

Verständlich
erklärt -
perfekt für
Einsteiger!

Birger Schlürmann

BWL für die PDL

Betriebswirtschaftliche Führung
leicht gemacht

3., aktualisierte und erweiterte Auflage

schlütersche



Birger Schlürmann

BWL für die PDL

Betriebswirtschaftliche Führung
leicht gemacht

3., aktualisierte und erweiterte Auflage

**Verständlich
erklärt –
perfekt für
Einsteiger!**

schlütersche



Birger Schlürmann arbeitet seit über 25 Jahren im Management und in der Beratung in der ambulanten und stationären Pflege.



**»Lernen Sie die Erlösquellen und
Kosten kennen – dann kann der Blick
auf das Konto sogar Spaß machen.«**

BIRGER SCHLÜRMANN

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8426-0931-0 (Print)

ISBN 978-3-8426-0932-7 (PDF)

ISBN 978-3-8426-0933-4 (EPUB)

3., aktualisierte und erweiterte Auflage

© 2025 Schlütersche Fachmedien GmbH

Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

buchvertrieb@schluetersche.de

www.schluetersche.de

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in diesem Buch gelegentlich die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich Personenbezeichnungen gleichermaßen auf Angehörige des männlichen und weiblichen Geschlechts sowie auf Menschen, die sich keinem Geschlecht zugehörig fühlen. Autor und Verlag haben dieses Buch sorgfältig erstellt und geprüft. Für eventuelle Fehler kann dennoch keine Gewähr übernommen werden. Weder Autor noch Verlag können für eventuelle Nachteile oder Schäden, die aus in diesem Buch vorgestellten Erfahrungen, Meinungen, Studien, Therapien, Medikamenten, Methoden und praktischen Hinweisen resultieren, eine Haftung übernehmen. Insgesamt bieten alle vorgestellten Inhalte und Anregungen keinen Ersatz für eine medizinische Beratung, Betreuung und Behandlung.

Etwaige geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Daraus kann nicht geschlossen werden, dass es sich um freie Warennamen handelt.

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden.

Lektorat: Claudia Flöer, Text & Konzept Flöer

Redaktionelle Bearbeitung der Neuauflage: Christiane Neubauer, Hannover

Covermotiv: Tobif82 – stock.adobe.com

Covergestaltung und Reihenlayout: Lichten, Hamburg

Satz: Sandra Knauer Satz · Layout · Service, Garbsen

Inhalt

Vorwort	9
1 Die Ertrags- und Kostenstruktur eines ambulanten Pflegedienstes	11
1.1 Die Umsatzstruktur eines ambulanten Pflegedienstes	11
1.1.1 Das Leistungsrecht im SGB V	12
1.1.2 Das Leistungsrecht im SGB XI	17
1.1.3 Leistungen des Sozialamtes nach SGB XII	28
1.1.4 Erträge aus Privatleistungen	29
1.1.5 Investitionskosten	31
1.2 Die klassische Kostenstruktur eines Pflegedienstes	33
1.2.1 Schaffung einer Grobstruktur	34
1.2.2 Die Verteilung der Kostenarten	34
1.2.3 Steuerung der Kosten	36
1.2.4 Kalkulatorischer Vollkostensatz einer Produktivstunde ...	40
2 Das Erstgespräch – Grundlage für den wirtschaftlichen Erfolg	44
2.1 Kostenfalle Erstgespräch	44
2.1.1 Unter Kostengesichtspunkten: Die Neuaufnahme	45
2.1.2 Die strukturierte Entscheidungsfindung	47
2.2 Die richtige Einsatzkalkulation	49
2.2.1 1. Schritt: Vollkostensatz ermitteln	51
2.2.2 2. Schritt: Erlösberechnung	52
2.2.3 3. Schritt: Zuordnung des Einsatzes an Mitarbeiter	52
2.2.4 4. Schritt: Hochrechnung auf einen Monat	52
2.3 Niemals ohne Pflegeverträge arbeiten	53
2.3.1 Zahlungsfrist/Zahlungsweise	54
2.3.2 Absage von Einsätzen	54
2.3.3 Kündigung	55
3 Die Pflegeprozessdokumentation – richtig geführt ist sie bares Geld wert	57
3.1 Verfahrensanweisung	60
3.2 Umsetzung der MD-Prüfgrundlagen ambulant vom Oktober 2020 ..	63
3.2.1 Das Prinzip »mit wenig Aufwand viel erreichen«	64
3.3 Modellrechnungen für den Mehrwert der Pflegedokumentation ...	72
3.3.1 Genereller Mehrwert	73
3.3.2 Realer Gewinn durch erfolgreiche Höherstufungs- verfahren	75
3.3.3 Keine Mehrkosten durch schwaches MD-Prüfergebnis ...	78
3.3.4 Schaden abwenden bei der Abrechnungsprüfung	80

