

10.01.2024

Ambulante Pflegedienste unter Druck: IEGUS-Gutachten 2023 zeigt eine sich verstetigende Unterfinanzierung.

Stellungnahme der LIGA zu dem Gutachten.

Federführender Verband 2022/2023
DRK Landesverband Brandenburg e.V.

LIGA
DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE
Tornowstraße 48
14473 Potsdam

Telefon 0331 . 284 97 63

Telefax 0331 . 284 97 30

E-Mail info@liga-brandenburg.de

Web www.liga-brandenburg.de



Zum „Gutachten Kosten- und Personalstruktur- analyse von ambulanten Diensten der Freien Wohlfahrtspflege in Brandenburg“

1 Hintergrund

Die aktuellen Herausforderungen in der Pflege sind mannigfaltig. Neben dem allgegenwärtigen Mangel an Pflegepersonal und den daraus resultierenden Versorgungsengpässen stellen die Sicherstellung der Leistungserbringung und die Finanzierung mittlerweile eine große Herausforderung für die ambulanten Pflegedienste dar. Angesichts der demografischen Entwicklung mit einem immer größer werdenden Anteil an älteren und damit potentiell pflegebedürftigen Menschen wird auch die professionelle Pflege weiter an Bedeutung zunehmen, insbesondere die ambulante Versorgung.

Von 2011 bis 2021 ist die Anzahl der Pflegebedürftigen in Brandenburg, die eine Versorgung in Anspruch genommen hat, von 95.970 auf 161.920, also um rund 69 Prozent gestiegen. Im Jahr 2021 nahmen davon 85,4 Prozent eine Form von häuslicher Krankenversorgung, also entweder Pflegegeldleistungen, ambulante Sachleistungen oder Leistungen der Kurzzeitpflege, in Anspruch (**Daten und Fakten zur Pflege im Land Brandenburg**).

Menschen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung zu versorgen, sollte nicht nur eine gesetzlich verankerte Priorität, sondern auch von hohem gesamtgesellschaftlichen Interesse sein. Um diesem Sicherstellungsauftrag trotz der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen gerecht zu werden, ist es Zeit, sich neben der Gewinnung und Bindung von Pflegepersonen insbesondere mit den wirtschaftlichen Grundlagen einer gesunden und zukunftsfähigen Versorgungsstruktur auseinanderzusetzen.

Die LIGA der Freien Wohlfahrtsverbände – Spitzenverbände im Land Brandenburg (LIGA BB) hat im Herbst 2022 ein Gutachten in Auftrag gegeben, um die Kostenentwicklung und -zusammensetzung in der ambulanten Pflege untersuchen zu lassen. Ziel war es, eine transparente Grundlage für die Beurteilung der Leistungsgerechtigkeit in der ambulanten Pflege zu schaffen: **Gutachten Kosten- und Personalstrukturanalyse von ambulanten Diensten der Freien Wohlfahrtspflege in Brandenburg**.

Für die Erarbeitung des Gutachtens konnte das renommierte **Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft (IEGUS)** gewonnen werden. Das Gutachten soll zur Vereinfachung der Vergütungsverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern beitragen. Seit August 2023 liegt es vor. Die LIGA BB bedankt sich an dieser Stelle bei all jenen Trägern, die Daten ihrer Einrichtungen zur Verfügung gestellt haben.

2 Finanzierungsrelevante Entwicklungen in der (ambulanten) Pflege in den vergangenen Jahren

Über Jahrzehnte waren die Kosten außerordentlich stabil, denn der Wettbewerb erfolgte im Wesentlichen über den Preis. Grundlage waren branchenüblich niedrige Löhne und Gehälter bei den Pflegefachkräften und den Pflegehilfskräften, die sich vor dem Hintergrund jahrzehntelanger hoher Arbeitslosenquoten kaum weiterentwickelten. In den letzten Jahren sind die Preise für die ambulante Pflege gestiegen, teilweise exponentiell. Stärkster Treiber waren dabei die Personalkosten – insbesondere in Ostdeutschland gab es lange Zeit einen erheblichen

Nachholbedarf, der sich nun langsam auf das westdeutsche bzw. auf ein gesamtdeutsch einheitliches Niveau zu bewegt.

Die lange Zeit stagnierender Preise wurde durch den „externen Vergleich“ unterstützt, mit dem die Pflege nach marktgerechten Preisen vergütet werden soll. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 wurde klargestellt, „dass für einen externen Vergleich von Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die Bemessung der Pflegesätze nur die in den wesentlichen Vergleichskriterien gleichartigen und nicht auch die wesensfremden Einrichtungen herangezogen werden können.“ (Vgl. Bundestagsdrucksache 16/7439, S. 71) Ein Urteil des Bundessozialgerichts aus 2009 besagte, dass Personalkosten auf Basis von Tarifverträgen grundsätzlich als wirtschaftlich anzuerkennen sind. Im August 2010 wurde durch die Aufnahme der Pflegebranche in das Arbeitnehmer-Entsendegesetz ein Mindestlohn eingeführt. Dennoch blieben die Personalkosten lange Zeit niedrig, der Wettbewerb wurde auf dem Rücken des Personals und der Qualität der Leistungserbringung geführt.

