



Praxis für Führungskräfte in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten

Die Abrechnung





Liebe Leserinnen und Leser,

die Abrechnung ist zweifelsfrei der finale und existenzielle Schlüsselprozess zur Erlössicherung eines ambulanten Pflegedienstes. Dabei geht es nicht nur darum, zeitnah abzurechnen, sondern auch darum, wie abgerechnet wird, ob im Pflegedienst selbst, zentral für mehrere Pflegedienste oder über eine Abrechnungsfirma.

Wer ist denn überhaupt zuständig für die Abrechnung, ist es die Pflegedienstleitung oder sind es die Verwaltungskräfte?

Viele Fallstrecke und eine mehrfach durchgeführte teils händische Erfassung und doppelte Kontrollen führen bisher oftmals dazu, dass die Abrechnung erst zu Mitte oder Ende des Folgemonats versendet werden kann. Viele Informationen gehen in der Zwischenzeit verloren, Erträge sind futsch und zudem kommen viele Rückläufer in den Pflegedienst zur aufwendigen Nachbearbeitung.

Um den Prozess der Abrechnung digital zu optimieren, beleuchten wir das Thema von verschiedenen Seiten und zeigen Ihnen Möglichkeiten, wie die Abrechnung jetzt und zukünftig schnell die Liquidität sichern kann und dazu beiträgt, die Erlöse zu 100% zu sichern.

Was auch klar ist, alle müssen sich an die neuen Möglichkeiten anpassen, Bewährtes und Gewohntes reflektieren und zudem bereit sein, die bisherigen Aufgaben und Zuständigkeiten in Verwaltung und Leitung ergebnisoffen neu zu verteilen und zu gestalten.

2024 wird das Jahr sein, in dem bei allen anderen Herausforderungen, die Abrechnung digital besonders im Fokus der Prozessoptimierung steht.

Sind Sie bereit? OK, dann starten wir.

Herzlichst, **Thomas Sießegger**

Im Pflegedienst abrechnen - oder zentral für mehrere Pflegedienste eines Trägers - oder eine Abrechnungsfirma einsetzen? **Thomas Sießegger** wägt ab und zeigt, wie die Aufgaben in Verwaltung und Leitung neu organisiert werden sollten.

2

Detailgenau beschreibt **Helge Ogan** die Möglichkeiten und die Bedeutung einer zügigen Abrechnung, die den Pflegedienst schlussendlich finanziert. Das Jahr 2024 wird die Abrechnung endgültig und weitgehend digitalisieren.

5

Die wichtigsten Aspekte der Rückläuferbearbeitung werden von **Daniel von Kralik** beleuchtet. Er stellt effektive Strategien vor, um häufige Fehlerursachen zu vermeiden und gibt Strategien zur effizienten Bearbeitung an die Hand.

11

Drei Chancen nutzen, um mehr Leistungen zur Abrechnung zu bringen: **Kerstin Pleus** zeigt, was es mit Erstgesprächen, mit Folgebesuchen und Beratungsgesprächen auf sich hat.

14

Wenn Fehlverhalten geändert werden soll, müssen die Ursachen dafür genau analysiert werden, da bei den Mitarbeitern unterschiedliche Entwicklungspotentiale vorhanden sind. Drei Pflegekräfte bekommen von **Christian Loffing** eine passende „Abrechnung“.

17

Daniel von Kralik sagt dem Papierkram ein digitales „Auf Wiedersehen“.

20

Unsere +++ Rubriken

► Auf den Punkt gebracht

21

Die Abrechnung gehört nicht der Verwaltungskraft

► Der Steuerberater

22

Der Nutzen von Abrechnungsfirmen bei der Finanzierung von Pflegeeinrichtungen

► Touren- und Personal-Einsatz-Planung

25

Flexibel agieren mit alternativen Tourenmodellen

► Kennzahl des Monats

28

Kennzahl „Bis zum wievielten Tag des Folgemonats sind 90% der Rechnungen versandt?“

Impressum

29



Thomas Siessegger

Diplom-Kaufmann, Organisationsberater und Sachverständiger für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste
Hamburg + Langenargen am Bodensee

✉ pdl-management@siessegger.de

🌐 www.siessegger.de

Mit der Abrechnung die Erlöse sichern

Wer ist denn wirklich zuständig für den Prozess der Abrechnung?

Die Abrechnung in ambulanten Pflegediensten war schon immer das zeitliche Nadelöhr beziehungsweise es tauchte immer wieder die Frage auf „**Wer ist für welche Teilschritte zuständig?**“

Das hat sich insbesondere in den letzten Jahren durch die Möglichkeiten der eingesetzten Softwareprogramme gravierend geändert. Während ganz früher, zu Zeiten der Einführung der Pflegeversicherung, Verwaltungskräfte noch weitgehend zu 100% für die Abrechnung zuständig waren, bietet heutige Software die Chance, schon während des Monats die Abrechnung soweit vorzubereiten, dass diese zu Beginn eines Folgemonats ein fast 100%-iges Nebenprodukt ist und überwiegend nur noch ausgedruckt, sortiert und versendet werden muss. Nicht zu vergessen kommt danach jedoch die teilweise aufwendige Nachbearbeitung. Das bleibt.

Doch fangen wir Schritt für Schritt an, und klären zunächst einmal, wer denn grundsätzlich und wo für die Abrechnung zuständig sein könnte.

Die Möglichkeiten der Abrechnung |

Wo wird abgerechnet?

Im Prinzip gibt es für einen ambulanten Dienst **drei Varianten** bei der Abrechnung von Leistungen:

1. Abrechnung im Pflegedienst

Die Abrechnung findet **im Pflegedienst** statt, die Verwaltung „sitzt“ dort und versendet zum Schluss möglichst zeitnah zum vorherigen Monatsende die Rechnungen. Auch die Rückläufer und die Mahnungen werden vor Ort im Pflegedienst bearbeitet: **Kurze Wege, Kommunikation auf Zuruf**, die Dinge können meist schnell geklärt werden.

2. Zentrale Abrechnung (beim Träger) für mehrere Dienste

Zum Beispiel vier oder fünf Pflegedienste eines Trägers werden **zentral an einem anderen Ort abgerechnet**. Das heißt, am Ende des Monats oder zu Beginn des Folgemonats werden **alle Daten**, ob in Papierform oder digital, **an die Zentrale gesendet**, und dort sitzen 3 bis 5 Verwaltungskräfte, aufgeteilt nach Regionen oder



nach den teilnehmenden Pflegediensten. Dann könnten sie allerdings auch gleich vor Ort sitzen, oder? Oder die zentralen Verwaltungskräfte teilen ihre Tätigkeiten z. B. nach den Buchstaben **A bis G, H bis M, N bis R** und von **S bis Z** ein, was natürlich vollkommener Quatsch ist.

Hier gibt es keinen persönlichen Bezug mehr, weil z. B. die zentralisierten Verwaltungskräfte gar keine persönlichen Kontakte zu den Kunden haben und selbst Nachfragen bei den zuständigen Leitungskräften zeitaufwendig sind.

Ein **Vorteil der zentralen Abrechnung** ist, dass diese **Verwaltungskräfte sich** natürlich **gegenseitig gut vertreten** können.

Das Problem ist jedoch oftmals, dass zusätzlich zu den Mitarbeitern in der zentralen Verwaltung eben auch vor Ort noch andere **Aufgaben der Verwaltung im Sinne von Assistenz für die PDL** erfolgen müssen.

Wer übernimmt dann diese Aufgaben? Ja, die teuerste und wichtigste Kraft, die PDL.

Das ist dann nicht gut organisiert und verschwendet unnötige Ressourcen - oder es gehen im schlimmsten Fall sogar wertvolle Informationen verloren.

Prinzipiell ist die zentrale Abrechnung oft verbunden mit doppelt- und dreifach-Tätigkeiten, die eigentlich unnötig sind. ▶

3. Outsourcing der Abrechnung mit einer Abrechnungsfirma

Beim Outsourcing der Abrechnung werden die **Leistungsnachweise** und/oder andere Unterlagen und auch **digitale Erfassungen**, die schon während des Monats im Pflegedienst stattgefunden haben, **an eine Firma gesendet**, die dann gegebenenfalls die Daten noch einmal bearbeitet und einliest. Die Leistungen werden im Anschluss direkt mit den Kassen oder anderen Kostenträgern verrechnet.

