

Ärger vorprogrammiert: die neuen Abrechnungsprüfungen

In der neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR vom 6. September 2016) ist nun die Prüfanleitung für die ambulanten Abrechnungsprüfungen veröffentlicht worden.

Generell ist die Prüfstichprobe neu geregelt worden: es werden nicht mehr 10 % aller Pflegebedürftigen, mindestens 5 und maximal 15 Pflegebedürftige geprüft, sondern eine Stichprobe aus 3 Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2, 3 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 3 und 2 Pflegebedürftige aus Pflegegrad 4 und 5. Pflegegrad 1 wird nicht geprüft, auch müssen die Pflegebedürftigen mindestens körperbezogene Pflegemaßnahmen (Grundpflege) erhalten; Kunden, die nur pflegerische Betreuungsmaßnahmen oder Leistungen zur Haushaltsführung oder nur Behandlungspflege erhalten, werden nicht routinemäßig geprüft. Prüfgegenstand sind die vier Leistungsbereiche körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsleistungen, Hilfen bei der Haushaltsführung sowie die Behandlungspflege.

Geprüft wird dann jeweils mindestens 7 Tage (einschließlich eines Wochenendes). Es wird also von den 8 Kunden nicht ein ganzer Monat geprüft, sondern nur die kleinere Stichprobe. Bei Auffälligkeiten kann diese Stichprobe jedoch auch ausgeweitet werden. Im Kapitel 14 der QPR wird die Prüfung der Abrechnungen mit der Frage eingeleitet, ob ein gültiger Pflegevertrag vorliegt. Dabei fehlt jedoch der Hinweis, dass bei Behandlungspflegeleistungen kein Pflegevertrag vorliegen muss (sinnvollerweise aber abzuschließen ist). Durch die Auswahl (mindestens körperbezogenen Pflegemaßnahmen) ergibt sich die Pflicht zum Pflegevertrag nach SGB XI.

Doch die Beantwortung der Frage, ob ein gültiger Pflegevertrag vorliegt, wird in einem Großteil der Fälle zu einer negativen Wertung führen, denn der

Pflegevertrag/Kostenvoranschlag ist dann (nach der Prüfanleitung) nicht aktuell, wenn die tatsächlich erbrachten Leistungen nicht dargestellt sind. Wer die ambulante Praxis kennt, darf sich über diese sehr theoretische Sichtweise nur wundern. Es ist Alltag, dass geplante Leistungen kurzfristig verändert werden (sei es wegen gesundheitlicher Veränderungen, Wünschen des Kunden oder aus anderen Gründen). Die Gründe sind im Pflegebericht (Abweichung von der Planung) dokumentiert, daher ist die Pflegedokumentation vollständig und schlüssig. Allerdings weicht dann diese Versorgung vom Kostenvoranschlag/Pflegevertrag ab, ein „Nein“ ist zu dokumentieren. Von scheinbar praktischen Lösungen wie Formulierungen „und bei Bedarf“ ist dringend abzuraten, denn dann wäre jede Leistung, auch der spontane nächtliche Toilettengang als Regelleistung zu erbringen und abzurechnen (obwohl es sich hier normalerweise um einen privat zu finanzierenden Rufbereitschaftseinsatz handeln sollte). Die Bewertung in der QPR entspricht schlicht nicht der Realität und sollte geändert werden, denn tatsächlich wäre der Pflegevertrag durch die Änderung im Pflegebericht aktuell (und für jeden transparent geändert). Es kann auch nicht sein, dass Pflegedienste nun aus Sorge vor negativen Bewertungen jeden Monat neue Kostenvoranschlüsse erstellen, das würde alle Entbürokratisierungsbemühungen ad absurdum führen!

Der weitere Prüfablauf ist für alle vier Prüfbereiche identisch: neben der Beschreibung der in Rechnung gestellten sowie vereinbarten Leistungen soll dokumentiert werden, ob die Leistungen erbracht wurden und ob die Leistungen vertragskonform abgerechnet wurden.

