

Sind Vergütungsunterschiede bei der Häuslichen Krankenpflege in den Bundesländern gerechtfertigt?

– Studie –

2012

INHALT

INHALT	2
ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	3
Ziel der Untersuchung	4
Hintergrund und Ausgangslage	4
Fragestellung der Untersuchung	8
Struktur der Studie	9
Methodik der Studie	11
Vorstellung des herangezogenen Kostenmodells	11
Vergleichsansatz einzelner Bundesländer	13
Herleitung der Datenbasis	20
Kostenrelevante Daten	20
Personalkosten	20
Kfz-Kosten	30
Mietkosten	35
Weitere Sachkosten	37
Arbeitszeitrelevante Daten	40
Nettojahresarbeitszeit im weiteren Sinne	40
Nettojahresarbeitszeit im engeren Sinne	50
Ergebnisse der Kostenbetrachtung	54
Darstellung von Kostenanteilen	54
Darstellung von kalkulatorischen Stundensätzen	55
Unternehmerische Bewertung	59
Fazit	61
QUELLENVERZEICHNIS	63
SCHAUBILDVERZEICHNIS	68
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	69

ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Die vorliegende Studie geht der Frage nach, ob Vergütungsunterschiede für den Bereich der Häuslichen Krankenpflege gerechtfertigt sind. Grundlage dafür ist eine vergleichende Untersuchung auf Ebene der Bundesländer. Es kommt in den vergangenen Jahren gehäuft zu Schiedsverfahren zwischen den Kostenträgern, den Krankenkassen und den Leistungserbringern, den Pflegediensten und deren Verbände. Hintergrund ist die Uneinigkeit hinsichtlich der Leistungsvergütung an den Verhandlungstischen.

Die Studie liefert hierfür faktenbasiert eine Datenbasis und kommt zu folgenden wesentlichen Erkenntnissen für den Bereich der Häuslichen Krankenpflege:

- Unterschiede bei einer leistungsgerechten Vergütung in den Bundesländern sind kostenseitig gerechtfertigt.
- In den Bundesländern liegen nachvollziehbar variierende Gesamtkosten eines Pflegedienstes zur Erbringung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege vor.
- Die größten Kostenblöcke sind Personalkosten, Kfz-Kosten, Mietkosten, dann folgen weitere Sachkosten.
- In den einzelnen Bundesländern liegen nachvollziehbar variierende Nettojahresarbeitszeiten vor, sowohl Nettojahresarbeitszeit im weiteren Sinne (potenzielle Arbeitszeit) als auch Nettojahresarbeitszeit im engeren Sinne („abrechnungsfähige Zeit“). Grund hierfür sind Unterschiede unter anderem bei Fehltagen durch Erkrankung und Feiertage.
- Da die Gesamtkosten eines Pflegedienstes und die relevante Nettojahresarbeitszeit in den Bundesländern unterschiedlich sind, sollte die Vergütung von HKP-Leistungen entsprechend leistungsgerecht und somit kostenbasiert festgelegt werden (zentrale Größe ist dabei der kalkulatorische Stundensatz).
- Es bestehen erhebliche Kostenunterschiede zwischen den Bundesländern. Dabei zeigen sich auch verhandelte Vergütungssätze in mehreren Bundesländern, die im Bereich der kalkulatorischen Werte liegen. Es lässt sich ausblickend vermuten, dass z. B. nicht im Fokus der Studie stehende Synergieeffekte mit anderen Leistungsbereichen (z. B. SGB XI) sowie Art und Menge der erbrachten Leistungen und deren Abrechnung den Pflegediensten weiteren wirtschaftlichen Handlungsspielraum verschaffen.

Ziel der Untersuchung

Das thematische Umfeld zur Häuslichen Krankenpflege ist breit gefächert und entsprechend komplex. Insbesondere eine Differenzierung zwischen medizinischen oder pflegewissenschaftlichen und ökonomischen Fragestellungen ist im Grundsatz erforderlich. Nachfolgend werden daher der Hintergrund und die Ausgangslage sowie die Fragestellung der vorliegenden Studie konkretisiert.¹

Medizinische und pflegewissenschaftliche sind von ökonomischen Fragestellungen bei der Häuslichen Krankenpflege abzugrenzen

Hintergrund und Ausgangslage

Der in der vorliegenden Studie behandelte Komplex der Häuslichen Krankenpflege wird aus der Perspektive eines neutralen Dritten analysiert.

Themenbereich der Häuslichen Krankenpflege wird aus Perspektive eines neutralen Dritten analysiert

In der Häuslichen Krankenpflege wird der Pflegedienst als „Leistungserbringer“ der jeweiligen „Kostenträger“ bezeichnet. Der jeweilige Kostenträger ist hierbei, abhängig vom Leistungsbereich, regelmäßig entweder die zuständige Kranken- oder die Pflegeversicherung (hierbei betrachtet die Studie den Bereich der Häuslichen Krankenpflege, somit SGB V betreffend und folglich nur Krankenversicherungen auf der Kostenträgerseite). Die pflegebedürftige Person ist jeweils der „Leistungsempfänger“ der erbrachten Dienstleistungen.

Der umgangssprachlich geprägte Begriff der „ambulanten Pflegedienste“ untergliedert sich in der Praxis in unterschiedliche Leistungsbereiche, welche rechtlich, organisatorisch und administrativ separat zu betrachten sind. Dieses umfasst insbesondere die „ambulante Pflege“ gem. Sozialgesetzbuch elftes Buch (SGB XI) sowie die „Häusliche Krankenpflege“ gem. Sozialgesetzbuch fünftes Buch (SGB V). Zusätzlich können mobile Pflegedienste weitere Leistungen erbringen, welche in einem direkten Vertragsverhältnis zwischen Pflegedienst und der beauftragenden Privatperson geregelt werden.

Grundlage zur inhaltlichen Abgrenzung legt das Sozialgesetzbuch (SGB)

Im Rahmen dieser Studie liegt der Fokus auf der Analyse der Häuslichen Krankenpflege bei üblicherweise mobil zu erbringenden Leistungen in der Häuslichkeit (keine Berücksichtigung von Intensivpflege). Da das Angebotsportfolio eines mobilen Pflegedienstes in der Praxis jedoch regelmäßig sämtliche Leistungsbereiche umfasst, wird im Folgenden zunächst auf die Unterschiede zwischen der Häuslichen Krankenpflege (SGB V) und der ambulanten Pflege (SGB XI) eingegangen. Haupteinnahmequelle der ambulanten Pflegedienste ist die Pflegeversicherung. Durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen

Fokus der Studie liegt auf Häuslicher Krankenpflege, die von der ambulanten Pflege nach SGB XI abzugrenzen ist

¹ Aufgrund der einfacheren Lesbarkeit wird in dieser Studie in der Regel bei Berufsbezeichnungen und Ähnlichem die maskuline grammatikalische Form gewählt. Damit sind freilich Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

(MDK) erfolgt eine Einteilung der Bedürftigen in drei Pflegestufen (gem. § 15 SGB XI), für welche unterschiedlich hohe Höchstbeträge für Sachleistungen² zur Verfügung stehen. Als pflegebedürftig gelten gem. § 14 Abs. 1 SGB XI „Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.“ Die hilfebedürftigen „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen“ – und somit die möglichen Pflegeleistungen – umfassen je nach Pflegestufe gem. § 14 Abs. 4 SGB XI die Bereiche Körperpflege (Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung), Ernährung (mundgerechte Zubereitung und Nahrungsaufnahme), Mobilität (Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung) und die hauswirtschaftliche Versorgung (Einkaufen, Kochen, Wohnungsreinigung, Spülen, Wäschewaschen, Beheizen). Die drei erstgenannten Leistungsbereiche werden dabei auch als Grundpflege bezeichnet.

Die „Häusliche Krankenpflege“ (HKP) gilt hingegen als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen. Es gibt eine Untergliederung in die zwei Bereiche Krankenhausvermeidungspflege (gem. § 37 Abs. 1 SGB V) und Sicherungspflege (gem. § 37 Abs. 2 SGB V). Zur Verordnung der HKP als Krankenhausvermeidungspflege sind drei Indikationen zu unterscheiden:

- für den Versicherten ist eine Behandlung im Krankenhaus zwar geboten aber nicht durchführbar, oder
- eine Krankenhausbehandlung kann durch HKP verkürzt werden, oder
- eine Krankenhausbehandlung kann durch HKP vermieden werden.

Im Rahmen der Krankenhausvermeidungspflege können Leistungen der Grund- und Behandlungspflege und ggf. der hauswirtschaftlichen Versorgung verordnet werden. Als Behandlungspflege gelten gemäß § 1 Abs. 3 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinie) „Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können.“ Ein konkreter Maß-

Häusliche Krankenpflege als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen

Häusliche Krankenpflege als Krankenhausvermeidungspflege

² Wird die Pflege nicht (vollständig) durch einen ambulanten Pflegedienst übernommen, so kann auch auf eine (anteilige) Geldleistung oder teilstationäre Pflege zurückgegriffen werden.

nahmenkatalog befindet sich in der Anlage zur HKP-Richtlinie und beinhaltet u. a. Wundversorgung, Verbandwechsel, Katheterisierung, Injektionsgabe, Infusionstherapie, Medikamentengabe, Blutdruck- und Blutzuckerkontrolle, medizinische Einreibungen sowie Einlaufverabreichung. Die Krankenhausvermeidungspflege kann in der Regel bis zu einem Zeitraum von vier Wochen gewährt werden, welcher in Ausnahmefällen erweitert werden kann.

HKP als Sicherungspflege kann sowohl zur Unterstützung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung des Patienten verordnet werden, als auch dann, wenn ein Behandlungsbedürfnis bereits „bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung“ (gem. § 2 Abs. 4 HKP-Richtlinie) festgestellt wurde. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können im Bereich der Sicherungspflege nur auftreten, wenn diese „im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege“ (§ 2 Abs. 5 HKP-Richtlinie) stehen, die zuständige Krankenkasse die Leistungen in der jeweiligen Satzung vorsieht und diese nicht durch die Pflegeversicherung übernommen werden würden. Die Erstverordnung soll einen Zeitraum von 14 Tagen nicht überschreiten. Folgeverordnungen können jedoch auch für längere Zyklen gelten, insbesondere auf Grund der demographischen Entwicklung und der Multimorbidität der Leistungsempfänger. In dem folgenden Schaubild 1 sind die wesentlichen Elemente der Häuslichen Krankenpflege zusammengefasst dargestellt.

Häusliche Krankenpflege als Sicherungspflege

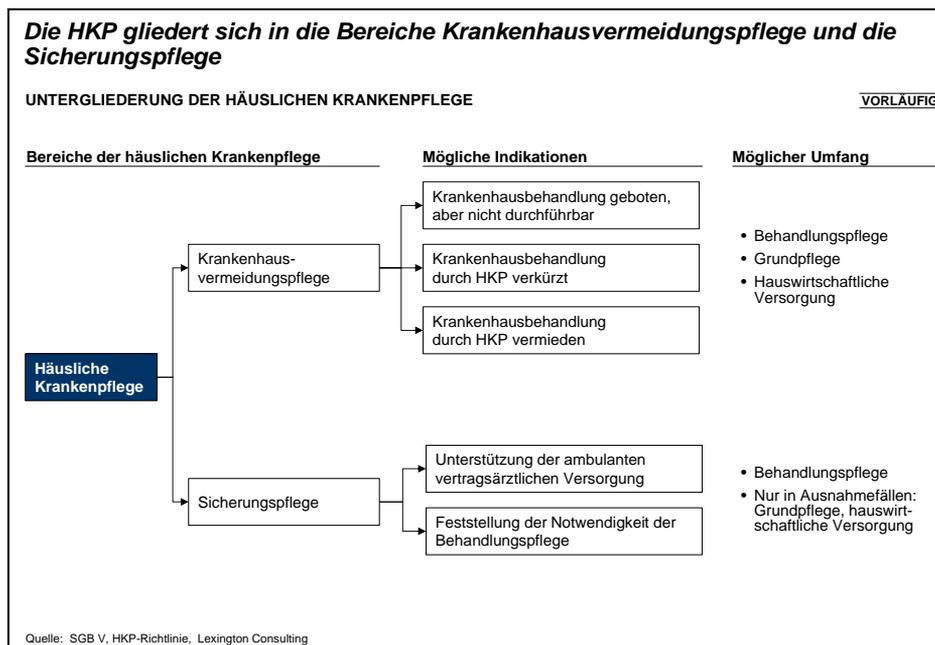


Schaubild 1: Übersicht zur Untergliederung der Häuslichen Krankenpflege.

Die Krankenkassen schließen mit den Leistungserbringern gemäß § 132a Abs. 2 SGB V unter anderem Verträge (etwa über Preise und Abrechnungsmodalitäten) der HKP-Versorgung. Immer wieder kommt es insbesondere im Bereich der Vergütung zu Interessenskonflikten zwischen den Kostenträgern (Krankenkassen) und den Leistungserbringern. Dies ist auch zukünftig zu erwarten. In mehreren Fällen wurden in der Vergangenheit entsprechend Schiedsverfahren zur Klärung durchgeführt. Dieses ist gem. § 132a Abs. 2 Satz 6 SGB V in Fällen der Nicht-Einigung seit 2004 gesetzlich vorgesehen, wie u. a. Schaubild 2 aufgreift.

Leistungserbringer und Kostenträger kommen häufiger zu keiner Einigung bei den Vergütungen

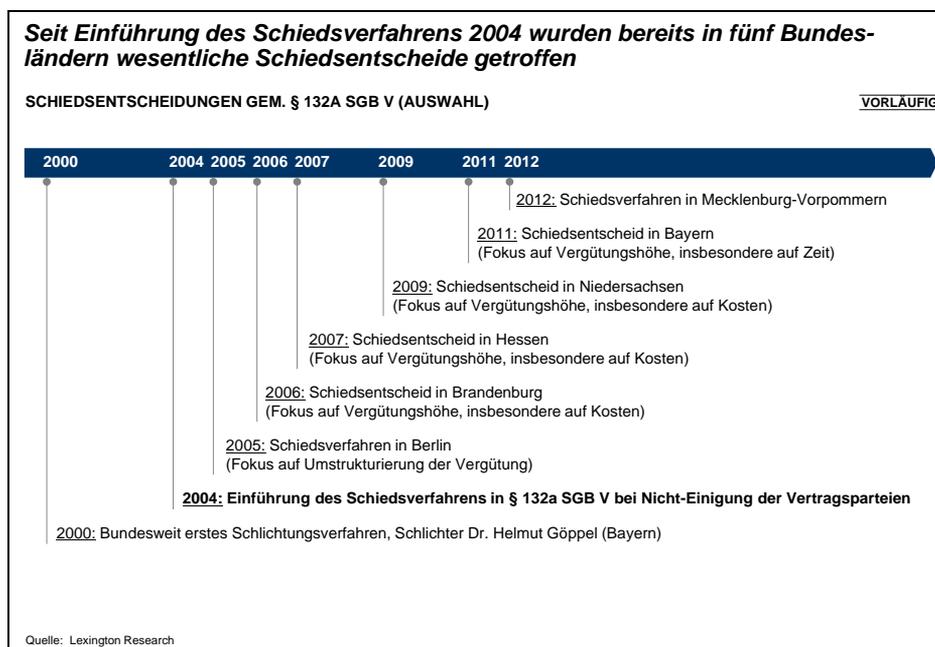


Schaubild 2: Auswahl wesentlicher Schiedsentscheidungen zur HKP.

Bereits im Jahr 2000 wurde das bundesweit erste Schlichtungsverfahren zur Bestimmung der Vergütung der HKP-Leistungen in Bayern durchgeführt. Das hier verwendete Modell zur Herleitung der Kostenkalkulation eines Pflegedienstes, das sog. Göppel-Modell (nach dem Namen des Schlichters Dr. Helmut Göppel), gilt auch als Basis für spätere Schiedsentscheidungen. Im gesundheitsökonomischen Teil des Gutachtens zum aktuellen Schiedsentscheid in Bayern wird etwa auf das Göppel-Modell referenziert und dieses erweitert. Auch im vorliegenden Gutachten bilden die Annahmen dieser Gutachten eine Ausgangsbasis zur Kostenkalkulation. Das Göppel-Modell geht dabei von der Ermittlung eines kalkulatorischen Stundensatzes auf Basis der Gesamtkosten eines definierten Pflegedienstes dividiert durch die verfügbaren Arbeitsstunden aus. Da die Herleitung der notwendigen Daten bei der Berechnung des Stundensatzes die zentrale Rolle spielt, wurde in dieser Studie (anders als etwa in den vorgenannten Gutach-

Schlichtungsverfahren aus 2000 hat Kalkulationsmodell etabliert

ten und Verfahren) größter Wert auf die detaillierte Darstellung von Grundannahmen und kosten- und arbeitszeitbestimmenden Bestandteilen gelegt und diese nachvollziehbar hergeleitet.

Gegenstand der aktuellen Diskussion ist das Prinzip der Leistungsgerechtigkeit. Im pflegerischen Kontext bedeutet dies zum einen, dass gleiche Preise bzw. Vergütungen für Leistungen zu entrichten sind, die einen gleichen Aufwand verursachen: Aspekt der Vergütungssysteme und deren Strukturen. Zum anderen heißt dies auch, dass für die Leistungserbringung die entsprechenden Kosten zu berücksichtigen sind: Aspekt der Vergütungshöhe. Derzeit herrschen bundesweit unterschiedliche Vergütungssysteme und -höhen bei der Häuslichen Krankenpflege vor.

Gem. § 132a Abs. 2 Satz 5 SGB V haben „Krankenkassen darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden.“ Es ist insbesondere darauf zu achten, dass mit den Mitteln der Versicherten angemessen umgegangen wird. Aus unternehmerischer Sicht bedeutet diese Vorgabe im Kontext der vorliegenden Studie eine effiziente und kostengünstige Allokation der verfügbaren Ressourcen eines Pflegedienstes.

Dies führt zu der Schlussfolgerung, dass im Weiteren die Ist-Zustände der Vergütungen für Häusliche Krankenpflege, welche durch unterschiedliche Vergütungssysteme und unterschiedliche Vergütungshöhen derzeit vorliegen, nicht für eine vergleichende Betrachtung herangezogen werden können, weil dieses nicht sach- und leistungsgerecht wäre. Vielmehr geht es um die Herleitung einer vergleichenden Kostensicht zur Erbringung von HKP-Leistungen.

Fragestellung der Untersuchung

Die vorliegende Studie fokussiert den ökonomischen Themenbereich. Medizinische oder pflegewissenschaftliche Themenbereiche, wie z. B. die Frage nach erforderlichen Zeitwerten für eine Leistung der Häuslichen Krankenpflege durch einen Pflegedienst³, werden gänzlich ausgeklammert. Die von den Pflegediensten angebotene Qualität der erbrachten Leistung im Bereich der Häuslichen Krankenpflege ist in einer ökonomischen Betrachtung im gesamten Bundesgebiet als gleich vorausgesetzt. Die Pflegedienste sind zur Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards verpflichtet. Nach den bisherigen Regelungen sind die Kostenträger verpflichtet, Qualitätsprüfungen z. B. durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durchführen zu lassen (ausgehend von den Gesetzlichkeiten des SGB XI).

Prinzip der Leistungsgerechtigkeit von Vergütungen zu berücksichtigen

Angemessener Umgang mit Mitteln der Versicherten ist zu gewährleisten

Herleitung einer vergleichbaren Kostensicht erforderlich

Analyse der ökonomischen Fragestellung zur Häuslichen Krankenpflege

³ Hierfür liegen keine wissenschaftlich fundierten Daten vor.

Wie die Ausgangslage zeigt, besteht bislang keine gesicherte Faktenlage, welche

- den ökonomischen Themenbereich entsprechend detailliert,
- hierzu auf einzelne Kostenbestandteile eingeht,
- die erforderliche Datenbasis nachvollziehbar herleitet,
- kostenseitige Unterschiede analysiert und
- auf Länderebene (weitergehend bundesweit) vergleichbar macht.

Diese fünf Unterpunkte grenzen den Rahmen der vorliegenden Studie ab, um im Weiteren die Fragestellung zu beantworten, ob durch eine vergleichende Kostenbetrachtung für die Häusliche Krankenpflege Unterschiede bei der Vergütung gerechtfertigt sind. Ausgangspunkt hierbei ist wie bereits dargestellt der Aspekt der Leistungsgerechtigkeit bzw. leistungsgerechter Vergütungen.

Insbesondere die erwähnte Wirtschaftlichkeit und Preisgünstigkeit (gem. § 132a Abs. 2 Satz 5 SGB V i. V. m. § 12 SGB V) führt in der Betrachtungsweise der Studie zu dem ökonomischen Prinzip, dass mit möglichst geringen Mitteln die erforderlichen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege erbracht werden sollen. Sofern möglich, wird in der Studie auf einen kostengünstigen Lösungsweg abgestellt, wie z. B. bei den Leasingraten als Teil der Kfz-Kosten. Andernfalls würde systemseitig kein Anreiz zur Schaffung und Etablierung effizienter Strukturen bei der Erbringung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege gelegt werden, bei denen kontinuierlich Verbesserungspotenziale zu realisieren sind.

Struktur der Studie

Um die Studie zu dem sehr komplexen Themenfeld der Häuslichen Krankenpflege und angemessenen Vergütungen für Leistungen in diesem Bereich dem Leser gut und schnell zugänglich zu machen, sei in dem folgenden Abschnitt auf den strukturellen Aufbau der Studie eingegangen.

Die vorausgehende „Zusammenfassung der Ergebnisse“ liefert eine komprimierte Zusammenfassung der Ergebnisse. Dabei wird auf erläuternde Aspekte sowie Erklärungen der Vorgehensweise und Herleitung weitestgehend verzichtet.

Das Kapitel „Ziel der Untersuchung“ bildet die eigentliche Einführung in die Studie, indem es neben der Ausgangslage auch die Fragestellung umreißt und den Anspruch der vorliegenden Studie in mehreren Punkten definiert.

Schaffung einer nachvollziehbaren Faktenlage hinsichtlich der Kostensituation

Vergleichende Kostenbetrachtung als Grundlage für leistungsgerechte Vergütung

Leistungen der Häuslichen Krankenpflege sollen mit möglichst geringen Mitteln erbracht werden

Durch einen strukturierten Aufbau wird das komplexe Themenfeld der Häuslichen Krankenpflege erschlossen

Das Kapitel „Methodik der Studie“ legt vor allem die Grundlage für die Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Vorgehensweise. Teil dessen sind zum einen die Erläuterung des entwickelten Kostenmodells für Pflegedienste und zum anderen die vergleichende Perspektive zwischen den Bundesländern.

Das Kapitel „Herleitung der Datenbasis“ widmet sich ausführlich der Begründung der verwendeten Daten. Zudem legt es durch eine Reihe von statistischen Datenquellen und Herleitungsverfahren eine valide Basis für die weitere Kostenbetrachtung. Es werden sowohl die kosten- als auch arbeitszeitrelevanten Daten detailliert hergeleitet.

Das Kapitel „Ergebnisse der Kostenbetrachtung“ setzt die erarbeitete Datenbasis anhand des Kostenmodells um. Es werden sowohl Anteile an den Gesamtkosten für einen Pflegedienst ermittelt, als auch die zentrale Größe kalkulatorischer Stundensatz bestimmt. Auf Basis dieser quantitativen Erkenntnisse wird ein Vergleichsansatz zwischen den Bundesländern ausgeführt.

Das Kapitel „Unternehmerische Bewertung“ bildet den inhaltlichen Abschluss vor dem „Fazit“. Es wird auf strategische Aspekte innerhalb der Branche der Pflegedienste als Akteure für die Häusliche Krankenpflege eingegangen. Insbesondere der unternehmerische, strategische Handlungsspielraum zur betrieblichen Optimierung wird hierbei in den Vordergrund gerückt.

Methodik der Studie

Das Ziel der Untersuchung definiert zwei wesentliche Grundsätze für die Vorgehensweise der Studie. Aus methodischer Perspektive ist zum einen ein Modell erforderlich, welches die Kosten und deren Struktur transparent abbildet. Zum anderen stellt sich die Frage nach der Differenzierung dieser Betrachtung. Hierzu wird nachfolgend auf einen Ansatz eingegangen, der den Hintergrund für eine vergleichende Analyse auf Ebene der Bundesländer darlegt. Diese Herangehensweise ermöglicht sowohl eine strukturierte Analyse als auch ein höchstes Maß an Nachvollziehbarkeit der gewonnenen Erkenntnisse.

Methodik der Studie legt Grundlage für strukturierte Analyse und höchstes Maß an Nachvollziehbarkeit

Vorstellung des herangezogenen Kostenmodells

Als Grundlage für eine quantitative Bewertung der Kostenseite im Bereich der Häuslichen Krankenpflege ist eine modellhafte Abbildung einzelner Kostenbestandteile erforderlich. Dies ermöglicht im Weiteren eine Sicht auf die Gesamtkosten, welche bei einem durchschnittlichen Pflegedienst definierter Größe anfallen und entsprechend betriebswirtschaftlicher Kostenrechnung sowohl fixe als auch variable Kosten einbezieht. Das Kostenmodell der vorliegenden Studie geht von folgender übergeordneter Struktur aus, die bereits auf die erfahrungsgemäßen Kostenschwerpunkte eines Pflegedienstes in der Häuslichen Krankenpflege abgestimmt ist:

Modell ist auf die Kostenschwerpunkte eines Pflegedienstes in der Häuslichen Krankenpflege abgestimmt

- + Personalkosten
 - + Kfz-Kosten
 - + Mietkosten
 - + Materialkosten
 - + Kosten für die Außendarstellung
 - + Verwaltungskosten (z. B. IT)
 - + Sonstige Kosten (z. B. Steuerberatung/Buchhaltung)
-
- = Gesamtkosten**

Die Herleitung der Gesamtkosten basiert zunächst auf den absoluten Kosten. Hierbei wird grundsätzlich versucht, einen Zusammenhang zwischen der benötigten Ressourcenmenge und der jeweiligen Kosten herzuleiten. Eine detaillierte Struktur des verwendeten Kostenmodells mit den jeweiligen Bestandteilen befindet sich in Schaubild 3.