Mit Einführung der Tariftreuerregelung sind seit September 2022 alle Pflegeeinrichtungen dazu verpflichtet, Löhne und Gehälter nach Tarif oder nach kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen bzw. in Anlehnung daran zu zahlen. Zusätzlich setzte 2022 eine Inflation ein, getrieben durch Lieferengpässe und Energieknappheit seit dem Angriffskrieg auf die Ukraine. Alles zusammen führte zu einer Kostenexplosion in der Pflegebranche. Weil die Beträge der gesetzlichen Pflegesachkosten durch die Pflegeversicherung nicht im selben Maße erhöht wurden, geht die Kostensteigerung letztlich zulasten der Eigenanteile von Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen. Und damit diese nicht weiter steigen, sehen sich Kostenträger in der Pflicht, kleinteilig jede Kostenposition zu prüfen und deren Höhe in Frage zu stellen. Während Tarifanpassungen in der Regel seitens der Kostenträger anerkannt sind, hat sich in den Einzelkostensatzverhandlungen der Fokus von den Personalkosten auf andere Finanzierungsbestandteile verlagert. Die Auseinandersetzungen in den Verhandlungen beziehen sich jetzt auf Overheadkosten, um Personalnebenkosten (Personalakquise und Mitarbeiterbindung, Krankheitstage, Fortbildung, etc.) und zunehmend auch um die Anerkennung von Sachkosten. Eine kluge, vorausschauende Unternehmensführung zur Vermeidung potenzieller Kostensteigerungen in einzelnen Bereichen stößt häufig auf wenig Resonanz seitens der Kostenträger. Nicht selten werden notwendige Ausgaben drastisch gekürzt oder gar nicht berücksichtigt.

Diese Entwicklungen in 2022 waren teils noch gar nicht abzusehen, als die LIGA BB Anfang 2021 beschlossen hat, sich von den etablierten pauschalen Verhandlungen abzuwenden. Auslöser war die Erkenntnis, dass die erzielten Vergütungsvereinbarungen schon lange nicht mehr die realen Kosten abdeckten. Die Leistungserbringer sahen sich mit einem kasseninternen und regelhaft nicht transparenten Benchmark-System konfrontiert, das aus jahrzehntelangen, durch den „externen Vergleich“ erzielten Abschlüssen resultierte. Die Logik dieser Verhandlungen, die sich immer an Durchschnittswerten orientierte, führte teils sogar zu sinkenden Preisen für die ambulanten Pflegedienste.

Als Grundlage einer veränderten Verhandlungsstrategie diente außerdem die Ergänzung der **Bundesrahmenempfehlung „Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege“** (BRE) im Oktober 2020. In § 7 wurden „Regelungen zu den Grundsätzen der Vergütung und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte und für die Vergütung von längeren Wegezeiten“ eingeführt, mit denen neue Maßstäbe für die Mandatierung und das Nachweisverfahren im Rahmen von Entgeltverhandlungen in der Häuslichen Krankenpflege nach § 132a Abs. 4 SGB V festgelegt wurden. Nach § 7 Abs. 2 Ziffer 1 BRE muss das Vergütungssystem „für die Vertragspartner und die Versicherten transparent und handhabbar sein.“ Zudem muss es „die Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung in die Lage versetzen, eine ausreichende, zweckmäßige und den Qualitätsanforderungen entsprechende Leistung zu erbringen.“ Dabei können die Vertragsparteien entweder Kostengrundverhandlungen zur Vereinbarung von kalkulatorischen Zeitaufwänden oder (lineare bzw. pauschale) Kostensteigerungsverhandlungen durchführen. Des Weiteren werden im Detail die Gestehungskosten für die prospektive Kalkulation aufgeführt, die Grundlage für die Vergütungsverhandlungen sind.

Die Kostenträger schlugen im Zuge dessen vor, eine Punktwertermittlung und eine Kostengrundkalkulation für das Jahr 2021 zu erstellen und zwar auf Basis der Kostengrundkalkulationen von je 50 Prozent der Pflegedienste pro Verband. Die Auswahl repräsentativer Pflegedienste sollte paritätisch von Kostenträgern und Verbänden erfolgen. Auf diesem Wege sollte eine von allen Seiten akzeptierte Kalkulationsmatrix geschaffen werden, die es auch kleinen Trägern ermöglichen sollte, die prospektiven Kosten für eine Einzelentgeltverhandlung zu ermitteln und transparent darzustellen. Diesem Vorschlag konnte die LIGA BB nicht zustimmen, da durch die Mittelwertbetrachtung weiterhin ein Großteil der Dienste benachteiligt würde.

Die LIGA BB forderte daher, für die Zeit ab dem Vergütungszeitraum 2022 Einzelentgeltverhandlungen führen zu können, indem die Gestehungskosten nach einzelnen Kostenarten bzw. Kostengruppen offengelegt und damit transparent gemacht werden. Es ging und geht den Verbänden weiterhin darum, den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag der Kassen dadurch zu unterstützen, dass die tatsächlich anfallenden Kosten der Pflegedienste angemessen refinanziert und damit die gesetzlich verankerten Qualitätsstandards in der Pflege mindestens hinreichend erfüllt werden können.

Unabhängige Erhebungen und Analysen zur Kostenstruktur und Kostenhöhe in der ambulanten Pflege sind allerdings kaum existent. Ein erstes, nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen erstelltes **Gutachten über die Kostenstruktur in der ambulanten Pflege** stammt aus 2013. Das Gutachten fand damals bis heute bundesweit Beachtung und in vielen Schiedsverfahren Anwendung, wobei es nicht selten auf Mittelwerte reduziert wurde, statt unternehmens- und/oder regionalbedingte Abweichungen anzuerkennen. 2018 gab der Bundesverband der Privaten Anbieter sozialer Dienste e.V. (BPA) eine Studie zu den Kosten für Wagnis und Gewinn in Auftrag, die zwar eine breite Diskussion auslöste, letztendlich aber aufgrund von fehlenden Verhandlungsabschlüssen und Schiedsverfahren nicht die notwendige Berücksichtigung in den Einzelverhandlungen erfuhr.

Die LIGA BB hat mit IEGUS ein renommiertes und erfahrenes sowie unabhängiges Unternehmen beauftragt, die realen Kosten von repräsentativen, betriebswirtschaftlich geführten Einrichtungen zu analysieren. Ziel ist es, den Pflegediensten fundierte unternehmens- und raumspezifische Kriterien für ihre Einzelentgeltverhandlungen an die Hand geben und sie zu ermuntern, ihre aktuellen Kosten selbstkritisch unter die Lupe zu nehmen.

