



BAYERNLETTER September 2023 Ausgabe 197

Altenhilfe | Ausgabe September

I. Reduzierung der Berechnungstage in der vollstationären Pflege

Ursprünglich wurde von der Landespflegesatzkommission beschlossen, die Berechnungstage mit den Pflegesatzanträgen ab 01.01.2024 von 355 Tage auf 351 Tage zu senken.

Kurzfristig wurde eine vorzeitige Anwendung mit den Anträgen ab dem 01.11.2023 beschlossen.

Anteilig sind ab 01.11.2023 351,67 Tage und ab 01.12.2023 351,33 Tage anzusetzen.

Ab 01.01.2024 sind 351 Berechnungstage zu beantragen.

II. Mindestlohn in der Pflege

Die Pflegekommission hat sich einstimmig für höhere Mindestlöhne für Beschäftigte in der Altenpflege ausgesprochen. Wie schon bei den letzten Beschlüssen dieser und früherer Pflegekommissionen sind die Mindestlöhne nach Qualifikationsstufe gestaffelt. Sie gelten einheitlich im gesamten Bundesgebiet.

- Für Beschäftigte in der Altenpflege empfiehlt die Pflegekommission weiterhin einen Anspruch auf zusätzlichen bezahlten Urlaub über den gesetzlichen Urlaubsanspruch hinaus in Höhe von jeweils neun Tagen pro Kalenderjahr (bei einer 5-Tage-Woche).
- Die Pflegekommission hat sich bei ihrer Empfehlung für eine Laufzeit bis 30. Juni 2026 ausgesprochen.

Pflegemindestlohn	seit 01.05.2023	ab 01.12.2023	ab 01.05.2024	ab 01.07.2025
Pflegehilfskräfte	13,90 €	14,15 €	15,50 €	16,10 €
Pflegehilfskräfte 1Jahr	14,90 €	15,25 €	16,50 €	17,35 €
Pflegfachkraft	17,65 €	18,25 €	19,50 €	20,50 €

Der Pflegemindestlohn gilt auch für Alltagsbegleiterinnen und Alltagsbegleiter, Betreuungskräfte und Assistenzkräfte, wenn sie mindestens in 25 Prozent ihrer Arbeitszeit gemeinsam mit Bezieherinnen und Beziehern von Pflegeleistungen pflegerisch oder betreuend tätig sind.

Wichtig:

Auch Gehälter, die durch Tarifverträge unter diesem Mindestlohn liegen, sind entsprechend anzuheben. Insbesondere bei den Betreuungskräften liegen zum Teil einige tarifliche Regelungen unterhalb der ab 01.12.2023 bzw. 01.05.2024 geltenden Stundenlöhne.

Haben Sie Fragen? Dann wenden Sie sich bitte an Herrn Hubert Braun per E-Mail unter hubert.braun@schwan-partner.de oder rufen Sie an unter 089 665191-0.

III. Praxis-Bericht zum „Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI“ – wie sich dadurch die stationäre Leistungsabrechnung verändert hat

a) Aus der Sicht der Heimkostenabrechnung

Seit nun eineinhalb Jahren setzen wir in der stationären Leistungsabrechnung den mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) zum 01.01.2022 eingeführten Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI um. Zeit genug also, um ein kleines Resümee aus der laufenden Abrechnungspraxis zu ziehen.

Ganzheitlich kann hierzu festgehalten werden, dass durch den § 43c SGB XI ein enormer Anstieg an verwaltungstechnischem Aufwand bei den Leistungserbringern einher ging, wie es bis dato keine andere Pflegereform in den letzten Jahren so ausgelöst hat. In unserem Bayernletter vom Juli 2021 hatten wir bereits vor dem Hintergrund der leistungsrechtlichen Umsetzung des GVWG skizziert, welches Szenario auf die Pflege-Einrichtungen zukommen wird, was nun die gelebte Abrechnungspraxis leider so auch bestätigt hat.

Aber warum ist das eigentlich so?