In der Folgezeit werden die **eingehenden Zahlungen**, die unter Umständen aber auch gekürzt sind oder weitere Kommunikation erfordern, **mit dem Pflegedienst wieder verrechnet**.

Im Prinzip verursacht outgesourcte Abrechnung in den meisten Fällen unnötige und doppelte Arbeiten und damit **unnötige Kosten**, zusätzlichen Aufwand und Kommunikation vor dem Hintergrund einer vermeintlich schnellen, bequemen und einfachen Abrechnung. Und in der **Bequemlichkeit verlieren** einige Leitungskräfte die **ständig notwendige Kontrolle** und das Hinterfragen des Leistungsspektrums bei den Kunden.

Eine **Abrechnungsfirma einzusetzen** ist dann eine **gute Alternative**, wenn **vorübergehend und absehbar personelle Schwierigkeiten** in der Verwaltung bestehen, und die **Zeitnähe der Abrechnungen** (auch wegen den Kunden, die Pflegegeld bekommen) und die **Liquidität** sichergestellt werden müssen. Auf Dauer gesehen ist es jedoch besser, die Abrechnung selbst im ambulanten Pflegedienst zu organisieren.

4. Übernahme der Zahlungsleistung als Factoring

Eine Kombinationsmöglichkeit mit den drei grundsätzlichen Verfahren der Abrechnung ist das so genannte Factoring.

Beim **Factoring** handelt es sich um eine **Bankdienstleistung** in Form eines **laufenden Kredits auf zu erwartende Einnahmen**. Die erstellten Rechnungen werden an ein Factoringunternehmen abgegeben. Sehr zeitnah wird das Geld dem Leistungserbringer überwiesen, was dessen Liquidität verbessert. Je schneller, desto teurer. Das ist der Hauptsinn des so genannten Factorings: Schnell an das Geld zu kommen. Aber das hat auch seinen (mehr oder weniger) **hohen Preis**. Für diese Leistung müssen nämlich entsprechende Gebühren (= Kreditzinsen) gezahlt werden.

Denkbar ist es auch, das Factoring mit der Fremd-Abrechnung über eine Dienstleistungsfirma zu kombinieren.

Die Alternativen der verschiedenen Möglichkeiten zur Abrechnung

- ▶ vor Ort
- ▶ Zentralisierung
- ▶ oder Fremdadrechnung

... stehen nicht nur im Fokus wegen theoretischer Möglichkeiten von Kostenoptimierung im Sinne von Zeitersparnis. Vielmehr ist es **eine Frage der Erläsoptimierung** im Sinne von Synergien sowie der Optimierung von Arbeitsabläufen in einem Pflege- und Betreuungsdienst.

An meinen bewertenden Beschreibungen erkennen Sie meine Präferenzen, die ich als Berater, der über 750 Pflegedienste in über 31 Jahren vor Ort gesehen und erlebt hat. Ich **plädiere** ganz eindeutig **die Abrechnung vor Ort, im ambulanten Pflegedienst**.

Wie die Abrechnung im Detail abläuft, und welche Möglichkeiten und Vor- und Nachteile es gibt, beschreiben sehr gut meine Kollegen **Helge Ogan** und **Daniel von Kralik** in diesem Themenheft.

Wir werfen als zweiten Aspekt kurz einen Blick auf die Frage „**Wie können Aufgaben und zwischen Pflegedienstleitungen und den Verwaltungskräften verteilt sein, und welche Veränderungsprozesse müssen bewusst gestaltet werden?**“.

Die Neuverteilung der Tätigkeiten zwischen Verwaltungskraft « und »PDL

Natürlich bedarf es in jedem Pflege- und Betreuungsdienst einer (möglicherweise neuen) Abstimmung auf die Tätigkeiten der PDL und der anderen Leitungskräfte, da die Überschneidungen in den Arbeitsbereichen ziemlich groß sind.

Im Allgemeinen werden die Aufgaben in der Verwaltung von einer oder (noch besser!) **von zwei** flexiblen Teilzeitkräften erbracht als durch **eine** Kraft. Die Möglichkeiten, sich auf die innerhalb eines Monats unterschiedlich anfallenden Arbeitszeiten einzustellen, sind viel größer. Vor allem können sich zwei Verwaltungskräfte im Falle von Urlaub oder Krankheit gegenseitig vertreten.

Bei der Rechnungserstellung sollte kontrolliert werden, **ob wirklich alle geplanten Leistungen**, die erbracht wurden, auch **tatsächlich** von den Mitarbeitern **erfasst** wurden.

Die Kontrolle ist ein Prozess von großer Bedeutung für den Pflegedienst, weil damit eine Erläsoptimierung verbunden ist. Das geht am besten,

- a) wenn die **Verwaltungskraft vor Ort** ist,
- b) und wenn die **Kontrolle der Leistungsnachweise** im Prinzip schon während des Monats durch den täglichen Soll-Ist-Vergleich der Leitungskräfte gesichert sind (möglicherweise auch zusammen mit der Verwaltungskraft).

Die **Leistungsnachweise** werden schlussendlich **mit den Pflegeverträgen** und den **Tourenplänen abgeglichen**. ▶

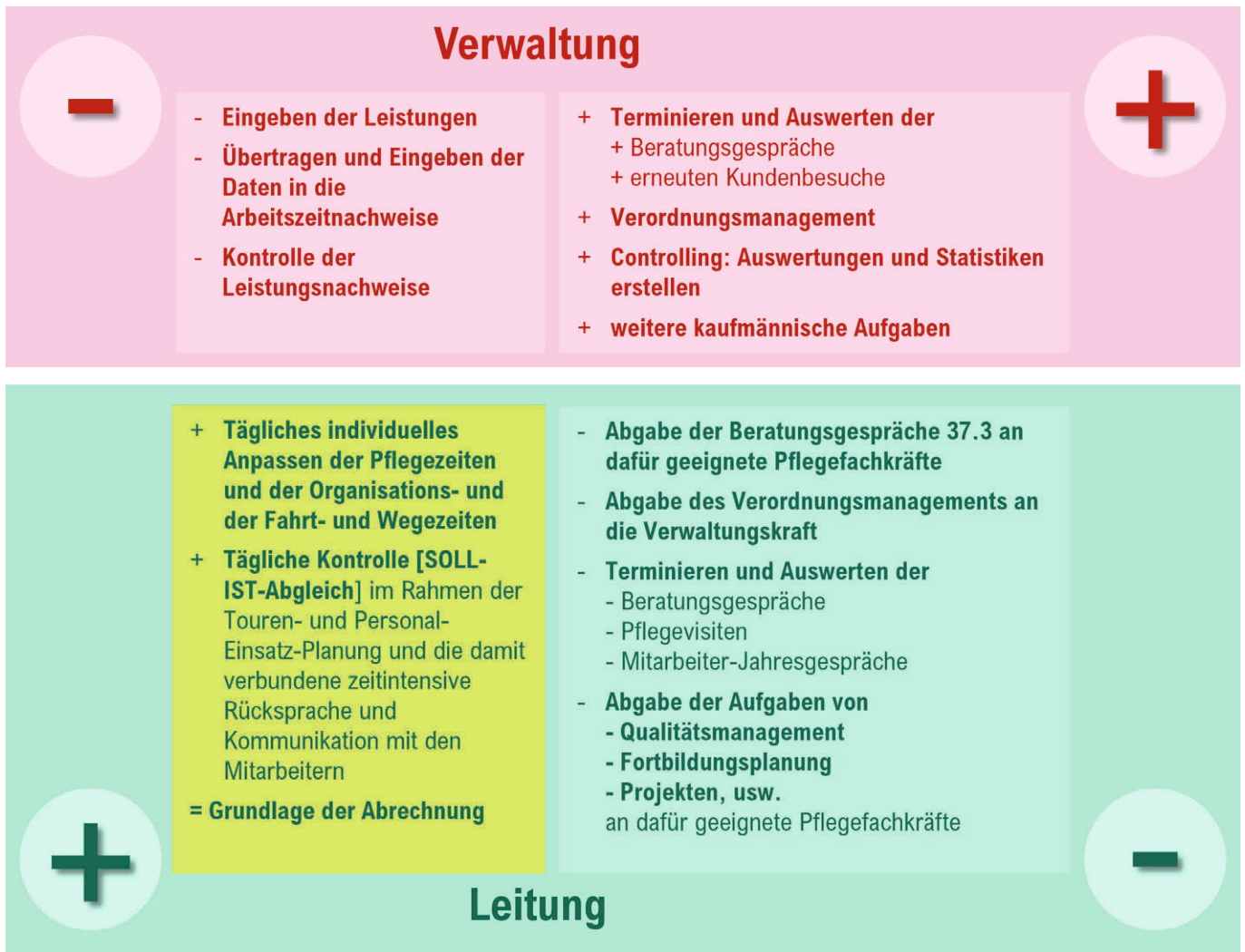


Abbildung: Reorganisation von Tätigkeiten in Verwaltung und Leitung bezüglich der Abrechnung

Eine **Neuverteilung** könnte sich folgendermaßen darstellen. Die wichtigsten Aufgaben - es gibt natürlich noch viel mehr - werden in der Abbildung kurz aufgeführt.

