

Wo kommen die Zuschüsse hin?

Zu Kontierung der coronabedingten Finanzierungen gibt es immer noch ziemlich viele offene Fragen. Unternehmensberater Andreas Heiber hat dazu die wichtigsten Antworten zusammengestellt.

Von Andreas Heiber

Bielefeld // Es gibt aufgrund der Corona-Pandemie drei verschiedene Bereiche, die durch Zuschüsse oder Sonderzahlungen finanziert wurden und die in der Buchhaltung getrennt werden sollten:

- die Coronaprämien für die Mitarbeiter,
- die Mehr- und Mindereinnahmen im Rahmen des Schutzschirms nach § 150
- und die Aufwendungen für die Testungen, die zwar auch über den Schutzschirm nach § 150, aber in einem eigenen Verfahren abgerechnet werden.

Wichtig ist zu berücksichtigen, dass diese Erstattungen entweder durchlaufende Posten sind (Coronaprämie), die direkt weitergeleitet werden oder Sonderzahlungen, deren Notwendigkeit später noch zu überprüfen ist.

Sie müssen/sollten auch so abgegrenzt sein, dass die für zukünftige Vergütungsverhandlungen klar getrennt werden können von den normalen laufenden Erträgen oder Kosten. Die hier gemachten Vorschläge der Kontierung orientieren sich am Kontenrahmen der Pflegebuchführungsverordnung (PBV).

Coronaprämien für Mitarbeiter

Die Prämienzahlungen wurden im Juni und dann im November im zweiten Teil beantragt und nach Erhalt an die Mitarbeiter in der beantragten Höhe weitergeleitet. Für die Personalabrechnung wurde sicherlich eine eigenständige Leistungsposition (und damit Konten im Bereich 64xx (Sonstige Personalaufwendungen) genutzt, weil die Prämien in der Höhe bis 1.500 Euro abgaben- und steuerfrei sind.

Auch die Erstattungen der Pflegekassen sollten auf ein eigenes Konto im Bereich 48xx „Rückvergütungen, Erstattungen“ genutzt werden. Für den bis Mitte Februar notwendigen Nachweis, dass die Zuschüsse auch ausgegeben wurden, müssten dann

nur noch die beiden Konten(gruppen) abgeglichen werden.

Mehr- und Mindereinnahmen nach § 150 SGB XI

Im Rahmen des Schutzschirms können pandemiebedingte Kosten oder Mindereinnahmen geltend gemacht werden, die nicht anders refinanziert sind. Grundsätzlich handelt es sich hier um Betriebskostenzuschüsse, die daher im Bereich 44xx Zuweisungen und Zuschüsse zu Betriebskosten anzusiedeln wären.

Im Antrag sind drei verschiedene Erstattungsarten anzugeben, die man auch kontenmäßig differenzierten sollte:

Konto für Mindereinnahmen

Die Erstattungsmöglichkeit bei den Mindereinnahmen setzt voraus, dass auch alle Kosten in gleicher Höhe angefallen sind. Würden ambulante jedoch konkrete Einsätze oder Leistungen nicht erbracht, so wurden hier im Regelfall auch keine Personalkosten bezahlt, weil der Mitarbeiter dann entsprechend frei hatte. Das muss bei den Mindereinnahmen auf jeden Fall berücksichtigt werden! Solange also der Pflegedienst mit Arbeitszeitkonten arbeitet und die entsprechenden Mitarbeiter z.B. Plusstunden abgebaut haben, ist kein zu erstattender „Schaden“ entstanden. Nachvollziehbar wäre nur der Anteil an Leitung/Organisation, der weiter finanziert wurde. Weil bei der späteren Nachprüfung die Mindereinnahmen als Position sicherlich intensiv geprüft werden und Rückforderungen erwartbar sind, sollten diese auch im Jahresabschluss 2020 in zumindest anteiliger Höhe zurück gestellt werden zur Risikovorsorge/Begrenzung.

Konto für Mehraufwendungen für Personal (z. B. 4406)

Hier geht es vor allem um evtl. Ersatzkräfte bei Ausfall durch Quarantäneanordnungen, zusätzlicher Aufwand für Schutzkleidung und Desinfektion

oder erhöhter Organisationsaufwand beispielsweise auch bei der Organisation der Coronatests (die Testdurchführung wird separat vergütet). Wichtig wäre für den späteren Nachweis die entsprechende Dokumentation des Mehraufwandes.

