

„Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V“ zur Stärkung des gegenseitigen Vertrauens und der Entbürokratisierung in der häuslichen Krankenpflege (HKP)

Prof. Dr. Reinhold Wolke, Anja Siegle M.A., Ruth Dankbar B.A.

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, Ersatzkassen und 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 (Folgeberhebung, 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 Angehörige 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 derzeit 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 Defizite zu kompensieren. Dies spricht für eine 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.
- 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 pflegfachliche Qualifikation ist aber nicht Teil der Ausbildung von Medizinerinnen und Mediziner. 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
 - vorliegende Funktionseinschränkungen eher wahrnehmen,
 - die Notwendigkeit von Veränderungen in der häuslichen Krankenpflege als Erster feststellen oder
 - 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 pflegfachliche 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 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 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 befürworteten 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
 - quantitativen (begrenzte Realitätsausschnitte werden stark vereinfacht, standardisiert erhoben) und
 - 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 Ordnungsformulars, 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.