

## Vergütungsverhandlungen führen!

Mit einigen letzten Änderungen im PSG III hat der Gesetzgeber viele überrascht, insbesondere in Bezug auf die Vergütung von Leistungen, der Führung von Vergütungsverhandlungen und der Vergleichbarkeit der Preise: in § 45b Abs. 4 schreibt er vor, dass die Preisobergrenze für die Entlastungsleistungen die vergleichbaren Leistungen nach § 36 Sachleistungen sind. Bei näherem Hinsehen eigentlich nichts neues, sollte man denken: denn warum sollte ein Kunde für die hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung durch den identischen Mitarbeiter mehr oder weniger bezahlen als für die hauswirtschaftliche Versorgung als Kostenerstattungsleistung: der alte Grundsatz: gleiche Leistung = gleicher Preis war schon immer naheliegend. Die Realität sah/sieht anders aus: da die Preise nach § 45b wegen der Kostenerstattung bisher nicht reglementiert waren, gab es sowohl Angebote über als auch unter den vergleichbaren Sachleistungen. Die günstigeren Angebote gab es meist bei Wohlfahrtspflegediensten, die hier in der Tradition der ehemaligen mobilen sozialen Dienste (MSD) Leistungen subventionierten oder mit ehrenamtlichen Mitarbeitern (früher: Zivildienstleistende) diese Leistungen erbrachten/bringen. Höhere Preise verlangten die Einrichtungen, denen der Sachleistungspreis zu niedrig war und/oder die hier über einen Gewinnzuschlag andere Defizite ausgleichen wollten (Querfinanzierung). Schaut man sich beispielsweise die Preise für hauswirtschaftliche Leistungen in der Stadt Frankfurt (Hessen) bei einzelnen kirchlichen Pflegediensten an, so sind hier Preise von 15,84 € oder 19,20 € pro Stunde zu finden, interessantweise bei einer Wegepauschale von 4,83 € (siehe Heiber, PSG III zu § 45b). Da diese Preise sicherlich nicht den Mindestlohn Pflege decken können (außer bei der Wegepauschale), kann man verstehen, warum dann andere Preise im Kostenerstattungsbereich verlangt wurden/werden.

Aber die Ursache liegt bei den Preisen der Sachleistungen und hier (in Hessen) insbesondere bei der Hauswirtschaftlichen Vergütung. Seit 1995 hat der Gesetzgeber das Recht auf eine leistungsgerechte Vergütung ins Gesetz geschrieben und nach einem Ausflug in die reine Marktwirtschaft (BSG 2001) die Rahmenbedingungen für die Refinanzierung deutlich verbessert (BSG-Urteile 2009 und 2013), zuletzt mit dem PSG III (ausführlich dazu Heiber in PSG III, § 89). Nun ist folgendes gesetzlich festgelegt:

*„Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes. Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.“*

Folgende Änderungen wurden nun eingeführt:

1. Die Vergütung ist nur dann leistungsgerecht, wenn sie auch das **Unternehmerrisiko angemessen** vergütet. Durch die prospektive Ausrichtung verbleiben Gewinne und Verluste beim Pflegedienst, er kann am Jahresende nicht mehr nachverhandeln. Ohne einen gewissen Risikozuschlag lässt sich daher nicht wirtschaftlich arbeiten, weil ansonsten jegliche Reserven etc. fehlen. Leider hat der Gesetzgeber nicht geregelt, dass wie in anderen Fällen die Rahmenvertragsparteien nach § 75 hier Werte oder Maßstäbe zur Bemessung festlegen, so dass dies im Einzelfall zu verhandeln ist bzw. von der Schiedsstelle zu entscheiden sein wird.

