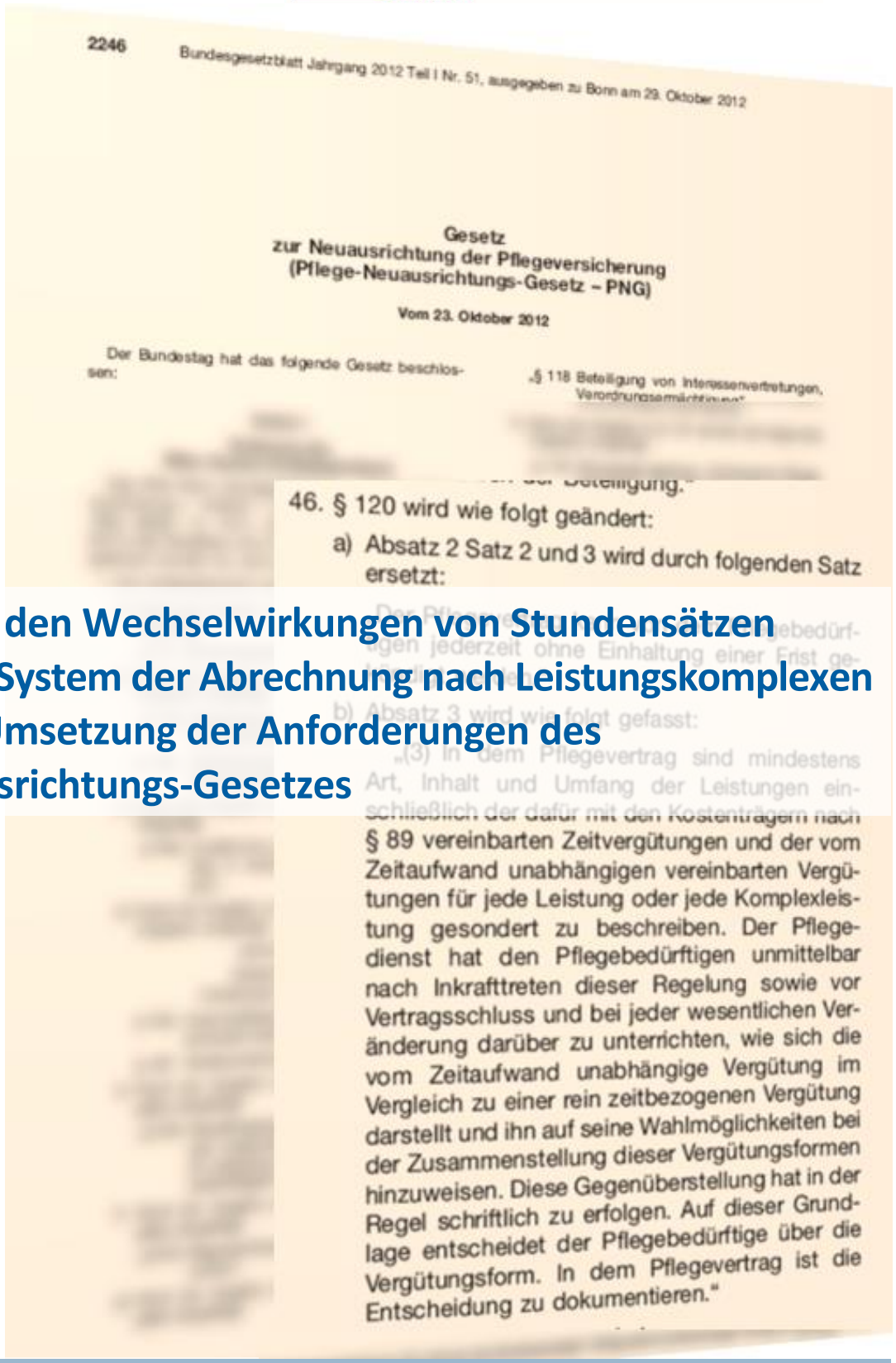
DER PARITÄTISCHE
BERLIN


2246 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2012 Teil I Nr. 51, ausgegeben zu Bonn am 29. Oktober 2012

Gesetz
zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG)

Vom 23. Oktober 2012

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

„§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen,

46. § 120 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 und 3 wird durch folgenden Satz ersetzt:

§ 89 vereinbarten Zeitvergütungen und der vom Zeitaufwand unabhängigen vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jede Komplexleistung gesondert zu beschreiben. Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen unmittelbar nach Inkrafttreten dieser Regelung sowie vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung darüber zu unterrichten, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung darstellt und ihn auf seine Wahlmöglichkeiten bei der Zusammenstellung dieser Vergütungsformen hinzuweisen. Diese Gegenüberstellung hat in der Regel schriftlich zu erfolgen. Auf dieser Grundlage entscheidet der Pflegebedürftige über die Vergütungsform. In dem Pflegevertrag ist die Entscheidung zu dokumentieren."

Diskussion zu den Wechselwirkungen von Stundensätzen neben einem System der Abrechnung nach Leistungskomplexen im Zuge der Umsetzung der Anforderungen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes

Betriebswirtschaftliches Gutachten

von Diplom-Kaufmann Thomas Sießegger

Einführung und Resümee

Ausgangslage

Am 29.10.2012 wurde das Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG) im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Nach § 89 Abs. 3 SGXI sind die Vergütungen mit Wirkung seit dem 01.01.2013 nach dem Zeitaufwand und unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen je nach Art und Umfang der Pflegeleistung zu bemessen. Nach der Gesetzesbegründung wollte der Gesetzgeber mit dieser Regelung mehr Flexibilität bei der Gestaltung von ambulanten Pflegeleistungen schaffen. Die Vertragsparteien wurden nunmehr verpflichtet, immer eine von dem tatsächlichen Zeitaufwand eines Pflegeeinsatzes abhängige Vergütungsregelung zu treffen. Maßstab der Vergütung soll gemäß der Gesetzesbegründung der tatsächliche Aufwand an Zeit vor Ort sein, Formen der Pauschalierung seien hier unzulässig. Welche Leistungen der Pflegedienst in der vereinbarten Zeit erbringt, obliegt der freien Auswahl durch den Pflegebedürftigen.

Weiterhin weist der Gesetzgeber mit der Änderung des § 120 Abs. 3 SGB XI auf die Verpflichtung der Vertragsparteien zur Vereinbarung von zeitaufwandsabhängigen und zeitaufwandsunabhängigen Vergütungen in § 89 SGB XI hin und regelt hier bezogen auf die Vertragsebene zwischen ambulantem Pflegedienst und Pflegebedürftigem, dass in dem Pflegevertrag nicht nur Art, Inhalt und Umfang der Leistungen zu beschreiben sind, sondern auch gesondert die dafür mit den Kostenträgern nach § 89 SGB XI vereinbarten Zeitvergütungen und die vom Zeitaufwand unabhängig vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jede Komplexleistung. Die Pflegebedürftigen sind vom Pflegedienst unmittelbar nach Inkrafttreten dieser Regelung sowie vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung darüber zu unterrichten, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung darstellt und auf ihre Wahlmöglichkeiten bei der Zusammenstellung dieser Vergütungsformen hinzuweisen. Diese Gegenüberstellung hat in der Regel schriftlich zu erfolgen. Auf dieser Grundlage soll der Pflegebedürftige über die Vergütungsform entscheiden, in dem Pflegevertrag ist die Entscheidung zu dokumentieren.

Unmittelbar nach Veröffentlichung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes im Bundesgesetzblatt am 29.10.2012 hatten die in der Arbeitsgemeinschaft Ambulante Pflege zusammengeschlossenen Verbände der ambulanten Pflegedienste am 01.11.2012 die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen und Pflegekassenverbände in Berlin sowie die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales zu Verhandlungen des Rahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI aufgefordert. Aufgrund der vielfältigen Veränderungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz und der im Rahmen der §§ 113, 113a und 115ff SGB XI erweiterten Anforderungen bedarf es einer inhaltlichen Neuverhandlung des Rahmenvertrages, so die Argumentation der Leistungserbringerverbände. Die Landesverbände der Krankenkassen hatten ihrerseits in Wahrnehmung der Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen am 15.11.2012 die Arbeitsgemeinschaft Ambulante Pflege zu Verhandlungen über die Inhalte der Vergütungsvereinbarung gemäß § 89 SGB XI aufgefordert. Für die Vergütung nach

Zeitaufwand wurde mit der Verhandlungsaufforderung von den Pflegekassen und Pflegekassenverbänden folgendes Angebot unterbreitet:

> *Die Minutenwerte werden dabei derart ermittelt, dass der jeweilige aktuelle Punktwert Ihrer Mitgliedsdienste mit der Punktzahl 600 (Grundpflege) bzw. 410 (hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuungsleistungen) multipliziert und im Anschluss durch 60 (Minuten) dividiert wird. Dabei ergibt sich beispielsweise für den Punktwert 0,04347 ein Minutenwert von 0,4347 EUR.*

In der Erörterung der von den Pflegekassen aufgerufenen Verhandlungsgegenstände durch die Mitgliedsdienste des PARITÄTISCHEN Berlin wurde insbesondere die angebotene Zeitvergütung als ein Verlassen der partnerschaftlichen Ebene durch die Pflegekassen und Pflegekassenverbände bewertet. Die angebotenen Stundensätze von 26,08 EURO für die Grundpflege und 17,82 EURO für die hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuungsleistungen seien nicht zu akzeptieren, da die wirtschaftliche Solvenz der Pflegedienste mittelfristig gefährdet ist.

2011 hatten die Pflegedienste in Berlin, um an der pauschalen Erhöhung des Punktwertes zum 01.06.2011 von 0,0420 um 3,5% auf 0,04347 teilnehmen zu können, gegenüber den Pflegekassen in einem sogenannten Transparenzverfahren Angaben zu den Personalkosten und den bezahlten Arbeitsstunden im Jahr 2010 nachgewiesen. In dem Verfahren wurden von den Pflegediensten über einen sogenannten Stundenverrechnungssatz Punktwerte bis zu 0,06000 und mehr belegt. Die Pflegekassen hatten diese Ergebnisse zum Anlass genommen, die im Transparenzverfahren hinterlegten Faktoren für die Pflegeeinsatzzeit von 1,39 für festangestellte Pflege- und Pflegefachkräfte und den Overhead einschließlich Sachkosten von 1,5 in Frage zu stellen. Im Rahmen der Verhandlungen der Vergütungsvereinbarung gemäß § 89 SGB XI für die Zeit ab dem 01.01.2012 wurde daraufhin zwischen den Leistungsträgern und den Leistungserbringerverbänden über ein differenziertes Kostenblatt als Antragsblatt verhandelt. Hier wurden von den Leistungsträgern regelmäßig einzelne Kostenpositionen aus der Pflegebuchführungsverordnung in Frage gestellt sowie für die Einsatzzeit bezogen auf eine Vollzeitarbeitskraft als Grundlage zur Ermittlung des Stundenverrechnungssatzes 1.570 Stunden als letztes Angebot aufgerufen.

Eine Kalkulation der Pflegestunde mittels des mit den Kostenträgern erörterten Kostenblattes wurde von daher von den Mitgliedsdiensten des PARITÄTISCHEN Berlin abgelehnt. Die den Pflegedienste entstandenen Aufwendungen sind einschließlich der Zeiten für indirekte Pflegeleistungen in der Kalkulation vollständig abzubilden, so die Aussage der Pflegedienste. Für die bevorstehenden Verhandlungen sollte auf eigene Kalkulationsgrundlagen zurückgegriffen, die Verhandlungen auf eine breite Datenbasis gestellt werden. Im Rahmen einer ersten Erhebung der Daten von ca. 50% der Mitgliedsdienste ließ sich im Durchschnitt ein Stundensatz von knapp 40,00 EURO darstellen. Dieser Stundensatz korrespondierte mit den parallel erhobenen Angaben zur Realisierung von Punkten je Stunde im dem in der Vergütungsvereinbarung gemäß § 89 SGB XI vereinbarten Leistungskomplexsystem.

Die Mitgliedsdienste äußerten unabhängig von den notwendigerweise im Rahmen einer Zeitvergütung zu realisierenden Stundensätzen mit Blick auf den verpflichtenden Vergleich der Vergütungen und dem Wahlrecht der Pflegebedürftigen die Befürchtung,

dass mit einer Abwanderung der „positiven Risiken“ im Leistungskomplexsystem hin zur Zeitvergütung auszugehen sei. Damit werde das im Leistungskomplexsystem enthaltene Solidaritätsprinzip, dass alle Pflegebedürftigen bei gleicher Leistung unabhängig vom tatsächlichen Zeitaufwand den gleichen Preis zahlen, ausgehöhlt. Im Ergebnis steigt der durchschnittliche Zeitaufwand im Leistungskomplexsystem. Dies muss zwangsläufig Auswirkungen auf die im Leistungskomplexsystem hinterlegten Preise, aber auch auf den Stundensatz haben.

Zur Darstellung der Wechselwirkungen zwischen der Vergütung nach dem tatsächlichen Zeitaufwand und der Vergütung nach Leistungskomplexen im Zuge der Umsetzung der Anforderungen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes beauftragte der PARITÄTISCHE Berlin Ende März 2013 Herrn Diplom-Kaufmann Thomas Sießegger mit der Erstellung eines betriebswirtschaftlichen Gutachtens.

In dem hier vorgelegten Gutachten skizziert Sießegger die Entwicklung der ambulanten Pflege aus der Perspektive der Pflegedienste in der Zeit von der Einführung der Pflegeversicherung bis zur Reform durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz. Im Mittelpunkt des Gutachtens steht die Darstellung der finanziellen Wechselwirkungen der zwei Abrechnungssysteme - nach tatsächlichem Zeitaufwand und nach Leistungskomplexen - bei einer Wahlmöglichkeit der Kunden; hierzu wurde von Sießegger eine Modellrechnung entwickelt. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen benennt er Voraussetzungen für die Kalkulation der Zeitvergütung und beschreibt verschiedene Möglichkeiten für Vergütungsverhandlungen. Einige Aussagen in dem Gutachten werden hier kurz aufgenommen und einer Bewertung zugeführt.

Ambulante Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung

Die Darstellung des Marktes ambulanter Pflegedienste in der Zeit von der Einführung der Pflegeversicherung bis zur Reform durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz macht deutlich, dass in dem Zeitraum 1999 bis 2011 zwar die Zahl der Pflegedienste um gut 14% zugenommen hat, hingegen der Markanteil der freigemeinnützigen Pflegedienste von 47,2% im Jahr 1999 auf 35,7% zurückgegangen ist. Sieht man sich die Zahlen der Pflegestatistiken 1999 und 2011 für Berlin an, lag hier der Marktanteil der freigemeinnützigen Pflegedienste 2011 sogar bei nur 24,2% gegenüber 38,4% im Jahr 1999. Da die freigemeinnützigen Pflegedienste in der Regel größer sind, wurden 2011 im Bundesdurchschnitt 49,8% der Pflegebedürftigen von freigemeinnützigen Pflegediensten versorgt. Auch hier ist ein Rückgang gegenüber 1999 zu verzeichnen, zu diesem Zeitpunkt lag der Anteil noch bei 62,5%. In Berlin reduzierte sich der Anteil der durch freigemeinnützige Pflegedienste vorsorgten Pflegebedürftigen von 48,9% auf 32,1%. Auch wenn es nach der Aussage im Gutachten gerade kleine und sehr kleine Pflegedienste schwer haben, am Markt zu bestehen, machen die Zahlen sehr deutlich, dass sowohl die Anzahl der freigemeinnützigen Pflegedienste als auch der Anteil der durch sie versorgten Pflegebedürftigen über die Jahre rückläufig ist.

Ein Grund dafür ist die im Gutachten aufgezeigte Schere zwischen dem Anstieg der Kosten der Pflegedienste und der Anhebungen der Vergütungen. Aufgrund der tariflichen Bindungen sind die Personalkosten freigemeinnütziger Pflegedienste insbesondere im

Bereich der Pflegekräfte in der Regel höher als bei anderen Anbietern. Der überproportionale Anstieg der Kosten der Pflegedienste gegenüber dem Anstieg der Vergütung wird in dem Gutachten mit der unzureichenden Berücksichtigung der gestiegenen Qualitätsanforderungen, des hohen administrativen Aufwands und der zunehmenden Bürokratie in den Entgelten für die ambulante Pflege nachvollziehbar begründet. Wenn im ambulanten Bereich in eher unregelmäßigen Abständen Steigerungen der Vergütung erzielt wurden, konnten hier in der Regel nur marginale prozentuale Steigerungen für die Personal- und Sachkosten realisiert werden. Eine anteilige Freistellung der Pflegedienstleitung oder der Qualitätsbeauftragten, wie z. B. in Berlin mit den Leistungsträgern für die Pflegeheime vertraglich vereinbart, stellt eher die Ausnahme dar.

Typisch für den ambulanten Bereich sind wenig differenzierte Vergütungen. So gibt es in Berlin zwar zwischenzeitlich im Leistungskomplexsystem insgesamt acht Punktwerte; diese bewegen sich aber nur zwischen 0,03980 und 0,04347, was bei 600 Punkten eine Differenz von 2,202 ausmacht, bei 900 Punkten von 3,303. Alleine 62% der insgesamt 582 Pflegedienste in Berlin haben in ihrer Vergütungsvereinbarung gemäß § 89 SGB XI den Punktwert 0,04347 hinterlegt, gefolgt von 29% mit dem Punktwert 0,042, was insgesamt einen Anteil von über 90% ausmacht; bei 600 Punkten reduziert sich damit die Differenz auf 0,882, bei 900 Punkten auf 1,323.[1] Der Wettbewerb findet damit nicht auf der Ebene der Preise statt, sondern lässt sich an anderen Parametern wie Kundenfreundlichkeit, regionale Nähe, zusätzliche Angebote etc. festmachen.

Der in den Entgelten unzureichenden Berücksichtigung der gestiegenen Qualitätsanforderungen, des hohen administrativen Aufwandes, der zunehmenden Bürokratie sowie der individuellen Gegebenheiten wurde von den Pflegediensten mit Einsparungen bei den Personal- und Sachkosten und - als hier alle Potentiale ausgeschöpft waren - mit einer stetigen Kürzung der Pflegezeiten im Leistungskomplexsystem begegnet. Der PARITÄTISCHE Berlin teilt die Auffassung von Sießegger, dass das Leistungskomplexsystem kurz vor dem Kollaps steht. Die Träger sehen sich indessen gezwungen, den in den ambulanten Pflegediensten tätigen Mitarbeitern geringere Gehälter zu zahlen als den in den vollstationären Einrichtungen. Bereits heute rangiert die ambulante Pflege in ihrer Attraktivität am Ende möglicher Tätigkeitsfelder für Pflegekräfte und Pflegefachkräfte.

Die stetige Kürzung der Pflegezeiten im Leistungskomplexsystem hat zu dem berechtigten Gefühl der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, der Pflegedienste und deren Mitarbeitern geführt, dass keine Zeit mehr für die Pflege zur Verfügung stehe. Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz hat der Gesetzgeber darauf reagiert. Nicht bedacht hat der Gesetzgeber die Wechselwirkungen zwischen der Vergütung nach dem tatsächlichen Zeitaufwand und der Vergütung nach Leistungskomplexen, die sich aus dem verpflichtenden Vergleich der Vergütungen und dem Wahlrecht der Pflegebedürftigen ergeben.

[1] *Vgl. die Auflistung der Pflegedienste in Berlin Stand 30.06.2013 auf der Internetseite des Landes Berlin unter http://www.berlin.de/sen/soziales/vertraege/verguetung/Einrichtungskatalog/EinrichtungenNachTyp/PAMBU.shtml*

Wechselwirkungen der Vergütungssysteme bei Wahlmöglichkeit des Kunden

Das Gutachten bestätigt die von den Mitgliedsdiensten vorgetragene Befürchtung, dass mit einer Abwanderung der „positiven Risiken“ im Leistungskomplexsystem hin zur Zeitvergütung auszugehen sei. Sießegger beschreibt die Effekte einer Wahlmöglichkeit zwischen der Abrechnung nach Zeitaufwand und der Abrechnung nach Leistungskomplexen und stellt sehr eindrucksvoll mit Hilfe einer Modellrechnung die finanziellen Auswirkungen auf die Pflegedienste dar. Die Mindereinnahmen der Pflegedienste liegen in der Modellrechnung bei 13,7%. Um diese Mindereinnahmen zu kompensieren, zeigt er drei Möglichkeiten auf:

1. Die Stundensätze müssten bei Beibehaltung der Preise im Leistungskomplexsystem fast doppelt so hoch angesetzt werden, wie sie sich bei der jetzigen Kostensituation darstellen lassen. Damit wäre die Zeitvergütung ein totgeborenes Kind, vorausgesetzt alle Pflegekunden wählen die für sie günstigere Variante.
2. Der Punktwert bzw. die Punktzahlen im Leistungskomplexsystem müssten um ca. 50% erhöht werden, belässt man den Stundensatz auf heutigem Niveau. Damit würde sich wiederum das Leistungskomplexsystem dermaßen verteuern, dass es für keinen Pflegekunden mehr attraktiv wäre. Es wäre damit ad absurdum geführt bzw. faktisch abgeschafft.
3. Erhöht man die Stundensätze und die Punktwerte bzw. Punktzahlen jeweils um knapp 16%, wäre das Wahlverhalten des Pflegekunden, vorausgesetzt alle wählen die für sie günstigere Variante, ausgeglichen.

In der Modellrechnung nicht eingerechnet wurde die in den Entgelten dringend notwendige Berücksichtigung der gestiegenen Qualitätsanforderungen, des hohen administrativen Aufwandes sowie der zunehmenden Bürokratie, um den Pflegediensten den Freiraum einzuräumen, die überproportionalen Einsparungen im Personal- und Sachkostenbereich auf ein angemessenes Maß zurückzuführen.

Kalkulation des Stundensatzes für die Zeitvergütung

Sießegger beschreibt in seinem Gutachten unterschiedliche Ansätze der Kalkulation eines Stundensatzes für die Zeitvergütung. Voraussetzung für die Kalkulation des Stundensatzes unabhängig von dem Kalkulationsmodell ist die Berücksichtigung aller Kosten des jeweiligen Pflegedienstes. Auch für eine mögliche Einsatzpauschale seien die durchschnittlichen individuellen Wege-/Fahrtzeiten in Ansatz zu bringen. Auffang- bzw. Gegensteuerungsmechanismen, wie sie im Leistungskomplexsystem angelegt waren, gibt es bei einer minutengenauen Abrechnung nach Zeitaufwand nicht. Eine Stunde bleibt eine Stunde; dies gilt sowohl für die Einsatzzeit vor Ort als auch für die Wege-/ Fahrtzeiten.

Der Gesetzgeber hat hierfür mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz eine Grundlage geschaffen, indem er in § 89 Abs. Satz 3 SGB XI festgelegt hat, dass die Vergütung einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen muss, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Mit dieser

Regelung hat er zwei Urteile des Bundessozialgerichts (BSG) aus dem Jahr 2009[2] aufgegriffen, mit welchen das BSG seine Rechtsprechung zur Vergütungsfindung für Pflegeeinrichtungen aus 2000[3] grundlegend modifiziert hat.

Für die Versorgungslandschaft ambulante Pflege heißt dies, wie Sießegger dargelegt hat, bundesweit jeweils über 12.000 Verhandlungen zur Zeitvergütung und zum Leistungskomplexsystem. Es ist davon auszugehen, dass die Leistungserbringungs- und Kostenstruktur sich in allen Pflegediensten unterschiedlich darstellt, im Ergebnis z. B. in Berlin entsprechend der Anzahl der Pflegedienste jeweils um die 600 Stundensätze und Punktwerte bzw. Punktzahlen zu verhandeln, zu vereinbaren und von den Pflegekassen in den Vergleichslisten auszuweisen wären. Weiterhin ist von in der Höhe sehr stark auseinandergehenden Stundensätzen der Pflegedienste untereinander auszugehen; Unterschiede von 10,00 Euro und mehr sind durchaus vorstellbar. Insbesondere die tarifgebundenen bzw. tariforientierten freigemeinnützigen Pflegedienste würden aufgrund ihrer hohen Personalkosten eher im oberen Spektrum der Stundensätze und Punktwerte/Punktzahlen angesiedelt sein. Da auch in der Abrechnung nach Zeitaufwand von rational agierenden Pflegekunden auszugehen ist, werden sich Pflegedienste mit eher niedrigen, sich am Mindestlohn orientierenden Gehältern am Markt durchsetzen. Tariflich gebundene bzw. orientierte Pflegedienste werden früher oder später die Konsequenzen ziehen müssen und ihre Versorgungsangebote der ambulanten Pflege aus betriebswirtschaftlichen Gründen einstellen. Ist es das, was wir wollen?

Auch ist zu hinterfragen, welche Auswirkungen eine minutengenaue Abrechnung des Zeitaufwandes auf die Leistungserbringung und das Verhältnis zwischen Pflegekunden und Pflegedienst hat. Sicher ist es mit Blick auf die eingetretene Verkürzung der Zeiten im Leistungskomplexsystem angebracht, solchen Entwicklungen wirksam entgegenzutreten. Eine minutengenaue Zeitabrechnung stellt aus Sicht des PARITÄTISCHEN Berlin kein adäquates Mittel dar. Der PARITÄTISCHE Gesamtverband hatte bereits in seiner Stellungnahme im Rahmen der Anhörung zum Gesetzentwurf darauf hingewiesen, dass die Regelung nicht zu einer „Minutenpflege“ führen dürfe und schlug aus pragmatischen und praktischen Gründen vor, die Mindestvergütung auf eine Viertelstunde festzusetzen und bei der Abrechnung die jeweils angefangene Viertelstunde zugrunde zu legen. Auch wenn der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung gerade das Modell einer Taktung von 15 Minuten ausgeschlossen hat, stellt eine Mindestleistungszeit sowie darüber hinaus eine Zeittaktung von z. B. zehn Minuten eine adäquate Grundlage für eine Abrechnung nach Zeitaufwand dar. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass in keinem Wirtschafts- bzw. Dienstleistungsbereich eine minutengenaue Zeitabrechnung erfolgt.

Resümee

Sießegger zeigt auf, dass ambulante Pflegedienste bundesweit in dem jetzigen Leistungskomplexsystem vor dem Kollaps stehen. Die von ihm beschriebenen Entwicklungen haben Politik, Trägerverbände und Pflegeeinrichtungen sowie Pflegekassen und Sozialhilfeträger gemeinsam zu verantworten und gehen zu Lasten der Pflegebedürftigen und den in den Pflegediensten tätigen Pflegekräften und Pflegefach-

[2] *Urteile des Bundessozialgerichts vom 29.1.2009, B 3 P 6/08 R, B 3 P 7/08 R, B3 P 9/08 R und B 3 P 9/07 R.*
[3] *Urteil des Bundessozialgerichts vom 14.12.2000, B 3 P 19/00 R.*

kräften. Vergütungsangebote der Pflegekassen wie das eingangs beschriebene sind für die in der ambulanten Pflege tätigen Mitarbeiter ein Schlag ins Gesicht.

Es hilft nicht, immer wieder von den Trägern von Pflegeeinrichtungen über politische Statements, Initiativen etc. - wie z. B. die im Dezember 2012 auf Bundesebene gezeichnete Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege oder das im Mai 2013 aufgelegte Berliner Bündnis für Fachkräftesicherung in der Altenpflege - einzufordern, Ausbildungsplätze zu schaffen, die Mitarbeiter zu qualifizieren, eine wertschätzende Unternehmenskultur sowie gute, gesundheitsförderliche und familienfördernde Arbeitsbedingungen zu schaffen, eine angemessene und verlässliche Entlohnung für alle Beschäftigten zu zahlen, wenn nicht die Bereitschaft besteht, diese Maßnahmen auch entsprechend zu refinanzieren.

So hat die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen und Pflegekassenverbände in Berlin mit Schreiben vom 28.06.2013 gegenüber den in der Arbeitsgemeinschaft Ambulante Pflege zusammengeschlossenen Verbänden auf deren Vorschlag, die Praxisanleitung in der praktischen Altenpflegeausbildung im Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI zu implementieren und damit für die Vergütungsvereinbarung gemäß § 89 SGB XI mit einem Stundenumfang von 2,5 Stunden je Altenpflegeschüler je Woche zu bewerten, ausgeführt: „Eine Implementierung des Praxisanleiters im Rahmenvertrag ist für die Kostenträger zum jetzigen Zeitpunkt nicht verhandlungsfähig. […] Unabhängig von den Rahmenvertragsverhandlungen sind die Kostenträger jedoch bereit, an einer berlinspezifischen Lösung zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Ausbildung mitzuwirken.“ Viele ambulante Pflegedienste bilden aus, sehen sich aber aufgrund der wettbewerblichen Situation in der ambulanten Pflege außerstande, die Kosten für die Altenpflegeschüler gegenüber ihren Pflegekunden geltend zu machen. Auch leisten die Pflegedienste einen Beitrag in der Ausbildung der Kranken- und Gesundheitspflege, indem sie Praktikumsplätze für die Auszubildenden zur Verfügung stellen und entsprechend Kapazitäten für die Praxisanleitung schaffen. Diese den Pflegediensten durch die Ausbildung bzw. Praxisanleitung von Altenpflege- und Krankenpflegeschülern entstehenden Kosten sind anzuerkennen und einer Refinanzierung zuzuführen.

Festzustellen ist, dass die Preisfindung mit der Hinterlegung von Punktzahlen und -werten im ambulanten Bereich bei der Einführung der Leistungskomplexe recht willkürlich und unterschiedlich erfolgt ist. Auch wurde über die Jahre die Leistungsvergütung bezogen auf die steigenden Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen (Umsetzung Experten-standards, Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI heute Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, ordnungsrechtliche Qualitätsanforderungen, Beratungsleistungen, Dokumentation etc.) nicht angepasst. Über die rein wirtschaftliche Betrachtung hinaus hat die Angemessenheit der Vergütungen auch eine psychologische Komponente. Mit-Ursache des sich verschärfenden Fachkräftemangels ist das Image des Pflegeberufs, welches nicht unwesentlich bestimmt wird durch das zu erzielende Einkommen und die sich darin manifestierende Wertschätzung des Berufs.

Aus Sicht des PARITÄTISCHEN Berlin ist es höchste Zeit, die ambulante Pflege einschließlich der Finanzierung der ambulanten Pflegedienste neu aufzustellen.

Eine gute und qualitativ hochwertige, die individuellen Bedürfnisse des Pflegebedürftigen berücksichtigende Pflege, eine wertschätzende Unternehmenskultur, gute, gesundheitsförderliche und familienfördernde Arbeitsbedingungen, eine angemessene und verlässliche Entlohnung für alle Beschäftigten im Bereich der Altenpflege gibt es nicht zum „Nulltarif“. Dies sollte das Handeln aller Verantwortlichen in der Politik, in den Verbänden und Trägern von ambulanten Pflegediensten, den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern bestimmen. Wir müssen gemeinsam ein gesellschaftliches Bewusstsein dafür schaffen, dass professionell erbrachte Pflegedienstleistungen einen Wert darstellen. Hoher Zeitdruck, zu viel Bürokratie und überbordende Kontrollen belasten die Pflegekräfte; unzureichende Entgelte und öffentliches Misstrauen machen den in der Pflege tätigen Menschen das Leben schwer. Die Folgen: Pflegebedürftige, die sich unzureichend versorgt fühlen, überforderte Angehörige und ein zunehmend bedrohlich werdender Personalmangel. Der Pflegenotstand ist schon heute Realität und wird allen Prognosen zufolge weiter zunehmen.

Der PARITÄTISCHE Berlin hat und spricht sich auch weiterhin für eine Flexibilisierung bei der Gestaltung von ambulanten Pflegeleistungen aus. Die Pflegeversicherung ist durch klar vorgegebene Strukturen gekennzeichnet. Differenzierte Lebenslagen lassen sich in diesen Strukturen nur bedingt abbilden. Dieser Problematik wird durch das Leistungskomplexsystem Vorschub geleistet. Die Verengung der ambulanten Sachleistung auf Leistungskomplexe wird den individuellen Bedarfen pflegebedürftiger Menschen in ihrer ganz eigenen individuellen Pflegesituation nicht gerecht. Nur eine Vergütung ambulanter Leistungen nach Zeit eröffnet den Pflegebedürftigen die Möglichkeit, Leistungen als souveräner Verbraucher selbst zu definieren.

Aus Sicht des PARITÄTISCHEN ergibt sich lang- und kurzfristig folgender Handlungsbedarf:

- Jede vom Zeitaufwand unabhängige Vergütungsform, sei es nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen ist mit einer flexiblen Gestaltung von ambulanten Pflegeleistungen nicht vereinbar. In § 89 SGB XI und § 120 SGB XI sind diese Vergütungsformen ersatzlos zu streichen. Im § 89 SGB XI ist für die Zeitvergütung eine Mindestleistungszeit sowie darüber hinaus eine Zeittaktung als Grundlage für eine Abrechnung nach Zeitaufwand verbindlich festzulegen.
- Unabhängig davon, ist sicherzustellen, dass plausibel kalkulierte, wirtschaftliche Gestehungskosten einschließlich der Kosten für die Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen (Umsetzung Expertenstandards, Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, ordnungsrechtliche Qualitätsanforderungen, Beratungsleistungen, Dokumentation etc.) sowie angemessene Zuschläge für Wagnis, Unternehmerrisiko und Eigenkapitalverzinsung von den allen Leistungsträgern zu refinanzieren sind. Da insbesondere die hier zuletzt aufgelisteten Positionen nach wie vor von Leistungsträgern in Frage gestellt werden, schlägt der PARITÄTISCHE Berlin vor, § 89 Abs. 1 Satz 3 SGB XI entsprechend zu ergänzen. Diese Forderungen gelten analog für die Leistungen des SGB V z. B. häusliche Krankenpflege, Palliativversorgung oder Haushaltshilfe, durch die erst das ambulante Pflegesetting entsprechend den Bedarfen der Versicherten sicherzustellen ist.

- Die Verhandlungen einer Vergütung nach dem tatsächlichen Zeitaufwand sind auszusetzen. Die Fehler im Leistungskomplexsystem sind auszugleichen, die Vergütungen für eine Übergangszeit pauschal um 25% zu erhöhen. Mit dieser Maßnahme wird dem System kurzfristig mehr Zeit zugeführt. Dies kommt sowohl den Pflegebedürftigen als auch den in der ambulanten Pflege tätigen Mitarbeitern unmittelbar zugute; hierbei noch nicht berücksichtigt ist die notwendige Anhebung der Gehälter der in der ambulanten Pflege tätigen Mitarbeiter.
- Gesellschaft, Politik, Verbände, Träger von Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Sozialhilfeträger sind aufgefordert, Eckpunkte für eine angemessene pflegerische ambulante Versorgung zu definieren, welche in den Verträgen umzusetzen sind. Die Entwicklungen seit Einführung der Pflegeversicherung haben deutlich gemacht, dass der Markt allein es nicht richten kann.
- Die Ausbildungskosten aller Pflegeberufe müssen aus dem Leistungssystem der Kranken- bzw. Pflegeversicherung oder aus Steuermitteln finanziert werden. Solange die Zusammenführung der Ausbildung der Pflegeberufe noch anhängig ist, sind die Kosten der Altenpflegeausbildung auf alle Versicherten der Pflegeversicherung umzulegen - analog zum Umlageverfahren der Kosten der Krankenpflegeausbildung in den Krankenhäusern. Dies beinhaltet auch die Kosten der praktischen Ausbildung (Praxisanleitung und Ausbildungsvergütung), die nicht zu Lasten personenzentrierter Hilfen gehen dürfen. Auch dürfen gegenüber den Auszubildenden keine Gebühren/ Schulkosten für den Besuch einer Altenpflegeschule erhoben werden.

PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e. V.

Berlin, 04.07.2013

SIEßEGGER
Sozialmanagement

Thomas Sießegger
Dipl. Kaufmann, Organisationsberater
und Sachverständiger
für ambulante Pflegedienste
Ottenser Marktplatz 15
22765 Hamburg

Tel.: 040 – 399 059 02
Fax.: 040 – 399 059 16
Internet: www.siessegger.de
Mail: gutachten@siessegger.de

Datum: 4. Juli 2013

Betriebswirtschaftliches
Gutachten

Diskussion zu den Wechselwirkungen von Stundensätzen neben einem System der Abrechnung nach Leistungskomplexen

im Zuge der Umsetzung der Anforderungen
des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes

von
Diplom-Kaufmann Thomas Sießegger

Auftraggeber:
PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband
Landesverband Berlin e.V.
Brandenburgische Straße 80
10713 Berlin

Erste Ausfertigung
4. Juli 2013

Inhaltsverzeichnis

Seite

1 Einführung ... 1

2 Ambulante Pflegedienste in der Zeit von der Einführung der Pflegeversicherung bis zur Reform durch das PNG ... 3

2.1 Die Entwicklung des Marktes für ambulante Pflegedienste ... 3

2.2 Steigerung der Kosten, Stagnation der Vergütungen ... 10

2.3 Die Finanzierung ambulanter Pflegedienste ... 13

2.4 Gestiegene Qualitätsanforderungen und zunehmender administrativer Aufwand und Bürokratie ... 21

2.5 Organisationszeiten, Fahrt- und Wegezeiten, wirtschaftliche Betriebsführung und die Folgen einer Erlös-orientierten Personal-Einsatz-Planung ... 24

3 Wechselwirkungen zweier verschiedener Abrechnungssysteme bei einer Wahlmöglichkeit der Kunden ... 33

3.1 Gesetzliche Aspekte für die Fragestellung ... 34

3.1.1 Mögliche Vergütungssysteme im SGB XI ... 34

3.1.2 Neue Anforderungen durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz ... 36

3.1.3 Die Pflegebuchführungsverordnung in der Kritik ... 38

3.2 Vor- und Nachteile der beiden zur Diskussion stehenden Abrechnungssysteme ... 43

3.3 Berechnung der Wechselwirkungen zwischen den beiden Systemen „Abrechnung nach Leistungskomplexen“ und Abrechnung nach einer Zeitaufwand - bei Wahlfreiheit der Kunden ... 48

3.3.1 Mitnahmeeffekte der Kunden bei einer Wahlmöglichkeit zwischen Abrechnung nach Leistungskomplexen und nach Zeitaufwand ... 49

3.3.2 Berechnung der Mitnahmeeffekte durch die Wahlmöglichkeit der Kunden ... 53

3.3.3 Berechnung der Wechselwirkungen ... 55

3.4 Möglicher Umgang mit den Wechselwirkungen der beiden Abrechnungssysteme durch Anpassung der Vergütungen ... 65

3.5 Folgen und Gefahren einer zu geringen Vergütung bei den Stundensätzen ... 68

4 Kalkulation und Verhandlung einer Zeitvergütung ... 70

4.1 Grundlagen der Kalkulation von Stundensätzen im SGB XI ... 70

4.2 Möglichkeiten der Kalkulation von Zeitvergütungen ... 85

4.2.1 Zwei grundsätzliche Möglichkeiten der Kalkulation einer Zeitvergütung ... 85

4.2.2 Einbeziehen von Unternehmerlohn, Wagniszuschlägen und von Gewinn ... 90

4.2.3 Möglichkeiten der Kalkulation von Hausbesuchspauschalen im Rahmen einer Zeitvergütung ... 93

4.3 Möglichkeiten für Vergütungsverhandlungen ... 96

4.3.1 Einheitliche Grundsätze für Verhandlungen und Einzelverhandlungen ... 96

4.3.2 Bisherige Verhandlungsergebnisse und Schiedssprüche ... 99

4.3.3 Umrechnung der jetzigen Punktwerte in eine Zeitvergütung unter Verwendung einer Punkt-Zeit-Relation ... 104

4.3.4 Notwendige Klärung von Details vor Abschluss einer Vereinbarung einer Zeitvergütung ... 106

5 Schlussfolgerungen ... 109

Anlagen I

Definitionen von Begrifflichkeiten I
Gesetzliche Grundlagen (Auszüge aus der Pflegeversicherung) III
Auszüge aus der Pflegebuchführungsverordnung VII
Auswertung der Pflegestatistiken für die Jahre 1999 bis 2011 IX
Darstellung der Möglichkeiten zur Ermittlung von Zeiten aus Leistungskomplexen mit mobiler Datenerfassung oder korrigierter Personal-Einsatz-Planung auf Papier XIV
Das Sießegger-Kalkulationsverfahren mit Beispielzahlen XVI
Die Zusammensetzung der Stunden nach dem KGSt-Modell in einer zeitgemäßen Modifikation XXIII
Zusammensetzung der Jahresarbeitsstunden und Umrechnung in Vollzeitäquivalente mit differenzierterer Aufteilung des Pflege-Personals XXIV
Auswirkungen von Preisanpassungen für Leistungskomplexe und bei einer Zeitvergütung, bei Wahlmöglichkeit der Kunden XXV
Wahlmöglichkeit zwischen den Vergütungssystemen bei jetzigen Preisen und dem aktuellen Stundensatz: Auswirkungen für Leistungsträger und Leistungserbringer XXVI
Auswirkungen der Wahlmöglichkeit zwischen den Vergütungssystemen bei angepassten Preisen und einem erhöhten Stunden Stundensatz XXVII
Weitere 6 Beispiele für die Umrechnung der jetzigen Punktwerte in eine Zeitvergütung unter Verwendung einer Punkt-Zeit-Relation XXVIII
Ausschnitte aus der Vergütungsvereinbarung in Bremen XXIX

Literaturverzeichnis XXX

Abbildungsverzeichnis Seite

Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl der ambulanten Pflegedienste nach Trägern 4
Abbildung 2: Gemischtes Leistungsangebot – Auswertung der Pflegestatistik 5
Abbildung 3: Größendimensionen mit kumulierten Zahlen von ambulanten Pflegediensten, sortiert nach Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen 6
Abbildung 4: Entwicklung der Größen von Pflegediensten im Lauf der Jahre 1999 bis 2011 7
Abbildung 5: Kosten und Vergütungsindex // Entwicklung der Kosten und der Erlöse eines Pflegedienstes 10
Abbildung 6: Die vier Leistungsbereiche eines ambulanten Pflegedienstes mit Beispielzahlen 13
Abbildung 7: Struktur der Kosten und der Erlöse eines ambulanten Pflegedienstes mit gemischtem Leistungsspektrum 16
Abbildung 8: Gestiegene Qualitätsanforderungen und zunehmender administrativer Aufwand und Bürokratie 21
Abbildung 9: Leistungsspektrum eines ambulanten Pflegedienstes 39
Abbildung 10: Die Streuung der Zeiten für Leistungskomplexe vor einer Wahlmöglichkeit der Pflegebedürftigen 49
Abbildung 11: Die Streuung der Zeiten für Leistungskomplexe nach Wahl der Pflegebedürftigen 50
Abbildung 12: Anstieg des Mittelwertes der Zeitwerte (und damit der Kosten) im System der Abrechnung nach Leistungskomplexen nach der Wahl eines Teils der Pflegebedürftigen für die Vergütung nach Zeit. 51
Abbildung 13: Beispiel zur Normalverteilung um den Mittelwert 54
Abbildung 14: Struktur der Kosten und der Erlöse eines ambulanten Pflegedienstes mit gemischtem Leistungsspektrum 75
Abbildung 15: Berechnung der Stunden anhand eines Modells in Anlehnung an frühere KGST-Studien 80
Abbildung 16: Kalkulationsmodell nach Andreas Heiber 86
Abbildung 17: Kalkulationsmodell nach Thomas Sießegger 87
Abbildung 18: Berechnung von Fahrt- und Wegezeiten in Hausbesuchspauschalen oder integriert in einen Stundensatz 94
Abbildung 19: Kombinationsmöglichkeiten der Preisfindung in Verhandlungen 97
Abbildung 20: Umrechnung der Punktwerte in einen Stundensatz 104

Tabellenverzeichnis Seite

Tabelle 1: Vor- und Nachteile einer Abrechnung nach tatsächlichem Zeitaufwand vs. einer Abrechnung nach Leistungskomplexen in Stichworten 44
Tabelle 2: Vor- und Nachteile der Wahlmöglichkeit für die Kunden 46
Tabelle 3: Abwägen von differenzierten Preisen oder einer Mischkalkulation 79
Tabelle 4: Spezifische Risiken bei ambulanten Pflegediensten 91

1 Einführung

Gemäß der Beauftragung durch den PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e.V. sollen die Ermittlung, die Umsetzung und die Wechselwirkungen von Stundensätzen neben einem System der Abrechnung nach Leistungskomplexen im Zuge der Umsetzung der Anforderungen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes erörtert werden.
Dabei wird geprüft, welche betriebswirtschaftlichen Auswirkungen eine alternative Zeitvergütung ergänzend zu einer Abrechnung nach Leistungskomplexen auf das Gesamtsystem eines Pflegedienstes haben wird, wenn die Pflegebedürftigen eine Wahlfreiheit zwischen den Vergütungssystemen haben.

Der Auftraggeber möchte die gutachterliche Leistung für seine eigenen Pflegedienste in Berlin, aber auch für alle ambulanten Pflegedienste anderer Verbände in Deutschland zur Verfügung stellen, um diese sowohl bei möglicherweise anstehenden Schiedsstellenverfahren als auch bei eventuellen Einzelverhandlungen zu unterstützen. Es ist beabsichtigt, das Gutachten nach der Präsentation am 5. Juli 2013 in Berlin einem möglichst großen Kreis an Verhandlungspartnern als Download zugänglich zu machen, sowohl allen Leistungsanbietern in der ambulanten Pflege in Deutschland als auch Pflege- und Krankenkassen und den Sozialhilfeträgern.

Herr Dipl.-Kfm. Thomas Sießegger ist Inhaber und Geschäftsführer von Sießegger Sozialmanagement, Hamburg. Er ist unter anderem Unternehmensberater und Sachverständiger für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsbeurteilungen in ambulanten Pflegediensten, und hat sich seit 22 Jahren auf die Beratung von Pflegediensten spezialisiert.
Herr Sießegger hat diese gutachterliche Leistung unabhängig, unparteiisch, gewissenhaft, weisungsfrei und persönlich erbracht.

Der Sachverständige hat den Auftrag unter Berücksichtigung des aktuellen Standes von Wissenschaft, Technik und Erfahrung, mit Sorgfalt bearbeitet. Die tatsächlichen Grundlagen der fachlichen Beurteilung wurden sorgfältig ermittelt. Die Erstellung des Gutachtens ist die schriftliche Aufzeichnung des Denkweges, den der Sachverständige vollzogen hat. Die Ergebnisse der Überlegungen sind in diesem Gutachten nachprüfbar gegenüber dem Auftraggeber begründet.

Es entsprach nicht dem Auftrag, für das Gutachten vertrauliche Daten eines speziellen Pflegedienstes oder von mehreren mit in die Überlegungen einzubeziehen. An entsprechender Stelle wird erläutert, warum in diesem Gutachten weitgehend Beispielzahlen verwendet werden müssen.

Das betriebswirtschaftliche Gutachten nimmt keine rechtliche Würdigung der festgestellten Sachverhalte oder Ergebnisse vor. Eine solche juristische Tätigkeit ist dem Sachverständigen nach dem Rechtsberatungsgesetz untersagt.

Zum Inhalt des Gutachtens

Die Leistungserbringung und die Entwicklung der ambulanten Pflegedienste wurde in den letzten 18 Jahren weitgehend geprägt durch die Soziale Pflegeversicherung, welche seit ihrer Einführung im Jahre 1995 zu einer starken Zunahme bei den Pflegebedürftigen und einem ebenso deutlichen Anstieg der Anzahl der Pflegedienste geführt hat. Die überwiegende Mehrheit der Pflegedienste versorgt unter 50 Pflegebedürftige, insofern agieren überwiegend kleine und sehr kleine Pflegedienste am Markt. Diese kleinen Pflegedienste nehmen in der Anzahl jedoch seit 12 Jahren deutlich ab, große Pflegedienste mit einer immer höheren Anzahl Pflegebedürftiger werden immer mehr.

Während die Kosten der Pflegedienste Jahr für Jahr stiegen, stagnierten die Vergütungen in den ersten Jahren weitgehend, um in den letzten 5 Jahren häufiger angehoben zu werden, jedoch in keinem Fall in der Höhe der tatsächlichen Kostensteigerungen.

Die Pflegedienste kompensierten diese Schere des Kostendrucks einerseits mit Effizienzsteigerungen, jedoch vor allem durch ein stetiges Anpassen der Zeiten für die Leistungskomplexe im Rahmen der Leistungserbringung für die Pflegebedürftigen.

Verschärft wurde diese Reaktion durch gestiegene Qualitätsanforderungen und einen zunehmenden administrativen Aufwand und eine überbordende Bürokratie, welche immer weniger Zeit für die Pflege ließen.

Die Potentiale zur Effizienzsteigerung in ambulanten Pflegediensten sind ausgereizt, viele Pflegedienste und Träger stecken in großen wirtschaftlichen Schwierigkeiten. Die Lage ist prekär, denn viele Pflegedienste stehen vor dem wirtschaftlichen Kollaps oder deren Träger sind nicht gewillt, unter diesen Bedingungen weiter am Markt zu arbeiten und Defizite zu tragen.

In diese Phase hinein wurde das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz [PNG] eingeführt. Dem Gesetzgeber geht es hierbei neben der Einführung neuer Betreuungsleistungen auch um mehr Wahlfreiheit und Transparenz.

Die Kunden sollen seit Januar 2013 neben dem bisherigen System der Abrechnung nach Leistungskomplexen die Leistungen der Pflegeversicherung auch nach Zeit angeboten bekommen und zwischen diesen beiden Vergütungssystemen wählen und wechseln können.
Bisher ist die Umsetzung in die Praxis nicht erfolgt.

Das Gutachten beschäftigt sich im Hauptpunkt mit den Wechselwirkungen dieser beiden Vergütungssysteme und stellt die Frage, unter welchen Umständen diese Anforderung überhaupt umgesetzt werden kann.

Darauf aufbauend wird diskutiert, wie Stundensätze kalkuliert werden, und welche Faktoren zu berücksichtigen sind.

Das Gutachten schließt mit Hinweisen für die Bedingungen und die Durchführung von Vergütungsverhandlungen.

2 Ambulante Pflegedienste in der Zeit von der Einführung der Pflegeversicherung bis zur Reform durch das PNG

Die Betrachtung der Geschichte der ambulanten Pflegedienste seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes SGB XI ist von großer Bedeutung zum Verständnis der hier in diesem Gutachten aufgezeigten Zusammenhänge. Deshalb werden auch die Strukturen und Prozesse eines ambulanten Pflegedienstes dargestellt.

Die Darstellungen reduzieren sich hierbei vor allem auf Aspekte, welche für die Fragestellungen des Gutachtens relevant sind und insbesondere bezüglich der Wechselwirkungen der beiden Vergütungssysteme.

2.1 Die Entwicklung des Marktes für ambulante Pflegedienste

Der Markt der ambulanten Pflegedienste ist seit Einführung der Pflegeversicherung stetig in Bewegung. Mit der Sozialen Pflegeversicherung sollte der Wettbewerb unter den Leistungsanbietern gefördert werden, deshalb wurden einige Mechanismen des freien Marktes eingeführt[4]. In der Konsequenz wurde damit der Vorrang der Freien Wohlfahrtspflege aufgehoben und privat-gewerbliche Pflegedienste und ihre Verbände drängten zunehmend in den Markt der ambulanten Pflege. Mit Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 erfuhr das Wachstum der ambulanten Pflegedienste seinen größten Impuls.[5]

Der Gesetzgeber wandelte bei Einführung des SGB XI das bis dahin angewandte Selbstkostendeckungsprinzip (vor 1995) in eine so genannte „prospektive Budgetierung“ um[6]. Dieser Systemwechsel veränderte die Struktur und das Angebot der ambulanten Pflege in Deutschland maßgeblich.

Die Einführung und Umsetzung einer Zeitvergütung neben einer Abrechnung nach Leistungskomplexen nach dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz zum Januar 2013 wird weitere gravierende Veränderungen für ambulante Pflegedienste mit sich bringen.

Zur Darstellung der Entwicklungen in der ambulanten Pflege seit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung werden die Daten der Pflegestatistik 2011 des Statistischen Bundesamtes zur Situation der ambulanten Pflege mit denen der Vorjahre von 1999 bis 2009 verglichen und analysiert[7].

Zunächst einmal sollen die Anzahl und die Größenordnungen der Pflegedienste betrachtet werden und geklärt werden, welchen Trägern sie zugehören.

---

[4] *Die freie Preisfindung zwischen Kunden und Anbietern der Leistung wurde jedoch nicht eingeführt.*
[5] *s. Slotala, Lukas: Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2011, S. 17*
[6] *s. Rothgang, Heinz: Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Campus Verlag – Frankfurt/Main, New York, 1997, in der Reihe „Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Bd. 7, S. 44ff.*
[7] *Im Folgenden werden die Grunddaten der Pflegestatistiken 1999 – 2011 neu aufbereitet und hinsichtlich der Fragestellung dieses Kapitels teilweise grafisch dargestellt.*

Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl der ambulanten Pflegedienste nach Trägern

1.) Entwicklung in absoluten Zahlen

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
private Träger	5.504	5.493	5.849	6.327	6.903	7.398	7.772
freigemeinnützige Träger	5.103	4.897	4.587	4.457	4.435	4.433	4.406
öffentliche Träger	213	204	183	193	191	195	171
Pflegedienste insgesamt	**10.820**	**10.594**	**10.619**	**10.977**	**11.529**	**12.026**	**12.349**
		- 2,1%	+ 0,2%	+ 3,4%	+ 5,0%	+ 4,3%	+ 2,7%
				+ 14,1%			

2.) Strukturentwicklung in Prozent (pro Jahr)

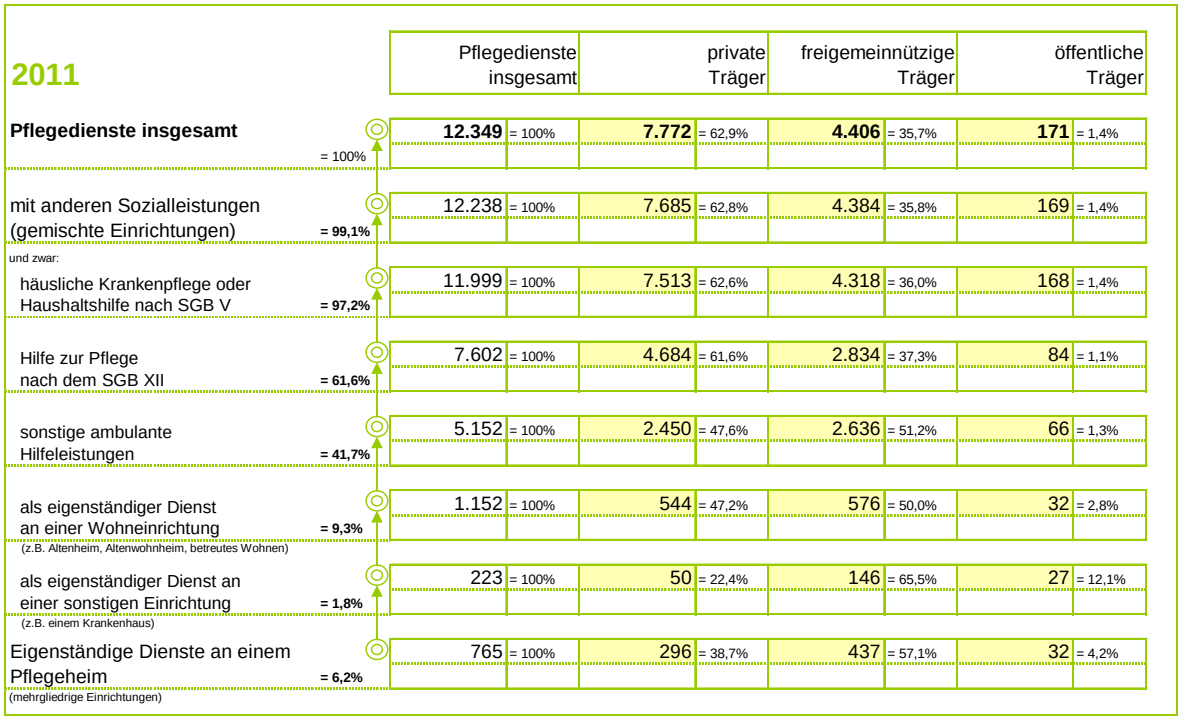
	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
private Träger	50,9%	51,9%	55,1%	57,6%	59,9%	61,5%	62,9%
freigemeinnützige Träger	47,2%	46,2%	43,2%	40,6%	38,5%	36,9%	35,7%
öffentliche Träger	2,0%	1,9%	1,7%	1,8%	1,7%	1,6%	1,4%
Pflegedienste insgesamt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Eigene Berechnungen auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes mit den Pflegestatistiken 1999 bis 2011 (www.destatis.de)

Ergebnisse:

- Die Zahl der Pflegedienste hat im Zeitraum von 1999 bis zum Jahr 2011 um 14,1% zugenommen.
- Der Gesetzgeber schaffte den Vorrang der freien Wohlfahrtspflege ab. Tatsächlich wurde dieser Grundsatz in die Praxis umgesetzt: Gemessen an der Anzahl hat sich der Anteil der privat-gewerblichen Pflegedienste von 50,9% im Jahr 1999 auf 62,9% im Jahr 2011 erhöht. Gleichzeitig sank der Anteil der freigemeinnützigen Pflegedienste auf 4.406 im Jahr 2011, das sind nur noch 35,7% Anteil an der Gesamtanzahl, im Jahr 1999 waren es noch 47,2% (= 5.103 Pflegedienste).
  Aus der Statistik nicht ersichtlich ist, dass sich das Verhältnis von privaten Pflegediensten zu freigemeinnützigen Pflegediensten in den Großstädten und Stadtstaaten noch stärker verschoben hat; hier kann von einer Verteilung von 80% zu 20% ausgegangen werden.