4	Das SGB V-Verordnungswesen – 100 % Erträge generieren	83
4.1	Gestaltung des internen Verordnungswesens	84
4.2	Die wichtigsten vertraglichen Grundlagen	87
4.3	Ablehnungspraxis der Kassen bekämpfen	94
4.3.1	Weitere Ablehnungsgründe einiger Krankenkassen	95
5	Die Dienst- und Tourenplanung	98
5.1	Die mitarbeiterorientierte und wirtschaftliche Dienstplanung	98
5.1.1	Die Ermittlung des tatsächlich mengenmäßig benötigten Personals	99
5.1.2	Ermittlung des qualitativen Personalbedarfes	102
5.1.3	Praktische Umsetzung der Dienstplanung	105
5.1.4	Mit Dienstplankennzahlen arbeiten	108
5.2	Die wirtschaftliche Tourenplanung	110
5.2.1	Die strukturierte Tourenplanung	111
5.2.2	Die gewinnorientierte Tourenplanung	112
6	Die Abrechnung der Leistungen	118
6.1	Die Vorbereitung der Abrechnung	118
6.2	Der Ablauf der Abrechnung	120
6.3	Die Erfolgsmessung der monatlichen Abrechnung	122
6.4	Nachbereitung der Abrechnung	123
6.4.1	Sofortige Bearbeitung der offenen Posten	123
6.4.2	Umgang mit Rückläufern	123
6.4.3	Einleitung des Mahnwesens	124
6.4.4	Abarbeitung alter offener Posten	124
6.5	Kennzahlen für die Abrechnung	125
7	Weitere ambulante Versorgungsformen	126
7.1	Die ambulante psychiatrische Hauskrankenpflege	127
7.1.1	Voraussetzungen für die Erbringung der ambulanten Psychiatriepflege	127
7.1.2	So kalkulieren Sie Erlöse in der psychiatrischen Hauskrankenpflege	129
7.2	Die ambulante Intensivpflege	133
7.2.1	Gesetzliche Grundlagen	133
7.2.2	Personelle Voraussetzungen	135
7.2.3	Zusammensetzung des Kostensatzes	136
7.2.4	Proaktive Risikosteuerung	138
7.3	Spezialisierung auf chronische Wunden	140

8	Umsetzung der Tariftreue	143
8.1	Aufbau und Höhe der Löhne	144
8.1.1	Grundlohn/Tabellenentgelt	144
8.1.2	Regelmäßige Jahressonderzahlungen	146
8.1.3	Vermögenswirksame Leistungen des Arbeitgebers	146
8.1.4	Pflegetypische Zulagen	146
8.1.5	Lohn für Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft	147
8.1.6	Pflegetypische Zuschläge	148
8.1.7	Durchschnittliches regionales Entgeltniveau	148
8.2	Einhalten der Vorgaben aus der Tariftreue	150
8.2.1	Pflegedienste sollten proaktiv handeln	151
8.2.2	Notwendige Unterlagen bei Tarifanlehnern	152
8.2.3	Nachweis bei Anwendung des durchschnittlichen regionalen Entgeltlevels	152
8.2.4	Achtung Fallstricke	154
8.3	Spielraum bei Vergütungsverhandlungen – was man draufpacken kann	156
8.4	Fazit	158
9	Risikosteuerung	159
9.1	1. Schritt: Die Risikoidentifikation – Wo die Gefahren lauern	159
9.2	2. Schritt: Die Definition konkreter Risiken	160
9.3	3. Schritt: Die systematische Risikoanalyse hinsichtlich Eintrittswahrscheinlichkeit und Schweregrad der Folgen	161
9.4	4. Schritt: Die Risikosteuerung – Minimierung oder gar Beseitigung	163
10	PDL-Reporting – Zahlen, Daten, Fakten für die Geschäftsführung	165
10.1	Patientendaten	168
10.2	Pflegesituation	168
10.3	Pflegecontrolling	168
10.4	Ergebnisqualität	168
10.5	Qualitätsmanagement	169
10.6	Umsatz- und Gewinnkennzahlen	169
11	So funktioniert der erfolgreiche Recruitment-Marketing-Aktionsplan	170
11.1	Worum geht es beim Personal-Marketing?	172
11.1.1	Ziel 1: Steigern Sie die Bekanntheit Ihres Unternehmens und schaffen Sie eine Arbeitgebermarke	172
11.1.2	Ziel 2: Schaffen Sie Vertrauen, um in die nähere Auswahl zu gelangen	173
11.1.3	Ziel 3: Stellen Sie die Botschaft in den Mittelpunkt	173

