

Andreas Heiber

# Kostenrechnung und Vergütungsverhandlungen

Stundensätze richtig kalkulieren



REIHE MANAGEMENT  
2. überarbeitete Auflage

**Andreas Heiber**

**Kostenrechnung und  
Vergütungsverhandlungen  
Stundensätze richtig kalkulieren**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen  
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über [http://dnb.d-  
nb.de](http://dnb.d-nb.de) abrufbar.

Sämtliche Angaben und Darstellungen in diesem Buch entsprechen dem aktuellen Stand  
des Wissens und sind bestmöglich aufbereitet.

Der Verlag und der Autor können jedoch trotzdem keine Haftung für Schäden übernehmen,  
die im Zusammenhang mit Inhalten dieses Buches entstehen.

© VINCENTZ NETWORK, Hannover 2020

Besuchen Sie uns im Internet: [www.haeusliche-pflege.net](http://www.haeusliche-pflege.net)

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen  
des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar.  
Dies gilt insbesondere für die Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und  
Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen und Handelsnamen in  
diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne Weiteres von  
jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um geschützte,  
eingetragene Warenzeichen.

Titelfoto: AdobeStock\_Emojoez2020

E-Book-Herstellung und Auslieferung: readbox publishing, Dortmund, [www.readbox.net](http://www.readbox.net)

E-Book ISBN 978-3-7486-0407-5

**Andreas Heiber**

**Kostenrechnung und  
Vergütungsverhandlungen  
Stundensätze richtig kalkulieren**

# Inhaltsverzeichnis

- 1 Einleitung**
- 2 Kostenrechnung als Voraussetzung**
  - 2.1 Gesetzliche Vorgaben der PBV
  - 2.2 Spezialdefinition der Investitionskosten
  - 2.3 Umlagen zur Finanzierung der Ausbildungen
- 3 Definition der Kostenstellen und Kostenträger**
  - 3.1 Sinnvolle Kostenträger
- 4 Die Basis: Der ambulante Kontenrahmen**
  - 4.1 Kontierung der Erträge
  - 4.2 Kontierung der Aufwendungen
- 5 Verursachungsgerechte Verteilungsschlüssel**
  - 5.1 Variante 1: Verteilung nach Umsatz
  - 5.2 Variante 2: Verteilung nach Arbeitszeit vor Ort
  - 5.3 Variante 3: Verteilung nach Leistungszeit
  - 5.4 Variante 4: Differenzierter Personalschlüssel und Verteilung nach Einsätzen
  - 5.5 Auswirkung der Verteilungsschlüssel
  - 5.6 Daten für Verteilungsschlüssel ermitteln
- 6 Softwarevoraussetzungen**
- 7 Praxisorientierte Darstellung der Kostenrechnung**
  - 7.1 Praktischer Nutzen
- 8 Kostenträgerrechnung:  
Umsetzungsbeispiel SGB XI**
- 9 Rechtlicher Rahmen einer Kalkulation**
  - 9.1 Vergütung Unternehmerrisiko

## **10 Modell zur Berechnung/Kalkulation**

- 10.1 Struktur der Stundensatzberechnung
- 10.2 Abgrenzungsfragen
- 10.3 Ermittlung der Kosten
- 10.4 Definition der verfügbaren Leistungszeit
- 10.5 Auswertung und Kennzahlen
- 10.6 Berechnung der Einsatzpauschale

## **11 Praxis der Kalkulation**

- 11.1 Istkostenberechnung des Stundensatzes
- 11.2 Stellschrauben der Kalkulation
- 11.3 Weitere Praxisfragen
- 11.4 Vom Stundensatz zu Punkten?

## **12 Pflegeversicherung: Gesetzliche Grundlagen der Vergütungsverhandlungen**

- 12.1 Erster Schritt: Prüfung der Plausibilität
- 12.2 Sonderrolle Personalkosten
- 12.3 Zweiter Schritt: Prüfung der Leistungsgerechtigkeit der Vergütung
- 12.4 Der praktische Ablauf der Vergütungsverhandlung
- 12.5 Praktische Fragen zur Verhandlung
- 12.6 Berücksichtigung längerer Wegezeiten

## **13 Die Krankenversicherung: Rechtliche Grundlagen**

- 13.1 Der Grundsatz der Beitragsstabilität
- 13.2 Personalkosten sind analog SGB XI geregelt
- 13.3 Der praktische Ablauf der Verhandlungen

## **14 Private Leistungen**

Kostenerstattungsleistungen

## **15 Verhandlungsstrategien**

## **16 Musterkontenplan mit Erläuterungen**

## **17 Musterkostenstellenrechnung**

## **18 Anhang**

Literaturverzeichnis

Verzeichnis der Abbildungen

Downloads

Der Autor

# 1 Einleitung

## *Zeit für Veränderungen!*

Unstreitig besteht die ambulante Pflege aus ständigen Herausforderungen: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen sich in jeder Wohnung auf ein neues Versorgungssetting einstellen, sollen die ausgehandelten Leistungen erbringen, aber auch noch auf die Gesamtsituation der Versorgung achten, die Pflegepersonen mit einbeziehen und trotzdem wirtschaftlich arbeiten. Und sie sind allein, können nicht wie im Heim oder im Krankenhaus eben schnell einen Kollegen vom Flur holen oder sich kurz direkt austauschen.