3 Zum Gutachten „Kosten- und Personalstrukturanalyse von ambulanten Diensten der Freien Wohlfahrtspflege in Brandenburg“

Zentrale Forschungsfragen für das Gutachten waren: Welche Tendenzen und Zusammenhänge in Personalstruktur und Sachkosten ambulanter Pflegedienste gibt es? Wie kann die Preisfindung in der ambulanten Pflege beschleunigt und das Prinzip der Leistungsgerechtigkeit angemessen operationalisiert werden? Wie können die Verhandlungspartner entlastet und eine leistungsgerechte Vergütung sichergestellt werden?

Für die Kosten- und Personalstrukturanalyse stellten die Mitgliedsverbände der LIGA BB dem IEGUS-Institut intern plausibilisierte Kostengrundkalkulationen der Pflegedienste zur Verfügung, auf deren Basis der in Einzelverhandlungen beantragte Leistungspreis kalkuliert wurde. Um Verzerrungen durch Veränderungen über die Zeit und mehrfach im Datensatz vorkommende Pflegedienste zu verhindern, wurde mit 2020 das Basisjahr mit den meisten zur Verfügung stehenden Datensätzen betrachtet. Analysiert wurden die Kostengrundkalkulationen von 105 unterschiedlichen ambulanten Pflegediensten im Hinblick auf den Vergütungszeitraum 2021 oder 2022.

Da die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen vorgeben, dass die (tarifbasierten) Personalkosten im Bereich von Pflege und Betreuung anzuerkennen sind, fokussierte die Analyse den Overhead-Anteil und die Sachkosten. Verwendet wurden hauptsächlich robuste, d. h. gegenüber Ausreißern unempfindliche Methoden. Damit wurden Tendenzen bei den relevanten Kennzahlen sowie Zusammenhänge zu Betriebsgröße und Standort und innerhalb der Sachkosten ermittelt.

Die aus den Daten erkennbaren Tendenzen wurden mit den in der Vergangenheit herangezogenen Bewertungskriterien der Kostenträger verglichen. Dabei zeigten sich zum Teil deutliche Diskrepanzen, die Risiken der Unterfinanzierung wirtschaftlich agierender Dienste vermuten lassen. So zeigten sich gegenüber dem kostenträgerseitig angelegten Maximalwert von 17 Prozent deutlich erhöhte Overhead-Anteile, insbesondere bei Diensten mit weniger Mitarbeitenden. Verschiebungen von Overhead-Personal in den operativen Bereich verringern nachweislich den Leistungspreis. Im Sachkostenbereich zeigte sich, dass durch die aufwändige kleinteilige Beurteilung nach einzelnen Kostenpositionen auch in diesem Bereich wirtschaftlich agierende Dienste die Grenzwerte der Kostenträger überschreiten. Kleine Betriebe und Dienste an ländlicheren Standorten zeigen erhöhte Sachkosten.

Aus den vorgefundenen Strukturen wurden Empfehlungen abgeleitet, wie durch alternative Vergleichsmodelle dieses Risiko verringert sowie die Verfahren vereinfacht und beschleunigt werden können. Die aus den Daten heraus entwickelten Modelle tragen den betrieblichen Realitäten und Besonderheiten Rechnung, ohne übermäßig durch die Strukturen potenziell unwirtschaftlich agierender Betriebe beeinflusst zu sein. Vorgeschlagen werden zwei Varianten von Vergleichsmodellen für den Overhead-Anteil sowie die Sachkosten. In der einen Variante werden die mittleren 50 Prozent der empirischen Werte über alle Betriebsgrößen hinweg zum externen Vergleich herangezogen. In der zweiten Variante wird ein Korridor der mittleren 50 Prozent in Abhängigkeit von der Betriebsgröße ermittelt.

4 Stellungnahme der LIGA der Freien Wohlfahrtsverbände in Brandenburg

Mit dem vorliegenden Gutachten liegt ein umfassender und differenzierter Einblick in die Gesteungskosten vor. Festzustellen ist, dass sowohl unternehmensspezifische als auch regionale Kriterien dafür verantwortlich sind, dass ambulante Pflegedienste nicht immer – wie lange Zeit angenommen – unkommentiert und undifferenziert verglichen werden können. Die LIGA BB nimmt wie folgt Stellung zu dem Gutachten.

4.1 Zur Datengrundlage

Insgesamt haben 105 ambulante Pflegedienste in Brandenburg Einblick in ihre Unterlagen gewährt, davon sind 42 Mitglied beim Paritätischen, 26 bei der AWO, 20 beim DRK und 18 bei der Diakonie. Es handelt sich um ambulante Pflegedienste von unterschiedlicher Größe und aus unterschiedlichen Regionen, sowohl aus urbanen Zentren als auch dem ländlichen Raum. Pflegedienste in privater Trägerschaft wurden nicht mit einbezogen. Dennoch halten wir die Ergebnisse für repräsentativ und somit relevant für alle ambulanten Pflegedienste in Brandenburg.

Bei der Zusammenfassung der Ergebnisse zu veritablen Aussagen hat IEGUS darauf geachtet, sogenannte statistische Ausreißer, die aus sonst nicht erklärbaren Gründen auf unwirtschaftliche Unternehmensführung zurückgehen könnten, unberücksichtigt zu lassen. Hier wird auf die Erläuterungen im Kapitel 4 Methodik (S. 11-15) des Gutachtens hingewiesen.