11.2 Personal-Marketing	174
11.2.1 Schritt 1: Definieren Sie Ihre Personal-Marketing-Ziele ..	174
11.2.2 Schritt 2: Identifizieren Sie Ihre Kandidaten-Persönlichkeit	175
11.2.3 Schritt 3: Definieren Sie das Wertversprechen an Ihre Mitarbeiter	176
11.2.4 Schritt 4: Erstellen Sie Rekrutierungsinhalte	177
11.2.5 Schritt 5: Nutzen Sie auch soziale Medien	179
11.2.6 Schritt 6: Entwickeln Sie Botschafter für die Arbeitgebermarke	180
11.2.7 Schritt 7: Multikulti, Multi-Channel und Multivitamin ...	181
11.2.8 Schritt 8: Bauen Sie Ihren Talentpool auf und nutzen Sie die Kraft der Community	182
11.2.9 Schritt 9: Messen Sie die Ergebnisse Ihres Personalmarketings	184
11.3 5 Strategien, um Top-Talente anzuziehen	185
11.3.1 1. Optimieren Sie Ihre Website mit einer Karriereseite	185
11.3.2 2. So erstellen Sie Ihre erfolgreiche LinkedIn-Unternehmensseite – dranbleiben lohnt sich!	187
11.3.3 3. Welches Arbeitgeber-Bewertungsportal passt zu Ihrem Recruitment-Aktionsplan?	191
11.3.4 4. Video-Marketing wirkt – emotionales Marketing auch	192
11.3.5 5. Sind Sie bereit, Ihr Personal-Marketing in Gang zu bringen?	195
Literatur	196
Register	197

Vorwort

Der Job der Pflegedienstleitung (PDL) hat sich in den letzten 25 Jahren erheblich gewandelt. War in den Neunzigern die PDL noch als klassische »Stationsschwester« unterwegs und hat die Aufgaben der Kontrolle der direkten Pflege und der Personaleinsatzplanung übernommen, ist die heutige ambulante PDL mehr und mehr in die betriebswirtschaftliche Verantwortung gerutscht. Das verwundert wenig, sitzt die PDL durch die Verantwortung für Erst- und Folgegespräche, Tourenplanung und allgemeiner Personaleinsatzplanung an den »BWL-Schalthebeln«. Hinzu kommt der Trend der Konzentration ambulanter Dienste in Ketten- und Konzernstrukturen. Es ist absehbar, dass diese ambulanten Pflegedienstleitungen im Konstrukt einer großen Kette bzw. Konzern gesamtverantwortlich für ihren Standort sind. Bei kirchlichen Trägern ist dies vielerorts schon der Fall. Das impliziert vor allem das Liefern von vorgegebenen Renditen.

Leider haben die meisten PDL-Kurse diesen Trend verschlafen. Die meisten Absolventen, die nach einem PDL-Kurs ihre erste Stelle antreten, merken nach kurzer Zeit, dass sie nichts gelernt haben, was sie für die Praxis brauchen. Leider hilft auch ein wohlklingender Titel eines Hochschulabschlusses nicht. Denn dort lernen die Absolventen vieles – nur nicht, worauf es in der Praxis ankommt. In diesem kleinen Buch habe ich mir zum Ziel gesetzt, Ihnen in 11 Kapiteln die wichtigsten betriebswirtschaftlichen Zusammenhänge darzustellen, die Sie als ambulante PDL im operativen Geschäft benötigen.

Für die 3. Auflage habe ich den Inhalt um das Thema »Tariftreue« ergänzt. Die 2. Auflage hatte ich genutzt, um die Kapitel »weitere Versorgungsformen«, »Risikomanagement« und »Personalgewinnung« hinzuzufügen. Diese drei Themen für sich und im Gesamtzusammenhang gehören für mein Dafürhalten in so ein Buch. Denn der Pflegedienst mit allein klassischer Ausrichtung wird auf Dauer Probleme haben zu überleben. Zudem nehmen betriebliche Risiken immer mehr zu und zum Thema Personalsituation ist bereits vieles gesagt worden.

Dennoch ändert es nichts daran, dass die personelle Situation fast schon monatlich immer prekärer wird. Wachstum ist kaum noch möglich, manche Anbieter sind sogar gezwungen zu schrumpfen. Mit althergebrachten Einstellungen und Methoden zur Personalakquise ist nichts mehr zu gewinnen. Um einmal einen Blick über den Teller- rand zu werfen, konnte ich meine ehemalige Produktmanagerin und Marketing- spezialistin Lisa Baur gewinnen, dieses Kapitel zu schreiben. Die Sichtweisen sind nicht nur erfrischend – sie motivieren auch zum lange schon notwendigen Umdenken und beim Verlassen ausgelatschter Pfade.