Abbildung 2: Gemischtes Leistungsangebot – Auswertung der Pflegestatistik



2011	Pflegedienste insgesamt		private Träger		freigemeinnützige Träger		öffentliche Träger	
Pflegedienste insgesamt = 100%	**12.349**	= 100%	**7.772**	= 62,9%	**4.406**	= 35,7%	**171**	= 1,4%
mit anderen Sozialleistungen (gemischte Einrichtungen) **= 99,1%**	12.238	= 100%	7.685	= 62,8%	4.384	= 35,8%	169	= 1,4%
und zwar:								
häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V **= 97,2%**	11.999	= 100%	7.513	= 62,6%	4.318	= 36,0%	168	= 1,4%
Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII **= 61,6%**	7.602	= 100%	4.684	= 61,6%	2.834	= 37,3%	84	= 1,1%
sonstige ambulante Hilfeleistungen **= 41,7%**	5.152	= 100%	2.450	= 47,6%	2.636	= 51,2%	66	= 1,3%
als eigenständiger Dienst an einer Wohneinrichtung **= 9,3%** (z.B. Altenheim, Altenwohnheim, betreutes Wohnen)	1.152	= 100%	544	= 47,2%	576	= 50,0%	32	= 2,8%
als eigenständiger Dienst an einer sonstigen Einrichtung **= 1,8%** (z.B. einem Krankenhaus)	223	= 100%	50	= 22,4%	146	= 65,5%	27	= 12,1%
Eigenständige Dienste an einem Pflegeheim **= 6,2%** (mehrgliedrige Einrichtungen)	765	= 100%	296	= 38,7%	437	= 57,1%	32	= 4,2%

auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes mit den Pflegestatistiken 1999 bis 2011 (www.destatis.de)

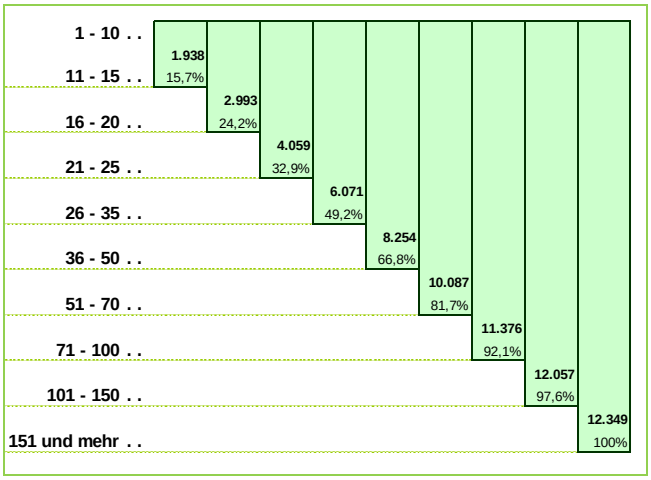
Ergebnisse:

- Bei 99,1% der Pflegedienste handelt es sich um gemischte Einrichtungen, die neben den Leistungen im SGB XI auch noch andere Sozialleistungen erbringen. Der wichtigste andere Sozialbereich ist das SGB V mit seinen Leistungen, wo es immerhin eine Überschneidung von 97,2% im Leistungsspektrum gibt.
- Angeschlossen an einem Pflegeheim (stationär) sind nur 6,2% der Pflegedienste.
- Es ist damit deutlich zu sehen, dass die Annahmen in der Pflegebuchführungsverordnung an der Praxis der Pflegedienste vorbeigehen[8]

Darüber hinaus ist von Interesse, wie groß die Pflegedienste sind.
Die Größe ist unter anderem ausschlaggebend dafür,
- welche Strukturen vorhanden sein können,
- welche Möglichkeiten des Controllings bestehen,
- welche Synergieeffekte genutzt werden können,
- wie flexibel die Pflegedienste in der Leistungserbringung sind und
- wie hoch der Anteil der fixen Kosten durch den grundsätzlichen bürokratischen und administrativen Aufwand ist.

[8] *siehe Kapitel 3.1.3 „Die Pflegebuchführungsverordnung in der Kritik“, Seite 38ff.*

Abbildung 3: Größendimensionen mit kumulierten Zahlen von ambulanten Pflegediensten, sortiert nach Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen



Eigene Berechnungen auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes mit den Pflegestatistiken 1999 bis 2011 (www.destatis.de)

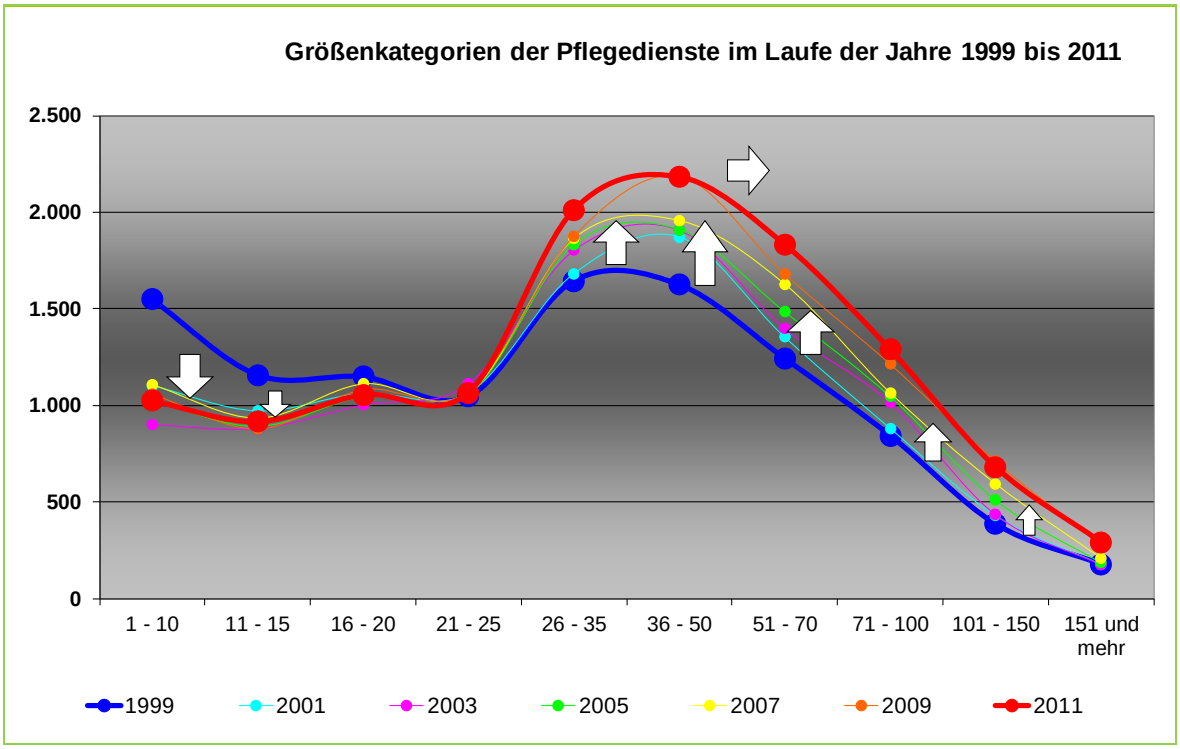
Ergebnisse:

- Die Auswertung der Pflegestatistik 2011 zeigt, dass fast 67% der Pflegedienste in Deutschland weniger als 50 Pflegebedürftige versorgen.
- Fast 50% der Pflegedienste haben unter 35 Pflegebedürftige in der Versorgung.
- Eine strukturelle Besonderheit in der Verteilung der großen und kleinen Pflegedienste ist: 86% der sehr kleinen Pflegedienste (11 – 15 Pflegebedürftige) sind von privaten Trägern, bei den etwas größeren Pflegediensten (36 – 50 Pflegebedürftige) 61,5%. Bei den sehr großen Pflegediensten mit 151 und mehr Pflegebedürftigen, sind nur noch 17,1% von privaten Trägern, während 81,2% dieser Pflegedienste bei freigemeinnützigen Trägern angesiedelt sind. Öffentliche Träger bewegen sich bei allen Größenklassen unter 2% aller Pflegedienste[9].

Eine weitere Auswertung der Pflegestatistiken von 1999 bis 2011 zeigt, dass ambulante Pflegedienste im Laufe der Jahre immer größer werden.

[9] *Eine differenzierte Darstellung der Auswertung der Statistiken findet sich in den Anlagen, Seite X ff.*

Abbildung 4: Entwicklung der Größen von Pflegediensten im Lauf der Jahre 1999 bis 2011



Eigene Berechnungen auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes mit den Pflegestatistiken 1999 bis 2011 (www.destatis.de)

Die blaue Kurve zeigt die Anzahl der Pflegedienste in den jeweiligen unten angegebenen Größenordnungen im Jahre 1999, die rote Kurve stellt die Anzahl der Pflegedienste im Jahr 2011 dar. Linien, die dazwischen liegen, bilden die die Jahre 2001, 2003, 2005, 2007 und 2009 ab.

Ergebnisse: Die Grafik zeigt deutlich eine dynamische Entwicklung:

- Pflegedienste mit 1-10 Pflegebedürftigen, mit 11-15 Pflegebedürftigen und mit 16-20 Pflegebedürftigen werden in der Anzahl weniger.
- Die Kurven „kippen“ in der Kategorie der Pflegedienste mit 21-25 Pflegebedürftigen. Hier ist die Anzahl der Pflegedienste gleich geblieben.
- Pflegedienste mit mehr als 25 Pflegebedürftigen sind in der Anzahl stark gestiegen.

Fazit und Interpretation (für alle Abbildungen):

Kleine und sehr kleine Pflegedienste haben es schwer, am Markt zu bestehen. Viele Voraussetzungen für eine wirtschaftliche Betriebsführung, für das Nutzen von Synergieeffekten und für das Vorhalten von notwendigen Zahlen für Kalkulationen bzw. Verhandlungen sind bei diesen Pflegediensten nicht oder nicht genügend gegeben.

Alleine aufgrund der demografischen Entwicklung können Pflegedienste in den kommenden 40 Jahren mit hohen Wachstumsraten bei den Pflegebedürftigen rechnen. Um dieses Wachstum bewältigen zu können, müssen entweder neue Pflegedienste entstehen oder die Zahl der Pflegebedürftigen pro Pflegedienst wird weiter steigen. Das bedeutet, dass bestehende Pflegedienste einem ständigen Wandel unterworfen sind und ihre Strukturen und Prozesse diesem Wandel anpassen müssen.

Kleine und kleinere Pflegedienste haben höhere strukturell bedingte Fixkosten. Viele private Pflegedienst-Inhaber/innen kompensierten diese Nachteile durch Selbstausbeutung, durch ein stetiges Reduzieren der Zeiten für Leistungskomplexe[10] und durch extrem hohe Flexibilität. Diese kleinen und sehr kleinen Pflegedienste haben jedoch auch kaum Möglichkeiten für das Führen von Statistiken und die Erstellung von Auswertungen, die wiederum für Kalkulationen notwendig wären.

Sonstige relevante Entwicklungen für ambulante Pflegedienste

Nachfolgende Auflistung spiegeln die Erfahrungswerte aus der Beratung von über 600 Pflegediensten wider[11].

- Der Großteil der Pflegedienste macht seit 2-3 Jahren keine aktive Akquise mehr. Das liegt daran, dass die Nachfrage nach Pflege größer ist als das Angebot bzw. die Möglichkeiten der Pflegedienste. Dies ist insbesondere auf die schwierige Lage am Arbeitsmarkt für Pflegekräfte zurückzuführen.
- Aufgrund des Wachstums benötigen Pflegedienste vor allem immer mehr Pflegefachkräfte. Der jetzt schon sehr deutliche Pflegefachkraftmangel wird sich noch um ein vielfaches verstärken. Das bedeutet hohe Kosten für die Personalbeschaffung bis hin zu Vermittlungsprämien.
- Der Anteil der Pflegefachkräfte in ambulanten Pflegediensten sinkt. In gemischten Pflegediensten (das sind 99,1% der Pflegedienste) sind Anteile von 40% bis 90% üblich. Wird nur die „selbständig wirtschaftende Einrichtung SGB XI“ betrachtet ist die Spanne ebenfalls sehr breit, von 20% bis 50%.
  Der Anteil der Pflegefachkräfte ist abhängig von der Zusammensetzung aller Leistungen des Pflegedienstes und von der Höhe der Fahrt- und Wegezeiten. Eine niedriger oder rückgängiger Anteil an Pflegefachkräften bedeutet nicht zwingend, dass dies im Sinne der Betriebswirtschaft zu einer Ergebnisverbesserung führt, eher ist eine gegenläufige Entwicklung wahrzunehmen, in der Regel sinkt die Effizienz in der Personal-Einsatz-Planung.
- Den zunehmenden Schwierigkeiten in der Personalgewinnung bei den Pflegefachkräften begegnen die Anbieter
  a) durch den Abbau des Anteils an Pflegefachkräften und durch
  b) die Qualifizierung von Hilfskräften zu „Pflegeassistenten[12]“.
  Diese Kosten für Personalentwicklung werden in diesem Sinne, neben den Kosten für zusätzliche Akquise von ausländischen Pflegekräften und Pflegefachkräften, in den nächsten Jahren weiter zunehmen.
- Die Ausgestaltung von attraktiven Arbeitsplätzen und die notwendige stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der Mitarbeiter werden dazu führen, dass die

[10] *Die Folgen der so genannten Erlös-orientierten Personal-Einsatz-Planung werden ab Seite 30ff. beschrieben.*
[11] *Die meisten Zahlenangaben beruhen auf Schätzungen, da keine verlässlichen und einheitlichen Erfassungen oder Statistiken zur Verfügung stehen.*
[12] *Der Name „Pflegeassistent“ steht seit einigen Jahren in einem Teil der Bundesländer mehr und mehr für das Bemühen, bisherige Hilfskräfte weiterzubilden, und somit einerseits mehr Möglichkeiten zu schaffen, geeignetes Personal selbst zu entwickeln. Andererseits ist es eine Maßnahme der Wertschätzung, den Namen „Hilfskraft“ nicht mehr zu verwenden und Pflegekräfte aufzuwerten und die Arbeit attraktiver zu gestalten.*

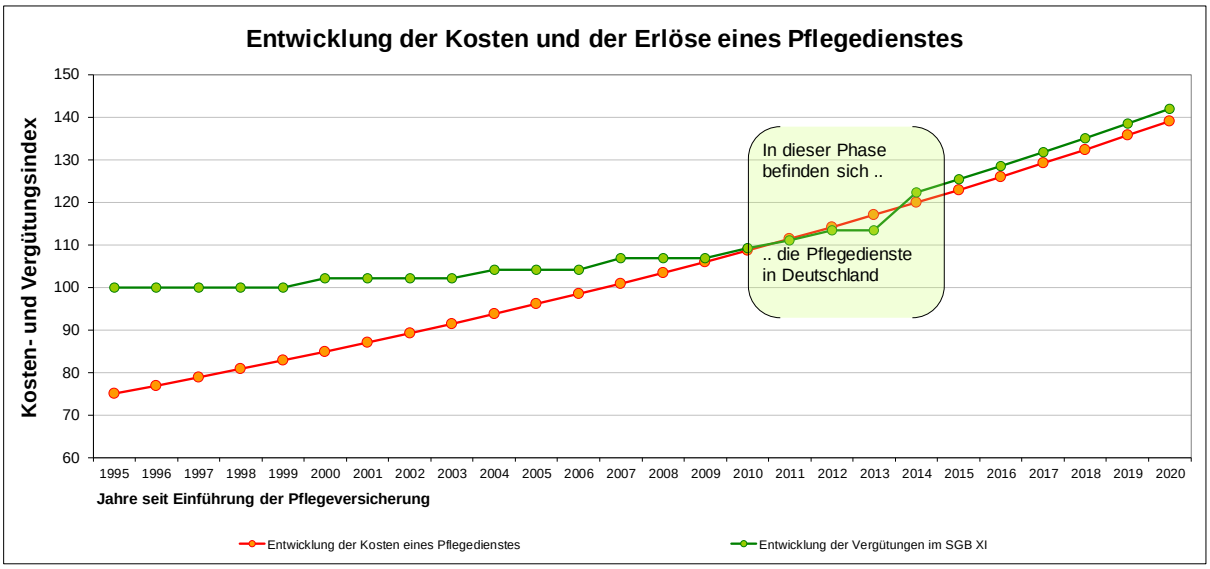
Kosten überproportional zu den üblichen Personal- und Sachkosten steigen. Dies ist unter anderem auch eine Folge dessen, dass die Nachfrage nach Pflege in den kommenden Jahren größer sein wird als das Angebot. Dieser Marktmechanismus wird die Personalkosten in der Pflege und Betreuung erhöhen.

- Gut ausgebildete und erfahrene Pflegedienstleitungen mit Managementerfahrungen und mit differenziertem Führungsverhalten sind ebenfalls schwer am Arbeitsmarkt zu finden. Größtenteils ist dieser Mangel ebenfalls auf die demografische Entwicklung zurückzuführen. Bei vielen Pflegediensten steht bei der Leitung in diesen Jahren ein Generationenwechsel an, oder Pflegedienste sind aufgrund des Wachstums des Pflegemarktes gezwungen, ihre Pflegedienste organisatorisch zu teilen, und mit neuen Leitungskräften zu besetzen. In den nächsten Jahren müssen viele Pflegefachkräfte nachqualifiziert werden, um die Zulassungsvoraussetzungen für die Leitung eines Pflegedienstes zu erfüllen, mit den damit verbundenen überproportionalen Kostensteigerungen.
  Der Leitungsmangel führt schon seit ca. 5 Jahren zu deutlich höheren Personalbeschaffungskosten, oder zu signifikanten Kosten für die Ausbildung und Personalentwicklung von eigenen Leitungskräften, die nicht in Verhandlungen oder Vergütungsanpassungen berücksichtigt wurden.
- Die Bereitschaft der Menschen, ihre Angehörigen oder Nachbarn zu versorgen und zu pflegen, wird weiter deutlich zurückgehen. Das wird die Nachfrage nach Dienstleistungen in der ambulanten Pflege zusätzlich erhöhen.
- Mindestens geschätzte 80% der Pflegedienste, vor allem die kleinen und sehr kleinen, sind nicht in der Lage, die notwendigen Zahlen und Informationen für eine differenzierte Kalkulation vorzuhalten. Sie können somit keine Einzelverhandlungen führen, ohne Gefahr zu laufen, eine unzureichende Vergütung zu bekommen. Grund für die ungenügende Datenlage ist nicht nur eine oft unzureichende EDV-Ausstattung, sondern die Reduzierung der eingesetzten EDV auf den reinen Vorgang der Abrechnung ohne eine differenzierte Erfassung und Auswertung der Daten.
- Neueste Zahlen und Informationen aus großen Verbänden (mit z.B. 10 Pflegediensten und insgesamt über 1.300 Pflegebedürftigen) belegen, dass es derzeit (also vor Umsetzung der neuen Anforderungen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes) bereits zu Insolvenzen kommt. Zudem tragen einige dem Gutachter bekannte Verbände sich mit dem Gedanken, nicht mehr weiter die Defizite der Pflegedienste zu tragen, sondern aus diesem Geschäftsfeld freiwillig auszusteigen. Rückmeldungen von freigemeinnützigen Trägern aus NRW und Niedersachsen berichten davon, dass über 50% ihrer Pflegedienste sich im Defizit befinden. Die Situation ist real, es handelt sich nicht um Einzelfälle. In einigen Regionen steht die ambulante Pflege vor dem Kollaps. Notlagenregelungen wie z.B. der wiederholte Verzicht auf das Weihnachtsgeld oder das Streichen von Über-/Mehrstunden gehören inzwischen zum Alltag bei den Pflegediensten in Deutschland.

2.2 Steigerung der Kosten, Stagnation der Vergütungen

Seit Einführung der Pflegeversicherung sind 18 Jahre vergangen. Die Kosten eines Pflegedienstes sind in dieser Zeit um 15% bis 50% gestiegen, die Bandbreite zwischen den Pflegediensten ist sehr groß.
Die Vergütungen im SGB XI sind in dieser Phase jedoch nur um ca. 5% bis 25% gestiegen. Die Zahlen variieren je nach Bundesland, nach Region und Träger, jedoch war der Anstieg der Kosten in jedem Fall deutlich stärker als die Anhebung der Vergütungen im SGB XI.

Abbildung 5: Kosten und Vergütungsindex // Entwicklung der Kosten und der Erlöse eines Pflegedienstes



In der schematischen Darstellung zeigt die rote Linie die jährlichen Kostensteigerungen, die vor allem durch die Anpassungen der Löhne und Gehälter, aber auch durch eine Steigerung der Sachkosten entstanden sind. Meist entstehen Personalkostensteigerungen durch jährlich Tarifanpassungen. Auch für Pflegedienste, welche nicht in festen tariflichen Verpflichtungen sind, gilt, dass sie sich bei den Personalkosten der Entwicklung des Marktes anpassen müssen. Hier erfolgen die Anpassungen meist in größeren Schritten.

Die grüne Kurve zeigt den Verlauf des Niveaus der Vergütungen. Seit Einführung der Pflegeversicherung wurden die Vergütungen deutschlandweit größtenteils nur drei bis sechs Mal verhandelt und leicht angehoben, wobei in den letzten fünf Jahren die Anpassungen in kürzeren Abständen erfolgen.

Die Entwicklungen und damit die Kurven variieren von Bundesland zu Bundesland und zum Teil auch zwischen verschiedenen Verbänden und Trägern. Trotzdem stellen die beiden Kurven grundsätzlich die Entwicklungen bei den Pflegediensten dar.

Der Verlauf der beiden Kurven und das Sich-Annähern machen deutlich, dass die Möglichkeiten zur Gestaltung der Betriebsabläufe und zur Finanzierung immer schwieriger geworden sind. Doch was ist passiert?

Die Pflegedienste haben sich teilweise mit diesen Entwicklungen arrangiert, indem sie eine Variante der Zielkostenrechnung angewandt haben, bewusst oder unbewusst. Durch diese so genannte Erlös-orientierte Personal-Einsatz-Planung[13] konnten zwar die Kosten nicht reduziert werden, denn dies war durch Personalkostensteigerungen nicht möglich. Aber die hinter den Lohnkosten steckenden Variablen, also die Zeit der Mitarbeiter oder die Zeit für die Pflegebedürftigen wurde über den Zeitraum der letzten 18 Jahre deutlich reduziert.

Diese Arbeitsverdichtung bei den Pflegekräften entstand unter anderem durch

- eine effizientere und genauere Tourenplanung, bei der heutzutage z.B. 15 – 25 Pflegebedürftigen in einer Tour versorgt werden gegenüber 5 – 10 Pflegebedürftigen vor 18 Jahren,
- die Reduktion oder eine (teilweise widerrechtliche) Streichung von Rüst- oder Organisationszeiten, und durch die nicht gebührende Berücksichtigung von Fahrt- und Wegezeiten,
- eine Reduktion der in der Software hinterlegten Zeiten für die Leistungskomplexe.

Darüber hinaus kamen noch erhöhte Anforderungen von Seiten des Gesetzgebers dazu[14] und es gelang nicht, den Verwaltungsaufwand und Bürokratie zu reduzieren; im Gegenteil, die administrativen Anforderungen wurden mehr und umfangreicher. Auch von dieser Seite erhöhte sich somit der Druck auf Reduzierungen der Zeit in der Pflege.

Zum jetzigen Zeitpunkt erleben wir bezüglich der Vergütungsverhandlungen eine abwartende und teilweise verzögernde Haltung, in Teilbereichen sogar eine Blockade- und Verschleppungstaktik. Die Verbände möchten zunächst die ungelösten Fragen aus der Umsetzung des PNG inkl. den Wechselwirkungen geregelt wissen, von Seiten der Kassen wird hier nur wenig bis kein Regelungsbedarf gesehen. Mit Verweis auf die ungelöste Problematik kommt es in den meisten Bundesländern und Stadtstaaten nicht einmal zu den turnusmäßigen Verhandlungen zu neuen Preisen für die Leistungskomplexe, seit Januar 2013 tritt man weitgehend auf der Stelle. Der Druck auf die Verbände steigt enorm, rechtfertigt es jedoch auf keinen Fall, auf unrealistische, ja unmoralische Vergütungsangebote zur Zeitvergütung einzugehen. Auch eine Fristsetzung zur Leistung einer Unterschrift unter Vergütungsvereinbarungen, welche weder die Wechselwirkungen noch die anderen ungelösten Fragen beantworten, ist nicht hilfreich. Hier erhöhen sich die Risiken der Pflegedienste, ggf. später in Regress genommen zu werden. Die Problematik der ungelösten Frage hinsichtlich der

[13] *Die Zielkostenrechnung (auch Target Costing genannt) heißt bei ambulanten Pflegediensten: Erlös-orientierte Personal-Einsatz-Planung.*
[14] *siehe „Gestiegene Qualitätsanforderungen und zunehmender administrativer Aufwand und Bürokratie“, Seite 21ff.*

Stundenvergütung nach dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz kommt hier zum dargestellten Dilemma noch dazu.

Tatsächlich befinden sich viele Pflegedienste und Träger in immensen wirtschaftlichen Schwierigkeiten, manche stehen sogar kurz vor dem Kollaps[15].

Deshalb müssen nun möglichst bald deutlich höhere Vergütungen abgeschlossen werden, es besteht ein deutlicher finanzieller Nachholbedarf.

Allen Beteiligten sollte zudem bewusst sein, dass in Zukunft die Vergütungen jedes Jahr entsprechend der Kostensteigerungen angepasst werden müssen bzw. Pflegedienste nicht mehr „falsch“ kalkulieren dürfen; „Korrektive“, wie sie im Leistungskomplexsystem angelegt waren, bestehen bei einer Vergütung nach dem tatsächlichen Zeitaufwand nicht mehr.
Dies wirkt sich in dem Teilleistungssystem der Pflegeversicherung, bei kaum bestehender Dynamisierung der Beträge der Pflegesachleistungen auf den von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteil[16] aus, der bei Abfrage von Leistungen überproportional steigen wird, da die Pflegesachleistungen wie ein Hebel wirken.

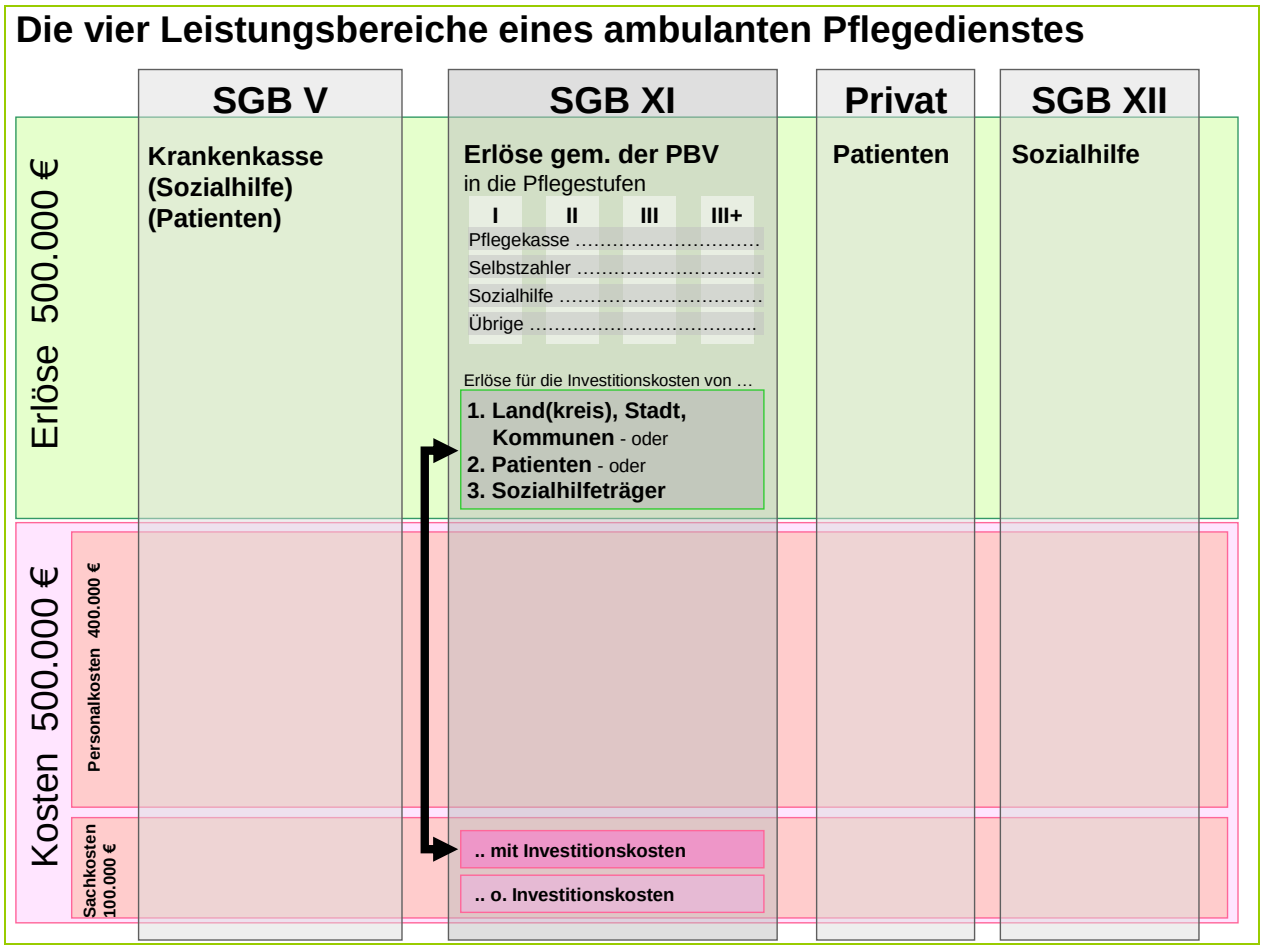
[15] In einer im Mai 2013 durchgeführten telefonischen Anfrage bei Spitzenvertretern der freien Wohlfahrtspflege in NRW gaben diese an, dass sich 40% bis 70% der Pflegedienste in schwierigen finanziellen Schwierigkeiten befinden. In erheblicher Anzahl steigen die Insolvenzen oder freiwilligen Aufgaben. Einige Verbände sind bei ernsthaften Überlegungen angelangt, umfänglich aus der ambulanten Pflege auszusteigen.
[16] oder dem Anteil des Sozialhilfeträgers, welcher den durch die Pflegesachleistungen nicht gedeckten Teil der Kosten finanzieren muß.

2.3 Die Finanzierung ambulanter Pflegedienste

Die vier Leistungsbereiche der Finanzierung

In der Regel finanziert sich ein ambulanter Pflegedienst aus den vier unten abgebildeten Leistungsbereichen mit den jeweils unterschiedlichen Leistungsansprüchen.

Abbildung 6: Die vier Leistungsbereiche eines ambulanten Pflegedienstes mit Beispielzahlen[17]



Finanzierung der Leistungen des SGB V, des SGB XII und der Privatzahler

Die Deckung aller Kosten für die Leistungsbereiche des SGB V und des SGB XII sowie der Privatzahler-Leistungen erfolgt durch eine so genannte ***monistische Finanzierung***. Für diese Leistungen ist jeweils nur ***ein*** Leistungsträger zur Zahlung verpflichtet. Im Rahmen des SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, Vergütungen im Rahmen der Leistungsansprüche zu gewähren, im SGB XII ist es der Sozialhilfeträger. Für die Privatzahler können Pflegedienste selbst ein Leistungsspektrum entwickeln, die Leistungen werden den Kunden direkt in Rechnung gestellt.

[17] *Die Beispielzahlen sind so gewählt, dass der dargestellte Pflegedienst ein ausgeglichenes Gesamtergebnis ausweist mit 500.000 Euro an Erlösen und 500.000 Euro an Kosten, welche sich jeweils auf die verschiedenen Leistungsbereiche verteilen.*

Finanzierung der Leistungen des SGB XI (Pflegeversicherung)

Anders verhält es sich bei den Leistungen der Pflegeversicherung. Hier wurde im Jahr 1995 eine **dualistische Finanzierung** eingeführt. Für die Finanzierung der Kosten sind im SGB XI ***zwei*** Leistungsträger zuständig. Dies erfolgt einerseits über Vergütungen und andererseits durch Erstattungen oder Zuschüsse.

1.) Die pflegebedingten Aufwendungen werden bis zur Höhe des Sachleistungsbetrages der jeweiligen Pflegestufe durch die Pflegekassen gedeckt. Es handelt sich bei den Pflegesachleistungen gewissermaßen um Teilbeträge oder um „Zuschüsse“ zur Gesamtfinanzierung. Der Anteil der nicht durch den Sachleistungsbetrag gedeckt ist, ist der Eigenanteil, der durch den Betroffenen selbst zu übernehmen ist. Kann er dies nicht leisten, tritt der Sozialhilfeträger, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, im Rahmen der Hilfe zur Pflege gemäß § 61 SGB XII für diese Leistungen ein. Sollten die Pflegesachleistungen nicht ausgeschöpft werden, erhalten die Pflegebedürftigen anteiliges Pflegegeld [18].

2.) §82 Abs. 2 SGB XI[19] regelt, dass die investiven Kosten primär entweder vom jeweiligen Bundesland, den Landkreisen oder den Kommunen zu finanzieren sind. Gibt es hierüber keine Regelung oder treten die Leistungsträger aus ihren bisherigen Zusagen aus, folgen zweitrangig die Pflegebedürftigen selbst in die Pflicht zur Finanzierung. Eine Finanzierung kann sogar theoretisch teilweise durch Landeszuschüsse erfolgen und zum anderen Teil durch die Pflegebedürftigen und/oder die Sozialhilfeträger. Die Kosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI dürfen nicht mit den Pflegesachleistungen verrechnet werden.
Die Investitionskosten im Sinne des § 82 Abs. 2 SGB XI sind nur im SGB XI gesondert auszuweisen. Dies erfordert (wie auch für eine Kalkulation und für eine Kostenstellenrechnung) verursachungsgerechte Schlüssel zur Verteilung der investiven Kosten auf die vier Leistungsbereiche. Die Investitionskosten sind bei der internen Berechnung nur anteilig für das SGB XI zu berechnen, bei den anderen Leistungsbereichen sind die Investitionskosten bei der dortigen monistischen Finanzierung inkludiert.

Diese komplexen Voraussetzungen zur Finanzierung eines ambulanten Pflegedienstes müssen bei der Kalkulation von Stundensätzen und insofern bei der Fragestellung des Gutachtens berücksichtigt werden. Relevant sind in diesem Kontext lediglich die Leistungen und Kosten des SGB XI, obwohl die Leistungserbringung eines ambulanten Pflegedienstes eher ganzheitlich ausgerichtet ist und in der täglichen Versorgung und Pflege z.B. bei gemischten Hausbesuchen nicht zwischen den Finanzierungsansprüchen unterscheidet.

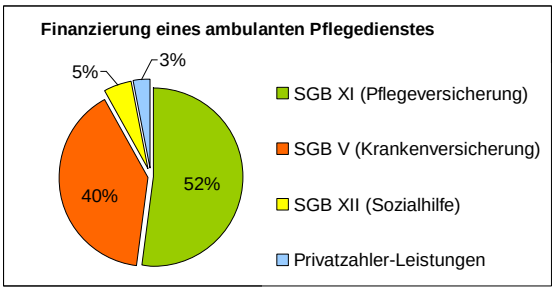
[18] Auf die Möglichkeiten, dass die Leistungen der Pflegeversicherung komplett als Geldleistungen in Anspruch genommen werden, oder auf alle Möglichkeiten von Kombinationsleistungen mit Geldleistungen und auf die neuen zusätzlichen Pflegesachleistungen durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz [PNG] wird hier nicht im Einzelnen eingegangen.
[19] Die gesetzliche Grundlage hierfür, siehe Anlagen, Seite IV.

Zusammensetzung der Erlöse

In einer Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege von Andreas Büscher und Annett Horn wurde ein sehr heterogenes Bild der Refinanzierung der ambulanten Pflegedienste erhoben.
So konnten dort folgende Bandbreiten ermittelt werden[20].

SGB XI..... zwischen 30% und 70%
SGB V..... zwischen 20% und 60%
SGB XII..... zwischen 0% und 10%
private Zuzahlungen[21] ..... zwischen 0% und 25%
andere ..... bis 10%

In dieser Erhebung wurde deutlich, dass Zahlen und Aussagen nur in sehr unterschiedlicher Form und Genauigkeit vorliegen. Die Bandbreiten sind sehr groß und vor allem ist die Zusammensetzung sehr uneinheitlich.



Auf der Basis von mehreren hundert Beratungen kommt der Autor dieses Gutachtens ebenfalls zu einer ähnlichen durchschnittlichen Zusammensetzung der Erlöse.

Die Zusammensetzung kann jedoch stark variieren.

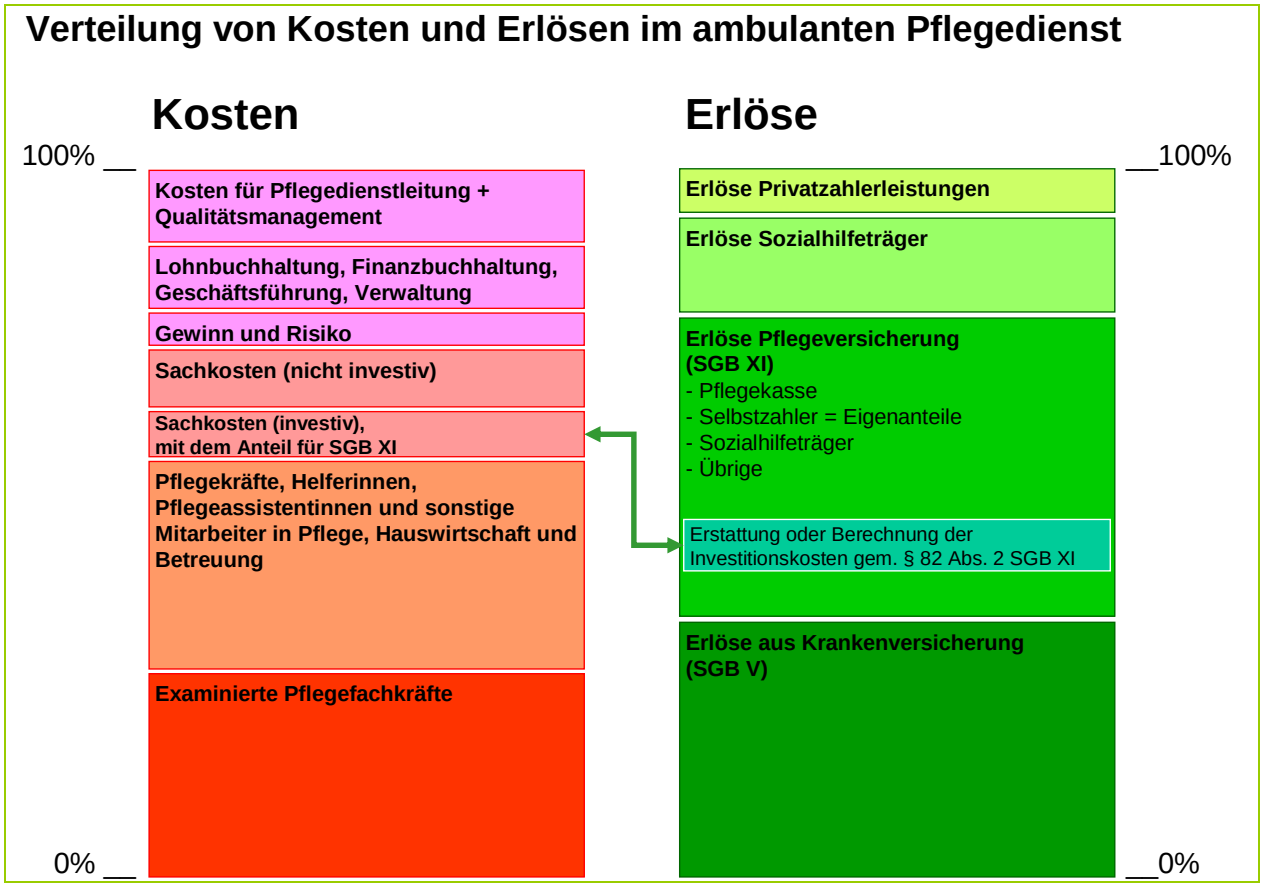
Diese Ergebnisse zeigen, dass ca. 50% Leistungen und der Erlöse eines ambulanten Pflegedienstes aus anderen Finanzierungsquellen als der Pflegeversicherung stammen. Diese Erkenntnisse erschweren stark die Interpretationsmöglichkeiten von Betriebsvergleichen und machen deutlich, dass ein fiktives Herauslösen der „selbständig wirtschaftenden Einrichtung“ eine Herausforderung ist bzgl. der Fragestellung des Gutachtens.

[20] *siehe Büscher, Andreas; Horn, Annett: Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer Expertenbefragung. Aus der Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Bielefeld, Oktober 2010, S. 26.*
[21] *hier ist unklar, ob es sich um „Zuzahlungen“, also um Selbstzahler im Rahmen des SGB XI handelt **und/oder** um die reinen Privatzahlerleistungen (welche in keinem direkten Zusammenhang zum SGB XI oder SGB V stehen)*

Die Zusammensetzung der Kosten und der Erlöse im direkten Vergleich

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Struktur der Kosten und Erlöse eines ambulanten (Muster-) Pflegedienstes mit gemischtem Leistungsspektrum.
Die Situation wird so dargestellt, dass bei wirtschaftlicher Betriebsführung die Kosten (inkl. Wagnis und Gewinn) in gleicher Höhe anfallen wie die Erlöse.

Abbildung 7: Struktur der Kosten und der Erlöse eines ambulanten Pflegedienstes mit gemischtem Leistungsspektrum



Anmerkungen zur Zusammensetzung von Kosten und Erlösen

- Die gesamten Erlöse (aus den vier Finanzierungsquellen) decken alle Kosten des Pflegedienstes. Die Kosten wiederum sind in mehrere Kostenarten unterteilt.
- Lediglich die Positionen
  - *„Investive Sachkosten mit dem Anteil im SGB XI“* bei den Kosten, und
  - *„Erstattung oder Berechnung der investiven Sachkosten nach § 82 Abs. 2 SGB XI“* bei den Erlösen

  stimmen im Idealfall in der Höhe überein. Diese Zuordnung der *Erträge aus Investitionskosten* erfolgt aus dem Prinzip der beschriebenen dualen Finanzierung im Rahmen der Leistungen des SGB XI, s.S. 14.
  Darüber hinaus gibt es in der Abbildung keine direkte gegenseitige Zuordnung von Positionen der Kosten und der Erlöse.

- Die Sachkosten sind zu unterteilen in
  - *Sachkosten investiver Art* i.S. des § 82 Abs 2. SGB XI überwiegend bestehend aus[22]
    - Abschreibungen auf den Fuhrpark oder Kosten für Leasing der Fahrzeuge (jeweils ohne Kraftstoffe), aber mit Reparaturen und dem investiven Anteil bei der Kilometergelderstattung
    - Mieten oder Abschreibung auf Gebäude (jedoch ohne Kosten für Energie),
    - sonstige Abschreibungen, z.B. auf Betriebs- und Geschäftsausstattung (Computer, Büroausstattung)
  - *andere Sachkosten*[23], wie z.B.
    - Benzin oder Kraftstoffe
    - Büromaterial
    - Porto
    - Werbekosten,
    - usw.
- Bei den Kosten für die Lohn- und Finanzbuchhaltung, die Geschäftsführung und Verwaltung ist es gleichgültig, ob diese im Verband, beim Träger oder über externe Dienstleistungsanbieter entstehen. Aus der Höhe der Gemeinkosten lassen sich jedoch keine direkten Aussagen über die Wirtschaftlichkeit ableiten, sie können deshalb zum Beispiel auch nicht Bestandteil von Wirtschaftlichkeitsprüfungen sein. Sie sind in Verhandlungen vom Prinzip her zu akzeptieren.
- Sowohl frei-gemeinnützige Pflegedienste und privatgewerbliche Pflegedienste dürfen (und müssen) Gewinn erwirtschaften. Dieser besteht (bei einem privaten Pflegedienst) aus dem Unternehmerlohn und aus einer „Entschädigung“ für die unternehmerischen Risiken. Auch frei-gemeinnützige Pflegedienste können einen Gewinn veranschlagen[24].

Im Weiteren werden die Sachkosten und hier insbesondere

- die Gemeinkosten,
- die Mietkosten,

und die

- investiven Sachkosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI

etwas näher betrachtet, da sie im Vorfeld der Kalkulation von Stundensätzen richtig definiert und eingeschätzt werden müssen.

Die Berücksichtigung von Gemeinkosten als Teil der Sachkosten

Die Gemeinkosten eines ambulanten Pflegedienstes entstehen bei Pflegediensten der Wohlfahrtsverbände überwiegend durch die Berechnung einer Umlage für den Pflegedienst. Diese Kosten werden oft als Verwaltungsgemeinkosten bezeichnet. Sie werden überwiegend verwendet für eine zentrale Lohnbuchhaltung, für die Finanzbuchhaltung, für die Geschäftsführung und Interessenvertretung und für allgemeine Verwaltung.

Für die Berechnung der Umlagen werden unterschiedliche Schlüssel angewendet. Es entzieht sich jeglicher Bewertungsmöglichkeit, ob der Aufwand, die Prozessgestaltung und die damit verbundenen Kosten gerechtfertigt sind und ob sie effizient erbracht sind. Zudem unterliegen sie gewissen Entscheidungen im

[22] *s. Heiber, Andreas; Nett, Gerd: Kostenrechnung und Preiskalkulation, Stundensätze richtig kalkulieren. Vincentz Network, Hannover, 2013, S. 14-15*
[23] *siehe Vorschlag eines ausführlichen Kontenrahmens , auch für die Sachkosten: Heiber, A., Nett, G., a.a.O., S. 80-83*
[24] *Im Urteil des Bundessozialgerichtes vom 16. Mai 2013 (B 3 P 2 2/12 R) weist das Gericht ausdrücklich darauf hin, dass auch das unternehmerische Risiko Bestandteil einer leistungsgerechten Vergütung sein sei. Freigemeinnützige Pflegedienste müssen diesen „Gewinn“ jedoch gemeinnützig verwenden.*

Rahmen der Betriebspolitik der Verbände und Träger. Teilweise berechnen die Verbände als Dienstleister sogar deutlich zu wenig an Kosten für die Pflegedienste, weil vermutlich Träger- oder Verbandsintern keine verursachungsgerechten Schlüssel zur Verteilung der Kosten angewendet werden[25]. In solchen Fällen liegt sogar eine Quersubventionierung der ambulanten Pflege vor.

Noch schwieriger ist eine Bewertung der Effizienz dieser administrativen Kosten bei Pflegediensten, welche die genannten Dienstleistungen an Fremdfirmen ausgelagert haben. Hier besteht keinerlei Möglichkeit einer Bewertung oder Analyse bezüglich der Effizienz, es sind lediglich Preisvergleiche zwischen verschiedenen Anbietern dieser Dienstleistungen möglich. Die Spanne der gemeinhin als „Overheadkosten“ oder Verwaltungsgemeinkosten bezeichneten Aufwendungen ist jedoch sehr groß, die Kosten liegen zwischen 5% und 30% der Gesamtkosten eines Pflegedienstes.

Kosten für Miete

Der Anteil der Kosten für Miete oder alternativ die Kosten für die Abschreibung eines eigenen Gebäudes betragen 1,0% bis 3,0% der Gesamtkosten. Der Anteil ist maßgeblich beeinflusst vom Mietspiegel des Gebietes, in welchem der Pflegedienst zum Einsatz kommt.

Die Kosten der Miete haben sich der Effizienz einer optimalen Personal-Einsatz-Planung unterzuordnen. Die Höhe der Mietkosten ist somit kein Kriterium bei der Beurteilung von Wirtschaftlichkeit. Sehr wohl jedoch sind die regional bedingten und individuellen Kosten eines Pflegedienstes in Kostenbetrachtungen und in Verhandlungen zu berücksichtigen.

Weiterhin sei angemerkt, dass es in einem wachsenden Markt mit einer wachsenden Zahl von Pflegebedürftigen folgerichtig ist, zunächst größere Räumlichkeiten anzumieten, die dem geplanten Wachstum Rechnung tragen. Die Kosten von mehrfachen Umzügen und eine ineffiziente Ausstattung und die Behinderung der optimalen Arbeitsprozesse überkompensieren überhöhte Mietkosten, die leicht über dem Durchschnitt von Betriebsvergleichen liegen.

[25] *Wie schon vorher auf Seite 17 vermerkt, sind auch diese Minderkosten nicht überprüfbar und sollten in Vergütungsverhandlungen akzeptiert werden.*

Die besondere Berücksichtigung der Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI

Die in § 82 Abs. 2 SGB XI beschriebenen Investitionskosten bestehen hauptsächlich aus den

- Abschreibungen auf den Fuhrpark oder Kosten für Leasing der Fahrzeuge (jeweils ohne Kraftstoffe), aber mit Reparaturen und dem investiven Anteil bei der Kilometergelderstattung
- Mieten oder Abschreibung auf Gebäude (jedoch ohne Kosten für Energie),
- sonstige Abschreibungen, z.B. auf Betriebs- und Geschäftsausstattung (Computer, Büroausstattung).

In gleicher Weise wie die „selbständig wirtschaftende Einrichtung“ gem. § 71 SGB XI“ mitsamt ihren Leistungen, Kosten und Erlösen gesondert zu betrachten ist, sind die die Investitionskosten nach § 82 Abs. 2 SGB XI entweder

a) erst gar nicht einzurechnen in die Kostenstelle SGB XI – oder
b) aus den Stundensätzen des „gemischten Pflegedienstes“ wieder herauszurechnen.

Eine ausführlichere Beschreibung zur Berücksichtigung der Investitionskosten ist in den Anlagen, ab Seite XV ff. verfügbar.

Weitere Anmerkungen zu anderen Sachkosten

Der Energieverbrauch ist nicht signifikant in der Diskussion um Wirtschaftlichkeit eines Pflegedienstes. Die Kosten betragen erfahrungsgemäß ca. 1% der Gesamtkosten eines Pflegedienstes. Die Kosten sind kaum beeinflussbar und unabhängig von der Anzahl der Pflegebedürftigen.

Auch sind die Kosten für Büroausstattung nicht signifikant in der Diskussion um die Wirtschaftlichkeit eines Pflegedienstes. Die Kosten betragen ca. 0,5% bis 1,5% der Gesamtkosten eines Pflegedienstes.

Wie die Zusammensetzung der Kosten eines Pflegedienstes zeigt, sollte der Schwerpunkt von Effizienzbetrachtungen nicht bei Sachkosten liegen, sondern bei Personalkosten. Sachkosten sind zumeist Fixkosten und lassen sich kaum beeinflussen.

Unerheblich und fast ohne Einfluss auf die Rentabilität und Wirtschaftlichkeit sind daher folgende Fragen oder Aspekte:

- Kaufen oder Leasen von Dienstfahrzeugen?
- Zentraler Einkauf von Büromaterial oder lokale Besorgung?

- Fahrverhalten der Mitarbeiter[26]

Umgekehrt ist zu konstatieren, dass minimale Sachkosten-Investitionen maßgeblichen Einfluss auf die Mitarbeitergesundheit und/oder -zufriedenheit haben können:

- Ausstattung der Dienstfahrzeuge mit Autoradios vs. dem Sparen des Rundfunkbeitrags,
- ergonomisch gestaltete Arbeitsplätze vs. Rückenschäden,
- usw.

Insofern ist der Fokus in einem betriebswirtschaftlichen Gutachten auf die Sachkosten eines Pflegedienstes nicht sachgerecht und nicht zum Ziel führend.

Später bei den Berechnungen von Stundensätzen und in den Kalkulationen werden also überwiegend die Personalkosten eines ambulanten Pflegedienstes analysiert.

[26] *Das Fahrverhalten der Pflegemitarbeiter hat keine signifikanten Auswirkungen auf die Kosten eines Pflegedienstes. Die Kosten für Benzinverbrauch bewegen sich bei ca. 2% - 4% der Gesamtkosten. Der zeitliche Aufwand für eine Optimierung dieser Kosten verursacht selbst wieder Kosten und sollte vernachlässigt werden.*

2.4 Gestiegene Qualitätsanforderungen und zunehmender administrativer Aufwand und Bürokratie

Wie bereits ausgeführt, sind seit Einführung der Pflegeversicherung sowohl die Qualitätsanforderungen als auch der administrative Aufwand gestiegen. Die wichtigsten Entwicklungen sind nachfolgend dargestellt.

Abbildung 8: Gestiegene Qualitätsanforderungen und zunehmender administrativer Aufwand und Bürokratie

Jahr	*Gestiegene Qualitätsanforderungen*	+	*Bürokratische Mehraufwendungen*
1995	Inkrafttreten der Sozialen Pflegeversicherung		
1996	Erste MDK-Prüfanleitung	Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege	Inkrafttreten der Pflegebuchführungsverordnung
1997			
1998			
1999	Pflegestatistikverordnung		
2000	Zweite MDK-Prüfanleitung Expertenstandard Dekubitusprophylaxe	Expertenstandard Dekubitusprophylaxe	
2001	MDS Grundsatzstellungnahme Dekubitusprophylaxe und -therapie		
2002	Inkrafttreten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes und des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes		Vereinbarung Datenträgeraustausch gem. § 105 Abs. 2 SGB XI
2003	MDS Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen	Inkrafttreten des Altenpflegegesetzes	
2004	Expertenstandard Entlassungsmanagement		
2005	MDK Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation Qualitätsprüfungs-Richtlinien nach § 53a Dritte MDK-Prüfanleitung	Expertenstandard Schmerzmanagement	
2006	Expertenstandard Sturzprophylaxe	Föderalismusreform Heimrecht	
2007	Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	
2008	Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes	

Maßnahmen ohne exakten Zeitbezug, auf Basis eigener Entscheidungen in den Pflegediensten

- Einführung neuer Software
- Einführung mobiler Datenerfassung
- Abgrenzung der Leistungsbereiche Kostenstellenrechnung

Weitere Maßnahmen ohne exakten Zeitbezug, auf Basis eigener Entscheidungen in den Pflegediensten

- Einführung von Stundensatzberechnungen
- Aufbau eines Controllingsystems
- häufigere Vergütungsverhandlungen

Jahr	*Gestiegene Qualitätsanforderungen*	+	*Bürokratische Mehraufwendungen*
2009	Expertenstandard Ernährungsmanagement Aktualisierung des Expertenstandards Entlassungsmanagement Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)		Datenträgeraustausch nach § 302 Abs. 2 SGB V Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA), Qualitätsprüfungs-Richtlinien nach § 114 SGB XI, vierte MDK-Prüfanleitung
2010	Ordnungsrechtliche Regelungen in den Ländern	Aktualisierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe	MDK-Prüfung
2011	Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege	Aktualisierung des Expertenstandards Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen	MDK-Prüfung
2012	Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz [PNG]		MDK-Prüfung
2013	Inkrafttreten der neuen Leistungen nach dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz [PNG] und der Zeitvergütung Aktualisierung ES Sturzprophylaxe		MDK-Prüfung
2014	Expertenstandard Mobilität nach § 113a SGB XI (geplant)		MDK-Prüfung

Anmerkungen: Eigene Recherchen nach verschiedenen Quellen | kein Anspruch auf Vollständigkeit | eine Zuordnung zu den Jahreszahlen ist nicht immer eindeutig möglich, da es teilweise eine unterschiedliche Handhabung in den Bundesländern und Stadtstaaten gibt.

Im Folgenden wird auf einige in der vorstehenden Darstellung benannten Sachverhalte näher eingegangen.

Die Einführung des Datenträgeraustauschs wurde unter anderem gefordert, um den bürokratischen Aufwand zu verringern. Tatsächlich hat sich jedoch die Bearbeitungszeit sogar deutlich erhöht, denn trotz Einführung in einigen Regionen (jedoch noch nicht flächendeckend) müssen parallel zur Abrechnung noch die Leistungsnachweise den Abrechnungen beigefügt werden. Die Leistungsnachweise selbst sind in den meisten Fällen noch von Hand von den Pflegekräften zu erfassen, auch wenn mobile Datenerfassung vorhanden ist.

Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz [PNG] selbst wird einen weiteren erheblichen Anteil an zusätzlicher ständiger Beratungsarbeit mit sich bringen.

Das PNG sollte eigentlich ein erster Schritt im Zusammenwirken staatlicher und privater Verantwortungsträger sein, um die Bürokratie im Bereich Pflege zu reduzieren[27]. Das ist nicht gelungen. Mit jeder Reform der Pflegeversicherung werden die den Kunden zu vermittelnden Finanzierungsregelungen umfangreicher und komplizierter - entgegen der Verlautbarungen und Zielsetzungen zum PNG, für mehr Transparenz und Wahlfreiheit zu sorgen. Als Problemfelder stellen sich neben dem in diesem Gutachten behandelten Sachverhalten u. a. aktuell dar:

[27] *siehe: Presse- und Informationsamt der Bundesregierung: Pressemitteilung No. 92 vom Mittwoch, 20. März 2013: Bürokratieabbau in der Pflege.*

die Wohngruppenzuschläge nach § 38a SGB XI, die Leistungen nach § 123 SGB XI in Verbindung mit den Regelungen des § 41 Abs. 3 bis 6 SGB XI (Tagespflege), die Abgrenzung von Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI und § 124 SGB XI, das „Poolen von Leistungen“ gemäß § 36 Abs. 1 Satz 5 SGB XI und § 124 Abs. 2 Satz 3 SGB XI.

Die aus den gestiegenen Qualitätsanforderungen und dem erhöhten administrativen Aufwand resultierenden Kosten konnten in der Vergangenheit nicht in vollem Umfang bei den Verhandlungen der Vergütungen eingebracht werden, d. h. die damit verbundenen Kosten blieben bis dato also weitgehend unberücksichtigt, dies gilt auch für die Kosten für technische Entwicklungen. So hat z. B. die Umsetzung des Datenträgeraustauschs (DTA) nicht zu einer Vereinfachung der Abrechnung geführt, vielmehr sind von den Pflegediensten neben der Abrechnung nach dem DTA weiterhin die Leistungsnachweise im Original zu übermitteln. Für die Übersendung der Nachweise werden zur Vereinfachung des Verfahrens für die Pflegekassen bzw. der von den Pflegekassen beauftragten Rechnungszentren Regeln vorgegeben, z. B. die Reihenfolge der Belege betreffend, die im Aufwand zu Lasten der Pflegedienste gehen. Da diese Kosten über die Vergütungsvereinbarungen nicht realistisch umgesetzt werden konnten und eine weitere Reduzierung der Kosten innerhalb der Pflegedienste nicht mehr möglich war, reagierten die Pflegedienste wie oben beschrieben mit Anpassungen der Zeiten für die Leistungskomplexe.

Der Pflege kann es nur gelingen, aus diesem Dilemma herauszukommen, wenn die Kosten für die pflegefachlichen und qualitativen Anforderungen an die Leistungserbringung zukünftig entsprechend in den Vergütungen berücksichtigt werden. Änderungen der pflegefachlichen und qualitativen Rahmenbedingungen nach Abschluss einer Vergütungsvereinbarung sind auch während der Laufzeit zu realisieren oder bei Abschluss der Vereinbarungen als Wagnis zu berücksichtigen.

2.5 Organisationszeiten, Fahrt- und Wegezeiten, wirtschaftliche Betriebsführung und die Folgen einer Erlös-orientierten Personal-Einsatz-Planung

Pflegedienste können zunächst einmal grundsätzlich in ihrer Effizienz gesteigert werden, wenn die Fahrt- und Wegezeiten und die Organisationszeiten optimiert werden. Doch auch die Reorganisation von Pflegediensten hinsichtlich einer Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung hat ihre Grenzen.

Diese Potentiale zur Effizienzsteigerung wurden in den letzten 18 Jahren weitgehend ausgeschöpft. Sie sind unter anderem eine Folge der aufgezeigten unterschiedlichen Entwicklung der Vergütungen und der Kosten bei ambulanten Pflegediensten (siehe S. 10ff).

Optimieren der Fahrt- und Wegezeiten

Die Fahrt- und Wegezeiten sind nicht wesentlich zu beeinflussen, wenn es um die Entfernungen zwischen dem Pflegedienst und den Pflegebedürftigen und denen zwischen den Pflegebedürftigen geht. Einzig die Tourenplanung ist immer wieder zu prüfen, ob die Abfolge der Einsätze und die Fahrtrouten der Mitarbeiter optimal sind. Durch hinzukommende oder wegfallende Pflegebedürftige aus der Tour ist die ständige Kontrolle der Tourenplanung unter dem Gesichtspunkt einer wirtschaftlichen Betriebsführung eine zwingende Notwendigkeit.