2. Die Personalkosten **bis zur Höhe** tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen (oder entsprechender kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen) sind immer wirtschaftlich, selbst darüber gehende Vergütungen können bei einem sachlichen Grund wirtschaftlich sein. Hintergrund dieser Regelung ist zunächst der Umstand, dass bei Verhandlungen nicht tarifgebundene Einrichtungen weiterhin auf den externen Vergleich verwiesen wurden, während durch die Gesetzesänderung ab 2015 „Tarifeinrichtungen“ ihre Personalvergütungen durchsetzen konnten, zumindest theoretisch. Da aber auch viele Einrichtungen ohne ‚Tarif‘ trotzdem Vergütungen in dieser Höhe bezahlen, weil sie beispielsweise sonst keine Mitarbeiter bekommen, hat der Gesetzgeber die Formulierung geändert und die bisherige Diskriminierung nicht tarifgebundener Einrichtungen dahingehend beendet. Allerdings zu einem bestimmten ‚Preis‘: denn gleichzeitig mit dem Recht auf Refinanzierung der Personalkosten hat der Gesetzgeber in § 85, Abs. 3 die Nachweispflichten eben dieser Personalkosten verändert: *„Dabei sind insbesondere die in der Pflegesachverhandlung geltend gemachten, voraussichtlichen Personalkosten einschließlich entsprechender Erhöhungen im Vergleich zum bisherigen Pflegesatzzeitraum vorzuweisen“*. Diese Vorschrift gilt analog auch ambulant: das heißt, wer im nächsten Jahr eine höhere Vergütung mit Verweis auf die Personalkosten verhandeln will, muss auch die bisherigen Personalkosten offenlegen. Diese Verknüpfung hat insbesondere bei privaten Trägerverbände für viel Kritik gesorgt, denn tendenziell könnte man hier wieder eine ‚Selbstkostenerstattung‘ vermuten: ein Vergütungssystem, das eigentlich mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 durch die prospektiven Vergütung abgelöst wurde. Da im ambulanten Bereich die tatsächlichen Personalkosten weit über 80 % aller Kosten umfassen, müssen damit alle diese Kosten offengelegt werden.

Andererseits können nun auch endlich die Kostenträger dazu ‚bewegt‘ werden, eine tatsächlich leistungsgerechte Vergütung zu akzeptieren, bei der die Personalkosten vollständig berücksichtigt werden (müssen): damit müssten Preise wie für die Hauswirtschaft in Frankfurt der Vergangenheit angehören.

Herr Laumann in seiner Doppelrolle als Staatssekretär sowie als Pflegebeauftragter der Bundesregierung hat alle Pflegeeinrichtungen in Deutschland per offenen Brief aufgefordert, nun endlich das Personal besser zu bezahlen und demzufolge auch diese entsprechenden Vergütungen zu verhandeln. Allerdings fehlt noch der offene Brief an die Bundesbürgerinnen und Bundesbürger, indem er ihnen mitteilt, dass die Pflege nun teurer wird, denn das ist die logische Folge!

Ambulante Vergütungsverhandlungen, die wie im Gesetz vorgesehen als Einzelverhandlungen geführt werden gibt es Deutschland bisher kaum; eine rühmliche Ausnahme ist Nordrhein-Westfalen: hier gibt es eine lange und inzwischen ausgeprägte Tradition von Landesempfehlungen mit bestimmten Korridoren bis hin zu weitergehenden Einzelverhandlungen. Dazu gibt es anwendbare Nachweissysteme und Kalkulationsschemata sowie eine Schiedsstelle, die gesetzeskonform die Einzelverhandlungen im Streitfall begleitet und im Regelfall zu einvernehmlichen Abschlüssen führt.

Dabei kommen formal alle Vergütungsvereinbarungen in der Ambulanten Pflege individuell zustande: wenn der Verband oder auf Landesebene Preise ‚verhandelt‘ wurden und die Einrichtung das Einigungsgebot zur Unterschrift zugeschickt bekommen hat, beginnt mit dem Öffnen des Umschlags die Einzelverhandlung und ist mit der Unterschrift abgeschlossen. Alternativ wäre immer eine Einzelverhandlung möglich. Daher kann keine Einrichtung sich hinter der Behauptung verstecken, sie hätte nicht verhandeln können. Landes- oder Gruppenverhandlungen sorgen vielleicht auch dafür, dass eine einzelne Einrichtung aufgrund fehlender Erfahrungen und Abläufen schlechtere Ergebnisse

verhandeln. Und es ist auch praktisch und spart Zeit. Ob aber die Ergebnisse immer für jede Einrichtung stimmen, darf in vielen Fällen bezweifelt werden.