Der mit Abstand umfangreichste Arbeitsaufwand im Kontext der stationären Leistungsabrechnung stellte schon immer die Aufgabe der „Offenen Posten Abstimmung“ dar. Nach unseren Erfahrungen aus der eigenen Mandantschaft der Geschäftsbereiche Finanzbuchhaltung und Leistungsabrechnung stellen wir nunmehr fest, dass sich der bisherige Abstimmungsaufwand durch die Einführung des Leistungszuschlags nach § 43c SGB XI um bis zu 50 % gesteigert hat. Die Leistungserbringer müssen nunmehr die -unentgeltliche! – Verwaltungsaufgabe übernehmen, einerseits den leistungsrechtlich korrekten Betrag von den Pflegekassen zu erhalten, sowie andererseits insbesondere bei den Sozialhilfe-Kostenträgern

den wiederum korrekten Betrag gleichermaßen in Abzug zu bringen. Gerade bei großen Trägern, die in ihren Einrichtungen mehrere pflegerische Versorgungsarten anbieten, führt alleine diese Tatsache schon für sich dazu, dass die korrekte Abwicklung des Leistungszuschlags nicht flüssig von statten geht.

Weiterhin erschwert wird dies durch die gesetzesmäßige Vorgabe des GVWG, dass die für den Leistungszuschlag relevanten Abrechnungs-Entgelte „Pflegesachaufwand“, sowie die verschiedenen „Ausbildungs-Bestandteile“ der stationären Fehlzeiten-Bewertung unterliegen. In der Praxis führt also jede vergütungskürzende Fehlzeit auch stets zu einem veränderten Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI und dies auf Monatebene. Hat somit ein Bewohner überdurchschnittlich viele Fehlzeiten, könnte es somit bis zu zwölf verschiedene Beträge hinsichtlich des Leistungszuschlags nach § 43c SGB XI innerhalb eines Jahres geben.

Die Zahlungsweisen der Pflegekassen sind hinsichtlich des Leistungszuschlags leider auch sehr uneinheitlich, da nur die größeren Pflegekassen hierfür Avise zur Verfügung stellen. Es gibt bedingt durch die unterschiedlichen System-Landschaften der Kostenträger völlig unterschiedliche Arten der Erstattung, da bisweilen ohne nähere Angaben zusätzlich zu den variablen Beträgen für den § 43c SGB XI, die stationäre Pflegesachleistung der Kassen teilweise mit den weiteren Zuschlägen vermengt wird, wie zum Beispiel für den Betreuungszuschlag nach § 43b SGB XI.

Aus diesem Grund ist es unabdingbar, dass die Bereiche Leistungsabrechnung und Finanzbuchhaltung hier sehr abgestimmt mit diesen neuen Herausforderungen umgehen, damit dennoch eine effiziente und laufende Bearbeitung der offenen Posten gegenüber den Kostenträgern sichergestellt werden kann. Hier müssen die beidseitigen Schnittstellen zum gleichen Thema laufend synchronisiert und optimiert werden, wie auch wir es bei unseren Mandaten aus Finanzbuchhaltung und Leistungsabrechnung handhaben.

Durch das kürzlich neu verabschiedete „Pflegeunterstützungs- und -Entlastungsgesetz (PUEG) kommen hinsichtlich des § 43c SGB XI neue Veränderungen bei den modifizierten Prozentsätzen mit Wirkung zum 01.01.2024 auf die Leistungserbringer zu. Dies wird weitere administrative Unruhe beim Thema auslösen, bis sich die neuen Werte in allen Systemen von Kostenträgern und Leistungserbringern eingeschliffen haben.

Es bleibt also abschließend festzuhalten, dass mit Einführung des Leistungszuschlags nach § 43c SGB XI eine Art neue Ära in der Handhabung und Umsetzung zur Bearbeitung der offenen Posten im Bereich der Pflegeheime begonnen hat, auf die es gut zu reagieren gilt, um auch zukünftig die Liquidität der Einrichtungen sicherstellen zu können.

Haben Sie Fragen? Dann wenden Sie sich bitte an Herrn Rainer Walk per E-Mail unter rainer.walk@schwan-partner.de oder rufen Sie an unter 089 665191-0.



b) Aus Sicht der Finanzbuchhaltung

Vor einigen Jahren war es innerhalb der Finanzbuchhaltung noch sehr einfach, die Geldeingänge der Pflegekassen zu buchen. Die Zahlungen für die Pflegesachleistungen erfolgten in der Regel Mitte des Monats und richteten sich nach der Pflegestufe bzw. seit 2017 nach dem Pflegegrad des Bewohners. Die Beträge waren also monatlich gleichbleibend hoch.

