

Fragen und Antworten zu Pflege-Qualitätsprüfung und Abrechnungsprüfung

Wer wird geprüft?

In Deutschland gibt es rund 13.600 vollstationäre und teilstationäre Pflegeheime und rund 13.300 ambulante Pflegedienste. Seit 2011 wird jedes dieser Heime und jeder ambulante Pflegedienst einmal jährlich geprüft (Regelprüfung). 90 Prozent dieser Prüfungen führt der MDK durch und 10 Prozent der PKV-Prüfdienst. Grundlage dieser Prüfungen sind §§ 114 ff. des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI – Pflegeversicherungsgesetz).

Wie läuft eine Qualitätsprüfung ab?

In der Regel kommen zwei Pflegefachkräfte mit langjähriger Berufserfahrung und einer Zusatzausbildung im Qualitätsmanagement zu einer Prüfung in die Pflegeeinrichtung. Den Auftrag dafür erhält der MDK von den Landesverbänden der Pflegekassen. Die Prüfungen der Heime finden grundsätzlich unangemeldet statt, um den ganz normalen Alltag unter die Lupe zu nehmen. Aus organisatorischen Gründen wird die Prüfung der ambulanten Pflegedienste am Tag zuvor angekündigt. Anlassprüfungen erfolgen auch in der ambulanten Pflege unangekündigt. Die Prüfungen dauern in der Regel ein bis zwei Tage. Bei den Prüfungen werden die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen fachlich beraten.

Was wird geprüft?

Die MDK-Prüfer bewerten die Einrichtung anhand eines umfangreichen Prüfkataloges. Im Vordergrund steht dabei die Einschätzung der Versorgungsqualität bei den Pflegebedürftigen. Hierzu wird in einer Stichprobe bei Pflegebedürftigen auch der Gesundheitszustand überprüft: Wie ist der Allgemeinzustand? Wie ist es um die Körperpflege bestellt? Wird genug getan, um eine ausreichende Ernährung und ausreichende Versorgung mit Getränken zu gewährleisten? Die Personen, die so untersucht werden, werden nach einem Zufallsprinzip ausgewählt.

Außerdem werden die Planung der Pflege und ihre Dokumentation unter Einbeziehung der Pflegemitarbeiter geprüft und die Pflegebedürftigen nach ihrer Zufriedenheit mit der Einrichtung befragt. Darüber hinaus umfasst die Prüfung einige Kriterien, die sich mit der Organisation der Pflegeeinrichtung beschäftigen.

Seit Oktober 2016 ist die Prüfung von Abrechnungen verpflichtender Bestandteil der jährlichen Qualitätsprüfungen des MDK nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) bei ambulanten Pflegediensten. Seit Januar 2018 werden dabei auch Abrechnungen geprüft, bei denen es ausschließlich um Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) geht. Dabei handelt es sich um Leistungen, die nur von der Krankenversicherung (SGB V) und nicht von der Pflegeversicherung bezahlt werden. Das sind zum Beispiel Medikamentengaben, Insulininjektionen, das An- und Ausziehen von Kompressi-

onsstrümpfen, aufwändige Verbandwechsel und Leistungen der Intensivpflege, wie die Langzeitbeatmung.

Außerdem führt der MDK seit Januar 2018 auch Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach dem Krankenversicherungsgesetz bei Leistungserbringern durch, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege anbieten. Dabei geht es vor allem um spezialisierte Pflegedienste, die außerklinische Intensivpflege wie die Beatmung anbieten. Die erweiterten Kontrollmöglichkeiten hat der Gesetzgeber mit den Pflegestärkungsgesetzen II und III auf den Weg gebracht. Hintergrund waren Medienberichte und Erkenntnisse über Fälle von kriminellem Abrechnungsbetrug in der Pflegebranche.

Was passiert, wenn Mängel festgestellt werden?

Kommen die Prüfer zu dem Ergebnis, dass ein Heim oder ein Pflegedienst den gesetzlich vorgegebenen Anforderungen an Pflege- und Servicequalität nicht entspricht, dann können sie Empfehlungen zur Beseitigung dieser Mängel aussprechen. Auf dieser Basis können die Landesverbände der Pflegekassen Verbesserungsmaßnahmen einfordern. Nach einer Frist kann in einer Wiederholungsprüfung durch den MDK geklärt werden, ob das Heim oder der Dienst die Maßnahmen umgesetzt hat.