Gleichwohl sind die Wünsche und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen zu berücksichtigen, zu bestimmten Zeiten des Tages versorgt zu werden. Einer theoretischen optimalen Tourenplanung sind insofern Grenzen gesetzt. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass das Optimieren der Fahrt- und Wegezeiten Auswirkungen auf die Qualität der Dienstleistungserbringung und auf die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen hat, wenn nämlich die gewünschten oder ggf. pflegefachlich angezeigten Zeiten für die Leistungserbringung im Rahmen einer optimalen Tourenplanung gebeugt werden. Insofern ist die Touren- und die Personal-Einsatz-Planung ein ständiges Abwägen zwischen wirtschaftlichen Gesichtspunkten, den berechtigten Bedürfnissen und Wünschen der Pflegebedürftigen nach einer bestimmten Uhrzeit oder Tageszeit und den pflegefachlichen Anforderungen in der Versorgung.

Ansonsten sind die Fahrt- und Wegezeiten im Wesentlichen durch regionale Gegebenheiten geprägt (z.B. Berge, Stadtgebiet, Baustellen, Staus in Großstadtgebieten, fehlenden Parkplätze, dünne Besiedelung auf dem Land, Witterungs- und Jahreszeitlich bedingte Einflüsse usw.).

Diese Gegebenheiten sind unabdingbar in der Vergütung durch eine entsprechende individuelle Berechnung (pro Pflegedienst) bei den Hausbesuchs- bzw. Wegepauschalen zu berücksichtigen.

Optimieren der Organisationszeiten

In den Jahren 1995 bis ca. 2008 war es möglich, die Organisationszeiten deutlich zu optimieren.

Dazu wurden unter anderen folgende Maßnahmen umgesetzt:

- Dienstbesprechungen wurden in ihrer Frequenz verringert. So gab es in vielen Sozialstationen Anfang der 90-er Jahre (vor Einführung der Pflegeversicherung) tägliche Dienstbesprechungen. Mit Einführung des SGB XI im Jahre 1995 wurden diese reduziert auf mindestens noch einmal pro Woche. Heutzutage gibt es viele Pflegedienste, welche nur noch alle zwei bis vier Wochen eine Dienstbesprechung durchführen.
- Die Inhalte und die Dauer von Besprechungen wurden gestrafft und gekürzt. Es dürfen auch nicht mehr alle Mitarbeiter an jeder Besprechung teilnehmen, d.h. es gibt hierfür klare Regelungen, so werden bestimmte Sachverhalte nur mit den Pflegefachkräften erörtert.
- Es wurde ein Fuhrparkmanagement eingerichtet, um die Mitarbeiter von Tätigkeiten wie Tanken, Besorgen und Aufziehen von Winter- oder Sommerreifen, Organisation der Werkstatttermine, Tanken der Fahrzeuge und von anderen mit den Fahrzeugen zusammenhängenden Tätigkeiten weitgehend zu entlasten.
- Die Rüstzeiten vor und nach den Diensten wurden limitiert. So haben Mitarbeiter oftmals vorgegebene und feststehende Zeiten, die ihnen für bestimmte Tätigkeiten zur Verfügung stehen, z.B. 11 Minuten vor dem Dienst, und 8 Minuten nach dem Dienst.

Es könnten hier noch viele weitere Beispiele folgen, doch die aufgezeigten Veränderungen sollen stellvertretend für alle durchgeführten Maßnahmen aufzeigen, dass es keine wesentlichen effizienzsteigernden Maßnahmen mehr bei ambulanten Pflegediensten in Deutschland gibt. Im Jahre 1993 dagegen, also vor Einführung der Sozialen Pflegeversicherung, wurden in der „Analyse der Organisations- und Finanzstruktur von Sozialstationen in Niedersachsen“[28] umfangreiche Vorschläge entwickelt, wie die Aufbau- und Ablauforganisation von Pflegediensten optimiert werden kann. Alle dieser damals erkannten Defizite sind inzwischen umgesetzt.

Festzustellen ist, dass die stetige Steigerung der Effizienz ab einem bestimmten Punkt in eine Situation umschlagen kann, wo die negativen Folgen größer sind als die vermeintliche Verbesserung der Wirtschaftlichkeit.

Beispielhaft sollen hier zwei mögliche negative Folgen einer übermäßigen „Optimierung“ angesprochen werden:

1.) Wenn sich die Mitarbeiter zu wenig und zu kurz sehen und kommunizieren können, steigt die Unzufriedenheit aller Mitarbeiter. Teilweise haben die Mitarbeiter 20 bis 25 Pflegebedürftige in einer Tour zu versorgen. Über diese müssen sie sich qualitativ und teilweise auch persönlich austauschen können, um sich zu entlasten.
2.) Es entstehen qualitative und finanzielle Informationsverluste bezüglich der erbrachten Leistungen, so z.B.

[28] *s. Ristok, Bruno; Sießegger, Thomas: Analyse der Organisations- und Finanzstruktur von Sozialstationen in Niedersachsen. Berichte zur Altenpflege, Niedersächsisches Sozialministerium, Hannover 1993.*

- Abweichungen von der Planung,
- hinzugekommene und tatsächlich erbrachte (aber nicht aufgezeichnete) Leistungen,
- veränderte Bedarfslagen bei den Kunden werden nicht erfasst und kommuniziert,
- usw.

In der Summe ergibt sich die Gefahr von unzufriedenen oder unterversorgten Kunden und die Wahrscheinlichkeit, dass Erlöse verloren gehen für Leistungen, die zwar erbracht wurden, jedoch nicht zur Abrechnung kamen.

Deshalb sind z.B. wöchentliche Zusammenkünfte in Dienstbesprechungen, Übergaben oder ein täglicher Treffpunkt der Mitarbeiter aus betriebswirtschaftlicher Sicht sehr wichtig.

Insofern ist zu konstatieren, dass eine weitere Optimierung bei den Organisationszeiten in ambulanten Pflegediensten nicht mehr angezeigt ist, vielmehr ist aus Qualitätsgesichtspunkten und mit Blick auf die Mitarbeiterzufriedenheit eine angemessene Ausweitung der Organisationszeiten angeraten.

In der Folge soll hier als Grundlage weiterer Überlegungen eine Definition der Organisationszeiten erfolgen.

Definition der Organisationszeiten

A	**= Normale vereinbarte (Jahres-)Arbeitszeit**
	- Urlaub und Krankheit
B	**= Anwesenheits-Zeit**
	- Koordinations- und Organisations-Zeiten
C	**= Einsatz-Zeit**
	- Fahrtzeiten bzw. Wegezeiten
D	**= Reine Netto-Pflege-Zeit für die Kunden**

Die Anwesenheitszeit der Pflege-Mitarbeiter (Ebene B) setzt sich zusammen aus
- Pflegezeit (und Hauswirtschaft und Betreuung)[29]
- Fahrt- und Wegezeiten
- Organisationszeiten.

[29] *Im Weiteren wird im Gutachten der Begriff Pflege-Zeit gebraucht, dieser impliziert auch die direkten Zeiten für die Leistungen in der Hauswirtschaft und in der Betreuung.*

Zu den *Organisationszeiten* können folgende Tätigkeiten gerechnet werden:

- Vorbereiten der Pflegedokumentation für neue Pflegebedürftige
- Dienstbesprechungen, Dienstberatungen, Fallbesprechungen
- Dienstübergaben zwischen den Teildiensten
- Absprachen der Mitarbeiter untereinander
- Besprechungen der Mitarbeiter mit der Leitung des Pflegedienstes, Verwaltung oder Geschäftsführung
- Einsehen und Klärung der Dienstpläne
- Durchführung von Qualitätszirkeln,
- Vor- und Nachbereitung der Einsätze und der Touren, so genannte Rüstzeiten im Pflegedienst
- Vor- und Nachbereitung der Einsätze, teilweise auch zuhause, oft per Telefon
- Dienstbesprechungen, Dienstberatungen, Teambesprechungen,
- interne Fortbildungen, Supervision und Coaching
- Besuch von Messen, externe Fortbildungen,
- Literaturstudium / Umlauf von Fachzeitschriften / Hausmitteilungen
- Autopflege,
- Tanken von Pkw,
- Fahrten, um die Autos zur Reparatur zu bringen,
- Schlüsselübergaben,
- morgendliche kurze Besprechungen ,
- Erfassen der Tagesberichte oder sonstiger Zeiterfassungen,
- Betriebsratstätigkeiten,
- Einarbeitung neuer Mitarbeiter,
- Personalgespräche, Mitarbeiter-Jahresgespräche,
- Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit,
- Ausfallzeit wegen kurzfristiger Absagen,
- Besprechungen und Rücksprachen in persönlichen Angelegenheiten (mit der Leitung o.ä.),
- Absprachen der Mitarbeiterinnen untereinander über Einsätze bei gemeinsamen Pflegebedürftigen,
- Einsehen und Klären der Dienstpläne,
- Arbeitszeiterfassung,
- Rücksprachen mit Ärzten oder Betreuern
- Arztbesuche, Besorgen von Verordnung und Medikamenten[30].Aufgaben im Qualitätsmanagement:
  - Anlegen von Expertenstandards
  - Qualitätszirkel
  - und weitere Aspekte des Qualitätsmanagements[31]
- Vorbereiten der Pflegedokumentationen für neue Pflegebedürftige,
- Aktenpflege, Anlegen von Ordnern, Wiedervorlagen,
- Aufgaben im Rahmen der Pflegeplanung (im Pflegedienst),
- Unterbrechungen des Arbeitsablaufes (Telefongespräche, Besuche),
- Mitarbeit in Gremien und Arbeitsgemeinschaften,
- persönliche Verrichtungen und persönliche Verteilzeit,

[30] *Diese Tätigkeiten oder Leistungen könnten auch als nicht abrechenbare „Service-Leistungen" definiert werden – oder sie werden zu abrechenbaren Privatzahlerleistungen gemacht.*
[31] *weitere Ausführungen zu „Gestiegene Qualitätsanforderungen und zunehmender administrativer Aufwand und Bürokratie" ab Seite 21ff.*

Die Beispielauflistung kann nicht erschöpfend sein, da mit einer detaillierten Auflistung auch bestimmte Tätigkeiten ausgegrenzt werden könnten.
Letztlich definiert jeder einzelne Pflegedienst seine Organisationszeiten selbst, eine Vergleichbarkeit ist von daher nur bedingt möglich.
Diskutabel sind zum Beispiel Tätigkeiten und Aufgaben im Qualitätsmanagement[32]. Hier wäre gegebenenfalls in Verhandlungen zu klären, wo diese anzusiedeln sind, bei den Leitungs- oder den Organisationszeiten.
In den Vergütungsverhandlungen müssen sich die Verhandlungspartner also zunächst einmal auf eine einheitliche Definition von Organisationszeiten einigen.

Abzugrenzen von den Organisationszeiten sind die

- Zeiten für die Leitung, ggf. den Qualitätsbeauftragten
- Zeiten für die Verwaltung

Leitungszeiten sind verbunden mit Tätigkeiten, welche mit Leitung oder Steuerung sowie dem Qualitätsmanagement zu tun haben. Sie werden erbracht von Pflegedienstleitungen, ihren Stellvertretungen, Einsatzleitungen und/oder den Teamleitungen des Pflegedienstes, ggf. Qualitätsbeauftragten. Wenn Leitungskräfte selbst noch in der Pflege tätig sind, werden diese Tätigkeiten genau so erfasst wie bei den Mitarbeitern: als Pflegezeiten, als Fahrt- und Wegezeiten oder als Organisationszeiten.

Zeiten für Verwaltung sind verbunden mit Zeit und Tätigkeiten, die von dafür eingesetzten Verwaltungskräften im ambulanten Pflegedienst erbracht werden. Tätigkeiten und Zeiten (und damit verbundene Kosten) von externen Dienstleistern oder von der Lohnbuchhaltung oder Finanzbuchhaltung im Verband gehören definitorisch nicht zu den Verwaltungszeiten.

Leitungs- und Verwaltungszeiten gehören also nicht zu den Organisationszeiten. Sie müssen in einer Kalkulation nicht als Zeit berücksichtigt werden, sondern werden in Rahmen der Zuschlagskalkulation berücksichtigt, d. h. die Kosten für die Verwaltung und Leitung eines Pflegedienstes werden über einen Zuschlag zu den Stundensätzen addiert.

Im Rahmen der späteren Kalkulation werden die gesamten Aktivitäten und Tätigkeiten der Organisationszeiten als Summen verwendet.

A	**= Normale vereinbarte (Jahres-)Arbeitszeit**
	- Urlaub und Krankheit
B	**= Anwesenheits-Zeit**
	- Koordinations- und Organisations-Zeiten
C	**= Einsatz-Zeit**
	- Fahrtzeiten bzw. Wegezeiten
D	**= Reine Netto-Pflege-Zeit für die Kunden**

Der Anteil der Organisationszeiten an der gesamten zur Verfügung stehenden Arbeitszeit schwankt zwischen 5% und 20% (jeweils bezogen auf alle Mitarbeiter des Pflegedienstes). In der Vergangenheit ging der Gutachter von Werten um 8% aus.

[32] *wie z.B. das Anlegen von Expertenstandards, das Durchführen von Qualitätszirkeln und weitere Aspekte des Qualitätsmanagements*

Diese Werte haben sich in der Praxis als einigermaßen verlässlich ergeben, sichern jedoch nicht ab, dass alle gesetzlichen, qualitativen und administrativen Tätigkeiten tatsächlich damit abgedeckt sind. Sie haben sich als „Anpassung“ an die Vergütungen und durch eine insgesamt straffere Führung in den letzten Jahren ergeben. Weiterhin ist fraglich, ob mit 8% Organisationszeiten tatsächlich alle in letzten Jahren gestiegenen Qualitätsanforderungen und Maßnahmen der Qualitätssicherung erbracht und umgesetzt werden können (s.S. 21ff.)

Werte im unteren Bereich (unter 7%) berücksichtigen auf keinen Fall die wesentlichen und notwendigen Aktivitäten und Tätigkeiten, welche auf Seite 27 beschrieben werden. In einem solchen Fall ist zu vermuten, dass sowohl die Qualität der Leistungserbringung als auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter nicht gewährleistet werden können. Vermutlich werden sogar bestimmte vorgeschriebene und notwendige Aspekte unterlassen oder den Mitarbeitern werden bestimmte Tätigkeiten nicht als Arbeitszeit anerkannt.

Werte, die oberhalb von 12% liegen könnten auf mögliche Ineffizienzen hindeuten, dies wäre ggf. zu prüfen.

In jedem Falle sollte im Rahmen von Verhandlungen vor Abschluss jeglicher Vergütungsvereinbarung Einvernehmen erfolgen, welche der auf Seite 27 genannten oder darüber hinausgehenden Tätigkeiten bei den Organisationszeiten berücksichtigt werden sollen.

Definition der Fahrt- und Wegezeiten

Fahrt- und Wegezeiten beginnen jeweils beim Schließen der Haustür eines Kunden, und enden beim Öffnen der Haustür des nächsten Kunden. Sie beinhalten also sowohl die reinen Fahrtzeiten, wenn Fahrzeuge verwendet werden, als auch die Zeiten für den Weg zur Häuslichkeit der Kunden und zurück zu den Fahrzeugen. Zusätzlich addiert zur Summe werden die Fahrt- und Wegezeiten vom Pflegedienst zum ersten Kunden und die Fahrt- und Wegezeiten vom letzten Kunden zum Pflegedienst zurück, vorausgesetzt die Arbeitszeit der Mitarbeiter beginnt und endet im Pflegedienst. Beginnen Mitarbeiter die Arbeitszeit direkt beim ersten Kunden oder beenden ihren Dienst, ohne in den Pflegedienst zurückzufahren, werden diese Zeiten nicht als Arbeitszeit und auch nicht als Fahrt- und Wegezeiten erfasst[33].

Zusätzlich sollten aus innerbetrieblichen Gründen[34] die Fahrt- und Wegezeiten weiter unterteilt werden in:

- Wochentags, von 6:00 Uhr bis 18:00 Uhr

[33] *Hier gibt es noch exaktere arbeitsrechtliche Definitionen, was als Arbeitszeit der Mitarbeiter gerechnet werden muss. In diesen hier erwähnten Zusammenhängen werden jedoch nur die für Kalkulationen notwendigen Fahrt- und Wegezeiten betrachtet.*
[34] *z.B. im Rahmen des Controllings oder zur Verbesserung der Touren- und Personal-Einsatz-Planung*

- Wochentags, am Abend bzw. in der Nacht von 18:00 Uhr bis 6:00 Uhr
- Fahrt- und Wegezeiten am Wochenende

Diese Unterteilung in der Erfassung ist nur dann zwingend notwendig, wenn die Hausbesuchs- bzw. Wegepauschalen für die Fahrt- und Wegezeiten später ebenfalls differenziert vergütet werden sollen.

Folgen der „so genannten“ Erlös-orientierten Personal-Einsatz-Planung

Die Erlös-orientierte Personal-Einsatz-Planung ist eine Modifikation des so genannten „Target-Costing“ oder zu Deutsch, der Zielkostenrechnung.

Bei der Zielkostenrechnung ist der Preis vorgegeben, oder es lassen sich – aus welchen Gründen auch immer – keine höheren Preise erzielen. Somit bleibt den Unternehmen nur, die eigenen Kosten anzupassen, um auf das gewünschte Ergebnis zu kommen.

Bei ambulanten Pflegediensten erfährt dieses Prinzip der Anpassung der Kosten eine weitere Variante. Da die Kosten ebenfalls mehr oder weniger vorgegeben sind, besteht im Leistungskomplexsystem systemimmanent nur noch die Möglichkeit, die Zeiten für inhaltlich definierte Leistungen zu kürzen.

Diese Vorgehensweise ist zwar theoretisch zielführend, führt jedoch in der Umsetzung dazu, dass genau das Produkt, also die Dienstleistung ambulante Pflege selbst zum Korrektiv im Sinne der Kostenanpassung wird: Die Zeiten für die einzelnen Leistungskomplexe werden Schritt für Schritt reduziert.

Wie gezeigt wurde, sind die Organisationszeiten und die Fahrt- und Wegezeiten mehr oder weniger durch Vorgaben oder durch regionale Rahmenbedingungen fixiert. Das Einzige, was im jetzigen System der Finanzierung und im Vergütungssystem möglich war, ist eine Verkürzung der (Pflege-)Zeiten.

Ein Beispiel:
In den Anfangsjahren nach der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung gab es eine Faustformel, die besagte, dass die Punktzahl des Leistungskomplexes (bei einer „Großen Pflege“ waren das z.B.400 Punkte) dividiert durch 10 den „Anhaltswert“, der als Zeit in Minuten bei der Personal-Einsatz-Planung (in der Software) hinterlegt wird, darstellt, also 40 Minuten.
Diese Zeit stand den Kunden bei der Erbringung der Leistungen vor Ort im Durchschnitt im vollen Umfang zur Verfügung. Im Jahr 2013 werden bei gleicher Punktzahl des Leistungskomplexes im Mittel Zeitwerte von 22, 23 oder 24 Minuten hinterlegt.

Das entspricht einer Reduktion der Zeitwerte von über 40%.

Bei einigen Pflegediensten wurde die Methode der Erlös-orientierten Personal-Einsatz-Planung bewusst angewendet und propagiert, andere wiederum (welche eventuell gar nicht über die EDV-technischen Möglichkeiten oder über das Bewusstsein verfügten) passten ihre Zeiten im Rahmen des Leistungskomplexsystems Schritt für Schritt intuitiv an die Vergütungen an, die nicht in dem Maße wie die Kosten gestiegen sind bzw. nicht dementsprechend angepasst wurden (s. Kapitel „Steigerung der Kosten, Stagnation der Vergütungen“, Seite 10ff.)

Unter Berücksichtigung, dass sich auch die anderen beschriebenen Rahmenbedingungen verändert haben (Erhöhen der Qualitätsanforderungen, der Administration und der Bürokratie), kam es zu dieser 18 Jahre fortwährenden Entwicklung der Kürzung von Pflegezeiten. Diese Entwicklung hat zu dem berechtigten Gefühl der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, der Pflegedienste und deren Mitarbeitern geführt, dass keine Zeit mehr zur Verfügung stehe. Der Gesetzgeber hat darauf mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz reagiert, indem er nochmals in § 89 SGB XI explizit die Vereinbarung von Vergütungen nach dem Zeitaufwand vorgegeben hat. Nicht bedacht hat der Gesetzgeber die Wechselwirkungen der Vergütung nach Zeitaufwand und des Leistungskomplexsystems, die sich aus dem in § 120 SGB XI postuliertem verpflichtenden Vergleich der Vergütungen gegenüber dem Pflegebedürftigen ergeben.

Aus den genannten Gründen und aufgrund der aufgezeigten Entwicklungen erscheint es fragwürdig, zukünftig Stundensätze auf der Basis eines Leistungskomplexsystems zu kalkulieren, welches viele gesetzliche Vorgaben und Änderungen nicht einbezogen hat.

Ebenso wenig ist es überzeugend, eine Umrechnung der jetzigen Punktwerte in eine Zeitvergütung im Sinne einer Punkt-Zeit-Relation zu verwenden auf der Basis der über die Jahre reduzierten Zeitwerte im Leistungskomplexsystem[35].

Eine solche Vorgehensweise berücksichtigt weder die in der Vergütung zwingend nachzuholenden bzw. einzupreisenden Maßnahmen der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements und den insgesamt gestiegenen administrativen

[35] *siehe hierzu S.104 ff.*

Aufwand. Unberücksichtigt bliebe auch, dass eine Wahlmöglichkeit der Kunden zwischen den beiden Vergütungssystemen, wie sie in § 120 SGB XI verankert ist, bei der Erbringung gleicher Leistungen zu Einnahmeverlusten von bis zu 20% führen kann[36].

Weitere gravierende Beeinträchtigungen in der Pflege werden sich ergeben, wenn nicht im Vorfeld der Verhandlungen von Vergütungsvereinbarungen entsprechende Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für die Vereinbarung von Vergütungen nach Zeitaufwand auch mit Blick auf die Wechselwirkungen mit dem „zeitunabhängigen“ System der Vergütung nach Leistungskomplexen festgelegt werden (s. hierzu S. 106ff.).

[36] *Diese Zusammenhänge werden im Hauptteil des Gutachtens umfassend diskutiert, siehe Kapitel Wechselwirkungen zweier verschiedener Abrechnungssysteme bei einer Wahlmöglichkeit der Kunden„“, Seiten 33 bis 69.*

3 Wechselwirkungen zweier verschiedener Abrechnungssysteme bei einer Wahlmöglichkeit der Kunden

Die Anwendung eines Kalkulationsrasters zur Bestimmung der eigenen Kosten pro Stunde führt zu der falschen Annahme, dass ein Stundensatz für die neue Zeitleistung ohne Berücksichtigung der Auswirkungen auf das andere bisherige Preissystem tatsächlich errechnet werden kann. Das ist falsch.

Je differenzierter und umfassender das Berechnungsschema, desto mehr erweckt es den Eindruck, korrekt zu rechnen und einen echten Stundensatz als Ergebnis zu liefern.

Jedoch wurde in allen bisher geführten Verhandlungen, Vergütungsvereinbarungen und Schiedsstellensprüchen nicht berücksichtigt, dass es Wechselwirkungen gibt zwischen den Systemen einer
a) Abrechnung nach Leistungskomplexen und
b) einer Abrechnung nach tatsächlichem Zeitaufwand,
insbesondere dann, wenn die Kunden die Wahl zwischen diesen beiden Systemen haben.

Es ist zwar möglich, die tatsächlichen Kosten pro Stunde (und damit die Preise rechnerisch) zu bestimmen oder zu verhandeln. Jedoch wird jeder Preis des einen Vergütungs- bzw. Abrechnungssystems das jeweils andere Vergütungs- und Abrechnungssystem beeinflussen, weil die Kunden abwägen und sich ihren eigenen jeweiligen Vorteil zu Lasten der anderen alternativen Vergütungsform wählen werden.

Das bisherige Leitungskomplexsystem „lebte“ davon, dass Kunden, die bei Inanspruchnahme der Leistungskomplexe mehr Zeit benötigen als der zeitliche „Durchschnittswert“, von den anderen Kunden mitgetragen werden, bei denen der Zeitaufwand für die Leistungserbringung unterhalb dieses Wertes liegt.

Bei einer Wahlmöglichkeit werden sich vermehrt die Kunden mit einem tatsächlichen Zeitaufwand unterhalb des Durchschnittswertes im Leistungskomplexsystem für die Abrechnung nach dem tatsächlichen Zeitaufwand in Minuten entscheiden. Auch werden Kunden, deren tatsächlicher Zeitaufwand oberhalb des Durchschnittswertes im Leistungskomplexsystem liegt, sich immer für die für sie kostengünstigere Variante der Leistungskomplexe entscheiden. Durch diese Mitnahmeeffekte steigen in der Folge die zeitlichen Durchschnittwerte in dem bisherigen System und damit die Kosten für die jeweiligen Leistungskomplexe.

Diese Wechselwirkungen bei einer Wahlmöglichkeit zwischen den Abrechnungssystemen werden bei der Kalkulation eines Stundensatzes bisher nicht berücksichtigt.

Im Folgenden wird versucht, die Wechselwirkungen ansatzweise in einer Kalkulation zu berücksichtigen. Es wird ein Modell vorgestellt, mit welchem die Wechselwirkungen ansatzweise rechnerisch dargestellt und damit kalkulativ berücksichtigt werden können.

Dem vorangestellt wird eine Beschreibung und der beiden grundsätzlich verschiedenen Vergütungssysteme.

Doch zunächst werden die wichtigen gesetzlichen Grundlagen aufgezeigt.

3.1 Gesetzliche Aspekte für die Fragestellung

Bei der Fragestellung des Gutachtens werden die jeweils relevanten Aspekte der folgenden Gesetze angeführt und betriebswirtschaftlich bewertet:

- das Sozialgesetzbuch [SGB] Elftes Buch [XI] Soziale Pflegeversicherung mit den Ausführungen zur Ermittlung von Pflegesätzen, hier insbesondere die Änderungen durch das
- das Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung [Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz - PNG],
- die Pflegebuchführungsverordnung [PBV].

Die gesetzlichen bzw. rechtlichen Grundlagen finden sich in Ausschnitten als Dokumentation in den Anlagen, ab Seite III ff.

3.1.1 Mögliche Vergütungssysteme im SGB XI

Die Pflegeversicherung sieht grundsätzlich vier verschiedene mögliche Vergütungssysteme[37] vor:

1) Vergütung nach Zeitaufwand,
2) Vergütung unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes und,
3) Vergütung nach Komplexleistungen.
4) In Ausnahmefällen kann eine Bemessung der Vergütungen auch nach Einzelleistungen je nach Art und Umfang der Pflegeleistung erfolgen.

Mit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung ist in der ambulanten Pflege die von den Pflegekassen zunächst als Übergangslösung kommunizierte Vergütung nach Leistungskomplexen - nach Darstellung von Tews[38] auch das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales favorisierte Vergütungssystem - deutschlandweit nahezu flächendeckend eingeführt worden. Entsprechend

[37] *siehe hierzu §89 SGB XI, in den Anlagen, Seite V.*
[38] *siehe: Tews, B.: Leistungskomplexe und Vergütung. Häusliche Pflege 4/1996, S. 256-257.*

rechnen die meisten Pflegedienste in Deutschland nach Leistungskomplexen ab. Erfahrungen mit einer Zeitvergütung in der Pflege gibt es kaum.
Lediglich hauswirtschaftliche Leistungen werden in einigen Bundesländern als „Quasi"-Zeitleistungen angeboten, meist im ¼ Stunden- oder ½ Stunden-Takt oder in Einheiten von 10 Minuten bis zu einer Stunde.

Einzig im Bundesland Hessen gab es im Laufe der Jahre seit Einführung der Pflegeversicherung hinsichtlich der Vergütungssystematik verschiedene Phasen. Eine Übersicht zu unterschiedlichen Vergütungssystematiken in der ambulanten Pflege in Hessen bietet eine wissenschaftliche Untersuchung aus dem Jahr 2000[39]. Hier wird von Erfahrungen mit den einzelnen Vergütungssystematiken berichtet:
Bis Ende 1995 wurde allein auf Grundlage der tatsächlich benötigten Zeit abgerechnet[40]. Allerdings durfte in Hessen in einem Fünf-Minuten-Takt aufgerundet werden. Parallel hierzu wurde ab 1996 eine Abrechnung nach Leistungskomplexen ermöglicht. Später wurde dieses System modifiziert, indem einzelne Tätigkeiten aus den Leistungskomplexen abgewählt werden konnten. Dieses Spezifikum brachte dem Vergütungssystem den Namen *Abwahlsystem* ein. Dieses System war in dieser Form im Pflegeversicherungsgesetz nicht vorgesehen. Eine Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Vergütungssystemen gab es jedoch auch damals in Hessen nicht und gibt es bisher in keinem anderen Bundesland für Leistungen nach dem SGB XI, weshalb auch keine Erfahrungen im Umgang mit Wahlmöglichkeiten zwischen einzelnen Vergütungssystemen vorliegen.

Die Vor- und Nachteile der Erfahrungen mit den Vergütungssystemen nach Zeit und nach Leistungskomplexen, welche sich im Rahmen dieser Untersuchung darstellten, werden in diesem Gutachten auszugsweise im Kapitel „Vor- und Nachteile der beiden zur Diskussion stehenden Abrechnungssysteme" dargelegt (S. 43ff.), und durch eigene Erfahrungen des Gutachters ergänzt.

[39] *siehe: Herdt, J.; Rudolph, / B.; Stegmüller. K.; Gerlinger, T.: Wissenschaftliche Untersuchung unterschiedlicher Vergütungssystematiken in der ambulanten Pflege. FEH-Report Nr. 608, Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen (FEH), Wiesbaden, 2000.*
[40] *siehe: Herdt, J.; Rudolph, / B.; Stegmüller. K.; Gerlinger, T.: a.a.O., S. 14.*

3.1.2 Neue Anforderungen durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz

Zuletzt wurde die Soziale Pflegeversicherung 2012 durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz [PNG] geändert. Die für die Fragestellung des Gutachtens relevanten Veränderungen werden kurz dargestellt. Erste Anmerkungen zur möglichen Umsetzung dieser Anforderungen verweisen auf ausführlichere Beschreibungen im Hauptteil des Gutachtens.

Individuelle Wahlfreiheit zwischen zwei Vergütungssystemen

Die individuelle Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen soll gestärkt werden und dazu beitragen, die Pflege besser an den individuellen Bedürfnissen auszurichten. Deshalb sollen Pflegebedürftige ab dem 01.01.2013 zwischen einer Abrechnung nach Leistungskomplexen oder einer Zeitvergütung entscheiden können. Die Pflegebedürftigen haben darüber hinaus das Recht, zwischen der Vergütung nach Zeit oder nach Leistungskomplexen zu wechseln.

Pflicht zur Angebotserstellung für beide Vergütungssysteme

Die Alternativen in der Vergütungssystematik müssen von den Pflegediensten bereits im Erstgespräch und in den Folgegesprächen gegenüber dem Pflegebedürftigen in einem Kostenvoranschlag vergleichend dargestellt werden. Die Erläuterungen und Diskussionen in den Erst- und Folgegesprächen hierzu werden sehr aufwendig sein und erfordern eine genaue Kenntnis der Rechtslage. Die Schwierigkeiten in der Angebotserstellung und später bei der Abrechnung werden im Gutachten ab der Seite 106 beschrieben.

Minutengenaue und exakte Erfassung bei einer Zeitvergütung

In der Gesetzesbegründung zu § 89 PNG stellt der Gesetzgeber bei der Vergütung nach Zeit auf eine von dem tatsächlichen Zeitaufwand eines Pflegeeinsatzes abhängige Vergütungsregelung ab, und weist damit auf eine minutengenaue Abrechnung hin. Formen der Pauschalierung wie eine Bemessung der Vergütungen in Zeittakten, zum Beispiel als anteilige Stundenvergütung für jede angefangene Viertelstunde, seien unzulässig, so der Gesetzgeber.

Entsprechend wären die Leistungen bei einer Vergütung nach Zeitvergütung minutengenau zu erfassen. Das ist ohne größeren Aufwand nur mit mobiler Erfassung des Beginns und des Ende der Leistungserbringung möglich. Nach den Erfahrungen des Gutachters arbeiten derzeit aber nur maximal 10% der Pflegedienste mit einer mobilen Datenerfassung. Alternativ könnte die Dauer der Leistungserbringung als Grundlage der Abrechnung dienen.

Noch komplizierter wird eine exakte Zeiterfassung, wenn
a) Leistungen aus verschiedenen Leistungsbereichen innerhalb eines Hausbesuches erbracht werden. Hier wäre eine zeitliche Abgrenzung der Leistungsbereiche vorzunehmen.
b) bei diesen gemeinsamen Hausbesuchen sowohl Zeitleistungen als auch Komplex- oder Einzelleistungen vom Pflegbedürftigen gewählt werden.

Die Wiedereinführung eines (prospektiven) „Selbstkostendeckungsprinzips“

Mit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurde das bis dahin retrospektive *Selbstkostendeckungsprinzip*[41] zugunsten einer prospektiven *leistungsgerechten Vergütung* aufgegeben; die Vergütung müsse einem Pflegedienst **bei wirtschaftlicher Betriebsführung** ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz konkretisierte der Gesetzgeber die Regelung wie folgt: *„Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, **seine Aufwendungen zu finanzieren** und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen;“*[42],
De facto bedeutet der neue Anspruch, dass Pflegedienste damit – bei wirtschaftlicher Betriebsführung – das Recht haben, ihre für die Zukunft aufgezeigten Kosten in einer leistungsgerechten Vergütung wiederzufinden.

Das heißt, konkrete regionale oder individuelle Gegebenheiten der Pflegedienste müssen bei der Vergütungsfindung berücksichtigt und akzeptiert werden. Das bedeutet z.B. die notwendige Akzeptanz von
- eventuell hohen Personalkosten, wenn sie durch Tarifverträge und langjährige Betriebszugehörigkeit und/oder Alter der Mitarbeiterinnen begründet sind,
- regionalen Besonderheiten bzgl. der Kosten, z.B. hohe Kosten der Personalbeschaffung in Gebieten mit extremem Mangel an Pflegepersonal.

Diese Aspekte beinträchtigen nicht die Wirtschaftlichkeit sondern die Rentabilität eines Pflegedienstes.

[41] *Teilweise handelt es sich sogar um ein Selbstkosten**erstattung**sprinzip, bei dem alle tatsächlich angefallenen Kosten – unabhängig von einer wirtschaftlichen Leistungserbringung – im Nachhinein erstattet wurden. Im Prinzip war somit auch eine Defizitabdeckung gewährleistet. Dies forderte die Pflegedienste nicht zu wirtschaftlichem Handeln heraus.*
[42] *siehe § 89 der Pflegeversicherung, Anlagen, S. V*

3.1.3 Die Pflegebuchführungsverordnung in der Kritik

Mit Einführung der Pflegeversicherung durch das Elfte Buch Sozialgesetzbuch SGB XI wurde die Rechtsgrundlage für die Pflegebuchführungsverordnung [PBV] geschaffen. Diese wird im Zusammenhang mit den Fragestellungen kritisch betrachtet werden.

Die Pflegebuchführungsverordnung [PBV] definiert Regeln für die Finanzbuchführung, die Bilanzierung und für die Betriebsabrechnung für Pflegeeinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag mit den Leistungsträgern im Sinne des SGB XI abgeschlossen haben.

Ziele der Verordnung waren und sind es immer noch,
■ den Betreiber einer Pflegeeinrichtung zur Wirtschaftlichkeitskontrolle anzuhalten und
■ eine bundesweit einheitliche Grundlage zur Kalkulation angemessener Vergütungen für Leistungen zu schaffen.

Die Pflegeeinrichtungen sollten damit in die Lage versetzt werden, leistungsgerechte Preise für ihre differenzierten Leistungen zu kalkulieren und entsprechende Vereinbarungen mit den Leistungsträgern zu schließen.

Ein weiteres Ziel war es, Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI zu ermöglichen. Mithin besteht also eine gesetzliche Verpflichtung zum Führen einer Kosten- und Leistungsrechnung, um eine betriebswirtschaftliche Steuerung sowie eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit zu erlauben.

Durch das Pflege- Weiterentwicklungsgesetz wurde die PBV mit dem 4. Juli 2008 theoretisch abgeschafft. Die Vertragsparteien wurden im Gesetz aufgefordert, verbindliche und einheitliche Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung auf Bundesebene zu vereinbaren. Die Umsetzung ist bisher nicht erfolgt.

Nach den Erfahrungen des Gutachters wendet die Mehrheit der Pflegedienste die PBV ohnehin nicht in der ursprünglich vorgesehenen Form an. Das liegt überwiegend an den erheblichen und eindeutigen Defiziten in der Konstruktion der PBV: Die Ausführungen der PBV sind zu theoretisch, zu abstrakt und zu stark an stationären Gegebenheiten orientiert.

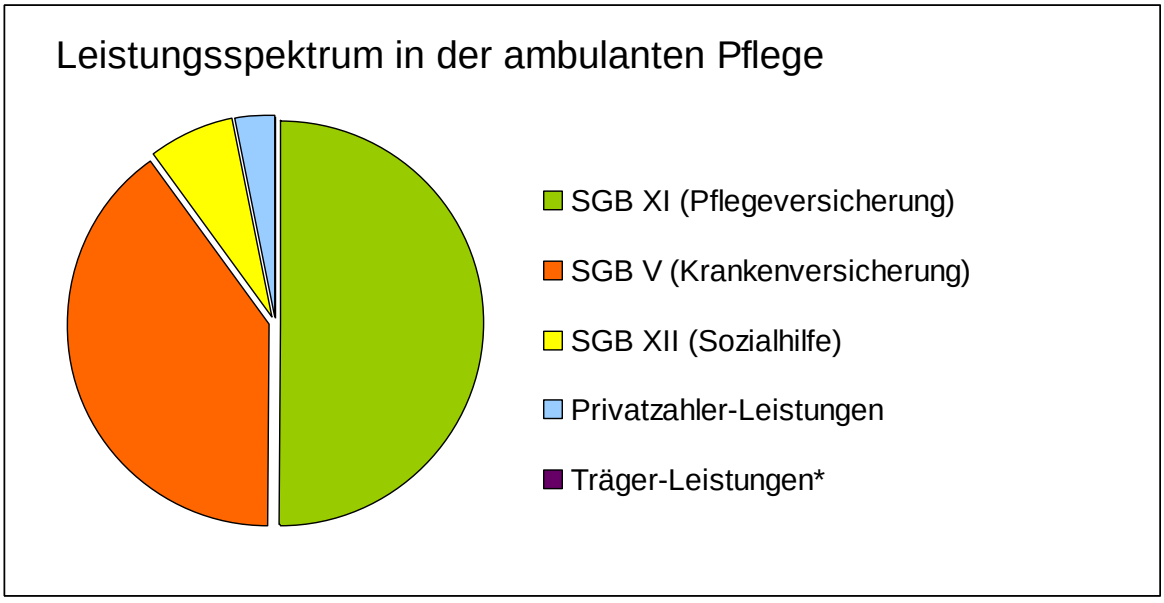
Damit ist eine Mehrheit der Pflegedienste nicht ausreichend in der Lage,
a) Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen mit Hilfe der PBV im SGB XI durchzuführen und
b) entsprechende Verhandlungen und Kalkulationen auf Basis der PBV zu führen.

Die „selbständig wirtschaftende Einrichtung“ gem. § 71 des SGB XI

Die Pflegebuchführungsverordnung verlangt eine Abgrenzung der „selbständig wirtschaftenden Einrichtung“ gem. § 71 SGB XI. Der Gesetzgeber sah hier vor, die Leistungen, Kosten und Erträge außerhalb des SGB XI abzugrenzen. Bei der „selbständig wirtschaftenden Einrichtung“ handelt es sich also nicht um den gesamten ambulanten Pflegedienst, sondern lediglich um den fiktiven und abstrakten Teil, der durch das Leistungsspektrum des SGB XI definiert ist.

Dabei wird davon ausgegangen, dass andere Leistungen tendenziell eher die Ausnahme seien. Tatsächlich weist jedoch ein ambulanter Pflegedienst in der Regel folgendes übliches Leistungsspektrum auf:

Abbildung 9: Leistungsspektrum eines ambulanten Pflegedienstes



* Trägerleistungen sind solche, welche für Pflegekunden nicht in Rechnung gestellt werden. Diese werden gelegentlich und insbesondere bei kirchlichen Einrichtungen angeboten und von deren Trägern finanziert. Dies erfolgt durch Zuschüsse des Trägers oder durch dafür vorgesehene Zuwendungen. Der Umfang dieser Leistungen bemisst sich anhand einer Umrechnung des internen Kostensatzes. Insofern ist die Leistungserbringung kostenneutral. Mit diesen Leistungen soll dem Grundsatz der Trägeridentität in besonderem Maß Rechnung getragen werden.
Dieser Leistungsbereich der Trägerleistungen soll der Vollständigkeit wegen erwähnt werden, weil er in der Literatur öfters erwähnt wird, er wird jedoch bei nachfolgenden Betrachtungen nicht mit in die Überlegungen einbezogen.

Mit Blick auf das Leistungsspektrum eines ambulanten Pflegedienstes ist von Synergieeffekten zwischen den verschiedenen Leistungsarten auszugehen. Alleine die Größe eines Pflegedienstes mit einer entsprechenden Leistungsvielfalt sorgt dafür, dass Fixkosten (wie die einer Pflegedienstleitung oder die Miete) sich auf mehrere Leistungsbereiche verteilen.

Alleine in Berlin gibt es als einzigem Bundesland einen erheblichen Anteil an Pflegediensten, welche tatsächlich nur Leistungen im Rahmen des SGB XI

erbringen. Der Anteil beträgt nach Schätzungen ca. 30%. Der Grund für die Konzentration dieser Pflegedienste auf reine SGB XI-Leistungen sind die hohen Zulassungsvoraussetzungen der Krankenkassen für die Erbringung von Leistungen nach dem SGB V.

Wenn Pflegedienste ausschließlich oder überwiegend SGB XI-Leistungen erbringen, haben sie keine Synergieeffekte mit anderen Leistungsbereichen. Folglich können die anteiligen Fixkosten sogar höher sein als bei Pflegediensten mit einem gemischten Leistungsspektrum. Ein sehr gutes Beispiel sind die so genannten „gemischten Hausbesuche“, bei denen sowohl Leistungen des SGB XI und des SGB V während *eines* Einsatzes erbracht werden. Die „gemischten Hausbesuche“ differieren in Abhängigkeit der Vergütungsvereinbarungen für Leistungen nach dem SGB XI und nach dem SGB V in den einzelnen Bundesländern sowie nach der Organisation des Pflegedienstes bei der Leistungserbringung.

Einrichten von Kostenstellen innerhalb der „selbständig wirtschaftenden Einrichtung“ gem. § 71 SGB XI

Die PBV fordert in der Anlage 5 eine Kosten- und Leistungsrechnung[43] mit den Kostenstellen

- Pflegestufe I
- Pflegestufe II
- Pflegestufe III
- Pflegestufe III – Härtefälle

Dieser Vorschlag orientiert sich an Gegebenheiten in der stationären Pflege, spiegelt jedoch nicht das Informationsbedürfnis für die Träger ambulanter Pflegedienste wider. Der Grundgedanke der „selbständig wirtschaftenden Einrichtung“ geht wiederum von einem Pflegedienst aus, der reine SGB XI-Leistungen erbringt[44].

Für ambulante Pflegedienste ist es jedoch folgerichtiger, die Kostenstellen nicht, wie in der PBV vorgeschlagen, einzurichten, sondern angeregt durch die Grundidee der Abgrenzung, die Kosten und Erlöse des SGB XI von denen des SGB V, des SGB XII und von denen der Privatzahler gesondert auszuweisen. Diese Erkenntnis beruht jedoch auf Freiwilligkeit. Ergebnis dieser Überlegungen ist eine Aufteilung in vier Leistungsbereiche oder Kostenstellen, wie sie ab Seite 13ff. beschrieben werden.

[43] *siehe Anlagen, Seite VIII.*
[44] *Dass sich die Realität anders darstellt, zeigt die Abbildung 2: Gemischtes Leistungsangebot – Auswertung der Pflegestatistik auf Seite 5, wo deutlich aufgezeigt wird, dass 99% der Pflegedienste so genannte gemischte Einrichtungen sind.*

Differenzierung der Personalkosten

Die PBV verlangt eine Aufteilung der Personalaufwendungen in
- Leitung der Pflegeeinrichtung,
- Pflegedienst und
- Hauswirtschaftlicher Dienst.

Problematisch ist zum einen die Zuordnung des Personals nach Leistungsangeboten wie Pflege, Betreuung oder Hauswirtschaft. Es gibt in einem Pflegedienst kein „reines“ Personal, welches nur für Pflege, für die Hauswirtschaft oder alleine für die Betreuung tätig ist, die Betätigungsfelder werden sich vielmehr regelmäßig überschneiden; sowohl aus organisatorischen Gründen, als auch weil dies den Wünschen der Pflegebedürftigen entspricht.

Auch ist die fehlende Differenzierung der Personalkosten des o. g. „Pflegedienstes“ in mehrere Qualifikationen zu kritisieren. Die Personalkosten verursachen 60% bis 70% der Gesamtkosten[45]. Hier wäre es im Sinne des gewünschten Nachweises einer wirtschaftlichen Leistungserbringung und für ggf. externe Betriebsvergleiche wünschenswert, die Realität in den Pflegediensten differenzierter abzubilden. Die Uneinheitlichkeit in der Erfassung der Personalkosten führt dazu, dass Kalkulationen nach einheitlichen Grundsätzen[46] zunächst einmal unmöglich sind ohne die ergänzende Vereinbarung von einheitlichen Kalkulationsrastern.

Es wird deutlich, dass der Gesetzgeber seinerzeit von ambulanten Pflegediensten ausging, welche überwiegend Leistungen nach dem SGB XI erbringen.
Das entspricht jedoch nicht der Realität, diese ist bedeutend komplexer. Die Vorgaben der PBV leiten also fehl.

[45] *Werden die Personalkosten der Leitung noch mit hinzu gerechnet, liegt der Anteil sogar bei 70% bis 80% der Personalkosten.*
[46] *siehe § 89 Abs. 1 Satz 1 SGB XI*

Die PBV im Kontext der Wirtschaftlichkeitsprüfungen gem. § 75 SGB XI

Die im Pflegeversicherungsgesetz und der Pflegebuchführungsverordnung vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen gem. § 75 SGB XI sind in ambulanten Pflegediensten bisher nicht zum Tragen gekommen.

Es ist in der Praxis nicht möglich, solch eine theoretisch vorgesehene Wirtschaftlichkeitsprüfung für einen SGB XI-Pflegedienst durchzuführen, denn dieser Leistungsbereich ist unweigerlich mit den anderen Leistungsangeboten SGB V, SGB XII und denen für Privatzahler verbunden. Für diese Bereiche gäbe es keine Berechtigung, Einblick in die Prozesse und Strukturen des gesamten Pflegedienstes zu bekommen.

Eine richtige Wirtschaftlichkeitsprüfung erfordert die Betrachtung der Strukturen und der Prozesse im Kontext der gesamten Leistungserbringung eines Pflegedienstes. Die reine Betrachtung schriftlicher Unterlagen oder von Ergebnissen eines Pflegedienstes erlaubt es nicht, die geforderte wirtschaftliche Betriebsführung im SGB XI-Pflegedienst zu bewerten. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung müsste vor Ort in dem betreffenden Pflegedienst stattfinden und die Prüfer müssten Zugang zu allen Sachverhalten bekommen.

Der Gesetzgeber fordert also einerseits eine wirtschaftliche Betriebsführung (z.B. in § 89 SGB XI) wenn es um das Ermitteln der Vergütungen geht. Andererseits ist es nicht möglich, die wirtschaftliche Leistungserbringung entsprechend zu prüfen, da ein Prüfauftrag nur den Bereich des SGB XI umfassen kann.

Zusammenfassung zur Relevanz der PBV

Nach Würdigung der vorgestellten Sachverhalte lässt sich feststellen, dass die Pflegebuchführungsverordnung in der letztlich noch immer gültigen Version nicht geeignet ist, die Fragestellung des Gutachtens mit ihren Vorschlägen und Vorgaben zu unterstützen. Sie ist für ambulante Pflegedienste praxisfern.

Deshalb haben sich in der Praxis alternative Verfahren entwickelt, um in Anlehnung an die ursprüngliche Intention der PBV zum Beispiel Kalkulationen abzuleiten oder um die Kostenstellen innerhalb eines Pflegedienstes voneinander abgrenzen zu können.

3.2 Vor- und Nachteile der beiden zur Diskussion stehenden Abrechnungssysteme

Mit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung konnten die Vor- und Nachteile des Leistungskomplexsystems über einen Zeitraum von 18 Jahren beobachtet werden. Da in fast allen Bundesländern die Pflege überwiegend mit Leistungskomplexen abgerechnet wird, basiert die Beschreibung der Vor- und Nachteile der Zeitvergütung überwiegend auf
a) eigenen Einschätzungen und Erfahrungen bzw.
b) auf den Erfahrungen aus dem einzigen Bundesland (Hessen), in dem für mehrere Jahre ein Teil der Pflegedienste ihre Leistungen nach Zeit angeboten und abgerechnet haben.

Hinzuweisen ist darauf, dass es in Hessen keine Wahl zwischen den unterschiedlichen Vergütungssystemen durch den Kunden innerhalb eines Pflegedienstes gab, sondern der Pflegedienst sich für ein Vergütungssystem entschieden hat, nachdem abgerechnet wird. Diese Pflegedienste konnten in dem System Erfahrungen mit der Zeitvergütung sammeln. Eine wissenschaftliche Untersuchung aus dem Jahre 2000 hat diese Erfahrungen bei unterschiedlichen Vergütungssystemen erfasst[47]. Hierauf wird bei der Darstellung der Vor- und Nachteile Bezug genommen, ergänzt durch die eigenen Erfahrungen des Gutachters aus der Beratung von über 600 ambulanten Pflegediensten.

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich jeweils auf den Bereich der Pflege.

Bei einer Leistungserbringung mit Leistungskomplexen geht es um den Inhalt der Leistungen, bei einer Zeitvergütung primär um die Zeit.

[47] *siehe: Herdt. et al. a.a.O., S. 71ff.*

Tabelle 1: Vor- und Nachteile einer Abrechnung nach tatsächlichem Zeitaufwand vs. einer Abrechnung nach Leistungskomplexen in Stichworten

Vorteile einer Leistungserbringung und Abrechnung nach Leistungskomplexen	**Vorteile** einer Leistungserbringung und Abrechnung nach Zeitaufwand
• zielgerichtetes Arbeiten ist möglich, da die Inhalte der Leistungen festgelegt sind • theoretisch ist der Inhalt der Leistung garantiert, unabhängig vom tatsächlichen Zeitaufwand • wirtschaftlich attraktiver, wenn die Zeiten sehr kurz gewählt werden Die weiteren zwei Punkte sind theoretisch zwar Vorteile, haben sich in der Praxis jedoch in die andere Richtung entwickelt: • Ausrichtung der Tätigkeiten an den Notwendigkeiten der Pflegebedürftigen[48] • Mitarbeiter sind unabhängiger in der Zeiteinteilung[49]	• Verlässlichkeit und Planbarkeit für den Kunden, wenn ein festes Zeitfenster vereinbart wurde (welches nicht zu knapp bemessen sein darf) • Leistungen können ohne Zeitdruck erbracht werden • Entschleunigung der Pflege, Möglichkeit der Anpassung an den tatsächlichen individuellen Bedarf ohne Rücksicht auf festgeschriebene Inhalte der Leistungskomplexe. • Mehr Zeit für Zuwendung und Kommunikation (vor, während und nach der Pflege) • einfachere Touren- und Personal-Einsatz-Planung (wenn es nicht zu Abweichungen kommt)
Nachteile einer Leistungserbringung und Abrechnung nach Leistungskomplexen	**Nachteile** einer Leistungserbringung und Abrechnung nach Zeitaufwand
• Die Pflege erhält den Charakter einer „Abfertigung“, es entsteht ein Spannungsfeld zwischen den Wünschen des Pflegebedürftigen und den Möglichkeiten des Leistungskomplexsystems. • Zeitdruck entsteht v.a. dann, wenn die durchschnittliche und/oder geplante Zeit überschritten wird. • Es entwickelten sich in vielen Pflegediensten Tendenzen, dass die Mitarbeiter von den Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen zeitlich miteinander verglichen werden, und zu einer umfangreicheren Leistungserbringung gedrängt werden. • Inhaltlich ist das System der Leistungskomplexe, selbst nach 18 Jahren, immer noch schwer zu vermitteln und damit auch beratungsintensiv. • Menschlichkeit, Zuwendung und Kommunikation kommen gegebenenfalls zu kurz	• wenn der Stundensatz nicht mindestens kostendeckend verhandelt bzw. vereinbart wurde, hat der Pflegedienst ein grundsätzliches strukturelles Problem, was zu großen wirtschaftlichen Schwierigkeiten führen kann, bis hin zur Insolvenz. • Es entwickeln sich gegebenenfalls Tendenzen, dass die Mitarbeiter von den Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen zeitlich miteinander verglichen werden, und zu einer schnelleren Leistungserbringung gedrängt werden[50]

Die Darstellung erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

[48] *Die Tätigkeiten orientieren sich vielmehr an den Inhalten der Leistungskomplexe, welche den Wünschen der Pflegebedürftigen am nächsten kommen. Außerdem wird versucht, die notwendige Zeit durch eine Kombination von Leistungskomplexen zu erreichen.*

[49] *Die Mitarbeiter eines Pflegedienstes sind meist gebunden an die mehr oder weniger rigiden zeitlichen Vorgaben im Rahmen der Touren- und Personal-Einsatz-Planung. Die theoretisch rein inhaltliche Orientierung konnte sich tatsächlich nicht in die Praxis umsetzen lassen. Der Zeit- und Kostendruck wurde im Laufe der Jahre zu groß.*

[50] *Erste Entwicklungen in diese Richtung lassen sich in Bremen bereits beobachten – dem Bundesland, in dem die erste Vergütungsvereinbarung nach Zeit parallel zum Leistungskomplexsystem beschlossen wurde, s. Zitat einer Pflegedienstleitung, Seite 108.*

In der oben benannten Studie aus dem Jahr 2000 zu den Vergütungssystemen in Hessen gab es überwiegend große Zustimmung zu dem System der Zeitvergütung. Kritisiert wurde das Zeitvergütungssystem nicht inhaltlich, sondern vor allem wegen der Höhe der Vergütung je Stunde, welche nicht auskömmlich war. Auch wurde schon 2000 die Problematik des Zeitdrucks im Leistungskomplexsystem aufgezeigt.

Trotz der aufgezeigten negativen Entwicklungen bei den Leistungskomplexen (mit immer kürzeren hinterlegten Zeitwerten) weist A. Heiber in der Fachzeitschrift Häusliche Pflege mit dem Titel „Minutenpflege verhindern“[51] auf die Vorteile dieser inhaltlich orientierten Leistungserbringung hin. Er fordert die Pflegedienste auf, die Vorzüge einer Abrechnung mit Leistungskomplexen den Kunden zu verdeutlichen. Leistungskomplexe beinhalteten aus seiner Sicht die Garantie, dass die Leistungen auch tatsächlich erbracht würden. Mitarbeiter und Leitungskräfte fordert er auf, in diese Richtung gegenüber den Pflegekunden zu argumentieren[52].

Heiber verweist bei der Darstellung der Zeitvergütung auf die Chancen für die Pflegebedürftigen. Diese führe zu einer „Flexibilisierung des Angebotes“. Benötigen z.B. die Kunden nur wenige oder wenig zeitintensive (Teil-)Leistungen, so könnten sie diese wenigen Minuten einkaufen anstatt einen großen Leistungskomplex bezahlen zu müssen.
Diese Mitnahmeeffekte auf Kundenseite haben jedoch schwerwiegende betriebswirtschaftliche Auswirkungen auf die Kosten für den Pflegedienst.
Diese Auswirkungen der Mitnahmeeffekte werden
im Hauptkapitel 3.3.3 ab Seite 48ff. diskutiert und beispielhaft berechnet.

Ein anderer Aspekt – ergänzend zu den Vor- und Nachteilen einer Leistungserbringung und Abrechnung nach Leistungskomplexen und nach tatsächlichem Zeitaufwand – ist die Frage, welche Vor- und Nachteile die Wahlmöglichkeit zwischen den Vergütungssystemen für den Kunden mit sich bringt?

[51] *Siehe: Heiber, Andreas: Minutenpflege verhindern. In: Häusliche Pflege /03.2013), S. 58-60.*
[52] *Die später in diesem Gutachten erwähnten (und nur schwer zu lösenden) Fragestellungen führt er zwar teilweise an, findet jedoch keine Lösung. Die mathematischen und betriebswirtschaftlichen Wechselwirkungen bleiben unberücksichtigt.*

Tabelle 2: Vor- und Nachteile der Wahlmöglichkeit für die Kunden

Vorteile der Wahlmöglichkeit	Nachteile der Wahlmöglichkeit
• Für primär kosten-orientierte Kunden ergeben sich finanzielle Vorteile. • Kunden können das individuell für sie günstigere System wählen, auch wenn es um Inhalte geht.	• Der gewünschte Effekt, dass sich genug Zeit genommen wird für die Pflege, könnte zum Nachteil verkommen, wenn kostenbewusste Pflegebedürftige und/oder Angehörige die Zeitvergütung wählen, um Kosten zu sparen. • Weitere zusätzliche Angebote bzw. doppelte Kostenvoranschläge müssen erstellt werden, und eine kontinuierliche Anpassung an Veränderungen in den Pflegeverträgen erfolgen. Dies erfordert einen immensen zusätzlichen Beratungs- und Verwaltungsbedarf. • Aufwendige Schulungen für die Mitarbeiter, Leitungskräfte und Beraterinnen, welche die inzwischen hochkomplexe Materie der Finanzierungssysteme den Kunden vermitteln müssen. • Die Komplexität und Vielfalt der möglichen Leistungen ist (insbesondere von den älteren Kunden) nicht mehr nachzuvollziehen[53] und erreicht nun durch die zusätzliche Wahlmöglichkeit einen hohen Grad an Undurchsichtigkeit. • Es entstehen sehr wahrscheinlich tägliche Diskussionen bei den Kunden um die tatsächliche zu erbringende oder über die tatsächlich erbrachte Zeit[54]. • Das für den Pflegedienst ungünstigere Angebot wird nicht mit der gleichen Intensität und Überzeugungskraft beraten wie das alternative[55]. Beispiel: Die Erkenntnis, dass es sich bei neuen potentiellen Pflegebedürftigen um eine zeitintensive Versorgung handelt, kann zu einer „nicht objektiven“ Beratung und damit zu einer Ablehnung dieser Kunden führen, wenn sich diese offensichtlich für die Leistungskomplexabrechnung entscheiden werden. • Die so genannte angebotsinduzierte Nachfrage der rational handelnden Kunden führt zu einem veränderten Verhalten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, welches nicht vorhersehbar ist. Ein Teil der Kunden wird die Neigung entwickeln, ständig zwischen den Vergütungssystemen zu wechseln, jedes Mal zu seinem Vorteil[56]. • Die Wahlmöglichkeit erfordert eine neue Logistik in der Touren- und Personal-Einsatz-Planung: Es ist kaum durchführbar, eine „gemischte“ Tour einerseits mit Kunden mit Leistungskomplexen und andererseits mit Kunden mit Zeitvergütung zu erstellen.