Gleichzeitig gibt es die ambivalente Wahrnehmung in der Gesellschaft: Einerseits sind die Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter diejenigen, die jeden Tag zuverlässig kommen (übrigens auch und trotz Coronazeiten), die auch gut bezahlt werden sollen, **aber** es möge doch gleichzeitig genug Pflegegeld übrigbleiben. Diese im wörtlichen Sinne schizophrene Wirklichkeit begleitet die Pflege schon sehr lange: Dass Pflege Geld kostet, soll nicht sein! Beifall aus dem Fenster geht, aber wer die Sonderprämie von 1.500 € finanzieren soll, darüber gibt es mal wieder Streit!

Was lehrt uns der Coronavirus im Frühjahr/Sommer 2020 und die damit einhergehenden radikalen Veränderungen? – Nur wenn wir die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegedienst dauerhaft angemessen bezahlen, wird die ambulante Pflege in Deutschland sichergestellt sein. Denn andere Modelle wie Versorgungsketten aufgrund systematischer Schwarzarbeit brechen in der Krise zusammen,<sup>1</sup> die Tagespflegen sind geschlossen und die Pflegeheime haben Aufnahmestopp!



Seit Jahrzehnten ist im Pflegeversicherungsgesetz das Recht auf eine leistungsgerechte Vergütung in § 89 Abs. 1 festgeschrieben, aber seitdem nur unzureichend umgesetzt. Das führte zu massiven Vergütungsunterschieden im Vergleich der Bundesländer, aber auch innerhalb der Bundesländer, die weder rational erklärbar oder begründet sind.

Die Preise müssen in der ambulanten Pflege verändert werden und zwar ohne Rücksicht darauf, wer sie finanzieren wird. Wir müssen und sollten uns in Deutschland darüber Gedanken machen, warum und wofür so viel Pflegegeld ausgegeben wird (in 2019 immerhin 11,74 Mrd. Euro, also 28 % der Gesamtausgaben der Pflegeversicherung;<sup>2</sup> in den meisten anderen Ländern in Europa gibt es kein Pflegegeld, das die Angehörigen ‚bezahlt‘!).

In der Vergangenheit haben viele Pflegedienste auch aus Angst, Unwissenheit und evtl. auch Unfähigkeit den Weg in Einzelverhandlungen gescheut. Die Lösung bei steigenden Kosten war dann der Weg über die Mitarbeitergehälter, die nicht stiegen oder deren Rahmenbedingungen sich verschlechterten (wie nicht mehr bezahlte Fortbildungszeiten etc.). Dabei würden auch die Verhandlungsabsprachen auf Landesebene von den Verbänden der Pflegedienste wesentlich druckvoller geführt werden können, wenn sie auf konkrete Zahlen der Dienste zurückgreifen können.

Es führt kein Weg daran vorbei, dass alle Pflegedienste zumindest einmal im Jahr eine differenzierte Kostenrechnung erstellen und prüfen, wo sie in den Teilbereichen Pflegeversicherung, Krankenversicherung und weitere Leistungen tatsächlich stehen und welche Schlüsse sie daraus ziehen für die nächste Periode. Wer als Einrichtung die unzureichenden Angebote der Kostenträger beklagt, muss auch in der Lage sein, evtl. Einzelverhandlungen zu führen. Und die zunehmende Digitalisierung der Tourenplanung kann die

differenzierten Daten für verursachungsgerechte Verteilungsschlüssel liefern.

**Um meine Intention und die des Buches nicht misszuverstehen: Es muss/soll nicht jeder Pflegedienst eine Einzelverhandlung führen, aber jeder in der Lage sein, auf der Basis seiner Kostenrechnung selbst Entscheidungen treffen zu können.**

Dieses Buch in der über alle Auflagen seit 2002 betrachtet **vierten Auflage** liefert ganz konkretes Handwerkszeug zu drei Themenblöcken:

1. Grundlagen und Umsetzung einer **verursachungsgerechten Kostenrechnung** einschließlich einer musterhaften Lösung (Kap. 2 – 8 sowie 17 – 18).
2. Grundlagen und konkretes **Kalkulationsmodell**, das kostenfrei verfügbar ist (Kap. 9 -11)
3. **Gesetzliche Grundlagen** und Praxis von Vergütungsverhandlungen in der Pflege- und Krankenversicherung sowie bei Privatleistungen (Kap. 12 –16)

### **Technische Hinweise**

Für das Leseverständnis sind folgende Hinweise wichtig:

- Die hier vorgestellte Kostenrechnung etc. geht von einem Pflegedienst aus, der alle Leistungen erbringen kann. Für einen Betreuungsdienst nach § 71 Abs. 1a SGB XI gelten daher die Beispiele nur eingeschränkt, da Betreuungsdienste nur ein eingeschränktes Leistungsangebot haben.
- Zur besseren Unterscheidung werden die gesetzlichen Kostenträger wie Kranken- oder Pflegekassen sowie die Sozialhilfeträger als „LEISTUNGSTRÄGER“ bezeichnet, um nicht mit dem betriebswirtschaftlich gemeinten Begriff der Kostenträger

verwechselt zu werden. Nur bei Zitaten bzw. Darstellungen des Gesetzestextes wird die Bezeichnung Kostenträger statt Leistungsträger verwendet, allerdings dürfte hier auch die inhaltliche Bedeutung eindeutig erkennbar sein.