Gesamtkosten werden ermittelt

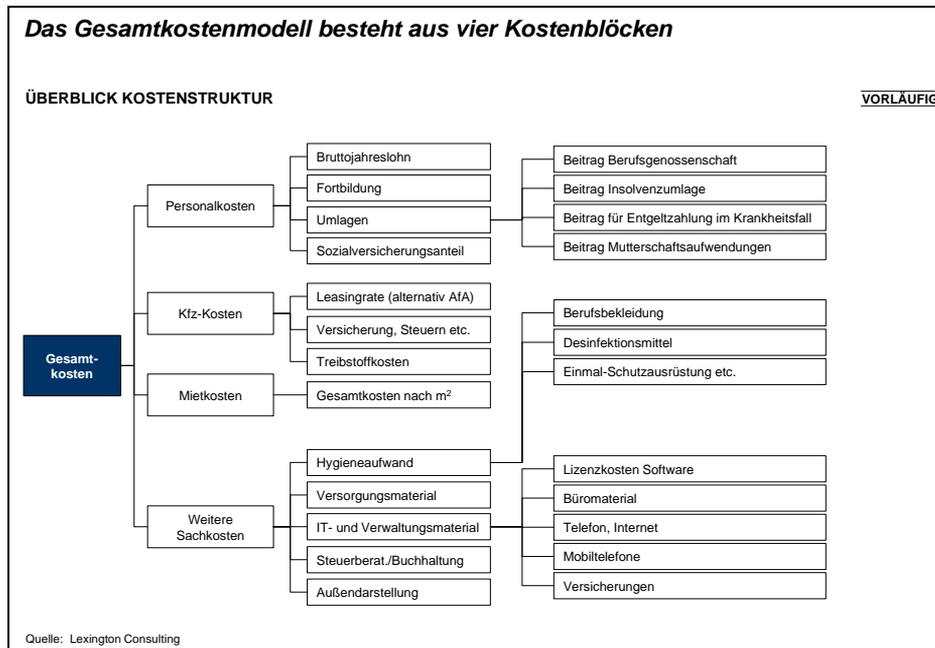


Schaubild 3: Struktur des Gesamtkostenmodells für den Bereich HKP.

Im Bereich der Personalkosten ist das „Menge mal Kosten“-Vorgehen beispielsweise erkennbar, indem zunächst eine repräsentative Personalstruktur definiert wird. Darauf folgend werden die direkten Personalkosten (wie etwa die Bruttolöhne) und die Personalnebenkosten (z. B. der Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung, der Beitrag für die Berufsgenossenschaft und die Fortbildungskosten) auf Basis valider, nachvollziehbarer und überwiegend öffentlich zugänglicher Quellen dargestellt. Ähnlich verhält sich die Kostenherleitung für die weiteren Bereiche, wie Kfz-Kosten (Anzahl benötigter Fahrzeuge und Leasingraten (als Full-Service-Leasing, alternativ Abschreibungen, Versicherungen, Steuern etc.), jährliche Fahrleistung und Treibstoffkosten) sowie Mietkosten (betriebsbedingt notwendige Fläche und Mietkosten je Quadratmeter).

Kosten werden detailliert hergeleitet

Es ist darüber hinaus festzustellen, dass ein ambulanter Pflegedienst gem. § 4 Nr. 16 Bst. c UStG nicht umsatzsteuerpflichtig ist. Dieses bedeutet insbesondere auch, dass gem. § 15 UStG kein Vorsteuerabzug möglich ist. Somit ist, anders als bei der „üblichen“ Betrachtung eines Unternehmens, jeweils von Kosten inkl. der gesetzlich geltenden Mehrwertsteuer (7 bzw. 19 Prozent) auszugehen. Die in der vorliegenden Studie berücksichtigten Kostenbestandteile verstehen sich als Bruttowerte (inkl. Mehrwertsteuer).

Ambulante Pflegedienste sind nicht vorsteuerabzugsfähig

Nach Ermittlung der Höhe der absoluten Kosten innerhalb des definierten Ressourcenrahmens erfolgt die Herleitung eines kalkulatorischen Stundensatzes, welcher eine zentrale Größe bei der Beantwortung der Grundfragestellung sowie einer Bemessungsgrundlage der leistungsgerechten Vergütung darstellt. Hierzu wird zunächst die

Kalkulatorischer Stundensatz resultiert als zentrale Größe

mögliche jährliche Arbeitszeit unter Berücksichtigung von Wochenenden und Feiertagen hergeleitet, gefolgt von einer zusätzlichen Betrachtung der kostenrelevanten Fehltag eines Arbeitnehmers. Darüber hinaus steht nicht die gesamte verfügbare Arbeitszeit für die Erbringung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege zur Verfügung. Vielmehr müssen „unproduktive“ Zeiten für Dienstbesprechungen, Vor- und Nachbereitung der Touren, Übergabezeiten etc. berücksichtigt werden. Die resultierende „produktive Nettojahresarbeitszeit“ ist der Nenner in der Berechnung des kalkulatorischen Stundensatzes. Dieser beantwortet insofern u. a. die Frage: Welche Kosten muss ein Pflegedienst je Stunde, in der ein Mitarbeiter tatsächlich abrechenbare Leistungen an einem Patienten erbringt, decken, um kostendeckend zu arbeiten? Zugleich wird mit dieser Frage die Grundlage für die Erörterung der Rechtfertigung von Vergütungsunterschieden bei der Häuslichen Krankenpflege in den Bundesländern gelegt.

Vergleichsansatz einzelner Bundesländer

Ein bundesweiter Ansatz anhand des zuvor skizzierten Kostenmodells ist nicht zielführend, wie bereits die zentrale Frage der Studie, ob Vergütungsunterschiede bei der Häuslichen Krankenpflege in den Bundesländern gerechtfertigt sind, nahelegt. Vielmehr sollte für eine vergleichende Studie eine Differenzierung auf Ebene der Bundesländer erfolgen, da:

- die Verhandlungen (zu Vergütungssystem und -höhe etc.) zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern größtenteils je Bundesland stattfinden,
- Schiedsverfahren entsprechend auf Länderebene durchgeführt werden (siehe hierzu auch Abschnitt Hintergrund und Ausgangslage) und
- die Rahmenbedingungen zur Erbringung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege sich je Bundesland punktuell unterscheiden.

Insbesondere bezüglich des letzten Aspekts lässt sich eine Vielzahl an Indikatoren aus dem (volks-)wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und krankengespezifischen Umfeld analysieren. Auf eine Auswahl wird nachfolgend beispielhaft eingegangen.

Zieht man wesentliche Indikatoren der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung der Länder heran, wie z. B. das Bruttoinlandsprodukt (als Maß für die wirtschaftliche Leistung), das Arbeitnehmerentgelt (als Maß für das Bruttolohn- und -gehaltsniveau) und das verfügbare Einkommen (als Maß für zur Verfügung stehenden Anteil des Einkommens für privaten Konsum), so sind unterschiedliche Voraussetzungen in den Bundesländern zu erkennen (siehe Schaubild 4). Dies

Studie differenziert auf Ebene der Bundesländer

Erhebliche Unterschiede bei (volks-)wirtschaftlichen Indikatoren zwischen den Bundesländern

wird u. a. entsprechende Auswirkungen bei einer Bewertung zur wirtschaftlichen und preisgünstigen Erbringung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege haben.

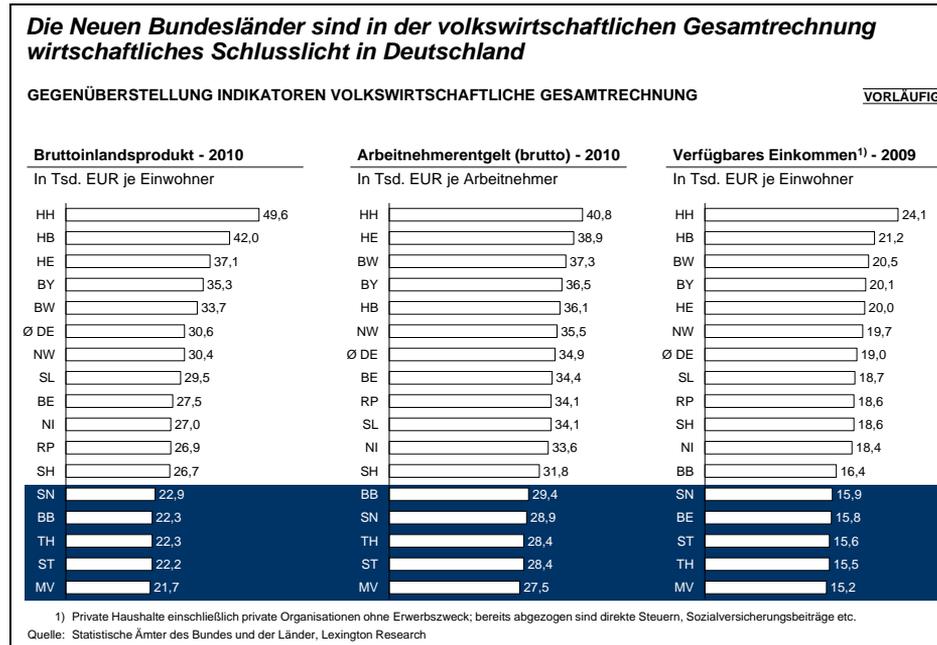


Schaubild 4: Indikatoren der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung je Bundesland.

Neben wesentlichen (volks-)wirtschaftlichen Indikatoren sind ebenfalls gesellschafts- oder sozialstrukturelle bzw. demografische Kriterien zu betrachten. Insbesondere können Merkmale herangezogen werden, welche bereits eine Verbindung mit dem Themenfeld der Häuslichen Krankenpflege bzw. der Pflegebedürftigkeit erlauben. Daher werden nachfolgend die Alters- und Bevölkerungsstruktur sowie die Morbidität aufgezeigt.

Auch gesellschafts- oder sozialstrukturelle bzw. demografische Kriterien sind zu betrachten

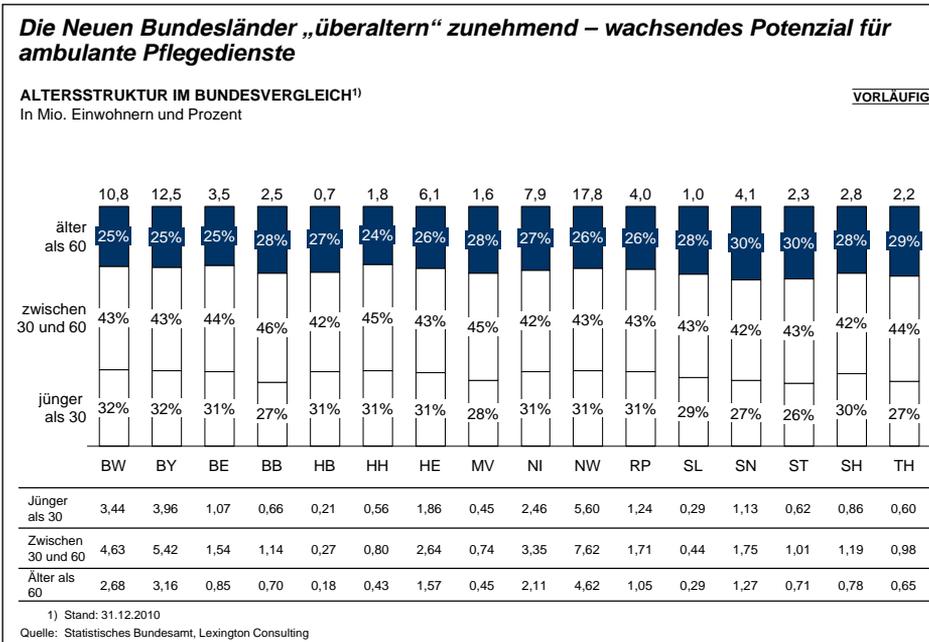


Schaubild 5: Altersstruktur je Bundesland.

Schaubild 5 fokussiert bei der Altersstruktur bereits die Gruppe der Einwohner älter als 60 Jahre, da diese eine erhöhte Relevanz für die Häusliche Krankenpflege haben. In den Neuen Bundesländern ist der Anteil dieser älteren Bevölkerung etwas höher und gleichzeitig der Anteil der jüngeren Bevölkerung unter 30 Jahren tendenziell geringer als in den Alten Bundesländern. Hinsichtlich der Bevölkerungsdichte ist auf die Unterschiede grundsätzlich zwischen Stadtstaaten und Flächenländern hinzuweisen. Bei Letzteren zeigt sich zudem eine „Abstufung“ zwischen den Neuen und Alten Bundesländern, wie aus Schaubild 6 ersichtlich wird.

Geringe Bevölkerungsdichte in den Neuen Bundesländern

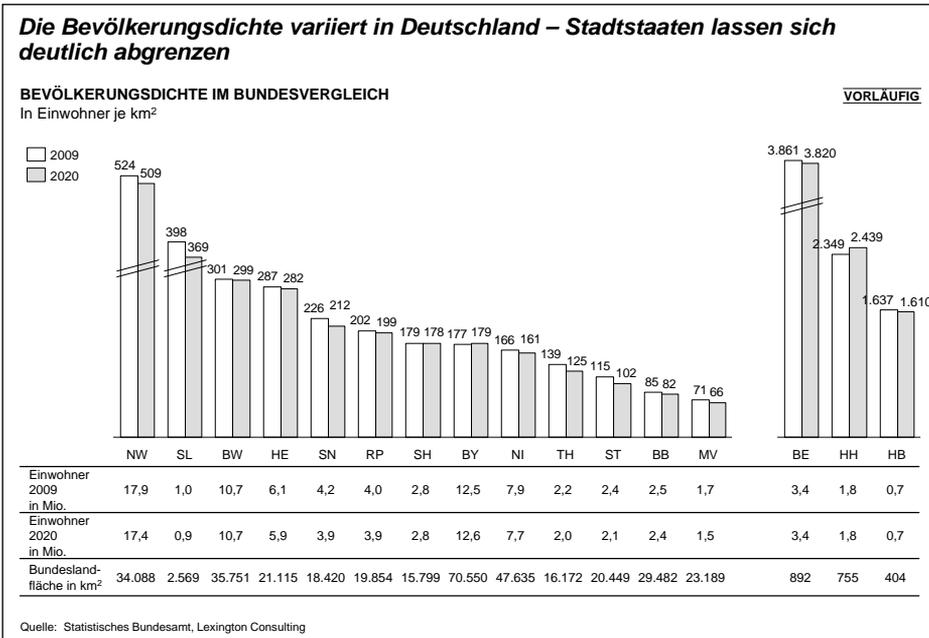


Schaubild 6: Bevölkerungsdichte je Bundesland.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal, das einen Vergleichsansatz auf Ebene der Bundesländer motiviert, besteht in der Morbidität, ein statistisches Maß für die Häufigkeit von Erkrankungen. Eine wesentliche Datenquelle zur Darstellung der Morbidität bilden die Informationen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (mRSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung. Für den mRSA werden 80 Krankheiten (normierte Definition und Abgrenzung durch das Bundesversicherungsamt) verwendet. Schaubild 7 zeigt die Abweichung je Bundesland zum Durchschnitt und erlaubt somit die Aussage, dass in den Neuen Bundesländern tendenziell eine höhere Morbidität vorliegt. Im Gegensatz dazu erkranken Versicherte in Westdeutschland weniger häufig. Auf eine weitere Differenzierung der Morbidität in Teilregionen oder auf Basis von Kreisen und Städten wird hier verzichtet, da auch bei dieser Betrachtung der vorausgehend skizzierte Trend zwischen Ost und West bestehen bleibt.

Höhere Morbidität in den Neuen Bundesländern

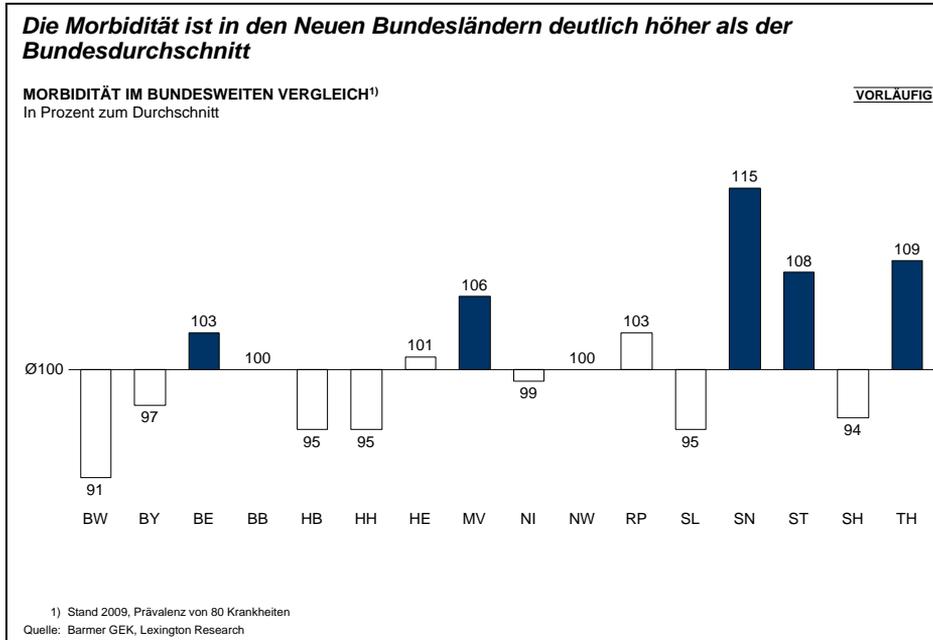


Schaubild 7: Morbidität je Bundesland.

Diese im Vorigen erörterten Zusammenhänge haben wiederum Auswirkungen auf krankenflegetspezifische Besonderheiten in einem Bundesland. Zum einen kann bereits die These formuliert werden, dass auf Ebene der Bundesländer Kostenunterschiede zur HKP-Leistungserbringung bestehen, und zum anderen nehmen demografische sowie sozialstrukturelle Größen u. a. Einfluss auf die „infrastrukturellen Gegebenheiten“ der Patienten.

Da für den Bereich der HKP keine gesonderten Statistiken wie z. B. für Behandlungspflegebedürftige vorliegen, bietet sich eine analoge Betrachtung anhand der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes (gemäß SGB XI) in einem Bundesland an. Diese liefert auch ein erstes Indiz für den HKP-Bereich, da sich die Leistungsempfänger nach SGB V und SGB XI häufig überschneiden. Anhand der Anzahl Pflegebedürftiger in einem Bundesland wird in Schaubild 8 die Pflegebedürftigendichte gebildet, die analog zur Bevölkerungsdichte verstanden werden kann. Bezogen auf die Bundeslandfläche gibt es somit in Deutschland unterschiedlich viele pflegebedürftige Patienten.

Geringere Pflegebedürftigendichte in den neuen Bundesländern

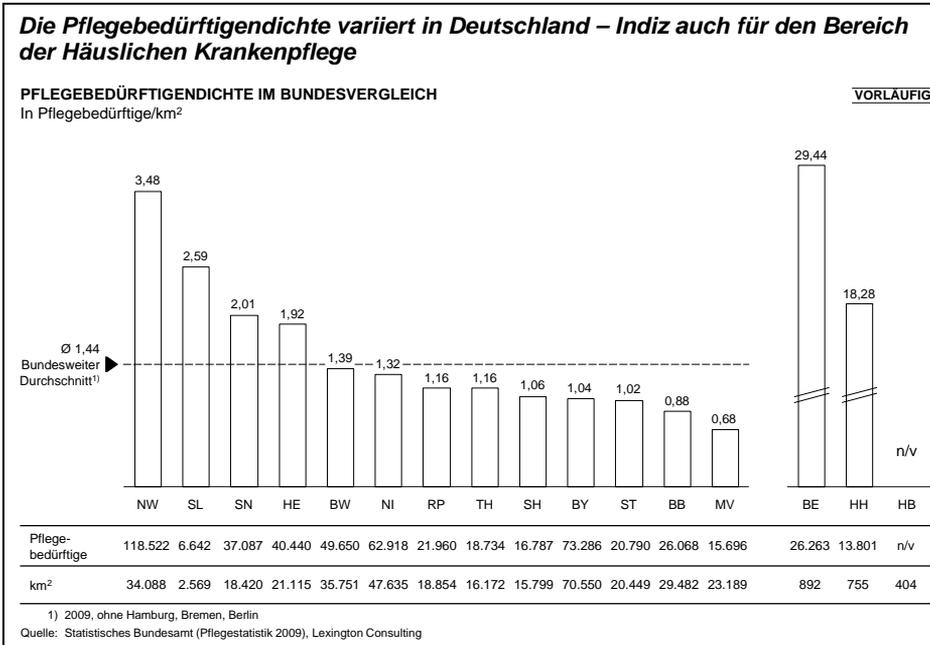


Schaubild 8: Pflegebedürftigendichte je Bundesland.

An diesen Gedanken schließt sich die Betrachtung von Versorgungsgebieten für Pflegedienste an. Hierbei wird in Schaubild 9 von idealtypischen, kreisförmigen Versorgungsgebieten ausgegangen, um grundsätzliche strukturelle Unterschiede zu analysieren und im Weiteren zu berücksichtigen.

Pflegedienstversorgungsgebiete als spezifische Größe relevant

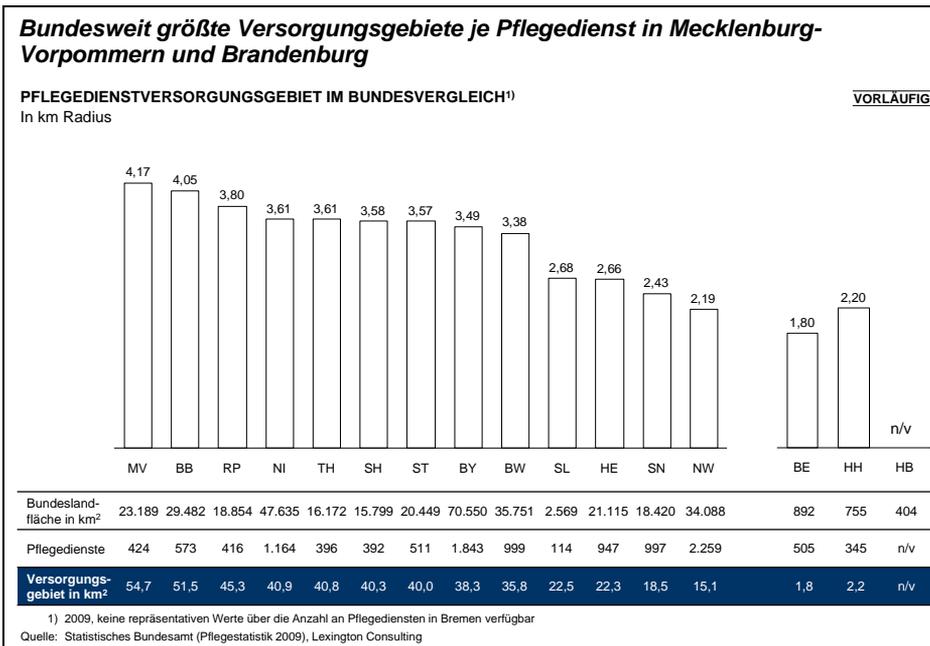


Schaubild 9: Versorgungsgebiete der Pflegedienste je Bundesland.

Unabhängig von der Größe der einzelnen Pflegedienste wird für eine Durchschnittsbetrachtung ermittelt, welche Fläche ein Pflegedienst mit der HKP-Versorgung abdecken muss. Es zeigt sich, dass in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg die Pflegedienstversorgungsgebiete am größten sind. Bezieht man sich auf den Radius eines solchen Versorgungsgebiets, wie u. a. in Schaubild 9 gezeigt, so liegt der Spitzenwert bei ca. 4,17 km, in dem die Patienten eines Pflegedienstes erreicht werden. Auch dies stellt eine Besonderheit der Häuslichen Krankenpflege in einem Bundesland dar.

Der Aspekt der unterschiedlichen Versorgungsradien für Pflegedienste kann sich beispielsweise in Abhängigkeit von Tourenplanung, sinnvollem Personaleinsatz, Pflegedienstgröße und Aktionsradius in den Fahrtfernen zu den Patienten auswirken. Folglich fallen unterschiedliche jährliche Fahrleistungen an. Die Studie geht darauf bei der Kostenherleitung detailliert ein und berücksichtigt entsprechende prozentuale Abweichungen (siehe hierzu auch Schaubild 21).

Wie durch die vorausgehende Betrachtung weiter untermauert werden konnte, ist eine vergleichende Studie mit Differenzierung auf Ebene der Bundesländer aus methodischer Sicht zielführend. Es konnte durch ausgewählte (volks-)wirtschaftliche, gesellschaftliche und krankenpflegespezifische Indikatoren aufgezeigt werden, dass die Rahmenbedingungen zur Erbringung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege je Bundesland variieren.

Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg mit den größten Versorgungsgebieten

Differenzierung auf Ebene der Bundesländer methodisch zielführend

Herleitung der Datenbasis

Eine nachvollziehbare Herleitung der Datenbasis, die für die vorausgehend dargestellte Methodik erforderlich ist, wird nachfolgend in den Abschnitten kostenrelevante und arbeitszeitrelevante Daten dargestellt. Als grundlegendes Prinzip der Herleitung wird auf öffentlich zugängliche Daten und statistische Werte zurückgegriffen (z. B. Statistisches Bundesamt, Statistische Landesämter).

