

Vorschläge zur Entbürokratisierung in der Pflege Teil II, 1. Sept. 2011

(Teil I mit den Vorschlägen 1 und 2 bereits am 26.08.2011 an Ombudsfrau Frau Beikirch versandt)

3. Umfang der handschriftlichen Pflegedokumentation reduzieren

Vorschlag:

Die handschriftlich vorzunehmenden Einträge in die verschiedenen Bestandteile der Pflegedokumentation sind wie folgt zu reduzieren:

Handschriftlich zu führen sind nur noch die Dokumentationsbögen, die zeitweise für die Nachvollziehbarkeit des Behandlungsverlaufes angelegt werden, wie zum Beispiel:

- Wunddokumentation
- Lagerungsprotokoll bei vorhandenen Dekubiti
- Flüssigkeitsbilanzierung
- Blutzuckerprotokoll
- RR-Protokoll
- u.ä.

Da diese Dokumentationsbögen in Verbindung mit den entsprechenden Verordnungen über häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V ggf. für den behandelnden Arzt und für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vervielfältigt und versandt werden müssen, sind die gesetzlichen Krankenkassen mit einem angemessenen Pauschalbetrag am Aufwand für die handschriftliche Dokumentation zu beteiligen (Dokumentationspauschale).

Ableitend aus der individuellen Pflegeplanung, die computergestützt erstellt wird, werden Monats-, Wochen- und Tagespläne festgelegt und ausgedruckt. Diese Pläne beinhalten sowohl die Pflegesachleistungen im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung, die erforderlichen pflegerischen Prophylaxen und die behandlungspflegerischen Leistungen nach § 37 SGB V. Die für die jeweilige Woche geltenden Pläne werden in der beim Patienten hinterlegten Pflegedokumentation aufbewahrt. Der jeweils aktuelle Tagesplan wird morgens von der ersten beim Patienten tätigen Pflege-

Private Pflegedienstberatung Baake

Dipl. oec. Carmen P. Baake Bergstraße 11 65779 Kelkheim i. Ts.

Telefon 06195 673 199 – Mobil 0172 284 97 81 – private-pflegedienstberatung-baake@arcor.de

kraft an einer gut sichtbaren Stelle ausgelegt. Die Pflegekräfte haken auf dem Tagesplan die erledigten Maßnahmen ab und signieren mit ihrem Handzeichen. Sofern eine Maßnahme nicht erledigt werden konnte, ist dies mit Angabe der Gründe im Pflegebericht zu vermerken und die betreffende Maßnahme ist auf dem Tagesplan zu streichen.

Eine weitere handschriftliche Erfassung zum Beispiel in Leistungsnachweisen erfolgt nicht (siehe dazu den 4. Vorschlag)

Begründung:

Die handschriftliche Erfassung auf vielen verschiedenen Dokumentationsbögen der Pflegedokumentation ist zeitaufwändig und stößt in Verbindung mit dem bereits heute festzustellenden Mangel an Pflegepersonal zunehmend auf Kritik

Allerdings kann auf die handschriftliche Dokumentation nicht vollständig verzichtet werden, insbesondere dann, wenn der Verlauf eines Krankheitsgeschehens zu dokumentieren ist. Da diese Dokumentation jedoch nicht nur für die Pflegeeinrichtung von Bedeutung ist, sondern insbesondere für behandelnde Ärzte sowie im Bereich der ambulanten Pflege für die gesetzlichen Krankenkassen, ist nicht nachvollziehbar, warum die Pflegeeinrichtung für die mit der handschriftlichen Dokumentation einhergehenden Kosten alleine aufkommen muss. Vielmehr ist eine angemessene Beteiligung der Krankenkassen über eine Dokumentationspauschale notwendig und begründet. Ähnliche Dokumentationspauschalen gibt es im Zusammenhang mit der externen Qualitätssicherung bereits für Krankenhäuser sowie im Zusammenhang mit den Integrierten Versorgungsprogrammen für die daran teilnehmenden Vertragsärzte.