- Wegen des föderalen Systems in Deutschland gibt es in 16 Bundesländern immer noch 20 verschiedene Leistungskataloge in der Pflegeversicherung, in der Krankenversicherung sicherlich über 30 verschiedene Vertragsvarianten.<sup>3</sup> Dieser Vielfalt kann bei der Beschreibung von Beispielen und Situation oder konkreten Umsetzungen das Buch nicht gerecht werden, daher ist im Einzelfall die konkrete Umsetzung im eigenen Land oder den Vereinbarungen und Verträgen zu überprüfen.
- Alle benannten oder zitierten Gesetzesparagrafen **ohne weitere** Angaben sind aus dem SGB XI, ansonsten sind die anderen Gesetzbücher benannt.
- Für den ambitionierteren Leser sind jeweils die Fundstellen und weiteren Anmerkungen in den Fußnoten und im Literaturverzeichnis mitgeliefert.
- Wie schon in den Vorgängerversionen wird es unter [www.haeusliche-pflege.net/Produkte/Downloads-zu-Buechern](http://www.haeusliche-pflege.net/Produkte/Downloads-zu-Buechern) einige Materialien kostenfrei geben, insbesondere die Kalkulationsmodelle. Weitergehende Unterlagen gibt es teilweise gegen Gebühr.

### ***Wichtiger Hinweis zu den Beispielen***

Zur Illustration und als Umsetzungsbeispiel wird eine Kostenstellenrechnung mit Beispieldaten genutzt. Dabei sind die in der Kostenrechnung ermittelten Aufwendungen auch die Berechnungsgrundlagen in der Kalkulation, das Zahlenbeispiel ist in

dieser Ausgabe durchgehend fortgeführt worden, was das Verständnis beim Nachvollziehen der Beispiele erleichtern soll.

Es kommt in der Praxis durchaus vor, dass bei Vergütungsverhandlungen Werte aus dieser Veröffentlichung bzw. früheren Auflagen zitiert oder auch dem Autor vorgehalten wurden. Deshalb folgender wichtiger Hinweis, auch für die Verhandlungspartner bei den Kranken- und Pflegekassen:

Alle dargestellten Zahlen und Werte sind Beispielzahlen des Autors und entstammen nicht einem realen Pflegedienst oder sind nicht als Vergleichszahlen auf andere anwendbar und keine validen Benchmarks!

DAS ZIEL dieses Buches ist es NICHT, jegliche Verbands- oder Landesverhandlung durch Einzelverhandlungen abzulösen; das wäre weder für jeden Pflegedienst gut noch in der Praxis umsetzbar. Aber je besser die Pflegedienste ihre Zahlen aufbereitet haben und kennen, desto einfacher können auch Gruppen- oder Kollektivverhandlungen auf der Basis dieser validen Daten geführt werden.

DAS ZIEL des Buches IST ES, jede Einrichtung in die Lage zu versetzen, die eigenen Kosten sachgerecht abzugrenzen, die eigene Vergütung richtig zu berechnen und ENTSCHEIDEN ZU KÖNNEN, welcher Weg zu dieser Vergütung führen kann, sei es über eine Empfehlung, eine pauschale Steigerung, eine Kollektiv- oder eine Einzelverhandlung.

**Und wie gesagt: es gibt keine Alternative zu diesem Weg!**

Ein Dank ist zu sagen an die vielen Gesprächspartnerinnen und -partner auch von Seiten der Kranken- und Pflegekassen, Seminarteilnehmerinnen und -teilnehmer sowie an viele Kollegen, insbesondere wieder an Ronald Richter (auch für manche gemeinsamen Schiedsverfahren) sowie an meinen Kollegen Gerd Nett für die Diskussionen, Fragen und Zwischenbemerkungen zu diesem Themenkomplex.

Und den Lektoren Bettina Schäfer und Klaus Mencke, die diesmal aus dem Homeoffice das Buch auf den Weg gebracht haben.

Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegedienste, liebe Leserinnen und Leser,

an dieser Stelle ein ungewöhnlicher, der besonderen Zeit geschuldeter Gruß:

