, indem die Vielzahl der Gesetze und Vorschriften eingedämmt wird und eine Deregulierung erfolgt. Eine weitere Ebene stellt die administrative Regulierung dar, bei der nicht die Anzahl der Gesetze, sondern die Normenqualität mit dem Ziel einer verbesserten Rechtsetzung im Vordergrund steht und damit nicht nur eine Bürokratiemessung, sondern auch eine Folgenabschätzung vorgenommen werden kann. Bei der intra-organisatorischen Verwaltungsebene wird die Arbeitsweise der Verwaltung kritisiert und eine verbesserte Aufbau- und Ablauforganisation gefordert. Die inter-organisatorische Ebene umfasst die Verantwortungsstrukturen mehrerer Verwaltungseinheiten, die häufig verzweigt, interdependent und intransparent erscheinen sowie eine Vielfalt an Zuständigkeiten aufweisen (vgl. Rösener 2007, S. 25-27). Zur Messung der Bürokratiekosten wird beispielsweise das Standardkostenmodell angewendet, welches in den Niederlanden erarbeitet wurde (vgl. Rösener 2007, S. 34). Es handelt sich dabei um ein Modell, welches standardisierte Kosten einer "(...) einzelnen gesetzlichen Pflicht, einer gesetzlichen Regelung, eines Gesetzgebungsbereiches oder einer gesamten Regulierungsebene (EU, Bund, Länder) zu einem bestimmten Zeitpunkt transparent darstellt" (Rösener 2007, S. 33-34).

Einschränkung von Bürokratie

Die Tendenz der Bürokratie zur Ansammlung der Macht und Beherrschung der Politik sowie der Organisationen kann nach Weber durch fünf Mechanismen eingeschränkt bzw. verhindert werden: Kollegialitätsprinzip, Gewaltenteilung, Verwaltung durch Nichtfachleute, unmittelbare Demokratie und Repräsentation (vgl. Albrow 1972, S. 52-54). Das Kollegialitätsprinzip dient unter anderem im Zusammenhang mit der Bürokratie dazu, dass andere Personen bei Entscheidungen mitwirken. Die Gewaltenteilung bezeichnet die Aufteilung der Verantwortung für ein und dieselbe Funktion auf zwei oder mehrere Institutionen (vgl. Albrow 1972, S. 53). Nach Manssen ist die Bürokratie durch verschiedene Anreizsysteme zu reduzieren. Zudem ist nicht allein die Verwaltung verantwortlich für das Ausmaß an Bürokratie. Die Gesetzgebung und Rechtsprechung beeinflussen im Wesentlichen die Komplexität der Regelungen. Die Befristung von Gesetzen ist seiner Ansicht nach wenig erfolgsversprechend, um die Normenflut zu bekämpfen (vgl. Manssen 2006, S. 29, S. 42).

Da im Modellversuch durch die beteiligten Projektpartner eine Änderung der gesetzlichen Gegebenheiten nicht möglich ist, so ist es doch möglich, Alternativen aufzuzeigen, wie eine Entbürokratisierung aussehen könnte. Neben der Bürokratie stehen aber auch Verantwortung und Vertrauen im Mittelpunkt der Evaluation. Theoretische Überlegungen zu Verantwortung und Vertrauen werden im nächsten Abschnitt erläutert.

2.2 Verantwortung und Vertrauen

Verantwortung

Die unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure innerhalb der ambulanten Versorgung, haben verschiedene Verantwortungsbereiche, die im Nachfolgenden aufgezeigt werden sollen. Grünberg (2014) unterscheidet die Akteurinnen und Akteure zwei verschiedener Ebenen (vgl. Abb. 2): der korporativen Ebene und der Individualebene (vgl. Grünberg 2014, S. 176). Die nachfolgende Betrachtung von Verantwortung und Vertrauen bezieht sich, Ebenen übergreifend, auf die Beteiligten im Verordnungsprozess der häuslichen Krankenpflege. Bislang finden sich in der Literatur vor allem empirische Untersuchungen auf der Individualebene, beispielweise bezogen auf die Arzt-Patienten-Beziehung (vgl. Grünberg 2014, S. 207; Vonneilich et al. 2011). Das Vertrauen und die Verantwortung im Verordnungsprozess soll daher vor allem hinsichtlich der organisationalen Zusammenarbeit betrachtet werden.

Korporative Ebene Staatliche Mittelbare Selbst-Wissenschaft Organisationen verwaltung Leistungserbringer Verbände und Vereine Unternehmen Individualebene Ärzte, Zahnärzte, Patienten/ Apotheken Leistungsempfänger Psychotherapeuten Weitere Gesundheitsakteure (z.B. Pflegefachpersonen, Medizinisch Fachangestellte, Physiotherapeuten)

Abbildung 2 Korporative Ebene und Individualebene der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen

(Quelle: Eigenerstellung nach Grünberg 2014, S. 176)

Die Verantwortungsbereiche bei der Delegation verschiedener Tätigkeiten und Aufgaben im Gesundheitswesen unterscheiden sich zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Personen sowie zwischen der Leitungsebene und den Mitarbeitenden. Daraus ergeben sich

Bestimmungen für die Delegationsfähigkeit von Tätigkeiten, die zum Beispiel eine Berücksichtigung der Qualifikation des Delegierten (z. B. Mitarbeitende in der Pflege) umfassen (vgl. Schmidt, Meissner 2009, S. 232).

Die niedergelassene Ärztin, der niedergelassene **Arzt** ist verantwortlich für medizinische, diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die schriftlich angeordnet werden müssen. Damit hat dieser die Anordnungsverantwortung für die genannten Maßnahmen (vgl. Schmidt, Meissner 2009, S. 235).

Die Verantwortung der **Pflegedienstleitung** (**PDL**) beinhaltet die Organisationsverantwortung, Führungsverantwortung, Anordnungsverantwortung, Anleitungsverantwortung, Kontrollverantwortung und die Dokumentationsverantwortung (vgl. Schmidt, Meissner 2009, S. 232).

Die **Pflegekraft** hat die Verantwortung über die Durchführung der Tätigkeiten aus der verschiedene Pflichten resultieren. Dazu zählen die Beobachtungspflicht, die Aufsichtspflicht, die Kontrollpflicht, die Betreuungspflicht, die Sorgfaltspflicht, die Verkehrssicherungspflicht, die Informationspflicht und die Remonstrationspflicht (vgl. Schmidt, Meissner 2009, S. 232). Die Remonstrationspflicht in der ambulanten Pflege umfasst das Recht und die Pflicht der Pflegekraft, "(...) auf eine Gefährdung des Patienten durch eine Delegation der Anordnung hinzuweisen (...)" (Schmidt, Meissner 2009, S. 234) sowie die Remonstration zu dokumentieren (vgl. Schmidt, Meissner 2009, S. 234).

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) vertritt die gemeinsamen Interessen von sechs Ersatzkassen, die aufgrund ihrer gemeinsamen Identität und gemeinsamen Zielen zusammen kooperieren (vgl. Verband der Ersatzkassen e.V. 2014, S. 11). "Eine Kernaufgabe des Verbandes lautet, mithilfe von Verträgen die medizinische und pflegerische Versorgung im Auftrag der Mitgliedskassen zu gestalten. Daraus erwächst eine große Verantwortung gegenüber den Versicherten und Beitragszahlern" (Verband der Ersatzkassen e.V. 2014, S. 14). Neben der Vereinbarung zu Empfehlungen und Rahmenverträgen verschiedener Versorgungsbereiche, verhandelt der vdek auf Landesebene die Versorgungsverträge und Selektivverträge für die Ersatzkassenversicherten mit den Leistungserbringern (vgl. Verband der Ersatzkassen e.V. 2014, S. 14). "Er tritt ein für einen Vertragswettbewerb – mit dem Ziel, gleichzeitig Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu fördern" (Verband der Ersatzkassen e.V. 2014, S. 15).

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) unterstützt die Kranken- und Pflegekassen in ihrer Verantwortung, die Beitragseinnahmen bedarfsgerecht zu investieren sowie eine bestmögliche Versorgung der Versicherten zu erreichen. Dies geschieht durch eine Beurteilung der Leistungen im Hinblick auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Erbringung (vgl. MDK 2013). "Die Solidargemeinschaft der Versicherten funktioniert nur dann, wenn die medizinischen und pflegerischen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Um diese Vorgabe des Gesetzgebers im Grundsatz und

im Einzelfall umsetzen zu können, unterstützt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen mit seiner medizinischen und pflegerischen Kompetenz" (MDK 2007).

Das Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 63 Absatz 3c SGB V gibt Hinweise auf einen Wandel innerhalb der Ausübung der Heilkunde und der Ausweitung der Verantwortungsbereiche nicht-ärztlicher Berufsgruppen. Auch im Verordnungsprozess häuslicher Krankenpflege finden sich Ansatzpunkte zur Übertragung Verantwortungsbereichen auf die ambulanten Pflegedienste, wie beispielsweise die Festlegung der pflegerischen Tätigkeiten im Rahmen der Verordnung. Vertrauen spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle und soll daher im Folgenden im Hinblick auf die Bedeutung beschrieben werden. Denn "Vertrauen hat sich als eine grundlegende Einflussgröße für die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen erwiesen, auch in der Geschäftswelt" (Schweer, Siebertz-Reckzeh 2012, S. 18).

Vertrauen

Vertrauen kann als riskante Vorleistung verstanden werden und somit als Alternative zu einer fehlenden Sicherheit (vgl. Frey 2011, S. 27). Nach Luhmann (2001) ist Vertrauen "(...) eine Lösung für spezifische Risikoprobleme" (Luhmann 2001, S. 144). Vertrauen bezeichnet außerdem eine Erwartung an ein Ereignis, die gekennzeichnet ist durch Unwissenheit, fehlende Kontrolle und eine Handlungsrelevanz sowie Konsequenzen für die Vertrauende, den Vertrauenden (vgl. Nuissl 2002, S. 89). Vertrauen ist damit eine Form der Erwartung unter der Bedingung von Ungewissheit oder Unsicherheit (vgl. Nuissl 2002, S. 89). "Man kann vermeiden, ein Risiko einzugehen, aber nur, wenn man gewillt ist, auf die damit verbundenen Vorteile zu verzichten. Man ist von Vertrauensbeziehungen nicht in der gleichen Weise abhängig wie von der Zuversicht, aber Vertrauen kann wie diese eine Sache der Routine und des normalen Verhaltens sein" (Luhmann 2001, S. 148).

Vertrauen ist, im Gegensatz zur rationalen Berechnung, in Situationen zu finden, in denen ein möglicher Schaden größer wäre als der erstrebte Vorteil (vgl. Luhmann 2001, S. 148). Vertrauen und Zuversicht sind grundlegende Voraussetzungen für Partizipation und Nutzung von Chancen und Möglichkeiten (vgl. Luhmann 2001, S. 150). Ein Mangel an Zuversicht und das Bedürfnis nach Vertrauen können einen Teufelskreis bilden. Fehlende Zuversicht führt zu Gefühlen der Entfremdung und zum Rückzug und damit zu einem Vertrauensverlust. Durch einen Mangel an Vertrauen wird das aktive Handeln vermindert und beeinflusst die Zuversicht mit Konsequenzen für das jeweilige System (vgl. Luhmann 2001, S. 157-158). Vertrauen und Zuversicht finden sich auf verschieden Ebenen, die miteinander verbunden sind (vgl. Luhmann 2001, S. 158-159). "Somit kann es möglich sein, Vertrauen auf der Mikroebene aufzubauen und Systeme auf der Makroebene gegen Zuversichtsverlust(e) zu schützen" (Luhmann 2001, S. 159).

Nuissl (2002) unterscheidet fünf Dimensionen des Vertrauens: die Genese, die Erscheinungsweise, die Grundlagen, die Objekte und die Funktionen des Vertrauens (vgl. Nuissl 2002, S. 91). Nicht nur die verschiedenen Dimensionen aus wissenschaftlicher Sicht, sondern auch die Betrachtung von Vertrauensbegriffen der Alltagsrealität sind zu hinterfragen, um die Vertrauenskonzepte der sozialen Akteurinnen und Akteure festzustellen an denen das Handeln ausgerichtet wird (vgl. Nuissl 2002, S. 101). "Vertrauen ist (somit) die Bedingung und das Resultat erfolgreicher interorganisationaler Kooperationen und nimmt damit im Bereich der "weichen" Variablen eine Schlüsselrolle ein" (Schweer. 2012, S. 117).

Vertrauen kann auf der Grundlage der Ausführungen wie folgt definitorisch zusammengefasst werden: Vertrauen bezeichnet eine Erwartungshaltung an ein Ereignis, welches ungewiss oder unsicher ist und daher grundsätzlich ein Risiko und gleichzeitig eine Alternative zur fehlenden Sicherheit darstellt. Vertrauen ist die Bedingung und das Resultat erfolgreicher Kooperationen, da die zu erwartenden Folgen vom Handeln der Kooperationspartner abhängig sind.

Bezüglich des Vertrauens bestehen unterschiedliche interorganisationstheoretische Erklärungsansätze. Diese interorganisationstheoretischen Erklärungsansätze können genutzt werden, um den Erfolg von Netzwerken und Kooperationen theoretisch zu untersuchen (vgl. Ernst 2008, S. 90).

Eine Vertrauensdynamik zwischen Unternehmen ist individuell und abhängig von den einzelnen Akteurinnen und Akteuren und den Rahmenbedingungen (vgl. Schweer, Siebertzfür Reckzeh 2012. S. 19). Grundvoraussetzung eine interorganisationale Vertrauensbeziehung ist das intraorganisationale Vertrauen als fundamentales Organisationsprinzip, um den Umgang mit der Heterogenität verschiedener Unternehmen zu erleichtern (vgl. Schweer 2012, S. 118). Vor allem eine ehrliche Kommunikation, gegenseitige Wertschätzung, Gerechtigkeit und ein ungehinderter Informationsfluss können gemeinsam dazu beitragen, das Vertrauen zu stärken (vgl. Schweer 2012, S. 118).

"Vertrauen aufzubauen ist mitunter ein langwieriger Prozess. Für einen Vertrauensbruch hingegen reicht oft schon eine Situation aus, in der Erwartungen nicht erfüllt werden" (Frey 2011, S. 27). Eine gesunde Vertrauensstruktur in Unternehmen dient der Verringerung von Missverständnissen, der Optimierung von Abläufen, der effektiveren Gestaltung des Zeitmanagements und der Einsparung von Kosten sowie Verbesserung des zwischenmenschlichen Klimas (vgl. Frey 2011, S. 37). Weiter beschreiben Vollmar et al. (2007), dass das Vertrauen einen zentralen Handlungsmechanismus in Ökonomie, Politik und Gesellschaft bildet und somit wesentlich dazu beiträgt, dass interpersonelle sowie intraoder interorganisationale Geschäftsbeziehungen und Transaktionen stattfinden können. Außerdem werden Kooperationsspielräume eröffnet, um eine Steigerung des gesellschaftlichen Wohlstands herbeizuführen (vgl. Vollmar et al. 2013, S. 7).

Nach einer Übersicht über interorganisationstheoretische Erklärungsansätze können verschiedene Theorien genutzt werden, um den Erfolg von Netzwerken und Kooperationen theoretisch zu untersuchen. Die interorganisationale Vertrauensforschung ist ein Bestandteil der Interorganisationstheorien (vgl. Ernst 2008, S. 90). Nach Ernst (2008) ist die interorganisationale Vertrauensforschung für die Entwicklung von Erfolgsfaktoren für Kooperationen in der Integrierten Versorgung sehr relevant. Zudem sind für die Vertrauensbildung in Kooperationen gute interpersonale Beziehungen und effektive Kommunikationswege von Bedeutung (vgl. Ernst 2008, S. 98). "Mit der Bedeutung von Vertrauen für die Beziehung zwischen Personen und Organisationen hat sich die Gebiet Wissenschaft umfassend auseinandergesetzt, sowohl auf dem der Persönlichkeitspsychologie, der Organisationspsychologie und der Soziologie als auch auf dem der Wirtschaftswissenschaften und hier insbesondere in der ökonomischen Theorie" (Sommerlatte, Fallou 2012, S. 5).

Den sozialwissenschaftlichen Theorien nach Coleman (1990) und seine Zusammenführung von Soziologie und Ökonomie liegt die Annahme zugrunde, dass Vertrauen in der Bereitschaft besteht, einen unvollständigen Vertrag einzugehen, mit dem Ziel ein vorteilhaftes Ergebnis zu erzielen (vgl. Junge 1998, S. 10-11; vgl. Spitzer, Tyran 2013, S. 97). Wirtschaftliche Interaktionen mit unvollständigen Verträgen weisen einen Spielraum zu opportunistischen Verhalten auf und werden durch gegenseitiges Vertrauen ermöglicht (vgl. Spitzer, Tyran 2013, S. 92). Gegenseitiges Vertrauen beruht daher nicht ausschließlich auf einem moralischen Pflichtbewusstsein, sondern ergibt sich aus reinem Eigeninteresse (vgl. Junge 1998, S. 45). Die Wirkungen dieser Interaktionen haben zudem eine hohe ökonomische Bedeutung, da oftmals Vertrauen die Effizienz erhöht (vgl. Spitzer, Tyran 2013, S. 93).

Vertrauen als Bedingung und gleichzeitig Resultat erfolgreicher Kooperationen, kann demnach den Bürokratieabbau durch unvollständige Verträge und einer damit einhergehenden Einschränkung der Überregulierung von Prozessabläufen positiv beeinflussen und somit die Effizienz steigern. Das gegenseitige Vertrauen der Beteiligten innerhalb der Verordnung häuslicher Krankenpflege ist demnach essentiell, um den Verordnungsprozess innerhalb des Modellversuchs erfolgreich umzusetzen.

2.3 Folgerungen für den Verordnungsprozess häuslicher Krankenpflege

Mit Blick auf Optimierungspotentiale konstatiert Nett (2014): Der bürokratische Aufwand in der ambulanten Pflege, "(...) vom Besorgen der Verordnung, dem Genehmigungsverfahren, der Leistungsplanung und -dokumentation bis hin zur Abrechnung (...)" (Nett 2014, S. 21) steigt stetig an, so dass die eigentliche Leistungserbringung prozentual abnimmt (vgl. Nett 2014, S. 21). Der hohe Zeitaufwand ergibt sich vor allem aus dem Antrags- und

Genehmigungsverfahren von Leistungen häuslicher Krankenpflege (HKP-Leistungen). Ein strukturiertes Verordnungsmanagement könnte hier Abhilfe schaffen und die Effektivität erhöhen. Dabei sollen nach Nett (2014) folgende Aspekte geregelt werden: zum einen das Besorgen und Ausfüllen von Erst- und Folgeverordnungen sowie das Vorgehen bei der Anforderung von Unterlagen durch die Krankenkasse und den MDK. Zum anderen gilt es zu regeln, wie das Vorgehen bei (Teil-)Ablehnungen gestaltet werden soll (vgl. Nett 2014, S. 21).

Die Regelung der Einreichungsfrist im Prozess der Verordnung häuslicher Krankenpflege gilt als eine Schutzvorschrift für die ambulanten Pflegedienste sowie für die Patientinnen und Patienten. Sie ist keine Ausschlussfrist für die zu erbringende Leistung häuslicher Krankenpflege, führt jedoch in der praktischen Umsetzung häufig zu Konflikten im Rahmen der Finanzierung (vgl. Groß 2008, S. 30; Bartels 2012, S. 34). Im Vertrauen auf die ärztliche Verordnung werden die Leistungen durch die ambulanten Pflegedienste erbracht. Somit gehen diese bis zum Erhalt der Leistungsvergütung durch die Krankenkasse in Vorleistung und tragen letztendlich das Kostenrisiko zwischen Antrag und Entscheidung der Verordnung (vgl. Groß 2008, S. 31; vgl. Bartels 2012, S. 34-35). Damit werden auch Leistungen häuslicher Krankenpflege in diesem Zeitraum durch die ambulanten Pflegedienste erbracht sowie finanziert, die nachträglich nicht genehmigt werden (vgl. Bartels 2012, S. 34).

Darüber hinaus gibt es weitere Hinweise auf Verbesserungspotentiale innerhalb der Verordnung häuslicher Krankenpflege. In einer Studie von Löffler et al. wurden niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten im Rahmen von narrativen Interviews zum Umgang mit Multimorbidität befragt. Dabei konnte herausgestellt werden, dass sich die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auf potenziell lebensbedrohliche Erkrankungen konzentrierten. Hingegen standen für die Patientinnen und Patienten der Erhalt von Autonomie und ein soziales Miteinander im Vordergrund. Trotz einer als gut empfundenen Kommunikation sind Missverständnisse aufgetreten und es gab Hinweise auf Potentiale für partizipative Entscheidungsprozesse und der Notwendigkeit zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation (vgl. Löffler et al. 2014, S. 1, S. 5).

Die interprofessionelle Versorgung weist verschiedene Hürden auf, da bereits die Delegation ärztlicher Tätigkeiten schwer umzusetzen scheint. Die Erkenntnisse zu den Modellversuchen nach § 63 SGB V und die zunehmende Akzeptanz der Bevölkerung gegenüber der Erbringung von Gesundheitsleistungen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe geben Hinweise auf die zukünftigen Entwicklungen (vgl. Geraedts 2014, S. 4).

3 Der Verordnungsprozess zur häuslichen Krankenpflege

3.1 Verordnungsprozess gemäß Richtlinie (RVhK)

3.1.1 Hinführung

Die ambulanten Leistungen bei Krankheit umfassen die häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V), Haushaltshilfe (§ 38 SGB V), ambulante Hospizleistungen (§ 39a Abs. 2 SGB V) und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37 b SGB V) (vgl. Griep, Renn 2013, S. 43). Das konkrete Verfahren zur häuslichen Krankenpflege findet sich in einer Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (RVhK) wieder. Diese Richtlinie vom Gemeinsamen Bundesausschuss (2014) regelt die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen und Institutionen bei der Verordnung der häuslichen Krankenpflege (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014). Die Verordnung der häuslichen Krankenpflege beginnt bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die an die HKP-Richtlinie gebunden sind. Grundlage für die Verordnung ist der ärztliche Behandlungsplan, die Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen sowie das Erbringen derer durch geeignete Pflegekräfte (vgl. Bierther 2010, S. 36).

Für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung gilt, dass sie neben der ärztlichen Behandlung zusätzlich häusliche Krankenpflege erhalten, wenn bestimmte Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Gegenstand des Modellversuches ist die häusliche Krankenpflege in Form von Behandlungspflege gemäß § 37 Abs. 2 SGB V, die dann erbracht wird, wenn sie zur Sicherung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist.

Die häusliche Krankenpflege umfasst gemäß RVhK 2014:

- Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegehilfskräfte delegiert werden können (Behandlungspflege)
- Grundverrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege)
- Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind (hauswirtschaftliche Versorgung)

Die näheren Einzelheiten zur Erbringung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten im Rahmen des § 37 SGB V werden in der "Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (häusliche Krankenpflege-Richtlinie)" geregelt, die der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V beschlossen hat.

Voraussetzung für häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Absatz 2 SGB V ist:

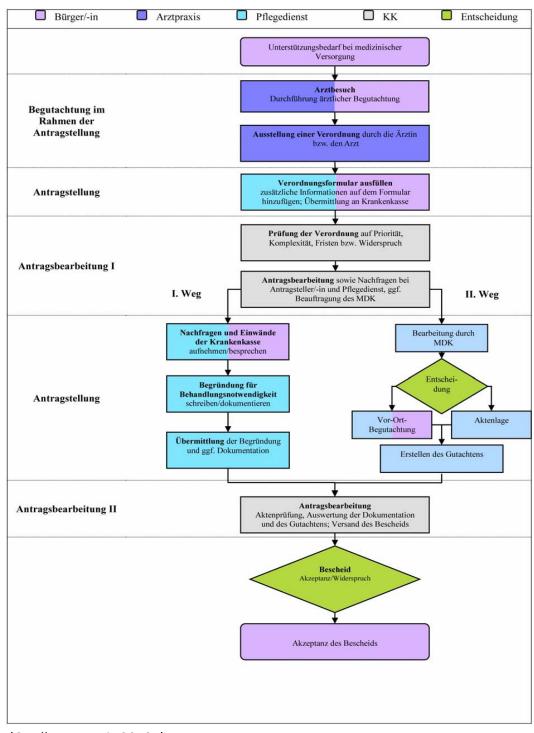
- Eine ambulante medizinische Therapie, welche die niedergelassene Haus- oder Fachärztin, der niedergelassene Haus- oder Facharzt ansetzt, bei der aber die dazu erforderlichen Verrichtungen nicht selbst durch die Patientinnen, Patienten oder von im Haushalt lebenden Angehörige durchgeführt werden können.
- Die erforderlichen Verrichtungen sind im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) enthalten (vgl. RVhK 2014, S. 11 ff). Dieses Verzeichnis begrenzt im Regelfall zum einen generell Art und Anzahl der möglichen Verrichtungen und zum anderen Dauer und Häufigkeit der einzelnen Verrichtungen sowie Einschränkungen bei den Kombinationen verschiedener Verrichtungen. Ferner sind länderspezifische Vergütungssysteme zu berücksichtigen, die auf dem Leistungsverzeichnis basieren und die darin enthaltenen Verrichtungen für die ambulante Pflege gegenüber den Krankenkassen abrechenbar machen.

Im folgenden Abschnitt wird der Prozess der Verordnung zur häuslichen Krankenpflege beschrieben, um im Weiteren ein Zwischenfazit vornehmen zu können und die Weiterentwicklung des Prozesses zu begründen.

3.1.2 Verordnungsprozess zur häuslichen Krankenpflege nach RVhK

Der in der "Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Verordnungen zur häuslichen Krankenpflege (RVhK)" geregelte Prozess, den die Patientinnen und Patienten befolgen müssen, um durch die niedergelassene Ärztin, den niedergelassenen Arzt eine Verordnung zur häuslichen Krankenpflege zu erhalten, ist äußerst komplex wie folgende Prozessbeschreibung und die Prozessdarstellung (Abb. 3) zeigen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014).

Abbildung 3 Prozess der Genehmigung nach RVhK als Flowchart



(Quelle: Destatis 2013a)

Die Verordnung häuslicher Krankenpflege findet, unter Berücksichtigung von § 92 SGB V und den darin enthaltenen Richtlinien, durch die niedergelassene Ärztin, den niedergelassenen Arzt statt und wird anschließend durch die Krankenkasse genehmigt (vgl. Schmidt, Meissner 2009, S. 235). Dabei ist ein Verordnungsschein mit Angaben zu den "(…) genauen Leistungen, Diagnosen, Grund, Anzahl der Häufigkeit der Maßnahmen oder Dosierung bei Medikamenten erforderlich. Der Verordnungsschein muss der Krankenkasse spätestens am

dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag vorliegen" (Schmidt, Meissner 2009, S. 235). Das Verfahren zur häuslichen Krankenpflege findet sich in der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege wieder. Diese Richtlinie vom Gemeinsamen Bundesausschuss (2014) regelt die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen und Institutionen bei der Verordnung der häuslichen Krankenpflege (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 3).

Die Verordnung häuslicher Krankenpflege erfolgt nach § 1 Absatz 1 dieser Richtlinie vorwiegend durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bei einer bestehenden medizinischen Notwendigkeit. Dabei sind der Eigenverantwortungsbereich der Patientinnen und Patienten, die besonderen Belange von kranken Kindern und wirtschaftliche Versorgungsalternativen zu berücksichtigen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 3). Nach § 1 Absatz 2 wird die häusliche Krankenpflege im Haushalt oder in der Familie der Patientinnen und Patienten erbracht sowie an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Patient oder die Patientin regelmäßig wiederkehrend aufhält (z. B. betreute Wohnformen, Arbeitsstätten, Schulen) (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 3).

Die verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege finden sich nach § 1 Absatz 4 in dem angefügten Leistungsverzeichnis der Richtlinie. Davon ausgenommen sind Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik und Therapie. Nicht im Verzeichnis aufgeführte Maßnahmen können in begründeten Ausnahmefällen verordnungs- und genehmigungsfähig sein (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 3).

Anspruch auf eine Verordnung

Nach § 1 Absatz 5f RVhK haben die Patientinnen und Patienten nur dann einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn die erforderlichen Verrichtungen nicht selbst oder durch eine im Haushalt lebende Person durchgeführt werden können. Zudem besteht in der Regel kein Anspruch auf die Erbringung der Behandlungspflege während des Aufenthalts in Einrichtungen, die nach gesetzlichen Bestimmungen diese erbringen müssen. Ausnahmen finden sich bei einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege in Pflegeheimen und Werkstätten für behinderte Menschen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 4).

Die Verordnung der häuslichen Krankenpflege ist nach § 2 Absatz 1 dieser Richtlinie nur zulässig im Falle einer Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung infolge einer Krankheit und wenn diese Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist.

Verordnung als Sicherungspflege

Die häusliche Krankenpflege als Sicherungspflege kann nach § 2 Absatz 3 und 4 dieser Richtlinie nur als Behandlungspflege verordnet werden. Dabei können verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen als Behandlungspflege im Rahmen der Sicherungspflege verordnet werden, auch wenn dieser Hilfebedarf bei der

Feststellung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt worden ist (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, 2 Abs. § 5). "Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können im Rahmen der Sicherungspflege nicht eigenständig verordnet werden, sondern nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege; Voraussetzung ist ferner, dass die Satzung der Krankenkasse die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung vorsieht und die oder der Versicherte keine Leistungen der Pflegeversicherung bezieht" (Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, § 2 Abs. 5). Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind nach § 2 Absatz 6 RVhK insbesondere Einreibungen mit Dermatika oder Sekretabsaugung bei der Verrichtung der Körperpflege oder Nahrungsaufnahme, Klistier- und Einlaufverabreichung sowie Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung, Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf bei der Verrichtung des Aufstehens/Zu-Bett-Gehens und das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse zwei bei der Verrichtung des An- und Auskleidens (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 5).

Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege

Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist entsprechend § 3 Absatz 1 RVhK "(...), dass sich die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt von dem Zustand der oder des Kranken und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugt hat oder das ihr oder ihm beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist" (Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 6). Die Verordnung erfolgt auf einem vereinbartem Vordruck, der sowohl die verordnungsrelevanten Diagnosen als medizinische Begründung für die häusliche Krankenpflege als auch die zu erbringenden Leistungen, deren Beginn, Häufigkeit und Dauer beinhaltet (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 6).

Sobald Teilbereiche der häuslichen Krankenpflege durch eine im Haushalt lebende Person übernommen werden können, hat die Verordnung für diese Teilbereiche zu unterbleiben. Kann die im Haushalt des oder der Versicherten lebende Person die Maßnahmen oder Teilbereiche nicht übernehmen, ist dies auf der Verordnung anzugeben. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen einer erneuten Unterschrift der niedergelassenen Ärztin oder des niedergelassenen Arztes, Stempel und Datumsangabe (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, § 3 Abs. 3 und 4).

Gültigkeit und Genehmigung der Verordnung häuslicher Krankenpflege

Die Erstversorgung ist nach § 5 der Richtlinien begrenzt auf einen Zeitraum von 14 Tagen, in dem sich die niedergelassene Ärztin, der niedergelassene Arzt über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern hat. Wenn erkennbar ist, dass der Zeitraum nicht ausreicht, ist es möglich eine begründete Folgeverordnung in den letzten drei Tagen vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen. Die durch die vertragsärztliche Verordnung beantragten Leistungen bedürfen nach § 6 Absatz 1 RVhK einer Genehmigung durch die

Krankenkasse. Dabei kann im Rahmen des Genehmigungsverfahrens der Medizinische Dienst der Krankenversicherung eine Prüfung der verordneten Maßnahmen vornehmen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, § 6 Abs. 2). Die Genehmigung kann entsprechend § 6 Absatz 3 und 4 nur erfolgen, wenn

- 1. die Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege weder vom Versicherten selbst oder einer in diesem Haushalt lebenden Person durchgeführt werden können,
- 2. wenn Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Sicherungspflege in der Satzung der Krankenkasse vorgesehen ist (Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 8).

Wenn die Patienten bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, dürfen die Kosten der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung als Sicherungspflege nicht übernommen werden (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 8).

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten der verordneten und erbrachten Leistungen bis zur Entscheidung über die Genehmigung entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132 a Absatz 2 SGB V, wenn die Verordnung bis spätestens am dritten, der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Nähere Regelungen finden sich in den Rahmenempfehlungen nach § 132 a Absatz 1 SGB V (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 8). Die Zuzahlung bei häuslicher Krankenpflege beträgt je Kalendertag zehn Prozent der Kosten und ist auf die ersten 28 Tage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr begrenzt. Zusätzlich sind zehn Euro je Verordnung an die Krankenkasse zu entrichten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013, S. 6).

Im Vertrauen auf die ärztliche Verordnung werden die Leistungen durch die ambulanten Pflegedienste erbracht, die somit in Vorleistung gehen bis zum Erhalt der Leistungsvergütung durch die Krankenkasse. Die ambulanten Pflegedienste tragen das Kostenrisiko zwischen dem Antrag und der Entscheidung durch die Krankenkasse (vgl. Groß 2008, S. 31). Die Koordination der Zusammenarbeit liegt nach § 7 RVhK bei dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin. Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation werden durch den ambulanten Pflegedienst berichtet und die niedergelassene Ärztin, der niedergelassene Arzt entscheidet über sich daraus ergebende erforderliche Maßnahmen und informiert wiederum den ambulanten Pflegedienst über neue pflegerelevante Befunde. Darüber hinaus soll sie, er bei der Gelegenheit des Hausbesuches die Pflegedokumentation einsehen, diese für seine oder ihre Entscheidungen auswerten und bei Bedarf Anordnungen darin vermerken (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 8).

Die häusliche Krankenpflege kann entsprechend § 7 Absatz 5 der Richtlinie für die Dauer bis zum Ablauf des fünften auf die Entlassung folgenden Arbeitstages durch den Krankenhausarzt oder der Krankenhausärztin verordnet werden. Dabei soll dieser die

weiterbehandelnde niedergelassene Ärztin, den weiterbehandelnden niedergelassenen Arzt der Patientin, des Patienten vor der Entlassung rechtzeitig informieren (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 8–9).

Umsetzung der Verordnung

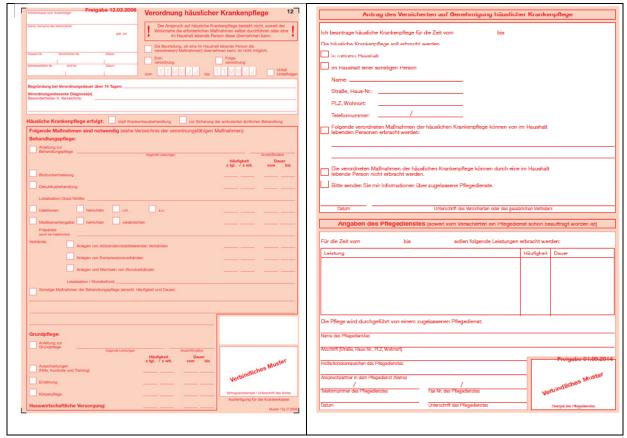
Der ambulante Pflegedienst hat keine Mitwirkungspflicht in der Phase der Verordnung. Er ist jedoch verpflichtet auf der Verordnung häuslicher Krankenpflege zu erklären, ob die Bereitschaft besteht, die verordneten Leistungen zu erbringen. Durch die Übersendung der Verordnung durch die Patientin, den Patienten entsteht ein Haftungsrisiko für den ambulanten Pflegedienst, sofern der rechtzeitige Eingang der Verordnung innerhalb der dreitägigen Frist nicht eingehalten wird. Denn bei einer rechtmäßig abgelehnten Verordnung durch die Krankenkasse ist der ambulante Pflegedienst verpflichtet, die angefallen Kosten innerhalb des Vergütungsanspruchs zu übernehmen trotz bestehendem zivilrechtlichen Vertrag mit der Patientin, dem Patienten (vgl. Bierther 2010, S. 38).

Die Festlegung der Maßnahmen erfolgt auf der Grundlage der ärztlichen Diagnostik, die sich jedoch deutlich von der pflegerischen Diagnostik unterscheidet. Die medizinische Diagnose beschreibt ein gesundheitliches Problem und entsteht aus der Analyse der Vorgeschichte, der körperlichen Untersuchung und der Auswertung der Ergebnisse der diagnostischen Untersuchung. Pflegediagnosen hingegen beschreiben die Folgen von Krankheiten und Behandlungen auf die alltäglichen Aktivitäten sowie die individuellen Reaktionen auf gesundheitliche Risiken, Krankheiten oder Behandlungen. Daher ergänzen sich beide Diagnosesysteme und bieten eine Grundlage für die Zusammenarbeit (vgl. Hollick, Kerres 2002, S. 49-50). Es sollte daher hinterfragt werden, inwiefern ausschließlich ärztliche Diagnosen geeignet sind, um pflegerische Maßnahmen zu planen. Die Verordnung erfolgt auf einem vereinbartem Vordruck (Muster 12)(Abb.4), der sowohl verordnungsrelevanten Diagnosen als medizinische Begründung für die häusliche Krankenpflege, als auch die zu erbringenden Leistungen, deren Beginn, Häufigkeit und Dauer beinhaltet (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2014, S. 6). Sind die Angaben der Verordnung häuslicher Krankenpflege nicht plausibel, so haben die Kassen die Möglichkeit, den MDK zur Klärung einzuschalten. In der Praxis wird jedoch häufig Pflegedokumentation der ambulanten Pflegedienste eingesehen, was jedoch die Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange erfordert und zudem in vielen Fällen eine kostenlose und oftmals nicht vertraglich geregelte Übersendung der Unterlagen der Patientin, des Patienten bedeutet (vgl. Bierther 2010, S. 37). Daraus ergibt sich ein erhöhter bürokratischer Aufwand für die ambulanten Pflegedienste. Zudem wird deutlich, dass entsprechende Koordinations- und Kommunikationssysteme notwendig sind, um relevante Informationen auszutauschen.

HKP-Prozessablaufschritte im Überblick

Der Prozess zur Verordnung häuslicher Krankenpflege kann zusammenfassend wie folgt beschrieben werden (Thorwirth, 2013):

- 1. Die ärztliche Diagnose wird durch den Vertragsarzt gestellt. Weiter überzeugt sich der Vertragsarzt während eines Hausbesuches oder während eines Behandlungstermins des Versicherten in seiner Praxis von der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege.
- 2. Nach der Feststellung der Notwendigkeit füllt der Hausarzt eine Verordnung zur häuslichen Krankenpflege (Abb. 4) aus, in welcher er Dauer, die Leistung (z.B. Insulingabe samt Dosierung und Frequenz) sowie Begründung der Leistung durch medizinische Diagnose als auch Begründung der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege angibt. Diese Verordnung übergibt er dem hilfebedürftigen Versicherten.
- 3. Der hilfebedürftige Versicherte füllt auf der Rückseite des Formulars 12 seine Beantragungsmaske aus. Hier gibt er Dauer der Verordnung sowie Ort der Leistungserbringung an und versichert nun seinerseits, dass keine im Haushalt lebende Person die betreffende Leistung erfüllen kann. Dies bestätigt er mit Datum und Unterschrift.
- 4. Auf Empfehlung des Vertragsarztes oder aufgrund eigener Wahl kontaktiert der hilfebedürftige Versicherte einen Pflegedienst, welcher die benötigte Leistung bei ihm ausführen soll. Diesem Pflegedienst legt er die vom Hausarzt erstellte Verordnung vor.
- 5. Der Pflegedienst füllt die für ihn bestimmte Eingabemaske zur Beantragung der Leistungserbringung auf der Rückseite der Verordnung aus. Hier gibt er Zeitraum der Leistungserbringung, die Leistung samt täglicher und wöchentlicher Frequenz der Erbringung und die Daten der Einrichtung an. Abschließend bestätigt der Pflegedienst die Beantragung mit Datum, Einrichtungsstempel und Unterschrift der verantwortlichen Person.
- 6. Die so vollständig ausgefüllte Verordnung legt der hilfebedürftige Versicherte innerhalb von drei Werktagen nach Ausstellung durch den Vertragsarzt seiner Krankenkasse zur Bearbeitung/Genehmigung vor.
- 7. Die Krankenkasse teilt das Ergebnis der Bearbeitung/Genehmigung dem Versicherten und dem leistungserbringenden Pflegedienst mit.
- 8. Die Leistungserbringung kann erfolgen.



(Quelle: www.kbv.de/media/sp/02 Mustersammlung.pdf[7.3.15])

Der vorgestellte normenkonforme Verordnungsprozess zur häuslichen Krankenpflege, so wie er erfolgen soll, wird in der derzeitigen Praxis nicht umgesetzt. Wie die Umsetzung aussieht und woran die fehlende Umsetzung deutlich wird, wird im nächsten Abschnitt dargestellt.

3.2 Verordnungsprozess häuslicher Krankenpflege gemäß RVhK 2014 versus gelebter Verordnungspraxis

3.2.1 Grundsätzliche Problemstellung

Verschiedene Aspekte innerhalb des Verordnungsprozesses sollen im Folgenden als Grundlage für das weitere Vorgehen im Rahmen der Entwicklungsarbeiten und der Evaluation kritisch reflektiert werden. Ambulante Pflegedienste übernehmen teilweise unentgeltlich das Verordnungsmanagement. Diese Dienstleistung des Verordnungsmanagements erfolgt im Sinne der Patientinnen und Patienten und im eigenen finanziellen Interesse der ambulanten Pflegedienste (Bierther 2010, S. 37). Zur Versorgungsplanung unterstützen die Pflegekräfte die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte unentgeltlich, indem sie die Patientin, den Patienten bei der Verordnung von Hilfsmitteln oder beim Wechsel von Medikamenten beraten (vgl. Güntert, Thiele 2008, S.

163). An dieser Stelle weist die Richtlinie (RVhK) einen großen Handlungsspielraum auf und die Versorgungskontinuität scheint nicht gesichert, da kein finanzieller Anreiz seitens der ambulanten Pflegedienste sondern ein Mehraufwand besteht.

3.2.2 Prozess der Feststellung der Notwendigkeit der häuslichen Versorgung

"Das Verfahren, innerhalb von drei Arbeitstagen den Krankenkassen die Verordnungen zukommen zu lassen, kann im Alltag nicht immer eingehalten werden. Häufig werden die ambulanten Pflegedienste durch die Vertragsärzte über eine Verordnung vorab informiert und aufgefordert, die Erbringung der behandlungspflegerischen Leistungen schon am selben Tag zu beginnen. Dabei wird durch die Vertragsärzte zugesichert, die Verordnung auszustellen und dem ambulanten Pflegedienst zuzuschicken. Nach – zumeist verspätetem - Erhalt dieser Verordnung wird sie von den ambulanten Pflegediensten auf Vollständigkeit überprüft und dem Patienten beim nächsten Besuch zur Unterschrift vorgelegt. Erst dann kann der ambulante Pflegedienst die Verordnung zur Genehmigung an die Krankenkasse weitergeben. Die ambulanten Pflegedienste übernehmen hier die Aufgabe, die Versicherten beim Antragsverfahren zur Leistungserbringung zu unterstützen, da diese dazu oftmals nicht in der Lage sind" (Runder Tisch Pflege, Arbeitsgruppe III 2005, S. 21).

Des Weiteren haben die hilfe- und pflegedürftigen Menschen, wie auch im Rahmen der Beantragung einer Pflegestufe zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, eine große Eigenverantwortung im Zusammenhang mit der Einreichung der Verordnung bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Der, die Versicherte hat die verordneten Leistungen zur häuslichen Krankenpflege bei der Krankenkasse durch Vorlage zu beantragen, die eine Genehmigung durch die Krankenkasse erfordern (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2000). Die verordneten Leistungen müssen darüber hinaus mit den entsprechenden Diagnosen der Richtlinien übereinstimmen. Dabei lösen alleinig soziale Faktoren keinen Anspruch auf Leistungen aus (vgl. AOK-Gesundheitspartner 2012, S. 2). Demzufolge haben hilfe- und pflegebedürftige Menschen nur einen Anspruch auf Leistungen, die der Richtlinie entsprechen, wenn keine im Haushalt lebende Person die Behandlungspflege durchführen kann. Die Einreichung der Verordnung, das Aufsuchen der Hausarztpraxis und die Vorlage der Versicherungskarte können insbesondere in diesem Fall eine Barriere darstellen.

3.2.3 Verordnung der häuslichen Krankenpflege (Verordnungsmanagement)

Die Verordnung der häuslichen Krankenpflege erfolgt nach § 1 Absatz 1 der Richtlinie durch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bei einer bestehenden medizinischen Notwendigkeit. Hieraus geht hervor, dass entweder die Patientin, der Patient in der Lage sein muss, die Ärztin, den Arzt in ihrer, seiner Praxis aufzusuchen oder aber die Ärztin, der Arzt muss einen Hausbesuch abstatten, um eine medizinische Notwendigkeit festzustellen. Auf jeden Fall muss die Versichertenkarte zur Praxis und die Verordnung zur häuslichen Krankenpflege zur Patientin, zum Patienten gebracht werden. Diese Wege werden häufig nicht von den Patientinnen und Patienten erledigt sondern übernimmt in den meisten Fällen der ambulante Pflegedienst (vgl. Thorwirth 2013, S. 28).

In der Studie von Thorwirth wird mittels Befragung von Hausärzten (n=30) und ambulanten Pflegediensten (n=242) festgestellt, dass die ambulante Pflege und die Hausärzte teils gemeinsam, teils in Absprache, teils allein und selbstständig die Einschätzung zur Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege vornehmen. "Die Befragung der Pflegedienstleitungen ergibt dabei eine deutliche Tendenz, dass die ambulante Pflege im Kontext mehr handelt als die Hausärzte. Gründe für diese Aufgabenverschiebung liegen vor allem in fehlenden zeitlichen Ressourcen der Hausärzte" (Thorwirth 2013, S. 49). Sobald Teilbereiche der häuslichen Krankenpflege durch eine im Haushalt lebende Person übernommen werden können, hat die Verordnung für diese Teilbereiche zu unterbleiben.

Neben der Ärztin oder dem Arzt muss laut Richtlinie zur Verordnung auch die Patientin, der Patient bestätigen, dass es keine Person im Haushalt gibt, die die unterstützende Tätigkeit übernehmen kann und mit Datum auf dem Verordnungsformular unterschreiben.

Nachdem die Verordnung durch die Ärztin, den Arzt ausgefüllt wurde, ist es Aufgabe der Patientin, des Patienten sich einen Pflegedienst auszusuchen. Auch dies entspricht nicht der Realität. Eine Studie von Ortlieb et al. aus dem Jahr 2004 mit 1.315 Befragten zeigte, dass die Patientinnen und Patienten in den überwiegenden Fällen nicht selbst den Pflegedienst aussuchen sondern die Angehörigen oder die Ärztin, der Arzt (vgl. Ortlieb et al. 2004, S. 5).

Die Erstverordnung ist nach § 5 der Richtlinie begrenzt auf einen Zeitraum von 14 Tagen, in dem sich die Vertragsärztin, der Vertragsarzt über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern hat. Wenn erkennbar ist, dass der Zeitraum nicht ausreicht, ist eine begründete Folgeverordnung möglich und in den letzten drei Tagen vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen. Das bedeutet wiederum, dass die Ärztin, der Arzt nach spätestens elf Tagen entweder in der Praxis oder zu Hause die Patientin, den Patienten sehen muss. Anders herum bedeutet es, dass die Patientin, der Patient in der Lage sein muss, nach elf Tagen einen Termin in der Praxis zu vereinbaren, die Praxis aufzusuchen und sich eine neue Verordnung ausstellen zu lassen sofern dies notwendig ist. Diese Folgeverordnung muss dann an den ambulanten Pflegedienst weiter geleitet werden. Auch an dieser Stelle findet in der Realität nicht immer eine persönliche Vergewisserung der Ärztin, des Arztes statt. In den allermeisten Fällen übernimmt dies der ambulante Pflegedienst, der wiederum die Ärztin, den Arzt über den Erfolg der Maßnahme oder neue Pflegebedarfe informiert. Auch die Verlängerung der Verordnung, wenn sie notwendig ist, wird nach Absprache mit der Patientin, dem Patienten durch den ambulanten Pflegedienst veranlasst (vgl. Thorwirth 2013, S. 31).

Bei weiteren Verordnungen hat die Ärztin, der Arzt die Möglichkeit die Verordnung bis Ende des Kalenderjahres auszustellen sofern der Bedarf besteht. Wenn aus ärztlicher Sicht eine längerfristige Behandlung notwendig ist, wird in Absprache mit der Krankenkasse die Begrenzung von 14 Tagen umgangen und eine längerfristige Verordnung ausgestellt. Auch in

diesen Absprachen wird deutlich, dass der Verordnungsprozess, wie er festgeschrieben ist, selbst für Ärztin, Arzt und Krankenkasse unnötigen Aufwand erzeugt.

3.2.4 Genehmigung der Verordnung

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten der verordneten und erbrachten Leistungen bis zur Entscheidung über die Genehmigung entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132a Absatz 2 SGB V, wenn die Verordnung bis spätestens am dritten, der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Genehmigt werden aber nur Verordnungen, bei welchen die Diagnose und die verordneten Maßnahmen zusammen passen und die Unterschriften und Stempel der Vertragsärztin, des Vertragsarztes, des ambulanten Pflegedienstes und der Patientin, des Patienten tragen. Patientinnen, Patienten oder deren Angehörige sollen demnach laut Richtlinie im Beantragungs- und Genehmigungsprozess von häuslicher Krankenpflege die Beantragungsmaske für Versicherte auf Formular M12 ausfüllen, die Verordnung beim ausführenden Pflegedienst vorlegen, die Verordnung an die Krankenkasse weiterleiten, die Dauer der Verordnungen im Blick behalten und die Folgeverordnungen (gemeinsam mit den Hausärztinnen und Hausärzten) organisieren (vgl. Thorwirth 2013, S. 48).

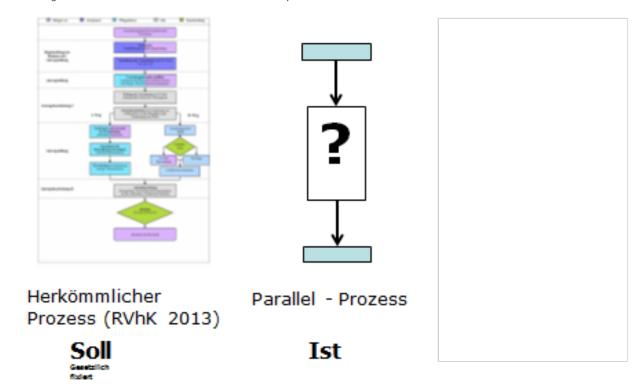
Tatsächlich sind sowohl niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als auch Pflegedienstleitungen von ambulanten Pflegediensten der Meinung, dass die Patientinnen und Patienten in über 80 Prozent der Fälle nicht in der Lage sind, dem offiziellen Beantragungs- und Genehmigungsprozess zu entsprechen (vgl. Thorwirth 2013, S. 28; vgl. Nett 2014, S. 21). Dies liege vor allem an den hochgradigen Einschränkungen der körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit der Versicherten, der Multimorbidität, mangelndes Patientenwissen und fehlende Angehörige vor Ort (vgl. Thorwirth 2013, S. 29). Die zu erledigenden Schritte im Antragsverfahren werden in den überwiegenden Fällen von den ambulanten Pflegediensten übernommen (vgl. Thorwirth 2013, S. 30; vgl. Nett 2014, S. 21). Wie die ambulanten Pflegedienste vorgehen, um eine gültige Verordnung zu erhalten, ist von ambulantem Pflegedienst zu ambulantem Pflegedienst verschieden.

3.2.5 Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die vielfältigen Anforderungen der "Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (häusliche Krankenpflege-Richtlinie)" an Patientinnen und Patienten, die häuslicher Krankenpflege bedürfen, gemessen an der Versorgungspraxis unrealistisch sind. Der Verordnungsprozess, wie er in der Richtlinie beschrieben ist, kann offensichtlich in vielen Bereichen nicht eingehalten werden. Es gibt einen oder mehrere Parallelprozesse respektive Schattenprozesse (siehe Abb. 5) für die Verordnung von häuslicher Krankenpflege, die in der Verordnungspraxis gelebt, jedoch nicht beschrieben wurden (vgl. Nett 2014, S. 21). Deutlich ist, dass diese Schattenprozesse in der Verordnungspraxis notwendig sind, um die Defizite des, in der "Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (häusliche Krankenpflege-Richtlinie)" geregelten

Verordnungsprozess, die der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V beschlossen hat, zu kompensieren. In seiner gegenwärtig geregelten Form ist der Verordnungsprozess offensichtlich nicht der Verordnungspraxis angemessen. Am 10.12.2013 sind die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGBV verabschiedet worden, § 2 regelt das Verordnungs- und Genehmigungsverfahren. Dies ist an die RVhK angeglichen, da keine Parallelverfahren entwickelt werden sollen. Um hier zu Verbesserungen zu kommen, braucht es eine Änderung der RVhK und der Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V.

Abbildung 5 Evaluation - Problem: Parallel- bzw. Schattenprozess



(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Auch in einer Untersuchung des statistischen Bundesamtes zum Erfüllungsaufwand in der Pflege wird das Antragsverfahren für häusliche Krankenpflege als Ganzes problematisch gesehen. Zum einen werden die zeitlichen Belastungen, aber auch ungeklärte Zuständigkeiten zwischen Kranken- und Pflegekassen genannt. Zum anderen führe die kurze Geltungsdauer zu erhöhten Personalkosten bei den ambulanten Pflegediensten, die die Anträge immer erneut bearbeiten müssen (vgl. Destatis 2013a, S. 134). Das Beispiel des Beantragungs- und Genehmigungsprozesses für ambulante Pflegeleistungen verdeutlicht, dass die Komplexität des Vorgangs eine Barriere für die Inanspruchnahme der Leistungen darstellt. Insbesondere die zeitliche Belastung und die Dauer des Verfahrens werden als kritisch angesehen (vgl. Statistisches Bundesamt 2013a, S. 141).

Elisabeth Beikirch, Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege, sieht ebenfalls einen Verbesserungsbedarf im Verordnungsprozess für häusliche Krankenpflege. Sie betont die

Notwendigkeit einer grundsätzlichen Klärung zwischen den Vertragsparteien und möchte bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen zur häuslichen Krankenpflege herausgeben (vgl. Beikirch 2013, S. 14).

Es bedarf eines vereinfachten Prozesses zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege, der sich einerseits an den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Patientinnen und Patientenorientiert und gleichzeitig die Qualität der Versorgung sicherstellt. Andererseits wurde ebenfalls deutlich, dass mit dem aktuellen Verordnungsprozess sowohl für Patientinnen, Patienten bzw. Angehörige, als auch für ambulante Pflegedienste, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenkassen ein hoher Arbeitsaufwand verbunden ist. Dies spricht für eine Entbürokratisierung des Verordnungsprozesses. Hierbei gilt es zu beachten, dass Verantwortlichkeiten klar geregelt sind und haftungsrechtlichen Anforderungen entsprochen wird.

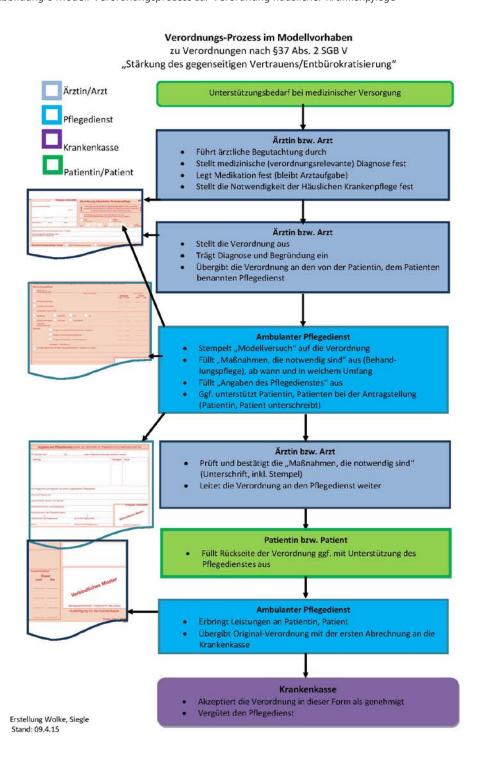
Für die vorliegende Arbeit wird also der richtlinienkonforme Verordnungsprozess (gemäß RVhK) vom gelebten Ist-Prozess bzw. ursprünglichen (Schatten-)Prozess unterschieden. Diese Unterscheidung ist wichtig, um die Aussagen der Akteure über den Ist-Prozess (Schattenprozess), der in der Praxis gelebt wird, vom richtlinienkonformen Verordnungsprozess wie er beschrieben ist, zu unterscheiden. Darüber hinaus gibt es im vorliegenden Bericht den Modell-Verordnungsprozess wie er im Modell-Versuch konsentiert und evaluiert wurde. Im Folgenden wird der Modell-Verordnungsprozess, wie er im Modell-Versuch konsentiert und evaluiert wurde näher dargelegt.

3.3 Der Modell-Verordnungsprozess zur Verordnung häuslicher Krankenpflege

3.3.1 Inhaltsüberblick

Der Verordnungsprozess im Modellversuch zu Verordnungen nach § 37 Absatz 2 SGB V zur "Stärkung des gegenseitigen Vertrauens und zur Entbürokratisierung" wurde im Rahmen der Sitzungen der Steuerungsgruppe entwickelt und konsentiert sowie durch juristische Experten der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg auf Gesetzeskonformität geprüft. Der Modell-Verordnungsprozess weist im Vergleich zum richtlinienkonformen Verordnungsprozess Unterschiede bezüglich der Verantwortungsbereiche und Prozessabläufe auf. Der Prozessbeginn stellt dabei weiterhin die Feststellung des Unterstützungsbedarfs der medizinischen Versorgung dar. Der Modell-Verordnungsprozess (vgl. Abb. 6) umfasst im Vergleich zum richtlinienkonformen Verordnungsprozess verschiedene Schwerpunkte:

- Prozess zur Feststellung der Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege
- Befristung der Erstverordnung
- Genehmigung der Verordnung



(Quelle: Eigenerstellung 2015)

3.3.2 Prozess zur Feststellung der Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege

Der Prozess zur Feststellung der Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege erfolgt weiterhin durch die niedergelassene Ärztin, den niedergelassenen Arzt im Rahmen der ärztlichen Begutachtung und Feststellung der medizinischen Diagnose sowie Festlegung der

Medikation. Im Anschluss wird die Verordnung ausgestellt und die Bezeichnung der Diagnose gemäß ICD-Code eingetragen. Im Anschluss findet die Übersendung an oder Abholung durch den ambulanten Pflegedienst statt. Im Vergleich zum richtlinienkonformen Verordnungsprozess erfolgt eine direkte Informationsweitergabe an den ambulanten Pflegedienst und somit eine Entlastung der Patientinnen und Patienten.

Im Gegensatz zur bisherigen Vorgehensweise legt die niedergelassene Ärztin, der niedergelassene Arzt die pflegerischen Maßnahmen sowie deren Häufigkeit und Dauer nicht fest. Der ambulante Pflegedienst ergänzt den erhaltenen Verordnungsschein (M12) im Bereich der "Angaben des Pflegedienstes" und legt die Art und den Umfang sowie den Beginn der pflegerischen Maßnahmen zur häuslichen Krankenpflege fest. Zudem bestätigt er den häuslichen Krankenpflegebedarf und sendet zunächst die Verordnung häuslicher Krankenpflege zurück an die zuständige niedergelassene Ärztin, den niedergelassenen Arzt zur Prüfung und Bestätigung. In einer ersten Diskussion der Projektbeteiligten des vdek, der ambulanten Pflegedienste und der KVBW war angedacht, dass der ambulante Pflegedienst nach Ausfüllen der Maßnahmen die Verordnung an die Krankenkasse weiterleitet. Nach Rücksprache mit Juristinnen und Juristen der KVBW wurde jedoch festgestellt, dass ein solches Vorgehen bei der derzeitigen Rechtslage in Deutschland nicht möglich ist. Die Verantwortung gegenüber der Leistungserbringung trägt weiterhin die niedergelassene Ärztin, der niedergelassene Arzt, wenn die Verordnung häuslicher Krankenpflege der Sicherung des ärztlichen Behandlungsziels gilt. Daher war es notwendig, eine Rückkopplungsschleife einzubauen und folglich signiert nun die niedergelassene Ärztin, der niedergelassene Arzt im neuen Vorgehen die Verordnung erst nachdem der ambulante Pflegedienst die Maßnahmen sowie deren Häufigkeit festgelegt und eingetragen hat. Die signierte Verordnung wird anschließend an den zuständigen ambulanten Pflegedienst zurückgeleitet, der wiederum die Verordnung an die Patientin, den Patient übermittelt und diesen gegebenenfalls beim Ausfüllen der Rückseite der Verordnung unterstützt. Der ambulante Pflegedienst erbringt die Leistung bei der Patientin, dem Patienten und übersendet die originale Verordnung häuslicher Krankenpflege zusammen mit der Rechnung an die Ersatzkasse. Hier wird deutlich, dass die Patientin, der Patient als Versicherte und gleichzeitig als hilfe- und pflegebedürftig wahrgenommen wird und bei Bedarf notwendige Unterstützungsleistungen erhält, die bislang uneinheitlich und in Abhängigkeit der Versorgungssituation erfolgt sind.

3.3.3 Entfristung der Erstverordnung

Eine Befristung ist aufgrund der interprofessionellen Einschätzung des Hilfe- und Pflegebedarfs zur Sicherung des ärztlichen Behandlungsziels im Modellversuch nicht vorgesehen. Bislang erfolgte die Befristung im Zeitraum von 14 Tagen und erforderte eine begründete Folgeverordnung in den letzten drei Tagen vor Ablauf des verordneten Zeitraums mit Folgen für die Prozessbeteiligten. Die Entfristung begründet sich im Vorgehen der Praxis, indem die Folgeverordnung durch die ambulanten Pflegedienste initiiert oder eine Befristung umgangen und gleich eine längerfristige Verordnung ausgestellt wird (vgl.

Kapitel 2.1.3). Eine Entfristung würde, neben einem geringeren Organisationsaufwand, der Patientin, dem Patienten Kosten für Folgeverordnungen ersparen.

3.3.4 Genehmigung der Verordnung

Die Genehmigung der Verordnung häuslicher Krankenpflege erfolgt durch die Akzeptanz seitens der zuständigen Ersatzkasse in dieser Form. Der ambulante Pflegedienst schickt mit der ersten Abrechnung die Originalverordnung an die Ersatzkasse. Die Ersatzkasse akzeptiert die Verordnung und vergütet den ambulanten Pflegedienst. Walter Scheller, Leiter der vdek-Landesvertretung, erläutert: "Die beantragten Maßnahmen gelten ohne Prüfung als genehmigt. Hier geben wir einen Vertrauensvorschuss" (vdek 2014).

Hier wird erneut deutlich, dass der Modell-Verordnungsprozess innerhalb des Modell-Versuchs durch eine direkte Informationsweitergabe gekennzeichnet ist und der Arbeitsaufwand, im Gegensatz zum ursprünglichen Verordnungsprozess (Schattenprozess), deutlich reduziert werden soll. Grundlegend hierfür sind gegenseitiges Vertrauen und eine gelingende sinnvolle Übertragung der Verantwortungsbereiche auf die Prozessbeteiligten.

4 Methodisches Vorgehen bei der Abschlussevaluation

4.1 Studiendesign

Um den neuen Modell-Verordnungsprozess evaluieren zu können, waren die Erhebung der Perspektiven aller Akteure im Prozess notwendig. Aus diesem Grunde wurden alle Beteiligten, die den neuen Modell-Verordnungsprozess umgesetzt und erlebt haben, miteinbezogen. Als Akteurinnen und Akteure wurden Patientinnen und Patienten, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, ambulante Pflegedienste, Ersatzkassen und MDK identifiziert.

Forschungsfragen

Folgende Forschungsfragen standen im Mittelpunkt der Abschlussevaluation:

- Gelingt die Entbürokratisierung aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten, der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, der ambulanten Pflegedienste, der Ersatzkassen und des MDKs?
- Werden die ärztlichen Versorgungsziele erreicht?
- Wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessert oder bleibt diese gleich?
- Erfolgt eine Entlastung der ambulanten Pflegedienste?
- Ist das Modell kostenneutral?

Hypothesen der Evaluation

Gegenstand: Prozesstreue

- Der richtlinienkonforme Soll-Prozess wird nicht eingehalten, ein Parallel- respektive Schattenprozess hat sich etabliert.
- Der Modell-Verordnungsprozess wird eingehalten.

Gegenstand: "Entbürokratisierung"

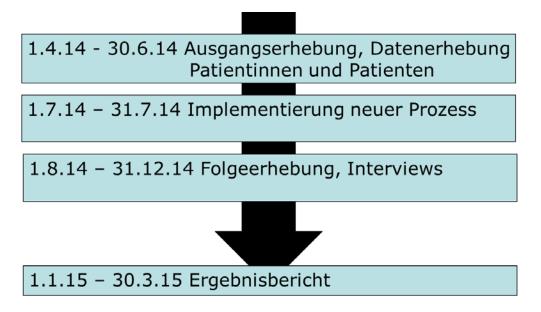
- Der bürokratische Aufwand für den Ist-Prozess (Schattenprozess) wird in erheblichen Teilen von Dritten übernommen.
- Der bürokratische Aufwand kann durch den Modell-Verordnungsprozess gesenkt werden.

Gegenstand: Gesundheitsbezogene Lebensqualität

• Nach Einführung des Modell-Verordnungsprozesses verschlechtert sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patientinnen und Patienten nicht.

Die Evaluation erstreckte sich über den Verlauf eines Jahres und wird in ihren zentralen Schritten in Abbildung 7 abgebildet.