Werden die Möglichkeiten und Chancen der Software und einer optimalen Aufgabenverteilung erkannt, so können sich – bei guter Planung – die Plus- und die Minus-Veränderungen in beiden Bereichen, Verwaltung und Leitung, aufheben.

Solch ein Reorganisationsprozess setzt voraus, dass ergebnisoffen **alle Tätigkeiten noch einmal neu auf den Tisch gelegt werden**, und dass diese dann auf die beiden Tätigkeitsbereiche **Leitung** und **Verwaltung aufgeteilt** werden.

Die Grundlage einer Abrechnung (und gleichzeitig auch der Arbeitszeiterfassung der Mitarbeiter) ist das tägliche individuelle Anpassen der Pflegezeiten und der Organisations- und Fahrt- und Wegezeiten.

Allerwichtigster Prozess für die Abrechnung ist der tägliche Soll-Ist-Abgleich.

Diese Tätigkeiten fressen viel Zeit der Leitung, aber das Investment lohnt sich.

„Nehmen wir diese Tätigkeiten den Verwaltungskräften weg“, gibt es die Möglichkeit, ursprüngliche Leitungstätigkeiten den Verwaltungskräften zurückzugeben als Ausgleich. Dabei geht es vor allem um die **Terminierung von Beratungsgesprächen** nach § 37 Abs. 3 SGB XI, um das **Verordnungsmanagement** und um das **Controlling**. Insbesondere das Controlling ist, da viele Verwaltungskräfte eine kaufmännische Ausbildung haben, besonders geeignet im Austausch der Aufgaben.



Helge Ogan

Organisationsberater für ambulante Pflegedienste
Hamburg

✉ ogan@pdl-management.de

Die Abrechnung im ambulanten Dienst

Die Abrechnung im ambulanten Dienst hat von Dienst zu Dienst eine unterschiedlich wahrnehmbare Bedeutung. In Wahrheit stellt sie aber einen entscheidenden Prozess dar, dessen Bedeutung sich nicht immer im Alltag des Pflegedienstes widerspiegelt.

Die **Bedeutung der Abrechnung besteht darin, das Unternehmen schlussendlich zu finanzieren**. Deshalb ist eine zügige Abrechnung Unternehmensziel und absolut notwendig.

Der wichtigste Grundsatz in einer effizienten und sinnvoll in die Abläufe und Aufgaben des Pflegedienstes eingebundenen **Abrechnung** ist, dass sie **täglich im Rahmen des Soll-Ist-Vergleiches der Touren vorbereitet** wird. Dabei werden jeden Tag die Touren des Vortages von der Pflegedienstleitung geprüft und so praktisch jeder einzelne Hausbesuch zur Abrechnung freigegeben. Eine Beschreibung dieses Prozesses findet sich am Ende dieses Artikels unter der Überschrift „**Der tägliche Soll-Ist-Vergleich als Grundlage der Abrechnung und der Zeiterfassung**“.

Diese vorbereiteten Daten werden nach Ablauf des Monats im EDV-Programm **automatisch die Grundlage für die Rechnung** und so ist zu diesem Zeitpunkt die Abrechnung kein großer Aufwand mehr – im besten Fall.

Wenn Sie bereits nach diesem Ablauf arbeiten und die Abrechnung immer noch aufwändig ist, ist das ein Indiz dafür, dass der tägliche Soll-Ist-Abgleich nicht so gemacht wird, wie es erforderlich ist. Und zwar nicht nur mit Blick auf die Abrechnung, sondern auch in Bezug auf die betriebliche Steuerung, die im Soll-Ist-Vergleich stattfinden soll.

Drei Varianten des Umgangs mit Leistungsnachweisen

Entscheidend für den Abrechnungsprozess ist auch der Umgang mit Leistungsnachweisen. Hier gibt es verschiedene Varianten.

Leistungsnachweise können **vor Ort mit der Hand auf Papier** geführt werden oder **elektronisch mit mobilen Erfassungsgeräten**.

Eine weitere Variante der elektronisch erfassten Leistungen ist die **elektronisch eingeholte Unterschrift des Klienten** – die ab Dezember 2024 zum Standard auch im Datenaustausch werden wird.



1. Papier-Leistungsnachweise vor Ort führen

Vor der Erfindung der mobilen Datenerfassung mittels Smartphone gab es gar keine andere Möglichkeit und alle Pflegedienste haben in dieser Art und Weise die Leistungen dokumentiert und erfasst. Dabei liegt in der Wohnung des Pflegekunden ein Monatsbogen, in dem für jeden Hausbesuch und jeden Tag jede einzelne Leistung dokumentiert und abgezeichnet wird.

Häufig werden dabei aus der EDV ausgedruckte Formulare verwendet, auf denen bereits die Stammdaten des Klienten, vor allem aber die geplanten, also die verordneten und vereinbarten Leistungen des Kunden vorgedruckt sind. Dabei werden auch die Tagesspalten oft schon mit der Anzahl der geplanten Leistung vorgedruckt. ▶

Zusätzlich zur Angabe der erbrachten Leistungen trägt die Mitarbeiterin die Uhrzeit des Hausbesuchs und ihr persönliches Handzeichen pro Hausbesuch ein.

Vorteile dieser Art des Umgangs mit Leistungsnachweisen

- ▶ In weniger disziplinierten und bei nachlässigeren Mitarbeitern funktioniert der Rücklauf der handgeschriebenen Leistungsnachweise manchmal besser.

Nachteile dieser Art des Umgangs

- ▶ Wenn es mobile Datenerfassung gibt, wird doppelt dokumentiert.
- ▶ Es gibt Abweichungen zwischen Erfassung und Leistungsnachweis, die nicht sicher richtig aufzuklären sind und zu Falschabrechnung führen.
- ▶ Die Leistungsnachweise sehen manchmal hässlich und unappetitlich aus.
- ▶ Klienten oder Angehörige nehmen unqualifizierte Falscheinträge auf den Leistungsnachweisen vor.

2. Papier-Leistungsnachweise für die manuelle Unterschrift ausdrucken

Dort, wo die Leistungen täglich mobil von den Pflegemitarbeitern erfasst werden, anschließend von der Pflegedienst- oder Einsatzleitung täglich überprüft und zur Abrechnung freigegeben werden, ist es naheliegend, nicht zusätzlich zur mobilen Erfassung handschriftlich die Leistungen zu dokumentieren.

Die Erfassung auf dem MDA-Gerät ist der Ersatz für den handschriftlichen Leistungsnachweis. Dieses Vorgehen ist eventuell nicht in allen Bundesländern möglich. Lesen Sie in Ihrem Versorgungsvertrag nach, welche Möglichkeiten Sie haben. Vielleicht lassen Sie Ihre Verträge sogar von einem Juristen daraufhin untersuchen.

Mit Ausnahmen in Bayern und Baden-Württemberg für SGB XI ist es erforderlich, die Leistungsnachweise vom Kunden durch Unterschrift bestätigen zu lassen. Auch das geht aus Ihrem Versorgungsvertrag hervor.