Für die Herleitung wird auf öffentlich zugängliche Daten und statistische Werte zurückgegriffen

Kostenrelevante Daten

Entsprechend der Struktur des bereits im Vorigen erläuterten Kostenmodells der Studie werden nachfolgend die Inhalte der vier wesentlichen Kostenblöcke eines Pflegedienstes ausgeführt. Entsprechend der Relevanz wird zunächst auf die Personalkosten, dann auf die Kfz-Kosten, Mietkosten und schließlich die weiteren Sachkosten eingegangen. Die Studie stellt jeweils die relevanten Kostenbestandteile, die statistischen Datenquellen sowie die Herleitungs- und Berechnungsverfahren für die ursächlich mit der HKP-Leistungserbringung in Verbindung stehenden Kosten dar. Es wird dabei dem ökonomischen Prinzip gefolgt, dass mit möglichst geringen Mitteln die erforderlichen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege erbracht werden sollen. Bezuggenommen wird hierbei auf die in der Studie angenommene und kalkulierte Pflegedienstgröße.

Die Daten werden in vier wesentlichen Kostenblöcken unterschieden

Personalkosten

Die absoluten Personalkosten eines mobilen Pflegedienstes werden durch zwei Bereiche determiniert: zum einen durch die Anzahl und Struktur der Mitarbeiter und zum anderen durch deren direkte und indirekte Personalkosten.

Personalkosten berücksichtigen mehrere Unterpunkte

Die Größe eines Pflegedienstes im Sinne der Anzahl von Vollzeitäquivalenten (VZÄ) stellt im Vergleich zur reinen Mitarbeiteranzahl eine aussagekräftigere Größe dar, weil im Bereich der mobilen Pflegedienste häufig Teilzeitkräfte mit unterschiedlich vielen Wochenarbeitsstunden eingesetzt werden. Da die Anzahl benötigter Personalstunden zur Erledigung der Aufgaben jedoch weitgehend bekannt ist und sich darüber hinaus die Nachfrage nach Pflegeleistungen nicht gleichmäßig über den Tag verteilt (in der Regel mit Spitzenzeiten in den Morgen- und Abendstunden), ist der Einsatz von flexiblen Arbeitszeitmodellen angebracht. Im Sinne der vorliegenden Studie wird somit davon ausgegangen, dass dem Pflegedienst eine konstante Anzahl von VZÄ zur Verfügung steht, unabhängig von der Anzahl der eingesetzten Mitarbeiter.

Flexible Arbeitszeitmodelle bei Pflegediensten

In der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes werden unter anderem Informationen zur Personalanzahl und Vollzeitäquivalenten in den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen eines ambulanten Pflegedienstes untergliedert nach Berufsabschluss, eine Darstellung der Personenanzahl nach Tätigkeitsbereichen je Bundesland und eine Darstellung der Anzahl der Pflegedienste je Bundesland präsentiert. Gemäß der HKP-Richtlinie können die Leistungen durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden. Hierzu zählen Pflegefachkräfte (Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie staatlich anerkannte Altenpfleger) und Pflegekräfte (alle weiteren Personen, welche nicht in den Bereichen Pflegedienstleitung, Pflegefachkräfte und Verwaltung sowie Geschäftsführung genannt sind). Auf dieser Grundlage kann in Schaubild 10 die durchschnittliche Größe und Personalstruktur eines Pflegedienstes ermittelt werden.

Personalstruktur der Pflegedienste lässt sich anhand der Pflegestatistik auf VZÄ berechnen

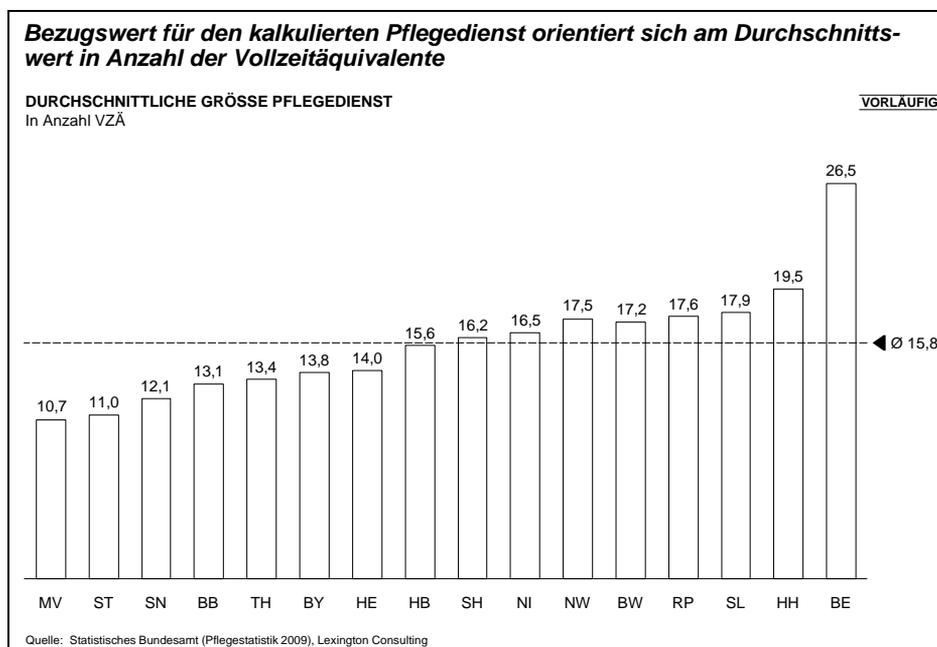


Schaubild 10: Durchschnittsgröße eines Pflegedienstes.

Wie in Schaubild 10 erkennbar, variiert die durchschnittliche Größe eines Pflegedienstes in den einzelnen Bundesländern stark zwischen 10,7 VZÄ in Mecklenburg-Vorpommern und 26,5 VZÄ in Berlin. Mit Blick auf die verfolgte Intention der vorliegenden Studie, der Analyse von Kostenunterschieden in der Häuslichen Krankenpflege zwischen den einzelnen Bundesländern, wurde für die Personalzusammensetzung auf den bundesweiten Durchschnittswert zurückgegriffen. Dieses Vorgehen ermöglicht eine vergleichende Analyse der spezifischen (Personal-)Kostenstrukturen in einem Bundesland. Im später folgenden Kapitel „Unternehmerische Bewertung“ erfolgt u. a. eine detaillierte Analyse von Größenvorteilen. In der vorliegenden Studie wird daher von einem durchschnittlichen Personalbestand von 15,8 VZÄ ausgegangen. Für den kalkulatorischen Pflegedienst wird eine

Bundesweiter Durchschnittswert für die Größe eines Pflegedienstes wird für Vergleichbarkeit verwendet

Personalzusammensetzung von einer VZÄ Pflegedienstleitung, sieben VZÄ Pflegefachkräfte, sieben VZÄ Pflegekräfte sowie 0,8 VZÄ Verwaltungskräfte als Annahme getroffen (bereits vorausgehend kann auf die Varianten mit einer Zusammensetzung aus ausschließlich examinieren bzw. nicht examinieren Pflegepersonal in Abschnitt „Darstellung von kalkulatorischen Stundensätzen“ verwiesen werden).

Die unterschiedliche Größe der Pflegedienste in den Bundesländern zeigt eine gewisse Kongruenz mit vertraglich definierten Mindestgrößen. So muss ein Pflegedienst in Berlin etwa aus mindestens acht Mitarbeitern (eine Pflegedienstleitung, eine stellvertretende Pflegedienstleitung, sechs Pflegefachkräfte), in Mecklenburg-Vorpommern aus mindestens fünf Personen (eine Pflegedienstleitung, vier Pflegefachkräfte), in Thüringen und Sachsen-Anhalt aus vier Mitarbeitern (eine Pflegedienstleitung, eine stellvertretende Pflegedienstleitung, zwei Pflegefachkräfte) oder in Rheinland-Pfalz aus drei Personen (eine Pflegedienstleitung und zwei Pflegefachkräfte) bestehen.

Die gesamten Personalkosten gliedern sich in Bruttojahreslöhne und Personalnebenkosten. Zu Letzteren zählen insbesondere der Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung, die gesetzlichen Umlagen für Mutterschutz und Lohnfortzahlung für kleinere Unternehmen (U1- und U2-Umlagen), die Beiträge zur Berufsgenossenschaft sowie die Kosten für Fortbildung der Mitarbeiter. Wie in Schaubild 11 dargestellt, konnte für jeden dieser Bereiche eine repräsentative Datenquelle identifiziert werden. So konnten im Bereich der Bruttolöhne vier mögliche Quellen herangezogen werden, wovon jedoch drei ausgeschlossen werden.

Mindestgröße eines Pflegedienstes muss kompatibel mit Voraussetzungen an Pflegepersonalstärke sein

Personalkosten gliedern sich in Bruttojahreslöhne und Personalnebenkosten

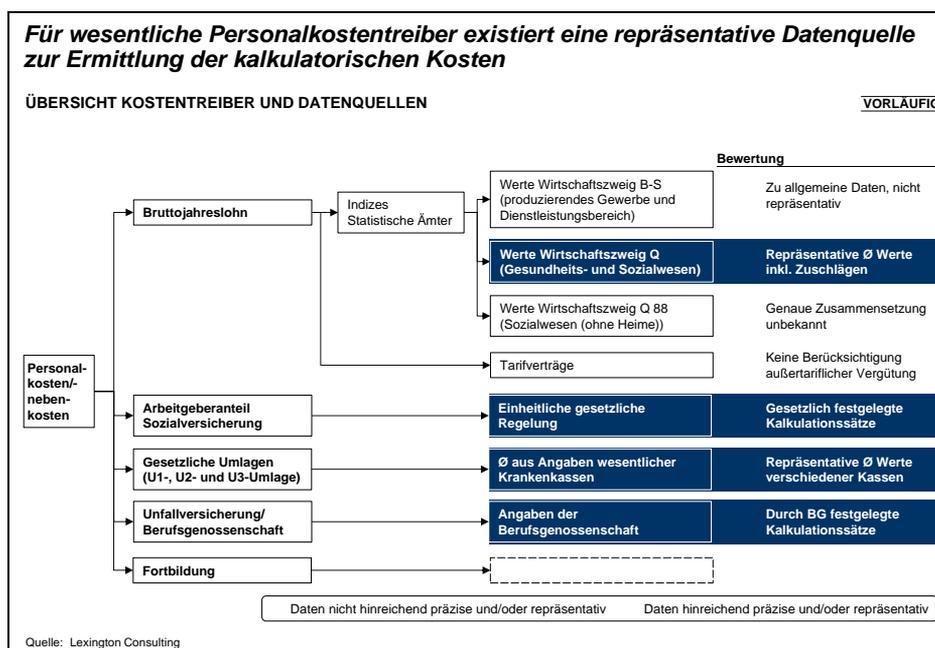


Schaubild 11: Datenquellen Personal- und Personalnebenkosten.

Insbesondere im Bereich des Bruttojahreslohns ist eine Bewertung unterschiedlicher Möglichkeiten notwendig. Im Rahmen dieser Studie wurde auf die Daten der Statistischen Bundes- und Landesämter zurückgegriffen. Diese erheben quartalsweise Informationen zu Bruttomonats- und Bruttostundenverdiensten sowie der wöchentlichen Arbeitszeit von Arbeitnehmern in unterschiedlichen Wirtschaftszweigen. In der vorliegenden Studie wird auf die Jahresdurchschnittswerte der sog. vierteljährlichen Verdiensterhebung der Statistischen Bundes- und Landesämter zurückgegriffen. Diese erfragen bei bundesweit etwa 40.500 sog. örtlichen Einheiten (räumlich abgegrenzte Einheiten, in denen in der Regel mehr als zehn Arbeitnehmer tätig sind) auf Bundeslandebene als repräsentativ einzustufende Daten zu den tatsächlichen bruttolohnrelevanten Bestandteilen. Die in dieser Studie verwendeten Daten basieren auf tatsächlichen durchschnittlichen Einkommenswerten im relevanten Wirtschaftszweig Q (Gesundheits- und Sozialwesen) und gelten somit als repräsentative Größe der tatsächlichen Personalkostensituation der betreffenden Unternehmen.

Der Bereich der mobilen Pflegedienste wird hierbei nicht separat dargestellt, sondern ist Teil des Wirtschaftszweiges Q 88 (Sozialwesen (ohne Heime)). Durch die spezifische Zusammensetzung dieses Wirtschaftsbereiches, muss von einer Verzerrung gegenüber des Pflegedienstpersonals von anderen inkludierten Berufsgruppen ausgegangen werden. Daher wurde im Rahmen dieser Studie auf die übergreifende Ebene (Wirtschaftszweig Q, Gesundheits- und Sozialwesen) zurückgegriffen. Die herangezogenen durchschnittlichen Bruttolöhne (und Wochenarbeitszeiten) als Mittelwerte aller Arbeitnehmer beinhalten sowohl die Zuschläge für Sonn- und Feiertagstätigkeiten als auch für Nacharbeit und ergeben somit eine nutzbare und repräsentative Datenquelle. Die statistischen Ämter erfassen die relevanten Informationen zusätzlich nach fünf sog. Leistungsgruppen (LG). LG 1 entspricht hierbei „Arbeitnehmern in leitender Stellung“, LG 2 sind „herausgehobene Fachkräfte“, LG 3 „Fachkräfte“, LG 4 „angelernte Arbeitnehmer“ und LG 5 „ungelernte Arbeitnehmer“. Im Rahmen dieser Studie wurde für die Pflegedienstleitung die LG 2, für Pflegefachkräfte die LG 3 sowie für Pflegekräfte und Verwaltungskräfte die LG 4 angenommen.

In der Mehrzahl der relevanten Verträge wird von einer branchenüblichen Wochenarbeitszeit von 40 Stunden ausgegangen, weshalb die Daten der statistischen Ämter innerhalb der vorliegenden Studie auf eine 40-Stunden-Woche berechnet wurden. Eine zusammenfassende Übersicht der resultierenden Bruttojahreslöhne des Wirtschaftszweiges Q (Gesundheits- und Sozialwesen) befindet sich in dem folgenden Schaubild 12.

Sorgfältige Auswahl der Personalkosten-Statistik erforderlich

Repräsentative, statistische Datenquelle wird herangezogen

Wochenarbeitszeit von 40 h pro Woche bei Vollzeit in Pflegediensten üblich

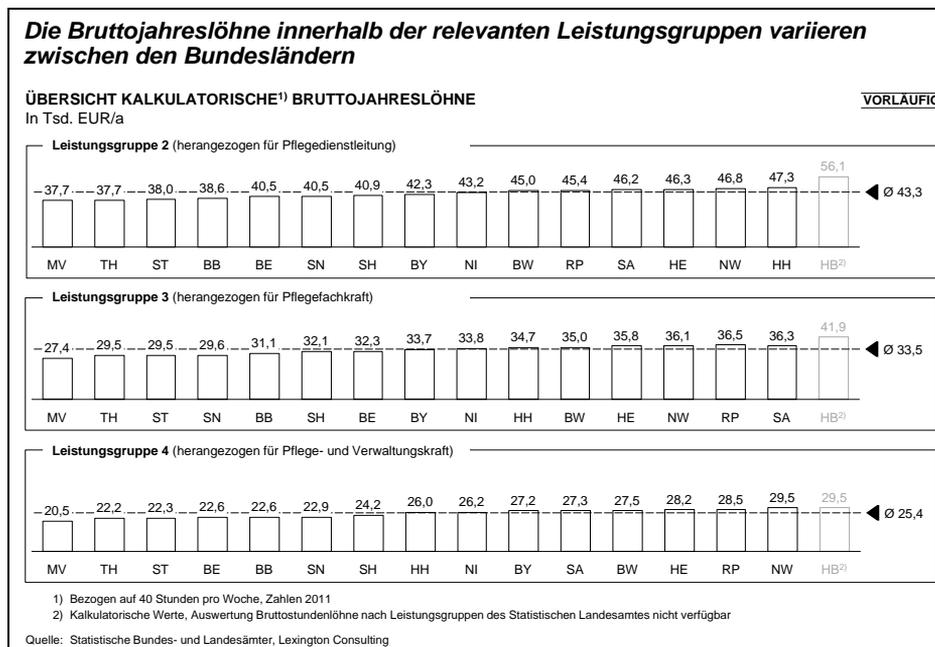


Schaubild 12: Bruttojahreslöhne nach Leistungsgruppen.

Es ist erkennbar, dass die Bruttojahresverdienste innerhalb der Leistungsgruppen zwischen den Bundesländern stark variieren. Mecklenburg-Vorpommern ist in allen drei Leistungsgruppen durch die niedrigsten Bruttojahreslöhne gekennzeichnet. Die höchsten Bruttoverdienste sind hingegen in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich.

Auf die Angaben in Tarifverträgen kann aus mehreren Gründen nicht zurückgegriffen werden: Zum einen ist nicht hinreichend bekannt, welcher Anteil der Arbeitnehmer tariflich (und nach welchem Tarifvertrag) entlohnt wird und wie die nicht-tariflich bezahlten Arbeitnehmer vergütet werden, zum anderen müssten zu viele Annahmen zum Personalprofil (etwa Alter, Betriebszugehörigkeit etc.) getroffen werden.

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds gilt seit 2009 für die gesetzliche Sozialversicherung in Deutschland ein einheitlicher Beitragssatz. Die Sozialversicherung umfasst hierbei die Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung. Die Beiträge werden in etwa jeweils zur Hälfte durch den Arbeitnehmer und den Arbeitgeber getragen. Die Arbeitnehmerabgaben sind bereits im Bruttolohn enthalten, die Arbeitgeberaufwendungen müssen hingegen zusätzlich berücksichtigt werden. Wie in Schaubild 13 dargestellt, beträgt der derzeitige Arbeitgeberanteil 19,325 Prozent des Bruttolohns.

Mecklenburg-Vorpommern mit den niedrigsten Bruttojahreslöhnen

Angaben aus Tarifverträgen eignen sich nicht für die Personalkostenherleitung

Arbeitgeberanteil Sozialversicherung von 19,325 Prozent

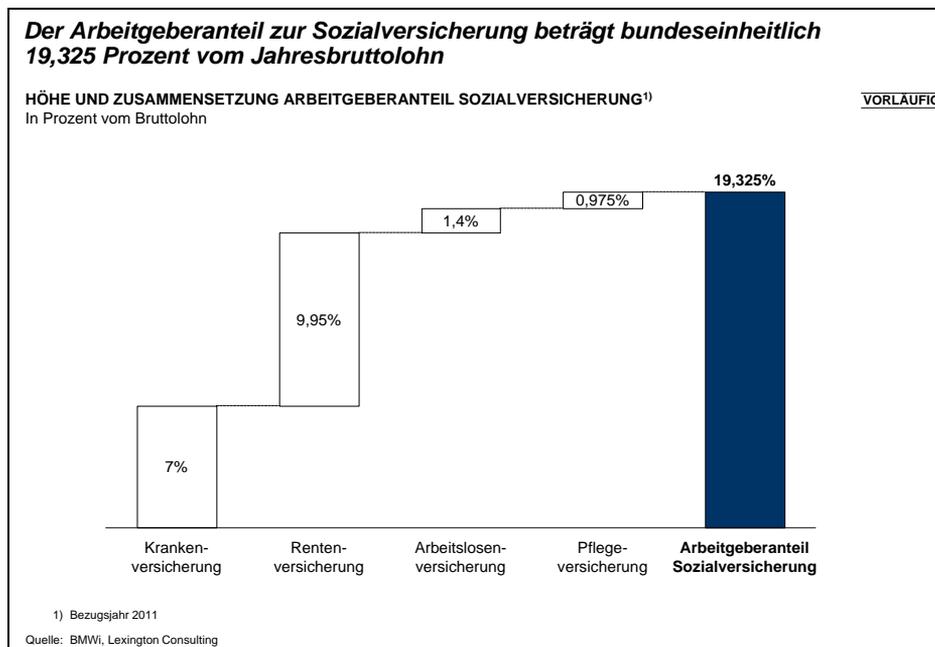


Schaubild 13: Allgemeiner Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung.

Arbeitgeber sind aufgrund der Regelung der §§ 3, 9 EntgFG zur sechswöchigen Lohnfortzahlung im Falle einer Arbeitsunfähigkeit sowie bei Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation verpflichtet. Da diese Pflicht insbesondere kleine Unternehmen im Falle einer tatsächlichen Zahlung stark treffen kann, müssen Unternehmen mit nicht mehr als 30 Arbeitnehmern eine sog. U1-Umlage an die jeweilige Krankenkasse entrichten. Diese Umlage ist in § 1 Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) geregelt und stellt faktisch eine Entgeltfortzahlungsversicherung dar, sodass bis zu 80 Prozent der relevanten Personalkosten durch die jeweils zuständige Krankenkasse zurückerstattet werden können. Die jeweiligen Krankenkassen regeln in ihren Satzungen sowohl mögliche Erstattungshöhen als auch die damit korrelierenden Umlagen. In Schaubild 14 ist erkennbar, dass der durchschnittliche Erstattungswert bei etwa 60 Prozent liegt und die damit zusammenhängenden Umlagen etwa 1,9 Prozent des Bruttolohns betragen.

Umlage U1 ist faktisch eine Entgeltfortzahlungsversicherung

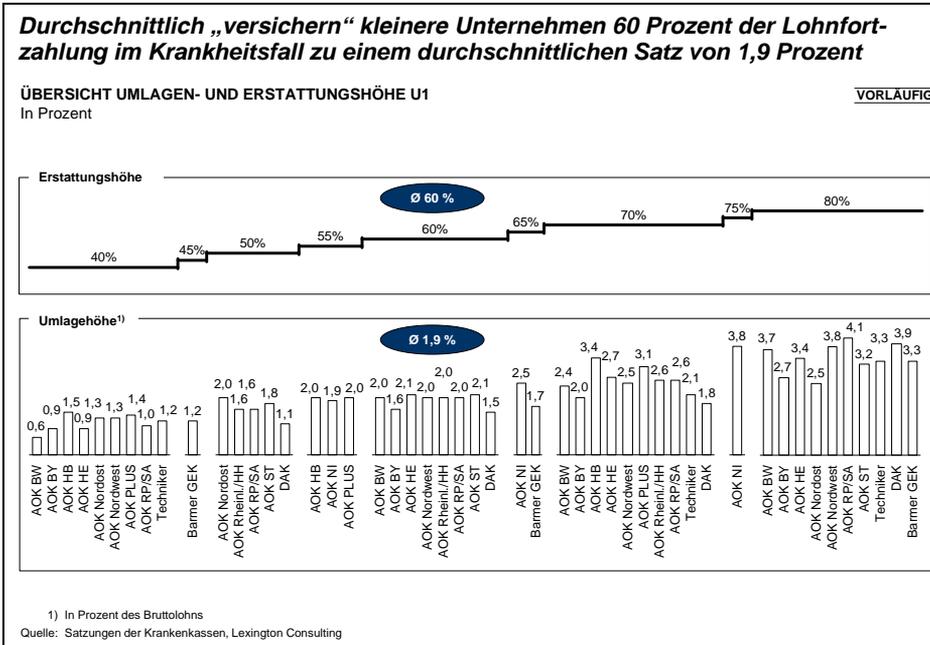


Schaubild 14: Herleitung zu berücksichtigender Kosten für Umlage U1.

Eine zweite, im gleichen Gesetz geregelte Umlage ist jene für die Kostenerstattung bei Mutterschutz und dazugehörigen Beschäftigungsverboten (U2-Umlage). Im Gegensatz zur Umlage 1 handelt es sich hierbei um eine für alle Arbeitgeber verpflichtende Zahlung. Die Erstattungshöhe liegt grundsätzlich bei 100 Prozent und die durchschnittliche Umlagehöhe bei 0,33 Prozent des Bruttolohns. In Schaubild 15 sind insbesondere die unterschiedlichen Umlagehöhen einzelner Krankenkassen sowie der resultierende Mittelwert dargestellt.

Umlage U2 für Kostenerstattung bei Mutterschutz ist verpflichtend

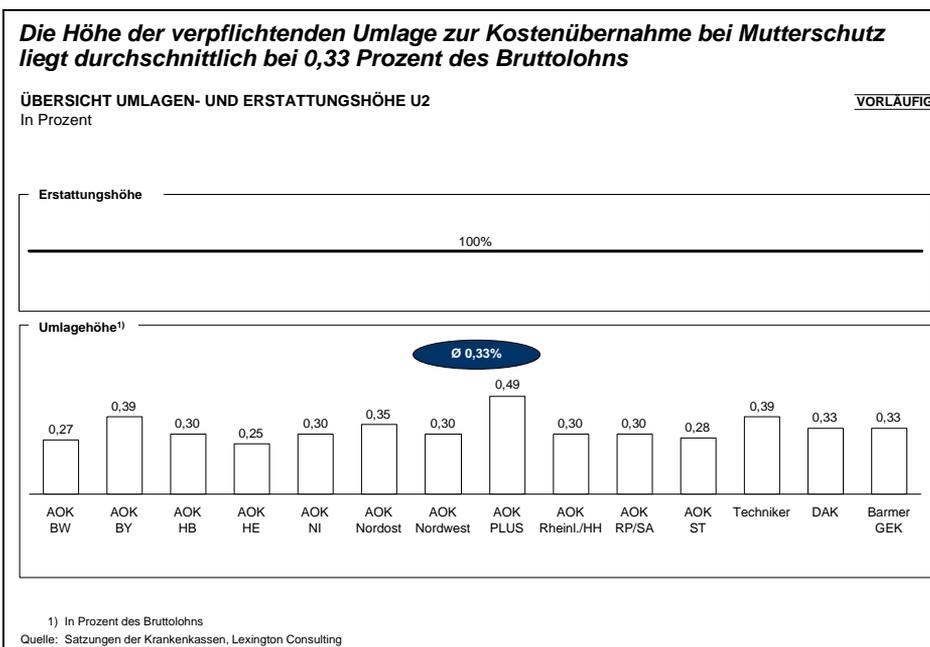


Schaubild 15: Herleitung zu berücksichtigende Kosten für Umlage U2.