Datengrundlage
<ul style="list-style-type: none"> • In den Einzelverhandlungen zum Vergütungszeitraum in den Jahren 2021 und 2022 von Diensten in freigemeinnütziger Trägerschaft in Brandenburg eingereichte Kostengrundkalkulationen (n = 105) • Analysiert werden die Angaben zum Basiszeitraum 2020 (Gesamtdienst)

Quelle: IEGUS: Gutachten Kosten- und Personalstrukturanalyse von ambulanten Diensten der Freien Wohlfahrtspflege in Brandenburg, Bochum, Juni 2023, S. 6

4.2 Zu den Overhead-Kosten

Overhead-Kosten, auf Deutsch „Gemeinkosten“, sind nicht direkt zuordenbare Kosten, wie Pflegedienstleitung, deren Stellvertretung, Qualitätsbeauftragte sowie anteilig die Personalkosten der Geschäftsführung und Verwaltung, wie Finanz- und Lohnbuchhaltung, Controlling, IT-Abteilung, aber auch für Maßnahmen zur Mitarbeitergewinnung und -bindung, Kundenakquise, Interessensvertretung, Öffentlichkeitsarbeit sowie für eine kluge, vorausschauende Unternehmensführung, etc.

Von den Kostenträgern wird erfahrungsgemäß ein Anteil von rund 17 Prozent der Vollzeitäquivalente in der direkten Pflege als plausibilisiert anerkannt. Dabei wird vermutlich auf das Gutachten von Sießegger aus 2013 Bezug genommen. Dieser Anteil von 17 Prozent wird konstant verwendet, seit nunmehr zehn Jahren, unabhängig der Zusammensetzung der Overhead-Kosten und auch unabhängig von Median und Varianz, die in der Praxis, so das Ergebnis des Gutachtens, insbesondere von Faktoren, wie der Größe und der (peripheren) Lage des Pflegedienstes bestimmt sind.

Das IEGUS-Gutachten stellt ebenfalls eine große Spanne fest. Es betrachtet daher die ermittelten Anteile weitaus differenzierter und legt den Fokus auf die mittleren 50 Prozent der analysierten Pflegedienste, die allesamt über dem regulär anerkannten Overhead-Anteil von 17 Prozent liegen; insgesamt liegen sogar 78 von 105 Pflegediensten über diesem angenommenen regulären Wert:

Overhead-Anteil
<ul style="list-style-type: none"> • Die mittleren 50 Prozent der Dienste liegen zwischen 18 und 26 Prozent Overhead-Anteil • 78 Prozent der Dienste liegen mit ihrem Overhead-Anteil über dem kostenträgerseitig in den Vergütungsverhandlungen kommunizierten Maximalwert von 17 Prozent • Der Overhead-Anteil hängt signifikant mit der Betriebsgröße zusammen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kleinere Pflegedienste zeigen einen deutlich höheren Overhead-Anteil ○ Durch ein Korridormodell, das die Betriebsgröße explizit berücksichtigt, könnten strukturelle Größenvor- und nachteile kompensiert werden • Kostenträgerseitig vorgenommene Verschiebungen von Overhead-Personal in den operativen Bereich wirken sich nachweislich auf den Punktwert bzw. Stundensatz aus <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei Verschiebung bis zur Erreichung von 17 Prozent Overhead-Anteil hängt das Ausmaß der Verringerung der Vergütung allein vom ursprünglichen Overhead-Anteil ab

Quelle: IEGUS: Gutachten Kosten- und Personalstrukturanalyse von ambulanten Diensten der Freien Wohlfahrtspflege in Brandenburg, Bochum, Juni 2023, S. 6

Vorwegnahme der etablierten Genehmigungspraxis

Die Erfahrung zeigt, dass nicht wenige Pflegedienste dazu tendieren, die etablierte Genehmigungspraxis vorwegzunehmen und von Haus aus so kalkulieren, dass der Overhead-Anteil diese Messgröße nicht übergebühlich überschreitet. Wir als Wohlfahrtsverbände gehen daher davon aus, dass die Werte im Gutachten, obwohl sie deutlich höher sind, dennoch nach unten verzerrt sein können und real noch weit mehr über der etablierten Messgröße liegen. Das Gutachten zeigt sehr klar die Faktoren, die den Overhead-Anteil beeinflussen.

Kleine Pflegedienste mit anteilmäßig hohem Overhead

So besteht eine negative Korrelation zwischen Betriebsgröße und Overhead-Anteil. D.h. je kleiner ein Pflegedienst ist, desto höher ist grundsätzlich der Anteil der Overhead-Kosten. Grund dafür ist, dass viele Aufgaben unabhängig von der Betriebsgröße anfallen, wie z.B. Geschäftsführung und Buchhaltung.

Bei kleineren Pflegediensten übernimmt die freigestellte Pflegedienstleistung häufig auch operative pflegerische Aufgaben, wodurch die Zuordnung nicht trennscharf durchgeführt werden kann und beim externen Vergleich Abweichungen besonders häufig sind.

Verwaltung des Fachkräftemangels bei zunehmendem Einsatz von Leasingpersonal

Die Verwaltung des aktuellen Personalmangels in der Pflege bedeutet eine zusätzliche Herausforderung. Häufige Personalwechsel mit erforderlich werdenden Stellenausschreibungen und Vorstellungsgesprächen sowie Ausfälle durch Krankmeldungen bedeuten ein zeitaufwändiges Personalmanagement, nicht zuletzt auch immer wieder den Einsatz von teuren Leasingkräften. Viele Pflegefach- und Hilfskräfte wandern zu Leasingunternehmen ab und arbeiten als Leiharbeitskraft in der Pflegebranche. Sie verdienen dort nicht nur deutlich mehr, sondern sie können sich zusätzlich die Schichten häufig auch aussuchen, was wiederum die fest angestellten Beschäftigten demotiviert, weil sie im Vergleich zu ihren Zeitarbeitskolleg*innen schlechtere Konditionen in Kauf nehmen. Daher werden in der Pflegebranche die Bereiche Personalakquise und Personalbindungsmaßnahmen immer wichtiger. Das sind zusätzliche Aufgaben für die Geschäftsführung. Die Erfahrung zeigt dagegen, dass Maßnahmen zur Personalakquise, zur Personalbindung oder zur Reduzierung von Krankheitstagen von den Kostenträgern regelmäßig nicht anerkannt werden.