**Bleiben Sie gesund und nutzen Sie die nächste Zeit für Veränderungen!**

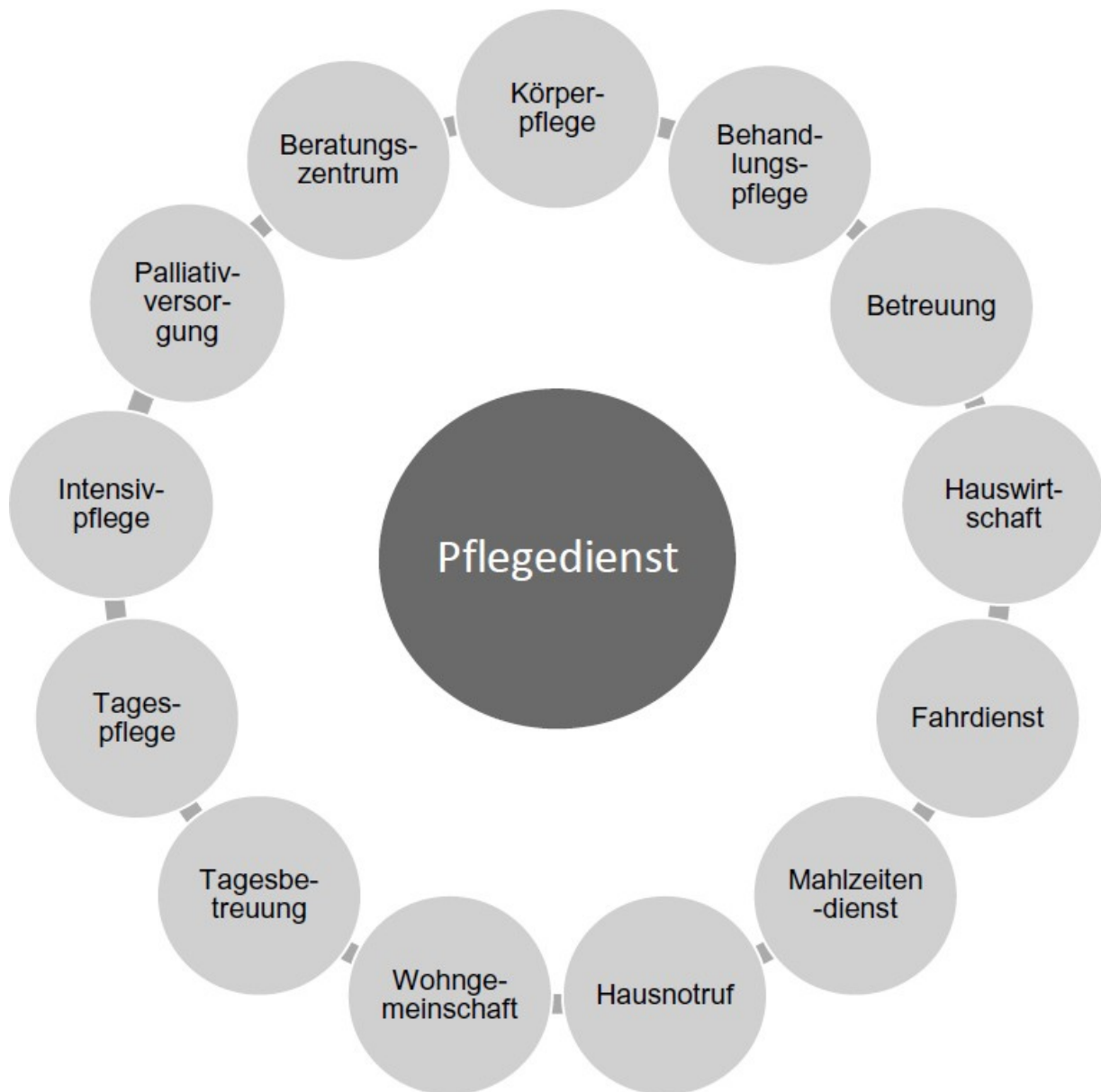
Bielefeld, der 25.04.2020

**Ihr Andreas Heiber**

- 
- 1 siehe Klie in Carekonkret, 17.02.2020
  - 2 <https://www.Bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>
  - 3 Ausführlich mit Vergütungsvergleichen SGB XI und SGB V zwischen den Bundesländern: A. Heiber (2019) Studie: hier sind 18 Kataloge beschrieben, in Berlin und Brandenburg ist die Zeitabrechnung neu.

## **2 Kostenrechnung als Voraussetzung**

Pflegedienste waren und sind schon immer Dienstleister, die mehr als nur „Pflege“ erbringen: neben der Körperpflege die Behandlungspflege, dazu immer schon Leistungen zur hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuung sowie zur Beratung. Dazu kamen und kommen weitere Dienstleistungen wie Mahlzeitendienst oder Hausnotrufsysteme, erweiterte Dienstleistungen rund um die Hauswirtschaft, mehr oder weniger organisierte Fahrdienste, Tagesbetreuungsangebote, Organisation und Betrieb von Wohngemeinschaften und vermehrt teilstationäre Tagespflegen. Und auch spezialisierte Pflegeleistungen wie Palliativversorgung bis hin zu Intensivpflegen oder weiteren Spezialisierungen.



**Abb. 1: Leistungsspektrum Pflegedienst**

Viele der Versorgungsleistungen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie eigene Leistungsträger wie Krankenkassen oder Pflegekassen sowie Selbstzahler haben und jeweils getrennt voneinander und unter Umständen auch mit unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen zu verhandeln sind.

Gleichzeitig sollte man als Leitungskraft im Pflegedienst wissen, welcher Teilbereich sich wirtschaftlich rechnet und welcher nicht.

Daher reicht es nicht zu wissen, ob sich der Pflegedienst in seiner Gesamtheit insgesamt einschließlich ‚Quersubventionierungen‘ rechnet, sondern man sollte für jeden Teilbereich die ‚Wirtschaftlichkeit‘ kennen. Das schließt nicht aus, in manchen Bereichen bewusst ein negatives Betriebsergebnis in Kauf zu nehmen, und dies durch bessere Erträge aus anderen Bereichen auszugleichen.

Im Recht der Kranken- und Pflegeversicherung ist neuerdings das Recht auf die Refinanzierung der Personalkosten auch gesetzlich verankert.<sup>1</sup> Gleichzeitig gibt es eine große bundesweite Ungleichheit der ambulanten Vergütungssysteme<sup>2</sup> und außerdem ein deutliches Gefälle zur Bezahlung in der vollstationären Versorgung.<sup>3</sup> Nur über Einzelverhandlungen lassen sich die individuellen Kosten als Grundlage nutzen und gewinnbringend verhandeln.

Das alles setzt aber eine differenzierte Kostenrechnung voraus, die viele Pflegedienste bisher so nicht umgesetzt haben.

Deshalb stellt sich nicht die Frage, **ob** Pflegedienste eine differenzierte Kostenrechnung umsetzen sollten, sondern **wann** diese fertig ist und für die obigen Aufgaben genutzt werden kann!