Ich habe mich sehr um eine einfache Sprache und um einfache Darstellungen bemüht. Wenn Sie beim ersten Lesen schon vieles erfassen können, macht mich das als Autor sehr froh. Aber jetzt wünsche ich Ihnen viel Erfolg beim Durcharbeiten des Buches – und an der einen oder anderen Stelle auch gute Unterhaltung. Denn BWL kann auch Spaß machen!

Ihr

Birger Schlürmann

1 Die Ertrags- und Kostenstruktur eines ambulanten Pflegedienstes

Damit die Pflegedienstleitung (PDL) ihren Dienst betriebswirtschaftlich optimal steuern kann, muss sie zunächst wissen, wo das Geld herkommt und wo es hingeht. Denn nur, wenn die PDL ihre Erlösquellen und ihre Kosten kennt, kann sie die richtigen Entscheidungen treffen. Ebenso muss die ambulante Pflegedienstleitung ihre individuelle Erlösstruktur kennen. Sie muss wissen, zu welchen Anteilen die Umsätze generiert werden. Das Gleiche gilt für die Kostenstruktur, auch hier müssen die jeweiligen Anteile bekannt sein. Aus diesem Grund startet dieses Buch zunächst mit der typischen Erlös- und Kostenstruktur sowie deren Verteilung. Das schafft eine solide Grundlage für die folgenden Kapitel und Abschnitte.

1.1 Die Umsatzstruktur eines ambulanten Pflegedienstes

Ein ambulanter Pflegedienst bekommt keine Pauschalvergütungen pro Monat und Bewohner, wie die stationären und teilstationären Einrichtungen. Vielmehr ist die Vergütungsstruktur im ambulanten Dienst wesentlich vielschichtiger und hängt zudem von verschiedenen individuellen Faktoren ab. Der ambulante Pflegedienst hat generell **vier Erlösquellen**: Den Hauptteil machen die Erträge von den Krankenkassen für die SGB V-Leistungen (Behandlungspflege) und von den Pflegekassen die SGB XI-Leistungen (körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung [häusliche Pflegehilfe]) aus. Eine kleinere Rolle spielt das Sozialamt als Kostenträger sowie privat beim Patienten direkt liquidierten Leistungen.



Zusammengefasst sieht die Erlösstruktur eines Pflegedienstes in der Regel wie folgt aus:

1. Einnahmen von den Krankenkassen (SGB V)
2. Einnahmen von den Pflegekassen (SGB XI)
3. Einnahmen vom örtlichen oder überörtlichen Sozialhilfeträger (SGB XII)
4. Einnahmen von Privatzahlern

Diese vier Erlösquellen werden in der Folge genauer erläutert.

1.1.1 Das Leistungsrecht im SGB V

In der Regel fallen unter die sogenannten »SGB V-Leistungen« die Behandlungspflegeleistungen. Diese richten sich nach der Auflistung der jeweils aktuellen Fassung der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege (HKP-Richtlinie). Allerdings macht die HKP-Richtlinie eine kleine Ausnahme: Dort sind nämlich auch körperbezogene Pflegemaßnahmen und hauswirtschaftliche Leistungen verortet. Das liegt an zwei Paragraphen im SGB V, die diese Ansprüche regeln. Hierbei geht es um Versicherte ohne Pflegegrad, die nach Krankenhausaufenthalt aber unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Grundpflege- und Hauswirtschaftsleistungen haben. Stand heute spielen diese Leistungen aber kaum eine Rolle in ambulanten Pflegediensten. Das hat im Wesentlichen zwei Gründe:

1. Die Genehmigungspraxis der Kassen diesbezüglich ist nicht selten sehr schleppend bis kritisch.
2. Der Erlös deckt in den allermeisten Fällen nicht die Kosten für die Einsätze.

Dennoch wird auf diesen Aspekt gesondert eingegangen, weil es durchaus Gründe geben kann, diese Leistungen dennoch anzubieten. Dazu gleich mehr.

Zurück zur medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch hierauf ist im § 37 (2) SGB V geregelt: *»Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; (...)«*

Die Krankenkassen haben den Sicherstellungsauftrag für die medizinisch-pflegerische Versorgung ihrer Versicherten. Zu diesem Zweck schließen sie mit ambulanten Pflegediensten Verträge nach §§ 132, 132 SGB V. Vertragspartner sind einerseits die Kostenträger (Krankenkassen) und andererseits die Leistungsanbieter, vertreten durch ihre Trägerverbände. Liegt ein solcher Vertrag im Pflegedienst vor, darf dieser seine SGB V-Leistungen mit der jeweiligen Krankenkasse abrechnen.

