



## Evaluation des Modellvorhaben zu Verordnungen nach § 37 Abs. 2 SGB V

„Stärkung des gegenseitigen  
Vertrauens/Entbürokratisierung“

Prof. Dr. Reinhold Wolke,

Pressekonferenz, 29.04.2015

1. Projekthintergrund
2. Modellversuch und Evaluationsdesign
3. Erkenntnisse
4. Fazit

# 1. Projekthintergrund

## Verordnung häuslicher Krankenpflege

- Der **Beantragungs- und Genehmigungsprozess** zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach SGB V ist geregelt in der  
**„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege“ (RVhK)**
- Der Verordnungsprozess wird in der **Prioritätenliste** der Ombudsfrau für **Entbürokratisierung in der Pflege** des BMG, Frau Elisabeth Beikirch, an **dritter Stelle** aufgelistet (BMG 2015).
- Insbesondere die **zeitliche Belastung und die Dauer** des Verfahrens werden als kritisch angesehen (vgl. Destatis 2013b, S. 141).

# 1. Projekthintergrund

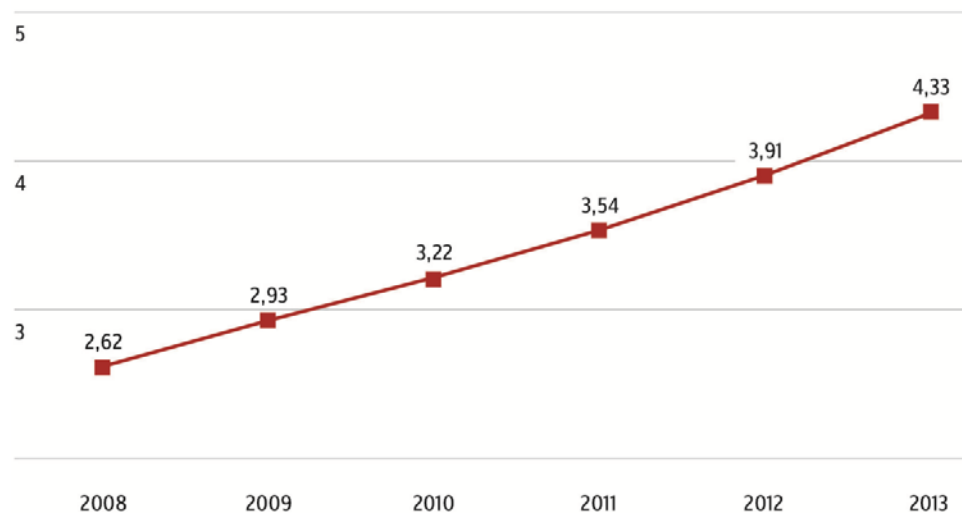
Volumen häuslicher Krankenpflege SGB V

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



Angaben in Mrd. Euro

**GBE 2014**



**GKV-Spitzenverband 2014**

## 2. Modellversuch

Partner, Ziele, Beschreibung

### Projektpartner und beteiligte Personen



#### Ersatzkassen/vdek

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

#### Sozialstationen/-verbände

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

#### Sozialverbände

- Dietrich-Schleicher, Barbara (Caritasverband Erzdiözese Freiburg)
- Maier, Birgit (Caritasverband 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

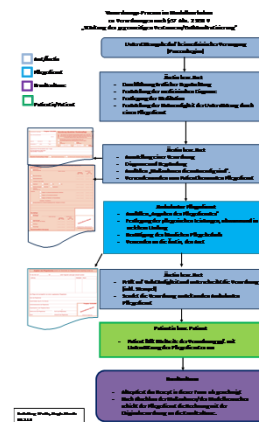
- Dankbar, Ruth
- Siegle, Anja
- Prof. Dr. Wolke

## 2. Modellversuch

### Modellverordnungsprozess

#### Ablauf **Modellverordnung** (zentrale Aspekte):

- **Arzt stellt die Verordnung** aus – gibt **Diagnose**, Indikation und Zielvorgabe an.
- **Pflegedienst legt Behandlungsplan/Therapieplan** fest,  die vom *Arzt geprüft* wird; *Patient unterzeichnet*.
- **Die Leistungen gelten gegenüber der Kasse als genehmigt** 
- **Zeitraum** des Modellversuches: 2. Halbjahr 2014
- Das unveränderte **Verordnungsformular (M 12)** wird mit Stempel „**Modellversuch**“ gekennzeichnet.