Diese Systematik erspart insbesondere den stupiden Abgleich der handgeschriebenen Leistungsnachweise mit der Erfassung in der EDV. Der manuelle Abgleich bringt keinerlei Erkenntnisgewinn, wirft durch die Doppeldokumentation (mobil und manuell) neue Fragen auf, die häufig zu diesem späten Zeitpunkt nicht zu beantworten sind und ist daher nicht nur nutzlos, sondern sogar teilweise schädlich. **Fehlende Handzeichen auf den Leistungsnachweisen kann es nicht mehr geben.**

Die einzuholende **Unterschrift auf dem Leistungsnachweis ist der zeitliche Engpass** bei diesem Vorgehen. Pflegedienste sind daher gut beraten, der Mitarbeiterschaft deutlich zu machen, dass die Rückkehr der unterschriebenen Leistungsnachweise oberste Priorität hat. Das funktioniert in verschiedenen Pflegediensten unterschiedlich gut. Hier benötigen die Assistentinnen der Pflegedienstleitung eventuell die Unterstützung aus Leitung und Geschäftsführung. Das Verfahren ist geeignet, extrem zeitnah und schnell – in manchen Diensten schon am ersten Tag des Folgemonats – abzurechnen. Das darf durch die Mitarbeiter nicht gestört werden, indem die Leistungsnachweise nicht zurückgebracht werden.

Am besten haben es die wenigen Pflegedienste in Bundesländern mit Verträgen, nach denen auf die Unterschrift des Kunden auf dem Leistungsnachweis bei mobiler Erfassung verzichtet werden kann. Dort wird in dem oben beschriebenen Ablauf der Leistungsnachweis nicht noch einmal auf die Reise geschickt, sondern kann – wenn die Software das erlaubt – direkt mit der Rechnung ausgedruckt und versendet werden.

Im Echtverfahren des Datenaustauschs könnte sogar auf die Papierrechnung verzichtet werden. Dann werden die Leistungsnachweise nur noch mit einem Begleitzettel eingesandt.

Vorteile dieser Art des Umgangs mit Leistungsnachweisen

- ▶ Es entfällt die Doppelerfassung mit Smartphone und Papier.
- ▶ Es können keine Handzeichen mehr vergessen werden.
- ▶ Es entfällt der Kontrollaufwand zwischen EDV-Erfassung und Papier-Nachweis.
- ▶ Die Leistungsnachweise sehen akkurat geführt und sauber aus.
- ▶ Die Abrechnung beschleunigt sich enorm, es kann am 1. - 4. Tag des Folgemonats abgerechnet werden. ▶

Nachteile dieser Art des Umgangs mit Leistungsnachweisen

- ▶ Der Rücklauf der unterschriebenen Leistungsnachweise funktioniert bei weniger disziplinierten und nachlässig arbeitenden Mitarbeitern insbesondere bei nicht täglich versorgten Klienten manchmal nicht so gut.
- ▶ Kann bisher in wenigen Bundesländern wegen der Formulierungen in den Versorgungsverträgen gepaart mit der Modernisierungsfeindlichkeit einiger Pflegekassen nicht angewendet werden.

3. Elektronische Unterschrift auf dem Leistungsnachweis

Einige Softwareanbieter bieten die Möglichkeit, die Unterschriften der Klienten auf dem Leistungsnachweis digital mittels Smartphone einzuholen. Dabei werden die erbrachten, zu bestätigenden Leistungen auf dem Bildschirm des Smartphones angezeigt und die Unterschriften direkt auf dem Display gegeben.

Bisher werden mangels eines Verfahrens, mit dem die digitale Unterschrift auch digital zur Kranken- und Pflegekasse übermittelt wird, diese elektronisch eingeholten Unterschriften anschließend noch mit den Leistungsnachweisen auf Papier ausgedruckt und per Post an die Leistungsträger versandt werden müssen.

Ab September 2024 wird im SGB XI nun endlich auch diese Lücke geschlossen, so dass kein Papier mehr an die Leistungsträger gesendet werden muss, **alles geht digital**. Im Dezember 2024 geht dieses Verfahren in den Echtbetrieb (wird damit verpflichtend für die Leistungsträger) und ab Januar 2026 wird es verpflichtend für alle Leistungserbringer in der Pflege.

Das sollte jeden Pflegedienst dazu ermutigen, **den Anschluss an die Telematik-Infrastruktur (TI) nicht länger hinauszuzögern**, sondern beherzt anzugehen. Sie werden ihn benötigen und je näher der Zeitpunkt kommen wird, desto größer wird die Nachfrage danach sein – und damit eventuell auch die Engpässe bei den Anbietern.

Nachdem die Unterschriften der Klienten eingeholt sind, kommt es zur Erstellung der Rechnungen. Dieser Prozess ist maßgeblich vom verwendeten EDV-System vorgegeben und abhängig. Daher kann er nur grob skizziert werden. Optimal wäre ein Prüfungslauf im EDV-System, der ein Protokoll mit Fehlern ausgibt, die das System erkennen kann:

- ▶ Fehlende Verordnungen
[Achtung: Nicht Genehmigungen! (siehe den späteren Hinweis „Absatz HKP-Leistungen sofort abrechnen“)]
- ▶ fehlende Kostenklärungen (wer bezahlt?)
- ▶ fehlende Informationen für den Datenaustausch (Geburtsdaten, Versichertennummern) usw.

Dieses Fehlerprotokoll wird abgearbeitet und anschließend werden die Rechnungen erstellt.

In diesem Prozess entstehen im Moment noch, je nach Verfahren der Leistungsnachweise (s. o.), **die unterschriebenen Leistungsnachweise**. Rechnungen werden schon jetzt im Datenaustausch übermittelt und nicht mehr ausgedruckt. Mit dem vom EDV-System erstellten Begleitzettel für die Urbelege werden die Leistungsnachweise parallel zum Datenversand per Post an die Kassen gesendet. Und ab Dezember 2024 werden Rechnungen und Leistungsnachweise gemeinsam im Datenaustausch an die Leistungsträger und ihre Abrechnungsdienstleister digital versendet.

In dem hier beschriebenen Verfahren mit digital erstelltem Leistungsnachweis lässt sich hocheffizient abrechnen. So gibt es Pflegedienste, die bereits am ersten Werktag des Folgemonats die Rechnungen für über 500 Klienten erstellt haben.

Eine Voraussetzung dafür ist allerdings, die gesetzlichen Möglichkeiten zu nutzen, zum Beispiel auch den § 6 Abs. 6 der HKP-Richtlinien, die HKP-Leistungen sofort abzurechnen.

HKP-Leistungen unverzüglich abrechnen

Wenn nach Ende des Leistungsmonats die erbrachten Leistungen abgerechnet werden sollen, sind häufig und insbesondere zu Beginn eines Jahres und eines Quartals noch nicht alle Verordnungen von den Krankenkassen genehmigt. Immer noch werden von vielen Pflegediensten in diesen Fällen die Rechnungen nicht geschrieben und die Genehmigungen abgewartet.

In dem Regelwerk zur Verordnung häuslicher Krankenpflege, der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, ist in § 6 Absatz 6 festgelegt, dass **eine vom Arzt verordnete, vom Versicherten bei der Krankenkasse beantragte und vom Pflegedienst erbrachte Leistung so lange von der Krankenkasse bezahlt werden muss, wie der Pflegedienst von einer anders lautenden Entscheidung der Krankenkasse noch keine Kenntnis erlangt hat**.

Voraussetzung dafür ist, dass die Verordnung spätestens am vierten Werktag nach ihrer Ausstellung durch den Arzt bei der Krankenkasse vorliegt. ▶

HKP-Richtlinien § 6 Abs. 6

Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132a Absatz 2 SGB V, wenn die Verordnung spätestens am dem vierten der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) der Krankenkasse vorgelegt wird. Das Nähere regeln die Partner der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V.

Aus der Tatsache, dass eine Leistung bis zur Entscheidung über ihre Genehmigung vom Leistungsträger zu bezahlen ist, ergibt sich, dass nach Ablauf eines Monats **ohne eine Entscheidung die Leistungen sofort abgerechnet werden können.**

Klarer als in der Regelung des § 6 Absatz 6 HKP-Richtlinie ist das aus den Rahmenempfehlungen der Vertragspartner nach § 132a Abs. 1 SGBV herauszulesen.

Dort steht: „Die Krankenkassen stellen die Abrechnung von Leistungen sicher, für die im Rahmen der Regelung zur vorläufigen Kostenzusage nach § 6 Abs. 6 HKP-RL ein Vergütungsanspruch besteht.“ Außerdem wird dort festgelegt, dass auch für das elektronische Abrechnungsverfahren Standards geschaffen werden, nach denen auch bei der Daten- und Belegannahme durch Abrechnungszentren eine Abrechnung nach vorläufiger Genehmigung möglich ist.