## 2.1 Gesetzliche Vorgaben der PBV

Von steuer- und handelsrechtlichen Aspekten abgesehen, gibt es DIE eine klare gesetzliche Grundlage, die eine differenzierte Kostenrechnung für jede Pflegeeinrichtung vorschreibt. Diese ist in der Pflegeversicherung verankert. Im Versorgungsvertrag nach § 71 SGB XI ist Folgendes definiert:

*(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.* „**Selbständig wirtschaftende Einrichtung**“ bedeutet, dass die Erträge und Aufwendungen dieses Betriebsbereiches von allen anderen Betriebsbereichen abzugrenzen sind. In der Gesetzesbegründung des Pflegeversicherungsgesetzes von 1993 heißt es hierzu: „... dass die verschiedenen Versorgungszweige innerhalb ihres Leistungsverbundes organisatorisch und selbständig geführt werden, um die unterschiedlichen Aufgaben- und Finanzierungsverantwortlichkeiten nicht zu vermengen“<sup>4</sup>. Gemeint ist damit nicht nur die differenzierte Buchung der Erträge auf verschiedene Konten, sondern auch die Zuordnung aller Kosten zu den verschiedenen Erträgen, also beispielsweise auch die Aufteilung der Personalkosten in die Bereiche Pflegeversicherung, Krankenversicherung etc.

Da ein Versorgungsvertrag nur von Einrichtungen geschlossen werden darf, die den Anforderungen des § 71 SGB XI genügen (§ 72 SGB XI), ist jede Pflegeeinrichtung zur buchhalterischen Trennung verpflichtet. Das gilt in den meisten Fällen auch für Spezialpflegedienste wie Intensivdienste: Da im Regelfall die Patienten neben der akuten Behandlungspflege Leistungsansprüche nach SGB XI haben, müssen Pflegedienste, wenn sie auch hierüber abrechnen wollen, ebenfalls einen Versorgungsvertrag nach SGB XI vorweisen und unterliegen damit wiederum diesen Vorschriften.

Eine weitere Konkretisierung dieser Trennungsvorschrift erfolgt durch die Pflegebuchführungsverordnung (PBV) nach § 83, Abs. 3 SGB XI. Zwar hat der Gesetzgeber 2008 (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) die Möglichkeit eingeführt, dass die Selbstverwaltung alternative Vorschriften und Grundlagen zur Buchführung definiert (§ 75, Abs. 7) und damit die PBV ersetzt.

*(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände 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 tritt unmittelbar nach Aufhebung der gemäß § 83 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 erlassenen Rechtsverordnung in Kraft und ist den im Land tätigen zugelassenen Pflegeeinrichtungen von den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich bekannt zu geben. Sie ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.*

Da es diese Grundsätze zur ordnungsgemäßen Pflegebuchführung bislang nicht gibt, gilt die alte PBV weiter.

Sie wurde zur Umsetzung des PSG II mit Verordnung vom 21. Dezember 2016 geändert,<sup>5</sup> allerdings nur in Bezug auf Änderungen der Kontierung und weitere Änderungen bedingt durch Änderungen im Bereich des Handelsgesetzbuches. Die Kernvorschriften der PBV sind weiterhin unverändert geblieben.

Die PBV enthält eine Befreiungsvorschrift für kleine Einrichtungen, die jedoch keine „Befreiung“ von der Betriebstrennung nach § 71 enthält:

## **§ 9 Befreiungen (PBV)**

*(1) Von den Vorschriften dieser Verordnung sind befreit:*

- 1. Pflegedienste mit bis zu sechs Vollzeitkräften; Teilzeitkräfte sind auf Vollzeitkräfte umzurechnen,*

2. *teilstationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege mit bis zu acht Pflegeplätzen,*
3. *vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit bis zu zwanzig Pflegeplätzen.*

*Für die Ermittlung der Vollzeitkräfte und der Pflegeplätze sind die Durchschnittswerte im abgelaufenen Geschäftsjahr maßgebend. Satz 1 gilt nicht für Pflegeeinrichtungen, deren Umsätze aus der Erfüllung ihres Versorgungsauftrages nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuchs (ohne Investitionsaufwendungen) bei Pflegeheimen 500.000 Euro, bei Pflegediensten 250.000 Euro im abgelaufenen Geschäftsjahr übersteigen.*

*(2) Von den Vorschriften dieser Verordnung können ganz oder teilweise befreit werden:*

1. *Pflegedienste mit sieben bis zu zehn Vollzeitkräften; Teilzeitkräfte sind auf Vollzeitkräfte umzurechnen,*
2. *teilstationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege mit neun bis zu fünfzehn Pflegeplätzen,*
3. *vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit einundzwanzig bis zu dreißig Pflegeplätzen.*

*Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Über eine Befreiung und ihre Versagung entscheiden auf Antrag des Trägers der Pflegeeinrichtung die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam im Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde nach pflichtgemäßem Ermessen. Maßstab für diese Ermessensentscheidung ist insbesondere die Frage, ob die mit der Anwendung der Verordnung verbundenen Kosten in einem angemessenen Verhältnis zu dem erreichbaren Nutzen stehen oder ob die in § 7 gestellten Anforderungen nicht auch auf andere Weise erreicht werden können.*

*(3) Pflegeeinrichtungen, die nach Absatz 1 oder 2 von den Vorschriften dieser Verordnung befreit sind, haben eine vereinfachte Einnahmen- und Ausgabenrechnung zu führen, die den Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchführung entspricht; als Mindestanforderung gelten die in § 259 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs aufgeführten Rechenschaftspflichten entsprechend. Die Auskunft- und Nachweispflichten der Pflegeeinrichtungen nach dem Siebten und Achten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleiben unberührt.*

Entscheidend ist hier der letzte Absatz und darin der letzte Satz: „Die Auskunft- und Nachweispflichten des Siebten und Achten Kapitels bleiben unberührt“; damit ist die Betriebstrennung, die im Versorgungsvertrag nach § 71 (im Siebten Kapitel des SGB XI) umzusetzen ist, verpflichtend. Die Pflegeeinrichtung ist lediglich von den besonderen Bilanzierungsanforderungen der PBV befreit.