Immer mehr gesetzlich vorgeschriebene Beauftragte

Seitdem Sießegger-Gutachten aus 2013 hat die Anzahl der gesetzlich vorgeschriebenen „Beauftragten“ enorm zugenommen, es braucht Beauftragte für den Arbeits- und Gesundheitsschutz, den Brandschutz, das Qualitätsmanagement, für den Datenschutz und bald schon die Meldestelle für Whistleblower, um potentiell unlauteres, diskriminierendes oder gar strafrechtlich relevantes Gebaren im eigenen Betrieb zu eruieren und zu vermeiden. Das kostet personelle Kapazitäten, aber auch Fortbildungen für die Beauftragten in spe und Schulungen zur Sensibilisierung der Mitarbeitenden. Ein weiterer Posten ist die Digitalisierung. Dokumentation und Kommunikation sind unerlässlich und die Form im stetigen Veränderungsprozess. Auch hier sind die Herausforderungen und Wartungsaufwendungen in den vergangenen Jahren stetig gestiegen und damit gleichzeitig der Fortbildungsbedarf beim Personal.

Zertifizierungen im Rahmen der Nachhaltigkeitsziele

Die Ziele der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie im Rahmen der weltweiten Agenda 2030 werden auf politischer Ebene nun sukzessive in Ordnungsrecht umgesetzt. Das hat diesen Sommer die heftige Auseinandersetzung um das Gebäudeenergiegesetz gezeigt. Viele Unternehmen sind lange schon freiwillig zertifiziert, z.B. nach EMAS, oder sind dem Deutschen Nachhaltigkeitskodex beigetreten. Hier besteht in der Pflegebranche großer Nachholbedarf. Früher oder später werden freiwillige Zertifizierungen in verbindliches Ordnungsrecht übersetzt werden. Daher ist es für die Geschäftsführungsebene wichtig, künftige Vorschriften schon heute in die Unternehmensentscheidungen mit einzubeziehen, um später höhere Kosten durch kluge Unternehmensführung vermeiden zu können. Ein diesbezüglicher zeitlicher und personeller Bedarf an internen Beratungen und Auseinandersetzungen bzgl. der Umsetzung von Ressourcen schonenden, Energie sparenden Maßnahmen, etc. ist in Form von Kosten trotz der Offensichtlichkeit durch die politischen Debatten und entsprechender Gesetzgebungsprozesse für Kostenträger bis dato nicht anerkannt.

Entwicklung von neuen Konzepten unterstützen

Viele Pflegedienste kämpfen ums Überleben. Ein Ergebnis jahrelang unzureichender Refinanzierung. Kompensationszahlungen aufgrund monatelang verschleppter Abschlüsse von Vergütungsvereinbarungen werden oft in nicht ausreichender Höhe angenommen, um Liquiditätsengpässe und Kreditaufnahmen zu vermeiden. Ein weiterer, nicht seltener Grund ist, dass durch eine auskömmliche Kompensation die Eigenanteile so stark steigen würden, dass PatientInnen in Folge Leistungen kürzen könnten. Letztlich zwingt es Pflegedienste dazu, neue wirt-

schaftlich tragfähige Konzepte zu entwickeln und zu etablieren. Das wiederum benötigt weitere personelle Kapazitäten im Overhead, allerdings mit der Aussicht, in Zukunft Kosten einsparen zu können.

4.3 Zu den Sachkosten

Differenzierter zu sehen sind die Sachkosten, weil deren Anerkennung je nach Art der Kosten variiert. Festzustellen ist insgesamt, dass die überwiegende Anzahl der Pflegedienste bei den Kostengruppen „Büromiete, Pacht & Leasing“ sowie „Steuern, Abgaben & Versicherung“ die Maximalwerte, die seitens der Kostenträger vorgegeben werden, einhalten können. Diese Kostengruppen können zusammen betrachtet werden. Denn Pflegedienste mit hohen Abschreibungskosten haben geringere Miet-, Pacht- und Leasingkosten und umgekehrt.

Bei den weiteren Kostengruppen gibt es teilweise sehr starke Abweichungen nach oben. 39 Prozent der Pflegedienste liegen bei den nicht-investiven Sachkosten über den Maximalwerten der Kostenträger und in der Regel finden sich für diese Abweichungen handfeste Gründe. So sind strukturelle Unterschiede und uneinheitliche Zuordnungen in der Regel dafür verantwortlich, dass Sachkosten nicht in angemessener Höhe refinanziert werden können.

Insgesamt sieht IEGUS einen deutlich breiteren Korridor als erforderlich an. Bei den mittleren 50 Prozent der analysierten Pflegedienste reicht die Spannbreite der nicht-investiven Sachkosten von 4.000 Euro bis 5.900 Euro je Vollzeitkraft (VK).