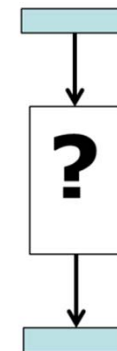
## Forschungsfragen der Evaluation

- Gelingt die beabsichtigte **Entbürokratisierung**?
- Werden die ärztlichen **Versorgungsziele erreicht**?
- Wird die **gesundheitsbezogene Lebensqualität** der Patientinnen und Patienten verbessert/bleibt diese gleich?



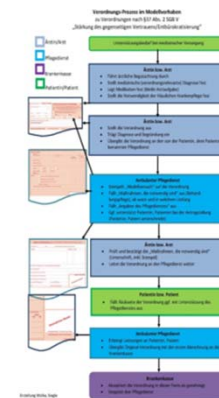
Richtlinienprozess (RVhK)

**Soll**



Schattenprozess

**Ist**



Modellprozess

**Modellversuch**

## 2. Evaluationsdesign

### Multiperspektivisch und Methodenmix

#### Quantitative Erhebung:

- Fragebogen an **Patientinnen und Patienten** der ambulanten Pflegedienste **vor Modell-Einführung** (N=129 – alle vdek PatientInnen)
- Fragebogen an Patientinnen und Patienten der ambulanten Pflegedienste **nach Modell-Einführung** (N=60 – nur Modellversuch PatientInnen)

#### Qualitative Erhebungen:

- Interviews **Ärztinnen und Ärzte** (N= 11)
- Interviews **Ambulante Pflegedienste** (N=4)
- Interviews **MDK** (N= 1)
- Interviews **Ersatzkassen** (N=5)



## 2. Evaluationsdesign

### Zeitplanung der Evaluation

1.4.14 - 30.6.14 Ausgangserhebung, Datenerhebung  
Patientinnen und Patienten

1.7.14 – 31.7.14 Implementierung Modellprozess

1.8.14 – 31.12.14 Folgeerhebung, Interviews

Ende Modellversuch  
31.12.2014

1.1.15 – 30.4.15 Interpretation der Ergebnisse und  
Ergebnisberichterstellung, Dissemination

### Ausgewählte Erkenntnisse nach Perspektiven

- Patientinnen und Patienten
- Ärztinnen und Ärzte
- Ambulante Pflegedienste
- Ersatzkassen
- MDK