Darüber hinaus zahlt jeder Arbeitgeber eine sog. Insolvenzgeldumlage (auch als U3-Umlage bezeichnet), durch welche eine maximal dreimonatige Lohnfortzahlung im Insolvenzfall an die Arbeitnehmer gesichert wird. Die Auszahlung übernimmt die Bundesagentur für Arbeit, für die Erhebung sind seit 2009 die Krankenkassen zuständig. Der jährliche Beitragssatz als Prozentsatz des Bruttolohns ist abhängig von der Höhe der tatsächlichen Ausgaben und der vorhandenen Rücklagen. In 2012 beträgt dieser 0,04 Prozent, der durchschnittliche Wert der letzten Jahre liegt, wie in Schaubild 16 erkennbar, bei 0,14 Prozent.

Arbeitgeber zahlt weiterhin Insolvenzgeldumlage (U3)

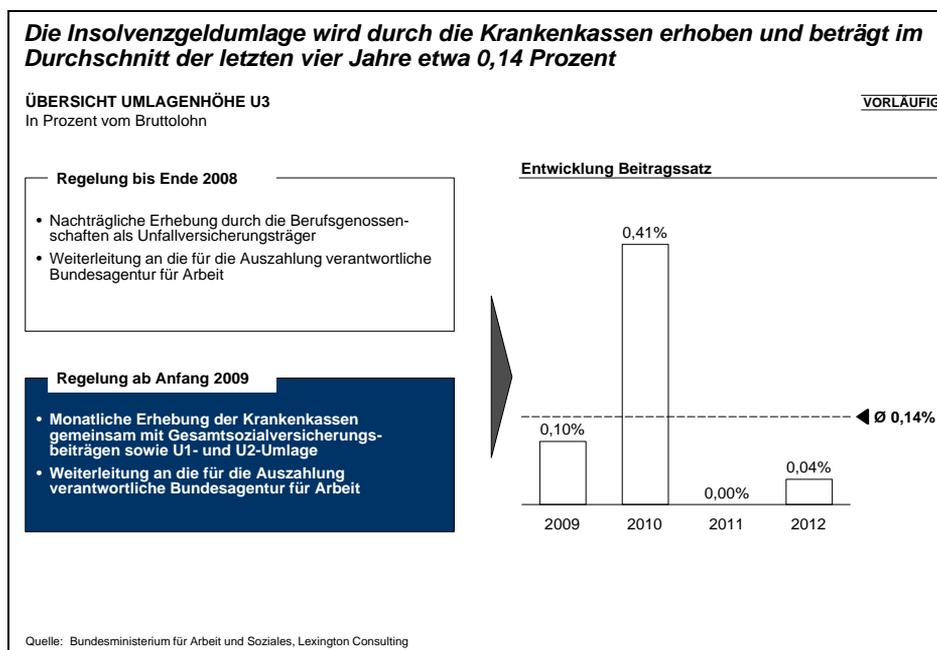


Schaubild 16: Herleitung zu berücksichtigende Kosten für Umlage U3.

Die für ambulante Pflegedienste zuständige Versicherung gegen das Risiko von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten ist die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Arbeitgeber sind verpflichtet, regelmäßig Beiträge an die Berufsgenossenschaft abzuführen. Der Beitragssatz der BGW (als Prozentsatz des Bruttolohns) basiert auf einer Klassifizierung nach Gefahrenklassen und dem Beitragsfuß. In Schaubild 17 ist die Berechnungssystematik anschaulich dargestellt. Der Berechnungsfaktor für Pflegedienste liegt bei 1,28 Prozent des Bruttolohns.

Für die Unfallversicherung bei Pflegediensten ist die BGW zuständig

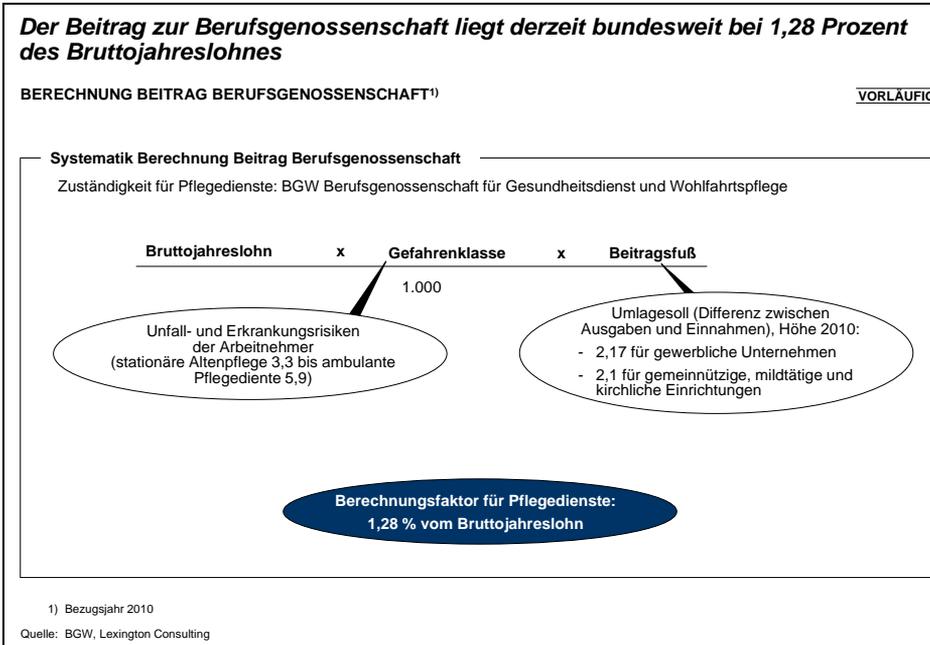


Schaubild 17: Beitrag zur Berufsgenossenschaft für Pflegedienste.

Der Umfang der Fortbildungen im Bereich der Häuslichen Krankenpflege ist gemäß § 132a Abs. 2 SGB V in den jeweiligen Verträgen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern definiert. Diese beinhalten meist für die Pflegedienstleitung (und deren Stellvertretung) sowie für die Pflegefachkräfte/Pflegekräfte Vorgaben zum zeitlichen Umfang der jährlichen Fortbildungszeit. Im Rahmen dieser Studie wird daher angenommen, dass ein möglicher zeitlicher Aufwand für Fortbildungsmaßnahmen etwa 20 Stunden p. a. für Pflegefach- und Pflegekräfte sowie etwa 28 Stunden p. a. für die Pflegedienstleitung ausmachen kann. Der Umfang der Fortbildung kann abweichen und wird durch vertragliche Vereinbarungen beeinflusst. Die Lerninhalte können dabei u. a. Erste Hilfe, erweiterte Reanimation, Dekubitusprophylaxe, Hygiene und Wundversorgung umfassen, wie Schaubild 18 aufgliedert. Darüber hinaus können etwa für externe Schulungen Fahrzeiten und -kosten entstehen, welche bei der Ermittlung ebenfalls berücksichtigt werden. Diese Annahmen zeigen dabei die möglichen operativen Kosten eines Pflegedienstes auf, stellen jedoch im Rahmen dieser Studie keine Empfehlung dar und können auch keinen Anspruch begründen.

Für die Fortbildung entstehen dem Pflegedienst weitere Personalkosten

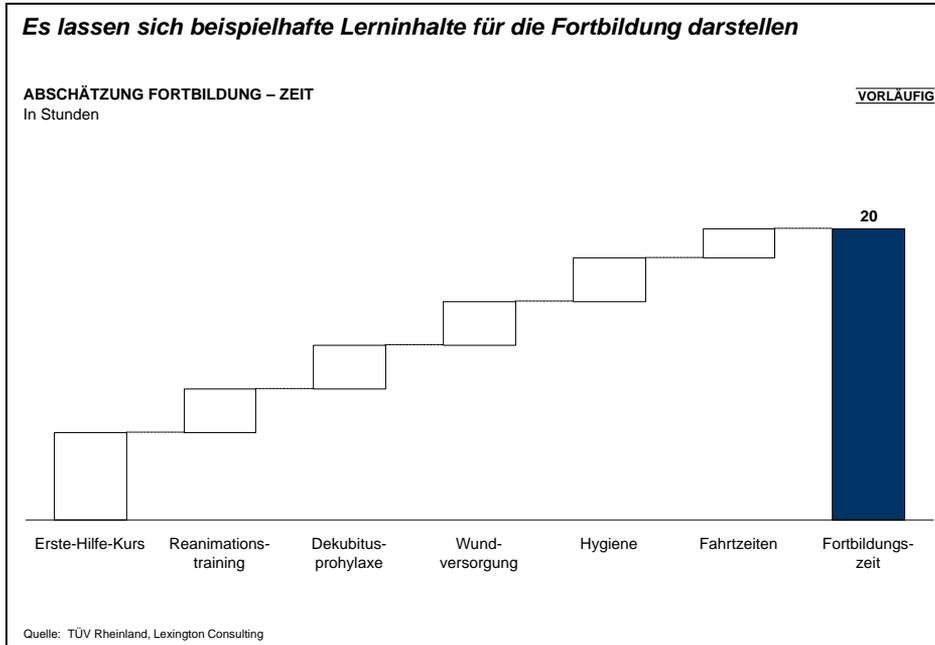


Schaubild 18: Abschätzung jährliche Fortbildungszeiten für Pflegefach- und Pflegekräfte.

Die Kosten der Fortbildungen basieren dabei auf Schätzungen für spezielle Inhouse-Schulungen in den Bereichen Erste Hilfe und Reanimationstraining sowie auf aktuellen Schulungsangeboten des TÜV Rheinland für die letzteren Bereiche und sind in Schaubild 19 dargestellt.

Kosten der Fortbildungen jährlich rund 400 EUR

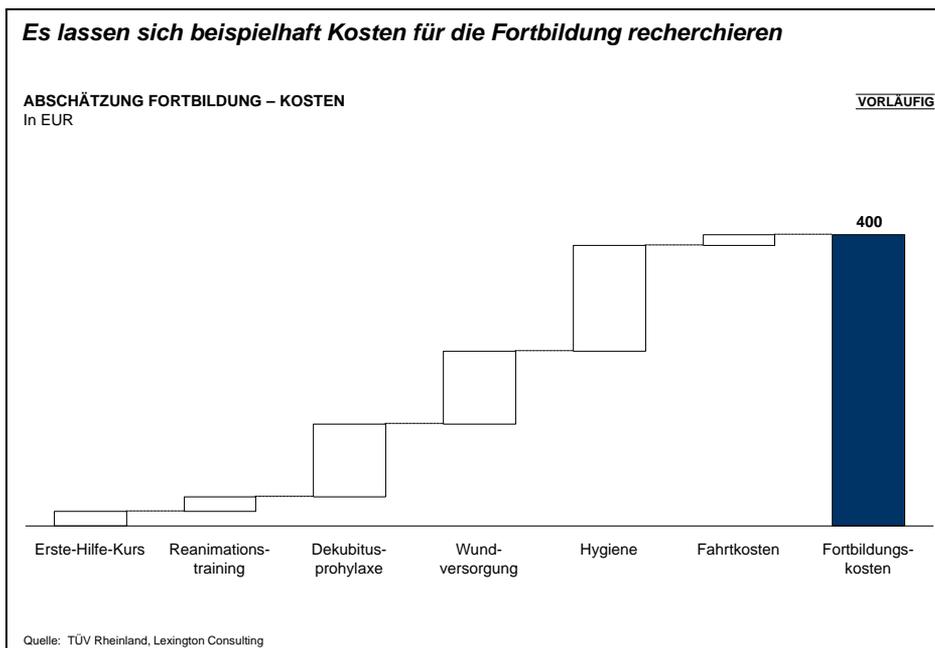


Schaubild 19: Abschätzung jährliche Fortbildungskosten für Pflegefach- und Pflegekräfte.

Die jährlichen Fortbildungskosten einer Pflegefachkraft/Pflegekraft werden in dieser Studie entsprechend der Schätzung in Schaubild 19 mit etwa 400 EUR p. a. angenommen. Die Fortbildungskosten der Pflegedienstleitung können etwa aufgrund der Teilnahme an Fachsymposien und Ähnlichem sowie aufgrund erweiterter Fortbildungspflichten regelmäßig höher sein. Im Rahmen dieser Studie werden die Fortbildungskosten der Pflegedienstleitung mit etwa 1.000 EUR p. a. kalkuliert.

**Fortbildungskosten der
Pflegedienstleitung
höher als für restliches
Pflegepersonal**

Kfz-Kosten

Im Bereich der Kfz-Kosten sind unterschiedliche Kostenbestandteile zur Herleitung des Gesamtkostenanteils der Kfz-Kosten erforderlich. Hierzu werden im Folgenden gezählt:

**Kfz-Kosten setzen sich
aus Leasingkosten und
Treibstoffkosten zu-
sammen**

- Leasingkosten inkl. Komplettservice: Die Leasingrate umfasst sämtliche anfallende Kosten der Kfz-Nutzung außer der Treibstoffkosten (alternativ wären Abschreibungen bei Fahrzeugkauf zu kalkulieren und durch Kosten für Versicherungen, Wartung und Instandhaltung etc. zu ergänzen).
- Treibstoffkosten: Berücksichtigt werden sowohl die durchschnittlichen bundesweiten Kraftstoffpreise als auch die je Bundesland kalkulierten Fahrleistungen für Pflegedienste.

Aufbauend auf dieser Struktur zur detaillierten Herleitung der Kfz-Kosten können nachfolgend die einzelnen Datensätze abgebildet werden. Die Leasingkosten ermöglichen ggü. dem Fahrzeugkauf die Möglichkeit, eine Vielzahl an Nebenkosten zu inkludieren und somit die Betrachtung transparent und übersichtlich zu halten. Unterschiede der Leasingraten auf Bundeslandebene sind im Sinne einer Durchschnittsbetrachtung nicht zu begründen. Es lassen sich somit Daten heranziehen, die bei bundesweit agierenden Mobilitätsanbietern zu erfragen sind. Die günstigste Leasingrate innerhalb einer getroffenen Auswahl unterschiedlicher möglicher Fahrzeugtypen lässt sich wie in Schaubild 20 dargestellt, herleiten.

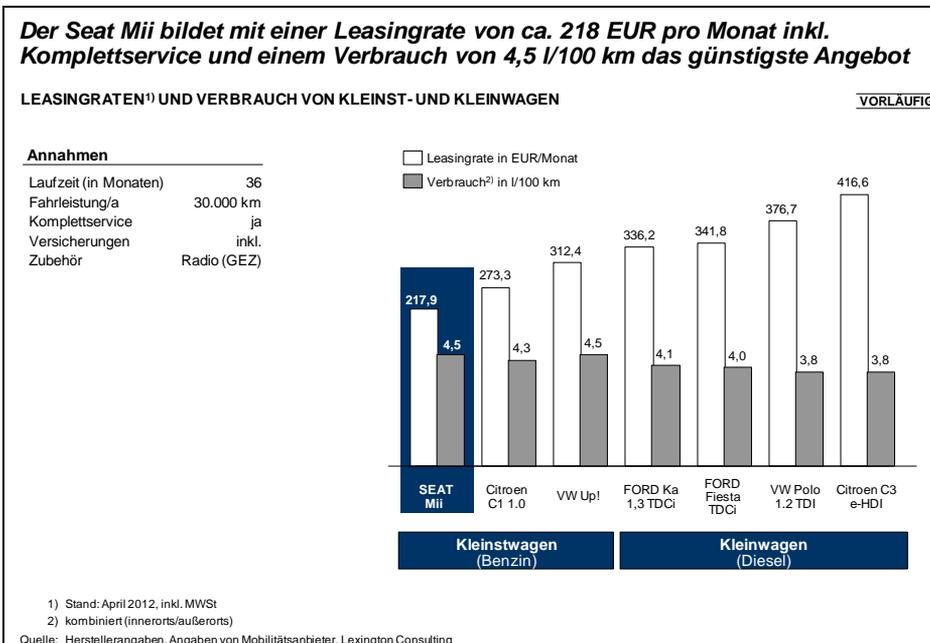


Schaubild 20: Leasingraten und Verbrauch für Kleinst- und Kleinwagen.

Basis dieser Herleitung sind Leasingraten von branchenüblichen Fahrzeugtypen aus der Klein- bzw. Kleinstwagenklasse, die bei Mobilitätsanbietern für diese Studie erhoben wurden. In der Kleinwagenklasse werden die Fahrzeugtypen VW Polo, Citroen C3, Ford Ka und Ford Fiesta in die Betrachtung einbezogen, in der Kleinstwagenklasse die Fahrzeugtypen Seat Mii, Citroen C1 und VW Up!. Nach Auffassung der Studie stellt der Einsatz des kostengünstigsten Kleinstwagens in der Regel eine ausreichende Fahrzeuggröße dar. Dies wird durch den häufigen Einsatz von Kleinstwagen bei Pflegediensten in der Praxis bestätigt. Die Leasingangebote laufen über drei Jahre und werden mit einer jährlichen Fahrleistung bis zu 30.000 km kalkuliert. Die inkludierten Leasingleistungen umfassen einen Komplettservice, der im Wesentlichen die Wartung, den Verschleiß, den Reifenersatz sowie die Abdeckung von Rückgabeschäden beinhaltet. Dies ermöglicht eine umfassende und abschließende Kostenkalkulation der laufenden Kosten für den Fuhrpark (außer Treibstoffkosten). Bei dem betrachteten Fahrzeug (Seat Mii) ergibt sich eine Leasingrate von rund 218 EUR im Monat.

Der zweite Kostenbestandteil zur Ermittlung der Kfz-Kosten wird aus den Treibstoffkosten gebildet. Analog zu den Leasingraten wird in Schaubild 20 ebenfalls der Verbrauch der herangezogenen Fahrzeugtypen erfasst. Der Seat Mii hat im Mittel einen Verbrauch von rund 4,5 Liter pro 100 Kilometer, basierend auf den Herstellerangaben für kombinierte Verbrauchswerte (inner- und außerorts). Es wird jedoch angenommen, dass im realen Fahrverhalten bei Pflegediensten, das durch tendenziell kürzere Fahrstrecken geprägt ist, höhere Verbrauchswerte anfallen. Somit wird ein pauschaler Aufschlag von ca. 27

Ein Portfolio aus Kleinst- und Kleinwagen wurde für die Leasingrate ausgewertet, der kostengünstigste ausgewählt

Für die Treibstoffkosten wurden 27 Prozent gegenüber den Herstellerangaben aufgeschlagen

Prozent kalkuliert (Auswertungen des ÖkoGlobe-Instituts der Universität Duisburg-Essen, Prof. Ferdinand Dudenhöffer ergeben im Schnitt 27 Prozent höhere Verbrauchswerte im Alltag gegenüber den Herstellerangaben; Untersuchungen des ADAC ermitteln 25 Prozent Verbrauchsüberschreitung). In die Berechnung der Treibstoffkosten geht ein Verbrauchswert von 5,7 Liter pro 100 Kilometer ein.

Zur Berechnung der jährlichen Fahrleistung wird in der Studie ein entsprechendes Schema verwendet. Die Ergebnisse je Bundesland zeigt Schaubild 21.

Jährliche Fahrleistung durch Größe der Versorgungsgebiete differenziert

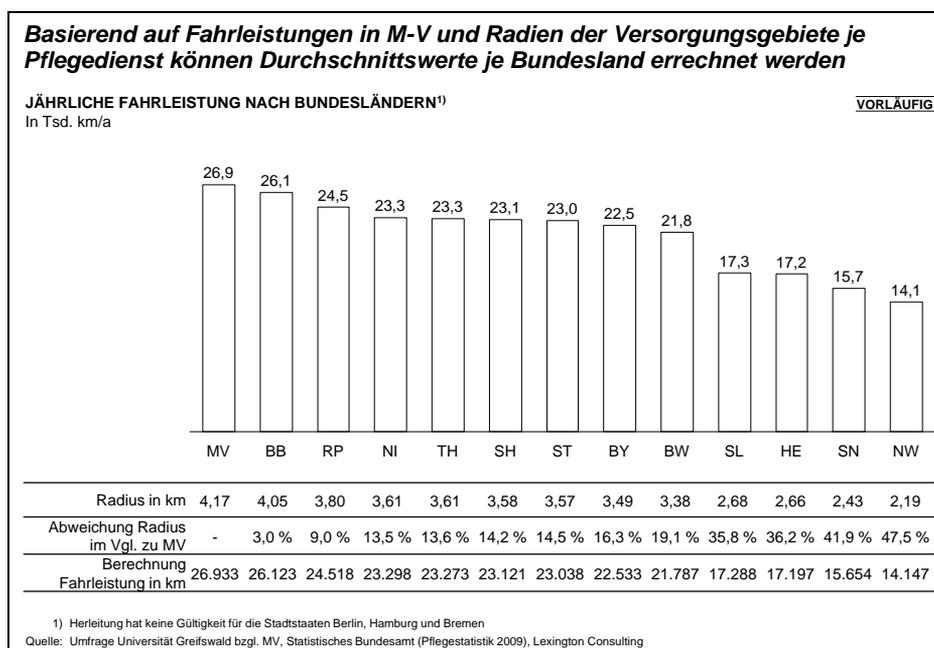


Schaubild 21: Fahrleistung je Fahrzeug und Bundesland eines Pflegedienstes.

Da es aktuell keine statistischen Erhebungen für Fahrleistungen von Pflegediensten nach Bundesländern gibt, wird in der Studie eine Befragung aus dem Jahr 2010 der Universität Greifswald für Mecklenburg-Vorpommern herangezogen und für die anderen Bundesländer Auf- bzw. Abschläge vorgenommen. Entsprechend der Umfrage der Universität liegt die Fahrleistung je PKW und Jahr bei einem Pflegedienst in Mecklenburg-Vorpommern bei 26.933 km. Dieser Wert kann als Ausgangswert für die Berechnung der Fahrleistungen in anderen Bundesländern herangezogen werden. Hierzu wird entsprechend der Vergleichbarkeit der Flächenländer der durchschnittliche Radius des Versorgungsgebietes für einen Pflegedienst je Bundesland nach Bundesländerfläche und der entsprechenden Pflegedienstichte ermittelt. Ausgehend vom durchschnittlichen Radius des Versorgungsgebietes in Verbindung mit den herangezogenen Daten zur jährlichen Fahrleistung eines Pflegedienstes in Mecklenburg-Vorpommern werden die durchschnittlichen Fahrleistungen je Bundesland anhand der prozen-

Umfrage liefert Basiswert für Fahrleistungen

tualen Abweichungen zu dem jeweiligen Bundesland errechnet. Da es bei diesem Verfahren für die Berechnung der Stadtstaaten zu starken Verzerrungen kommt, wird hierfür eine Annahme, die auf Stichproben von Pflegediensten in Berlin beruht, von durchschnittlich 18.000 km pro Jahr getroffen. Des Weiteren handelt es sich bei den erhobenen Fahrleistungen um Durchschnittswerte, sodass Abweichungen bei regionalen Gegebenheiten und der optimierten Ausgestaltung von Tourenplanungen nicht berücksichtigt werden.

Die Kraftstoffpreise werden in der Studie bundesweit gleich angenommen. Eine regional differenzierte Statistik, z. B. des Statistischen Bundesamtes, des Mineralölwirtschaftsverbands oder des AD-AC ist nicht verfügbar. Alternativ wird eine Betrachtung des Mineralölwirtschaftsverbandes hinsichtlich der Kraftstoffpreisentwicklung im Jahr 2011 herangezogen. Für Superbenzin (der Kleinwagen Seat Mii wird zurzeit nicht mit Dieselmotor angeboten) ergeben sich die folgenden Werte inkl. Mehrwertsteuer in Schaubild 22.

Kraftstoffpreise können aus Statistik des Mineralölwirtschaftsverbandes herangezogen werden

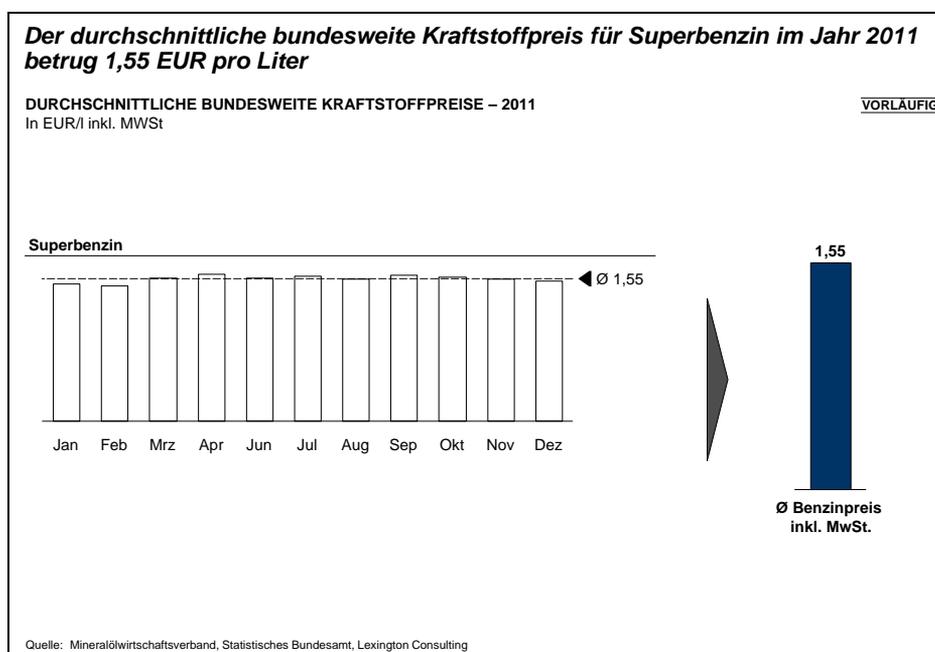


Schaubild 22: Durchschnittliche Kraftstoffpreise 2011 (Superbenzin).