Die Krankenkassen stellen die Abrechnung von Leistungen sicher, für die im Rahmen der Regelung zur vorläufigen Kostenzusage nach § 6 Abs. 6 HKP-RL ein Vergütungsanspruch besteht. Hierzu wird im Schlüsselverzeichnis der Technischen Anlage Nr. 3 eine neue Schlüsselnummer für das Feld „Genehmigungskennzeichen“ geschaffen, die in Fällen der Abrechnung der im Rahmen der vorläufigen Kostenzusage erbrachten Leistungen anzugeben ist, sofern die Krankenkasse kein individuelles Genehmigungskennzeichen vergeben hat.

Wenn Leistungen mit Hilfe dieses Schlüssels abgerechnet werden und die Krankenkasse im Rahmen ihrer Prüfung feststellt, dass die Abrechnungspositionen im Rahmen der vorläufigen Kostenzusage zu Unrecht vergütet wurden, ist sie berechtigt, die Vergütung zurückzufordern. Dies ist auch der Fall, wenn ein Abrechnungszentrum dazwischen geschaltet ist. Einzelheiten sind vertraglich zu vereinbaren. Die Regelung findet spätestens ab dem 01.04.2014 Anwendung.

Diese Standards im Datenaustausch sind seit mehreren Jahren vorhanden und es gibt heute keinen Grund mehr, mit der Abrechnung zu warten.

In der Beratungspraxis **sind es immer wieder die Verwaltungsmitarbeiterinnen, die mit großem Beharrungsvermögen an der Meinung festhalten, dass eine**

Abrechnung der Behandlungspflegeleistungen, zu denen noch keine Genehmigung vorliegt, nicht möglich ist und das Schreiben der Krankenkasse unbedingt abgewartet werden muss.

Das ist aber heute nicht mehr richtig und auch die bis vor der Rahmenrichtlinie von den Abrechnungszentren geübte Praxis, wegen dort nicht bekannter Genehmigungen eine Rechnung nicht zu bezahlen, gehört heute der Vergangenheit an.

Wenn in den angelieferten Daten die vorläufige Genehmigung mit dem Kennzeichen C2 und dem Genehmigungskennzeichen „Pseudo“ enthalten sind, gibt es dabei tatsächlich für die so arbeitenden Pflegedienste keine Zurückweisungen mehr. Ehrlich.

Ein immer wieder gehörter Einwand ist, dass die Krankenkasse mitunter andere Leistungen genehmigt, als sie der Arzt verordnet hat (Dekubitusbehandlung vs. Wundverband, Stomabehandlung vs. Wundverband).

siehe: Ronald Richter, Torben Bartels: „Drei-Tagesfrist in der Praxis“ in Häusliche Pflege 5-2017 S. 38ff

Auch in diesen Fällen gilt jedoch § 6 Absatz 6 der HKP-Richtlinien und die Rahmenempfehlung. **Wenn also der Arzt eine Leistung verordnet hat und der Pflegedienst diese verordnete Leistung erbracht hat, ist sie von der Krankenkasse zu vergüten und das sollte ihr gegenüber auch verlangt und durchgesetzt werden.**

Wenn Sie bisher so nicht arbeiten, sollten Sie sicherstellen, dass Ihre EDV die Datenaustauschdateien gemäß der Rahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGBV erstellt oder – falls nicht – mit Ihrem EDV-Anbieter klären, wie Sie dafür sorgen können, dass die Dateien die benötigten Kennzeichen halten. Wenn dem so ist, bedarf es keiner weiteren Abstimmung oder Nachfragen bei den Krankenkassen.

Erfahrungsgemäß geben Sachbearbeiter der Kassen auf ‚ängstliche‘ Nachfragen von Pflegediensten auch mal für den Pflegedienst nachteilige falsche Auskünfte.

Der tägliche Soll-Ist-Vergleich als Grundlage der Abrechnung und der Zeiterfassung

Er ist in einem modern arbeitenden Pflegedienst nicht wegzudenken. Er bildet die Verbindung zwischen den Planungs- und den Abrechnungsprozessen und ist mit seinen Rückwirkungen in die Planung und als Grundlage für die Abrechnung **das Herzstück des gesamten Prozesses der Versorgung der Pflegekunden mit Leistungen: Der tägliche, qualifizierte Soll-Ist-Vergleich.**

In den üblichen Strukturen eines **Pflegedienstes ist der tägliche Soll-Ist-Vergleich eine Aufgabe für die Pflegedienstleitung.** Weil seine Bedeutung aber so groß ist und weil er direkt in den Prozess der Abrechnung wirkt, soll er hier auch etwas ausführlicher beschrieben werden. ►

Allen, die Pflegeprozesse kennen und sich darin verwurzelt fühlen, kann man die Bedeutung des Soll-Ist-Vergleichs ganz gut mit der Parallele zur Evaluation erklären.

- a) Man **sammelt** zu Beginn des Pflegeprozesses **Informationen**,
- b) man **plant**, man **führt durch** und dann
- c) **evaluiert** man: Es wird das Durchgeführte und das Geplante ausgewertet.

Mit den daraus gewonnenen Erkenntnissen beginnt der Zyklus bei der Planung, selten bei der Informationssammlung erneut.

Genau das ist auch die Aufgabe des Soll-Ist-Vergleichs: Evaluieren, Auswerten, Erkenntnisse gewinnen und damit weiterarbeiten.

Was geschieht genau bei dieser Tätigkeit, wie sollte ein Soll-Ist-Vergleich ablaufen?

Die günstigste Voraussetzung für diesen Schritt hat man mit mobiler Erfassung. Die Mitarbeiter erfassen die Zeiten für die tatsächlich durchgeführten Hausbesuche mit ihren Leistungen und den übrigen Aktivitäten, die während der Tour, davor oder danach die Arbeitszeit füllen.

Man kann das auch mit Papiertourenplänen machen, das hat aber zwei große Nachteile: Die Mitarbeiter nehmen die Zeitabweichungen zum Plan nur zum Teil wahr oder erfassen sie nicht; und es braucht erhebliche Disziplin, diese (falls sie dokumentiert sind) in die EDV tatsächlich einzupflegen.

Wir gehen also davon aus, dass die Daten aus der mobilen Erfassung im System eingeflossen sind und nun direkt der Vergleich mit dem Soll-Tourenplan stattfinden kann. Dieser Vergleich hat zwei Aspekte – zwei Ziele:

1. die Vorbereitung der Abrechnung
2. die wirtschaftliche Überprüfung des tatsächlichen Zeiteinsatzes mit dem Rückschluss auf die erbrachten Leistungen.

Für den ersten Aspekt sind nur manche der zurückgemeldeten Hausbesuche von Bedeutung: Diejenigen, in denen der Mitarbeiter die geplanten Leistungen verändert hat. Und die vom Mitarbeiter selbst erstellten, zusätzlichen Hausbesuche.

Diese Tatsachen sollte die Software unabhängig von anderen Abweichungen anzeigen können, damit sie überprüft und bewertet werden können. **Jede einzelne Abweichung bei der Leistungserbringung wird begutachtet und ggf. hinterfragt:**

- ▶ Was war der Grund für eine zusätzlich erbrachte Leistung?
- ▶ Wird diese Leistung in Zukunft häufiger benötigt?
- ▶ Sind die Bedingungen für eine zusätzliche Leistung überhaupt gegeben?

- ▶ Gibt es eine Verordnung des Arztes?
- ▶ Ist die Kostenübernahme geregelt?
- ▶ Was war der Grund für eine nicht erbrachte Leistung?
- ▶ Wurde die Leistung (rechtzeitig) abgesagt und muss sie ggf. privat in Rechnung gestellt werden?
- ▶ Ist diese Leistung vielleicht nicht mehr gewünscht?

Am Ende dieses Arbeitsschrittes sind die erbrachten und abzurechnenden Leistungen für diesen Tag vollständig erfasst, überprüft und von der Leitung zur Abrechnung freigegeben.

Im zweiten Arbeitsschritt wird der zweite Aspekt bearbeitet: Die **Zeitabweichungen** zum Plan in den Hausbesuchen werden **begutachtet** und gegebenenfalls **mit den Mitarbeitern**, den Kunden oder den Angehörigen **besprochen**.

Sowohl Veränderungen in den Leistungen als auch die in den Zeiten, wenn sie als unabänderlich hingenommen werden müssen, sollten in der zukünftigen Planung berücksichtigt werden. Das verbessert die Pläne, die Arbeitssituation der Mitarbeiter und in der Folge auch die Nacharbeit – weil es weniger Abweichungen gibt. Dabei werden auch die Zeiten berücksichtigt, die geplant, aber tatsächlich *nicht* benötigt wurden!

