

Bayernletter Juli 2021 | Ausgabe 177

Altenhilfe | Aus der Praxis für die Praxis

I. Umsetzung Pflegereform - Heimkostenabrechnung

Praktische Umsetzung des § 43c SGB XI Stationäre Leistungsabrechnung ab dem 01.01.2022

Zum Stichtag 01. Januar 2022 tritt der neu § 43c SGB XI als Bestandteil des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) in Kraft, der in der praktischen Umsetzung massiven Einfluss auf die stationäre Leistungsabrechnung nehmen wird. Inhaltlich wird in Abhängigkeit der stationären Aufenthaltsdauer die pflegebedingten Eigenanteile für die Bewohner durch prozentuale Zuschläge reduziert, die als Ausgleich für den Leistungserbringer von den Pflegekassen zu tragen sind. Nachfolgend erhalten Sie hierzu von uns entsprechende Hinweise, die Sie bei der praktischen Umsetzung berücksichtigen sollten.

1. Software-Anpassung

Hier sind nun alle Software-Anbieter der Leistungserbringer gefordert, eine entsprechende Lösung rechtzeitig vor dem 01.01.2022 zur Verfügung zu stellen. Achten Sie also besonders auf die Inhalte der branchenüblichen Newsletter und Release-Notes Ankündigungen der Hersteller. Spätestens im vierten Quartal 2021 sollten Programm-Updates zur Umsetzung des § 43c SGB XI vorliegen, vor allem auch dann, sofern Sie den Leistungszeitraum Januar 2022 im Voraus abrechnen. Kontaktieren Sie bei Bedarf den Software-Lieferanten direkt zum Thema. Erstrebenswert wäre eine höchstmöglich automatisierte Lösung über die Leistungsabrechnungs-Software mit möglichst wenig manuellen Eingriffen.

2. Mitteilung der Pflegekassen zum 01.01.2022

Die Pflegekassen sind nun durch den § 43c SGB XI angehalten, die Leistungserbringer über den zutreffenden Leistungszuschlag der Bewohner zu informieren. Dazu lautet die Formulierung im 43c, letzter Satz, wie folgt:

„Die Pflegekasse übermittelt für jeden Pflegebedürftigen beim Einzug in die Pflegeeinrichtung sowie zum 1. Januar 2022 für alle vollstationär versorgten Pflegebedürftigen die bisherige Dauer des Bezugs von Leistungen nach § 43.“



Diese Mitteilungen der Kassen müssen inhaltlich daraufhin geprüft werden, ob sie auch mit den vorliegenden stationären Leistungsdaten übereinstimmen und bei Bedarf bei den Kassen zu reklamieren, sofern falsche Daten übermittelt wurden.

3. Sonderfälle

Bei den nachfolgenden Fällen muss eine besonders genaue Prüfung erfolgen:

- Unterbrechung des stationären Aufenthaltes in einer Pflegeeinrichtung durch zwischenzeitlichen Umzug nach Hause
- Heimumzug von Heim A nach Heim B innerhalb eines Monats
- Ein Bewohner zieht im Laufe 2022 in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung ein, dazu liegt der Eintritt in einem Teil-Monat
- Durch den Eintritt oder Austritt in einem Teil-Monat wird die Pflegesachleistung nur durch Anrechnung von Unterkunft und Verpflegung ausgeschöpft
- Heim-Umzug eines Bewohners zum bzw. ab dem 01.01.2022
- Beihilfe-Fälle
- Sozialhilfe-Fälle könnten wieder zum Selbstzahler werden

Nach dem jetzigen Wissensstand werden auch die Teilmonate bei der Ermittlung der Monate für den Leistungszuschlag als voller Monat berücksichtigt.

Bei einem Heim-Umzug ist besonders darauf zu achten, dass bei den Software-Anpassungen ihres Software-Lieferanten eine Daten-Information speziell für den § 43c SGB XI zur Verfügung gestellt wird, aus der hervorgeht, wie viele Monate der Bewohner schon zuvor in einer anderen Einrichtung stationär versorgt wurde. Diese Daten müssen dann bei der Monats-Berechnung des Leistungszuschlags berücksichtigt werden. Fragen Sie ihren Software-Hersteller gezielt nach diesen genannten Fall-Konstellationen und der dazu angebotenen programmtechnischen Lösung.