Zu diesen Rahmenverträgen gehört auch immer eine Vergütungsvereinbarung. Dort ist genau definiert, für welche Leistungen welcher Preis gezahlt wird und welche Ausschlusskriterien es gibt. Je nach Bundesland sind auch Preise dafür festgelegt, wenn

- zwei oder mehrere Personen Leistungen aus dem Vertrag beziehen, die an der gleichen Adresse/im gleichen Haushalt wohnen,
- In einer Anfahrt zugleich auch SGB XI-Leistungen beim Patienten erbracht werden,
- zu welcher Zeit die Leistungen stattfinden.



Info

Jedes Bundesland hat seine eigenen SGB V-Vergütungsregelungen. In einigen wenigen Ländern gibt es durchaus sehr ordentliche Vergütungen – in anderen Bundesländern hingegen weniger gute Vergütungen. Diese Information ist wichtig, damit Pflegedienstleitungen den richtigen Mix aus SGB V- und SGB XI-Leistungen für ihren Pflegedienst finden. Dazu später mehr.

Die »grundpflegerische« Ausnahme: § 37.1 und § 38 SGB V

Am 1. Januar 2016 trat das Krankenhaus-Strukturgesetz in Kraft. Dieses Gesetz brachte ein für ambulante Pflegedienste bislang eher unbekanntes Nachfragepotenzial. Im Kern ging es nämlich darum, dass Versicherte ohne festgestellte Pflegebedürftigkeit der Grade 1–5 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nun ein Recht auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in ihrem häuslichen Umfeld haben.

Ähnliches gilt auch für die hauswirtschaftliche Hilfe nach § 38 SGB V: Auch hier gibt es seit dem 1. Januar 2016 Erleichterungen. Bislang war im § 38 SGB V geregelt, dass ein Anspruch auf hauswirtschaftliche Versorgung nach Krankenhausbearbeitung nur dann besteht, wenn ein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Diese Einschränkung wurde seinerzeit aufgehoben. Für die ersten vier Wochen nach einem möglichen Krankenhausaufenthalt besteht nun auch ohne Kinder im Haushalt der Anspruch auf Haushaltshilfe. Aus dieser möglichen

Nachfragesituation einen Markt herauszuarbeiten, fällt angesichts der wenig attraktiven Vergütungen schwer. Allerdings kann die eine oder andere angenommene § 37 (1) und/oder § 38-Versorgung den Bekanntheitsgrad eines Pflegedienstes steigern und auf Umwegen zu wirklich lukrativen Kunden führen.

Abrechnungsfähige Leistungen

Bindend zur Genehmigung und Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege ist die »Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung häuslicher Krankenpflege«, auch »HKP-Richtlinie« genannt. Diese Richtlinie ist die Leitschnur für die Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

Weiter oben habe ich bereits angesprochen, dass in der HKP-Richtlinie die abrechnungsfähigen Leistungen aus der medizinischen Behandlungspflege sowie der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung für Versicherte ohne Pflegegrad nach Krankenhausaufenthalt aufgeführt sind. Dort stehen auch die Bedingungen für die Verordnungsfähigkeit für jede Leistung. Im Gegensatz zu dem Flickenteppich der Vergütungsvereinbarungen rund um die SGB V-Leistungen ist die HKP-Richtlinie bundesweit gültig.



Tipp

Besorgen Sie sich immer die aktuelle Fassung der HKP-Richtlinie, denn es werden immer mal wieder Leistungen hinzugefügt:

<https://www.g-ba.de/richtlinien/11/>

Doch das heißt noch lange nicht, dass auch schon eine Vergütung mit den für Sie zuständigen Kostenträger vorliegt.

In Einzelfällen gibt es auch verordnungs- und somit auch vergütungsfähige Leistungen außerhalb der HKP-Richtlinie. Hierzu gibt es Urteile des Bundessozialgerichtes. Entscheidend ist immer, ob besagte Leistungen medizinisch notwendig sind. Ein sehr gutes Beispiel hierfür ist die Bauchfelldialyse: Dabei kann die Blutwäsche in der Häuslichkeit des Versicherten durch einen ambulanten Pflegedienst durchgeführt werden. Da eine solche Maßnahme auch nicht in der Vergütungsvereinbarung hinterlegt ist, kann der Preis bei jedem Versicherten bei seiner jeweiligen Krankenkasse individuell verhandelt werden. Darüber hinaus gibt es immer wieder Einzelfallverhandlungen, wenn es um eine sehr komplexe Wundversorgung geht. Die Wundversorgung ist sowohl in der HKP-Richtlinie als Leistung als auch in jeder SGB V-Vergütungsvereinbarung mit einem Preis hinterlegt. Dennoch kann es für ambulante Pflegedienste gute Gründe geben, in manchen Fällen in eine Einzelverhandlung zu gehen. Nämlich

dann, wenn das Wundgeschehen so umfangreich ist, dass selbst bei einer Mischkalkulation keine wirtschaftliche Leistungserbringung mehr möglich ist. Das kann der Fall sein, wenn eine Wundversorgung z. B. 30–40 Minuten dauert.