Insbesondere **für die Zeitüberschreitungen** ist es wichtig, die **Abweichungen inhaltlich** und **fachlich** zu **überprüfen**, bevor sie in die Planung Eingang finden: In den Gesprächen mit den Mitarbeitern, den Kunden und den Angehörigen, am besten aber in einer tourbegleitenden Pflegevisite durch die Leitungskraft oder durch eine dafür geeignete Pflege(fach)kraft.

**Das Herzstück
des gesamten
Prozesses der Ver-
sorgung der Pflege-
kunden mit Leistungen
ist der tägliche, quali-
fizierte Soll-Ist-Ver-
gleich!**

Der Soll-Ist-Vergleich ist klassischerweise eine Aufgabe für die Pflegedienstleitung.

Sie hat meistens die Tourenpläne gestaltet und kennt die Leistungsvereinbarungen und die Klienten. Sie kann die Gegebenheiten am besten beurteilen. Ihr nützt auch der ▶

Erkenntnisgewinn aus dieser Arbeit in besonderer Weise. Sie ist diejenige, die mit ihrer Planung den Prozess der Leistungserbringung steuert und damit auch das Ergebnis zu verantworten hat. Gerade mit Blick darauf ist diese Arbeit auch sehr wichtig.

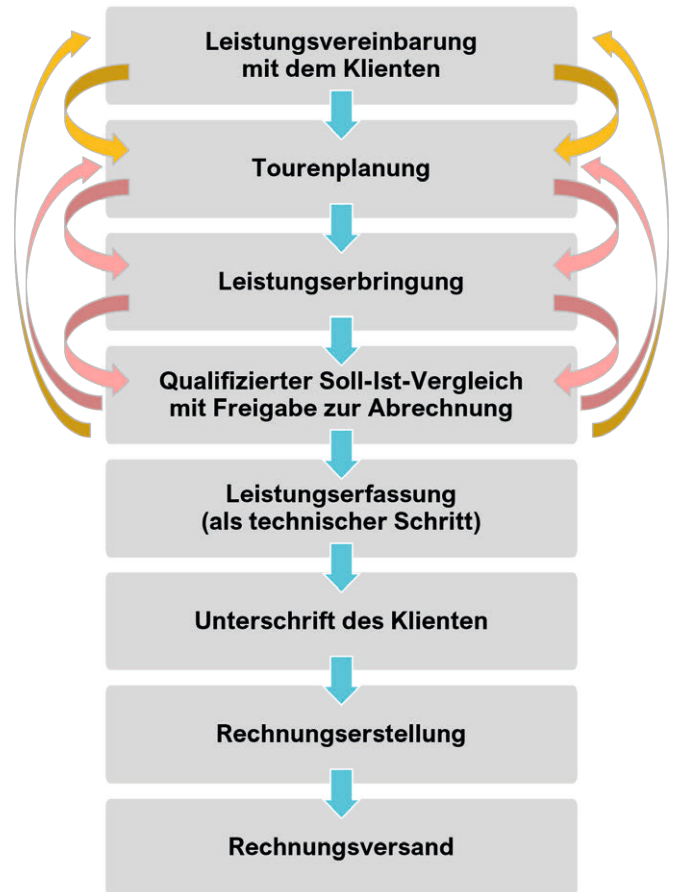
Es gibt aber daneben Modelle der Arbeitsaufteilung, in der sowohl die Tourenplanung im Computer als auch der Soll-Ist-Vergleich von der Verwaltungskraft, der Assistentin der Pflegedienstleitung, durchgeführt wird.

Dafür müssen einige Voraussetzungen gegeben sein:

- ▶ Die Assistentin der Pflegedienstleitung sollte eng in das Tagesgeschehen eingebunden sein.
- ▶ Die Kommunikation im Büroteam muss reibungslos funktionieren.
- ▶ Die Verwaltungsmitarbeiterin als Assistentin der Leitung hat ein grundsätzliches Verständnis für die Prozesse und die Bedeutung dieser Aufgabe und weiß genau, in welchen Fällen Rücksprache mit der Leitung zu halten ist.

Der Vorteil dieses Modells ist, dass die Pflegedienstleitung noch weiter entlastet wird und Ressourcen für zum Beispiel Pflegevisiten, Erstaufnahmen und Mitarbeitergespräche gewinnt.

Insgesamt zieht sich der Prozess, der am Ende zu einer Rechnung führt, durch den gesamten Alltag des Pflegedienstes und sieht wie in nebenstehender Grafik aus.



● Helge Ogan

Kurze Frage:

Ist Ihr Qualitätsmanagement eigentlich digital? Oder haben auch Sie »auf halber Strecke angehalten«?

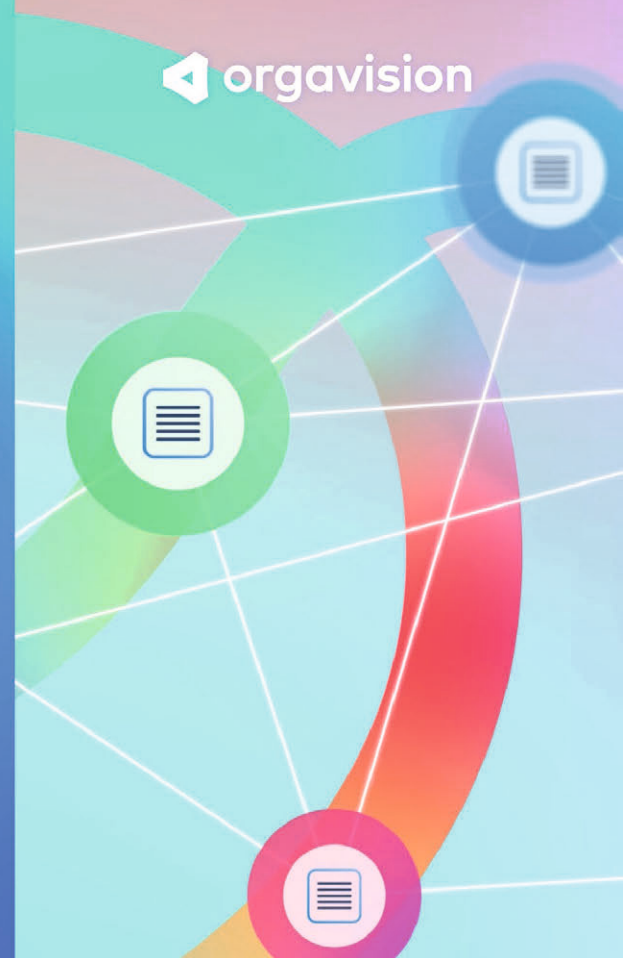
Erfahren Sie, warum digitale Dokumente nicht dasselbe sind wie digitale Prozesse – und was eine QM-Software für Sie leistet.

Wir kennen die Pflege.

Besuchen Sie uns:

bit.ly/ovisn-pdl

orgavision





Daniel von Kralik

Geschäftsleitung der Consolutions GmbH

+49 (8 61) 21 39 88 60

kralik@consolutions.de

www.consolutions.de

Rückläufer-Rallye

Tempo machen und offene Posten klein halten | Die Strategie für Pflegedienste, die wirtschaftlich sein wollen!

Die Rückläufer- und Absatzbearbeitung zwischen den Pflegeeinrichtungen und Krankenkassen ist ein entscheidender Prozess, um eine reibungslose Abrechnung sicherzustellen und finanzielle Engpässe zu vermeiden. Jeder kennt sie, die **unbeliebten Absatzschreiben der Kassen** oder Abrechnungsstellen. Leider landen diese zumeist auf einem Stapel der zu einem großen Berg voller Arbeit anwächst. Die Aufarbeitung scheint dann oft unmöglich.

Eine strukturierte und konsequente Bearbeitung ist deshalb unerlässlich, um die Liquidität der Einrichtung zu gewährleisten. Wir beleuchten nun die **wichtigsten Aspekte der Rückläuferbearbeitung** und stellen effektive Strategien vor, um diesen Prozess zu optimieren.