Sachkosten
<ul style="list-style-type: none"> • Die mittleren 50 Prozent der Dienste liegen: <ul style="list-style-type: none"> ○ bei den Gesamtsachkosten zwischen 5.900 und 8.500 Euro je VK ○ bei den nicht-investiven Sachkosten im Sinne des SGB XI zwischen 4.000 und 5.900 Euro je VK • Alle betrachteten Dienste überschreiten in mindestens einer der Sachkostenpositionen den kostenträgerseitig kommunizierten Maximalwert • Eine zusammengefasste Betrachtung des Sachkostenblocks vermeidet strukturelle Benachteiligungen bspw. aufgrund von Mietlastigkeit <ul style="list-style-type: none"> ○ Eine kleinteilige Bewertung je Kostenposition birgt die Gefahr, wirtschaftlich agierende Dienste nicht angemessen zu finanzieren, da die Kompensation höherer Aufwendungen in einem Bereich durch niedrigere Aufwendungen in anderen Bereichen nicht berücksichtigt wird ○ Insbesondere bei den Kostenpositionen Büromiete, Pacht & Leasing sowie Abschreibungen scheint eine separate Bewertung nicht sinnvoll: In den Daten zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang • Die Sachkosten steigen nicht proportional zur Betriebsgröße an <ul style="list-style-type: none"> ○ Die aggregierten Sachkosten tendieren mit abnehmender Betriebsgröße nicht gegen Null ○ Kleinere Dienste zeigen entsprechend tendenziell erhöhte Sachkosten je VK ○ In den Einzelpositionen zeigen sich insbesondere bei den Aufwendungen für Büromiete, Pacht & Leasing, aber auch bei Verwaltungsbedarf und Abschreibungen größenunabhängige Sockelkosten ○ Dieser Effekt der Fixkostendegression ließe sich durch ein Sachkostenmodell mit größenabhängigen Grenzwerten ausgleichen • Im kleinstädtischen und dörflichen Raum zeigen sich erhöhte Kfz-Kosten

Quelle: IEGUS: Gutachten Kosten- und Personalstrukturanalyse von ambulanten Diensten der Freien Wohlfahrtspflege in Brandenburg, Bochum, Juni 2023, S. 6

Ein Merkmal für die Abweichung bei den Overhead-Anteilen gilt auch für den Bereich der Sachkosten. Ein Teil der Sachkosten variiert deutlich von der Betriebsgröße. Das gilt insbesondere für „zentrale Dienste (Sachkosten), Verwaltungsbedarf und Wirtschaftsbedarf“. Hier überschreiten knapp 80 Prozent der Pflegedienste den Maximalwert des Kostenträgers. Eigentlich ist diese Kostengruppe selbsterklärend. Denn je höher der Overhead-Anteil, desto mehr Arbeitsplatzausstattung ist erforderlich. Also gilt hier, was für den Overhead-Anteil bereits ausgesagt wurde, je kleiner der Pflegedienst, umso höher ist tendenziell der Anteil dieser Kostengruppe und somit ist insgesamt der Sachkostenanteil je VK höher als im Durchschnitt aller Pflegedienste.

Bei den Kfz-Kosten hängt die Höhe in der Praxis insbesondere vom Standort des Pflegedienstes ab. Während in städtischen Gebieten die Wege kurz sind und daher eine deutliche Mehrheit der Pflegedienste im Pandemiejahr 2020 unter dem Maximalwert der Kostenträger geblieben ist, waren es kleinstädtischen und dörflichen Raum nur etwas weniger als die Hälfte. Je peripherer das Einsatzgebiet, umso länger die Strecken, umso höher die Kfz-Kosten. Die Begründung liegt nicht nur auf der Hand, sondern ist gesetzlich verankert: „[...] Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, [...] zu berücksichtigen“ (§ 89 Abs. 3 SGB XI). Die Erfahrungen bei der Refinanzierung von Kfz-Kosten in Brandenburg lässt eine Berücksichtigung solcher Realitäten leider nicht wirklich erkennen.

Von den Sachkosten im medizinisch-pflegerischen Bedarf können 47 Prozent der Pflegedienste zwar den Maximalwert des Kostenträgers in Höhe von 185 Euro einhalten, einige liegen darunter. Allerdings zeigt die finanzielle Situation der Pflegedienste in Brandenburg sehr deutlich, dass diese sich in „vorausschauender Gehorsamkeit“ den aus vorangegangenen Vergütungsverhandlungen erzielten Werten angepasst haben, um zügiger zu einem Abschluss zu kommen und die anderenfalls nicht selten notwendig werdenden Kompensationszahlungen zu vermeiden, die wiederum Folgewirkungen erzeugen, indem eigentlich erforderliche Bedarfe aus Kostengründen abbestellt werden.

Weitere Sachkosten, wie Wirtschaftsbedarf, die Kostengruppe Wasser, Energie & Brennstoff sowie Steuern, Abgaben & Versicherungen sind in der Regel eher unstrittig. Leider wird es nicht ermöglicht, dass höhere Sachkostenanteile in den einen Bereichen durch geringere in anderen Bereichen ausgeglichen werden können. Dabei sollte auf Seiten des Kostenträgers eine wirtschaftliche Betriebsführung für den Pflegedienst Anreiz sein, so weiterzumachen. Werden aber Maximalwertüberschreitungen in anderen Kostengruppen nicht refinanziert, obwohl Einsparungen in anderen Bereichen erzielt wurden, ohne dass ein Ausgleich erfolgt ist, rutscht das Betriebsergebnis in die roten Zahlen.

Dazu kommt, dass die Datengrundlage sich ab 2022 enorm verändert hat, nicht nur bei den Personalkosten. Die Verbraucherpreise waren lange Zeit ziemlich stabil, sie stiegen ab Februar 2022 sprunghaft an. In der Prospektion auf die Jahre 2021 und 2022 war diese Kostenexplosion nicht abzusehen. Aktuelle Unterfinanzierungen gefährden den Sicherstellungsauftrag heute und in Zukunft.