Abbildung 7 Zeitlicher Ablauf der Evaluation



(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Neben Berücksichtigung der verschiedenen Perspektiven der Akteure zeichnet sich das Forschungsdesign durch einen Methodenmix aus quantitativen und qualitativen Anteilen aus.

Forschungsdesign

Quantitative Evaluation aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten

Um die Perspektive der Patientinnen und Patienten bezogen auf den Verordnungsprozess aufzunehmen wurde ein Vorher-Nachher-Design mit zwei Kohorten gewählt. Patientinnen und Patienten der beiden Kohorten, die häusliche Krankenpflege erhielten, wurden vor (Ausgangserhebung, Kohorte 1) und nach Einführung des Modell-Verordnungsprozess (Folgeerhebung, Kohorte 2) mittels schriftlichen, anonymen Fragebogen befragt. Dabei ging es um das Erleben ihrer subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität, um den Verordnungsprozess, wie sie ihn erlebt haben und welche Schritte im Prozess sie erledigen konnten (vgl. Kapitel 5.2). Die Erhebung der Ausgangssituation T₀ vor Start des Modellversuches erfolgte von April 2014 bis Juni 2014. Die Folgeerhebung T₁ erfolgte nach der Implementierung (ab Juni 2014) des neuen Modell-Verordnungsprozesses von Oktober 2014 bis Januar 2015 (Abb. 7). Der Zugang zu den Patientinnen und Patienten wurde über den ambulanten Pflegedienst erreicht. Die Auswertung der Fragebögen im Vorher-Nachher-Vergleich erfolgte softwaregestützt mit dem Datenauswertungsprogramm SPSS 20 mittels schließender Statistik.

<u>Qualitative Evaluation aus der Perspektive der Ärztinnen und Ärzte, der ambulanten</u> <u>Pflegedienste, der Ersatzkassen und des MDK</u>

Die qualitative Datenerhebung fand mittels leitfadengestützter Telefoninterviews sowie leitfadengestützter Frontalinterviews statt. Mit elf teilnehmenden, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wurden leitfadengestützte Telefoninterviews geführt. Die leitfadengestützten Frontalinterviews wurden mit vier Personen der ambulanten Pflegedienste, vier Personen der Ersatzkassen sowie einer Person des MDK durchgeführt. Das leitfadengestützte Interview zählt zu den semistrukturierten Interviews, da bestimmte Themen und Fragen vorab festgelegt sind, "(...) jedoch viele Spielräume in den Frageformulierungen, Nachfragestrategien und in der Abfolge der Fragen (...)" (Hopf 2013, S. 350) vorhanden sind. Trotz offen formulierter Fragen besteht durch die festgelegten Themen und Fragen eine Möglichkeit der Vergleichbarkeit der Interviews (vgl. Mayer 2013, S. 37; vgl. Flick 2007, S. 402).

Evaluation der Perspektive der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte

Da im Modell-Verordnungsprozess relativ wenige Arztpraxen beteiligt waren, wurden qualitative semistrukturierte Interviews mittels Leitfaden zur Erhebung der Perspektive der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verwendet. Die zeitlichen Ressourcen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wurden als sehr begrenzt eingeschätzt, daher sind diese Interviews als Telefoninterviews mit einem Zeitumfang von circa 15-20 Minuten durchgeführt worden, die anschließend transkribiert und mittels thematischer Kodierung ausgewertet wurden.

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wurden zur Situation vor und nach Einführung des Modell-Verordnungsprozesses zur häuslichen Krankenpflege befragt. Insbesondere war von Interesse, ob

- eine Entbürokratisierung und Vertrauensverbesserung erreicht und
- ob die ärztlichen Versorgungsziele erreicht wurden sowie
- welche Vor- oder auch Nachteile sie im Modell-Verordnungsprozess erlebt haben.

Die leitfadengestützten Interviews wurden zwischen November 2014 und Dezember 2014 durchgeführt. Der Zugang zu den Ärztinnen und Ärzten wurde über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg möglich.

<u>Evaluation der Perspektive der ambulanten Pflegedienste</u>

Auch bei den interviewten Personen der vier beteiligten ambulanten Pflegedienste wurden qualitative semistrukturierte Frontalinterviews mittels Leitfaden durchgeführt. Die Inhalte bezogen sich ebenfalls auf die Situation vor und nach der Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses. Insbesondere war von Interesse, ob eine Entbürokratisierung und Vertrauensverbesserung erreicht werden konnte, ob sich die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten aus Sicht der interviewten Personen verändert hatte und ob

eine Entlastung der Mitarbeitenden erfolgte. Die leitfadengestützten Interviews wurden als Vollerhebung bei allen teilnehmenden ambulanten Pflegediensten am Ende der Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses von November 2014 bis Dezember 2014 durchgeführt. Die Interviewdauer betrug circa 30-60 Minuten pro Interview, die ebenfalls anschließend transkribiert und mittels thematischer Kodierung ausgewertet wurden. Der Zugang wurde seitens der Steuerungsgruppe ermöglicht.

Evaluation der Perspektive des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (MDK)

Die Perspektive des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sollte zum einen über qualitative semistrukturierte Frontalinterviews mittels Leitfaden erfolgen, zum anderen aber auch über eine separate Auswertung des MDK. Jede fünfte Verordnung häuslicher Krankenpflege des Modellversuchs durchlief eine Prüfung auf Plausibilität, ob sich die gewählten Maßnahmen häuslicher Krankenpflege eignen, ob alternative Maßnahmen besser geeignet wären, ob die Häufigkeit medizinisch notwendig ist sowie die Abrechnungen entsprechend waren. Im Mittelpunkt der leitfadengestützten Interviews standen die Fragen, ob die ärztlichen Versorgungsziele bei den durchgeführten Begutachtungen eingehalten wurden und ob sich Versorgungsrisiken nach Umsetzung des Modellversuches beobachten lassen können. Der Aufwand für das Interview betrug circa 40 Minuten. Das leitfadengestützte Interview wurde transkribiert und anschließend mittels thematischer Kodierung ausgewertet. Zugang und Partizipation zum MDK wurden seitens des Projektträgers sowie der Steuerungsgruppe ermöglicht.

Evaluation der Perspektive der Ersatzkassen

Die Evaluation der Perspektive der Ersatzkassen wurde ebenfalls über qualitative semistrukturierte Frontalinterviews mittels Leitfaden erreicht. Die Interviews dauerten circa 30-60 Minuten und hatten die Situation vor und nach dem Modell-Verordnungsprozess zum Inhalt sowie die Folgen, die solch eine Veränderung für die Ersatzkassen haben. Auch diese leitfadengestützten Interviews wurden transkribiert und anschließend mittels thematischer Kodierung ausgewertet. Zugang und Partizipation zu den interviewten Personen der Ersatzkassen wurden seitens des Projektträgers und der Steuerungsgruppe ermöglicht.

Im Rahmen der Abschlussevaluation der unterschiedlichen Perspektiven aller Akteure treten eine Vielzahl an Begrifflichkeiten für unterschiedliche Beteiligte auf. So wird von Patientinnen und Patienten sowie auch von Klientinnen und Klienten bei den ambulanten Pflegediensten gesprochen. Diese Personen sind aber auch Versicherte und Leistungsempfängerinnen sowie Leistungsempfänger. Jeder Begriff steht für eine andere Perspektive auf diese Personen. Daher wurde sich im Rahmen der Evaluation dafür entschieden, primär von Patientinnen und Patienten zu sprechen.

Auch wenn bei der Abschlussevaluation in der Regel von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gesprochen wird, sind immer Vertragsärztinnen und -ärzte gemeint.

4.2 Interventionsphase

Der in der Steuerungsgruppe der beteiligten Projektpartner abgestimmte und konsentierte Modell-Verordnungsprozess wurde ab 01. Juni 2014 in den beteiligten Arztpraxen, den beteiligten ambulanten Pflegediensten und bei den beteiligten Ersatzkassen eingeführt. Die Modell-Verordnungsprozessphase dauerte bis 31. Dezember 2014 an. Die Information der Ersatzkassen erfolgte über den Verband der Ersatzkassen. Die einzelnen Ersatzkassen implementierten selbständig den Modell-Verordnungsprozess. Die Kassenärztliche Vereinigung informierte die beteiligten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte schriftlich mit Hinweisen zur Umsetzung. Die einzelnen Arztpraxen implementierten den Modell-Verordnungsprozess selbstständig. Die beteiligten ambulanten Pflegedienste wurden durch deren Vertreterinnen und Vertreter in der Steuerungsgruppe informiert. Diese sorgten für eine Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses bei diesen beteiligten ambulanten Pflegediensten. Zudem gab es bei allen Projektbeteiligten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Rückfragen bezogen auf den Modell-Verordnungsprozess.

4.3 Erhebungsinstrumente und Auswertung

Die für die Evaluation verwendeten Instrumente sollen im Folgenden dargelegt werden.

Fragebogen für die Patientinnen und Patienten

Der für die Patientinnen und Patienten, die häusliche Krankenpflege erhalten, verwendete Fragebogen (Anhang 2) zur Datenerhebung wurde auf Grundlage bereits verwendeter und zum Teil validierter Fragen erstellt (siehe Anhang 2). Grundlegend waren hierfür der Fragebogen SF-12, das Paderborn Patient Satisfaction Questionnaire - Ambulant Care (PPSQ-AC), Fragen aus der Studie von Thorwirth und Fragen zum Erfüllungsaufwand in der Pflege des Statistischen Bundesamts.

Ein großer Teil des Fragebogens (die ersten 12 Fragen) wurde von den Fragen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingenommen und mittels SF-12 untersucht.

SF-12

Der Fragebogen Short-Form 12 (SF-12) ist eine Kurzform des SF-36 und erfasst in 12 Items die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen. Das Instrument wurde auf Grundlage der Medical Outcome Study mit 149 Items entwickelt und zunächst auf 36 Items reduziert, der SF-36. Es stellte sich heraus, dass der SF-36 ohne schwerwiegende Verluste in einen einfacheren, schneller zu bearbeitenden Fragebogen, den SF-12 gekürzt werden konnte (vgl. Morfeld, Kirchberger, Bullinger 2011, S. 101). Dieser Fragebogen bietet einen Kompromiss zwischen hoher Praktikabilität und präziser Messung. International liegen mehrere Befunde über gute psychometrische Eigenschaften des SF-12 vor. Die insgesamt acht Subskalen des SF-12 (je vier Fragen mit einem oder zwei Items) werden zu den zwei übergeordneten Skalen "Körperliche Skala (Physical health, PCS)" und "Psychische Skala (Mental health, MCS)" verdichtet. Der Wertebereich liegt zwischen 0 (Minimum) bis 100 (Maximum) (vgl. Morfeld, Kirchberger, Bullinger 2011, S. 101).

Die interne Konsistenz des SF-12 ist mit einem Cronbachs Alpha für die körperliche Summenskala von 0,78 bis 0,83 und mit einem Cronbachs Alpha für die psychische Summenskala von 0,70 bis 0,87 in der deutschen Version gegeben. Die konvergente Validität des SF-12 zeigt eine genügend hohe Korrelation (0,51-0,58) mit dem Indexwert des EuroQol-Fragebogens (EQ-5D) (vgl. Morfeld, Kirchberger, Bullinger 2011, S. 104). Auch die diskriminate Validität des SF-12 wurde untersucht. In einem Vergleich verschiedener Erkrankungsgruppen der Normstichprobe 1994 wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten mit leichten Erkrankungen höhere Werte im SF-12 im Unterschied zu Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungen, die niedrigere Werte im SF-12 aufweisen. In mehreren Studien in Deutschland konnte auch die Veränderungssensitivität belegt werden (vgl. Morfeld Kirchberger, Bullinger 2011, S. 108-110).

Neben dem SF-12 wurden auch Fragen aus dem Paderborn Patient Satisfaction Questionnaire-Ambulant Care (PPSQ-AC) verwendet.

PPSQ-AC

Der PPSQ-AC ist ein standardisierter Fragebogen zur Messung der Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten mit ambulanten Pflegediensten. Er wurde durch Matiaske, Ortlieb, Bendel und Schramm entwickelt und in der Praxis angewendet. Validiert wurde der Fragebogen in einer Erhebung mit 1.315 Personen (929 Patientinnen und Patienten und 386 Angehörige), die von 19 ambulanten Pflegediensten betreut und mit dem PPSQ-AC befragt wurden (vgl. Bendel et al. 2013, S. 3-4). Die wissenschaftliche Güte des Fragebogens sollte untersucht werden (vgl. Ortlieb, Bendel, Matiaske 2004, S. 4).

Im Rahmen der vorliegenden Abschlussevaluation wurden weiterhin Fragen, wie die Patientin, der Patient zum ambulanten Pflegedienst gekommen ist (Teil 2) und die soziodemographischen Angaben (Teil 4) verwendet. Überwiegend wurden die Fragen wortwörtlich übernommen, zum Teil aber in den Auswahldimensionen ergänzt.

Fragebogen zu Verordnungen häuslicher Krankenpflege

Eine weitere Grundlage zur Erstellung des verwendeten Fragebogens waren Fragen und Dimensionen aus einer unveröffentlichten Masterarbeit von Thorwirth. Er untersuchte die im Alltag der ambulanten Alten- und Krankenpflege realisierte Praxis ärztlicher Verordnungen häuslicher Krankenpflege (vgl. Thorwirth 2013, S. 5). Dabei entwickelte er auf Basis von Experteninterviews (zwei Pflegedienstleitungen und ein Hausarzt) zwei Fragebögen sowohl für Pflegedienstleitungen von ambulanten Pflegediensten als auch für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (vgl. Thorwirth 2013, S. 15). Der Fragebogen wurde mittels Facevalidität und in einem Pretest geprüft und angepasst.

Im Rahmen der vorliegenden Abschlussevaluation wurden die Items, Angaben und Schritte im Verordnungsprozess (Teil 3) zum Teil wörtlich übernommen, zum Teil in der Formulierung und Skalierung auf den Personenkreis adaptiert.

<u>Verwendeter neu konstruierter Fragebogen</u>

Ergänzt wurde der Fragebogen für die Patientinnen und Patienten von konkreten, auf den Verordnungsprozess bezogenen Fragen, die im Modellversuch selbst erarbeitet und mit der Steuerungsgruppe Frage für Frage abgestimmt und angepasst wurden. Die Facevalidität ist somit gegeben. Ein Pretest mit acht Personen auf Leserlichkeit, Verständlichkeit und Dauer des Fragebogens wurde durchgeführt und daraufhin angepasst.

Einzelne Fragegruppen, die eine Variable in unterschiedlichen Dimensionen messen, wurden mittels Cronbachs Alpha auf ihre Reliabilität hin getestet. Der Fragebogen besteht aus mehreren Bestandteilen, die in ihren Dimensionen unterschiedlich sind. So wurden nur einzelne Fragegruppen (Dimensionen) auf Cronbachs Alpha hin untersucht. Die Fragen 2.1

bis 2.3 zur Auswahl des ambulanten Pflegedienstes haben ein Cronbachs Alpha von 0,837. Fragen 3.5 bis 3.8 zu den Schritten im Verordnungsprozess ein Cronbachs Alpha von 0,788. Die anderen Fragen unterscheiden sich stark von den erfragten Inhalten und haben ein Cronbachs Alpha von unter 0,6, sind aber inhaltlich für die vorliegende Untersuchung zentral.

<u>Auswertung des Fragebogens</u>

Die Fragebögen waren anonym ausgefüllt und versendet worden. Die erhobenen Daten wurden in SPSS 20 eingegeben und bearbeitet. Nach Bereinigung der Datensätze und der Prüfung auf Plausibilität der Daten wurden intervallskalierte Variablen zunächst mittels Kolomogorov-Smirnov auf Normalverteilung geprüft. Anschließend, wenn eine Normalverteilung vorlag, wurden die Daten der Ausgangserhebung mit den Daten der Folgeerhebung mittels t-test verglichen. Nicht-normalverteilte intervallskalierte und ordinalskalierte Variablen wurden mit dem Mann-Whitney-U Test und nominalskalierte Variablen mit Chi-Quadrat auf signifikante Unterschiede hin geprüft.

Interviewleitfäden für die qualitative Evaluation

Entwicklung der Interviewleitfäden

Zur Entwicklung der Interviewleitfäden (Anhang 4,5,6,7)wurde im Vorfeld eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Dabei fand eine Auseinandersetzung mit der Thematik sowie den Forschungsfragen statt. In diesem Rahmen wurde jeweils ein Interviewleitfaden für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, für die ambulanten Pflegedienste, für die Ersatzkassen sowie für den MDK entwickelt. Damit eine Vergleichbarkeit zwischen diesen Sichtweisen hergestellt werden kann, unterscheiden sich die Interviewleitfäden nur in den perspektivenspezifischen Themengebieten. Bei der Interviewleitfadenentwicklung wurde nach dem S²PS²-Verfahren vorgegangen. Dieses Verfahren unterteilt sich in fünf Phasen bei der Fragengenerierung: Sammeln, Sortieren, Prüfen, Streichen, Subsumieren. Hierbei wird in der ersten Phase ein Brainstorming durchgeführt, bei dem so viele Fragen wie möglich ohne Hinterfragen durch mehrere Personen gesammelt werden. In der darauf folgenden zweiten und dritten Phase findet eine Sortierung und diskursive Prüfung der Fragenstimuli statt. Darüber hinaus werden Cluster und Themenblöcke gebildet, Fragen überprüft und gegebenenfalls angepasst. In der vierten und fünften Phase werden Fragen entweder aussortiert, gestrichen bzw. in den Interviewleitfaden eingeordnet (vgl. Kruse 2014, S. 236-240). Im Anschluss an die Entwicklung der Interviewleitfäden fanden deren Pretests statt. In einem weiteren Schritt wurden die Interviewleitfäden hinsichtlich der Reihenfolge und der Formulierungen der Fragen nochmals überarbeitet, bevor sie für den Einsatz von der Steuerungsgruppe konsentiert und validiert wurden.

Auswertung der qualitativen Daten

Bei der qualitativen Datenauswertung wurde sich für die Methodik des thematischen Kodierens nach Flick (2007) entschieden. Kodierung wird dabei verstanden als "(…) die Vorgehensweisen (…), durch die Daten aufgebrochen, konzeptualisiert und auf neue Art

zusammengesetzt werden" (Strauss, Corbin 1996 in Flick 2007, S. 388). Das thematische Kodieren ist geeignet für vergleichende Studien von vorab festgelegten Gruppen. Dabei wird die Annahme zugrunde gelegt, dass in unterschiedlichen sozialen Gruppen verschiedene Sichtweisen bezüglich eines Phänomens oder Prozesses anzutreffen sind (vgl. Flick 2007, S. 402). Somit gilt die Datenauswertungsmethode für den Forschungsgegenstand, dem Modell-Verordnungsprozess zur Verordnung häuslicher Krankenpflege, als angemessen, da hiermit die einzelnen Interviews bzw. die beteiligten Perspektiven verglichen sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Sichtweisen auf den Modell-Verordnungsprozess herausgearbeitet werden können. Die Datenauswertung der leitfadengestützten Interviews erfolgte mit Unterstützung des Datenauswertungsprogramms MAXQDA.

Die dargestellten qualitativen Datenerhebungs- und Datenauswertungsmethoden müssen nach dem besten Wissen und Gewissen angewandt und die Rechte der interviewten Personen geschützt werden (vgl. Mayer 2011, S. 62). Dabei sind drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes zu verfolgen: Die umfassende Information und die freiwillige Zustimmung, die Wahrung der Anonymität der interviewten Personen sowie deren Schutz vor eventuellen psychischen und physischen Schäden (vgl. Mayer 2011, S. 64). Die umfassende Information der interviewten Personen der teilnehmenden ambulanten Pflegedienste, der Ersatzkassen und des MDK fand im Vorfeld bei der Terminvereinbarung wiederholte direkt vor dem Interview. sich Zudem Einverständniserklärung vor, in der alle wesentlichen Punkte zur Anonymisierung und zur Verwendung der erhobenen Daten aufgeführt waren. Die interviewten Personen können jederzeit einzelne Punkte oder die gesamte Einverständniserklärung widerrufen. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wurden durch ein Anschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung über die Telefoninterviews informiert. Des Weiteren erfolgte ebenfalls eine Information bei der Terminvereinbarung und es bestand direkt vor dem Interview die Möglichkeit offene Fragen zu klären. Bei der Transkription aller interviewten Personen sowie der folgenden Ergebnisdarstellung wurde auf die Wahrung der Anonymität geachtet. Die interviewten Personen sind der Steuerungsgruppe bekannt. Daher wird bei der folgenden Ergebnisdarstellung auf die die Darstellung der Analysen der einzelnen Interviews, wie bei Flick ursprünglich vorgesehen, verzichtet. Stattdessen werden gruppenbezogene Analysen aufgezeigt.

5 Ergebnisse

5.1 Stichproben-/Teilnahmeanalyse

Patientinnen und Patienten

Die Befragung der Patientinnen und Patienten erfolgte anhand einer Gelegenheits-Stichprobe derjenigen Patientinnen und Patienten, die über die beteiligten ambulanten Pflegedienste erreicht werden konnten und ist nicht repräsentativ. Die Größe des Samples der Patientenbefragung mittels Fragebogen war im Vorfeld der Erhebung unklar, sodass eine geschätzte Anzahl von 300 Fragebögen den ambulanten Pflegediensten zur Verteilung bei allen ersatzkassenversicherten Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt wurde. Die einzelnen Pflegedienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter der vier ambulanten Pflegedienste verteilten die Fragebögen, halfen bei Bedarf diesen auszufüllen und sammelten nach einem gewissen Zeitraum diese wieder ein. Dabei ließ sich nicht eruieren, wie viele Fragebögen ausgeteilt wurden. Konstatiert werden kann bei der Ausgangserhebung T0 ein Rücklauf von 131 Fragebögen, wovon 129 zur Auswertung kamen. Zwei Fragebögen wurden ausgeschlossen, da weniger als zehn Fragen beantwortet waren. Die Fragebögen der Ausgangserhebung wurden ausschließlich an Patientinnen und Patienten der Ersatzkassen ausgegeben, die Erfahrungen mit dem ursprünglichen Verordnungsprozess gemacht haben.

Bei der zweiten Erhebung konnten dagegen lediglich diejenigen Patientinnen und Patienten befragt werden, die den Modell-Verordnungsprozess kennen gelernt haben. Bei der Folgeerhebung T₁ wurden 62 Fragebögen zurückgesandt und davon 60 Fragebögen ausgewertet. Auch in dieser Erhebung wurden zwei Fragebögen ausgeschlossen, da weniger als zehn Fragen ausgefüllt waren. Die geringere Zahl an Fragebögen in der zweiten Erhebung ist auf die geringere Anzahl an Patientinnen und Patienten, die den Modell-Verordnungsprozess erlebt haben, zurückzuführen. Hintergrund ist, dass nicht alle verordnenden niedergelassenen Ärztinnen und niedergelassenen Ärzte der vier beteiligten ambulanten Pflegedienste am Modellversuch teilgenommen haben.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Von 31 teilnehmenden hausärztlichen Praxen, waren 15 zunächst bereit für ein Interview. Es wurden insgesamt elf Telefoninterviews mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten geführt. Eine niedergelassene Ärztin, ein niedergelassener Arzt hat das Telefoninterview abgesagt, da sie bzw. er keine Patientinnen und Patienten im Modellversuch hatte. Zwei der in Frage gekommenen Arztpraxen konnten trotz achtmaliger Kontaktaufnahme, mit Erklärung und Hinterlassen der eigenen Rufnummer sowie der Bitte um Rückruf, nicht erreicht werden. Eine Absage erfolgte aufgrund mangelnden Interesses.

<u>Ambulante Pflegedienste</u>

Alle vier teilnehmenden ambulanten Pflegedienste konnten erreicht und bei diesen Frontalinterviews durchgeführt werden. Diese fanden bei den jeweiligen Institutionen der zu interviewenden Personen statt.

Ersatzkassen

Ebenso, wie bei den ambulanten Pflegediensten konnten auch alle am Modell-Verordnungsprozess beteiligten Personen bei den Ersatzkassen erreicht und interviewt werden. Auch hier wurden die Frontalinterviews in den jeweiligen Institutionen der zu interviewenden Personen durchgeführt.

Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)

Hier wurde ein Frontalinterview vor Ort beim MDK Baden-Württemberg durchgeführt.

5.2 Ergebnisse aus der Befragung der Patientinnen und Patienten (Quantitative Evaluation)

5.2.1 Ausgangserhebung T₀ bei Patientinnen und Patienten

Stichprobe

Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten (n= 129) betrug 80,91 Jahre, der Median lag bei 84 Jahren. Es nahmen mehr Frauen (75,6 %) als Männer (24,4 %) an der Befragung teil. Die Patientinnen und Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung zu 39,7 Prozent in der Pflegestufe eins, zu 25,6 Prozent in der Pflegestufe zwei und zu 5,0 Prozent in der Pflegestufe drei. Die übrigen 29,8 Prozent der Befragten gaben an, in keiner Pflegestufe eingestuft zu sein. Beim Ausfüllen des Fragebogens haben sich 81,3 Prozent der befragten Patientinnen und Patienten, die ambulante Pflege benötigen, helfen lassen. Dabei half bei 49 Personen eine Pflegeperson des ambulanten Pflegedienstes, bei 44 Personen ein Familienangehöriger und bei zehn Personen Freundinnen, Freunde oder Bekannte. Obwohl die befragten Patientinnen und Patienten ein recht hohes Durchschnittsalter haben, so lebten doch 51,6 Prozent alleine zu Hause.

Tabelle 2 Anzahl der im Haushalt lebenden Personen

Leben in Ihrem Haushalt noch weitere Personen? (Ausgangserhebung T₀)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte
		J		Prozente	Prozente
	Nein	64	49,6	51,6	51,6
Gültig	Ja, außer mir Personen	60	46,5	48,4	100,0
	Gesamt	124	96,1	100,0	
Fehlend	Fehlt	5	3,9		
Gesamt		129	100,0		

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Bei 61,8 Prozent der befragten Patientinnen und Patienten kam der ambulante Pflegedienst seit weniger als einem Jahr, bei 18,2 Prozent zwischen ein bis zwei Jahre und bei 20,0 Prozent bereits länger als zwei Jahre (siehe Anhang 3).

Subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zentrale Ergebnisse zur subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität werden durch die körperliche und psychische Summenskala des SF-12 dargestellt. Die befragten Patientinnen und Patienten gaben in der körperlichen Lebensqualität einen Wert von 30,56 an, bei der psychischen Lebensqualität einen Wert von 43,78. Der Wertebereich liegt jeweils zwischen

0 (Minimum) bis 100 (Maximum). Auf die Frage, wie sich die allgemeine Lebensqualität aufgrund der häuslichen Krankenpflege verändert hat, antworteten 13,9 Prozent der Patientinnen und Patienten es sei viel besser, 46,5 Prozent fanden sie besser, 32,6 Prozent fanden keinen Unterschied zu davor und 3,9 Prozent erlebten eine Verschlechterung (siehe Anhang 3).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass mehr als zwei Drittel der Befragten ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht bezeichnen (siehe Abb. 8).

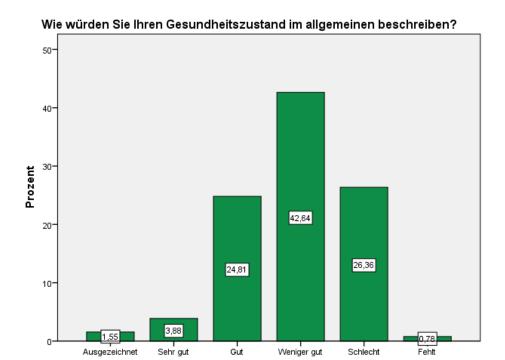


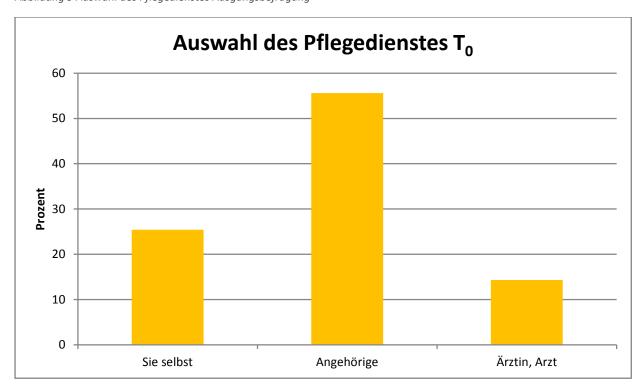
Abbildung 8 Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten Ausgangserhebung

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Beginn der Verordnung zur häuslichen Krankenpflege

Auf die Frage, wer zuerst auf die Idee gekommen sei, einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch zu nehmen, beantworteten 12,7 Prozent der Patientinnen und Patienten sie selbst, 40,5 Prozent wurden durch Familienangehörige, Freundinnen und Freunde auf die Idee gebracht, 33,3 Prozent durch die niedergelassene Ärztin oder den Arzt und 11,1 Prozent durch eine Ärztin, einen Arzt im Krankenhaus.

Bei der Auswahl des ambulanten Pflegedienstes ist dieser Unterschied größer. 25,4 Prozent der befragten Patientinnen und Patienten gaben an, den ambulanten Pflegedienst selbst ausgesucht zu haben, während bei 55,6 Prozent die Familienangehörigen, Freundinnen und Freunde und bei 14,3 Prozent eine niedergelassene Ärztin, ein niedergelassener Arzt den ambulanten Pflegedienst aussuchten (siehe Abb. 9).



(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Auf die Frage hin, wer die Verordnung (das Rezept) ausgestellt habe, antworteten 83,2 Prozent der Patientinnen und Patienten, die niedergelassene Ärztin, der niedergelassene Arzt. 12,8 Prozent gaben die Ärztin, den Arzt im Krankenhaus an und 2,4 Prozent die Ärztin, den Arzt in der Rehabilitationsklinik (siehe Anhang 3).

Wege und Zeiten im Rahmen des ursprünglichen Verordnungsprozesses

Ein wesentlicher Aufwand in der Verordnungspraxis sind Wege und Zeit, die die beteiligten Akteure benötigen bis eine Verordnung eingereicht bzw. bewilligt werden kann. Nach der Erstverordnung zur häuslichen Krankenpflege dauerte es nach Angabe der Patientinnen und Patienten im Durchschnitt 3,19 Tage (SD=3,8; Median 2,0 Tage) bis der ambulante Pflegedienst bei der Patientin, dem Patienten anfangen konnte. 86,0 Prozent der Patientinnen und Patienten gaben an, dass sie den Patiententeil der Verordnung (dem Rezept) zur häuslichen Krankenpflege nicht selbst ausfüllen konnten.

Diejenigen Patientinnen und Patienten, die Hilfe zum Ausfüllen in Anspruch genommen haben, gaben zu 66,0 Prozent an, dass ihnen der ambulante Pflegedienst half. 20,8 Prozent hat ein Angehöriger, eine Angehörige geholfen und 17, 8 Prozent haben keine Angabe gemacht.

Die Patientinnen und Patienten bringen zu 23,8 Prozent ihre Krankenversichertenkarte im Rahmen der Verordnungspraxis selbst zur niedergelassenen Ärztin, zum niedergelassenen Arzt. Sie gaben an, dass in 61,1 Prozent die Angehörigen der Patientin, des Patienten die

Krankenversichertenkarte zur niedergelassenen Ärztin, zum niedergelassenen Arzt brachte. Der ambulante Pflegedienst dagegen bringt die Karte zu 9,5 Prozent zur niedergelassenen Ärztin, zum niedergelassenen Arzt, so die Angabe der Patientinnen und Patienten.

Auf die Frage hin, wer die Verordnung häuslicher Krankenpflege bei der niedergelassenen Ärztin, dem niedergelassenen Arzt abgeholt habe, gaben die Patientinnen und Patienten an, dass es zu 42,4 Prozent wiederum die Angehörigen sind, zu 37,6 Prozent aber auch der ambulante Pflegedienst. Lediglich 15,2 Prozent holen die Verordnung häuslicher Krankenpflege selbst ab (siehe Abb. 10).

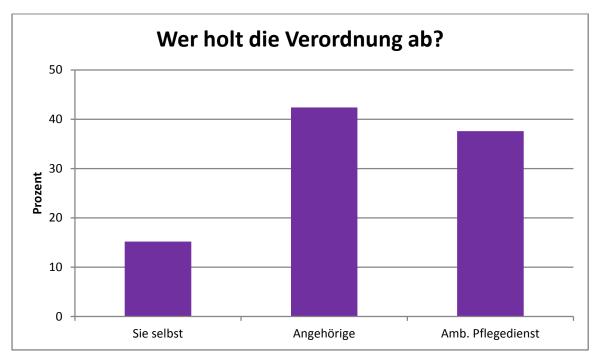


Abbildung 10 Ergebnis der Ausgangserhebung - wer holte die Verordnung ab

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Der nächste Schritt im Verordnungsprozess, also, wer die Verordnung häuslicher Krankenpflege sodann zum Pflegedienst bringt, wurde von den Patientinnen und Patienten folgendermaßen eingeschätzt: zu 59,7 Prozent hat der ambulante Pflegedienst selbst die Verordnung abgeholt, 26,9 Prozent haben die Angehörigen die Verordnung häuslicher Krankenpflege zum ambulanten Pflegedienst gebracht und 6,7 Prozent der Patientinnen und Patienten haben diesen Weg selbst erledigen können.

Dieser Angabentrend setzt sich in der nächsten Frage, wer die Verordnung häuslicher Krankenpflege an die Krankenkasse weitergeleitet habe, fort. 71,3 Prozent der Patientinnen und Patienten gaben an, dass dies der ambulante Pflegedienst erledigt habe. 17,2 Prozent, dass es die Angehörigen erledigt haben und nur 4,1 Prozent gaben an, die Verordnung häuslicher Krankenpflege selbst an die Krankenkasse weitergeleitet zu haben.

Auf die Frage hin, ob es Nachfragen zur Verordnung häuslicher Krankenpflege gab, antworteten die Patientinnen und Patienten wie folgt: in 24,0 Prozent durch die Krankenkasse, 9,9 Prozent durch die Ärztin, den Arzt und 4,1 Prozent durch den ambulanten Pflegedienst. 60,3 Prozent der Patientinnen und Patienten gaben an, dass es keine Nachfragen gab.

Auf die Frage hin, wie viel Zeit die Patientinnen und Patienten oder unterstützende Personen aus ihrem Umfeld benötigt haben um die Verordnung zu bearbeiten, gaben die Patientinnen und Patienten 1,31 Stunden an (SD= 1,17; Median 1,0) (siehe Anhang 3).

<u>Bewertung des ursprünglichen Verordnungsprozesses vor Einführung des Modell-Verordnungsprozesses</u>

Der ursprüngliche Verordnungsprozess wurde nach Ansicht von 46,3 Prozent der Patientinnen und Patienten ganz ohne ihr Zutun erledigt. 53,7 Prozent waren nicht dieser Ansicht.

Darüber hinaus wurden die Patientinnen und Patienten gefragt, ob sie den ursprünglichen Verordnungsprozess als bürokratisch (im negativen Sinne, also mit Hürden, vielen Regelungen und Verwaltungsvorgängen) wahrgenommen haben: 38,8 Prozent ja sehr, 19,8 Prozent etwas. Dagegen fanden den Prozess 10,7 Prozent der Patientinnen und Patienten wenig und 24,0 Prozent gar nicht bürokratisch.

Schließlich konnten die Patientinnen und Patienten bei einer Mehrfachauswahl mehreren Aussagen zustimmen oder diese ablehnen. Im Folgenden werden die Aussagen dargelegt:

Die größte Zustimmung fand die Aussage mit 77 Personen (63,1 %): "Ich konnte mich nicht selbst um die Verordnung (Rezept) kümmern" (siehe Tab. 3).

Tabelle 3 Ich konnte mich nicht selbst um die Verordnung kümmern

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: Mehrfachnennungen sind möglich:

Ich konnte mich nicht selbst um die Verordnung (Rezept) kümmern. Häufigkeit Prozent Gültige Prozente Kumulierte Prozente 45 Keine Angabe 34,9 36,9 36.9 Ich konnte mich nicht selbst um die Gültig 77 59,7 63,1 100,0 Verordnung (Rezept) kümmern. 100,0 Gesamt 122 94,6 Fehlend Fehlt 5,4 Gesamt 129 100,0

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Den ursprünglichen Verordnungsprozess fanden 46 Personen (37,7 %) kompliziert. Weitere 36 Personen (29,5 %) gaben an, dass sie es sehr belastend fanden, sich um die Verordnung

(Rezept) häuslicher Krankenpflege kümmern zu müssen. Der Aussage "Ich habe mich selbst um die Verordnung (Rezept) gekümmert" stimmten 18 Personen (14,8 %) zu und 23 Personen (18,9 %) fanden den ursprünglichen Verordnungsprozess einfach (siehe Anhang) (siehe Abb. 11).

Abbildung 11 Angaben zur Einschätzung des Verordnungsprozess - Ausgangserhebung

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: (Mehrfachnennungen möglich)	Häufigkeit
Ich habe mich selbst um die Verordnung (Rezept) gekümmert	18
Ich fand es sehr belastend mich um die Verordnung (Rezept) kümmern zu müssen	36
Ich fand den Verordnungsprozess sehr kompliziert	46
Ich konnte mich nicht selbst um die Verordnung (Rezept) kümmern	77
Ich fand den Verordnungsprozess einfach	23
Sonstiges Bitte eintragen	4

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Das freie Textfeld auf dem Fragebogen wurde von einigen Patientinnen und Patienten genutzt, um dem ambulanten Pflegedienst für die Unterstützung zu danken oder diesen zu loben. Darüber hinaus wurde darauf vermerkt, dass der ursprüngliche Verordnungsprozess kompliziert sei, insbesondere wenn die Entlassung aus dem Krankenhaus am Freitag erfolgt, die niedergelassene Ärztin, der niedergelassene Arzt nicht mehr erreichbar war aber die häusliche Krankenpflege direkt benötigt wurde (Angehörige hat beim Fragebogen geholfen). Darüber hinaus wurde ein unbürokratischerer Weg, wie der Verordnungsschein von Arztpraxis zum ambulanten Pflegedienst käme, gewünscht (Angehörige hat beim Fragebogen geholfen) (siehe Anhang 3).

5.2.2 Folgeerhebung T₁ bei Patientinnen und Patienten

Stichprobe

Das durchschnittliche Alter der Patientinnen und Patienten (n= 60) betrug 81,50 Jahre, der Median lag hier bei 83 Jahren. Es nahmen ebenfalls mehr Frauen (74,1 %) als Männer (25,9 %) an der Befragung teil. Die Patientinnen und Patienten befanden sich zu diesem Zeitpunkt der Erhebung zu 40,0 Prozent in der Pflegestufe eins, zu 16,4 Prozent in der Pflegestufe zwei und zu 5,5 Prozent in der Pflegestufe drei. Die restlichen 38,2 Prozent der Befragten gaben an, in keiner Pflegestufe eingestuft zu sein. Beim Ausfüllen des Fragebogens haben sich 69,0 Prozent der befragten Patientinnen und Patienten, die häusliche Krankenpflege benötigen, helfen lassen. Dabei half bei 18 Personen eine Pflegeperson des ambulanten Pflegedienstes, bei 22 Personen ein Familienangehöriger. Auch bei dieser Befragung lebten die befragten Patientinnen und Patienten, trotz einem recht hohen Durchschnittsalter, zu 61,4 Prozent alleine zu Hause.

Bei 50,0 Prozent der befragten Patientinnen und Patienten kam der ambulante Pflegedienst seit weniger als einem Jahr, bei 16,7 Prozent zwischen einem und zwei Jahre und bei 33,3 Prozent bereits länger als zwei Jahre (siehe Anhang 3).

Subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität

Auch hier werden die Ergebnisse zur subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch die körperliche und psychische Summenskala des SF-12 dargestellt. Die befragten Patientinnen und Patienten gaben in der körperlichen Lebensqualität einen Wert von 30,20 an. Bei der psychischen Lebensqualität einen Wert von 42,43 – der Wertebereich liegt jeweils zwischen 0 (Minimum) bis 100 (Maximum). Auf die Frage, wie sich die allgemeine Lebensqualität aufgrund der häuslichen Krankenpflege verändert hat, antworteten 14,0 Prozent der Patientinnen und Patienten es sei viel besser, 43,9 Prozent fanden sie besser, 40,4 Prozent fanden keinen Unterschied zu davor und 1,8 Prozent erlebten eine Verschlechterung (siehe Anhang 3).

Beginn der Verordnung zur häuslichen Krankenpflege

Auf die Idee gekommen, einen ambulanten Pflegedienst zu nehmen, waren zu 12,7 Prozent die Patientinnen und Patienten selbst, 47,3 Prozent wurden durch Familienangehörige, Freundinnen und Freunde auf die Idee gebracht, 29,1 Prozent durch die niedergelassene Ärztin, den niedergelassenen Arzt und 7,3 Prozent durch eine Ärztin, ein Arzt im Krankenhaus.

Bei der Auswahl des ambulanten Pflegedienstes ist dieser Unterschied ebenfalls größer. 19,0 Prozent der von uns befragten Patientinnen und Patienten gaben an, den ambulanten Pflegedienst selbst ausgesucht zu haben, während bei 48,3 Prozent die Familienangehörigen, Freundinnen und Freunde und bei 25,9 Prozent eine niedergelassene Ärztin, ein niedergelassener Arzt den ambulanten Pflegedienst aussuchten. Es sind also nur

zu einem ganz geringen Bruchteil die Patientinnen und Patienten selbst, die den ambulanten Pflegedienst aussuchen.

Auf die Frage hin, wer die Verordnung (das Rezept) häuslicher Krankenpflege ausgestellt habe, antworteten 92,9 Prozent der Patientinnen und Patienten, die niedergelassene Ärztin, der niedergelassene Arzt. 5,4 Prozent gaben die Ärztin, den Arzt im Krankenhaus an und 1,8 Prozent die Ärztin, den Arzt in der Rehabilitationsklinik (Abb.12)(siehe Anhang 3).

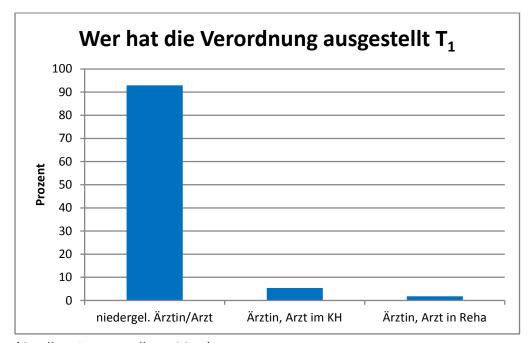


Abbildung 12 Wer hat die Verordnung ausgefüllt, Folgeerhebung

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Wege und Zeiten im Rahmen des Modell-Verordnungsprozesses

Nach der Erstverordnung zur häuslichen Krankenpflege dauerte es nach Angabe der Patientinnen und Patienten im Durchschnitt 4,50 Tage (SD=5,5; Median 1,5 Tage) bis der ambulante Pflegedienst bei der Patientin, dem Patienten anfangen konnte. 85,2 Prozent der Patientinnen und Patienten gaben an, den Patiententeil der Verordnung (dem Rezept) zur häuslichen Krankenpflege nicht selbst ausfüllen zu können.

Bei denjenigen Patientinnen und Patienten, die Hilfe zum Ausfüllen in Anspruch genommen haben, gaben zu 46,9 Prozent an, dass ihnen der ambulante Pflegedienst half. Bei 36,7 Prozent hat ein Angehöriger, eine Angehörige geholfen und zu 10,2 Prozent die niedergelassene Ärztin, der niedergelassene Arzt.

Die Patientinnen und Patienten bringen nur zu 27,1 Prozent ihre Krankenversichertenkarte im Rahmen der Verordnungspraxis selbst zur niedergelassenen Ärztin, zum niedergelassenen Arzt. Sie gaben an, dass in 47,5 Prozent die Angehörigen der Patientin, des Patienten die Krankenversichertenkarte zur niedergelassenen Ärztin, zum niedergelassenen Arzt brachte. Der ambulante Pflegedienst dagegen bringt die Karte nur zu 15,3 Prozent zur

niedergelassenen Ärztin, zum niedergelassenen Arzt, so die Angabe der Patientinnen und Patienten. Nur ein knappes Drittel der Patientinnen und Patienten bringt selbst die Krankenversichertenkarte in die Arztpraxis.

Auf die Frage hin, wer die Verordnung häuslicher Krankenpflege bei der niedergelassenen Ärztin, dem niedergelassenen Arzt abgeholt habe, gaben die Patientinnen und Patienten an, dass es zu 16,9 Prozent sie selbst, zu 39,0 Prozent wiederum die Angehörigen sind, zu 40,7 Prozent der ambulante Pflegedienst.

Der nächste Schritt im Modell-Verordnungsprozess, also, wer die Verordnung häuslicher Krankenpflege sodann zum Pflegedienst bringt, wurde von den Patientinnen und Patienten folgendermaßen eingeschätzt: zu 49,1 Prozent hat der ambulante Pflegedienst die Verordnung abgeholt, bei 29,8 Prozent haben die Angehörigen die Verordnung zum Pflegedienst gebracht und 5,3 Prozent der Patientinnen und Patienten haben diesen Weg selbst erledigen können.

Auch hier setzt sich der Angabentrend in der nächsten Frage, wer die Verordnung häuslicher Krankenpflege an die Krankenkasse weitergeleitet habe, fort. 74,6 Prozent der Patientinnen und Patienten gaben an, dass dies der ambulante Pflegedienst erledigt habe, 13,6 Prozent, dass es die Angehörigen erledigt haben und nur 3,4 Prozent gaben an, die Verordnung häuslicher Krankenpflege selbst an die Krankenkasse weitergeleitet zu haben.

Auf die Frage hin, ob es Nachfragen zur Verordnung gab, antworteten die Patientinnen und Patienten wie folgt: 13,5 Prozent durch die Krankenkasse, 1,9 Prozent durch die niedergelassene Ärztin, den niedergelassenen Arzt und 5,8 Prozent durch den ambulanten Pflegedienst. 76,9 Prozent der Patientinnen und Patienten gab an, dass es keine Nachfragen gab.

Auf die Frage hin, wie viel Zeit die Patientinnen und Patienten oder Personen aus ihrem Umfeld benötigt haben um die Verordnung häuslicher Krankenpflege zu bearbeiten, gaben die Patientinnen und Patienten 1,28 Stunden an (SD=3,99; Median 1,5) (siehe Anhang 3).

Bewertung des Modell-Verordnungsprozesses

Der Modell-Verordnungsprozess wurde nach Ansicht von 55,4 Prozent der Patientinnen und Patienten ganz ohne ihr Zutun erledigt. 44,6 Prozent waren nicht dieser Ansicht.

Anschließend wurden die Patientinnen und Patienten gefragt, ob sie den Verordnungsprozess als bürokratisch (im negativen Sinne, also mit Hürden, vielen Regelungen und Verwaltungsvorgängen) wahrgenommen haben: 19,6 Prozent: ja sehr, 23,5 Prozent: etwas. Dagegen fanden den Modell-Verordnungsprozess 21,6 Prozent der Patientinnen und Patienten wenig und 25,5 Prozent gar nicht bürokratisch.

Schließlich konnten die Patientinnen und Patienten bei einer Mehrfachauswahl mehreren Aussagen zustimmen oder diese ablehnen. Im Folgenden werden die Aussagen dargelegt:

Die größte Zustimmung fand die Aussage "Ich konnte mich nicht selbst um die Verordnung (Rezept) kümmern" mit 36 Personen (62,1 %). Den Modell-Verordnungsprozess fanden acht Personen (13,8 %) kompliziert. Weitere sieben Personen (12,1 %) gaben an, dass sie es sehr belastend fanden sich um die Verordnung (Rezept) häuslicher Krankenpflege kümmern zu müssen. Der Aussage "Ich habe mich selbst um die Verordnung (Rezept) gekümmert", stimmten zehn Personen (17,2 %) zu und 14 Personen (24,1 %) fanden den Verordnungsprozess einfach (siehe Anhang).

Auch bei der zweiten Befragung wurde das freie Textfeld genutzt, um dem ambulanten Pflegedienst zu danken oder diesen zu loben.

5.3 Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews (Qualitative Evaluation)

5.3.1 Ergebnisse der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte

Erlebter bürokratischer Aufwand im ursprünglichen Verordnungsprozess

Von den elf interviewten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten haben fünf Aussagen zum bürokratischen Aufwand im ursprünglichen Verordnungsprozess getroffen. Die meisten haben förderliche und positive Faktoren des ursprünglichen Verordnungsprozesses beschrieben. Die interviewten Personen HA2, HA3 und HA9 haben den ursprünglichen Verordnungsprozess als problemlos bzw. für sich einfacher wahrgenommen (vgl. HA2, Z: 12-16, vgl. HA3, Z: 20-21).

"Wenn ich im Fall davor nach alter Version, einfach unten hingeschrieben hab, was ich für richtig, sprich als Anordnung hab (…), dann war das kurz und bündig" (HA2, Z: 12-16).

"Da seh ich jetzt aber kein Problem. Wo war da das Problem?" (HA3, Z: 20-21).

HA9 hat die gute Beziehung sowie die Nähe zum ambulanten Pflegedienst als förderliche Faktoren genannt (vgl. HA9, Z: 21-24). Die interviewte Person HA7 hat keinen Unterschied zwischen den Prozessen bemerkt und die Verordnungen häuslicher Krankenpflege wie bisher ausgefüllt (vgl. HA7, Z: 6).

"Also ich, ich hab des genauso ausgefüllt wie vorher auch" (HA7, Z: 6).

Eine interviewte Person (HA6) hat den bürokratischen Aufwand im ursprünglichen Verordnungsprozess als sehr aufwendig empfunden. Dies lag einerseits an den einzuhaltenden Fristen und andererseits an der wahrgenommenen Verantwortung für die Vergütung der ambulanten Pflegedienste mitverantwortlich zu sein (vgl. HA6, Z: 37-41).

"(…) wenn man auf dem alten Weg dann erstmal die 14 Tage wieder (…) ist son ganz großer Anteil, dass man dem immer wieder nachkommt und dann auch (…) dafür Sorge tragen kann, dass die Sozialstation das was ihr zusteht auch bekommt" (HA6, Z: 37-41).

Manche der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben den ursprünglichen Verordnungsprozess ergänzend noch aus Perspektive der ambulanten Pflegedienste beschrieben. Hier wurde ebenfalls die Dreitagesfrist als hinderlicher Faktor benannt, welcher jedoch "für den Patienten selber nicht von Vorteil und nicht von Nachteil ist" (HA2; Z: 71-72). Die interviewte Person HA3 konstatiert, dass die Dreitagesfrist für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sekundär ist, da sie mit der Abrechnung nicht direkt zu tun haben und die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Vordergrund steht (vgl.

HA3; Z:44-48). Diese niedergelassene Ärztin, dieser niedergelassene Arzt sagt ebenfalls aus, dass es in der Regel die Angehörigen sind und nicht die Patientinnen und Patienten selbst, die sich um die Verordnung häuslicher Krankenpflege kümmern (vgl. HA3; Z: 33-42).

Erlebter bürokratischer Aufwand im Modell-Verordnungsprozess

Im Rahmen vom Modell-Verordnungsprozess wird der bürokratische Aufwand von den interviewten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sehr unterschiedlich erlebt. Drei der interviewten Personen haben die Verordnungen häuslicher Krankenpflege unverändert ausgefüllt und daher keine Veränderung bemerkt (vgl. HA3, Z: 39-41; vgl. HA2, Z: 42-45, vgl. HA8, Z: 2-3).

"Puh, also bisher hat sich bei uns nix verändert, weil wir die Verordnung genauso rauslassen wie bisher (...)" (HA8, Z: 2-3).

Die weiteren Interviewpartnerinnen und Interviewpartner beschreiben einerseits hemmende, belastende und andererseits förderliche, positive Faktoren. Vier niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (vgl. HA2, HA9, HA10, HA11) nahmen eine Erhöhung des bürokratischen Aufwandes im Modell-Verordnungsprozess wahr. Dies hatte verschiedene Gründe. Die interviewte Person HA2 empfindet den Mehraufwand in der Formulierung der Diagnose für sich persönlich als hemmend und belastend (vgl. HA2, Z: 5-6).

"Äh, warum ist es für mich nicht besser? Weil ich mich nicht ausdrücken kann, was ich eigentlich will" (HA2, Z: 5-6).

Als weiteren hemmenden Faktor beschreibt die interviewte Person HA9, dass das Formular nicht im Computer hinterlegt ist und deshalb von Hand ausgefüllt werden muss (vgl. HA9, Z: 12-14). Gleichzeitig registrieren die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte einen Mehraufwand auf Seiten der ambulanten Pflegedienste (vgl. HA9, Z: 27; vgl. HA11, Z: 88).

"Also es ist vielleicht ein Schritt mehr im Moment, in der Erstausfertigung, ja" (HA9, Z: 27).

"Bis auf die etwas Mehrfahrten, weil ich dann nochmal unterschreiben muss" (HA11, Z: 88).

Die interviewten Personen HA2 und HA9 sehen trotz der Einschränkungen auch förderliche, positive Faktoren am Modell-Verordnungsprozess. Hier werden insbesondere die reduzierten Nachfragen der Ersatzkassen genannt (vgl. HA6, Z: 13-15; vgl. HA9, Z: 54-57).

"Für die Schwestern ist es aber praktischer und zwar insbesondere deshalb, weil die Krankenkassen(…), nicht mehr so viele Nachfragen haben (…)" (HA2, Z: 22-24).

Die anderen fünf interviewten Personen (vgl. HA1, HA5, HA7,HA10, HA11) haben den Modell-Verordnungsprozess sehr positiv erlebt und eine Reduktion des bürokratischen Aufwands wahrgenommen (vgl. HA1, Z: 11-13; vgl. HA10, Z: 6-7; vgl. HA11, Z: 3-4).

"Dass es dieses hin und her nicht mehr geht, sondern nur noch in eine Richtung und ich glaub, das ist gut so. Das heißt unsere Ressourcen sind etwas e n t s p a n n t e r" (HA5, Z: 11-13).

Erlebte Zusammenarbeit im Modell-Verordnungsprozess

Laut Aussagen der interviewten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte war die Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten sowohl vor als auch während dem Modell-Verordnungsprozess gleich bleibend gut (vgl. HA3, Z: 49; vgl. HA4, Z: 17-18; vgl. HA7, Z: 75-76; vgl. HA9, Z: 32). Aufgrund der erhöhten Kommunikation im Rahmen vom Modell-Verordnungsprozess empfindet die interviewte Person HA7 sogar eine Verbesserung der Zusammenarbeit.

Das Vertrauensverhältnis zu den ambulanten Pflegediensten wird von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ebenfalls positiv beschrieben (vgl. HA2, Z: 45).

"Das Vertrauensverhältnis ist immer gut ja. Das ist gleichgeblieben" (HA2, Z: 45).

Die interviewten Personen HA5, HA6 und HA10 haben den ambulanten Pflegediensten zudem ganz explizit ihr Vertrauen ausgesprochen (vgl. HA5, Z: 37-38; vgl. HA6, Z: 26-28; vgl. HA10, Z: 28-30)

"Und vor allem, was wir ja sowieso schon machen, das Vertrauen in die (…) Sozialstationen rein, dass die natürlich von Pflege mehr verstehen als wir muss man ja auch sagen" (HA5, Z: 9-11).

Acht der elf interviewten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte konnten keine Aussagen zur Zusammenarbeit mit den Ersatzkassen machen, da sie innerhalb des Modell-Verordnungsprozesses keinen Kontakt hatten und keine Rückmeldung bekamen (vgl. HA4, Z: 16-17; vgl. HA7, Z: 75-76; vgl. HA8, Z: 18; vgl. HA9, Z: 36; vgl. HA10, Z: 20-21; vgl. HA11, Z: 69-70). Auch die interviewte Person HA5 hat keine Veränderung in der Kooperation und im Vertrauensverhältnis wahrgenommen, konstatiert jedoch, dass ein "Grundmaß" an Vertrauen vorhanden sein muss (vgl. HA5; Z: 25).

"Wenn uns seitens der Kassen Misstrauen entgegengeschlagen wäre, haben wir das erfolgreich ignoriert. D.h. wir haben eigentlich nix gemerkt" (HA5, Z: 22-23).

Durch die Aussage von der interviewten Person HA3 wird deutlich, warum möglicherweise so wenig niedergelassene Ärztinnen und Ärzte etwas zur Zusammenarbeit mit den Ersatzkassen sagen (vgl. HA3, Z: 51-52).

"Ich hab ja mit den Ersatzkassen jetzt direkt gar nichts zu tun was das angeht, sondern das macht immer der Pflegedienst mit der Krankenkasse" (HA3, Z: 51-52).

Die Zusammenarbeit mit den Ersatzkassen hat nach Ansicht von der interviewten Person HA6 problemlos und ohne Schwierigkeiten funktioniert (vgl. HA6, Z: 20-21). Die interviewten Personen HA1 und HA2 nehmen eine Verbesserung der Kooperation mit den Ersatzkassen wahr und eine Stärkung des Vertrauensverhältnisses (vgl. HA1, Z: 20-21; Z: 24).

"Das Verhältnis mit den Kassen, (…) da gabs ne Positivwendung zum partnerschaftlichen hin und da ist auch was passiert (…) mit dem Modellversuch, da ist jetzt ein Kreuzchen (…) was man nicht gleich misstrauisch beäugt, sondern einfach akzeptiert und nicht gleich hinterfragt und so, dass ist ne schöne Entwicklung (…)" (HA2, Z: 113-117).

<u>Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten im Modell-Verordnungsprozess</u>

Die Versorgungziele sind nach Ansicht der interviewten Ärztinnen und Ärzte weiterhin gut erreicht worden (vgl. HA1, Z: 27; vgl. HA3, Z: 57; vgl. HA8, Z: 35). Nur eine interviewte Person konnte diese Frage nicht beantworten, da sie keine Rückmeldung dazu bekommen hat (vgl. HA4, Z: 28-29). Die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten ist laut den interviewten Personen HA1 und HA5 unverändert, "(...) weil sie das gar nicht mitkriegen was hinter den Kulissen läuft" (HA5, Z: 29; vgl. HA1, Z: 51). Ihrer Meinung nach sollen die Patientinnen und Patienten "(...) das fertig ausdiskutierte gute Management (...)" erhalten (vgl. HA1, Z: 48-49). HA9 hat für die Patientinnen und Patienten, die am Modell-Verordnungsprozess beteiligt waren, keine Änderung der Versorgungssituation registriert, jedoch "(...) zwei, drei Leute im Kopf, die da nicht reinfallen, für die wär das ne Erleichterung" (HA9, Z: 41-42).

Die interviewten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte HA6, HA7, HA10 und HA11 haben durch den Modell-Verordnungsprozess eine Verbesserung der Versorgungssituation für die Patientinnen und Patienten wahrgenommen. Diese Verbesserung wird zum einen mit einem bewussteren Umgang und der erhöhten Kommunikation zwischen den Akteuren begründet (vgl. HA7, Z: 82-86; vgl. HA7, Z: 94-96). Zum anderen wird der Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten schneller erkannt und somit gedeckt. Es kann umgehend auf aktuelle Veränderungen reagiert werden (vgl. HA6, Z: 31-33; vgl. HA10, Z: 38-40; vgl. HA11, Z:73-74).

"Ich denke, dass eine kurzfristigere Anpassung an aktuelle Veränderungen möglich ist" (HA10, Z: 42)

Reflexion des Modell-Verordnungsprozesses

Trotz mancher Einschränkungen, welche im bürokratischen Aufwand benannt wurden, wird der Modell-Verordnungsprozess von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten insgesamt positiv bewertet. Die interviewte Person HA3 hat keinen Unterschied zwischen den beiden

Verordnungsprozessen festgestellt. Durch den Modell-Verordnungsprozess sind jedoch auch keine Nachteile entstanden. Diese niedergelassene Ärztin, dieser niedergelassene Arzt sagt jedoch, "die Dinge haben nichts mit dem Menschen zu tun sondern das sind bürokratische Gegebenheiten." (HA3; Z: 62-64). Diese Aussage wird von der interviewten Person HA2 bestätigt (vgl. HA2; Z: 81-82), sie empfindet im Modellversuch die Kontrolle durch die Kassen als niedriger und wertet dies positiv (vgl. HA2; Z: 83-85). Die interviewten Personen HA4 und HA8 erkennen bisher keinen Nutzen für ihre Praxis durch den Modell-Verordnungsprozess. Sie begründen dies zum einen mit der aus ihrer Sicht geringen Anzahl der Beteiligten (vgl. HA8, Z: 42-46; vgl. HA4, Z: 36-38) und zum anderen in der unzureichenden Kommunikation über den Patientenzustand mit dem ambulanten Pflegedienst (vgl. HA4, Z: 31-34). Die anderen interviewten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben den Modell-Verordnungsprozess als deutliche Entbürokratisierung wahrgenommen. Sie beschreiben ihn als effektiv, effizient und die Umsetzung als Fortschritt.

"(...) wenn wir das so führen, dass wir das so machen, dann wär das ein deutlicher Fortschritt" (HA1, Z: 41-44).

"Ich finds schon ne deutliche Entbürokratisierung" (HA6, Z:46).

Für eine dauerhafte Implementierung sollte man, laut den interviewten Personen HA9 und HA11 das Formular "blanko" (HA9, Z: 69) am Computer ausfüllen können, so dass die Mehrfahrten aufgrund der fehlenden ärztlichen Unterschrift für die ambulanten Pflegedienste wegfallen (vgl. HA11, Z: 88). Die interviewten Personen HA7 und HA10 empfehlen für eine zukünftige Umsetzung regelmäßige Absprachen mit bzw. Rückmeldungen von den ambulanten Pflegediensten bezogen auf den Therapieverlauf (vgl. HA7, Z: 159-164; vgl. HA10, Z: 72-73). Des Weiteren wird ein größerer Nutzen vermutet, wenn mehr Krankenkassen und ambulante Pflegedienste den Modell-Verordnungsprozess umsetzen (vgl. HA5, Z: 48-49; vgl. HA10, Z: 52; vgl. HA11, Z: 84). Die interviewte Person HA1 stellt rückblickend fest, dass "(...) die entscheidenden Punkte, die das Leben jetzt wirklich erleichtert haben, (...) z. B. die einzuhaltende 3-Tage-Regelung jetzt nicht angewandt wird (...)" (HA2, Z: 64-66) und die geringeren Rückfragen der Ersatzkassen wesentliche Aspekte des Modell-Verordnungsprozesses waren.

5.3.2 Ergebnisse der ambulanten Pflegedienste

Erlebter bürokratischer Aufwand im ursprünglichen Verordnungsprozess

Alle interviewten Personen der ambulanten Pflegedienste erzählten sowohl von hemmenden, belastenden Faktoren als auch von positiven, förderlichen Faktoren hinsichtlich des bürokratischen Aufwands im ursprünglichen Verordnungsprozess.

Hinsichtlich der erlebten hemmenden, belastenden Faktoren berichteten alle interviewten Personen der ambulanten Pflegedienste von fehlerhaft ausgefüllten Verordnungen häuslicher Krankenpflege seitens der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Dies war laut der interviewten Personen PD1, PD3 sowie PD4 dann der Fall, wenn das Ausstellungsdatum falsch vermerkt war, die Verordnungen nicht vollständig ausgefüllt waren und die Maßnahmen sowie deren Häufigkeiten, insbesondere bei Wundversorgungen, nicht korrekt angegeben waren (vgl. PD1, Z: Z: 22-27, Z: 87-88; vgl. PD3, Z: 59-64, Z: 88-90; vgl. PD4, Z: 90-99). Laut der interviewten Person PD2 lagen fehlerhaft ausgefüllte Verordnungen häuslicher Krankenpflege vor, wenn verordnungsrelevante Diagnosen fehlten und die Verordnungen nicht den HKP-Richtlinien entsprachen (vgl. PD2, Z: 66-70, Z: 125-131). Weiterhin erläuterte die interviewte Person PD4, dass die Verordnungen häuslicher Krankenpflege im ursprünglichen Verordnungsprozess bei Erstverordnungen stets dahingehend zu überprüfen waren. Daraus ergab sich, dass wiederkehrend Rücksprachen mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erfolgen mussten (vgl. PD4, Z: 48-51, Z: 90-99). Die interviewte Person PD4 sah in den nicht "korrekt" (PD4, Z: 46-48, Z: 90-93) ausgefüllten Verordnungen eine Ursache für einen erhöhten bürokratischen Aufwand. Dieser läge ihrem Erachten nach nicht vor, wenn die Verordnungen häuslicher Krankenpflege von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten korrekt ausgefüllt wären. Dann würden Wege sowie Zeit gespart und Ablehnungen bzw. Rückfragen durch die Krankenkassen vermieden (vgl. PD4, Z: 27-32; vgl. PD 1, Z: 22-27, Z: 30-33).

"Oft waren die halt, ja, nicht, nicht <u>qut</u> ausgestellt. Da haben Kleinigkeiten gefehlt. Dann ja, das war dann schon sehr aufwändig, weil man dann halt wieder zurück geht, in die Arztpraxis fährt und das klären muss, dass alles korrekt ausgefüllt ist, dass wir es abrechnen können. Sagen wir, könnten wir alles locker bei den Krankenkassen abgeben ohne dass <u>die</u> eigentlich das Feedback geben müssen: "Es ist Einiges nicht in Ordnung", dann hätte man diesen Aufwand nicht" (PD4, Z: 27-32).