Zur Berechnung des durchschnittlichen Kraftstoffpreises werden die Benzinpreise betrachtet. Im bundesweiten Durchschnitt ergibt sich somit ein Wert von 1,55 EUR pro Liter inkl. Mehrwertsteuer.

2011 durchschnittlich 1,55 EUR pro Liter inkl. Mehrwertsteuer

Mit Hilfe des durchschnittlichen Kraftstoffverbrauchs des betrachteten Fahrzeugtyps lässt sich daraus ein zunächst bundesweit einheitlicher Kraftstoffkostensatz in EUR pro 100 Kilometer errechnen ($5,7 \text{ l}/100 \text{ km} * 1,55 \text{ EUR/l} = 8,835 \text{ EUR}/100 \text{ km}$). Dieser Wert wird auf die entsprechende Fahrleistung je Bundesland hochgerechnet, was

Einheitlicher Kraftstoffkostensatz in EUR pro 100 Kilometer

dann zu einer bundesländerspezifischen Aussage der Treibstoffkosten führt.

Die Anzahl der benötigten Fahrzeuge lässt sich über die Nettojahresarbeitszeit im engeren Sinne herleiten. Die tägliche Nettoarbeitszeit ist erfahrungsgemäß nicht gleichmäßig über den Tag verteilt, vielmehr kann von einer Konzentration der Nachfrage in den Morgen- und Abendstunden ausgegangen werden. Die sich hieraus ergebende Engpasssituation für die Einsatzdisposition liefert darüber hinaus Erkenntnisse über die benötigte Personal- und Fahrzeuganzahl. Dieses Vorgehen ist in folgendem Schaubild 23 dargestellt.

Anzahl erforderlicher Fahrzeuge für den Pflegedienst ist begründet

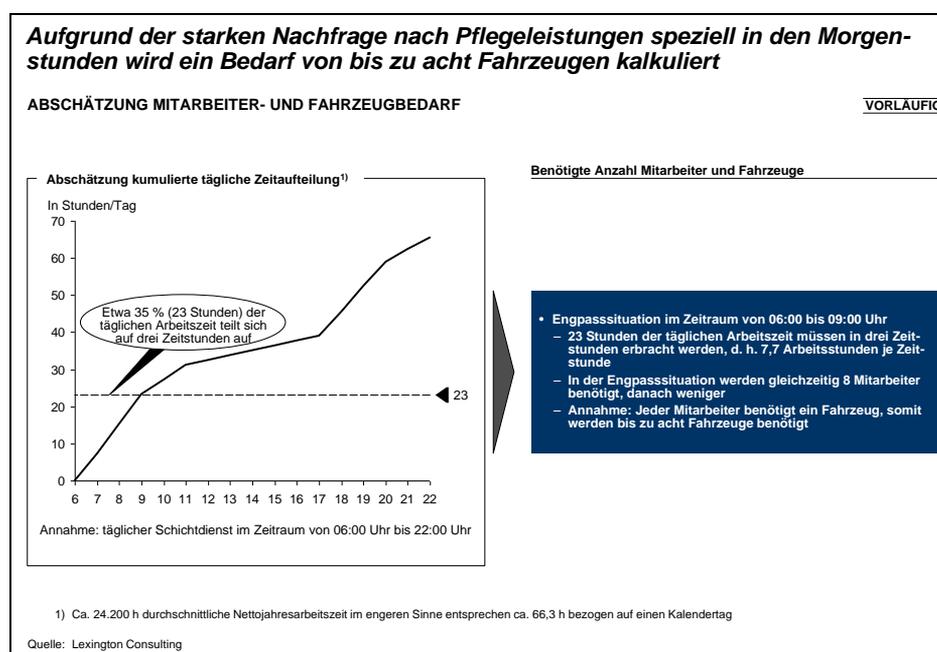


Schaubild 23: Engpassanalyse zur Ermittlung von Mitarbeiter- und Fahrzeugbedarf.

Die Nachfrage nach Leistungen und somit die hier betrachtete täglich verfügbare Nettoarbeitszeit konzentriert sich auf die Morgen- und Abendstunden. Es wird insbesondere in den drei Stunden zwischen 06:00 Uhr und 09:00 Uhr ein Engpass angenommen, in welchem etwa 35 Prozent (23 Arbeitsstunden) innerhalb von drei Zeitstunden zu erfüllen sind. Hierzu müssen durchschnittlich 7,7 Mitarbeiter gleichzeitig zur Verfügung stehen (7,7 Mitarbeiter x 3 Zeitstunden = 23 Arbeitsstunden). Darüber hinaus wird angenommen, dass jedem Mitarbeiter in dieser Zeit ein Fahrzeug zur Verfügung stehen muss, sodass von einem Bedarf von acht Fahrzeugen auszugehen ist.

Acht Fahrzeuge werden benötigt

Mietkosten

Zur Herleitung des Gesamtkostenanteils der Mietkosten sind die zwei folgenden Kostenbestandteile zu betrachten: Hierzu werden im Folgenden gezählt:

- Kaltmiete für Büroflächen: Die Kaltmiete umfasst den Quadratmeterpreis für Büroflächen ohne Provision oder sonstige Aufpreise.
- Mietnebenkosten: Die Nebenkosten beinhalten nach der Betriebskostenverordnung (§ 2 BetrKV) sämtliche laufenden Betriebskosten, wie bspw. laufende öffentliche Lasten des Grundstücks, Heizkosten, Entwässerung etc.

Für die Berechnung der Kaltmiete ist der Quadratmeterpreis zu ermitteln, der anschließend auf eine Bürofläche hochgerechnet wird, die einem Pflegedienst mit zehn (Vollzeit-)Angestellten entspricht. In der Studie wird diesbezüglich eine durchschnittliche Bürofläche von 55 Quadratmetern angenommen (Büro 15 m², Besprechungsraum 25 m², Toiletten und Küche 10 m², Lagerraum 5 m²), die bundesweit gleich anzusetzen ist. Die Quadratmeteranzahl ergibt sich aus realen Erfahrungswerten. Der Quadratmeterpreis hingegen variiert stark pro Bundesland, aber auch in den einzelnen Bundesländern bestehen Unterschiede, was dazu führt, dass keine offizielle Statistik auf Bundeslandebene existiert. Um einen vergleichbaren Mietpreis auf Bundeslandebene zu erlangen, wird in der Studie eine Richtgröße des Immobilienverbands Deutschland (IVD) herangezogen. Dieser Richtwert setzt sich aus Stichproben von städtischen und ländlichen Gegenden in den einzelnen Bundesländern zusammen. Die preislichen Unterschiede zwischen den Bundesländern sind in Schaubild 24 abgebildet.

Mietkosten berücksichtigen neben der Kaltmiete sämtliche Nebenkosten inkl. Strom

Ein Büro mit 55 Quadratmetern ist für einen Pflegedienst der angenommenen Größe ausreichend

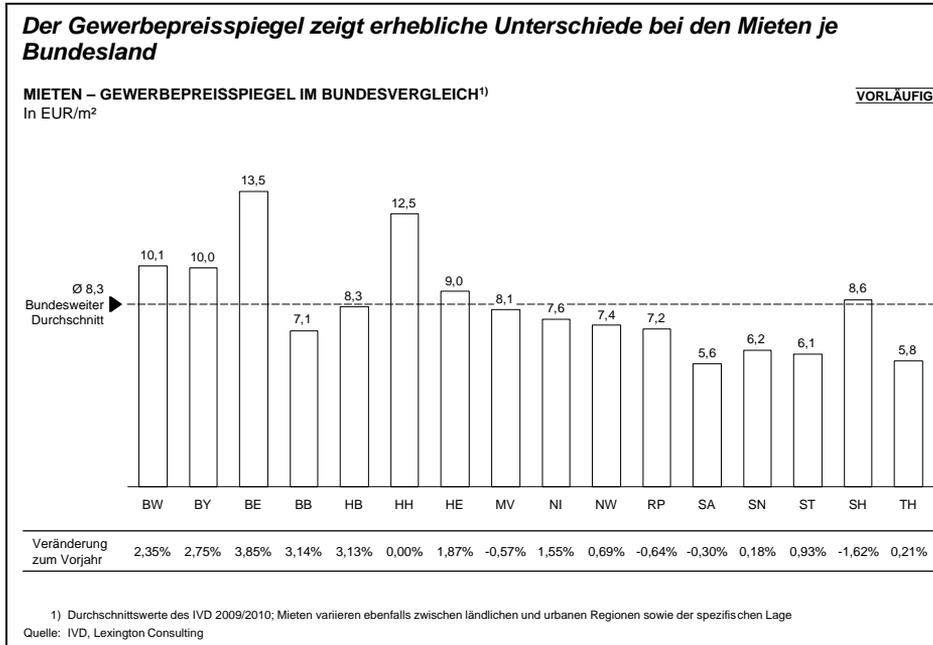


Schaubild 24: Mietspiegel für Gewerberäume je Bundesland.

Die höchsten Preise für Büroflächen zur Miete werden in Berlin und Hamburg angegeben, was auch damit zu tun hat, dass dort keine ländlichen Regionen den Mietpreis im Durchschnitt drücken. Die Neuen Bundesländer (ohne Berlin) liegen unter dem Bundesdurchschnitt.

Kaltmieten für Gewerbetriebe variieren in den Bundesländern

In der Studie werden die Mietnebenkosten bundesweit als gleich hoch angenommen, da die wesentlichen Kostenpunkte wie Wärme-, Strom- und Wasserkosten etc. nicht bundeslandspezifisch variieren. Für die Mietnebenkosten wird ein monatlicher Aufschlag von 3,90 EUR pro Quadratmeter auf den Kaltmietpreis hinzuaddiert. Dieser Wert (3,83 EUR pro Quadratmeter (2010)⁴ und zusätzlicher Sicherheitsaufschlag der Studie) wird in Summe von einem Benchmarkingsystem für gewerbliche Immobilien für Büros ausgewiesen und basiert auf Daten von mehr als 6.000 Gewerbeobjekten. Dieser angenommene Wert übersteigt deutlich die Angaben des Deutschen Mieterbund e. V., die 2,94 EUR pro Quadratmeter (2009)⁵ ergeben würden. Zusätzlich kann bei einem Büro von rund 55 Quadratmetern ein Stromverbrauch von ca. 3.000 kWh pro Jahr kalkuliert werden (lt. Daten des Energie-Atlas der Bayerischen Staatsregierung für durch-

Mietnebenkosten sind im Durchschnitt bundesweit einheitlich anzunehmen

⁴ Beinhaltet als Einzelpositionen: Wasserver- und entsorgung, Heizung und Warmwasser, Grundsteuer, Klimatisierung, Gebäudereinigung, Hausmeister, Versicherung, Abfallentsorgung und/oder Facility-Management-Paket (zusätzlich Wartungsleistungen bzw. Verbrauchskosten etc.).

⁵ Beinhaltet als Einzelpositionen: Wasser inkl. Abwasser, Heizung, Warmwasser, Grundsteuer, Aufzug, Straßenreinigung, Abfallbeseitigung, Gebäudereinigung, Gartenpflege, Strom (allgemein), Schornsteinreinigung, Versicherung, Hauswart, Antenne/Kabel, Sonstiges.

schnittliche Büro-Stromverbrauchswerte 50 kWh/m²). Bei einem durchschnittlichen Strompreis von ca. 20 Cent/kWh für Gewerbekunden fallen somit jährlich rund 600 EUR an Stromkosten zusätzlich zu den Mietnebenkosten an.

Der Mietpreis lässt sich somit herleiten, indem der jeweilige Quadratmeterpreis inkl. Nebenkosten mit der angenommenen Quadratmeterzahl multipliziert und die Stromkosten hinzuaddiert werden. Der Quadratmeterpreis stellt den einzigen Parameter der Mietkosten dar, der zu Abweichungen im Bundesländervergleich führt.

Kaltmiete je Quadratmeter einziger bundeslandspezifischer Parameter bei Mietkosten

Weitere Sachkosten

Die weiteren Sachkosten bilden die Kostenpositionen ab, die aufgebracht werden müssen, um den kalkulierten Pflegedienst wirtschaftlich zu betreiben. Diese Kosten sind bundesweit gleich anzunehmen. Die Hauptkostenbestandteile lassen sich in die folgenden Bereiche einteilen:

Weitere Sachkosten fallen an

- Medizinisches Hilfsmaterial,
- Außendarstellung,
- IT und Verwaltung,
- Buchhaltung.

Zu der Position medizinisches Hilfsmaterial werden u. a. Kosten für Berufsbekleidung, Desinfektionsmittel und Einmal-Schutzausrüstung gezählt (abzugrenzen von ärztlich verordneten medizinischen Materialien). Auf Grundlage von ausgewählten Produktangeboten u. a. für die oben genannten Hilfsmittel, wird ein jährlicher Kostensatz von 1.500 EUR angesetzt.

Medizinische Hilfsmaterialien umfassen u. a. Hygienematerialien

Die finanziellen Aufwendungen für die Außendarstellung eines Pflegedienstes werden mit einem jährlichen Budget von 1.000 EUR kalkuliert. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass speziell für Pflegedienste kostenlose Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit bestehen, wie z. B. mit dem „Gesundheitsnavigator“ der AOK oder dem „Pflegetlotsen“ der TK, eine Internetplattform mit Suchfunktion. Zudem können auch Außendarstellungskosten für die Gewinnung von Pflegepersonal durch kostenlose Angebote der Bundesagentur für Arbeit gering gehalten werden. Mit dem einkalkulierten Jahresbudget können Maßnahmen zur Außendarstellung, wie bspw. Fahrzeugbeschriftungen (ca. 50 EUR je Fahrzeug mit drei Folien für Seitentüren und Heckscheibe) oder Prospekte/Flyer zur Unternehmens- und Leistungsdarstellung (ca. 100 EUR für 1.000 farbige Flyer, 6-seitig, Papier 250 g/m²) realisiert werden. Weitere Maßnahmen zur Außendarstellung sind im Kontext unternehmerischer Entscheidungen zu betrachten (individuelle Abwägung Aufwand für die Außendarstellung und Mehrerlöse etc.).

Kosten für die Außendarstellung werden kalkuliert

Im Bereich der IT und Verwaltung fallen folgende Kostenpunkte für den kalkulierten Pflegedienst an:

IT- und Verwaltungskosten v. a. für das Büro

- Software-Lizenzen: Eine spezifische Software für Pflegedienste (z. B. Medifox, CuraSoft, SoSoft) zur Abrechnung mit den Kostenträgern ist zu berücksichtigen. Exemplarisch kann ein Angebot eines Software-Anbieters mit Anschaffungskosten von 4.000 EUR herangezogen werden. Bei einer Abschreibung über drei Jahre für Standardsoftware resultieren 1.333 EUR pro Jahr als Kostenansatz.
- EDV: Als EDV-Ausstattung des Pflegedienstbüros sind drei PC-Komplettlösungen (inkl. Microsoft Office), ein Kopier-/Fax-/Drucker-/Scanner-Gerät sowie eine Telefonanlage mit drei Telefonen vorgesehen. Außerdem werden in dieser Position die Anschaffungskosten für sechs tragbare Navigationssysteme für die Fahrzeuge berücksichtigt. Als ansetzbare Kosten resultieren jährlich 1.000 EUR bei kalkulatorischer Abschreibung über drei Jahre.
- Büroeinrichtung: Eine vollständige Büroeinrichtung (drei Schreibtische mit Stühlen, Beleuchtung, Konferenztisch mit Stühlen, Schränke etc.) wird mit Investitionen von 2.700 EUR kalkuliert (Abschreibung über drei Jahre, so dass jährliche Kosten von 900 EUR angesetzt werden können). Es sei angemerkt, dass eine beispielhafte Zusammenstellung einer „einfachen“ Büroeinrichtung bei Möbelhäusern bereits für unter 2.000 EUR realisiert werden kann. Büromaterialien werden zusätzlich mit 200 EUR pro Jahr herangezogen.
- Kommunikation: Für Telefon- und Internetpakete in dem Pflegedienstbüro fallen jährlich 357 EUR an. Hiermit sind durchschnittliche gewerbliche Flatrate-Angebote etablierter Anbieter (Analyse der Studie bezieht Angebote der Deutschen Telekom, Vodafone, O2, 1&1 und Kabel Deutschland ein) abgedeckt. Zudem sind für den Pflegedienst zehn Mobiltelefone mit Verträgen (inkl. freien Gesprächen in das deutsche Festnetz und das interne Mobilnetz) vorgesehen, die jährliche Kosten von ca. 2.056 EUR verursachen. Basis für diese Herleitung ist das günstigste gewerbliche Angebot (Analyse der Studie bezieht Angebote der Deutschen Telekom, Vodafone, O2, Base (E-Plus) ein).
- Versicherung (ohne Kfz): Ein Pflegedienst benötigt als wesentliche Versicherungen eine Betriebshaftpflicht-

und eine Betriebsrechtsschutzversicherung, die jährliche Kosten von 1.386 EUR verursachen, wie Schaubild 25 erläutert.

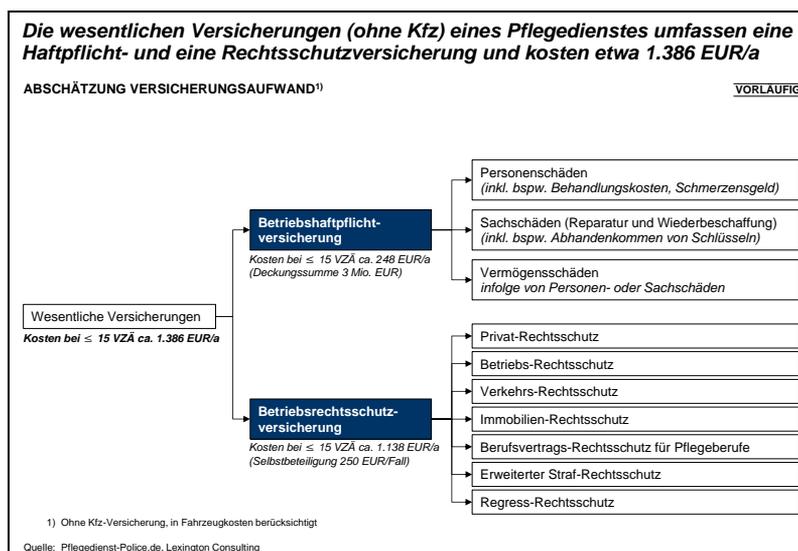


Schaubild 25: Jährlicher Versicherungsaufwand eines Pflegedienstes.

Zusätzliche Kosten des Pflegedienstes für die Mitgliedschaft in einer Interessenvertretung, einem Verband oder Verein werden nicht angesetzt. Dies wird damit begründet, dass es sich hiermit grundsätzlich um eine freie unternehmerische Entscheidung handelt, entsprechend der Auswahl einer Organisation stark variierende Beiträge aufgerufen werden können und gleichzeitig für die Kostenbetrachtung Vergünstigungen im operativen Betrieb des Pflegedienstes durch die Mitgliedschaft relevant werden (hierfür lässt sich das Beispiel der Verwaltungs-, Organisations- und Abrechnungssoftware für Pflegedienste heranziehen, die von einem Anbieter mit 35 Prozent Preisreduzierung bei Mitgliedschaft z. B. im bpa angeboten werden).

Kosten für Mitgliedsbeiträge stehen Vergünstigungen entgegen

Für die Buchhaltung, Lohnabrechnung, Steuerberatung und die Erstellung des Jahresabschlusses fallen weitere Kosten an, die mit 3.000 EUR pro Jahr für einen Pflegedienst der skizzierten Größe angesetzt werden. Es ist davon auszugehen, dass in dem Pflegedienst die Belegflüsse in Grenzen gehalten werden können. Hingegen ist in der Lohnbuchhaltung ein höherer Buchungsaufwand anzusetzen, da von einer hohen Anzahl Teilzeitbeschäftigter in unterschiedlichen Schichtmodellen ausgegangen werden kann. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht sollten monatliche betriebswirtschaftliche Auswertungen erfolgen. Bei externer Durchführung dieser Aufgaben können auf Basis der Steuerberatergebührenverordnung oben genannte Kostenwerte nachvollzogen werden.

Buchhaltung, Lohnabrechnung, Steuerberatung und die Erstellung des Jahresabschlusses werden extern erbracht

Arbeitszeitrelevante Daten

Neben den einzelnen Kostenbestandteilen der Gesamtkostenbetrachtung ist die Herleitung der Arbeitszeit ein wichtiger Bestandteil für die spätere Berechnung von kalkulatorischen Stundensätzen. Dazu differenziert die Studie zwischen der Nettojahresarbeitszeit im weiteren sowie im engeren Sinne, wie Schaubild 26 zeigt.

Nettojahresarbeitszeit im weiteren sowie im engeren Sinne wird differenziert

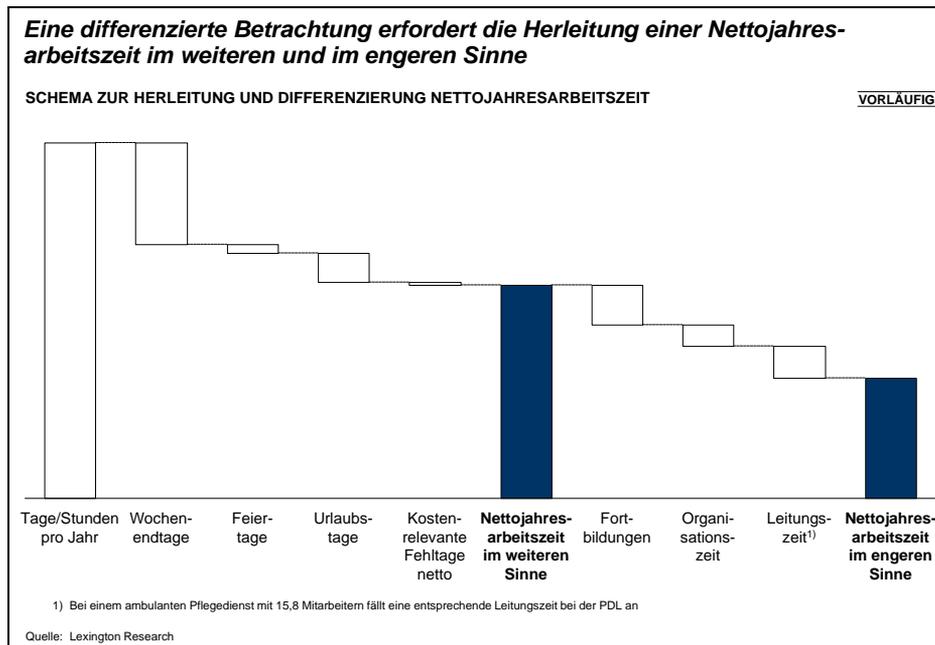


Schaubild 26: Schema zur Herleitung und Differenzierung der Nettojahresarbeitszeit

Die Nettojahresarbeitszeit im weiteren Sinne (i. w. S.) kann als Arbeitszeit verstanden werden, die der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber grundsätzlich zur Verfügung steht und nicht verhindert oder abwesend ist.

Die Nettojahresarbeitszeit im engeren Sinne (i. e. S.) kann als Arbeitszeit verstanden werden, die der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber „produktiv“ zur Verfügung steht. Hiermit ist also die Zeit gemeint, die potenziell abrechnungsfähig gegenüber den Kostenträgern bzw. „privaten Zahlern“ ist.

Nettojahresarbeitszeit im weiteren Sinne

Es ist feststellbar, dass sich die Nettojahresarbeitszeit (in diesem Abschnitt ist i. w. S. gemeint) nach Bundesländern unterscheidet, da u. a. die Feiertage, aber auch die Fehltage variieren. Letzteres erklärt sich z. B. aufgrund verschiedener Altersstrukturen und Morbiditätszahlen der Arbeitnehmer.

Unterschiede je Bundesland erwartet

Für die Herleitung der Nettojahresarbeitszeiten wird auf ein Grundschema vom Bundesrechnungshof zur Berechnung der Jahresarbeitszeit einer Normalarbeitskraft zurückgegriffen. Dieses geht vereinfacht dargestellt von folgenden Unterpunkten aus:

Einheitliches Berechnungsschema des Bundesrechnungshofes

Jahrestage

- Samstage
 - Sonntage
 - Feiertage, die immer auf einen Wochentag fallen
 - Feiertage, die auch auf einen Wochentag fallen können
 - Ausfalltage durch Erkrankung, Kuren u. Ä.
 - Ausfalltage durch Urlaub
-

= Nettojahresarbeitszeit im weiteren Sinne (in Tagen)

Die einzelnen Unterpunkte der Nettojahresarbeitszeit werden nachfolgend mit einem entsprechenden Zahlengerüst je Bundesland hinterlegt. Ausgangspunkt sind dabei zunächst 365 Jahrestage und jeweils 52 Samstage und Sonntage. Erst bei den weiteren Unterpunkten muss die Betrachtung nach Bundesländern differenziert werden.

Hinsichtlich der Feiertage, an denen statistisch die Arbeitszeit eines Arbeitnehmers dem Arbeitgeber nicht zur Verfügung steht, sind sowohl Feiertage, die immer auf einen Wochentag fallen, als auch solche, die auch auf einen Wochentag fallen können, zu berücksichtigen. Um bei den letztgenannten keine spezifischen Jahreswerte zu verwenden, wird eine statistische „Glättung“ über die Jahre vorgenommen (dividieren durch sieben Tagen je Woche und multiplizieren mit fünf Wochentagen). Im Ergebnis zeigt sich, dass die Feiertage eine bundeslandspezifische Komponente bei der Berechnung der Nettojahresarbeitszeiten darstellen. Schaubild 27 stellt die jeweiligen Werte, welche für weitere Rechenschritte aufgegriffen werden, dar.