## **Die verbindlichen Vorschriften der PBV**

Folgende Vorschriften der PBV sind insbesondere zu beachten und werden hier zitiert und erläutert:

**§ 1: Anwendungsbereich:** hier wird der Anwendungsbereich der PBV beschrieben: Zentral ist dabei die Konkretisierung für sogenannte gemischte Einrichtungen in Abs. 2, 2. Satz:

*„Erbringt eine zugelassene Pflegeeinrichtung neben Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch andere Sozialleistungen im Sinne des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (gemischte Einrichtung), so sind ihre Rechnungs- und Buchführungspflichten nach dieser Verordnung auf die Leistungen beschränkt, für die sie nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch als Pflegeeinrichtung zugelassen ist.“*

Die gesamten Regelungen der PBV gelten also immer nur für den Teilbereich SGB XI, nicht aber für andere Betriebsbereiche

eines Pflegedienstes wie Leistungen nach SGB V oder Privatleistungen.

**§ 3 Buchführung, Inventar:** Abs. 2: *„Die Konten sind nach dem Kontenrahmen der Anlage 4 einzurichten. Bei Verwendung eines hiervon abweichenden Kontenplanes hat die Pflegeeinrichtung durch ein ordnungsgemäßes Überleitungsverfahren die Umschlüsselung auf den Kontenrahmen nach Satz 1 zu gewährleisten.“*

Verbindlicher Kontenrahmen: Wer diesen Kontenrahmen nicht, sondern abweichend davon einen eigenen Kontenrahmen nutzt, muss ein entsprechendes Überleitungsverfahren (beispielsweise durch eine Überleitungstabelle) vorhalten.

**§ 4 Jahresabschluss:** Für den Jahresabschluss sind die Gliederungsvorlagen der PBV verpflichtend, wobei diese sich weitgehend an den entsprechenden Regelungen des HGB orientieren. Zur Betriebstrennung gibt es hier eine Anweisung zur Abgrenzung: Wesentlich ist die Vorschrift in Absatz 3, die sich auf gemischte Einrichtungen bezieht: *„(3) Bei gemischten Einrichtungen im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 2 kann der Träger*

- 1. einen auf die Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch begrenzten Jahresabschluss (Teil-Jahresabschluss) erstellen oder*
- 2. unter Verwendung der Anlagen 3a und 3b die Erträge und Aufwendungen seiner Pflegeeinrichtungen in einer nach Anlage 2 gegliederten Teil-Gewinn- und Verlustrechnung so zusammenfassen, dass sie von den anderen Leistungsbereichen der Einrichtung getrennt sind. Ist eine Abgrenzung nicht möglich, haben die erforderlichen Zuordnungen zu den verschiedenen Leistungsbereichen auf der Grundlage von vorsichtigen und wirklichkeitsnahen Schätzungen zu erfolgen. § 7 bleibt unberührt.“*

Für die ABGRENZUNG, vor allem der Aufwendungen, ist der vorletzte Satz entscheidend: Können Leistungsbereiche nicht direkt getrennt werden (wie es bei den Erträgen einfach möglich ist), so sind die Zuordnungen auf der Grundlage VON VORSICHTIGEN UND WIRKLICHKEITSNAHEN SCHÄTZUNGEN ZU ERSTELLEN. Die PBV legt somit keine definierten Verteilungsschlüssel fest, sondern überlässt es den Einrichtungen hier plausible Schlüssel zu definieren, wenn keine direkte Zuordnung möglich ist.

**§ 7: Kosten- und Leistungsrechnung:** Hier wird vorgeschrieben, dass die Pflegeeinrichtungen eine Kosten- und Leistungsrechnung zu führen haben für die betriebsinterne Steuerung sowie zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit. Es wird explizit auf die Abgrenzung der jeweiligen Betriebszweige sowie auf die Erstellung notwendiger Leistungsnachweise für Vergütungsverhandlungen nach dem 8. Kapitel verwiesen. Die hier genannten Kostenstellen- und Trägerübersichten sind lediglich MUSTER, nicht aber verbindlich anzuwenden. Auch bei der Kosten- und Leistungsrechnung gilt bei gemischten Einrichtungen die Abgrenzungsvorschrift nach § 4, Abs. 3.

## **Gemischte Einrichtungen gemäß PBV**

Im Sinne der PBV sind Pflegedienste immer gemischte Einrichtungen (siehe § 1, Absatz 2, Satz 2). Denn während in der vollstationären Pflege alle Kosten vorrangig durch die Pflegeversicherung übernommen und deshalb im Rahmen von Vergütungsverhandlungen mit den Pflegekassen und nachrangigen Leistungsträgern verhandelt werden, ist dies in der ambulanten Pflege anders: Hier wird beispielsweise die Behandlungspflege von den Krankenkassen finanziert, deshalb sind hier eigene

Versorgungsverträge und Vergütungsverhandlungen nötig (in der stationären Pflege gehört die Behandlungspflege zur Pflegeversicherungsleistung dazu).