## Ergebnisse der Befragung $t_0$

Die Patientinnen sind hilfebedürftig aufgrund von

- **Krankheit**

69 % geht es weniger gut/schlecht

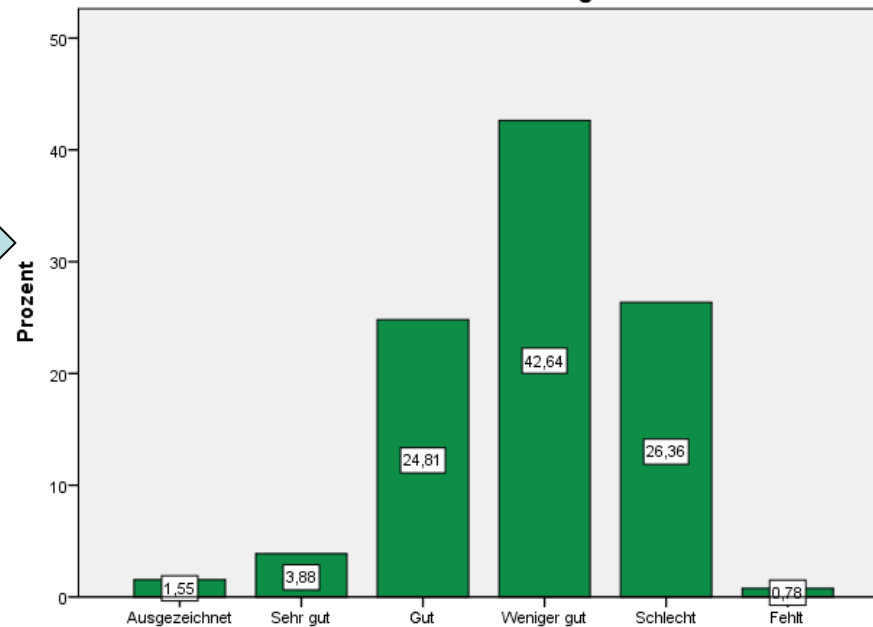


und

- **Alter**

Durchschnittsalter 80,91 Jahre,  
Median: 84 Jahren.

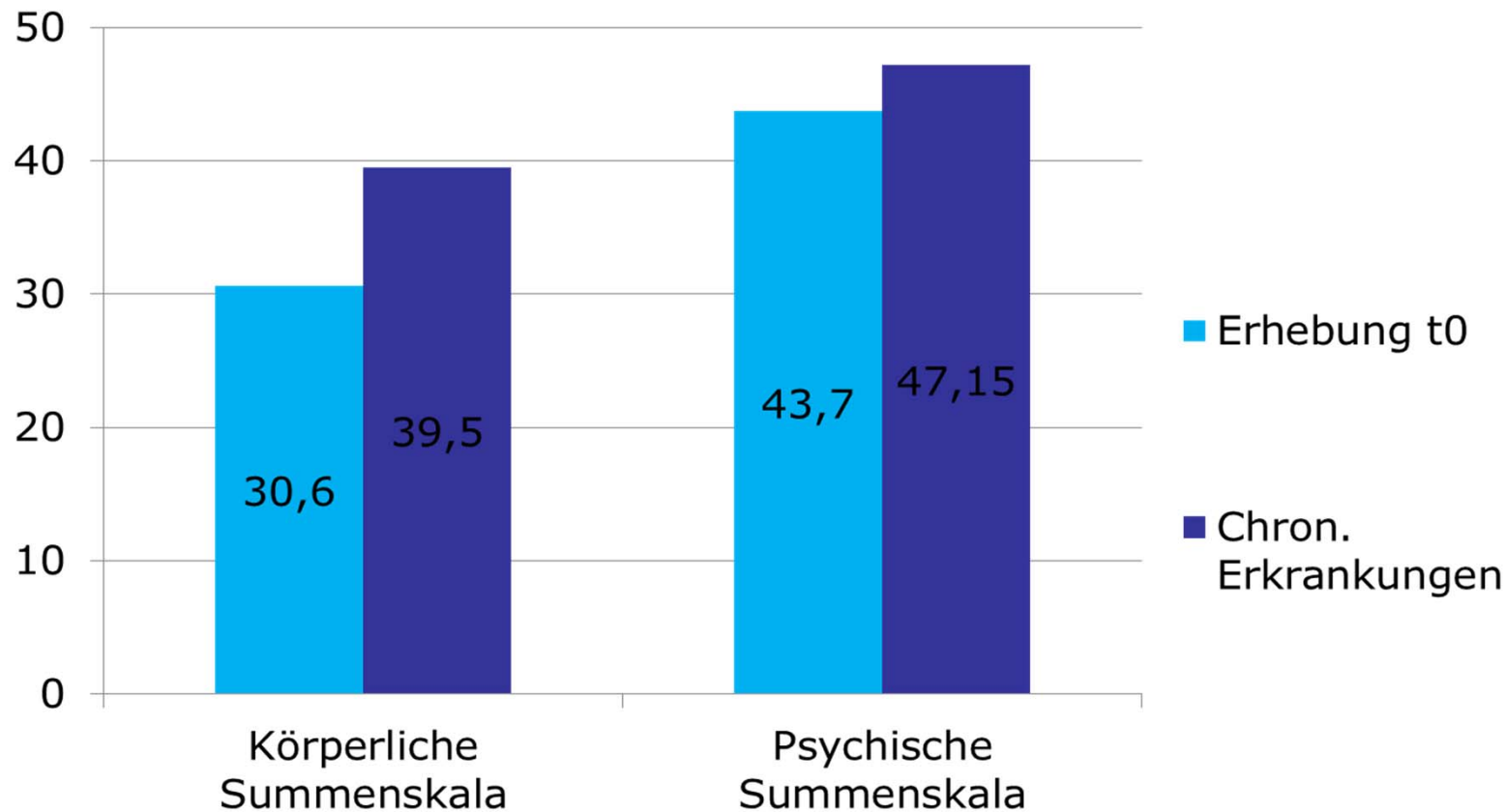
Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?