Häufige Fehlerursachen und deren Vermeidung

1. Es ist ein falsches AT/CK für die jeweiligen Kostenträger hinterlegt.

(ein Beispiel sehen Sie in der Grafik auf der nächsten Seite)

Jede Pflegeeinrichtung muss einen Vertrag mit den Krankenkassen abschließen oder beigetreten sein, um mit den Leistungsträgern abrechnen zu dürfen. Jeder Vertrag ist durch ein bestimmtes AT/CK gekennzeichnet. Dieses AT/CK beschreibt genau, um

welche Art des Vertrages es sich handelt (SGB V oder SGB XI) den Geltungsbereich des Vertrages und eine fortlaufende Vertragsnummer. Auf diese Weise ist jeder Vertrag einheitlich bei den Krankenkassen hinterlegt, und die Leistungserbringer können erkennen, welche Pflegeeinrichtung welchen Vertrag mit den Kassen abgeschlossen hat. Demzufolge muss die Abrechnung unter den jeweils gültigen AT/CK erfolgen. Dies wird digital mittels DTA übermittelt.

Jede Vertragsänderung führt in der Regel auch zu einer Änderung des AT/CKs, weshalb bei jeder Preisanpassung oder Änderungen an den GPOS* Nummern von Leistungen auch immer das Tarifkennzeichen zu überprüfen ist. Die Einstellung wird in der Pflegesoftware durchgeführt.

* Anmerkung: Die Gebührenpositionsnummer (GPOS) gibt Aufschluss über die erbrachte Leistung und setzt sich im SGB V aus 6 Ziffern und im SGB XI aus 8 Ziffern zusammen.

2. Falsch hinterlegte Leistungspreise. Viele Einrichtungen passen die Preise eigenständig an. Es kommt nun immer wieder vor, dass in einer Gebührenverordnung zwei verschiedene Preise enthalten sind, zum Beispiel tritt der erste Preis sofort in Kraft, ein anderer nach 6 Monaten. Wir empfehlen daher dringend, Preisänderungen von mindestens vier Augen kontrollieren zu lassen. ▶

Tabelle: Wichtigste Arten der Rückläuferbearbeitung

Vollständige Absetzung	Teilabsetzungen	Nachlieferungs-Aufforderung weiterer Informationen
Diese setzen die Rechnung in voller Höhe ab. z.B. Klient bezieht Pflegegeld und die Einrichtung hat Pflegesachleistung abgerechnet. Genehmigung HKP liegt nicht vor.	Hier wird meist nur ein Teil einer angelieferten Rechnung berichtigt. Diese Berichtigung kann berechtigt sein, was eine Anpassung in der Buchhaltung und im Leistungsnachweis erfordert. Sind die Berichtigungen falsch oder unberechtigt, kann ein Widerspruch eingelegt werden.	In diesen Fall müssen fehlende Unterlagen nachgereicht oder Unklarheiten beseitigt werden. Z.B. ein korrigierter Leistungsnachweis oder die Beantwortung einer Rückfrage der Abrechnungsstelle. In bestimmten Fällen reicht es auch oft nur einen berichtigten DTA zu versenden.

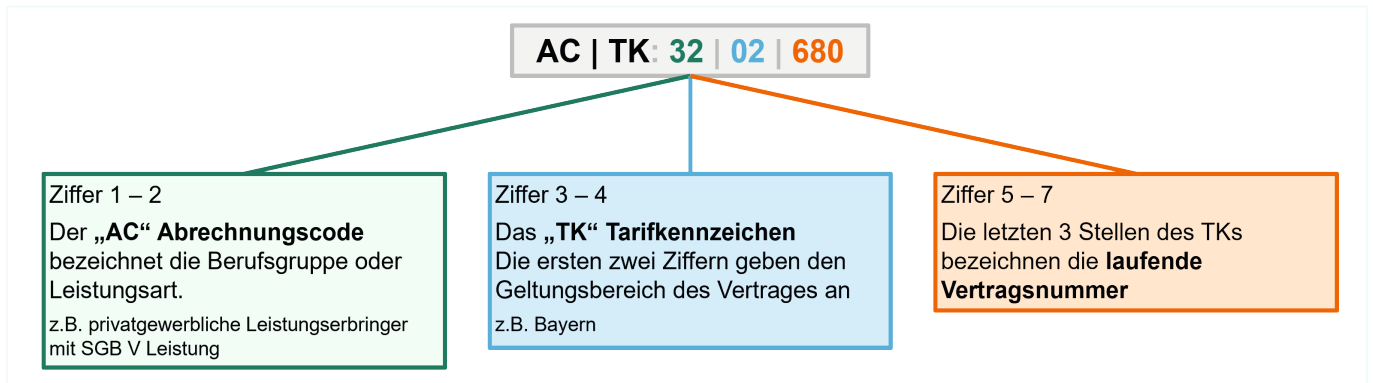


Abbildung: Leistungserbringergruppenschlüssel

3. **Jahreswechsel.** Zum Jahreswechsel werden oft neue Abrechnungsskripte der Softwarehersteller eingespielt, die sämtliche gesetzliche Neuerungen und Abrechnungsmodalitäten beinhalten. Leider führt dies häufig zu Problemen, die sich aber erst mit der ersten Abrechnung im neuen Jahr zeigen. In diesem Zusammenhang empfehlen wir ausdrücklich, bei einzelnen Klienten Einzelabrechnungen durchzuführen und die Abrechnung auf Plausibilität zu prüfen (Stimmen die Wegepauschalen, Preise, GPOS etc.).
4. **Unwissenheit.** Da die Abrechnung für das Überleben von Pflegeeinrichtungen von essentieller Bedeutung ist, sollten entsprechende Anpassungen von qualifizierten Personen durchgeführt werden, die über das erforderliche Fachwissen verfügen und entsprechend geschult sind. In einigen Fällen kann es sinnvoll sein, diese Dienstleistung extern an spezialisierte Unternehmen zu vergeben, um zusätzlichen Aufwand zu vermeiden.
5. Eine **genaue Überprüfung der Verordnungen und Genehmigungen** ist unerlässlich, um Rückläufer zu vermeiden. Implementieren Sie klare Prozesse zur Überprüfung der Verordnung und Genehmigung. Ist in der Pflegesoftware auch wirklich die Genehmigung so hinterlegt wie die echte?
6. **Falsch hinterlegte Daten der Abrechnungsstellen.** Leider stellen wir fest, dass auch die bei dem GKV-Spitzenverband der Krankenkassen hinterlegten Datensätze für die Abrechnungsstellen alles andere als aktuell sind. Dies führt allzu oft zu Korrekturrechnungen, da beispielsweise eine Krankenkasse bereits einen ganz anderen Abrechnungsdienstleister beauftragt hat oder ihr Postzentrum mittlerweile in ein anderes Bundesland verlegt hat etc. Hier kann nur regelmäßiges Nachfragen bei den Leistungsträgern Abhilfe schaffen. Dies gilt besonders bei neu angelegten Leistungsträgern. Bei Unklarheiten haben wir die beste Erfahrung damit gemacht, bei einzelnen Klienten einfach eine Testrechnung zu senden und abzuwarten,

was passiert. Selten ist es von Erfolg gekrönt, bei den Krankenkassen Auskunft über die Regelungen zu erhalten, da die meisten Mitarbeiter selbst nicht darüber Bescheid wissen.

7. **Nicht registriert oder nicht zum „Echtverfahren“ zugelassen.** Mittlerweile ist es bei einigen Krankenkassen erforderlich, dass sich die Pflegeeinrichtung mit ihrer Institutionskennzeichen (IK) vor der ersten Abrechnung registriert. Ist diese Registrierung nicht erfolgt, wird die Rechnung direkt zurückgewiesen. Der Registrierungsprozess kann teilweise bis zu 2 Wochen dauern. Dementsprechend ist in der Pflegesoftware dann auch teilweise den einzelnen Kassen entweder das „Echtverfahren“ oder das „Probe-Datenträgeraustauschverfahren“ zuzuweisen.