Hingegen kann für die Maßnahmen, die entsprechend der Pflegeplanung, den ärztlichen Verordnungen und dem mit dem Pflegebedürftigen geschlossenen Pflegevertrag regelmäßig zu erbringen sind, die handschriftliche Dokumentation auf Abhaken mit Handzeichen beschränkt werden. Die am Computer erstellten Tagespläne haben neben der zeitlichen Entlastung der Pflegekräfte u.a. folgende Vorteile:

Private Pflegedienstberatung Baake

Dipl. oec. Carmen P. Baake Bergstraße 11 65779 Kelkheim i. Ts.

Telefon 06195 673 199 – Mobil 0172 284 97 81 – private-pflegedienstberatung-baake@arcor.de

- da die Tagespläne unmittelbar aus der Pflegeplanung resultieren, ist gewährleistet, dass die Maßnahmen konsequent auf die Erreichung der in der Pflegeplanung festgelegten Pflegezielen ausgerichtet sind
- Leistungen können nicht vergessen werden
- Die Beschreibung für eine Leistung ist immer gleich, Fehlinterpretationen sind darum nicht möglich – sowohl bei der Leistungserbringung als auch bei der späteren Abrechnung und Auswertung
- Abweichungen vom Tagesplan sind eindeutig zu identifizieren und werden im Pflegebericht eingetragen
- Zur Evaluierung der Pflegeplanung können die Tagespläne in Verbindung mit dem Pflegebericht ausgewertet werden

PRO und CONTRA

PRO

Zeitliche Entlastung der Pflegeeinrichtungen durch die Reduzierung der handschriftlichen Aufzeichnungen in der Pflegedokumentation.

Finanzielle Entlastung der Pflegeeinrichtungen durch die Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen am Dokumentationsaufwand.

Verbesserung der Prozessqualität im Pflegedienst, da die computergestützt erstellten Monats-, Wochen- und Tagespläne direkt aus der Pflegeplanung resultieren.

Bessere Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Pflegeleistungen für die zu Pflegenden, ihre Angehörigen sowie für Ärzte.

CONTRA

Höherer zeitlicher Aufwand für die Erstellung der Pflegeplanung einschließlich der untergeordneten Pläne jeweils bei Beginn der Pflegeplanung, 1 x monatlich sowie bei erforderlichen Anpassungen der Pläne.

Höherer finanzieller Aufwand für die Krankenkassen durch die Zahlung der Dokumentationspauschale.

4. Abrechnung – Verzicht auf Leistungsnachweise

Vorschlag:

Auf die bislang im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen der ambulanten Pflegesachleistung (SGB XI) sowie der häuslichen Krankenpflege (SGB V) vorzulegenden Leistungsnachweise wird verzichtet.

Stattdessen nutzen die Kranken- und Pflegekassen die in ihren EDV-Systemen erfassten Angaben, um die Plausibilität der Abrechnungen zu prüfen. Bei begründeten Zweifeln können die Kranken- und Pflegekassen darüber hinaus Einsicht in die Tagespläne des betreffenden Abrechnungszeitraumes nehmen.

Begründung:

Für die Abrechnung der ambulanten Pflegesachleistungen nach SGB XI und die Abrechnung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V sind durch den ambulanten Pflegedienst jeweils Leistungsnachweise zu erstellen. Diese sind vom Patienten/Pflegebedürftigen bzw. von den hierfür durch ihn bevollmächtigten Personen oder einem gerichtlich bestellten Betreuer gegenzuzeichnen und der Pflegekasse sowie der Krankenkasse zusammen mit der Abrechnung vorzulegen.

Damit geht für ambulante Pflegedienste ein Arbeitsaufwand einher, der im Zusammenhang mit einer qualitätssichernden Pflegedokumentation nicht erforderlich ist, sondern ausschließlich dem Ziel dient, dass die Krankenkasse und die Pflegekasse prüfen können, ob die berechneten Leistungen tatsächlich erbracht wurden. Unabhängig davon sind ambulante Pflegedienste dadurch gegenüber teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen benachteiligt, die keine detaillierten Leistungsnachweise vorlegen müssen.

Sieht man sich diese Leistungsnachweise im Detail an, wird deutlich, dass sie zum einen leicht manipuliert werden können und zum anderen für Patienten/Pflegebedürftige, Bevollmächtigte oder Betreuer absolut unübersichtlich und aufgrund der Fachtermini (z.B. Leistungskomplex ...) nicht nachvollziehbar sind. So verwundert es in der Praxis nicht, dass Patienten/Pflegebedürftige unterschreiben,

Private Pflegedienstberatung Baake

Dipl. oec. Carmen P. Baake Bergstraße 11 65779 Kelkheim i. Ts.