Die Darstellung erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

[53] *Stichwortartig sollen hier einige Sachverhalte benannt werden: Leistungsgrenzen der Pflegesachleistungen in den Pflegestufen I bis III, Eigenanteile, stundenweise Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI, Betreuungsleistungen nach § 124 SGB XI, Kombinationsleistungen, Berechnung der Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI im dualen System der Finanzierung des SGB XI, anteilige Berechnung von Hausbesuchspauschalen bei gemischten Einsätzen, Berechnung der Altenpflegeumlage usw.*

[54] *Dies gilt vor allem dann, wenn Leistungen aus anderen Leistungsbereichen wie z.B. dem SGB V während des gleichen Hausbesuches erbracht wurden, und diese Leistungen zeitlich abzugrenzen sind.*

[55] *Auch in diesem Fall gibt es Erfahrungen in Bremen, dass die als deutlich zu niedrig empfundene Zeitvergütung kaum in dem Maße angeboten wird, wie es sich der Gesetzgeber vorgestellt hat.*

[56] *Stehen z.B. Prophylaxen oder aktivierende Pflege an, wechselt der Kunde zu den Leistungskomplexen, sind die zeitaufwendigen Pflegetätigkeiten zu Ende, wechselt er wieder zur Zeitvergütung.*

Voraussetzung für einen direkten Vergleich der beiden Vergütungssysteme ist, dass beiden Angeboten, sowohl dem der Abrechnung nach Leistungskomplexen als auch dem der Abrechnung nach dem Zeitaufwand die gleiche Zeit zu hinterlegen ist.

Beispiel:
Der Pflegedienst macht ein Angebot und einen Kostenvoranschlag für die Erbringung von zwei Leistungskomplexen, die bei dem Pflegebedürftigen in der Regel bzw. im Durchschnitt 34 Minuten dauern würden. Das Alternativangebot der Abrechnung nach Zeitaufwand darf nun nicht 50 Minuten lauten, mit dem Gedanken, nicht in Zeitdruck zu geraten. Diese in der Zeit differenzierende Angebote wären nicht direkt miteinander vergleichbar.

Zu berücksichtigen ist auch, dass der administrative Aufwand z.B. durch die zeitlich intensiven und umfassenden Beratungen und durch die doppelten Angebote und ggf. durch das wiederholte Erstellen von Angeboten erheblich steigen wird, sowohl in der Verwaltung als auch vor Ort bei den Pflegekunden[57]. Bei einem großen Teil der Kunden ist auch von täglichen Diskussionen auszugehen, wie erste Erfahrungen in Bremen schon zeigen.

Die neue Wahlfreiheit führt nicht nur aufgrund der Wechselwirkungen der Abrechnungssysteme, sondern auch aufgrund des zusätzlichen Aufwandes, der durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz [PNG] entsteht, zu immensen Mehrkosten für das System Pflege.

Dabei hatte der Gesetzgeber die Intention, eine Entbürokratisierung der Pflege zu erreichen: *„Ein wichtiges Anliegen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes ist es, dass Pflegekräfte und Angehörige möglichst viel Zeit für die Versorgung der Pflegebedürftigen haben. Die Regelungen und deren Umsetzung sollen deshalb mit möglichst wenig bürokratischem Aufwand verbunden sein“*[58].

[57] *siehe Heiber A., Minutenpflege …, a.a.O. S. 60*
[58] *siehe: Bundesministerium für Gesundheit: Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz, S. 22*

3.3 Berechnung der Wechselwirkungen zwischen den beiden Systemen „Abrechnung nach Leistungskomplexen“ und Abrechnung nach einer Zeitaufwand - bei Wahlfreiheit der Kunden

Präambel zum Hauptteil des Gutachtens

Der Hauptteil dieses Gutachtens beschäftigt sich mit den Wechselwirkungen zwischen den beiden Vergütungssystemen „Abrechnung nach Leistungskomplexen“ und „Abrechnung nach Zeitaufwand“ einer Zeitvergütung. Diese Wechselwirkungen kommen erst bei einer Wahlmöglichkeit der Kunden zum Tragen und führen - ohne deutliche Anpassung der Vergütungen - zu massiven und existenzgefährdenden Einnahmeverlusten auf Seiten der ambulanten Pflegedienste[59].

Das Problem ist, wie zu zeigen sein wird, dass die Wechselwirkungen
a) grundsätzlich nicht exakt zu berechnen sind und
b) dass ein Großteil der Pflegedienste (geschätzt über 95%) nicht in der Lage ist, die für eine Berechnung notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen.

Dabei wären die genannten Aspekte unabdingbare Voraussetzungen, um überhaupt unter den gegebenen Anforderungen in den beiden Vergütungssystemen die Höhe der neuen Vergütungen bestimmen zu können. Zudem wird später ebenfalls aufgezeigt, dass es andererseits geboten ist, sehr exakt zu rechnen, da ein zu niedrig bemessener Stundensatz fast zwangsläufig zu großen wirtschaftlichen Schwierigkeiten führt, wenn nicht gar zu einer Existenzbedrohung der Pflegedienste.

Aus diesen Gründen werden in allen Berechnungen Beispielzahlen verwendet. Wo es möglich war, wird im Gutachten auf reale Daten zurückgegriffen, doch diese können nicht – in Ermangelung eigener Daten – für Verhandlungen genutzt werden. Deshalb sei den nachfolgenden Ausführungen vorangestellt, dass hier anhand von tatsächlichen Daten die Wechselwirkungen theoretisch mit Hilfe eines Modells ermittelt werden.

Im Hauptteil des Gutachtens geht es also um das Prinzip der Berechnung der Wechselwirkungen. Keinesfalls dürfen die hier verwendeten Zahlen als Grundlage realer Verhandlungen dienen. Es geht unter anderem um das Aufzeigen, dass es höchst unwahrscheinlich ist, dass die Verhandlungspartner die neuen Anforderungen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes [PNG] bezüglich einer Wahl der Vergütungssysteme in die Praxis umsetzen können.

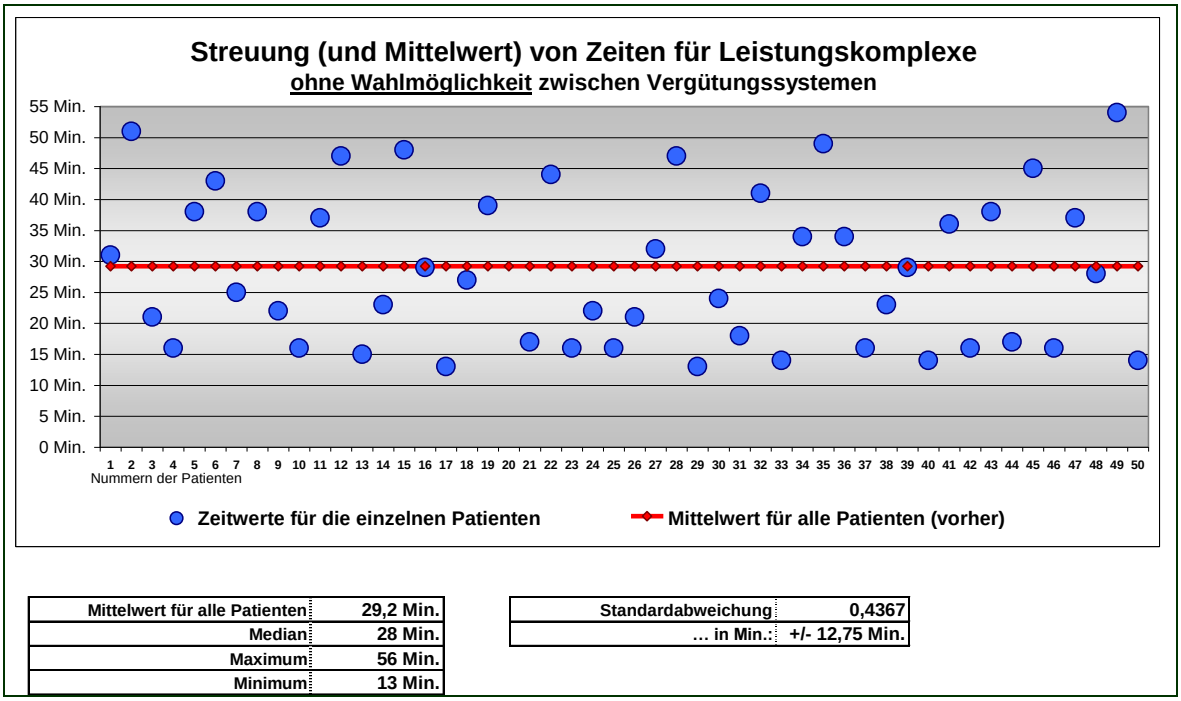
[59] *Bei Pflegediensten, welche nur in dem einen oder dem anderen Vergütungssystem agieren (ohne Wahlmöglichkeit der Kunden) müssen nur systemimmanente Sachverhalte beachtet werden. Das erfordert zum einen, die tatsächlichen Kosten der Pflegedienste zu realisieren und den oben beschriebenen Fehlentwicklungen entgegenzuwirken.*

3.3.1 Mitnahmeeffekte der Kunden bei einer Wahlmöglichkeit zwischen Abrechnung nach Leistungskomplexen und nach Zeitaufwand

Die nachfolgenden drei Abbildungen enthalten fiktive Beispieldaten eines Pflegedienstes. Es geht um das Grundprinzip der Wechselwirkungen.

Die erste der drei Beispieldarstellungen zeigt die Streuung der Zeiten in Minuten für einen Leistungskomplex (z.B. "Große Morgentoilette" oder "Ganzkörperwaschung") bei einem Stichprobenumfang von 50 (Pflegebedürftigen).

Abbildung 10: Die Streuung der Zeiten für Leistungskomplexe vor einer Wahlmöglichkeit der Pflegebedürftigen



Mittelwert für alle Patienten	29,2 Min.
Median	28 Min.
Maximum	56 Min.
Minimum	13 Min.

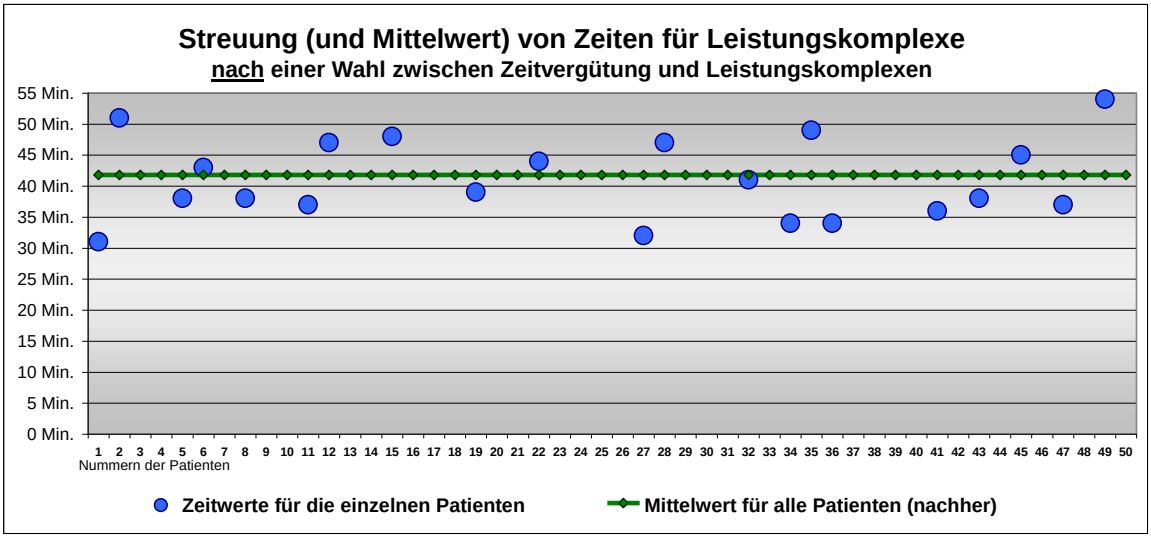
Standardabweichung	0,4367
… in Min.:	+/- 12,75 Min.

Beschreibung der Abbildung

Die Situation stellt die Ausgangslage der Diskussion dar, vor der Wahlmöglichkeit der Kunden zwischen der Abrechnung nach Leistungskomplexen und Zeitaufwand: Es gibt nur das Leistungskomplexsystem. Die blauen Punkte stellen die tatsächlichen Zeitwerte der 50 Pflegebedürftigen dar. Als arithmetischer Mittelwert ergibt sich die rote Linie.
Im übertragenen Sinne „finanzieren“ die Kunden mit niedrigem Zeitaufwand bei den Leistungskomplexen die anderen Pflegebedürftigen mit einem hohen Zeitaufwand.
Man kann von einem „Solidarsystem im Solidarsystem Pflegeversicherung“ sprechen.
Für die Berechnung der Abweichungen vom Mittelwert wurde die Standardabweichung verwendet.
Im Beispiel ergaben sich Abweichungen +/- 43,67% vom Mittelwert.

Besteht für alle Pflegebedürftigen die Wahl zwischen der Abrechnung nach Leistungskomplexen oder nach Zeitaufwand, werden die rational handelnden Kunden und/oder deren Angehörige bewusst agieren und sich für die für sie günstigere Variante entscheiden, d. h. nicht mehr alle Kunden werden wie bisher die Abrechnung nach Leistungskomplexen wählen.

Abbildung 11: Die Streuung der Zeiten für Leistungskomplexe nach Wahl der Pflegebedürftigen



Mittelwert für alle Patienten	41,8 Min.
Median	40 Min.
Maximum	56 Min.
Minimum	31 Min.

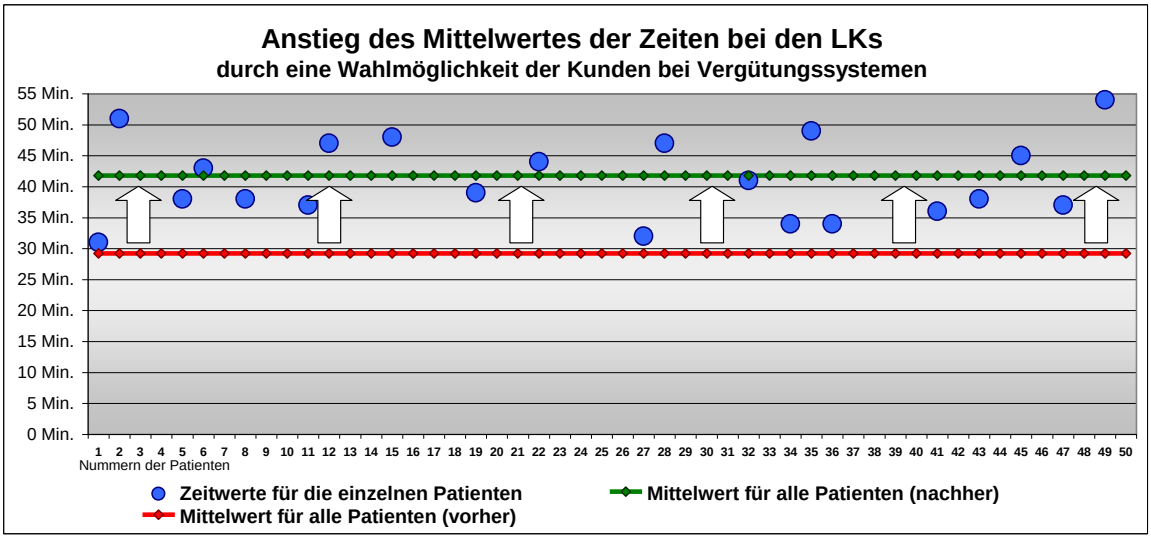
Standardabweichung	0,1702
… in Min.:	+/- 7,11 Min.

Beschreibung der Abbildung

Pflegebedürftige die mit ihren Zeitwerten bisher unter dem arithmetischen Mittel lagen, werden überwiegend die Zeitvergütung wählen. „Übrig“ bleiben die Kunden, welche bei denen die Pflege zeitaufwendig ist bzw. bei denen die Zeitwerte über dem Durchschnitt liegen.
Hier in diesem Beispiel verbleiben von den ursprünglich 50 Pflegebedürftigen nur noch 21 im Leistungskomplexsystem. Als neuer arithmetischer Mittelwert der verbleibenden Zeitwerte ergibt sich die dunkelgrüne Linie. Das verbleibende Leistungskomplexsystem erfährt einen deutlichen Anstieg des durchschnittlichen Zeitwertes und damit der Kosten.
Das Leistungskomplexsystem wird durch die Mitnahmeeffekte der rational handelnden Kunden seiner solidarischen Wirkung beraubt.

In der letzten der drei Abbildungen wird der Mitnahmeeffekt durch die Wahlmöglichkeit grafisch dargestellt und anhand der Beispieldaten konkret berechnet.

Abbildung 12: Anstieg des Mittelwertes der Zeitwerte (und damit der Kosten) im System der Abrechnung nach Leistungskomplexen nach der Wahl eines Teils der Pflegebedürftigen für die Vergütung nach Zeit.



	vorher	nachher	Veränderung
Mittelwert für alle Patienten	29,2 Min.	41,8 Min.	+ 43,1%
Median	28 Min.	40 Min.	+ 45,5%
Maximum	56 Min.	56 Min.	+ 0,0%
Minimum	13 Min.	31 Min.	+ 138,5%

Beschreibung der Abbildung

Anhand der Beispieldaten ergeben sich folgende Veränderungen:
1.) Über die Hälfte der Kunden wählt die für sie günstigere Zeitvergütung.
2.) Der Mittelwert der Zeitwerte für die verbleibenden zu erbringenden Leistungskomplexe erhöht sich um 43,1%.

Das Ergebnis: Wenn auf Basis der jetzigen Kostenstrukturen und unter Zuhilfenahme eines einvernehmlich vereinbarten Kalkulationsrasters ein Stundensatz ermittelt werden kann, dann müssten allein als Folge der Wahl der Kunden die Preise für die Leistungskomplexe um 43,1% steigen (noch ohne Berücksichtigung einer evtl. zu korrigierenden Kalkulation und ohne Berücksichtigung weiterer prospektiv höherer Kosten).

Probleme in der Praxis hinsichtlich der gezeigten drei Abbildungen

- Die Streuung der Zeitwerte kann nicht für alle Leistungskomplexe bestimmt werden. Von dem hier dargestellten Sachverhalt kann keinesfalls auf alle Pflegedienste geschlossen werden.
- Nur max. 30% (geschätzt) der Pflegedienste kann die Echtzeiten für die Leistungskomplexe konkret ermitteln, davon 10% mit mobiler Datenerfassung und 20% über eine Erfassung auf Touren- und Einsatzplänen, welche von den Mitarbeitern korrigiert zurückgegeben und dann ausgewertet werden.
  Eine Beschreibung, wie diese Zeitwerte über eine retrograde Methode errechnet werden können, findet sich in den Anlagen auf Seite XIV.
- Es ist keinesfalls möglich, für jeden Pflegedienst in Einzelverhandlungen diese riesigen Datenmengen als Grundlage für Vergütungsverhandlungen zur Verfügung zu stellen, weil es an der dafür notwendigen EDV-Ausstattung fehlt. Noch problematischer ist, dass ein Großteil der Pflegedienste die Pflegezeiten bei den Kunden nicht erfasst.
- Für die Berechnung der Abweichungen vom Mittelwert kann der statistische Wert der Standardabweichung verwendet werden. Es ist jedoch nicht geklärt, ob die Voraussetzungen für die Anwendung der Standardabweichung, nämlich die Annahme einer Gleichverteilung, tatsächlich gegeben sind.
  Davon ist eher nicht auszugehen, so dass die hier bei den Beispielen im Gutachten errechneten Kostensteigerungen bzw. Einnahmeverluste für die Pflegedienste noch viel höher ausfallen können[60].

[60] *Im Zuge der Entwicklung des Gutachtens berichteten in die Thematik einbezogene Pflegedienste von eigenen Berechnungen mit der Standardabweichung, die zu Einnahmeverlusten in Höhe von bis zu 20% durch die Mitnahmeeffekte bei Wahlmöglichkeit führen würden.*

3.3.2 Berechnung der Mitnahmeeffekte durch die Wahlmöglichkeit der Kunden

Um die Mitnahmeeffekte im Leistungskomplexsystem durch die Wahlmöglichkeit der Kunden zu berechnen, müsste ein Pflegedienst alle nachfolgend aufgeführten Daten der Leistungskomplexe über einen repräsentativen Zeitraum zur Verfügung haben:

- die Zeitdauer aller Leistungskomplexe aller Kunden,
- die arithmetischen Mittelwerte aller Leistungskomplexe, und
- (jedoch nicht zwingend) die Maxima und Minima der Zeitwerte[61].

Die Verfügbarkeit dieser Daten setzt weiterhin voraus, dass ein Verfahren angewendet wird, welches eine exakte Zeiterfassung oder Zeitermittlung ermöglicht[62]. Besonders schwer dürfte es in diesem Zusammenhang sein, die realen Zeitwerte für die SGB XI-Leistungskomplexe zu ermitteln, wenn – wie in bis zu 30% der Fälle – Mischeinsätze aus verschiedenen Leistungsbereichen stattfinden.

Diese Grunddaten sind dann die Basis für die Berechnung der Varianz[63]:

$$VAR(X) = E((X - E(X))^2) = E(X^2) - (E(X))^2$$

Beschreibung:
Das Symbol E ( ) bezeichnet den Erwartungswert, was im Falle der Leistungskomplexe der empirische Mittelwert der ermittelten Zeitwerte ist.

Mit der Varianz kann dann die Standardabweichung

$$\sigma = \sqrt{VAR(X)}$$

berechnet werden.

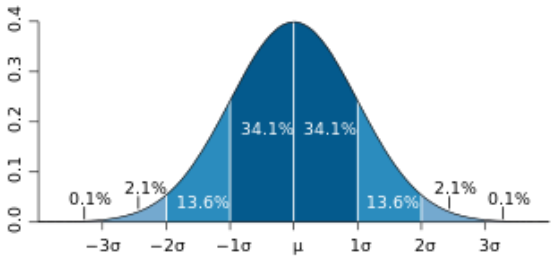
Die Anwendung der Standardabweichung setzt eine Normalverteilung der gemessenen oder ermittelten Zeitwerte voraus[64].

[61] *Mit den Minima und den Maxima könnte die so genannte „Spannweite" als Differenz zwischen dem größten und dem kleinsten Messwert errechnet werden. Da die Spannweite sich nur aus der Differenz der zwei Extremwerte berechnet, werden die Ausreißer zu stark in einer Auswertung berücksichtigt. Deshalb werden andere Maßzahlen der Statistik verwendet, die Varianz und die Standardabweichung.*
[62] *Das Verfahren zur Ermittlung der Zeitwerte für die SGB XI-Leistungskomplexe wird in den Anlagen auf Seite XIV beschrieben.*
[63] *Die Varianz als auch die gleich ebenfalls genannte Standardabweichung sind beides Maßzahlen der der deskriptiven Statistik und der Stochastik. Sie werden auf der nachfolgenden Seite näher beschrieben.*
[64] *An der Anwendung der Standardabweichung können durchaus Zweifel angebracht werden, weil die Annahme einer Normalverteilung der Leistungskomplexe in ambulanten Pflegediensten nicht nachgewiesen werden kann. Trotzdem erscheint diese Rechenmethode als einzige Möglichkeit, die Mitnahmeeffekte bzw. die Wechselwirkungen zumindest theoretisch zu berechnen.*

Beschreibung der Standardabweichung der Zeitwerte der Leistungskomplexe im Rahmen der Leistungserbringung SGB XI

Die Standardabweichung ist ein Begriff der Statistik und der Wahrscheinlichkeitsrechnung und ein Maß für die Streuung der Werte einer Zufallsvariablen um einen geeigneten Lageparameter, hier dem arithmetischen Mittel der Zeitwerte der Leistungskomplexe.

Abbildung 13: Beispiel zur Normalverteilung um den Mittelwert



Die einfache Standardabweichung σ umfasst 34,1% der Zeitwerte, die größer sind als der Mittelwert und 34,1% der Zeitwerte, die niedriger sind. Angenommen die Zeitwerte eines Leistungskomplexes „Große Pflege“ sind näherungsweise normalverteilt. Bei einer Stichprobe von 1.000 erfassten „Großen Pflegen“ wurde ein Durchschnittswert von 24 Minuten ermittelt und eine Standardabweichung von 30%, das entspricht ± 7,2 Minuten.

Ungefähr 16% der Zeitwerte [≈ (100% - 68,2%) dividiert durch 2] sind dann geringer als 16,8 Minuten und ca. 16% der Zeitwerte sind höher als 31,2 Minuten.
Wird die Standardabweichung σ doppelt verwendet (also 60%), so liegen 95,4% der gemessenen Werte innerhalb der Bandbreite von ± 14,4 Minuten oder anders formuliert: Bei einer angenommenen Normalverteilung liegt im Durchschnitt ca. jeder 20. gemessene Zeitwert außerhalb der zweifachen Standardabweichung.

Werte außerhalb der zwei- bis dreifachen Standardabweichung werden oft als Ausreißer behandelt. Ausreißer können entweder
- Extremsituationen sein, die den Mittelwert verfälschen oder
- sie sind ein Hinweis auf mögliche Fehler in der Datenerfassung
- oder ihnen liegt eine stark schiefe Verteilung zu Grunde.

Quelle aller hier verwendeten statistischen Fachbegriffe und der Abbildung: wikipedia ➔ Standardabweichung ➔ Varianz ➔ Streuung

Wenn Pflegedienste für alle Leistungskomplexe die exakten Zeitwerte zur Verfügung hätten, wäre die doppelte Standardabweichung eine angemessene Grundlage für die Berechnung der Verteilung und damit eine Möglichkeit, die Wechselwirkungen der beiden Vergütungssysteme annähernd zu berechnen.

In den bisherigen Darstellungen wurde zugrunde gelegt, dass für alle Leistungskomplexe diese Zeitwerte erfasst werden müssen.

Geschätzte 95% der Pflegedienste in Deutschland sind in der Regel nicht in der Lage, derartige Berechnungen durchzuführen, v.a. aufgrund der unzureichenden EDV-Ausstattung, aber auch wegen des fehlenden Wissens um diese Auswertungsmöglichkeiten.

Deshalb wird in den nachfolgenden Berechnungen auf eine Vereinfachung zurückgegriffen; ausgewertet werden nur reine SGB XI-Einsätze.

3.3.3 Berechnung der Wechselwirkungen

Grundlagen der Berechnungen

Nachfolgende Berechnungen sind weitergeführte Überlegungen aus den Vergütungsverhandlungen in Bayern (Mitte April 2013).
Sie sind ein sinnvolles „Nebenprodukt“ der dort getroffenen Überlegungen und eine sehr gute Möglichkeit, zum ersten Male die Wechselwirkungen beispielhaft darzustellen.

Die Berechnungen basieren auf der Auswertung von 70.000 reinen SGB XI-Einsätzen in 16 ambulanten Pflegediensten in Deutschland.

Die Daten stammen aus dem 1. Quartal des Jahres 2013.
Die Daten wurden anonym von einem Softwarehaus zur Verfügung gestellt.

Ein Filter in der Software sorgte dafür, dass nur reine SGB XI-Einsätze ausgewertet wurden. Deshalb war es nicht notwendig, andere Leistungsarten heraus zu rechnen.

Bei jedem Einsatz wurde die exakte Zeit in Minuten erfasst.

Mit der Gesamtanzahl der Punkte pro Einsatz konnte für jeden Einsatz die durchschnittliche Zeit pro Punkt ermittelt werden.

Durch Anwendung der doppelten Standardabweichung ermittelte sich eine Zeitspreizung von +/- 49,33% bei den 70.000 erfassten Minutenwerten pro Punkt.

Zudem ließ sich dadurch ein durchschnittlich erreichter Wert von 794 Punkten pro Stunde ermitteln. Im Weiteren wird zur Vereinfachung mit 800 Punkten gerechnet.

Die alternative grundsätzliche Überlegung der nachfolgenden Berechnungen ist:
Die Erlöse der Pflegedienste sind die Kosten der Leistungsträger.
Dadurch ist es zunächst nicht unbedingt notwendig, für Verhandlungen aufwendige und strittige Kalkulationen vorzulegen und zu diskutieren.

Zunächst wird nun skizziert, welche drei Schritte im Verfahren zur Berechnung der Wechselwirkungen beschritten werden.

1. Berechnung der Mitnahmeeffekte und Wechselwirkungen
In einem ersten Schritt werden zunächst die Mitnahmeeffekte und die Wechselwirkungen bei Wahlfreiheit der Kunden zwischen den Vergütungssystemen berechnet, zuerst auf der Basis der jetzigen Preise bzw. Kosten. Dadurch entstehen für die Pflegedienste Mindereinnahmen. Für die Leistungsträger sind das dementsprechend geringere Kosten, welche sie zu tragen haben.

2. Wiederherstellung der bisherigen Einnahmesituation für die Pflegedienste
Im zweiten Schritt wird aufgezeigt, wie entweder die Stundenpreise oder die Preise für die Leistungskomplexe oder beides gleichzeitig anzupassen sind, so lange bis die gesamten Einnahmen der Pflegedienste (das sind die Kosten für die Leistungsträger) neutral bzw. gleichbleibend sind - im Vergleich zur Abrechnung vor der Wahlmöglichkeit zwischen den Vergütungssystem.

3. Einbringen der bisher unberücksichtigten Kostensteigerungen und der zukünftigen Entwicklung
In einem letzten dritten Schritt werden die ausführlich diskutierten notwendigen Mehreinnahmen (= Kostensteigerungen für die Leistungsträger) wiederum mit einer Erhöhung der Stundenvergütungen oder der Preise für die **Leistungskomplexe** oder von Erhöhungen in beiden Vergütungssystemen eingerechnet.

1.) Die Wahlmöglichkeit führt zu Einnahmeverlusten

Grundsätzliche Annahmen

- Es wird berechnet, wie viele in der heutigen Situation pro Stunde erbracht werden. Diese Anzahl der Punkte kann in eine Relation zu einer Stunde (= 60 Minuten) gebracht werden, oder …
- es wird ein aktuell ermittelter Stundensatz zugrunde gelegt (der durch eine Kalkulation berechnet wurde).
- Es werden neun Musterkunden angelegt, die in einer Gleichverteilung im Rahmen der doppelten Standardabweichung um den Mittelwert des bisherigen Zeitwertes gruppiert sind.
- Für alle Leistungskomplexe gibt es innerhalb des Pflegedienstes durchschnittliche hinterlegte Anhaltswerte für den Zeitaufwand.
- Die bisherigen hinterlegten durchschnittlichen Zeitwerte in der Summe eines Einsatzes (z.B.: 19 Min. + 15 Min. + 7 Min. + 6 Min. = 47 Min.) bei einer Abrechnung nach Leistungskomplexen werden mit exakt der gleichen Zeit (47 Min.) dem Kunden alternativ im Rahmen der Abrechnung nach tatsächlichem Zeitaufwand angeboten.
- Die Kunden wählen die für sie günstigere Variante.

Zunächst werden die Variablen festgelegt, hier in diesem Beispiel:

Die Preise (Vergütungen) für die Pflegedienste sind die Kosten der Leistungsträger

Situation vor einer Anpassung der Vergütungssysteme, bei Wahlfreiheit der Kunden

Die Variablen	Geben Sie hier bitte Ihren Punktwert ein ↓↓↓↓↓	
Aktueller Punktwert:	**0,04668 €**	
Punkte pro Stunde:	800 Punkte	
Standardabweichung*:	0,4933	= 49,33%
= Zeitspreizung	bitte nur Zahlen eingeben, keine Einheiten	
Stundensatz =	**37,34 €**	

Bisherige Werte für Leistungskomplexe

	Punkte	Zeit	Preis	= Kosten für die Pflegekasse (und ggf. andere Leistungsträger)
LK 1	250 Punkte	18,8 Min.	11,67 €	
LK 2	200 Punkte	15,0 Min.	9,34 €	
LK 3	100 Punkte	7,5 Min.	4,67 €	
LK 4	80 Punkte	6,0 Min.	3,73 €	
Gesamt		**47,3 Min.**	**29,41 €**	

Der Stundensatz errechnet sich hier aus den 800 Punkten multipliziert mit einem aktuellen Punktwert, in diesem Beispiel sind es 37,34 Euro.
Das ist der durchschnittliche Stundenerlös des Pflegedienstes, und dies sind gleichzeitig die Kosten der Leistungsträger[65].

Nun wird ein beliebiger SGB XI-Einsatz konstruiert. Für bis zu vier Leistungskomplexe können die vertraglich vereinbarten Punktwerte eingetragen werden.
Auf Basis des Mittelwertes der Zeit pro Punkt wird errechnet:
→ eine durchschnittliche Zeit (hier: 47,3 Minuten)
→ und ein fixer Erlös für diese Leistungskomplexe (hier: 29,41 Euro).

Nun werden neun Musterkunden angelegt.
Kunde 1 benötigt extrem wenig Zeit für die erhaltenen vier Leistungskomplexe, bei ihm ist die Abweichung vom Mittelwert - 49,33%, die Pflege dauert damit 23,9 Minuten.
Die Werte der Kunden 2 bis 4 liegen gleichverteilt zwischen Kunde 1 und Kunde 5.

Kunde 9 benötigt extrem viel Zeit für die erhaltenen vier Leistungskomplexe, bei ihm ist die Abweichung vom Mittelwert + 49,33%, die Pflege dauert damit 70,6 Minuten.
Die Werte der Kunden 6 bis 8 liegen gleichverteilt zwischen Kunde 5 und Kunde 9.

1. Schritt = Festlegung von 9 Musterkunden (bei Gleichverteilung)

	Kunde 1	**Kunde 2**	**Kunde 3**	**Kunde 4**	**Kunde 5**	**Kunde 6**	**Kunde 7**	**Kunde 8**	**Kunde 9**
LK 1	9,5 Min.	11,8 Min.	14,1 Min.	16,4 Min.	18,8 Min.	21,1 Min.	23,4 Min.	25,7 Min.	28,0 Min.
LK 2	7,6 Min.	9,5 Min.	11,3 Min.	13,2 Min.	15,0 Min.	16,8 Min.	18,7 Min.	20,5 Min.	22,4 Min.
LK 3	3,8 Min.	4,7 Min.	5,7 Min.	6,6 Min.	7,5 Min.	8,4 Min.	9,3 Min.	10,3 Min.	11,2 Min.
LK 4	3,0 Min.	3,8 Min.	4,5 Min.	5,3 Min.	6,0 Min.	6,7 Min.	7,5 Min.	8,2 Min.	9,0 Min.
Gesamt =	23,9 Min.	29,8 Min.	35,6 Min.	41,4 Min.	47,3 Min.	53,1 Min.	58,9 Min.	64,7 Min.	70,6 Min.
Abweichung =	- 49,33%	- 37,00%	- 24,67%	- 12,33%	+ / - 0,00%	+ 12,33%	+ 24,67%	+ 37,00%	+ 49,33%

Die weiteren Überlegungen gehen davon aus, dass die Kunden bei einer Wahl zwischen den Vergütungssystemen rational entscheiden:
Benötigen Sie mehr Zeit als beim Mittelwert im Leistungskomplexsystem, bleiben sie im Leistungskomplexsystem.

[65] *Alternativ könnte auch ein mit einer ebenfalls zur Verfügung stehenden Berechnungsdatei ein errechneter Stundensatz verwendet werden, und in die Tabelle eingetragen werden.*

Kunden mit einer zeitlich kurzen Versorgung wählen die Abrechnung nach dem tatsächlichen Zeitaufwand, weil diese für sie günstiger ist. Auch die Leistungsträger (Pflegekassen und Sozialhilfeträger) hätten weniger Kosten.

In der nachfolgenden Auswertung wird jeder Kunde einzeln betrachtet, und entschieden, welches Vergütungssystem für ihn günstiger ist.

Die Kunden 1 bis 4 werden sich für die Zeitvergütung entscheiden,
Kunde 5 ist indifferent, weil die Preise bei der Abrechnung nach Leistungskomplexen und nach dem Zeitaufwand gleich hoch sind,
die Kunden 6 bis 9 werden sich für eine Abrechnung nach Leistungskomplexen entscheiden.

2. Schritt = Berechnung der Erlöse (bzw. der Kosten für die Pflegekassen und/oder andere Leistungsträger)

Abrechnung mit Leistungskomplexen		Abrechnung mit einer Zeitvergütung		1) Kostengünstigste Abrechnungsart? 2) Erlöse bzw. Kosten?
Abrechnung Kunde 1		**Abrechnung Kunde 1**		**1) Zeitvergütung**
alle LKs zusammen =	**29,41 €**	Zeitdauer =	23,9 Min.	**2)** Erlöse bzw.
		Erlöse =	**14,90 €**	Kosten **14,90 €**
Abrechnung Kunde 2		**Abrechnung Kunde 2**		**1) Zeitvergütung**
alle LKs zusammen =	**29,41 €**	Zeitdauer =	29,8 Min.	**2)** Erlöse bzw.
		Erlöse =	**18,53 €**	Kosten **18,53 €**
Abrechnung Kunde 3		**Abrechnung Kunde 3**		**1) Zeitvergütung**
alle LKs zusammen =	**29,41 €**	Zeitdauer =	35,6 Min.	**2)** Erlöse bzw.
		Erlöse =	**22,15 €**	Kosten **22,15 €**
Abrechnung Kunde 4		**Abrechnung Kunde 4**		**1) Zeitvergütung**
alle LKs zusammen =	**29,41 €**	Zeitdauer =	41,4 Min.	**2)** Erlöse bzw.
		Erlöse =	**25,78 €**	Kosten **25,78 €**
Abrechnung Kunde 5		**Abrechnung Kunde 5**		**1) Leistungskomplexe**
alle LKs zusammen =	**29,41 €**	Zeitdauer =	47,3 Min.	**2)** Erlöse bzw.
		Erlöse =	**29,41 €**	Kosten **29,41 €**
Abrechnung Kunde 6		**Abrechnung Kunde 6**		**1) Leistungskomplexe**
alle LKs zusammen =	**29,41 €**	Zeitdauer =	53,1 Min.	**2)** Erlöse bzw.
		Erlöse =	**33,04 €**	Kosten **29,41 €**
Abrechnung Kunde 7		**Abrechnung Kunde 7**		**1) Leistungskomplexe**
alle LKs zusammen =	**29,41 €**	Zeitdauer =	58,9 Min.	**2)** Erlöse bzw.
		Erlöse =	**36,66 €**	Kosten **29,41 €**
Abrechnung Kunde 8		**Abrechnung Kunde 8**		**1) Leistungskomplexe**
alle LKs zusammen =	**29,41 €**	Zeitdauer =	64,7 Min.	**2)** Erlöse bzw.
		Erlöse =	**40,29 €**	Kosten **29,41 €**
Abrechnung Kunde 9		**Abrechnung Kunde 9**		**1) Leistungskomplexe**
alle LKs zusammen =	**29,41 €**	Zeitdauer =	70,6 Min.	**2)** Erlöse bzw.
		Erlöse =	**43,92 €**	Kosten **29,41 €**

Gesamterlöse mit Abrechnung nach Leistungskomplexen:	**264,68 €**	**Gesamterlöse durch Zeitvergütung:**	**264,68 €**	**Gesamterlöse bei Wahlmöglichkeit der Kunden:**	**228,41 €**
				das entspricht:	
Die Wahlmöglichkeit der Kunden (ausgehend von den jetzigen Kosten pro Stunde) führt zu einem Rückgang der Erlöse bzw. zu einer Senkung der Kosten (für die Pflegekassen) in Höhe von:				-36,27 €	**- 13,70%**

Bei gleichbleibenden Preisen im Leistungskomplexsystem und einem Stundensatz, welcher der jetzigen Erlössituation entspricht (oder der mit einem beliebigen Kalkulationsraster auf der Grundlage der Kosten in dem heutigen System der Abrechnung nach Leistungskomplexen ermittelt wurde) ergeben sich

bei rationaler Entscheidung des Kunden bei der Wahl zwischen den Vergütungssystemen folgende Ergebnisse:

Die Gesamterlöse[66] für alle neun Kunden betragen bei …

ausschließlicher Abrechnung im Leistungskomplexsystem .....264,68 €

ausschließlicher Abrechnung nach dem Zeitaufwand .....264,68 €

der Wahl durch den Kunden .....228,41 €

Ohne Vergütungsanpassung würden durch die Wahlmöglichkeit der Kunden 36,27 € weniger erlöst. Das entspricht einem Verlust von -13,70%.

2.) Wiederherstellen der bisherigen Einnahmesituation

Für die Umsetzung dieses Schrittes gibt es drei Lösungsmöglichkeiten

a) Die Preise für die Leistungskomplexe werden beibehalten,
die Stundensätze stark erhöht.

b) Der kalkulierte Preis für die Zeitvergütung wird der Abrechnung nach Zeitaufwand zugrunde gelegt,
die Preise für die Leistungskomplexe, die Punktwerte oder die Anzahl der Punkte stark erhöht.

c) Die Zeitvergütung als auch die Preise für die Leistungskomplexe (oder die Punktwerte oder die Anzahl der Punkte) werden um den gleichen Prozentsatz erhöht.

Denkbar sind auch Lösungen, die „zwischen“ den aufgezeigten Alternativen liegen. Berechnet werden die neuen Ergebnisse und Entscheidungen für die neun Kunden wieder anhand der Annahme, dass diese das für sie günstigere Abrechnungssystem wählen werden.

Folgende Ergebnisse lassen sich in den drei Varianten unter der Annahme, dass die Anpassung der Vergütungen für die Leistungsträger kostenneutral erfolgt und die Erlöse für die Pflegedienste gleich bleiben, ermitteln:

[66] *Die Erlöse des Pflegedienstes sind die Kosten der Leistungsträger.*

a) Die Preise für die Leistungskomplexe werden beibehalten, die Stundensätze stark erhöht.

Eine Punktwert-steigerung von	+ 0,00%	**… führen zu folgenden Veränderungen:**	
und / oder eine		**Neue Erlössituation bei Wahlmöglichkeit der Kunden:**	264,68 €
Anpassung der Zeitvergütung um	+ 97,36%	**Bisherige Erlössituation (nur) mit Leistungskomplexen:**	264,68 €
		= Ergebnisveränderung:	**+ 0,00 €**
		das entspricht:	**+ 0,00%**

Die Kunden 1 bis 9 würden rational so entscheiden:

2. Schritt = Berechnung der Erlöse (bzw. der Kosten für die Pflegekassen und/oder andere Leistungsträger)

1) Kostengünstigste Abrechnungsart? 2) Erlöse bzw. Kosten?	**Abrechnung mit Leistungskomplexen**	**Abrechnung mit einer Zeitvergütung**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 1**	**Abrechnung Kunde 1**
2) Erlöse bzw. Kosten **29,41 €**	alle LKs zusammen = **29,41 €**	Zeitdauer = 23,9 Min. Erlöse = **29,41 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 2**	**Abrechnung Kunde 2**
2) Erlöse bzw. Kosten **29,41 €**	alle LKs zusammen = **29,41 €**	Zeitdauer = 29,8 Min. Erlöse = **36,57 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 3**	**Abrechnung Kunde 3**
2) Erlöse bzw. Kosten **29,41 €**	alle LKs zusammen = **29,41 €**	Zeitdauer = 35,6 Min. Erlöse = **43,72 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 4**	**Abrechnung Kunde 4**
2) Erlöse bzw. Kosten **29,41 €**	alle LKs zusammen = **29,41 €**	Zeitdauer = 41,4 Min. Erlöse = **50,88 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 5**	**Abrechnung Kunde 5**
2) Erlöse bzw. Kosten **29,41 €**	alle LKs zusammen = **29,41 €**	Zeitdauer = 47,3 Min. Erlöse = **58,04 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 6**	**Abrechnung Kunde 6**
2) Erlöse bzw. Kosten **29,41 €**	alle LKs zusammen = **29,41 €**	Zeitdauer = 53,1 Min. Erlöse = **65,20 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 7**	**Abrechnung Kunde 7**
2) Erlöse bzw. Kosten **29,41 €**	alle LKs zusammen = **29,41 €**	Zeitdauer = 58,9 Min. Erlöse = **72,35 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 8**	**Abrechnung Kunde 8**
2) Erlöse bzw. Kosten **29,41 €**	alle LKs zusammen = **29,41 €**	Zeitdauer = 64,7 Min. Erlöse = **79,51 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 9**	**Abrechnung Kunde 9**
2) Erlöse bzw. Kosten **29,41 €**	alle LKs zusammen = **29,41 €**	Zeitdauer = 70,6 Min. Erlöse = **86,67 €**
Gesamterlöse bei Wahlmöglichkeit der Kunden: 264,68 €	**Gesamterlöse mit Abrechnung nach Leistungskomplexen: 264,68 €**	**Gesamterlöse durch Zeitvergütung: 522,35 €**

Da die Abrechnung nach dem Zeitaufwand bis auf den Kunden 1 für alle Kunden mit höheren Preisen verbunden ist, werden sich im Prinzip alle Kunden bei rationalem Verhalten für eine Abrechnung nach Leistungskomplexen entscheiden. Damit bliebe das Leistungskomplexsystem in seiner heutigen Form erhalten, die in Kapitel „Vor- und Nachteile der beiden zur Diskussion stehenden Abrechnungssysteme“ (Seite 43) beschriebenen Probleme für die Pflegedienste und Kunden würden weiter bestehen.

b) Der kalkulierte Preis für die Zeitvergütung wird der Abrechnung nach Zeitaufwand zugrunde gelegt, die Preise für die Leistungskomplexe, die Punktwerte oder die Anzahl der Punkte werden stark erhöht.

Eine Punktwert-steigerung von	+ 49,33%	**… führen zu folgenden Veränderungen:**	
und / oder eine		**Neue Erlössituation bei Wahlmöglichkeit der Kunden:**	264,68 €
Anpassung der Zeitvergütung um	+ 0,00%	**Bisherige Erlössituation (nur) mit Leistungskomplexen:**	264,68 €
		= Ergebnisveränderung:	**+ 0,00 €**
		das entspricht:	**+ 0,00%**

Die Kunden 1 bis 9 würden rational so entscheiden:

2. Schritt = Berechnung der Erlöse (bzw. der Kosten für die Pflegekassen und/oder andere Leistungsträger)

1) Kostengünstigste Abrechnungsart? 2) Erlöse bzw. Kosten?	**Abrechnung mit Leistungskomplexen**		**Abrechnung mit einer Zeitvergütung**	
1) Zeitvergütung	**Abrechnung Kunde 1**		**Abrechnung Kunde 1**	
2) Erlöse bzw. Kosten **14,90 €**	alle LKs zusammen =	**43,92 €**	Zeitdauer = 23,9 Min. Erlöse =	**14,90 €**
1) Zeitvergütung	**Abrechnung Kunde 2**		**Abrechnung Kunde 2**	
2) Erlöse bzw. Kosten **18,53 €**	alle LKs zusammen =	**43,92 €**	Zeitdauer = 29,8 Min. Erlöse =	**18,53 €**
1) Zeitvergütung	**Abrechnung Kunde 3**		**Abrechnung Kunde 3**	
2) Erlöse bzw. Kosten **22,15 €**	alle LKs zusammen =	**43,92 €**	Zeitdauer = 35,6 Min. Erlöse =	**22,15 €**
1) Zeitvergütung	**Abrechnung Kunde 4**		**Abrechnung Kunde 4**	
2) Erlöse bzw. Kosten **25,78 €**	alle LKs zusammen =	**43,92 €**	Zeitdauer = 41,4 Min. Erlöse =	**25,78 €**
1) Zeitvergütung	**Abrechnung Kunde 5**		**Abrechnung Kunde 5**	
2) Erlöse bzw. Kosten **29,41 €**	alle LKs zusammen =	**43,92 €**	Zeitdauer = 47,3 Min. Erlöse =	**29,41 €**
1) Zeitvergütung	**Abrechnung Kunde 6**		**Abrechnung Kunde 6**	
2) Erlöse bzw. Kosten **33,04 €**	alle LKs zusammen =	**43,92 €**	Zeitdauer = 53,1 Min. Erlöse =	**33,04 €**
1) Zeitvergütung	**Abrechnung Kunde 7**		**Abrechnung Kunde 7**	
2) Erlöse bzw. Kosten **36,66 €**	alle LKs zusammen =	**43,92 €**	Zeitdauer = 58,9 Min. Erlöse =	**36,66 €**
1) Zeitvergütung	**Abrechnung Kunde 8**		**Abrechnung Kunde 8**	
2) Erlöse bzw. Kosten **40,29 €**	alle LKs zusammen =	**43,92 €**	Zeitdauer = 64,7 Min. Erlöse =	**40,29 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 9**		**Abrechnung Kunde 9**	
2) Erlöse bzw. Kosten **43,92 €**	alle LKs zusammen =	**43,92 €**	Zeitdauer = 70,6 Min. Erlöse =	**43,92 €**
Gesamterlöse bei Wahlmöglichkeit der Kunden: **264,68 €**	**Gesamterlöse mit Abrechnung nach Leistungskomplexen:**	**395,24 €**	**Gesamterlöse durch Zeitvergütung:**	**264,68 €**

Alle Kunden würden sich für eine Abrechnung nach Zeitaufwand entscheiden.

c1) Die Zeitvergütung als auch die Preise für die Leistungskomplexe, die Punktwerte oder die Anzahl der Punkte werden um den gleichen Prozentsatz erhöht.

Eine Punktwert-steigerung von	+ 15,88%	**… führen zu folgenden Veränderungen:**	
und / oder eine		**Neue Erlössituation bei Wahlmöglichkeit der Kunden:**	264,68 €
Anpassung der Zeitvergütung um	+ 15,88%	**Bisherige Erlössituation (nur) mit Leistungskomplexen:**	264,68 €
		= Ergebnisveränderung:	**+ 0,00 €**
		das entspricht:	**+ 0,00%**

Die Kunden 1 bis 9 würden rational so entscheiden:

2. Schritt = Berechnung der Erlöse (bzw. der Kosten für die Pflegekassen und/oder andere Leistungsträger)

1) Kostengünstigste Abrechnungsart? 2) Erlöse bzw. Kosten?	**Abrechnung mit Leistungskomplexen**	**Abrechnung mit einer Zeitvergütung**
1) Zeitvergütung	**Abrechnung Kunde 1**	**Abrechnung Kunde 1**
2) Erlöse bzw. Kosten **17,27 €**	alle LKs zusammen = **34,08 €**	Zeitdauer = 23,9 Min. Erlöse = **17,27 €**
1) Zeitvergütung	**Abrechnung Kunde 2**	**Abrechnung Kunde 2**
2) Erlöse bzw. Kosten **21,47 €**	alle LKs zusammen = **34,08 €**	Zeitdauer = 29,8 Min. Erlöse = **21,47 €**
1) Zeitvergütung	**Abrechnung Kunde 3**	**Abrechnung Kunde 3**
2) Erlöse bzw. Kosten **25,67 €**	alle LKs zusammen = **34,08 €**	Zeitdauer = 35,6 Min. Erlöse = **25,67 €**
1) Zeitvergütung	**Abrechnung Kunde 4**	**Abrechnung Kunde 4**
2) Erlöse bzw. Kosten **29,88 €**	alle LKs zusammen = **34,08 €**	Zeitdauer = 41,4 Min. Erlöse = **29,88 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 5**	**Abrechnung Kunde 5**
2) Erlöse bzw. Kosten **34,08 €**	alle LKs zusammen = **34,08 €**	Zeitdauer = 47,3 Min. Erlöse = **34,08 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 6**	**Abrechnung Kunde 6**
2) Erlöse bzw. Kosten **34,08 €**	alle LKs zusammen = **34,08 €**	Zeitdauer = 53,1 Min. Erlöse = **38,28 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 7**	**Abrechnung Kunde 7**
2) Erlöse bzw. Kosten **34,08 €**	alle LKs zusammen = **34,08 €**	Zeitdauer = 58,9 Min. Erlöse = **42,48 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 8**	**Abrechnung Kunde 8**
2) Erlöse bzw. Kosten **34,08 €**	alle LKs zusammen = **34,08 €**	Zeitdauer = 64,7 Min. Erlöse = **46,69 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 9**	**Abrechnung Kunde 9**
2) Erlöse bzw. Kosten **34,08 €**	alle LKs zusammen = **34,08 €**	Zeitdauer = 70,6 Min. Erlöse = **50,89 €**
Gesamterlöse bei Wahlmöglichkeit der Kunden: 264,68 €	**Gesamterlöse mit Abrechnung nach Leistungskomplexen: 306,70 €**	**Gesamterlöse durch Zeitvergütung: 306,70 €**

Die Kunden 1 bis 4 würden sich für eine Abrechnung nach Zeitaufwand entscheiden,
Kunde 5 wäre indifferent (seine Kosten wären in beiden Abrechnungssystemen gleich hoch),
die Kunden 6 bis 9 entscheiden sich für eine Abrechnung nach Leistungskomplexen.

Die hier beschriebenen Rechenwege können in Vergütungsverhandlungen als Grundlage verwendet werden, wenn sich alle Verhandlungspartner auf anerkannte Kosten- und Preissteigerungen einigen oder die Kosten für eine Leistungsstunde anhand eines gemeinsam abgestimmten Kalkulationsrasters berechnen.

So kann zum Beispiel die Übereinkunft getroffen werden, dass die Erlöse der Pflegedienste um + x% angepasst werden müssen, um die Anforderungen bei Wahlmöglichkeit des Kunden zwischen den Vergütungssystemen und dem damit in Zusammenhang stehenden erhöhten administrativen Aufwand zu kompensieren. Gleichzeitig können nun bisher nicht berücksichtigte (aber berechtigte) Kostenpositionen aufgenommen werden.
Wir verwenden in folgender Berechnung beispielhaft eine beschlossene Erhöhung der Erlöse der Pflegedienste (was auf der anderen Seite die Kosten der Leistungsträger sind) um + 10%.

In der nachfolgenden Berechnung sollen beide Vergütungsformen mit ihren Wechselwirkungen bei rationaler Wahl der Kunden zu 10% mehr Erlösen für den Pflegedienst bzw. zu 10% mehr Kosten bei den Leistungsträgern führen, die Annahme vorausgesetzt, dass die Erlöse der Pflegedienste die Kosten der Leistungserbringer sind.

c2) Die Zeitvergütung als auch die Preise für die Leistungskomplexe, die Punktwerte oder die Anzahl der Punkte werden um den gleichen Prozentsatz erhöht.

Eine Punktwert-steigerung von	+ 27,47%	**… führen zu folgenden Veränderungen:**	
und / oder eine		**Neue Erlössituation bei Wahlmöglichkeit der Kunden:**	291,14 €
Anpassung der Zeitvergütung um	+ 27,47%	**Bisherige Erlössituation (nur) mit Leistungskomplexen:**	264,68 €
		= Ergebnisveränderung:	**+ 26,47 €**
		das entspricht:	**+ 10,00%**

Die Erlöse bzw. die Kosten würden zu folgenden Ergebnissen bei entsprechender Wahl der Kunden führen:

2. Schritt = Berechnung der Erlöse (bzw. der Kosten für die Pflegekassen und/oder andere Leistungsträger)

1) Kostengünstigste Abrechnungsart? 2) Erlöse bzw. Kosten?	**Abrechnung mit Leistungskomplexen**		**Abrechnung mit einer Zeitvergütung**	
1) Zeitvergütung	**Abrechnung Kunde 1**		**Abrechnung Kunde 1**	
2) Erlöse bzw.	alle LKs zusammen =	**37,49 €**	Zeitdauer =	23,9 Min.
Kosten **18,99 €**			Erlöse =	**18,99 €**
1) Zeitvergütung	**Abrechnung Kunde 2**		**Abrechnung Kunde 2**	
2) Erlöse bzw.	alle LKs zusammen =	**37,49 €**	Zeitdauer =	29,8 Min.
Kosten **23,62 €**			Erlöse =	**23,62 €**
1) Zeitvergütung	**Abrechnung Kunde 3**		**Abrechnung Kunde 3**	
2) Erlöse bzw.	alle LKs zusammen =	**37,49 €**	Zeitdauer =	35,6 Min.
Kosten **28,24 €**			Erlöse =	**28,24 €**
1) Zeitvergütung	**Abrechnung Kunde 4**		**Abrechnung Kunde 4**	
2) Erlöse bzw.	alle LKs zusammen =	**37,49 €**	Zeitdauer =	41,4 Min.
Kosten **32,86 €**			Erlöse =	**32,86 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 5**		**Abrechnung Kunde 5**	
2) Erlöse bzw.	alle LKs zusammen =	**37,49 €**	Zeitdauer =	47,3 Min.
Kosten **37,49 €**			Erlöse =	**37,49 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 6**		**Abrechnung Kunde 6**	
2) Erlöse bzw.	alle LKs zusammen =	**37,49 €**	Zeitdauer =	53,1 Min.
Kosten **37,49 €**			Erlöse =	**42,11 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 7**		**Abrechnung Kunde 7**	
2) Erlöse bzw.	alle LKs zusammen =	**37,49 €**	Zeitdauer =	58,9 Min.
Kosten **37,49 €**			Erlöse =	**46,73 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 8**		**Abrechnung Kunde 8**	
2) Erlöse bzw.	alle LKs zusammen =	**37,49 €**	Zeitdauer =	64,7 Min.
Kosten **37,49 €**			Erlöse =	**51,35 €**
1) Leistungskomplexe	**Abrechnung Kunde 9**		**Abrechnung Kunde 9**	
2) Erlöse bzw.	alle LKs zusammen =	**37,49 €**	Zeitdauer =	70,6 Min.
Kosten **37,49 €**			Erlöse =	**55,98 €**
Gesamterlöse bei Wahlmöglichkeit der Kunden: **291,14 €**	**Gesamterlöse mit Abrechnung nach Leistungskomplexen:**	**337,37 €**	**Gesamterlöse durch Zeitvergütung:**	**337,37 €**

Die Kunden 1 bis 4 würden sich für eine Abrechnung nach Zeitaufwand entscheiden,
Kunde 5 wäre indifferent (seine Kosten wären in beiden Abrechnungssystemen gleich hoch),
die Kunden 6 bis 9 entscheiden sich für eine Abrechnung nach Leistungskomplexen.

3.4 Möglicher Umgang mit den Wechselwirkungen der beiden Abrechnungssysteme durch Anpassung der Vergütungen

Durch die Wahlmöglichkeit der Kunden zwischen der Abrechnung nach Leistungskomplexen und der Abrechnung nach Zeitaufwand kommt es zu deutlichen Einnahmeverlusten bei den Pflegediensten, vorausgesetzt

■ die Preise (bzw. die Punktzahlen und Punktewerte) für die Leistungskomplexe bleiben in der gleichen Höhe wie bisher bestehen

und

■ die Stundensätze werden auf der Basis der jetzigen Kostensituation berechnet, und in einen Stundensatz umgerechnet.

Diese Einnahmeverluste der Pflegedienste müssen ausgeglichen werden.

In einem ersten Schritt sind zunächst beide zur Wahl stehende Vergütungssysteme zusammen wieder auf das gleiche Einnahmeniveau zu bringen, wie vor Einführung der Wahlmöglichkeit für die Kunden.

Im zweiten Schritt sind die Kostensteigerungen für die zu verhandelnde Folgeperiode einzubeziehen. Dazu wird es notwendig sein, ein einheitliches Verfahren zu vereinbaren, welches garantiert, dass tatsächlich alle relevanten Kosten berücksichtigt werden. Diese Voraussetzung ist insbesondere für die nunmehr zu vereinbarende und zur Wahl stehende Vergütung nach Zeitaufwand von großer Bedeutung, da Stundensätze keine Möglichkeit bieten, eventuelle Fehler in der Kalkulation/Berechnung auszugleichen[67]. An dieser Stelle sei auch noch einmal darauf verwiesen, dass selbst im System der Leistungskomplexe kein Spielraum mehr für weitere Korrekturen vorhanden ist, im Gegenteil, es müßte gegengesteuert werden, um ein entsprechend den Anforderungen ausfinanziertes System zu erreichen.