Weitere hemmende, belastende Faktoren lagen laut Aussage der interviewten Person PD3 bei den Folgeverordnungen häuslicher Krankenpflege. Diese wurden durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte oftmals nicht rechtzeitig ausgestellt (vgl. PD3, Z: 45-46). Auch die interviewte Person PD1 zeigte dahingehend hemmende, belastende Faktoren auf, die insbesondere beim Quartalswechsel auftraten. Oftmals waren die Krankenversichertenkarten der Patientinnen und Patienten bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht eingelesen. Folglich erhielt der ambulante Pflegedienst 1 die Verordnungen häuslicher Krankenpflege nicht rechtzeitig und musste darüber hinaus die

Patientinnen und Patienten über das Einlesen der Krankenversichertenkarten informieren sowie wiederholt zu den Arztpraxen fahren, um die Verordnungen häuslicher Krankenpflege dort abzuholen (vgl. PD1, Z: 60-65, Z: 68-72). Die Dreitagesfrist zur Einreichung der Verordnungen häuslicher Krankenpflege bei den Krankenkassen wurde von den interviewten Personen PD2, PD3 und PD4 in diesem Zusammenhang als ein weiterer belastender Faktor angesehen. Aufgrund dieser Frist bestünde keine Zeit für Korrekturen bei nicht korrekt ausgefüllten Verordnungen häuslicher Krankenpflege (vgl. PD2, Z: 108-116; vgl. PD3, Z: 365-370; vgl. PD4, Z: 76-81). Wurden Verordnungen häuslicher Krankenpflege von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten über den Postweg übermittelt, war es für den ambulanten Pflegedienst 2 ebenfalls schwierig, die Dreitagesfrist einzuhalten (vgl. PD2, Z: 97-104). In der Folge kam es laut Aussagen der interviewten Personen PD2 und PD3 zu Kürzungen seitens der Krankenkassen. Weiterhin weigerten sich manche der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bei fehlenden Krankenversichertenkarten, die Verordnungen häuslicher Krankenpflege auszustellen (vgl. PD2, Z: 58-65; vgl. PD3 Z: 339-343). Die Kürzungen und Ablehnungen der Verordnungen häuslicher Krankenpflege als Folgen von nicht korrekt ausgefüllten bzw. nicht rechtzeitig ausgestellten Verordnungen häuslicher Krankenpflege wurden von allen ambulanten Pflegediensten als hemmende, belastende Faktoren genannt. Ablehnungen fallen überwiegend auf die ambulanten Pflegedienste zurück (vgl. PD2, Z: 43-49, Z: 56-58, Z: 122-133; vgl. PD3, Z: 350-354, Z: 382-384).

"Es (...) war dann unser Ding" (PD3, Z: 354).

Als Folge der Kürzungen und Ablehnungen erhielten die ambulanten Pflegedienste für bereits erbrachte und notwendige Maßnahmen häuslicher Krankenpflege keine Vergütung (vgl. PD2, Z: 72-77). Zudem zogen Kürzungen und Ablehnungen viele Gespräche mit den Krankenkassen nach sich, da belegt werden musste, warum Maßnahmen häuslicher Krankenpflege notwendig waren (vgl. PD2, Z: 120-124, Z: 138-139, Z: 146-155; vgl. PD3, Z: 106-111; vgl. PD4, Z: 51-58).

"Viele Anrufe, also das war schon viel, viel nachfragen, viel telefonieren. Und dann war die zuständige Kollegin gerade nicht da, dann musste man sich die Nummer aufschreiben, musste zurückrufen. Ich selber kenne ja nicht alle Verbände, kenne nicht alle Patienten. Das war immer schon sehr <u>zeitaufwändig</u>. Zettel schreiben, daran denken, zurück zurufen. Faxe, <u>viele Faxe</u>, Wundprotokolle wegschicken, Blutzucker-Protokolle weg faxen. (.) 'Das war immer recht viel`" (PD3, Z: 106-111).

Darüber hinaus wurden auch Verordnungen häuslicher Krankenpflege Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern der Krankenkassen mit der Begründung abgelehnt, die Angehörigen könnten das selbst erledigen (vgl. PD4, Z: 147-151). Die Zusammenarbeit mit einzelnen Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern Krankenkassen wurde von der interviewten Person PD4 aufgrund ständiger Beanstandungen als "kompliziert" (PD4, Z: 341) wahrgenommen (vgl. PD4, Z: 341-346). Dies begründete die interviewte Person PD4 damit, dass kein spezifisches Fachwissen vorliegt und komplexe

Maßnahmen häuslicher Krankenpflege nicht nachvollzogen werden konnten (vgl. PD4, Z: 366-370, Z: 378-381).

Durch den ambulanten Pflegedienst 1 wurden zusätzlich Medikamentenpläne und Wunddokumentationen an die Krankenkassen übermittelt, um Kürzungen oder Ablehnungen der Verordnungen häuslicher Krankenpflege zu verhindern bzw. eine Nachgenehmigung zu erhalten (vgl. PD1, Z: 87-95, Z: 94-99). Hierbei ging die interviewte Person PD1 auf die Notwendigkeit einer vollständigen und korrekt geführten Dokumentation seitens der ambulanten Pflegedienste ein (vgl. PD1, Z: 103-105).

"Nein, also, wenn die Dokumentation sauber geführt ist und vollständig ist, auch der Medikamentenplan, möchte ich sagen, zu 98 Prozent geht das dann alles in Ordnung" (PD1, Z: 103-105).

Ergänzend dazu wurden von der interviewten Person PD4 weitere hemmende, belastende Faktoren hinsichtlich der Genehmigungen der Verordnungen häuslicher Krankenpflege bei komplexen Leistungen in der Leistungsgruppe IV aufgezeigt. Hierbei schilderte sie aufwändige Genehmigungen und Neubeantragungen dieser komplexen Leistungen (vgl. PD4, Z: 407-415, Z: 376-381).

Als weiterer hemmender belastender Faktor im ursprünglichen Verordnungsprozess wurde die Krankenhausentlassung am Freitagnachmittag genannt. Dies hatte zur Folge, dass oftmals Verordnungen häuslicher Krankenpflege am Montag in den Arztpraxen nachgefordert werden mussten. In manchen Fällen wurden keine Verordnungen ausgestellt bzw. diese nicht korrekt ausgefüllt (vgl. PD2, Z: 49-55).

"Sehr problematisch ist es immer bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus, das ist dann immer, klassischerweise, freitagnachmittags. Der Hausarzt ist nicht mehr zu erreichen, der Patient <u>muss</u> aber ab samstagmorgens eine Injektion oder irgendwas bekommen, einen Verband. Dann diese Verordnungen am Montag nach zuholen oder dann nach zufordern, dann vielleicht <u>keine</u> zu kriegen, weil der Arzt sagt: 'Naja, das kann doch jemand vielleicht <u>selber</u> machen' oder er stellt sie falsch aus" (PD2, Z: 49-55).

Den Idealfall, bei dem die Patientinnen und Patienten die Verordnungen häuslicher Krankenpflege selbst bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten abholen, zum ambulanten Pflegedienst bringen und bei den Krankenkassen einreichen, gab es laut der interviewten Person PD2 im ursprünglichen Verordnungsprozess nie (vgl. PD2, Z: 21-23). Die interviewte Person PD3 äußerte diesbezüglich, dass diese Aufgabe im Grunde komplett durch den ambulanten Pflegedienst 3 erledigt wurde. Dabei wurden die vielen Wege als aufwendig erlebt (vgl. PD3, Z: 12-17, Z: 50-51).

Als positive, förderliche Faktoren im ursprünglichen Verordnungsprozess nahm die interviewte Person PD1 rechtzeitig ausgestellte Verordnungen häuslicher Krankenpflege durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wahr (vgl. PD1, Z: 39-42). Dies war im ursprünglichen Verordnungsprozess "bis auf wenige Ausnahmen" (PD1, Z: 39) der Fall. Auch

die interviewten Person PD2 und PD3 gaben rechtzeitig ausgestellte Verordnungen häuslicher Krankenpflege als positive, förderliche Faktoren an (vgl. PD2, Z: 33-37, Z: 88-94). Ein sehr gutes Verhältnis zu den großen Krankenkassen wirkte sich laut der interviewten Person PD4 ebenfalls förderlich aus. Sie erwähnte dabei, dass sie Rückfragen, Kürzungen und Ablehnungen als berechtigt ansah, wenn diese von den Krankenkassen begründet waren und eindeutig sich ein "Planungsfehler" (PD4, Z: 349) seitens des ambulanten Pflegedienstes 4 war (vgl. PD4, Z: 346-353). Weiter schilderte sie, dass sich eine EDVgestützte Bearbeitung der Folgeverordnungen häuslicher Krankenpflege beim ambulanten Pflegedienst 4 förderlich auf die Verringerung des bürokratischen Aufwands ausgewirkt hat (vgl. PD4, Z: 18-20). Besonders positiv, förderlich nahm die interviewte Person PD4 den Einbezug der Wundmanagerin und des Wundmanagers seitens der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bei den Wundversorgungen wahr (vgl. PD4, Z: 127-132).

Erlebter bürokratischer Aufwand im Modell-Verordnungsprozess

Bezüglich der Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses erzählte die interviewte Person PD1 über anfängliche Missverständnisse mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Hierbei waren die Verordnungen häuslicher Krankenpflege komplett ausgefüllt (vgl. PD1, Z: 158-161, Z: 321-325). Seitens der interviewten Personen PD3 und PD4 wurde ebenfalls mitgeteilt, dass in den meisten Fällen die Verordnungen durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte komplett ausgefüllt waren (vgl. PD3, Z: 174-177; vgl. PD4, Z: 192-201). Während dies bei den ambulanten Pflegediensten 1, 3 und 4 ausschließlich zu Beginn des Modell-Verordnungsprozesses der Fall war, berichtete die interviewte Person PD2 ebenfalls von ausgefüllten Verordnungen häuslicher Krankenpflege, jedoch über den gesamten Verlauf des Modell-Verordnungsprozesses hinweg. Einige dieser Verordnungen wurden zwar ohne Maßnahmen ausgestellt, dafür jedoch bereits mit Unterschrift zur Genehmigung versehen (vgl. PD2, Z: 270-276, Z: 315-318). Außerdem achteten alle Arztpraxen nicht darauf, welche Patientinnen und Patienten am Modell-Verordnungsprozess teilnehmen. Ferner wurden die Erstverordnungen mit der 14-tägigen Frist weitergeführt (vgl. PD2, Z: 256-261).

"(…) das klappt eigentlich in keiner Arztpraxis`. Also, ich bekomme die immer noch komplett ausgefüllt. Vor allem, wenn es dann <u>Erstverordnungen</u> von <u>neuen</u> Patienten sind, da <u>achten</u> die nicht darauf, ob die Ersatzkassenversicherte sind und stellen die einfach ganz normal aus. ES WÜRDE JA AUCH DIESE 14-TAGE REGELUNG BEI DER ERSTVERORDNUNG WEGFALLEN. Das machen die trotzdem" (PD2, Z: 256-261).

Aufgrund der anfänglich komplett ausgefüllten Verordnungen häuslicher Krankenpflege bei den Arztpraxen, erzählten die interviewten Personen PD2, PD3 und PD4 von erhöhtem Kommunikationsbedarf. Dieser Kommunikationsbedarf hatte sich im weiteren Verlauf jedoch wieder verringert (vgl. PD4, Z: 192-201; vgl. PD3, Z: 144-147, Z: 220-222, Z: 280-284).

"Am Anfang ist es mehr Arbeit, bis man bei den Ärzten war, bis man es <u>erklärt</u> hat. Die ersten Verordnungen sind alle falsch ausgedruckt worden, dann musste man nochmal hingehen. Also, am Anfang ist es zeitintensiv. <u>Und da muss man durch und</u>

dann wird es besser. Also, das muss man einfach wissen" (PD3, Z: 280-284).

Ursache für den erhöhten Kommunikationsbedarf war laut der interviewten Person PD2 eine mangelnde Information der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie deren medizinische Fachangestellte über den Modell-Verordnungsprozess (vgl. PD2, Z: 214-215). Hierdurch entstanden viele Rückfragen und Missverständnisse bei der Kommunikation mit den medizinischen Fachangestellten (vgl. PD2, Z: 210-218, Z: 294-298). Darüber hinaus erwähnte sie, dass sich der Gedanke, worum es bei diesem Modell-Verordnungsprozess ging, überhaupt nicht gefestigt hat (PD2, Z: 250-253). Die medizinische Fachangestellte beschrieb die interviewte Person PD4 ebenfalls als eine Hürde (vgl. PD4, Z: 294).

"Ja, schwierig war halt, alle Arzthelferinnen mitzukriegen (...)" (PD4, Z: 294).

Als hemmende, belastende Faktoren zeigte sie dabei ebenfalls eine geringe Information und Schulung dieser auf. Weitere Ursachen für die komplett ausgefüllten Verordnungen häuslicher Krankenpflege waren ständige Personalrotationen und Personalwechsel der medizinischen Fachangestellten. Der aus dem erhöhten Kommunikationsbedarf heraus entstandene zusätzliche bürokratische Aufwand wurde von dem ambulanten Pflegedienst 4 investiert, damit die Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses gesichert werden konnte (vgl. PD4, Z: 303-308). Darüber hinaus äußerte die interviewte Person PD3, dass die Unterschriften der Verordnungen häuslicher Krankenpflege seitens einiger der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bereits vor der Maßnahmenfestlegung vorlagen. Dies wurde allerdings als eine Erleichterung ihrerseits angesehen (vgl. PD3, Z: 149-153). Jedoch haben die verordnungsrelevanten Diagnosen "immer gefehlt" (PD3, Z: 178), wodurch letztlich dem ambulanten Pflegedienst 3 durch erneute Wege zu den Arztpraxen trotzdem ein Mehraufwand entstanden ist (vgl. PD3, Z: 177-182).

Während durch die komplett ausgefüllten Verordnungen häuslicher Krankenpflege der ursprüngliche Verordnungsprozess seitens der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bei dem ambulanten Pflegedienst 2 weitergeführt worden ist, führten die Ersatzkassen, wie vorgesehen, keine Prüfungen der Verordnungen häuslicher Krankenpflege durch (vgl. PD2, Z: 282-284).

"Es ist halt einfach dieser alte Prozess weitergeführt worden. Kein Parallelprozess, aber halt eben nicht auf diesen neuen Prozess umgestellt worden, in der Beziehung Arzt-Pflegedienst. Pflegedienst-Kasse sehr wohl" (PD2, Z: 282-284).

Für die Patientinnen und Patienten sahen die interviewten Personen PD1, PD2 und PD3 einen gleichbleibenden bürokratischen Aufwand (vgl. PD1, Z: 247-250; vgl. PD2, Z: 240-245; vgl. PD3, Z: 256-259). Weiterhin erwähnte die interviewte Person PD4 in diesem Kontext, dass die Patientinnen und Patienten nichts vom Modell-Verordnungsprozess wahrgenommen haben, da die Organisation der Verordnung häuslicher Krankenpflege vom ambulanten Pflegedienst 4 komplett übernommen worden ist (vgl. PD4, Z: 163-164).

"(…) da hat sich, glaube ich, gar nichts verändert. Die ist weiterhin, sage ich, gut. Und (…) von dem, was im Hintergrund läuft mit diesen Verordnungen, Genehmigungen,

Einreichungen und so was, bekommt ja der Patient meistens nichts mit. Außer es wird abgelehnt, ja, meistens dann erst (...)" (PD2, Z: 240-243).

In der Gesamtbetrachtung zeigten alle ambulanten Pflegedienste überwiegend wahrgenommene Verringerungen und Verbesserungen hinsichtlich des bürokratischen Aufwands im Modell-Verordnungsprozess auf. Die interviewte Person PD1 beschrieb den Modell-Verordnungsprozess als "praktischer" (PD1, Z: 197), "einfacher, klarer" (PD1, Z: 198) und "weniger aufwendig" (PD1, Z: 199). Sie merkte diesbezüglich an, dass der Modell-Verordnungsprozess zukünftig realisierbar sein wird (vgl. PD1, Z: 253-257). Ebenfalls wurden von der interviewten Person PD2 das Wegfallen der Dreitagesfrist und der damit verbundene Zeitdruck bei den Verordnungen häuslicher Krankenpflege als eine Verbesserung wahrgenommen (vgl. PD2, Z: 234-237).

"Was natürlich toll war eben, dass man diesen <u>Dreitagedruck</u> nicht hatte, dass wir nicht auf die Genehmigungen warten mussten, dass keine Rückfragen von den Kassen kamen. 'Ja, also das habe ich jetzt` oder empfinde ich jetzt auch immer noch als sehr angenehm" (PD2, Z: 234-237).

Weiterhin schilderten die interviewten Personen PD2 und PD4 eine Verringerung des bürokratischen Aufwands durch den Wegfall der 14-tägigen Frist bei Erstverordnungen (vgl. PD4, Z: 197-200, Z: 206-208, Z: 315-316). Darüber hinaus blieben Rückfragen seitens der Ersatzkassen aus (vgl. PD2, Z: 242-247, Z: 234-237, Z: 382-385; vgl. PD3, Z: 153-154). Insgesamt wurde dies von allen ambulanten Pflegediensten als Erleichterung empfunden. Des Weiteren äußerten die interviewten Personen PD2, PD3 und PD4 während der Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses einen Zeitgewinn (vgl. PD2, Z: 357-360). Von diesem Zeitgewinn waren laut der interviewten Personen PD2 und PD4 hauptsächlich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betroffen, die die Verordnungen häuslicher Krankenpflege bei den ambulanten Pflegediensten vor Ort bearbeitet haben. Auch die interviewte Person PD3 sprach von einem Zeitgewinn und einem Bürokratieabbau durch den Modell-Verordnungsprozess, insbesondere für die Leitungen des ambulanten Pflegedienstes (vgl. PD3, Z: 168-172, Z: 320-323).

"Ich finde es gut, dass es sowas gibt, dass so ein Versuch gemacht wird, um zu gucken, ob es, ob es etwas bringt. Und es bringt tatsächlich etwas. Es bringt wirklich eine Zeitersparnis. (.) Also, ich finde es gut, dass mal was gemacht wird für diesen Bürokratieabbau" (PD3, Z: 320-323).

Neben den Erleichterungen für den ambulanten Pflegedienst nahm die interviewte Person PD3 in dem Modell-Verordnungsprozess auch eine Entlastung bei den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige wahr. Bei Entlassungen aus dem Krankenhaus am Freitagnachmittag traten im ursprünglichen Verordnungsprozess hemmende, belastende Faktoren diesbezüglich auf (vgl. PD3, Z: 235-241, Z: 243-251)

"Früher war immer so, <u>ia</u>, versuchen Sie erst mal noch einen Arzt zu finden am Freitagmittag, dass ich einen Verordnungsschein bekomme und alles. Gerade wenn

die vom Krankenhaus gekommen sind. Das ist für die Patienten, denke ich, auch jetzt besser geworden. Dass sie diese <u>Rennerei</u> da am Freitagmittag dann nicht mehr haben" (PD3, Z: 237-241).

Des Weiteren schilderte die interviewte Person PD1, dass die Verordnungen häuslicher Krankenpflege im Modell-Verordnungsprozess an Qualität gewonnen haben, da die Maßnahmen häuslicher Krankenpflege transparenter gemacht wurden. Dies beugte Missverständnissen in der Abrechnung vor (vgl. PD1, Z: 173-178).

"(…) ich denke einfach diese Leistungserfassung, auch wenn Änderungen sind, dass wirklich nur die Leistungen auch dann abgerechnet werden, (…) die auch wirklich erbracht werden. Wir haben eine Verordnung, die explizit darlegt, was erbringen wir. Es gibt keine Missverständnisse mehr" (PD1, Z: 173-178).

Auch die interviewte Person PD4 nahm im Verlauf des Modell-Verordnungsprozesses eine Verbesserung in der Qualität der Verordnungen häuslicher Krankenpflege wahr. Durch korrekt ausgefüllte Verordnungen mussten durch den ambulanten Pflegedienst 4 weniger Wege zurückgelegt werden (vgl. PD4, Z: 216-221).

Die interviewten Personen PD2 sowie PD4 gaben bei der Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses Erhöhungen im bürokratischen Aufwand an. Diese Erhöhungen resultierten aus der Erstellung von Teilnehmerlisten, der Identifikation der teilnehmenden Patientinnen und Patienten, der Ersatzkassen sowie der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und der "händischen" (PD4, Z: 188) Aussortierung dieser Verordnungen häuslicher Krankenpflege. Diese sind jedoch als projektbezogene Erhöhungen im bürokratischen Aufwand anzusehen, die im Laufe des Modell-Verordnungsprozesses abgenommen haben und bei einer zukünftigen Umsetzung wegfallen würden (vgl. PD2, Z: 339-342, Z: 355-357; vgl. PD4, Z: 184-191, Z: 236-243, Z: 316-320).

Erlebte Zusammenarbeit im Modell-Verordnungsprozess

Die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure wurde im Modell-Verordnungsprozess durch die interviewten Personen der ambulanten Pflegedienste unterschiedlich erlebt. Sie nahmen überwiegend eine Verbesserung beziehungsweise eine positive Zusammenarbeit wahr, erlebten jedoch auch problematische Situationen.

Laut Aussagen der interviewten Person PD1 war die Zusammenarbeit im Modell-Verordnungsprozess mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten "weiterhin gut" (PD1, Z: 207). Eine erfolgreiche Zusammenarbeit beruht ihrem Erachten nach auf Gegenseitigkeit (vgl. PD1, Z: 328-333). Auch die interviewten Personen PD2 und PD3 beschrieben eine überwiegend positiv erlebte Zusammenarbeit bereits vor dem Modell-Verordnungsprozess (vgl. PD2, Z: 461-462, vgl. PD 3, Z: 53). Die medizinischen Fachangestellten stellten bei der Zusammenarbeit laut der interviewten Personen PD3 und PD4 die Schnittstelle zwischen dem ambulanten Pflegedienst und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten dar (vgl. PD3, Z: 160-164, Z: 185-191; vgl. PD4, Z: 260-262).

"Und die Arzthelferinnen sind sowieso die rechte Hand vom Arzt und die machen das

Meiste mit den Verordnungen. Ja, er geht ja raus und sagt: "Die braucht das" und dann füllen die das aus" (PD 4, Z: 260-262).

Wie zuvor aufgezeigt, war die schließlich positiv erlebte Zusammenarbeit im Modell-Verordnungsprozess mit einem erhöhten Kommunikationsbedarf zu Beginn verbunden, ist jetzt aber "in den Köpfen" (PD3, Z: 188) der medizinischen Fachangestellten. Insgesamt wurden die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auch als Unterstützung in diesem Modell-Verordnungsprozess erlebt (vgl. PD3, 160-164).

"(…) nachdem es die Arzthelferinnen, also, es sind ja meistens die Arzthelferinnen, mit denen wir den Kontakt haben, weniger zu den Ärzten. Nachdem die es einmal verstanden haben, läuft das jetzt echt gut. Die stehen auch hinter dem Projekt. Die <u>verstehen</u> es zum Teil auch, aber man muss es halt wirklich immer sagen. Und dann bekommen 'wir auch die Verordnungen'. Das läuft ganz gut" (PD3, 160-164).

Ferner erzählte die interviewte Person PD4 von Rückmeldungen mancher niedergelassener Ärztinnen und Ärzte im Vorfeld des Modell-Verordnungsprozesses, die keinen Vorteil darin sahen. Sie erzählte, dass sie motivierend dazu wirken musste, um deren Teilnahme zu erreichen (vgl. PD4, Z: 298-303). Die interviewte Person PD4 beschrieb jedoch insgesamt ein "kooperierendes Verhältnis" (PD4, Z: 105) und eine "vertrauensvolle Beziehung" (PD4, Z: 107-108) beinahe zu allen Arztpraxen. Dies hatte sich durch den Modell-Verordnungsprozess jedoch weder zum Positiven noch zum Negativen verändert, da in dieser Zusammenarbeit die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bereits vorher viele Rücksprachen mit dem ambulanten Pflegedienst 4 hielten und diesen bei ärztlichen Anordnungen miteinbezogen haben (vgl. PD4, Z: 108-109, Z: 134-137). Dadurch erfuhr sie Akzeptanz und Vertrauen bezüglich der professionellen Kompetenzen und Erfahrungen des ambulanten Pflegedienstes 4 (vgl. PD 4, Z: 134-137).

Ja, genau diese Anfrage ist Vertrauen. Auch dieses: "Geht da mal rein und schaut Euch das an" Das bedeutet auch hier, dass jemand uns vertraut und denkt: "Okay, die sind professionell. Die kann ich da mit hinein nehmen" (PD4, Z: 134-137).

Anhand dieser Aspekte begründete die interviewte Person PD4 eine gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und führte diese im Interviewverlauf immer wieder auf (vgl. PD4, Z: 32-36, Z: 446-449). Weiterhin äußerte sie den Wunsch, dass diese auch nach dem Modell-Verordnungsprozess bestehen bleibt (vgl. PD4, Z: 262-265). Im Rahmen ihrer Erzählung über die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten berichtete die interviewte Person PD4 weiterhin, dass sie ärztliche Verordnungen häuslicher Krankenpflege nicht anzweifelt und sie diese als die Aufgabe der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wahrnimmt (vgl. PD4, Z: 153-155).

"Ja, also ich denke, wenn ein Arzt sagt: "Wir sollten da Clexane, Insulin spritzen und die Medikamente herrichten" Dann hat der das ja im Blick. Das ist sein Patient und ich stelle das nicht in Frage" (PD4, Z: 153-155).

Ferner schilderte die interviewte Person PD2 ein entgegengebrachtes Vertrauen seitens der

niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Dieses Vertrauen begründete sie darin, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte dem ambulanten Pflegedienst 2 bei vorgeschlagenen Maßnahmen häuslicher Krankenpflege glauben (vgl. PD2, Z: 158-163, Z: 167-168). Auch Rückfragen seitens der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte an die Wundmanagerinnen und Wundmanager bezüglich der Wundversorgungen wird als entgegengebrachtes Vertrauen wahrgenommen (vgl. PD2, Z: 163-166).

Also da ist schon Vertrauen von <u>einigen Ärzten</u> uns gegenüber da, dass wir das schon <u>richtiq</u> einschätzen und dann auch die richtigen Maßnahmen durchgeben" (PD2, Z: 167-168).

Die problematisch erlebten Situationen in der Zusammenarbeit mit den Ersatzkassen waren nach Ansicht der interviewten Person PD2 ausschließlich dem Modell-Verordnungsprozess geschuldet (vgl. PD2, Z: 346-349).

"Oder einmal haben wir von einer Kasse eine Verordnung <u>nicht</u> genehmigt bekommen mit dem Hinweis, der Patient wäre Modellversuchsteilnehmer. <u>War</u> er aber gar nicht, weil der Hausarzt gar nicht gestimmt hat. Ja, also, so ein bisschen geknirscht hat es da eigentlich schon. Ist ja auch normal bei einem neuen Prozess" (PD2, Z: 346-349).

Hinsichtlich der Zusammenarbeit im Modell-Verordnungsprozess zwischen dem ambulanten Pflegedienst 1 und den Ersatzkassen berichtete die interviewte Person PD1 von keinerlei Schwierigkeiten (vgl. PD1, Z: 214-217, Z: 222-223).

"(...) also mit den Krankenkassen habe ich, wie gesagt, bisher gar keine Schwierigkeiten bekommen" (PD1, Z: 222-223).

Die Zusammenarbeit mit den Ersatzkassen wurde laut der interviewten Person PD2 im Modell-Verordnungsprozess positiv erlebt, da aufgrund der entfallenen Prüfungen der Verordnungen häuslicher Krankenpflege Rückfragen ausblieben (vgl. PD2, Z: 239-240). Seitens der interviewten Person PD4 wurde die begrenzte Anzahl der Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bei den Ersatzkassen als positiv und unterstützend erlebt (vgl. PD4, Z: 332-335).

"Ja, wir hatten ja jetzt auch nicht so viele Krankenkassen und die Ansprechpartner waren klar benannt. Es gab auch nur wenige Ansprechpartner. Und das war sehr angenehm. Sehr gut. Also, (.) nur positiv. (.) Also die haben das Projekt ja auch mit unterstützt. Das haben wir gespürt" (PD4, Z: 332-335).

Diese überwiegend problemlose Zusammenarbeit zwischen den ambulanten Pflegediensten und den Ersatzkassen spiegelte sich auch im Vertrauen und Misstrauen zwischen diesen Gruppen wider. Laut den Äußerungen der interviewten Person PD1 lag in beiden Prozessen kein Misstrauen gegenüber den Ersatzkassen vor (vgl. PD1, Z: 114-115). Entgegengebrachtes Misstrauen seitens der Ersatzkassen hatte sie ebenfalls nicht wahrgenommen. Die Rückfragen seitens der Ersatzkassen empfand sie als "sehr korrekte Arbeitsweise" (PD1, Z:

120). Besonders bei Dokumentationen von Wundversorgungen traten Rückfragen auf (vgl. PD1, Z: 118-129).

"Ich würde das nicht als Misstrauen bezeichnen, sondern einfach (.) auf Seiten von der Krankenkasse eine sehr korrekte Arbeitsweise. Dass die einfach sagen: "Ich brauche die Unterlagen und wenn EIN DATUM FEHLT, dann FEHLT IRGENDWAS in der Vollständigkeit" (...) und dann, wenn die Kasse halt sieht, da ist eine Unterbrechung darin, wenn man alle zwei Tage dokumentieren würde und das hatten wir als Fall schon, dann hat es geheißen, nein, alle zwei Tage wird es genehmigt, nicht täglich. Laut dieser Dokumentation ist es nicht täglich erbracht worden" (PD1, Z: 118-129).

Die interviewte Person PD1 beschrieb hinsichtlich der Prüfungen durch die Ersatzkassen jedoch auch das Gefühl, "man wird beobachtet" (vgl. PD1, Z: 232-233). In diesem Zusammenhang erzählten die interviewten Personen PD2 und PD3 über ein wahrgenommenes Misstrauen bei Anfragen seitens der Krankenkassen im ursprünglichen Verordnungsprozess (vgl. PD 2, Z: 176-178). Dabei erwähnte die interviewte Person PD3 zum einen, dass sie nicht interessiert sei, zusätzliche Maßnahmen häuslicher Krankenpflege bei nicht vorhandener Notwendigkeit durchzuführen (vgl. PD3, Z: 127-129). Zum anderen wird laut der interviewten Person PD2 ein weitergegebener Kostendruck erlebt (vgl. PD2, Z: 181-184). Ferner betonte sie, dass der ambulante Pflegedienst 2 generell kein Interesse hat, mehr Maßnahmen häuslicher Krankenpflege zu generieren (vgl. PD2, Z: 168-176).

In Bezug auf den Vertrauensvorschuss sah die interviewte Person PD2 das entgegengebrachte Vertrauen als berechtigt an, da die ersten Auswertungen des MDK keine Unstimmigkeiten bei den Verordnungen häuslicher Krankenpflege im Modell-Verordnungsprozess aufgezeigt hatten (vgl. PD2, Z: 367-376). Nach Ansicht der interviewten Person PD3 wurde dadurch die Fachlichkeit der ambulanten Pflegedienste unterstrichen. Die Pflegekräfte konnten notwendig erachtete Maßnahmen häuslicher Krankenpflege entsprechend anwenden (vgl. PD3, Z: 56-57). Vertrauen muss ihrer Ansicht nach bei einer Zusammenarbeit vorhanden sein (vgl. PD3, Z: 118-120). Ergänzend dazu zeigte die interviewte Person PD1 auf, dass Vertrauen in der Zusammenarbeit mit allen beteiligten Gruppen sehr wichtig sei, da die Patientinnen und Patienten, um die es letztlich geht, im Mittelpunkt stehen müssen (vgl. PD1, Z: 109-114). Durch die einzuholende Unterschrift bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten konnten nach Ansicht der interviewten Person PD1 der Kontakt und das Vertrauen zu diesen aufrecht erhalten werden (vgl. PD1, Z: 151-155).

"Also ich finde das Vertrauen (.) s e h r wichtig. Ich denke, für beide Seiten, ob das jetzt ein Pflegedienst ist oder eine Krankenkasse, (.) es dreht sich beides um, also für uns, Patienten, für die Krankenkasse, Versicherte. Und ich denke, er steht einfach im Mittelpunkt. Und, (.) wenn sich dadurch das Gesamte für den Versicherten, für den Patienten verbessert, (.) denke ich, ist das, wenn man damit Vertrauen arbeiten kann, auf jeden Fall für ihn (.) deutlich besser" (PD1, Z: 109-114).

Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten im Modell-Verordnungsprozess

Der Modell-Verordnungsprozess hatte laut den interviewten Personen PD1 und PD3 keine Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten (vgl. PD1, Z: 240-241; vgl. PD3, Z: 400-401). Ergänzend dazu stellte der Modell-Verordnungsprozess für die interviewte Person PD3 eine Chance für eine Qualitätssteigerung in der Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten dar. Dabei zeigte die interviewte Person PD3 auf, dass diese Qualitätssteigerung durch den Modell-Verordnungsprozess einfacher gelingen konnte (vgl. PD3, Z: 233-235).

"Also wir haben ja schon immer für unsere Patienten <u>das Beste</u> wollen. (.) Jetzt wird es einfacher. Jetzt wird es für uns einfacher. Wir können einfach sagen wir sehen ja, dass das so und so gemacht werden muss, wir machen das jetzt" (PD3, Z: 233-235).

Darüber hinaus führte die interviewte Person PD4 die Versorgung der Patientinnen und Patienten auf. Diese konnte nicht nach den neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen erfolgen, da hierfür Kenntnisse seitens der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte fehlen (vgl. PD4, Z: 113-116). Bezüglich der pflegerischen Versorgung äußerte die interviewte Person PD4 zudem, dass der Fokus des ambulanten Pflegedienstes 4 generell darauf liegt, die Ressourcen der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen zu fördern. Dies gelingt dem ambulanten Pflegedienst 4, indem diese mit in die Pflege eingebunden sowie unterstützt werden und damit möglichst schnell "in die Selbstständigkeit zurückkommen" (PD4, Z: 169). Weiterhin erwähnte die interviewte Person PD4, dass die begrenzten Personalressourcen, die der ambulante Pflegedienst 4 hat, sinnvoll eingesetzt werden müssen. Daher wird im Sinne einer "aktivierenden Pflege" (PD4, Z: 160) eine Ressourcenförderung sichergestellt, um somit keine Hausbesuche mehr notwendig zu machen. Außerdem geht es dem ambulanten Pflegedienst 4 nicht darum, möglichst viele Verordnungen und Kombileistungen zu verrichten, um einen finanziellen Vorteil zu bekommen, sondern eher um das Einsparen von künftig weiteren Hausbesuchen. Der Modell-Verordnungsprozess kann aus Sicht der interviewten Person PD4 dabei unterstützend wirken (vgl. PD4, Z: 172-181).

"(...) wir sind schon länger dabei zu schauen, wie können wir Pflege sicherstellen und wir müssen <u>nicht</u> jetzt ganz Verordnungen und Kombileistungen und alles (...) irgendwie bei uns horten, damit wir finanziell überleben, sondern wir sind einfach schon froh, wenn wir das so machen können, dass wir Familien und Angehörige miteinbeziehen und auch mit dem Arzt sprechen, also, wie oft <u>sollen</u> wir da rein, haben wir die Möglichkeit, die Familien reinzunehmen und anzuleiten oder sollte das alles komplett von uns übernommen werden. Also, das Projekt kam g u t rein Mitte des Jahres schon, weil wir eigentlich schon da gemerkt haben (...) da braucht es etwas, um überhaupt noch Pflege in der Häuslichkeit sicherzustellen" (PD4, Z: 172-181).

Ferner äußerte die interviewte Person PD4, dass die zukünftige Umsetzung bei allen Krankenkassen ihrerseits sehr wünschenswert wäre und dass der Modell-

Verordnungsprozess insgesamt einen Gewinn darstellt (vgl. PD4, Z: 482-486).

Reflexion des Modell-Verordnungsprozesses

Hinsichtlich einer zukünftigen Umsetzung zeigte die interviewte Person PD1 auf, dass die Zustimmung aller Krankenkassen für den Modell-Verordnungsprozess notwendig ist (vgl. PD1, Z: 259). Darüber hinaus appellierte sie an eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen den ambulanten Pflegediensten und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (vgl. PD1, Z: 328-333, Z: 270-280). Sie äußerte den Wunsch, dass es dem ambulanten Pflegedienst 1 nicht "wieder schwer gemacht" (PD1, Z: 330) wird. Ein Verbesserungsvorschlag ihrerseits war, Leerverordnungen bei den ambulanten Pflegediensten zu hinterlegen, damit ein Weg zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zukünftig eingespart werden kann (vgl. PD1, Z: 264-267).

"Wie gesagt, der einzige Punkt wäre vielleicht mit diesen L e e r verordnungen, dass wir das einfach schon vom Büro aus, schon ausgeben. Und dann hätten wir uns einmal eine Anfahrt zum Arzt, im Prinzip, gespart. (.) Das wäre ein Punkt, ja" (PD1, Z: 264-267).

Einer zukünftigen Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses stand die interviewte Person PD3 positiv gegenüber. Sie wünschte sich zukünftig ein "klein bisschen Bürokratieabbau" (PD3, Z: 328). Die aufgezeigten Probleme sind ihrer Ansicht nach lösbar. Verbesserungsbedarfe liegen nicht vor (vgl. PD3, Z: 267-269). Ferner brachte sie zum Ausdruck, dass der Modell-Verordnungsprozess die Professionalität der häuslichen Krankenpflege unterstrichen hat. Eine Aufwertung des Pflegeberufs durch den Modell-Verordnungsprozess erlebte auch die interviewte Person PD1 (vgl. PD1, Z: 284-289; vgl. PD3, Z: 295-300).

"Ich denke, dass die Arbeit (.) der Pflegekräfte dadurch etwas aufgewertet wird, weil ab und zu oder mit manchen Praxen hat man natürlich auch die Rückmeldung auch an unserer Seite: "Ihr seid vor Ort, was macht Ihr?" Der Arzt geht eigentlich, wenn überhaupt zum Hausbesuch, wenn er angerufen wird oder wenn es ein Problem gibt, aber wenn da nichts ist, dann sieht er den Patient vielleicht, wie gesagt, zum, einmal im Quartal zum Karte einlesen (…)" (PD1, Z: 284-289).

Als Abwechslung zum Berufsalltag wurde die Teilnahme am Modell-Verordnungsprozess von der interviewten Person PD2 erlebt. Letztlich hatte die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gut funktioniert (vgl. PD2, Z: 458-462).

"(...) sondern es war toll, daran teilzunehmen, weil man einfach auch mal so ein bisschen aus seinem Trott heraus gekommen ist und auch mal gesehen hat, dass was anders funktionieren kann, wie im normalen Ablauf. Und es hat ja im Normalfall wirklich mit den Ärzten und mit den, 'außer der geschilderten Probleme`, eben wirklich gut geklappt" (PD2, Z: 458-462).

Die interviewte Person PD4 regte eine bessere Strukturierung der Verordnungen häuslicher Krankenpflege bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Veränderungen des

Verordnungsformulars an. Diesbezüglich sollen Felder mit den verordnungsrelevanten Diagnosen den medizinischen Fachangestellten als Unterstützung zur Begründungen häuslicher Krankenpflege dienen. Darin können physische oder geistige Funktionseinschränkungen vermerkt oder angekreuzt werden. Diese sollen die Verordnungen häuslicher Krankenpflege nachvollziehbar machen. Des Weiteren wünschte sie sich die Möglichkeit für sonstige Anmerkungen auf dem Verordnungsformular (vgl. PD4, Z: 251-260).

"Indem die so ein strukturiertes Kärtchensystem haben, haben ja wir jetzt auch, also, wie oft am Tag und in der Woche und welche Leistungen. Dass die einfach gleich bei den verordnungsrelevanten Diagnosen das Feld hätten: Sehbehinderung oder geistige Einschränkungen oder körperliche Einschränkungen. Das würde v i e l helfen, wenn die so etwas hätten. Oder wenn man so ein Verordnungsformular so aufbaut, also, was ist, also: Lymphödem w e i l und dann kommt der Therapievorschlag. (...) das ist das, was wir bemerkt haben. Also, freie Spalten für Sonstiges wären auch noch wichtig" (PD4, Z: 251-260).

Der Schritt der nachgelagerten Genehmigung der Verordnung häuslicher Krankenpflege durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wurde von der interviewten Person PD4 als zusätzlicher bürokratischer Aufwand erlebt. Sie äußerte diesbezüglich, dass schnellere Wege per Fax erleichternd sein würden (vgl. PD4, Z: 283-286). Die interviewte Person PD2 merkte des Weiteren an, dass der ursprünglich angedachte Modell-Verordnungsprozess ein Schritt in Richtung Professionalisierung der Pflege gewesen wäre, jedoch dieser durch die nachgelagerte Genehmigung "ein bisschen Dämpfer" (PD2, Z: 444) erhalten hatte (vgl. PD2, Z: 443-448).

"Ja, es ist auf jeden Fall ein Schritt in die richtige Richtung. EIN BISSCHEN DÄMPFER HAT DAS GANZE WIEDER BEKOMMEN DURCH DAS, DASS DER ARZT SICH DAS DOCH NICHT NEHMEN LASSEN WOLLTE DA AM SCHLUSS ERST ZU UNTERSCHREIBEN, also da dachte ich dann, ja gut, (...) sie haben es doch nicht so ganz begriffen, dass wir vielleicht doch mal den Bedarf auch erkennen" (PD2, Z: 443-448).

Weiterhin sprach sich die interviewte Person PD4 für eine angepasste Bezahlung eines ersten Hausbesuchs aus, da dieser in der Regel mehr zeitlichen und personellen Ressourcenverbrauch bedeutet. Dabei müssen zunächst umfassend die Bedürfnisse, Bedarfe und Ressourcen der Patientinnen und Patienten erhoben und erkannt werden, um pflegerische Maßnahmen abzuleiten (vgl. PD4, Z: 455-462). Bezüglich einer weiteren erfolgreichen Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten benannte sie die Vorteile von Wundmanagerinnen und Wundmanagern. Sie beschrieb, dass dafür spezielle Wundtouren eingerichtet werden können und deklarierte dies als einen großen Gewinn. Weiterhin merkte sie an, dass die Wundmanagerinnen und Wundmanager als Unterstützung bei den Wundversorgungen dem Pflegeteam zur Seite stehen und positiven Einfluss auf schnellere und bessere Wundheilungen haben (vgl. PD4, Z: 265-268). Zudem berichtete sie über standardisierte Vorlagen für Schreiben, um notwendige Verordnungen

häuslicher Krankenpflege bei den Krankenkassen besser begründen zu können (vgl. PD4, Z: 435-443).

Als Notwendigkeit für eine zukünftige Umsetzung sah die interviewte Person PD2 entsprechende Schulungen und Qualifizierungen der Pflegekräfte als unabdingbar an (vgl. PD2, Z: 428-433). Darüber hinaus betrachtete sie die Prüfungen der Verordnungen häuslicher Krankenpflegen durch die Krankenkassen als notwendig (vgl. PD2, Z: 397-399). Einer dauerhaften Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses in seiner jetzigen Form stand die interviewte Person PD2 skeptisch gegenüber. Die interviewte Person fände eine Umsetzung toll (vgl. PDL 2, Z:392), erläutert aber im Folgenden, warum sie es für schwierig erachtet. Dies beruhe zum einen auf den wegfallenden Prüfauftrag seitens der Krankenkassen, da die Gefahr des Missbrauchs durch "schwarze Schafe" (PD2, Z: 406) bestünde. Zum anderen bezweifelte sie, dass die Krankenkassen diesen Prüfauftrag zukünftig abgeben werden. Weiterhin sind die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bestrebt, die Maßnahmen häuslicher Krankenpflege selbst festzulegen (vgl. PD2, Z: 409-412, Z: 415-416, Z: 379-382).

5.3.3 Ergebnisse der Ersatzkassen

Erlebter bürokratischer Aufwand im ursprünglichen Verordnungsprozess

Im ursprünglichen Verordnungsprozess wurde ein hoher bürokratischer Aufwand bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den ambulanten Pflegediensten durch die interviewten Personen K1 und K2 wahrgenommen und beschrieben (vgl. K1, Z: 6-9; vgl. K2, Z: 4-7). Diesbezüglich teilten die ambulanten Pflegedienste der Ersatzkasse 2 mit, dass diese den Hauptteil der Wege für die Patientinnen und Patienten übernommen haben, um alle Unterschriften für die Verordnung häuslicher Krankenpflege zu bekommen. Diese Wege sollten nach Ansicht der ambulanten Pflegedienste finanziell honoriert werden (vgl. K2, Z: 7-11). Dagegen äußerte die interviewte Person K4, dass dieser hohe bürokratische Aufwand, den die ambulanten Pflegedienste geäußert hatten, bei der Ersatzkasse 4 nicht wahrgenommen wurde (vgl. K4, Z: 37-42).

"(…) die Leistungserbringer da geäußert, dass eben der bürokratische Aufwand im Verordnungsmanagement ja recht <u>hoch</u> sei und dass man da eben etwas ändern müsste. (.) Und, ja, (.) finanziell wollten eigentlich die Leistungserbringer hier eine Honorierung, dass dieser bürokratische Aufwand da irgendwo ein bisschen finanziell eben, ja, dazu beiträgt, dass die Pflegedienste das auch machen und für unsere Versicherten ja auch hier einen bürokratischen Aufwand auf sich nehmen (…)" (K2, Z: 7-11).

Hinsichtlich des bürokratischen Aufwands der Ersatzkassen wurde der Prozess der Bearbeitung der Verordnungen häuslicher Krankenpflege von drei Ersatzkassen als positiver, förderlicher Faktor beschrieben. Die interviewte Person K2 zeigte dabei auf, dass dieser Bearbeitungsprozess bereits jahrelang "optimal" sowie "standardisiert" war (K2, Z: 80) und

alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darin über deren Aufgaben Bescheid wussten (vgl. K2, Z: 98-99). Die interviewte Person K3 erläuterte, dass aufgrund interner "modellierter" (K3, Z: 56), "sehr schlanker" (K3, Z: 56, Z: 129) und IT-unterstützender Prozesse keine Schwierigkeiten beim Bearbeitungsprozess bestanden (vgl. K3, Z: 52-56, Z: 72, Z: 140). Insbesondere Folgeverordnungen und die am häufigsten vorkommenden Verordnungen häuslicher Krankenpflege konnten hierdurch in kürzester Zeit bearbeitet werden (vgl. K3, Z: 126-148). Die interviewte Person K4 erwähnte, dass die Ersatzkasse 4 über Vorlagen von Schreiben mit Signalwörtern verfügte, welche die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auf bestimmte HKP-Richtlinie hinwiesen (vgl. K4, Z: 76-78). Ferner schilderte die interviewte Person K2, dass durch vorläufige Kostenzusagen, die in den HKP-Richtlinien festgeschrieben sind, die ambulanten Pflegedienste stets eine rechtliche Sicherheit hatten, die erbrachten Leistungen häuslicher Krankenpflege vergütet zu bekommen. Ein Vorteil hiervon war, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten zügiger begonnen werden konnte (vgl. K2, Z: 100-107). Weiterhin äußerte die interviewte Person K3, dass der von den ambulanten Pflegediensten empfundene Vorteil bereits genehmigter Verordnungen häuslicher Krankenpflege im ursprünglichen Verordnungsprozess durch die Regelungen in den Rahmenverträgen verankert war. Wurde eine Verordnung häuslicher Krankenpflege innerhalb von drei Werktagen eingereicht, galt diese als genehmigt, bis eine Krankenkasse etwas anderes kundtat (vgl. K3, Z: 464-471).

"(…) und letzten Endes gab es <u>schon immer</u> die Regelung in den Rahmenverträgen, wenn die Verordnung innerhalb von drei Arbeitstagen bei den Krankenkassen vorliegt, gilt die Leistung als genehmigt. Bis eine Krankenkasse etwas anderes kundtut. Und von daher ist das alles so, weil die Genehmigung lag <u>schon immer</u> vor, indirekt" (K3,Z: 467-471).

Alle Ersatzkassen berichteten von hemmenden, belastenden Faktoren hinsichtlich des bürokratischen Aufwands im ursprünglichen Verordnungsprozess. Hierbei wurde bei allen Ersatzkassen durch unvollständige und unplausible Verordnungen häuslicher Krankenpflege der bürokratische Aufwand erhöht (vgl. K1, Z: 45-50; vgl. K2, Z: 83; vgl. K3, Z: 150-158; vgl. K4, Z: 75-76). Die Verordnungen häuslicher Krankenpflege sind für die Ersatzkassen dann unvollständig und unplausibel, wenn Angaben fehlen, diese nicht den HKP-Richtlinien entsprechen oder nicht in den HKP-Richtlinien vorkommen. Dieser bürokratische Aufwand bestand darin, dass bei fehlenden Angaben Rücksprachen mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den ambulanten Pflegediensten gehalten werden mussten. Darüber hinaus war es zur Plausibilitätsprüfung notwendig, fehlende Dokumente nachzufordern (vgl. K1, Z: 45-50, Z: 55-69; vgl. K2, Z: 90-96, Z: 183-188; vgl. K4, Z: 75-76, Z: 88-91).

Als weitere Folgen von unvollständigen und unplausiblen Verordnungen mussten laut den interviewten Personen K1 und K3 Teilbewilligungen oder Ablehnungen ausgesprochen werden. Zu einer Teilbewilligung oder Ablehnung kam es auch, wenn die niedergelassenen

Ärztinnen und Ärzte nicht kooperierten (vgl. K1, Z: 68-69, Z: 45-50, Z: 312-319; vgl. K3, Z: 150-158). Drei der interviewten Personen gaben an, dass der Anteil der Teilbewilligungen und Ablehnungen "sehr gering" (K1, Z: 316) war, eher als Ausnahme erlebt wurden und nicht den Regelfall darstellten (vgl. K4, Z: 88-91; vgl. K3, Z: 40-49; vgl. K1, Z: 316-319). Die interviewte Person K1 erläuterte zudem, dass eine Ablehnung eher der Verlaufskontrolle der Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten diente. Bei beispielsweise einer Wunde wurde zunächst eine Verordnung häuslicher Krankenpflege für zwei Monate bewilligt, damit die Ersatzkasse 1 durch Folgeverordnungen regelmäßig über den Verlauf informiert war (vgl. K1, Z: 231-329). Darüber hinaus zeigte die interviewte Person K1 auf, dass es für sie sehr wichtig sei, Rücksprachen mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den ambulanten Pflegediensten zu halten, da sie die Verordnungen häuslicher Krankenpflege nicht "blind" (K1, Z: 98) ablehnen wollen (vgl. K1, Z: 98-102).

"Das ist jetzt keine Ablehnung in dem Sinn, sondern erst einmal, wir wollen das einfach <u>früher</u> nochmal betrachten. Wir wollen nicht sagen, wir bezahlen jetzt pauschal drei Monate, sondern wir wollen der Wunde entsprechend, weil sie doch nicht so groß ist zum Beispiel, wollen wir doch nach <u>zwei</u> Monaten nochmal eine neue Verordnung, vielleicht mit Angaben, wie die Wunde jetzt aussieht. Das heißt ja nicht, dass man das generell <u>ablehnt</u>, sondern einfach, dass man das früher nochmal in die Betrachtung miteinbezieht. Das (…) also, keine <u>richtigen</u> Ablehnungen, ich sehe das NICHT ALS ABLEHNUNGEN, wenn man das nochmal früher nochmal anguckt" (K1, Z: 321-329).

Mit den ambulanten Pflegediensten bestand laut der interviewten Person K1 und K2 eher die Möglichkeit, Rücksprachen zu halten und "im Dialog" (K1, Z: 99) zu sein (vgl. K1, Z: 98-102; vgl. K2, Z: 150-152). Nach Aussage der interviewten Person K2 waren die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte durch die Sprechstunden schlechter erreichbar. Zudem sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste täglich bei den Patientinnen und Patienten vor Ort. Somit können diese genauere Informationen über die Versorgungssituation geben (vgl. K2, Z: 172-175). Sie beschrieb ebenfalls, dass die Bereitschaft der ambulanten Pflegedienste, Auskünfte zu erteilen bis auf wenige Ausnahmen "recht gut" (K2, Z: 165) ist. Beide interviewten Personen, K1 und K2 begründeten die Bereitschaft zur Auskunft seitens der ambulanten Pflegedienste darin, dass diese angehalten waren, schnell die Genehmigung der Verordnungen häuslicher Krankenpflege zu erhalten und bewilligt zu bekommen, damit deren Leistungen abgerechnet werden konnten (vgl. K2, Z: 152-165; vgl. K1, Z: 92-102). Auch von den interviewten Personen K4 und K5 wurde die Kontaktaufnahme zu den ambulanten Pflegediensten im ursprünglichen Verordnungsprozess weitestgehend als problemlos empfunden (vgl. K4, Z: 46-48).

"Und deshalb, ja, gehen sicherlich auch die Mitarbeiter von den Krankenkassen den Weg des geringsten <u>Widerstandes</u> (…) und rufen lieber beim Pflegedienst an. Weil da auch eine engere Zusammenarbeit eben besteht. (...) Und, ja, die Pflegedienste sind, wie gesagt, in der Regel auch bereit da uns die Auskünfte zu geben, weil die wollen ja auch schnell von uns die Genehmigung haben und ja, 'wie gesagt', die sind da sehr bereit. Es gibt natürlich eben auch Pflegedienste, die <u>nicht</u> bereit sind. Zu denen ist die, mit denen ist die Zusammenarbeit sicherlich nicht so toll. Aber wie gesagt, das möchte 'ich jetzt' eher auf einen geringen Teil beschränken. Im Großen und Ganzen würde ich jetzt die Zusammenarbeit für <u>recht gut</u> halten" (K2, Z: 152-165).

Sind auf Rückfragen der Ersatzkassen keine Auskünfte seitens der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie den ambulanten Pflegediensten erteilt worden, wurde der MDK hinzugezogen (vgl. K1, Z: 45-50; K2, Z: 90-96). Nach Aussagen der interviewten Person K3 wurde der MDK nur in den "seltensten Fällen" (K3, Z: 68) benötigt, da die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter durch die große Anzahl der Verordnungen häuslicher Krankenpflege über Routine verfügen (vgl. K3, Z: 64-70). Die Einbindung des MDK bräuchte laut der interviewten Person K2 nicht erfolgen, wenn die Ersatzkasse 2 alle notwendigen Auskünfte erhalten würde. Dies hätte den positiven Effekt, dass die ambulanten Pflegedienste zeitnah über die Genehmigungen der Verordnungen häuslicher Krankenpflege informiert werden (vgl. K2, Z: 183-188). Darüber hinaus merkte die interviewte Person K1 an, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte die HKP-Richtlinien teilweise nicht kennen. Daraus resultierten unvollständige und unplausible Verordnungen häuslicher Krankenpflege (vgl. K1, Z: 78-85).

"(...) die Ärzte verstehen zum Teil die Richtlinien nicht. Die wissen gar nicht, was in den Richtlinien drin steht, das haben wir leider auch ganz oft. Ja, das ist eindeutig geregelt, als Beispiel, dass man Medikamentengaben nur dann verordnen darf, wenn die Person eingeschränkt ist, zum Beispiel, in der geistigen Leistungsfähigkeit. Und es steht überhaupt nichts darauf, dass man Medikamentengabe weil sie Bluthochdruck hat, (.) die Person, aber es ist kein Vermerk darauf, warum kann sie das nicht selber tun. Weil es ist, was der Arzt erstmal klären muss, bevor er es verordnet" (K1, Z: 78-85).

Bezüglich entstehender Rückfragen seitens der Krankenkassen drückte die interviewte Person K3 einerseits Verständnis für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aus. Anderseits verwies diese auf das für die Ersatzkasse 3 entstehende Dilemma, wenn Angaben nicht vorhanden sind, da diese die Aufgabe hat, über Leistungen entscheiden zu müssen (vgl. K3, Z: 111-116). Zudem kritisierte die interviewte Person K3, dass für Auskünfte über Wunddokumentationen von den ambulanten Pflegediensten Extrabudgets verlangt wurden (vgl. K3, Z: 120-124). Darüber hinaus zeigte sie auf, dass die Patientinnen und Patienten die Leidtragenden waren, da diesen unter Umständen Leistungen verwehrt wurden (vgl. K3, Z: 88-94).

"Also leidtragend ist im Zweifel also immer der Kunde. Wenn der Arzt sagt: "Ich habe

keine Zeit, die Verordnung vernünftig auszustellen, lasst mich mit Euren Fragebögen in Ruhe" Der Pflegedienst sagt oder versteckt sich hinter Datenschutz und sagt: "Na klar könnte ich Dir das Foto der Wunde schicken, ich darf es aber nicht" Ja, wie sollen wir jetzt prüfen? Wie sollen wir für den Kunden jetzt die Entscheidung treffen, dass wir den Wundverband eben, von mir aus, die sechste oder siebte Woche genehmigen? Und das sind so die, die Hemms c h u h e auch aus heutiger Sicht" (K3, Z: 88-94).

Ergänzend dazu äußerte die interviewte Person K3, dass der Modell-Verordnungsprozess nicht notwendig gewesen wäre. Alle hemmenden, belastenden Faktoren im Vorfeld beruhten auf den unvollständigen und unplausiblen Verordnungen häuslicher Krankenpflege seitens der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Würden die Verordnungen entsprechend der HKP-Richtlinien ausgestellt werden, würde es keine Rückfragen seitens der Krankenkassen geben (vgl. K3, Z: 73-80).

Erlebter bürokratischer Aufwand im Modell-Verordnungsprozess

Von den interviewten Personen K1, K2, K4 und K5 wurde ein erhöhter projektbezogener bürokratischer Aufwand bei der Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses wahrgenommen. Dieser ist dadurch entstanden, dass der Modell-Verordnungsprozess in die bestehenden Prozesse der Ersatzkassen vorübergehend eingegliedert werden musste. Bei der Ersatzkasse 1 entstand der erhöhte bürokratische Aufwand durch das Sortieren und interne Weiterleiten der Abrechnungen der ambulanten Pflegedienste (vgl. K1, Z: 185-193). Die interviewte Person K2 erläuterte, dass der Abrechnungsprozess, der im ursprünglichen Verordnungsprozess über ein Abrechnungszentrum lief, vom Personal der Ersatzkasse 2 übernommen werden musste, da kein neuer Prozess für diesen kurzen Zeitraum des Modell-Verordnungsprozesses definiert wurde. Darüber hinaus erzählte sie, dass der Genehmigungsprozess zwar entfallen war, die Daten in der EDV dennoch erfasst werden mussten (vgl. K2, Z: 212-219). Dadurch wurde ebenfalls ein projektbezogener personeller und zeitlicher "Mehraufwand" (K2, Z: 369) im Abrechnungsprozess empfunden. Dies stellte den "größten Nachteil" (K2, Z: 377) im Modell-Verordnungsprozess dar (vgl. K2, Z: 366-367). Die interviewten Personen K4 und K5 schilderten bezogen auf den erhöhten projektbezogenen bürokratischen Aufwand, dass der Modell-Verordnungsprozess als Sonderregelung in die eigentlich bestehenden Prozesse der Ersatzkasse 4 eingegliedert werden musste. Hierbei ging es um die Information der Abrechnungsdienstleister und der zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie einer Anpassung von Schreiben und Prozessen (vgl. K4, Z: 28-33).

"Und da kann man nicht mal erst sagen, dass es Vereinfachung oder Entlastung oder desgleichen bedeutet, sondern meistens ist es erst einmal mit Aufwand verbunden, mit weiteren Dokumentationsaufwänden, die Kollegen müssen informiert werden über das neue Verfahren, Schreiben müssen angepasst werden, Prozesse. Es müssen vielleicht Abrechnungsdienstleister, wenn eine Krankenkasse so etwas hat, informiert

werden. Insofern ist erst einmal der Aufwand bei uns schon höher geworden" (K4, Z: 28-33).

Ferner wurde bemerkt, dass die Ersatzkasse 4 in diesem Modell-Verordnungsprozess spät die Möglichkeit hatte etwas zu prüfen, da die Verordnungen häuslicher Krankenpflege erst am Ende des Monats mit den Rechnungen der ambulanten Pflegedienste eingingen. Die Rechnungen wurden im ursprünglichen Verordnungsprozess direkt an den Abrechnungsdienstleister geschickt. Dies war im Modell-Verordnungsprozess nicht möglich, da zunächst die Bewilligungsdaten seitens der Ersatzkasse 4 notwendig waren und in der EDV erfasst werden mussten (vgl. K4, Z: 169-177). Anschließend musste die Rechnung im Modell-Verordnungsprozess zum Abrechnungsdienstleister weitergeleitet werden (vgl. K4, Z: 187-193). Dies stellte für die Ersatzkasse 4 einen zusätzlichen Schritt dar und führte somit zu einem erhöhten projektbezogenen bürokratischen Aufwand.

Hinsichtlich des zukünftigen Ressourcenverbrauchs ging die interviewte Person K1 von einer Verringerung bei der Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses aus (vgl. K1, Z: 185-186, Z: 194-196). Dieser Aspekt ist nach Ansicht der interviewten Person K2 der größte Vorteil des Modell-Verordnungsprozesses. Durch das Entfallen des Prüfprozesses konnten Personalressourcen eingespart werden. Darüber hinaus mussten keine Genehmigungsschreiben verschickt werden (vgl. K2, Z: 357-362). Weiterhin erwähnte sie, dass die Ersatzkasse 2 dadurch "dem Ganzen positiv gegenübergestellt" (K2, Z: 572) war. Eine geringe Erleichterung im Hinblick auf den bürokratischen Aufwand wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ersatzkasse 4 durch das Wegfallen der Rückfragen empfunden (vgl. K5, Z: 193-196).

"(…) ja für uns ist natürlich das schon erst einmal gut, dass wir in dem Rahmen von dem Genehmigungsprozess weniger zu tun haben. Also, es spart natürlich schon bei uns <u>Personalressource</u>, dass wir diesen Prüfprozess nicht haben, dass wir keine Genehmigungsschreiben eben verschicken müssen, sondern lediglich die Erfassung bei uns im System haben. Das ist natürlich so für uns erst einmal der <u>größte</u> Vorteil" (K2, Z: 357-362).

Nach dem Erachten der interviewten Person K3 gab es keine Veränderungen bezüglich des bürokratischen Aufwands bei der Ersatzkasse 3. Ausschließlich das Genehmigungsschreiben wurde an die ambulanten Pflegedienste eingespart (vgl. K3, Z: 199-204). Die interviewte Person K3 zeigte auf, dass die Krankenkassen nicht bei der Entstehung der Verordnungen häuslicher Krankenpflege beteiligt, sondern ausschließlich für die Rechnungsbegleichung dieser Verordnungen zuständig sind. Direkte Auswirkungen auf die Ersatzkassen hatte der Modell-Verordnungsprozess nach Meinung der interviewten Person K3 daher nicht. Nach deren Ansicht wird weder die Chance einer Kosteneinsparung gesehen, noch bestehe das "absolute Risiko" (K3, Z: 445-446), dass "Schindluder" (K3, Z: 446) getrieben wird (vgl. K3, Z: 442-451).

"Uns ist es dem Grunde nach her egal, (…), wie die Genehmigung zustande kommt. Wir sind ja mit den Kosten drin. Wir sehen <u>weder</u> die Chance, dass <u>weniger</u> Leistungen und damit weniger Geld ausgegeben wird, <u>noch</u> sehen wir jetzt das <u>absolute</u> Risiko, dass jetzt Schindluder getrieben wird. Von daher ist jetzt meine Position eher ein bisschen neutral. Das ist so das Vorgeschäft, was in diesem Modell optimiert werden soll. Aus-, direkte Auswirkungen auf die Krankenkassen <u>hat</u> es meines Erachtens nicht" (K3, Z: 442-448).

Aus der Perspektive der ambulanten Pflegedienste wurde seitens der interviewten Person K2 eine Vereinfachung für die ambulanten Pflegedienste wahrgenommen, welche durch das Wegfallen der Dreitagesfrist entstanden ist. Die ambulanten Pflegedienste standen dabei nicht mehr unter einem Zeitdruck, die Verordnungen häuslicher Krankenpflege rechtzeitig bei den Ersatzkassen einzureichen (vgl. K2, Z: 465-469).

"Also es war ja so, dass die HKP-Verordnung innerhalb der drei Tage immer der Krankenkasse vorgelegt werden <u>musste</u>. Und jetzt bekommen wir sie erst mit der Abrechnung. 'Also, wesentlich später' und dadurch ist der Druck einfach bei den Pflegediensten weg und ja auch der Druck weg bei den Abrechnungen, dass da eben jetzt alles so genau berücksichtigt wird" (K2, Z: 465-469).

Bezüglich des bürokratischen Aufwands für die Patientinnen und Patienten konnte von den interviewten Personen K1 und K2 hingegen keine Veränderungen im Modell-Verordnungsprozess erkannt werden, da die ambulanten Pflegedienste im ursprünglichen Verordnungsprozess bereits überwiegend die Wege übernommen haben (vgl. K2, Z: 514-519; vgl. K1, Z: 240-243).

"Weil die Versicherten sind überhaupt nicht in diesem Prozess involviert. Die mussten vorher die Verordnungen auf der Rückseite unterschreiben und müssen es auch jetzt unterschreiben. Die Wege zwischen Versicherten und Arzt hat vorher der Pflegedienst durchgeführt und macht es auch im Rahmen von dem Prozess. Also ich würde jetzt mal behaupten, für den Versicherten an sich ändert sich nichts. Der bekommt das glaube ich gar nicht mit, 'dass sich da etwas verändert`" (K2, Z: 514-519).