Die folgende Abb. stellt die Systemunterschiede ambulant und stationär dar:

Unterschied ambulanter und Stationärer Versorgung					
Rechtsvorschrift	Ambulante Pflege				Stationäre Pflege
	SGB XI	SGB V	Privat	SGB XII	SGB XI
Leistungen	Körperbezogene Pflegemaßnahmen, Pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung	Behandlungspflege sowie in bestimmten Fällen Grundpflege, Hauswirtschaft	Private Leistungen, Kostenerstattungsleistungen	Ergänzende Leistungen	Pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege
Leistungsträger	Pflegeversicherung	Krankenversicherung	Privat	Sozialhilfe	Pflegeversicherung
Nachrangige Leistungsträger	Privat Sozialhilfe	keine	keine	keine	Privat Sozialhilfe

**Tabelle: 2**

Was im stationären Bereich zusammengefasst von der (vorrangigen) Pflegeversicherung finanziert wird, ist ambulant in die verschiedenen Leistungsträger untergliedert und mit jedem separat auszuhandeln.

Die Buchhaltungsvorschriften des SGB XI beziehen sich zwar allein auf dem Bereich SGB XI, aber insbesondere die Kontierung beeinflusst auch alle anderen Leistungsbereiche.

Die PBV und ihre Umsetzung für die ambulante Pflege stehen berechtigterweise in der Kritik.<sup>6</sup> Gerade wenn man sich die Muster zur Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung ansieht, wird man feststellen, dass die (damaligen) Autoren dieser Richtlinie von ambulanter Pflege wohl wenig wussten. Denn es werden analog zum stationären Bereich auch für die ambulante Pflege Kostenstellen nach Pflegestufen oder aktuell nach Pflegegraden vorgeschlagen, obwohl diese im ambulanten Bereich nicht relevant

sind. Die ambulanten Preise sind nicht abhängig von der Höhe der Einstufung. Auch in der aktuellen Fassung aus dem Jahre 2016 hat sich hieran nichts geändert.

Im stationären Bereich werden in der Praxis heute noch alle Vergütungen anhand der jeweiligen Pflegegrade definiert, wohl auch wegen der Überleitung der Pflegestufen auf die Pflegegrade nach dem PSG II. Ob sich diese Definitionsart dauerhaft noch aufrechterhalten lässt, wird erst die im Gesetz vorgesehene Studie zur Entwicklung und Erprobung einer einheitlichen Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen ergeben.<sup>7</sup> Denn die neue Einstufung berücksichtigt nicht die Häufigkeit von notwendigen Verrichtungen, was jedoch wesentlich zum Aufwand und damit zu den Kosten beiträgt.<sup>8</sup> Die Studie von Rothgang et.al.<sup>9</sup> liegt inzwischen vor, die Konsequenzen und deren Umsetzung wird sicherlich noch dauern.

Stationär schlägt die PBV als Kostenstellen die jeweiligen Pflegegrade sowie die Gemeinkosten vor, während auf der Ebene der Kostenträger diese Kosten dann den jeweiligen Pflegegraden differenziert nach den Vergütungskriterien „Pflegegrade“ und „Unterkunft und Verpflegung“ zusammengefasst werden.

Ambulant geht der Vorschlag der Kostenträgerübersicht in der Logik der PBV davon aus, dass diese nur für den Bereich SGB XI gilt, und schlägt als Kostenträger ebenfalls die Pflegegrade vor. Aber Ambulant richtet sich die Vergütung nach den erbrachten Leistungen wie Leistungskomplexen, Modulen oder Zeitabrechnung, aber unabhängig vom Pflegegrad (oder früher der Pflegestufe).

Des Weiteren schlägt die PBV als Muster für Kostenstellen im ambulanten Bereich als Kostenträger die einzelnen Leistungskomplexe vor: „Kostenträger sind die in den Vergütungsempfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen aufgeführten Leistungskomplexe“<sup>10</sup>: Zunächst ist festzustellen, dass



in keinem Bundesland die Empfehlung der Spitzenverbände zu den Leistungskomplexen in der Fassung vom November 1996 umgesetzt wurde,<sup>11</sup> trotzdem aber weiterhin eine Grundlage der Kostenträgerrechnung sein soll, selbst in der Fassung der PBV 2016! Auch wird in keinem Bundesland auf der Basis der Einzelleistungen (Leistungskomplexe) verhandelt, schon weil bis auf Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz in allen Ländern ein Punktsystem zur Bewertung eingeführt wurde, so dass dann nur jeweils der/die Punktwert(e) zu verhandeln sind.