Damit Leistungen der häuslichen Krankenpflege abgerechnet werden können, benötigt der Pflegedienst eine entsprechende Verordnung über Häusliche Krankenpflege, auf der die konkreten Maßnahmen dokumentiert sind und die Unterschriften des Patienten bzw. seines Bevollmächtigten und von der Pflegedienstleitung auf der Verordnung stehen. Abgerechnet wird der genehmigte Verordnungszeitraum. Sollte die Krankenkasse die Verordnung einer medizinisch notwendigen Leistung ablehnen, darf der Pflegedienst die Leistungserbringung aber bis zum Zeitpunkt der Ablehnung abrechnen. Hierzu ein Beispiel:

Beispiel

Die 4-Tage-Frist

Der Hausarzt Dr. Mabuse hat seiner Patientin Sophie Lehmann am 10. Mai 2025 eine HKP-Verordnung über 2x täglich Medikamentengabe sowie 1x wöchentlich Richten der Medikamente ausgestellt. Frau Lehmann lebt mit ihrem demenzkranken Ehemann allein in einer 3-Zimmer-Wohnung. Sie leidet unter einer hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit und einer fortgeschrittenen Arthritis in allen Fingern.

Der Pflegedienstleiter des Pflegedienstes an der Castroper Straße, Jochen Abel, unterschreibt die Verordnung und holt sich auch die Unterschrift von Frau Lehmann. Er faxt die Verordnung am 11. Mai 2025 an die Kasse und startet die Leistungserbringung. Am 22. Mai 2025 kommt die Ablehnung. Jochen Abel rechnet die Leistungen vom 10. Mai bis zum Morgeneinsatz des 22. Mai 2025 ab und erhält die Vergütung laut SGB V-Vergütungsvereinbarung.

Dies ist aber nur möglich, weil der Pflegedienstleiter die 4-Tages-Frist eingehalten hat. Diese besagt, dass die Verordnung binnen vier Tagen bei der Kasse vorliegen muss (Fax oder Scan genügt, das Original kann später eintreffen). Wird die 4-Tages-Frist überschritten, ist in der Regel keine rückwirkende Vergütung möglich.

Die Vergütungsvereinbarungen sind von Bundesland zu Bundesland verschieden

Jedes Bundesland hat wie schon angesprochen unterschiedliche Rahmenverträge zwischen den Kostenträgern (Krankenkassen) und Leistungserbringern (ambulante Pflegedienste). Das gilt auch für die Vergütungsvereinbarungen für die Behandlungspflegeleistungen. In einigen Bundesländern sind die Vergütungen zum Teil durchaus attraktiv, in anderen Bundesländern hingegen eher weniger. Auch bei den Hausbesuchspauschalen sollte genau hingeschaut werden. Gibt es überhaupt Hausbesuchspauschalen für SGB V-Leistungen und wenn ja, wie sind diese verhandelt worden? Eminent wichtig für eine wirtschaftliche Einsatzplanung ist es daher für

Pflegedienstleitungen, die Struktur der Vergütungsvereinbarung gut zu kennen. Wie unterschiedlich SGB V-Vergütungsstrukturen sein können, zeigt das Beispiel Nordrhein-Westfalen (NRW) im Vergleich zu Hessen (► Tab. 1).

Tab. 1: Gegenüberstellung der SGB V-Vergütungen zwischen NRW und Hessen

Nordrhein-Westfalen	Hessen
<ul style="list-style-type: none"> • Keine Hausbesuchspauschale 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausbesuchspauschalen, die sich nach solitären SGB V-Einsätzen, kombinierten Einsätzen mit SGB XI, Anzahl Personen an einer Adresse sowie Uhrzeit richten
<ul style="list-style-type: none"> • Einteilung der Verrichtungen in 4 Leistungsgruppen (LG) • Jede Leistungsgruppe hat einen unterschiedlichen Preis (aufsteigend von LG 1 bis LG 4) 	<ul style="list-style-type: none"> • Preise sind nach jeweiligen Leistungen, nicht nach Leistungsgruppen gestaltet
<ul style="list-style-type: none"> • An die Erbringung der einzelnen Leistungsgruppen sind jeweilige Qualifikationsanforderungen und zum Teil Meldepflichten des Personals geknüpft 	<ul style="list-style-type: none"> • An die Erbringung einzelner Leistungen sind Qualifikationsanforderungen des Personals benannt – aber es besteht keine Meldepflicht
	<ul style="list-style-type: none"> • Für das nicht-examinierte Personal muss 1 x jährlich eine Anleitung zur Behandlungspflege durch die PDL auf Anfrage/bei der MD-Prüfung nachgewiesen werden