Bei der Erbringung wird geprüft, ob die Leistung gar nicht erbracht wurde, sie häufiger in Rechnung gestellt wird als

erbracht, andere Leistungen erbracht als vereinbart wurden, die Nachvollziehbarkeit nicht möglich ist (z.B. Differenzen in Nachweisen, Tourenplan etc.), ob die Dokumentation und die Auskünfte des Pflegebedürftigen/Angehörigen nicht übereinstimmen oder anderes. Schon bei dieser Fragestellung wird es in der Praxis viele Probleme geben. Das dürfte damit anfangen, dass die Frage, ob eine Leistung abgerechnet werden konnte, von Pflegebedürftigen/Angehörigen oft anders beurteilt wird als vom Vertragstext vorgesehen. Insbesondere die Leistungsarten „Anleitung, Beaufsichtigung“ dürften zu dieser Diskrepanz führen. Und die Fragestellung, ob eine Leistung gar nicht erbracht wurde, kann der Gutachter nur dadurch klären, ob sich im Dokumentationsablauf Lücken finden lassen (fehlende Handzeichen oder fehlende Berichtseinträge). Vieles wird sich dann klären lassen, wenn in der Pflegeplanung/Maßnahmenplan die Leistungen differenziert beschreiben sind, auch evtl. mögliche abweichende Szenarien (was soll gemacht werden, wenn ein dementer Kunde das Waschen heute verweigert, aber auf Wunsch der Betreuer immer wieder versucht werden soll, den Kunden zu motivieren) dargestellt sind. Schon Preislisten mit Beispielen (siehe z.B. auch PDL Praxis 4/2011) können hier viele Missverständnisse von Beginn an beseitigen.

Auch die abschließende Fragestellung ist nicht ohne Probleme: denn die Frage, ob eine Leistung vertragskonform erbracht wurde, soll der Prüfer auch dahingehend beantworten, ob die Leistung auch vollständig (oder nicht) erbracht wurde. Auch hier werden in der Praxis viele Diskussionen mit den Prüfern zu erwarten sein, insbesondere in den Bundesländern, in denen die SGB XI-Kataloge nicht klar definiert sind (auch die Diskussion um die „Teilwäsche“ wird dann mal wieder zu führen sein!).

Es steht also zu erwarten, dass gerade in der ersten Zeit beim Thema Abrechnungsprüfung viel Diskussionsbedarf da ist. Da in der Prüfanleitung in § 4, Abs. 4 eindeutig geregelt

ist, dass die Auswertung der Pflegedokumentation in Anwesenheit eines Mitarbeiters des Pflegedienstes zu erfolgen hat, wird man hier vieles klären können, was mit den Antwortparametern der Prüffragen nicht abgebildet ist. Ausdrücklich ist der Prüfer auch aufgefordert, abweichende Einschätzungen der Pflegekräfte zu dokumentieren, was insbesondere in der Abrechnungsprüfung sinnvoll ist. Auch im Abschlussgespräch sollte auf evtl. unterschiedliche Auffassungen zur Leistungserbringung hingewiesen werden.

Die Prüfung ist nicht mit dem Prüfbericht beendet, sondern daran schließt sich die Anhörung nach § 115 Abs. 2 an. Im Rahmen dieser Stellungnahme können sicherlich viele Missverständnisse aufgeklärt werden, bevor die zuständigen Pflegekassen entscheiden, ob beispielsweise eine weitergehende Abrechnungsprüfung stattfinden sollte.

Angesichts der eher negativen Grundstimmung („Abrechnungsbetrug“) ist gerade in der Anfangszeit viel Aufwand zu erwarten, dies im Einzelfall richtig zu stellen. Denn auch fehlende Handzeichen oder eine Lücke im Pflegebericht sind zunächst einmal als Einzelfehler zu bewerten, nicht jedoch als vorsätzlichen systematischen Betrug.

Tipp:

Bei der Abrechnungsprüfung soll der Prüfer bei Auffälligkeiten die relevanten Unterlagen kopieren. Hier sollte man dafür sorgen, dass immer gleich eine doppelte Kopie angefertigt wird, damit der Pflegedienst einen Überblick über die Unterlagen hat, die der Prüfer mitnimmt und ggfls. an die zuständige Pflegekasse weiterleitet.

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege,

Ausgabe 12/2016

© Andreas Heiber

System & Praxis Andreas Heiber

Plaßstraße 49a, 33611 Bielefeld

Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248

E-Mail: info.heiber@SysPra.de;

www.SysPra.de