

AMBULANTE DIENSTE

Abrechnungsprüfung

Auf die Plausibilität der Unterlagenkette achten!

Das Bundesgesundheitsministerium hat die neue Qualitätsprüfrichtlinie genehmigt. Die Regelungen zu den Abrechnungsprüfungen sind bereits in Kraft getreten. Alle Unterlagen sollten jetzt auf Plausibilität geprüft werden.

Von Ralph Wißgott

Winsen (Aller) // Regelmäßig werden die Abrechnungen bei insgesamt acht Personen nach dem Zufallsprinzip durchgeführt. Diese teilen sich wie folgt auf:

- drei Personen aus dem Pflegegrad 2
- drei Personen aus dem Pflegegrad 3
- zwei Personen zusammen aus den Pflegegraden 4 und 5

Um die Zufallsstichprobe zu gewährleisten, hat der ambulante Pflegedienst eine vollständige nach Pflegegraden (Pflegegrad 4 und 5 in einer gemeinsamen Gruppe) sortierte Liste der Pflegebedürftigen mit Namen vorzulegen.

Innerhalb der Pflegegrade (Pflegegrad 4 und 5 in einer gemeinsamen Gruppe) sind die Pflegebedürftigen in alphabetischer Reihenfolge zu listen. Aus dieser Liste wird wie folgt ausgewählt: Nach einem Zufallsprinzip wird eine Zahl zwischen 1 und 6 ausgewählt. Diese Zahl bestimmt die Abstände der auszuwählenden Personen. Der Prüfer ent-

scheidet, ob er bei der Auswahl der Personen am Anfang, in der Mitte oder am Ende der Liste beginnt zu zählen. Der Prüfer entscheidet bei jedem Pflegegrad, ob er nach oben oder nach unten zählt.

Wenn eine ausgewählte Person die Zustimmung verweigert oder aus anderen Gründen eine Einbeziehung der ausgewählten Person nicht möglich ist, wird jeweils die nächste Person in der Liste ausgewählt. Wenn die Einrichtung keine geeignete Liste zur Verfügung stellen kann, legt der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst auf der Basis der vorliegenden Informationen eine Zufallsstichprobe fest.

Bei diesen Personen werden in Rechnung gestellte Leistungen aus den Bereichen

- körperbezogenen Pflegemaßnahmen (Grundpflege),
- pflegerischen Betreuungsmaßnahmen (Betreuungsleistungen),
- Hilfen bei der Haushaltsführung (hauswirtschaftliche Versorgung) sowie
- Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V geprüft.

Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zweier Feiertage. Der Prüfer kann eigenständig weitere Tage zur Sicherstellung des festgestellten Sachverhaltes/zur eindeutigen Klärung des Abrechnungsverhaltens in die Abrechnungsprüfung einbeziehen.

Folgende Unterlagen werden zur Abrechnungsprüfung eingesehen:

- Pflegeverträge,
- Kostenvoranschläge,
- Pflegedokumentationen,
- Durchführungsnachweise/Leistungsnachweise,
- Rechnungen,
- Handzeichenlisten,
- Qualifikationsnachweise,
- Dienstpläne,
- Einsatz- oder Tourenpläne,
- Stundennachweise,
- Arbeitsverträge/Mitarbeiterlisten mit Stellenanteilen,
- Berufsurkunden,
- Verordnungen für häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 1, 1a und 2 SGB V,
- Genehmigungen der Krankenkassen für Leistungen nach § 37 SGB V.

Stellt der MDK oder der PKV-Prüfdienst im Rahmen einer Qualitätsprüfung Auffälligkeiten in der Abrechnung fest, kann die Regel-

prüfung im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen in eine abrechnungsbezogene Anlassprüfung umgewandelt werden.

Soweit zu den Regelungen. Um also aus der Abrechnungsprüfung unbeschadet heraus zu kommen, müssen die zuvor genannten Unterlagen untereinander also nicht nur korrespondieren, sondern übereinstimmen.

Aus unserer Beratungspraxis wissen wir, dass es bei vielen Pflegediensten Unplausibilitäten in dieser Unterlagenkette gibt. So kennen in vielen Pflegediensten die Pflegekräfte die Definition der abrechnungsfähigen Leistungen nicht, es wird nicht immer die richtige, also erbrachte Leistung dokumentiert. Große Pflege statt der kleinen, Leistungen werden „einfach“ auf dem Leistungsnachweis – ohne Prüfung der Plausibilität – „gekürzelt“, Handzeichen werden nachträglich eingetragen, usw., ich muss hier gar nicht weiter ins Detail gehen.

Unsere große Befürchtung besteht darin, dass kleinste Unplausibilitäten im besten Falle für große Diskussionen sorgen werden, ob es sich nun um eine falsche Abrechnung handelt oder nicht, im schlimmsten Falle sorgen diese „Auffälligkeiten“ zu Regressforderungen der Pflegekasse. Darüber lässt sich sicher künftig vortrefflich streiten und es wird sicherlich das eine oder andere Gerichtsurteil ge-



Foto: Schrader

// Es gibt bei vielen Pflegediensten Unplausibilitäten. //

RALPH WISSGOTT

ben, welches definiert, was eine falsche Abrechnung ist.

So möchten wir jedem Pflegedienst dringend empfehlen, auf die Plausibilität der Unterlagenkette ab sofort größten Wert zu legen. Hier werden entsprechende Fortbildungen und Weiterentwicklungen der Mitarbeiter unerlässlich aber ggf. existenziell sein, denn je nach Höhe einer möglichen Rückforderung, kann dieser der Pflegedienst wohl-möglich nicht nachkommen.

□ Der Autor geht als Referent bei den Altenpflegekongressen detailliert auf das Thema ein. www.ap-kongress.de