Telefon 06195 673 199 – Mobil 0172 284 97 81 – private-pflegedienstberatung-baake@arcor.de

obwohl sie im Detail nicht wissen, für welche Leistungen. Noch schwieriger ist die Situation der Bevollmächtigten und Betreuer, die selbst nicht jedes Mal dabei sind, wenn die Leistungen des Pflegedienstes erbracht werden und somit objektiv betrachtet überhaupt nicht in der Lage sind, die Leistungserbringung zu bestätigen.

Natürlich benötigen Krankenkassen und Pflegekassen Informationen, auf deren Grundlage die Rechnungen der ambulanten Pflegedienste auf ihre sachliche Richtigkeit geprüft werden können. Immerhin geht es bei der häuslichen Krankenpflege (SGB V) auch um die vom Patienten zu leistende Zuzahlung und bei der ambulanten Pflegesachleistung (SGB XI) ggf. um den im Rahmen einer sogenannten Kombinationsleistung zu zahlenden Pflegegeldanteil.

Alternativ zum – wie oben bereits beschrieben – wenig aussagefähigen Leistungsnachweis können Krankenkassen u.a. auf folgende in ihrem EDV-System erfassten Informationen zurückgreifen:

- Art und Umfang der für den Abrechnungszeitraum genehmigten Leistungen der häuslichen Krankenpflege
- Aktuelle Vergütungssätze
- Unterbrechungen durch stationäre Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen u.ä.
- Kalender, aus welchem Tage mit ggf. erhöhten Hausbesuchspauschalen entnommen werden können (z.B. Samstage, Sonntage, gesetzliche Feiertage)

Darüber hinaus haben die Krankenkassen die Möglichkeit, bei begründetem Verdacht der Falschabrechnung die einzelnen Tagespläne (nicht die gesamte Pflegedokumentation) für den betreffenden Zeitraum einzusehen.

Alternativ zum Leistungsnachweis kann die Pflegekasse auf folgende Informationen zugreifen:

- Art und Umfang der laut Pflegevertrag vereinbarten Leistungen
 - Art und Umfang der laut Pflegegutachten erforderlichen Leistungen
 - Aktuelle Punktwerte
-

Private Pflegedienstberatung Baake

Dipl. oec. Carmen P. Baake Bergstraße 11 65779 Kelkheim i. Ts.

Telefon 06195 673 199 – Mobil 0172 284 97 81 – private-pflegedienstberatung-baake@arcor.de

- Kalender, aus welchem Tage mit ggf. erhöhten Hausbesuchspauschalen entnommen werden können (z.B. Samstage, Sonntage, gesetzliche Feiertage)

sowie mit Unterstützung der Krankenkasse

- Art und Umfang der häuslichen Krankenpflege
- Unterbrechungen durch stationäre Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen u.ä.

Zudem haben auch die Pflegekassen die Möglichkeit, bei begründetem Verdacht der Falschabrechnung die einzelnen Tagespläne (nicht die gesamte Pflegedokumentation) für den betreffenden Zeitraum einzusehen.

Ein begründeter Verdacht wird insbesondere dann vorliegen, wenn sich der Patient bei der Krankenkasse aufgrund einer aus seiner Sicht unberechtigten Zuzahlungsforderung beschwert bzw. der Pflegebedürftige über einen aus seiner Sicht zu niedrigen Pflegegeldanteil bei der Kombinationsleistung.

Neben der Vereinfachung der Abrechnung für den Pflegedienst und die Reduzierung des Dokumentationsaufwandes, wird durch dieses Vorgehen das Bestreben - insbesondere der gesetzlichen Krankenkassen – eingeschränkt, mit der Rechnungsprüfung eigene Fehler bei der Genehmigung von Leistungen zu korrigieren und willkürlich Rechnungen zu kürzen.

PRO und CONTRA

PRO

Erhebliche Zeitersparnis für ambulante Pflegedienste, da Leistungsnachweise weder geführt noch Unterschriften eingeholt werden müssen.

Der mit der gegenwärtigen Art und Weise der Rechnungsprüfung einhergehende Generalverdacht, ambulante Pflegedienste würden falsch abrechnen, wird verhindert.