Quelle: Eigenerstellung Wolke, Siegle 2014

# PatientInnen: **Geringe** gesundheitsbezogene Lebensqualität

t<sub>0</sub> Ergebnis SF 12 im Vergleich zur deutschen Normstichprobe 1994 (n=2.914)



Quelle: Eigenerstellung Wolke, Siegle 2014

## Folge:

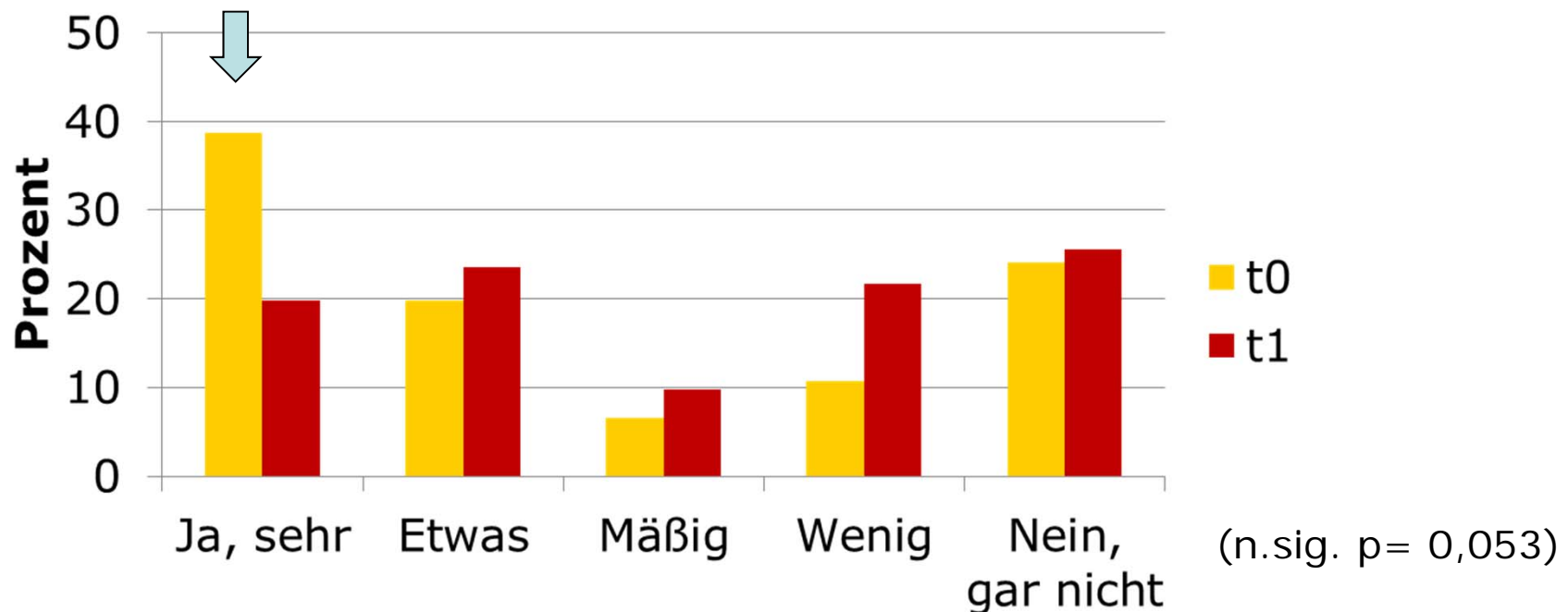
Die Patientinnen und Patienten nehmen die Ihnen von der Richtlinie (RVhK) zugedachte Rolle nicht wahr.