Gab es für Mitarbeiter, die aufgrund des Infektionsschutzgesetzes nicht arbeiten konnten, Erstattungen nach § 56 IfSG, dann gehören die Erstattungen vergleichbar kontiert wie andere Erstattungen im Krankheitsfall (Aufwendungsausgleichsgesetz), also im Kontenbereich 48xx. Hat der Pflegedienst allerdings die Erstattung nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) auf 100 Prozent der bisherigen Lohnkosten aufgestockt, so sind diese Aufstockungskosten als Personalmehrkosten über den Schutzschirm refinanzierbar.

Aufwand für Unterstützung bei der Impfung

Inzwischen fordern erste Städte Pflegedienste auf, nicht nur Informationsmaterial zur Impfung zu verteilen, sondern auch bei der Aufklärung der Kunden mitzuwirken. Unabhängig von der Frage, woher die zeitlichen Kapazitäten kommen sollen, ist dieser Personalmehraufwand getrennt zu dokumentieren, weil er auch über den Schutzschirm nach § 150 refinanziert werden kann (siehe FAQ 44 zum Rettungsschutzschirm, Fassung 5.0 vom 18.12.2020 des GKV-Spitzenverbandes).

Konto für Mehraufwendungen Sachkosten

Die beantragten Mehraufwendungen für Sachkosten (Masken, Handschuhe, Schutzkleidung) sind ebenso separat zu buchen, sie können dann dem Sachkostenkonto Pflegeverbrauchs-material (z.B. 6630) gegenübergestellt werden.

Konten für Erstattung der Testkosten

Die (eigentlichen) Testkosten der PoC-Tests werden pauschaliert erstattet: Die Sachkosten pro Test bis zu neun Euro, die Durchführungskosten pro Test pauschal mit neun Euro vergütet. Da die Sachkosten nur die tatsächlich verausgabten Einkaufskosten umfassen, sollten hier zwei

getrennte Konten für die Erstattung der Materialkosten sowie die Erstattung der pauschalen Durchführungskosten genutzt werden. Diese können ebenfalls im Bereich 44xx angelegt werden: z.B. Testkosten: 4408; Testdurchführung: 4409.

Für die Einkaufskosten der Tests sollte zur Vereinfachung ebenfalls ein Konto im Bereich 663x, beispielsweise 6631 angelegt werden. So kann später einfach der Nachweis der Ausgaben über die getrennt gebuchten Kosten erfolgen.

Arbeitszeiten für die Testungen getrennt dokumentieren

Für die eigene Abgrenzung der Kosten (Personalarbeitszeit) sollte die Testzeit als separate Leistung (in der Arbeitszeiterfassung) erfasst werden. Darüber hinaus mit einer getrennten Leistung auch weitere Zeiten, die für die Organisation der Testung anfallen wie Extraanfahrten der Mitarbeiter zur Testung oder Planung und Steuerung der Testtermine etc. Ob dieser Mehraufwand auch über den Schutzschirm zu refinanzieren ist, ist zur Zeit noch unklar.

Bei den Pflegediensten entstehen durch die Testung höhere Kosten als in stationären Einrichtungen: denn es gibt oft keinen zentralen oder/und zeitgleichen Tourenbeginn und insbesondere die Kräfte, die hauswirtschaftliche Leistungen erbringen, sind nur mit erhöhtem Aufwand zu testen: Viele müssen extra zum Test zweimal die Woche das Büro aufsuchen, diese Termine müssen organisiert sein etc. und die Mitarbeiter können nicht eher fahren, bis das Testergebnis da ist. In dieser Arbeitszeit können sie keine abrechnungsfähigen Leistungen erbringen.

Im stationären Bereich findet die Testung während der bezahlten Arbeitszeit statt, sie reduziert dann nur die Zeit, die für die Versorgung der Bewohner zur Verfügung steht.

Wegen dieser systemischen Unterschiede werde ich den GKV-Spitzenverband anschreiben mit der Bitte, hier zu prüfen, wie diese Ungleichbehandlung ausgeglichen werden kann.

Daher empfehle ich vorsorglich, diesen ambulant zusätzlichen Aufwand zu dokumentieren (z.B. durch eigene Organisationsleistungen in der Leistungserfassung).