Feiertage pro Jahr variieren im Bundesvergleich

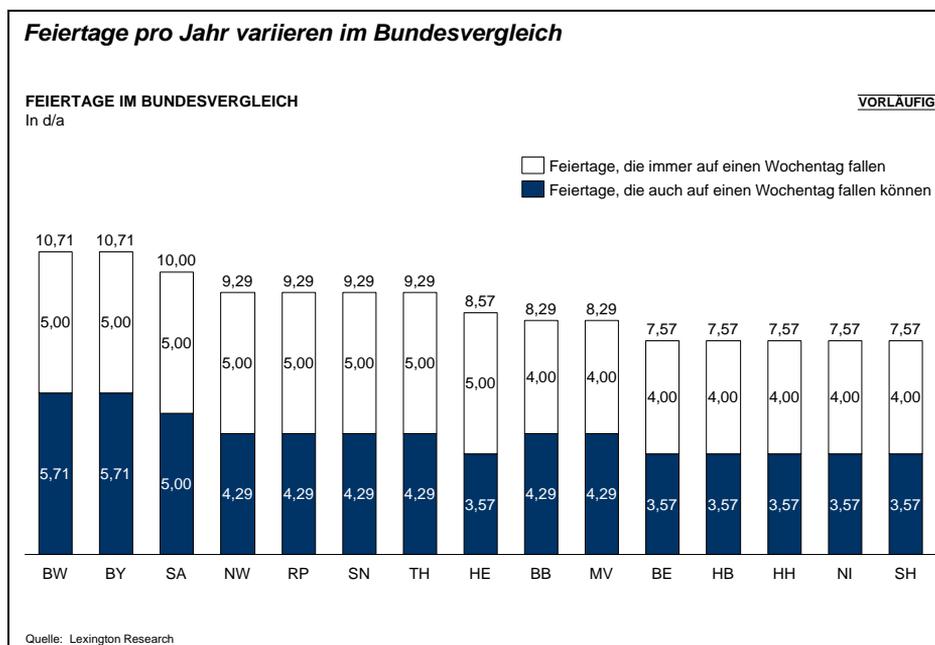


Schaubild 27: Ergebnisse zur Analyse der Feiertage je Bundesland.

Festzuhalten ist, wie Schaubild 27 zeigt, dass durch die Feiertagsregelungen auf Länderebene erhebliche arbeitszeitrelevante Unterschiede bestehen. Während in Baden-Württemberg oder Bayern durchschnittlich 10,71 Feiertage pro Jahr in die Kalkulation der Nettojahresarbeitszeit einzubeziehen sind, können in Schleswig-Holstein und vier weiteren Bundesländern lediglich 7,57 Feiertage pro Jahr und somit knapp 30 Prozent weniger Tage herangezogen werden.

Als weiterer Unterpunkt sind die durchschnittlichen Ausfalltage oder Fehltage durch Erkrankung in die Betrachtung einzubeziehen. Hierfür bedarf es einer detaillierten Herleitung einzelner Größen.

Als Grundlage der Fehltage durch Erkrankung werden oftmals die Arbeitsunfähigkeitstage als eine alternative Kennzahl des Krankenstandes herangezogen. Dies ist jedoch nur begrenzt zulässig. Die Angaben basieren auf dem Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen der Versicherten oder Mitglieder einer Krankenkasse. Wesentliche Krankenkassen berichten daraus jährlich statistische Größen aus den Analysen der Arbeitsunfähigkeitsdaten in ihren „Gesundheitsreports“. Als Grundlage können diese im Weiteren dienen, jedoch sind Anpassungen erforderlich, die zu einem differenzierten Prinzip zur Herleitung „kostenrelevanter Fehltage“ führen. Dieses Prinzip ist nachfolgend in Schaubild 28 dargestellt.

Unterschiede von bis zu 30 Prozent bei den Feiertagen

Für die Fehltage durch Erkrankung wird oftmals die Kennzahl „AU-Tage“ herangezogen, welche jedoch durch weitere Größen stark detailliert werden muss

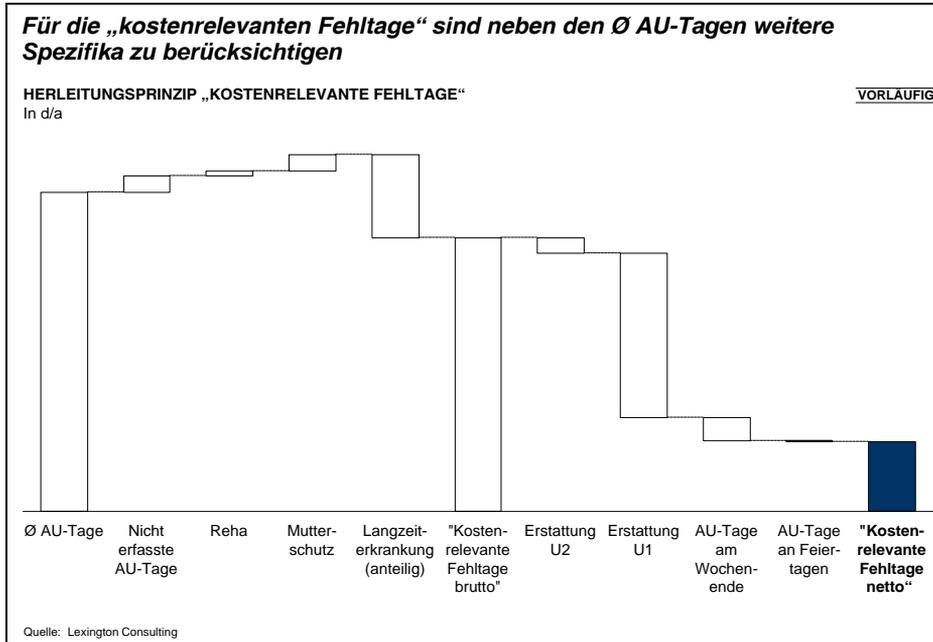


Schaubild 28: Prinzip zur Herleitung der „kostenrelevanten Fehltage“.

Als Basiswert sind die durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstage heranzuziehen. Aus mehreren Gesundheitsreports kann ein Mittelwert gebildet und nach Bundesland unterschieden werden, wie Schaubild 29 zeigt.

Unterschiedliche AU-Tage je Bundesland

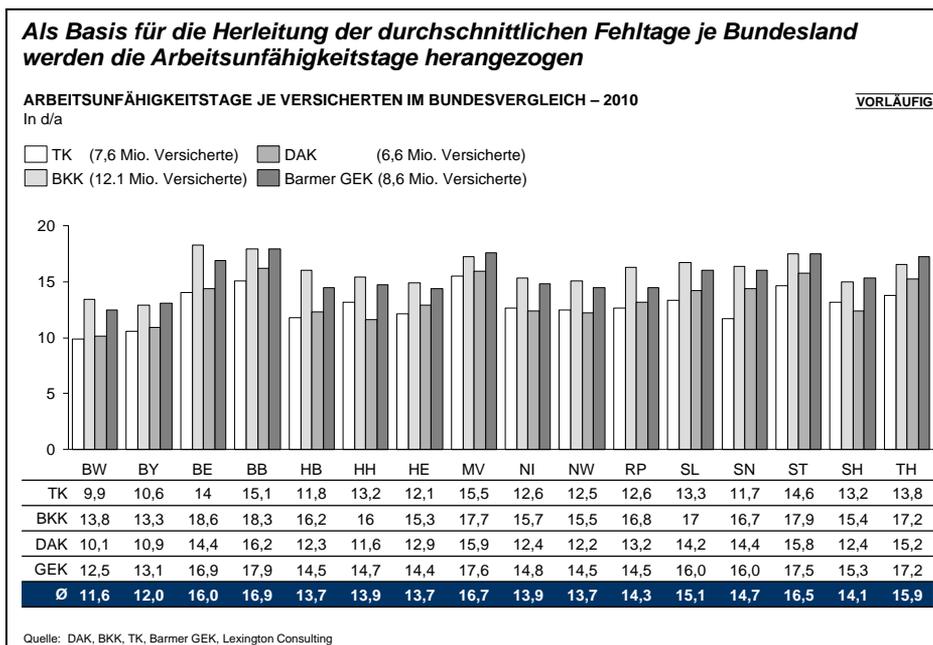


Schaubild 29: Durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitstage je Bundesland.

Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass darin noch nicht die Fehltagetage enthalten sind, für die dem Arbeitgeber bzw. den Krankenkassen keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt. Zum einen reichen nicht alle Versicherten oder Kassenmitglieder die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes bei der Krankenkasse ein. Zum anderen ist in der Regel erst ab dem vierten Kalendertag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung entsprechend eines Großteils der Arbeitsverträge erforderlich. Kurzzeiterkrankungen von ein bis drei Tagen Dauer werden durch die Krankenkassen und somit in den Statistiken folglich nur erfasst, soweit eine ärztliche Krankschreibung vorliegt. Für die Quantifizierung dieser beiden Fälle liegt nur begrenzt Datenmaterial vor. Die letzten Untersuchungen der DAK sprechen von einer durchschnittlich 19 Prozent höheren Fallhäufigkeit unter Berücksichtigung der nicht registrierten AU-Fälle. Für die Anzahl der AU-Tage bzw. den Krankenstand wirkt sich diese erhöhte Fallhäufigkeit mit zusätzlich 5 Prozent zu den registrierten und statistisch berichteten AU-Tagen aus. Dies liegt vor allem daran, dass die Dauer der nicht registrierten AU-Tage größtenteils drei oder weniger Fehltagetage umfasst und somit relativ zum Durchschnitt gering ist. Ähnliche Werte von rund 5 Prozent nicht registrierter AU-Tage konnten ebenfalls bereits in einer Untersuchung der DAK aus dem Jahr 2000 festgestellt werden. Das Herleitungsprinzip für die „kostenrelevanten Fehltagetage“ in der vorliegenden Studie bezieht diese zusätzlichen AU-Tage mit ein.

Zudem sind die für den Arbeitgeber hinsichtlich der Lohnfortzahlung relevanten Fehltagetage durch Rehabilitationsleistungen hinzuzuzählen, da sie in den bereits erwähnten Statistiken nicht erfasst werden. Um diese in der vorliegenden Studie zu berücksichtigen, werden Zahlen der Deutschen Rentenversicherung Bund herangezogen, wie folgendes Schaubild 30 erörtert.

Nicht registrierte AU-Tage sind zusätzlich zu berücksichtigen

Fehltagetage durch Rehabilitationsleistungen werden ebenfalls berücksichtigt

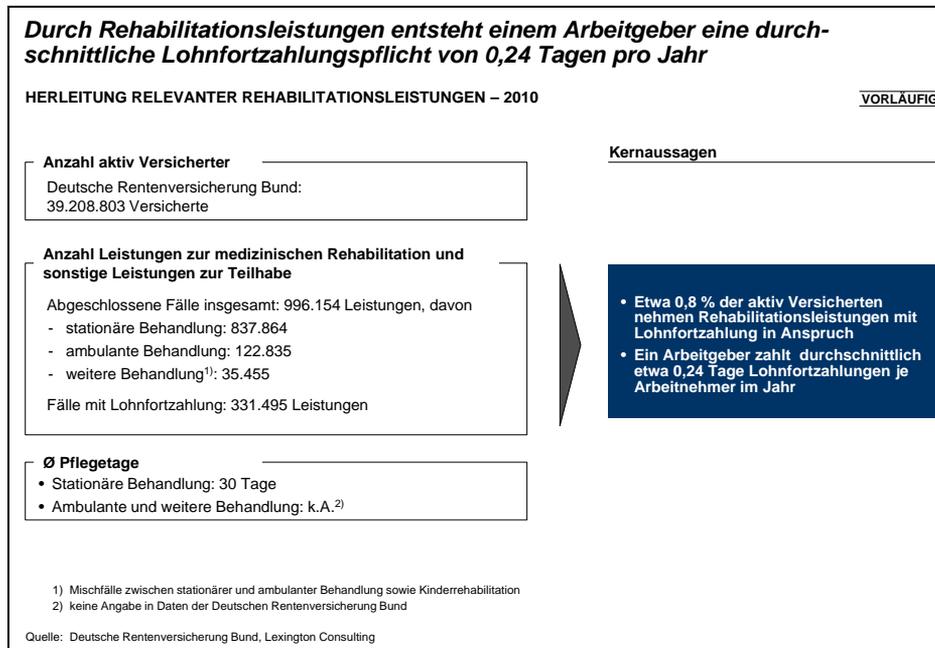


Schaubild 30: Herleitung zusätzlicher Fehltag aus Rehabilitationsleistungen.

Leistungen der medizinischen Rehabilitation umfassen dabei etwa jene zur Behandlung von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, psychischen Krankheiten sowie von bösartigen Geschwulst- und Systemerkrankungen, Entwöhnungsbehandlungen und Leistungen für psychisch kranke und behinderte Menschen. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben betreffen insbesondere Maßnahmen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit. Daraus resultiert, dass rund 0,8 Prozent der Versicherten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe mit Lohnfortzahlung des Arbeitgebers in Anspruch nehmen. Bei durchschnittlich 30 Tagen Dauer für eine stationäre Behandlung ergeben sich somit 0,24 Tage pro Jahr.

Das seit dem 1. Juni 1994 gültige Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) regelt u. a. den Anspruch eines Arbeitnehmers auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall. Gem. § 3 EntgFG ist es Pflicht des Arbeitgebers, das Entgelt sechs Wochen lang fortzuzahlen. Hiernach erlischt die Pflicht des Arbeitgebers, und die zuständige Krankenkasse übernimmt diese Leistung. Eine entsprechende Herleitung befindet sich in dem folgenden Schaubild 31.

Entgeltfortzahlung lediglich 6 Wochen Pflicht des Arbeitgebers

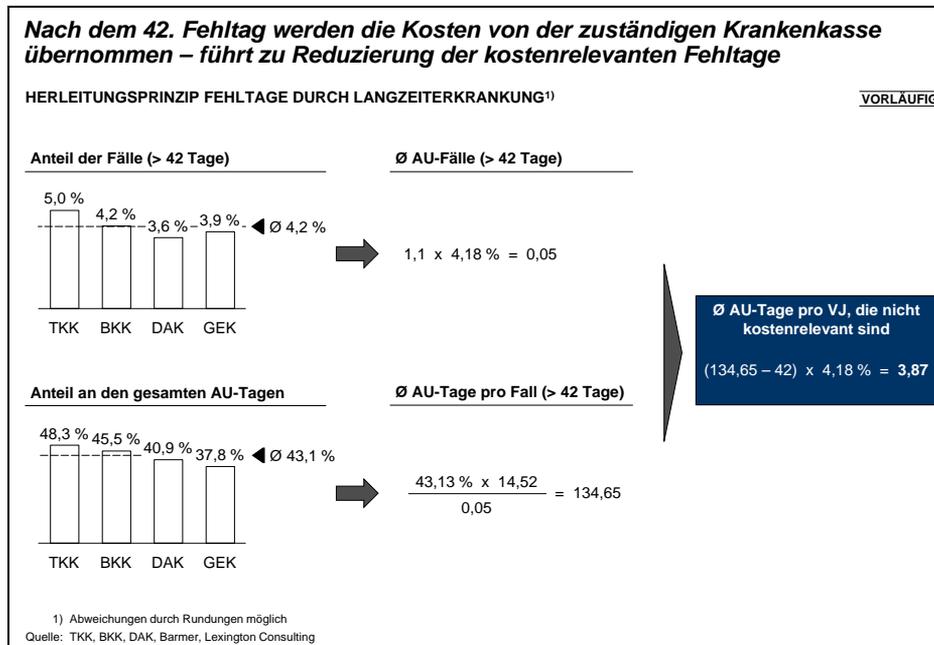


Schaubild 31: Herleitung abzuziehender Fehltage aus Langzeiterkrankung.

Deshalb sind zur Ermittlung der für den Arbeitgeber kostenrelevanten Fehltage jene Tage abzuziehen, für welche dieser keine Lohnfortzahlung leistet. Dieser Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage der langzeiterkrankten Arbeitnehmer entspricht 3,87 Tage pro Jahr.

Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage der langzeiterkrankten Arbeitnehmer mit 3,87 Tagen pro Jahr

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Lohnfortzahlungspflichten eines Arbeitgebers betrifft die Zeit des Mutterschutzes und damit zusammenhängender individueller Beschäftigungsverbote. Aufgrund der sog. U2-Umlage, welche in § 1 Abs. 2 Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) geregelt und im Folgenden erläutert wird, werden die Aufwendungen des Arbeitgebers zu 100 Prozent erstattet, sodass eine Quantifizierung der durchschnittlichen Lohnfortzahlungstage in dieser Studie nicht erforderlich ist.

Fehltage durch Mutterschutz werden zu 100 Prozent erstattet

Als Zwischensumme ergibt sich aus den durchschnittlichen AU-Tagen gemäß der Gesundheitsreports, den nicht registrierten AU-Tagen, der Mutterschutzzeiten abzüglich der anteiligen (nicht kostenrelevanten) Fehltage Langzeiterkrankter ein „Bruttowert für kostenrelevante Fehltage“ aus Sicht des Arbeitgebers. Hierbei sind die Entgeltfortzahlungsfälle in den Fokus gerückt. Zudem ist jedoch auch ein entsprechender „Nettowert“ herzuleiten, da nicht die gesamten Fehltage für einen Pflegedienst kostenwirksam sind. Hierfür greifen verschiedene Mechanismen und Verfahren, die nachfolgend dargestellt werden. Es sei erwähnt, dass für einige dieser Mechanismen wiederum Kosten anfallen, die in dem Modell und der Kostenstruktur berücksichtigt sind (z. B. Umlageverfahren).

Verschiedene Mechanismen und Verfahren reduzieren die kostenrelevanten Fehltage

Die bereits erwähnte Umlage 2 (U2) für Mutterschutz und damit zusammenhängender Beschäftigungsverbote ist eine seit dem 1. Januar 2006 gem. Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) verpflichtende Umlage. Jeder Arbeitgeber muss verpflichtend teilnehmen, also regelmäßig Beiträge an die jeweilige Krankenversicherung entrichten und erhält bei Bedarf eine 100-prozentige Erstattung der relevanten Personalkosten. Aufgrund dieser Kostenerstattung ist feststellbar, dass Fehltage durch Mutterschutz aus Sicht des Arbeitgebers keine kostenrelevanten Fehltage darstellen und somit vom Bruttowert kostenrelevanter Fehltage abzuziehen sind.

Die Umlage 1 (U1) stellt faktisch eine Entgeltfortzahlungsversicherung für Arbeitgeber mit nicht mehr als 30 Arbeitnehmern dar. Diese sind aufgrund der Regelung der §§ 3, 9 EntgFG zunächst ebenso zur sechswöchigen Lohnfortzahlung im Falle einer Arbeitsunfähigkeit sowie bei Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation gezwungen. Aufgrund der Umlage 1 werden jedoch bis zu 80 Prozent der relevanten Personalkosten durch die jeweils zuständige Krankenkasse zurückerstattet. Im Durchschnitt liegt dieser Wert bei etwa 60 Prozent (siehe auch Schaubild 14), sodass faktisch lediglich 40 Prozent des Bruttowerts für kostenrelevante Fehltage für einen Arbeitgeber (mit nicht mehr als 30 Arbeitnehmern) auch tatsächlich kostenrelevant sind.

Ebenfalls ist bei der Verwendung der AU-Tage der Gesundheitsreports zu berücksichtigen, dass sowohl Wochenendtage als auch Feiertage inkludiert werden. Dies ist der Fall, da die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen üblicherweise den Anfangs- sowie den voraussichtlichen Endtag der Arbeitsunfähigkeit erfassen. Jedoch werden entsprechend des Herleitungsschemas für die Nettojahresarbeitszeit des Bundesrechnungshofes bereits Wochenend- und Feiertage abgezogen. Infolgedessen sind sie statistisch aus den AU-Tagen herauszurechnen.

Für die Quantifizierung der AU-Tage, die auf ein Wochenende fallen und somit aus der weiteren Betrachtung „kostenrelevanter Fehltage“ zu eliminieren sind, wird auf der Aufteilung von AU-Tagen je Wochentag aufgebaut. In zwei Gesundheitsreports wird diese Datenstruktur berichtet, so dass sich ein Anteil wie folgend in Schaubild 32 errechnen lässt.

Umlage U2 greift

**Umlage U1 reduziert
60 Prozent der der kostenrelevanten Fehltage**

**AU-Tage, die auf ein
Wochenend- oder Feiertag
fallen, müssen gesondert
berücksichtigt werden**

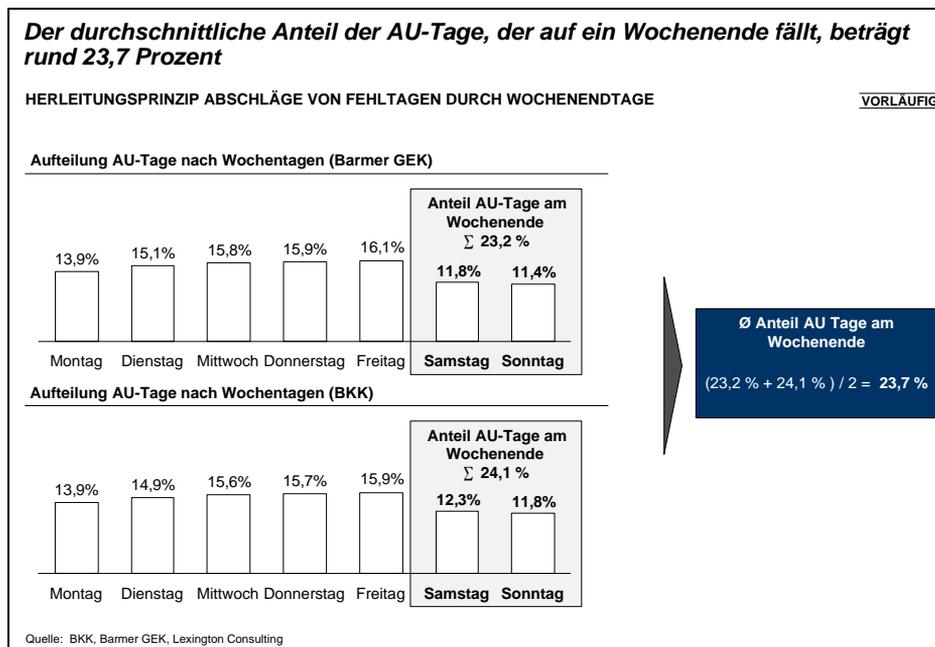


Schaubild 32: Herleitung AU-Tage am Wochenende.

Je Bundesland kann somit im Durchschnitt davon ausgegangen werden, dass rund 23,7 Prozent der AU-Tage auf ein Wochenende fallen. Dieser Anteil wird daher jeweils abgezogen.

Eine analoge Darstellung ist für die Feiertage nicht vorhanden. Somit muss die statistische Wahrscheinlichkeit herangezogen werden, dass ein bis zu diesem Schritt der Herleitung verbleibender, kostenrelevanter AU-Tag und Feiertag (der immer auf einen Wochentag fällt oder auf einen Wochentag fallen kann) zusammenfallen. Diese Berechnung ist erforderlich, da in dem im Vorigen dargestellten Grundsche-ma vom Bundesrechnungshof zur Berechnung der Jahresarbeitszeit einer Normalarbeitskraft Feiertage bereits abgezogen wurden und somit Mehrfachzählungen von Fehltagen insbesondere für die Kosten-sicht vermieden werden müssen.

Als letzter Unterpunkt des Schemas zur Herleitung der Netto-jahresarbeitszeiten sind die Urlaubstage zu beleuchten. Hierbei kann wiederum von bundesweit einheitlichen Werten ausgegangen werden. Für die Urlaubstage werden je Vollzeitbeschäftigten 30 Tage pro Jahr herangezogen, die für Deutschland als oberer Wert tariflicher Urlaubstage des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung analysiert werden. Diese Zahlen werden auch in europäischen Vergleichsstudien des European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) so-wie in Analysen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) herangezogen. Somit kann für jedes Bundesland ein spez-ifizischer Wert der „kostenrelevanten Fehltag“ ermittelt werden, wel-

Durchschnittlich 23,7 Prozent der AU-Tage fallen auf ein Wochen-ende

Bereits abgezogene Feiertage dürfen nicht mit Fehltagen durch Erkrankung mehrfach gezählt werden

30 Urlaubstage pro Jahr werden herangezogen

cher die zuvor erläuterten und hergeleiteten Teilergebnisse subsummiert. Schaubild 33 zeigt dazu die quantitativen Resultate.