### **Kostenrechnung als Voraussetzung**

Bei einer Vergütungsverhandlung besteht der wesentliche Teil aus der Vorbereitung: zunächst muss klar gestellt werden, dass nur der Bereich der Pflegeversicherung verhandelt wird, Pflegedienste aber immer sogenannte ‚gemischte‘ Einrichtungen im Sinne der PBV sind: folglich muss im Rahmen einer verpflichtenden Kostenrechnung der Teilbereich Pflegeversicherung mit den Einnahmen und insbesondere Ausgaben vom restlichen Bereich (SGB V, Privatleistungen, sonstige) getrennt sein. Nur die Teilzahlen SGB XI bilden die Verhandlungsgrundlage. Da diese Betriebsteiltrennung gesetzliche Vorgabe ist („selbständig wirtschaftende Einrichtung“ § 71 SGB XI), hat theoretisch jeder Pflegedienst diese Betriebsbereiche getrennt. Leider ist die Realität eine andere, da oft auch Steuerberater diese Regelung und die in der PBV vorgegebenen Wege der Abgrenzung nicht kennen. Wer aber nicht weiß, wie das Ergebnis des Teilbereichs „Pflegeversicherung“ aussieht (positiv oder negativ), der hat auch keine Grundlagen und konkrete Zahlen zur Führung von Vergütungsverhandlungen im SGB XI (mehr dazu: Heiber/Nett Kostenrechnung.....). Auch wenn es um die Vorlage von Unterlagen gegenüber den Pflegekassen geht, so sind nur die für den SGB XI darzustellen (beispielsweise die Personalkosten, der Verwaltungsaufwand et.).

### **Strategien zur Verhandlung**

Anders als im vollstationären Bereich gibt es bis auf NRW keine abgestimmten Kalkulationsmuster oder andere Nachweissysteme, um Vergütungserhöhungen zu begründen. Und insbesondere für eine Kalkulation fehlen oft entscheidende Bausteine: da die Leistungen in fast allen Ländern nach Punkten oder als Einzelleistung bewertet werden müsste man nach der Kalkulation eines Stundensatzes immer noch eine Umrechnung auf eine Leistung oder auf Punkte vornehmen und damit zunächst definieren, wie viele Punkte einer Zeitstunde entsprechen oder wie lange eine Leistung durchschnittlich dauert. Oder man würde die Gesamterträge SGB XI den Gesamtkosten SGB XI gegenüber stellen und dann herausfinden, ob die Einnahmen die Ausgaben decken: diese Vorgehensweise würde einer Selbstkostenrechnung ähneln. Einfacher ist es bei der reinen Stundenvergütung, wie sie alternativ in einigen Ländern vorhanden ist: hier kann eine Stundensatzkalkulation genutzt werden, wie sie schon verschiedentlich veröffentlicht wurde (z.B. von Th. Sießegger oder Heiber/Nett).

Eine andere Strategie wäre, auf die Veränderung abzustellen, die insbesondere bei den Personalkosten einfach nachweisbar wäre: hier geht es nicht um die Personalkostensumme als Ganzes, denn diese ist abhängig von den erbrachten Leistungen, die ambulant immer schwanken. Sondern um den Nachweis, dass pro Gehaltsgruppe das gezahlte Gehalt nun höher liegt als im Vorjahr: Wenn beispielsweise statt 26.000 € nun 30.000 € an Gehalt gezahlt wird oder gezahlt werden soll, dann kann man das einfach durch exemplarische Lohnjournale, Verträge, etc. nachweisen. Die hierdurch aufgezeigte Steigerung der Personalkosten würde dann die Verhandlungsgrundlage sein (da die Personalkosten ca. 80 % der Gesamtkosten ausmachen, würde die Forderung entsprechend diesem Anteil verlangt). Selbst wenn man also erst diese höhere Vergütung bezahlen will, muss man als Anhaltspunkt die jetzige Vergütung (anonymisiert und plausibel) nachweisen. Und spätestens bei der nächsten Verhandlung ein Jahr später ist dann prüfbar, ob die vorher verhandelten Personalkosten tatsächlich ‚angekommen‘ sind.

Ein weiterer Aspekt bei jeder Preiserhöhung ist die Wettbewerbssituation: werden die höheren Preise dazu führen, dass Kunden verloren gehen oder spielt das angesichts des Personal mangels überhaupt

noch eine relevante Rolle? Wenn bisher die Vergütung nicht die Kosten deckt, so ist eine Preissteigerung alternativlos. Selbst wenn einzelne Kunden gehen, wird dies nur kurzfristig eine Rolle spielen angesichts der Zunahme der Pflegebedürftigen. Und wer sein Personal nicht marktgerecht bezahlen kann, wird dauerhaft vor allem Mitarbeiter verlieren.