5 Einordnung des Gutachtens durch renommierte Expert*innen

Im Rahmen einer Präsentation der ersten Erkenntnisse des Gutachtens im Mai 2023 kamen renommierte Expert*innen zu Wort, die sich seit vielen Jahren mit der Finanzierung der Pflege beschäftigen. Dipl.-Kaufmann Thomas Sießegger, langjähriger Organisationsberater und Sachverständiger für ambulante Pflegedienste, nahm aus ökonomischer und systematischer Sicht zu dem Gutachten Stellung. Dr. Markus Plantholz, ein in der Pflegebranche bundesweit anerkannter Rechtsanwalt, widmete sich den sozialrechtlichen Aspekten des Gutachtens. Prof. Dr. Martina Hasseler, Pflege- und Rehabilitationswissenschaftlerin, setzte sich mit den fachpolitischen und pflegewissenschaftlichen Konsequenzen des Gutachtens auseinander. Allen gemeinsam war die Anerkennung für den Vorstoß der Verbände, mit dem Gutachten eine neue, belastbare Datengrundlage zur Kostenentwicklung in der ambulanten Pflege zu schaffen.

Thomas Sießegger, branchenweit bekannter und hocherfahrener Unternehmensberater, verfasste bereits 2013 ein vielbeachtetes, auf quantitativen Parametern beruhendes Gutachten zur wirtschaftlichen Situation ambulanter Pflegedienste. Fokus seinerzeit war die Frage der Auswirkungen eines Wahlrechtes der Kund*innen zwischen Leistungsplanung und -abrechnung auf zeitbezogener oder Leistungskomplex-Basis. Dafür waren umfassend die Leistungs- und Kostenparameter der Pflegedienste zu analysieren und es gelangen viele wichtige, auch über die Kernfrage hinausgehende Ableitungen. So war es naheliegend, die Methoden und Erkenntnisse der Gutachten – trotz der unterschiedlichen Zielstellungen - einmal gegenüberzustellen.

Er schildert zunächst die massiv verschlechterten Rahmenbedingungen für den Betrieb von Pflegediensten („Hunderte von Pflegediensten stehen vor dem Aus“): drastische und nicht hinreichend refinanzierte Kostensteigerungen, Personalknappheit, viel höherer Krankenstand in den Pflgeteams, aus persönlichen Budgetgründen zurückgehende Leistungsanspruchnahme durch die Kund*innen und die Notwendigkeit der Durchführung von individuellen Vergütungssatzverhandlungen, auf die die Pflegedienst-Verantwortlichen oft nicht vorbereitet sind. Vor diesem Hintergrund betonte auch er die unbedingte Notwendigkeit, das Verhandlungsgeschehen durch ‚Leitplanken‘ zu vereinfachen. Er sieht ebenso wie das IEGUS-Institut alternative Berechnungswege zur Herleitung der Vergütungssätze als vorzüglich an („Stunden als Bezugsgröße der Berechnung geeigneter als Vollzeitstellen“), und bestätigt weitere wichtige Erkenntnisse des Gutachtens im Vergleich zu seinen eigenen Analysen („Höherer Overhead-Anteil bei kleineren Diensten“). Er regt an, als Verteilungsschlüssel zwischen den Bereichen SGB XI, V und ‚sonstige‘ eher die Zahl der Hausbesuche zu verwenden und den Sachkostenblock aggregierter zu betrachten. Letzteres wiederum deckt sich indirekt mit den Aussagen des IEGUS-Instituts: zwar wurden dort die Sachkostenarten sehr detailliert analysiert – dies aber auch mit dem Zweck, Vereinfachungen herleiten zu können. Mit Blick auf die in der Branche weit verbreiteten „Sießegger“-Orientierungswerte stellte er die Schwankungsbreiten und nicht eindeutigen Zusammenhänge zur Wirtschaftlichkeit von Pflegediensten heraus. Die Ableitungen von IEGUS seien insgesamt für die Gestaltung der Verhandlungsgrundlagen („Kalkulationsschemen“) auch bundesweit geeignet, wenngleich die absoluten Kostenhöhen natürlich von den regionalen Gegebenheiten abhängig seien.

Dr. Markus Plantholz, Fachanwalt für Medizin- und Sozialrecht, seit vielen Jahren als bundesweit hoch anerkannter Gutachter und Bevollmächtigter in ordnungs- und leistungsrechtlichen Verfahren aktiv, beleuchtete Aspekte der geeigneten Herangehensweise zur Quantifizierung des so genannten externen Vergleichs – also der Frage, wann Pflegedienste ‚leistungsgerecht‘ und ‚wirtschaftlich‘ agieren. Es ist zentrales Anliegen des IEGUS-Gutachtens, entsprechende Orientierungswerte abzuleiten.

Er erläutert den rechtlichen Rahmen: seit den BSG-Urteilen vom 17.12.2009 (SGB XI) und 23.6.2016 (SGB V) ist die zweistufige Prüfung von Plausibilität und Wirtschaftlichkeit auch für die ambulante pflegerische Versorgung definiert. Hinsichtlich der wirtschaftlichen Angemessenheit heißt es: „Maßgebend hierfür sind die Kostenansätze vergleichbarer Leistungen bei anderen Pflegediensten (externer Vergleich).“ Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit fände entsprechend nur auf der Grundlage der plausibilisierten Gestehungskosten statt – der Abschluss der ersten Stufe sei Voraussetzung für die Prüfung der zweiten Stufe. Die Personalkosten seien kaum mehr das Thema des zweiten Prüfungsschrittes – schließlich seien diese bei Anwendung von Tarifen, kircharbeitsrechtlichen Regelungen oder Tarif-Orientierung anzuerkennen. Sehr maßgeblich sei sehr wohl aber der geeignete Vergleich insbesondere der produktiven Einsatz- und Wegezeit, der Personalmengen im indirekten Pflegebetrieb (was insbesondere den ‚Overhead‘, also das nicht direkt bei den Kund*innen / Patient*innen agierende Personal meint) und der Sachkosten. Wichtig und sozialrechtlich gesichert dabei: der Vergleich darf nicht auf der Basis von Verhandlungsergebnissen erfolgen, sondern muss zum Ziel haben, die tatsächlichen Leistungs- und Kostendaten zu zeigen. Zuletzt hat das BSG nochmals ausgeführt, dass für den externen Vergleich maßgebend „die Kostenansätze vergleichbarer Leistungen in anderen Einrichtungen“ (nicht die nach einer Kappung durch Vergleich reduzierten Kosten) maßgeblich sind (BSG, Urt. v. 19.4.2023 – B 3 P 6/22 R, Rn. 13). Alles andere würde den externen Vergleich auch zu einem Perpetuum Mobile werden lassen, der kein realitätsgerechtes Bild der tatsächlichen Gestehungskosten der Einrichtungen insgesamt mehr erzeugt.