Darüber hinaus wurde aus Sicht der interviewten Person K3 in dem Modell-Verordnungsprozess keine Entbürokratisierung erreicht. Sie sah darin viel mehr eine "Verlagerung einer möglichen Schuldzuweisung" (K3, Z: 164) und keine Vereinfachung im Verordnungsprozess (vgl. K3, Z: 161-169). Im Vergleich zum ursprünglich Verordnungsprozess und zum ursprünglich geplanten Modell-Verordnungsprozess, den die interviewte Person K3 begrüßt hätte, wurde ein zusätzlicher Schritt für die ambulanten Pflegedienste eingebaut. Dieser bestand aus der nachgelagerten Genehmigung der Verordnungen häuslicher Krankenpflege durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (vgl. K3, Z: 242-244). Dieser zusätzliche Schritt wurde ebenfalls von den interviewten Personen K4 und K5 als eine Erhöhung des bürokratischen Aufwands für die

niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wahrgenommen (vgl. K5, Z: 231-235).

"Das war die <u>Ursprungsidee</u> dabei. Also, dass man den Pflegediensten wirklich so viel Kompetenz zutraut, das Richtige für diesen Kunden zu entscheiden und auch zu erbringen. Und das wäre, das würde ich auch begrüßen, weil dies wäre dann auch eine Arbeitserleichterung. Aber das hat man nicht gewollt. Jetzt hat man einen Schritt zusätzlich eingebaut" (K3, Z: 262-266).

Hinsichtlich der Qualität der Verordnungen häuslicher Krankenpflege konnten durch die interviewten Personen K1, K2 und K3 keine Veränderungen festgestellt werden. Nach erster Sichtung der Verordnungen häuslicher Krankenpflege konnte die interviewte Person K1 "nichts Nachteiliges" (K1, Z: 348) feststellen. Die interviewte Person K5 berichtete dagegen über Ungereimtheiten bezüglich der Verordnungen häuslicher Krankenpflege, die bei genauer Sichtung aufgefallen sind (vgl. K5, Z: 270-274). Laut der interviewten Person K3 fehlten lediglich bei drei Verordnungen die verordnungsrelevanten Diagnosen und es lagen Unplausibilitäten bezüglich der Häufigkeiten der Maßnahmen häuslicher Krankenpflege vor (vgl. K3, Z: 269-281). Schlussfolgernd hatte sich an der Qualität der Verordnungen häuslicher Krankenpflege nichts verändert. Die interviewte Person K2 erzählte, dass die Verordnungen häuslicher Krankenpflege ihrem Erachten nach "umfangreicher" (K2, Z: 253) und "ausführlicher" (K2, Z: 258) ausgefüllt waren, da die ambulanten Pflegedienste Funktionseinschränkungen ergänzt haben, warum die Maßnahme erforderlich ist. Dadurch waren die Verordnungen häuslicher Krankenpflege besser nachvollziehbar (vgl. K2, Z: 255-256). Des Weiteren erwähnte sie, dass dennoch "Verbesserungspotenziale" (K2, Z: 261) bestehen, da immer noch nicht alle Verordnungen häuslicher Krankenpflege plausibel waren (vgl. K2, Z: 72-273). Eine genaue Einschätzung über die Höhe des Anteils dieser Verordnungen konnte sie nicht geben. Ebenfalls konnte von ihr nicht nachvollzogen werden, ob möglicherweise einige Verordnungen trotz des Modell-Verordnungsprozesses nach dem ursprünglichen Verordnungsprozess bearbeitet wurden (vgl. K2, Z: 268-273).

"(…) es war <u>nicht jede</u> Verordnung für mich nachvollziehbar. Also es ist schwer jetzt für mich einzuschätzen, ich sage mal eine Prozentuale, wie viele waren nachvollziehbar, wie viele nicht und wie viele sind es nach dem alten Prozess. Das kann ich jetzt schwer einschätzen, ob das jetzt <u>weniger</u> geworden sind, die noch unplausibel sind. Es sind aber einige wenige Verordnungen dabei gewesen, die immer noch unplausibel waren, beziehungsweise, wo die Abrechnung vielleicht auch unplausibel war" (K2, Z: 268-273).

Erlebte Zusammenarbeit im Modell-Verordnungsprozess

Alle interviewten Personen äußerten hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den ambulanten Pflegediensten, dass diese sich im Modell-Verordnungsprozess verringert hatte und wenig bis keine Zusammenarbeit

vorhanden war (vgl. K1, Z: 222-223; vgl. K2, Z: 350-354; vgl. K3, Z: 290-295, Z: 297; vgl. K5, Z: 337-343, Z: 652-654).

"Es gibt ja keine.* JA, ES GIBT JA KEINEN AUSTAUSCH. Die Verordnung gilt als genehmigt und damit haben wir ja in dem Fall eigentlich <u>keinen</u> Kontakt mehr zum Pflegedienst. Er bekommt auch keine, ja, er bekommt kein Genehmigungsschreiben, also null Rückmeldung, kein Austausch mehr und <u>hofft</u> dann am Ende, gut er kann sich im Zweifel immer auf die, auf das Modell berufen, dass er sein Geld bekommt" (K3, Z: 290-295).

Insgesamt wurde von einer positiv erlebten Zusammenarbeit berichtet. Die interviewte Person K3 zeigte auf, dass in der Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten in den meisten Fällen keine Schwierigkeiten vorlagen, sowohl im ursprünglichen Verordnungsprozess als auch im Modell-Verordnungsprozess (vgl. K3, Z: 305-309). Die interviewten Personen K4 und K5 stellten im Interview dar, dass die Zusammenarbeit zwischen der Ersatzkasse 4 und den meisten ambulanten Pflegediensten bisher als konstruktiv wahrgenommen wurde (vgl. K4, Z: 88-91). Durch die verringerte Zusammenarbeit im Modell-Verordnungsprozess fühlten sich jedoch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ersatzkasse 4 dadurch "ausgehebelt" (K5, Z: 656), dass sie keinen Kontakt mehr hatten (vgl. K5, Z: 652-658).

Problematisch erlebte Situationen bei der Zusammenarbeit traten laut der interviewten Person K1 lediglich in Einzelfällen auf, in denen die ambulanten Pflegedienste vergessen hatten die Verordnungen häuslicher Krankenpflege den Rechnungen beizufügen oder die Verordnungen des Modell-Verordnungsprozesses nicht als solche gekennzeichnet waren, jedoch als dergleichen eingereicht wurden (vgl. K1, Z: 170-174).

Hinsichtlich des Vertrauens und Misstrauens lagen bei den interviewten Personen unterschiedliche Sichtweisen vor. Der Vertrauensaufbau im Modell-Verordnungsprozess wird von der interviewten Person K2 als eine große Sache erachtet, da Misstrauen bei der mit Zusammenarbeit den ambulanten Pflegediensten im ursprünglichen Verordnungsprozess wahrgenommen wurde (K2, Z: 394-398). Laut der interviewten Person K2 kann zukünftig Misstrauen nicht komplett bei allen ambulanten Pflegediensten ausgeräumt werden. Vertrauen bei der Zusammenarbeit ist jedoch notwendig und entsteht im Laufe der Zeit durch Ehrlichkeit und Kooperation, indem unter anderem Auskünfte seitens der ambulanten Pflegedienste bei Nachfragen der Ersatzkasse 2 gegeben und Fehler eingeräumt werden (vgl. K2, Z: 429-436, Z: 438-444). Auch für die interviewten Personen K4 und K5 ist eine "vertrauensvolle oder wertschätzende Zusammenarbeit" (K4, Z: 99) wichtig für das Entstehen von Vertrauen. Rechtliche Rahmenbedingungen dürfen dabei auch eine Rolle spielen (vgl. K4, Z: 97-99). Darüber hinaus ist Vertrauen etwas, das nicht überall eingesetzt werden kann. Die interviewte Person K4 wünschte sich eine konstruktive Zusammenarbeit. Jedoch sollte eine Krankenkasse das Recht haben, Verordnungen häuslicher Krankenpflege zu prüfen und nachzufragen (vgl. K4, Z: 633-636).

"Also <u>letztlich ist es dieses</u> Vertrauen, was man nicht über alles legen kann. Aber der Wunsch nach einer konstruktiven Zusammenarbeit ist auf jeden Fall da. Dass man sagt: "Warum soll eine Kasse nicht das Recht haben, auch Rückfragen zu stellen zu einer Verordnung, wenn es denn möglich ist?" Und ich glaube gerade, wenn man diesen Schritt auch geht, dann ist man ja auch kompromissbereit" (K4, Z: 633-636).

Ferner versteht die interviewte Person K3 unter Vertrauen eine Balance zwischen den Vereinbarungen, die im gegenseitigen Einvernehmen anhand eines Vertrags beschlossen wurden. Die ambulanten Pflegedienste erstellen hierbei die vereinbarten Leistungen häuslicher Krankenpflege. Die Ersatzkassen honorieren diese daraufhin angemessen. Ist diese Balance vorhanden, besteht eine gute Zusammenarbeit (vgl. K3, Z: 323-328).

"Vertrauen heißt, dass ich mich auf meinen <u>Partner</u> und letztendlich sind es, unsere Partner, wir haben gemeinsame Verträge geschlossen. Ja, haben den Vertrag ja im gegenseitigen Einvernehmen beschlossen, dass er eine gute Leistung mit Fachpersonal, (...) oder dass zumindest etwas vereinbart ist, <u>erbringt</u> und dafür ein angemessenes <u>Honorar</u> bekommt. Und solange diese Balance da ist, würde ich auch sagen, das sind unsere guten Partner. Mit denen arbeiten wir gerne zusammen" (K3, Z: 323-328).

Bei der Betrachtung von Misstrauen sprach die interviewte Person K1 über "gesundes Misstrauen" (K1, Z: 439). Ein "gesundes Misstrauen" entsteht, wenn unterschiedliche Unternehmen mit unterschiedlichen Interessen aufeinander stoßen, wodurch folglich Diskrepanzen entstehen. Ein ambulanter Pflegedienst strebt nach Kostendeckung, eine Krankenkasse hat die Ausgaben im Blick (vgl. K1, Z: 105-110). Daher muss für die interviewte Person K1 immer ein Stück "gesundes Misstrauen" bei der Zusammenarbeit vorliegen, um die Ausgaben steuern zu können (vgl. K1, Z: 116-118). Insgesamt gab es wenige ambulante Pflegedienste, bei denen es immer wieder zu Kürzungen der Leistungen in den Verordnungen häuslicher Krankenpflege kam (vgl. K1, Z: 205-213, Z: 458-462). Diese "schwarze Schafe" (K2, Z: 208; K3, Z: 333) verderben laut der interviewten Person K3 den "Ruf einer ganzen Branche" (K3, Z: 333-334). Bezüglich eines vorliegenden Misstrauens in der Zusammenarbeit äußerte die interviewte Person K3, dass kein durchgängiges Misstrauen vorherrschte. Dies war ausschließlich im ursprünglichen Verordnungsprozess bei diesen einzelnen ambulanten Pflegediensten der Fall (vgl. K3, Z: 300-306).

Misstrauen entstand für die interviewten Personen K3, K4 und K5 bei einer unkooperativen Zusammenarbeit. Dies war der Fall, wenn die ambulanten Pflegedienste den Ersatzkassen keine Auskünfte erteilten, dabei mit Datenschutz argumentierten oder eine Honorierung für nachzusendende Unterlagen einforderten (vgl. K3, Z: 316-320; vgl. K4, Z: 99-101).

"Und Misstrauen, im Vergleich dazu, entsteht natürlich, wenn der Pflegedienst <u>nicht</u> <u>kooperativ ist</u>, also, wenn wir Wunddokumentationen anfordern und der Pflegedienst kommt dem nicht nach" (K4, Z: 99-101).

Insgesamt wurde der Vertrauensvorschuss im Modell-Verordnungsprozess von den interviewten Personen K1, K2, K4 und K5 kritisch betrachtet. Die interviewten Personen K4 und K5 erörterten, dass das Vertrauen durch den entfallenen Prüfauftrag im Modell-Verordnungsprozess nicht so leicht aufgebaut werden konnte. Hierbei traten Befürchtungen bezüglich einer Manipulation der Verordnungen häuslicher Krankenpflege durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie durch die ambulanten Pflegedienste auf (vgl. K4, Z: 195-197, Z: 461-464). Für die interviewte Person K1 war es zunächst schwierig, diesen Vertrauensvorschuss entgegen zu bringen und die Verordnungen häuslicher Krankenpflege zu akzeptieren (vgl. K1, Z: 123-125). Bezogen auf die vier teilnehmen Pflegedienste war das Vertrauen im Verlauf des Modell-Verordnungsprozesses seitens der interviewten Person K1 gegeben. Um den Modell-Verordnungsprozess nicht zu gefährden, würden diese korrekt handeln (vgl. K1, Z: 126-131). Diesbezüglich wurde von der interviewten Person K2 gegenüber den vier teilnehmenden ambulanten Pflegediensten eine Vertrauensstärkung wahrgenommen. (vgl. K2, Z: 457-458). Sie begründete es damit, dass sie die beteiligten ambulanten Pflegedienste als "engagiert" (K2, Z: 453) erlebt hat. Die Vorstellung davon, die ambulanten Pflegedienste könnten diesen Vertrauensvorschuss ausnutzen, würde dazu führen, dass der Modell-Verordnungsprozess nicht als erfolgreich eingestuft wird und eine mögliche zukünftige Umsetzung dadurch nicht realisiert werden kann (vgl. K2, Z: 469-473).

"Klar, es ist ein Modellversuch, da sieht man es wieder ein bisschen anders, es geht ja nur um ein paar Pflegedienste. (.) Im Moment haben wir dieses Vertrauensverhältnis natürlich schon, weil wir wissen natürlich die Pflegedienste sind ja genau involviert, die wissen genau, was sie zu tun haben. Die werden einen Teufel tun, jetzt irgendwelche Sachen zu wollen, die nicht gehen. Das ist uns ja auch klar. Von dem her haben wir das Vertrauen in dem Modellvorhaben schon" (K1, Z: 126-131).

Ferner drückte die interviewte Person K2 aus, dass dennoch stichprobenhafte Prüfungen der Verordnung häuslicher Krankenpflege durch die Ersatzkassen bei einer möglichen zukünftigen Umsetzung notwendig sein würden. Sie begründete dies damit, dass jederzeit Fehler passieren können und die Qualität der Abrechnung nicht bei allen ambulanten Pflegediensten auf einem gleichen Niveau war (vgl. K2, Z: 412-415). Die Krankenkassen haben laut der interviewten Person K2 zudem das Recht, über die Notwendigkeit dieser Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege Auskünfte zu erhalten (vgl. K2, Z: 148-149). Die interviewte Person K4 führte weiterhin an, dass der Prüfauftrag eine gesetzlich festgeschriebene Aufgabe der Krankenkassen ist und rechtfertigt, dass Verordnungen häuslicher Krankenpflege angezweifelt werden können (vgl. K4, Z: 203-207). Der Prüfauftrag kann ihrem Erachten nach den Krankenkassen nicht entzogen werden (vgl. K4, Z: 460-464). Die interviewte Person K4 zeigte zudem auf, dass im ursprünglichen Verordnungsprozess die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ersatzkasse 4 Verordnungen häuslicher Krankenpflege nicht ohne weiteres ablehnen und somit die medizinische Entscheidung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte anzweifeln konnten (vgl. K4, Z: 119-122).

"Das, was man meines Erachtens <u>nicht</u> machen kann ist, diesen Prüfauftrag den Kassen <u>wegnehmen</u>. Weil das ist, das widerspricht auch diesem Sachleistungsdreieck, in dem man einfach so eine Vertrauensbasis und Abhängigkeitsverhältnis hat und diese Prüfmöglichkeit gegeben sein muss. Das ist für mich etwas, 'was praktisch nicht geht`" (K4, Z: 460-464).

Die interviewten Personen K4 und K5 zogen bei einer zukünftigen Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses in Erwägung, ein nachgelagertes Prüfverfahren zu implementieren, welches jedoch aufgrund der geringen Handlungsmöglichkeiten für die Ersatzkassen als weniger sinnvoll erachtet wird. Weiterhin kann dadurch das Misstrauen eher noch verstärkt werden und wie zuvor aufgezeigt den bürokratische Aufwand erhöhen (vgl. K4, Z: 675-682).

"Und das ist es ja. Selbst wenn man ein nachgelagertes Prüfverfahren <u>installiert,</u> dann ist immer noch die Frage, welche Handlungsmöglichkeiten habe ich dann. Habe ich eine Erkenntnis, die ich für mich behalte, dass vielleicht dann, um in der Wortwahl jetzt zu bleiben, das Misstrauen verstärkt. Oder kann ich dann tatsächlich etwas machen, sprich ist das ein *Vertragsverstoß* oder ist das eine Abrechnungsmanipulation, die dahinter steckt? Und welche Möglichkeiten habe ich dann also? Das, das, ich glaube, wenn man dann objektiv sein müsste, müsste man jetzt sagen, ins Unreine gesprochen, dann möchte ich es auch gar nicht wissen" (K4, Z: 675-682).

Die interviewte Person K2 erzählte außerdem über wahrgenommene Befürchtungen und Ängste auf Seiten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die während des Modell-Verordnungsprozesses entstanden sind. Sie bezog diese wahrgenommenen Reaktionen darauf, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zum einen das Gefühl verspüren, man möchte ihnen die Aufgabe der Verordnung nehmen (vgl. K2, Z: 502-503). Zum anderen haben manche niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte durch den ambulanten Pflegedienst festgelegte Maßnahmen noch einmal extra gegengezeichnet (vgl. K2, Z: 261-265). Sie äußerte diesbezüglich auch ihr Verständnis über diese Reaktionen. Letztendlich ging es aber bei dem Modell-Verordnungsprozess nicht darum, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten Misstrauen entgegenzubringen (vgl. K2, Z: 508-510). Insgesamt hatte sie den Eindruck, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sich diese Aufgabe der Verordnung nicht nehmen lassen wollten und haben deshalb auch nicht besonders zahlreich an diesem Modell-Verordnungsprozess teilgenommen (vgl. K2, Z: 482-487).

"Aber ich kann natürlich nachvollziehen (…) dass es einfach einen <u>Denkprozess</u> bei den Ärzten erst mal auslöst: "Warum?" Die sind sicherlich (…) "Will man uns das jetzt entziehen?" Und: "Haben wir das in der Vergangenheit nicht gut genug gemacht? Warum sollen das jetzt die Pflegedienste machen?" Und sicherlich deshalb haben sich jetzt <u>nicht wahnsinnig</u> viele Ärzte dazu bereit erklärt, teilzunehmen, weil die erst mal Angst hatten vor diesem neuen Prozess" (K2, Z: 482-487).

<u>Wahrgenommene Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten im Modell-Verordnungsprozess</u>

Die interviewten Personen K4 und K5 merkten an, dass sie als Ersatzkasse 4 bestrebt sowie verpflichtet sind, eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten und diese kontinuierlich zu begleiten (vgl. K4, Z: 436-440). Die interviewte Person K1 zeigte diesbezüglich die Verantwortung gegenüber der Versichertengemeinschaft und bezüglich des sinnvollen Umgangs mit deren Geldern auf (vgl. K1, Z: 201-205, Z: 213-219). Für beide Ersatzkassen ist es daher schwer, den Prüfauftrag "aus der Hand zu geben" (K1, Z: 213; vgl. K4, Z: 436-464).

"Es ist <u>sehr schwer</u> für uns, das aus der Hand zu geben, weil wir unsere Versichertengelder verwalten. (.) Und der Beitragssatz für alle Versicherten von den Ausgaben <u>abhängt</u>, ja, die eine Krankenkasse hat und wir auch deswegen sinnvoll damit umgehen wollen und auch eine Verantwortung diesbezüglich haben, die Sachen auch ordentlich zu bearbeiten. Deswegen ist natürlich ein Ressourcenverbrauch trotzdem gerechtfertigt bei uns. wenn wir da einen Aufwand haben daraus, weil prüfen sollte man das schon" (K1, Z: 213-219).

Im Hinblick auf die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten bezweifelte die interviewte Peron K1, dass Verbesserungen erreicht werden konnten, da diese bereits vor dem Modell-Verordnungsprozess die Leistungen häuslicher Krankenpflege erhalten haben, die nach den HKP-Richtlinien medizinisch notwendig sind (vgl. K1, Z: 238-240, Z: 144-145).

"Ich bin mir nicht sicher, dass sie mehr profitieren wie vorher, weil sie haben eigentlich vorher schon bekommen, was medizinisch notwendig, aber (von) den Richtlinien her notwendig war" (K1, Z: 238-240).

Die interviewte Person K3 sah dagegen im Modell-Verordnungsprozess eine Verbesserung der Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten. Diese ergab sich daraus, dass die Pflegekräfte die Möglichkeiten hatten, den Patientinnen und Patienten die Leistungen häuslicher Krankenpflege zukommen zu lassen, die sie aufgrund ihrer Diagnose tatsächlich benötigten und notwendig waren (vgl. K3, Z: 364-367, Z: 375-384). Darüber hinaus bestehe nach Meinung der interviewten Person K3 die Chance der Kompetenzerweiterung bei den Pflegekräften der ambulanten Pflegedienste (vgl. K3, Z: 456-457).

"Da sehe ich tatsächlichen einen, einen weiteren kleinen Vorteil. Dadurch, dass die Pflegekräfte (.) festmachen, was der Kunde braucht aufgrund der Diagnose, wird es zu einem gewissen Prozentsatz die bessere Leistung sein, als wenn der <u>Arzt</u> sich das ausdenkt, was da vielleicht die notwendige Maßnahme sein könnte" (K3, Z: 364-367).

Dagegen erzählte die interviewte Person K2, dass seitens der ambulanten Pflegedienste ein Gefühl der Überforderung durch die neue Verantwortungsübernahme der Verordnung der Maßnahmen kommuniziert wurde (vgl. K2, Z: 654-659). Dieses ergab sich daraus, dass die

ambulanten Pflegedienste angehalten waren, die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten zu verbessern, um eine zukünftige Umsetzung des Verordnungsprozesses zu erreichen. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte stellten zudem eine prüfende Instanz für die ambulanten Pflegedienste dar (vgl. K2, Z: 659-664). Diesbezüglich zeigte die interviewte Person K4 auf, dass das Ausstellen der Verordnungen häuslicher Krankenpflege mit Diagnosen und Maßnahmen aus haftungsrechtlicher Sicht Aufgabe der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist, die sich darüber hinaus kontinuierlich über den Zustand der Patientinnen und Patienten erkundigen sollen (vgl. K4, Z: 439-444). Dies diene "der Sicherung des ärztlichen Behandlungsziels" (K4, Z: 441). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste können daran mitwirken. Eine komplette Übernahme der Entscheidung über erforderliche Maßnahmen häuslicher Krankenpflege durch die ambulanten Pflegedienste sei haftungsrechtlich ausgeschlossen (vgl. K4, Z: 390-396). Zudem merkten die interviewten Personen K4 und K5 an, dass auch ganz allgemein Defizite der ambulanten Pflegedienste wahrgenommen wurden. Demzufolge konnte keine genaue Einschätzung gemacht werden, ob die ambulanten Pflegedienste fachlich in der Lage sind, die richtigen medizinischen Maßnahmen festzulegen. Den ambulanten Pflegediensten soll zukünftig fachliche Unterstützung durch speziell ausgebildete Pflegefachkräfte ermöglicht werden (vgl. K5, Z: 495-501).

"Die medizinisch erforderlichen Maßnahmen in deren Häufigkeit und Ausgestaltung beschreibt ein Pflegedienst<u>mitarbeiter</u>. Dem ich seine Kompetenz nicht absprechen möchte, wo ich aber sagen möchte, die <u>Verordnungshoheit</u> liegt ganz eindeutig beim Arzt. Und wenn ich da auch auf BSG-Rechtsprechungen, die ja auch vorliegen, zurückgehe, dann finde ich diesen Passus auch immer wieder. Also, für die rechtliche Seite, würde ich da schon sagen, stehe ich da quasi vor <u>einer Wand</u>, um da Dinge umzusetzen" (K4, Z: 390-396).

Der Modell-Verordnungsprozess trug laut der interviewten Person K2 möglicherweise positiv dazu bei, die Zusammenarbeit im Hinblick auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten und der Professionalität zu intensivieren, da sowohl die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte als auch die ambulanten Pflegedienste aufgrund ihrer Erfahrungen Bedarfe richtig einschätzen können (vgl. K2, Z: 647-650).

"Die haben ja <u>die Erfahrunq</u>, also in der Regel ist es so, dass die Pflegedienste das ja schon ganz gut einschätzen können. Und ich glaube, jetzt sind einfach <u>beide</u>, also der Pflegedienst und der Arzt, noch ein Stück weit mehr dazu gezwungen, sich abzustimmen und sich auszutauschen" (K2, Z: 647-650).

Ferner wurde von den interviewten Personen K2 und K5 angemerkt, dass die Informationen über die Leistungen der Patientinnen und Patienten seitens der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den ambulanten Pflegediensten im Modell-Verordnungsprozess zu spät erfolgte. Dies bedingte sich unter anderem auch durch die fehlende Zusammenarbeit (vgl.

K2, Z: 343-346; vgl. K5, Z: 338-347). Die interviewten Personen K4 und K5 berichteten über Beschwerden seitens der Patientinnen und Patienten im Rahmen des Modell-Verordnungsprozesses, die über eine verspätete Mitteilung bezüglich Zuzahlungen klagten. Daneben zeigt die interviewte Person K2 auf, dass die Patientinnen und Patienten nicht mehr entsprechend über die Zuzahlungen beraten werden können. Dies hatte demzufolge negative Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung durch die Ersatzkasse 2 im Modell-Verordnungsprozess und stellte somit einen Nachteil dar (vgl. K2, Z: 377-388, Z: 553-556, Z: 578). Bei einer zukünftigen Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses kann dieser Aspekt nicht außer Acht gelassen werden. Eine zeitnahe Information der Krankenkassen über notwendige Maßnahmen ist erforderlich, damit die Patientinnen und Patienten über Zuzahlungen rechtzeitig in Kenntnis gesetzt und beraten werden können (vgl. K5, Z: 354-357).

"Nachteil, dass wir erst <u>sehr spät</u> von der Leistungserbringung erfahren und dadurch unsere Versicherten <u>nicht</u> beraten können. Also, das heißt von uns aus auch beraten können. Oder die Versicherten rufen an, weil sie zum Beispiel ihre Zuzahlungshöhe gerne wissen möchten, was sie da erwartet im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, wenn die bei uns anrufen und nachfragen, sind wir ja erst einmal in der Position, wir wissen noch gar nicht, dass sie das wirklich bekommen, <u>diese Leistung</u>, weil wir die Verordnung noch nicht vorliegen haben" (K2, Z: 377-383).

Reflexion des Modell-Verordnungsprozesses

Insgesamt wurde der Modell-Verordnungsprozess von den interviewten Personen K4 und K5 als positiver Schritt betrachtet, gemeinsam zu überlegen, welche Verbesserungspotenziale vorhanden sind (vgl. K5, Z: 465-471).

In der Gesamtbetrachtung standen alle Ersatzkassen einer zukünftigen Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses kritisch gegenüber. Ein großer Kritikpunkt war der entfallene Prüfprozess. Die interviewte Person K1 merkte hierzu an, dass die Ersatzkassen im Modell-Verordnungsprozess keine Möglichkeiten mehr haben, bei Unplausibilitäten einzugreifen. Die stichprobenartige Prüfungen des MDK im Modell-Verordnungsprozess waren laut Aussagen der interviewten Person K1 zu wenig, daher bestanden Zweifel hinsichtlich einer zukünftigen Umsetzung (vgl. K1, Z: 198-201, Z: 255-257, Z: 261-264). Es würden dabei durch das Wegfallen des Prüfprozesses laut der interviewten Person K1 sicherlich Ressourcen eingespart werden. Es stellt sich für sie nur die Frage, "ob wir das überhaupt wollen" (K1, Z: 195-196), Krankenkassen die Verantwortung über die da die Gelder Versichertengemeinschaft innehaben (vgl. K1, Z: 195-205). Zudem hat die Ersatzkasse 1 ein Interesse daran, ausschließlich medizinisch notwendige und den HKP-Richtlinien entsprechende Maßnahmen häuslicher Krankenpflege zu vergüten (vgl. K1, Z: 54-62). Die Skepsis der interviewten Person K1 begründete sich aus den unterschiedlichen Interessen der ambulanten Pflegedienste, der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie der Krankenkassen, die in diesem Sachleistungsdreieck miteinander kollidieren (vgl. K1, Z: 198201, Z: 405-408). Darüber hinaus hatten nach Aussage der interviewten Person K1 die Ersatzkassen den kleinsten Part im Modell-Verordnungsprozess (vgl. K1, Z: 377-380).

"Wir haben natürlich, wie vorher schon gesagt, andere Interessen, wie ein Pflegedienst. Mir, mir leuchtet das vollkommen ein, dass so ein Pflegedienst natürlich weniger Ressourcen verbrauchen möchte in Verwaltung. Nur, es ist meines oder unseres Erachtens halt notwendig, dass man Fälle anschaut, weil wir müssen es bezahlen. Wir haben ia auch die Verantwortung für Versichertengemeinschaft, es geht nicht ((redet schneller)) um mein Geld oder sonst was.* Es geht um das Geld, das wir verwalten für die Versicherten und wir müssen halt auch wirklich gucken, dass das (...) auch wirklich sinnvoll verwendet wird" (K1, Z: 198-205).

Hierzu merkten die interviewten Personen K4 und K5 ebenfalls an, dass vom derzeitigen Modell-Verordnungsprozess ausschließlich die ambulanten Pflegedienste profitieren. Sie nehmen durch den weggefallenen Prüfauftrag eine Belastung wahr, da sie durch den Vertrauensvorschuss darauf verzichten, gesetzliche Normen anzuwenden (vgl. K4, Z: 639-643; vgl. K5, Z: 207-216).

"Und, was sich für uns auch nicht erschließt oder für mich im Speziellen auch nicht, es wird in diesem Modellvorhaben immer von Entlastung gesprochen. Also was hier eigentlich geschaffen wurde, mit diesem Modellversuch, mit diesem Konstrukt ist, dass dem Pflegedienst (...) ein Vertrauensvorschuss gegeben wird, der vollständig zu unseren Lasten geht. Das heißt, wir müssen wir ganz, ganz viel geben und das was wir eigentlich bekommen, Vereinfachung und so weiter, das gleicht das doch gar nicht aus. Ganz im Gegenteil. Wir verzichten darauf, gesetzliche Normen anzuwenden, die in anderen Leistungsbereichen ganz klassisch sind, funktionieren und die unseren Prüfauftrag ja auch rechtfertigen. Und dort winken wir es zu Gunsten der Pflegedienste durch" (K5, Z: 207-216).

Darüber hinaus wurden bei der Ersatzkasse 4 die Verordnungen häuslicher Krankenpflege im Modell-Verordnungsprozess mit dem Eingang der Rechnung der ambulanten Pflegedienste geprüft. Durch dieses nachgelagerte Prüfverfahren kann bei einer zukünftigen Umsetzung der bürokratische Aufwand erhöht werden, indem bereits bewilligte Leistungen, die nachträglich vom MDK nicht als notwendig erachtet werden, nicht ohne weiteres zurückgenommen werden können, da den Patientinnen und Patienten gegenüber eine Bewilligung ausgesprochen wurde (vgl. K5, Z: 182-197). Auch der Aspekt der nachträglich erfassten Bewilligungsdaten der Patientinnen und Patienten wurde bei einer bundesweiten zukünftigen Umsetzung als kritisch gesehen. Verordnungen häuslicher Krankenpflege könnten vermehrt beim Abrechnungsdienstleister abgelehnt werden, wenn die Bewilligungsdaten nicht rechtzeitig vorhanden sind (vgl. K4, Z: 409-417).

"Aber das müsste man wahrscheinlich tatsächlich verändern, weil die Rechnungen werden ja direkt dorthin geschickt (.) und das könnte man nicht erst mit vier, fünf Wochen Verspätungen machen, wenn dann noch nicht einmal die Bewilligungsdaten eingegeben sind. Also, das würde das Ganze kompliziert machen. Dann würden die Dienstleister ja permanent eine Rechnung abweisen, weil sie sagen, wir haben gar keine Bewilligungsdaten, sozusagen. Das, das wird dann auch passieren. Da kommt eine Rechnung, (da haben die noch gar keine Bewilligung bekommen, da haben wir noch gar keine Forderung bekommen.) Das wäre ganz, ganz kompliziert, also, das kann ich mir irgendwie nicht so ganz vorstellen" (K4, Z: 409-417).

Insgesamt stand die interviewte Person K3 einer Teilnahme am Modellversuch kritisch gegenüber, da im Modell-Verordnungsprozess kein Vorteil und kein Mehrwert erkannt wurde (vgl. K3, Z: 178-180, Z: 214-218). Der Modell-Verordnungsprozess sollte zukünftig in dieser Form nicht umgesetzt werden (vgl. K3, Z: 437-439).

"Also so wie es jetzt <u>momentan</u> ist, hat es für uns <u>weniq</u> bis gar keinen Mehrwert und von daher bräuchte das aus meiner Sicht <u>so</u> nicht fortgeführt werden" (K3, Z: 437-439).

Der wichtigste Aspekt bei der Evaluation des Modell-Verordnungsprozesses ist nach Ansicht der interviewten Person K1 der monetäre Aspekt, da die Ersatzkassen diesen zu vertreten hatten (vgl. K1, Z: 430-433). Der gewählte Projektzeitraum war hinsichtlich der Kostenerfassung daher zu kurz (vgl. K1, Z: 249-257, Z: 270-274). Die Entwicklung der Ausgaben müsste über einen "längeren Zeitraum" (K1, Z: 252) ohne "Scheuklappen" (K1, Z: 273) betrachtet werden (vgl. K1, Z: 270-274). Auch die interviewte Person K4 zeigte die Aufgaben des wirtschaftlichen Handelns der Ersatzkassen sowie die Einflussnahme auf medizinische Leistungen auf. Der Prüfauftrag sichert diese Aufgaben und kann daher nicht entfallen (vgl. K4, Z: 286-289). Ferner haben die Bundesländer unterschiedliche Vergütungsformen. Dies stellt ebenfalls eine Hürde hinsichtlich einer zukünftigen bundesweiten Umsetzung dar (vgl. K4, Z: 312-316). Aufgrund dieser unterschiedlichen Vergütungsstrukturen sah die interviewte Person K3 das Bundesland Baden-Württemberg für die Prüfung der Kostenneutralität des Modell-Verordnungsprozesses als nicht geeignet an. Ein Bundesland mit Einzelpreisvergütung wäre hierfür sinnvoller gewesen (vgl. K3, Z: 230-238). Die Pauschalvergütung wurde von der interviewten Person K3 allgemein kritisch betrachtet, da hierdurch oftmals weniger Leistungen erbracht wurden, als die Pauschale abdeckte (vgl. K3, Z: 364-366).

Darüber hinaus wurde von der interviewten Person K3 häufiger die ursprüngliche Idee des Modell-Verordnungsprozesses aufgegriffen sowie als sinnvoller eingestuft. Da hierbei die Pflegekräfte die notwendigen Maßnahmen häuslicher Krankenpflege ohne nachgelagerte Genehmigung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ableiten können, würde dies positive Auswirkungen auf die Professionalität der Pflegekräfte haben (vgl. K3, Z: 230-234).

Die interviewte Person K3 regte an, die ursprüngliche Idee im Anschluss an den jetzigen Modell-Verordnungsprozess zu erproben (vgl. K3, Z: 476-482).

"(...) von seiner <u>ursprünglichen</u> Idee her ja auch <u>begrüßen</u>, indem man sagt: "<u>Sie</u> sind die Fachleute" Der Pflegedienst erkennt den Bedarf des Kunden aufgrund der Diagnose und legt dann alleine los. Und das ist schon, so ist man Befehlsempfänger vom Arzt und JA DANN GELTEN vor allem auch nicht die Ausreden, die man zum Teil von den Pflegediensten hört, ja, das hat der Arzt jetzt nicht verordnet, mehr darf ich nicht erbringen oder Ähnliches, sondern, wenn der Pflegedienst die Pflegefachkräfte wirklich die Verantwortung übernehmen, glaube ich schon, dass dies zu einer sinnvollen Professionalität beiträgt. Ganz klar, das ist sehr wünschenswert" (K3, Z: 417-425).

Aufgrund der vorherrschenden, bürokratischen Strukturen in der Bundesrepublik Deutschland äußerte die interviewte Person K2 Zweifel gegenüber einer zukünftigen Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses. Durch diese bürokratischen Strukturen nehmen Gesetzesänderungen sehr viel Zeit in Anspruch. Hierbei spiele das Ergebnis der Erprobungsphase des Modell-Verordnungsprozesses zunächst keine Rolle (vgl. K2, Z: 525-530, Z: 546-547). Dieser Aspekt wurde ebenfalls durch die interviewten Personen K4 und K5 angesprochen. Der gesetzliche Rahmen stellt ihrem Erachten nach eine "rechtlich unbezwingbare Hürde" (K4, Z: 389) dar. Außerdem erwähnte die interviewte Person K4, dass im Hinblick auf eine bundesweite Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses weitere Vereinheitlichungen mittels den Bundesrahmenempfehlungen geschaffen sowie der gesetzliche Rahmen verändert werden müssten, was nicht kurzfristig möglich sein wird (vgl. K4, Z: 382-389, Z: 397-401).

"Insofern ist dieser ganze rechtliche Rahmen, den ich habe, ich habe den § 37, der begründet, ich habe das Wirtschaftlichkeitsgebot, ich habe die HKP-Richtlinie mit den verordnungsrechtlichen Maßnahmen, ich habe die Bundesrahmenempfehlungen, ich habe die Verträge, die Landerahmenverträge mit den Pflegediensten, die ja alle auf eine Prüfung, erst Genehmigung, dann Bewilligung zurück greifen, abstellen. Also, da habe ich letztlich die ganze Batterie, die ich verändern muss, um diesen Prüfauftrag diesen Kassen zu entziehen. Also, das ist schon, das ist für mich eine rechtlich unbezwingbare Hürde, die da entsteht" (K4, Z: 382-389).

Weiterhin schilderte die interviewte Person K4, dass es sich bei den Maßnahmen häuslicher Krankenpflege im Modell-Verordnungsprozess überwiegend um Standardmaßnahmen gehandelt hatte. Somit konnte ihrem Erachten nach der Querschnitt der Fälle nicht abgebildet werden, da komplexe Fälle weitestgehend nicht im Modell-Verordnungsprozess berücksichtigt wurden (vgl. K4, Z: 218-227). Aus diesen genannten Gründen ist eine zukünftige und bundesweite Umsetzung in dieser Form kritisch zu betrachten (vgl. K5, 165-168).

Notwendig für eine zukünftige Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses wäre laut der interviewten Person K2, diesen nachhaltig thematisch wiederholt aufzugreifen, damit die Aufmerksamkeit der Politik auf Landes- und Bundesebene gewonnen werden kann (K2, Z: 537-539). Darüber hinaus müssen sich die ambulanten Pflegedienste medizinische Kompetenzen aneignen, um bei den verschiedenen Diagnosen die entsprechenden Maßnahmen häuslicher Krankenpflege auswählen und verordnen zu können (vgl. K2, Z: 637-641).

"(…) ja die müssen sich eben mit dem medizinischen Wissen, denke ich, intensiver auseinander setzen. Weil ja, die können nicht das Know-how eines Arztes haben, die haben ja kein Medizinstudium gemacht und ob das tatsächlich alles so Bestandteil der Ausbildung ist für eine Pflegefachkraft, genau diese Diagnosen zu kennen" (K2, Z: 637-641).

Als Lösungsvorschläge zur Verringerung des bürokratischen Aufwands sowie zum Erhalt einer erfolgreichen Zusammenarbeit benannte die interviewte Person K2, dass mehr niedergelassene Ärztinnen und Ärzte spezielle Zeiträume für Nachfragen seitens der Krankenkassen außerhalb der Sprechstunde zur Verfügung stellen sollten (vgl. K2, Z: 177-180). Ferner sei es für die Krankenkassen hilfreich, bei einem weiteren ähnlichen Modellversuch, eine zentrale Bearbeitung der Leistungsabrechnung zu installieren (K2, Z: 599-601). Darüber hinaus ist bei einer zukünftigen Umsetzung die Sicherstellung der Beratung der Patientinnen und Patienten durch die Krankenkassen über Zuzahlungen notwendig. Die Krankenkassen sollten im Vorfeld rechtzeitig über die zu erbringenden Maßnahmen häuslicher Krankenpflege durch die ambulanten Pflegedienste oder die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte informiert werden (vgl. K2, Z: 557-564).

"Wenn man da eine Möglichkeit finden würde, dass entweder die <u>Versicherten oder der Pfleqedienst</u> uns frühzeitig dennoch informieren, dass hier jetzt so eine Leistungserbringung stattfindet. Jetzt vielleicht nicht mit diesem <u>Prüfprozess oder Genehmiqungsprozess</u>, der bei den Krankenkassen automatisch eingeleitet wird, sondern einfach nur so eine allgemeine Info, kann ja jetzt <u>auch vom Arzt</u> schriftlich an die Krankenkassen verschickt werden: "Ich habe da jetzt <u>das und das verordnet"</u> Und dann müssen die Krankenkassen das einfach zur <u>Kenntnis</u> nehmen" (K2, Z: 557-564).

Die interviewten Personen K4 und K5 zeigten als Alternativen eine Verlängerung der 14tägigen Frist bei Erstverordnungen auf. Dies ist bei bestimmten chronischen Krankheitsbildern durchaus vorstellbar und sinnvoll (vgl. K4, Z: 424-430). Darüber hinaus könnte eine entsprechende Bezahlung der ambulanten Pflegedienste für die Übernahme der Wege bei der Verordnung häuslicher Krankenpflege in Erwägung gezogen werden (vgl. K4, Z: 432-435). Gleichzeitig sollen die ambulanten Pflegedienste den Krankenkassen entgegen kommen, indem sie die Patientinnen und Patienten regelmäßig dazu anhalten, bei ihren niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten vorstellig zu werden. Damit soll eine medizinisch korrekte Versorgung gesichert und die Lebensqualität erhalten sowie gefördert werden (vgl. K4, Z: 447-460).

"Und wie gesagt, diese Honorierung, das wäre mit Sicherheit ein Part, wo man sagen könnte: "Okay, da könnte man sich als Kasse darauf einlassen." Aber ich würde auch wieder sagen, da müsste es ein Gegenspiel sein. Da muss es vielleicht auch heißen: "Okay, lieber Pflegedienst, wenn wir Dir das honorieren, wenn wir das in Vergütungsverhandlungen, wie auch immer, <u>mal ansprechen</u> oder auch zwischen unseren bilateralen Verträgen dann vereinbaren, dann kommst Du uns entgegen, indem Du sagst, Du wirkst darauf hin, dass Dein Versicherter auch vorstellig wird, innerhalb eines bestimmten Zeitraums" (K4, Z: 447-454).

5.3.4 Ergebnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

<u>Erlebter bürokratischer Aufwand im ursprünglichen Verordnungsprozess und im Modell-Verordnungsprozess</u>

Wie im ursprünglichen Verordnungsprozess prüft die interviewte Person des MDK im Modell-Verordnungsprozess die Verordnungen häuslicher Krankenpflege dahingehend, ob die beantragten Maßnahmen sozialmedizinisch begründet sind. Weiterhin war es ihre Aufgabe, alternative Versorgungsformen anzugeben, falls beantragte Maßnahmen sozialmedizinisch nicht begründet waren. Dies war im Rahmen des Modell-Verordnungsprozesses nicht notwendig (vgl. MDK, Z: 17-26).

Darüber hinaus sprach die interviewte Person des MDK über die Qualität der Verordnungen häuslicher Krankenpflege im Modell-Verordnungsprozess. Sie äußerte sich dahingehend, dass diese korrekt ausgefüllt waren (vgl. MDK, Z: 29-30). Im ursprünglichen Verordnungsprozess wurden ausschließlich die Verordnungen häuslicher Krankenpflege zur Prüfung vorgelegt, bei denen die Krankenkassen im Vorfeld von den Arztpraxen oder den ambulanten Pflegediensten bei Rückfragen keine Auskünfte erhalten hatten (vgl. MDK, Z: 37-39). Weiterhin handelte es sich dabei um "schwierige und komplexe Fallkonstruktionen" (MDK, Z: 238). In diesem Kontext beschrieb die interviewte Person des MDK während des Interviewverlaufs häufiger, dass die sozialmedizinischen Begründungen und Informationen in Form von "krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen" (MDK, Z: 62-63) auf den Verordnungen häuslicher Krankenpflege vermerkt sein müssen (vgl. MDK, Z: 142-144).

"Wir unterscheiden, welche Erkrankungen hat ein Mensch, weswegen er eine ärztliche Behandlung braucht. Und dann brauchen wir eine Fähigkeitsstörung, weswegen er diese Maßnahme nicht selber durchführen kann" (MDK, Z: 142-144).

Da im Modell-Verordnungsprozess jede fünfte Verordnung einging, erhielt sie im Vergleich zum ursprünglichen Verordnungsprozess, Verordnungen häuslicher Krankenpflege, die anhand krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen gut begründet waren (vgl. MDK, Z: 37-41).

"Und jetzt habe ich natürlich im Rahmen des Modellvorhabens auch einmal ganz andere ärztliche Verordnungen gesehen, die uns die Krankenkassen normalerweise gar nicht vorlegen und die sind halt <u>sehr schön</u> ausgefüllt gewesen, mit einer medizinischen Diagnose, weshalb, zum Beispiel, der Versicherte (…) eine bestimmte Maßnahme erhalten soll" (MDK, Z: 37-41).

Erlebte Zusammenarbeit im Modell-Verordnungsprozess

Über die erlebte Zusammenarbeit im Modell-Verordnungsprozess äußerte die interviewte Person des MDK, dass kein Kontakt zu den ambulanten Pflegediensten bestand (vgl. MDK, Z: 104-105).

"Und in der Regel war das überhaupt nicht notwendig, weil ich habe mit den Pflegediensten, muss ich ehrlich sagen, <u>eigentlich gar nichts zu tun</u>" (MDK, Z: 104-105).

Bei Rückfragen wendete sich der MDK stets schriftlich an die behandelnden Ärzte (vgl. MDK, Z: 84). Die interviewte Person des MDKs schilderte, dass im Rahmen des Modell-Verordnungsprozesses auch telefonische Rückfragen seitens des MDK stattgefunden haben, auf die die medizinischen Fachangestellten zunächst erstaunt reagiert haben (vgl. MDK, Z: 85-88).

"Das sind die Ärzte auch gewohnt, dass die Medizinischen Dienste sich schriftlich an <u>sie</u> wenden. (.) Und das war auch das Interessante jetzt bei dem Projekt. (...) <u>da habe ich ja angerufen</u> und habe mich dann halt auch vorgestellt und habe gesagt, dass es im Rahmen des Projektes ist. Und die Helferinnen haben dann gesagt, das ist sehr ungewöhnlich, weil in der Regel die Anfragen des Medizinischen Dienstes schriftlich kommen" (MDK, Z: 85-88).

Weiterhin schilderte sie wahrgenommenes Vertrauen seitens der Krankenkassen gegenüber den Arztpraxen und ambulanten Pflegediensten im ursprünglichen Verordnungsprozess. Laut der interviewten Person des MDK werden insgesamt 650.000 Verordnungen häuslicher Krankenpflege in Baden-Württemberg pro Jahr ausgestellt. Davon werden 20.000 bis 22.000 dem MDK vorgelegt (vgl. MDK, Z: 216-218). Durch diesen kleinen Anteil der Verordnungen häuslicher Krankenpflege, der dem MDK vorgelegt wird, wollte sie darstellen, dass die Arztpraxen und ambulanten Pflegedienste keine Zweifel hegen sollen, dass ihnen Vertrauen seitens der Krankenkassen entgegengebracht wird und dass diese nicht unbegründet Ablehnungen erteilen (vgl. MDK, Z: 241-255). Ihrem Erachten nach haben die Krankenkassen außerdem das Recht, Prüfungen vornehmen (vgl. MDK, Z: 260-261).

"´Aber, dass selbstverständlich eine Krankenkasse das Recht hat, Dinge zu überprüfen`" (MDK, Z: 260-261).

Der Modell-Verordnungsprozess konnte ihrer Meinung nach anhand dieser

vertrauensbildenden Maßnahmen diese Zweifel aus dem Weg schaffen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ersatzkassen, der Arztpraxen sowie der ambulanten Pflegedienste hatte die interviewte Person des MDK als sehr verantwortungsbewusst wahrgenommen (vgl. MDK, Z: 234-249). Sie äußerte diesbezüglich, dass sie kein Misstrauen gegenüber den Arztpraxen im Hinblick auf die Verordnungen häuslicher Krankenpflege verspürte (vgl. MDK, Z: 211-213).

"Misstrauisch wäre ich, wenn ich jetzt davon ausgehen würde, dass die gesamten ärztlichen Verordnungen nicht gerechtfertigt wären. Und dafür besteht überhaupt kein Anlass" (MDK, Z: 211-213).

Zudem ginge sie davon aus, dass die Arztpraxen richtige Angaben machen und die Verordnungen häuslicher Krankenpflege begründet sind (vgl. MDK, Z: 207-211).

"Vertrauen bedeutet natürlich, dass ich erst einmal demjenigen, der eine ärztliche Verordnung ausstellt, vertraue, dass er wahrheitsgemäße Angaben macht. Und dass die Dinge, die nicht zusammen passen, etwas mit der Perspektive seiner Tätigkeit zu tun haben. Weil er normalerweise eine andere Tätigkeit macht und jetzt einen Perspektivenwechsel machen müsste. Das bedeutet für mich Vertrauen" (MDK, Z: 207-211).

MDK Die interviewte Person des sprach hierbei von einem notwendigen Perspektivenwechsel, den die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte als Therapeutinnen und Therapeuten vornehmen müssten. Dabei führte sie in der Gutachterrolle an, dass manche Verordnungen häuslicher Krankenpflege für sie nicht nachvollziehbar sind, weil die Fähigkeitsstörungen ärztlicherseits nicht angegeben sind. Diese Informationen werden jedoch von ihr benötigt, um die Notwendigkeit der verordneten Maßnahmen häuslicher Krankenpflege nachvollziehen zu können, da sie die Patientinnen und Patienten nicht kenne (vgl. MDK, 148-155).

"Der Patient kommt in die Praxis oder der niedergelassene Arzt fährt zu den Versicherten und er kennt ihn. Er kennt ihn über unglaublich viele Jahre und hat ihn auch begleitet, ja. <u>Er weiß,</u> was dieser Mensch für Erkrankungen hat und er weiß, welche Hilfestellungen er braucht. Gegebenenfalls auch unterstützt von einem Pflegedienst, der ihn seit Jahren schon mitbetreut. Und das dann kurz zu verschriftlichen, in einer bestimmten Systematik, das ist <u>nicht einfach</u>. Es sind keine Gutachter. Es sind Therapeuten. Die haben einen ganz anderen Ansatz. Die haben auch eine ganz andere Perspektive" (MDK, 148-155).

Im weiteren Interviewverlauf zeigte die interviewte Person des MDK zudem auf, dass sie ihre Prüfungen der Verordnungen häuslicher Krankenpflege im Rahmen des Modell-Verordnungsprozesses im Sinne einer "vertrauensbildenden Maßnahme" (MDK, Z: 294) ohne MDK-Akten durchgeführt hatte. Sie brachte damit den ambulanten Pflegediensten

sowie den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bei den Prüfungen Vertrauen entgegen, da sie davon ausging, die Verordnungen ohne MDK-Akte nachvollziehen zu können (vgl. MDK, Z: 289-294).

<u>Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten im Modell-Verordnungsprozess</u>

Laut der interviewten Person des MDK sollen die Patientinnen und Patienten stets in den Fokus gerückt werden. Deren Bedürfnisse und Unterstützungsbedarfe wurden ihrer Ansicht nach insbesondere von den ambulanten Pflegediensten im Modell-Verordnungsprozess beachtet (vgl. MDK, Z: 342-350). Sie äußerte zudem, dass hierfür eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den ambulanten Pflegediensten notwendig war (vgl. MDK, Z: 170-174).

"Pflege kann sicherlich <u>qanz qut</u> einschätzen, zum Beispiel (…) welchen Hilfe- und Unterstützungsbedarf jemand hat außerhalb, jetzt sagen wir einmal, welche krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen er hat, warum er bestimmte Leistungen nicht selber machen kann. Dabei kann die Pflege gut den behandelnden Arzt unterstützen" (MDK, Z: 170-174).

Reflexion des Modell-Verordnungsprozesses

Bezüglich einer zukünftigen und zeitnahen Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses blickte die interviewte Person des MDK zuversichtlich in die Zukunft (vgl. MDK, Z: 316-317).

"Ich bin mir gar nicht so unsicher, dass das so ganz schnell alles umgesetzt werden kann" (MDK, Z: 316-317).

Insgesamt merkte die interviewte Person des MDK an, dass der Modell-Verordnungsprozess im Hinblick auf die Professionalisierung der häuslichen Krankenpflege positive Auswirkungen haben könnte. Als notwendig erachtete sie dabei, dass die ambulanten Pflegedienste zukünftig verantwortungsbewusst handeln und mehr Eigeninitiative für andere Modellvorhaben zeigen sollen (vgl. MDK, Z: 397-403).

"Der könnte große Auswirkungen auf die Professionalisierung der Pflege haben, wenn die Pflege Verantwortung auch für Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (.) übernimmt. Also, ich kenne, und da muss ich ganz ehrlich sagen, da habe ich eigentlich immer darauf gewartet, dass es Pflegedienste gibt, die sagen, es gibt ja schon im häuslichen Bereich der Krankenpflege gibt es ja Modellvorhaben (.) oder die gesetzliche Möglichkeit, Modellvorhaben durchzuführen. Ich kenne keinen Pflegedienst, der an eine Krankenkasse herangetreten ist und gesagt hat: "Ich möchte ein, ein Modellvorhaben" (MDK, Z: 397-403).

Ferner äußerte sie, dass bei einer zukünftigen Umsetzung die vertrauensbildenden Maßnahmen sowie eine Entlastung und Vereinfachung für die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen sollen (vgl. MDK, Z: 320-321). Sie forderte einen fach- und

sachgerechten Umgang mit den Verordnungen häuslicher Krankenpflege durch alle beteiligten Gruppen (vgl. MDK, Z: 342-345). Weiterhin bedarf es jedoch bestimmter Maßnahmen in Form von Abrechnungsprüfungen durch die Krankenkassen, um die "schwarzen Schafe" (MDK, Z: 377) zu identifizieren. Dies war in der Erprobungsphase selbst nicht notwendig (vgl. MDK, Z: 374-378).

"Dass das auch sauber gemacht wird, das fand ich jetzt <u>ganz, ganz toll.</u> Und da der MDK natürlich mit Abrechnungsprüfungen bei schwierigen Pflegediensten beauftragt wird, weiß ich auch natürlich, dass wie in jedem Unternehmen, in jeder Branche es auch da schwarze Schafe gibt. Und daher müssen dann auch Abrechnungsprüfungen gemacht werden. 'Aber das hat mich tief beeindruckt'" (MDK, Z: 374-378).

Hinsichtlich des bürokratischen Aufwands machte die interviewte Person des MDK den Lösungsvorschlag, ein neues, übersichtlicheres Verordnungsformular häuslicher Krankenpflege mit einer Systematik zu entwerfen, sodass es den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten besser gelingt, die Fähigkeitsstörungen einzutragen. Damit soll eine Erleichterung in deren Arbeitsalltag geschaffen werden. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sollen nicht weiterhin gezwungen werden, den von ihr zuvor benannten Perspektivenwechsel machen zu müssen (vgl. MDK, Z: 123-128, Z: 163-167).

"Der Behandler soll (.) seine Tätigkeit weiter ausführen <u>können</u> und wir sollten das Formular so umgestalten, dass es ihm überhaupt nicht schwer fällt, die Fähigkeitsstörung, die er tagtäglich beobachten kann, wenn er mit seinem Patienten zu tun hat, dann halt auch einzutragen. Dass wir mehr auf den niedergelassenen Arzt eingehen, dass wir ihn nicht zwingen einen Perspektivwechsel zu machen" (MDK, Z: 163-167).

EXKURS Prüfung durch den MDK

Bestandteil der Absprachen zur Evaluation des Modellversuchs in der Steuerungsgruppe war, dass jede fünfte Verordnung (20 %) häuslicher Krankenpflege zusammen mit der ersten Abrechnung dem MDK Baden-Württemberg zur Prüfung vorgelegt wird. Insgesamt wurden 51 Verordnungen nach dem Modell-Verordnungsprozess einer solchen Prüfung unterzogen (N=51). Bei der Prüfung der Verordnungen häuslicher Krankenpflege waren die folgenden Fragen handlungsleitend:

- Sind die vom Pflegedienst verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen anhand der vorliegenden medizinischen Diagnosen nachvollziehbar?
- Ist die Frequenz der verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen aus sozialmedizinischer Sicht notwendig?
- Gibt es Alternative, dem anerkannten medizinisch-pflegerischen Wissenstand entsprechende Maßnahmen, wenn die verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen nicht indiziert/bzw. nicht nachvollziehbar sind?

Die Ergebnisse der MDK Prüfung listet die nachfolgende Abbildung 13 auf:

Abbildung 13 Ergebnis der MDK Prüfungen der Modellverordnungen

Behandlungspflegerische Maßnahme	Anzahl	Anzahl begründeter Verordnungen - gesamt -	Davon anhand der Verordnung	Davon anhand weiterer Informationen vom Verordner	Davon anhand weiterer Informationen vom Pflegedienst
Medikamentengabe	17	17	12	4	1
Kompressionstherapie	16	16	11	5	0
Kompressionstherapie und Wundverbandwechsel	4	4	4	0	0
Wundverbandwechsel	8	8	6	0	2
Sonstiges	6	6	6	0	0

(Quelle: MDK 2015, unveröffentlicht)

Aus der Prüfung des MDK wird deutlich, dass sämtliche geprüften Verordnungen häuslicher Krankenpflege im Rahmen des Modellversuchs plausibel begründbar waren

Ende EXKURS Prüfung durch den MDK

5.4 Zusammenführende Ergebnisse

5.4.1 Bürokratischer Aufwand

Die Ergebnisse der vier aufgezeigten gruppenbezogenen Analysen sollen im Folgenden gegenüber gestellt sowie zusammengeführt werden. Dabei wird sowohl auf die Unterschiede und die Gemeinsamkeiten in den Gruppen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (HA), der ambulanten Pflegedienste (PD), der Ersatzkassen (K) und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) als auch zwischen den Gruppen hinsichtlich der einzelnen Thematiken eingegangen.

Erlebter bürokratischer Aufwand im ursprünglichen Verordnungsprozess

Zunächst wird auf den bürokratischen Aufwand im ursprünglichen Verordnungsprozess eingegangen. Vorausgeschickt werden muss hier, dass der ursprüngliche Verordnungsprozess nicht mit dem richtlinienkonformen Sollverordnungsprozess gleichzusetzen ist, sondern die tatsächlich gelebte Praxis – also der etablierte Schattenprozess der Verordnung häuslicher Krankenpflege – bewertet wird.

Tabelle 4 Übersicht Bürokratischer Aufwand im ursprünglichen Verordnungsprozess (Schattenprozess)

		n leitfadengestützten Inte hen Verordnungsprozess	
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	Ambulante Pflegedienste	Ersatzkassen	MDK
Hemmende, belastende Faktoren:	Hemmende, belastende Faktoren:	Hemmende, belastende Faktoren:	 Prüfungen der Verordnungen Häuslicher
 Einzuhaltende Fristen verursachen Zeitdruck Mitverantwortung für die Vergütung der Pflegedienste zu tragen Positive, förderliche Faktoren: Einfacheres Ausfüllen der Anordnung Gutes Verhältnis zum ambulanten Pflegedienst 	Fehlerhaft ausgefüllte Verordnungen nicht rechtzeitig ausgestellte Verordnungen Dreitagesfrist verursacht Zeitdruck Folgen: viele Wege, viel Zeitaufwand, Rückfragen, Ablehnungen der Verordnungen, keine Vergütung bereits erbrachter Maßnahmen Häuslicher Krankenpflege komplexe Leistungen der Leistungsgruppe IV: aufwändige Genehmigungen und Neubeantragungen Positive, förderliche Faktoren: Notwendigkeit einer vollständigen und korrekt geführten Dokumentation Rechtzeitig ausgefüllte Verordnungen Gutes Verhältnis zu den großen Krankenkassen Begründete Rückfragen seitens der Krankenkassen Einbezug von Wundmanagerln in die Anordnungen bei der Wundversorgung EDV-gestützte Bearbeitung von Folgeverordnungen	 Wahrgenommene Belastung auf Seiten der ambulanten Pflegedienste durch Übernahme der Wege von den Patientinnen und Patienten Unvollständige und unplausible Verordnungen Notwendige Rückfragen, nicht kooperative niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und ambulante Pflegedienste bei Rückfragen, nachfordern fehlender Dokumente Folgen: Teilbewilligungen und Ablehnungen, Einbindung des MDK Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind schlecht erreichbar Patientlinnen und Patienten als Leidtragende Positive, förderliche Faktoren: Prozess der Bearbeitung der Verordnung Häuslicher Krankenpflege durch verschiedene standardisierte Vorgehen Rechtliche Sicherheit durch, in den HKP- Richtlinien festgeschriebene, Kostenzusagen für ambulanten Pflegedienste Ablehnungen und Teilbewilligungen sowie Einbindung des MDK kommen nur in einer geringen Anzahl vor Ablehnungen werden nicht als Ablehnungen als solches gesehen, sondern als Verlaufskontrolle Hohe Bereitschaft der ambulanten Pflegedienste, auf Rückfragen Auskünfte zu erteilen 	Krankenpflege, ob die beantragten Maßnahmen sozialmedizinisch begründet sind Prüfungen bei schwierigen und komplexen Fallkonstruktionen

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Der bürokratische Aufwand im ursprünglichen Verordnungsprozess, das bedeutet im Schattenprozess wurde von den Gruppen unterschiedlich wahrgenommen. Die meisten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben positive, förderliche Faktoren bezüglich des bürokratischen Aufwandes beschrieben. Drei davon sahen aber im ursprünglichen Verordnungsprozess (Schattenprozess) keine Probleme bezüglich des bürokratischen

Aufwandes und haben diesen als einfacher wahrgenommen. Die ambulanten Pflegedienste sehen einen hohen bürokratischen Aufwand im Schattenprozess. Die interviewte Person PD2 zeigte auf, dass der vorgesehene Idealfall, der in den HKP-Richtlinien beschrieben ist, nie zutraf. Diese Aussage kann durch die Angaben der Patientinnen und Patienten bestätigt werden. Die ambulanten Pflegedienste und die Angehörigen übernehmen die Wege für die Patientinnen und Patienten. So bringen laut der Patientenbefragung nur 23,3 Prozent der Patientinnen und Patienten ihre Versichertenkarte selbst in die Arztpraxis, 14,7 Prozent holen die Verordnung häuslicher Krankenpflege selbst ab, 6,2 Prozent bringen die Verordnung zum ambulanten Pflegedienst und 3,9 Prozent leitet die Verordnung weiter an die Krankenkasse. Der Frage, ob der Schattenprozess ohne ihr Zutun erledigt wurde, stimmten 46,3 Prozent der Patientinnen und Patienten zu.

Der seitens der ambulanten Pflegedienste beschriebene hohe bürokratische Aufwand wurde in der Gruppe der Ersatzkassen unterschiedlich wahrgenommen. Die interviewten Personen K1 und K2 sahen im Schattenprozess einen bürokratischen Aufwand für die ambulanten Pflegedienste. Zudem wurden die Wege der ambulanten Pflegedienste von der interviewten Person K2 als belastend erlebt. Die interviewte Person K4 äußerte sich darüber, dass der beschriebene hohe bürokratische Aufwand nie in dieser Form wahrgenommen wurde. Jedoch wurde festgestellt, dass die ambulanten Pflegedienste die Wege für die Patientinnen und Patienten übernahmen.

Den kasseninternen Prozess der Bearbeitung von Verordnungen häuslicher Krankenpflege haben die Ersatzkassen 1 und 3 als standardisiert, optimiert und auch problemlos beschrieben. Insbesondere Folgeverordnungen konnten bei der Ersatzkasse 2 in kürzester Zeit bearbeitet werden. Standardisierte Vorlagen für den Schriftverkehr erleichterten den bürokratischen Aufwand für die Ersatzkasse 4.

Eine Erhöhung des bürokratischen Aufwandes nahmen alle Ersatzkassen und auch alle ambulanten Pflegedienste bei unvollständig ausgefüllten und unplausiblen Verordnungen häuslicher Krankenpflege wahr. Diese lagen nach Aussagen der Ersatzkassen vor, wenn Angaben fehlten, diese nicht den HKP-Richtlinien entsprachen und dadurch die Plausibilität der Verordnungen nicht gegeben war. Laut den ambulanten Pflegediensten war dies der Fall, wenn das Ausstellungsdatum falsch vermerkt war, die verordnungsrelevanten Diagnosen fehlten sowie die Maßnahmen und deren Häufigkeit nicht korrekt waren. Bezüglich der Verordnungen häuslicher Krankenpflege erläuterte der MDK, dass neben der die sozialmedizinischen Begründungen und krankheitsbedingten Diagnose die Fähigkeitsstörungen aufgeführt sein müssen. Auf Seiten der Ersatzkassen lag die Erhöhung des bürokratischen Aufwandes darin, dass wiederholt bei den ambulanten Pflegediensten und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nachgefragt und Dokumente angefordert werden mussten oder die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte die HKP-Richtlinien nicht kannten. Die interviewten Personen K1 und K2 zeigten zudem auf, dass bei ausbleibenden Auskünften seitens der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie der ambulanten Pflegedienste der MDK hinzugezogen werden musste. Dies stellte für die interviewte Person K2 einen unnötigen Weg dar, der durch vollständig ausgefüllte Verordnungen häuslicher Krankenpflege und gegebene Auskünfte eingespart werden könnte. Auch bei Patientinnen und Patienten wurde nachgefragt. Auf die Frage hin, ob es Nachfragen zur Verordnung gab, antworteten die Patientinnen und Patienten wie folgt: 24,0 Prozent durch die Krankenkasse, 9,9 Prozent durch die Ärztin, den Arzt und 4,1 Prozent durch den ambulanten Pflegedienst. 60,3 Prozent der Patientinnen und Patienten gaben an, dass es keine Nachfragen gab (siehe Kapitel 5.2.1).