4. Finanzbuchhaltung

Für die Leistungserbringer stellt der § 43c SGB XI in der Umsetzung ergebnistechnisch ein „Nullsummenspiel“ dar, d.h. der nach Möglichkeit über die Software automatisch ermittelte Leistungszuschlag wird einerseits an die Pflegekassen zusätzlich berechnet, andererseits entlastet er in gleicher Höhe den Bewohner bzw. den zutreffenden Kostenträger des Heimgeldes außerhalb der Pflegesachleistung. Diese Darstellung ist in etwa zu vergleichen mit der leistungsrechtlichen Darstellung des Besitzstandsschutzes nach § 141 SGB XI.

Da der Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI letztlich auch über die Finanzbuchhaltung abgebildet werden muss, empfiehlt es sich, sofern ihre Software dies ermöglichen kann, hier für

ein eigenes Fibu-Konto einzurichten, welches nur die Aufgabe eines Verrechnungskontos hat. Dennoch ist es besser, die Abbildung der Berechnungs-/Verrechnungs-Vorgänge auf einem gesonderten Konto abzubilden, da dieses Konto bezogen auf eine vollständig fakturierte Leistungsperiode den Saldo von „0“ ergeben sollte.

II. Umsetzung GKV Festlegungen Pflegehilfskräfte § 84 Abs. 9 SGB XI

Die Landespflegesatzkommission hat sich in ihrer 93. Sitzung am 22.06.2021 mit einer möglichst bürokratiearmen Umsetzungsregelungen der GKV-Festlegungen befasst und folgendes beschlossen:

1.) Antragsverfahren für den Vergütungszuschlag nach § 84 Abs. 9 SGB XI

- Die Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Abs. 9 SGB XI soll im Rahmen des Pflegesatzverfahrens nach § 85 SGB XI erfolgen.
- Davon unbeschadet kann bei Aufforderung einer Vertragspartei der Vergütungszuschlag nach § 84 Abs. 9 SGB XI auch losgelöst von der laufenden Pflegesatzvereinbarung wie folgt vereinbart werden.
 - **Fall I: Bisher noch keine Hilfskraft-Stellen**
 - Beantragung jederzeit prospektiv möglich
 - Keine Einhaltung der „6-Wochen-Frist“ bei Einreichung erforderlich
 - Ergänzungsvereinbarung gemäß Übergangsverfahren des LPSK-Beschlusses vom 08.12.2020
 - **Fall II Aufstockung / Absenkung / Wegfall der Hilfskraft-Stellen**

Änderungen innerhalb der Laufzeit der Vergütungsvereinbarung werden immer erst in der Folgevereinbarung berücksichtigt:

 - Meldung erfolgt zum Zeitpunkt des regulären Pflegesatzantrages.
 - Nachberechnungen erfolgen retrospektiv mit prospektiver Berücksichtigung.
 - Sofern es zu keiner neuen Vereinbarung kommt, gleicht der Träger Überzahlungen gegenüber den Kostenträgern aus.
 - Erstattungen bei vollständigem unterjährigem Wegfall erfolgen über eine Verrechnung mit dem Vergütungszuschlag nach § 43b SGB XI.
 - In der Geschäftsgrundlage werden die Änderungen vorgenommen (Formular zur Aufstockung (7a), Anlage 7a Zuschlag § 84 Abs. 9 SGB XI, Anlage 7 Zuschlag § 43b SGB XI)



2.) Umsetzungsregelungen zur Festlegung des Vergütungszuschlages nach § 84 Abs. 9 SGB XI

Für den Vergütungszuschlag nach § 84 Abs. 9 SGB XI können folgende Kosten für Pflegehilfskraftstellen angesetzt werden:

Fortbildung und Personalnebenkosten

Die Personalnebenkosten und Fortbildungskosten (lt. LPSK-Beschluss vom 14.09.2016 (65. Sitzung) in Höhe von 270 EUR / Vollzeitkraft / Jahr, max. 400 EUR / Vollzeitkraft / Jahr) werden prospektiv berücksichtigt und verhandelt.

Preisverhandlungen / Pauschalverhandlungen

- Die Pflegehilfskraftstellen nach § 84 Abs. 9 SGB XI werden bei Preisverhandlungen / Pauschalverhandlungen pauschal anhand ihrer Durchschnittskosten analog dem Verfahren zum Vergütungszuschlag nach § 43b SGB XI vereinbart. § 85 Abs. 3 SGB XI bleibt davon unberührt. Es wird dadurch kein Automatismus mit Antragsstellung hergeleitet.