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

**86,0% Nein**

Quelle: Eigenerstellung Wolke, Siegle 2015

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



Quelle: Eigenerstellung Wolke, Siegle 2015

# Bürokratie im Verordnungsprozess

Vergleich Ist-Prozess  $t_0$  zu Modellprozess  $t_1$

| Welche der folgenden Aussagen trifft im Rahmen des Verordnungsprozesses auf Sie zu: (Mehrfachnennungen möglich) | n= 129<br>$t_0$ | n= 60<br>$t_1$ | Signifikanz |
|---|-----------------|----------------|-------------|
| Ich habe mich selbst um die Verordnung (Rezept) gekümmert   | 14,8%           | 17,2%          | n.s.        |
| Ich fand es sehr <u>belastend</u> mich um die Verordnung (Rezept) kümmern zu müssen                             | 29,5%           | 12,1%          | Chi=0,010   |
| Ich fand den Verordnungsprozess sehr <u>kompliziert</u>   | 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.        |



Quelle: Eigenerstellung Wolke, Siegle 2015

## Beispiele zu **Aussagen** von **ÄrztInnen** zum **Modellprozess**:

- **Erfahrungen** mit dem **Modellprozess**:
  - I5Z2: „Gute. Sehr gute sogar, es kürzt ne Menge ab.“
  - I7Z6: „Also die Erfahrungen waren, ich kann sagen positiv aber äh ich hab praktisch von dem Modellprozess ja kaum was mitgekriegt.“
- **Umsetzung** des **Modellprozesses**:
  - I1Z6: „So wie angedacht, [...]“
  - I4Z6: „Außerdem haben wir versucht, dass durchzuziehen, wie das von Ihnen angeregt war. Nämlich zunächst ohne Unterschrift, dann weiterleiten an die Sozialstation und dann warten auf Rücklauf.“



## Beispiele zu **Aussagen** von **ÄrztInnen** zum Modellprozess:

- Erreichen der **Versorgungsziele**:
  - I3Z57: „Also die Versorgungsziele sind schon erreicht worden.“
  - I9Z49: „So wie vorher auch, ja.“
- **Nutzen** für Patientinnen und Patienten:
  - I9Z41: „ich hätt jetzt zwei, drei Leute im Kopf, die da nicht reinfallen, für die wär das ne Erleichterung.“
  - I10Z42: „Ich denke, dass eine kurzfristigere Anpassung an aktuelle Veränderungen möglich ist.“

## Zum Modellprozess:

- Insgesamt sehen Ärztinnen und Ärzte eine **Verringerung des bürokratischen Aufwands** (HA1, Z: 11-13; HA2, Z: 22-24; HA5, Z: 11-13; HA6, Z: 13-15; HA9, Z: 54-57; HA10, Z: 6-7; HA11, Z: 3-4).
- Manche Ärztinnen und Ärzte schränken dies mit Blick auf die „**Kontroll-Schleife**“ (Unterschrift der Ärztin, des Arztes nach Maßnahmenfestlegung des ambulanten Pflegedienstes, zusätzlicher Weg) wieder ein (HA9, Z: 27; HA11, Z: 88).