"Oft waren die halt, ja, nicht, nicht <u>qut</u> ausgestellt. Da haben Kleinigkeiten gefehlt. Dann ja, das war dann schon sehr aufwändig, weil man dann halt wieder zurück geht, in die Arztpraxis fährt und das klären muss, dass alles korrekt ausgefüllt ist, dass wir es abrechnen können. Sagen wir, könnten wir alles locker bei den Krankenkassen abgeben ohne dass <u>die</u> eigentlich das Feedback geben müssen: "Es ist Einiges nicht in Ordnung", dann hätte man diesen Aufwand nicht" (PD4, Z: 27-32).

Nach Aussagen der interviewten Person K3 wurde der MDK nur in den seltensten Fällen hinzugezogen. Der MDK zeigte hierzu ebenfalls auf, dass dieser nur bei schwierigen und komplexen Fallkonstruktionen eingeschalten wurde oder die Ersatzkassen im Vorfeld keine Informationen von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den ambulanten Pflegediensten erhalten hatten. Der erhöhte bürokratische Aufwand durch unvollständige und unplausible Verordnungen häuslicher Krankenpflege bestand auf Seiten der ambulanten Pflegedienste darin, dass zusätzliche Wege zur Korrektur der Verordnungen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten entstanden, Erstverordnungen dahingehend geprüft werden sowie Rücksprachen mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gehalten werden mussten. Zudem entstanden Rückfragen seitens der Ersatzkassen. Die interviewte Person PD4 äußerte diesbezüglich, dass dieser Aufwand nicht vorhanden wäre, wenn die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte die Verordnungen häuslicher Krankenpflege korrekt ausstellen würden. Ebenfalls die interviewte Person K3 erläuterte, dass der Modell-Verordnungsprozess nicht notwendig gewesen wäre, wenn die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte die Verordnungen häuslicher Krankenpflege den HKP-Richtlinien entsprechend ausgefüllt hätten. Bezüglich vorhandener Rückfragen äußerte die interviewte Person K3 einerseits ein Verständnis für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, zeigte aber auch auf, dass eine Krankenkasse Entscheidungen treffen muss und daher diese Rückfragen notwendig sind. Letztendlich sind die Patientinnen und Patienten die Leidtragenden, wenn eine Leistung häuslicher Krankenpflege nicht genehmigt und abgelehnt wird.

Die ambulanten Pflegedienste zeigten ergänzend auf, dass eine Ablehnung als Folge der unvollständig ausgefüllten und unplausiblen Verordnungen häuslicher Krankenpflege monetäre Auswirkungen für die ambulanten Pflegedienste hat, da bereits erbrachte Leistungen nicht vergütet und zeitliche Ressourcen zur Klärung benötigt werden. Die interviewte Person HA6 nimmt die Verantwortung der niedergelassenen Ärztinnen und

Ärzte in Bezug auf die Vergütung der Leistungen der ambulanten Pflegedienste wahr und äußert, dass dieser stets Sorge dafür tragen musste, dass die ambulanten Pflegedienste auch das bekommen, was ihnen zusteht. Dagegen zeigten drei der Ersatzkassen auf, dass Ablehnungen der Verordnung häuslicher Krankenpflege nicht den Regelfall darstellten und nur in einer geringen Zahl vorlagen. Dies wurde ebenfalls von der interviewten Person des MDK benannt. Eine Ablehnung wird auch nicht als Ablehnung von der interviewten Person K1 gesehen, sondern als Verlaufskontrolle über die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten. Gerade die von den ambulanten Pflegediensten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten belastend empfundenen Rückfragen sind für die Ersatzkassen wichtig, da diese die Verordnungen häuslicher Krankenpflege nicht einfach blind ablehnen wollen. Zudem sprach die interviewte Person K2 von einer rechtlichen Sicherheit für die ambulanten Pflegedienste durch die festgeschriebene Kostenzusage in den HKP-Richtlinien hinsichtlich der Vergütung der Leistungen häuslicher Krankenpflege. Auch die interviewte Person K3 äußerte hierzu, dass es in den Rahmenverträgen schon immer die Regelungen gab, dass eine Verordnung häuslicher Krankenpflege seitens der Krankenkassen als genehmigt galt, wenn die Dreitagefrist eingehalten wurde und die Krankenkassen nichts anderes kundtun.

Diese Dreitagefrist wurde von den ambulanten Pflegediensten als ein zusätzlicher hemmender, belastender Faktor beschrieben. Die Zeitspanne konnte laut Aussagen der interviewten Personen PD2 und PD4 dann nicht eingehalten werden, wenn Korrekturen der Verordnungen häuslicher Krankenpflege vorgenommen werden mussten, diese über dem Postweg übermittelt wurden sowie die Angehörigen sich um die Besorgungen kümmerten. Weiterhin wurden Entlassungen der Patientinnen und Patienten am Freitagnachmittag aus dem Krankenhaus diesbezüglich als problematisch erlebt. Diese Aussage wurde von einer Anmerkung im freien Textfeld des Fragebogens durch eine Angehörige, einem Angehörigen bestätigt: "Verordnungsprozess kompliziert, da Entlassung aus KH freitags, Arzt aber nicht mehr da. Pflegedienst sofort nötig" (vgl. Anhang 3).

"Sehr problematisch ist es immer bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus, das ist dann immer, klassischerweise, freitagnachmittags. Der Hausarzt ist nicht mehr zu erreichen, der Patient <u>muss</u> aber ab samstagmorgens eine Injektion oder irgendwas bekommen, einen Verband. Dann diese Verordnungen am Montag nachzuholen oder dann nachzufordern, dann vielleicht <u>keine</u> zu kriegen, weil der Arzt sagt: "Naja, das kann doch jemand vielleicht <u>selber</u> machen' oder er stellt sie falsch aus" (PD2, Z: 49-55).

Zudem wurden von den interviewten Personen PD3 und PD4 Folgeverordnungen, insbesondere bei Quartalswechsel als hemmende, belastende Faktoren im Schattenprozess beschrieben, da oftmals die Versichertenkarten der Patientinnen und Patienten nicht in den Arztpraxen eingelesen waren und somit die Verordnungen häuslicher Krankenpflege nicht rechtzeitig ausgestellt werden konnten. Eine fehlende Versichertenkarte wirkte sich nach Aussage der interviewten Person PD4 in Form von Kürzungen seitens der Krankenkassen

oder Verweigerungen von Verordnungen häuslicher Krankenpflege seitens der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aus. Darüber hinaus erwähnte die interviewte Person PD4, dass besonders bei der Leistungsgruppe IV aufwändige Genehmigungen und Neubeantragungen notwendig waren. Seitens der niedergelassenen Ärztin, dem niedergelassenem Arzt HA6 wurde die 14-Tages-Frist als aufwändig im ursprünglichen Verordnungsprozess (Schattenprozess) empfunden.

In der Gesamtbetrachtung wurde die Zusammenarbeit zwischen den ambulanten Pflegediensten und den Ersatzkassen von den meisten dieser interviewten Personen im ursprünglichen Verordnungsprozess (Schattenprozess) als positiv erlebt. Für die Ersatzkassen zeichnete sich diese in einer Bereitschaft für Auskünfte seitens der ambulanten Pflegedienste, in einer problemlos empfundenen Kontaktaufnahme, der Möglichkeit Rücksprache zu halten und im Dialog zu sein aus. Laut den interviewten Personen K1 und K2 schlussfolgerte sich die Bereitschaft seitens der ambulanten Pflegedienste daraus, dass diese auf die Genehmigungen der Verordnungen häuslicher Krankenpflege angewiesen sind. Diesbezüglich merkte die interviewte Person PD4 an, dass durch den ambulanten Pflegedienst 4 zusätzliche Dokumente an die Krankenkassen übermittelt wurden, um eine Ablehnung der Verordnungen häuslicher Krankenpflege zu verhindern. Hinsichtlich zusätzlich übermittelter Dokumente kritisierte die interviewte Person K3, dass von einigen Pflegediensten Extrabudgets für diese Tätigkeit gefordert wurden. Ferner berichtete die interviewte Person PD4 über ein sehr gutes Verhältnis zu den großen Krankenkassen. Dies wirkte sich auf eine Verringerung des bürokratischen Aufwandes beim ambulanten Pflegedienst 4 aus. Jedoch zeigte die interviewte Person PD4 eine komplizierte Zusammenarbeit mit vereinzelten Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern Krankenkassen auf.

"Und deshalb, ja, gehen sicherlich auch die Mitarbeiter von den Krankenkassen den Weg des geringsten <u>Widerstandes</u> (…) und rufen lieber beim Pflegedienst an. Weil da auch eine engere Zusammenarbeit eben besteht. (…) Und, ja, die Pflegedienste sind, wie gesagt, in der Regel auch bereit da uns die Auskünfte zu geben, weil die wollen ja auch schnell von uns die Genehmigung haben und ja, 'wie gesagt', die sind da sehr bereit. Es gibt natürlich eben auch Pflegedienste, die <u>nicht</u> bereit sind. Zu denen ist die, mit denen ist die Zusammenarbeit sicherlich nicht so toll. Aber wie gesagt, das möchte 'ich jetzt' eher auf einen geringen Teil beschränken. Im Großen und Ganzen würde ich jetzt die Zusammenarbeit für recht gut halten" (K2, Z: 152-165).

Förderliche Faktoren im richtlinienkonformen Verordnungsprozess waren die zuvor aufgezeigten standardisierten Prozesse der Bearbeitung von Verordnungen häuslicher Krankenpflege für die Ersatzkassen. Für den ambulanten Pflegedienst 4 waren direkte telefonische Absprachen mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte förderlich sowie die Nutzung von EDV-Unterstützung zur Bearbeitung der Verordnungen häuslicher Krankenpflege. Weiter nannte die interviewte Person PD4 den Einbezug von

Wundmanagerinnen und Wundmanagern als positiv unterstützenden Faktor im ursprünglichen Verordnungsprozess (Schattenprozess). Die interviewten Personen PD1, PD2 und PD3 gaben rechtzeitig ausgestellte Verordnungen als einen positiven Faktor an. Diesbezüglich merkte die interviewte Person PD1 an, das dies bis auf wenige Ausnahmen der Fall war. Seitens der niedergelassenen Ärztin, dem niedergelassenen Arzt HA9 wurden eine gute Beziehung sowie die Nähe zu den ambulanten Pflegediensten als förderliche Faktoren genannt.

Erlebter bürokratischer Aufwand im Modell-Verordnungsprozess

Tabelle 5 Übersicht Bürokratischer Aufwand im Modell-Verordnungsprozess

Übersicht der angesprochenen Themen in den leitfadengestützten Interviews bezüglich des bürokratischen Aufwands im Modell-Verordnungsprozess					
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	Ambulante Pflegedienste	Ersatzkassen	MDK		
Hemmende, belastende Faktoren:	Hemmende, belastende Faktoren:	Hemmende, belastende Faktoren:	Prüfungen der Verordnungen		
Mehraufwand in der Formulierung Formular ist nicht im Computer hinterlegt, wird von Hand ausgefüllt Zusätzlicher Weg für den Pflegedienst um ärztliche Unterschrift einzuholen Positive, förderliche Faktoren: Modellprozess ist praktischer Weniger Rückfragen seitens der Ersatzkassen Reduktion des Abstimmungsaufwandes	 Übernahme der Maßnahmenfestlegung durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte entgegen der Absprache im Modellversuch besonders zu Beginn Verordnungen ohne verordnungsrelevante Diagnose Genehmigung der Verordnung vor Maßnahmenfestlegung Folgen: Erhöhter Kommunikationsbedarf mit den Arztpraxen, erneute zusätzliche Wege, Rückfragen, Missverständnisse Projektbezogener Mehraufwand: nur als Begleiterscheinung wahrgenommen 	Entstandener projektbezogener Mehraufwand durch Umsetzung des Modellprozesses Erhöhung des bürokratischen Aufwands durch nachgelagerte Genehmigung Neutral erlebte Faktoren Gleichbleibender bürokratischer Aufwand Hinsichtlich der Kosten werden keine Auswirkungen des Modellprozesses auf die Ersatzkassen gesehen Gleichbleibende Qualität der Verordnungen, vereinzelt umfangreicher ausgefüllt	Häuslicher Krankenpflege, ob die beantragten Maßnahmen sozialmedizinisch begründet sind Prüfungen jeder fünften Verordnung: gut ausgefüllte Verordnungen mit krankheitsbedingter Fähigkeitsstörung, die Maßnahme Häuslicher Krankenpflege begründet		
	Positive, förderliche Faktoren: Modellprozess ist praktischer und weniger aufwändig Zeitlicher Gewinn durch Bürokratieabbau und weniger Wege Wegfall der Dreitagesfrist, kein Zeitdruck mehr Keine 14-tägige Frist mehr Keine Rückfragen seitens der Ersatzkassen Weniger Zeitdruck bei Entlassungen aus dem Krankenhaus am Freitagnachmittag für die Patientinnen und	Positive, förderliche Faktoren: Angenommene Verringerung des zukünftigen Ressourcenverbrauchs Wahrgenommene Vereinfachung für die Pflegedienste durch Wegfall der Dreitagesfrist			

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Der Modell-Verordnungsprozess wurde durch alle Ersatzkassen wie vorgesehen durchgeführt. Dies meint, dass die Verordnungen häuslicher Krankenpflege bei den Ersatzkassen eingereicht und durch diese abgerechnet wurden. Dagegen berichteten alle ambulanten Pflegedienste von anfänglichen Schwierigkeiten in der Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Es traten Missverständnisse bezüglich der Verordnungen häuslicher Krankenpflege auf, wodurch diese wie bisher ausgefüllt und die 14-Tages-Frist bei Erstverordnungen weitergeführt

wurde. Dies erforderte einen erhöhten Kommunikations-, Schulungsund Informationsbedarf der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie deren medizinische Fachangestellte durch die ambulanten Pflegedienste, da diese nicht ausreichend über den Modell-Verordnungsprozess informiert waren. Die interviewte Person PD3 äußerte diesbezüglich, dass die verordnungsrelevanten Diagnosen immer gefehlt haben und hierdurch ein Mehraufwand durch erneute Wege zu den Arztpraxen entstanden ist. Bei drei der ambulanten Pflegedienste hat sich die Situation im Verlauf des Modell-Verordnungsprozesses verbessert. Beim ambulanten Pflegedienst 2 kam die Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses jedoch nicht zustande, da die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte durchgehend die Verordnungen häuslicher Krankenpflege wie bisher ausgefüllt hatten. Diese Erlebnisse der ambulanten Pflegedienste spiegeln sich in den Aussagen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wider. Drei der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gaben an, die Verordnungen wie bisher ausgefüllt zu haben und auch keine Veränderung im Modell-Verordnungsprozess bezogen auf den bürokratischen Aufwand wahrgenommen zu haben. Die interviewte Person HA2 merkte darüber hinaus an, dass sie in dem Modell-Verordnungsprozess gewollte Verordnungen nicht gezielt in Worte ausdrücken kann. Dies wurde als eine Erhöhung des bürokratischen Aufwands erlebt.

"Es ist halt einfach dieser alte Prozess weitergeführt worden. Kein Parallelprozess, aber halt eben nicht auf diesen neuen Prozess umgestellt worden, in der Beziehung Arzt-Pflegedienst. Pflegedienst-Kasse sehr wohl" (PD2, Z: 282-284).

Von allen interviewten Personen der ambulanten Pflegedienste, von drei Ersatzkassen sowie von einer niedergelassenen Ärztin, einem niedergelassenen Arzt wurde ein erhöhter projektbezogener bürokratischer Aufwand aufgezeigt. Auf Seiten der ambulanten Pflegedienste entstand ein Mehraufwand durch die Erstellung von Teilnehmerlisten, die Identifikation der teilnehmenden Patientinnen und Patienten, der Ersatzkassen sowie der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Der zuvor aufgezeigte Kommunikationsbedarf mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie deren medizinische Fachangestellte hatte für die ambulanten Pflegedienste zudem einen erhöhten zeitlichen Ressourcenverbrauch als Konsequenz. Die interviewten Personen PD2 und PD4 sahen diese Erhöhung im bürokratischen Aufwand als projektbezogen an. Insgesamt würde laut der interviewten Person PD4 eine dauerhafte Umsetzung des Modell-Verordnungsprozess eine Einsparung zeitlicher Ressourcen mit sich bringen, da die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weniger Arbeitszeit am PC verbringen müssten und weniger Wege aufgrund unvollständig ausgefüllter Verordnungen häuslicher Krankenpflege entstehen würden. Der erhöhte projektbezogene bürokratische Aufwand bei den drei Ersatzkassen entstand durch die Eingliederung des Modell-Verordnungsprozesses in die bestehenden Prozesse der Ersatzkassen. Für die Ersatzkasse 2 bestand dieser im Sortieren und internen Weiterleiten der Abrechnungen. Bei den Ersatzkassen 2 und 4 konnten die Abrechnungen im Modell-Verordnungsprozess nicht, wie gehabt, über die Abrechnungszentren der jeweiligen Ersatzkasse vollzogen werden. Dies resultierte aus dem Wegfall der Genehmigungen der Verordnungen häuslicher Krankenpflege. Die Bewilligungsdaten konnten hierbei nicht im Vorfeld erfasst werden, sondern erst mit Eingang der Rechnung, da die Verordnungen häuslicher Krankenpflege erst mit der Rechnung an die Ersatzkassen eingereicht wurden. Daher wurden bei der Ersatzkasse 4 für die Abrechnungen der Verordnungen im Modell-Verordnungsprozess eine Sonderregelung im Abrechnungsprozess eingeführt. Für die Ersatzkasse 2 entstand ein personeller Mehraufwand bei der Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses. Die interviewte Person K2 ging jedoch davon aus, dass bei einer dauerhaften Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses insgesamt Personalressourcen eingespart werden können. Dies bedingt sich dadurch, dass der Prüfprozess entfällt und keine Genehmigungsschreiben mehr verschickt werden müssten. Für die niedergelassene Ärztin, den niedergelassenen Arzt HA9 entstand ein erhöhter projektbezogener bürokratischer Aufwand dadurch, dass er die Verordnungen nicht EDV-gestützt ausstellen konnte, sondern per Hand.

Ein erhöhter bürokratischer Aufwand im Modell-Verordnungsprozess, der nicht projektbezogen war, sondern durch den Modell-Verordnungsprozess an sich zustande kam, wurde von einigen der interviewten Personen beschrieben. Die interviewten Personen K3, K4, K5, PD2 und HA11 sahen in der nachträglich einzuholenden Unterschrift bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten einen Mehraufwand. Die ambulanten Pflegedienste hatten zum einen hierdurch zusätzliche Wege. Zum anderen hatten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte die Verordnung häuslicher Krankenpflege zwei Mal zu deren Bearbeitung. Die interviewte Person K3 fügte hinzu, dass dies eine Verlagerung der Schuldzuweisung und keine Vereinfachung des Verordnungsprozesses darstelle. Darüber hinaus zeigten die interviewten Personen K4 und K5 einen erhöhten bürokratischen Aufwand für die Ersatzkasse 4 durch nachträgliche Plausibilitätsprüfungen und das Weiterleiten der Verordnungen häuslicher Krankenpflege an die Abrechnungszentren auf.

"Also es ist vielleicht ein Schritt mehr im Moment, in der Erstausfertigung, ja" (HA9, Z: 27).

bürokratischen Aufwands Verringerungen bezüglich des wurden im Modell-Verordnungsprozess in den Gruppen der ambulanten Pflegedienste, der Ersatzkassen und der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wahrgenommen. Die ausbleibenden Rückfragen seitens der Ersatzkassen wurden von allen ambulanten Pflegediensten als Erleichterung gesehen. Auch die interviewten Personen HA2 und HA9 erlebten dies als einen positiven Faktor des Modell-Verordnungsprozesses. Bezüglich der Rückfragen haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ersatzkasse 4 eine geringe Erleichterung beschrieben. Daneben gaben die Patientinnen und Patienten weniger Nachfragen bei der Befragung nach der Modell-Verordnungsprozess-einführung als bei der ersten Erhebung an. Weiter wurde das Wegfallen der 14-tägigen Frist bei Erstverordnungen von den interviewten Personen PD2 und PD4 als förderlich wahrgenommen. Insbesondere durch den Wegfall der Dreitagesfrist verspürten die ambulanten Pflegedienste keinen Zeitdruck mehr. Auch die interviewte Person K2 hat diese Entlastung auf Seiten der ambulanten Pflegedienste wahrgenommen und geschildert. Die interviewte Person PD1 merkte an, dass der Modell-Verordnungsprozess praktischer, einfacher, klarer und weniger aufwendig sei und ihrer Meinung nach eine zukünftige Umsetzung realisierbar wäre. Des Weiteren empfanden die interviewten Personen PD2, PD3 und PD4 einen Zeitgewinn bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die direkt von der Bearbeitung der Verordnungen häuslicher Krankenpflege betroffen waren. Die Pflegekräfte vor Ort auf den Touren haben keine Veränderung bezüglich des bürokratischen Aufwandes wahrgenommen. Fünf der interviewten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gaben eine Verringerung des bürokratischen Aufwandes und eine Einsparung ihrer Ressourcen an. Bezüglich des Ressourcenverbrauchs gingen die interviewten Personen K1 und K2 bei einer zukünftigen Umsetzung von einer Reduktion von Personalressourcen durch den Wegfall des Prüfprozesses aus.

"(…) ja für uns ist natürlich das schon erst einmal gut, dass wir in dem Rahmen von dem Genehmigungsprozess weniger zu tun haben. Also, es spart natürlich schon bei uns <u>Personalressource</u>, dass wir diesen Prüfprozess nicht haben, dass wir keine Genehmigungsschreiben eben verschicken müssen, sondern lediglich die Erfassung bei uns im System haben. Das ist natürlich so für uns erst einmal der <u>größte</u> Vorteil" (K2, Z: 357-362).

Ein gleichbleibender bürokratischer Aufwand wurde durch die interviewte Person K3 beschrieben. Nach deren Aussage sind die Krankenkassen nicht an der Entstehung der Verordnungen häuslicher Krankenpflege beteiligt, sondern ausschließlich bei deren Kostendeckung. Da der Verordnungsprozess und nicht der Abrechnungsprozess modifiziert wurde, änderte sich für die Ersatzkasse 3 vom Prozess her, bis auf die Einsparung eines Genehmigungsschreibens, nichts.

Nach Meinungen der interviewten Personen PD1, PD3, PD4, K1 und K2 haben die Patientinnen und Patienten keine Veränderung im bürokratischen wahrgenommen, da die Organisation der Verordnungen häuslicher Krankenpflege bereits im Schattenprozess durch die ambulanten Pflegedienste übernommen wurde. Die Veränderung der Wahrnehmung seitens der Patientinnen und Patienten zeigte sich in den Ergebnissen der Befragung bei dem Vergleich Modellverordnungsprozess zu ursprünglichem Verordnungsprozess (Schattenprozess). Die geringere Angabe der Nachfragen im Modellverordnungsprozess, eine signifikante (Chi=0,011) Reduktion der Zustimmung zur Aussage "Ich fand es sehr belastend mich um die Verordnung kümmern zu müssen" und bei der Aussage "Ich fand den Verordnungsprozess sehr kompliziert (Chi=0,001) zeigten, dass die Patientinnen und Patienten eine Verringerung ihrer Belastungen wahrnahmen. Als ebenfalls geringeren bürokratischen Aufwand nahmen die Patientinnen und Patienten den Modell-Verordnungsprozess wahr. Auf die Frage hin, ob die Befragten den Eindruck hatten, dass der Modell-Verordnungsprozess ohne ihr Zutun erledigt wurde, stimmten bei der Ausgangserhebung 46,3 Prozent und bei T1 deutlich mehr mit 55,4 Prozent. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

Durch den Wegfall der Dreitagesfrist wurde eine Erleichterung für die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige von der interviewten Person PD3 wahrgenommen, da diese ebenfalls nicht mehr unter Zeitdruck standen, besonders bei Entlassungen aus dem Krankenhaus am Freitagnachmittag.

Hinsichtlich der Qualität der Verordnungen häuslicher Krankenpflege im Modell-Verordnungsprozess konnte die interviewte Person K1 nichts Nachteiliges feststellen. Die interviewte Person K2 nahm eine Verbesserung wahr. Diese seien umfangreicher und ausführlicher ausgefüllt worden und waren dadurch besser nachvollziehbar. Jedoch bestanden immer noch Verbesserungspotenziale hinsichtlich der Plausibilität der Verordnungen häuslicher Krankenpflege. Laut der interviewten Person K3 hatte sich hinsichtlich der Qualität der Verordnungen nichts verändert. Diese wurden so ausgefüllt, wie bisher auch. Die interviewten Personen PD1 und PD4 schilderten hinsichtlich der Qualität der Verordnungen häuslicher Krankenpflege, dass diese im Modell-Verordnungsprozess korrekt ausgefüllt wurden und an Qualität gewonnen haben. Die von den Ersatzkassen und ambulanten Pflegediensten geschilderten Erlebnisse wurden vom MDK bestätigt. Die Verordnungen häuslicher Krankenpflege, die bis zu dem Zeitpunkt des Interviews geprüft wurden, waren anhand einer krankheitsbedingten Fähigkeitsstörung gut begründet.

5.4.2 Erlebte Zusammenarbeit im Modell-Verordnungsprozess

Tabelle 6 Erlebte Zusammenarbeit im Modell-Verordnungsprozess

Übersicht der angesprochenen Themen in den leitfadengestützten Interviews bezüglich der erlebten Zusammenarbeit im Modell-Verordnungsprozess				
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	Ambulante Pflegedienste	Ersatzkassen	MDK	
Mit den ambulanten Pflegediensten: Gleichbleibend gute Zusammenarbeit Durch erhöhte Kommunikation wird eine verbesserte Zusammenarbeit wahrgenommen Insgesamt gut Kooperation und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten Mit den Ersatzkassen: Kein direkter Kontakt Weniger Rückfragen Verbesserung der Kooperation Stärkung des Vertrauensverhältnisses, da die Anordnungen weniger hinterfragt wurden	Vertrauen und gute Zusammenarbeit fundamental zur Sicherung der Versorgung der Patientinnen und Patienten Mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mussten zu Beginn über Modellprozess informiert und dazu motiviert werden Medizinische Fachangestellte als Schnittstelle wahrgenommen Gute Zusammenarbeit bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten Insgesamt kooperierende und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den niedergelassenen	 Vertrauensvorschuss wurde als kritisch angesehen Vertrauensaufbau im Modellprozess wird als große Sache erlebt Vertrauen in der Zusammenarbeit ist notwendig, entsteht im Laufe der Zeit durch Ehrlichkeit und Kooperation Vertrauensvolle und wertschätzende Zusammenarbeit ist wichtig für die Entstehung von Vertrauen Vertrauen kann nicht überall eingesetzt werden Vertrauen als Balance zwischen den Vereinbarungen, die im gegenseitigen Einvernehmen geschlossen wurden Misstrauen entsteht bei 	 Kein Kontakt zu ambulanten Pflegediensten Einholen von Auskünften bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erfolgt üblicherweise auf schriftlichem Weg, im Modellprozess auch telefonisch: Auskünfte wurden immer erteilt Vertrauen seitens der Krankenkassen gegenüber den ambulanten Pflegediensten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten war zuvor gegeben und wurde wahrgenommen: ein besonders großer Anteil der Verordnungen wurde bisher immer 	

Ärztinnen und Ärzten

Mit den Ersatzkassen:

- Keine Rückfragen mehr
- Gute Zusammenarbeit mit den Ersatzkassen durch begrenzte Anzahl an AnsprechpartnerInnen
- Vertrauensvorschuss wurde wahrgenommen
- Rückfragen zuvor als Misstrauen erlebt: keine Generierung zusätzlicher Leistungen Häuslicher Krankenoflege
- Rückfragen zuvor als korrekte Arbeitsweise erlebt
- Wahrgenommener Kostendruck

- unkooperativer Zusammenarbeit
- "Gesundes Misstrauen" muss immer ein Stück weit bei der Zusammenarbeit vorliegen. Entsteht dann, wenn unterschiedliche Interessen aufeinander treffen

Mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten:

- Verringerte bis keine vorhandene Zusammenarbeit
- Laut Aussagen der Ersatzkassen wurde bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte durch die entzogene Aufgabe der Maßnahmenfestlegung entstandenes Misstrauen wahrgenommen

Mit den ambulanten Pflegediensten

- Verringerte bis keine vorhandene Zusammenarbeit
- In den meisten Fällen lagen keine Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit vor
- Schwierigkeiten traten nur in Einzelfällen auf
- Konstruktiv erlebte Zusammenarbeit
- Kein durchgängiges Misstrauen vorhanden
- Misstrauen kann nicht bei allen ambulanten
 Pflegediensten ausgeräumt werden
- Es sind vereinzelte "schwarze Schafe" vorhanden, die den Ruf einer ganzen Branche verderben
- Gegenüber teilnehmenden ambulanten Pflegediensten bestand kein Misstrauen

- genehmigt, Ablehnungen nur in Einzelfällen
- Prüfungen der Verordnungen sind notwendig und rechtlich in Ordnung
- Modellprozess zeigte hinsichtlich Vertrauensbildung Wirkung
- Vertrauen, dass jeder verantwortlich und korrekt Aufgaben ausführt
- Prüfungen fanden im Modellprozess zunächst immer ohne MDK-Akte statt: gegebenes Vertrauen seitens des MDK

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Bezüglich des Erlebens der Zusammenarbeit im Modell-Verordnungsprozess wurden sowohl zwischen den Gruppen als auch in den Gruppen Unterschiede und Gemeinsamkeiten festgestellt. Die ambulanten Pflegedienste erlebten die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Modell-Verordnungsprozess überwiegend positiv. Nach Aussage der interviewten Personen PD1, PD2, PD3 und PD4 bestand bereits vor dem Modell-Verordnungsprozess eine gute Kooperation. Diese hatte sich im Laufe des Modell-Verordnungsprozesses nicht verändert. Auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte HA3, HA4, HA7 und HA9 erwähnten, dass die Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten im Modell-Verordnungsprozess weiterhin gut war. Laut der interviewten Personen PD3 und PD4 stellten die medizinischen Fachangestellten eine Schnittstelle bei dieser Zusammenarbeit dar.

Sowohl alle ambulanten Pflegedienste als auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte HA2, HA5, HA6 sowie HA10 äußerten sich dahingehend, dass eine vertrauensvolle Beziehung bestand. Beide Gruppen schrieben sich hierbei gegenseitig professionelle Kompetenzen zu. Ärztliche Entscheidungen wurden laut der interviewten Person PD4 nicht angezweifelt. Pflegerische Entscheidungen wurden von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ebenso akzeptiert. Diese Akzeptanz verspürten die interviewten Personen PD2 und PD4 anhand der Mitbeteiligung an der medizinischen Versorgung durch Rücksprachen.

"Das Vertrauensverhältnis ist immer gut ja. Das ist gleichgeblieben" (HA2, Z: 45).

Alle ambulanten Pflegedienste äußerten einen erhöhten Kommunikationsbedarf der Arztpraxen den Modell-Verordnungsprozess betreffend. Dadurch entstanden Missverständnisse, viele Rückfragen und notwendige Aufklärungsarbeit, wodurch keine stetige Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses erreicht werden konnte. Bei drei der Pflegedienste war dies ausschließlich zu Beginn Verordnungsprozesses der Fall. Beim ambulanten Pflegedienst PD2 hingegen wurde der Modell-Verordnungsprozess durchgehend nicht von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten umgesetzt. Des Weiteren mussten seitens der interviewten Person PD4 die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme am Modellversuch motiviert werden. Durch die gesteigerte Kommunikation im Modell-Verordnungsprozess wurde ärztlicherseits eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten von der interviewten Person HA7 erlebt.

Auch die interviewte Person des MDK nahm insgesamt eine gute Zusammenarbeit wahr. Diese Aussage bezog sich auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, da zu den ambulanten Pflegediensten kein Kontakt bestand. Hierbei äußerte sie ein Vertrauen ihrerseits, da alle Verordnungen häuslicher Krankenpflege zunächst von ihr als gerechtfertigt angesehen werden. Unplausible Verordnungen gehen laut der interviewten Person des MDK daraus hervor, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Therapeutinnen sowie Therapeuten sind und somit eine andere Perspektive einnehmen als der MDK, der die Gutachterrolle vertritt. Außerdem wurden auf ihre Rückfragen hin stets Auskünfte durch die Arztpraxen im Modell-Verordnungsprozess erteilt.

Acht der elf interviewten, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gaben an, dass sie keinen Kontakt zu den Ersatzkassen im Modell-Verordnungsprozess hatten. Ferner zeigten alle Ersatzkassen auf, dass im Modell-Verordnungsprozess wenig Kontakt zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bestand. Die gleiche Wahrnehmung wurde auch bezogen auf die ambulanten Pflegedienste von den interviewten Personen K2, K4 und K5 der Ersatzkassen geschildert. Der geringere Kontakt zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie zu den ambulanten Pflegediensten begründete sich laut der interviewten Personen K4 und K5 im Modell-Verordnungsprozess durch den Wegfall des Prüfauftrags. Aus diesem Grund wurden bei Unplausibilitäten keine Rückfragen zu den Verordnungen

häuslicher Krankenpflege gestellt, da die Verordnung von vorneherein als genehmigt galt. Die ausbleibenden Rückfragen seitens der Ersatzkassen wurden dagegen durch die interviewten Personen PD2 und PD4 förderlich in der Zusammenarbeit mit den Ersatzkassen erlebt. Weiterhin wurde die begrenzte Anzahl an Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern bei den Ersatzkassen als förderlich wahrgenommen. Seitens der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte HA1 und HA2 wurden ebenfalls eine Verbesserung in der Zusammenarbeit mit den Ersatzkassen sowie eine Vertrauensstärkung erlebt.

"Es gibt ja keine.* JA, ES GIBT JA KEINEN AUSTAUSCH. Die Verordnung gilt als genehmigt und damit haben wir ja in dem Fall eigentlich <u>keinen</u> Kontakt mehr zum Pflegedienst. Er bekommt auch keine, ja, er bekommt kein Genehmigungsschreiben, also null Rückmeldung, kein Austausch mehr und <u>hofft</u> dann am Ende, gut er kann sich im Zweifel immer auf die, auf das Modell berufen, dass er sein <u>Geld</u> bekommt" (K3, Z: 290-295).

Vertrauen und Misstrauen standen bei allen Ersatzkassen und ambulanten Pflegediensten sowie dem MDK im Fokus ihrer Erzählungen. Die interviewte Person K3 äußerte, dass eine ausgeglichene Balance zwischen Vereinbarungen herrschen soll, damit Vertrauen und eine gute Zusammenarbeit entstehen können. Hierbei sollen die ambulanten Pflegedienste Maßnahmen häuslicher Krankenpflege erbringen, die durch die Krankenkassen anschließend honoriert werden. Dabei liegt kein durchgängiges Misstrauen gegenüber den ambulanten Pflegediensten vor. Das Misstrauen gegenüber ambulanten Pflegediensten müsste generell differenziert betrachtet werden. Laut der interviewten Person K2 kann zukünftig vorhandenes Misstrauen nicht komplett bei allen ambulanten Pflegediensten ausgeräumt werden. Sie sah den Vertrauensvorschuss im Modell-Verordnungsprozess als eine große Sache an, da im ursprünglichen Verordnungsprozess (Schattenprozess) Misstrauen auf beiden Seiten vorlag. Für die interviewte Person K1 war es zunächst schwierig, den Vertrauensvorschuss im Modell-Verordnungsprozess zu geben. Bei K4 und K5 traten diesbezüglich Ängste hinsichtlich Manipulationen auf. Die interviewte Person K4 äußerte, dass Vertrauen nicht über alles gelegt werden kann. Auch die interviewte Person K1 sprach von einem gesunden Misstrauen, das bei der Zusammenarbeit notwendig ist. Gegenüber den vier ambulanten Pflegediensten wurde von den interviewten Personen K1 und K2 kein Misstrauen im Modell-Verordnungsprozess geäußert, da dieser erfolgreich sein soll und dieser gewünschte Erfolg ansonsten durch Missbrauch gefährdet werden würde.

"Klar, es ist ein Modellversuch, da sieht man es wieder ein bisschen anders, es geht ja nur um ein paar Pflegedienste. (.) Im Moment haben wir dieses Vertrauensverhältnis natürlich schon, weil wir wissen natürlich die Pflegedienste sind ja genau involviert, die wissen genau, was sie zu tun haben. Die werden einen Teufel tun, jetzt irgendwelche Sachen zu wollen, die nicht gehen. Das ist uns ja auch klar. Von dem her haben wir das Vertrauen in dem Modellvorhaben schon" (K1, Z: 126-131).

Laut allen Ersatzkassen gibt es nur wenige ambulante Pflegedienste, die sich finanziell optimieren wollen. Bei einer kooperativen und ehrlichen Zusammenarbeit wird eine

Vertrauensstärkung erzielt. Dies meint, dass auf Rückfragen der Ersatzkassen hin Auskünfte von den ambulanten Pflegediensten erteilt werden. Laut den interviewten Personen K2, K3, K4 sowie K5 entsteht Misstrauen, wenn diese Auskünfte nicht erteilt werden. In dem Modell-Verordnungsprozess hatte laut der interviewten Person K2 eine Vertrauensstärkung gegenüber den vier teilnehmenden ambulanten Pflegediensten stattgefunden.

Die ambulanten Pflegedienste empfanden entgegengebrachtes Misstrauen unterschiedlich. Die interviewte Person PD1 erlebte bereits im ursprünglichen Verordnungsprozess (Schattenprozess) kein Misstrauen seitens der Krankenkassen. Dagegen empfanden die interviewten Personen PD2 und PD3 ein entgegengebrachtes Misstrauen. Dies war dann der Fall, wenn Rückfragen gestellt und die darauf erteilten Auskünfte nicht geglaubt wurden. Schließlich werden nach Aussagen der interviewten Personen PD2 und PD4 keine zusätzlichen Leistungen durch die ambulanten Pflegedienste generiert. Dies wurde durch die Plausibilitätsprüfung des MDK im Modell-Verordnungsprozess bestätigt. Daher sah die interviewte Person PD2 den weggefallenen Prüfauftrag als gerechtfertigt an und nahm den gegebenen Vertrauensvorschuss der Ersatzkassen im Modell-Verordnungsprozess als förderlich wahr.

Der weggefallene Prüfauftrag bezüglich der Verordnungen häuslicher Krankenpflege im Modell-Verordnungsprozess wurde von den interviewten Personen K1, K2, K4 und K5 der Ersatzkassen kritisch betrachtet. Dabei zeigten die interviewten Personen K4 und K5 auf, dass der Prüfauftrag eine gesetzlich geregelte Aufgabe ist. Daher haben die Ersatzkassen das Recht, Verordnungen häuslicher Krankenpflege zu prüfen. Darüber hinaus stellte die interviewte Person K4 in Bezug auf die Ablehnungen von Verordnungen häuslicher Krankenpflege klar, dass Anordnungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht ohne weiteres angezweifelt werden können. Für eine Ablehnung einer Verordnung häuslicher Krankenpflege bedarf es nach der HKP-Richtlinie eines triftigen Grundes. Diesbezüglich merkte die interviewte Person des MDK an, dass ausschließlich ein kleiner Anteil der Verordnungen häuslicher Krankenpflege im richtlinienkonformen Verordnungsprozess abgelehnt wurde. Dies zeigte auf, dass grundsätzlich von einem Vertrauen der Ersatzkassen gegenüber den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den ambulanten Pflegediensten ausgegangen werden kann. Durch den weggefallenen Prüfauftrag haben die interviewten Personen K4 und K5 im Modell-Verordnungsprozess eine Abschreibung ihrer Kompetenz erlebt. Darüber hinaus würde ein nachgelagertes Prüfverfahren, welches für die interviewten Personen K4 und K5 bei einer Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses notwendig wäre, ein Misstrauen noch verstärken. Die interviewte Person des MDK hingegen äußerte sich über korrekt ausgefüllte Verordnungen häuslicher Krankenpflege. Sie nahm die Arztpraxen und ambulanten Pflegedienste als sehr verantwortungsbewusst wahr und führte die Prüfungen der Verordnungen im Modell-Verordnungsprozess ohne MDK-Akte durch. Ihrem Erachten nach konnte der Modell-Verordnungsprozess mittels vertrauensbildender Maßnahmen vorhandenes Misstrauen beseitigen. Auch nach Ansicht der interviewten Person des MDK sind die Prüfungen jedoch eine grundlegende Aufgabe und das Recht der Ersatzkassen. Auch die interviewte Person K2 sprach sich für eine stichprobenhafte Prüfung der Verordnungen häuslicher Krankenpflege bei einer zukünftigen Umsetzung aus, da Fehler passieren können und Abrechnungen einem gewissen Qualitätsniveau entsprechen müssen. Weiterhin schilderte die interviewte Person K2 ein entstandenes Misstrauen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich des Modell-Verordnungsprozesses. Diese äußerten, man würde ihnen ihre Aufgaben der Verordnung entziehen, wenn die ambulanten Pflegedienste die Maßnahmen häuslicher Krankenpflege festlegen. Letztlich war es aber nicht im Sinne des Modell-Verordnungsprozesses, Misstrauen zu generieren. Dies hatte bei ihr den Eindruck geweckt, dass aus diesem Grund die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht sehr zahlreich am Modell-Verordnungsprozess teilgenommen haben.

"Das, was man meines Erachtens <u>nicht</u> machen kann ist, diesen Prüfauftrag den Kassen <u>wegnehmen</u>. Weil das ist, das widerspricht auch diesem Sachleistungsdreieck, in dem man einfach so eine Vertrauensbasis und Abhängigkeitsverhältnis hat und diese Prüfmöglichkeit gegeben sein muss. Das ist für mich etwas, 'was praktisch nicht geht'" (K4, Z: 460-464).

Die interviewten Personen HA6, PD1, PD2, PD4, K2, K3, K4 sowie K5 aus allen Gruppen beschrieben eine konstruktive und kooperierende Zusammenarbeit im Modell-Verordnungsprozess. Von den interviewten Personen PD4, K4 und K5 wurde zudem weiterhin eine konstruktive Zusammenarbeit unter den beteiligten Berufsgruppen gewünscht. Schwierigkeiten bei Zusammenarbeit traten ausschließlich projektbedingt auf. Für alle ambulanten Pflegedienste sowie für alle Ersatzkassen ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit notwendig und dient laut der interviewten Person PD1 der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die Patientinnen und Patienten wurden nicht direkt zur Zusammenarbeit der Akteurinnen und Akteure im Modell-Verordnungsprozess befragt. Auf dem freien Textfeld eines Fragebogens wurde angemerkt: "ich habe die Verordnung (Rezept) überhaupt nicht zu Gesicht bekommen. Dieses sollte vor Abgabe beim Arzt mit dem Patienten betr. Häufigkeit und Zeitpunkt besprochen werden: als Vorschlag" (keine Angabe ob, oder wer beim Ausfüllen geholfen hat). Daraus lässt sich schließen, dass auch aus der Sicht der Patientinnen und Patienten oder Angehörigen eine verbesserte Absprache zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, ambulanten Pflegediensten sowie den Patientinnen und Patienten erwünscht ist.

5.4.3 Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten im Modellversuch

Tabelle 7 Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten im Modellversuch

Übersicht der angesprochenen Themen in den leitfadengestützten Interviews bezüglich der Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten im Modellversuch				
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	Ambulante Pflegedienste	Ersatzkassen	MDK	
 Ärztliche Versorgungsziele werden weiterhin gut erreicht Versorgungssituation ist unverändert Modellprozess für manche Patientinnen und Patienten eine Erleichterung Verbesserung der Versorgungssituation im Modellprozess durch erhöhtes Bewusstsein bei den Beteiligten und durch erhöhte Kommunikation Versorgungsbedarf wird schneller erkannt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet Kurzfristigere Reaktion auf aktuelle Veränderungen möglich 	 Versorgungssituation unverändert im Vergleich zu vor dem Modell-Versuch Weiterhin Ziel: aktivierende Pflege, um Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen wiederzuerlangen: keine Notwendigkeit von Hausbesuchen mehr Modellprozess als Chance zur Qualitätssteigerung der Versorgung der Patientinnen und Patienten Modellprozess mit unterstützender Wirkung zur Sicherung der Versorgung der Patientinnen und Patienten Wegfall der Dreitagesfrist wird als Erleichterung erlebt durch ambulante Pflegedienste, den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige. Insbesondere bei Entlassungen am Freitagnachmittag aus dem Krankenhaus stellt dies eine Erleichterung für alle dar. 	 Es ist schwer, den Prüfauftrag abzugeben, da die Ersatzkassen die Verantwortung gegenüber ihren Versicherten haben Beratung der Patientinnen und Patienten durch die Ersatzkassen hinsichtlich erforderlicherer Zuzahlungen erfolgt zu spät Zweifel an Verbesserung der Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten Möglichkeit einer verbesserten Versorgung der Patientinnen und Patienten wird gesehen Neue Verantwortungsübernahme als Überforderung der Pflegekräfte Übernahme der Verantwortung für die Maßnahmen der Verordnung durch die ambulanten Pflegedienste ist aus haftungsrechtlicher Sicht ausgeschlossen Modellprozess trägt zur Professionalisierung der Pflegekräfte und der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bei 	 Notwendigkeit der erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärztnnen und Ärzten sowie ambulanten Pflegediensten Bedürfnisse und Unterstützungsbedarfe der Patientinnen und Patienten wurden durch die ambulanten Pflegedienste beachtet 	

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten wird von den am Modellversuch beteiligten Akteuren aus ihrer jeweiligen Perspektive eingeschätzt. Nachfolgend werden Parallelen, aber auch Unterschiede aufgezeigt.

Vorweg gilt zu konstatieren, dass die befragten Patientinnen und Patienten für die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität insgesamt sehr niedrige Werte angaben. So liegen die Angaben der körperlichen Lebensqualität bei einem durchschnittlichen Wert von 30,6. Dieser Wert ist signifikant niedriger (p=0,000, t-test) verglichen mit der deutschen Normstichprobe der Altersgruppen von über 70 Jährigen von 1994, einer repräsentativen Untersuchung (n=2914), bei welcher ein Wert von 39,8 erhoben wurde (vgl. Morfeld, Kirchberger, Bullinger 2011, S. 198). Bei der psychischen Lebensqualität verhält es sich ebenso: die befragten Patientinnen und Patienten gaben einen signifikant niedrigeren Wert für die psychische Gesundheit (43,7) an als die Vergleichsgruppe der über 70 Jährigen (52,5). Das bedeutet, dass die Befragten eine deutlich schlechtere subjektive gesundheitsbezogene

Lebensqualität sowohl für die körperliche als auch für die psychische Gesundheit angegeben haben (vgl. Morfeld, Kirchberger, Bullinger 2011, S. 198). Insgesamt handelt es sich hier also um eine Gruppe mit einer weit unterdurchschnittlichen subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität und folglich ist auch ein hoher Hilfebedarf zu erwarten.

Bezogen auf die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten im Modellversuch stellen die interviewten Personen der Pflegedienste PD1 und PD3 sowie die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte HA1, HA5 und HA9 ebenso wie die interviewte Person K1 der Ersatzkasse keine Veränderung fest, da diese schon vorher die notwendigen Leistungen erhalten haben und "(...) weil sie das gar nicht mitkriegen was hinter den Kulissen läuft" (HA5, Z: 29).

"Ich bin mir nicht sicher, dass sie mehr profitieren wie vorher, weil sie haben eigentlich vorher schon bekommen, was medizinisch notwendig, aber (von) den Richtlinien her notwendig war" (K1, Z: 238-240).

Die interviewten Personen PD 3 und PD4 sehen durch den Modell-Verordnungsprozess eher die Möglichkeit die Qualität der Versorgung weiter zu steigern. Indem unter anderem, durch eine ressourcenorientierte Pflege, Patientinnen und Patienten möglichst schnell "in die Selbstständigkeit zurückkommen" (PD4, Z: 169).

"Also wir haben ja schon immer für unsere Patienten <u>das Beste</u> wollen. (.) Jetzt wird es einfacher. Jetzt wird es für uns einfacher. Wir können einfach sagen wir sehen ja, dass das so und so gemacht werden muss, wir machen das jetzt" (PD3, Z: 233-235).

Dies stimmt mit den Aussagen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte HA6, HA7, HA10 und HA11 sowie den interviewten Personen K3 und MDK überein, welche ebenfalls die Versorgungssituation für die Patientinnen und Patienten und somit die Qualität verbessern wollen. Der Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten wird im Modell-Verordnungsprozess schneller erkannt und infolge dessen auch gedeckt. Es kann umgehend auf aktuelle Veränderungen reagiert werden.

"Ich denke, dass eine kurzfristigere Anpassung an aktuelle Veränderungen möglich ist" (HA10, Z: 42).

Die erhöhte Kommunikation bzw. die erfolgreiche Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und ambulanten Pflegediensten sowie die bewusste Berücksichtigung der Bedürfnisse und Unterstützungsbedarfe der Patientinnen und Patienten werden als weitere Gründe für die Verbesserung der Versorgungssituation im Modellversuch benannt. Nach Ansicht der interviewten Person K2 bietet der Modellversuch die Möglichkeit, die Professionalität in den Berufsgruppen der ambulanten Pflegedienste und der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu intensivieren und dadurch die Versorgung der Patientinnen und Patienten positiv zu beeinflussen. Die ambulanten Pflegedienste sollen

dabei, laut Aussagen von K4 und K5, durch speziell, fachlich ausgebildete Pflegefachkräfte, wie beispielsweise Wundmanagerinnen und Wundmanager, unterstützt werden.

Die interviewten Personen K1, K4 und K5 betonen ihre Verantwortung und Verpflichtung gegenüber ihren Versicherten eine gute Versorgung zu gewährleisten. Es fällt ihnen, laut Aussage der interviewten Person K1, schwer den Prüfauftrag "aus der Hand zu geben" (K1, Z: 213), da sie die Gelder der Patientinnen und Patienten verwalten. Im Modell-Verordnungsprozess erhielten die Ersatzkassen die Informationen über notwendige Leistungen zu spät, so dass eine Beratung der Versicherten bezüglich Zuzahlungen nicht möglich war oder die Mitteilung einer Zuzahlung verspätet bei den Versicherten einging.

"Nachteil (...), dass wir erst <u>sehr spät</u> von der Leistungserbringung erfahren und dadurch unsere Versicherten <u>nicht</u> beraten können. (...) Oder die Versicherten rufen an, weil sie zum Beispiel ihre Zuzahlungshöhe gerne wissen möchten, was sie da erwartet im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, wenn die bei uns anrufen und nachfragen, sind wir ja erst einmal in der Position, wir wissen noch gar nicht, dass sie das wirklich bekommen, <u>diese Leistung</u>, weil wir die Verordnung noch nicht vorliegen haben" (K2, Z: 377-383).

Die interviewte Person K4 macht deutlich, dass die Verordnung häuslicher Krankenpflege zum einen aus haftungsrechtlichen Gründen Aufgabe der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist und zum anderen, "der Sicherung des ärztlichen Behandlungsziels" (K4, Z: 441) dient. Durch die regelmäßige Prüfung des Gesundheitszustands der Patientinnen und Patienten soll die Versorgungssituation sichergestellt werden. Die interviewten Personen K4 und K5 haben teilweise Qualifikationsdefizite bei den Pflegediensten wahrgenommen. Aus diesem Grund stehen die interviewten Personen K4 und K5 der Festlegung der notwendigen Maßnahmen häuslicher Krankenpflege durch die ambulanten Pflegedienste kritisch gegenüber. Sie stellten in Frage, ob die ambulanten Pflegedienste hierzu in der Lage sind, legten sich jedoch in ihrer Aussage nicht fest. Des Weiteren wurde K2 und eine Überforderung durch nach Aussagen von Κ5 Verantwortungsübernahme von den ambulanten Pflegediensten an die Ersatzkassen kommuniziert. Dieses Gefühl der Überforderung ergibt sich, laut der interviewten Person K2, bei den ambulanten Pflegediensten daraus, die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten zu verbessern und gleichzeitig alles zu tun um für eine zukünftige Umsetzung des Modellverordnungsprozesses zu sorgen. Dennoch bleibt nach Angabe von K2 bei den ambulanten Pflegediensten das Empfinden am Ende eine ärztliche Prüfung zu durchlaufen.

5.4.4 Reflexion des Modell-Verordnungsprozess

Tabelle 8 Reflexion des Modellversuchs

		II-Verordnungsprozess	
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	Ambulante Pflegedienste	Ersatzkassen	MDK
Notwendigkeiten und Bedarfe für zukünftige Umsetzung:	Notwendigkeiten und Bedarfe für zukünftige Umsetzung:	Notwendigkeiten und Bedarfe für zukünftige Umsetzung:	Notwendigkeiten und Bedarfe für zukünftige Umsetzung:
Beteiligung von mehr Kassen und Pflegediensten	 Zustimmung aller Krankenkassen Gut funktionierende Zusammenarbeit aller 	 Prüfprozess muss zukünftig bestehen bleiben: Verantwortung gegenüber 	 Übernahme der Verantwortung über Maßnahmen Häuslicher Krankenpflege seitens der ambulanten Pflegedienste
Verbesserungsvorschläge: Hinterlegen von Leerverordnungen am PC Regelmäßige Absprachen, Rückmeldungen bzgl. des Therapieverlaufs mit den ambulanten Pflegediensten	Beteiligten Qualifikation und Schulung der Pflegekräfte Weiterhin Prüfungen durch die Krankenkassen notwendig: Identifikation "schwarzer Schafe" Verbesserungsvorschläge:	Versichertengemeinschaf t, "schwarze Schafe" • Monetärer Aspekt am wichtigsten, Kostenerfassung muss über einen längeren Zeitraum erfolgen • Gesetzesänderungen brauchen viel Zeit unabhängig vom Ergebnis des	 Vereinfachung und Entlastung der Patientinnen und Patienten in den Fokus stellen Vertrauensbildende Maßnahmen in den Fokus stellen Verantwortungsbewusster, fach- und sachgerechter Umgang mit den Verordnungen durch alle
Weitere Anmerkungen:	Hinterlegen von Leerverordnungen bei den ambulanten	Modellprozesses	Berufsgruppen Identifikation von "schwarzen Schafen" durch
 Durch Modellprozess sind keine Nachteile entstanden Manche sehen bisher keinen Nutzen Andere bezeichnen Modellprozess als deutlichen Fortschritt und Entbürokratisierung Entscheidende Punkte waren das Wegfallen der Fristen und die geringeren Rückfragen der Ersatzkassen 	den ambulanten Pflegediensten Strukturierung der Verordnungen durch Kärtchensystem bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten Schnellere Wege per Fax, insbesondere bei Genehmigung der Verordnung durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Angepasste Bezahlung des ersten Hausbesuchs Ausbildung von WundmanagerInnen und Einrichtung spezieller Wundtouren Standardisierung von Schreiben zur Begründung der Maßnahmen Häuslicher Krankenpflege Verordnungsformular überarbeiten	Verbesserungsvorschläge: Mehr niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sollten außerhalb der Sprechstundenzeiten Zeiträume für Rückfragen zur Verfügung stellen Installation einer zentralen Bearbeitung der Leistungsabrechnung bei erneutem Projekt Vorläufige Information der Krankenkassen über die Leistungen der Patientinnen und Patienten, damit Beratung erfolgen kann Verlängerung der 14-tägigen Frist bei bestimmten chronischen Krankheitsbildern denkbar Honorierung der übernommenen Wege der ambulanten Pflegedienste, im	Abrechnungsprüfungen Verbesserungsvorschläge: Neues, übersichtlicheres Verordnungsformular und damit Vereinfachung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Weitere Anmerkungen: Kein Zweifel an schneller, zukünftiger Umsetzung
	Weitere Anmerkungen: • Modellprozess als	Gegenzug stellen diese sicher, dass die Patientinnen und	
	Abwechslung zum Berufsalltag Schritt in Richtung Professionalisierung der ambulanten Pflege Kritik am nachträglich	Patienten bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten regelmäßig vorstellig werden	
	eingebauten Schritt der Wiedervorlage zur	Weitere Anmerkungen:	
	ärztlichen Genehmigung der Verordnung Krankenkassen lassen sich den Prüfauftrag	 Gemeinsam im Modellprozess nach Verbesserungsmöglich- keiten zu suchen wird 	

zukünftig nicht nehmen Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte lassen sich die Aufgabe der Maßnahmenfestlegung nicht nehmen	positiv gewertet Entfallender Prüfprozess wird von allen Ersatzkassen kritisch angesehen Stichprobenhafte Prüfungen sind zu wenig Von dem Vertrauensvorschuss profitieren ausschließlich die ambulanten Pflegedienste Nachgelagertes Prüfverfahren, das bei einer zukünftigen Umsetzung notwendig ist, führt zu einer Erhöhung des bürokratischen Aufwands Zu spät erfasste Bewilligungsdaten können zu einer erhöhten Ablehnungsrate bei den Verordnungen führen Es wird kein Vorteil im Modellprozess gesehen, sollte in seiner jetzigen Form nicht umgesetzt werden. Baden-Württemberg aufgrund der Pauschalvergütung zur Überprüfung der Kostenneutralität des Modellprozesses nicht geeignet Ursprüngliche Idee des Modellprozesses wurde begrüßt und als sinnvoller erachtet Fälle des Modellprozesses bilden nicht den Standard ab
--	--

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Der Modellversuch wurde von allen Akteuren reflektiert und unter konstruktiven sowie kritischen Gesichtspunkten betrachtet. Alle interviewten Personen der Ersatzkassen äußerten eher Bedenken und Zweifel an der Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses, wohingegen die befragten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie die interviewte Person des MDK sich eher positiv geäußert haben. Die interviewten Personen der ambulanten Pflegedienste waren offen für den Modellversuch und haben sehr differenzierte Antworten gegeben.

Die Ersatzkassen tragen, wie bereits aufgeführt, die Verantwortung für die Verwaltung des Geldes der Patientinnen und Patienten. Vor diesem Hintergrund ist verständlich, dass der monetäre Aspekt für die interviewten Personen K1 und K4 eine bedeutende Rolle spielt. Auch wenn die Ersatzkassen laut der interviewten Person K1 sicherlich Ressourcen einsparen, weil der Prüfprozess wegfällt, ist die Frage, "ob wir das überhaupt wollen" (K1, Z: 195-196). Die interviewten Personen K1 und K3 sehen durch das Entfallen der Plausibilitätsprüfung im Modell-Verordnungsprozess keine Möglichkeit mehr, einzugreifen, wenn etwas nicht nachvollziehbar ist. Des Weiteren liegt es im Interesse der interviewten

Person K1, dass nur medizinisch notwendige und der HKP-Richtlinie entsprechende Leistungen vergütet werden. Sie begründet ihre Skepsis damit, dass es aufgrund verschiedener Interessen innerhalb des Sachleistungsdreiecks, bestehend aus ambulanten Pflegediensten, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Ersatzkassen, zu einer Kollision dieser Interessen kommen kann. Ähnliche Bedenken äußerten auch die interviewten Personen des Pflegedienstes PD2 und des MDK. Kontrollen und Prüfungen, z. B. Abrechnungsprüfungen durch die Ersatzkassen, seien notwendig, um einen etwaigen Missbrauch durch "schwarze Schafe" (MDK, Z: 377; PD2, Z: 406) zu vermeiden. Ein nachgelagertes Prüfverfahren verursacht möglicherweise eine Erhöhung des bürokratischen Aufwands. Es wird befürchtet, dass zunächst bewilligte Leistungen nicht ohne weiteres rückgängig gemacht werden können oder, dass die externen Abrechnungsdienstleister sich weigern, die Rechnungen der ambulanten Pflegedienste zu begleichen, da die Bewilligung nicht vorliegt.

"Also das würde das Ganze <u>kompliziert</u> machen. Dann würden die Dienstleister ja permanent eine Rechnung abweisen, weil sie sagen, wir haben gar keine Bewilligungsdaten, sozusagen" (K4, Z: 412-417).

Als weiteren Kritikpunkt führen die befragten Personen der Ersatzkassen K1 und K3 implizit sowie K4 und K5 explizit an, dass momentan nur die ambulanten Pflegedienste aus dem Modellversuch profitieren. Durch den Vertrauensvorschuss werden sie ihrer Ansicht nach daran gehindert ihrem Auftrag nachzukommen und gesetzliche Normen anzuwenden.

"Also was hier eigentlich geschaffen wurde, mit diesem Modellversuch, mit diesem Konstrukt ist, dass dem Pflegedienst (…) <u>ein Vertrauensvorschuss</u> gegeben wird, der <u>vollständig</u> zu unseren Lasten geht. Das heißt, <u>wir</u> müssen wir <u>ganz, ganz viel geben</u> und das was wir <u>eigentlich bekommen</u>, Vereinfachung und so weiter, das gleicht <u>das doch gar nicht aus</u>. Ganz im Gegenteil. Wir verzichten darauf, gesetzliche Normen anzuwenden, die in anderen Leistungsbereichen ganz klassisch sind, funktionieren und die <u>unseren Prüfauftrag ja auch rechtfertigen"</u> (K5, Z: 207-216).

Bezogen auf eine bundesweite Umsetzung sehen die interviewten Personen K2, K3 und K4, unabhängig von den Ergebnissen des Modellversuchs, die bürokratischen Strukturen in Deutschland sowie die unterschiedlichen Vergütungsformen als großes Hindernis. Nach Aussagen der interviewten Personen K4 und K5 müssten die gesetzlichen Rahmenbedingungen verändert sowie mehr komplexe Fälle im Modellversuch berücksichtigt werden. Um die monetären Auswirkungen abzuschätzen war der Zeitraum der Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses zu kurz. Darüber hinaus sind sie bei einer dauerhaften Umsetzung der Ansicht, dass die Ersatzkassen zu Beginn der pflegerischen Versorgung informiert werden müssen. Dies ermöglicht es den Kassen, eine angemessene Beratung der Patientinnen und Patienten anzubieten. Die interviewten Ärztinnen und Ärzte empfanden nicht den Zeitraum zu kurz, sondern die Stichprobe zu klein. Sie vermuten einen größeren Nutzen, wenn mehr ambulante Pflegedienste und mehr bzw. größere Kassen

beteiligt werden. Für eine zukünftige Umsetzung empfehlen HA9 und HA11 das Formular "blanko" (HA9, Z: 69) vorzuschreiben, so dass die zusätzliche Fahrt aufgrund der fehlenden ärztlichen Unterschrift für die ambulanten Pflegedienste wegfällt. Die beteiligte Person PD1 macht den Vorschlag eine Leerverordnung bei den ambulanten Pflegediensten zu hinterlegen. Die interviewte Person PD4 hat Vorschläge zur besseren Strukturierung des Formulars zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege gemacht. Es sollten neben den verordnungsrelevanten Diagnosen auch Felder zur Verfügung stehen, in denen physische oder kognitive Funktionseinschränkungen vermerkt oder angekreuzt werden können. Des Weiteren sollte es die Möglichkeit für weitere bzw. sonstige Anmerkungen geben. Die interviewte Person des MDK hält ein übersichtlicheres, besser systematisiertes Verordnungsformular ebenfalls für notwendig, um den Arbeitsalltag zu erleichtern.

In Bezug auf die Entbürokratisierung und Professionalisierung der Pflege hält die interviewte Person K3 die ursprüngliche Idee, also den Modell-Verordnungsprozess ohne Kontrollschleife zu testen, für sinnvoller.

"(…) von seiner <u>ursprünglichen</u> Idee her ja auch <u>begrüßen</u>, indem man sagt: "<u>Sie</u> sind die Fachleute" Der Pflegedienst erkennt den Bedarf des Kunden aufgrund der Diagnose und legt dann alleine los" (K3, Z: 417-419).

Die befragte Person PD2 teilt diese Meinung und empfindet die Kontrollschleife als "Dämpfer" (PD2, Z: 444) für die Professionsentwicklung. Die interviewten Personen PD1 und PD3 hingegen haben den Modellversuch in der aktuellen Form schon als Aufwertung des Pflegeberufs erlebt. Die interviewte Person des MDK sieht den Modellversuch ebenfalls als Chance zur Professionalisierung der Pflege.

"Der könnte große Auswirkungen auf die Professionalisierung der Pflege haben, wenn die Pflege Verantwortung auch für Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (.) übernimmt" (MDK, Z: 397-399).

In diesem Zusammenhang sagen PD2 und K2, dass für eine zukünftige Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses weitere Qualifizierungen und Schulungen der Pflegekräfte zur Aneignung medizinischer Kompetenzen notwendig sind.