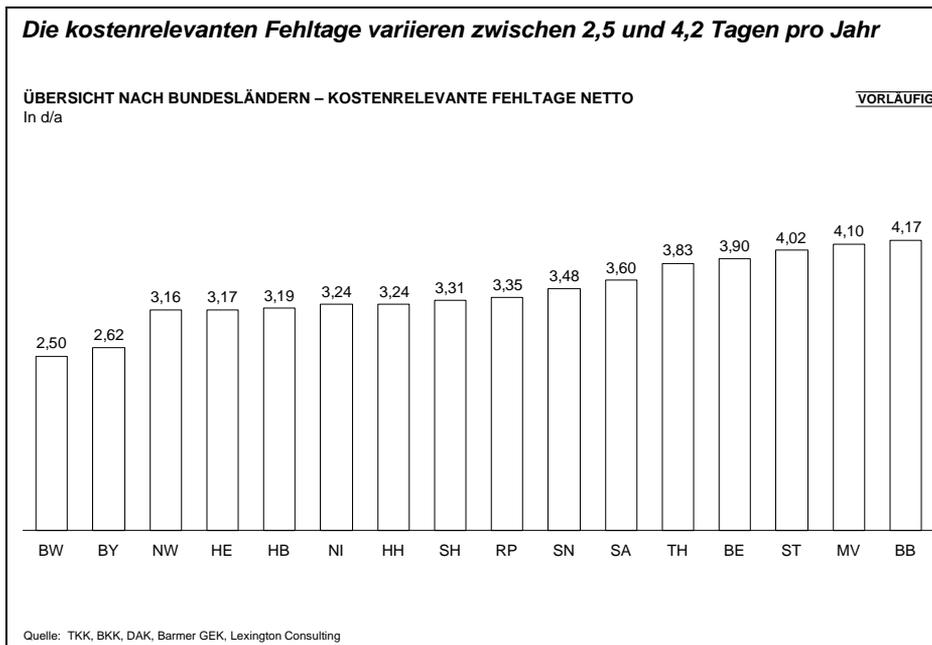


Schaubild 33: Zusammenfassung „kostenrelevante Fehltage – netto“ je Bundesland.

Deutlich wird, dass auch unter Berücksichtigung der Mechanismen, die einem Arbeitgeber zur Verfügung stehen (insbesondere U1 und U2), mehrere Fehltage pro Jahr hinsichtlich der Kostenrelevanz anfallen. Auch schreibt sich die Struktur fort, die bereits in Schaubild 29 hinsichtlich der durchschnittlichen, statistisch berichteten AU-Tage analysiert wurde und zeigt, dass in den Neuen Bundesländern ein hoher Krankenstand auftritt. Grundsätzliche Ursachen dafür können u. a. in den zunächst unspezifischen (bezogen auf Wirtschaftsbereiche oder Branchen) Indikatoren Altersstruktur der Bevölkerung/Beschäftigten/Versicherten sowie der jeweiligen Morbidität gesehen werden.

Weiterhin mehrere kostenrelevante Fehltage pro Jahr

Im Gesamtergebnis der Herleitung der Nettojahresarbeitszeit im weiteren Sinne ergeben sich folgende Werte, die in Schaubild 34 dargestellt sind.



Schaubild 34: Ergebnis der Herleitung von Nettojahresarbeitszeiten im weiteren Sinne.

Es zeigt sich, dass Abweichungen zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Nettojahresarbeitszeit bestehen. Beispielsweise steht ein Vollzeitmitarbeiter in Bremen dem Pflegedienst 1.762 Stunden pro Jahr zur Verfügung, hingegen im Saarland nur 1.739 Stunden pro Jahr. Folgerichtig werden unterschiedliche Voraussetzungen bei der leistungsgerechten Vergütung von HKP-Leistungen je Bundesland bestehen. Die Begründung hierfür liegt in variierenden arbeitszeitrelevanten Durchschnittswerten. Die Studie zieht im nachfolgenden weitere Schlussfolgerungen durch die Verdichtung zusätzlicher Ergebnisse.

Variierende arbeitszeit-relevante Daten in den Bundesländern führen zu unterschiedlichen Voraussetzungen bei der leistungsgerechten Vergütung von HKP-Leistungen

Nettojahresarbeitszeit im engeren Sinne

Die Nettojahresarbeitszeit (in diesem Abschnitt ist i. e. S. gemeint) steht jedoch für einen Pflegedienst nicht vollständig „umsatzbringend“ zur Verfügung. Daher ist eine weitere Differenzierung erforderlich. Diese geht nach folgendem Schema vor:

Nettojahresarbeitszeit im engeren Sinne als „abrechnungsfähige Zeit“

Nettojahresarbeitszeit im weiteren Sinne

- Fortbildungszeiten
- Organisations- und Leitungszeiten

= Nettojahresarbeitszeit im engeren Sinne

Es werden somit von der Nettajahresarbeitszeit im weiteren Sinne noch die „unproduktiven Zeiten“ abgezogen. Hierzu werden an dieser Stelle die Unterpunkte gezählt, die mit der Erbringung von HKP-Leistungen einhergehen, jedoch zum Teil direkt unternehmerisch beeinflussbar sind. Bei den Fortbildungszeiten ist die Erstellung eines Fortbildungsplans neben den vertraglichen Vereinbarungen abhängig von den Entscheidungen der Pflegedienstleitung, insbesondere wenn es um zusätzliche Fortbildung über dem geforderten Standard geht. Auch kann Einfluss auf die Organisations- und Leitungszeiten genommen werden, bspw. durch effiziente Prozesse und Abläufe innerhalb des Pflegedienstes (Kombination von Dienstbesprechungen mit internen Schulungs-/ Fortbildungseinheiten, Optimierung Tanken und Fahrzeugpflege etc.).

Als Zeiten für die Fortbildung wurde bereits bei der Kostenseite eine Herleitung vorgenommen. Die Lerninhalte könnten dabei wie erwähnt Erste Hilfe, erweiterte Reanimation, Dekubitusprophylaxe, Hygiene und Wundversorgung (vergleiche hierzu Schaubild 19) sein. Mit dem kalkulierten Wert von 20 Stunden pro Jahr und Vollzeitäquivalent (Pflegefach- und Pflegekräfte) sowie 28 Stunden pro Jahr und Vollzeitäquivalent für die Pflegedienstleitung geht die Studie von einem realistischen Wert aus (vergleiche hierzu Schaubild 18). Da von bundesweit gleicher Qualität der Leistungen Häuslicher Krankenpflege auszugehen ist, werden entsprechend auch gleich hohe Fortbildungszeiten für das Pflegepersonal als erforderlich angenommen.

Bei der Erbringung von HKP-Leistungen fallen neben der reinen Pflegezeit mehrere Tätigkeiten für die Pflegedienstmitarbeiter an, die im Rahmen der Arbeitszeit ausgeführt werden müssen. Hierzu können z. B. Vor- und Nachbereitung von Touren bzw. Einsätzen sowie Dienst-/Themen-/Fallbesprechungen zählen. Überschneidungen bei einer solchen Aufzählung der Tätigkeiten mit dem Bereich der Fortbildung können ggf. bei Themen wie interne Fortbildung, Qualitätszirkeln etc. auftreten. Es werden zur Quantifizierung sämtlicher Organisationszeiten Angaben der pflegeökonomischen Fachliteratur mit insgesamt 5 Prozent herangezogen (als untere Grenze nennt die Fachliteratur 4 Prozent, siehe Tillmann in Häusliche Pflege). Es wird zusätzlich darauf verwiesen, dass mit der berücksichtigten Verwaltungskraft (0,8 VZÄ) zusätzliche Unterstützung in der Organisation (beispielsweise die Bereitlegung der notwendigen Haustürschlüssel) zur Verfügung steht.

Zusätzlich ist nur für die Pflegedienstleitung ein Zeitaufwand für Leitungs- und administrative Aufgaben zu berücksichtigen. Hierfür werden ergänzend zu der Organisationszeit, die auch der Pflegedienstleitung zur Verfügung steht, insgesamt 25 Prozent der Arbeitszeit als Organisations- und Leitungszeit berücksichtigt. Die Integration eines Teilzeitverwaltungsmitarbeiters mit 0,8 VZÄ berücksichtigt, dass

Fortbildungszeiten sowie Organisations- und Leitungszeiten werden abgezogen

Gleich hohe Fortbildungszeiten für das Pflegepersonal bundesweit angenommen

5 Prozent Organisationszeiten; zusätzlich stehen 0,8 VZÄ einer Verwaltungskraft in der Organisation unterstützend zur Verfügung

25 Prozent Organisations- und Leitungszeit für die Pflegedienstleitung

sich die Pflegedienstleitung auf entsprechende Leitungsaufgaben (wie etwa Einsatz- und Tourenplanung, Visiten und Qualitätssicherung sowie Akquisesgespräche) konzentrieren kann, während die Verwaltungskraft administrative Aufgaben (wie die Abrechnungsvorbereitung, Telefondienst etc.) sicherstellt.

Für den kalkulierten Pflegedienst mit 15,8 VZÄ (1 VZÄ Pflegedienstleitung, 7 VZÄ Pflegefachkräfte, 7 VZÄ Pflegekräfte und 0,8 VZÄ Verwaltungskräfte) resultiert somit, dass ein Äquivalent von 1,75 VZÄ für Organisations- und administrative Zeiten zur Verfügung steht. Dieser Anteil ist somit nicht „umsatzbringend“, aber entsprechend in der Kostenherleitung und den kalkulatorischen Stundensätzen berücksichtigt. Anders ausgedrückt, werden mit ca. 14 VZÄ direkt Leistungen der Häuslichen Krankenpflege erbracht, und es sind rechnerisch 1,75 VZÄ zusätzlich für reine Organisations-, Leitungs- und administrative Zeiten kalkuliert. Im Gesamtergebnis der Herleitung der Nettojahresarbeitszeit im engeren Sinne ergeben sich folgende Werte, die in Schaubild 35 dargestellt sind.

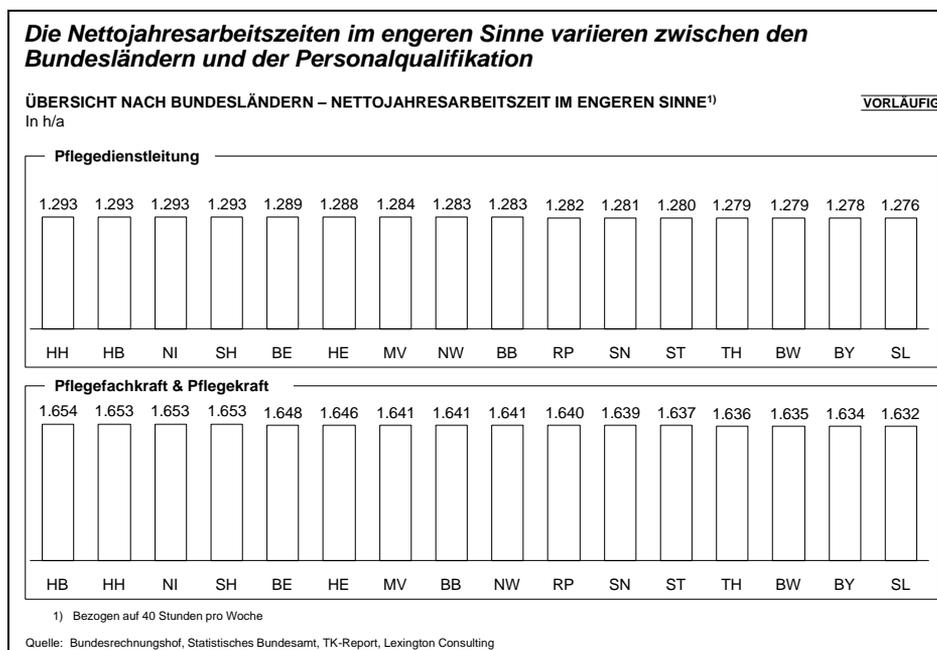


Schaubild 35: Ergebnis der Herleitung von Nettojahresarbeitszeiten im engeren Sinne.

Es stellt sich ein analoges Bild zu Schaubild 34 dar. Jedoch ergibt sich bei der Nettojahresarbeitszeit im engeren Sinne eine Differenzierung zwischen der Pflegedienstleitung und dem Pflegepersonal (Pflegefach- und Pflegekräfte). Dies bedingt sich durch die Leitungszeit der Pflegedienstleitung, in der von dieser keine HKP-Leistungen erbracht werden können.

Nettojahresarbeitszeit im engeren Sinne ist zwischen Pflegedienstleitung und dem Pflegepersonal zu unterscheiden

Die geringste „reine“ abrechnungsfähige Zeit steht sowohl einer Pflegedienstleitung mit 1.276 Stunden pro Jahr als auch einer Pflegefach- bzw. Pflegekraft mit 1.632 Stunden pro Jahr im Saarland zur Verfügung. Die angestellten Pflegefach- und Pflegekräfte nehmen keine Leitungsaufgaben wahr und können somit jährlich mehr abrechenbare HKP-Leistungen erbringen.

Ergebnisse der Kostenbetrachtung

Die zuvor hergeleiteten Daten dienen als Inputgrößen für das ebenfalls bereits erörterte Kostenmodell. In diesem Abschnitt erfolgt somit die Umsetzung und Generierung von Ergebnissen. Dabei werden zunächst Anteile an den Gesamtkosten für den kalkulierten Pflegedienst (Größe 15,8 VZÄ etc.) ermittelt und anschließend die zentrale Kennzahl „kalkulatorischer Stundensatz“ für die Häusliche Krankenpflege bestimmt. Auf Basis dieser quantitativen Erkenntnisse wird ein Vergleich zwischen den Bundesländern ausgeführt.

Umsetzung und Generierung von Ergebnissen durch hergeleitete Inputgrößen

Darstellung von Kostenanteilen

Auf Grundlage der hergeleiteten Kostenbestandteile und deren Einfluss auf die Gesamtkosten lassen sich die jeweiligen Kostenanteile für einen Pflegedienst ermitteln. Da wesentliche Kostenblöcke in den einzelnen Bundesländern variieren, kommt es auch bei der Betrachtung der Anteile zu Unterschieden. Nachfolgend zeigt Schaubild 36 die Ergebnisse der Gesamtkostenanteile.

Kostenanteile für einen Pflegedienst sind bestimmt



Schaubild 36: Kostenanteile an kalkulierten Gesamtkosten eines Pflegedienstes.

Das Ergebnis bestätigt die Erfahrungswerte zu der Kostenstruktur und dem Geschäftsmodell von Pflegediensten: Die Personalkosten machen den dominierenden Anteil aus. Die Werte bewegen sich zwischen 89 Prozent und 93 Prozent. Den zweitgrößten Kostenanteil eines Pflegedienstes machen die Kfz-Kosten aus mit vier Prozent bis sieben Prozent, dann folgen die Mietkosten mit einem Prozent bis zwei Pro-

Personalkosten machen dominierenden Anteil aus

zent. Alle weiteren Kosten, hier als weitere Sachkosten abgegrenzt, machen etwa zwei Prozent aus. Neben dieser strukturellen Kostenaufteilung interessieren die absoluten Werte, auf die im nächsten Abschnitt eingegangen wird.

Darstellung von kalkulatorischen Stundensätzen

Wie bereits erläutert wurde, steht der kalkulatorische Stundensatz als zentrale Größe bei der Bewertung leistungsgerechter Vergütungen zur Verfügung. Die vorausgehenden Analysen und Betrachtungsweisen der Studie legen sowohl die methodische als auch inhaltliche Grundlage für deren Ermittlung.

Der kalkulatorische Stundensatz ermittelt sich entsprechend des Kostenmodells anhand der Gesamtkosten des kalkulatorischen Pflegedienstes dividiert durch die Nettojahresarbeitszeit im engeren Sinne des gesamten Pflegepersonals (inkl. anteiliger Berücksichtigung der Pflegedienstleitung). Kostenseitig sollen mit möglichst geringen Mitteln die erforderlichen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege erbracht werden. Je Bundesland können über diese Berechnungsvorschrift spezifische kalkulatorische Stundensätze ermittelt werden. Die Ergebnisse hierfür sind in Schaubild 37 dargestellt.

Kalkulatorische Stundensätze liegen vor

Gesamtkosten des Pflegedienstes werden durch die Nettojahresarbeitszeit im engeren Sinne dividiert

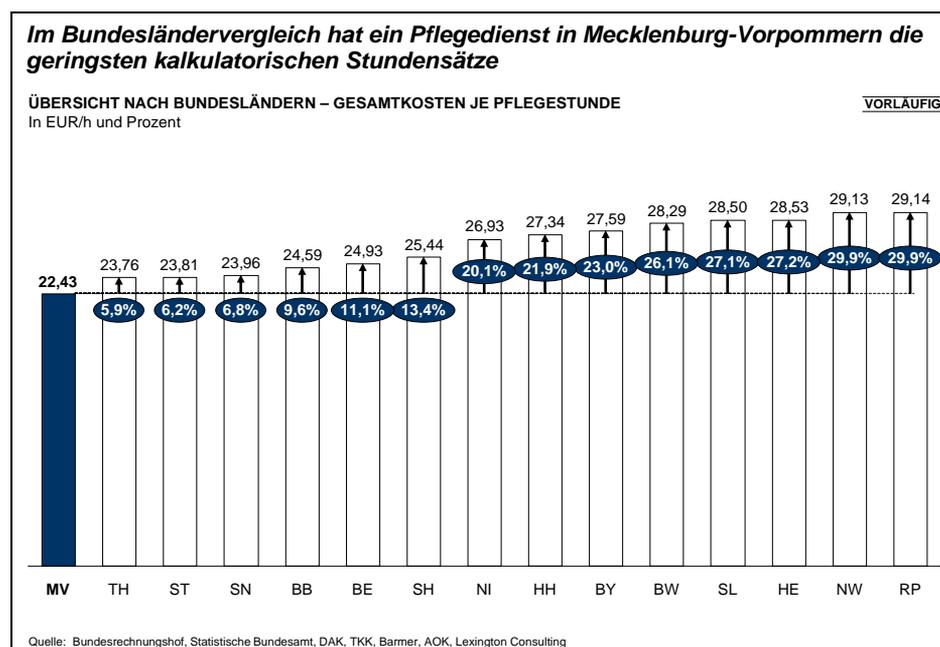


Schaubild 37: Kalkulatorische Stundensätze eines Pflegedienstes je Bundesland.

Es wird zum einen der absolute Wert abgebildet und zum anderen die prozentuale Abweichung zum geringsten Wert. Es kann konstatiert werden, dass in Mecklenburg-Vorpommern mit 22,43 EUR pro Stunde der geringste kalkulatorische Stundensatz resultiert. In

Geringster kalkulatorischer Stundensatz in Mecklenburg-Vorpommern

Thüringen ergeben sich 5,9 Prozent höhere Sätze mit 23,76 EUR pro Stunde. Die höchsten kalkulatorischen Stundensätze liegen in Rheinland-Pfalz vor, mit 29,14 EUR pro Stunde sind diese um 29,9 Prozent höher als in Mecklenburg-Vorpommern.

Bei der Betrachtung der Stundensätze ist festzuhalten, dass Mecklenburg-Vorpommern die geringsten kalkulatorischen Kosten aufweist. Es ist somit davon auszugehen, dass Leistungen der Häuslichen Krankenpflege in Mecklenburg-Vorpommern am kostengünstigsten im Vergleich zu anderen Bundesländern erbracht werden können. Werden nur die Neuen Bundesländer (ohne Berlin als Stadtstaat) vergleichend zu Mecklenburg-Vorpommern herangezogen, so ist die Leistungserbringung in Thüringen um 5,9 Prozent, in Sachsen-Anhalt um 6,2 Prozent, in Sachsen um 6,8 Prozent und in Brandenburg um 9,6 Prozent kostenintensiver.

Es wird zudem erkennbar, dass die Unterschiede in den Kostensätzen auf zwei wesentliche Bereiche zurückzuführen sind: Unterschiede der verfügbaren jährlichen Nettoarbeitszeit (als sog. Mengeneffekt) und Unterschiede in der Höhe der Kosten (als sog. Preiseffekt). In Schaubild 35 zeigen sich hinsichtlich der Nettojahresarbeitszeit keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern, sodass nicht von einem wesentlichen Einfluss der verfügbaren Nettojahresarbeitszeit auf die Unterschiede der Kostensätze auszugehen ist. Die Betrachtung der absoluten Kosten hingegen zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. So ist etwa in Bezug auf die Jahresbruttolöhne (siehe auch Schaubild 12) eine deutliche Abweichung zwischen einzelnen Bundesländern erkennbar. Darüber hinaus fällt bei vertiefender Betrachtung auf, dass in den Neuen Bundesländern mit vergleichsweise niedrigen Stundensätzen (Schaubild 37) der Anteil der Personalkosten (Schaubild 36) ebenso niedriger als in den alten Bundesländern ist. Bei etwa gleich hohen Personalkosten zwischen den Bundesländern wäre bei einem niedrigeren Stundensatz ein entsprechend höherer Personalkostenanteil zu erwarten. Da die absoluten Bruttolöhne (und damit zusammenhängend auch die gesamten Personalkosten) jedoch wesentlich niedriger als in den alten Bundesländern liegen, kommt dieses Bild zustande. Umgekehrt verhält es sich etwa bei den Kfz-Kosten. Deren Anteil an den (geringeren) Kostensätzen in den neuen Bundesländern ist höher. Dieses resultiert etwa aus der höheren jährlichen Fahrleistung (wie in Schaubild 21 dargestellt) und damit verbundenen höheren absoluten Kosten.

Die Personalkosten stellen einen wesentlichen Bestandteil der Kosten eines Pflegedienstes dar. Die Zusammensetzung des eingesetzten Personals nach dessen Qualifikation spielt daher eine erhebliche Rolle. Die in der Studie kalkulierte Personalzusammensetzung (1 VZÄ Pflegedienstleitung, 7 VZÄ Pflegefachkräften und 7 VZÄ Pflegekräften sowie 0,8 VZÄ Verwaltungskraft) kann hinsichtlich der Rahmenbedin-

Leistungen der Häuslichen Krankenpflege können in Mecklenburg-Vorpommern am kostengünstigsten im Vergleich zu anderen Bundesländern erbracht werden

Mengen- und Preiseffekt spielen grundsätzlich eine Rolle

Zwei Varianten der Personalzusammensetzung werden gebildet

gungen der Pflegedienste in den einzelnen Bundesländern sowie der Art der zu erbringenden Leistungen variieren. Um die Kostenunterschiede hinsichtlich der Personalzusammensetzung zu verdeutlichen, werden nachfolgend zwei Varianten differenziert. Diese ermöglichen es, eine Bandbreite aus einem unteren kalkulatorischen Stundensatz mit einer ausschließlichen Personalzusammensetzung aus nicht-examinierten Pflegekräften und einem oberen kalkulatorischen Stundensatz mit einer ausschließlichen Personalzusammensetzung aus examinierten Pflegefachkräften zu ermitteln.

Zum einen wird eine Personalzusammensetzung mit nicht-examiniertem Personal angenommen (14 VZÄ nicht-examinierte Pflegekräfte, 1 VZÄ examinierte Pflegedienstleitung und 0,8 VZÄ Verwaltungskraft). Es ergeben sich kalkulatorische Stundensätze wie in Schaubild 38 dargestellt.

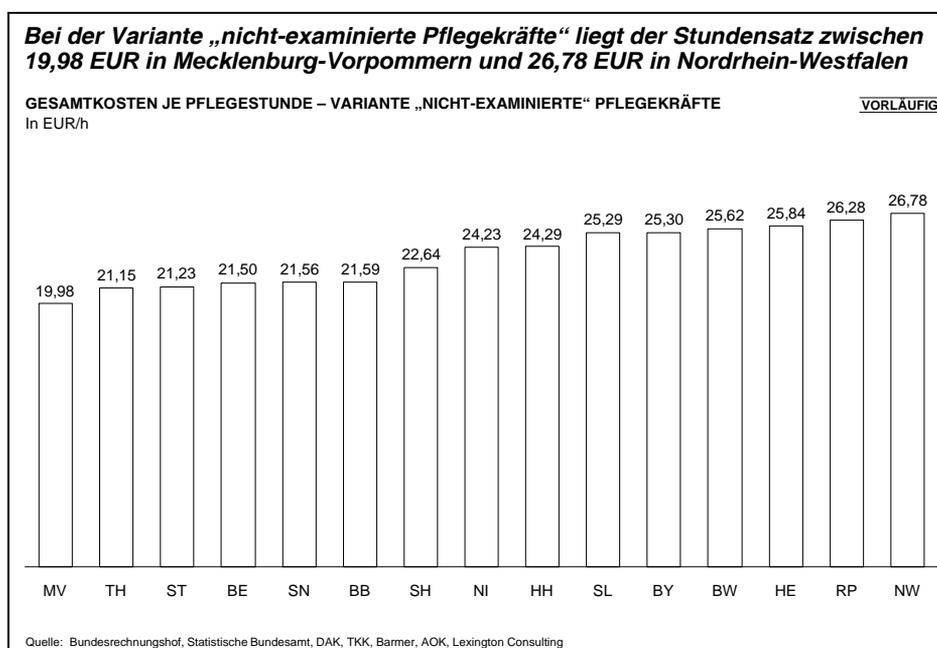


Schaubild 38: Kalkulatorische Stundensätze für Variante „nicht-examinierte“ Pflegekräfte.

Zum anderen wird eine Personalzusammensetzung mit ausschließlich examiniertem Personal angenommen (14 VZÄ examinierte Pflegefachkräfte, 1 VZÄ examinierte Pflegedienstleitung und 0,8 VZÄ Verwaltungskraft). Es ergeben sich kalkulatorische Stundensätze wie in Schaubild 39 dargestellt.