Die Konkretisierung des § 89 SGB XI durch das das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz, das die Vergütung einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen muss, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen, eröffnet darüber hinaus die Chance, in einem dritten Schritt viele der bisher nicht in den Vergütungen berücksichtigten Aufwendungen nunmehr in die Kalkulation und Vergütungsverhandlungen einzubringen. Es handelt sich hierbei vorwiegend um die in Kapitel 2.4 (Seite 21ff.) dargestellten gesetzlichen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung und um die von den Leistungsträgern geforderten administrativen und bürokratischen Maßnahmen.

[67] *Die Grundlagen und die Möglichkeiten der Kalkulation werden ausführlich in den Kapitel 4.1 (Seite 70ff.) und 4.2 (Seite 85ff.) vorgestellt.*

Für alle drei nachfolgenden Schritte können

- die Vergütungen für die Leistungskomplexe

und

- die Vergütung nach Zeitaufwand

in kombinierter Form festgelegt werden.

1.) Festlegen eines hohen Stundensatzes – und moderates Anpassen der Vergütungen für Leistungskomplexe (im Turnus und im Vorgehen wie bisher)

Eine erste (extreme) Lösungsmöglichkeit mündet in folgende Kombination:

- Die Vergütung für die Leistungskomplexe (oder die Höhe der hinterlegten Punktezahlen/Punktwerte) verbleiben in der gleichen Höhe wie bisher oder sie werden lediglich um die in einem Kalkulationsraster entwickelte Kostensteigerung erhöht.
- Die Stundenvergütung wird mit dem in Kapitel 3.3.3 (Seite 55ff.) dargestellten Rechenverfahren so lange angepasst, bis
  - ein Ausgleich der Einnahmeausfälle und
  - eine Berücksichtigung bisher vernachlässigter Kostenfaktoren und von zukünftigen Kostenentwicklungen

  in der beabsichtigten Höhe erreicht ist (s. Seite 65).
  Ergebnis wird ein sehr hoch anmutender Stundensatz sein.

De facto wird dieses Vorgehen zu einer Marginalisierung der Inanspruchnahme der Stundenvergütung führen, auch wenn dessen ungeachtet einige Kunden unabhängig von dem hohen Preis die Abrechnung nach dem Zeitaufwand wählen werden.

2.) Festlegen eines kalkulierten Stundensatzes – und deutliches Erhöhen bei den Vergütungen der Leistungskomplexe

Eine zweite – ebenfalls extreme – Lösung beinhaltet diese Komponenten:

- Die Stundenvergütung ergibt sich aus einem vereinbarten Kalkulationsraster und wird gegebenenfalls um die vereinbarten Kostensteigerungen für die Folgeperiode angepasst[68].
- Die Vergütungen für die Leistungskomplexe werden mit dem in Kapitel 3.3.3 dargestellten Rechenverfahren so lange angepasst, bis
  - ein Ausgleich der Einnahmeausfälle und
  - eine Berücksichtigung bisher vernachlässigter Kostenfaktoren und von zukünftigen Kostenentwicklungen

[68] *Allerdings entsteht durch diese Vorgehensweise der Kalkulation die große Gefahr, dass die Stundensätze (basierend auf dem degenerierten System der Leistungskomplexe, welches sich seit 18 Jahren mit Zeitreduzierung angepasst hat) berechnet würden.*

in der beabsichtigten Höhe erreicht ist.
Im Ergebnis wird ein Großteil der Kunden zukünftig die Stundensätze wählen.

Ergebnis wird sein, dass ein Großteil der Kunden zukünftig die Stundensätze wählen würde. Trotzdem steigen die Erträge für den Pflegedienst und die Kosten für die Leistungsträger wiederum nur in dem vereinbarten Umfang.

3.) Sowohl Zeitvergütung als auch die Vergütungen für Leistungskomplexe werden deutlich angepasst

Eine dritte Möglichkeit stellt die parallele Anpassung der Vergütung nach Zeitaufwand und der Vergütung nach Leistungskomplexen dar. Diese wird aus Sicht des Gutachters für die Kunden am ehesten nachzuvollziehen sein und damit auf die größte Akzeptanz stoßen.
In diesem Modell wäre dem Grundsatz der Wahlfreiheit, welche der Gesetzgeber festgesetzt hat, der größte Raum gegeben.

- Die Vergütungen für die Leistungskomplexe (oder die Höhe der hinterlegten Punktzahlen/Punktwerte) werden prozentual deutlich angehoben – in diesem Fall komplett ohne Bezug zu einer allgemeinen Kostensteigerung.
  Das Erhöhen der Preise für die Leistungskomplexe ist alleine in Kombination mit der deutlich erhöhten Stundenvergütung zu bewerten.
- Die Stundenvergütung wird ebenfalls prozentual deutlich angehoben.
  Die Basis dieser prozentualen Zuschlagskalkulation ergibt sich aus einem vereinbarten Kalkulationsraster.

Dabei ist es sinnvoll, sowohl die Stundenvergütung als auch die Punktwerte um den gleichen oder ähnlichen Prozentsatz zu steigern.
Beide Vergütungen werden so lange gleichzeitig mit dem in Kapitel 3.3.3 dargestellten Rechenverfahren angepasst, bis
- ein Ausgleich der Einnahmeausfälle und
- eine Berücksichtigung bisher vernachlässigter Kostenfaktoren und
- von zukünftigen Kostenentwicklungen in der beabsichtigten Höhe
erreicht ist.

Trotz einer deutlichen Erhöhung der Preise für die Leistungskomplexe und einem scheinbar hohen Stundensatz kommt es strukturell und prinzipiell
a) nur zu einem Ausgleich der ansonsten anfallenden Einnahmeverluste und/oder
b) zu einer Kostensteigerung für die Leistungsträger in einem vorher berechneten und vereinbarten Umfang, wenn die bisher vernachlässigten Kostenfaktoren und zukünftigen Kostenentwicklungen mit in das Rechenmodell einbezogen werden.

Der hier im Gutachten aufgezeigte mathematische Effekt, der durch die Wahlmöglichkeit zwischen den Vergütungssystemen und den dadurch bedingten Mitnahmeeffekten der Kunden bedingt ist, wird nichtsdestotrotz schwer zu vermitteln sein.

3.5 Folgen und Gefahren einer zu geringen Vergütung bei den Stundensätzen

Zu niedrige Stundensätze müssen zwangsläufig zu ungewollten Fehlentwicklungen in den ambulanten Pflegediensten und/oder zu einer Verschlechterung der Pflegequalität führen.

Wie schon mehrfach ausgeführt, ist es bei zu niedrigen Stundensätzen nicht möglich, die zu hohen Kosten bei der Leistungserbringung in der Vergütung nach Zeitaufwand zu kompensieren, indem z.B. die Pflegezeiten wie bei den Leistungskomplexen gekürzt werden.

Die Pflegedienste werden gezwungen, in der Praxis – ähnlich wie in der Vergangenheit bei der erlös-orientierten Personal-Einsatz-Planung – wiederum Wege suchen, die beschriebenen betriebswirtschaftlichen Gefahren zu vermeiden oder zu umgehen.

Aufgrund von Kenntnissen aus der Beratung von über 600 Pflegediensten und aus der Diskussion mit mehr als 20.000 Seminarteilnehmern in über 21 Jahren Berufstätigkeit weiß der Gutachter, dass sich die Praxis immer wieder „ihren Weg suchen“ wird und mit einer Umsetzung ungenügend ausgehandelter Rahmenbedingungen sehr gestalterisch umzugehen weiß. Diese „Praxisnähe“ ist natürlich oft gesetzeswidrig und fällt immer auf den Leistungserbringer zurück, da er selbst diese Vergütungsvereinbarung mit den dafür geltenden Qualitätsvereinbarungen und den parallel verhandelten und abgeschlossenen Abrechnungsmodalitäten unterschrieben hat[69].

Die folgende Auflistung möglicher Folgen von nicht korrekt oder zu niedrig abgeschlossenen Vergütungen stellen in keiner Weise Empfehlungen dar!

Mögliche Folgen und Gefahren einer zu niedrigen Vergütung

- Der Druck durch eine zu niedrige Zeitvergütung führt möglicherweise zu Falschabrechnung oder sonstigem Abrechnungsbetrug, indem z.B. Leistungen der Krankenversicherung (SGB V), die in einem Einsatz mit einer Pflege (nach Zeitabrechnung) erbracht werden, nicht zeitlich abgegrenzt und somit doppelt abgerechnet werden.
- Das Wissen um eine zu niedrige Zeitvergütung, die exakt nach Minuten abgerechnet wird, kann zu einer einseitigen und halbherzigen Beratung der Pflegebedürftigen führen und zur Empfehlung einer Leistungserbringung nach Leistungskomplexen. Die Zeitvergütung wird „schlecht geredet“.
- Der Zeitdruck für die Leistungserbringer bei zeitintensiven Pflegebedürftigen, die in der „Leistungskomplexversorgung“ verbleiben

[69] *In Kapitel „Notwendige Klärung von Details vor Abschluss einer “ (Seite 106) wird zu sehen sein, dass in Bremen genau diese Modalitäten nicht im Vorfeld geklärt wurden, sondern erst im Nachhinein in das Vergütungssystem „hineingemogelt“ werden müssen.*

(möchten), führt möglicherweise dazu, dass:
- aktivierende Pflege fast unmöglich wird,
- Prophylaxen vernachlässigt werden und
- die Dokumentation als zeitliche „Restgröße“ unter dem neuen und zusätzlichen Zeitdruck leidet.

- Zu niedrige Vergütungen im SGB XI führen zu Insolvenzen von Pflegediensten. Insbesondere kleine Pflegedienste (mit unter 40 Kunden in der ständigen Versorgung) sind stark gefährdet, da sie
  a) keine ausreichenden Zahlen für die Verhandlungsführung haben,
  b) anteilig hohe Fixkosten haben,
  c) vermutlich eher geneigt sind, bei Druck in Verhandlungen einer vermeintlich auskömmlichen Vergütung schnell zuzustimmen (ohne die Folgen richtig einschätzen zu können) usw.
  Jedoch sind auch große Verbände zusätzlich gefährdet durch neue unzureichende Vereinbarungen über die Höhe von Vergütungen. Wie schon in der Situationsbeschreibung der ambulanten Pflege erwähnt (s. S. 9), betrifft dies auch vor allem die großen frei-gemeinnützigen Träger, welche ihre Mitarbeiter überwiegend tarifgebunden bezahlen.
  Der Gutachter hält ca. 30% bis 40% der Pflegedienste in Deutschland für gefährdet, wenn zu niedrige Stundensätze vereinbart werden.

- Die Honorierung der Pflegefachkräfte, der Pflegekräfte und der Betreuungskräfte steht weiter unter Druck und der Druck wird sich durch zu niedrige Vergütungen noch verschärfen. Den Mitarbeitern werden z.B. Fahrt- und Wegezeiten und Organisationszeiten und sonstige Arbeitszeiten nicht entsprechend arbeitsrechtlicher Vorschriften vergütet. Hier werden Verstöße gegen das Arbeitsrecht und andere Gesetze provoziert[70].

- Die schlechte Bezahlung der Mitarbeiter kann Folge eines unzureichenden Ergebnisses einer Vergütungsverhandlung sein, insbesondere bei nicht tarifgebundenen Pflegediensten. Wie aufgezeigt, gibt es ansonsten keine Variablen mehr, wo Kosten gesenkt werden können. Im Sinne einer Zielkostenrechnung (Target Costing oder auch Erlös-orientierte Einsatzplanung) bleiben die Personalkosten somit weiterhin „Opfer“ einer verfehlten und einer zu wenig selbstbewussten Pflege.
  Die Attraktivität der Pflegeberufe leidet weiterhin und zusätzlich unter solchen (unnötigen) Entwicklungen.

In Ergänzung zu den aufgezeigten Folgen und Gefahren einer nicht kostendeckenden Zeitvergütung sei auf das Kapitel 4.3.4 „Notwendige Klärung von Details vor Abschluss einer “ (Seite 106ff.) verwiesen, wo beschrieben wird, welche zusätzlichen kostenrelevanten Mehraufwendungen in einer korrekten Kalkulation berücksichtigt werden müssen.

[70] *Ohne dass dieses Verhalten hier „entschuldigt“ oder gerechtfertigt werden soll.*

4 Kalkulation und Verhandlung einer Zeitvergütung

In diesem Kapitel werden zunächst die Grundlagen der Kalkulation beschrieben, um auf diesen aufbauend die Möglichkeiten der Berechnung von Zeitvergütungen zu diskutieren.

Weiterhin erfolgen wichtige Aussagen zur Einbeziehung der Elemente Unternehmerlohn, Wagniszuschlag und Gewinn in die Kalkulation.

Zwei vom Aufbau her unterschiedliche Kalkulationsmodelle werden vorgestellt.

In einem gesonderten Schritt werden Wege-/Hausbesuchspauschalen im Rahmen einer Zeitvergütung diskutiert.

In Verhandlungen werden künftig nur noch die Kalkulationsraster selbst verhandelt werden können.
Weiterhin wird diskutiert, was in Einzel-, Gruppen- oder landesweiten Verhandlungen berücksichtigt werden muss.

Das Erstellen der Kalkulationen für die neuen Zeitvergütungen selbst muß vor Ort für die Pflegedienste erfolgen. Die Ergebnisse dieses Einfüllens von Zahlen sind nicht weiter verhandelbar.

Grundsätzlicher einführender Hinweis

Alle nachfolgenden Berechnungen enthalten realitätsnahe **Beispielzahlen**, um aufzuzeigen, welche Möglichkeiten der Kalkulation bestehen. Auf keinen Fall sollen mit den Darstellungen Ergebnisse impliziert werden. Jeder Pflegedienst wird eine Kalkulation individuell bezogen auf den eigenen Pflegedienst erstellen müssen.
Die Beispielberechnungen dienen der schematischen Darstellung der Vorgehensweise von Kalkulationen oder Berechnungen von Stundensätzen.

4.1 Grundlagen der Kalkulation von Stundensätzen im SGB XI

Nach dem Festlegen einiger grundsätzlicher Regeln zur Kalkulation von Stundensätzen werden die weiteren Komponenten einer Stundensatzkalkulation aufgezeigt. Hierbei handelt es sich um folgende Schritte:

- Differenziertere Erfassung und Auswertung der Personalkosten
- Ermittlung und Auswertung der Zusammensetzung der Anwesenheitszeiten
- Ermittlung von relevanten Zeiten für die Kalkulation
- Klärung der Frage, ob Mischkalkulationen oder differenzierte Stundensätze nach Qualifikationen anzustreben sind?
- Wichtige Hinweise, um mathematische, systematische und logische Fehler bei der Berechnung von Stundensätzen zukünftig zu vermeiden

Zunächst werden grundsätzliche Regeln aufgestellt, die bei jeder Kalkulation beachtet werden müssen.

Einleitend sei erwähnt, dass diese Grundregeln - genauso wie die Voraussetzungen für die Berechnungen zu den Wechselwirkungen der Vergütungssysteme - nur von den wenigsten Pflegediensten zu leisten oder zu erfüllen ist.

Grundsätzliche Regeln für alle Kalkulationsmodelle

mit Anmerkungen

1.) Kalkulationen sollten immer für ein ganzes Kalenderjahr durchgeführt werden.

Unterjährige Betrachtungen, z.B. für ein halbes Jahr, beinhalten zu viele Möglichkeiten für Rechenfehler z. B. aufgrund einmaliger Kosten. Beispielswiese finden Abschreibungen, Rückstellungen für Über-/Mehrstunden, Rückstellungen für nicht genommenen Urlaub oder andere Rückstellungen keine (angemessene) Aufnahme in die Kalkulation. Auch andere Themen im Zusammenhang mit der Jahresabgrenzung von Kosten können nur nicht zufriedenstellend berücksichtigt werden.

2.) Die Ergebnisse der Kalkulation des Bezugszeitraumes (z.B. für das Jahr 2012) sind mit den wahrscheinlichen Kostensteigerungen auf die Folgejahre (z.B. 2013) hochzurechnen (z.B. + 2,7%).

Gegebenenfalls können unterschiedlich differenzierte Ansätze gewählt werden:
a) jede einzelne Kostenart wird für die Folgeperiode hochgerechnet,
b) die Personalkosten und die Sachkosten werden getrennt in die Hochrechung einbezogen, oder
c) die Gesamtkosten werden insgesamt mit einem gemischten Steigerungsfaktor versehen.

3.) In einem Kalkulationsmodell zur Berechnung der Stundensätze für den Leistungsbereich SGB XI dürfen keine Investitionskosten gemäß § 82 Abs. 2 SGB XI beinhaltet sein.

Das lässt sich auf zweierlei Weise erreichen:
a) Die Investitionskosten gemäß § 82 Abs. 2 SGB XI werden von Beginn an nicht in die Kalkulation der Stundensätze für den SGB XI einbezogen, oder
b) die Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 werden analog den anderen Leistungsbereichen (SGB V, SGB XII und den Privatzahlern) in die Berechnung einbezogen, vor der Fertigstellung der eigentlichen Kalkulation SGB XI jedoch wird von dem errechneten Stundensatz der Anteil der Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI abgezogen.

4.) Stundensätze sollten nach Qualifikationen differenziert werden.

Die Differenzierung der Stundensätze nach der Qualifikation der Mitarbeiter erlaubt es, verschiedene Leistungsarten nach dem Anteil der Qualifikationen gesondert zu berechnen, so zum Beispiel für die Leistungen Grundpflege, Hauswirtschaft oder Betreuung.

5.) Kalkulationsmodelle benötigen als Grundlage für die Berechnung eines Stundensatzes im SGB XI eine differenzierte Zeiterfassung[71].
Basis dieser Zeiterfassungen ist eine differenzierte Personal-Einsatz-Planung und die tägliche minutengenaue Kontrolle und damit eine Erfassung.
Erstes Ergebnis ist eine Differenzierung der Anwesenheitszeiten der Mitarbeiter (B) in Netto-Kunden-Zeiten (D) und in die Organisationszeiten und Fahrt- und Wegezeiten.
Die Netto-Kunden-Zeiten (D) lassen sich dann noch einmal auf die Leistungsbereiche (SGB V, SGB XI, SGB XII und bei die Privatzahler) verteilen, die Organisationszeiten und die Fahrt- und Wegezeiten lassen sich nicht verteilen.
Die Zeitwerte für einzelne Leistungen oder Leistungskomplexe können über eine retrograde Methode mit EDV-Unterstützung errechnet werden (siehe Anlagen „Darstellung der Möglichkeiten zur Ermittlung von Zeiten aus Leistungskomplexen mit mobiler Datenerfassung oder korrigierter Personal-Einsatz-Planung auf Papier“, Seite XIV).

6.) Um die Wechselwirkungen der beiden Vergütungssysteme in Verhandlungen zukünftig berücksichtigen zu können bedarf es
a) zunächst einer Berechnung der Wechselwirkungen und
b) einer Entscheidung und einem Konsens, welches Kalkulationsmodell als Grundlage für die Weiterberechnung unter Punkt a) verwendet werden soll?
Die Möglichkeiten sind folgende:
1.) Festlegen eines hohen Stundensatzes – und moderates Anpassen der Vergütungen für Leistungskomplexe (im Turnus und im Vorgehen wie bisher)
2.) Festlegen eines kalkulierten Stundensatzes – und deutliches Erhöhen der Vergütungen der Leistungskomplexe
3.) Anpassung der der Zeitvergütung sowie der Vergütungen für die Leistungskomplexe
Sie werden auf Seite 65ff. weitergehend beschrieben.

7.) Die mathematischen Fehler der Vergangenheit[72] dürfen nicht fortgeschrieben werden. Es bedarf eines neuen Denkansatzes.

Besondere Regeln, Hinweise und Erkenntnisse für die Kalkulation von Stundensätzen

8.) Kalkulationsmodelle stellen den Status quo der Kosten je Leistungsstunde (oder dessen Hochrechnung) dar, unter dem Einfluss einer Anpassung der Kosten über einen Zeitraum von 18 Jahren, wie sie ab Seite 24ff. beschrieben ist. Bei der Neuaufstellung der Vergütungssysteme unter Einbeziehung der Wechselwirkungen sind bisher noch nicht berücksichtigte Aspekte wie gestiegene Qualitätsanforderungen und administrative Tätigkeiten einzubeziehen.

[71] *Die differenzierte Zeiterfassung und -auswertung muß den Anteil der Zeiten für die vier Leistungsbereich (= Kostenstellen) SGB V, SGB XI, SGB XII und bei den Privatzahlern berücksichtigen.*
[72] *Siehe hierzu den Absatz „Mathematische, systematische und logische Fehler bei der Berechnung von Stundensätzen zukünftig vermeiden“, Seite 80.*

9.) Das Ergebnis der Berechnung eines Stundensatzes auf Basis eines ausgehandelten Kalkulationsrasters (inklusive der Hochrechnungen für das Folgejahr) ist nicht verhandelbar, da es sich um die Echtzahlen des jeweiligen Pflegedienstes handelt, Spielräume bestehen hier nicht.

In der Vergangenheit wurden die Preise bzw. Punktwerte pauschal für alle Pflegedienste ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Entwicklung der Kosten fortgeschrieben. In dem bisherigen System konnte das insoweit aufgefangen werden, indem die Personalkosten und Sachkosten auf ein Minimum gesenkt und darüber hinaus die den Leistungskomplexen hinterlegten Zeitwerte über die Jahre reduziert wurden.
Grundlage von Verhandlungen können zukünftig nur noch die jeweiligen Aufwendungen der Pflegedienste sein. Diese sind entsprechend der Intention des Gesetzgebers in § 89 SGB XI auf der Grundlage einheitlicher Grundsätze, dies schließt ein einheitliches Kalkulationsmodell ein, zu vereinbaren. Bei dem Ergebnis gibt es keine weiteren Verhandlungsspielräume mehr.

10.) Die Wahl des Kalkulationsrasters ist nicht entscheidend.
Kalkulationsmodelle unterscheiden sich gegebenenfalls im dafür notwendigen Aufwand. Die Ergebnisse sind jedoch vergleichbar.

11.) Die Kalkulationsmodelle für Stundensätze lösen nicht die Frage, wie im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes [PNG] mit den Wechselwirkungen der beiden Systeme
a) Abrechnung nach Leistungskomplexen und
b) Abrechnung nach Zeitaufwand
umzugehen ist.
Kalkulationsmodelle als alleinige Grundlage zur Bestimmung eines künftigen abzurechnenden Stundensatzes, welcher neben den Leistungskomplexen zur Wahl steht, sind daher nicht geeignet. Vielmehr müssen die Stundensätze als Ergebnis des gewählten Kalkulationsmodells noch um die Wechselwirkungen und Mitnahmeeffekte korrigiert und ergänzt werden.

Es folgen nun die eingangs angesprochenen Komponenten einer Stundensatzkalkulation.

Differenziertere Erfassung und Auswertung der Personalkosten

Die Personalkosten der Mitarbeiter, welche in der Pflege, der Hauswirtschaft oder der Betreuung zum Einsatz kommen, sollten in Qualifikationen aufgeteilt werden.

Eine Unterteilung könnte z.B. erfolgen in
- Pflegefachkräfte,
- Pflegekräfte und
- Pflegehilfskräfte[73].

In Berlin wird derzeit nur unterschieden in Pflegefachkräfte und Pflegekräfte.

Alternativ kann eine Differenzierung aber auch erfolgen in:
- Pflegefachkräfte [mit mind. 3-jähriger Ausbildung]
- Pflegekräfte ["Helferinnen", mit 1-jähriger Ausbildung]
- Hilfskräfte oder Pauschalkräfte
- sonstige Mitarbeiter

Nicht sachgerecht wäre jedoch eine Differenzierung z.B. in:
- Pflegefachkräfte
- Pflegekräfte
- Hauswirtschaftskräfte
- Mitarbeiter im Betreuungsdienst

Mit dieser Aufteilung kann nicht gewährleistet werden, dass alle diesen Kategorien zugeteilten Mitarbeiter auch tatsächlich in dem so bezeichneten Leistungsbereich zum Einsatz kommen[74].

Die Entscheidung über die Differenzierung und Bezeichnung der Qualifikationen sollte den Verhandlungspartnern obliegen. Um Vergleiche auf regionaler oder sogar landesweiter Basis zu ermöglichen und um ggf. Vergleichswerte zu entwickeln, sollte ein möglichst breiter Konsens hergestellt werden, um einheitliche Kalkulationsraster zu entwickeln.

[73] *siehe: Heiber, Andreas; Nett, Gerd: Kostenrechnung und Preiskalkulation, Stundensätze richtig kalkulieren. Vincentz Network, Hannover, 2013.*
[74] *Insbesondere die Pflegekräfte, die Hauswirtschaftskräfte und die Betreuungskräfte können durchaus allesamt wahlweise oder überschneidend in der Betreuung, der Hauswirtschaft oder der Pflege zum Einsatz kommen, wenn die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben und Bedingungen eingehalten werden.*

Ermittlung und Auswertung der Zusammensetzung der Anwesenheitszeiten in Pflegezeiten, Organisationszeiten und Fahrt- und Wegezeiten

Bis zu 80% der Kosten eines ambulanten Pflegedienstes sind Personalkosten. Personalkosten entstehen durch den Verbrauch von Arbeitszeit.

Die wichtigste Möglichkeit, auf das Betriebsergebnis einzuwirken, geht über die Steuerung und die Kontrolle der verbrauchten Zeit der Pflege-Mitarbeiter.

Wirtschaftliche Betriebsführung bedeutet, unter Berücksichtigung aller qualitativen und administrativen Anforderungen, möglichst viel Zeit für die eigentliche Aufgabe, nämlich die Pflege, die Hauswirtschaft oder die Betreuung zur Verfügung zu stellen. Für eine Beurteilung von wirtschaftlichem Handeln muss die Arbeitszeit der Mitarbeiter auf verschiedenen Ebenen betrachtet werden.

Folgende strukturelle Darstellung der Zusammensetzung von Arbeitszeit wird die Grundlage für die später folgenden Diskussionen und Stundensatzberechnungen sein. Darin werden die verschiedenen Ebenen der Betrachtung mit Buchstaben bezeichnet.

Abbildung 14: Struktur der Kosten und der Erlöse eines ambulanten Pflegedienstes mit gemischtem Leistungsspektrum

Die Zusammensetzung von Arbeitszeit in der ambulanten Pflege

	+	SGB XI (weiter unterteilt in Pflegestufen - oder in Grundpflege, Hauswirtschaft und Häusliche Betreuung)	ca. 55%		
	+	SGB V	ca. 25%		
	+	SGB XII	ca. 15%		
	+	Privat	ca. 5%		
D	**=**	**Reine Netto-Pflege-Zeit für die Patienten**	**100%**		**ca. 66%**
	+	**Fahrtzeiten bzw. Wegezeiten**		**+**	**ca. 25%**
C	**=**	**Einsatz-Zeit = Kalkulationsbasis**			
	+	**Organisationszeiten**		**+**	**ca. 8%**
B	**=**	**Anwesenheits-Zeit**		**=**	**100%**
	+	Erholungsurlaub			
	+	Gesundheitsbedingte Ausfälle			
	+	Externe Fort- / Weiterbildung, Bildungsurlaub, Qualifizierung			
	+	sonstige Ausfallzeiten			
A	=	**Normale vereinbarte (Jahres-)Arbeitszeit**			

In der Abbildung addieren sich die verschiedenen Zeitebenen, mit denen später die Stundensatzberechnungen erfolgen.

Die Addition der erfassten Zeiten erfolgt in der Praxis im Idealfall durch eine Erfassung und Auswertung aller Zeiten mit EDV-Unterstützung.

Ermittlung von Zeiten für eine spätere Kalkulation

Die Erfassung beginnt bei den direkten Zeiten bei den Kunden. Die Zeit zwischen dem Öffnen und Schließen der Haustür ist die so genannte reine **Netto-Zeit für die Kunden = Ebene D**.

✚ Die Zeiterfassung stellt sicher, dass die Zeiten zwischen „Haustür schließen“ und dem „Öffnen der nächsten Haustür“ ermittelt werden können. Es handelt sich um die Fahrt- und Wegezeiten. Diese werden zu den Netto-Kunden-Zeiten addiert, und es lassen sich die

Einsatzzeiten der Mitarbeiter = Ebene C
ermitteln.

✚ Darüber hinaus werden von den Mitarbeitern Arbeitszeit für Organisation und Koordination[75] von Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung eingesetzt. Zusammen mit den Einsatzzeiten der Mitarbeiter (C) ergibt sich die

Anwesenheitszeit aller Mitarbeiter = Ebene B.

Diese bis zur Ebene B differenzierte Erfassung[76] und Auswertung der Zeit ist zwingend notwendig, um alle weiteren Berechnungen und Kalkulationen vornehmen zu können.

In den Berechnungen kann jedoch noch weiter addiert werden, um mit der dann abschließend ermittelten Stundenzahl z.B. den Wert der Rückstellungen[77] zu ermitteln:

✚ 1) Zeiten für Krankheit oder sonstige gesundheitsbedingte Ausfallzeiten,
2) Zeiten für externe Fortbildung (bei Ausfall von ganzen Tagen)[78],
3) Zeiten für Erholungsurlaub und für tatsächlich genommenen Bildungsurlaub,
4) sonstige Ausfallzeiten und Sonderurlaub (z.B. Umzug, Todesfall o.ä.)
werden ebenfalls erfasst (z.B. in der Personalabteilung in der Lohnbuchhaltung), und führen in der Summe zu der

Gesamten bezahlten Arbeitszeit = Ebene A.

[75] *Die Organisationszeiten werden ausführlicher auf Seite 26ff. definiert*
[76] *Nicht akzeptabel als Basis für eine Stundensatzkalkulation sind geschätzte Werte oder Zahlen, die einem theoretischen Modell entnommen werden!*
[77] *für Über- oder Mehrstunden und für nicht genommenen Urlaub*
[78] *Fortbildungszeiten z.B. im Rahmen von Dienstbesprechungen werden zu den Organisationszeiten gerechnet.*

Die Differenz zwischen den bezahlten Arbeitsstunden (A) und der Anwesenheitszeit (B) und insbesondere die Krankheitszeiten können meist nicht unter dem Gesichtspunkt oder der Frage nach wirtschaftlicher Betriebsführung betrachtet werden. Diskutabel sind möglicherweise die Zeiten für Urlaub oder für Fortbildung. Hier können gegebenenfalls festgelegte
a) Höchstgrenzen (im Sinne von Wirtschaftlichkeit)
vereinbart werden, aber auch
b) Mindestzeiten im Sinne der Qualitätssicherung und der mitarbeiterorientierten Personalentwicklung und zur Schaffung attraktiver Arbeitsplätze in der Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung.

Diese Festlegungen gehören zu den Aspekten, die vor einer Verhandlung von Stundensätzen erfolgen und die in einem einheitlichen Kalkulationsraster berücksichtigt werden müssen.

Differenzierung der Stunden

A = bezahlte Arbeits-Stunden (inkl. Urlaub und Krankheit)

B = Anwesenheits-Stunden der Mitarbeiter

C = Einsatz-Stunden der Mitarbeiter (ohne Organisationszeiten, jedoch mit Fahrt- und Wegezeiten)

D = direkte Zeit beim Kunden bzw. Pflegebedürftigen

Die Anwesenheitszeit (B) und die gesamte Arbeitszeit (A) stehen weitgehend allen Pflegediensten als Informationen zur Verfügung.

Zu den sehr differenzierten Auswertungen von der Ebene D bis zur Ebene B sind schätzungsweise nur 20% bis 40% der Pflegedienste in Deutschland in der Lage.

Diese Pflegedienste erfassen die Arbeitszeiten differenziert anhand der korrigierten und von den Mitarbeitern zurückgegebenen Einsatzpläne (auf Papier)[79]. Die Erfassung ist nicht zwingend gleichzusetzen mit einer Auswertung. Zudem sind Auswertungen in der Praxis oft fehlerbehaftet.

Für Kalkulationen und für das Führen von Verhandlungen anhand echter Zahlen bedarf es einer exakten, differenzierten und dauerhaften Erfassung der Arbeitszeiten aller Mitarbeiter. Es sind tendenziell eher die kleinen und sehr kleinen Pflegedienste, die fast keine Erfassungen und Auswertungen zur Verfügung haben.

[79] *Nur ca. 10% der Pflegedienste in Deutschland arbeiten mit mobilen Erfassungsgeräten (PDAs oder MDAs o.ä.). Mit mobiler Datenerfassung können die hier dargestellten Anforderungen weitgehend problemlos erfüllt werden. Allerdings gibt es selbst bei mobiler Datenerfassung auch Anwenderfehler, oder es entsteht zusätzlicher Aufwand durch fehlende Funkverbindungen. Insgesamt machen die mobilen Geräte die Erfassung nicht unbedingt schneller, sie schaffen jedoch eine höhere Wahrscheinlichkeit, die notwendigen Daten zu erfassen.*

Ohne diese Daten und Informationen lassen sich, wie später zu sehen sein wird, Stundensätze nur sehr bedingt und damit unzureichend ermitteln oder kalkulieren.

Eine differenzierte Erfassung der Arbeitszeiten ist, auch mit dem Einsatz von EDV und mobilen Erfassungsgeräten, sehr arbeitsaufwendig und Teil der zunehmenden ausufernden Bürokratie. Entweder erfüllen Pflegedienste diese Anforderungen, um später bei Kalkulationen und Verhandlungen geeignete Zahlen zur Verfügung zu haben und haben damit eine erhöhte Verwaltungsquote – oder sie unterlassen die Erfassung und Auswertung aus Kostengründen. In einigen fehlt für die Umsetzung einer sachgerechten Erfassung und Auswertung auch schlichtweg das dafür notwendige Personal in Verwaltung und Leitung.

Eine weitere notwendige Entscheidung für das Festlegen einheitlicher Kalkulationsraster ist die Frage,
▶ ob eine Mischkalkulation für die Stundensätze zum Ansatz kommt,
oder
▶ ob den Kunden Stundensätze differenziert nach Qualifikationen angeboten werden sollen.

Dem schließt sich die Frage an, ob die Zeitvergütungen nach den Leistungsbereichen Pflege, Hauswirtschaft oder Häusliche Betreuung differenziert werden sollen.

Die Diskussion soll in Stichworten in Form einer Tabelle geführt und zusammengefasst werden.

Mischkalkulationen oder differenzierte Stundensätze nach Qualifikationen?

Tabelle 3: Abwägen von differenzierten Preisen oder einer Mischkalkulation

	Differenzierte Preise nach Qualifikationen	Mischkalkulationen	
		unabhängig von Qualifikation, jedoch nach Leistungsarten	unabhängig von Qualifikationen und Leistungsarten
Beispiele	▪ **Examinierte Pflegefachkräfte** kosten **43,00 Euro** pro Stunde, ▪ **Pflegekräfte** kosten **38,00 Euro** pro Stunde. ▪ **Sonstige Hilfskräfte** kosten **28,00 Euro** pro Stunde.	▪ Eine **Stunde in der Pflege** kostet **41,00 Euro**. ▪ Eine **Stunde in der Hauswirtschaft** kostet **29,00 Euro**. ▪ Eine **Stunde an Betreuungsleistungen** kostet **34,00 Euro**.	▪ Die **Stunde einer Mitarbeiterin** kostet **40,00 Euro**.
Konsequenzen, Fragen und Vor- und Nachteile	🙁 Der Aufwand, diese zusätzliche Differenzierung von Stundensätzen neben den Preisen für Leistungskomplexe zu beraten und zu vermitteln (in Erstgesprächen oder auch im Laufe der Beratungen) dürfte deutlich an die Grenzen der Machbarkeit stoßen lassen und das beabsichtigte Ziel der Transparenz konterkarieren. 🙁 Die Kunden oder Leitungsträger greifen mit der zusätzlichen Wahl- oder Mitbestimmungsmöglichkeit in die Touren- und Personal-Einsatz-Planung ein, und erhöhen damit die Kosten (durch eine dadurch entstehende) ineffiziente Tourenplanung. 🙁 Der fachliche Aspekt muß ebenfalls berücksichtigt werden, denn die Pflegedienstleitung ist verantwortlich für die Qualität der Leistungserbringung: Wenn sie aufgrund der Wünsche der Kunden (zu sparen), Mitarbeiter mit nicht ausreichender Qualifikation zum Einsatz bringt, so führt dies zu Qualitätseinbußen, die letztlich zulasten des Pflegedienstes gehen. 🙁 Eine weitere interessante Frage für Pflegedienste in Baden-Württemberg ist, wie zukünftig eine Stundenvergütung realisiert werden soll? In BW werden bisher als einzigem Bundesland Leistungskomplexe je nach Qualifikation mit drei verschiedenen Preisen angeboten. Insofern sind Pflegedienste in BW fast gezwungen aufgrund des bisherigen Systemsund und um den direkten Vergleich in den Angeboten zu ermöglichen, auch bei einer Zeitvergütung drei verschiedene Stundensätze anzubieten.	● Kleine Spielräume oder Gestaltungsmöglichkeiten sind nach einer Verhandlung bzw. nach der Festlegung des Preises möglich, nämlich dann, wenn Personalqualifikationen vorgenommen werden. ●	🙂 Wenn bei der Wahl zwischen einer Vergütung nach Leistungskomplexen und einer Vergütung nach Zeit nur ein Stundensatz angeboten wird für alle Leistungsarten, wäre dies bzgl. des Beratungsaufwands vertretbar. 🙂 Ein einziger Stundensatz würde einer flexiblen und einer ganzheitlichen Leistungserbringung entsprechenden Touren- und Personal-Einsatz-Planung Rechnung tragen. 🙂 Die Preisgestaltung führt zu einer ganzheitlicheren Versorgung der Kunden, die sich meist nur eine oder wenige Bezugspersonen wünschen. ● Größere Spielräume oder Gestaltungsmöglichkeiten sind nach einer Verhandlung bzw. nach der Festlegung des Preises möglich, nämlich dann, wenn Personalqualifikationen vorgenommen werden.

Wichtiger Hinweis: Dargestellt sind **Beispiele**, jedoch ohne Berücksichtigung
- des Zuschlags aufgrund der Wechselwirkungen,
- der bisher nicht berücksichtigten Kostenfaktoren und
- ohne eine Fortschreibung der zukünftigen Kostenentwicklungen.

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte müssen die dargestellten Beispielzahlen deutlich höher ausfallen.

Mathematische, systematische und logische Fehler bei der Berechnung von Stundensätzen zukünftig vermeiden

Die meisten bisher verwendeten Kalkulationsmodelle gehen auf ein Rechenmodell der KGST[80] zurück. Dieses basiert bei den Personalkosten auf den Annahmen einer Vollzeitstelle und den damit verbundenen Durchschnittskosten. Für die Sachkosten und die „Overheadkosten“ wurden Zuschläge addiert. Dividiert wurden die Gesamtkosten durch eine modellhaft ermittelte angenommene Anzahl an Stunden.

Dieses Modell ist in seiner Umsetzung für Pflegedienste mit gravierenden mathematischen, systematischen und logischen Fehlern behaftet.
Unabhängig davon dient dieser Ansatz bis zum heutigen Tag als Grundlage der Kalkulation bzw. der Vergütungsverhandlungen.

Dieses Denkmodell soll hier durch die Offenlegung seiner Schwachstellen und Fehler in Frage gestellt und durch einen neuen einfacheren und realitätsnahen Ansatz ersetzt werden.

Abbildung 15: Berechnung der Stunden anhand eines Modells in Anlehnung an frühere KGST-Studien

Berechnung der Jahresarbeitsstunden eines ambulanten Pflegedienstes
anhand eines Beispiels (bezogen auf ein Jahr) in Anlehnung an KGST
1) für eine fiktive Vollzeit-Mitarbeiterin - und
2) für alle Mitarbeiter ohne Differenzierung nach Qualifikationen

	Modell	
	Fiktive Vollzeit-Mitarbeiterin***	
	= multipliziert mit 7,7 Std./Tag	
	in Tagen	**in Stunden**
Tage pro Jahr	365,0 Tage	2.810,50 Std.
- Tage an Wochenenden	104,0 Tage	800,80 Std.
es verbleiben	261,0 Tage	**2.009,70 Std.**
- durchschnittliche Anzahl der Feiertage, die nicht auf ein Wochenende fallen (abhängig vom Bundesland)	11,0 Tage	**84,70 Std.**
A = Normale vereinbarte (Jahres-)Arbeitszeit	250,0 Tage	**1.925,00 Std.**
- Erholungsurlaub	30,0 Tage	**231,00 Std.**
- Gesundheitsbedingte Ausfälle*	14,9 Tage	**114,73 Std.**
- Externe Fort- / Weiterbildung, Bildungsurlaub, Qualifizierung	4,3 Tage	**33,11 Std.**
- sonstige Ausfallzeiten**	0,8 Tage	**6,16 Std.**
B = Anwesenheits-Zeit	200,0 Tage	**1.540,00 Std.**
- Koordinations- und Organisations-Zeiten / interne Fortbildung		Weiter-Berechnung mit fiktiven Annahmen oder mit Hilfe einer Hochrechnung
C = Einsatz-Zeit = Kalkulationsbasis		
- Fahrtzeiten bzw. Wegezeiten		
D = Reine Netto-Pflege-Zeit für die Patienten		

Anmerkungen:
* Krankheit, Schwangerschaft, Reha-Mitarbeiterßnahmen, Kuren, Krankheit des Kindes (wenn > 10 Tage) usw.
** Sonderurlaub bei Hochzeit Todesfall Umzug usw., Betriebsrat/MAV, usw.
*** Vollzeit definiert als 38,5 Std./Woche (in den neuen Bundesländern: 40,0 Std./Woche)
**** hier wiederum noch eine weitere Differenzierung in Pflegestufen (oder in Pflege und in Hauswirtschaft); inkl. den Beratungsgesprächen nach § 37 Abs. 3 SGB XI

SGB XI****
SGB V
BSHG
Privat
"nicht abr. Leistungen"

Hinweis: Die Weiterberechnung auf die Ebenen C und D erfolgte nicht (deshalb hier ausgeblendet)

[80] *Die Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung veröffentlicht seit dem Jahr 1971 eine Serie mit dem Titel „Kosten eines Arbeitsplatzes: Stand ... ; einschließlich aktualisierter Sachkostenpauschale“. Auf diese (fast) jährlichen Berichte stützten sich die ersten Überlegungen Anfang der 90-er Jahre vor Einführung der Pflegeversicherung. Seit dieser Zeit hat sich an der Grundsystematik nichts geändert, obwohl die Voraussetzungen und die Übertragbarkeit des Modells für ambulante Pflegedienste nie gegeben waren.*

Vorangestellte Darstellung zeigt ein Modell der Berechnung der Jahresarbeitsstunden eines ambulanten Pflegedienstes, welches an die Vorgaben der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGST) anlehnt. Die Vorgaben der KGST gehen von einer Vollzeitarbeitskraft mit 38,5 Wochenstunden aus.

Es erfolgt immer eine Berechnung auf Basis einer Vollzeitstelle. Diese Vorgehensweise birgt viele Fehlerquellen, drei davon sind besonders kritisch zu betrachten:

- Teilzeitkräfte und andere Mitarbeiter mit flexiblen Stundenumfängen (u.a. mit Über- oder Mehrstunden – oder ausgezahlte Stunden) lassen sich nicht eindeutig umrechnen.
- Meist werden die alle im Pflegedienst eingesetzten Qualifikationen in diese Vollzeitstelle umgerechnet. Insofern handelt es sich dann um eine Mischkalkulation.
- Es gibt keine eindeutige und einheitliche Definition, mit welchem Stundenumfang eine Vollzeitstelle zu definieren ist. Dies variiert in und zwischen den Bundesländern und Trägern. Selbst innerhalb eines Pflegedienstes kann es unterschiedliche Modelle geben[81].

Abhängig von der Dienstorganisation (5-, 5,5- oder 6-Tage-Woche), dem Bundesland, dem Träger und anderen individuellen Gegebenheiten werden in der Darstellung zunächst die Wochenenden und die Feiertage von der Gesamtanzahl der Tage subtrahiert, im Ergebnis wird in der Ebene A die normale vertraglich vereinbarte (Jahres)Arbeitszeit in Stunden ausgewiesen.

Im nächsten Schritt werden anhand tatsächlicher Zahlen und/oder anhand fiktiver Annahmen die Ausfallzeiten subtrahiert, im Ergebnis in der Ebene B die Anwesenheitszeit der Mitarbeiter in Stunden ausgewiesen.

Im Vorfeld der Einführung der Pflegeversicherung wurde sehr oft von 1.567,7 Std. pro Jahr und Vollzeitstelle gesprochen – oder noch bekannter ist die Zahl 1.540 Std. pro Jahr und Vollzeitstelle.

Die auf den KGST-Gutachten basierenden Kalkulationen rechnen immer nur fiktiv bis zu den B-Stunden. Die B-Stunden sind jedoch gar nicht relevant für eine richtige Stundensatzkalkulation, sie sind der falsche Divisor, und führen später zu deutlich zu niedrigen Stundensätzen.

Im nächsten anschließenden Schritt wurden in der Vergangenheit die (gemischten) Personalkosten aller Mitarbeiter und aller Qualifikationen (umgerechnet auf eine Vollzeitstelle) ermittelt.
Das waren zum Beispiel 62.370 DM pro Vollzeitstelle.

Hinzu addiert wurden 12.474 DM an Sachkosten und Overheadkosten.

[81] *Z.B. wenn Mitarbeiter mit älteren Verträgen 40,0 Stunden pro Vollzeitstelle definiert haben, und hinzugekommene Mitarbeiter z.B. einen Vollzeitumfang von 39,0 oder 39,5 Stunden pro Woche besitzen.*

Das Ergebnis waren 74.844 DM pro Jahr und Vollzeitstelle.

Diese Kosten wurden nun durch die Anwesenheitsstunden (= Ebene B) dividiert, z.B. durch 1.540 Std. (pro Jahr). Das Ergebnis waren 48,60 DM.

Dies war der errechnete Stundensatz (z.B. in Niedersachsen) bei Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995.

Noch heute – im Jahr 2013 – gilt dieser Stundensatz weiter!

Es wurden lediglich im Jahr 2002 die Beträge von DM in €uro umgerechnet, ansonsten gab es einige wenige Punktwertanpassungen und kleine Systemwechsel, aber grundsätzlich gelten die Beträge weiter[82].

Das war die Beschreibung des ersten groben mathematischen und logischen Fehlers im bisherigen System.

Richtig wäre es gewesen, die Personalkosten durch die C-Stunden oder durch die D-Stunden zu dividieren, je nachdem ob den Kunden Hausbesuchspauschalen berechnet werden oder nicht.

Die aus dem Modell errechneten Stundensätze mußten nun mit den Leistungskomplexen und deren Inhalten kompatibel gemacht werden. Deshalb wurden bei Einführung der Pflegeversicherung Punktzahlen dem Kalkulationssystem dazwischen geschaltet.

Um den Stundensatz in Punktwerte umzurechnen bediente man sich einer einfachen fiktiven Formel 600 Punkte = 60 Minuten.

Diese Formel wurde nie verbindlich festgehalten oder tatsächlich den auf dieser Grundlage gestalteten und mit Punktzahlen hinterlegten Leistungskomplexen verbindlich zugeschrieben.

Auch hier ein Beispiel: Eine Leistung „Große Pflege“ hatte z.B. 400 Punkte, folglich ging man in der Personal-Einsatz-Planung von folgenden Annahme aus: Die Punktzahl (z.B. 400 Punkte) dividiert durch 10 ergibt einen durchschnittlichen (Zeit) Anhaltswert von 40 Minuten.

Tatsächlich bestätigt der Gutachter (der seit 1991 Sozialstationen und Pflegedienste berät), dass diese Zeiten von den meisten Pflegediensten bei Einführung des Leistungskomplexsystems weitgehend umgesetzt wurden.

Als Reaktion auf die in den Preisen über die Jahre nicht adäquat abgebildeten Kosten für die steigenden Qualitätsanforderungen und den zunehmenden administrativem Aufwand, wurden unter Zuhilfenahme der erlösorientierten Personal-Einsatz-Planung die Zeiten für die Leistungskomplexe im Zeitverlauf immer stärker angepasst, d.h. reduziert.

[82] *Der Leistungskomplex 9 „Hilfen beim Aufsuchen und Verlassen des Bettes“ hat einen Wert von 100 Punkten. Bei einem Punkwert von 0,0424 Euro ergibt sich ein Preis von 4,24 Euro. Umgerechnet auf 600 Punkte sind das 25,44 Euro („pro Stunde“). Zurück gerechnet in DM (x 1,95583) entspricht das einem Wert von 49,76 DM. Das heißt, in 18 Jahren gab es eine Steigerung der Vergütungen um 2,4%.*

So fiel nicht auf, dass durch das Multiplizieren der Stundensätze mit gleichbleibenden Punktzahlen (aber mit stetig sinkenden Zeitwerten) eine Verzerrung in die andere Richtung entstanden ist.

Hier ist der zweite Fehler im System festzustellen: In der Vergangenheit ging man - aus heutiger Sicht - von zu hohen Zeitwerten bzw. von zu hohen Punktwerten aus.

Beispiel: Der Leistungskomplex „Große Pflege“ suggerierte in den Anfängen der Umsetzung der Pflegeversicherung eine durchschnittliche Zeit von 40 Minuten. Meist wurde diese Zeit tatsächlich erbracht, in einigen Fällen jedoch wurden in den 40 Minuten jedoch auch noch Behandlungspflege oder andere kleine Leistungskomplexe des SGB XI erbracht. Die Umsetzung war sehr uneinheitlich in den Pflegediensten.
Heutzutage sind beim Leistungskomplex „Große Pflege“ meist zwischen 20 und 25 Minuten als durchschnittlicher Anhaltswert hinterlegt. Dieser wird addiert mit den hinterlegten Zeiten der anderen Leistungen und Leistungskomplexe, die bei den Einsätzen stattfinden, und führt in der Summe zur Planzeit des Einsatzes.

Die der Vergütung des Leistungskomplexsystems zugrundegelegten Stundenwerte waren durch den ersten Rechenfehler zu niedrig,
die Zeiten (verschleiert durch die Punktzahlen) waren zu hoch.
Deshalb konnten die Pflegedienste mit dem rechnerischen Produkt dieser beiden Fehlberechnungen über die Jahre hinweg finanziell überleben.

Im Laufe der Jahre wurden die Vergütungen fast gar nicht erhöht, die tatsächlichen Kostensteigerungen wurden, anfänglich durch Effizienzsteigerungen und später mehr und mehr durch kontinuierliche Zeitkürzungen der Leistungskomplexe kompensiert.

Wenn nun aber bei einer neuen Kalkulation für eine Vergütung nach Zeit Bezug genommen wird auf die alten „falschen“ Berechnungen mit den B-Stunden, so fehlt die „Korrektur“ des anderen zweiten Fehlers.
Bisher, im Leistungskomplexsystem, konnte über die hinterlegten Zeiten der erste Fehler korrigiert werden. Bei einer Zeitvergütung steht diese Möglichkeit nicht zur Verfügung, denn es muss eine minutengenaue Abrechnung erfolgen.

Deshalb müssen die Stundensätze bzw. die Preise (nicht nur für die Umsetzung des PNG) in der Zukunft vollkommen neu berechnet werden.

Neben diesen zwei sich teilweise kompensierenden Fehlern ist noch ein dritter Punkt deutlich zu kritisieren, die Berechnung und Umrechnung der Jahresarbeitszeit in Vollzeitstellen.
Erste kritische Anmerkungen wurden auf Seite 81 angeführt.

Die Konzeption des Modells einer Vollzeitstelle kommt aus dem stationären Bereich. Da es auch in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 1995, in Ermangelung verlässlicher Zahlen, keine Anhaltszeiten für die Pflegetätigkeiten oder für die Bewohner einer stationären Einrichtung gab, wurden Personalschlüssel eingeführt, die sich an Vollzeitstellen orientierten.
Diese Methode hat bis heute Bestand.

Auf ambulante Pflegedienste ist das nicht übertragbar, hier gibt es
- keine festen Platzzahlen und
- keine festgeschriebenen Zeitwerte.

Die Leistungserbringung muss viel flexibler erfolgen, tägliche ja sogar stündliche Anpassungen sind notwendig. Aus diesem Grund müssen auch die Arbeitszeitmodelle viel flexibler sein.

Die Umrechnung bzw. die Abbildung der besonderen arbeitsvertraglichen Situationen ambulanter Pflegedienste in Vollzeitstellen erschwert die Kalkulation eines Stundensatzes und macht es unmöglich, einheitliche Berechnungsgrundlagen zu entwickeln und zu nutzen, die für alle gleichermaßen Gültigkeit besitzen können.

Die Alternative ist viel einfacher, nämlich die tatsächlichen Gesamtkosten (pro Qualifikation) durch die C- oder die D-Stunden der Mitarbeiter zu dividieren, unabhängig von einer Umrechnung in Vollzeitstellen[83].

Die Umrechnung und Bezugnahme auf eine Vollzeitstelle ist unnötig und **ist** im schlimmsten Fall nochmals **eine dritte mögliche Fehlerquelle in der Berechnung von Stundensätzen.**

Bei der Abrechnung der Leistungen nach tatsächlichem Zeitaufwand wird es in Zukunft nicht möglich sein, die in der Vergangenheit gepflegten Kompensationsmöglichkeiten fortzusetzen.

Deshalb müssen Stundensätze exakt und fehlerfrei kalkuliert sein.

Die aufgezeigten Fehler und Fehlerquellen müssen vermieden werden.

[83] *Zudem ist eine Vollzeitstelle nicht einheitlich definiert. Das Spektrum geht bei den Erfahrungen des Gutachters von 37,5 Std. pro Woche bis zu 40,0 Stunden pro Woche. Teilweise gibt es sogar innerhalb von Einrichtungen unterschiedliche Vollzeit-Definitionen.*

4.2 Möglichkeiten der Kalkulation von Zeitvergütungen

Seit Einführung der Pflegeversicherung kamen mehrere Kalkulationsmodelle zur Anwendung und in die Diskussion.

Sie lassen sich jedoch im Wesentlichen reduzieren auf zwei vom Ansatz her unterschiedliche Modelle, die nachfolgend etwas genauer beschrieben werden.

4.2.1 Zwei grundsätzliche Möglichkeiten der Kalkulation einer Zeitvergütung

Bei der Berechnung eines jetzigen oder zukünftigen Stundensatzes können grundsätzlich zwei unterschiedliche Kalkulationsverfahren zum Ansatz kommen:

a) Kalkulationsverfahren zur alleinigen Kalkulation der Stundensätze im SGB XI

b) Einfaches „ganzheitliches“ Kalkulationsverfahren

In beiden Verfahren kann entweder
▶ mit den tatsächlichen Stunden der Mitarbeiter gerechnet werden
oder
▶ die Personalkosten werden auf ein sogenanntes Vollzeitäquivalent[84] umgerechnet.

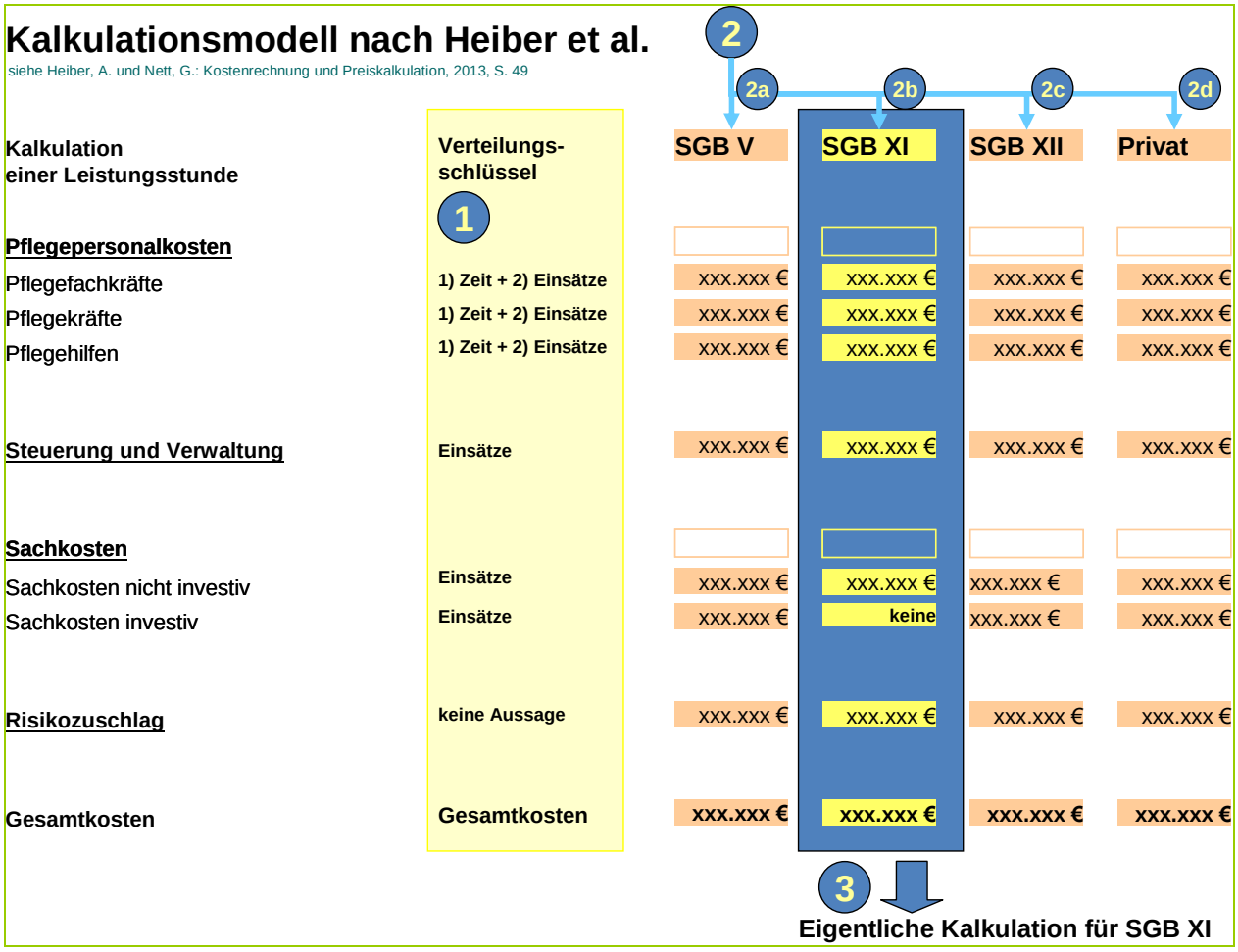
Beide Kalkulationsverfahren sollen hier weitergehend vorgestellt werden.

a) Das differenzierte Kalkulationsverfahren für SGB XI

Das Verfahren zur alleinigen Kalkulation der Stundensätze im SGB XI ist sehr differenziert in der Erfassung der Kosten. Zunächst werden alle Kostenarten anhand von verursachungsgerechten Schlüsseln auf die Hauptkostenstellen verteilt. Im zweiten Schritt werden nur für die Kostenstelle SGB XI die Kosten pro Stunde bestimmt. Investive Kosten werden von Beginn an nicht in der Kostenstelle SGB XI berücksichtigt.