Ist-Kosten-Verhandlungen

- Die Pflegehilfskraftstellen nach § 84 Abs. 9 SGB XI werden gesondert ermittelt und berücksichtigt. Bei Vorlage der Anlage 3 der Geschäftsgrundlage werden Pflegehilfskraftstellen nach § 84 Abs. 9 SGB XI und Pflegehilfskräfte getrennt vereinbart.

Die zusätzlichen Stellenanteile sind nachweisbar abgegrenzt vom Mindestpersonal gemäß Pflegesatzvereinbarung oder von anderweitigen Personalmengen zu führen. Die vereinbarten Stellen werden für die Laufzeit der Vereinbarung vorgehalten - **Eine Anpassung der Stellen an die Belegung mit einem Personalschlüssel ist nicht erforderlich.**

3.) Nachweisverfahren zum Vergütungszuschlag nach Ziffer 6 Abs. 4 der GKV-Festlegungen

Das Nachweisverfahren nach Ziffer 6 Abs. 4 der GKV-Festlegungen ist dem § 84 Abs. 7 SGB XI nachgebildet und gilt nur wenn a) Tarifpflicht besteht oder b) bis zur Höhe von Tariflöhnen ohne Tarifpflicht verhandelt wird. Hierzu wurden bereits Vorschläge zum Tarifnachweis in der PSG II-AG erarbeitet. § 85 Abs. 3 SGB XI bleibt davon unberührt. Es wird dadurch kein Automatismus mit Antragsstellung hergeleitet. Der Nachweis über die Tarifbindung kann entsprechend der Anlage (Nachweis PSG II-AG) dargestellt werden.

III. Umgang mit Corona-Mehrkosten ab 01.10.2021

Wie sicher bekannt, endet der Rettungsschirm für Pflegeeinrichtungen am 30.09.2021. Es ist nicht damit zu rechnen, dass dieser nochmals verlängert wird. Dennoch wird es auch nach dem 30.09.2021 weiterhin Corona-Mehrkosten geben, die bisher nicht im Pflegesatz berücksichtigt sind.

Eine Arbeitsgruppe sollte für die 94. Sitzung der Landespflegesatzkommission im Juli 2021 Lösungen für die ggf. pflegesatztechnische Umsetzung Corona-bedingter Mehraufwendungen für den Zeitraum ab 01.10.2021 entwerfen.

Die Kostenträger lehnten jedoch eine allgemeine Regelung hierzu ab.

Insbesondere folgende Aufwendungen sind bisher über Pflegesatz nicht refinanziert:

- FFP2 Masken für Mitarbeiter/innen und Handschuhe
- Händedesinfektion und Flächendesinfektion (inkl. vorgetränkte Desinfektionstücher)
- Overalls und Einwegschrutkittel (Kategorie III, früher niedrigere Kategorie)
- Kosten für Mietschutzkittel mit Infektionssäcke und Kleiderstangen (zum ein- und ausschleusen)
- Schutzbrillen und Schutzvisiere

Fazit:

Demnach müssen nun alle Corona-bedingten Mehraufwendung künftig in den Pflegesatzanträgen berücksichtigt werden.

Empfehlung

a) Aktuelle Neubeantragungen der Pflegesatzanträge

Für Pflegesätze, die aktuell neu beantragt werden, sollten die Corona-bedingten Mehraufwendung in den Pflegesatzanträgen ab 01.10.2021 bereits berücksichtigt werden.

b) Laufende Vergütungsvereinbarungen

Für Vergütungsvereinbarungen, die über den 01.10.2021 hinaus abgeschlossen wurden, kommt eine Sonderkündigungsrecht der Pflegesätze in Frage.

- Hierzu müssten die heimrechtlichen Vorschriften, mit der Ankündigung der Erhöhung bis Anfang September berücksichtigt werden.
- Anträge mit einem Sonderkündigungsrecht der Pflegesätze könnten dann ab sofort mit einer Laufzeit ab 01.10.2021 gestellt werden.



- Mit dem Sonderkündigungsrecht werden die corona-bedingten Mehrkosten und Mindereinnahmen vereinbart. Eine Nachverhandlung der Personal- und Sachkosten, die nicht von Corona betroffen sind, erfolgt nicht.
- Das Laufzeitende durch das Sonderkündigungsrecht entspricht dem Laufzeitende der bisherigen Vereinbarung.