Zusammengefasst sollte die Pflegedienstleitung die Struktur der jeweils für ihren Pflegedienst gültigen Vergütungsvereinbarung nach diesen Aspekten erfolgen:

- Vergütungshöhe
- Staffelung der Vergütungshöhe nach Leistungsart
- Hausbesuchspauschale vorhanden
- Regeln der Hausbesuchspauschale (z. B. Tag-/Nacht; Werktag/Feiertag; Halbierung bei gleichzeitigem SGB XI-Einsatz, wie viele Personen in einem Haushalt/an einer Adresse)
- Abrufgrenzen von Leistungen und Hausbesuchspauschalen
- Kombinationsmöglichkeit von Leistungen in Bezug auf die Abrechnung
- Individuelle Qualifikationsanforderungen des Personals

Die über die medizinische Behandlungspflege erwirtschafteten Erlöse sind einer der beiden mit Abstand größten Erlösanteile in einem klassischen ambulanten Pflegedienst. Zum Abschluss dieses Abschnittes daher eine Zusammenfassung der verschiedenen Leistungen im SGB V für die häusliche Krankenpflege (► Tab. 2):

Tab. 2: Zusammenfassung der Leistungen zur häuslichen Krankenpflege aus dem SGB V

Paragraf im SGB V	Anspruch
§ 37.1	Krankenhausvermeidungspflege
§ 37 Abs. 1a	Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches vorliegt.
§ 37.2	Behandlungspflege
§ 38	Haushaltshilfe

1

1.1.2 Das Leistungsrecht im SGB XI

Im Gegensatz zum relativ überschaubaren Leistungsrecht im SGB V ist das Leistungsrecht im SGB XI auf den ersten Blick etwas komplizierter. Denn die Anspruchsgrundlagen der anerkannten Pflegebedürftigen verteilen sich auf mehrere Paragraphen, die nicht nur die körperbezogenen Pflegemaßnahmen berücksichtigen, sondern auch Bereiche wie die soziale Betreuung und einen parallelen Anspruch auf teil- und vollstationäre Leistungen. Um den Einstieg in diesen Abschnitt zu erleichtern, folgende Zusammenfassung (► Tab. 3):

Tab. 3: Zusammenfassung der Ansprüche aus dem SGB XI

Paragraf	Leistung in €/Monat*	Leistungsinhalte
§ 36 Pflegesachleistungen	Pflegegrad 2: 796 € Pflegegrad 3: 1.497 € Pflegegrad 4: 1.859 € Pflegegrad 5: 2.299 €	Die üblichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung analog LK-System
§ 37 Bezug von Pflegegeld	Pflegegrad 2: 347 € Pflegegrad 3: 599 € Pflegegrad 4: 800 € Pflegegrad 5: 990 €	Finanzierung privater Pflegehilfen
§ 37.3 Beratungseinsatz	Pflegegrad 1 bis 3: ca. 85 € Halbjährlich (je nach individueller Vergütungsvereinbarung) Pflegegrad 4 und 5: ca. 85 € Vierteljährlich (je nach individueller Vergütungsvereinbarung) für alle (auch Sachleistungsempfänger!!)	Beratung durch anerkannte Stellen, auch ambulante Pflegedienste