### **Ablauf von Vergütungsverhandlungen**

Jede Pflegeeinrichtung (aber auch jede Pflegekasse) kann zu einer Vergütungsverhandlung aufrufen, wenn die bisherige Vergütungsvereinbarung ausgelaufen ist oder ausläuft. Partner der Verhandlung sind alle die Pflegekassen oder Arbeitsgemeinschaften, soweit auf diese im letzten Jahr mehr als 5 Prozent der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. Im Regelfall gibt es im Bundesland Absprachen, welche Pflegekasse jeweils federführend für die anderen tätig ist oder ob sich immer alle Pflegekassen sich an den Verhandlungen direkt beteiligen. Die Einrichtung hat die Forderung durch geeignete Nachweise zu belegen und plausibel darzustellen. Ist die Darlegung nicht nachvollziehbar, so können die Pflegekassen weitere Nachweise verlangen, wenn sie dies substantiiert darstellen. Allein formale Nachforderungen ohne Begründung reichen nach Ansicht des Bundessozialgerichts (Urteil vom 17.12.2009) nicht aus, werden aber gern verlangt und sorgen manchmal nur dafür, dass ein Verfahren in die Länge gezogen wird. Daher ist Einrichtungen ohne Erfahrungen, die Einzelverhandlungen führen wollen, zu raten, sich über den Verband oder durch externe Berater begleiten zu lassen.

Sechs Wochen nach Verhandlungsaufforderung könnte die Schiedsstelle von jeder Seite angerufen werden, wenn bis dahin noch kein Ergebnis zustande gekommen ist. Andererseits kann man auch (soweit dies sinnvoll erscheint) über diesen Zeitraum hinaus weiter verhandeln. Der Schiedsstelle wird der Sachverhalt und der bisherige Verhandlungsablauf dargestellt. Die Schiedsstelle kann ihrerseits auch weitere Unterlagen verlangen oder bei einzelnen Punkten nachfragen.

Die Schiedsstelle ist nur zur Streitschlichtung da, sie kann also nur zwischen den Anträgen des Pflegedienstes und der Pflegekasse entscheiden: wenn also der Pflegedienst einen Punktwert von 5,3 ct. fordert, die Pflegekasse nur 4,3 ct. anbietet, kann die Schiedsstelle nur in diesem Korridor entscheiden, nicht darüber oder darunter.

Neu geregelt hat der Gesetzgeber mit dem PSG III auch, dass die Schiedsstelle unverzüglich, in der Regel binnen drei Monaten die Vergütung festzulegen hat. Mit der konkreten Benennung der Monate will der Gesetzgeber für schnelle Entscheidungen sorgen und hofft damit auch, dass insbesondere ambulant mehr Einzelverhandlungen geführt werden.

### **Der richtige Preis!?**

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Personalmangels ist es für Pflegedienste immer wichtiger, Personal ‚gut‘ zu bezahlen, denn inzwischen spielt eine faire Bezahlung eine immer bedeutendere Rolle bei der Auswahl eines Arbeitgebers oder der Auswahl des Ausbildungsplatzes. Der Gesetzgeber gibt den Pflegeeinrichtungen dazu wesentliche Werkzeuge in die Hand, diese Vergütungshöhe auch in Vereinbarungen umzusetzen. Der Preis dafür ist zwar die Transparenz der Personalkosten, aber diese werden sich durch den Mangel faktisch viel stärker angleichen müssen als bisher. Spannend wird es nur, eine ambulante (Einzel-) Verhandlungskultur auch in den vielen anderen Bundesländern aufzubauen, in denen sie noch nicht vorhanden ist. Stationär ist dies ganz anders: hier gibt es geeinte Kalkulations- und Nachweissysteme sowie eine lange Tradition.

Für die Ambulante Pflege gilt: jeder Pflegedienst muss intern seine Kostenrechnung so aufbereitet haben, dass er beurteilen kann, wie gut ein Angebot der Kostenträger (sei es landesweit und für Gruppen) für seine Einrichtung ist und ob er sinnvollerweise Einzelverhandlungen führen sollte. Ohne diese Hausaufgaben kann eine solche Entscheidung nicht getroffen werden, daher muss hier angefangen werden!

**Literatur:** Heiber PSG III sowie Heiber/Nett: Kostenrechnung und Preiskalkulation

Veröffentlicht in:

Häusliche Pflege,  
Ausgabe 04/2017

© **Andreas Heiber**

**System & Praxis Andreas Heiber**

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld

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

E-Mail: [info.heiber@SysPra.de](mailto:info.heiber@SysPra.de);

[www.SysPra.de](http://www.SysPra.de)