Die interviewten Personen PD2 und PD3 sagen abschließend, dass die aufgetretenen Schwierigkeiten gut lösbar sind und der Modell-Verordnungsprozess gut funktioniert hat. Die interviewten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erkennen teilweise keinen Nutzen, haben jedoch auch keine großen Nachteile durch den Modell-Verordnungsprozess wahrgenommen. HA1 und HA6 hingegen haben ihn als "deutliche Entbürokratisierung" (HA6, Z: 46) erlebt. Die geringeren Rückfragen der Ersatzkassen und das Nicht-Einhalten der Dreitagesfrist waren wesentliche Aspekte, die zu einer Entlastung im Arbeitsalltag geführt haben. Die interviewten Personen der Ersatzkassen K4 und K5 sahen im Modellversuch die Möglichkeit, gemeinsam mit allen Beteiligten, Verbesserungspotenziale zu entwickeln. Sie können sich beispielsweise vorstellen die 14-Tages-Frist der Erstverordnungen bei

bestimmten chronischen Krankheitsbildern zu verlängern oder den ambulanten Pflegediensten eine entsprechende Aufwandsentschädigung für die übernommenen Wege der Patientinnen und Patienten durch die ambulanten Pflegedienste anzubieten. Den interviewten Personen K2, K4 und K5 ist eine Sicherstellung der Beratung ihrer Versicherten wichtig, deshalb sei eine rechtzeitige Information durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder die ambulanten Pflegedienste erforderlich. Um den bürokratischen Aufwand zu verringern und die Zusammenarbeit zu verbessern, schlägt die interviewte Person K2 spezielle Zeiten für Nachfragen seitens der Ersatzkassen außerhalb der Sprechstunde vor. Es gibt niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die dies schon eingeführt haben und K2 hat das positiv wahrgenommen. Die interviewte Person PD1 kann sich eine erfolgreiche Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses vorstellen, hält jedoch die Zustimmung aller Kassen für notwendig. Des Weiteren hofft sie auf eine gute Zusammenarbeit und appelliert an alle Beteiligten, ihren Beitrag zu leisten. Diesem Appell schließt sich die interviewte Person des MDK an, die einen verantwortungsbewussten, fach- und sachgerechten Umgang mit den Verordnungen häuslicher Krankenpflege durch alle beteiligten Berufsgruppen fordert. Es sollen zukünftig vertrauensbildende Maßnahmen, aber insbesondere die Entlastung und Vereinfachung für die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen.

Die Patientinnen und Patienten geben nach Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses eine geringere Wahrnehmung des Prozesses als bürokratisch an, als zuvor.

6 Diskussion der Ergebnisse

6.1 Hypothesengeleitete Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Evaluation des Modellversuchs "Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V" zur Stärkung des gegenseitigen Vertrauens und der Entbürokratisierung in der häuslichen Krankenpflege (HKP). Im Folgenden sollen die Ergebnisse bezogen auf die in Kapitel 4.1 vorgestellten Hypothesen diskutiert werden.

Hypothesen der Evaluation

Gegenstand: Prozesstreue

- 1. Der richtlinienkonforme Soll-Prozess wird nicht eingehalten, ein Parallel- respektive Schattenprozess hat sich etabliert.
- 2. Der Modell-Verordnungsprozess wird eingehalten.

Gegenstand: "Entbürokratisierung"

- 3. Der bürokratische Aufwand für den Ist-Prozess (Schattenprozess) wird in erheblichen Teilen von Dritten übernommen.
- 4. Der bürokratische Aufwand kann durch den Modell-Verordnungsprozess gesenkt werden.

Gegenstand: Gesundheitsbezogene Lebensqualität

5. Nach Einführung des Modell-Verordnungsprozesses verschlechtert sich die gesundheitsbe-zogene Lebensqualität der Patientinnen und Patienten nicht.

6.2 Gegenstand: Prozesstreue

Hypothese 1: Der richtlinienkonforme Soll-Prozess wird nicht eingehalten, ein Parallelrespektive Schattenprozess hat sich etabliert.

Aus Perspektive der Ersatzkassen wird der Verordnungsprozess nach HKP-Richtlinie für die kasseninternen Prozessschritte eingehalten. Die Prozesse sind entsprechend der Richtlinie seit Jahren etabliert und haben sich aus Sicht der Ersatzkassen bewährt. Die interviewte Person K2 zeigte auf, dass dieser Bearbeitungsprozess bereits jahrelang "optimal" sowie "standardisiert" (K2, Z: 80) war und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darin über deren Aufgaben Bescheid wussten (vgl. K2, Z: 98-99). Die interviewte Person K3 erläuterte, dass aufgrund interner "modellierter" (K3, Z: 56), "sehr schlanker" (K3, Z: 56, Z: 129) und ITunterstützender Prozesse keine Schwierigkeiten beim Bearbeitungsprozess bestanden (vgl.

K3, Z: 52-56, Z: 72, Z: 140). Insbesondere Folgeverordnungen und die am häufigsten vorkommenden Verordnungen häuslicher Krankenpflege konnten hierdurch in kürzester Zeit bearbeitet werden (vgl. K3, Z: 126-148). Die interviewte Person K4 erwähnte, dass die Ersatzkasse 4 über Vorlagen von Schreiben mit Signalwörtern verfügte, welche die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auf bestimmte HKP-Richtlinie hinwiesen (vgl. K4, Z: 76-78).

Ferner schilderte die interviewte Person K2, dass durch vorläufige Kostenzusagen, die in den HKP-Richtlinien festgeschrieben sind, die ambulanten Pflegedienste stets eine rechtliche Sicherheit hatten, die erbrachten Leistungen häuslicher Krankenpflege vergütet zu bekommen. Ein Vorteil hiervon war, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten zügiger begonnen werden konnte (vgl. K2, Z: 100-107). Weiterhin äußerte die interviewte Person K3, dass der, von den ambulanten Pflegediensten im Modell-Verordnungsprozess empfundene Vorteil bereits genehmigter Verordnungen häuslicher Krankenpflege schon im richtlinienkonformen Verordnungsprozess durch die Regelungen in den Rahmenverträgen verankert war. Wurde eine Verordnung häuslicher Krankenpflege innerhalb von drei Werktagen eingereicht, galt diese als genehmigt, bis eine Krankenkasse etwas anderes kundtat (vgl. K3, Z: 464-471). Ergänzend dazu äußerte die interviewte Person K3, dass der Modellversuch nicht notwendig gewesen wäre. Alle hemmenden, belastenden Faktoren im Vorfeld beruhten auf den unvollständigen und unplausiblen Verordnungen häuslicher Krankenpflege seitens der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Würden die Verordnungen entsprechend der HKP-Richtlinie ausgestellt werden, würde es keine Rückfragen seitens der Krankenkassen geben (vgl. K3, Z: 73-80).

Mit den ambulanten Pflegediensten bestanden laut der interviewten Person K1 und K2 eher die Möglichkeit, Rücksprachen zu halten und "im Dialog" (K1, Z: 99) zu sein (vgl. K1, Z: 98-102; vgl. K2, Z: 150-152). Nach Aussage der interviewten Person K2 waren die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte durch die Sprechstunden schlechter erreichbar. Zudem sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste täglich bei den Patientinnen und Patienten vor Ort. Somit können diese genauere Informationen über die Versorgungssituation geben (vgl. K2; Z: 172-175). Sie beschrieb ebenfalls, dass die Bereitschaft der ambulanten Pflegedienste, Auskünfte zu erteilen bis auf wenige Ausnahmen "recht gut" (K2, Z: 165) ist. Auch von den interviewten Personen K4 und K5 wurde die Kontaktaufnahme zu den ambulanten Pflegediensten im richtlinienkonformen Verordnungsprozess weitestgehend als problemlos empfunden (vgl. K4, Z: 46-48). Aus diesen Äußerungen kann geschlossen werden, dass die Kontaktaufnahme zu den ambulanten Pflegediensten der Nachfrage in Arztpraxen vorgezogen wird, da diese besser erreichbar und wegen der Nähe zur Patientin, zum Patienten bessere Auskunft geben können. Somit könnten überproportional mehr Anfragen als notwendig bei den ambulanten Pflegediensten auftreten.

Der richtlinienkonforme Soll-Prozess zur Verordnung häuslicher Krankenpflege wird dagegen auf Grundlage der Angaben der Patientinnen und Patienten nicht eingehalten. Wie in Kapitel 5.2 beschrieben, bringen 23,3 Prozent der Patientinnen und Patienten, die befragt wurden, ihre Krankenversichertenkarte selbst zur niedergelassenen Ärztin oder zum niedergelassenen Arzt. 14,7 Prozent der Patientinnen und Patienten holen die Verordnung häuslicher Krankenpflege selbst ab. 6,2 Prozent der Patientinnen und Patienten bringen die Verordnung zu einem ambulanten Pflegedienst. In vielen Fällen (55,0 %), so die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, holt der ambulante Pflegedienst die Verordnung selbst in der Arztpraxis ab. Auch die Weiterleitung der Verordnung häuslicher Krankenpflege wird zu 67,4 Prozent von dem ambulanten Pflegedienst übernommen. Neben den ambulanten Pflegediensten sind es in erster Linie die Angehörigen, die sonst diese Wege übernehmen. Schon hier wird laut Angaben der Patientinnen und Patienten von der in der HKP-Richtlinie festgelegten Vorgehensweise abgewichen.

Auch in den Aussagen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wird deutlich, dass viele Angehörige, und nicht die Patientinnen und Patienten selbst, sich um den Verordnungsprozess kümmern. "Jetzt ist es ja so, wenn Pflege notwendig ist, sind ja meistens pflegende Angehörige die sich darum kümmern. Also das sind im Regelfall die Patienten nicht mehr selber sondern Angehörige" (HA3, Z: 34-36). Daneben weist eine niedergelassene Ärztin, ein niedergelassener Arzt darauf hin, dass die ambulanten Pflegedienste die Verordnungen häuslicher Krankenpflege abholen (vgl. HA7, Z: 24-25). Wenn ein Unterstützungsbedarf besteht, besprechen sich manche niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzte mit dem ambulanten Pflegedienst und füllen das Formular dementsprechend aus (vgl. HA9, Z: 21-24; vgl. HA6, Z: 6-9; vgl. HA5, Z: 37-38). Daraus geht hervor, dass einige niedergelassene Ärztinnen und Ärzte eine Absprache mit dem ambulanten Pflegedienst für sinnvoll und notwendig erachten, bevor sie die Verordnung ausfüllen. Eine niedergelassene Ärztin, ein niedergelassener Arzt konstatiert sogar: "Es kommt die Anordnungsanforderung vom Pflegedienst" (HA8, Z: 11). Daraus kann geschlossen werden, dass manchmal die Einschätzung der Notwendigkeit zur Verordnung häuslicher Krankenpflege von den Pflegenden der ambulanten Pflegedienste ausgeht.

Die oben beschriebenen Vorgehensweisen entsprechen nicht den, in der HKP-Richtlinie festgelegten Schritten. Deshalb ist zu betonen, dass Parallel-Prozesse respektive Schattenprozesse in der Umsetzungspraxis bestehen, die unterschiedlich gestaltet und von außen nur schwer nachzuvollziehen sind. Schon hier kann also festgestellt werden, dass sich die eingangs gestellte Hypothese bestätigt.

Den Idealfall, bei dem die Patientinnen und Patienten die Verordnungen häuslicher Krankenpflege selbst bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten abholen, zum ambulanten Pflegedienst bringen und bei den Krankenkassen einreichen, gab es laut der interviewten Person PD2 im ursprünglichen Verordnungsprozess (Schattenprozess) nie (vgl. PD2, Z: 21-23). Die interviewte Person PD3 äußerte diesbezüglich, dass diese Aufgabe im

Grunde komplett durch den ambulanten Pflegedienst 3 erledigt wurde. Dabei wurden die vielen Wege als aufwendig erlebt (vgl. PD3, Z: 12-17, Z: 50-51).

Mögliche Ursachen, warum der Verordnungsprozess nicht eingehalten werden kann, sollen zunächst anhand der Zielgruppe, also der Personen, die häusliche Krankenpflege erhalten, beschrieben werden. Die Beschreibung erfolgt auf Grundlage der Fragebogenerhebung (siehe Kapitel 5.2) einerseits und aus der Literatur andererseits.

Patientinnen und Patienten, die häusliche Krankenpflege erhalten, sind sehr alt. Dies zeigt sich in der Ausgangserhebung T₀ (n=129) der vorliegenden Untersuchung mit einem Durchschnittsalter von 80,91 Jahre (Median 84,0). Bei einer Zufriedenheitsbefragung von Patientinnen und Patienten (n=1.315) mit ambulanten Pflegediensten aus dem Jahr 2004 war das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten mit 78,8 Jahren etwas niedriger (vgl. Ortlieb et al. 2004, S. 4). Ebenso wie in der Zufriedenheitsbefragung waren es deutlich mehr befragte Frauen 69 Prozent als Männer 27 Prozent verglichen mit der vorliegenden Ausgangserhebung T₀ (Frauen 74 % und Männer 24 %). Die Verteilung der Pflegestufen gestaltete sich bei den vorliegenden Ergebnissen (T₀) ähnlich wie bei Ortlieb et al. (vgl. Ortlieb et al. 2004, S. 4). In der Zufriedenheitsbefragung von Ortlieb, Bendel, Matiaske haben sich 70 Prozent der Patientinnen und Patienten beim Ausfüllen des Fragebogens helfen lassen (vgl. Ortlieb, Bendel, Matiaske 2004, S. 4). Annähernd so in der hier vorliegenden Erhebung (t₀), bei der sich 78 Prozent der Patientinnen und Patienten haben helfen lassen.

Bei 61,8 Prozent der Patientinnen und Patienten kam der ambulante Pflegedienst im vorliegenden Sample (T₀) seit weniger als einem Jahr, bei 18,2 Prozent zwischen ein und zwei Jahren und bei 19,1 Prozent bereits länger als zwei Jahre. Diese Angaben unterscheiden sich deutlich von den Ergebnissen von Ortlieb, Bendel und Matiaske. Sie schreiben, dass bei nur 25 Prozent der Patientinnen und Patienten der ambulante Pflegedienst seit weniger als einem Jahr, bei 26 Prozent zwischen ein und zwei Jahren und bei 45 Prozent seit mehr als zwei Jahren kommt (vgl. Ortlieb, Bendel, Matiaske 2004, S. 5). Bei der vorliegenden Untersuchung kam somit der ambulante Pflegedienst zu wesentlich weniger Patientinnen und Patienten seit mehr als zwei Jahren. Dieser Unterschied kann der Gelegenheitsstichprobe geschuldet sein.

In der Folgeerhebung T_1 (n=60) war die Altersverteilung (T_0 =80,9 vs. T_1 =81,5 Jahre) und die Geschlechterverteilung (Frauen T_0 =75,6 %, T_1 =74,1 %; Männer T_0 =24,4 %, T_1 =25,9 %) vergleichbar und unterscheidet sich nicht signifikant (vgl. Tabelle 10).

Gruppenstatistiken					
	GruppeT0 und Gruppe T1	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des
					Mittelwertes
Wie alt Sind Sie?	ТО	125	80,9120	10,09473	,90290
Wie alt Ollid Sie:	T1	58	81,5000	9,98464	1,31105

Legende: T₀ Ausgangssituation, T₁ Folgeerhebung nach Umsetzung Modellprozess

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Tabelle 10 Mann-Whitney U Test bei unabhängigen Stichproben: Alter

Cto	410	4112	£::	Tes	42
οιa	เมอ	แห	ıuı	162	·L

Otatiotik idi 100t				
	Wie alt Sind			
	Sie?			
Mann-Whitney-U	3595,500			
Wilcoxon-W	5306,500			
Z	-,089			
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,929			

a. Gruppenvariable: GruppeT0 und Gruppe T1

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Demgegenüber unterschied sich die Anzahl derjenigen Personen, die sich beim Ausfüllen des Fragebogens bei der Ausgangserhebung haben helfen lassen (T_0 =81,3 % vs. T_1 =69 %). Dieser Unterschied war jedoch ebenfalls nicht signifikant. Auch in der Folgeerhebung lebt mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten alleine zu Hause (T_0 =51,6 % vs. T_1 =61,4 %). Dieser Unterschied ist ebenfalls nicht signifikant (siehe Anhang 3).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Patientinnen und Patienten, die häusliche Krankenpflege erhalten, überwiegend hochaltrig, in der Mehrzahl weiblichen Geschlechts und knapp die Hälfte alleine lebend sind. Sie werden eine lange Zeit vom ambulanten Pflegedienst betreut. Insbesondere für das vorliegende Projekt ist es wichtig festzuhalten, dass die Patientinnen und Patienten zu über 75 Prozent auch beim Ausfüllen eines Fragebogens Hilfe in Anspruch genommen haben. Die von Thorwirth befragten ambulanten Pflegedienste schätzten ein, dass 80 Prozent der Patientinnen und Patienten selten und 15 Prozent manchmal den Anforderungen im offiziellen Beantragungs-Genehmigungsprozess entsprechen könnten. Dies entspricht auch den Aussagen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die der Ansicht waren, dass 70 Prozent der Patientinnen und Patienten selten, 20 Prozent manchmal dem erwarteten Prozess entsprechen können (vgl. Thorwirth 2013, S. 28). Bei weiteren Überlegungen, wie Prozesse patientenfreundlich gestaltet werden können, sollten diese Informationen mitberücksichtigt werden.

Vor diesem Hintergrund erscheint es wenig erstaunlich, dass der richtlinienkonforme Soll-Verordnungsprozess nicht eingehalten wird und sich in der Praxis Parallel- respektive Schattenprozesse etabliert haben. Dies begründet sich schon durch die Tatsache, dass die Patientinnen und Patienten die ihnen, durch die HKP-Richtlinie, zugedachte Rolle nicht ausfüllen können. Es wird festgestellt, dass sich die eingangs gestellte Hypothese 1 bestätigt.

Hypothese 2: Der Modell-Verordnungsprozess wird eingehalten

Bei den meisten Beteiligten wurde deutlich, dass der Modell-Verordnungsprozess implementiert war. Die Ersatzkassen haben sich auf den Modell-Verordnungsprozess eingelassen und die internen Abläufe darauf abgestimmt. Die ambulanten Pflegedienste waren maßgeblich an der Umsetzung interessiert. Diejenigen Anteile, die sie selbst umsetzen konnten, wurden vollständig implementiert. Diejenigen Anteile des Modell-Verordnungsprozesses, bei welchen sie auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte angewiesen waren, konnten nicht immer vollständig umgesetzt werden. Darüber hinaus haben sie versucht, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie deren Medizinische Fachangestellten zu motivieren, den Modell-Verordnungsprozess vollständig umzusetzen. Dies ist zum Teil gelungen.

Insbesondere zu Beginn der Einführung des Modell-Verordnungsprozesses gab es Schwierigkeiten. Bezüglich der Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses berichtete die interviewte Person PD1 über anfängliche Missverständnisse mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Hierbei waren die Verordnungen häuslicher Krankenpflege komplett ausgefüllt (vgl. PD1, Z: 158-161, Z: 321-325). Seitens der interviewten Personen PD3 und PD4 wurde ebenfalls mitgeteilt, dass in den meisten Fällen die Verordnungen durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte komplett ausgefüllt waren (vgl. PD3, Z: 174-177; vgl. PD4, Z: 192-201). Während dies bei den ambulanten Pflegediensten 1, 3 und 4 ausschließlich zu Beginn des Modellversuchs der Fall war, berichtete die interviewte Person PD2 ebenfalls von ausgefüllten Verordnungen häuslicher Krankenpflege, jedoch über den gesamten Verlauf des Modellversuchs hinweg.

Einige dieser Verordnungen häuslicher Krankenpflege wurden zwar ohne Maßnahmen ausgestellt, jedoch mit bereits vorhandener Unterschrift zur Genehmigung (vgl. PD2, Z: 270-276, Z: 315-318). Außerdem achteten Arztpraxen nicht darauf, welche Patientinnen und Patienten am Modellversuch teilnehmen. Ferner wurden die Erstverordnungen mit der 14tägigen Frist weitergeführt (vgl. PD2, Z: 256-261).

Während durch die komplett ausgefüllten Verordnungen häuslicher Krankenpflege der ursprüngliche Verordnungsprozess (Schattenprozess) seitens der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bei dem ambulanten Pflegedienst 2 weitergeführt worden ist, führten

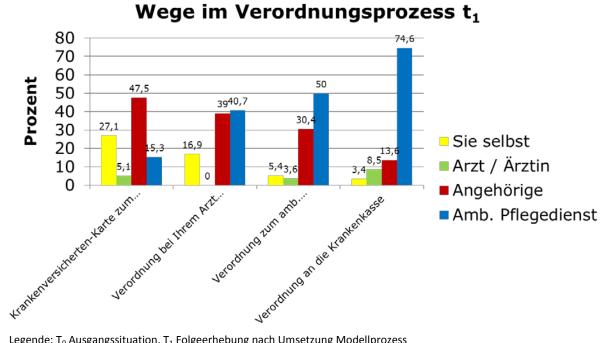
die Ersatzkassen, wie vorgesehen, keine Prüfungen der Verordnungen häuslicher Krankenpflege durch (vgl. PD2, Z: 282-284).

Die Aussagen der ambulanten Pflegedienste spiegeln sich in den Aussagen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wider. Der Modell-Verordnungsprozess wurde nicht von allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten implementiert. Dies zeigte sich in den Aussagen von mehreren niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, beispielsweise HA7: "(...) ich habe das genauso ausgefüllt wie vorher auch" (HA7, Z: 2-6; vgl. HA8, Z: 2-3, Z: 9-11; vgl. HA3, Z: 85-90). Eine niedergelassene Ärztin, ein niedergelassener Arzt hat den Modell-Verordnungsprozess, wie angedacht, umgesetzt, hat aber die Verordnungen häuslicher Krankenpflege nicht wieder zur Unterschrift vorgelegt bekommen (vgl. HA4, Z: 7-8).

Anderen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten kam der Modell-Verordnungsprozess entgegen, da sie bereits im Vorfeld so handelten (vgl. HA6, Z: 23-24; vgl. HA5, Z: 9-11). Bei diesen und bei weiteren wurde deutlich, dass der Modell-Verordnungsprozess vollständig umgesetzt war (vgl. HA11, Z: 18-20; vgl. HA 10, Z: 3-5; vgl. HA9, Z: 4-6; vgl. HA1, Z: 6; vgl. HA2, Z: 19-21).

Zur Prüfung der Verordnungen häuslicher Krankenpflege im Modellversuch wurde jede fünfte Verordnung beim MDK eingereicht. Die interviewte Person des MDK konstatierte: "Naja, ich habe noch nie so gut ausgefüllte (...) ärztliche Verordnungen gesehen" (MDK, Z: 29-30). Dabei handelte es sich um "schwierige und komplexe Fallkonstruktionen" (MDK, Z: 238). Allerdings werden normalerweise ausschließlich die Verordnungen häuslicher Krankenpflege zur Prüfung beim MDK vorgelegt, bei denen die Krankenkassen im Vorfeld von den Arztpraxen oder den ambulanten Pflegediensten bei Rückfragen keine Auskünfte erhalten hatten (vgl. MDK, Z: 37-39).

Abbildung 14 Wege im Modell-Verordnungsprozess T₁



Legende: T₀ Ausgangssituation, T₁ Folgeerhebung nach Umsetzung Modellprozess

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Bezogen auf die Wege und Zeiten, die sich im Verordnungsprozess abbilden, kann festgestellt werden, dass diese sich in der Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten geringfügig verändert haben. Diese Unterschiede der Folgeerhebung sind nicht signifikant. Es fällt auf, dass im Vergleich vor Einführung des Modell-Verordnungsprozess die Angehörigen mehr eingebunden waren als danach (Abb. 13 und 14). Dafür übernahm der ambulante Pflegedienst auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten mehr Wege bei der Organisation der Verordnung. Dieses Ergebnis bildet ein Stück weit die veränderte Vorgehensweise ab.

Es fällt bei der Folgeerhebung (T₁) weiter auf, dass die Patientinnen und Patienten selbst kaum diese Wege erledigen können und überwiegend die Angehörigen und die ambulanten Pflegedienste dies kompensieren. Auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte könnten einen Teil dieser Wege abdecken. Dies geschieht jedoch aus Sicht der Patientinnen und Patienten nur in einem sehr geringen Umfang.

Mit Bezug auf die Hypothese 2 lässt sich zusammenfassend sagen, dass der Modell-Verordnungsprozess von den Ersatzkassen vollständig, von den Pflegediensten und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten überwiegend umgesetzt wurde. Die Implementierung ist in mehreren Arztpraxen nicht gelungen. In einem ambulanten Pflegedienst gelang die Implementierung teilweise, d.h. in den von ihnen wahrgenommenen Verantwortungsbereichen. Dass eine Implementierung erfolgt ist, konnte zum Teil bei der Auswertung der Angaben der Patientinnen und Patienten bezogen auf die Wege bestätigt werden.

Hypothese 3: Der bürokratische Aufwand für den Ist-Prozess (ursprünglicher Verordnungsprozess, Schattenprozess) wird in erheblichen Teilen von Dritten übernommen.

Die Patientinnen und Patienten, die befragt wurden, gaben im Rahmen der Ausgangserhebung (T₀) an, dass in 59,7 Prozent die Angehörigen der Patientin, des Patienten die Krankenversichertenkarte zur niedergelassenen Ärztin, zum niedergelassenen Arzt brachte. Der ambulante Pflegedienst dagegen bringt die Krankenversichertenkarten nur zu 9,3 Prozent zur niedergelassenen Ärztin, zum niedergelassenen Arzt, so die Angabe der Patientinnen und Patienten. Diese Ergebnisse unterscheiden sich deutlich von jenen, die Thorwirth erhoben hat. Die Pflegedienste schätzten ein, dass zu 75 Prozent der Pflegedienst die Krankenversichertenkarte zur niedergelassenen Ärztin, zum niedergelassenen Arzt bringt und in circa 25 Prozent die Patientin, der Patient selbst (Angehörige, waren nicht zur Auswahl gestellt). Demgegenüber schätzten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die von Thorwirth befragt wurden ein, dass in 40 Prozent der Fälle der ambulante Pflegedienst die Krankenversichertenkarte zu ihnen bringt und zu 60 Prozent die Patientin, der Patient selbst (vgl. Thorwirth 2013, S. 28). Hier wird deutlich, dass die Einschätzung zu diesem Weg aus Perspektive der Patientinnen und Patienten, der ambulanten Pflegedienste und der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte stark differieren.

Auf die Frage hin, wer die Verordnung häuslicher Krankenpflege bei der niedergelassenen Ärztin, dem niedergelassenen Arzt abgeholt habe, gaben die Patientinnen und Patienten an, dass es zu 42,4 Prozent wiederum die Angehörigen sind, zu 37,6 Prozent aber auch der ambulante Pflegedienst. Lediglich 15,2 Prozent holen die Verordnung häuslicher Krankenpflege selbst ab.

Auch diese Angaben unterscheiden sich deutlich von Thorwirth. Die ambulanten Pflegedienste und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gaben an, dass in über 90 Prozent der Fälle der ambulante Pflegedienst die Verordnung häuslicher Krankenpflege abholt. Nur fünf bis zehn Prozent der Patientinnen und Patienten wären in der Lage, dies selbst zu tun (vgl. Thorwirth 2013, S. 28). Dies unterstreicht die Erkenntnis der ersten Hypothese, dass die Patientinnen und Patienten hochaltrig und äußerst hilfebedürftig sind. Gleichzeitig fällt auf, dass die ambulanten Pflegedienste die eigenen Arbeitsanteile verstärkt wahrnehmen.

Der nächste Schritt im ursprünglichen Verordnungsprozess, also, wer die Verordnung häuslicher Krankenpflege sodann zum ambulanten Pflegedienst bringt, wurde von den Patientinnen und Patienten folgendermaßen eingeschätzt: zu 59,7 Prozent hat der ambulante Pflegedienst selbst die Verordnung häuslicher Krankenpflege abgeholt, zu 26,9

Prozent haben die Angehörigen die Verordnung zum ambulanten Pflegedienst gebracht und 6,7 Prozent der Patientinnen und Patienten haben diesen Weg selbst erledigen können. Die Angaben der ambulanten Pflegedienste zu dieser Aussage waren nach Thorwirth, dass in 100 Prozent der Fälle der ambulante Pflegedienst die Verordnung häuslicher Krankenpflege selbst abholt (vgl. Thorwirth 2013, S. 28). Dies entspricht der obengenannten verstärkten Wahrnehmung ambulanter Pflegedienste ihrer eigenen Arbeitsanteile.

Dieser Angabentrend setzt sich in der nächsten Frage (T₀), wer die Verordnung häuslicher Krankenpflege an die Krankenkasse weitergeleitet habe, fort. 71,3 Prozent der Patientinnen und Patienten gaben an, dass dies der ambulante Pflegedienst erledigt habe 17,2 Prozent, dass es die Angehörigen erledigt haben und nur 4,1 Prozent gaben an, die Verordnung häuslicher Krankenpflege selbst an die Krankenkasse weitergeleitet zu haben.

In der Untersuchung von Thorwirth gaben dagegen die ambulanten Pflegedienste ebenfalls an, dass sie in 100 Prozent der Fälle die Verordnung häuslicher Krankenpflege an die Krankenkasse weitergeleitet haben (vgl. Thorwirth 2013, S. 28).

Wege im Verordnungsprozess to 80 71.3 70 61,1 59,7 60 50 42,4 40 26, 30 23.8 Sie selbst 17,2 20 9,5 Arzt / Ärztin 10 1.6 0 Angehörige Amb. Pflegedienst

Abbildung 15 Wege im Verordnungsprozess Ausgangssituation T₀

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Aus Abbildung 14 geht hervor, dass es eben nicht die Patientinnen und Patienten sind, die Wege im ursprünglichen Verordnungsprozess (Schattenprozess) erledigen. Es sind überwiegend Angehörige und ambulante Pflegedienste, die diese Wege für die Patientinnen und Patienten übernehmen.

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wurden nicht explizit nach der Rolle von weiteren Beteiligten im Verordnungsprozess befragt. Vereinzelt gab es dennoch Aussagen dazu: "ich denke ne gewisse Entlastung sowohl für den Pflegedienst als auch für Angehörige, wenn jetzt Veränderungen eingetreten sind" (HA10, Z: 47). Eine weitere niedergelassene Ärztin, ein niedergelassener Arzt konstatiert, dass es vor dem Modell-Verordnungsprozess eine Serviceleistung der ambulanten Pflegedienste, war sich um die Verordnungen zu kümmern (vgl. HA9, Z: 44-46).

Dass Wege von den ambulanten Pflegediensten übernommen werden, bestätigen die interviewten Personen der Ersatzkassen. Auch von den Ersatzkassen wurde im ursprünglichen Verordnungsprozess (Schattenprozess) ein hoher bürokratischer Aufwand bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den ambulanten Pflegediensten durch die interviewten Personen K1 und K2 wahrgenommen und beschrieben (vgl. K1, Z: 6-9; vgl. K2, Z: 4-7). Diesbezüglich teilten die ambulanten Pflegedienste der Ersatzkasse 2 mit, dass diese den Hauptteil der Wege für die Patientinnen und Patienten übernommen haben, um alle Unterschriften für die Verordnung häuslicher Krankenpflege zu bekommen. Diese Wege sollten nach Ansicht der ambulanten Pflegedienste finanziell honoriert werden (vgl. K2, Z: 7-11). Dagegen äußerte die interviewte Person K4, dass dieser hohe bürokratische Aufwand, den die ambulanten Pflegedienste geäußert hatten, bei der Ersatzkasse 4 nicht wahrgenommen wurde (vgl. K4, Z: 37-42).

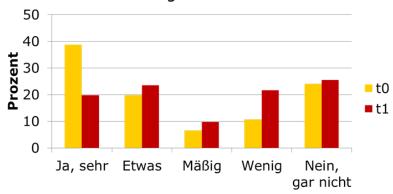
Die Hypothese 3, dass der bürokratische Aufwand für den Ist-Prozess (ursprünglicher Verordnungsprozess, Schattenprozess) in erheblichen Teilen nicht von Patientinnen und Patienten, sondern von Dritten übernommen wird, kann bestätigt werden.

Hypothese 4: Der bürokratische Aufwand kann durch den Modell-Verordnungsprozess gesenkt werden

Nochmals die Ausgangssituation reflektierend, kann konstatiert werden, dass der Verordnungsprozess (T₀) nach Ansicht von 46,3 Prozent der Patientinnen und Patienten ganz ohne ihr Zutun erledigt wurde (53,7 Prozent waren nicht dieser Ansicht). In der Folgeerhebung (T₁), nach Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses, stimmten deutlich mehr Patientinnen und Patienten (55,4 Prozent) zu. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Zum einen wird hier nochmals deutlich, dass die HKP-Richtlinie nicht eingehalten wird. Zum anderen zeigt das Ergebnis der Befragung einen ersten Trend zur Entlastung der Patientinnen und Patienten nach Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses. Insgesamt nahmen die befragten Patientinnen und Patienten nach Einführung des Modell-Verordnungsprozess diesen als deutlich weniger bürokratisch wahr.

Abbildung 16 Wahrnehmung der Verordnung als "bürokratisch"

Haben Sie das Vorgehen zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege als bürokratisch wahrgenommen?

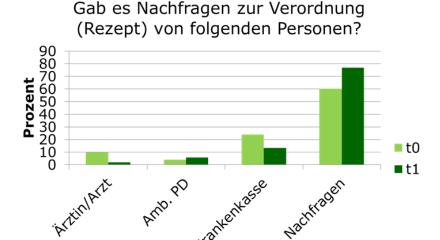


Legende: T₀ Ausgangssituation, T₁ Folgeerhebung nach Umsetzung Modellprozess

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Günstig hat sich das Thema Nachfragen entwickelt. Mit Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses werden deutlich weniger Nachfragen zur Verordnung von den Patientinnen und Patienten registriert (Abb. 16).

Abbildung 17 "Gab es Nachfragen zur Verordnung"



Legende: T_0 Ausgangssituation, T_1 Folgeerhebung nach Umsetzung Modellprozess

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Zu signifikanten Unterschieden kam es bei der Aussage "Ich fand es sehr belastend mich um die Verordnung kümmern zu müssen". Hier gaben signifikant weniger (Chi=0,011) der befragten Patientinnen und Patienten nach Modell-Verordnungsprozesseinführung an, dass sie es belastend fanden sich um die Verordnung kümmern zu müssen. Ebenso verhielt es sich bei der Aussage "Ich fand den Verordnungsprozess sehr kompliziert" (Chi=0,001).

Abbildung 18 Zustimmung zu Aussagen im Rahmen des Verordnungsprozesses

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: (Mehrfachnennungen möglich)	n= 129 t ₀	n= 60 t ₁	Signifikanz
Ich habe mich selbst um die Verordnung (Rezept) gekümmert	14,8%	17,2%	n.s.
Ich fand es sehr belastend mich um die Verordnung (Rezept) kümmern zu müssen	29,5%	12,1%	Chi=0,010
Ich fand den Verordnungsprozess sehr kompliziert	37,7%	13,8%	Chi=0,001
Ich konnte mich nicht selbst um die Verordnung (Rezept) kümmern	63,1%	62,1%	n.s.
Ich fand den Verordnungsprozess einfach	18,9%	24,1%	n.s.

Legende: T_0 Ausgangssituation, T_1 Folgeerhebung nach Umsetzung Modellprozess

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Tabelle 11 Kreuztabelle Belastung (Zustimmung)

Ich fand es sehr belastend mich um die Verordnung (Rezept) kümmern zu müssen.

* GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

		GruppeT0 ur	nd Gruppe T1	Gesamt
		T0	T1	
Ich fand es sehr belastend mich um die Verordnung (Rezept) kümmern zu müssen.	Trifft nicht zu Ich fand es sehr belastend mich um die Verordnung (Rezept) kümmern zu müssen.	36	51	137
Gesamt		122	58	180

Legende: T₀ Ausgangssituation, T₁ Folgeerhebung nach Umsetzung Modellprozess

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		
Chi-Quadrat nach Pearson	6,575 ^a	1	,010		
Kontinuitätskorrektur ^b	5,651	1	,017		
Likelihood-Quotient	7,184	1	,007		
Exakter Test nach Fisher				,014	,007
Zusammenhang linear-mit-linear	6,539	1	,011		
Anzahl der gültigen Fälle	180				

- a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 13,86.
- b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Legende: T_0 Ausgangssituation, T_1 Folgeerhebung nach Umsetzung Modellprozess

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Auch die meisten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sehen eine Verringerung des bürokratischen Aufwands (vgl. HA1, Z: 11-13; vgl. HA2, Z: 22-24; vgl. HA5, Z: 11-13; vgl. HA6, Z: 13-15; vgl. HA9, Z: 54-57; vgl. HA10, Z: 6-7; vgl. HA11, Z: 3-4). Manche schränken dies durch die eingeführte "Kontroll-Schleife" (Unterschrift der Ärztin, des Arztes nach Maßnahmenfestlegung des ambulanten Pflegedienstes, zusätzlicher Weg) wieder ein (vgl. HA9, Z: 27; vgl. HA11, Z:88). Einige niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben den Modell-Verordnungsprozess aber nicht angewandt und aus diesem Grund keine Veränderung des bürokratischen Aufwandes erlebt (vgl. HA3, Z: 39-45; vgl. HA8, Z: 2-3).

Einige ambulante Pflegedienste erlebten im Modell-Verordnungsprozess zunächst eine Erhöhung des bürokratischen Aufwands. Dieser stand in direktem Zusammenhang mit der Umstellung der Vorgehensweise und den neuen Abläufen des Modellversuchs. Aufgrund der anfänglich komplett ausgefüllten Verordnungen häuslicher Krankenpflege bei den Arztpraxen, berichteten die interviewten Personen PD2, PD3 und PD4 über erhöhten Kommunikationsbedarf. Dieser Kommunikationsbedarf hatte sich im weiteren Verlauf jedoch wieder verringert (vgl. PD4, Z: 192-201; vgl. PD3, Z: 144-147, Z: 220-222, Z: 280-284). Ursache für den erhöhten Kommunikationsbedarf war, laut der interviewten Person PD2, eine mangelnde Information der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie deren medizinische Fachangestellten über den Modell-Verordnungsprozess (vgl. PD2, Z: 214-215). Hierdurch entstanden viele Rückfragen und Missverständnisse bei der Kommunikation mit den medizinischen Fachangestellten (vgl. PD2, Z: 210-218, Z: 294-298). Jedoch haben die verordnungsrelevanten Diagnosen "immer gefehlt" (PD3, Z: 178), wodurch letztlich dem ambulanten Pflegedienst 3 durch erneute Wege zu den Arztpraxen trotzdem ein Mehraufwand entstanden ist (vgl. PD3, Z: 177-182).

Die interviewten Personen PD2 sowie PD4 gaben bei der anfänglichen Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses Erhöhungen im bürokratischen Aufwand an. Diese Erhöhungen resultierten aus der Erstellung von Teilnehmerlisten, der Identifikation der teilnehmenden Patientinnen und Patienten, der Ersatzkassen sowie der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und der "händischen" (PD4, Z: 188) Aussortierung dieser Verordnungen häuslicher Krankenpflege. Diese sind jedoch als projektbezogene Erhöhungen im bürokratischen Aufwand anzusehen, die im Laufe des Modellversuchs abgenommen haben und bei einer zukünftigen Umsetzung wegfallen würden (vgl. PD2, Z: 339-342, Z: 355-357; vgl. PD4, Z: 184-191, Z: 236-243, Z: 316-320). Daraus kann geschlossen werden, dass die ambulanten Pflegedienste langfristig, nach einer erfolgreichen Implementierung keine Schwierigkeiten sehen. Für die Patientinnen und Patienten sahen die interviewten Personen PD1, PD2 und PD3 einen gleichbleibenden bürokratischen Aufwand (vgl. PD1, Z: 247-250; vgl. PD2, Z: 326-334; vgl. PD3, Z: 256-259). Dies liegt möglicherweise darin begründet, dass die ambulanten Pflegedienste die Wege schon im ursprünglichen Verordnungsprozess (Schattenprozess) für die Patientinnen und Patienten übernommen haben und nun keinen Unterschied im Modellversuch erleben.

Der Schritt der nachgelagerten Genehmigung der Verordnung häuslicher Krankenpflege durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wurde von der interviewten Person PD4 als zusätzlicher bürokratischer Aufwand erlebt. Sie äußerte diesbezüglich, dass schnellere Wege per Fax erleichternd sein würden (vgl. PD4, Z: 283-286). Die interviewte Person PD2 merkte des Weiteren an, dass der ursprünglich angedachte Modell-Verordnungsprozess ein Schritt in Richtung Professionalisierung der Pflege gewesen wäre, jedoch dieser durch die nachgelagerte Genehmigung "ein bisschen Dämpfer" (PD2, Z: 444) erhalten hatte (vgl. PD2, Z: 443-448). Dieser zusätzliche Schritt war von der Projektsteuerungsgruppe nicht angedacht, musste jedoch nach juristischer Prüfung und aufgrund der derzeitigen Rechtslage hinzugefügt werden.

Die meisten ambulanten Pflegedienste sahen insgesamt eine Senkung des bürokratischen Aufwands für sich. In der Gesamtbetrachtung zeigten alle ambulanten Pflegedienste überwiegend wahrgenommene Verringerungen und Verbesserungen hinsichtlich des bürokratischen Aufwands im Modellversuch auf. Die interviewte Person PD1 beschrieb den Modell-Verordnungsprozess als "praktischer" (PD1, Z: 197), "einfacher, klarer" (PD1, Z: 198) und "weniger aufwendig" (PD1, Z: 199). Ebenfalls wurden von der interviewten Person PD2 das Wegfallen der Dreitagesfrist und der damit verbundene Zeitdruck bei den Verordnungen häuslicher Krankenpflege als eine Verbesserung wahrgenommen (vgl. PD2, Z: 234-237). Weiterhin schilderten die interviewten Personen PD2 und PD4 eine Verringerung des bürokratischen Aufwands durch den Wegfall der 14-tägigen Frist bei Erstverordnungen (vgl. PD4, Z: 197-200, Z: 206-208, Z: 315-316). Darüber hinaus blieben Rückfragen seitens der Ersatzkassen aus (vgl. PD2, Z: 242-247, Z: 234-237, Z: 382-385; vgl. PD3, Z: 153-154). Insgesamt wurde dies von allen ambulanten Pflegediensten als Erleichterung empfunden. Auch die interviewte Person PD3 sprach von einem Zeitgewinn und einem Bürokratieabbau

durch den Modell-Verordnungsprozess, insbesondere für die Leitungen des ambulanten Pflegedienstes (vgl. PD3, Z: 168-172, Z: 320-323). Neben den Erleichterungen für den ambulanten Pflegedienst nahm die interviewte Person PD3 in dem Modell-Verordnungsprozess auch eine Entlastung bei den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen wahr. Bei Entlassungen aus dem Krankenhaus am Freitagnachmittag traten im ursprünglichen Verordnungsprozess (Schattenprozess) hemmende, belastende Faktoren diesbezüglich auf (vgl. PD3, Z: 235-241, Z: 243-251). Des Weiteren schilderte die interviewte Person PD1, dass die Verordnungen häuslicher Krankenpflege im Modellversuch an Qualität gewonnen haben, da die Maßnahmen häuslicher Krankenpflege transparenter gemacht wurden. Dies beugte Missverständnissen in der Abrechnung vor (vgl. PD1, Z: 173-178). Auch die interviewte Person PD4 nahm im Verlauf des Modellversuchs eine Verbesserung in der Qualität der Verordnungen häuslicher Krankenpflege wahr. Durch korrekt ausgefüllte Verordnungen mussten durch den ambulanten Pflegedienst 4 weniger Wege zurückgelegt werden (vgl. PD4, Z: 216-221).

Gegenüber der insgesamt erlebten Verringerung des bürokratischen Aufwands aus Perspektive der ambulanten Pflegedienste erlebten einige Ersatzkassen in erster Linie eine Erhöhung des bürokratischen Aufwands für sich. Bei Ersatzkasse 4 wurden die Verordnungen häuslicher Krankenpflege im Modellversuch mit dem Eingang der Rechnung der ambulanten Pflegedienste geprüft. Durch dieses nachgelagerte Prüfverfahren kann bei einer zukünftigen Umsetzung der bürokratische Aufwand erhöht werden, weil bereits bewilligte Leistungen, die nachträglich vom MDK nicht als notwendig erachtet werden, nicht ohne weiteres zurückgenommen werden können und den Patientinnen und Patienten gegenüber bereits eine Bewilligung ausgesprochen wurde (vgl. K5, Z: 182-197). Auch der Aspekt der nachträglich erfassten Bewilligungsdaten der Patientinnen und Patienten wurde bei einer bundesweiten zukünftigen Umsetzung als kritisch gesehen. Verordnungen häuslicher Krankenpflege könnten vermehrt beim Abrechnungsdienstleister abgelehnt werden, wenn die Bewilligungsdaten nicht rechtzeitig vorhanden sind (vgl. K4, Z: 409-417).

Von den interviewten Personen K1, K2, K4 und K5 wurde ein erhöhter projektbezogener bürokratischer Aufwand bei der Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses wahrgenommen. Dieser ist dadurch entstanden, dass der Modell-Verordnungsprozess in die bestehenden Prozesse der Ersatzkassen vorübergehend eingegliedert werden musste. Bei der Ersatzkasse 1 entstand der erhöhte bürokratische Aufwand durch das Sortieren und interne Weiterleiten der Abrechnungen der ambulanten Pflegedienste (vgl. K1, Z: 185-193). Die interviewte Person K2 erläuterte, dass der Abrechnungsprozess, der im richtlinienkonformen Verordnungsprozess über ein Abrechnungszentrum lief, vom Personal der Ersatzkasse 2 übernommen werden musste, da kein neuer Prozess für diesen kurzen Zeitraum des Modellversuchs definiert wurde. Darüber hinaus erzählte sie, dass der Genehmigungsprozess zwar entfallen war, die Daten in der EDV dennoch erfasst werden mussten (vgl. K2, Z: 212-219). Dadurch wurde ebenfalls ein projektbezogener personeller und zeitlicher "Mehraufwand" (K2, Z: 369) im Abrechnungsprozess empfunden. Dies stellte

den "größten Nachteil" (K2, Z: 377) im Modellversuch dar (vgl. K2, Z: 366-367). Die interviewten Personen K4 und K5 schilderten, bezogen auf den erhöhten projektbezogenen bürokratischen Aufwand, dass der Modell-Verordnungsprozess als Sonderregelung in die eigentlich bestehenden Prozesse der Ersatzkasse 4 eingegliedert werden musste. Hierbei ging es um die Information der Abrechnungsdienstleister und der zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie einer Anpassung von Anschreiben und Prozessen (vgl. K4, Z: 28-33). Darüber hinaus wurde aus Sicht der interviewten Person K3 in dem Modellversuch keine Entbürokratisierung erreicht. Sie sah darin viel mehr eine "Verlagerung einer möglichen Schuldzuweisung" (K3, Z: 164) und keine Vereinfachung im Verordnungsprozess (vgl. K3, Z: 161-169). Im Vergleich zum Schattenprozess und zum ursprünglich geplanten Modell-Verordnungsprozess, den die interviewte Person K3 begrüßt hätte, wurde ein zusätzlicher Schritt für die ambulanten Pflegedienste eingebaut. Dieser bestand aus der nachgelagerten Genehmigung der Verordnungen häuslicher Krankenpflege durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (vgl. K3, Z: 242-244). Dieser zusätzliche Schritt wurde ebenfalls von den interviewten Personen K4 und K5 als eine Erhöhung des bürokratischen Aufwands für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wahrgenommen (vgl. K5, Z: 231-235). Andere Ersatzkassen dagegen erlebten einen gleichbleibenden Aufwand für sich. Nach Erachten der interviewten Person K3 gab es keine Veränderungen bezüglich des bürokratischen Aufwands bei Ersatzkasse 3. Ausschließlich das Genehmigungsschreiben wurde an die ambulanten Pflegedienste eingespart (vgl. K3, Z: 199-204). Die interviewte Person K3 zeigte auf, dass die Krankenkassen nicht bei der Entstehung der Verordnungen häuslicher Krankenpflege beteiligt, sondern ausschließlich für die Rechnungsbegleichung dieser Verordnungen zuständig sind. Direkte Auswirkungen auf die Ersatzkassen hatte der Modell-Verordnungsprozess nach Meinung der interviewten Person K3 daher nicht (vgl. K3, Z: 442-451). Schließlich gab es auch interviewte Personen der Ersatzkassen, die eine Verringerung des bürokratischen Aufwands wahrnahmen. Hinsichtlich des zukünftigen Ressourcenverbrauchs ging die interviewte Person K1 von einer Verringerung bei der Umsetzung des Modell-Verordnungsprozesses aus (vgl. K1, Z: 185-186, Z: 194-196). Dieser Aspekt ist nach Ansicht der interviewten Person K2 der größte Vorteil des Modellversuchs. Durch das Entfallen des Prüfprozesses konnten Personalressourcen eingespart werden. Darüber hinaus mussten keine Genehmigungsschreiben verschickt werden (vgl. K2, Z: 357-362). Weiterhin erwähnte sie, dass die Ersatzkasse 2 dadurch "dem Ganzen positiv gegenübergestellt" (K2, Z: 572) war. Eine geringe Erleichterung im Hinblick auf den bürokratischen Aufwand wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ersatzkasse 4 durch das Wegfallen der Rückfragen empfunden (vgl. K5, Z: 193-196).

Aus der Perspektive der ambulanten Pflegedienste wurde seitens der interviewten Person K2 eine Vereinfachung für die ambulanten Pflegedienste wahrgenommen, welche durch das Wegfallen der Dreitagesfrist entstanden ist. Die ambulanten Pflegedienste standen dabei nicht mehr unter Zeitdruck, die Verordnungen häuslicher Krankenpflege rechtzeitig bei den Ersatzkassen einzureichen (vgl. K2, Z: 465-469). Bezüglich des bürokratischen Aufwands für

die Patientinnen und Patienten konnte von den interviewten Personen K1 und K2 hingegen keine Veränderungen im Modellversuch erkannt werden, da die ambulanten Pflegedienste im ursprünglichen Verordnungsprozess (Schattenprozess) bereits überwiegend die Wege übernommen haben (vgl. K2, Z: 514-519; vgl. K1, Z: 240-243). Dies verdeutlicht noch einmal, dass auch aus Perspektive der Ersatzkassen wahrgenommen wird, dass entgegen der HKP Richtlinie die ambulanten Pflegedienste Wege übernehmen.

Auch aus Sicht der interviewten Person vom MDK blieb der Aufwand für sie selbst eher gleich. Wie im richtlinienkonformen Verordnungsprozess prüft die interviewte Person des MDK im Modellversuch die Verordnungen häuslicher Krankenpflege dahingehend, ob die beantragten Maßnahmen sozialmedizinisch begründet sind. Weiterhin war bzw. ist es ihre Aufgabe, alternative Versorgungsformen anzugeben, falls beantragte Maßnahmen sozialmedizinisch nicht begründet waren. Dies war im Rahmen des Modellversuchs nicht notwendig (vgl. MDK, Z: 17-26).

Mit Bezug auf Hypothese 4 lässt sich zusammenfassend sagen, dass die meisten Akteure (Patientinnen und Patienten, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, ambulante Pflegedienste) eine Verringerung des bürokratischen Aufwands wahrgenommen haben. Die Ersatzkassen erleben die Umstellung als sehr aufwändig, doch einige können auch für sich eine Verringerung des bürokratischen Aufwandes sehen. Die Hypothese kann daher bestätigt werden.

Hypothese 5: Nach Einführung des Modell-Verordnungsprozesses verschlechtert sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patientinnen und Patienten nicht.

Zentrale Ergebnisse zur subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität werden durch die körperliche und psychische Summenskala des SF-12 dargestellt. Die von uns befragten Patientinnen und Patienten gaben in der körperlichen Lebensqualität einen durchschnittlichen Wert von 30,6 an, wobei der Wertebereich zwischen 0 (Minimum) bis 100 (Maximum) liegt. Dieser Wert ist signifikant niedriger (p=0,000 t-test) verglichen mit der deutschen Normstichprobe der Altersgruppen von über 70 Jährigen von 1994, einer repräsentativen Untersuchung (n=2914) bei welcher ein Wert von 39,8 erhoben wurde (vgl. Morfeld, Kirchberger, Bullinger 2011, S. 198) (siehe Tab. 13).

Tabelle 13 SF-12 Körperliche Summenskala Ausgangssituation T₀

Test	bei	einer	Stichprobe

		Testwert = 39.8									
	T df Sig. (2-seitig) Mittlere Differenz 95% Konfidenzintervall d				ervall der Differenz						
					Untere	Obere					
SF-12 KÖRPERLICHE											
SUMMENSKALA	-10,287	107	,000	-9,23703	-11,0170	-7,4570					
(Standardisiert: US-Norm 1990)											

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Bei der psychischen Lebensqualität verhält es sich ebenso. Die bei der Abschlussevaluation befragten Patientinnen und Patienten gaben einen signifikant niedrigeren Wert für die psychische Gesundheit (43,7) an als die Vergleichsgruppe der über 70 Jährigen (52,5) (vgl. Morfeld, Kirchberger, Bullinger 2011, S. 198). Das bedeutet, dass die Befragten eine deutlich schlechtere subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität, sowohl für die körperliche als auch für die psychische Gesundheit, angaben.

Tabelle 14 SF-12 Psychische Summenskala Ausgangssituation T_0

Test bei einer Stichprobe

			-	Testwert = 52.5		
	Т	df	Sig. (2-seitig)	seitig) Mittlere Differenz 95% Konfidenzintervall der Diff		
					Untere	Obere
SF-12 PSYCHISCHE SUMMENSKALA	-8,267	107	,000	-8,71860	-10,8094	-6,6278
(Standardisiert: US-Norm 1990)						

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Nun sind die in der vorliegenden Untersuchung befragten Patientinnen und Patienten, die häusliche Krankenpflege benötigen, jedoch krank und eingeschränkt in ihren Möglichkeiten. Häufig sind im Alter auch chronische Erkrankungen festzustellen. Diese Tatsache hat sicher Auswirkung auf ihre Einschätzung der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Daher wurden diese Ergebnisse mit Angaben von Menschen mit Krankheiten verglichen: Auch hier sind die angegebenen Werte im Rahmen der vorliegenden Befragung signifikant schlechter als bei den Angaben von chronisch Kranken Menschen 30,6 vs. 39,5 (p=0,000, t-test) (siehe Tab. 15) bei der körperlichen Lebensqualität und 43,7 vs. 47,15 (p=0,002, t-test) (siehe Tab. 16) bei der psychischen Lebensqualität (vgl. Morfeld, Kirchberger, Bullinger 2011, S. 200) (siehe Abb. 18).

Tabelle 15 SF-12 Körperliche Summenskala Folgeerhebung T₁

Test bei einer Stichprobe

l'est bei einer Stichprobe									
			-	Testwert = 39.5					
	T df Sig. (2-seitig) Mittlere D		Mittlere Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz					
					Untere	Obere			
SF-12 KÖRPERLICHE SUMMENSKALA	-9,953	107	,000	-8,93703	-10,7170	-7,1570			
(Standardisiert: US-Norm 1990)									

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

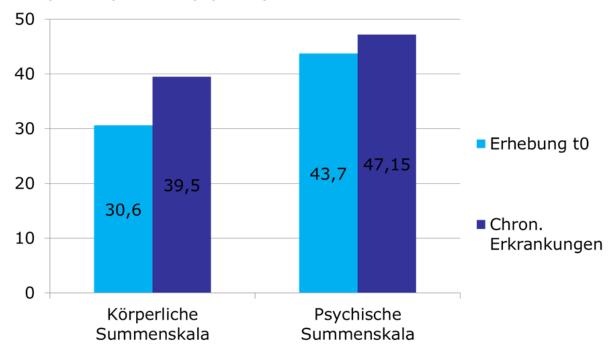
Tabelle 16 SF-12 Psychische Summenskala Folgeerhebung T₁

Lest	bei	einer	Stichprobe	4

		Testwert = 47.15									
	Т	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz						
					Untere	Obere					
SF-12 PSYCHISCHE SUMMENSKALA (Standardisiert: US-Norm 1990)	-3,194	107	,002	-3,36860	-5,4594	-1,2778					

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Abbildung 19 SF-12 Ergebnisse der Ausgangserhebung



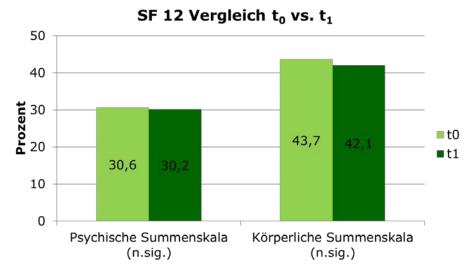
 $Legende: T_0 \ Ausgangs situation, T_1 \ Folgeerhebung \ nach \ Umsetzung \ Modell prozess$

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Dass die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität durchschnittlich in der vorliegenden Untersuchung derart niedrig angegeben wird, kann mehrere Gründe haben. Zum einen haben sich viele der von uns befragten Patientinnen und Patienten beim Ausfüllen des Fragebogens helfen lassen. So kann es sein, dass zum Teil eine Fremdeinschätzung durch die beim Ausfüllen helfende Person stattfand. Fremdeinschätzung zur Lebensqualität fallen deutlich niedriger aus, als wenn die Betroffenen selbst ihre Lebensqualität einschätzen (vgl. Cahill et al. in Hellström et al. 2007, 610). Eine derartig niedrige subjektive Lebensqualität lässt sicherlich aber auch auf starke Einschränkungen dieser Patientinnen und Patienten im Alltag schließen.

Bezogen auf die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität unterscheiden sich die Ergebnisse der Ausgangserhebung und der Folgeerhebung nicht (siehe Abb. 19).

Abbildung 20 Vergleich der Ergebnisse SF-12

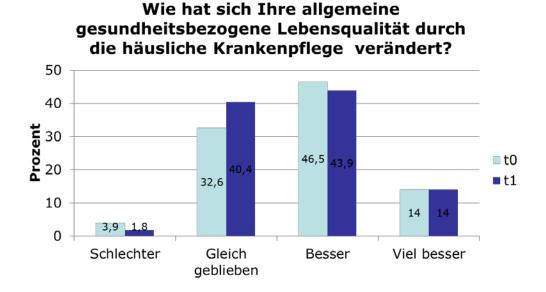


Legende: T₀ Ausgangssituation, T₁ Folgeerhebung nach Umsetzung Modellprozess

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Auch auf die Frage hin wie sich die allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität durch die häusliche Krankenpflege verändert habe, gaben die Befragten keine signifikanten Unterschiede an. Bezogen auf die Perspektive der Patientinnen und Patienten hat sich somit die Hypothese "die gesundheitliche Lebensqualität hat sich nicht verändert" bestätigt.

Abbildung 21 Vergleich der Lebensqualität durch häusliche Krankenpflege



Legende: T₀ Ausgangssituation, T₁ Folgeerhebung nach Umsetzung Modellprozess

(Quelle: Eigenerstellung 2015)

Aus Perspektive der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten neutral bis besser. Die ärztlichen Versorgungsziele wurden nach Ansicht der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auch nach Einführung des Modell-Verordnungsprozesses gleichbleibend gut erreicht (vgl. HA1, Z: 27; vgl. HA2, Z: 57-58; vgl. HA3, Z: 57; vgl. HA5, Z: 29; vgl. HA8, Z: 35; vgl. HA9, Z:40-41). Bei den an dem Prozess beteiligten konnte die interviewte Person HA9 keine Veränderung erkennen, hat jedoch "(...) zwei, drei Leute im Kopf die da nicht reinfallen, für die wär das eine Erleichterung" (HA9, Z: 41-42). Einige sehen sogar eine Verbesserung der Versorgungsituation der Patientinnen und Patienten aufgrund einer vermehrten Abstimmung mit dem ambulanten Pflegedienst und einer schnelleren Anpassung der Maßnahmen an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten (vgl. HA6, Z: 31-33; vgl. HA7, Z: 82-86, Z: 94-99; vgl. HA10, Z: 38-40; vgl. HA11, Z: 73-74).

Der Modell-Verordnungsprozess hatte laut den interviewten Personen PD1 und PD3 keine Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten (vgl. PD1, Z: 240-241; vgl. PD3, Z: 400-401). Ergänzend dazu stellte der Modellversuch für die interviewte Person PD3 eine Chance für eine Qualitätssteigerung in der Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten dar. Dabei zeigte die interviewte Person PD3 auf, dass diese Qualitätssteigerung durch den Modellversuch einfacher gelingen konnte (vgl. PD3, Z: 233-235). Darüber hinaus führte die interviewte Person PD4 die Versorgung der Patientinnen und Patienten auf. Diese konnte nicht nach den neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen erfolgen, da hierfür Kenntnisse seitens der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte fehlen (vgl. PD4, Z: 113-116). Bezüglich der pflegerischen Versorgung äußerte die interviewte Person PD4 zudem, dass der Fokus des ambulanten Pflegedienstes 4 generell darauf liegt, die Ressourcen der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen zu fördern. Dies gelingt dem ambulanten Pflegedienst 4, indem diese mit in die Pflege eingebunden sowie unterstützt werden und damit möglichst schnell "in die Selbstständigkeit zurückkommen" (PD4, Z: 169). Weiterhin erwähnte die interviewte Person PD4, dass die begrenzten Personalressourcen, die der ambulante Pflegedienst 4 hat, sinnvoll eingesetzt werden müssen. Daher wird im Sinne einer "aktivierenden Pflege" (PD4, Z: 160) eine Ressourcenförderung sichergestellt, um somit keine Hausbesuche mehr notwendig zu machen. Außerdem geht es dem ambulanten Pflegedienst 4 nicht darum, möglichst viele Verordnungen und Kombileistungen zu verrichten, um einen finanziellen Vorteil zu bekommen, sondern eher um das Einsparen von künftig weiteren Hausbesuchen. Der Modell-Verordnungsprozess kann aus Sicht der interviewten Person PD4 dabei unterstützend wirken (vgl. PD4, Z: 172-181).

Im Hinblick auf die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten bezweifelte die interviewte Person K1, dass Verbesserungen erreicht werden konnten, da diese bereits vor dem Modellversuch die Leistungen häuslicher Krankenpflege erhalten haben, die nach den HKP-Richtlinien medizinisch notwendig sind (vgl. K1, Z: 238-240, Z: 144-145). Im Gegensatz dazu konnte die interviewte Person K3 im Modellversuch eine Verbesserung der

Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten erkennen. Diese ergab sich daraus, dass die Pflegekräfte die Möglichkeiten hatten, den Patientinnen und Patienten die Leistungen häuslicher Krankenpflege zukommen zu lassen, die sie aufgrund ihrer Diagnose tatsächlich benötigten und notwendig waren (vgl. K3, Z: 364-367, Z: 375-384). Der Modellversuch trug laut der interviewten Person K2 möglicherweise positiv dazu bei, die Zusammenarbeit im Hinblick auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten und der Professionalität zu intensivieren, da sowohl die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte als auch die ambulanten Pflegedienste aufgrund ihrer Erfahrungen Bedarfe richtig einschätzen können (vgl. K2, Z: 647-650).

Laut der interviewten Person des MDK sollen die Patientinnen und Patienten stets in den Fokus gerückt werden. Deren Bedürfnisse und Unterstützungsbedarfe wurden ihrer Ansicht nach insbesondere von den ambulanten Pflegediensten im Modellversuch beachtet (vgl. MDK, Z: 342-350). Sie äußerte zudem, dass hierfür eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den ambulanten Pflegediensten notwendig war (vgl. MDK, Z: 170-174).

Insgesamt kann mit Bezug auf Hypothese 5 folglich festgestellt werden, dass die Versorgungssituation für die Patientinnen und Patienten von den beteiligten Gruppen mit Einführung des Modell-Verordnungsprozesses als mindestens stabil beschrieben wird. Positiv werden die Chancen für die Patientenversorgung gesehen.

6.5 Weiterführende Diskussion

Nachfolgend sollen abschließend noch auffällige weitere Erkenntnisse aufgezeigt werden.

So wurde im Rahmen der Auswertungen deutlich, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte keinen Vor- oder Nachteil von einer korrekt ausgestellten Verordnung häuslicher Krankenpflege für sich sehen.

"(…) das steht alles schön auf dem Papier, da kann sich im Grunde genommen die Krankenkasse gerne mit den Sozialdiensten herumschlagen, für mich als Hausarzt ist das im Grunde genommen sekundär. Weil für mich ist wichtig, wird der Patient versorgt oder wird er nicht versorgt" (HA3, Z: 45-48).

Dies bestätigt die Aussage der interviewten Person vom MDK, die die Behandlungsperspektive der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte betont (vgl. MDK, Z: 208-211).

"Das ist ein ganz anderer Fokus und die niedergelassenen Ärzte müssten dann im Prinzip, wenn sie so eine ärztliche Verordnung ausstellen, von der Perspektive des Behandlers in die Perspektive des Gutachters wechseln, (…) um diese Verordnung fach- und sachgerecht ausfüllen zu können. Und das halte ich nicht für zielführend" (MDK, Z: 159-163).

Für die Verordnung der häuslichen Krankenpflege müssen sie aus ihrer Rolle als Therapeutinnen und Therapeuten heraus und dadurch einen Perspektivenwechsel vornehmen. Die Verordnung häuslicher Krankenpflege dann für die Ersatzkassen und MDK nachvollziehbar auszufüllen, gestaltet sich schwierig. Insbesondere dadurch, dass die Funktionseinschränkungen, die zur Verordnung führen und diese plausibel machen, nicht durch das Verordnungsformular abgefragt werden (vgl. MDK, Z: 148-155).

Weiter meint die interviewte Person HA3: "Ich hab ja mit den Ersatzkrankenkassen jetzt direkt gar nichts zu tun, was das angeht, sondern das macht dann immer der Pflegedienst mit der Krankenkasse. Das heißt ich hab ja mit der Abrechnung gar nichts zu tun" (HA3, Z: 53-55). Für die interviewte Person steht die Behandlung und Versorgung von Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Die Art und Weise wie die Verordnung häuslicher Krankenpflege ausgefüllt ist und wie die Abrechnung der ambulanten Pflegedienste mit den Ersatzkassen verläuft, ist für die Person nachrangig. Andere niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sehen sich dagegen mit in der Verantwortung, dass die ambulanten Pflegedienste bekommen, was ihnen zusteht (vgl. HA6, Z: 40-41).