Paragraf	Leistung in €/Monat*	Leistungsinhalte
§ 38 Kombinationsleistungen	Siehe §§ 36, 37	Kombination von Pflegesachleistungen und Pflegegeld möglich
§ 38a Wohngruppenzuschlag	Pflegegrad 1 bis 5: 224 € Sachleistung	Zuschlag für Bewohner von ambulant betreuten Wohngruppen
§ 39 Verhinderungspflege	Pflegegrad 2 bis 5: Jährlich (bis zum 30. Juni 2025) 1.685 € zzgl. 50 % Anspruch des Leistungsbetrages für die Kurzzeitpflege (843 €). Gesamtleistungsanspruch im Jahr 2.528 €.	Leistungen der Ersatzpflege bei Verhinderung der Pflegeperson
§ 40 (1) Pflegehilfsmittel	Pflegegrad 1 bis 5: 42 € Sachleistung	z. B. Inkontinenz-Hilfsmittel
§ 40 (4) wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	Pflegegrad 1 bis 5: 4.000 € Sachleistung	z. B. barrierefreier Umbau des Bades
40 a, b Digitale Pflegeanwendung	Pflegegrad 2 bis 5: bis zu 50 € im Monat	Der Anspruch umfasst nur solche digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a, Absatz 3 aufgenommen sind.
§ 41 Tagespflege	Pflegegrad 1: Höhe des Entlastungsbeitrages von 131 € Pflegegrad 2–5: Höhe des jeweiligen Sachleistungspotenzials	Tagsüber Betreuung in einer Tagespflegereinrichtung mit anderen Senioren
§ 42 Kurzzeitpflege	Pflegegrad 2–5 bis zu 28 Tage und bis zu 1.774 € im Jahr	Aufenthalt in einer stationären Kurzzeitpflegereinrichtung
§ 42 a Gemeinsamer Jahresbetrag	Jährlich (bis zum 30. Juni 2025) 1.685 € + bis zu 1.685 € des nicht genutzten Budgets der Verhinderungspflege = maximal 3.539 € Ab dem 01. Juli 2025 gemeinsamer Jahresbetrag Pflegegrad 2–5 für Verhinderungspflege nach § 39 sowie Kurzzeitpflege nach § 42 von maximal 3.539 € je Kalenderjahr	2 a vgl. §§ 39, 42
§ 45 Schulung pflegender Angehöriger	Vergütung je nach vertraglicher Vereinbarung	Schulung zu Prophylaxen und Pflegetechniken
§ 45b Entlastungsleistungen	Pflegegrad 1–5: 125 € Erstattungsbetrag	Betreuungsmaßnahmen und Maßnahmen zur Entlastung pflegender Angehöriger
* Stand: 1. Januar 2025		

Die am häufigsten erbrachten Leistungen sind die Pflegesachleistungen aus dem § 36 SGB XI. In jedem Bundesland gibt es dazu einen Katalog mit festen Leistungskomplexen (LK). Die Leistungskomplexe sind unter gewissen Bedingungen zum Teil miteinander kombinierbar. Die Regeln dazu sind in den jeweiligen LK-Systemen festgelegt. In den Systemen sind auch die Vergütungshöhen und die Abrechnungsbedingungen für die Hausbesuchspauschalen festgelegt. Hierzu zählen auch Abrufbeschränkungen und bestimmte Hausbesuchspauschalen zu bestimmten Leistungen.

Die Preise der einzelnen Leistungskomplexe sind entweder mit Punkten oder mit konkreten Preisen in Euro hinterlegt. Bei den LK-Systemen mit Punkten gilt ein Punktwert als Multiplikator. Die Anfahrtspauschalen hingegen sind durchgängig mit festen Euro-Preisen versehen.

Beispiel

Gleicher Service – unterschiedliche Vergütungen

Der Pflegedienst an der Castroper Straße hat einen Punktwert von 0,06077 € (ohne Altenpflegeumlage). Eine Ausscheidung wird mit 104 Punkten* vergütet. Dies ergibt einen Preis von 6,32 € für diese Leistung. Zudem kann eine erhöhte Hausbesuchspauschale von 6,97 € abgerechnet werden, sodass der gesamte Einsatz 13,29 € einbringt.

Der Pflegedienst Adler kann für die Hilfe bei Ausscheidungen 8,00 €** abrechnen, zzgl. einer Hausbesuchspauschale von 7,97 €, wenn parallel keine SGB V-Leistung erbracht wird. Die solitär erbrachte Hilfe bei der Ausscheidung bringt einen Erlös für den Einsatz von 15,97 €.

* Angelehnt an NRW-Vergütungssystem ambulanter Pflegeleistungen gemäß § 89 SGB XI von 2021-22

** DRK-Vereinbarung gemäß § 89 SGB XI über die Vergütungen ambulanter Pflegeleistungen in Rheinland-Pfalz von 2024

Anspruch auf diese Sachleistungen haben alle Versicherten, die mindestens den Pflegegrad 2 aufweisen, sowie die Patienten mit Pflegegrad 1 im Rahmen des Entlastungsbetrages. Die Leistungskomplexsysteme decken damit in der Regel folgende Verrichtungen ab:

- Körperpflege
- Ausscheidungen
- Nahrungsaufnahme
- Mobilisationsmaßnahmen
- Pflegerische Betreuungsmaßnahmen
- Hilfen bei der Haushaltsführung
- Behördengänge/Arztbesuche