[84] *Das Umrechnen auf eine Vollzeitstelle wird seit Jahren praktiziert und kommt ursprünglich aus der stationären Pflege, wo hilfsweise wegen anderweitig fehlender Berechnungsgrundlagen auf Personalschlüssel und Vollzeitäquivalente zurückgegriffen wird. Diese Vorgehensweise ist jedoch unnötig für die ambulante Pflege, kompliziert eine Berechnung und birgt zusätzliche Fehlerquellen. Trotzdem wird in den Anlagen dieses Gutachtens bzw. in den beigefügten Dateien eine Umrechnung in Vollzeitstellen zur Verfügung gestellt, um ggf. Vergleiche zu früheren Berechnungen und Kalkulationen zu ermöglichen.*

Abbildung 16: Kalkulationsmodell nach Andreas Heiber



Beim differenzierten SGB XI-Kalkulationsverfahren (das überwiegend von Andreas Heiber entwickelt wurde und vertreten wird[85]) ist es das Ziel, nur eine Kostenstelle (also z.B. SGB XI) zu betrachten, und innerhalb dieser Kostenstelle z.B. die Stundensätze zu kalkulieren.

1 Dazu werden im Vorfeld verursachungsgerechte Verteilungsschlüssel ermittelt. Unter Anwendung dieser Schlüssel werden nun alle Kostenarten auf die Hauptkostenstellen SGB V, SGB XI, SGB XII und die Privatzahler verteilt.
= 2 a) bis d).

Mit dem Schritt 3 wird ausschließlich mit den Ergebnissen der Kostenstelle SGB XI kalkuliert. Ergebnis der Ermittlung ist ein Stundensatz für Leistungen des SGB XI, so als gäbe es nur diesen fiktiven „SGB XI-Pflegedienst“.

Die Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI werden von Beginn an nicht in die Kostenstelle SGB XI eingerechnet. Die Berechnungen finden statt in der so genannten „selbständig wirtschaftende Einrichtung“ gem. § 71 der Pflegeversicherung. Das ist aus Sicht des Gutachters eine etwas fiktive und abstrakte Betrachtung, entspricht jedoch am ehesten den Vorstellungen des Gesetzgebers.

[85] *Heiber, Andreas: Leistungsgerechte Vergütung, Modell zur Kalkulation. Vincentz Network, Hannover, 1999*

b) Das vereinfachte „ganzheitliche“ Kalkulationsverfahren

Das vereinfachte „ganzheitliche“ Kalkulationsverfahren betrachtet die Kosten des gesamten Pflegedienstes mitsamt seinen Synergieeffekten zwischen den Leistungsbereichen bzw. den Kostenstellen SGB V, SGB XI, SGB XII und den Privatzahlern. Zunächst werden Stundensätze für verschiedene Qualifikationen ermittelt, inkl. den sogenannten Overhead- und Sachkosten.
Je nachdem, zu welchen Anteilen diese Kosten pro Qualifikation im SGB XI zum Einsatz kommen, errechnet sich der SGB XI-Stundensatz. Investive Kosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI werden zum Schluss wieder herausgerechnet bzw. subtrahiert.

Abbildung 17: Kalkulationsmodell nach Thomas Sießegger

Kalkulationsmodell nach Sießegger et al.

siehe Sießegger, T.: Stundensatz, zwei Varianten …, 2013, S. 1-3.

Kalkulation einer Einsatz-Stunde (C-Stunde)	1 Kosten für ein Kalenderjahr	2 dividiert durch die Einsatzzeit (= Pflege- und Fahrt- und Wegezeiten)	3 ergibt die Kosten je Einsatzstunde (Beispiel-Werte!)	4 Eigentliche SGB XI-Kalkulation
				4a / 4c / 4d
Pflegepersonalkosten				
Pflegefachkräfte	XXX.XXX €	X.XXX Std.	32,00 €/Std.	20% x 44,50 € = 8,90 €
Pflegekräfte	XXX.XXX €	X.XXX Std.	27,00 €/Std.	47% x 39,50 € = 18,57 €
Hilfskräfte	XX.XXX €	X.XXX Std.	18,00 €/Std.	25% x 30,50 € = 7,63 €
Pauschalkräfte	XX.XXX €	X.XXX Std.	14,00 €/Std.	5% x 26,50 € = 1,33 €
sonstige Mitarbeiter (FSJ, BFD, u.a.)	XX.XXX €	X.XXX Std.	9,00 €/Std.	3% x 21,50 € = 0,65 €
		= Summe der Std.	= Mix €/Std.	**= Stundensatz im SGB XI** 37,06 €
Overheadkosten Leitung und Verwaltung				4b
Leitung	XX.XXX €	Summe der Std.	3,10 €/Std.	**Zuschlag** = 3,10 € + 3,90 € +3,00 € + 2,50 € **= 12,50 €/Std.**
Verwaltung / Geschäftsführung	XX.XXX €	Summe der Std.	3,90 €/Std.	
Overhead-Sachkosten				
Sachkosten nicht investiv	XX.XXX €	Summe der Std.	3,00 €/Std.	
Sachkosten investiv i.S. § 82.2 SGB XI	XX.XXX €	Summe der Std.	5,00 €/Std.	**Investitionskosten i.S. § 82 Abs. 2 SGB XI werden nicht eingerechnet!**
Kalkulatorischer Zuschlag Gewinn, Risiko, Zinsen, Miete, …	XX.XXX €	Summe der Std.	2,50 €/Std.	
Gesamtkosten	**X.XXX.XXX €**	Summe der Std.	„Mix“ €/Std.	

Bei vereinfachten „ganzheitlichen“ Kalkulationsmodellen[86] wird der gesamte Pflegedienst (1) mit den Kosten eines Jahres in die Berechnung einbezogen, mit allen bestehenden Synergieeffekten.

Die Personalkosten, welche 70% bis 80% der Gesamtkosten darstellen, werden nach Qualifikationen differenziert.

[86] *Sießegger, Thomas: Den tatsächlichen Stundenkosten auf der Spur. Die reine Pflegezeit zählt nicht - für eine aussagekräftige Kostenkalkulation ist die Einsatz-Stunde zu berechnen. In: Pflegen Ambulant 5/2001 Oktober 2001, S. 40-44.*

2 Die Personalkosten werden durch die Einsatz-Stunden (= C-Stunden) bzw. die Netto-Pflege-Stunden[87] (= D-Stunden) dividiert.

Ergebnis sind verschiedene Stundensätze für Pflegefachkräfte und für alle anderen Qualifikationen 3. Zu diesen reinen Personalkosten pro Stunde werden dann die Overhead- und die Sachkosten addiert. Es entstehen Stundensätze, die für den gesamten („gemischten“) Pflegedienst gelten, unter dem Einfluss aller seiner positiven und negativen Wechselwirkungen.

4 Erst zum Ende der Kalkulation werden die Stundensätze für die verschiedenen Qualifikationen im Verhältnis der zum Einsatz kommenden Mitarbeiter gewichtet. Kommen z.B. im SGB XI zu 70% Pflegekräfte zum Einsatz
und zu 30% Pflegefachkräfte, wird der Stundensatz anteilig berechnet.

Einfaches Beispiel zur Berechnung des Stundensatzes im SGB XI mit folgenden Zwischenergebnissen:

Pflegefachkräfte kosten im Durchschnitt 45,00 Euro pro Stunde,
Pflegekräfte 36,00 Euro, dann sieht die Rechnung folgendermaßen aus:

(0,7 x 36,00 Euro) + (0,3 x 45,00 Euro) = 25,20 Euro + 13,50 Euro = 38,70 Euro.

Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI werden zunächst in die Stundensätze eingerechnet. Bei der anschließenden speziellen Kalkulation für SGB XI wird dann der Anteil der Kosten pro Stunde für die Investitionskosten (z.B. 2,40 Euro pro Stunde) wieder abgezogen und herausgerechnet.

Beispiel:

38,70 Euro - 2,40 Euro = 36,30 Euro pro Stunde

[87] *Die Einsatz-Stunden (Ebene C) werden verwendet, wenn die Hausbesuchspauschale gesondert ausgewiesen wird, die D-Stunden (= Netto-Pflege-Stunden) sind der Divisor, wenn die Kosten für Fahrt- und Wegezeiten in den Stundensätzen enthalten sind und den Kunden keine gesonderte Hausbesuchspauschale berechnet werden.*

Ergebnisse des Vergleichs der beiden Kalkulationsverfahren

Mit beiden Ansätzen zur Kalkulation werden nahezu gleiche Ergebnisse eines Stundensatzes für eine Leistungsstunde SGB XI erzielt. Eventuelle Unterschiede spielen sich auf einem hohen theoretischen Niveau ab.

Bei der Berechnung eines jetzigen oder zukünftigen Stundensatzes ist es gleichgültig, ob es sich
a) um ein sehr differenziertes Verfahren handelt, welches zunächst die Kosten anhand von Schlüsseln auf die Hauptkostenstellen verteilt oder
b) um ein vereinfachtes Kalkulationsverfahren, bei dem die Kosten anhand des gesamten Pflegedienstes mitsamt den bestehenden Synergieeffekten zwischen den Leistungsbereichen ermittelt werden.

Bei den differenzierten Modellen (a)) wird nur die Kostenstelle SGB XI betrachtet. Im Vorfeld der Kalkulation wurden anhand von verursachungsgerechten Verteilungsschlüsseln (Anzahl der Einsätze und die Zeit der Mitarbeiter) alle Kostenarten auf die Hauptkostenstellen SGB V, SGB XI, SGB XII und die Privatzahler verteilt. Grundlage der Vergütungsverhandlungen sind nur die Ergebnisse der Kostenstelle SGB XI.

Bei den vereinfachten Kalkulationsmodellen (b)) wird der gesamte Pflegedienst in die Berechnung einbezogen, mit allen bestehenden Synergieeffekten* einbezogen. Ergebnis sind Stundensätze für Pflegefachkräfte und andere Qualifikationen. Diese Stundensätze werden in der Folge, entsprechend der Verteilung der Qualifikationen im Rahmen der Leistungserbringung im SGB XI zueinander gewichtet.

Beide Ansätze sind grundsätzlich möglich und führen im Ergebnis zu annähernd gleichen Stundensätzen. Für beide Ansätze lassen sich Vor- und Nachteile bzw. Unstimmigkeiten beschreiben.

Kalkulationsmodelle, die nicht berücksichtigen, dass Investitionskosten gemäß § 82 Abs. 2 SGB XI nicht beinhaltet sein dürfen, wurden nicht in die Diskussion des Gutachtens einbezogen.

Der auf der Grundlage eines der hier beschriebenen Kalkulationsansätze (theoretisch) korrekt berechnete Stundensatz steht zunächst für sich und kann nicht die Grundlage der nach § 120 SGB XI im Rahmen der Wahlmöglichkeit des Pflegebedürftigen alternativ anzubietenden Abrechnung nach Zeitaufwand angesehen werden.

Dem (theoretisch) korrekt berechneten Stundensatz sind die Kosten der „Wechselwirkungen“ und der „Mitnahmeeffekte“ hinzuzufügen, auch ist die Umstellung der Vergütungssystematiken zum Anlass zu nehmen, bisher in der Vergütung nicht berücksichtigte Sachverhalte abzubilden und Fehler der Vergangenheit zu korrigieren.

4.2.2 Einbeziehen von Unternehmerlohn, Wagniszuschlägen und von Gewinn

Neben den schon dargestellten Personalkosten und Sachkosten werden im Rahmen der Kostenrechnung auch kalkulatorische Kosten berücksichtigt[88].

Kalkulatorische Kostenarten sind:
- kalkulatorische Abschreibungen,
- kalkulatorische Zinsen,
- kalkulatorischer Unternehmerlohn,
- kalkulatorische Mieten und
- kalkulatorische Wagnisse und Risiken.

Bei ambulanten Pflegediensten bestehen die kalkulatorischen Kosten überwiegend aus
- dem allgemeinen Unternehmerrisiko,
- den speziellen branchenspezifischen Wagnissen und
- dem Unternehmerlohn.

Zu den ***allgemeinen Unternehmerrisiken*** gehören Risiken, die sich aus gesamtwirtschaftlichen Entwicklungen ergeben, wie allgemeine Konjunkturentwicklungen, Geldentwertung, technischer Fortschritt sowie mögliche aber nicht planbare Kosten für Abfindungen und Rechtsberatungskosten etc. Ebenfalls zu den allgemeinen Unternehmerrisiken zählt bei ambulanten Pflegediensten der Pflegefachkraftmangel, der sich die nächsten Jahre weiter deutlich verschärfen wird. Die damit zusammenhängenden Personalbeschaffungskosten werden die nächsten Jahre erwartungsgemäß zunehmen, ohne planbar zu sein. Auch werden durch den Gesetzgeber wie z. B. durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz [PNG] zusätzlich zur demografisch bedingten Nachfragesteigerung weitere Nachfragen geschaffen. Insgesamt entwickelt sich der Markt der ambulanten Pflege zu einem Nachfragemarkt, die Nachfrage wird absehbar größer sein als das Angebot, was zwangsläufig zu deutlichen Kostensteigerungen durch steigende Personalkosten führen wird.

Die ***spezifischen Risiken*** für ambulante Pflegedienste sind vielfältig.
Sie resultieren vor allem aus der großen Flexibilität, die in der täglichen Versorgung gewährleistet sein muss, und aus dem Personalmangel, insbesondere bei den Pflegefachkräften.

[88] *siehe Haberstock, Lothar: Kostenrechnung. Bd. 1, Einführung mit Fragen und Lösungen. S + W Steuer- und Wirtschaftsverlag GmbH, Hamburg, 1987, S. 34ff*

Tabelle zur Darstellung der spezifischen Risiken

Spezifische Risiken bei ambulanten Pflegediensten

Tabelle 4: Spezifische Risiken bei ambulanten Pflegediensten

- Kurzfristige Absagen von Pflegebedürftigen
- Tägliche und kurzfristige Leistungsveränderungen bei den Kunden[89]
  - Leistungen kommen hinzu oder fallen weg
  - geplante Zeiten werden deutlich über- oder unterschritten
  - Pflegebedürftige entfallen in der Tour, müssen verteilt werden oder es kommen neu hinzu
  - usw.
- Ausfall der mobilen Datenerfassung und sonstige Schwierigkeiten mit der EDV oder Softwareprobleme und die Neueinführung von Software, Einführung mobiler Datenerfassung, usw.
- Auslastungsschwankungen
  - Pflegebedürftige versterben, kurzfristige Krankenhausaufenthalte
  - Krankenhäuser entlassen Pflegebedürftige kurzfristig
  - Krankheitswellen bei Mitarbeitern[90]

  Bei kleineren Pflegediensten können diese Auslastungsschwankungen innerhalb von wenigen Tagen um +/-10% betragen. Die Folgen sind oft anfallende Über- oder Mehrstunden und Ausgleich durch Auszahlung oder mit Freizeitausgleich. Da immer noch einige Pflegedienste nicht mit flexiblen Arbeitszeitmodellen oder mit Zeitkonten arbeiten, ist auch das (meist kurzzeitige) Risiko der Minusstunden zu erwähnen.
- Notwendigkeit der Umsetzung von hoch flexiblen Arbeitszeitmodellen, die teilweise an der Grenze des Arbeitsrechts bewegen
- Zahlungsverzögerungen von Seiten der Leistungsträger (Kassen, Sozialhilfeträger, Privatzahler)
- Persönliche Risiken führen zusätzlich bei kleineren privaten Pflegediensten zu
  - Erschöpfungszuständen sowie
  - Überarbeitung der Inhaber/innen und der Mitarbeiter
- Großer Pflegefachkraftmangel und steigende Kosten für die Personalbeschaffung
- Pflegebedürftige können nicht oder nicht mit dem notwendigen Leistungsumfang aufgenommen werden

Ein wesentlicher Unterschied zum stationären Pflegebereich ist die nicht fest vorgegebene Größe der Einrichtung, die Platzzahl. Damit ist die einem Pflegesatz zugrunde gelegte Auslastung als Potential für die Berücksichtigung des Unternehmerrisikos nicht gegeben. Die im stationären Bereich mögliche Auslastungsregelung, welche einerseits eine Vergütung des Unternehmerrisikos umfasst als auch Gewinne erlaubt, wenn eine vereinbarte Auslastung überschritten wird, ist bei ambulanten Pflegediensten nicht möglich.

Da bei ambulanten Pflegediensten die Leistungserbringung viel kleinteiliger ist und nach Einzelleistungen abgerechnet wird, ist zudem die Planbarkeit viel geringer.

[89] *Alle diese täglich anfallenden Veränderungen führen zur Notwendigkeit des ständigen Anpassens und Korrigierens in der Tourenplanung. Unter Berücksichtigung der mit den Pflegebedürftigen vereinbarten Einsatzzeiten und den Wunschzeiten der Mitarbeiter entstehen Zeitfenster, in denen kein Umsatz generiert werden kann.*

[90] *In einigen Fällen kommt es sogar zu gegenläufigen Entwicklungen bei der Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen und der Mitarbeiter-Verfügbarkeit: Entlassungen im Krankenhaus, bei gleichzeitig hohem Krankheitsstand der Mitarbeiter.*

Die vielfach diskutierten 2 bis 3% für die Wagniszuschläge sind angesichts der aufgezeigten branchenspezifischen Risiken deutlich zu gering. Richter[91] geht in seinen Ausführungen und in seinem Beispiel von einem Zuschlag für Wagnis und Gewinn in Höhe von 4% (auf die Gesamtkosten) aus, das sind 2% für den Wagniszuschlag und 2% für den kalkulatorischen Gewinn.

Angesichts der aufgezeigten Risiken geht der Gutachter in seiner Schätzung von höheren Risiken und von einem höheren angemessenen kalkulatorischen Gewinn aus. Diese Einschätzung ist auch unter dem Gesichtspunkt der unternehmerischen Freiheit zu betrachten. Schließlich hat der Gesetzgeber den Wettbewerb der Pflegedienste bewusst gefördert.

Eine weitere schwierige Frage ist die Bemessung und Bewertung des ***kalkulatorischen Unternehmerlohns*** bei privaten Pflegedienst-Inhaber/innen, welche ihr Unternehmen als Einzelunternehmen oder als GbR führen, und somit keine festen Löhne und Gehälter haben.
Der kalkulatorische Unternehmerlohn ist das Entgelt für die Arbeitsleistung der Betriebsführung als Kostenfaktor, und muss in die Selbstkosten eingerechnet werden.

Hier entstehen die Fragen:

- Welche Werte werden als vergleichbare Honorierung ihrer Tätigkeiten angesetzt?
- Wie und in welcher Höhe fallen zusätzliche kalkulatorische Kosten an?
  Diese entstehen z.B. durch die unentgeltliche Mitarbeit von Familienmitgliedern oder durch die zeitlich fast unbegrenzte Verfügbarkeit der Inhaber/innen.

Einfacher wäre die Frage nach den Opportunitätskosten

- „Was hätte der/die Unternehmer/in an anderer Stelle verdienen können?“

zu beantworten.

Die Eigenkapitalverzinsung fällt bei ambulanten Pflegediensten meist nicht in dem Umfang ins Gewicht wie bei stationären Pflegeeinrichtungen, wo in wesentlich höherem Maße Eigenkapital gebunden ist. Ambulante Pflegedienste verfügen nur über sehr wenig Anlagevermögen.

In einer Gesamtbewertung ist davon auszugehen, dass die Risiken bei ambulanten Pflegediensten höher sind als in stationären Einrichtungen, die alleine aufgrund ihrer festen Platzzahlung und den immer noch oftmals vorhandenen Wartelisten vor allem weniger starke Auslastungsrisiken haben.

Der Wunsch des Gesetzgebers nach mehr Wettbewerb ist widersprüchlich zu seiner Auferlegung von differenzierten und aufwendigen Vorgaben, Höchstgrenzen, Vorschriften und Nachweispflichten. Durch diese vielfachen Beschränkungen und bürokratischen Hindernisse ist die unternehmerische Freiheit stark eingeschränkt.

[91] *siehe Richter, Ronald: Das Dilemma mit dem Stundensatz. In: Häusliche Pflege /04.2013), S. 46-49.*

4.2.3 Möglichkeiten der Kalkulation von Hausbesuchspauschalen im Rahmen einer Zeitvergütung

Der Gesetzgeber sieht in § 89 Abs. 3 SGB XI vor, dass die Einsatz-, Wege-, Fahrt- oder Hausbesuchspauschalen[92] gesondert vereinbart und berechnet werden können. Das heißt, neben der Zeitvergütung für die eigentlichen Leistungen und Tätigkeiten ist die durchschnittliche Höhe der Fahrt- und Wegezeiten zu ermitteln. Aus diesem Anteil der Fahrt- und Wegezeiten werden die Kosten für alle SGB XI-Kunden berechnet, welche die Abrechung nach Zeitaufwand in Anspruch nehmen. Das bedeutet in diesem Fall, dass die Vergütung für Fahrt- und Wegezeiten keine Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI enthalten darf.

Weiterhin dürfen die tatsächlichen Fahrt- und Wegezeiten jedoch auf keinen Fall den Kunden individuell berechnet werden, da sie ein Ergebnis der Touren- und Einsatzplanung sind, und somit nicht von dem jeweiligen Kunden zu verantworten sind.

Prinzipiell gibt es zwei Möglichkeiten, die Hausbesuchspauschalen ergänzend zu einer Vergütung nach Zeitaufwand zu vereinbaren:

1. Die Höhe der Hausbesuchspauschale ist für jeden Kunden gleich[93].
2. Die Fahrt- und Wegezeiten sind in die Stundensätze mit einzurechnen. Damit ist die Hausbesuchspauschale sozusagen im Stundensatz enthalten. Die Stundensätze erhöhen sich damit, den Kunden werden jedoch keine gesonderten Fahrt- und Wegezeiten berechnet[94].

Abb. : Zusammensetzung der Arbeitszeit und Kalkulationsgrundlage für die Hausbesuchspauschalen

Zusammensetzung der Arbeitszeit

A = bezahlte Arbeits-Stunden (inkl. Urlaub und Krankheit)

B = Anwesenheits-Stunden der Mitarbeiter

C = Einsatz-Stunden der Mitarbeiter (ohne Organisationszeiten, jedoch mit Fahrt- und Wegezeiten)

D = direkte Zeit beim Kunden bzw. Pflegebedürftigen

Die gesonderte Ausweisung oder die Einrechnung der Hausbesuchspauschale erfordern unterschiedliche Kalkulationsansätze.
Um die Ergebnisse der nachfolgenden Überlegungen mit anderen Kalkulationen vergleichbar zu machen, wurden die Stunden einheitlich mit den Buchstaben A, B, C und D bezeichnet.

[92] *Im Weiteren werden diese nur als Hausbesuchspauschalen bezeichnet.*
[93] *Nachteil: Kunden, welche zeitlich nur kurz versorgt werden, müssen trotzdem eine anteilig relativ hoch erscheinende Hausbesuchspauschale tragen.*
[94] *Nachteil: Zeitintensiv versorgte Kunden werden stärker mit den Kosten für die Fahrt- und Wegezeiten belastet.*

1.) Sollen die Fahrt- und Wegezeiten als **Hausbesuchspauschalen gesondert** zu der Zeitvergütung berechnet werden, so sind
a) die **Personalkosten durch die C-Stunden zu dividieren**,
b) es werden die Sachkosten[95] und die Overheadkosten addiert, die Summe aller Bestandteile ist der Stundensatz,
c) die durchschnittlichen Fahrt- und Wegezeiten werden anteilig mit dem Stundensatz berechnet.
Somit wird den Kunden der tatsächliche durchschnittliche Zeitaufwand für die Fahrt- und Wegezeiten in Form einer Hausbesuchspauschale berechnet.

2.) Sollen die Fahrt- und Wegezeiten bereits in der Zeitvergütung enthalten sein, so sind
a) die **Personalkosten durch die D-Stunden zu dividieren**,
b) es werden die Sachkosten[96] und die Overheadkosten addiert, die Summe aller Bestandteile ist der Stundensatz,
c) Berechnet wird den Kunden nur der tatsächliche Zeitaufwand für die erbrachten Leistungen
Die durchschnittlichen Kosten für Fahrt- und Wegezeiten sind im Stundensatz schon inkludiert.

Abbildung 18: Berechnung von Fahrt- und Wegezeiten in Hausbesuchspauschalen oder integriert in einen Stundensatz

1) Berechnen einer gesonderten Hausbesuchspauschale

Personalkosten aller Mitarbeiter	650.000 €
dividiert durch Einsatzstunden (C) der Mitarbeiter	18.000 Std.
ergibt den Stundensatz in Höhe von	36,11 €
Höhe der durchschnittlichen Fahrt- und Wegezeiten =	7,50 Min.
es ergibt sich eine **Hausbesuchspauschale** in Höhe von	**4,51 €**
dem Kunden werden folgende Leistungen berechnet:	
18 Minuten Grundpflege =	10,83 €
+ Hausbesuchspauschale =	4,51 €
= **Gesamtkosten** für den Kunden	**15,35 €**

2) Fahrt- und Wegezeiten sind in der Zeitvergütung enthalten

Personalkosten aller Mitarbeiter	650.000 €
dividiert durch Netto-Kunden-Zeiten (D) der Mitarbeiter	12.750 Std.
ergibt den Stundensatz in Höhe von	50,98 €
Höhe der durchschnittlichen Fahrt- und Wegezeiten =	7,50 Min.
Diese 7,50 Min. sind schon im Stundensatz enthalten	
dem Kunden werden folgende Leistungen berechnet:	
18 Minuten Grundpflege =	15,29 €
keine Berechnung einer Hausbesuchspauschale	
= **Gesamtkosten** für den Kunden	**15,29 €**

Hinweise:
Das Beispiel bezieht sich auf eine Mischkalkulation, ist also nicht differenziert nach Qualifikationen.
Die Beispiele kommen zwar zu leicht unterschiedlichen Ergebnissen, doch in der Summe aller Kunden wird allen Leistungsträgern der gleiche Betrag verrechnet.

Die gleiche Systematik wird auch beim System der Leistungskomplexe verwendet. Es gibt Bundesländer und Träger, bei denen die Hausbesuchspauschalen gesondert berechnet werden und solche, bei denen die Fahrt- und Wegezeiten in den Preisen für die Leistungskomplexe bereits enthalten sind.

Um die Kontinuität und die Vergleichbarkeit der beiden Vergütungssysteme zu gewährleisten, sollten bei bisheriger Abrechnung der Leistungskomplexe mit Hausbesuchspauschalen bei der Abrechnung nach Zeitaufwand ebenfalls

[95] *ohne Einbeziehung der Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI*
[96] *ohne Einbeziehung der Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI*

Hausbesuchspauschalen berechnet werden. Da die Hausbesuchspauschalen im Leistungskomplexsystem in der Vergangenheit meist keine nachprüfbare Berechnungsgrundlage hatten, wird es zukünftig schwer zu vermitteln sein, dass die „Zeit-Hausbesuchspauschale“ eine andere Höhe hat als die bisherige im Zusammenhang mit den Leitungskomplexen. Da die „Zeit-Hausbesuchspauschale“ exakt ermittelt werden muss, bietet es sich gegebenenfalls an, auf der anderen Seite die Hausbesuchspauschale im Leistungskomplexsystem anzupassen.

Weiterhin ist zu empfehlen, dass in Bundesländern oder Regionen, wo keine gesonderte Hausbesuchspauschale berechnet wird, die zweite Variante gewählt wird und die Zeitvergütung auf Basis der Division durch die D-Stunden errechnet wird.

Da ca. 25% der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit der Mitarbeiter für Fahrt- und Wegezeiten aufgewendet werden, ist die Hausbesuchspauschale in den Bundesländern und bei den Trägern, wo eine gesonderte Hausbesuchspauschale vereinbart ist, die häufigste „Leistung“. Im Kontext der aufgezeigten Auswirkung, dass Stundensätze keine Spielräume für nachträgliche Kostenanpassungen lassen, wird deutlich, dass regionale Gegebenheiten vor Ort unbedingt zu berücksichtigen sind.

Hausbesuchspauschalen müssen individuell für jeden einzelnen Pflegedienst ermittelt bzw. kalkuliert werden.

Unabhängig davon, ob die Fahrt- und Wegezeiten gesondert als Hausbesuchspauschalen ausgewiesen oder in den Stundensatz eingerechnet werden, wird in beiden Fällen deutlich, dass es eine (individuelle) Berücksichtigung der realen Fahrt- und Wegezeiten für die Pflegedienste geben muss. Dieser Fakt schließt Verhandlungen auf Landesebene mit einem einheitlichen Ergebnis für die Hausbesuchspauschalen de facto aus.

4.3 Möglichkeiten für Vergütungsverhandlungen

4.3.1 Einheitliche Grundsätze für Verhandlungen und Einzelverhandlungen

Gem. § 89 Abs. 2 SGB XI müssen Vergütungsvereinbarungen für jede Einrichtung gesondert abgeschlossen werden, hier heißt es „Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen und gilt für den nach § 72 Abs. 3 Satz 3 vereinbarten Einzugsbereich, …“.

Landesweite Verhandlungen sind im SGB XI eigentlich nicht vorgesehen. Durch die Neuregelungen des PNG werden Pflegedienste noch viel mehr zu Einzelverhandlungen gezwungen als in der Vergangenheit. In Einzelverhandlungen sind leistungsgerechte Stundensätze für die Leistungen in der Grundpflege, Hauswirtschaft und für die Häusliche Betreuung zu verhandeln[97]. Auch wenn landesweite Verhandlungen oder Gruppenverhandlungen geführt und Ergebnisse vereinbart werden, müssen letztlich die Verantwortlichen der jeweiligen Pflegedienste diese Vereinbarungen einzeln kontraktieren.

Wie aufgezeigt wurde, erfordern Stundensätze die individuelle Berücksichtigung von örtlichen Besonderheiten. Ist ein Stundensatz zu niedrig kalkuliert, verhandelt und vereinbart worden, so ergeben sich deutliche wirtschaftliche Schwierigkeiten für ambulante Pflegedienste. Im Zeitraum der Gültigkeit dieser Stundensätze gibt es keine Möglichkeit der Kompensation oder des Ausgleichs. Entstehende Verluste können auch im Nachhinein nicht ausgeglichen werden. Diese Erkenntnis schließt bisher übliche landesweite bzw. Gruppenverhandlungen de facto aus.

In landesweiten bzw. Gruppenverhandlungen zwingend zu regeln und zu vereinbaren sind einheitliche Grundsätze für die Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI[98]. Solche einheitlichen Grundsätze sind zum Beispiel Kalkulationsraster, welche für alle Pflegedienste gleichermaßen gelten. Diese wären in der Folge mit den individuellen Zahlen des einzelnen Pflegedienstes zu füllen.

Zudem erfordern die im Hauptteil „Wechselwirkungen zweier verschiedener Abrechnungssysteme bei einer Wahlmöglichkeit der Kunden“ aufgezeigten Wechselwirkungen zwischen den beiden zur Wahl stehenden Vergütungssystemen eine **gleichzeitige Verhandlung der**
- Vergütungen nach Leistungskomplexen und
- Vergütungen nach Zeitaufwand.

In der Konsequenz bedeutet dies, dass in Deutschland für ca. 12.500 Pflegedienste „Parallel-Verhandlungen“ durchgeführt werden müssen.

---

[97] *siehe Heiber, Andreas; Nett, Gerd: Kostenrechnung und Preiskalkulation, Stundensätze richtig kalkulieren. Vincentz Network, Hannover, 2013, S. 67*

[98] *siehe hier: Ausschnitt aus § 89 Abs. 1 SGB XI: „Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein.“*

Nur parallele Verhandlungen von Stundensätzen und Leistungskomplexpreisen sind sinnvoll, denn das Ergebnis des einen Vergütungssystems beeinflusst jeweils das andere.

Für die Parallelverhandlungen gibt es theoretisch drei Möglichkeiten, jeweils mit gesonderter Ausweisung der Fahrt- und Wegezeiten als Hausbesuchspauschalen oder Einrechnung in den Stundensatz bzw. die Preise für die Leistungskomplexe.

Abbildung 19: Kombinationsmöglichkeiten der Preisfindung in Verhandlungen

1.)	a) Die Preise der Leistungskomplexe werden beibehalten, b) die Stundensätze stark erhöht.	.. mit gesonderter Ausweisung der Fahrt- und Wegezeiten als Hausbesuchs- oder Einsatzpauschale
		.. durch Einrechnung in den Stundensatz bzw. in die Preise für die Leistungskomplexe
2.)	a) Der kalkulierte Preis für die Zeitvergütung wird bei der Abrechnung nach Zeitaufwand zugrunde gelegt, b) die Preise für die Leistungskomplexe, die Punktwerte oder die Anzahl der Punkte stark erhöht.	.. mit gesonderter Ausweisung der Fahrt- und Wegezeiten als Hausbesuchs- oder Einsatzpauschale
		.. durch Einrechnung in den Stundensatz bzw. in die Preise für die Leistungskomplexe
3.)	a) Die Zeitvergütung als auch b) die Preise für die Leistungskomplexe, die Punktwerte oder die Anzahl der Punkte werden um den gleichen Prozentsatz erhöht.	.. mit gesonderter Ausweisung der Fahrt- und Wegezeiten als Hausbesuchs- oder Einsatzpauschale
		.. durch Einrechnung in den Stundensatz bzw. in die Preise für die Leistungskomplexe

In jedem Fall müssen „doppelte bzw. parallele Verhandlungen“ aufbauend auf die auf Landesebene verhandelten und vereinbarten einheitlichen Kalkulationsraster und Verfahren – geführt werden.

Stundensätze sind nicht verhandelbar

Stundensätze sind nicht (wie z.B. Leistungskomplexe) verhandelbar, wenn sie auf der Basis eines vereinbarten Kalkulationsrasters ermittelt wurden. Zudem müssen im Vorfeld alle gesetzlichen Anforderungen berücksichtigt sein, und es muss Einigkeit bestehen, unter welchen Bedingungen Pflege stattzufinden hat. Für diese Aspekte finden Verhandlungen statt.
Das einheitliche und verhandelte Kalkulationsraster führt dann zum Ergebnis, über das letztlich keine Nachverhandlungen stattfinden dürfen.

Ergebnisse der Kalkulationsverfahren nach der Berechnung sind zu akzeptieren und beinhalten keine weiteren Spielräume für Verhandlungen, da die Zeit nicht flexibel ist.
Eine Stunde hat 60 Minuten.
Deshalb können bei z.B. vereinbarten 45 Minuten Pflege nicht nur 32 Minuten erbracht werden.

Stimmt das Verhandlungsergebnis bei der Vergütung nach Zeit nicht mit der realen Kostensituation überein, sind die Preise zu niedrig, gibt es keine einzige Stellschraube mehr, um während des Zeitraums der Gültigkeit dieser Vergütungsvereinbarung etwas an der Kostenstruktur zu korrigieren. Die „wirtschaftliche Betriebsführung“ des Pflegedienstes (in der „selbständig wirtschaftenden Einrichtung“ gemäß § 71 SGB XI) wäre damit gefährdet, auf Dauer sogar die Existenz des gesamten Pflegedienstes.

Bei der Vergütung nach Leistungskomplexen wären die Pflegedienste wieder gezwungen, auf die grundsätzlich widerrechtliche so genannte „Erlös-orientierte Personal-Einsatz-Planung“ abzustellen[99]. Doch wie aufgezeigt, sind hier keine Spielräume mehr vorhanden.
Selbst wenn diese „Anpassung an Rahmenbedingungen“ (= Target Costing) rechtlich in Ordnung wäre, steht sie bei einer Vergütung nach Zeit nicht als Option zur Verfügung.

Wenn Pflegedienste also anhand eines (evtl. vorgegebenen oder verhandelten) Kalkulationsrasters ihre Kostenstrukturen für die Zukunft nachweisen und diese Berechnungen ggf. sogar durch einen Wirtschaftsprüfer bestätigen lassen, dann ist das Ergebnis eins zu eins in die Praxis umzusetzen.

Sind die Verhandlungspositionen weit auseinander, so dürfte trotzdem der Pflegedienst konsequenterweise nicht einen Cent von dem errechneten Ergebnis abweichen. Das Ergebnis ist zu akzeptieren.
Eine weitere Verhandlung ist widersinnig und nicht angezeigt.

> Voraussetzung: Der Pflegedienst weist die wirtschaftliche Betriebsführung nach, oder die Verhandlungspartner zeigen realistische Punkte auf, bei denen noch wirtschaftlicher gearbeitet werden kann. Auch hier müsste jedoch Übereinstimmung erfolgen oder von einer Schiedsstelle entschieden werden.

[99] *siehe hierzu die Ausführungen im Kapitel „Folgen der „so genannten“ Erlös-orientierten Personal-Einsatz-Planung“ auf Seite 30ff.*

4.3.2 Bisherige Verhandlungsergebnisse und Schiedssprüche unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten

Zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens wurde bisher nur im Bundesland Bremen eine Vereinbarung zum Abschluss einer Vergütung nach Zeitaufwand neben den Vergütungen nach Leistungskomplexen abgeschlossen.

Weiterhin wurde in Niedersachsen ein Schiedsstellenspruch für einen speziellen ambulanten Pflegedienst gefällt, welcher die Höhe von Stundensätzen für diesen Pflegedienst festlegt.

In einigen Bundesländern[100] wurden Leistungskomplexe für die neuen Betreuungsleistungen nach § 124 SGB XI vereinbart – ohne jedoch parallel eine Vergütung nach Zeitaufwand festzulegen. Die Leistungskomplexe für die neuen Betreuungsleistungen stehen damit noch nicht in einem Wettbewerb mit einer Abrechnung nach Zeitaufwand.

Im Sinne der Fragestellung dieses Gutachtens (Diskussion zu den Wechselwirkungen von Stundensätzen neben einem System der Abrechnung nach Leistungskomplexen) gab es in anderen Bundesländern und Stadtstaaten bis zum Zeitpunkt 4. Juli 2013 lediglich Absichtserklärungen, Übergangsregelungen, Angebote und Gegenangebote und erste (gescheiterte) Verhandlungen. Weiterhin wurden Übergangsvereinbarungen geschlossen bzw. wurden einseitig von den Leistungsträgern Fristen auferlegt, innerhalb derer sich die Verhandlungspartner erklären müssen.

Zu konkreten Ergebnissen haben die bisherigen Schritte jedoch nicht geführt. Das ist bemerkenswert, wo die gesetzliche Regelung zum 1. Januar 2013 umgesetzt sein sollte[101]. Dieses Aufschieben von Verhandlungen und das Nichterreichen von einvernehmlichen Verhandlungsergebnissen zeigen auf, dass einfache Lösungen scheinbar nicht möglich sind bzw. es deutet darauf hin, dass eine exakte Berechnung der Stundensätze nicht möglich ist.

Festzustellen ist weiterhin, dass in dieser Phase des Verschiebens und der Uneinigkeit – mit Verweis auf die Vorgaben des Gesetzgebers - eine notwendige Fortschreibung und Erhöhung der Vergütungen für die Leistungskomplexe seitens der Leistungsträger mit der Maßgabe verwehrt wird, dass eine moderate Erhöhung der Vergütungen für Leistungskomplexe nur dann „gewährt“ werde, wenn die Vergütung nach Zeit mit sehr niedrigen – nicht ausreichenden Sätzen – akzeptiert wird.
Diese Übergangsphase der Ungewissheit und der bestehende und weiter zunehmende wirtschaftliche Druck bringen derzeit viele Pflegedienste und Verbände in zusätzliche große wirtschaftliche Not, weil selbst eine Fortschreibung der Vergütungen nach Leistungskomplexen nicht umgesetzt werden kann.

[100] *z.B. in Schleswig-Holstein, in Sachsen und in Sachsen-Anhalt*
[101] *das heißt, für nur ca. 1% der Pflegebedürftigen wurde hier ein Verhandlungsergebnis gefunden. Wie zu sehen sein wird, ist es jedoch keine Musterlösung, welche übertragbar wäre auf andere Bundesländer oder Stadtstaaten.*

Im Rahmen dieses Gutachtens sollen nicht alle bisherigen Verhandlungsversuche aus allen Bundesländern kommentiert werden, sondern es werden ausschließlich die beiden bestehenden Vereinbarungen einer Zeitvergütung
- die Vergütungsvereinbarungen in Bremen und
- der Schiedsspruch in Niedersachsen
betriebswirtschaftlich diskutiert.

Die erste und bisher einzige Vergütungsvereinbarung zur Zeitvergütung im Bundesland Bremen

Die Vereinbarung in Bremen beinhaltet einerseits eine Festlegung von Stundensätzen für die verschiedenen Leistungen der Pflegeversicherung und andererseits eine Punktwerterhöhung im Leistungskomplexsystem[102].

Die Vergütungsvereinbarung gliedert sich wie folgt:

Die Vergütung nach Zeitaufwand sieht folgende Preise vor:

Leistungen der allgemeinen Grundpflege ..... 38,00 Euro/Std., das entspricht.....0,63333 Euro/Min.

Leistungen der häuslichen Betreuung ..... 29,00 Euro/Std., das entspricht.....0,48333 Euro/Min.

Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung..... 25,00 Euro/Std., das entspricht .....0,41666 Euro/Min.

Zuzüglich zur Vergütung nach Zeitaufwand wird eine Wegepauschale vereinbart, deren Inhalt sich aus der Beschreibung des „Leistungskomplexes 20 – Wegepauschale“ ergibt und deren Höhe aus dem vereinbarten Punktwert und den Punktzahlen des LK 20 resultiert.

Vergütung nach Leistungskomplexen

1. Das Leistungskomplexsystem wird um die Leistungskomplexe 26 und 27 für Leistungen der häuslichen Betreuung erweitert.
2. Die Punktzahlen der einzelnen Leistungskomplexe werden mit einem Punktwert von 0,043 Euro multipliziert.

Neben der nicht diskutierten und nicht gelösten Problematik der Wechselwirkungen zwischen den beiden Vergütungssystemen in der Vereinbarung, sind weitere Sachverhalte zu hinterfragen:

- Es bestehen große Diskrepanzen zwischen den Stundensätzen für die Grundpflege, häusliche Betreuung und der hauswirtschaftlichen Versorgung, die in dieser Höhe nicht plausibel erscheinen. Vor allem der Abstand zwischen dem Stundensatz für die Grundpflege und für die häusliche Betreuung, aber auch für die hauswirtschaftliche Versorgung ist sehr hoch und lässt sich mit den ggf. unterschiedlichen Personalkosten nicht alleine begründen.

[102] *Ausgewählte Ausschnitte aus dem Abschluss der Vereinbarung nach § 89 SGB XI zur Vergütung der Leistungen der häuslichen Pflege nach §§ 36 und 39 SGB XI für das Land Bremen finden sich in den Anlagen, auf Seite XXIX.*

- In der Vereinbarung heißt es für den Leistungskomplex 27 für die häusliche Betreuung nach § 124 SGB XI: „Der zeitliche Umfang beträgt in der Regel bis zu einer Stunde“. Für diesen Leistungskomplex können 600 Punkte abgerechnet werden. Damit wird exakt ein Stundensatz abgebildet, was letztlich dazu führen wird, dass nur Personen, welche tatsächlich eine Stunde benötigen, diesen vereinbaren werden.
- Alle wichtigen Fragen, wie mit den Minutenwerten konkret bei der Angebotserstellung, dem Abrechnen und der Abgrenzung zu anderen Leistungsarten (z.B. bei gemischten Einsätzen) umzugehen ist, werden in der Vergütungsvereinbarung nicht behandelt.
  Die Lösungen dieser Fragen soll die Praxis zeigen; parallel soll dann in Arbeitsgruppen Konkreteres festgelegt werden.
- Die Wegepauschalen werden bei der Vergütung nach Zeit nicht individuell auf die Situation des einzelnen Pflegedienstes angepasst, d.h. alle Pflegedienste in Bremen und Bremerhaven bekommen dieselbe Wegepauschale. Ein Ausgleich für nicht ausreichend finanzierte Leistungen, wie er bisher über die Erlös-orientierte Personal-Einsatz-Planung bei den Leistungskomplexen möglich war, ist bei der Wahl des Kunden für eine Abrechnung der Leistungen nach Zeitaufwand nicht mehr gegeben[103]. Dies kann bei einer Großzahl der Pflegedienste zu existenziellen Bedrohungen führen oder schwierige wirtschaftliche Lagen provozieren.

Sowohl der Festlegung von Stundensätzen als auch der Definition der Leistungskomplexe 26 und 27 für Betreuungsleistungen liegt offensichtlich keine belastbare Berechnungsbasis zugrunde. Damit fehlt die individuelle Berechnung der Stundensätze für jeden Pflegedienst.

Es ist zu konstatieren, dass die Vereinbarung in Bremen in dieser Hinsicht eine beliebige Festlegung von Stundensätzen ist.
Positiv zu bewerten ist, dass es gelungen ist, den „bisherigen Stundensatz von 20,54 Euro“ für grundpflegerische Leistungen - basierend auf der nicht zutreffenden Rechenregel „600 Punkte = 60 Minuten“ - auf eine Stundensatz von 38,00 Euro anzuheben[104]. Dagegen folgt die Punktwerterhöhung für die Leistungskomplexe der bisherigen Linie pauschaler Punktwerterhöhungen, ohne die tatsächliche Kostenentwicklung und die hier im Gutachten dargelegten Wechselwirkungen zwischen den beiden Vergütungssystemen zu berücksichtigen.

Es handelt sich somit zusammenfassend betrachtet um einen Feldversuch, dessen Folgewirkungen nicht abzuschätzen sind. Bereits heute ist aber wahrzunehmen, dass die Pflegekunden sich für die in den Vergütungssystemen für sie preisgünstigere Variante entscheiden, Vereinbarungen über eine Abrechnung nach Zeit quasi geschlossen werden.

[103] *Ein Ausgleich kann allenfalls zu Lasten des LK-Systems erfolgen, wenn Kunden im LK-System die Kunden im Vergütungssystem nach Zeit finanzieren.*
[104] *Richter, R.: Das Dilemma …, a.a.O., S. 47*

Bewertung des Schiedsspruchs der Niedersächsischen Schiedsstelle (mit Az.: 475-40/02) vom 17. Januar 2013

Von der Schiedsstelle nach § 76 SGB XI wurden für den
Punktwert für Leistungskomplexe und die Stundensätze für ambulante Leistungen
folgende Größen festgelegt:

Für den Zeitraum 1. Januar 2013 bis zum 31. Dezember 2013 wird

1. für die Grundpflege ein Stundensatz in Höhe von 34,32 € und für die häusliche Betreuung ein Stundensatz in Höhe von 25,74 € festgesetzt,
2. der Punkwert mit 0,0429 Eurocent festgelegt und
3. das Wegegeld um 2,48 Prozent angehoben.

In der Begründung des Schiedsspruchs wird ein Bezug zwischen dem festgesetzten Stundensatz und den dem Leistungskomplexsystem hinterlegten Punktzahlen hergestellt. Die Schiedsstelle führt kritisch zum Basiswert von 600 Punkten aus, der ursprünglich einer Stunde entsprochen habe[105]. Zwischenzeitlich wurden jedoch zwischen 800 und 1.000 Punkte pro Stunde erreicht.
In der Folge wird abgewogen – ohne Berechnung – welche Punktwerte in neuen Relationen genutzt werden könnten, um darauf basierend Stundenvergütungen zu berechnen. Sie führt die Aufrechterhaltung und Gewährleistung der erforderlichen Qualität an, analysiert jedoch nicht,
- wie sich die Anforderungen in den letzten Jahren entwickelt haben und
- welche Kriterien hier bisher nicht berücksichtigt wurden sowie
- welche Wechselwirkungen bei der Wahl der Kunden entstehen werden.

Im Ergebnis der Abwägungen unterschiedlicher Ansätze kommt sie zu dem Schluss, dass 800 Punkte sowohl die erforderliche Qualität gewährleisten als auch mit dieser Punktzahl die notwendige Abstimmung mit dem Leistungskomplexsystem gegeben ist und beschließt
800 Punkte für die Grundpflege,
600 Punkte für die häusliche Betreuung und
480 Punkte für die häusliche Versorgung für die Festlegung der Vergütung nach Zeitaufwand zu hinterlegen.

Bei der Bemessung des Punkwertes für die Vergütung im Leistungskomplexsystem orientiert sich die Schiedsstelle an Betriebsvergleichen und kommt zu dem Schluss einer Erhöhung des Punkwertes auf 0,0429 Eurocent. Die Wegepauschale wird um 2,48% erhöht und gilt für beiden Vergütungssysteme Beide Festlegungen erfolgten ohne Berechnung.

Alle Abwägungen der Schiedsstelle erfolgten auch hier ohne Berücksichtigung der mathematischen Fehlberechnungen der Vergangenheit. Es wurde auch kein konkretes Rechenmodell zugrunde gelegt. Im Prinzip handelt es sich um

[105] *Im Gutachten wurde dazu ausgeführt, dass in der Vergangenheit von falschen Grundannahmen bzw. Berechnungen ausgegangen wurde und zudem der Grundsatz 600 Punkte gleich 60 Minuten nie verbindliche Grundlage für die Leistungserbringung mit Leistungskomplexen war.*

Schätzungen. Ausdrücklich verweist die Schiedsstelle darauf, mit dem Schiedsspruch nicht den ausstehenden Vereinbarungen im Zusammenhang mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz vorgreifen zu wollen.

Bei dem vom Schiedsspruch betroffenen Pflegedienst handelt es sich um einen besonderen Pflegedienst mit speziellem Leistungsangebot und atypischen Strukturen:

- Der Pflegedienst hat lediglich 33 Kunden, ist also ein kleiner Pflegedienst.
- Es werden überwiegend Kunden zeitlich umfangreich zwischen 10 und 24 Stunden pro Tag gepflegt, betreut und hauswirtschaftlich versorgt.
- Der Anteil der medizinischen Behandlungspflege am Leistungsumfang ist gering.
- Der Pflegedienst hat von seiner Leistungserbringung her fast einen stationären Charakter.

Die atypische Leistungserbringung führt zu vollkommen anderen Kostenstrukturen. Durch die zeitlich intensiven Einsätze fallen deutlich weniger Organisationszeiten sowie Fahrt- und Wegezeiten an, weshalb die Stundensätze begründet niedriger sein können.
Der Pflegedienst ist somit nicht repräsentativ für die Großzahl der ambulanten Pflegedienste in Deutschland.

Die Schiedsstelle erkennt diese Besonderheiten des Pflegediensten vollkommen richtig an, wenn sie ausführt[106]:
▶ „Die Kalkulation beruhe auf geeinigten Kalkulationen in stationären Einrichtungen“,
▶ „Einheitliche Punktewerte widersprächen dem Anspruch einer leistungsgerechten Vergütung“ und
▶ eine Differenzierung der Vergütungen nach der Qualifikation des Personals sei nicht vorgesehen.

Schlussfolgerung

Die Anzahl der Pflegedienste in Bremen (92) und Bremerhaven (23)[107] entspricht 0,93% aller Pflegedienste in Deutschland (12.349)[108]. Insofern kann unter dem Gesichtspunkt, dass zwischenzeitlich keine weitere Vergütungsvereinbarung abgeschlossen werden konnte, nicht davon gesprochen werden, dass diese Vergütungsvereinbarung eine wegweisende Vorbildfunktion erfüllt.

Der niedersächsische Schiedsspruch kann in keiner Position die Grundlage für andere Verhandlungen und andere Schiedsstellenverfahren bieten.

Die bisherigen Verhandlungsergebnisse bzw. der niedersächsische Schiedsspruch können keine präjudizierende Wirkung haben.

[106] *Seite 3 des Schiedsspruchs*
[107] *eigene Berechnung // Quelle: http://www.vdek.com/LVen/BRE/Vertragspartner/Pflegeversicherung.html*
[108] *zudem vertritt Bremen (zusammen mit Bremerhaven) lediglich 0,8% der Bevölkerung Deutschlands (gemessen an der Bevölkerungszahl): 660.000 Einwohner bei 82.000.000 Einwohnern in Deutschland (September 2012)*

4.3.3 Umrechnung der jetzigen Punktwerte in eine Zeitvergütung unter Verwendung einer Punkt-Zeit-Relation

Wie auch die niedersächsische Schiedsstelle in ihrem Schiedsspruch eine Umrechnung von Punktwerten in Stundensätze abgewogen hat, gibt es ebenfalls entsprechende Überlegungen in anderen Bundesländern.

Die Überlegungen gehen dabei von einem Erlös-orientierten Denkansatz aus:

„Wie viele Punkte werden heutzutage in einer Stunde erlöst?“

Abbildung 20: Umrechnung der Punktwerte in einen Stundensatz

Umrechnung der Punktwerte in einen Stundensatz

Bsp. "Erweiterte kleine Körperpflege " in Berlin

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
300 Pkte.	0,04347 €	**13,04 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 600 (= ursprünglich 1,00 Stunde)

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
600 Pkte.	0,04347 €	**26,08 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 800

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
800 Pkte.	0,04347 €	**34,78 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 1.000

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
1.000 Pkte.	0,04347 €	**43,47 €**

Beschreibung:

Die ursprünglichen (falschen) Überlegungen gingen von einem Zeitbezug von 600 Punkten pro Stunde = 60 Minuten aus. Aufgrund der Zeitreduzierungen in dem Leistungskomplexsystem im Laufe der Jahre (u.a. aufgrund unzureichender Anpassung der Vergütungen an die steigenden qualitativen Anforderungen etc.) müssen heute mehr Punkte pro Stunde „erwirtschaftet“. Hier in diesem Beispiel erfolgte die Umrechnung auf der Basis von 600, von 800 und von 1.000 Punkten. Selbstverständlich könnten auch andere Punktzahlen verwendet werden, z.B. 1.653 Punkte (wenngleich auch diese willkürlich wären)[109].

Hinweis:

In Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz sind den Leistungsmodulen[110] *keine Punktwerte hinterlegt. Somit kann eine Umrechnung von Punktwerten in eine Zeitabrechnung schon aus diesem Grund nicht erfolgen. In Baden-Württemberg gibt es zudem in Abhängigkeit von der Qualifikation drei verschiedene Preise für die jeweiligen Leistungskomplexe.*

[109] *weitere Beispiele für die Umrechnung von Punkten in eine Vergütung nach Zeit, insbesondere in einen Stundensatz (= 60 Min.) sind in den Anlagen unter dem Punkt „Weitere 6 Beispiele für die Umrechnung der jetzigen Punktwerte in eine Zeitvergütung unter Verwendung einer Punkt-Zeit-Relation“ auf Seite XXVIII dargestellt.*
[110] *Leistungskomplexe heißen dort Leistungsmodule.*

Mit dem Denkansatz der Umrechnung von Punktwerten in eine Zeitvergütung wird gegen § 89 Abs. 1 SGB XI verstoßen, welcher eine Orientierung an den tatsächlichen Kosten vorgibt.

Das Denkmodell verwendet zudem die über 18 Jahre kondensierte Zeit der jetzigen Leistungskomplexe als Basis der Berechnungen. Das heißt, die gravierenden Mängel des jetzigen Leistungskomplexsystems würden 1:1 übertragen in ein neues Vergütungssystem. Alleine die Festlegung auf exakte Zahlen wie 600, 800 oder 1.000 Punkte macht die Willkür dieser Überlegungen deutlich.

Da Komplexleistungen keinen Zeitbezug haben, führt die derzeitige Diskussion um Umrechnung von Punktzahlen in Zeit in die Irre[111].

Die Umrechnung von Punktzahlen in eine Vergütung nach Zeit bildet die jetzige Erlössituation pro Stunde ab, ohne die Wechselwirkungen der Vergütungssysteme zu berücksichtigen. Hatte das Leistungskomplexsystem mit seinen Punktzahlen und Punktwerten noch die Möglichkeit, die Zeitwerte für die Leistungskomplexe immer weiter zu reduzieren, gibt es diese Möglichkeit bei einer minutenbasierten Abrechnung nicht mehr. Überdies kann es keine einheitlichen Stundensätze geben, weder in einem Bundesland noch in einer Region geben, wie im Gutachten mehrfach aufgezeigt wurde.

Auch die Auffassung der Schiedsstelle in Niedersachsen, die Punktzahlen lediglich als Maßstab dienen zu lassen, um die Leistungen und Leistungskomplexe untereinander in ein Verhältnis zu bringen, bringt keine zusätzliche Erkenntnis, da innerhalb der Leistungsbereiche
- Grundpflege,
- häusliche Betreuung und
- hauswirtschaftliche Vorsorgung

jeweils ein Stundensatz festgelegt wird – oder es erfolgt die Festlegung eines einzigen Stundensatzes für alle Leistungsbereiche.

Es ist nicht möglich, eine Zeitvergütung aus dem bisherigen System einer Vergütung nach Leistungskomplexen abzuleiten[112].
Dieses Denkmodell der Umrechnung von Punktzahlen in eine Zeitvergütung hat wie auch schon die Festlegung der Punktzahlen und Punktewerte bei Einführung des Leistungskomplexsystems keine belastbare Berechnungsgrundlage.
Es ist vollkommen ungeeignet zur Kalkulation einer Vergütung nach Zeit.

[111] *Richter, R.: Das Dilemma …, a.a.O., S. 47*
[112] *Auch die Schiedsstelle in Niedersachsen ist der Auffassung, dass die Punktzahlen lediglich als Maßstab dienen sollten, die Leistungen und Leistungskomplexe untereinander in ein Verhältnis zu bringen. Trotzdem hat sie ihren Schiedsspruch mit einer Umrechnung festgelegt.*

4.3.4 Notwendige Klärung von Details vor Abschluss einer Vereinbarung einer Zeitvergütung

In Ergänzung der unter Punkt 3.5 „Folgen und Gefahren einer zu geringen Vergütung bei den Stundensätzen“, Seite 68ff. aufgeführten Schwierigkeiten nachdem eine zu geringe Zeitvergütung ausgehandelt wurde, werden nachfolgend Aspekte benannt, die unbedingt in Verhandlungen Berücksichtigung finden müssen, bevor eine Vereinbarung über die Vergütung nach Zeitaufwand abgeschlossen werden kann. Zu klären wäre u.a.,

1.) wie die Angebote Pflegedienste im Rahmen der Wahlmöglichkeit der Pflegekunden zwischen den beiden Vergütungssysteme gestaltet sein müssen,
2.) wie eine Zeiterfassung in die Praxis umgesetzt werden soll,
3.) wie eine Abrechnung der Vergütung nach Zeit exakt funktioniert.

Darüber hinaus ist zu klären, welcher zusätzliche Aufwand durch diese Neuerungen entstehen wird.

1.) Erhöhter Aufwand für die Angebotserstellung

Gemäß den Vorgaben in § 120 Abs. 3 SGB XI müssen Pflegedienste den Pflegebedürftigen ab dem 1. Januar 2013 für die vertraglich zu vereinbarenden Leistungen vergleichende Angebote der jeweiligen Vergütungssysteme vorzulegen. Sie sind darüber hinaus verpflichtet, den Pflegebedürftigen auf seine Wahlmöglichkeiten hinzuweisen. Neben Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der vereinbarten Vergütungen sind ist im Pflegevertrag die Entscheidung des Pflegebedürftigen festzuhalten.

Die Beratung über die beiden alternativen Vergütungssysteme und das Vorhalten von zusätzlichen Preiskalkulationen und Formularen wird bei den Pflegediensten zu einem erheblichen Mehraufwand führen. Zudem sind die Kunden auch zu informieren,
- wie die Zeiterfassung erfolgen wird und
- welche Modalitäten bei der Abrechnung zu berücksichtigen sind.