Werden Mängel nicht beseitigt, so steht den Landesverbänden der Pflegekassen ein Bündel von Maßnahmen zur Verfügung. Sie können die Vergütung kürzen oder die Pflegedienstleitung zu Fortbildungsmaßnahmen verpflichten. In schwerwiegenden Fällen kann auch der Versorgungsvertrag mit der Pflegeeinrichtung gekündigt werden, ggf. auch fristlos unmittelbar nach einer Prüfung. Im Extremfall kann dem Heim auch die Schließung drohen.

Wer erhält den Prüfbericht?

Über die Qualitätsprüfung erstellt der MDK einen Prüfbericht, der die Ergebnisse sowie – falls notwendig – Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten enthält. Der Prüfbericht wird innerhalb von drei Wochen an die geprüfte Einrichtung und die Landesverbände der Pflegekassen versandt.

Wie können sich Versicherte über die Ergebnisse der Prüfung informieren?

Auf der Grundlage der MDK-Prüfung wird ein Transparenzbericht erstellt, in dem ein Teil der Prüfergebnisse in Form von Pflegenoten veröffentlicht wird. Für die Veröffentlichung sind die Landesverbände der Pflegekassen zuständig. Dieser Transparenzbericht ist im Internet zu finden unter:

- www.aok-gesundheitsnavi.de/pflege.69.de.html
- www.bkk-pflegefinder.de
- www.der-pflegekompass.de
- www.pflegelotse.de

Die geprüfte Einrichtung muss die Ergebnisse auch an geeigneter Stelle aushängen.

Wie können Betroffene und Angehörige einen guten Pflegedienst erkennen?

Zunächst empfiehlt es sich, im Freundes- und Bekanntenkreis oder auch bei Ärzten und Beratungsstellen nachzuhören, ob jemand einen Pflegedienst empfehlen kann. Mit einem potentiell in Frage kommenden Pflegedienst sollte man dann klären, welche Pflege der Betroffene braucht. Die Versorgung sollte individuell auf den pflegebedürftigen Menschen zugeschnitten sein. Der Pflegedienst sollte sicherstellen, dass in der Regel die gleichen Pflegekräfte die Pflege übernehmen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten nicht zu häufig wechseln und gut qualifiziert sein. Die Pflegekassen informieren im Internet, wie die Pflegedienste bei der letzten Überprüfung abgeschnitten haben. Diese Pflegenoten geben zumindest einen Anhaltspunkt.

Was geschieht bei Beschwerden über Pflegeheime und ambulante Dienste?

Zusätzlich zu den jährlichen Regelprüfungen können die Landesverbände der Pflegekassen den MDK bei vorliegenden Beschwerden über eine Pflegeeinrichtung mit einer Anlassprüfung beauftragen. Bei Anlassprüfungen wird den Beschwerden gezielt nachgegangen. Beschwerden kommen häufig von Angehörigen, aber auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen. Zum Teil werden die Beschwerden anonym abgegeben.

Worum geht es bei der Abrechnungsprüfung?

Die Abrechnungsprüfung ist seit Oktober 2016 Teil der Pflegequalitätsprüfung in den ambulanten Diensten. Im Fokus der Abrechnungsprüfung stehen zwei zentrale Fragen: Wurden die von dem Pflegedienst in Rechnung gestellten Leistungen tatsächlich erbracht? Und wurden sie so erbracht, wie es vertraglich vereinbart war? Hierzu zählt zum Beispiel, ob die Leistung durch eine Pflegefachkraft erbracht worden ist.

Wie läuft eine Abrechnungsprüfung ab?

Die MDK-Prüfer sehen sich Rechnungen an, die diejenigen Pflegebedürftigen betreffen, bei denen auch die Versorgungsqualität vor Ort geprüft (Personenstichprobe) wird. Die MDK-Mitarbeiter kontrollieren, ob die Angaben in den Rechnungen plausibel sind zu den Angaben in anderen Unterlagen des Pflegedienstes wie Dienst- und Einsatzpläne, Handzeichenlisten und Durchführungsnachweise. Zusätzlich befragen die Prüfer die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen und den Pflegedienst.

Was hat der MDK in den Abrechnungsprüfungen festgestellt?