Das Ausstellen der Verordnung häuslicher Krankenpflege und die Rückfragen dazu bindet Zeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Dies wird in folgendem Zitat deutlich:

"(…) und dass man nicht jedes Kreuz hinterfragen muss mit einem Kontrollaufwand, der bei der Kasse Geld kostet, weil er Zeit kostet und Angestellte bindet und bei uns aufhaltend ist, kein Geld kostet, weil es entstehen keine Kosten, wenn man uns aufhält aber es ist unangenehm" (HA2, Z: 78-81).

Dies ist möglicherweise ein Grund dafür, warum die Verordnungen häuslicher Krankenpflege mitunter unvollständig oder auch unplausibel ausgefüllt werden, wie sich dies in den Interviews mit den Ersatzkassen und ambulanten Pflegediensten darstellt. Aus keinem, der mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten geführten Interviews geht hervor, dass die Verordnungen unvollständig oder unplausibel ausgefüllt werden. Daraus lässt sich schließen, dass bei der Gruppe der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte kein Bewusstsein für diesen Umstand besteht. Obwohl der ursprüngliche Verordnungsprozess und die Verordnungsqualität hier sehr schwierig erscheinen, so wird doch der allergrößte Teil der Verordnungen häuslicher Krankenpflege von den Ersatzkassen genehmigt (MDK, Z: 216-218). Ablehnungen und Teilbewilligungen sind laut der interviewten Personen der Ersatzkassen eher die Ausnahme und nicht der Regelfall (vgl. K1, Z:316-319; vgl. K3, Z: 40-49; vgl. K4, Z:88-91). Wenn es doch zu Schwierigkeiten im ursprünglichen Verordnungsprozess kommt, kompensieren die ambulanten Pflegedienste die Organisation der Verordnung häuslicher Krankenpflege, da sie sonst monetäre Nachteile haben.

7. Fazit

7.1 Wesentliche Erkenntnisse

Die vorliegend durchgeführte Befragung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige auf der einen Seite sowie der Befragung von Vertreterinnen und Vertretern der Pflegedienste, Ärzteschaft, ambulanten dem Medizinischen Krankenversicherungen und der Ersatzkassen im Rahmen des Modellversuchs verdeutlicht nochmals – und erstmals auch aus der Adressatenperspektive – wie wenig der derzeitig gültige Verordnungsprozess gemäß der RVhK den Bedürfnissen und der Lebenssituation der betroffenen Patientinnen und Patienten gerecht wird. Der Richtlinienprozess wird in der Verordnungspraxis nicht angewandt, Schattenprozesse haben sich etabliert. Soll eine Richtlinie zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege in der Realität für die Versorgungspraxis anwendbar sein, bedarf es folglich eines vereinfachten und praxisorientierten Verordnungsverfahrens häuslicher Krankenpflege. Der in einer Richtlinie definierte Prozess muss sich einerseits an den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Betroffenen orientieren und gleichzeitig die Qualität und Ordnungsmäßigkeit der Versorgung sicherstellen. Der gegenwärtig in der RVhK definierte Verordnungsprozess erfüllt diese Anforderungen nicht.

Es wurde ebenfalls deutlich, dass mit dem aktuellen Verordnungsprozess gemäß Verordnungsrichtlinie (RVhK) sowohl für Patientinnen, Patienten bzw. Angehörige, als auch für ambulanten Pflegedienste, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenkassen ein hoher Arbeitsaufwand verbunden ist – auch um die dem Verordnungsprozess nach RVhK eigenen Defizite zu kompensieren. Auch dies spricht für die Notwendigkeit einer Entbürokratisierung des Verordnungsprozesses. Hierbei gilt es bei einer Überarbeitung zu beachten, dass Verantwortlichkeiten klar geregelt sind und haftungsrechtlichen Anforderungen entsprochen wird. Es gilt, das Patientenwohl in den Mittelpunkt der Prozessorganisation zu stellen. Zudem sind aber auch die jeweiligen Kompetenzen der weiteren Beteiligten im Verordnungsprozess – insbesondere von Ärzteschaft und Pflege – angemessen zu berücksichtigen.

Mit Blick auf die gegenwärtige Konstruktion des Verordnungsprozesses ist zu bemerken:

 Für pflegebedürftige, alte Menschen, die häuslicher Krankenpflege bedürfen, ist es nur schwer möglich nach einer Erstverordnung innerhalb von 14 Tagen eine erneute Verordnung zu organisieren und diese vom Arzt zum ambulanten Pflegedienst und dann (innerhalb drei Tage) zur Krankenkasse zu bringen. Dabei ist zu bedenken, dass auf häusliche Krankenpflege nur derjenige Anspruch hat, bei dem keine im Haushalt lebende Person diese Leistung erbringen kann, also diese Menschen sehr häufig alleine leben.

- Die Verordnung häuslicher Krankenpflege im Rahmen des Entlassmanagements in Krankenhäusern erfolgt häufig nicht.
- Gegenwärtige Situation ist, dass niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte eine für Krankenkassensachbearbeiterinnen und -sachbearbeiter plausibel nachvollziehbare Verordnung zu häuslicher Krankenpflege ausfüllen sollen, allerdings ohne dass die für die Plausibilität notwendigen verordnungsrelevanten Fähigkeitsstörungen im Verordnungsformular M12 abgefragt werden.
- Ärztinnen und Ärzte verantworten pflegerische Leistungen im häuslichen Kontext. Die pflegefachliche Qualifikation ist aber kein wesentlicher Bestandteil der Ausbildung von Medizinern. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass Ärztinnen und Ärzte pflegerische Kompetenz im Lauf ihrer praktischen Ausbildung und Tätigkeit erworben haben, die sie befähigen Maßnahmen im Rahmen der Behandlungspflege zu beurteilen und zu verordnen. Diese Art des Kompetenzerwerbs ist aber nicht systematisiert und pflegetheoriefundiert.
- Über aktuelle pflegepraktische und pflegewissenschaftliche Entwicklungen in der (häuslichen Kranken-)Pflege sind dagegen die Pflegefachkräfte der Pflegedienste informiert.
- Grundsätzlich ist die Diskrepanz der Rolle der Pflege zwischen den Gesetzbüchern SGB V versus SGB XI nicht nachvollziehbar. Während der Pflege im Sozialgesetzbuch XI weitgehend eigene Entscheidungsspielräume eingeräumt werden, beispielsweise bei der Festlegung von pflegerischen Unterstützungsmaßnahmen, ist dies im Sozialgesetzbuch V – und hier auch explizit im Kontext der häuslichen Krankenpflege – nicht der Fall. Hier liegt der Schwerpunkt auf der Umsetzung ärztlicher Anweisungen.
- Der ambulante Pflegedienst wird durch den häufigeren und engeren Kontakt zur Patientin, zum Patienten
 - o vorliegende Funktionseinschränkungen eher wahrnehmen,
 - o die Notwendigkeit von Veränderungen in der häuslichen Krankenpflege als Erster feststellen oder
 - o erkennen, ob die Familie entlastend miteinbezogen werden kann.
- Es kann davon ausgegangen werden, dass häusliche Krankenpflege da am besten gelingt, und zwar sowohl aus wirtschaftlicher Sicht als auch aus Sicht des Patientenwohls, wo Pflegedienst und Arzt im guten Austausch stehen und eng zusammenarbeiten.
- Die korrekt ausgestellte Verordnung durch die niedergelassene Ärztin, den niedergelassenen Arzt und die Einreichung der Verordnung durch die Patientin, den Patienten haben direkte Auswirkungen auf die Vergütung der Pflegedienste, ohne dass diese für einen sicheren Ablauf sorgen oder die Vollständigkeit der Verordnung gewährleisten können.
- Aus Perspektive der Ersatzkassen ist die Prüfung der Verordnung zur häuslichen Krankenpflege ein richtlinienkonformer Prozess, der in allen Kassen etabliert ist. Ein

- Wegfall dieser Prüfung wird überwiegend als "Verlust" wahrgenommen. Die Prüfung dient dazu unnötige, unplausible oder falsch abgerechnete Leistungen zu identifizieren.
- Im Zusammenhang mit der Verordnung von häuslicher Krankenpflege hat sich eine ausgeprägte Prüfkultur etabliert. Krankenkassenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter ohne einschlägige fachliche Qualifikation prüfen und genehmigen die ärztlichen Verordnungen zu häuslicher Krankenpflege. Neben der Prüfung durch die Sachbearbeiterinnen bzw. Sachbearbeiter der Krankenkassen auf Plausibilität erfolgen weitere fachliche Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, dem der Gesetzgeber diese Aufgabe zugedacht hat. Allerdings erfolgen diese Prüfungen derzeit nicht generell, sondern dann, wenn die Kasse pflegefachlich noch Klärungsbedarf sieht. Zudem erfolgt eine Abrechnungsprüfung durch die zuständige Krankenkasse bzw. durch externe Dienstleister. Auf derart weitgehende Prüfroutinen wird beispielsweise bei der Verordnung von Medikamenten verzichtet. Demgegenüber steht die Aussage der Ersatzkassen, sie können durch die Prüfungen der Verordnung Missbrauch schneller erkennen.

Die Reflexion der Aussagen der Akteure und die Ergebnisse der Befragung der Empfängerinnen und Empfänger häuslicher Pflegeleistungen im Rahmen der vorliegenden Studie untermauern folglich die Notwendigkeit, den Verordnungsprozess für häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V Abs. 2 zur Unterstützung des ärztlichen Behandlungsziels zu reformieren und bestätigen damit die Position und den Modellversuch des Verbandes der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und der vier beteiligten ambulanten Pflegedienste.

Offensichtlich ist, dass der Verordnungsprozess im Modellversuch dem richtlinienkonformen Verordnungsprozess überlegen ist.

Trotz Vereinfachung der Bürokratie und Verzicht auf den umfangreichen Genehmigungsprozess verlief der Modellversuch kostenneutral für die Kassen. Auch waren die Patientinnen und Patienten genauso gut versorgt wie vorher. Mitunter wurde von Verbesserungen berichtet. Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten war in Ansätzen eine Zeitersparnis zu erkennen. Folgerichtig befürworten die Akteure, insbesondere die KVBW und die Vertreter der Leistungserbringer, aber auch MDK und Kostenträger für die Zukunft einen vereinfachten Genehmigungsprozess in Verbindung mit weiteren Handlungsoptionen, die zu verhandeln sind (z. B. Stichprobenprüfungen, Entfristung usw.).

Aus dem vorliegenden Datenmaterial der Studie lassen sich Handlungsoptionen ableiten, die nachfolgend dargestellt werden sollen. Grundsätzlich ist vorauszuschicken, dass die zu präsentierenden Handlungsoptionen aus den Rückmeldungen der verschiedenen Beteiligtengruppen extrahiert wurden. Dies bedeutet, dass nicht für jede Option, die im Folgenden dargestellt wird, von einem Konsens ausgegangen werden kann. Vielmehr wäre mit Blick auf weitere Überlegungen hinsichtlich einer Umsetzung für jede Option dieser Konsens herzustellen, aber auch die weiteren Folgen für die jeweilige Option zu diskutieren.

Weiter können Handlungsoptionen hinsichtlich ihrer Umsetzungsanforderungen differenziert werden. Auf der einen Seite lassen sich Handlungsoptionen ausmachen, die sich unter den gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen umsetzen lassen. Diese Handlungsoptionen können beispielsweis auch auf regionaler Ebene konkret und handlungsorientiert weiterbearbeitet werden. Auf der anderen Seite finden sich Handlungsoptionen, die eine Änderung von zentralen Regelungen voraussetzen. Diese Optionen umzusetzen wird mit einem größeren Aufwand verbunden sein und entzieht sich der regionalen Umsetzbarkeit.

Die folgenden Handlungsoptionen lassen sich aus dem vorliegenden Datenmaterial der Studie sowie aus Diskussionen der Projektbeteiligten ableiten:

- Einführung eines Online Verfahrens für die Verordnung häuslicher Pflege Das gegenwärtige "Paper & Pencil" Verordnungsverfahren wird seitens der Beteiligten im Modellversuch als wege- und zeitintensiv beschrieben. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Grundannahme im Verordnungsprozess gemäß der RVhK, die Patientinnen und Patienten führen die Wege zwischen Praxis und Pflegedienst mit der Verordnung in der Hand durch, sich als weitestgehend falsch herausgestellt hat.
 - Angesichts der informationstechnischen Möglichkeiten erscheint das "Paper & Pencil"-Verfahren nicht mehr zeitgemäß.
- Weiterentwicklung des Verordnungsformulars. Das gegenwärtige Verordnungsformular M12 wird von den Beteiligten als unzureichend beschrieben. Einerseits, da es die Rollenverteilungen zwischen Ärzteschaft, Pflegedienst und Patienten falsch wiederspiegelt. Andererseits, weil wichtige Informationen nicht routinemäßig zuverlässig aufgenommen werden. Verbesserungsvorschläge des MDK und der Pflegedienste sehen insbesondere vor, dass Fähigkeitsstörungen mit berücksichtigt werden. Eine mögliche Aufgabenverteilung wäre folglich:
 - o Der Arzt erstellt die Diagnose und gibt etwaige Fähigkeitsstörungen an.

- Der ambulante Pflegedienst konkretisiert die F\u00e4higkeitsst\u00f6rung mit Blick auf resultierendem Pflegebedarf und definiert notwendige pflegerische Ma\u00dfnahmen
- o Der ambulante Pflegedienst berichtet an Arzt und Krankenkassen
- Die definierten zeitlichen Fristen basieren auf der Annahme, dass die Patientinnen und Patienten die ihnen im Verordnungsprozess gemäß der RVhK zugedachte Rolle ausfüllen können. Dies ist aber zumeist nicht der Fall. Die Aufgaben müssen von Dritten, in der Regel vom Pflegedienst oder von Angehörigen, wahrgenommen werden. In diesem Fall sind dann aber die Fristen (Dauer der Erstverordnung und Einreichung innerhalb 3 Tage) sehr knapp bemessen und können mitunter nicht eingehalten werden. Daher wäre eine Verlängerung oder ersatzlose Streichung der zeitlichen Fristen im Verordnungsprozess gemäß der RVhK sinnvoll.
- Das Ausstellen/Genehmigen von Erstverordnungen über 14 Tage hinaus bzw. von Langzeitverordnungen (z.B. bei chronischen Erkrankungen bzw. absehbar unveränderlichen Versorgungsbedarfen) könnte den zeitlichen und finanziellen Aufwand bei den Versicherten reduzieren sowie Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen und ambulante Pflegedienste entlasten. So wäre für die Versicherten eine Ersparnis aufgrund entfallender Zuzahlungen möglich.
- Im Rahmen einer Weiterentwicklung des Verordnungsprozesses wäre zu untersuchen, ob auf Prüf- respektive Genehmigungsschritte verzichtet werden kann. Beispielsweise könnte untersucht werden, ob eine Abrechnungsprüfung, so wie im stationären Bereich (DRGs) erfolgend, verbunden mit Stichprobenprüfungen durch den MDK hinreichend sind.
- Ausfüllfehler sind eine Hauptursache für Auffälligkeiten in der Verordnung. In der Prüfung des MDK entpuppen sich die Modellprozess-Verordnungen als sachlich korrekte, medizinisch notwendige Maßnahmen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass alle Beteiligten bei der Bearbeitung der Verordnung auf Sorgfalt achten und Verantwortung übernehmen.
- Des Weiteren kann ein Katalog der häufigsten Fähigkeitsstörungen sowie das Erstellen einer **Ausfüllhilfe** dazu beitragen die Verordnung plausibel und nachvollziehbar zu gestalten.
- Gerade bei der Verordnung häuslicher Krankenpflege im Zusammenhang mit der Versorgung von Wunden werden gelegentlich Probleme im Verordnungsverfahren generiert. Hier hat sich gezeigt, dass Wundmanager zu einem gelingendem Verordnungs- und Versorgungsprozess beitragen können. Zu prüfen wäre der Einsatz von Wundmanagern bei der Versorgung chronischer Wunden insbesondere, wenn die verordnende Praxis nicht über speziell ausgebildetes Personal verfügt.
- Als weiteren Lösungsvorschlag zur Verringerung des bürokratischen Aufwands sowie zum Erhalt einer erfolgreichen Zusammenarbeit wird seitens der Kostenträger vorgeschlagen, dass mehr niedergelassene Ärztinnen und Ärzte spezielle Zeiträume für Nachfragen seitens der Krankenkassen zur Verfügung stellen respektive

Kommunikationsangebote der Ärzteschaft in den Sprechstunden seitens der Ersatzkassen genutzt werden sollten.

Um die oben genannten Handlungsoptionen zu prüfen und weiter zu entwickeln, wäre es ein möglicher Ansatz, Arbeitsgruppen, bestehend aus allen Projektbeteiligten, zu bilden. Als eine zentrale Erkenntnis wurde innerhalb der Arbeitsgruppe des Modellversuchs konstatiert, dass es gelungen ist, ein Verständnis für die unterschiedlichen Perspektiven der Akteure zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund wird die Fortsetzung der Zusammenarbeit von einigen der beteiligten Akteure explizit gewünscht.

7.3 Bewertung der Abschlussevaluation

Der vorliegende Modellversuch und die vorliegende Abschlussevaluation weisen, wie in manchen Interviews bereits aufgezeigt, einige Limitationen auf.

- Der Zeitraum der Erprobung des Modell-Verordnungsprozesses war mit sechs Monaten kurz.
- Das Sample (vier Pflegeeinrichtungen, 11 interviewte ÄrztInnen, vier ErsatzkassenvertreterInnen, ein MDK-VertreterIn sowie 131 PatientInnen vor und 60 PatientInnen nach der Implementierung des Modellversuchs) ist insgesamt klein.
- Es liegt ein Conveniance Sample für die Befragung (quantitativer Anteil), d.h. eine Gelegenheitsstichprobe vor. Die Transparenz des Rücklaufs konnte nicht gewährleistet werden.
- Die Implementierung des Modell-Verordnungsprozesses war suboptimal auch bedingt durch das schriftliche Verfahren. Von einer gefestigten Implementierung kann nicht ausgegangen werden.
- Im qualitativen Anteil der vorliegenden Studie wurden die, am Modell-Verordnungsprozess beteiligten Gruppen im Vorfeld festgelegt und interviewt. Bei der Interviewauswertung hat sich herausgestellt, dass die medizinischen Fachangestellten ebenfalls eine bedeutende Rolle spielen. Aufgrund des zeitlich festgelegten Rahmens konnten jedoch keine weiteren Interviews mit diesen mehr durchgeführt werden. Von einer Datensättigung kann daher nicht ausgegangen werden.
- Das Vorliegen der Interviewleitfäden bei den interviewten Personen der Ersatzkassen und ambulanten Pflegediensten kann einerseits als Einschränkung gesehen werden, da hierdurch die Spontanität der Erzählungen eingeschränkt wurde. Andererseits waren die interviewten Personen sehr gut vorbereitet und die Antworten sehr ausführlich, was als Vorteil bewertet werden kann.
- Die Ergebnisse stellen in erster Linie subjektive Eindrücke der am Projekt beteiligten Akteure dar und sind nicht repräsentativ. Aufgrund der Erfahrung und Expertise der Beteiligten ist eine Übertragbarkeit der Aussagen jedoch sehr plausibel und wahrscheinlich.
- Die Kostenneutralität wurde nur mittelbar interpretiert (Rückschluss, da die Verordnungen häuslicher Krankenpflege als sachgerecht durch den MDK geprüft wurden.)

Diesen Limitationen stehen besondere Stärken der vorliegenden Studie gegenüber:

- Perspektivenvielfalt Die Perspektive der ambulanten Pflegedienste, der Ärzteschaft, der Ersatzkassen und des MDK wurden berücksichtigt. Zudem wurde erstmals auch die Perspektive der Patientinnen und Patienten berücksichtigt.
- Methodenmix aus
 - o quantitativen (begrenzte Realitätsausschnitte werden stark vereinfacht, standardisiert erhoben) und
 - o qualitativen (Rekonstruktionen der subjektiven Wirklichkeit) Erhebungsformen
- Die subjektiven Vorstellungen sowie die Komplexität sind systematisch erfasst, gegenübergestellt und analysiert.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden die Standards der deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval 2015) berücksichtigt, was auch durch die Mitglieder der Steuerungsgruppe Bestätigung fand.

Insgesamt generiert die vorliegende Studie wichtige und nachvollziehbare Ergebnisse. Darüber hinaus ist eine Übertragbarkeit auf andere Bundesländer, auf Versicherte anderer Krankenkassen, auf andere ambulante Pflegedienste, auf andere niedergelassene Ärztinnen und Ärzte höchstwahrscheinlich möglich, denn es gelten die gesetzlichen Regelungen bundesweit und die Akteure sind in vergleichbaren Situationen.

Der Modellversuch hat als vertrauensbildende Maßnahme eine Veränderung der Haltungen, Sichtweisen und Einstellungen der Beteiligten bewirkt. Ärzteschaft und ambulante Pflegedienste sind im Rahmen dieses Modellversuchs zum Nutzen der Patientinnen und Patienten enger zusammengerückt. Manche Arztpraxen haben den Verordnungsprozess in Vorwegnahme des Modellversuchs schon seit längerem pragmatisch umgestaltet. Bei diesen Arztpraxen ist die Implementierung des Modell-Verordnungsprozesses leichter gelungen.

Glossar

Divergente Validität Unterform der Konstruktvalidität. Ein Aspekt der Validität. Ein Test sollte

nicht mit Tests korrelieren, die etwas Anderes messen.

Konvergente Validität Unterform der Konstruktvalidität. Ein Test sollte mit anderen Tests hoch

korrelieren, die etwas Ähnliches messen.

Konstruktvalidität Ein Test ist konstruktvalide, wenn aus dem gemessenen Konstrukt

Hypothesen abgeleitet werden, die anhand der Testwerte bestätigt

werden können.

Korporativ Körperschaftlich

Median Maß der zentralen Tendenz. Er halbiert die der Größe nach geordneten

Messwerte, d. h. mindestens die Hälfte der Messwerte ist höchstens so groß und mindestens die Hälfte der Messwerte ist mindestens so groß

wie der Median.

Qualitative Forschung Ein systematischer, subjektiver Forschungsansatz (offene, nicht

standardisierte Erhebungsmethoden, interpretative

Auswertungsmethoden), der dazu dient, Lebenserfahrungen zu

beschreiben und ihnen Bedeutung zu geben.

Quantitative Forschung Ein formaler, objektiver, systematischer Prozess (theoriegeleitet,

standardisierte Erhebungsmethoden, statistische Auswertungsverfahren), der dazu dient, zu beschreiben, Beziehungen zu testen, und Ursache-

Wirkungs-Interaktionen zwischen Variablen zu untersuchen.

Reliabilität Gütekriterium der quantitativen Forschung, welches das Ausmaß

beschreibt, in dem wiederholte Messungen eines Objektes mit einem

Messinstrument dieselben Werte liefern.

Remonstrationspflicht Sie ist Teil der Dienstpflicht und verpflichtet den Arbeitnehmer, Bedenken

gegen die Rechtmäßigkeit einer dienstlichen Anordnung unverzüglich

geltend zu machen.

Sample (Stichprobe) Teilmenge der Population (Grundgesamtheit), die für eine Studie

ausgewählt wurde.

Signifikanz (specifity)

Das Ergebnis von statistischen Verfahren, die die Wahrscheinlichkeit

berechnen, mit der die Nullhypothese abgelehnt werden kann bzw. mit der auch in der Grundgesamtheit ein Zusammenhang zu finden ist.

Standardabweichung (standard

deviation)

Streuungsmaß, mit dem angezeigt wird, wo die meisten Werte zu finden sind und wie weit sie vom Mittelwert abweichen. Es wird mittels der

Quadratwurzel der Varianz berechnet.

Literaturverzeichnis

- Albrow, Martin (1972): Bürokratie. Dt. Erstausg. München: List (List-Taschenbücher der Wissenschaft).
- AOK- Gesundheitspartner (Hg.) (2012): Verordnung häuslicher Krankenpflege Muster 12 1/E 2008. Online verfügbar unter http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/nds/pflege/hkp/verordnung_ha_usliche_k rankenpflege____muster_12_.pdf, zuletzt aktualisiert am 14.03.2012, zuletzt geprüft am 18.06.2014.
- Bartels, Torben (2012): Die HKP- Richtlinie ist auch eine Schutzvorschrift. In: Häusliche Pflege (11), S. 34–35.
- Bendel, Klaus; Matiaske, Wenzel; Schramm, Florian; Weller, Ingo (2013):

 Patientenzufriedenheit mit ambulanten Pflegediensten. Ergebnisbericht

 08.Werkstatt für Organisations- und Personalforschung e.V., Berlin. Verfügbar unter:

 http://hermes.unibw-hamburg.de/werkstatt/berichte/ergebnisbericht08.pdf, zuletzt
 geprüft am 10.12.14.
- Beikirch, Elisabeth (2013): Entbürokratisierung der Pflege Kommunikation von Entbürokratisierungsmaßnahmen im PNG und Überblick. 2013. Verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung/13 0319 Kommunikation Beikirch-PNG kurz.pdf, zuletzt geprüft am 2.10.2014.
- Bierther, Isabel (2010): Rechte und Pflichten kennen-Risiken minimieren. Freiwillige Übernahme von Verpflichtungen kann Haftungsrisiko erhöhen. In: Häusliche Krankenpflege (10), S. 36–38.
- Büscher, Andreas; Horn, Annette (2010): Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer Expertenbefragung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Bielefeld.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Runder Tisch Pflege.
 Online verfügbar unter: http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aelteremenschen,did=16378.html, zuletzt geprüft am 11.02.2015.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2013): Infoblatt zu den neuen Zuzahlungsregelungen. Online verfügbar unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/A/Arzneimittelversorgung/Zuzahlungen/Infoblatt_Zuzahlungen_Arzneitmittel.pdf, zuletzt geprüft am 25.08.2014.

- Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz (Hg.) (2011): NKRG Einzelnorm. § 2 Erfüllungsaufwand. Online verfügbar unter http://www.gesetze-im-internet.de/nkrg/__2.html, zuletzt aktualisiert am 26.08.2014, zuletzt geprüft am 26.08.2014.
- Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz (Hg.) (2014): SGB 5 Einzelnorm.

 Online verfügbar unter http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__37.html, zuletzt aktualisiert am 18.06.2014, zuletzt geprüft am 18.06.2014.
- Charité, Daniel; Kirkegaard, Peter Bay; Svensson, Gunilla; Greve, Jostein (2010): Das Standard- Kostenmodell. Konzept zur Definition und Quantifizierung des Verwaltungsaufwandes für Unternehmen durch die staatliche Regierung. Handbuch einer internationalen Arbeitsgruppe. In: Norbert Röttgen und Bernhard Vogel (Hg.): Bürokratiekostenabbau in Deutschland. Baden-Baden: Nomos.
- Destatis (2013): Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind. Verfügbar unter:

 https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/Buerokratiekosten/Downloa d/Pflegebericht.pdf? blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 02.01.2015.
- Deutsches Ärzteblatt (2000): Deutsches Ärzteblatt: Erläuterungen zur Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12) (23.06.2000). Deutscher Ärzte-Verlag GmbH. Online verfügbar unter http://www.aerzteblatt.de/archiv/23492, zuletzt geprüft am 18.06.2014.
- Ernst, Stephanie (2008): Kooperationen in der integrierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos (Erfolgsfaktoren und Strategien). Online verfügbar unter http://www.gbv.de/dms/zbw/57243619X.pdf, zuletzt geprüft am 11.3.2015.
- Flick, Uwe: Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Vollständig, überarbeitete und erweiterte Neuausgabe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2007.
- Frey, Christel (Hg.) (2011): Erfolgsfaktor Vertrauen. Wege zu einer Vertrauenskultur im Unternehmen. Wiesbaden: Gabler.
- GBE Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2014): Online verfügbar unter:

 https://www.gbe-bund.de/oowa921install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_
 neu/&p_aid=3&p_aid=49193887&nummer=300&p_sprache=D&p_indsp=&p_aid=81627700, zuletzt geprüft am 10.11.2014.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2014): Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. Stand: 23.

- Januar 2014. Hg. v. Bundesanzeiger. Online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-868/HKP-RL 2014-01-23.pdf, zuletzt geprüft am 2.10.14.
- Geraedts, M. (2014): Integrative und personenzentrierte Gesundheitsversorgung aus der Perspektive des Gesundheitssystems. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)). DOI: 10.1055/s-0034-1390406.
- Geraedts, M.; Holle, B.; Vollmar, H. C.; Bartholomeyczik, S. (2011): Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Pflege. Aktuelle Entwicklungen und Besonderheiten. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 54 (2), S. 185–193.
- GKV-Spitzenverband (2014): GKV- Kennzahlen. Online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.js p#lightbox, zuletzt geprüft am 10.11.2014.
- Gräßel, E.; Donath, C.; Hollederer, A.; Drexler, H.; Kornhuber, J.; Zobel, A.; Kolominsky-Rabas, P. (2014): Versorgungsforschung evidenzbasiert Ein Kurzüberblick und Implikationen. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)).
- Griep, Heinrich; Renn, Heribert (2013): Pflegesozialrecht. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Groß, Johannes (2008): Vorlagefrist ist keine Ausschlussfrist. In: Häusliche Pflege (5), S. 30–31.
- Grünberg, Patricia (2014): Gesundheitssystem und Vertrauen // Vertrauen in das Gesundheitssystem. Wie unterschiedliche Erfahrungen unsere Erwartungen prägen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint: Springer VS.
- Güntert, J. Bernhard; Thiele, Günther (2008): Gibt es eine Unterfinanzierung in der Pflege? In: Ullrich Bauer und Andreas Büscher (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (SpringerLink: Bücher), S. 154–179.
- Hamann, Kerstin (2014): Verordnung entbürokratisieren, Vertrauen stärken, in Care konkret 32/33, 08.08.2014, S. 10.
- Hellström, I., Nolan, M., Nordenfelt, L. & Lundh, U. (2007): Ethical and Methodological Issues in Interviewing Persons with Dementia. Nursing Ethics, 608-619.
- Hollick, Jürgen; Kerres, Andrea (2002): Pflege im DRG-System. DRGs Pflege Pflegediagnosen. Balingen: Spitta-Verl.

- Hopf, Christel: Qualitative Interviews ein Überblick. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 10. Auflage. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2013, S. 349-360.
- Junge, Kay (1998): Vertrauen und die Grundlagen der Sozialtheorie-. Ein Kommentar zu James S. Coleman. In: Hans-Peter Müller und Michael Schmid (Hg.): Norm, Herrschaft und Vertrauen. Beiträge zu James S. Colemans Grundlagen der Sozialtheorie. Opladen: Westdt. Verl, S. 26–63.
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) (2014): Modellversuch Verordnung häuslicher Krankenpflege. Online verfügbar unter: http://www.kvbawue.de/verordnungen/modellversuch_hkp/, zuletzt geprüft am 4.11.2014.
- Kluge, Hans-Georg; Dietsche, Hans-Jörg; Dr. York, von Falkenhayn; Prof. Dr. Finkelnburg, Klaus; Kleine- Döpke- Güse, Anett; Kretschmer, Gerald; Schink, Alexander (2010): Vorschläge zur Intensivierung der Deregulierung und Einleitung eines umfassenden Bürokratieabbaus in der Bundesrepublik Deutschlands. Abschlußbericht an die CDU/CSU- Bundestagsfraktion. In: Norbert Röttgen und Bernhard Vogel (Hg.): Bürokratiekostenabbau in Deutschland. Baden-Baden: Nomos.
- Kruse, Jan: Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 2014.
- KVBW Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2014): Modellversuch Verordnung Häuslicher Krankenpflege. Online verfügbar unter: http://www.kvbawue.de/verordnungen/modellversuch-hkp/, zuletzt geprüft am 02.01.2015.
- Löffler, Christin; Altiner, Attila; Streich, Waldemar; Stolzenbach, Carl-Otto; Fuchs, Angela; Drewelow, Eva et al. (2014): Multimorbidität aus Hausarzt- und Patientensicht.

 Qualitative Studie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.
- Luhmann, Niklas (2001): Vertrautheit, Zuversicht, Vertrauen: Probleme und Alternativen. In: Martin Hartmann und Claus Offe (Hg.): Vertrauen. Die Grundlage des sozialen Zusammenhalts. Frankfurt, New York: Campus (Theorie und Gesellschaft, Bd. 50), S. 143–160.
- Manssen, Gerrit (2006): Verwaltungsrecht als Standortnachteil?: München: Verlag C.H. Beck.

- Mayer, Hanna: Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 3., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 2011.
- Mayer, Horst Otto: Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. 6., überarbeitete Auflage. München: Oldenbourg Verlag, 2013.
- MDK (Hg.) (2007): Aufgaben und Leistungen der Medizinischen Dienste. Online verfügbar unter: http://www.mdk.de/317.htm, zuletzt geprüft am 2.3.15.
- MDK (Hg.) (2013): Die Rolle des MDK im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter http://www.mdk.de/313.htm, zuletzt geprüft am 2.3.15.
- Morfeld, Matthias; Kirchberger, Inge; Bullinger, Monika (2011): SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Deutsche Version des Short Form 36 Health Survey. 2., ergänzte und überarbeitete Auflage, Göttingen: Hofgrefe.
- Müller-Mundt, Gabriele; Schaeffer, Doris (2003): Patientenorientierte Versorgung. In: Holger Pfaff (Hg.): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. 1. Aufl. Bern, Seattle: Hans Huber (Handbuch Gesundheitswissenschaften), S. 143–147.
- Nett, Gert (2014): Bürokratie ade. In: Häusliche Pflege 11, S. 20-25.
- Nuissl, Henning (2002): Bausteine des Vertrauens eine Begriffsanalyse. In: Berl. J. Soziol. 12 (1), S. 87–108.
- Ortlieb, Renate; Klaus; Matiaske, Wenzel (2004): Zufriedenheit mit ambulanten Pflegediensten Ergebnisse mit dem PPSQ-AC (Paderborn Patient Satisfaction Questionnaire Ambulant Care). Ergebnisbericht 06. Werkstatt für Organisations-und Personalforschung e.V., Berlin. Juni 2004 Verfügbar unter: http://hermes.unibwhamburg.de/werkstatt/berichte/ergebnisbericht06.pdf, zuletzt geprüft am 2.10.2014.
- Pfaff, Holger (Hg.) (2003): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. 1. Aufl. Bern, Seattle: Hans Huber (Handbuch Gesundheitswissenschaften).
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. zuletzt geändert am 17.07.2014. veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 06.10 .2014 B2 vom 6. Oktober 2014 in Kraft getreten am 7. Oktober 2014. Online verfügbar unter: www.g-ba.de/downloads/62-492-924/HKP-RL_2014-07-17.pdf, zuletzt geprüft am 30.3.15.

- Rösener, Anke (2007): Bürokratiekosten messen aber wie? Methoden Intentionen und Optionen. Unter Mitarbeit von Claus Precht und Wulf Damkowski. Berlin: ed. sigma (Modernisierung des öffentlichen Sektors).
- Runder Tisch Pflege, Arbeitsgruppe III (2005): Entbürokratisierung. Hg. v. DZA. Online verfügbar unter http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/ergebnisse_runder_tisch_arbeitsgruppe_III.p df, zuletzt geprüft am 11.3.15.
- Schmidt, Simone; Meissner, Thomas (2009): Organisation und Haftung in der ambulanten Pflege. Praxisbuch. 1. Aufl. Berlin: Springer (Springer E-book Collection).
- Schweer, Martin K. W. (2012): Vertrauen als Organisationsprinzip in interorganisationalen Kooperationen. In: Christian Schilcher (Hg.): Vertrauen und Kooperation in der Arbeitswelt. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften (SpringerLink: Bücher), S. 103–121.
- Schweer, Martin K. W.; Siebertz-Reckzeh, Karin (2012): Vertrauen als zentrale Ressource interorganisationaler Kooperationen. Sensibilisierung für einen sensiblen Prozess. In: Organisationsentwicklung: Zeitschrift für Unternehmensentwicklung und Change Management 31 (1), S. 18–22.
- Simon, Michael (2013): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Sommerlatte, Tom; Fallou, Jean-Luc (2012): Quintessenz der Vertrauensbildung. Berlin, Heidelberg: Springer (SpringerLink: Bücher).
- Spitzer, Florian; Tyran, Jean-Robert (2013): Schaffen Institutionen Vertrauen? Einsichten aus der experimentellen Wirtschaftsforschung. In: Edith Hammer (Hg.): Vertrauen. Münster, München, Berlin [u.a.]: Waxmann (Standpunkte zum sozialen, wirtschaftlichen und politischen Handeln), S. 92.
- Statistisches Bundesamt (2013a): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Verfügbar unter: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 19.8.14.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2013b): Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege.

 Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind- Projektreihe Bestimmung des bürokratischen Aufwands und Ansätze zur Entlastung. Online verfügbar unter:

- http://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/BeauftrBuerokratieabb au/Bericht_2013_erfuellungsaufwand_pflege.html, zuletzt geprüft am 25.6.14.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2013c): Bürokratiekostenmessung Erfüllungsaufwand -. Bewertung und Darstellung von Bürokratie. Internet. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/Buerokratiekosten/Ergebniss e/Erfuellungsaufwand/Aktuell.html, zuletzt aktualisiert am 03.07.2013, zuletzt geprüft am 22.08.2014.
- Thorwirth, Rainer (2013): Verordnungen zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V Möglichkeiten für Kompetenzerweiterungen für die ambulante Pflege in Deutschland. Studie zum Beantragungs- und Genehmigungsprozess von Verordnungen zur häuslichen Krankenpflege. Jena: Ernst Abbe Hochschule, unveröffentlichte Masterarbeit.
- Verband der Ersatzkassen (vdek) (2014): Modellversuch Weniger Bürokratie für die häusliche Krankenpflege. Online verfügbar unter:

 http://www.vdek.com/LVen/BAW/Presse/Pressemitteilungen/2014/ModellversuchH
 KP.htm, zuletzt geprüft am 10.11.2014.
- Verband der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg (2014): Häusliche Krankenpflege: Verordnung entbürokratisieren, Vertrauen stärken. Online verfügbar unter:

 http://www.vdek.com/LVen/BAW/Presse/Pressemitteilungen/2014/ModellHKPinLV. html, zuletzt geprüft am 2.3.15.
- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg (2014):
 Imagebroschüre des vdek mit dem Titel: Gesundheit Gestalten. Der Verband der
 Ersatzkassen e. V. stellt sich vor. Online verfügbar unter:
 http://www.vdek.com/presse/Broschueren/_jcr_content/par/download_3/file.res/0
 2 2013 05 VDEK Imagebroschuere web.pdf, zuletzt geprüft am 11.03.2015.
- Vollmar, Jens; Becker, Roman; Hoffend, Isabella (2013): Macht des Vertrauens. Perspektiven und aktuelle Herausforderungen im unternehmerischen Kontext. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint: Springer Gabler.
- Wunder, Bernd (1986): Geschichte der Bürokratie in Deutschland. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Anhang

- 1. Anschreiben Fragebogen
- 2. Fragebogen für Patientinnen und Patienten
- 3. Ergebnisse Datenauswertung Patientinnen und Patienten
- 4. Interviewleitfaden niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
- 5. Interviewleitfaden Ersatzkassen
- 6. Interviewleitfaden ambulante Pflegedienste
- 7. Interviewleitfaden MDK





Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind erkrankt und nehmen häusliche Krankenpflege in Anspruch. Da wünschen wir Ihnen zuallererst einmal eine gute Besserung.

In Ihrer Situation erfahren Sie Unterstützung von Ihrer Sozialstation, Ihrem Arzt, und Ihrer Krankenkasse. Alle Beteiligten wollen die häusliche Pflege für Sie als Patient möglichst reibungslos koordinieren. Mit dem Ziel, die Abstimmung weiter zu verbessern, erproben wir in einem Projekt mit wenigen ausgewählten Sozialstationen, darunter auch Ihrer, ein vereinfachtes Verordnungs- und Genehmigungsverfahren. Das Projekt wird von der Hochschule Esslingen begleitet und ausgewertet. Dazu werden neben den Patienten auch die ausgewählten Sozialstationen und die teilnehmenden Ärzte befragt, wie Sie die Veränderung beurteilen. Vom Ergebnis hängt es mit ab, ob das im Projekt erprobte Verfahren bald schon überall Einzug hält.

Sie können uns dabei unterstützen die Verordnung häuslicher Pflege zu verbessern, indem Sie den beiliegenden Fragebogen ausfüllen. Dafür benötigen Sie zwischen 10 und 15 Minuten. Bitte lassen Sie sich gegebenenfalls bei dem Ausfüllen des Fragebogens helfen. Insbesondere wenn Dritte, zum Beispiel Angehörige, Sie schon zuvor bei der Verordnung der ambulanten Pflege unterstützten, haben auch diese Personen für uns wichtige Erfahrungen gesammelt, die in die Befragung eingehen sollen.

Einwilligung zur Teilnahme

Die Aufzeichnung und Auswertung Ihrer Daten erfolgt anonym. Das bedeutet, die Daten werden vertraulich behandelt und sind nicht auf Ihre Person zurückzuführen. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und Sie entscheiden selbst, ob Sie teilnehmen möchten. Mit Rückgabe des Fragebogens gehen wir davon aus, dass Sie mit der anonymisierten Speicherung und Verwendung Ihrer Angaben zu Forschungszwecken einverstanden sind.

Den ausgefüllten Fragebogen stecken Sie bitte in den vorbereiteten Umschlag, verschließen diesen und geben den Umschlag an Ihren ambulanten Pflegedienst.

Für Ihre unterstützende Hilfe möchten wir uns schon jetzt herzlich bedanken.

Mit freundlichen Grüßen

Das Forschungsteam der Hochschule Esslingen

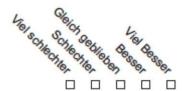
Hochschule Esslingen Prof. Dr. Reinhold Wolke, Anja Siegle, M.A. Flandernstr. 101, 73232 Esslingen Anja.Siegle@hs-esslingen.de 0711/397-4555

							<u> </u>
Ev	aSys	Fragebogen für P	atientinnen und Pa	tienten der ambu	lanten Pfleg	e	Electric Paper
			[Wolke, Siegle]			Гыла	hschule Esslingen
09_Sc	oziale Art	eit, Pflege und Gesundheit	[Evaluation des Me	odellvorhabens - V	erordnungen]		rsity of Applied Sciences
Markiere Korrektu	en Sie so: ir:	☐ ■ ☐ ☐ ☐ Bittle verwenden Sie	•				
-					, ,		
1. /	Angabe	en zu Ihrer gesundheits	bezogenen L	ebensqualit	ät		
	Bogen Bitte b	em Teil des Fragebogens ermöglicht es nachzuvollz eantworten Sie jede der Fr izen, das am besten auf S	riehen, wie Sie ragen, indem Si	sich fühlen un ie bei den Antv	d wie Sie i wortmöglic	m Alltag hkeiten	zurechtkommen. das Kästchen
				Aug de Add	Net Oll G	niger Schill	oon,
1.1		ürden Sie Ihren Gesundhe einen beschreiben?	itszustand im				
	Sind S	genden sind einige Tätigke en. <i>ie durch Ihren derzeitigen</i> ja, wie stark?		stand bei dies	en Tätigke	eiten <i>ein</i> g	geschränkt?
			•	te, start eligeschia	Neh, neh	eingeschie	**************************************
1.2		schwere Tätigkeiten, z.B. ieben, staubsaugen, kege	einen Tisch				
1.3	mehre	re Treppenabsätze steige	n				
	Hatten Schwie	Sie <i>in der vergangenen V</i> erigkeiten bei der Arbeit od	Voche aufgrund er anderen allta	I Ihrer körperli äglichen Tätigl	ichen Ges keiten im E	<i>undheit</i> Beruf bzv	irgendwelche w. zu Hause?
1.4	Ich ha □ Ja	be weniger geschafft als	ich wollte Nein				
1.5	Ich ko □ Ja	nnte nur bestimmte Ding	je tun □ Nein				
F2265U4	2275P1PL0V	0					01.10.2014, Seite 1/

1. Angaben zu Ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität [Fortsetzung]		•																\neg
Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tatigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder angstlich fühlten)? 1.6 Ich habe weniger geschafft als ich wollte Ja Nein 1.7 Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten Ja Nein 1.8 Inwieweit haben Schmerzen Sie in der vergangenen Woche bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert? In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in der vergangenen Woche gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht) Wie oft waren Sie in der vergangenen Woche 1.9 ruhig und gelassen? India		EvaS	ys		Fragel	oogen für	Patientin	nen und	Patient	en der	ambula	inten F	flege			ď	Electri	c Paper
Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tatilgkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)? 1.6 Ich habe weniger geschafft als ich wollte Ja Nein 1.7 Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten Ja Nein 1.8 Inwieweit haben Schmerzen Sie in der vergangenen Woche bei der Ausübung ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert? In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in der vergangenen Woche gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht) Wie oft waren Sie in der vergangenen Woche 1.9 ruhig und gelassen? India	1	An	aabo	n zu Ibre	or doe	undhai	tehozo	aonoi	n I obe	near	ıalität	· IE	ortec	staun	al			
Ja		H S W	latten chwie eil Sie	Sie <i>in der</i> erigkeiten e sich nied	r verga bei der derges	ngenen Arbeit o chlagen	Woche oder an oder ä	e aufgru deren a ngstlich	<i>ınd see</i> alltäglic	elisch hen T	er Pro	blem	e irge	endw	elche	υН	ause	(z.B.
1.8 Inwieweit haben Schmerzen Sie in der vergangenen Woche bei der Ausübung Ihrer Altagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert? In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in der vergangenen Woche gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht) Wie oft waren Sie in der vergangenen Woche 1.9 ruhig und gelassen? voller Energie? voller Energie? entmutigt und traurig? entmutigt und traurig? voller Energie? voller Energie? entmutigt und traurig? voller Energie?	1			be wenige	er ges	chafft a												
Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert? In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in der vergangenen Woche gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht) Wie oft waren Sie in der vergangenen Woche 1.9 ruhig und gelassen?	1			nnte nich	it so so	orgfältig	7.71		beiten									
gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht) Wie oft waren Sie in der vergangenen Woche 1.9 ruhig und gelassen?	1	A	<i>ergan</i> Iltags	<i>igenen Wo</i> tätigkeiter	oche b	ei der Au	usübung	g Ihrer		Obento	En de nich	Schon .	Magia	ennlich	Soff C]		
1.9 ruhig und gelassen? voller Energie? voller Energie? entmutigt und traurig? entmutigt und traurig entmutigt .		(E	egang Bitte k	gen ist. reuzen Si	ie in je	der Zeile	das K	ästcher	n an, da							761		
1.10 voller Energie? entmutigt und traurig? entmutigt und traurig?			vvie o	nt water c	sie iii u	er verge	angene	ii vvoci	<i>i</i> c		me	Cientio	anch.	Se				
1.11 entmutigt und traurig? entmutigt und traurig. entmu	1	.9				ruhig (und gel	assen?)		"Ne	Ons -	0, "	0]		
1.12 Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der vergangenen Woche Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	.10			-	voller	Energie	?]		
oder seelischen Probleme in der vergangenen Woche Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	.11				entmu	tigt und	l trauriç	j ?]		
2265U42275P2PLDV0 01.10.2014, Seite 2/6	1	O(E	der se Voche Besuc	eelischen hre Kont he bei Fre	Proble takte z	me <i>in de</i> u andere	er verga en Men	<i>angene</i> schen	it en		Inne	Malstens .	Chma)	Selfen .	1/8]		
 	F226	5U42275	SP2PLOV	0					~	F ,						01.	10.2014	Selte 2/6

EvaSys	Fragebogen für Patientinnen und Patienten der ambulanten Pflege	Electric Paper

1. Angaben zu Ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität [Fortsetzung]



1.13 Wie hat sich Ihre allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität durch die häusliche Krankenpflege verändert?

2. Angaben zur Organisation des Pflegedienstes/Sozialstation

	Ihnen gekommen ist.					
2.1	Wer ist damals zuerst auf die Ide □ Sie selbst	ee gekommen einen Pflegedienst □ Familienangehörige, Freunde				
	☐ Ärztin/Arzt im Krankenhaus	☐ Jemand anderes Bitte eintragen				
2.2	Wer hat sich damals danach umgehört, welche Pflegedienste/Sozialstationen in Frage kommen?					
	☐ Sie selbst	☐ Familienangehörige, Freunde	□ Niedergelassene/er Arztin/ Arzt			
	☐ Ärztin/Arzt im Krankenhaus	☐ Jemand anderes Bitte eintragen				
2.3	Wer hat damals Ihren jetzigen Pflegedienst/Sozialstation ausgewählt?					
	☐ Sie selbst	☐ Familienangehörige, Freunde	□ Niedergelassene/er Ärztin/ Arzt			
	☐ Ärztin/Arzt im Krankenhaus	☐ Jemand anderes Bitte eintragen				
2.4	Seit wann kommt Ihr jetziger Pfle ☐ Seit Tagen	egedienst/Sozialstation zu Ihnen?				

Bitte denken Sie zunächst an die Zeit zurück als der Pflegedienst/Sozialstation noch nicht zu

F2265U42275P3PL0V0 01.10.2014, Seite 3/6

_						_			
Ev	aSys	ys Fragebogen für Patientinnen und Patienten der ambulanten Pflege				Electric Paper			
3. Angaben zum Verordnungsprozess									
	Bitte denken Sie nun daran wie Sie die Verordnung (das Rezept) für die häusliche Krankenpflege erhalten und bearbeitet haben.								
3.1	□ Nied Arzt □ Jem	at die Verordnung (das Re dergelassene/er Ärztin/ and anderes e eintragen	ezept) für die häus □ Ärztin/Arzt im			er			
3.2	Wie lange dauerte es von dem Moment als Sie die Verordnung (das Rezept) zur häuslichen Krankenpflege erhielten bis der Pflegedienst/Sozialstation bei Ihnen anfing? □ Tage								
3.3	Haben Sie den Patiententeil (auf der Rückseite) der Verordnung (dem Rezept) zur häuslichen Krankenpflege selbst ausgefüllt?								
	□ Ja		□ Nein						
3.4	Wenn Sie den Patiententeil mit Hilfe einer anderen Person ausgefüllt haben, wer hat Ihnen beim Ausfüllen geholfen?								
	□ Ang	ehörige/r	☐ Ambulanter Pr	flegedienst	□ Niedergelasse Arzt	ne/er Ärztin/			
	□Ārzt	in, Arzt im Krankenhaus	☐ Jemand ander Bitte eintrager						
	Wer erledigte folgende Schritte im Verordnungsprozess?								
				Andyland Sie Selbe	A CONTRACTOR A CON				
3.5		er brachte Ihre Krankenversicherten-Karte zur ztin, zum Arzt?		Ĺ		1			
3.6	Wer ho	/er holte die Verordnung (Rezept) bei Ihrem rzt, Ihrer Ärztin ab?				1			
3.7	Wer ha	Wer hat die Verordnung (Rezept) zum ambulanten Pflegedienst/Sozialstation gebracht?				1			
3.8	Wer hat die Verordnung (Rezept) an die Krankenkasse weitergeleitet?				1				

F2265U42275P4PL0V0 01.10.2014, Selte 4/6

Г		_
EvaSys Fragebogen für	Patientinnen und Patienten der ambular	nten Pflege State Hactric Paper
Angaben zum Verordnungspro		
5. Angaben zum verörunungspro	zess [i oriseizurig]	1.
		lein o
	S. S. S.	Smas Merich
3.9 Haben Sie das Vorgehen zur V häuslicher Krankenpflege als b negativen Sinne (also mit Hüre Richtlinien und Verwaltungsvor wahrgenommen?	ürokratisch im den, vielen	
3.10 Gab es Nachfragen zur Verord ☐ Niedergelassene/er Ärztin/ Arzt	nung (Rezept) von folgenden Pers ☐ Ambulanter Pflegedienst	sonen? ☐ Krankenkassen Sachbearbeiter/in
☐ Jemand anderes Bitte eintragen	☐ Keine Nachfragen	Sacribear Delici/III
3.11 Wie viel Zeit haben Sie und die insgesamt benötigt, um die Ver □ Zeitangabe: Stunden	Personen aus Ihrem Umfeld, die ordnung (Rezept) zur häuslichen	
3.12 Hatten Sie den Eindruck, dass ☐ Ja	der Verordnungsprozess ohne Ihr □ Nein	Zutun erledigt wurde?
3.13 Welche der folgenden Aussage Mehrfachnennungen sind mögl		gsprozesses auf Sie zu:
☐ Ich habe mich selbst um die Verordnung (Rezept) gekümmert	☐ Ich fand es sehr belastend mich um die Verordnung (Rezept) kümmern zu müssen.	☐ Ich fand den Verordnungsprozess sehr kompliziert.
Ich konnte mich nicht selbst um die Verordnung (Rezept) kümmern.	☐ Ich fand den Verordnungsprozess einfach	☐ Sontiges Bitte eintragen
4. Zum Abschluss noch einige Fr	agen zu Ihrer Person	
4.1 Wie alt Sind Sie?		
☐ Jahre		

F2265U42275P5PL0V0

4.2 Ihr Geschlecht ?

☐ Frau



☐ Mann

01.10.2014, Seite 5/6

Eva	aSys	Fragebogen für f	Patientinnen und Patienten der ambulan	ten Pflege
4. Z	um Ab	schluss noch einige Fra	agen zu Ihrer Person [Fortsetz	zung]
4.3	□ Ja, a	in Ihrem Haushalt noch v außer mir sonen	veitere Personen? □ Nein	
4.4	□ Pfle	e Pflegestufe trifft auf Sie gestufe 1 ne Pflegestufe	zu? ☐ Pflegestufe 2	☐ Pflegestufe 3
4.5	□ Ich I bear Frag		gen beantwortet und ausgefüllt? Ich habe alle Fragen selbst beantwortet, ich habe mir aber beim Antworten und/oder beim Ausfüllen des Fragebogens von jemand anderem helfen lassen.	
4.6		Ihnen jemand beim Ausfü nilienangehörige	illen des Fragebogens geholfen h □ Freunde, Bekannte	nat, wer war das? ☐ Pflegende/r des ambulanten Pflegedienstes
		and anderes e eintragen		
4.7	Kranke	Sie noch Vorschläge ode enpflege oder zu diesem l otieren Sie diese hier.	er weitere Anmerkungen zur Vero Fragebogen?	rdnung von häuslicher
	Vielen	Dank für Ihre Unterstüt	tzung!	
2265U42	2275P6PL0V	o		01.10.2014, Seite 6/6
				1

Ergebnisse der Fragebogenerhebung bei Patientinnen und Patienten, die häusliche Krankenpflege benötigen: Ausgangserhebung T₀

Wie hat sich Ihre allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität durch die häusliche Krankenpflege verändert? (Ausgangserhebung T₀)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Schlechter	5	3,9	4,0	4,0
	Gleich geblieben	42	32,6	33,6	37,6
Gültig	Besser	60	46,5	48,0	85,6
	Viel Besser	18	14,0	14,4	100,0
	Gesamt	125	96,9	100,0	
Fehlend	Fehlt	4	3,1		
Gesamt		129	100,0		

Wer ist damals zuerst auf die Idee gekommen einen Pflegedienst/Sozialstation zu nehmen?

(Ausgangserhebung T₀)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Sie selbst	16	12,4	12,7	12,7
	Familienangehörige, Freunde	51	39,5	40,5	53,2
Gültig	Niedergelassene/er Ärztin/ Arzt	42	32,6	33,3	86,5
- u.u.g	Ärztin/Arzt im Krankenhaus	14	10,9	11,1	97,6
	Jemand anderes Bitte eintragen	3	2,3	2,4	100,0
	Gesamt	126	97,7	100,0	
Fehlend	Fehlt	3	2,3		
Gesamt		129	100,0		

Wer hat sich damals danach umgehört, welche Pflegedienste/Sozialstationen in Frage kommen? (Ausgangserhebung T_0)

	·	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Sie selbst	16	12,4	12,7	12,7
	Familienangehörige, Freunde	81	62,8	64,3	77,0
Gültig	Niedergelassene/er Ärztin/ Arzt	19	14,7	15,1	92,1
- Curring	Ärztin/Arzt im Krankenhaus	6	4,7	4,8	96,8
	Jemand anderes Bitte eintragen	4	3,1	3,2	100,0
	Gesamt	126	97,7	100,0	
Fehlend	Fehlt	3	2,3		
Gesamt		129	100,0		

Wer hat damals Ihren jetzigen Pflegedienst/Sozialstation ausgewählt? (Ausgangserhebung T₀)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Sie selbst	32	24,8	25,4	25,4
	Familienangehörige, Freunde	70	54,3	55,6	81,0
Gültig	Niedergelassene/er Ärztin/ Arzt	18	14,0	14,3	95,2
Curing	Ärztin/Arzt im Krankenhaus	3	2,3	2,4	97,6
	Jemand anderes Bitte eintragen	3	2,3	2,4	100,0
	Gesamt	126	97,7	100,0	
Fehlend	Fehlt	3	2,3		
Gesamt		129	100,0		

Wer hat die Verordnung (das Rezept) für die häusliche Krankenpflege für Sie ausgestellt? (Ausgangserhebung T_0)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Niedergelassene/er Ärztin/Arzt	104	80,6	83,2	83,2
	Ärztin/Arzt im Krankenhaus	16	12,4	12,8	96,0
Gültig	Ärztin/Arzt in der Rehabilitationsklinik	3	2,3	2,4	98,4
	Jemand anderes Bitte eintragen	2	1,6	1,6	100,0
	Gesamt	125	96,9	100,0	
Fehlend	Fehlt	4	3,1		
Gesamt		129	100,0		

Haben Sie den Patiententeil (auf der Rückseite) der Verordnung (dem Rezept) zur häuslichen Krankenpflege selbst ausgefüllt? (Ausgangserhebung T₀)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte
		J		Prozente	Prozente
	Nein	104	80,6	86,0	86,0
Gültig	Ja	17	13,2	14,0	100,0
	Gesamt	121	93,8	100,0	
Fehlend	Fehlt	8	6,2		
Gesamt		129	100,0		

Wenn Sie den Patiententeil mit Hilfe einer anderen Person ausgefüllt haben, wer hat Ihnen beim Ausfüllen geholfen? (Ausgangserhebung T_0)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Angehörige/r	22	17,1	20,8	20,8
	Ambulanter Pflegedienst	70	54,3	66,0	86,8
	Niedergelassene/er Ärztin/ Arzt	5	3,9	4,7	91,5
Gültig	Ärztin, Arzt im Krankenhaus	7	5,4	6,6	98,1
	Jemand anderes Bitte eintragen	2	1,6	1,9	100,0
	Gesamt	106	82,2	100,0	
Fehlend	Fehlt	23	17,8		
Gesamt		129	100,0		

Wer brachte Ihre Krankenversicherten-Karte zur Ärztin, zum Arzt? (Ausgangserhebung T₀)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Sie selbst	30	23,3	23,8	23,8
	Arzt/Ärztin	2	1,6	1,6	25,4
	Angehörige	77	59,7	61,1	86,5
Gültig	Ambulanter Pflegedienst	12	9,3	9,5	96,0
	Sonstige Person	4	3,1	3,2	99,2
	Trifft nicht zu	1	,8	,8	100,0
	Gesamt	126	97,7	100,0	
Fehlend	Fehlt	3	2,3		
Gesamt		129	100,0		

Wer holte die Verordnung (Rezept) bei Ihrem Arzt, Ihrer Ärztin ab? (Ausgangserhebung T₀)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Sie selbst	19	14,7	15,2	15,2
	Angehörige	53	41,1	42,4	57,6
	Ambulanter Pflegedienst	47	36,4	37,6	95,2
Gültig	Sonstige Person	5	3,9	4,0	99,2
	Trifft nicht zu	1	,8	,8	100,0
	Gesamt	125	96,9	100,0	
Fehlend	Fehlt	4	3,1		
Gesamt		129	100,0		

Wer hat die Verordnung (Rezept) zum ambulanten Pflegedienst/Sozialstation gebracht? (Ausgangserhebung T_0)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Sie selbst	8	6,2	6,7	6,7
	Arzt/Ärztin	4	3,1	3,4	10,1
0 "14"	Angehörige	32	24,8	26,9	37,0
Gültig	Ambulanter Pflegedienst	71	55,0	59,7	96,6
	Sonstige Person	4	3,1	3,4	100,0
	Gesamt	119	92,2	100,0	
Fehlend	Fehlt	10	7,8		
Gesamt		129	100,0		

Wer hat die Verordnung (Rezept) an die Krankenkasse weitergeleitet? (Ausgangserhebung

 T_0)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte
		riadiigiteit	1 102011	Prozente	Prozente
	Sie selbst	5	3,9	4,1	4,1
	Arzt/Ärztin	8	6,2	6,6	10,7
0.114	Angehörige	21	16,3	17,2	27,9
Gültig	Ambulanter Pflegedienst	87	67,4	71,3	99,2
	Sonstige Person	1	,8	,8	100,0
	Gesamt	122	94,6	100,0	
Fehlend	Fehlt	7	5,4		
Gesamt		129	100,0		

Haben Sie das Vorgehen zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege als bürokratisch im negativen Sinne (also mit Hürden, vielen Richtlinien und

Verwaltungsvorgängen) wahrgenommen? (Ausgangserhebung T₀)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Ja, sehr	47	36,4	38,8	38,8
	Etwas	24	18,6	19,8	58,7
0 "14"	Mäßig	8	6,2	6,6	65,3
Gültig	Wenig	13	10,1	10,7	76,0
	Nein, gar nicht	29	22,5	24,0	100,0
	Gesamt	121	93,8	100,0	
Fehlend	Fehlt	8	6,2		
Gesamt		129	100,0		

Gab es Nachfragen zur Verordnung (Rezept) von folgenden Personen? (Ausgangserhebung T_0)

Häufigkeit Prozent Gültige Kumulierte Prozente Prozente Niedergelassene/er 9,9 12 9,3 9,9 Ärztin/Arzt Ambulanter Pflegedienst 5 4,1 14,0 3,9 Krankenkassen 38,0 29 22,5 24,0 Sachbearbeiter/in Gültig Jemand anderes Bitte 2 1,6 1,7 39,7 eintragen 73 Keine Nachfragen 56.6 60,3 100,0 Gesamt 121 93,8 100,0 Fehlend Fehlt 8 6,2 Gesamt 129 100,0

Hatten Sie den Eindruck, dass der Verordnungsprozess ohne Ihr Zutun erledigt wurde? (Ausgangserhebung To)

	warde: (Aasgangsernebang 10)							
		Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte			
				Prozente	Prozente			
	Nein	65	50,4	53,7	53,7			
Gültig	Ja	56	43,4	46,3	100,0			
	Gesamt	121	93,8	100,0				
Fehlend	Fehlt	8	6,2					
Gesamt		129	100,0					

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: Mehrfachnennungen sind möglich: Ich habe mich selbst um die Verordnung (Rezept)

gekümmert (Ausgangserhebung T₀)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Keine Angabe Ich habe mich selbst um die	104	80,6	85,2	85,2
Gültig	Verordnung (Rezept) gekümmert	18	14,0	14,8	100,0
	Gesamt	122	94,6	100,0	
Fehlend	Fehlt	7	5,4		
Gesamt		129	100,0		

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: Mehrfachnennungen sind möglich: Ich fand es sehr belastend mich um die Verordnung (Rezept)

kümmern zu müssen. (Ausgangserhebung T₀)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Keine Angabe	86	66,7	70,5	70,5
Gültig	Ich fand es sehr belastend mich um die Verordnung (Rezept) kümmern zu müssen.	36	27,9	29,5	100,0
	Gesamt	122	94,6	100,0	
Fehlend	Fehlt	7	5,4		
Gesamt		129	100,0		

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: Mehrfachnennungen sind möglich: Ich fand den Verordnungsprozess sehr kompliziert.