Vor diesem Hintergrund begrüßt es Dr. Plantholz sehr, dass mit der IEGUS-Analyse endlich ein aktuelles Gutachten auf Basis der Daten von über 100 Pflegediensten vorliegt, das die Ableitung entsprechender Orientierungswerte aus den IST-Datenbeständen heraus ermöglicht.

Prof. Dr. Martina Hasseler, eine der führenden Pflegewissenschaftlerinnen in Deutschland, u.a. an der Fakultät Gesundheitswesen der Ostfalia tätig, zog den Bogen weiter und verknüpfte die Situationsbeschreibung zu den Refinanzierungsbedingungen der ambulanten Pflege von IEGUS mit ihrem aktuellen Bild der Pflegelandschaft. Für alle Zuhörer*innen war unschwer wahrzunehmen: sie ist so gar nicht zufrieden. Die aus dem aktuellen leistungsrechtlichen Erscheinungsbild der Pflegeversicherung folgende Systematik der limitierten Leistungen führe zu einer Reduktion auf ‚Verrichtungen‘, die, wie der Spiegelung im Gutachten zu entnehmen sei, auch noch kleinteiligst eingegrenzt vergütet würden. Pflegefachlichkeit sieht sie nicht nur nicht finanziert, sondern gar nicht im Fokus der bestehenden Regularien. Sie weist darauf hin, dass „die Pflegekassen im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten“ haben (Sicherstellungsauftrag). Dieser Anspruch zeigt sich aktuell als nicht gewährleistet. Problem sei die Orientierung am Pflegebedürftigkeitsbegriff – „weil dann nur Verrichtungsorientierung der Module als Berechnung zugrunde gelegt wird“ – wichtig wäre der Fokus auf ‚Pflegehandeln‘ bzw. „bedarfsgemessene Pflege“: „die pflegefachlichen Leistungen müssten auch finanziert werden.“ Zusätzlich zugespitzt zeige sich die Fehlausrichtung anhand der aktuellen Anerkennungspraxis hinsichtlich Qualifizierungs- und Führungsaufwendungen im Verhandlungsgeschehen:

- „durchschnittlich nur 1,8 Fortbildungstage des Personals finanziert - wie sollen Dienste die Qualifizierungsvorgaben erfüllen?“
- „Fixe (gedeckelte) Anteilsberechnung von Vollzeitstellen im Management-Bereich – wie soll unter diesen Umständen fachspezifisch gestaltet werden können“ (auch gemeint: Sicherung eines pflegewissenschaftlich gesicherten Skill-Mixes).

Ihre Gesamteinschätzung, die sie noch an vielen weiteren ‚Brüchen‘ zwischen ursprünglichen Motiven der Pflegeversicherung auf der einen Seite und den konkreten gesetzlichen und rahmenvertraglichen Formulierungen sowie den Refinanzierungsbedingungen auf der anderen Seite festmacht: qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung ist momentan kein Maßstab bei der Berechnung der Kosten. So hofft sie, dass die IEGUS-Analyse auch deutlich macht, dass es zumindest mittelfristig zu einem Umdenken und einer neuen Anreizsetzung in der Vergütungssystematik kommen muss. Wichtiger (expliziter) Bestandteil müsse dann die Finanzierung von verantwortlicher, aktiv gestaltender Fachlichkeit und bedarfsgerecht geplanten pflegefachlichen Versorgung sein.

6 Zusammenfassung

Wie das Ergebnis zeigt, wirken sich vielfältige örtliche, regionale wie unternehmerische Gegebenheiten und Besonderheiten auf die Kosten der Pflege aus. Aus Sicht eines Leistungserbringers sind diese Merkmale in der Regel feste Konstanten, erst im überregionalen Vergleich kann sich herausstellen, dass Rahmenbedingungen vorhanden sind, die vom Durchschnitt abweichen und daher bei den Vergütungsverhandlungen eine Rolle spielen und differenziert zu betrachten und zu berücksichtigen sind. Dieses Gutachten trägt zur Transparenz und damit zur Vergleichbarkeit und es offenbart die verantwortlichen Muster einer eklatanten Unterfinanzierung.

Diese Stellungnahme wurde von der LIGA BB beschlossen, nachdem bereits erste Erfahrungen mit der Anwendung der Erkenntnisse aus dem Gutachten vorgelegen sind. Die Vergütungsverhandlungen für das Jahr 2024 haben gezeigt, dass die Erkenntnisse aus dem Gutachten auf Seiten der Kostenträger weitestgehend bis vollständig ignoriert wurden.

Die aktuelle Lage auf dem Markt der ambulanten Pflegedienste müsste die Kostenträger in Alarmbereitschaft versetzen. Schließlich sind diese in Anbetracht des noch steigenden Pflegebedarfs und des gesetzlichen Sicherstellungsauftrags dringend auskömmlich zu refinanzieren, damit sie jetzt und in Zukunft ihre Aufgaben erfüllen können.

Die LIGA BB appelliert an die Kostenträger, die Realität anzuerkennen und statt einheitlicher Maximalwerte Korridore zu entwickeln, die sowohl der Unternehmensgröße als auch den örtlichen und regionalen Disparitäten Rechnung tragen.

Kontakt

Juliane Poerschke
Vorsitzende des Fachausschuss Altenhilfe und Pflege
juliane.poerschke@awo-potsdam.de