Private Pflegedienstberatung Baake

Dipl. oec. Carmen P. Baake Bergstraße 11 65779 Kelkheim i. Ts.
Telefon 06195 673 199 – Mobil 0172 284 97 81 – private-pflegedienstberatung-baake@arcor.de

Der Aufwand der Pflege- und Krankenkassen für die Rechnungsprüfung reduziert sich, da kein Abgleich mit Leistungsnachweisen mehr erforderlich ist. Der verbleibende Aufwand kann durch intelligente EDV-Lösungen weiter reduziert werden.

Die Kranken- und Pflegekassen können die frei werdenden Ressourcen nutzen, um begründeten Verdachtsfällen gezielt nachzugehen und bei festgestellten Vergehen die geeigneten vertragsrechtlichen Konsequenzen einzuleiten.

Die ohnehin bei den Kranken- und Pflegekassen vorhandenen Informationen werden effektiv für die Rechnungsprüfung genutzt.

CONTRA

Soweit noch nicht erfolgt, müssen insbesondere die Pflegekassen die ihnen vorliegenden Informationen zu Art und Umfang der ambulanten Pflegesachleistungen datentechnisch erfassen. Dadurch entsteht zunächst ein erhöhter Aufwand, der allerdings später durch die Reduzierung des Aufwandes für die Rechnungsprüfung mehr als kompensiert wird.

Es besteht die Möglichkeit, dass ein Teil der ambulanten Pflegedienste unmittelbar nach Umstellung des Verfahrens mehr Leistungen abrechnet, als tatsächlich erbracht wurden. Der dadurch zu erwartende finanzielle Schaden für die Krankenkassen wird jedoch allein dadurch begrenzt, dass die Krankenkassen bereits mit ihrer Genehmigung Art und Umfang der Leistungen festlegen und damit faktisch auch die maximal hierfür abrechenbaren Beträge. Bei der Pflegekasse ist der zu erwartende finanzielle Schaden durch die Höhe der Sachleistungspauschale ebenfalls begrenzt.

5. Abrechnung – Verzicht auf Vorlage der Verordnung und der Genehmigung

Vorschlag:

Auf die Vorlage der ärztlichen Verordnung über Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V durch den ambulanten Pflegedienst zusammen mit der Abrechnung wird verzichtet, wenn bereits eine Genehmigung der Krankenkasse vorliegt.

Private Pflegedienstberatung Baake

Dipl. oec. Carmen P. Baake Bergstraße 11 65779 Kelkheim i. Ts.
Telefon 06195 673 199 – Mobil 0172 284 97 81 – private-pflegedienstberatung-baake@arcor.de

Sollte die Krankenkasse noch nicht über die Kostenübernahme entscheiden haben, ist die Verordnung der Abrechnung beizufügen, soweit die Verordnung fristgerecht der Krankenkasse vorgelegt wurde und ein Anspruch auf vorläufige Kostenübernahme der verordneten Leistungen entstanden ist.

Die Verpflichtung des ambulanten Pflegedienstes zur Vorlage der Originalgenehmigung der Krankenkasse zusammen mit der Abrechnung entfällt.

Begründung:

Die Vorlage der ärztlichen Verordnung ist nur in den Fällen erforderlich, in denen die Krankenkasse noch nicht über eine Kostenübernahme entschieden hat und die Verordnung fristgerecht bei der Krankenkasse vorgelegen hat. Nur so kann der Pflegedienst Kosten für erbrachte Leistungen im Rahmen der vorläufigen Kostenübernahme abrechnen.

In allen anderen Fällen erschließt sich der Sinn sowohl der Vorlage der Verordnung als auch der Vorlage der Genehmigung nicht, da die Krankenkasse einerseits das Original der Verordnung in ihren Unterlagen hat und andererseits die genehmigten Leistungen datentechnisch ohnehin erfasst.

PRO und CONTRA

PRO

Der Zeitaufwand des ambulanten Pflegedienstes für die Vorbereitung und den Versand der Rechnungen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V wird auf das notwendige Maß reduziert.

CONTRA

Sofern die Krankenkasse die Rechnungsprüfung und –zahlung einem externen Dienstleister übertragen hat, muss sie dafür Sorge tragen, dass dieser den Genehmigungsdatensatz einsehen kann oder ihm diesen auf andere Weise zur Verfügung stellen.