Da jedoch der Kostenstellen- und Kostenträgerrahmen ausdrücklich in der PBV als „Muster“ titulierte werden, können die Pflegeeinrichtungen auch andere Kostenstellen und Kostenträger definieren, solange eine Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung eingeführt ist. Denn die Verpflichtung zur Bildung einer Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung bleibt bestehen. Und da auch stationär die Kostenträgerrechnung nicht zu einer weiteren Binnendifferenzierung genutzt wird, sondern zu einer Zusammenfassung von Teilergebnissen der Kostenstellenrechnung, sollte für die ambulante Pflege auch ein freier Umgang mit der Pflicht zur Bildung einer verursachungsgerechten Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung möglich sein (siehe Kap. 3, S. 27)

## **2.2 Spezialdefinition der Investitionskosten**

Aus historischen Gründen gibt es bei den investiven Sachkosten einen eigenständigen und nur in der Pflegeversicherung gültigen INVESTITIONSKOSTENBEGRIFF. Grund ist die sogenannte duale Finanzierung: Damit die Pflegeversicherung nicht alle

Investitionskosten übernehmen muss (und damit auch den Förderrahmen bestimmen kann), hat man über § 82 die investiven Sachkosten speziell definiert und deren Förderung durch die Länder, die die Einsparungen in der Sozialhilfe (durch die Pflegeversicherung) hier einsetzen sollen (siehe auch § 9), die anteilige Förderung oder auch die Weiterberechnung ohne Förderung geregelt (§ 82, Abs. 3 und 4).

Der Investitionskostenbegriff ist in der Pflegeversicherung deshalb viel weiter gefasst als in der kaufmännischen Definition: § 82, Abs. 2 definiert die Investitionskosten folgendermaßen:

*(2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für*

- 1. Maßnahmen, 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, 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.*

Konkret übersetzt für die Ambulanten Pflegeeinrichtungen heißt das praktisch:

Investive Sachkosten sind:

- **Alle Fahrzeugkosten** (Miete, Leasing, Kauf/Abschreibung, inklusive Reparaturen und Ersatzteile, auch investive Anteile bei der Kilometergelderstattung für die Nutzung von Privatfahrzeugen) bis auf die ‚Verbrauchskosten‘ Kraftstoffe, Steuer, Versicherung.
- **Alle Raumkosten** (Miete, Abschreibung etc.) bis auf ‚Warmmietanteil‘ (wie Heizung, Müllkosten etc.).
- **Alle Ausstattungskosten** (Computer inkl. Wartung/Service, Büroausstattung bis auf ‚Verbrauchsmaterial‘ wie Telefongebühren, Druckerpapier oder Tonertinte).

Wegen dieses sehr umfassenden (und nur für die Pflegeversicherung geltenden) Investitionskostenbegriffs muss auch bei der Kontierung der Sachkosten diese Differenzierung besonders berücksichtigt werden. Einige häufige Fehler in der Kontierung seien hier beispielhaft genannt:

**Fahrzeugkosten nach Auto** (Kennzeichen) buchen: Damit hat man zwar einen einfachen Überblick, was das konkrete Fahrzeug an Kosten verursacht. Dabei werden aber investive und nichtinvestive Sachkosten vermengt. Wenn man schon die Kostenkontrolle über die Kontierung (und nicht über eine eigene Kostenrechnung für die Fahrzeuge) lösen will, muss man pro Fahrzeug zwei Konten einrichten: eines für die Verbrauchskosten (Kraftstoff, Versicherung, Steuer), eines für alle anderen investiven Kosten.

**Raumieten** werden nicht nach Kaltmiete und Nebenkosten differenziert.

**Ausstattungskosten:** die Miet- oder Leasingverträge für Drucker, Kopierer etc. werden in den Verbrauchskosten gebucht („Bürobedarf“), ebenso Lizenzgebühren für Softwarenutzung.

Die Refinanzierung dieser Investitionskosten für den Teilbereich Pflegeversicherung kann nach drei verschiedenen Modellen

erfolgen, dies ist indirekt in § 9 (Aufgaben der Länder) sowie in § 82 SGB XI, Absatz 3 – 4 geregelt:

#### *§ 9 Aufgaben der Länder*

*Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt; durch Landesrecht kann auch bestimmt werden, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte finanzielle Unterstützung*

- 1. der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen oder*
- 2. der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen als Förderung der Pflegeeinrichtungen gilt.*

*Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.*

Primär sind also die Bundesländer für die Finanzierung der notwendigen Investitionsaufwendungen zuständig. Falls diese die Förderung nicht oder nicht vollständig übernehmen, obwohl sie Einsparungen in der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung haben (steht sogar im Gesetz), hat der Gesetzgeber in § 82, Abs. 3 und insbesondere Absatz 4 Regelungen zur Weiterberechnung erlassen:

#### *§ 82, Abs. 3*

*(3) Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder Aufwendungen für Miete, Pacht, 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; ...*

*(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.*

Es gibt demnach drei mögliche Varianten, wobei in der ambulanten Pflege in der Praxis nur ZWEI davon vorkommen:

1. Es erfolgt eine FINANZIERUNG ÜBER DAS BUNDESLAND: Zurzeit gibt es nach unserem Wissensstand (Frühjahr 2020) nur noch in Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und teilweise in Bayern eine Förderung im Sinne einer vollständigen Übernahme. Dabei ist es in den jeweiligen Landespflegegesetzen oder den Ausführungsbestimmungen nicht so definiert, dass die nachgewiesenen Kosten gefördert werden, sondern es erfolgt (nach völlig unterschiedlichen Berechnungsmodellen) eine pauschale Förderung mit dem Verbot der sonstigen Weiterberechnung. Wichtig ist zu beachten, dass in den Förderbescheiden im Regelfall auch die Klausel enthalten ist, dass eine zu hohe Fördersumme rückerstattet werden muss (auch wenn das in der Praxis noch kaum erfolgt).
2. Es erfolgt keine Finanzierung: Die WEITERBERECHNUNG an den Pflegebedürftigen muss lediglich bei einer zuständigen