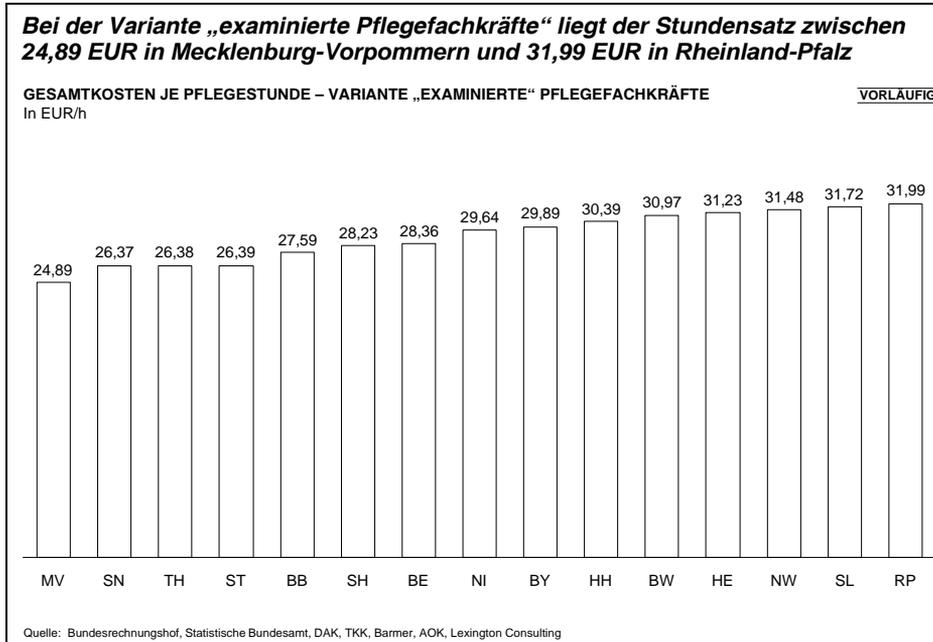


Schaubild 39: Kalkulatorische Stundensätze für Variante „examierte“ Pflegefachkräfte.

Die Ergebnisse der beiden dargestellten Varianten zeigen eine Bandbreite hinsichtlich der Kostenrelevanz des Personaleinsatzes bei Pflegediensten auf. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei dem ausschließlichen Einsatz examinierter und nicht-examinierter Pflegekräfte um grundsätzlich theoretische Annahmen handelt, die dazu dienen, die Sensitivität bzgl. der Kosten zu veranschaulichen.

Unternehmerische Bewertung

Für die Perspektive zur Bewertung einer leistungsgerechten Vergütung der Häuslichen Krankenpflege wurden vergleichbare Strukturen herangezogen (gleiche Anzahl an Mitarbeitern und Qualifizierungsprofil, Fahrzeuge, Bürogröße etc.). Aus unternehmerischer Sicht besteht für einen Pflegedienst jedoch eine Vielzahl an (strategischen) Handlungsfeldern, um erfolgreich am Markt zu agieren. Auf einige ausgewählte Aspekte wird nachfolgend kurz eingegangen. So stehen die betriebliche Optimierung und grundsätzliche strategische Stoßrichtung im Interesse dieses Abschnitts.

Ein Pflegedienst ist gem. § 132a Abs. 2 Satz 5 SGB V i. V. m. § 12 SGB V gehalten, wirtschaftlich und preisgünstig zu agieren. Es ist somit zum einen gefordert, effiziente Strukturen und Prozesse bei Pflegediensten zu schaffen. Zum anderen wird dies auch das Interesse des Pflegedienst-Unternehmers sein, um entsprechende Gewinnerwartungen zu erfüllen. Diese entstehen aus dem Eingehen eines unternehmerischen Risikos. Der Unternehmer/Leistungserbringer wird eine risiko-adäquate Verzinsung seines eingesetzten Kapitals anstreben und diese versuchen, in den Verhandlungen mit den Kostenträgern durchzusetzen.

Die konkrete Vergütungsfindung bleibt den Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern vorbehalten, sollte jedoch weiterhin dem Prinzip der leistungsgerechten Vergütung folgen. Kostenmodell und kalkulatorische Stundensätze bilden eine Grundlage dafür.

Es sollte grundsätzlich bei der Vergütungsfindung berücksichtigt werden, dass

- ein Anreiz auf Effizienzsteigerung bei Pflegediensten nicht ausgehebelt wird,
- ineffiziente Strukturen nicht etabliert bzw. gefestigt werden,
- eine Betrachtung auf Basis von Durchschnittskosten bereits „Spielraum“ gegenüber dem Ansatz geringste Kosten verschafft,
- eine Eingrenzung von Kosten, die von den Kostenträgern und mit dem Hinweis auf Wirtschaftlichkeit und Preisgünstigkeit anerkannt werden, erfolgen kann,
- die Höhe eines erwirtschafteten Gewinns für einen ambulanten Pflegedienst in erheblichem Maße von der unternehmerischen Gestaltung abhängig ist. Eine festge-

Betriebliche Optimierung und grundsätzliche strategische Stoßrichtungen für Pflegedienste von Interesse

Effiziente Strukturen und Prozesse bei Pflegediensten erforderlich

Vergütungsfindung in Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern

legte Gewinnposition in einer Kostenkalkulation ist somit nicht ansetzbar.

Daher seien an dieser Stelle grundsätzliche, ausgewählte Möglichkeiten zur betrieblichen Optimierung angerissen. So spielen klassischerweise „economies of scale“ und die Durchsetzung von Fixkostendegression eine Rolle bei der Wirtschaftlichkeit eines Pflegedienstes. Darüber stellt sich die Frage einer optimalen Betriebsgröße für einen Pflegedienst. Es ist davon auszugehen, dass durch „größere“ Pflegedienste (als die hier angenommene Größe: Durchschnittswert mit 15,8 VZÄ, um Vergleichbarkeit sicherzustellen) effizientere Kostenstrukturen zu realisieren sind. Zudem bestehen jedoch prinzipiell Ausgestaltungsoptionen bei der Personalstruktur- und -einsatzplanung, Tourenplanung etc. Ein weiterer Bereich, welcher jedoch aufgrund der Abgrenzung der Studie nicht berücksichtigt wurde, ist eine synergetische Erbringung von Leistungen, die auf SGB V (Finanzierung über Krankenkassen) und SGB XI (Finanzierung über Pflegekasse) entfallen oder privat vom Kunden entrichtet werden. Auch dieser Aspekt der Synergien kann bei den Ansätzen betrieblicher Optimierung von Relevanz sein.

Die in dieser Studie ermittelten Stundensätze berücksichtigen grundlegende Annahmen des ökonomischen Prinzips, dass mit möglichst geringen Mitteln die erforderlichen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege erbracht werden sollen. Diesem Grundprinzip folgend, wird die Schaffung effizienter Strukturen vorausgesetzt. Die resultierenden kalkulatorischen Stundensätze (und somit auch die getroffenen Annahmen und Vorgehensweisen der Studie) werden dadurch bekräftigt, dass die verhandelten Vergütungssätze in mehreren Bundesländern im Bereich der kalkulatorischen Stundensätze liegen. Es ist daher anzunehmen, dass Pflegedienste – auch wenn die angenommenen Effizienzsteigerungen etwa durch die Pflegedienstgröße noch nicht vollständig realisiert sind – zu diesen Vergütungssätzen auskömmlich wirtschaften können. Somit lässt sich vermuten, dass andere Faktoren, wie etwa nicht im Fokus der Studie stehende Synergieeffekte mit anderen Leistungsbereichen (z. B. SGB XI) sowie Art und Menge der Leistungserbringung und -abrechnung, den Pflegediensten weiteren wirtschaftlichen Handlungsspielraum verschaffen.

Die strategische Ausrichtung und Stoßrichtung von Pflegediensten spielt in diesem Zusammenhang und im Rahmen der unternehmerischen Bewertung ebenfalls eine bedeutende Rolle. Nur durch entsprechende strategische Maßnahmen können aus Sicht der Pflegedienste Vorteile bzgl. der Wettbewerbsposition erreicht werden. Wie bereits herausgearbeitet wurde, sind Effizienzsteigerungen, transparente Kostendarstellungen und ggf. Kostensenkungen zentrale Aspekte. Grundsätzlich sollten Pflegedienste die Optionen zu Kooperationen oder Netzwerken prüfen, um diese zielstrebig zu verfolgen.

Handlungsoptionen zur betrieblichen Optimierung von Pflegediensten sollten genutzt werden

Strategische Maßnahmen können Wettbewerbs- und Kostenposition nachhaltig verbessern

Fazit

Abschließend und zusammenfassend wird festgehalten, dass die zentrale Fragestellung nach potenziellen Gründen für unterschiedliche Vergütungen bei der Häuslichen Krankenpflege im Vergleich der Bundesländer beantwortet werden konnte. Bezugspunkt ist dabei der ökonomische Teil der Fragestellung gewesen.

So kommt die vorliegende Studie zu dem Ergebnis, dass, sofern eine leistungsgerechte Vergütung angestrebt wird, eine Orientierung an den Kosten eines Pflegedienstes – angemessen und ursächlich mit der HKP-Leistungserbringung – erfolgen muss.

Es wurde ein spezifisches Kostenmodell für die Häusliche Krankenpflege bzw. für einen Pflegedienst aufgebaut. Die erforderlichen Daten für das Modell wurden schrittweise nachvollziehbar und auf Basis des ökonomischen Prinzips hergeleitet. Das bedeutet im Kontext dieser Studie die Erbringung der erforderlichen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege mit möglichst geringen Mitteln. Die Betrachtungsebene für einen späteren Vergleich der Ergebnisse bezieht sich auf die Bundesländer. Auf dieser Ebene finden auch die Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern statt.

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass erhebliche Kostenunterschiede zwischen den Bundesländern bestehen. Die Kosten müssen wesentlicher Teil der Bewertung einer leistungsgerechten Vergütung sein. Somit sind unterschiedliche Vergütungen (kalkulatorische Stundensätze) bei der Häuslichen Krankenpflege in den Bundesländern gerechtfertigt. Es zeigen sich verhandelte Vergütungssätze in mehreren Bundesländern, die im Bereich der berechneten Werte liegen. Auch wenn die z. T. in den Berechnungen der Studie angenommenen Effizienzsteigerungen noch nicht vollständig realisiert sind, lässt sich vermuten, dass andere Faktoren, wie etwa nicht im Fokus der Studie stehende Synergieeffekte mit anderen Leistungsbereichen (z. B. SGB XI) sowie Art und Menge der erbrachten Leistungen und deren Abrechnung, den Pflegediensten weiteren wirtschaftlichen Handlungsspielraum verschaffen.

Bei der Betrachtung der absoluten Werte ist festzuhalten, dass Mecklenburg-Vorpommern die mit Abstand geringsten kalkulatorischen Stundensätze aufweist. Leistungen der Häuslichen Krankenpflege können in Mecklenburg-Vorpommern also am kostengünstigsten im Vergleich zu anderen Bundesländern erbracht werden. Dies muss sich entsprechend in den Vergütungsvereinbarungen widerspiegeln. Werden nur die Neuen Bundesländer (ohne Berlin als Stadtstaat) vergleichend zu Mecklenburg-Vorpommern herangezogen, so ist die Leistungserbringung in Thüringen um 5,9 Prozent, in Sachsen-Anhalt um

Ausgangsfragestellung konnte durch Studie beantwortet werden

Erhebliche Kostenunterschiede in den Bundesländern müssen wesentlicher Teil der Bewertung einer leistungsgerechten Vergütung sein

Mecklenburg-Vorpommern weist die mit Abstand geringsten kalkulatorischen Stundensätze auf

6,2 Prozent, in Sachsen um 6,8 Prozent und in Brandenburg um 9,6 Prozent kostenintensiver.

Mit den Erkenntnissen der Studie wurde letztlich eine Faktenlage für den ökonomischen Themenbereich der Häuslichen Krankenpflege mit Blick auf die Leistungserbringung durch ambulante Pflegedienste geschaffen.

***Erkenntnisse der Studie
schaffen Faktenlage für
den ökonomischen
Themenbereich der
Häuslichen Kranken-
pflege***

QUELLENVERZEICHNIS

Literatur, Veröffentlichungen und Vorträge

- Fleßa, Steffen; Götz, Olav; Bellmann, Timo; Bullmann, Claudia: Ambulante Pflegedienste in Mecklenburg-Vorpommern. Eine Bestandsaufnahme und Abschätzung der zukünftigen Entwicklung; in: HeilberufeScience 2011, 1
- Heiber, Andreas; Nett, Gerd (Hannover, 2006): Handbuch Ambulante Einsatzplanung. Grundlagen, Abläufe, Optimierung
- Repschläger, Uwe: Die Verteilung von Morbidität in Deutschland. Ein Morbiditätsatlas zum Vergleich von Regionen auf Basis der 80 Krankheiten des Risikostrukturausgleichs; in: Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell 2011
- Rothgang, Heinz: Leistungsgerechte Vergütung für ambulante Pflegedienste. Vortrag zum Deutschen Pflegekongress am 13. Mai 2011 in Berlin
- Rothgang, Heinz: Vergütung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Vortrag zum 4. Bayerischen Tag der ambulanten Pflege des bpa am 28. März 2011 in München
- Schnitzlein, Daniel: Umfang und Folgen der Nichtinanspruchnahme von Urlaub in Deutschland; in: DIW Wochenbericht 51+52.2011
- Sießegger, Thomas (Hannover, 1997): Handbuch Betriebswirtschaft. Wirtschaftliches Handeln in ambulanten Pflegediensten
- Sießegger, Thomas (Hannover, 2009): Kalkulieren, Organisieren, Steuern. 50 Fragen und Lösungen zur Betriebswirtschaft
- Tillmann, Roman: Schwarze Zahlen schreiben. Die entscheidenden Instrumente zur Steuerung des Pflegedienstes einsetzen; in: Häusliche Pflege 2007, Juni

Statistiken, Studien und Datensammlungen

- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Anfrage vom 26. April 2012): Auswertung zu Bruttolöhnen Wirtschaftszweig Q
- Barmer GEK (Wuppertal, 2011): Gesundheitsreport 2011
- Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (Anfrage vom 26. April 2012): Auswertung zu Bruttolöhnen Wirtschaftszweig Q

- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrts-
pflege (BGW) (Hamburg, 2011): BGW Kompakt (Angebote,
Informationen, Leistungen)
- BKK (Essen, 2011): Gesundheitsreport 2011
- DAK (Hamburg, 2002): Gesundheitsreport 2002
- DAK (Hamburg, 2009): Gesundheitsreport 2009
- DAK (Hamburg, 2011): Gesundheitsreport 2011
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Berlin, 2010): Reha-Bericht
2010
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Berlin, 2011): Rehabilitation
2010 (Statistikband 184)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Berlin, 2012): Versicherte
2009/2010 (Statistikband 185)
- Deutscher Mieterbund (DMB) (Berlin, 2011): Betriebskostenspiegel
für Deutschland
- Dudenhöffer, Ferdinand und John, Eva-Maria (Duisburg, 2009):
Warum der offizielle Kraftstoffverbrauch von Neuwagen
erheblich von der Realität abweicht
- Hessisches Statistisches Landesamt (Anfrage vom 26. April
2012): Auswertung zu Bruttolöhnen Wirtschaftszweig Q
- Immobilienverband Deutschland (IVD Bundesverband) (Berlin,
2010): IVD-Gewerbe-Preisspiegel 2009/2010
- Information und Technik Nordrhein-Westfalen (Anfrage vom
26. April 2012): Auswertung zu Bruttolöhnen Wirtschaftszweig Q
- Landesamt für zentrale Dienste Saarland (Anfrage vom 26. April
2012): Auswertung zu Bruttolöhnen Wirtschaftszweig Q
- Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie
Niedersachsen (Anfrage vom 26. April 2012): Auswertung
zu Bruttolöhnen Wirtschaftszweig Q
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Stuttgart, 2011):
Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder. Gesamt-
wirtschaftliche Ergebnisse im Bundesländervergleich
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Anfrage
vom 26. April 2012): Auswertung zu Bruttolöhnen Wirtschaftszweig Q

- Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (Anfrage vom 26. April 2012): Auswertung zu Bruttolöhnen Wirtschaftszweig Q
- Statistisches Bundesamt (Wiesbaden, 2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung
- Statistisches Bundesamt (Wiesbaden, 2010): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung
- Statistisches Bundesamt (Wiesbaden, 2011): Demografischer Wandel in Deutschland. Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung in Bund und in den Ländern (Heft 1)
- Statistisches Bundesamt (Wiesbaden, 2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 3. Bericht: Ländervergleich - ambulante Pflegedienste
- Statistisches Bundesamt (Wiesbaden, 2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse
- Statistisches Bundesamt (Wiesbaden, 2012): Verdienste und Arbeitskosten. Arbeitnehmerverdienste (Fachserie 16 Reihe 2.3)
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Anfrage vom 26. April 2012): Auswertung zu Bruttolöhnen Wirtschaftszweig Q
- Statistisches Landesamt Bremen (Anfrage vom 26. April 2012): Auswertung zu Bruttolöhnen Wirtschaftszweig Q
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Anfrage vom 26. April 2012): Auswertung zu Bruttolöhnen Wirtschaftszweig Q
- Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Anfrage vom 26. April 2012): Auswertung zu Bruttolöhnen Wirtschaftszweig Q
- Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (Anfrage vom 26. April 2012): Auswertung zu Bruttolöhnen Wirtschaftszweig Q
- Techniker Krankenkasse (Hamburg, 2011): Gesundheitsreport 2011
- Thüringer Landesamt für Statistik (Anfrage vom 26. April 2012): Auswertung zu Bruttolöhnen Wirtschaftszweig Q
- Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung (Düsseldorf, 2011): Statistisches Taschenbuch Tarifpolitik 2011

Internetseiten

- AOK: Gesundheitsnavigator (<http://www.aok-gesundheitsnavi.de/>)
- AOK: Umlage- und Erstattungssätze (<http://www.aok-business.de/tools-service/beitraege-und-rechengroessen/umlage-und-erstattungssaetze/>)
- Barmer GEK: Umlageverfahren (https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Arbeitgeberportal/Fachthemen/Umlageverfahren/Lohnfortzahlung.html?wcm=LeftColumn_t94518)
- Bayerische Staatsregierung: Energieatlas (<http://www.energieatlas.bayern.de/>)
- Bundesministerium des Innern: Organisationshandbuch. Jahresarbeitszeit einer Normalarbeitskraft (http://www.orghandbuch.de/cln_236/nn_412818/OrganisationsHandbuch/DE/5__Personalbedarfsermittlung/51__Grundlagen/513__Basisdaten/Jahresarbeitszeit/jahresarbeitszeit_inhalt.html?__nnn=true#-1-)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Pressemitteilungen zu Insolvenzgeldumlage (<http://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/>)
- DAK: Umlage- und Erstattungssätze (<http://www.dak.de/content/dakprfirmenservice/beitragfortzahlung.html>)
- Existenzgründerportal des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi): Sozialversicherung (<http://www.existenzgruender.de/selbstaendigkeit/vorbereitung/gruendungswissen/formalitaeten/05374/index.php>)
- iSCORE: Betriebskosten-Benchmarking für Gewerbeimmobilien (http://www.iscore.de/betriebskosten_gewerbe.html)
- Mathias Jensch Versicherungsmakler GmbH & Co. KG: Die Pflegedienst-Police (<http://www.pflegedienst-police.de/>)
- Mineralölwirtschaftsverband: Statistiken Verbraucherpreise (<http://www.mwv.de/index.php/daten/statistikenpreise/>)
- Techniker Krankenkasse: Pflegelotse (<http://www.pflegelotse.de/>)
- Techniker Krankenkasse: Beitragssätze Entgeltfortzahlung (<http://www.tk.de/tk/umlagen/entgeltfortzahlungsversicherung/umlagesaetze/235674>)

- TÜV Rheinland: "Expertenstandard Dekubitusprohylaxe" (http://www.tuv.com/seminar/expertenstandard-dekubitusprohylaxe-ALLK420S08129N1248118_OS.sem)
- TÜV Rheinland: Fortbildung "Hygiene aktuell" (http://www.tuv.com/seminar/kategorie/hygiene-aktuell-OS-K225S09191N1252711_OS.sem)
- TÜV Rheinland: Fortbildung "optimale Wundversorgung mit Wundauflagen" (http://www.tuv.com/seminar/optimale-wundversorgung-mit-wundauflagen-ALL-K761S08221N1251852_OS.sem)

Gesetze, Verordnungen und Richtlinien

- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG) vom 16. Juli 2003, i. d. F. vom 6. Dezember 2011
- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG) vom 17. November 2000, i. d. F. vom 20. Dezember 2011
- Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz - AAG) vom 22. Dezember 2005, i. d. F. vom 22. Dezember 2011
- Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz - EntgFG) vom 26. Mai 1994, i. d. F. vom 23. Dezember 2003
- Verordnung über die Aufstellung von Betriebskosten (Betriebskostenverordnung - BetrKV) vom 25. November 2003
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung vom 20. Dezember 1988, i. d. F. vom 22. Dezember 2011
- Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung vom 26. Mai 1994, i. d. F. vom 22. Dezember 2011
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinie) vom 17. September 2009, i. d. F. vom 21. Oktober 2010

SCHAUBILDVERZEICHNIS

Schaubild 1: Übersicht zur Untergliederung der Häuslichen Krankenpflege.....	6
Schaubild 2: Auswahl wesentlicher Schiedsentscheidungen zur HKP.	7
Schaubild 3: Struktur des Gesamtkostenmodells für den Bereich HKP.	12
Schaubild 4: Indikatoren der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung je Bundesland.	14
Schaubild 5: Altersstruktur je Bundesland.....	15
Schaubild 6: Bevölkerungsdichte je Bundesland.....	16
Schaubild 7: Morbidität je Bundesland.....	17
Schaubild 8: Pflegebedürftigendichte je Bundesland.	18
Schaubild 9: Versorgungsgebiete der Pflegedienste je Bundesland.....	18
Schaubild 10: Durchschnittsgröße eines Pflegedienstes.	21
Schaubild 11: Datenquellen Personal- und Personalnebenkosten.	22
Schaubild 12: Bruttojahreslöhne nach Leistungsgruppen.	24
Schaubild 13: Allgemeiner Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung.....	25
Schaubild 14: Herleitung zu berücksichtigender Kosten für Umlage U1.	26
Schaubild 15: Herleitung zu berücksichtigende Kosten für Umlage U2.....	26
Schaubild 16: Herleitung zu berücksichtigende Kosten für Umlage U3.....	27
Schaubild 17: Beitrag zur Berufsgenossenschaft für Pflegedienste.....	28
Schaubild 18: Abschätzung jährliche Fortbildungszeiten für Pflegefach- und Pflegekräfte.....	29
Schaubild 19: Abschätzung jährliche Fortbildungskosten für Pflegefach- und Pflegekräfte.....	29
Schaubild 20: Leasingraten und Verbrauch für Klein- und Kleinwagen.	31
Schaubild 21: Fahrleistung je Fahrzeug und Bundesland eines Pflegedienstes.....	32
Schaubild 22: Durchschnittliche Kraftstoffpreise 2011 (Superbenzin).....	33
Schaubild 23: Engpassanalyse zur Ermittlung von Mitarbeiter- und Fahrzeugbedarf.....	34
Schaubild 24: Mietspiegel für Gewerberäume je Bundesland.	36
Schaubild 25: Jährlicher Versicherungsaufwand eines Pflegedienstes.....	39
Schaubild 26: Schema zur Herleitung und Differenzierung der Nettojahresarbeitszeit	40
Schaubild 27: Ergebnisse zur Analyse der Feiertage je Bundesland.....	42
Schaubild 28: Prinzip zur Herleitung der „kostenrelevanten Fehltag“	43
Schaubild 29: Durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitstage je Bundesland.....	43
Schaubild 30: Herleitung zusätzlicher Fehltag aus Rehabilitationsleistungen.....	45
Schaubild 31: Herleitung abzuziehender Fehltag aus Langzeiterkrankung.....	46
Schaubild 32: Herleitung AU-Tage am Wochenende.....	48
Schaubild 33: Zusammenfassung „kostenrelevante Fehltag – netto“ je Bundesland.....	49
Schaubild 34: Ergebnis der Herleitung von Nettojahresarbeitszeiten im weiteren Sinne.....	50
Schaubild 35: Ergebnis der Herleitung von Nettojahresarbeitszeiten im engeren Sinne.....	52
Schaubild 36: Kostenanteile an kalkulierten Gesamtkosten eines Pflegedienstes.....	54
Schaubild 37: Kalkulatorische Stundensätze eines Pflegedienstes je Bundesland.....	55
Schaubild 38: Kalkulatorische Stundensätze für Variante „nicht-examinierte“ Pflegekräfte.....	57
Schaubild 39: Kalkulatorische Stundensätze für Variante „examinierte“ Pflegefachkräfte.....	58

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AAG	Aufwendungsausgleichsgesetz
ADAC	Allgemeiner Deutscher Automobil-Club
AltPflG	Altenpflegegesetz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BetrKV	Betriebskostenverordnung
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BKK	Betriebskrankenkassen
BMWi	Bundeswirtschaftsministerium
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse (auch Synonym für DAK Gesundheit)
EntgeltFG	Entgeltfortzahlungsgesetz
etc.	et cetera
GEK	Synonym für Barmer GEK
gem.	gemäß
HKP	Häusliche Krankenpflege
i. e. S.	im engeren Sinne
i. w. S.	im weiteren Sinne
IVD	Immobilienverband Deutschland
KFZ	Kraftfahrzeug
KrPflG	Krankenpflegegesetz
p. a.	per annum
PDL	Pflegedienstleitung
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannte
TK	Techniker Krankenkasse
u. a.	unter anderem
VZÄ	Vollzeitäquivalent
z. B.	zum Beispiel

Bundesländer-Kodierung gem. ISO 3166-2 für Deutschland

BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
BE	Berlin
BB	Brandenburg
HB	Bremen
HH	Hamburg
HE	Hessen
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NI	Niedersachsen
NW	Nordrhein-Westfalen
RP	Rheinland-Pfalz
SL	Saarland
SN	Sachsen
ST	Sachsen-Anhalt
SH	Schleswig-Holstein
TH	Thüringen

Lexington Consulting GmbH
Joachimstaler Straße 34
D - 10719 Berlin

+49.30.885956.0
www.lexington.de

Anfragen zur Bestellung der Studie können Sie gern per E-Mail an studien@lexington.de richten.



LEXINGTON
CONSULTING

Neue Perspektiven