Es sind vorrangig zwei unterschiedliche Arten von Unregelmäßigkeiten, die dem MDK auffallen: Zum einen bemerken die Prüfer Fälle, in denen es nicht nachvollziehbar erscheint, dass alle in Rechnung gestellten Maßnahmen auch tatsächlich erbracht wurden. Die Palette reicht hier von „Unstimmigkeiten zwischen Pflegedokumentation und Auskünften der Pflegebedürftigen“ über „Leistungen, die häufiger in Rechnung gestellt als erbracht wurden“ bis hin zu „Leistungen, die in Rechnung gestellt, aber gar nicht erbracht wurden“.

Zum anderen entdecken die Prüfer Fälle, in denen es nicht nachvollziehbar ist, dass die in Rechnung gestellten Maßnahmen vertragskonform erbracht worden sind. Auch hier gibt es eine Reihe von möglichen Unstimmigkeiten. So können zum Beispiel Abrechnungsausschlüsse missachtet worden sein. Oder aber die Leistung wurde nicht vollständig erbracht. Etwa wenn nur eine „Teilwäsche im Bett“ stattgefunden hat, obwohl die wesentlich komplexere Leistung „Duschen inklusiv Transfers, An- und Auskleiden“ in Rechnung gestellt wurde. Oder es wurden Qualifikationsanforderungen unterlaufen, indem eine Wundversorgung durch eine gelernte Pflegefachkraft abgerechnet wurde, die Versorgung aber tatsächlich durch eine Hilfskraft erfolgte.

Wie häufig sind Unstimmigkeiten in der Abrechnung?

Erste Erfahrungen mit den Abrechnungsprüfungen zeigen, dass bei einem Teil der Pflegedienste mindestens eine Abrechnungsauffälligkeit festgestellt wird, bei einem kleinen Teil der Pflegeeinrichtungen zeigen sich auch gehäufte Abrechnungsauffälligkeiten. Bei einem großen Teil der Einrichtungen finden die MDK bei Abrechnungsscreening keine Auffälligkeiten.

Was unternimmt der MDK bei Unstimmigkeiten?

Bei Abrechnungsauffälligkeiten in der ambulanten Pflege erhält die Pflegekasse des Versicherten den Prüfbericht sowie beweissichernde Unterlagen. Die Pflegekasse entscheidet dann über das weitere Vorgehen, z.B. Rückforderung von Zahlungen, kassenseitige Prüfung von Abrechnungen für weitere Versicherte, die von diesem Pflegedienst versorgt werden, Einschalten der Stelle für Fehlverhalten im Gesundheitswesen oder Kündigung des Versorgungsvertrages der Kasse mit dem Pflegedienst. Erste Rückforderungen wurden meist anstandslos gezahlt.

Wo liegen die Grenzen der Abrechnungsprüfung?

Die Kontrolle ist eine Plausibilitätsprüfung von Unterlagen, die dem MDK bei der Qualitätsprüfung vorgelegt werden. Durch Beobachtung, Gespräche mit Mitarbeitern, Pflegebedürftigen und Angehörigen erhalten die Prüfer zusätzliche Hinweise. Obligate Abrechnungsprüfungen wirken präventiv. Der Medizinische Dienst kann die Abrechnung allerdings nur prüfen, wenn Betroffene dafür ihr Einverständnis erklärt haben. Willigen Pflegebedürftige bzw. Angehörige nicht in die Prüfung ein oder bestätigen sie sogar wissentlich Leistungen, die nicht erbracht worden sind, dann stößt die Abrechnungsprüfung an Grenzen. Entsteht bei den MDK-Prüfern der Eindruck, dass ein kriminelles System hinter den festgestellten Unregelmäßigkeiten stehen könnte, informieren sie die Stellen für Fehlverhalten bei den Kranken- und Pflegekassen, gegebenenfalls auch die Staatsanwaltschaften.

Müssen Betroffene fürchten, dass es mehr betrügerische Pflegedienste gibt?

Die überwiegende Mehrheit der ambulanten Pflegedienste arbeitet gut, seriös und zuverlässig. Die Dienste rechnen ordentlich ab und handeln weder in betrügerischer Absicht noch kriminell. Es gibt daher keine Veranlassung, eine ganze Branche unter Verdacht zu stellen.