Pro Pflegekasse gab es pro Monat ein Avis, damals noch versehen mit den Wohnernamen und von daher in der Finanzbuchhaltung eindeutig zuordenbar. Mit Inkrafttreten der DGSVO (= Datenschutzverordnung) ab Mai 2018 wurde letzteres schon wesentlich aufwändiger, da nun anstelle der Wohnernamen andere - pro Pflegekasse unterschiedliche Zuordnungskriterien - verwendet werden, anhand derer die Finanzbuchhaltung seitdem den richtigen Bewohner identifizieren muss.

Im Laufe der letzten Jahre gesellten sich dann noch drei weitere Zuschläge dazu, so dass nun monatlich pro Pflegekasse insgesamt vier Komponenten bezahlt werden:

Pflegesachleistung	fixer Betrag in Abhängigkeit des Pflegegrads
§ 43b SGB XI – Zuschlag (Betreuungszuschlag)	fixer Betrag gemäß der Vergütungsvereinbarung
§ 84 Abs. 9 SGB XI – Zuschlag (Zuschlag für Pflegehilfskräfte)	fixer Betrag gemäß der Vergütungsvereinbarung
§ 43c SGB XI – Zuschlag (Leistungszuschlag)	variabler Betrag, da in Abhängigkeit der stationären Verweildauer

Die Zahlungen für diese Komponenten werden von den Pflegekassen höchst unterschiedlich gehandhabt. Bei den zwei großen Pflegekassen AOK und BEK gibt es pro Komponente extra Zahlungsavise. Die Beträge werden demnach je nach Komponente getrennt pro Bewohner überwiesen.

Bei den übrigen Kassen sind alle Varianten der Zahlungen bunt gemischt gegeben: alle 4 Komponenten in einer Summe pro Bewohner oder nur Komponente 1 mit Komponente 3 usw. Gerade durch die Einführung des variablen Zuschlags gem. § 43 c wird dadurch die Zuordnung der Zahlungen in der Finanzbuchhaltung um ein Vielfaches erschwert. Nicht leichter haben es an dieser Stelle die zuständigen Mitarbeiter*innen der vollstationären Heimkostenabrechnung, die sich um die Verfolgung der offenen Posten kümmern müssen.

Hat eine Einrichtung neben der vollstationären Pflege auch Kurzzeitpflege und Tagespflege im Leistungsangebot, kommen für die beiden letztgenannten Versorgungsbereiche für die Komponenten 1-3 weitere separate Zahlungssavise und Geldeingänge.

Unsere Empfehlungen lauten deshalb für die Finanzbuchhaltung:

Gibt es für die Finanzbuchhaltung keine Sicherheit für die korrekte Zuordnung einer Pflegekassenzahlung, dann ist die Zuordnung zu einer OP-Belegnummer zu unterlassen. Es sollte unbedingt abgewartet werden, welche Zuordnung hierfür letztlich die zuständigen Mitarbeiter*innen aus der Heimkostenabrechnung treffen, so dass diese nachträglich in der Finanzbuchhaltung eingepflegt werden können.

Aufgrund des enormen Anstiegs der einzelnen Zahlungseingänge sollten die Pflegekassen proaktiv um die Zusendung von elektronischen Zahlungssavisen gebeten werden. Viele Pflegekassen bieten hierzu CSV oder EXCEL-Dateien mit den Zahlungsinformationen auf Einzelsatzebene an. Die meisten Finanzbuchhaltungsprogramme verfügen über Schnittstellenfunktionen, die es gestatten, CSV-Dateien oder EXCEL-Dateien in Form einer Buchungssatzvorlage zu verarbeiten. Hierdurch kann zumindest ein kleiner Teil an Zeit eingespart werden, um der Flut dieser Zahlungseingänge halbautomatisiert zu begegnen.

Für die monatliche Erstellung von OP-Listen für die Mitarbeiter*innen der Heimkostenabrechnung sollte kein fixer Zeitpunkt festgelegt werden. Vielmehr sollte der Zeitpunkt abgewartet werden, zu dem die meisten Pflegekassen bezahlt haben. Das ist in der Regel um den 20. eines Monats. Selbstverständlich muss der Finanzbuchhaltung noch die Zeit eingeräumt werden, diese Zahlungen zu buchen, bevor die OP-Listen erzeugt werden.

Haben Sie Fragen? Dann wenden Sie sich bitte an Frau Silvia Josephi per E-Mail unter silvia.josephi@schwan-partner.de oder rufen Sie an unter 089 665191-0.