Da es keine konkreten Erfahrungen mit dem Angebot von alternativen Angeboten gibt, kann nur gemutmaßt werden, welchen Mehraufwand die doppelte Angebotserstellung und -beratung mit sich bringen wird. –Es ist davon auszugehen, dass sich der anfängliche Zeitaufwand nicht nur verdoppeln wird, sondern dass auch über die Wechselwirkungen gesprochen werden muss. Weiterhin wird es im Laufe der Versorgung immer wieder zu neuen Angeboten und Beratungen kommen müssen, wenn sich die Wünsche oder der Leistungsbedarf des jeweiligen Kunden ändern.

Darüber hinaus ist zu klären, wie oft ein Wechsel zwischen den Vergütungssystemen für den Kunden möglich ist. Ein täglicher Wechsel zwischen den Vergütungssystemen würde dem Pflegedienst aller Planungsgrundlagen berauben und zu weiterem Aufwand führen.

Durch den zusätzlichen Zeitaufwand entstehen Kosten. Dieser erhöhte Aufwand muss möglichst exakt geschätzt werden und ist in den Kalkulationen für beide Vergütungssysteme zu berücksichtigen.
Für die Angebotserstellung werden wahrscheinlich Tablet-PCs oder andere mobile Geräte anzuschaffen sein, weil es ansonsten kaum möglich sein wird, den Kunden die Angebote zeitnah vor Ort zu erstellen und entsprechend den Wünschen und Notwendigkeiten anzupassen. Auch dieser Sachverhalt ist in den Kalkulationen für beide Vergütungssysteme zu berücksichtigen.

2.) Zeiterfassung der Leistungen nach Zeit für das SGB XI

Zum ersten muss geklärt werden, wie die Zeiterfassung erfolgen muss, und wann die Einsätze zeitlich beginnen und enden. Hier bietet es sich an, die Zeit vom Öffnen der Haustür bis zum Schließen der Haustür des jeweiligen Kunden zu erfassen. Problematisch erscheint hier, dass die Dokumentation der Zeit sowie das Abzeichnen der Leistung durch den Kunden vor dem Verlassen der Wohnung erfolgt. Bei einer minutengenauen Abrechnung kann es hier zu Differenzen kommen.

Ein weiteres Problem ergibt sich bei der Erfassung der Zeit bei gemischten Einsätzen (z.B. SGB XI und SGB V). Hier wäre die erfasste Gesamtzeit in SGB XI-Zeit und in andere Bereiche aufzuteilen. Hier ist davon auszugehen, dass die Wahrnehmung über den tatsächlichen Zeitaufwand für Leistungen des SGB XI zwischen dem Pflegebedürftigen und Pflegedienst regelmäßig eine unterschiedliche sein wird, was zu einem erheblichen (wahrscheinlich täglichen), zusätzlichen Kommunikationsaufwand am Einsatzort führen wird.

Beispiel: Zeitliche Abgrenzung bei gemischten Einsätzen (z.B. SGB XI und SGB V)
Der Kunde hat sich für eine Abrechnung nach Zeit im SGB XI entschieden. Die Leistungen der Behandlungspflege (SGB V) werden weiterhin als Einzelleistung erbracht und abgerechnet. Begrüßen des Pflegekunden und Ausziehen der Jacke der Mitarbeiterin dauern 2 Minuten. Blutzuckermessung, Insulininjektion und Medikamentengabe dauern insgesamt ca. 7 Minuten[113]. Dokumentieren der Leistungen, Anziehen der Jacke und das Verabschieden dauern insgesamt 4 Minuten. Insgesamt dauert der Hausbesuch 34 Minuten. Die „restliche" Zeit wird für die Große Morgentoilette verwendet.
Folgender Prozess kann unter Umständen täglich stattfinden:
1) Erfassen, 2) Berechnen und 3) Diskutieren über den heutigen Zeitaufwand:

- *Die 7 Minuten sind eindeutig dem SGB V zuzurechnen. ✓*
- *2 Minuten zu Beginn + 4 Minuten zum Schluss ergeben 6 Minuten „Hausbesuchsgrundzeit"; diese werden später aufgeteilt auf SGB V und SGB XI. ✓*
- *Gesamteinsatzzeit 34 Minuten minus 7 Minuten SGB V minus 6 Minuten Hausbesuchsgrundzeit ergeben eine Zeit von 21 Minuten für den SGB XI. ✓*
- *Zum Schluss ist die Hälfte der Hausbesuchsgrundzeit (= 3 Minuten) zum SGB XI-Anteil zu addieren: 21 Minuten + 3 Minuten = 24 Minuten. ✓*
- *Diese 24 Minuten sind durch den Kunden zu bestätigen.*

Auch hier das Problem: Die Kommunikation mit dem Kunden über die Zeit der heutigen Leistungserbringung findet statt, bevor der Mitarbeiter die Wohnung des Kunden wieder verlässt.

[113] *Möglich ist dies allerdings nur durch eine entsprechende EDV, welche die den Leistungen (und den Leistungskomplexen) hinterlegten Zeitwerte proportional zur gesamten erbrachten Zeit berechnet. Das funktioniert theoretisch auch mit einer Erfassung auf Papier, jedoch sind die Pflegedienste fast zum Einsatz mobiler Datenerfassung gezwungen.*

Um den Realitätsbezug dieser Ausführungen zu verdeutlichen, sei nachfolgend das Zitat einer Pflegedienstleitung aus Bremen vom 9. Mai 2013 wiedergegeben:
Ich erlebe dies alles ja nun schon live vor Ort. Es ist wirklich nicht mehr schön. Die Anpflege und der Kostenvoranschlag gestalten sich nun noch schwieriger. Bei Kunden, die nicht viel Geld ausgeben wollen, wird es zur "Rennpflege", was für mich sehr schwierig ist. Es wird jetzt um jede Minute gehandelt und es folgen endlose Diskussionen. Es kommen Fragen wie: "Was mache ich, wenn die Kollegin kommt, die immer etwas langsamer ist, die hat es ja auch im Rücken?" oder "Kann man das Bett nicht schneller beziehen?"

Natürlich ist es denkbar, diesen erheblichen Aufwand durch pauschalierte Regelungen zu vereinfachen. In beiden Fällen sind die durch diesen Zeitaufwand bedingten Kosten zu schätzen und zusätzlich in die Kalkulationen einzubringen.

3.) Korrektes Abrechnen der Zeitvergütungen

In der Realität wird es häufig zu einem vom Angebot abweichenden tatsächlichem Zeitaufwand sowohl nach oben als auch nach kommen, insbesondere dann, wenn die Zeiten im Angebot sehr knapp bemessen wurden. Beide Möglichkeiten sollen hier beispielhaft beschrieben werden.

Beispiel: Die im Angebot vereinbarte Zeit wird unterschritten
Mit dem Pflegebedürftigen wurden 30 Minuten Pflege vereinbart. Der Mitarbeiter ist jedoch schon nach 23 Minuten mit dem Inhalt der vereinbarten Leistung fertig. Grundsätzlich spricht nichts dagegen, die verbleibenden 7 Minuten mit Tätigkeiten und/oder Kommunikation zu verbringen, die im Sinne des SGB XI ist. Folgt man dieser Logik, müsste bei einem Überschreiten der vereinbarten Zeit die Leistung abgebrochen werden? Alternativ wäre auf die anderen Tätigkeiten und/oder die Kommunikation zu verzichten, da auch nicht vereinbarter Leistungsgegenstand und exakt die 23 Minuten dem Kunden in Rechnung zu stellen.

Beispiel: Die im Angebot vereinbarte Zeit wird überschritten
Mit dem Pflegebedürftigen wurden 30 Minuten Pflege vereinbart, hier im besonderen Fall ein Bad. Am heutigen Tag verlängert sich jedoch durch verschiedene Umstände die für das Baden notwendige Zeit. Der Pflegebedürftige ist nach 30 Minuten noch nicht aus der Wanne.
Wurden wie im ersten Beispiel die exakten Minuten abgerechnet, so würde das auch für diesen Fall bedeuten, dass die tatsächlich aufgewandten 38 Minuten berechnet werden dürfen. Ein Abbrechen der Leistung steht außer Frage, dem Pflegedienst wäre dann unterlassene Hilfeleistung zu unterstellen.
Dürfen die zusätzlichen 8 Minuten nicht gegenüber dem Pflegebedürftigen abgerechnet werden, geht diese notwendigerweise aufgewandte Zeit zu Lasten des Pflegedienstes. Dies stellt ein zusätzliches Risiko dar, welches in der Kalkulation bei der Preisfindung berücksichtigt werden muss.

Die Ausführungen machen deutlich, dass alle Modalitäten,
wie Angebote erstellt werden, wie eine Zeiterfassung auszusehen hat und wie abgerechnet werden soll, im Vorfeld einer Vergütungsvereinbarung geklärt werden müssen. Alle genannten Aspekte sind mit erheblichem Mehraufwand gegenüber der früheren Situation verbunden und führen zu zusätzlichen Kosten.
Deshalb ist es unverständlich, wie diese Aspekte z.B. in der ersten Vereinbarung über eine Zeitvergütung nach den Anforderungen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes in Bremen alle ausgeklammert wurden und im Nachhinein durch eine Arbeitsgruppe geregelt werden sollen.

5 Schlussfolgerungen

Die Umsetzung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes ist hinsichtlich der Fragestellung des Gutachtens aus vielen Gründen nicht möglich.

Mitnahmeeffekte bei Wahlmöglichkeit der Kunden zwischen den beiden Vergütungssystemen führen zu gravierenden Wechselwirkungen. Pflegedienste verfügen jedoch nicht über die notwendigen differenzierten Daten und Zahlen zu Berechnung dieser Wechselwirkungen. Werden die Vergütungen nicht deutlich angepasst, führt die Wahlmöglichkeit zu erheblichen Einnahmeausfällen bei den Pflegediensten.

Es wird konkret aufgezeigt, welche Lösungen bei einer Wahlmöglichkeit der Kunden theoretisch zur Verfügung stehen: Jeweils eines der beiden Vergütungssysteme muss drastisch im Preis erhöht werden, oder es müssen in beiden Systemen gleichzeitig die Preise um 15% bis 30% angehoben werden, um die Einnahmeausfälle auszugleichen und bisher nicht berücksichtigte Kostenfaktoren einzubringen.

Die Kalkulation von Stundensätzen mit bisherigen Methoden beinhaltet mathematische und logische Fehler und sollte deshalb auf eine neue Basis gestellt werden.

Die alleinige Kalkulation auf Grundlage der bisherigen Kosten reicht nicht aus, um mit diesen Zahlen zu agieren. Bisher nicht berücksichtigte Kosten, der gestiegene Mehraufwand, der durch die Wahlmöglichkeit entstehende zusätzliche Aufwand und zukünftige Kostensteigerungen müssen ebenfalls in eine Stundensatzberechnung einbezogen werden.

Vergütungsverhandlungen müssen im Prinzip individuell auf jeden Pflegedienst ausgelegt sein, denn Stundensätze erlauben und beinhalten keine nachträgliche Korrektur der Kosten. Sind sie zu niedrig berechnet, gefährden sie die Versorgung der Pflegebedürftigen, die Qualität der Pflege und die Existenz der Pflegedienste.

In Verhandlungen muss geklärt werden, welche Kosten für die Berechnung von Stundensätzen relevant sind. Die Umsetzung der durch die Verhandlungen festgelegten Kalkulationsraster muss in jedem Fall mit den individuellen Zahlen eines jeden Pflegedienstes erfolgen.

Soll eine Zeitvergütung trotz der Kritik in diesem Gutachten alternativ der Abrechnung nach Leistungskomplexen zur Wahl gestellt werden, sind die Vergütungsverhandlungen zweifach mit jedem Pflegedienst in Deutschland zu führen, und zwar parallel, um die Wechselwirkungen der Systeme zu berücksichtigen. Dieser Aufwand ist nicht vorstellbar.

Es wird nachgewiesen, dass eine einfache Umrechnung der bisherigen Punktwerte in eine Zeitvergütung nicht möglich ist.

Die vom Gesetzgeber im Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz gewünschte Wahlmöglichkeit zwischen einer Abrechnung nach Leistungskomplexen und einer Abrechnung nach Zeit ist nicht in die Praxis umsetzbar.

Thomas Sießegger
Dipl. Kaufmann, Organisationsberater und
Sachverständiger für ambulante Pflegedienste
Hamburg, 4. Juli 2013

Anlagen

Definitionen von Begrifflichkeiten

Hinweis zu den Begriffen „Mitarbeiter“ und „Mitarbeiterinnen“

Im Gutachten wird meist die männliche Form der „Mitarbeiterinnen“ verwendet Im Berufsfeld „ambulante Pflege“ arbeiten aber überwiegend Frauen. Wenn wir hier den männlichen Begriff „Mitarbeiter“ gewählt haben, so alleine aufgrund der besseren Lesbarkeit (z.B. in Tabellen). Wenn der Begriff „Mitarbeiter“ verwendet wurde, dann sind hiermit selbstverständlich alle Mitarbeiterinnen eingeschlossen, auch die Männer.

Kostenarten

Die Kostenartenrechnung ist ein Teilbereich der Kostenrechnung, in dem die Erfassung, Abgrenzung und Bewertung der Kosten stattfindet.
Die Kostenartenrechnung beantwortet die Frage, welche Kosten im Pflegedienst anfallen (Materialkosten, Personalkosten etc.).

Kostenstellen

Die Kostenstellenrechnung beantwortet die Frage, **wo** die Kosten anfallen. Sie hat primär die Aufgabe, den Pflegedienst in Untergliederungen (z.B. SGB V, SGB XI, SGB XII und Privatzahler) zu teilen, um festzustellen, welcher Leistungsbereich welche Ergebnisse mit sich bringt. Entweder die Kostenarten können direkt der Kostenstelle zugerechnet werden (= Einzelkosten) oder die Gemeinkosten (z.B. Kosten für Geschäftsführung, Lohnbuchhaltung, Finanzbuchhaltung usw.) werden anhand von Verteilungsschlüsseln auf die Kostenstellen verteilt. Die Zuordnung der Erlöse ist unproblematisch.
Ein weiterer Grund für die Notwendigkeit einer Kostenstellentrennung ist der Versorgungsvertrag, der vorschreibt, dass eine „selbstständig wirtschaftende Einrichtung“ gem. § 71 SGB XI zu führen ist. In der Praxis bedeutet das die Abgrenzung der Kostenstelle „SGB XI“ von allen anderen Leistungsbereichen eines Pflegedienstes.

Kostenträger

In der Betriebswirtschaft wird der Begriff des **Kostenträger**s verwendet im Sinne der so genannten Kostenträgerstückrechnung. Dieser Teilbereich der Kostenrechnung ermöglicht die Berechnung der eigenen Kosten für ein „produziertes Stück“.
Die Pflegebuchführungsverordnung meint mit den „Kostenträgern“ ebenfalls die einzelnen Leistungskomplexe: *Kostenträger sind die in den Vergütungsempfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen aufgeführten Leistungskomplexe*.
Umgangssprachlich werden jedoch auch die Kranken- und Pflegekassen, die Sozialhilfeträger und die Privatzahler ebenfalls als Kostenträger bezeichnet.

Um diese Begriffsdoppelung „Kostenträger“ eindeutig abzugrenzen, werden in dem Gutachten die Begriffe mit folgenden Bedeutungen verwendet:

Kostenträger	**=**	**Leistungskomplexe oder Einzelleistungen**
Leistungsträger	**=**	**Pflegekassen, Krankenkassen, Sozialhilfeträger und Privatzahler**
Leistungserbringer	**=**	**Pflegedienste**
Leistungsempfänger	**=**	**Pflegebedürftige oder Kunden**

Selbstzahler und Privatzahler

Privatzahler-Leistungen sind Leistungen, die weder von der Krankenversicherung, noch von der Pflegeversicherung finanziert werden, d.h. es handelt sich um Leistungen, die der Pflegebedürftige bzw. dessen Angehörige selbst bereit sind, über die Leistungsbereiche der Sozialversicherungen hinaus einzukaufen bzw. zu finanzieren. In einigen Pflegediensten werden entsprechend Leistungen über so genannte Privatzahler-Preislisten angeboten.
Die Privatzahler-Leistungen sind begrifflich von denen abgrenzen, welche über das Maß der Finanzierungszuständigkeit der Leistungsträger hinausgehen.
Zur Abgrenzung sollte deshalb zwischen ***Selbstzahler*** und ***Privatzahler*** unterschieden werden. Diese Definition führt zu einer klaren Abgrenzung bzw. eindeutigen Sprachregelung (siehe folgendes Beispiel).

Beispiel:

Zahlt ein Pflegebedürftiger die gesamten Kosten für seine pflegerische Versorgung privat, weil er keinen gesetzlich geregelten Versicherungsanspruch (gegenüber Pflegekasse oder Krankenkasse) geltend machen kann, *wird er als Privatzahler eingestuft*.

Zum *Selbstzahler* wird ein Pflegebedürftiger nach dem SGB XI, wenn er
a) in eine Pflegestufe eingestuft wurde und
b) wenn die Kosten der von ihm vertraglich vereinbarten Pflegeleistungen den Sachleistungsbetrag aus der Pflegeversicherung übersteigen und er den Restbetrag selbst finanziert (also nicht durch Sozialhilfe).
Beispielsweise beträgt eine Rechnung für Pflegeleistungen für einen Pflegebedürftigen in Pflegestufe II insgesamt 1.400 Euro: die Pflegekasse trägt 1.100 Euro, er Kunde ***selbst*** bezahlt als *Selbstzahler* einen Eigenanteil in Höhe von 300 Euro.

Pflegefachkraftquote

Der Begriff ist im stationären Pflegebereich besetzt durch die Regelungen der Personalmindestverordnung und wird in diesem Gutachten **synonym für den Anteil der Pflegefachkräfte** am Beschäftigungsumfang aller Mitarbeiter (für Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung) verwendet.

Gesetzliche Grundlagen (Auszüge aus der Pflegeversicherung)

Hervorhebungen erfolgten durch den Autor

§ 71 Pflegeeinrichtungen

(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieses Buches sind **selbständig wirtschaftende Einrichtungen**, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

(2) Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:
1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
2. ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können.

….

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

geändert durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 1.7.2008

…

„(7) **Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen**. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist den zugelassenen Pflegeeinrichtungen durch die Landesverbände der Pflegekassen bekannt zu geben. Sie ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach Aufhebung der gemäß § 83 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 erlassenen Rechtsverordnung unmittelbar verbindlich."

§ 79 Wirtschaftlichkeitsprüfungen

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegeleistungen durch von ihnen bestellte Sachverständige prüfen lassen; vor Bestellung der Sachverständigen ist der Träger der Pflegeeinrichtung zu hören. Eine Prüfung ist nur zulässig, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht mehr erfüllt. Die Anhaltspunkte sind der Pflegeeinrichtung rechtzeitig vor der Anhörung mitzuteilen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

(2) Die Träger der Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, dem Sachverständigen auf Verlangen die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

(3) Das Prüfungsergebnis ist, unabhängig von den sich daraus ergebenden Folgerungen für eine Kündigung des Versorgungsvertrags nach § 74, in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung mit Wirkung für die Zukunft zu berücksichtigen.

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

(1) Zugelassene Pflegeheime und Pflegedienste erhalten nach Maßgabe dieses Kapitels

1. eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung) sowie

2. bei stationärer Pflege ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung.

Die Pflegevergütung ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen. Sie umfasst bei stationärer Pflege auch die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, die medizinische Behandlungspflege. Für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen.

(2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für

1. Maßnahmen einschließlich Kapitalkosten, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 zuzuordnen sind,

2. den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,

3. Miete, Pacht, Erbbauzins, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,

4. den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,

5. die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

(3) Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Erbbauzins, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter nach Absatz 2 Nr. 3 durch öffentliche Förderung gemäß § 9 nicht vollständig gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil der Aufwendungen den Pflegebedürftigen gesondert berechnen. Gleiches gilt, soweit die Aufwendungen nach Satz 1 vom Land durch Darlehen oder sonstige rückzahlbare Zuschüsse gefördert werden. Die gesonderte Berechnung bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde; das Nähere hierzu, insbesondere auch zu Art, Höhe und Laufzeit sowie die Verteilung der gesondert berechenbaren Aufwendungen auf die Pflegebedürftigen einschließlich der Berücksichtigung pauschalierter Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen sowie der zugrunde zu legenden Belegungsquote, wird durch Landesrecht bestimmt. Die Pauschalen müssen in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe der Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen stehen.

(4) Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, können ihre betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen ohne Zustimmung der zuständigen Landesbehörde gesondert berechnen. Die gesonderte Berechnung ist der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

(5) Öffentliche Zuschüsse zu den laufenden Aufwendungen einer Pflegeeinrichtung (Betriebskostenzuschüsse) sind von der Pflegevergütung abzuziehen.

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine **Aufwendungen** zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

(2) Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung sind die Träger des Pflegedienstes sowie

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger,

2. die Träger der Sozialhilfe, die für die durch den Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen zuständig sind, sowie

3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nummer 1 und 2 genannten Träger,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen jeweils mehr als 5 vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen und gilt für den nach § 72 Abs. 3 Satz 3 vereinbarten Einzugsbereich, soweit nicht ausdrücklich etwas Abweichendes vereinbart wird.

Abs. 3

(3) Die Vergütungen sind mit Wirkung ab dem 1. Januar 2013 nach Zeitaufwand und unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen je nach Art und Umfang der Pflegeleistung zu bemessen; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsinanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute. Darüber hinaus sind auch Vergütungen für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren. § 84 Abs. 4 Satz 2, § 85 Abs. 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.

→ Farbliche Hervorhebungen durch den Autor = Änderungen durch das das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz [PNG]

§ 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

(1) Bei häuslicher Pflege übernimmt der zugelassene Pflegedienst spätestens mit Beginn des ersten Pflegeeinsatzes auch gegenüber dem Pflegebedürftigen die Verpflichtung, diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit, entsprechend den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen, zu pflegen und hauswirtschaftlich zu versorgen (Pflegevertrag). Bei jeder wesentlichen Veränderung des Zustandes des Pflegebedürftigen hat der Pflegedienst dies der zuständigen Pflegekasse unverzüglich mitzuteilen.

(2) Der Pflegedienst hat nach Aufforderung der zuständigen Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages auszuhändigen. Der Pflegevertrag kann von dem Pflegebedürftigen jederzeit ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

(3) In dem Pflegevertrag sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Zeitvergütungen und der vom Zeitaufwand unabhängigen vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jede Komplexleistung gesondert zu beschreiben. Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen **unmittelbar nach Inkrafttreten dieser Regelung sowie** vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung darüber zu unterrichten, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung darstellt **und ihn auf seine Wahlmöglichkeiten bei der Zusammenstellung dieser Vergütungsformen hinzuweisen**. Diese Gegenüberstellung hat in der Regel schriftlich zu erfolgen. Auf dieser Grundlage entscheidet der Pflegebedürftige über die Vergütungsform. In dem Pflegevertrag ist die Entscheidung zu dokumentieren.

(4) Der Anspruch des Pflegedienstes auf Vergütung seiner pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen ist unmittelbar gegen die zuständige Pflegekasse zu richten. Soweit die von dem Pflegebedürftigen abgerufenen Leistungen nach Satz 1 den von der Pflegekasse mit Bescheid festgelegten und von ihr zu zahlenden leistungsrechtlichen Höchstbetrag überschreiten, darf der Pflegedienst dem Pflegebedürftigen für die zusätzlich abgerufenen Leistungen keine höhere als die nach § 89 vereinbarte Vergütung berechnen.

Auszüge aus der Pflegebuchführungsverordnung

§ 7 Kosten- und Leistungsrechnung

Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen haben eine Kosten- und Leistungsrechnung zu führen, die eine betriebsinterne Steuerung sowie eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit ermöglicht. Die Kosten- und Leistungsrechnung muss die Ermittlung und Abgrenzung der Kosten der jeweiligen Betriebszweige sowie die Erstellung der Leistungsnachweise nach den Vorschriften des Achten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch ermöglichen. Dazu gehören folgende Mindestanforderungen:

1. Die Pflegeeinrichtungen haben die auf Grund ihrer Aufgaben und Strukturen erforderlichen Kostenstellen zu bilden; dabei kann der Kostenstellenrahmen nach dem Muster der Anlage 5 angewendet werden.

2. Die Kosten sind aus der Buchführung nachprüfbar herzuleiten.

3. Die Kosten und Leistungen sind verursachungsgerecht nach Kostenstellen zu erfassen; sie sind darüber hinaus den anfordernden Kostenstellen zuzuordnen, soweit dies für die in Satz 1 genannten Zwecke erforderlich ist.

4. Die Kosten und Leistungen sind verursachungsgerecht den Kostenträgern zuzuordnen; dabei kann die Kostenträgerübersicht nach dem Muster der Anlage 6 angewendet werden.

5. Bei Einrichtungen nach § 4 Abs. 2 oder 3 muss eine verursachungsgerechte Abgrenzung der Kosten und Erträge mit anteiliger Zuordnung auf die verschiedenen Einrichtungen erfolgen; § 4 Abs. 3 Nr. 2 Satz 2 gilt entsprechend.

Ausschnitte aus

Anlage 4 Kontenrahmen für die Buchführung

hier: Vorschlag für Aufteilung der Konten für Personalaufwendungen

6			Kontenklasse 6 Aufwendungen
	60		Löhne und Gehälter
		600	Leitung der Pflegeeinrichtung
		601	Pflegedienst
		602	Hauswirtschaftlicher Dienst
		603	Verwaltungsdienst
		604	Technischer Dienst
		605	Sonstige Dienste

siehe auch: http://www.gesetze-im-internet.de/pbv/anlage_4_19.html

Ausschnitte aus

Anlage 5 Muster, Kostenstellenrahmen für die Kosten- und Leistungsrechnung

hier: Kostenstellen Häusliche Pflege

92	Häusliche Pflegehilfe
920	Pflegebereich - Pflegestufe I
921	Pflegebereich - Pflegestufe II
922	Pflegebereich - Pflegestufe III
923	Pflegebereich - Pflegestufe III - Härtefälle

Anlage 6 Muster, Kostenträgerübersicht

Für teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Pflegeklasse I
- Pflegeleistungen
- Unterkunft und Verpflegung

Pflegeklasse II
- Pflegeleistungen
- Unterkunft und Verpflegung

Pflegeklasse III
- Pflegeleistungen
- Unterkunft und Verpflegung

Zusatzleistung Pflege

Zusatzleistung Unterkunft und Verpflegung

Für ambulante Pflegeeinrichtungen

Kostenträger sind die in den Vergütungsempfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen aufgeführten Leistungskomplexe.

Auswertung der Pflegestatistiken für die Jahre 1999 bis 2011

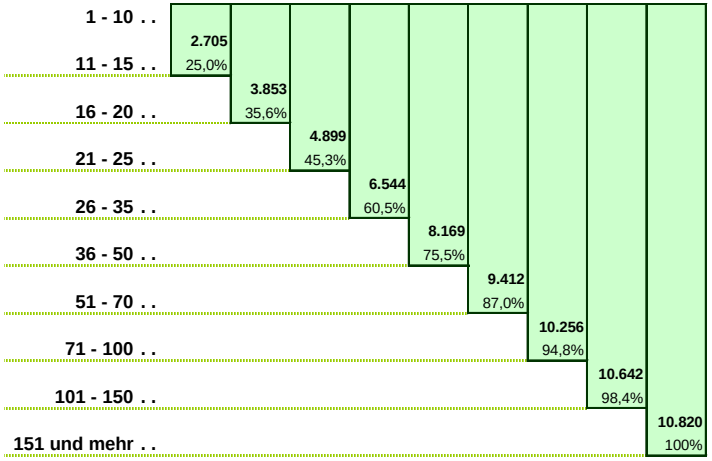
Größe der Dienste nach Träger - Pflegebedürftige je Pflegedienst

Auswertung Pflegestatistik für das Jahr 1999

Tab. 2.2 Größe der Dienste nach Träger - Pflegebedürftige je Pflegedienst am 15.12.1999

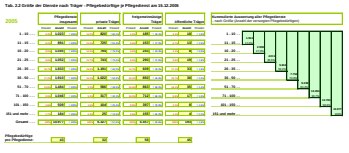
1999	Pflegedienste insgesamt			private Träger			freigemeinnützige Träger			öffentliche Träger		
	Prozent	Anzahl	Prozent	Prozent	Anzahl	Prozent	Prozent	Anzahl	Prozent	Prozent	Anzahl	Prozent
1 - 10 . . .	14,3%	1.548	= 100%	20,0%	1.102	= 71,2%	8,3%	423	= 27,3%	10,8%	23	= 1,5%
11 - 15 . . .	10,7%	1.157	= 100%	14,3%	787	= 68,0%	6,8%	346	= 29,9%	11,3%	24	= 2,1%
16 - 20 . . .	10,6%	1.148	= 100%	14,2%	779	= 67,9%	6,8%	348	= 30,3%	9,9%	21	= 1,8%
21 - 25 . . .	9,7%	1.046	= 100%	11,9%	657	= 62,8%	7,2%	368	= 35,2%	9,9%	21	= 2,0%
26 - 35 . . .	15,2%	1.645	= 100%	16,3%	897	= 54,5%	14,0%	714	= 43,4%	16,0%	34	= 2,1%
36 - 50 . . .	15,0%	1.625	= 100%	12,1%	665	= 40,9%	18,0%	918	= 56,5%	19,7%	42	= 2,6%
51 - 70 . . .	11,5%	1.243	= 100%	6,6%	363	= 29,2%	16,7%	853	= 68,6%	12,7%	27	= 2,2%
71 - 100 . . .	7,8%	844	= 100%	3,1%	172	= 20,4%	12,9%	657	= 77,8%	7,0%	15	= 1,8%
101 - 150 . . .	3,6%	386	= 100%	1,2%	66	= 17,1%	6,2%	316	= 81,9%	1,9%	4	= 1,0%
151 und mehr . . .	1,6%	178	= 100%	0,3%	16	= 9,0%	3,1%	160	= 89,9%	0,9%	2	= 1,1%
Gesamt . . .	100%	10.820	= 100%	100%	5.504	= 50,9%	100%	5.103	= 47,2%	100%	213	= 2,0%
Pflegebedürftige pro Pflegedienst:		38			27			51			37	

Kummulierte Auswertung aller Pflegedienste
.. nach Größe (Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen)



Die Daten der Jahre 2001, 2003, 2005, 2007 und 2009 fließen in die Berechnungen der Grafiken mit ein.

2001 2003 2005 2007 2009

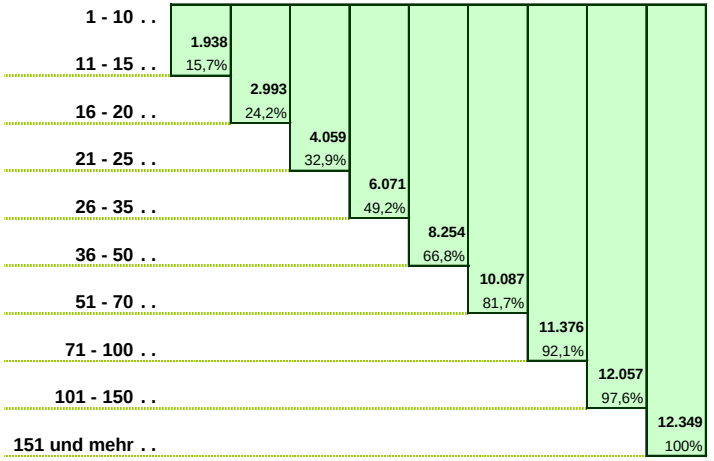


Auswertung Pflegestatistik für das Jahr 2011

Tab. 2.2 Größe der Dienste nach Träger - Pflegebedürftige je Pflegedienst am 15.12.2011

2011	Pflegedienste insgesamt			private Träger			freigemeinnützige Träger			öffentliche Träger		
	Prozent	Anzahl	Prozent	Prozent	Anzahl	Prozent	Prozent	Anzahl	Prozent	Prozent	Anzahl	Prozent
1 - 10 . . .	8,3%	1.023	= 100%	11,3%	876	= 85,6%	3,0%	131	= 12,8%	9,4%	16	= 1,6%
11 - 15 . . .	7,4%	915	= 100%	10,1%	787	= 86,0%	2,8%	125	= 13,7%	1,8%	3	= 0,3%
16 - 20 . . .	8,5%	1.055	= 100%	10,8%	842	= 79,8%	4,7%	206	= 19,5%	4,1%	7	= 0,7%
21 - 25 . . .	8,6%	1.066	= 100%	10,4%	810	= 76,0%	5,4%	238	= 22,3%	10,5%	18	= 1,7%
26 - 35 . . .	16,3%	2.012	= 100%	18,6%	1.448	= 72,0%	12,3%	540	= 26,8%	14,0%	24	= 1,2%
36 - 50 . . .	17,7%	2.183	= 100%	17,3%	1.342	= 61,5%	18,3%	805	= 36,9%	21,1%	36	= 1,6%
51 - 70 . . .	14,8%	1.833	= 100%	11,9%	921	= 50,2%	20,2%	888	= 48,4%	14,0%	24	= 1,3%
71 - 100 . . .	10,4%	1.289	= 100%	6,4%	497	= 38,6%	17,4%	767	= 59,5%	14,6%	25	= 1,9%
101 - 150 . . .	5,5%	681	= 100%	2,6%	199	= 29,2%	10,6%	469	= 68,9%	7,6%	13	= 1,9%
151 und mehr . . .	2,4%	292	= 100%	0,6%	50	= 17,1%	5,4%	237	= 81,2%	2,9%	5	= 1,7%
Gesamt . . .	100%	12.349	= 100%	100%	7.772	= 62,9%	100%	4.406	= 35,7%	100%	171	= 1,4%
Pflegebedürftige pro Pflegedienst:		47			36			65			53	

Kummulierte Auswertung aller Pflegedienste
.. nach Größe (Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen)



Arten der Einrichtungen und Träger

Tab. 2.1 Art (Angebot der Einrichtung) und Träger am 15.12.2011

2011	Pflegedienste insgesamt		private Träger		freigemeinnützige Träger		öffentliche Träger	
Pflegedienste insgesamt = 100%	**12.349**	= 100%	**7.772**	= 62,9%	**4.406**	= 35,7%	**171**	= 1,4%
mit anderen Sozialleistungen (gemischte Einrichtungen) **= 99,1%**	12.238	= 100%	7.685	= 62,8%	4.384	= 35,8%	169	= 1,4%
und zwar:								
häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V **= 97,2%**	11.999	= 100%	7.513	= 62,6%	4.318	= 36,0%	168	= 1,4%
Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII **= 61,6%**	7.602	= 100%	4.684	= 61,6%	2.834	= 37,3%	84	= 1,1%
Hilfeleistungen **= 41,7%**	5.152	= 100%	2.450	= 47,6%	2.636	= 51,2%	66	= 1,3%
als eigenständiger Dienst an einer Wohneinrichtung **= 9,3%** (z.B. Altenheim, Altenwohnheim, betreutes Wohnen)	1.152	= 100%	544	= 47,2%	576	= 50,0%	32	= 2,8%
als eigenständiger Dienst an einer sonstigen Einrichtung **= 1,8%** (z.B. einem Krankenhaus)	223	= 100%	50	= 22,4%	146	= 65,5%	27	= 12,1%
Eigenständige Dienste an einem Pflegeheim **= 6,2%** (mehrgliedrige Einrichtungen)	765	= 100%	296	= 38,7%	437	= 57,1%	32	= 4,2%

Entwicklung der Anzahl der ambulanten Pflegedienste nach Trägern

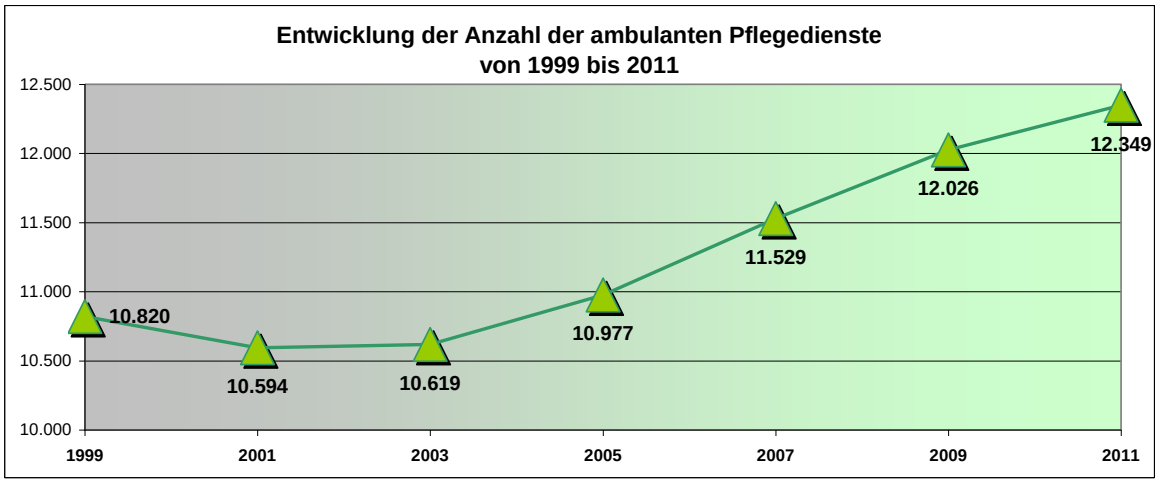
1.) Entwicklung in absoluten Zahlen

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
private Träger	5.504	5.493	5.849	6.327	6.903	7.398	7.772
freigemeinnützige Träger	5.103	4.897	4.587	4.457	4.435	4.433	4.406
öffentliche Träger	213	204	183	193	191	195	171
Pflegedienste insgesamt	**10.820**	**10.594**	**10.619**	**10.977**	**11.529**	**12.026**	**12.349**
		- 2,1%	+ 0,2%	+ 3,4%	+ 5,0%	+ 4,3%	+ 2,7%

+ 12,4%

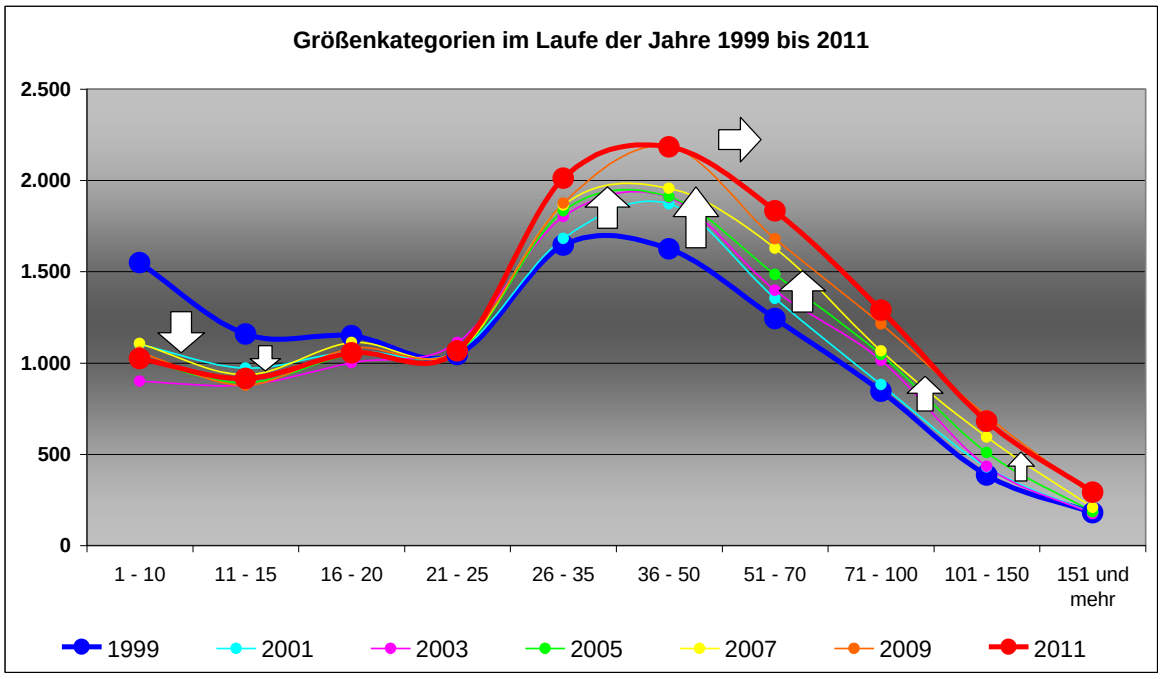
2.) Strukturentwicklung in Prozent (pro Jahr)

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
private Träger	50,9%	51,9%	55,1%	57,6%	59,9%	61,5%	62,9%
freigemeinnützige Träger	47,2%	46,2%	43,2%	40,6%	38,5%	36,9%	35,7%
öffentliche Träger	2,0%	1,9%	1,7%	1,8%	1,7%	1,6%	1,4%
Pflegedienste insgesamt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

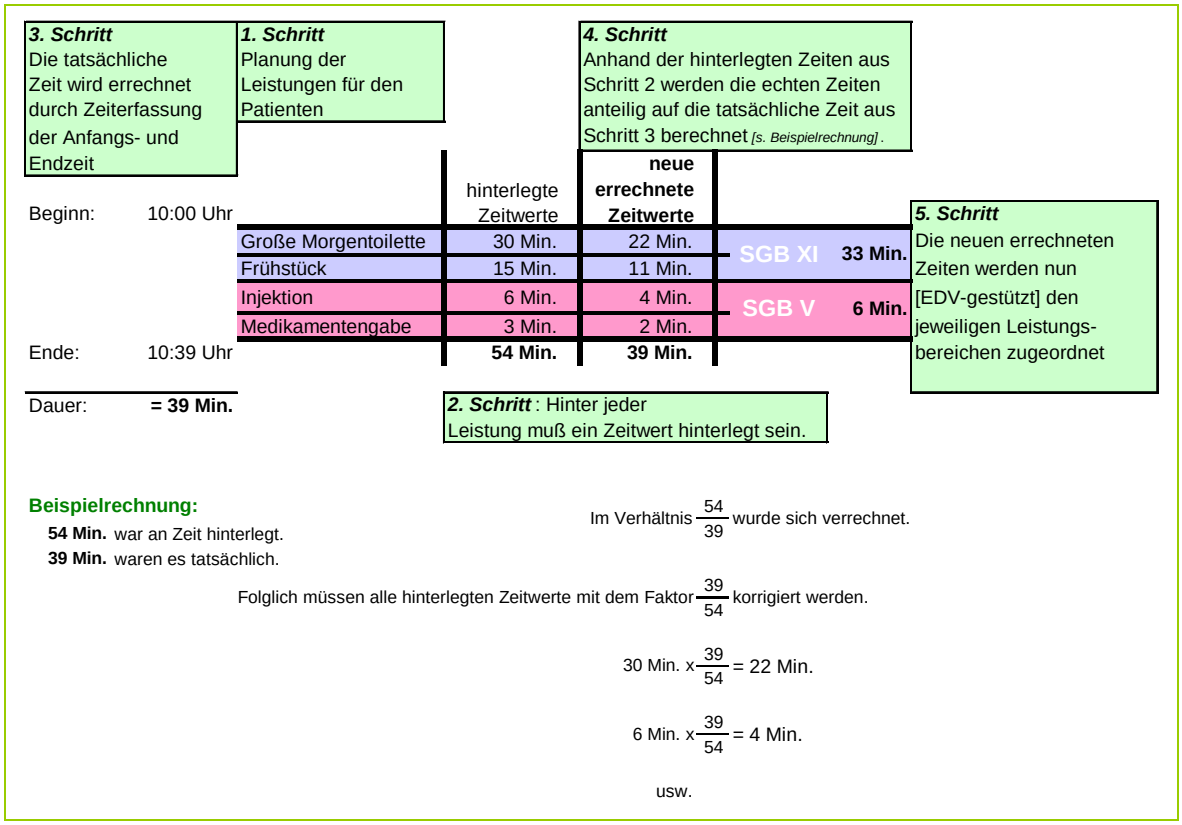


Veränderungen bei den Größenkategorien im Laufe der Jahre

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	
1 - 10	1.548	1.102	900	1.023	1.107	1.058	1.023	
11 - 15	1.157	971	880	891	934	878	915	
16 - 20	1.148	1.064	1.002	1.045	1.111	1.081	1.055	
21 - 25	1.046	1.064	1.111	1.052	1.060	1.071	1.066	
26 - 35	1.645	1.682	1.802	1.833	1.864	1.875	2.012	
36 - 50	1.625	1.872	1.906	1.910	1.957	2.185	2.183	
51 - 70	1.243	1.353	1.397	1.484	1.628	1.679	1.833	
71 - 100	844	881	1.014	1.046	1.065	1.213	1.289	
101 - 150	386	429	433	509	594	709	681	
151 und mehr	178	176	174	184	209	275	292	



Darstellung der Möglichkeiten zur Ermittlung von Zeiten aus Leistungskomplexen mit mobiler Datenerfassung oder korrigierter Personal-Einsatz-Planung auf Papier



Mögliche prinzipielle Ermittlung der Zeitwerte für Leistungskomplexe

a) Mit mobiler Datenerfassung, alle nachfolgend dargestellten Schritte erfolgen EDV-intern.

b) Mitarbeiter korrigieren die ausgedruckten Einsatzpläne, die Veränderungen und Abweichungen werden zeitnah und täglich in die Software eingegeben.

In beiden Fällen ist der Einsatz einer Branchen-Software notwendig.

1. Schritt: Alle Leistungen und Leistungskomplexe, welcher ein Pflegebedürftiger benötigt oder beauftragt, werden geplant.
   Die Leistungen und Leistungskomplexe können kombiniert und addiert werden.
2. Schritt: Alle Leistungen und Leistungskomplexe haben hinterlegte einheitliche und durchschnittliche Zeitwerte. Es ergibt sich eine Summe der addierten Zeitwerte. Diese Summe ist zunächst die Planungsgröße, hier in diesem Beispiel sind es 54 Minuten.
3. Schritt: Die Pflege(fach)kraft erbringt die geplanten Leistungen im Rahmen eines Einsatzes. Die tatsächliche Gesamtzeit beträgt in diesem Beispiel tatsächlich nur 39 Minuten, alle Leistungen und Leistungskomplexe wurden inhaltlich erbracht.
4. Schritt: Anhand der hinterlegten Zeitwerte aus Schritt 2 werden die „echten Zeiten“ anteilig auf die tatsächliche Zeit aus dem 3. Schritt berechnet.
5. Schritt: Die neuen errechneten Zeiten werden nun proportional [EDV-gestützt] den jeweiligen Leistungsbereichen zugeordnet. Somit können die Gesamtzeiten für SGB V, SGB XI, SGB XII und für die Privatzahler berechnet werden.

Für die Fragestellung des Gutachtens sind nur die SGB XI-Zeiten relevant.

Weitere Anmerkungen: Es erfolgte hier eine grundsätzliche Darstellung der Systematik der Ermittlung der Zeitwerte in den jeweiligen Leistungsbereichen. Selbstverständlich gibt es Möglichkeiten der Verfeinerung der Personal-Einsatz-Planung. Als Stichworte sollen hier genannt werden: Anwendung der Hausbesuchsgrundzeit, kontinuierlicher SOLL-IST-Vergleich, Drill-Down in der Abweichungsanalyse, individuelle Anpassungen an die Bedürfnisse der Kunden, proportionale Anpassung der Rüstzeiten usw. Diese Möglichkeiten sind abhängig von der Software und den Anwendern sowie von dem Verständnis, wie eine Personal-Einsatz-Planung zu erfolgen hat.

Berechnung der Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI, die den Pflegebedürftigen weiterberechnet werden

Die investiven Sachkosten müssen im Rahmen des SGB XI durch das Bundesland, die Landkreise - oder den Pflegebedürftigen getragen werden. Diese Differenzierung folgt logisch der Tatsache, dass die Kosten der Pflegeversicherung dualistisch finanziert werden:

1. Die Pflegeleistungen durch die Pflegeversicherung, die Pflegebedürftigen und die Sozialhilfeträger einerseits - und
2. die notwendigen Investitionskosten andererseits durch das zugehörige Bundesland (und/oder wenn dieses Bundesland „nicht vollständig fördert“: wiederum wird je nach Landesrecht eine teilweise Weiterberechnung möglich, oder wenn nicht gefördert wird, eine vollständige Berechnung an die Pflegebedürftigen oder die Sozialhilfeträger).

Damit ist die Finanzierung der Pflegeversicherung eine Ausnahme unter allen Leistungsbereichen eines ambulanten Pflegedienstes; diese Tatsache macht aber die Erfassung, Auswertung und die Steuerung des gesamten Pflegedienstes besonders aufwendig.

Der ermittelte Betrag muss um die tatsächliche Investitionskostenförderung gekürzt werden:

Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI - Zahlungen des Landes oder des Landkreises = Restbetrag der Investitionskosten, der an Pflegebedürftige (oder Sozialhilfeträger berechnet werden muss)

Sollte die Differenz nicht marginal sein (im Verhältnis zu den gesamten SGB XI-Investitionskosten) dann müsste diese Differenz den Pflegebedürftigen berechnet werden. Überzahlungen des Landes wären zurück zu zahlen. Es gibt hier Prüfvorbehalte, es erfolgt jedoch keine automatische Rückzahlung.

Den Pflegebedürftigen werden diese „restlichen“ Investitionskosten am sinnvollsten
pro SGB XI-Hausbesuch in Rechnung gestellt. Die Regellungen sind jedoch in Bundesländern unterschiedlich, teilweise werden die Investitionskosten auch pro Tag oder anteilig den Punktwerten bezahlt.

Der Restbetrag der Investitionskosten wird dividiert durch die Anzahl der Hausbesuche im SGB XI

= **zu berechnende Investitionskosten-Hausbesuchspauschale**
Diese darf nicht mit den Pflegesachleistungen
450,- Euro für Pflegestufe I,
den 1.100,- Euro für Pflegestufe II
oder den 1.550 Euro für Pflegestufe III
verrechnet werden!
Allenfalls können die Kunden die Investitionskosten aus den anteiligen Geldleistungen der Pflegeversicherung begleichen.

Das Sießegger-Kalkulationsverfahren mit Beispielzahlen

1.) Eingabe von Kosten für ein vergangenes Jahr

Eingabe der Kosten für alle Kalkulationsvarianten		Eingabe der Kosten
Pos.	Kostenpositionen	in €uro
1.	***Personalkosten der Mitarbeiter in der Pflege***	
1.1.	**Pflegefachkräfte** [mit mind. 3-jähriger Ausbildung]	**463.840 €**
1.2.	**Pflegekräfte** ["Helferinnen", mit 1-jähriger Ausbildung]	**129.384 €**
1.3.	**Hilfskräfte** [in Vollzeit, Teilzeit oder als GfB]	**42.390 €**
1.4.	**Pauschalkräfte** [als Ehrenamtliche, mit Aufwandsentsch. / ÜBL o.ä.]	**13.818 €**
1.5.	**sonstige Mitarbeiter**, im Bundesfreiwilligendienst [BFD], Freiwilligen Sozialen Jahr [FSJ], o.ä.	**6.885 €**
1.6.	***Summe der Personalkosten Pflege (1.1 bis 1.5.)***	**656.317 €**
2.	***Overhead-Kosten für Leitung und Verwaltung des Pflegedienstes***	
2.1.	Personalkosten Leitung des Pflegedienstes	**72.521 €**
2.2.	Personalkosten Regie (Verwaltung, Geschäftsführung usw.)	**91.237 €**
2.3.	***Summe der gesamten Regie- und Verwaltungskosten (2.1 bis 2.2.)***	**163.758 €**
3.	***Overhead-Sachkosten***	
3.1.	.. andere Sachkosten ohne Investitionen (gem. § 82 Abs. 2 SGB XI)	**70.182 €**
3.2.	.. Investitionskosten (gem. § 82 Abs. 2 SGB XI, aber für alle Leistungsbereiche)	**116.862 €**
3.3.	***Summe der gesamten Sachkosten (3.1 bis 3.2)***	**187.044 €**
3.4.	***Addition eines Zuschlags*** .. als kalkulatorischer Gewinn, kalkulatorisches Risiko, kalkulatorische Zinsen, kalkulatorische Miete, usw.	
	Kalkulatorische "Kosten" / Gewinn	**58.485 €**
4.	***Ermittlung des indirekten Kostenanteils für Overhead und kalkulatorische Kosten*** Gesamt-Zuschlag zu den Kosten in der Pflege (= 2.3 + 3.3 + 3.4)	
	"Overhead"kosten	**409.287 €**
5.	***Ermittlung der Gesamtkosten*** .. nicht relevant für die Ermittlung differenzierter Kosten (= 1.5 + 2.3 + 3.3 + 3.4)	
		1.065.604 €

2a) Berechnung der Kosten für eine Einsatz-Stunde (C)

Kalkulationsmodell für alle Einsatz-Std. (C)

= Grundlage für Vergütungsverhandlungen zur Berechnung der Preise für neue Stundensätze (ohne Hausbesuchspauschale)

Pos.	differenziert für verschiedene Mitarbeiter-Gruppen Kostenpositionen	Kalkulation der Kosten in €uro	**Einsatzstunden** (= Pflegezeit + Fahrtzeit) in Std.	Kosten je Einsatz-Stunde in €uro/Std.
1.	***Personalkosten der Mitarbeiter in der Pflege***			
1.1.	Pflegefachkräfte [mit mind. 3-jähriger Ausbildung]	**463.840 €**	**14.495 Std.**	**32,00 €**
1.2.	Pflegekräfte ["Helferinnen", mit 1-jähriger Ausbildung]	**129.384 €**	**4.792 Std.**	**27,00 €**
1.3.	Hilfskräfte [in Vollzeit, Teilzeit oder als GfB]	**42.390 €**	**2.355 Std.**	**18,00 €**
1.4.	Pauschalkräfte [als Ehrenamtliche, mit Aufwandsentsch. / ÜBL o.ä.]	**13.818 €**	**987 Std.**	**14,00 €**
1.5.	sonstige Mitarbeiter, im Bundesfreiwilligendienst [BFD], Freiwilligen Sozialen Jahr [FSJ], o.ä.	**6.885 €**	**765 Std.**	**9,00 €**
1.6.	***Summe der Personalkosten Pflege (1.1 bis 1.5.)***	**656.317 €**	**23.394 Std.**	**28,05 €**
2.	***Overhead-Kosten für die Leitung und Verwaltung des Pflegedienstes***			
2.1.	Personalkosten Leitung des Pflegedienstes	**72.521 €**	**23.394 Std.**	**3,10 €**
2.2.	Personalkosten Regie (Verwaltung, Geschäftsführung usw.)	**91.237 €**	**23.394 Std.**	**3,90 €**
2.3.	***Summe der gesamten Regie- und Verwaltungskosten (2.1 bis 2.2.)***	**163.758 €**	**23.394 Std.**	**7,00 €**
3.	***Overhead-Sachkosten***			
3.1.	.. andere Sachkosten ohne Investitionen (gem. § 82 Abs. 2 SGB XI)	**70.182 €**	**23.394 Std.**	**3,00 €**
3.2.	.. Investitionskosten (gem. § 82 Abs. 2 SGB XI, aber für alle Leistungsbereiche)	**116.862 €**	**23.394 Std.**	**5,00 €**
3.3.	***Summe der gesamten Sachkosten (3.1 bis 3.2)***	**187.044 €**	**23.394 Std.**	**8,00 €**
3.4.	***Addition eines gewünschten Zuschlags*** .. als kalkulatorischer Gewinn, kalkulatorisches Risiko, kalkulatorische Zinsen, kalkulatorische Miete, usw.			
	Kalkulatorische "Kosten" / Gewinn	**58.485 €**	**23.394 Std.**	**2,50 €**
4.	***Ermittlung indirekter Kostenanteile für Overhead und kalkulatorische Kosten*** Gesamt-Zuschlag zu den Kosten in der Pflege (= 2.3 + 3.3 + 3.4)			
	"Overhead"kosten	**409.287 €**	**23.394 Std.**	**17,50 €**
5.	***Ermittlung der Gesamtkosten*** .. nicht relevant für die Ermittlung differenzierter Kosten (= 1.5 + 2.3 + 3.3 + 3.4)			
		1.065.604 €	**23.394 Std.**	**45,55 €**

2b) Berechnung der Stundensätze pro Qualifikation und im Mix für eine Einsatz-Stunde (C)

Berechnung der Stundensätze

Daraus ergeben sich folgende Berechnungen:
Die Kosten einer
Einsatz-Stunde (C)

	PNG für Leistungen im SGB XI, z.B. **Stundensätze** im Rahmen der **neuen Kalkulation zum PNG**	für Privatzahler, SGB V und SGB XII
a) für Pflegefachkräfte [mit mind. 3-jähriger Ausbildung]		
= Pflegepersonalkosten	32,00 €	32,00 €
+ Overhead-Personalkosten	7,00 €	7,00 €
+ Sachkosten ohne Investitionskosten-Anteil	3,00 €	3,00 €
+ Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI	XXXXXXXX	5,00 €
+ "kalkulatorische" Kosten	2,50 €	2,50 €
= Gesamtkosten pro Einsatz-Stunde (C)	**44,50 €**	**49,50 €**
b) für Pflegekräfte ["Helferinnen", mit 1-jähriger Ausbildung]		
= Pflegepersonalkosten	27,00 €	27,00 €
+ Overhead-Personalkosten	7,00 €	7,00 €
+ Sachkosten ohne Investitionskosten-Anteil	3,00 €	3,00 €
+ Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI	XXXXXXXX	5,00 €
+ "kalkulatorische" Kosten	2,50 €	2,50 €
= Gesamtkosten pro Einsatz-Stunde (C)	**39,50 €**	**44,50 €**
c) für Hilfskräfte [in Vollzeit, Teilzeit oder als GfB]		
= Pflegepersonalkosten	18,00 €	18,00 €
+ Overhead-Personalkosten	7,00 €	7,00 €
+ Sachkosten ohne Investitionskosten-Anteil	3,00 €	3,00 €
+ Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI	XXXXXXXX	5,00 €
+ "kalkulatorische" Kosten	2,50 €	2,50 €
= Gesamtkosten pro Einsatz-Stunde (C)	**30,50 €**	**35,50 €**
d) für Pauschalkräfte [als Ehrenamtliche, mit Aufwandsentsch. / ÜBL o.ä.]		
= Pflegepersonalkosten	14,00 €	14,00 €
+ Overhead-Personalkosten	7,00 €	7,00 €
+ Sachkosten ohne Investitionskosten-Anteil	3,00 €	3,00 €
+ Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI	XXXXXXXX	5,00 €
+ "kalkulatorische" Kosten	2,50 €	2,50 €
= Gesamtkosten pro Einsatz-Stunde (C)	**26,50 €**	**31,50 €**
e) für sonstige Mitarbeiter, im Bundesfreiwilligendienst [BFD], Freiwilligen Sozialen Jahr [FSJ], o.ä.		
= Pflegepersonalkosten	9,00 €	9,00 €
+ Overhead-Personalkosten	7,00 €	7,00 €
+ Sachkosten ohne Investitionskosten-Anteil	3,00 €	3,00 €
+ Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI	XXXXXXXX	5,00 €
+ "kalkulatorische" Kosten	2,50 €	2,50 €
= Gesamtkosten pro Einsatz-Stunde (C)	**21,50 €**	**26,50 €**
f) Kosten im Durchschnitt		
= Pflegepersonalkosten	28,05 €	28,05 €
+ Overhead-Personalkosten	7,00 €	7,00 €
+ Sachkosten ohne Investitionskosten-Anteil	3,00 €	3,00 €
+ Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI	XXXXXXXX	5,00 €
+ "kalkulatorische" Kosten	2,50 €	2,50 €
= Gesamtkosten pro Einsatz-Stunde (C)	**40,55 €**	**45,55 €**