IV. Änderung der Testverordnung

Seit dem 01.07.2021 gilt eine Neue Corona Testverordnung (siehe Anlage).

Die neue TestV bringt auch für Pflegeeinrichtungen einige Änderungen. Die Neufassung der Verordnung gilt zunächst vom 01.07.2021 bis 31.12.2021.

Wichtige Änderungen für Pflegeeinrichtungen

- Der Anspruch auf Testung mittels Antigen-Tests wird um die Testung mittels überwachter Selbsttests zur Eigenanwendung ergänzt.
- Asymptomatische Personen haben Anspruch auf Testung, wenn sie in den in § 4 aufgeführten Einrichtungen behandelt, betreut, gepflegt oder untergebracht sind.
- Die Vergütungsmöglichkeiten werden vereinheitlicht und in der Höhe angepasst.
- Der Anspruch auf Vergütung von PoC-Antigen-Tests oder überwachter Antigen-Tests zur Eigenanwendung beschränkt sich auf Antigen-Tests, die die durch das Paul-Ehrlich-Institut in Abstimmung mit dem Robert Koch-Institut festgelegten Mindestkriterien für Antigen-Tests erfüllen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht auf seiner Internetseite unter www.bfarm.de/antigentests fortschreibend eine Marktübersicht dieser Tests.

Neue Erstattungsbeträge ab 01.07.2021

Erstattungen ab 01.07.2021	PoC-Antigentests (durch Dritte durchgeführt)	Selbsttests (Durchführung wird überwacht)	Selbsttests (von den Beschäftigten ohne Aufsicht durchgeführt)
Sachkosten	3,50 Euro	3,50 Euro	3,50 Euro
Durchführungskosten	8,00 Euro	5,00 Euro	Keine Erstattung



- Für PoC-Antigentests sowie für Antigen-Tests zur Eigenanwendung wird künftig eine Pauschale von 3,50 Euro je Test gezahlt.
- Die Pauschale für die Durchführungskosten der Tests in Eingliederungshilfeeinrichtungen wird um einen Euro gesenkt auf 8 Euro je PoC-Antigentest.
- Für überwachte Antigen-Tests zur Eigenanwendung beträgt die Pauschale 5 Euro je Test.
- Selbsttests, die von den Beschäftigten ohne Aufsicht durchgeführt werden, sind im Hinblick auf die Durchführungskosten nicht erstattungsfähig.

V. Empfehlungen Verrechnung von Praxisanleitungsleistungen zwischen Kooperationspartnern nach dem Pflegeberufegesetz (PfIBG)

Mit der beiliegenden Empfehlung (Anlage 2) möchten die Leistungserbringerverbände in Bayern eine Orientierungshilfe bieten, wenn sich Kooperationspartner für einen finanziellen Ausgleich erbrachter Praxisanleitungsleistungen entscheiden (Verrechnung).

Sie soll Kooperationen stärken, eine angemessene Vergütung bayernweit unterstützen und Erleichterung in der praktischen Umsetzung des PfIBG bringen, damit sich alle Beteiligten auf das Wesentliche – eine qualitativ hochwertige Pflegeausbildung – konzentrieren können.

Es ist nicht Ziel dieser Empfehlung, bereits bestehende Vereinbarungen zwischen Kooperationspartnern als unpassend oder gar nichtig zu erklären.

Abgeleitet aus durchschnittlichen Parametern der tariflichen Vergütung und des für die Praxisanleitung erforderlichen Zeitaufwands von mind. 83 Stunden/Jahr (= 10 Prozent der während eines Einsatzes zu leistenden praktischen Ausbildungszeit) zuzüglich Vor- und Nachbereitung, empfehlen die Leistungserbringerverbände eine Vergütung in Höhe von **45,00 - 55,00 € pro erbrachter Stunde Praxisanleitung**.

Die Leistungserbringerverbände in Bayern möchten mit dem genannten Korridor einen Rahmen aufzeigen, den sie für angemessen erachten.

Haben Sie Fragen? Dann wenden Sie sich bitte an Herrn Hubert Braun per E-Mail unter [Hubert.Braun\(at\)schwan-partner.de](mailto:Hubert.Braun(at)schwan-partner.de) oder rufen Sie an unter 089 665191-0.