(Ausgangserhebung T₀)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Keine Angabe	76	58,9	62,3	62,3
Gültig	Ich fand den Verordnungsprozess sehr kompliziert.	46	35,7	37,7	100,0
	Gesamt	122	94,6	100,0	
Fehlend	Fehlt	7	5,4		
Gesamt		129	100,0		

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: Mehrfachnennungen sind möglich: Ich konnte mich nicht selbst um die Verordnung (Rezept) kümmern. (Ausgangserhebung T_0)

		, ,	U	0,	
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	_				
	Keine Angabe	45	34,9	36,9	36,9
Gültig	Ich konnte mich nicht selbst um die Verordnung (Rezept) kümmern.	77	59,7	63,1	100,0
	Gesamt	122	94,6	100,0	
		_	,	,	
Fehlend	Fehlt	7	5,4		
Gesamt		129	100,0		

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: Mehrfachnennungen sind möglich: Ich fand den Verordnungsprozess einfach

(Ausgangserhebung T₀)

(7.638611836111636118 10)						
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
	Keine Angabe	99	76,7	81,1	81,1	
Gültig	Ich fand den Verordnungsprozess einfach	23	17,8	18,9	100,0	
	Gesamt	122	94,6	100,0		
Fehlend	Fehlt	7	5,4			
Gesamt		129	100,0			

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: Mehrfachnennungen sind möglich: Sonstiges: Bitte eintragen (Ausgangserhebung

		• 0 /			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Keine Angabe	119	92,2	96,7	96,7
Gültig	Sontiges Bitte eintragen	4	3,1	3,3	100,0
	Gesamt	123	95,3	100,0	
Fehlend	Fehlt	6	4,7		
Gesamt		129	100,0		

Ihr Geschlecht ? (Ausgangserhebung T₀)

6 (1							
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente		
	Mann	31	24,0	24,4	24,4		
Gültig	Frau	96	74,4	75,6	100,0		
	Gesamt	127	98,4	100,0			
Fehlend	Fehlt	2	1,6				
Gesamt		129	100,0				

Leben in Ihrem Haushalt noch weitere Personen? (Ausgangserhebung T₀)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Nein	64	49,6	51,6	51,6
Gültig	Ja, außer mir Personen	60	46,5	48,4	100,0
	Gesamt	124	96,1	100,0	
Fehlend	Fehlt	5	3,9		
Gesamt		129	100,0		

Anzahl der Personen im Haushalt (Ausgangserhebung T₀)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Keine Angabe	65	50,4	52,4	52,4
	1,00	52	40,3	41,9	94,4
Gültig	2,00	4	3,1	3,2	97,6
3	3,00	2	1,6	1,6	99,2
	4,00	1	,8	,8	100,0
	Gesamt	124	96,1	100,0	
Fehlend	Fehlt	5	3,9		
Gesamt		129	100,0		

Welche Pflegestufe trifft auf Sie zu? (Ausgangserhebung T₀)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Pflegestufe 1	48	37,2	39,7	39,7
	Pflegestufe 2	31	24,0	25,6	65,3
Gültig	Pflegestufe 3	6	4,7	5,0	70,2
	Keine Pflegestufe	36	27,9	29,8	100,0
	Gesamt	121	93,8	100,0	
Fehlend	Fehlt	8	6,2		
Gesamt		129	100,0		

Wie haben Sie diesen Fragebogen beantwortet und ausgefüllt? (Ausgangserhebung T₀)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Ich habe alle Fragen selbst beantwortet und den Fragebog	23	17,8	18,7	18,7
Gültig	ich habe mir beim Ausfüllen des Fragebogens helfen lassen.	100	77,5	81,3	100,0
	Gesamt	123	95,3	100,0	
Fehlend	Fehlt	6	4,7		
Gesamt		129	100,0		

Wenn Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen hat, wer war das? (Ausgangserhebung T_0)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Familienangehörige	44	34,1	42,3	42,3
	Freunde, Bekannte	10	7,8	9,6	51,9
Gültig	Pflegende/r des ambulanten Pflegedienstes	49	38,0	47,1	99,0
	Jemand anderes Bitte eintragen	1	,8	1,0	100,0
	Gesamt	104	80,6	100,0	
Fehlend	Fehlt	25	19,4		
Gesamt		129	100,0		

Ergebnisse der Fragebogenerhebung bei Patientinnen und Patienten, die häusliche Krankenpflege benötigen: Folgeerhebung T₁

Wie hat sich Ihre allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität durch die häusliche Krankenpflege verändert? (Folgeerhebung T_1)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Schlechter	1	,8	1,8	1,8
	Gleich geblieben	23	18,0	40,4	42,1
Gültig	Besser	25	19,5	43,9	86,0
Ĭ	Viel Besser	8	6,3	14,0	100,0
	Gesamt	57	44,5	100,0	
	Fehlt	3	2,3		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	71	55,5		
Gesamt		128	100,0		

Wer ist damals zuerst auf die Idee gekommen einen Pflegedienst/Sozialstation zu nehmen? (Folgeerhebung T_1)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Sie selbst	7	5,5	12,7	12,7
	Familienangehörige, Freunde	26	20,3	47,3	60,0
Gültig	Niedergelassene/er Ärztin/ Arzt	16	12,5	29,1	89,1
- Curring	Ärztin/Arzt im Krankenhaus	4	3,1	7,3	96,4
	Jemand anderes Bitte eintragen	2	1,6	3,6	100,0
	Gesamt	55	43,0	100,0	
	Fehlt	5	3,9		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	73	57,0		
Gesamt		128	100,0		

Wer hat sich damals danach umgehört, welche Pflegedienste/Sozialstationen in Frage kommen? (Folgeerhebung T_1)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Sie selbst	9	7,0	16,4	16,4
	Familienangehörige, Freunde	26	20,3	47,3	63,6
Gültig	Niedergelassene/er Ärztin/ Arzt	17	13,3	30,9	94,5
	Jemand anderes Bitte eintragen	3	2,3	5,5	100,0
	Gesamt	55	43,0	100,0	
	Fehlt	5	3,9		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	73	57,0		
Gesamt		128	100,0		

Wer hat damals Ihren jetzigen Pflegedienst/Sozialstation ausgewählt? (Folgeerhebung T₁)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Sie selbst	11	8,6	19,0	19,0
	Familienangehörige, Freunde	28	21,9	48,3	67,2
Gültig	Niedergelassene/er Ärztin/ Arzt	15	11,7	25,9	93,1
July	Ärztin/Arzt im Krankenhaus	1	,8	1,7	94,8
	Jemand anderes Bitte eintragen	3	2,3	5,2	100,0
	Gesamt	58	45,3	100,0	
	Fehlt	2	1,6		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	70	54,7		
Gesamt		128	100,0		

Wer hat die Verordnung (das Rezept) für die häusliche Krankenpflege für Sie ausgestellt? (Folgeerhebung T_1)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Niedergelassene/er Ärztin/Arzt	52	40,6	92,9	92,9
0	Ärztin/Arzt im Krankenhaus	3	2,3	5,4	98,2
Gültig	Ärztin/Arzt in der Rehabilitationsklinik	1	,8	1,8	100,0
	Gesamt	56	43,8	100,0	
	Fehlt	4	3,1		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	72	56,3		
Gesamt		128	100,0		

Haben Sie den Patiententeil (auf der Rückseite) der Verordnung (dem Rezept) zur häuslichen Krankenpflege selbst ausgefüllt? (Folgeerhebung T_1)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Nein	46	35,9	85,2	85,2
Gültig	Ja	8	6,3	14,8	100,0
	Gesamt	54	42,2	100,0	
	Fehlt	6	4,7		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	74	57,8		
Gesamt		128	100,0		

Wenn Sie den Patiententeil mit Hilfe einer anderen Person ausgefüllt haben, wer hat Ihnen beim Ausfüllen geholfen? (Folgeerhebung T_1)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Angehörige/r	18	14,1	36,7	36,7
	Ambulanter Pflegedienst	23	18,0	46,9	83,7
0.000	Niedergelassene/er Ärztin/ Arzt	5	3,9	10,2	93,9
Gültig	Ärztin, Arzt im Krankenhaus	2	1,6	4,1	98,0
	Jemand anderes Bitte eintragen	1	,8	2,0	100,0
	Gesamt	49	38,3	100,0	
	Fehlt	11	8,6		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	79	61,7		
Gesamt		128	100,0		

Wer brachte Ihre Krankenversicherten-Karte zur Ärztin, zum Arzt? (Folgeerhebung T₁)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Sie selbst	16	12,5	27,1	27,1
	Arzt/Ärztin	3	2,3	5,1	32,2
0.114	Angehörige	28	21,9	47,5	79,7
Gültig	Ambulanter Pflegedienst	9	7,0	15,3	94,9
	Sonstige Person	3	2,3	5,1	100,0
	Gesamt	59	46,1	100,0	
	Fehlt	1	,8		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	69	53,9		
Gesamt		128	100,0		

Wer holte die Verordnung (Rezept) bei Ihrem Arzt, Ihrer Ärztin ab? (Folgeerhebung T₁)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Sie selbst	10	7,8	16,9	16,9
	Angehörige	23	18,0	39,0	55,9
Gültig	Ambulanter Pflegedienst	24	18,8	40,7	96,6
Ŭ	Sonstige Person	2	1,6	3,4	100,0
	Gesamt	59	46,1	100,0	
	Fehlt	1	,8		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	69	53,9		
Gesamt		128	100,0		

Wer hat die Verordnung (Rezept) zum ambulanten Pflegedienst/Sozialstation gebracht? (Folgeerhebung T_1)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Sie selbst	3	2,3	5,4	5,4
	Arzt/Ärztin	2	1,6	3,6	8,9
	Angehörige	17	13,3	30,4	39,3
Gültig	Ambulanter Pflegedienst	28	21,9	50,0	89,3
	Sonstige Person	3	2,3	5,4	94,6
	Trifft nicht zu	3	2,3	5,4	100,0
	Gesamt	56	43,8	100,0	
	Fehlt	4	3,1		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	72	56,3		
Gesamt		128	100,0		

Wer hat die Verordnung (Rezept) an die Krankenkasse weitergeleitet? (Folgeerhebung T₁)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Sie selbst	2	1,6	3,4	3,4
	Arzt/Ärztin	5	3,9	8,5	11,9
Gültig	Angehörige	8	6,3	13,6	25,4
	Ambulanter Pflegedienst	44	34,4	74,6	100,0
	Gesamt	59	46,1	100,0	
	Fehlt	1	,8		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	69	53,9		
Gesamt		128	100,0		

Haben Sie das Vorgehen zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege als bürokratisch im negativen Sinne (also mit Hürden, vielen Richtlinien und

Verwaltungsvorgängen) wahrgenommen? (Folgeerhebung T₁)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Ja, sehr	10	7,8	19,6	19,6
	Etwas	12	9,4	23,5	43,1
0 "14"	Mäßig	5	3,9	9,8	52,9
Gültig	Wenig	11	8,6	21,6	74,5
	Nein, gar nicht	13	10,2	25,5	100,0
	Gesamt	51	39,8	100,0	
	Fehlt	9	7,0		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	77	60,2		
Gesamt		128	100,0		

Gab es Nachfragen zur Verordnung (Rezept) von folgenden Personen? (Folgeerhebung T₁)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Niedergelassene/er Ärztin/Arzt	1	,8	1,9	1,9
	Ambulanter Pflegedienst	3	2,3	5,8	7,7
Gültig	Krankenkassen Sachbearbeiter/in	7	5,5	13,5	21,2
J	Jemand anderes Bitte eintragen	1	,8	1,9	23,1
	Keine Nachfragen	40	31,3	76,9	100,0
	Gesamt	52	40,6	100,0	
	Fehlt	8	6,3		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	76	59,4		
Gesamt		128	100,0		

Hatten Sie den Eindruck, dass der Verordnungsprozess ohne Ihr Zutun erledigt wurde? (Folgeerhebung T_1)

		,		0 1/	
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Nein	25	19,5	44,6	44,6
Gültig	Ja	31	24,2	55,4	100,0
	Gesamt	56	43,8	100,0	
	Fehlt	4	3,1		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	72	56,3		
Gesamt		128	100,0		

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: Mehrfachnennungen sind möglich: Ich habe mich selbst um die Verordnung (Rezept)

 $\textbf{gekümmert}(Folgeerhebung T_1)$

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Keine Angabe	48	37,5	82,8	82,8
Gültig	Ich habe mich selbst um die Verordnung (Rezept) gekümmert	10	7,8	17,2	100,0
	Gesamt	58	45,3	100,0	
	Fehlt	2	1,6		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	70	54,7		
Gesamt		128	100,0		

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: Mehrfachnennungen sind möglich: Ich fand es sehr belastend mich um die Verordnung (Rezept) kümmern zu müssen. (Folgeerhebung T_1)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Keine Angabe	51	39,8	87,9	87,9
Gültig	Ich fand es sehr belastend mich um die Verordnung (Rezept) kümmern zu müssen.	7	5,5	12,1	100,0
	Gesamt	58	45,3	100,0	
	Fehlt	2	1,6		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	70	54,7		
Gesamt		128	100,0		

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: Mehrfachnennungen sind möglich: Ich fand den Verordnungsprozess sehr kompliziert.

(Folgeerhebung T₁)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Keine Angabe	50	39,1	86,2	86,2
Gültig	Ich fand den Verordnungsprozess sehr kompliziert.	8	6,3	13,8	100,0
	Gesamt	58	45,3	100,0	
	Fehlt	2	1,6		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	70	54,7		
Gesamt		128	100,0		

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: Mehrfachnennungen sind möglich: Ich konnte mich nicht selbst um die Verordnung (Rezept)

kümmern. (Folgeerhebung T_1)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Keine Angabe	22	17,2	37,9	37,9
Gültig	Ich konnte mich nicht selbst um die Verordnung (Rezept) kümmern.	36	28,1	62,1	100,0
	Gesamt	58	45,3	100,0	
	Fehlt	2	1,6		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	70	54,7		
Gesamt		128	100,0		

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: Mehrfachnennungen sind möglich: Ich fand den Verordnungsprozess einfach (Folgeerhebung

 T_1)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Keine Angabe	44	34,4	75,9	75,9
Gültig	Ich fand den Verordnungsprozess einfach	14	10,9	24,1	100,0
	Gesamt	58	45,3	100,0	
	Fehlt	2	1,6		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	70	54,7		
Gesamt		128	100,0		

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: Mehrfachnennungen sind möglich: Sonstiges: Bitte eintragen (Folgeerhebung T_1)

1 1 1 1 3 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			\ - 0-	0 1/	
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Keine Angabe	52	40,6	91,2	91,2
Gültig	Sontiges Bitte eintragen.	5	3,9	8,8	100,0
	Gesamt	57	44,5	100,0	
	Fehlt	3	2,3		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	71	55,5		
Gesamt		128	100,0		

Ihr Geschlecht ? (Folgeerhebung T₁)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Mann	15	11,7	25,9	25,9
Gültig	Frau	43	33,6	74,1	100,0
	Gesamt	58	45,3	100,0	
	Fehlt	2	1,6		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	70	54,7		
Gesamt		128	100,0		

Anzahl der Personen im Haushalt (Folgeerhebung T₁)

7411Zaill dei 1 election illi Hadellait ((- 0)	5 - 1/	
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Keine Angabe	35	27,3	61,4	61,4
	1,00	20	15,6	35,1	96,5
Gültig	2,00	1	,8	1,8	98,2
	4,00	1	,8	1,8	100,0
	Gesamt	57	44,5	100,0	
	Fehlt	3	2,3		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	71	55,5		
Gesamt		128	100,0		

Leben in Ihrem Haushalt noch weitere Personen?: Ja, außer mir ... Personen (Folgeerhebung T1)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Nein	35	27,3	61,4	61,4
Gültig	Ja, außer mir Personen	22	17,2	38,6	100,0
	Gesamt	57	44,5	100,0	
	Fehlt	3	2,3		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	71	55,5		
Gesamt		128	100,0		

Welche Pflegestufe trifft auf Sie zu? (Folgeerhebung T₁)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Pflegestufe 1	22	17,2	40,0	40,0
	Pflegestufe 2	9	7,0	16,4	56,4
Gültig	Pflegestufe 3	3	2,3	5,5	61,8
	Keine Pflegestufe	21	16,4	38,2	100,0
	Gesamt	55	43,0	100,0	
	Fehlt	5	3,9		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	73	57,0		
Gesamt		128	100,0		

Wie haben Sie diesen Fragebogen beantwortet und ausgefüllt? (Folgeerhebung T₁)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Ich habe alle Fragen selbst beantwortet und den	18	14,1	31,0	31,0
Gültig	ich habe mir beim Ausfüllen des Fragebogens helfen lassen.	40	31,3	69,0	100,0
	Gesamt	58	45,3	100,0	ı.
	Fehlt	2	1,6		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	70	54,7		
Gesamt		128	100,0		

Wenn Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen hat, wer war das? (Folgeerhebung

		11)			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte
				Prozente	Prozente
	Familienangehörige	22	17,2	53,7	53,7
	Freunde, Bekannte	1	,8	2,4	56,1
Gültig	Pflegende/r des ambulanten Pflegedienstes	18	14,1	43,9	100,0
	Gesamt	41	32,0	100,0	
	Fehlt	19	14,8		
Fehlend	System	68	53,1		
	Gesamt	87	68,0		
Gesamt		128	100,0		

Prüfung der intervallskalierten Variablen auf Normalverteilung

		Seit wann kommt Ihr jetziger Pflegedienst zu Ihnen?	Wie lange dauerte es von dem Moment als Sie die Verordnung zur häuslichen Krankenpflege erhielten bis der Pflegedienst bei Ihnen anfing?	Wie alt Sind Sie?
N		170	169	183
Parameter der	Mittelwert	738,3353	3,6598	81,0984
Normalverteilung ^{a,b}	Standardabweichung	1140,73892	4,52814	10,03626
Extremste	Absolut	,260	,247	,133
	Positiv	,256	,247	,117
Differenzen	Negativ	-,260	-,209	-,133
Kolmogorov-Smirno	v-Z	3,392	3,205	1,800
Asymptotische Sign	ifikanz (2-seitig)	,000	,000	,003

Die Werte liegen deutlich unter dem dem 5 % Signifikanzniveau daher muss die Annahme einer Normalverteilung dieser Variablen verworfen werden.

Aus diesem Grunde werden im Folgenden alle (intervallskalierte und ordinalskalierte) Variablen mit dem Mann-Whitney-U Test auf Signifikanz geprüft. Nominalskalierte Variablen werden mit Chi-Quadrat geprüft.

Dabei wird die Angaben der Patientinnen und Patienten der Ausgangserhebung (t_0) mit den Angaben der Patientinnen und Patienten der Folgeerhebung (t_1) auf bedeutsame, nicht auf Zufall zurückzuführende Unterschiede geprüft.

Ränge							
	GruppeT0 und Gruppe T1	N	Mittlerer Rang	Rangsumme			
Seit wann kommt Ihr jetziger	T0	110	80,66	8873,00			
Pflegedienst/Sozialstation zu	T1	60	94,37	5662,00			
Ihnen?	Gesamt	170					
Wie lange dauerte es von dem	T0	109	83,46	9097,50			
Moment als Sie die Verordnung	T1	60	87,79	5267,50			
(das Rezept) zur häuslichen Krankenpflege erhielten bis der Pflegedienst/Sozialstation bei Ihnen anfing?:	Gesamt	169					
	T0	125	92,24	11529,50			
Wie alt Sind Sie?	T1	58	91,49	5306,50			
	Gesamt	183					
Wie hat sich Ihre allgemeine	T0	125	92,37	11546,50			
gesundheitsbezogene	T1	57	89,59	5106,50			
Lebensqualität durch die häusliche Krankenpflege verändert?	Gesamt	182					
Haben Sie das Vorgehen zur	T0	121	81,89	9909,00			
Verordnung von häuslicher	T1	51	97,43	4969,00			
Krankenpflege als bürokratisch wahrgenommen?	Gesamt	172					

Statistik für Test^a

	Seit wann kommt Ihr jetziger Pflegedienst/So zialstation zu Ihnen?	Wie lange dauerte es von dem Moment als Sie die Verordnung (das Rezept) zur häuslichen Krankenpflege erhielten bis der Pflegedienst/Sozialstation bei Ihnen anfing?:	Wie alt Sind Sie?	Wie hat sich Ihre allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität durch die häusliche Krankenpflege verändert ?	Haben Sie das Vorgehen zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege als bürokratisch wahrgenommen ?
Mann- Whitney-U	2768,000	3102,500	3595,500	3453,500	2528,000
Wilcoxon-W Z	8873,000 -1,736	9097,500 -,564	5306,500 -,089	5106,500 -,359	9909,000 -1,931
Asymptotisch e Signifikanz (2-seitig)	,083	,573	,929	,720	,053

a. Gruppenvariable: GruppeT0 und Gruppe T1

Variable: Wer ist damals zuerst auf die Idee gekommen einen Pflegedienst/Sozialstation zu nehmen?:

Verarbeitete Fälle

		Fälle					
	Gültig		Feh	Fehlend		amt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
Wer ist damals zuerst auf die Idee gekommen einen Pflegedienst/Sozialstation zu nehmen?: Sie selbst * GruppeT0 und Gruppe T1	181	95,8%	8	4,2%	189	100,0%	

Wer ist damals zuerst auf die Idee gekommen einen Pflegedienst/Sozialstation zu nehmen?: Sie selbst * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

		GruppeT0 und Gruppe T1		Gesamt
		T0	T1	
	Sie selbst	16	7	23
Wer ist damals zuerst auf	Familienangehörige, Freunde	51	26	77
die Idee gekommen einen Pflegedienst/Sozialstation	Niedergelassene/er Ärztin/ Arzt	42	16	58
zu nehmen?: Sie selbst	Ärztin/Arzt im Krankenhaus	14	4	18
	Jemand anderes Bitte eintragen	3	2	5
Gesamt		126	55	181

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson Likelihood-Quotient	1,416 ^a 1,436	4 4	,841 ,838
Zusammenhang linear-mit- linear	,294	1	,588
Anzahl der gültigen Fälle	181		

a. 2 Zellen (20,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,52.

		Wert	Näherungsweis e Signifikanz
	Phi	,088	,841
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,088	,841
	Kontingenzkoeffizient	,088	,841
Anzahl der gültigen Fälle		181	

Variable: Wer hat sich damals danach umgehört, welche Pflegedienste/Sozialstationen in Frage kommen?

Verarbeitete Fälle

		Fälle				
	Gü	ltig	Feh	lend	Ges	amt
	N	Prozent	N	Prozent	Ν	Prozent
Wer hat sich damals danach umgehört, welche Pflegedienste/Sozialstatione n in Frage kommen?: Sie selbst * GruppeT0 und Gruppe T1	181	95,8%	8	4,2%	189	100,0%

Wer hat sich damals danach umgehört, welche Pflegedienste/Sozialstationen in Frage kommen?: Sie selbst * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

		GruppeT0 un	d Gruppe T1	Gesamt
		T0	T1	
	Sie selbst	16	9	25
Wer hat sich damals danach	Familienangehörige, Freunde	81	26	107
umgehört, welche Pflegedienste/Sozialstatione n in Frage kommen?: Sie	Niedergelassene/er Ärztin/ Arzt	19	17	36
selbst	Ärztin/Arzt im Krankenhaus	6	0	6
	Jemand anderes Bitte eintragen	4	3	7
Gesamt	9	126	55	181

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)		
Chi-Quadrat nach Pearson	10,204 ^a	4	,037		
Likelihood-Quotient	11,616	4	,020		
Zusammenhang linear-mit- linear	,451	1	,502		
Anzahl der gültigen Fälle	181				

a. 4 Zellen (40,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,82.

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

		Wert	Näherungsweise Signifikanz
	Phi	,237	,037
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,237	,037
	Kontingenzkoeffizient	,231	,037
Anzahl der gültigen Fälle		181	

Variable: Wer hat damals Ihren jetzigen Pflegedienst/Sozialstation ausgewählt?

Verarbeitete Fälle

		Fälle				
	Gü	ltig	Feh	lend	Ges	amt
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Wer hat damals Ihren jetzigen Pflegedienst/Sozialstation ausgewählt?: Sie selbst * GruppeT0 und Gruppe T1	184	97,4%	5	2,6%	189	100,0%

Wer hat damals Ihren jetzigen Pflegedienst/Sozialstation ausgewählt?: Sie selbst * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

		GruppeT0 und Gruppe T1		Gesamt
		T0	T1	
	Sie selbst	32	11	43
Wer hat damals Ihren	Familienangehörige, Freunde	70	28	98
jetzigen Pflegedienst/Sozialstation	Niedergelassene/er Ärztin/ Arzt	18	15	33
ausgewählt?: Sie selbst	Ärztin/Arzt im Krankenhaus	3	1	4
	Jemand anderes Bitte eintragen	3	3	6
Gesamt		126	58	184

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	5,094 ^a	4	,278
Likelihood-Quotient	4,888	4	,299
Zusammenhang linear-mit- linear	3,159	1	,076
Anzahl der gültigen Fälle	184		

a. 4 Zellen (40,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,26.

	Symmetrische Maise		
		Wert	Näherungsweis e Signifikanz
	Phi	,166	,278
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,166	,278
	Kontingenzkoeffizient	,164	,278
Anzahl der gültigen Fälle		184	

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

Variable: Wer hat die Verordnung (das Rezept) für die häusliche Krankenpflege für Sie ausgestellt?

Verarbeitete Fälle

		Fälle				
	Gü	ltig	Feh	lend	Ges	amt
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Wer hat die Verordnung (das Rezept) für die häusliche Krankenpflege für Sie ausgestellt?: Niedergelassene/er Ärztin/Arzt * GruppeT0 und Gruppe T1	181	95,8%	8	4,2%	189	100,0%

Wer hat die Verordnung (das Rezept) für die häusliche Krankenpflege für Sie ausgestellt?: Niedergelassene/er Ärztin/Arzt * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

		GruppeT0 un	nd Gruppe T1	Gesamt
		T0	T1	
Wer hat die Verordnung	Niedergelassene/er Ärztin/Arzt	104	52	156
(das Rezept) für die häusliche Krankenpflege für	Ärztin/Arzt im Krankenhaus	16	3	19
Sie ausgestellt?: Niedergelassene/er	Ärztin/Arzt in der Rehabilitationsklinik	3	1	4
Ärztin/Arzt	Jemand anderes Bitte eintragen	2	0	2
Gesamt	-	125	56	181

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)		
Chi-Quadrat nach Pearson Likelihood-Quotient	3,421 ^a 4,273	3 3	,331 ,233		
Zusammenhang linear-mit- linear	2,689	1	,101		
Anzahl der gültigen Fälle	181				

a. 4 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,62.

	Wert	Näherungsweis e Signifikanz
Phi	,137	,331
Cramer-V	,137	,331
Kontingenzkoeffizient	,136	,331
	181	
	Cramer-V	Phi ,137 Cramer-V ,137 Kontingenzkoeffizient ,136

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

Variable: Haben Sie den Patiententeil (auf der Rückseite) der Verordnung (dem Rezept) zur häuslichen Krankenpflege selbst ausgefüllt?

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gü	ltig	Feh	lend	Gesamt	
	N	Prozent	Ν	Prozent	Ν	Prozent
Haben Sie den Patiententeil (auf der Rückseite) der Verordnung (dem Rezept) zur häuslichen Krankenpflege selbst ausgefüllt? : Ja * GruppeT0 und Gruppe T1	175	92,6%	14	7,4%	189	100,0%

Haben Sie den Patiententeil (auf der Rückseite) der Verordnung (dem Rezept) zur häuslichen Krankenpflege selbst ausgefüllt? : Ja * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

		GruppeT0 ur	Gesamt	
		T0	T1	
Haben Sie den Patiententeil (auf der Rückseite) der Verordnung (dem Rezept)	Nein	104	46	150
zur häuslichen Krankenpflege selbst ausgefüllt? : Ja	Ja	17	8	25
Gesamt		121	54	175

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (1- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,018 ^a	1	,894		
Kontinuitätskorrektur ^b	,000	1	1,000		
Likelihood-Quotient	,018	1	,894		
Exakter Test nach Fisher				1,000	,531
Zusammenhang linear-mit- linear	,018	1	,894		
Anzahl der gültigen Fälle	175				

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 7,71.

Symmetrische Maise					
		Wert	Näherungsweis e Signifikanz		
	Phi	,010	,894		
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,010	,894		
	Kontingenzkoeffizient	,010	,894		
Anzahl der gültigen Fälle		175			

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

Variable: Wenn Sie den Patiententeil mit Hilfe einer anderen Person ausgefüllt haben, wer hat Ihnen beim Ausfüllen geholfen?

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gü	ltig	Feh	lend	Gesamt	
	N	Prozent	Ν	Prozent	Ν	Prozent
Wenn Sie den Patiententeil mit Hilfe einer anderen Person ausgefüllt haben, wer hat Ihnen beim Ausfüllen geholfen?: Angehörige/r * GruppeT0 und Gruppe T1	155	82,0%	34	18,0%	189	100,0%

Wenn Sie den Patiententeil mit Hilfe einer anderen Person ausgefüllt haben, wer hat Ihnen beim Ausfüllen geholfen? : Angehörige/r * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

		GruppeT0 un	d Gruppe T1	Gesamt
		T0	T1	
	Angehörige/r	22	18	40
Wenn Sie den Patiententeil	Ambulanter Pflegedienst	70	23	93
mit Hilfe einer anderen Person ausgefüllt haben, wer hat Ihnen beim	Niedergelassene/er Ärztin/ Arzt	5	5	10
Ausfüllen geholfen? :	Ärztin, Arzt im Krankenhaus	7	2	9
Angehörige/r	Jemand anderes Bitte eintragen	2	1	3
Gesamt	-	106	49	155

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson Likelihood-Quotient	7,288 ^a 7,105	4 4	,121 ,130
Zusammenhang linear-mit- linear	1,038	1	,308
Anzahl der gültigen Fälle	155		

a. 4 Zellen (40,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,95.

Cymmouround manus					
		Wert	Näherungsweis e Signifikanz		
	Phi	,217	,121		
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,217	,121		
	Kontingenzkoeffizient	,212	,121		
Anzahl der gültigen Fälle		155			

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

Variable: Wer brachte Ihre Krankenversicherten-Karte zur Ärztin, zum Arzt? Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Feh	Fehlend		amt
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Wer brachte Ihre Krankenversicherten-Karte zur Ärztin, zum Arzt? * GruppeT0 und Gruppe T1	185	97,9%	4	2,1%	189	100,0%

Wer brachte Ihre Krankenversicherten-Karte zur Ärztin, zum Arzt? * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

Alizaili		•		
		GruppeT0 und Gruppe T1		Gesamt
		T0	T1	
	Sie selbst	30	16	46
Wer brachte Ihre Krankenversicherten-Karte zur Ärztin, zum Arzt?	Arzt/Ärztin	2	3	5
	Angehörige	77	28	105
	Ambulanter Pflegedienst	12	9	21
	Sonstige Person	4	3	7
	Trifft nicht zu	1	0	1
Gesamt		126	59	185

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)				
Chi-Quadrat nach Pearson Likelihood-Quotient	5,334 ^a 5,444	5 5	,377 ,364				
Zusammenhang linear-mit- linear	,028	1	,867				
Anzahl der gültigen Fälle	185						

a. 6 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,32.

Cymmouncone mase						
		Wert	Näherungsweis e Signifikanz			
	Phi	,170	,377			
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,170	,377			
	Kontingenzkoeffizient	,167	,377			
Anzahl der gültigen Fälle		185				

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

Variable: Wer holte die Verordnung (Rezept) bei Ihrem Arzt, Ihrer Ärztin ab? Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Feh	Fehlend		amt
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Wer holte die Verordnung (Rezept) bei Ihrem Arzt, Ihrer Ärztin ab? * GruppeT0 und Gruppe T1	184	97,4%	5	2,6%	189	100,0%

Wer holte die Verordnung (Rezept) bei Ihrem Arzt, Ihrer Ärztin ab? * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

		GruppeT0 un	d Gruppe T1	Gesamt
		T0	T1	
	Sie selbst	19	10	29
Wer holte die Verordnung	Angehörige	53	23	76
(Rezept) bei Ihrem Arzt,	Ambulanter Pflegedienst	47	24	71
Ihrer Ärztin ab?	Sonstige Person	5	2	7
	Trifft nicht zu	1	0	1
Gesamt		125	59	184

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson Likelihood-Quotient	,801 ^a 1,102	4 4	,938 ,894
Zusammenhang linear-mit- linear	,055	1	,815
Anzahl der gültigen Fälle	184		

a. 4 Zellen (40,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,32.

Symmetrische Maße

- Jimilana					
		Wert	Näherungsweis e Signifikanz		
	Phi	,066	,938		
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,066	,938		
	Kontingenzkoeffizient	,066	,938		
Anzahl der gültigen Fälle		184			

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

Variable: Wer hat die Verordnung (Rezept) zum ambulanten Pflegedienst/Sozialstation gebracht?

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Wer hat die Verordnung (Rezept) zum ambulanten Pflegedienst/Sozialstation gebracht? * GruppeT0 und Gruppe T1	176	93,1%	13	6,9%	189	100,0%

b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

Wer hat die Verordnung (Rezept) zum ambulanten Pflegedienst/Sozialstation gebracht? * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

		GruppeT0 und Gruppe T1		Gesamt
		T0	T1	
	Sie selbst	8	3	11
	Arzt/Ärztin	4	2	6
Wer hat die Verordnung	Angehörige	32	17	49
(Rezept) zum ambulanten Pflegedienst/Sozialstation	Ambulanter Pflegedienst	71	28	99
gebracht?	Sonstige Person	4	3	7
godiaoin.	Trifft nicht zu	0	3	3
	999,00	0	1	1
Gesamt		119	57	176

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson Likelihood-Quotient	9,716 ^a 10,390	6 6	,137 ,109
Zusammenhang linear-mit- linear	2,118	1	,146
Anzahl der gültigen Fälle	176		

a. 9 Zellen (64,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,32.

Symmetrische Maße

Symmetrische wase					
		Wert	Näherungsweis e Signifikanz		
	Phi	,235	,137		
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,235	,137		
	Kontingenzkoeffizient	,229	,137		
Anzahl der gültigen Fälle		176			

- a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.
- b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

Variable: Wer hat die Verordnung (Rezept) an die Krankenkasse weitergeleitet?

verarbeitete Falle						
		Fälle				
	Gültig Fehlend Gesamt			amt		
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Wer hat die Verordnung (Rezept) an die Krankenkasse weitergeleitet? * GruppeT0 und Gruppe T1	181	95,8%	8	4,2%	189	100,0%

Wer hat die Verordnung (Rezept) an die Krankenkasse weitergeleitet? * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

		GruppeT0 und Gruppe T1		Gesamt
		T0	T1	
	Sie selbst	5	2	7
Wer hat die Verordnung	Arzt/Ärztin	8	5	13
(Rezept) an die Krankenkasse	Angehörige	21	8	29
weitergeleitet?	Ambulanter Pflegedienst	87	44	131
Wolfer gold liet.	Sonstige Person	1	0	1
Gesamt		122	59	181

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson Likelihood-Quotient	1,129 ^a 1,439	4	,890 ,837
Zusammenhang linear-mit- linear	,008	1	,929
Anzahl der gültigen Fälle	181		

a. 5 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,33.

Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweis e Signifikanz
	Phi	,079	,890
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,079	,890
	Kontingenzkoeffizient	,079	,890
Anzahl der gültigen Fälle		181	

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

Variable: Gab es Nachfragen zur Verordnung (Rezept) von folgenden Personen? Verarbeitete Fälle

	Fälle						
	Gü	ltig	Feh	lend	Gesamt		
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
Gab es Nachfragen zur Verordnung (Rezept) von folgenden Personen?: Niedergelassene/er Ärztin/Arzt * GruppeT0 und Gruppe T1	173	91,5%	16	8,5%	189	100,0%	

Gab es Nachfragen zur Verordnung (Rezept) von folgenden Personen?: Niedergelassene/er Ärztin/Arzt * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

		GruppeT0 un	nd Gruppe T1	Gesamt
		T0	T1	
	Niedergelassene/er Ärztin/Arzt	12	1	13
Gab es Nachfragen zur	Ambulanter Pflegedienst	5	3	8
Verordnung (Rezept) von folgenden Personen?: Niedergelassene/er Ärztin/Arzt	Krankenkassen Sachbearbeiter/in	29	7	36
	Jemand anderes Bitte eintragen	2	1	3
	Keine Nachfragen	73	40	113
Gesamt		121	52	173

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson Likelihood-Quotient	6,781 ^a 7,734	4 4	,148 ,102
Zusammenhang linear-mit- linear	4,843	1	,028
Anzahl der gültigen Fälle	173		

b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

a. 4 Zellen (40,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,90.

Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweis e Signifikanz
	Phi	,198	,148
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,198	,148
	Kontingenzkoeffizient	,194	,148
Anzahl der gültigen Fälle		173	

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

Variable: Hatten Sie den Eindruck, dass der Verordnungsprozess ohne Ihr Zutun erledigt wurde?

Verarbeitete Fälle

10.4.1001010 1 4.10							
		Fälle					
	Gültig		Feh	Fehlend		amt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
Hatten Sie den Eindruck, dass der Verordnungsprozess ohne Ihr Zutun erledigt wurde?: Ja * GruppeT0 und Gruppe T1	177	93,7%	12	6,3%	189	100,0%	

Hatten Sie den Eindruck, dass der Verordnungsprozess ohne Ihr Zutun erledigt wurde?: Ja * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

71124111					
		GruppeT0 ur	GruppeT0 und Gruppe T1		
		T0	T1		
Hatten Sie den Eindruck, dass der	Nein	65	25	90	
Verordnungsprozess ohne Ihr Zutun erledigt wurde?:	Ja	56	31	87	
Ja Gesamt		121	56	177	

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (1- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,262 ^a	1	,261		
Kontinuitätskorrektur ^b	,925	1	,336		
Likelihood-Quotient	1,263	1	,261		
Exakter Test nach Fisher				,332	,168
Zusammenhang linear-mit- linear	1,255	1	,263		
Anzahl der gültigen Fälle	177				

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 27,53.

b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

		Wert	Näherungsweis e Signifikanz
	Phi	,084	,261
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,084	,261
	Kontingenzkoeffizient	,084	,261
Anzahl der gültigen Fälle		177	

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

Variable: Ich habe mich selbst um die Verordnung (Rezept) gekümmert Verarbeitete Fälle

10.4							
	Fälle						
	Gü	ltig	Feh	lend	Gesamt		
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu:Mehrfachnennungen sind möglich: Ich habe mich selbst um die Verordnung (Rezept) gekümmert * GruppeT0 und Gruppe T1	180	95,2%	9	4,8%	189	100,0%	

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu:Mehrfachnennungen sind möglich: Ich habe mich selbst um die Verordnung (Rezept) gekümmert * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

		GruppeT0 un	d Gruppe T1	Gesamt
		T0	T1	
Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie	,00 Ich habe mich selbst um die	104	48	152
zu:Mehrfachnennungen sind möglich: Ich habe mich selbst um die Verordnung (Rezept) gekümmert Gesamt	Verordnung (Rezept) gekümmert	18	10 58	28 180

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (1- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,185 ^a	1	,667		
Kontinuitätskorrektur ^b	,044	1	,833		
Likelihood-Quotient	,183	1	,669		
Exakter Test nach Fisher				,665	,410
Zusammenhang linear-mit- linear	,184	1	,668		
Anzahl der gültigen Fälle	180				

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 9,02.

b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

		Wert	Näherungsweis e Signifikanz
	Phi	,032	,667
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,032	,667
	Kontingenzkoeffizient	,032	,667
Anzahl der gültigen Fälle		180	

Variable: Ich fand es sehr belastend mich um die Verordnung (Rezept) kümmern zu müssen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gü	ltig	Feh	lend	Gesamt	
	N	Prozent	Ν	Prozent	Ν	Prozent
Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu:Mehrfachnennungen sind möglich: Ich fand es sehr belastend mich um die Verordnung (Rezept) kümmern zu müssen. * GruppeT0 und Gruppe T1	180	95,2%	9	4,8%	189	100,0%

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu:Mehrfachnennungen sind möglich: Ich fand es sehr belastend mich um die Verordnung (Rezept) kümmern zu müssen. * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

		GruppeT0 un	d Gruppe T1	Gesamt
		T0	T1	
Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu:Mehrfachnennungen sind möglich: Ich fand es sehr	lch fand es sehr belastend mich um die Verordnung	86 36	51	137 43
belastend mich um die Verordnung (Rezept) kümmern zu müssen. Gesamt	(Rezept) kümmern zu müssen.	122	58	180

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (1- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	6,575 ^a	1	,010		
Kontinuitätskorrektur ^b	5,651	1	,017		
Likelihood-Quotient	7,184	1	,007		
Exakter Test nach Fisher				,014	,007
Zusammenhang linear-mit- linear	6,539	1	,011		
Anzahl der gültigen Fälle	180				

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 13,86.

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

		Wert	Näherungsweis e Signifikanz
	Phi	-,191	,010
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,191	,010
	Kontingenzkoeffizient	,188	,010
Anzahl der gültigen Fälle		180	

Variable: Ich fand den Verordnungsprozess sehr kompliziert. Verarbeitete Fälle

10.4						
	Fälle					
	Gü	ltig	Feh	lend	Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	Ν	Prozent
Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu:Mehrfachnennungen sind möglich: Ich fand den Verordnungsprozess sehr kompliziert. * GruppeT0 und Gruppe T1	180	95,2%	9	4,8%	189	100,0%

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: Mehrfachnennungen sind möglich: Ich fand den Verordnungsprozess sehr kompliziert. * **GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle**

Anzahl

Anzani		_		
		GruppeT0 ur	nd Gruppe T1	Gesamt
		T0	T1	
Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses	,00	76	50	126
auf Sie zu:Mehrfachnennungen sind möglich: Ich fand den Verordnungsprozess sehr kompliziert.	Ich fand den Verordnungsprozess sehr kompliziert.	46	8	54
Gesamt		122	58	180

Oni-Quadrat-rests						
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (1- seitig)	
Chi-Quadrat nach Pearson	10,703 ^a	1	,001			
Kontinuitätskorrektur ^b	9,595	1	,002			
Likelihood-Quotient	11,698	1	,001			
Exakter Test nach Fisher				,001	,001	
Zusammenhang linear-mit- linear	10,644	1	,001			
Anzahl der gültigen Fälle	180					

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 17,40.

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

		Wert	Näherungsweis e Signifikanz
	Phi	-,244	,001
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,244	,001
	Kontingenzkoeffizient	,237	,001
Anzahl der gültigen Fälle		180	

Variable: Ich konnte mich nicht selbst um die Verordnung (Rezept) kümmern. Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gü	ltig	Feh	lend	Ges	amt
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu:Mehrfachnennungen sind möglich: Ich konnte mich nicht selbst um die Verordnung (Rezept) kümmern. * GruppeT0 und Gruppe T1	180	95,2%	9	4,8%	189	100,0%

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: Mehrfachnennungen sind möglich: Ich konnte mich nicht selbst um die Verordnung (Rezept) kümmern. * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

		GruppeT0 un	d Gruppe T1	Gesamt
		T0	T1	
Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu:Mehrfachnennungen sind möglich: Ich konnte mich nicht selbst um die Verordnung (Rezept) kümmern.	,00 Ich konnte mich nicht selbst um die Verordnung (Rezept) kümmern.	45 77	22 36	67 113
Gesamt		122	58	180

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (1- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,018 ^a	1	,892		
Kontinuitätskorrektur ^b	,000	1	1,000		
Likelihood-Quotient	,018	1	,892		
Exakter Test nach Fisher				1,000	,510
Zusammenhang linear-mit- linear	,018	1	,892		
Anzahl der gültigen Fälle	180				

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 21,59.

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweis e Signifikanz
	Phi	-,010	,892
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,010	,892
	Kontingenzkoeffizient	,010	,892
Anzahl der gültigen Fälle		180	

- a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.
- b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

Variable: Ich fand den Verordnungsprozess einfach Verarbeitete Fälle

	Fälle						
	Gü	ltig	Feh	lend	Gesamt		
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu:Mehrfachnennungen sind möglich: Ich fand den Verordnungsprozess einfach * GruppeT0 und Gruppe T1	180	95,2%	9	4,8%	189	100,0%	

Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: Mehrfachnennungen sind möglich: Ich fand den Verordnungsprozess einfach * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

		GruppeT0 ur	nd Gruppe T1	Gesamt
		T0	T1	
Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses	,00	99	44	143
auf Sie zu:Mehrfachnennungen sind möglich: Ich fand den Verordnungsprozess einfach	Ich fand den Verordnungsprozess einfach	23	14	37
Gesamt		122	58	180

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (1- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,672 ^a	1	,412		
Kontinuitätskorrektur ^b	,388	1	,533		
Likelihood-Quotient	,659	1	,417		
Exakter Test nach Fisher				,434	,264
Zusammenhang linear-mit-linear	,669	1	,413		
Anzahl der gültigen Fälle	180				

- a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 11,92.
- b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

		Wert	Näherungsweis e Signifikanz
	Phi	,061	,412
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,061	,412
	Kontingenzkoeffizient	,061	,412
Anzahl der gültigen Fälle		180	

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

Variable: Geschlecht

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Ihr Geschlecht ?: Frau * GruppeT0 und Gruppe T1	185	97,9%	4	2,1%	189	100,0%

Ihr Geschlecht ?: Frau * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

		GruppeT0 ur	Gesamt	
		T0	T1	
Ihm Coooblookt O. From	Mann	31	15	46
Ihr Geschlecht ?: Frau	Frau	96	43	139
Gesamt		127	58	185

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (1- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,045 ^a	1	,832		
Kontinuitätskorrektur ^b	,001	1	,977		
Likelihood-Quotient	,045	1	,832		
Exakter Test nach Fisher				,856	,484
Zusammenhang linear-mit- linear	,045	1	,833		
Anzahl der gültigen Fälle	185				

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 14,42.

Cymmon como maso						
		Wert	Näherungsweis e Signifikanz			
	Phi	-,016	,832			
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,016	,832			
	Kontingenzkoeffizient	,016	,832			
Anzahl der gültigen Fälle		185				

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

Variable: Leben in Ihrem Haushalt noch weitere Personen? Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Leben in Ihrem Haushalt noch weitere Personen?: Ja, außer mir Personen * GruppeT0 und Gruppe T1	181	95,8%	8	4,2%	189	100,0%

Leben in Ihrem Haushalt noch weitere Personen?: Ja, außer mir Personen * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

		GruppeT0 ur	d Cruppo T1	Gesamt
		Gruppe ro ur	ia Gruppe i i	Gesami
		T0	T1	
Leben in Ihrem Haushalt	Nein	64	35	99
noch weitere Personen?: Ja, außer mir Personen	Ja, außer mir Personen	60	22	82
Gesamt		124	57	181

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (1- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,511 ^a	1	,219		
Kontinuitätskorrektur ^b	1,141	1	,285		
Likelihood-Quotient	1,521	1	,217		
Exakter Test nach Fisher				,261	,143
Zusammenhang linear-mit- linear	1,502	1	,220		
Anzahl der gültigen Fälle	181				

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 25,82.

Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweis e Signifikanz
	Phi	-,091	,219
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,091	,219
	Kontingenzkoeffizient	,091	,219
Anzahl der gültigen Fälle		181	

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

Variable: Pflegestufe

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig Fehlend			Gesamt		
	Ν	Prozent	Ν	Prozent	Ν	Prozent
Welche Pflegestufe trifft auf Sie zu?: Pflegestufe 1 * GruppeT0 und Gruppe T1	176	93,1%	13	6,9%	189	100,0%

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

Welche Pflegestufe trifft auf Sie zu? : Pflegestufe 1 * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

		GruppeT0 un	GruppeT0 und Gruppe T1	
		T0	T1	
	Pflegestufe 1	48	22	70
Welche Pflegestufe trifft auf	Pflegestufe 2	31	9	40
Sie zu? : Pflegestufe 1	Pflegestufe 3	6	3	9
	Keine Pflegestufe	36	21	57
Gesamt		121	55	176

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson Likelihood-Quotient	2,274 ^a 2.339	3	,517 ,505
Zusammenhang linear-mit- linear	,659	1	,417
Anzahl der gültigen Fälle	176		

a. 1 Zellen (12,5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,81.

Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweis e Signifikanz
	Phi	,114	,517
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,114	,517
	Kontingenzkoeffizient	,113	,517
Anzahl der gültigen Fälle		176	

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.

Variable: Ich habe alle Fragen selbst beantwortet und den Fragebogen auch alleine ausgefüllt.

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gü	ltig	Fehl	lend	Ges	amt
	N	Prozent	Ν	Prozent	Ν	Prozent
Wie haben Sie diesen Fragebogen beantwortet und ausgefüllt?: Ich habe alle Fragen selbst beantwortet und den Fragebogen auch alleine ausgefüllt. * GruppeT0 und Gruppe T1	181	95,8%	8	4,2%	189	100,0%

Wie haben Sie diesen Fragebogen beantwortet und ausgefüllt?: Ich habe alle Fragen selbst beantwortet und den Fragebogen auch alleine ausgefüllt. * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzahl

Anzani				
		GruppeT0 un	d Gruppe T1	Gesamt
		T0	T1	
Wie haben Sie diesen Fragebogen beantwortet und ausgefüllt?: Ich habe	Ich habe alle Fragen selbst beantwortet und den Fragebog	23	18	41
alle Fragen selbst beantwortet und den Fragebogen auch alleine ausgefüllt.	ich habe mir beim Ausfüllen des Fragebogens helfen lassen.	100	40	140
Gesamt		123	58	181

b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (2- seitig)	Exakte Signifikanz (1- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3,423 ^a	1	,064		
Kontinuitätskorrektur ^b	2,755	1	,097		
Likelihood-Quotient	3,305	1	,069		
Exakter Test nach Fisher				,086	,050
Zusammenhang linear-mit- linear	3,404	1	,065		
Anzahl der gültigen Fälle	181				

- a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 13,14. b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweis e Signifikanz
	Phi	-,138	,064
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,138	,064
	Kontingenzkoeffizient	,136	,064
Anzahl der gültigen Fälle		181	

- a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.
- b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

Variable: Wer hat beim Fragebogen ausfüllen geholfen?

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gü	ltig	Feh	lend	Ges	amt
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Wenn Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen hat, wer war das?: Familienangehörige * GruppeT0 und Gruppe T1	145	76,7%	44	23,3%	189	100,0%

Wenn Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen hat, wer war das?: Familienangehörige * GruppeT0 und Gruppe T1 Kreuztabelle

Anzohl

Anzani					
		GruppeT0 un	d Gruppe T1	Gesamt	
		T0	T1		
	Familienangehörige	44	22	66	
Wenn Ihnen jemand beim	Freunde, Bekannte	10	1	11	
Ausfüllen des Fragebogens geholfen hat, wer war das?:	Pflegende/r des ambulanten Pflegedienstes	49	18	67	
Familienangehörige	Jemand anderes Bitte eintragen	1	0	1	
Gesamt	-	104	41	145	

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3,289 ^a	3	,349
Likelihood-Quotient	4,008	3	,261
Zusammenhang linear-mit- linear	,841	1	,359
Anzahl der gültigen Fälle	145		

3 Zellen (37,5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,28.

		Wert	Näherungsweis e Signifikanz
	Phi	,151	,349
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-V	,151	,349
	Kontingenzkoeffizient	,149	,349
Anzahl der gültigen Fälle		145	

a. Die Null-Hyphothese wird nicht angenommen.b. Unter Annahme der Null-Hyphothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

Anmerkungen der Patientinnen und Patienten, Angehörige oder amb. PD im freien Textfeld des Fragebogens:

- Lob und Anerkennung für die Damen (Patient/Patienten hat Fragebogen allein ausgefüllt)
- Verordnungsprozess kompliziert, da Entlassung aus KH freitags, Arzt aber nicht mehr da. Pflegedienst sofort nötig. (Angehörige hat beim Fragebogen geholfen)
- Unbürokratischerer Weg Verordnungsschein von Arztpraxis zu ambulanten
 Pflegedienst wäre wünschenswert evtl. online, da es zeitaufwändig ist die
 Verordnung selbst abzuholen und weiterzureichen, bzw. dem Patienten allein nicht möglich ist (Angehörige hat beim Fragebogen geholfen)
- Äußerst zufrieden bin ich mit dem Dienst (Patient/Patienten hat Fragebogen allein ausgefüllt)
- Patientin findet es sehr gut, dass es so was gibt. Sie sagt es ist toll, dass es die
 Sozialstation gibt (Amb. Pflegedienst hat beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen)
- Etwas kompliziert das Ganze! (Patient/Patienten hat Fragebogen allein ausgefüllt)
- Fragebogen konnte nur teilweise ausgefüllt werden. Der Patient kann aufgrund der schwere seiner Krankheit nichts mehr selbst machen und bestimmen, benötigt Rundum-Pflege (Angehörige hat beim Fragebogen geholfen)
- Alles prima, ich bin sehr froh mit der ambulanten Pflege (Angehörige hat beim Fragebogen geholfen)
- In den Fragebogen aufzunehmen wäre es wichtig um welche Krankheit und
 Behandlung es sich handelt, anzugeben (Angehörige hat beim Fragebogen geholfen)
- Ich bin mit der Leistung der Sozialstation sehr zufrieden (Patient/Patienten hat Fragebogen allein ausgefüllt)
- Ich habe die Verordnung (Rezept) überhaupt nicht zu Gesicht bekommen. Diese sollte vor Abgabe beim Arzt mit dem Patienten betr. Häufigkeit und Zeitpunkt besprochen werden: als Vorschlag (keine Angabe wer ausgefüllt hat)
- Wundbehandlung sollte fachmännisch betreut werden. Da Töchter nicht am Ort wohnen, berufstätig sind und Familie haben sowie Ehemann auch bereits 85 Jahre alt ist bin ich dankbar, dass es die Einrichtung Sozialstation gibt. Die Verbindung von Mini-Hautklinik, meiner Familie mit der Sozialstation vor Ort hat ausgezeichnet geklappt. (Patient/Patienten hat Fragebogen allein ausgefüllt)
- Pflegedienst ist in Ordnung. Meine Beinwunde war in einem Jahr zu vorher schon drei Jahre offen. Der Pflegedienst kam regelmäßig. Ich war zufrieden (Patient/Patienten hat Fragebogen allein ausgefüllt)
- Beginn der Pflege zu früh, da sie oft schlaflose Nächte hat. Zu viel Personalwechsel. Besonders beim Duschen zu viel ungeschultes Personal, verunsichert mit unqualifizierten Aussagen die zu Pflegende (Angehörige hat beim Fragebogen geholfen)

Evaluation des Modellprojekts "Verordnung Häuslicher Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V" zur Stärkung des gegenseitigen Vertrauens und der Entbürokratisierung in der Häuslichen Krankenpflege (HKP)

Eine qualitative Evaluation aus der Perspektive der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte

Interviewleitfaden

Erstellt von: Ruth Dankbar

Unter Mitwirkung von Steinacher, Daniela und Dördelmann, Sandra

Stand: 20.10.14

1. Modellprozess

- 1.1 Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Modellprozess gemacht?
- 1.2 Beschreiben Sie bitte die Umsetzung des Modellprozesses in Ihrer Praxis.
- 1.3 Welche Veränderungen bezüglich des Ressourcenverbrauchs (Geld, Personal, Zeit) sind in Ihrer Praxis durch den Modellprozess entstanden?

2. Zusammenarbeit

- Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten und den Ersatzkrankenkassen im Rahmen des Modellprozesses?
 - Was hat sich verändert?
 - Welche Rückmeldungen bekommen Sie von Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern?
- o Was bedeutet für Sie Vertrauen und Misstrauen bei der Zusammenarbeit?
 - Wann haben Sie Vertrauen und Misstrauen wahrgenommen?
- Inwiefern hat sich das Vertrauensverhältnis zwischen Ihnen und den ambulanten Pflegediensten sowie den Ersatzkrankenkassen im Rahmen des Modellprozesses verändert?

3. Versorgungsziele

- 3.1Inwieweit haben Patientinnen und Patienten Ihrer Meinung nach aus dem Modellprozess profitiert?
- 3.2Inwieweit konnten Ihre Versorgungsziele für Patientinnen und Patienten mit dem Modellprozess erreicht werden?
- 3.3 Wenn diese Ziele nicht erreicht wurden:
 - Worin sehen Sie die Gründe der Nichterreichung?
 - Welche Lösungsvorschläge haben Sie hierfür?

4. Abschließende Betrachtung

- 1. Worin sehen Sie insgesamt den Nutzen des Modellprozesses für Ihre Praxis?
- 2. Inwieweit sind für Sie Nachteile entstanden?
- 3. Inwieweit sind Ihrer Meinung nach noch Modifizierungen des Modellprozesses für eine dauerhafte Umsetzung notwendig?
- 4. Welches Gesamtfazit ziehen Sie aus dem Modellprozess?
- 5. Gibt es noch etwas was Sie ergänzen möchten? Was ist Ihnen noch wichtig?

Interviewleitfaden Ersatzkassen

Situation vor der Umsetzung des Modellprozesses

1.1 Könnten Sie mir erzählen, wie es zur Teilnahme an diesem Modellprojekt kam?

Was waren Ihre Beweggründe für die Teilnahme?

1.2 Beschreiben Sie bitte die Umsetzung des bisherigen Verordnungsprozesses vor dem Modellprojekt?

Wie haben Sie das gemacht?

Könnten Sie mir die Sachbearbeitung der Fälle anhand von Beispielen erklären?

Was hat gut funktioniert?

Könnten Sie mir dazu Beispiele erzählen?

Was hat weniger gut funktioniert?

Könnten Sie mir dazu auch Beispiele erzählen?

Wie erlebten Sie die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten?

Was war positiv?

Wo gab es Schwierigkeiten?

Wie erlebten Sie die Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten?

Was war positiv?

Wo gab es Schwierigkeiten?

1.3 Könnten Sie mir erzählen, was für Sie Vertrauen und Misstrauen bei der Zusammenarbeit

Wann haben Sie Vertrauen und Misstrauen wahrgenommen?

Worauf beziehen sich Ihr Vertrauen und Misstrauen?

Wie würden Sie das bisherige Vertrauensverhältnis vor dem Modellprojekt zwischen den beteiligten Parteien beschreiben?

2. Situation während der Umsetzung des Modellprozesses

2.1 Beschreiben Sie mir bitte die Umsetzung des Modellprozesses in Ihrem Unternehmen?

Wie machen Sie das?

Könnten Sie mir dazu Beispiele erzählen?

Was funktioniert gut bzw. ist leichter?

Könnten Sie mir dazu Beispiele erzählen?

Was funktioniert weniger gut bzw. ist schwieriger?

Beschreiben Sie mir bitte möglicherweise entstandene Parallelprozesse.

Könnten Sie mir dazu Beispiele erzählen?

Welche bisherigen Erfahrungen teilten Ihnen Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum

Modellprozess mit? Könnten Sie Ihren Eindruck über den Ressourcenverbrauch bei Ihnen aufzeigen? Wie war

dieser vorher? Wie ist dieser aktuell?

Wie erleben Sie die jetzige Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten?

Was ist positiv?

Wo gibt es Schwierigkeiten?

Wie erleben Sie die jetzige Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten?

Was ist positiv?

Wo gibt es Schwierigkeiten?

Was bedeutet Ihnen der Vertrauensvorschuss bei der Zusammenarbeit und wie wird dieser im

Modellprojekt erlebt?

Können Sie Fälle beschreiben, bei der Sie eine Leistung aufgrund der Plausibilitätsprüfung des

MDKs für nicht angemessen angesehen haben?

Warum hätten Sie diese Fälle abgelehnt?

- 2.2 Inwieweit haben die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie die ambulanten Pflegedienste Ihrer Meinung nach von dem Modellprozess profitiert?
- 2.3 Beschreiben Sie bitte die Entwicklung der Versorgungssituation Ihrer Versicherten im Rahmen des Modellprozesses?

Könnten Sie mir dazu Beispiele erzählen?

- 3 Abschließende Betrachtung
- 3.1 Wie würden Sie die Chancen einer dauerhaften Umsetzung des Modellprozesses einschätzen?

Was wäre noch nötig, um dies dauerhaft umzusetzen? Wie würden Sie bei einer dauerhaften Umsetzung vorgehen?

- 3.2 Welche Empfehlungen würden Sie dabei anderen Krankenkassen für die Umsetzung an die Hand geben?
- 3.3 Welche Auswirkungen hat der Modellprozess Ihrem Erachten nach auf die Professionalisierung der Pflege?

Wie gehen die ambulanten Pflegedienste Ihrer Einschätzung nach mit der neuen Aufgabe und Verantwortungsübernahme um?

3.4 Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten? Kam etwas zu kurz? Was ist Ihnen noch wichtig?

Erstellt von: Dördelmann, Sandra; Steinacher, Daniela.

Erstellt am: 21.11.2014

Interviewleitfaden ambulante Pflegedienste

1. Situation vor der Umsetzung des Modellprozesses

1.1 Könnten Sie mir erzählen, wie es zur Teilnahme an diesem Modellprojekt kam?

Was hat Sie zur Teilnahme bewegt?

1.2 Beschreiben Sie bitte die Umsetzung des bisherigen Verordnungsprozesses vor dem Modellprojekt?

Wie haben Sie das gemacht?

Könnten Sie mir dazu Beispiele erzählen?

Was hat gut funktioniert?

Könnten Sie mir dazu Beispiele erzählen?

Was hat weniger gut funktioniert?

Könnten Sie mir dazu auch Beispiele erzählen?

Wie erlebten Sie die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten?

Was war positiv?

Wo gab es Schwierigkeiten?

Wie erlebten Sie die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen?

Was war positiv?

Wo gab es Schwierigkeiten?

1.3 Könnten Sie mir erzählen, was für Sie Vertrauen und Misstrauen bei der Zusammenarbeit bedeutet?

Wann haben Sie Vertrauen und Misstrauen wahrgenommen?

Worauf beziehen sich Ihr Vertrauen und Misstrauen?

Wie würden Sie das bisherige Vertrauensverhältnis vor dem Modellprojekt zwischen den beteiligten Parteien beschreiben?

2. Situation während der Umsetzung des Modellprozesses

2.1 Beschreiben Sie mir bitte die Umsetzung des Modellprozesses in Ihrer Einrichtung?

Wie machen Sie das?

Könnten Sie mir dazu Beispiele erzählen?

Was funktioniert gut bzw. ist leichter?

Könnten Sie mir dazu Beispiele erzählen?

Was funktioniert weniger gut bzw. ist schwieriger?

Könnten Sie mir dazu Beispiele erzählen?

 $Welche\ bisherigen\ Erfahrungen\ teilten\ Ihnen\ Ihre\ Mitarbeiterinnen\ und\ Mitarbeiter\ zum$

Modellprozess mit?

Könnten Sie Ihren Eindruck über den Ressourcenverbrauch bei Ihnen aufzeigen? Wie war

dieser vorher? Wie ist dieser aktuell?

Wie erleben Sie die jetzige Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten?

Was ist positiv?

Wo gibt es Schwierigkeiten?

Können Sie einen oder mehrere Fälle beschreiben, bei dem eine Ärztin, ein Arzt Ihre

Verordnung abgelehnt hat?

Wie erleben Sie die jetzige Zusammenarbeit mit den Krankenkassen?

Was ist positiv?

Wo gibt es Schwierigkeiten?

Was bedeutet Ihnen der Vertrauensvorschuss bei der Zusammenarbeit und wie wird dieser im Modellproiekt erlebt?

2.2 Beschreiben Sie bitte die Entwicklung der Versorgungssituation Ihrer Patientinnen und Patienten im Rahmen des Modellprozesses?

Könnten Sie mir dazu Beispiele erzählen?

3. Abschließende Betrachtung

3.1 Wie würden Sie die Chancen einer dauerhaften Umsetzung des Modellprozesses einschätzen?

Was wäre noch nötig, um dies dauerhaft umzusetzen? Wie würden Sie bei einer dauerhaften Umsetzung vorgehen?

- 3.2 Welche Empfehlungen würden Sie dabei anderen ambulanten Pflegediensten für die Umsetzung in der eigenen Einrichtung an die Hand geben?
- 3.3 Welche Auswirkungen hat der Modellprozess Ihrem Erachten nach auf die Professionalisierung der Pflege?
- 3.4 Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten? Kam etwas zu kurz? Was ist Ihnen noch wichtig?

Erstellt von: Steinacher Daniela; Dördelmann, Sandra

Erstellt am: 21.11.2014

Interviewleitfaden MDK

1. Situation vor der Umsetzung des Modellprozesses

1.1 Könnten Sie mir erzählen, wie es zur Teilnahme an diesem Modellprojekt kam?

Was hat Sie zur Teilnahme bewegt?

1.2 Welche Erfahrungen haben Sie mit dem ursprünglichen Verordnungsprozess gemacht? Welche Aufgaben hatte hierbei der MDK?

Könnten Sie mir hierzu Beispiele erzählen?

Was hat bei dem ursprünglichen Verordnungsprozess gut funktioniert?

Könnten Sie mir dazu ein Beispiel erzählen?

Was hat weniger gut funktioniert?

Könnten Sie mir dazu ein Beispiel erzählen?

Wie haben Sie die Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzten, den Krankenkassen und den ambulanten Pflegediensten mit Ihrem MDK erlebt?

Was war positiv?

Wo gab es Schwierigkeiten?

1.3 Könnten Sie mir erzählen, was für Sie Vertrauen und Misstrauen bei der Zusammenarbeit bedeutet?

Worauf beziehen sich Ihr Vertrauen und Misstrauen?

Beschreiben Sie bitte das bisherige Vertrauensverhältnis vor dem Modellprojekt zwischen den beteiligten Parteien.

Wann haben Sie Vertrauen und Misstrauen wahrgenommen?

2. Situation während der Umsetzung des Modellprozesses

- 2.1 Inwieweit hat sich das Vertrauensverhältnis zwischen den beteiligten Parteien durch den Vertrauensvorschuss Ihrer Meinung nach verändert?
- 2.2 Wie schätzen Sie die Veränderung im Abstimmungsaufwand zwischen den beteiligten Parteien im Modellprozess ein?
- 2.3 Welche Ergebnisse liegen nach den bisherigen Plausibilitätsprüfungen vor?

Können Sie Fälle beschreiben, bei der Sie eine Leistung für nicht angemessen angesehen haben?

Warum hätten Sie diese Fälle abgelehnt?

2.4 Beschreiben Sie bitte die Entwicklung der Versorgungssituation der

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger im Rahmen des Modellprozesses?

Inwieweit sehen Sie Verbesserungen in der Versorgung?

Wo liegt Ihres Erachtens ein Versorgungsrisiko vor?

Könnten Sie dies anhand von Beispielen erläutern?

3 Abschließende Betrachtung

3.1 Wie würden Sie die Chancen einer dauerhaften Umsetzung des Modellprozesses einschätzen?

Was wäre noch nötig, um dies dauerhaft umzusetzen?

Wie würden Sie bei einer dauerhaften Umsetzung vorgehen?

3.2 Welche Auswirkungen hat der Modellprozess Ihrem Erachten nach auf die Professionalisierung der Pflege?

Wie gehen die ambulanten Pflegedienste Ihrer Einschätzung nach mit der neuen Aufgabe und Verantwortungsübernahme um?

3.3 Gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten? Kam etwas zu kurz? Was ist Ihnen noch wichtig?

Erstellt von: Steinacher Daniela; Dördelmann, Sandra

Erstellt am: 17.12.2014