3a) Berechnung der Kosten für eine Netto-Kunden-Stunde (D)

Kalkulationsmodell für alle Netto-Pflege-Std. (D)

= Grundlage für Vergütungsverhandlungen zur Berechnung der Preise für neue Stundensätze (inkl. den Kosten für Fahrt- und Wegezeiten)

differenziert für verschiedene Mitarbeiter-Gruppen		Kalkulation der Kosten	**Pflegestunden**	Kosten je Pflege-Stunde
Pos.	Kostenpositionen	in €uro	in Std.	in €uro/Std.
1.	***Personalkosten der Mitarbeiter in der Pflege***			
1.1.	Pflegefachkräfte [mit mind. 3-jähriger Ausbildung]	**463.840 €**	**8.590 Std.**	**54,00 €**
1.2.	Pflegekräfte ["Helferinnen", mit 1-jähriger Ausbildung]	**129.384 €**	**3.235 Std.**	**40,00 €**
1.3.	Hilfskräfte [in Vollzeit, Teilzeit oder als GfB]	**42.390 €**	**1.462 Std.**	**29,00 €**
1.4.	Pauschalkräfte [als Ehrenamtliche, mit Aufwandsentsch. / ÜBL o.ä.]	**13.818 €**	**601 Std.**	**23,00 €**
1.5.	sonstige Mitarbeiter, im Bundesfreiwilligendienst [BFD], Freiwilligen Sozialen Jahr [FSJ], o.ä.	**6.885 €**	**430 Std.**	**16,00 €**
1.6.	***Summe der Personalkosten Pflege (1.1 bis 1.5.)***	**656.317 €**	**14.317 Std.**	**45,84 €**
2.	***Overhead-Kosten für die Leitung und Verwaltung des Pflegedienstes***			
2.1.	Personalkosten Leitung des Pflegedienstes	**72.521 €**	**14.317 Std.**	**5,07 €**
2.2.	Personalkosten Regie (Verwaltung, Geschäftsführung usw.)	**91.237 €**	**14.317 Std.**	**6,37 €**
2.3.	***Summe der gesamten Regie- und Verwaltungskosten (2.1 bis 2.2.)***	**163.758 €**	**14.317 Std.**	**11,44 €**
3.	***Overhead-Sachkosten***			
3.1.	.. andere Sachkosten ohne Investitionen (gem. § 82 Abs. 2 SGB XI)	**70.182 €**	**14.317 Std.**	**4,90 €**
3.2.	.. Investitionskosten (gem. § 82 Abs. 2 SGB XI, aber für alle Leistungsbereiche)	**116.862 €**	**14.317 Std.**	**8,16 €**
3.3.	***Summe der gesamten Sachkosten (3.1 bis 3.2)***	**187.044 €**	**14.317 Std.**	**13,06 €**
3.4.	***Addition eines gewünschten Zuschlags*** .. als kalkulatorischer Gewinn, kalkulatorisches Risiko, kalkulatorische Zinsen, kalkulatorische Miete, usw.			
	Kalkulatorische "Kosten" / Gewinn	**58.485 €**	**14.317 Std.**	**4,09 €**
4.	***Ermittlung indirekter Kostenanteile für Overhead und kalkulatorische Kosten*** Gesamt-Zuschlag zu den Kosten in der Pflege (= 2.3 + 3.3 + 3.4)			
	"Overhead"kosten	**409.287 €**	**14.317 Std.**	**28,59 €**
5.	***Ermittlung der Gesamtkosten*** .. nicht relevant für die Ermittlung differenzierter Kosten (= 1.5 + 2.3 + 3.3 + 3.4)			
		1.065.604 €	**14.317 Std.**	**74,43 €**

3b) Berechnung der Stundensätze pro Qualifikation und im Mix für eine Netto-Kunden-Stunde (D)

Berechnung der Stundensätze

Daraus ergeben sich folgende Berechnungen:
Die Kosten einer
Netto-Pflege-Stunde (C)

	PNG für Leistungen im SGB XI, z.B. **Stundensätze** im Rahmen der **neuen Kalkulation zum PNG**	für Privatzahler, SGB V und SGB XII
a) für Pflegefachkräfte [mit mind. 3-jähriger Ausbildung]		
= Pflegepersonalkosten	54,00 €	54,00 €
+ Overhead-Personalkosten	11,44 €	11,44 €
+ Sachkosten ohne Investitionskosten-Anteil	4,90 €	4,90 €
+ Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI	XXXXXXXX	8,16 €
+ "kalkulatorische" Kosten	4,09 €	4,09 €
= Gesamtkosten pro Einsatz-Stunde (C)	**74,43 €**	**82,59 €**
b) für Pflegekräfte ["Helferinnen", mit 1-jähriger Ausbildung]		
= Pflegepersonalkosten	40,00 €	40,00 €
+ Overhead-Personalkosten	11,44 €	11,44 €
+ Sachkosten ohne Investitionskosten-Anteil	4,90 €	4,90 €
+ Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI	XXXXXXXX	8,16 €
+ "kalkulatorische" Kosten	4,09 €	4,09 €
= Gesamtkosten pro Einsatz-Stunde (C)	**60,43 €**	**68,59 €**
c) für Hilfskräfte [in Vollzeit, Teilzeit oder als GfB]		
= Pflegepersonalkosten	29,00 €	29,00 €
+ Overhead-Personalkosten	11,44 €	11,44 €
+ Sachkosten ohne Investitionskosten-Anteil	4,90 €	4,90 €
+ Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI	XXXXXXXX	8,16 €
+ "kalkulatorische" Kosten	4,09 €	4,09 €
= Gesamtkosten pro Einsatz-Stunde (C)	**49,43 €**	**57,59 €**
d) für Pauschalkräfte [als Ehrenamtliche, mit Aufwandsentsch. / ÜBL o.ä.]		
= Pflegepersonalkosten	23,00 €	23,00 €
+ Overhead-Personalkosten	11,44 €	11,44 €
+ Sachkosten ohne Investitionskosten-Anteil	4,90 €	4,90 €
+ Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI	XXXXXXXX	8,16 €
+ "kalkulatorische" Kosten	4,09 €	4,09 €
= Gesamtkosten pro Einsatz-Stunde (C)	**43,43 €**	**51,59 €**
e) für sonstige Mitarbeiter, im Bundesfreiwilligendienst [BFD], Freiwilligen Sozialen Jahr [FSJ], o.ä.		
= Pflegepersonalkosten	16,00 €	16,00 €
+ Overhead-Personalkosten	11,44 €	11,44 €
+ Sachkosten ohne Investitionskosten-Anteil	4,90 €	4,90 €
+ Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI	XXXXXXXX	8,16 €
+ "kalkulatorische" Kosten	4,09 €	4,09 €
= Gesamtkosten pro Einsatz-Stunde (C)	**36,43 €**	**44,59 €**
f) Kosten im Durchschnitt		
= Pflegepersonalkosten	45,84 €	45,84 €
+ Overhead-Personalkosten	11,44 €	11,44 €
+ Sachkosten ohne Investitionskosten-Anteil	4,90 €	4,90 €
+ Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI	XXXXXXXX	8,16 €
+ "kalkulatorische" Kosten	4,09 €	4,09 €
= Gesamtkosten pro Einsatz-Stunde (C)	**66,27 €**	**74,43 €**

4a) Mischkalkulation der Kosten für eine Einsatz-Stunde (C), als Grundlage für eine Verhandlung eines Stundensatzes + gesonderten Hausbesuchspauschalen

Mischkalkulation für Stundensätze im SGB XI

auf Basis der C-Stunden
= Einsatz-Zeit

= Grundlage für Vergütungsverhandlungen zur Berechnung der Preise für Stundensätze (ohne Anteil der Kosten für Fahrt- und Wegezeiten), für eine gesonderte Kalkulation einer Hausbesuchspauschale

1. Teilschritt: Berechnung der Gesamtkosten pro Qualifikation

	differenziert für verschiedene Mitarbeiter-Gruppen	Netto-Kosten je Pflege-Stunde	+ + + Overhead-Kosten für Leitung und Verwaltung	+ + + Overhead-Sachkosten (ohne investiven Anteil gem. § 82.2 SGB XI)	+ + + kalkulatorische Kosten inkl. Gewinn	= Gesamtkosten pro Qualifikation
Pos.	Kostenpositionen	in €uro/Std.	in €uro/Std.	in €uro/Std.	in €uro/Std.	in €uro/Std.
1.	***Personalkosten der Mitarbeiter in der Pflege***		+ Position 2.3	+ Position 3.1	+ Position 3.4	
1.1.	Pflegefachkräfte [mit mind. 3-jähriger Ausbildung]	32,00 €	7,00 €	3,00 €	2,50 €	**44,50 €**
1.2.	Pflegekräfte ["Helferinnen", mit 1-jähriger Ausbildung]	27,00 €	7,00 €	3,00 €	2,50 €	**39,50 €**
1.3.	Hilfskräfte [in Vollzeit, Teilzeit oder als GfB]	18,00 €	7,00 €	3,00 €	2,50 €	**30,50 €**
1.4.	Pauschalkräfte [als Ehrenamtliche, mit Aufwandsentsch. / ÜBL o.ä.]	14,00 €	7,00 €	3,00 €	2,50 €	**26,50 €**
1.5.	sonstige Mitarbeiter, im Bundesfreiwilligendienst [BFD], Freiwilligen Sozialen Jahr [FSJ], o.ä.	9,00 €	7,00 €	3,00 €	2,50 €	**21,50 €**
1.6.	**Mischkalkulation der Kosten von 1.1 bis 1.5. für den Bereich SGB XI**	Die Berechnung erfolgt in Teilschritt 2.				

2. Teilschritt: Gewichtung nach Zeit der Leistungserbringung im SGB XI

Bitte berechnen Sie diesen Schritte mehrfach, je nachdem, welche Leistungsart Sie kalkulieren möchten:
a) Pflege, b) Hauswirtschaft oder c) Häusliche Betreuung
Die Summe der Prozentanteile muß immer 100% betragen!

Bitte tragen Sie eine Jahreszahl ein: **Jahr: 2012**

Für welche Leistungsart möchten Sie Ihren Stundensatz berechnen?

Pflege		Gesamtkosten pro Qualifikation	Prozentanteil der Leistungs-erbringung im SGB XI	= Anteile an Gesamtkosten im Mix der Qualifikationen
Pos.	Kostenpositionen	in €uro/Std.	in Std.	in €uro/Std.
1.	***Gesamtkosten pro Qualifiaktion***			
1.1.	Pflegefachkräfte [mit mind. 3-jähriger Ausbildung]	44,50 €	**20,00%**	8,90 €
1.2.	Pflegekräfte ["Helferinnen", mit 1-jähriger Ausbildung]	39,50 €	**47,00%**	18,57 €
1.3.	Hilfskräfte [in Vollzeit, Teilzeit oder als GfB]	30,50 €	**25,00%**	7,63 €
1.4.	Pauschalkräfte [als Ehrenamtliche, mit Aufwandsentsch. / ÜBL o.ä.]	26,50 €	**5,00%**	1,33 €
1.5.	sonstige Mitarbeiter, im Bundesfreiwilligendienst [BFD], Freiwilligen Sozialen Jahr [FSJ], o.ä.	21,50 €	**3,00%**	0,65 €
1.6.	**Mischkalkulation der Kosten von 1.1 bis 1.5. für den Bereich SGB XI**	45,84 €	**100,00%**	
	Pflege			**37,06 €**

Anmerkung: Die Prozente sind bzgl. der Summe korrekt eingegeben.

3. Teilschritt: Hochrechnung auf die Folgeperiode, das Jahr 2013

Geben Sie nun an, wie sich die Anteile der Kostenarten in einer Folgeperiode (für die verhandelt wird) voraussichtlich verändern werden.

Pflege		Kostenart im vergangenen Zeitraum	Veränderung in Prozen für die zu berechnende Folgeperiode	Prozentanteil der Leistungs-erbringung im SGB XI	Kostenart für zukünftigen Zeitraum	= Anteile an Gesamtkosten im Mix der Qualifikationen
Pos.	Kostenpositionen	in €uro/Std.	in Std.	in Prozent	in €uro/Std.	in €uro/Std.
1.	***Gesamtkosten pro Qualifiaktion***					
1.1.	Pflegefachkräfte [mit mind. 3-jähriger Ausbildung]	32,00 €	**+ 4,0%**	20,00%	33,28 €	6,66 €
1.2.	Pflegekräfte ["Helferinnen", mit 1-jähriger Ausbildung]	27,00 €	**+ 2,5%**	47,00%	27,68 €	13,01 €
1.3.	Hilfskräfte [in Vollzeit, Teilzeit oder als GfB]	18,00 €	**+ 2,5%**	25,00%	18,45 €	4,61 €
1.4.	Pauschalkräfte [als Ehrenamtliche, mit Aufwandsentsch. / ÜBL o.ä.]	14,00 €	**+ 2,5%**	5,00%	14,35 €	0,72 €
1.5.	sonstige Mitarbeiter, im Bundesfreiwilligendienst [BFD], Freiwilligen Sozialen Jahr [FSJ], o.ä.	9,00 €	**+ 2,5%**	3,00%	9,23 €	0,28 €
2.3.	**Overhead-Kosten für Leitung und Verwaltung**	7,00 €	**+ 0,0%**			7,00 €
3.1.	**Sachkosten (ohne investiven Anteil § 82.2 SGB XI)**	3,00 €	**+ 5,0%**			3,15 €
3.4.	**Kalkulatorische Kosten inkl. Gewinn**	2,50 €	**- 5,0%**			2,38 €
	Mischkalkulation der Gesamtkosten für den Bereich SGB XI:	Berechnung für das Jahr 2013 **Pflege**				**37,80 €**

C

4b) Mischkalkulation der Kosten für eine Netto-Kunden-Stunde (D), als Grundlage für eine Verhandlung eines Stundensatzes inkl. der Finanzierung der Fahrt- und Wegezeiten

Mischkalkulation für Stundensätze im SGB XI

auf Basis der D-Stunden = Netto-Kunden-Zeit

= Grundlage für Vergütungsverhandlungen zur Berechnung der Preise für Stundensätze (inkl. den Kosten für Fahrt- und Wegezeiten), also ohne gesonderte Berechnung einer Hausbesuchspauschale

1. Teilschritt: Berechnung der Gesamtkosten pro Qualifikation

Pos.	differenziert für verschiedene Mitarbeiter-Gruppen	Netto-Kosten je Pflege-Stunde	+ + + Overhead-Kosten für Leitung und Verwaltung	+ + + Overhead-Sachkosten (ohne investiven Anteil gem. § 82.2 SGB XI)	+ + + kalkulatorische Kosten inkl. Gewinn	= Gesamtkosten pro Qualifikation
	Kostenpositionen	in €uro/Std.	in €uro/Std.	in €uro/Std.	in €uro/Std.	in €uro/Std.
1.	***Personalkosten der Mitarbeiter in der Pflege***		+ Position 2.3	+ Position 3.1	+ Position 3.4	
1.1.	Pflegefachkräfte [mit mind. 3-jähriger Ausbildung]	54,00 €	11,44 €	4,90 €	4,09 €	**74,43 €**
1.2.	Pflegekräfte ["Helferinnen", mit 1-jähriger Ausbildung]	40,00 €	11,44 €	4,90 €	4,09 €	**60,43 €**
1.3.	Hilfskräfte [in Vollzeit, Teilzeit oder als GfB]	29,00 €	11,44 €	4,90 €	4,09 €	**49,43 €**
1.4.	Pauschalkräfte [als Ehrenamtliche, mit Aufwandsentsch. / ÜBL o.ä.]	23,00 €	11,44 €	4,90 €	4,09 €	**43,43 €**
1.5.	sonstige Mitarbeiter, im Bundesfreiwilligendienst [BFD], Freiwilligen Sozialen Jahr [FSJ], o.ä.	16,00 €	11,44 €	4,90 €	4,09 €	**36,43 €**
1.6.	**Mischkalkulation der Kosten von 1.1 bis 1.5. für den Bereich SGB XI**	Die Berechnung erfolgt in Teilschritt 2.				

2. Teilschritt: Gewichtung nach Zeit der Leistungserbringung im SGB XI

Bitte berechnen Sie diesen Schritte mehrfach, je nachdem, welche Leistungsart Sie kalkulieren möchten:
a) Pflege, b) Hauswirtschaft oder c) Häusliche Betreuung
Die Summe der Prozentanteile muß immer 100% betragen!

Bitte tragen Sie eine Jahreszahl ein: **Jahr: 2012**

Für welche Leistungsart möchten Sie Ihren Stundensatz berechnen?

Pos.	Pflege	Gesamtkosten pro Qualifikation	Prozentanteil der Leistungs-erbringung im SGB XI	= Anteile an Gesamtkosten im Mix der Qualifikationen
	Kostenpositionen	in €uro/Std.	in Std.	in €uro/Std.
1.	***Gesamtkosten pro Qualifiaktion***			
1.1.	Pflegefachkräfte [mit mind. 3-jähriger Ausbildung]	74,43 €	**20,00%**	14,89 €
1.2.	Pflegekräfte ["Helferinnen", mit 1-jähriger Ausbildung]	60,43 €	**47,00%**	28,40 €
1.3.	Hilfskräfte [in Vollzeit, Teilzeit oder als GfB]	49,43 €	**25,00%**	12,36 €
1.4.	Pauschalkräfte [als Ehrenamtliche, mit Aufwandsentsch. / ÜBL o.ä.]	43,43 €	**5,00%**	2,17 €
1.5.	sonstige Mitarbeiter, im Bundesfreiwilligendienst [BFD], Freiwilligen Sozialen Jahr [FSJ], o.ä.	36,43 €	**3,00%**	1,09 €
1.6.	**Mischkalkulation der Kosten von 1.1 bis 1.5. für den Bereich SGB XI**	45,84 €	**100,00%**	
	Pflege			**58,91 €**

Anmerkung: Die Prozente sind bzgl. der Summe korrekt eingegeben.

3. Teilschritt: Hochrechnung auf die Folgeperiode, das Jahr 2013

Geben Sie nun an, wie sich die Anteile der Kostenarten in einer Folgeperiode (für die verhandelt wird) voraussichtlich verändern werden.

Pos.	Pflege	Kostenart im vergangenen Zeitraum	Veränderung in Prozen für die zu berechnende Folgeperiode	Prozentanteil der Leistungs-erbringung im SGB XI	Kostenart für zukünftigen Zeitraum	= Anteile an Gesamtkosten im Mix der Qualifikationen
	Kostenpositionen	in €uro/Std.	in Std.	in Prozent	in €uro/Std.	in €uro/Std.
1.	***Gesamtkosten pro Qualifiaktion***					
1.1.	Pflegefachkräfte [mit mind. 3-jähriger Ausbildung]	54,00 €	**+ 4,0%**	20,00%	56,16 €	11,23 €
1.2.	Pflegekräfte ["Helferinnen", mit 1-jähriger Ausbildung]	40,00 €	**+ 2,5%**	47,00%	41,00 €	19,27 €
1.3.	Hilfskräfte [in Vollzeit, Teilzeit oder als GfB]	29,00 €	**+ 2,5%**	25,00%	29,73 €	7,43 €
1.4.	Pauschalkräfte [als Ehrenamtliche, mit Aufwandsentsch. / ÜBL o.ä.]	23,00 €	**+ 2,5%**	5,00%	23,58 €	1,18 €
1.5.	sonstige Mitarbeiter, im Bundesfreiwilligendienst [BFD], Freiwilligen Sozialen Jahr [FSJ], o.ä.	16,00 €	**+ 2,5%**	3,00%	16,40 €	0,49 €
2.3.	**Overhead-Kosten für Leitung und Verwaltung**	11,44 €	**+ 0,0%**			11,44 €
3.1.	**Sachkosten (ohne investiven Anteil § 82.2 SGB XI)**	4,90 €	**+ 5,0%**			5,15 €
3.4.	**Kalkulatorische Kosten inkl. Gewinn**	4,09 €	**- 5,0%**			3,88 €
	Mischkalkulation der Gesamtkosten für den Bereich SGB XI:	Berechnung für das Jahr 2013 **Pflege**				**60,07 €**

D

Die Zusammensetzung der Stunden nach dem KGSt-Modell in einer zeitgemäßen Modifikation

Zusammensetzung der Jahresarbeitsstunden

in einem ambulanten Pflegedienst

Beispiel-Zahlen, pro Jahr

	Differenzierung nach Qualifikationen			
	Examinierte Pflegefachkräfte	Pflegekräfte	sonstige Mitarbeiter	Misch-kalkulation
A = Normale vereinbarte (Jahres-)Arbeitszeit	**19.694 Std.**	**6.372 Std.**	**3.131 Std.**	**29.197 Std.**
- Urlaub und Krankheit	3.939 Std.	1.274 Std.	626 Std.	5.839 Std.
B = Anwesenheits-Zeit	**15.755 Std.**	**5.098 Std.**	**2.505 Std.**	**23.358 Std.**
- Koordinations- und Organisations-Zeiten	1.260 Std.	306 Std.	150 Std.	1.717 Std.
C = Einsatz-Zeit	**14.495 Std.**	**4.792 Std.**	**2.355 Std.**	**21.641 Std.**
- Fahrtzeiten bzw. Wegezeiten	6.617 Std.	714 Std.	351 Std.	7.682 Std.
D = Reine Netto-Pflege-Zeit für die Kunden	**7.878 Std.**	**4.078 Std.**	**2.004 Std.**	**13.960 Std.**

Umrechnung auf eine Vollzeitstelle

(mit den Stunden der Mischkalkulation)

ausgehend von 1.980 Std.pro Jahr

A = Normale vereinbarte (Jahres-)Arbeitszeit	**1.980 Std.**
- Urlaub und Krankheit	396 Std.
B = Anwesenheits-Zeit	**1.584 Std.**
- Koordinations- und Organisations-Zeiten	116 Std.
C = Einsatz-Zeit	**1.468 Std.**
- Fahrtzeiten bzw. Wegezeiten	521 Std.
D = Reine Netto-Pflege-Zeit für die Kunden	**947 Std.**

Anmerkung:

Die Umrechnung in Vollzeitstellen ist optional, und aus Sicht des Gutachters unnötig. Sollte die Umrechnung trotzdem gewünscht sein, muss lediglich auf Basis der A-Stunden definiert werden, was eine Vollzeitstelle sein soll. Die über eine Zeiterfassung ermittelten Werte der B-, C- und D- Stunden passen sich dann proportional an diese Definition der Vollzeitstelle an.
Diese Anmerkung gilt auch für die nachfolgende Darstellung.

Zusammensetzung der Jahresarbeitsstunden und Umrechnung in Vollzeitäquivalente mit differenzierterer Aufteilung des Pflege-Personals

Zusammensetzung der Jahresarbeitsstunden

in einem ambulanten Pflegedienst
Beispiel-Zahlen, pro Jahr

	Differenzierung nach Qualifikationen					
	Examinierte Pflegefachkräfte (3)	Pflegekräfte (1)	Hilfskräfte	Pauschalkräfte	sonstige Mitarbeiter	Misch-kalkulation
A = Normale vereinbarte (Jahres-)Arbeitszeit	**19.694 Std.**	**6.430 Std.**	**3.240 Std.**	**1.341 Std.**	**978 Std.**	**31.684 Std.**
- Urlaub und Krankheit	3.939 Std.	1.222 Std.	680 Std.	268 Std.	147 Std.	6.256 Std.
B = Anwesenheits-Zeit	**15.755 Std.**	**5.209 Std.**	**2.560 Std.**	**1.073 Std.**	**832 Std.**	**25.428 Std.**
- Koordinations- und Organisations-Zeiten	1.260 Std.	417 Std.	205 Std.	86 Std.	67 Std.	2.034 Std.
C = Einsatz-Zeit	**14.495 Std.**	**4.792 Std.**	**2.355 Std.**	**987 Std.**	**765 Std.**	**23.394 Std.**
- Fahrtzeiten bzw. Wegezeiten	4.187 Std.	1.387 Std.	988 Std.	219 Std.	139 Std.	6.921 Std.
D = Reine Netto-Pflege-Zeit für die Kunden	**10.308 Std.**	**3.405 Std.**	**1.367 Std.**	**768 Std.**	**626 Std.**	**16.473 Std.**

Umrechnung auf eine Vollzeitstelle für den gesamten Pflegedienst

(mit den Stunden der Mischkalkulation)
ausgehend von 1.932 Std. pro Jahr

A = Normale vereinbarte (Jahres-)Arbeitszeit	**1.932 Std.**	
- Urlaub und Krankheit	381 Std.	= 19,7% der gesamten (Jahres-)Arbeitszeit
B = Anwesenheits-Zeit	**1.551 Std.**	= 100,0%
- Koordinations- und Organisations-Zeiten	124 Std.	= 8,0%
C = Einsatz-Zeit	**1.426 Std.**	= 92,0%
- Fahrtzeiten bzw. Wegezeiten	422 Std.	= 27,2%
D = Reine Netto-Pflege-Zeit für die Kunden	**1.004 Std.**	= 64,8%

Umrechnung auf eine Vollzeitstelle bezogen auf die Mischung im SGB XI

(mit den Stunden der Mischkalkulation)
ausgehend von 1.932 Std. pro Jahr

A = Normale vereinbarte (Jahres-)Arbeitszeit	**1.932 Std.**	
- Urlaub und Krankheit	381 Std.	= 19,7% der gesamten (Jahres-)Arbeitszeit
B = Anwesenheits-Zeit	**1.551 Std.**	= 100,0%
- Koordinations- und Organisations-Zeiten	124 Std.	= 8,0%
C = Einsatz-Zeit	**1.427 Std.**	= 92,0%
- Fahrtzeiten bzw. Wegezeiten	430 Std.	= 27,7%
D = Reine Netto-Pflege-Zeit für die Kunden	**997 Std.**	= 64,3%

Mischung der Qualifiaktionen im SGB XI

Examinierte Pflegefachkräfte (3)	= 20,00%
Pflegekräfte (1)	= 47,00%
Hilfskräfte	= 25,00%
Pauschalkräfte	= 5,00%
sonstige Mitarbeiter	= 3,00%
Prüfsumme	*= 100,00%*

Auswirkungen von Preisanpassungen für Leistungskomplexe und bei einer Zeitvergütung, bei Wahlmöglichkeit der Kunden

Die Preise (Vergütungen) für die Pflegedienste sind die Kosten der Leistungsträger

Situation vor einer Anpassung der Vergütungssysteme, bei Wahlfreiheit der Kunden

Die Variablen	Geben Sie hier bitte Ihren Punktwert ein ↓↓↓↓↓
Aktueller Punktwert:	0,04668 €
Punkte pro Stunde:	800 Punkte
Standardabweichung*:	0,4933 = 49,33%
= Zeitspreizung	bitte nur Zahlen eingeben, keine Einheiten
Stundensatz =	37,34 €

Bisherige Werte für Leistungskomplexe	Punkte	Zeit	Preis	= Kosten für die Pflegekasse (und ggf. andere Leistungsträger)
LK 1	250 Punkte	18,8 Min.	11,67 €	
LK 2	200 Punkte	15,0 Min.	9,34 €	
LK 3	100 Punkte	7,5 Min.	4,67 €	
LK 4	80 Punkte	6,0 Min.	3,73 €	
Gesamt		**47,3 Min.**	**29,41 €**	

1. Schritt = Festlegung von 9 Musterkunden (bei Gleichverteilung)

	Kunde 1	Kunde 2	Kunde 3	Kunde 4	Kunde 5	Kunde 6	Kunde 7	Kunde 8	Kunde 9
LK 1	9,5 Min.	11,8 Min.	14,1 Min.	16,4 Min.	18,8 Min.	21,1 Min.	23,4 Min.	25,7 Min.	28,0 Min.
LK 2	7,6 Min.	9,5 Min.	11,3 Min.	13,2 Min.	15,0 Min.	16,8 Min.	18,7 Min.	20,5 Min.	22,4 Min.
LK 3	3,8 Min.	4,7 Min.	5,7 Min.	6,6 Min.	7,5 Min.	8,4 Min.	9,3 Min.	10,3 Min.	11,2 Min.
LK 4	3,0 Min.	3,8 Min.	4,5 Min.	5,3 Min.	6,0 Min.	6,7 Min.	7,5 Min.	8,2 Min.	9,0 Min.
Gesamt =	23,9 Min.	29,8 Min.	35,6 Min.	41,4 Min.	47,3 Min.	53,1 Min.	58,9 Min.	64,7 Min.	70,6 Min.
Abweichung =	- 49,33%	- 37,00%	- 24,67%	- 12,33%	+ / - 0,00%	+ 12,33%	+ 24,67%	+ 37,00%	+ 49,33%

2. Schritt = Berechnung der Erlöse (bzw. der Kosten für die Pflegekassen und/oder andere Leistungsträger)

Abrechnung mit Leistungskomplexen		Abrechnung mit einer Zeitvergütung		1) Kostengünstigste Abrechnungsart? 2) Erlöse bzw. Kosten?
Abrechnung Kunde 1		Abrechnung Kunde 1		1) Zeitvergütung
alle LKs zusammen =	29,41 €	Zeitdauer =	23,9 Min.	2) Erlöse bzw.
		Erlöse =	**14,90 €**	Kosten **14,90 €**
Abrechnung Kunde 2		Abrechnung Kunde 2		1) Zeitvergütung
alle LKs zusammen =	29,41 €	Zeitdauer =	29,8 Min.	2) Erlöse bzw.
		Erlöse =	**18,53 €**	Kosten **18,53 €**
Abrechnung Kunde 3		Abrechnung Kunde 3		1) Zeitvergütung
alle LKs zusammen =	29,41 €	Zeitdauer =	35,6 Min.	2) Erlöse bzw.
		Erlöse =	**22,15 €**	Kosten **22,15 €**
Abrechnung Kunde 4		Abrechnung Kunde 4		1) Zeitvergütung
alle LKs zusammen =	29,41 €	Zeitdauer =	41,4 Min.	2) Erlöse bzw.
		Erlöse =	**25,78 €**	Kosten **25,78 €**
Abrechnung Kunde 5		Abrechnung Kunde 5		1) Leistungskomplexe
alle LKs zusammen =	29,41 €	Zeitdauer =	47,3 Min.	2) Erlöse bzw.
		Erlöse =	**29,41 €**	Kosten **29,41 €**
Abrechnung Kunde 6		Abrechnung Kunde 6		1) Leistungskomplexe
alle LKs zusammen =	29,41 €	Zeitdauer =	53,1 Min.	2) Erlöse bzw.
		Erlöse =	**33,04 €**	Kosten **29,41 €**
Abrechnung Kunde 7		Abrechnung Kunde 7		1) Leistungskomplexe
alle LKs zusammen =	29,41 €	Zeitdauer =	58,9 Min.	2) Erlöse bzw.
		Erlöse =	**36,66 €**	Kosten **29,41 €**
Abrechnung Kunde 8		Abrechnung Kunde 8		1) Leistungskomplexe
alle LKs zusammen =	29,41 €	Zeitdauer =	64,7 Min.	2) Erlöse bzw.
		Erlöse =	**40,29 €**	Kosten **29,41 €**
Abrechnung Kunde 9		Abrechnung Kunde 9		1) Leistungskomplexe
alle LKs zusammen =	29,41 €	Zeitdauer =	70,6 Min.	2) Erlöse bzw.
		Erlöse =	**43,92 €**	Kosten **29,41 €**

Gesamterlöse mit Abrechnung nach Leistungskomplexen:	264,68 €	Gesamterlöse durch Zeitvergütung:	264,68 €	Gesamterlöse bei Wahlmöglichkeit der Kunden:	228,41 €
				das entspricht:	
Die Wahlmöglichkeit der Kunden (ausgehend von den jetzigen Kosten pro Stunde) führt zu einem Rückgang der Erlöse bzw. zu einer Senkung der Kosten (für die Pflegekassen) in Höhe von:				-36,27 €	- 13,70%

Die Preise (Vergütungen) für die Pflegedienste sind die Kosten der Leistungsträger

Neue Situation nach Anpassung der Vergütungssysteme, bei Wahlfreiheit der Kunden

Die Variablen (Eingabe siehe unten)	
Punktwertsteigerung	+ 27,47%
Steigerung der Zeitvergütung	+ 27,47%
dadurch ergibt sich:	
Neuer Punktwert:	0,05950 €
Neuer Stundensatz:	**47,60 €**

Neue Werte für die Leistungskomplexe	Punkte	Zeit	Preis	= Kosten für die Pflegekasse (und ggf. andere Leistungsträger)
LK 1	250 Punkte	18,8 Min.	14,88 €	
LK 2	200 Punkte	15,0 Min.	11,90 €	
LK 3	100 Punkte	7,5 Min.	5,95 €	
LK 4	80 Punkte	6,0 Min.	4,76 €	
Gesamt		**47,3 Min.**	**37,49 €**	

1. Schritt = Festlegung von 9 Musterkunden (bei Gleichverteilung)

	Kunde 1	Kunde 2	Kunde 3	Kunde 4	Kunde 5	Kunde 6	Kunde 7	Kunde 8	Kunde 9
LK 1	9,5 Min.	11,8 Min.	14,1 Min.	16,4 Min.	18,8 Min.	21,1 Min.	23,4 Min.	25,7 Min.	28,0 Min.
LK 2	7,6 Min.	9,5 Min.	11,3 Min.	13,2 Min.	15,0 Min.	16,8 Min.	18,7 Min.	20,5 Min.	22,4 Min.
LK 3	3,8 Min.	4,7 Min.	5,7 Min.	6,6 Min.	7,5 Min.	8,4 Min.	9,3 Min.	10,3 Min.	11,2 Min.
LK 4	3,0 Min.	3,8 Min.	4,5 Min.	5,3 Min.	6,0 Min.	6,7 Min.	7,5 Min.	8,2 Min.	9,0 Min.
Gesamt =	23,9 Min.	29,8 Min.	35,6 Min.	41,4 Min.	47,3 Min.	53,1 Min.	58,9 Min.	64,7 Min.	70,6 Min.
Abweichung =	- 49,33%	- 37,00%	- 24,67%	- 12,33%	+ / - 0,00%	+ 12,33%	+ 24,67%	+ 37,00%	+ 49,33%

2. Schritt = Berechnung der Erlöse (bzw. der Kosten für die Pflegekassen und/oder andere Leistungsträger)

1) Kostengünstigste Abrechnungsart? 2) Erlöse bzw. Kosten?	Abrechnung mit Leistungskomplexen		Abrechnung mit einer Zeitvergütung	
1) Zeitvergütung	Abrechnung Kunde 1		Abrechnung Kunde 1	
2) Erlöse bzw.	alle LKs zusammen =	**37,49 €**	Zeitdauer =	23,9 Min.
Kosten **18,99 €**			Erlöse =	**18,99 €**
1) Zeitvergütung	Abrechnung Kunde 2		Abrechnung Kunde 2	
2) Erlöse bzw.	alle LKs zusammen =	**37,49 €**	Zeitdauer =	29,8 Min.
Kosten **23,62 €**			Erlöse =	**23,62 €**
1) Zeitvergütung	Abrechnung Kunde 3		Abrechnung Kunde 3	
2) Erlöse bzw.	alle LKs zusammen =	**37,49 €**	Zeitdauer =	35,6 Min.
Kosten **28,24 €**			Erlöse =	**28,24 €**
1) Zeitvergütung	Abrechnung Kunde 4		Abrechnung Kunde 4	
2) Erlöse bzw.	alle LKs zusammen =	**37,49 €**	Zeitdauer =	41,4 Min.
Kosten **32,86 €**			Erlöse =	**32,86 €**
1) Leistungskomplexe	Abrechnung Kunde 5		Abrechnung Kunde 5	
2) Erlöse bzw.	alle LKs zusammen =	**37,49 €**	Zeitdauer =	47,3 Min.
Kosten **37,49 €**			Erlöse =	**37,49 €**
1) Leistungskomplexe	Abrechnung Kunde 6		Abrechnung Kunde 6	
2) Erlöse bzw.	alle LKs zusammen =	**37,49 €**	Zeitdauer =	53,1 Min.
Kosten **37,49 €**			Erlöse =	**42,11 €**
1) Leistungskomplexe	Abrechnung Kunde 7		Abrechnung Kunde 7	
2) Erlöse bzw.	alle LKs zusammen =	**37,49 €**	Zeitdauer =	58,9 Min.
Kosten **37,49 €**			Erlöse =	**46,73 €**
1) Leistungskomplexe	Abrechnung Kunde 8		Abrechnung Kunde 8	
2) Erlöse bzw.	alle LKs zusammen =	**37,49 €**	Zeitdauer =	64,7 Min.
Kosten **37,49 €**			Erlöse =	**51,35 €**
1) Leistungskomplexe	Abrechnung Kunde 9		Abrechnung Kunde 9	
2) Erlöse bzw.	alle LKs zusammen =	**37,49 €**	Zeitdauer =	70,6 Min.
Kosten **37,49 €**			Erlöse =	**55,98 €**

Gesamterlöse bei Wahlmöglichkeit der Kunden:	291,14 €	Gesamterlöse mit Abrechnung nach Leistungskomplexen:	337,37 €	Gesamterlöse durch Zeitvergütung:	337,37 €

Eine Punktwert-steigerung von	+ 27,47%
und / oder eine Anpassung der Zeitvergütung um	+ 27,47%

… führen zu folgenden Veränderungen:	
Neue Erlössituation bei Wahlmöglichkeit der Kunden:	291,14 €
Bisherige Erlössituation (nur) mit Leistungskomplexen:	264,68 €
= Ergebnisveränderung:	**+ 26,47 €**
das entspricht:	**+ 10,00%**

Wahlmöglichkeit zwischen den Vergütungssystemen bei jetzigen Preisen und dem aktuellen Stundensatz: Auswirkungen für Leistungsträger und Leistungserbringer

Die Preise (Vergütungen) für die Pflegedienste sind die Kosten der Leistungsträger

Situation vor einer Anpassung der Vergütungssysteme, bei Wahlfreiheit der Kunden

Die Variablen	Geben Sie hier bitte Ihren Punktwert ein ↓↓↓↓↓	
Aktueller Punktwert:	**0,04668 €**	
Punkte pro Stunde:	800 Punkte	
Standardabweichung*:	0,4933	= 49,33%
= Zeitspreizung	bitte nur Zahlen eingeben, keine Einheiten	
Stundensatz =	**37,34 €**	

Bisherige Werte für Leistungskomplexe

	Punkte	Zeit	Preis	= Kosten für die Pflegekasse (und ggf. andere Leistungsträger)
LK 1	250 Punkte	18,8 Min.	11,67 €	
LK 2	200 Punkte	15,0 Min.	9,34 €	
LK 3	100 Punkte	7,5 Min.	4,67 €	
LK 4	80 Punkte	6,0 Min.	3,73 €	
Gesamt		**47,3 Min.**	**29,41 €**	

1. Schritt = Festlegung von 9 Musterkunden (bei Gleichverteilung)

	Kunde 1	Kunde 2	Kunde 3	Kunde 4	Kunde 5	Kunde 6	Kunde 7	Kunde 8	Kunde 9
LK 1	9,5 Min.	11,8 Min.	14,1 Min.	16,4 Min.	18,8 Min.	21,1 Min.	23,4 Min.	25,7 Min.	28,0 Min.
LK 2	7,6 Min.	9,5 Min.	11,3 Min.	13,2 Min.	15,0 Min.	16,8 Min.	18,7 Min.	20,5 Min.	22,4 Min.
LK 3	3,8 Min.	4,7 Min.	5,7 Min.	6,6 Min.	7,5 Min.	8,4 Min.	9,3 Min.	10,3 Min.	11,2 Min.
LK 4	3,0 Min.	3,8 Min.	4,5 Min.	5,3 Min.	6,0 Min.	6,7 Min.	7,5 Min.	8,2 Min.	9,0 Min.
Gesamt =	23,9 Min.	29,8 Min.	35,6 Min.	41,4 Min.	47,3 Min.	53,1 Min.	58,9 Min.	64,7 Min.	70,6 Min.
Abweichung =	- 49,33%	- 37,00%	- 24,67%	- 12,33%	+ / - 0,00%	+ 12,33%	+ 24,67%	+ 37,00%	+ 49,33%

2. Schritt = Berechnung der Erlöse (bzw. der Kosten für die Pflegekassen und/oder andere Leistungsträger)

Abrechnung mit Leistungskomplexen	**Abrechnung mit einer Zeitvergütung**	**1) Kostengünstigste Abrechnungsart? 2) Erlöse bzw. Kosten?**
Abrechnung Kunde 1 alle LKs zusammen = **29,41 €**	**Abrechnung Kunde 1** Zeitdauer = 23,9 Min. Erlöse = **14,90 €**	**1) Zeitvergütung** **2)** Erlöse bzw. Kosten **14,90 €**
Abrechnung Kunde 2 alle LKs zusammen = **29,41 €**	**Abrechnung Kunde 2** Zeitdauer = 29,8 Min. Erlöse = **18,53 €**	**1) Zeitvergütung** **2)** Erlöse bzw. Kosten **18,53 €**
Abrechnung Kunde 3 alle LKs zusammen = **29,41 €**	**Abrechnung Kunde 3** Zeitdauer = 35,6 Min. Erlöse = **22,15 €**	**1) Zeitvergütung** **2)** Erlöse bzw. Kosten **22,15 €**
Abrechnung Kunde 4 alle LKs zusammen = **29,41 €**	**Abrechnung Kunde 4** Zeitdauer = 41,4 Min. Erlöse = **25,78 €**	**1) Zeitvergütung** **2)** Erlöse bzw. Kosten **25,78 €**
Abrechnung Kunde 5 alle LKs zusammen = **29,41 €**	**Abrechnung Kunde 5** Zeitdauer = 47,3 Min. Erlöse = **29,41 €**	**1) Leistungskomplexe** **2)** Erlöse bzw. Kosten **29,41 €**
Abrechnung Kunde 6 alle LKs zusammen = **29,41 €**	**Abrechnung Kunde 6** Zeitdauer = 53,1 Min. Erlöse = **33,04 €**	**1) Leistungskomplexe** **2)** Erlöse bzw. Kosten **29,41 €**
Abrechnung Kunde 7 alle LKs zusammen = **29,41 €**	**Abrechnung Kunde 7** Zeitdauer = 58,9 Min. Erlöse = **36,66 €**	**1) Leistungskomplexe** **2)** Erlöse bzw. Kosten **29,41 €**
Abrechnung Kunde 8 alle LKs zusammen = **29,41 €**	**Abrechnung Kunde 8** Zeitdauer = 64,7 Min. Erlöse = **40,29 €**	**1) Leistungskomplexe** **2)** Erlöse bzw. Kosten **29,41 €**
Abrechnung Kunde 9 alle LKs zusammen = **29,41 €**	**Abrechnung Kunde 9** Zeitdauer = 70,6 Min. Erlöse = **43,92 €**	**1) Leistungskomplexe** **2)** Erlöse bzw. Kosten **29,41 €**

Gesamterlöse mit Abrechnung nach Leistungskomplexen:	**264,68 €**	**Gesamterlöse durch Zeitvergütung:**	**264,68 €**	**Gesamterlöse bei Wahlmöglichkeit der Kunden:** **228,41 €**
				das entspricht:
Die Wahlmöglichkeit der Kunden (ausgehend von den jetzigen Kosten pro Stunde) führt zu einem Rückgang der Erlöse bzw. zu einer Senkung der Kosten (für die Pflegekassen) in Höhe von:				-36,27 € **- 13,70%**

Auswirkungen der Wahlmöglichkeit zwischen den Vergütungssystemen bei angepassten Preisen und einem erhöhten Stunden Stundensatz

Die Preise (Vergütungen) für die Pflegedienste sind die Kosten der Leistungsträger

Neue Situation nach Anpassung der Vergütungssysteme, bei Wahlfreiheit der Kunden

Die Variablen (Eingabe siehe unten)

Punktwertsteigerung	+ 27,47%
Steigerung der Zeitvergütung	+ 27,47%

dadurch ergibt sich:

Neuer Punktwert:	0,05950 €
Neuer Stundensatz:	**47,60 €**

Neue Werte für die Leistungskomplexe

	Punkte	Zeit	Preis
LK 1	250 Punkte	18,8 Min.	14,88 €
LK 2	200 Punkte	15,0 Min.	11,90 €
LK 3	100 Punkte	7,5 Min.	5,95 €
LK 4	80 Punkte	6,0 Min.	4,76 €
Gesamt		**47,3 Min.**	**37,49 €**

= Kosten für die Pflegekasse (und ggf. andere Leistungsträger)

1. Schritt = Festlegung von 9 Musterkunden (bei Gleichverteilung)

	Kunde 1	Kunde 2	Kunde 3	Kunde 4	Kunde 5	Kunde 6	Kunde 7	Kunde 8	Kunde 9
LK 1	9,5 Min.	11,8 Min.	14,1 Min.	16,4 Min.	18,8 Min.	21,1 Min.	23,4 Min.	25,7 Min.	28,0 Min.
LK 2	7,6 Min.	9,5 Min.	11,3 Min.	13,2 Min.	15,0 Min.	16,8 Min.	18,7 Min.	20,5 Min.	22,4 Min.
LK 3	3,8 Min.	4,7 Min.	5,7 Min.	6,6 Min.	7,5 Min.	8,4 Min.	9,3 Min.	10,3 Min.	11,2 Min.
LK 4	3,0 Min.	3,8 Min.	4,5 Min.	5,3 Min.	6,0 Min.	6,7 Min.	7,5 Min.	8,2 Min.	9,0 Min.
Gesamt =	23,9 Min.	29,8 Min.	35,6 Min.	41,4 Min.	47,3 Min.	53,1 Min.	58,9 Min.	64,7 Min.	70,6 Min.
Abweichung =	- 49,33%	- 37,00%	- 24,67%	- 12,33%	+ / - 0,00%	+ 12,33%	+ 24,67%	+ 37,00%	+ 49,33%

2. Schritt = Berechnung der Erlöse (bzw. der Kosten für die Pflegekassen und/oder andere Leistungsträger)

1) Kostengünstigste Abrechnungsart? 2) Erlöse bzw. Kosten?	**Abrechnung mit Leistungskomplexen**		**Abrechnung mit einer Zeitvergütung**	
1) Zeitvergütung 2) Erlöse bzw. Kosten	**Abrechnung Kunde 1** alle LKs zusammen =	**37,49 €**	**Abrechnung Kunde 1** Zeitdauer = 23,9 Min. Erlöse =	**18,99 €**
1) Zeitvergütung 2) Erlöse bzw. Kosten	**Abrechnung Kunde 2** alle LKs zusammen =	**37,49 €**	**Abrechnung Kunde 2** Zeitdauer = 29,8 Min. Erlöse =	**23,62 €**
1) Zeitvergütung 2) Erlöse bzw. Kosten	**Abrechnung Kunde 3** alle LKs zusammen =	**37,49 €**	**Abrechnung Kunde 3** Zeitdauer = 35,6 Min. Erlöse =	**28,24 €**
1) Zeitvergütung 2) Erlöse bzw. Kosten	**Abrechnung Kunde 4** alle LKs zusammen =	**37,49 €**	**Abrechnung Kunde 4** Zeitdauer = 41,4 Min. Erlöse =	**32,86 €**
1) Leistungskomplexe 2) Erlöse bzw. Kosten	**Abrechnung Kunde 5** alle LKs zusammen =	**37,49 €**	**Abrechnung Kunde 5** Zeitdauer = 47,3 Min. Erlöse =	**37,49 €**
1) Leistungskomplexe 2) Erlöse bzw. Kosten	**Abrechnung Kunde 6** alle LKs zusammen =	**37,49 €**	**Abrechnung Kunde 6** Zeitdauer = 53,1 Min. Erlöse =	**42,11 €**
1) Leistungskomplexe 2) Erlöse bzw. Kosten	**Abrechnung Kunde 7** alle LKs zusammen =	**37,49 €**	**Abrechnung Kunde 7** Zeitdauer = 58,9 Min. Erlöse =	**46,73 €**
1) Leistungskomplexe 2) Erlöse bzw. Kosten	**Abrechnung Kunde 8** alle LKs zusammen =	**37,49 €**	**Abrechnung Kunde 8** Zeitdauer = 64,7 Min. Erlöse =	**51,35 €**
1) Leistungskomplexe 2) Erlöse bzw. Kosten	**Abrechnung Kunde 9** alle LKs zusammen =	**37,49 €**	**Abrechnung Kunde 9** Zeitdauer = 70,6 Min. Erlöse =	**55,98 €**

Gesamterlöse bei Wahlmöglichkeit der Kunden:	**291,14 €**	**Gesamterlöse mit Abrechnung nach Leistungskomplexen:**	**337,37 €**
Gesamterlöse durch Zeitvergütung:	**337,37 €**		

Eine Punktwert-steigerung von	+ 27,47%
und / oder eine **Anpassung der Zeitvergütung** um	+ 27,47%

… führen zu folgenden Veränderungen:

Neue Erlössituation bei Wahlmöglichkeit der Kunden:	291,14 €
Bisherige Erlössituation (nur) mit Leistungskomplexen:	264,68 €
= Ergebnisveränderung:	**+ 26,47 €**
das entspricht:	**+ 10,00%**

Weitere 6 Beispiele für die Umrechnung der jetzigen Punktwerte in eine Zeitvergütung unter Verwendung einer Punkt-Zeit-Relation

Hessen

Bsp. "Kleine Körperpflege" in Hessen

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
260 Pkte.	0,0452 €	**11,75 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 600 (= ursprünglich 1,00 Stunde)

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
600 Pkte.	0,04520 €	**27,12 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 800

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
800 Pkte.	0,04520 €	**36,16 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 1.000

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
1.000 Pkte.	0,04520 €	**45,20 €**

Saarland

Bsp. "Große Morgen-/und Abendtoilette" im Saarland

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
550 Pkte.	0,03528 €	**19,40 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 600 (= ursprünglich 1,00 Stunde)

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
600 Pkte.	0,03528 €	**21,17 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 800

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
800 Pkte.	0,03528 €	**28,22 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 1.000

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
1.000 Pkte.	0,03528 €	**35,28 €**

Nordrhein-Westfalen

Bsp. "Ganzwaschung" in Nordrhein-Westfalen

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
410 Pkte.	0,0432 €	**17,71 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 600 (= ursprünglich 1,00 Stunde)

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
600 Pkte.	0,04320 €	**25,92 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 800

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
800 Pkte.	0,04320 €	**34,56 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 1.000

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
1.000 Pkte.	0,04320 €	**43,20 €**

Bayern

Bsp. "Rasieren" in Bayern

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
50 Pkte.	0,04668 €	**2,33 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 600 (= ursprünglich 1,00 Stunde)

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
600 Pkte.	0,04668 €	**28,01 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 800

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
800 Pkte.	0,04668 €	**37,34 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 1.000

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
1.000 Pkte.	0,04668 €	**46,68 €**

Schleswig-Holstein

Bsp. "Große Morgen-/Abendtoilette" in Schleswig-Holstein

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
440 Pkte.	0,04690 €	**20,64 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 600 (= ursprünglich 1,00 Stunde)

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
600 Pkte.	0,04690 €	**28,14 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 800

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
800 Pkte.	0,04690 €	**37,52 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 1.000

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
1.000 Pkte.	0,04690 €	**46,90 €**

Mecklenburg-Vorpommern

Bsp. "Große Morgen-/Abendtoilette" in Mecklenburg-Vorpommern

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
400 Pkte.	0,04040 €	**16,16 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 600 (= ursprünglich 1,00 Stunde)

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
600 Pkte.	0,04040 €	**24,24 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 800

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
800 Pkte.	0,04040 €	**32,32 €**

Umrechnung auf einen Punktwert von 1.000

Punktzahl	Punktwert	Preis pro Leistung
1.000 Pkte.	0,04040 €	**40,40 €**

Ausschnitte aus der Vergütungsvereinbarung in Bremen

Vergütung nach Zeitaufwand

1. Alternativ zur Vergütung nach Leistungskomplexen mit Punktzahl und Punktwert wird eine Zeitvergütung in Minutenwerten jeweils für Leistungen der Grundpflege, häuslichen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung eingeführt. Die Inhalte gehen aus der Leistungsbeschreibung (Anlage 2) hervor.

2. Die Vergütung nach Zeitaufwand wird für

   Leistungen der allgemeinen Grundpflege mit 0,63333 Euro/Minute

   Leistungen der häuslichen Betreuung mit 0,48333 Euro/Minute

   Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung mit 0,41666 Euro/Minute

   abgerechnet.

   Zuzüglich zur Vergütung nach Zeitaufwand wird eine Wegepauschale vereinbart, deren Inhalt sich aus der Beschreibung des „Leistungskomplexes 20 - Wegepauschale“ ergibt und deren Höhe aus dem vereinbarten Punktwert und den Punktzahlen des LK 20 resultiert.

Inkrafttreten/Kündigung

Diese Vereinbarung gilt ab 01.01.2013. Sie kann von den Vertragspartnern mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, frühestens nach Ablauf von 12 Monaten zum 31.12.13 schriftlich gekündigt werden.

Literaturverzeichnis

Fachartikel und Bücher

Büscher, Andreas: Finanzierungsfragen der häuslichen Pflege. Eine qualitative Untersuchung zur Einführung personenbezogener Budgets. Abschlussbericht der Universität Witten/Herdecke gGmbH. Witten, Juli 2005.

Büscher, Andreas; Horn, Annett: Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer Expertenbefragung. Aus der Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Bielefeld, Oktober 2010.

Haberstock, Lothar: Kostenrechnung. Bd. 1, Einführung mit Fragen und Lösungen. S + W Steuer- und Wirtschaftsverlag GmbH, Hamburg, 1987.

Heiber, Andreas: Minutenpflege verhindern. In: Häusliche Pflege | 03.2013), S. 58-60.

Heiber, Andreas; Nett, Gerd: Kostenrechnung und Preiskalkulation, Stundensätze richtig kalkulieren. Vincentz Network, Hannover, 2013.

Herdt, J.; Rudolph, / B.; Stegmüller. K.; Gerlinger, T.: Wissenschaftliche Untersuchung unterschiedlicher Vergütungssystematiken in der ambulanten Pflege. FEH-Report Nr. 608, Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen (FEH), Wiesbaden, 2000.

Iffland, Sascha: Setzen Sie Wagniszuschläge in Pflegesatzverhandlungen durch! In: Altenheim 9 | 2012, S. 32-33.

Richter, Ronald: Das Dilemma mit dem Stundensatz. In: Häusliche Pflege | 04.2013), S. 46-49.

Ristok, Bruno; Sießegger, Thomas: Analyse der Organisations- und Finanzstruktur von Sozialstationen in Niedersachsen. Berichte zur Altenpflege, Niedersächsisches Sozialministerium, Hannover 1993.

Rothgang, Heinz: Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Campus Verlag – Frankfurt/Main, New York, 1997, in der Reihe „Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Bd. 7.

Sießegger, Thomas: Die Umsetzung der Pflege-Buchführungsverordnung. In: Kesselheim, Harald: Die Praxis der Pflegeversicherung. Weinmann Verlag Filderstadt 1995-1998.

Sießegger, Thomas: Den tatsächlichen Stundenkosten auf der Spur. Die reine Pflegezeit zählt nicht - für eine aussagekräftige Kostenkalkulation ist die Einsatz-Stunde zu berechnen. In: Pflegen Ambulant 5/2001 Oktober 2001, S. 40-44.

Sießegger, Thomas: Handbuch Betriebswirtschaft, Wirtschaftliches Handeln in ambulanten Pflegediensten, Vincentz Verlag Hannover 1997

Sießegger, Thomas: Herausforderung: Neue Leistungen, neue Preise. Pflegedienste müssen Personalbedarfsplanung und Kalkulation neu überdenken. In: FORUM Sozialstation Nr. 144/ Februar 2007, S. 38-42.

Sießegger, Thomas: Kalkulation mit Durchschnittswert. Fahrtwege und -zeiten nicht dem Pflegebedürftigen anlasten. In: PDL-Praxis 04.2002 (Supplement zur Häuslichen Pflege | 04.2002), S. 5-6.

Sießegger, Thomas: Kalkulation: Betreuungsleistungen neu und anders berechnen. In: PDL-Praxis 04.2009 (Supplement zur Häuslichen Pflege | 04.2009), S. 6-7.

Sießegger, Thomas: Kalkulieren, Organisieren, Steuern. 50 Fragen und Lösungen zur Betriebswirtschaft. Vincentz Network, Hannover, 2009

Sießegger, Thomas: Nicht alles muss sich rechnen – So erstellen Sie eine Mischkalkulation. In: PDL-Praxis 10.2007 (Supplement zur Häuslichen Pflege | 10.2007), S. 5-6.

Sießegger, Thomas: Stundensatz: Zwei Varianten - ein Ergebnis. In: PDL-Praxis 04.2013 (Supplement zur Häuslichen Pflege | 04.2013), S. 1-3.

Slotala, Lukas: Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2011

Tews, Bernd: Leistungskomplexe und Vergütung. Häusliche Pflege | April 1996. S. 256-257.

Internet-Quellen

Bundesministerium für Gesundheit: Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz. Broschüre als PDF-Download, www.bundesgesundheitsministerium.de, Juli 2012.

Rothgang, Heinz: Vergütung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, 4. Bayerischer Tag der ambulanten Pflege des bpa am 28. März 2011 in München, www.sfb597.uni-bremen.de/homepages/rothgang/downloads/110328_Rothgang_Verguetung_von_Leistungen_der_Haeuslichen_Krankenpflege/520_bpa.pdf

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung: Pressemitteilung No. 92 vom Mittwoch, 20. März 2013: Bürokratieabbau in der Pflege. Ergebnisbericht für das Projekt der Bundesregierung „Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind“ veröffentlicht – Grundlage für weitere Vereinfachungsvorschläge. http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Pressemitteilungen/BPA/2013/03/2013-03-20-buerokratieabbau-pflege.html

Quellen ohne konkrete Angabe von Autoren

Ergänzung zur Vereinbarung nach § 89 SGB XI zur Vergütung der Leistungen der häuslichen Pflege nach §§ 36 und 39 SGB XI sowie der Pflegeeinsätze nach 37 Absatz 3 SGB XI, auf Basis der Ergänzungsvereinbarung ab 01.01.2013 zur Vereinbarung für das Land Bremen ab 01.12.2011 vom 07.11.2011

Schiedsspruch der Niedersächsischen Schiedsstelle für die Pflegeversicherung (c/o Niedersächsischer Landkreistag, Am Mittelfelde 169, 30175 Hannover) vom 17. Januar 2013, Az.: 47540102

Schreiben vom 19. Juni 2011 über neue Vergütungsvereinbarungen der Pflegedienste in Berlin ab 01.06.2011

Impressum

Herausgeber

PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e. V.
Brandenburgische Straße 80, 10713 Berlin
Tel 030 860 01 0
Fax 030 860 01 110
info@paritaet-berlin.de
www.paritaet-berlin.de
Vorsitzende: Prof. Barbara John
Geschäftsführer: Oswald Menninger, Elke Krüger (stv.)

Verantwortlich

Ute Zentgraff, Referat Ambulante Pflege und Hospize (*zentgraff@paritaet-berlin.de*)