- Verordnungsprozess nach **HKP-Richtlinie** für die **kasseninternen** Prozessschritte **wird eingehalten**.
  - (Interner) Bearbeitungsprozess „*optimal*“ sowie „*standardisiert*“ (K2, Z: 80)
  - Mit den ambulanten Pflegediensten „*im Dialog*“ (K1, Z: 99)
- Ersatzkassen sehen im ursprünglichen Verordnungsprozess einen **hoher bürokratischer Aufwand bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den ambulanten Pflegediensten** (K1, Z: 6-9; K2, Z: 4-7).
- 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.

## HKP-Prozess

- 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 im ursprünglichen Verordnungsprozess** (Schattenprozess) **nie** (PD2, Z: 21-23).
- Diese **Aufgabe** im Grunde komplett **durch den ambulanten Pflegedienst** erledigt. Dabei wurden die vielen Wege als aufwendig erlebt (PD3, Z: 12-17, Z: 50-51).

## Modellprozess

- Im Modell-Verordnungsprozess **zunächst eine Erhöhung des bürokratischen Aufwands**, die im **Laufe des Modellversuchs abgenommen** haben und bei einer zukünftigen Umsetzung wegfallen würden (PD2, Z: 339-342, Z: 355-357; PD4, Z: 184-191, Z: 236-243, Z: 316-320).
- Die ambulanten Pflegedienste sahen insgesamt eine **Senkung des bürokratischen Aufwands** für sich. Modell-Verordnungsprozess
- Modellprozess „**praktischer**“ (PD1, Z: 197), „**einfacher, klarer**“ (PD1, Z: 198) und „**weniger aufwendig**“ (PD1, Z: 199).

# Überprüfung durch den MDK Baden-Württemberg

Jede **fünfte** Modellverordnung (20%) wird zusammen mit der ersten Abrechnung dem MDK Baden-Württemberg zur Prüfung vorgelegt (N=51).

## Fragen:

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 **Alternativen**, dem anerkannten medizinisch-pflegerischen Wissenstand entsprechende Maßnahmen, wenn die verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen nicht indiziert/bzw. nicht nachvollziehbar sind?

Ergebnisse

| Behandlungs-<br>pflegerische<br>Maßnahme                 | Anzahl | Anzahl<br>begründeter<br>Verordnungen<br>- gesamt - | Davon anhand<br>der<br>Verordnung | Davon anhand<br>weiterer<br>Informationen<br>vom Verordner | Davon anhand<br>weiterer<br>Informationen<br>vom<br>Pflegedienst |
|--|--------|---|-----------------------------------|--|--|
| Medikamentengabe   | 17     | 17  | 12                                | 4  | 1  |
| Kompressions-<br>therapie                                | 16     | 16  | 11                                | 5  | 0  |
| Kompressions-<br>therapie und<br>Wundverband-<br>wechsel | 4      | 4   | 4                                 | 0  | 0  |
| Wundverband-<br>wechsel                                  | 8      | 8   | 6                                 | 0  | 2  |
| Sonstiges  | 6      | 6   | 6                                 | 0  | 0  |

*„Ich habe noch nie so gut ausgefüllte (...) Verordnungen gesehen“  
(MDK, Z: 29-30).*

### *Zitat eines Hausarztes:*

*„(...) 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).*

## 5. Fazit und Ausblick

- Der Richtlinienprozess wird in der Verordnungspraxis nicht angewandt, **Schattenprozesse** haben sich etabliert.
- Der **aktuellen Verordnungsprozess ist mit hohem Arbeitsaufwand verbunden** – auch um die dem Verordnungsprozess nach RVhK eigenen Defizite zu kompensieren.
- Der Verordnungsprozess im **Modellversuch ist weniger bürokratisch** als der RVhK Verordnungsprozess.
- **Versorgungsziele** werden mit dem Modellprozess **erreicht**.
- Der Modellversuch war **kostenneutral** – die Maßnahmen waren angemessen.
- Bei einer weiteren Reform gilt, das **Patientenwohl** in den Mittelpunkt der Prozessorganisation zu stellen.



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!