Strategien zur effizienten Rückläuferbearbeitung

- ▶ **Sammelbearbeitung je Kranken- und Pflegekasse.** Rückläufer sollten gesammelt und nach den jeweiligen Kranken- und Pflegekassen geordnet bearbeitet werden, um eine effiziente Abwicklung zu gewährleisten. Oft können bei Unklarheiten mit einem Leistungsträger mehrere Klienten in einem Durchgang aufgearbeitet werden. Dies ermöglicht eine fokussierte Bearbeitung und verhindert Verwechslungen oder Doppelaufwände.
- ▶ **Rückläufer sollten stets innerhalb weniger Tage bearbeitet werden.** Diese Aufgabe sollte einer Person übertragen werden, die über das nötige Fachwissen verfügt und entsprechend geschult ist. Zusätzlich empfiehlt es sich, die Offene-Posten-Liste regelmäßig zu überprüfen und sicherzustellen, dass sie nicht weiter als zwei Monate zurückreicht.
- ▶ **Verschenden Sie keine Zeit mit Kleinstbeträgen** unter z.B. 10 Euro oder Rundungsdifferenzen. Die Aufarbeitung solcher Beträge ist zeitaufwändig und steht in keinem angemessenen Verhältnis zu den Personalkosten. Setzen Sie sich ein betriebsinternes Limit, ab dem Rückläufer bearbeitet werden. ▶



► **Video zum Thema Abrechnungsservice**
„Abrechnungsservice für ambulante Pflegedienste“



► Online-Zugänge zu Abrechnungsportalen

Um Rückläufer schnell und effizient zu bearbeiten, sind Online-Zugänge zu den Abrechnungsportalen der Kranken- und Pflegekassen unumgänglich. Dies ermöglicht einen direkten und schnellen Zugriff auf relevante Informationen und beschleunigt den Abrechnungsprozess erheblich. Besteht man aber weiterhin auf die postalische Zustellung der Absetzungsschreiben, dauert es oft ein bis zwei Wochen nach Ablauf der Zahlungsfrist des Leistungsträgers, bis die Absetzungsschreiben bei der Pflegeeinrichtung eingehen. Eine weitere Woche vergeht meist, bis mit der Bearbeitung begonnen wird. Bis die berichtigte Rechnung (Neueinreichung) bei der Kasse eintrifft, sind meist zwei Monate nach Leistungserbringung vergangen und der Pflegedienst hat noch keinen einzigen Euro gesehen.

Fazit

Eine effiziente Rückläuferbearbeitung zwischen Leistungserbringern und Kranken- oder Pflegekassen ist von entscheidender Bedeutung, um finanzielle Engpässe zu vermeiden und eine reibungslose Abrechnung sicherzustellen.

Durch strukturierte Prozesse, regelmäßige Überprüfungen und die Nutzung moderner Technologien können Fehler minimiert und die Liquidität der Einrichtungen gewährleistet werden.

Es ist wichtig, dass alle beteiligten Parteien sich der Bedeutung einer konsequenten Rückläuferbearbeitung bewusst sind und gemeinsam an der Optimierung dieses Prozesses arbeiten.

● Daniel von Kralik

CONSOLUTIONS...

Wir bearbeiten Ihre Rückläufer und kümmern uns um Ihr Forderungsmanagement

Leistungsabrechnung mit Ihrem System in Ihrem Pflegedienst.

Sie erhalten Soforthilfe bei Personalausfall in der Abrechnung bis hin zur dauerhaften Komplettübernahme Ihrer Leistungsabrechnung.

0861/ 21 39 88 60

www.consolutions.de





Kerstin Pleus

Organisationsberaterin, Krankenschwester, Trainerin für Führungskräfte, MDK-Gutachterin, Pflegedienstleitung, Business-Coach
Dortmund

✉ pflge@kerstinpleus.de

🌐 www.kerstinpleus.de

Mit den richtigen Zutaten 3 Chancen nutzen

... und dann bitte auch richtig abrechnen

Kommt Ihnen das bekannt vor? Ihre Mitarbeiter erbringen bei Patienten **die sogenannten „ehda-Leistungen“**. Sie sind ja „eh da“. Diese müssen als „heimlich erbrachte Leistungen“ identifiziert werden müssen, und sollten letzten Endes über einen Privatzahlerkatalog definiert und dann abgerechnet werden (können).
Ich möchte jedoch den Fokus auf andere Leistungen legen.

Es gibt m.E. noch weitere **Leistungen, die Sie häufig erbringen, und möglicherweise noch nicht abrechnen**. Seien Sie gespannt.

Beginnen wir beim Start in den Prozess der Versorgung unserer Kunden.

Die Erstgespräche

Erfolgreiche Erstgespräche in der ambulanten Pflege sind von entscheidender Bedeutung, um eine vertrauensvolle Beziehung zu den Patienten und ihren Familien aufzubauen und gleichzeitig die Bedürfnisse und Anforderungen des Patienten vollständig zu erfassen.

Hier sind einige Zutaten, die zu einem erfolgreichen (Erst-) Gespräch beitragen können:



Man nehme
... **Einfühlungsvermögen und Empathie**

Ein einfühlsamer Umgang und das Zeigen von Mitgefühl sind unerlässlich, um das Vertrauen der Patienten und ihrer Familien zu gewinnen. Ein offenes Ohr für ihre Sorgen und Nöte schafft eine Atmosphäre des Vertrauens.



Man nehme
... **eine klare Kommunikation**

Die Verwendung einer klaren und verständlichen Sprache ist von großer Bedeutung, um Informationen effektiv zu vermitteln. Fachbegriffe sollten vermieden werden, es sei denn, sie werden verständlich erläutert.



Man nehme
... **verstehendes Zuhören**

Ein aufmerksames Zuhören signalisiert Respekt und Wertschätzung für die Aussagen des Patienten. Durch gezielte Fragen können Missverständnisse vermieden und die Bedürfnisse des Patienten präzise erfasst werden.



Man nehme
... **die individuelle Bedarfsanalyse**

Jeder Patient hat einzigartige Bedürfnisse und Wünsche. Daher ist es wichtig, sich ausreichend Zeit zu nehmen, um diese genau zu ermitteln. Nur so können maßgeschneiderte Pflegepläne entwickelt werden, die effektiv auf die individuellen Bedürfnisse eingehen.



Man nehme
... **Die transparente Erklärungen und Rahmenbedingungen:**

Eine klare und verständliche Aufklärung über die verschiedenen Pflegeoptionen und die individuellen Rahmenbedingungen ermöglicht es dem Patienten, aktiv am Pflegeprozess teilzuhaben.



Man nehme
... **Die Einbeziehung des Patienten und seiner Familie:**

Die Einbindung des Patienten und seiner Familie in den Pflegeprozess fördert eine partnerschaftliche Zusammenarbeit. Offenheit für ihre Fragen und Anliegen schafft Vertrauen und unterstützt eine kontinuierliche Kommunikation.

Follow-Up

Klare Vereinbarungen für Folgetermine und die Bereitschaft, weitere Fragen oder Bedenken zu adressieren, zeigen Ihr Engagement für die kontinuierliche Betreuung und Unterstützung des Patienten. ▶

Indem Sie diese bewährten Praktiken in Ihren Erstgesprächen anwenden, legen Sie den Grundstein für eine unterstützende und vertrauensvolle Beziehung zu Ihren Patienten und stellen sicher, dass ihre individuellen Bedürfnisse und Anliegen angemessen berücksichtigt werden.

Betrachten Sie diese große Bedeutung für die spätere Versorgung, das notwendige Know-how und den zeitlichen Aufwand! Dann sollte uns klar sein, dass wir die Erstgespräche die Folgegespräche und auch Beratungen konsequent abrechnen sollten. Das sind wir wert!

Drei Chancen

Als Pflegedienstleitung eröffnen sich Ihnen 3 entscheidende Möglichkeiten, um lukrative Einsätze zu sichern:

1. das Erstgespräch
2. das Folgegespräch bzw. der Folgebesuch
3. und das Beratungsgespräch

1. Erstgespräch

In meinen Beratungen vor Ort erlebe ich immer wieder, dass die Erstgespräche durchgeführt und meist auch abgerechnet werden. Und das ist auch gut so.

Trotzdem gibt es immer wieder einzelne Fälle, wo selbst diese Selbstverständlichkeit der Abrechnung der Erstgespräche nicht zu 100% gewährleistet ist.

In der ambulanten Pflege ist die Gestaltung des Erstgesprächs durch die jeweiligen Leistungskomplexe in den einzelnen Bundesländern festgelegt.

Diese Leistungskomplexe definieren die Inhalte und den Umfang der Leistung, z.B. Erstgespräch sowie die damit verbundenen Leistungsinhalte und Punktzahl (diese wird mit dem Punktwert multipliziert = Preis).

Dabei können die Anforderungen und Standards je nach Bundesland variieren.

Die Leistungskomplexe legen fest, welche Aspekte beispielsweise im Erstgespräch abgedeckt werden müssen und welche Leistungen dabei erbracht werden. Dazu gehören beispielsweise die Erfassung des Pflegebedarfs, die Erstellung eines Pflegeplans, die Beratung und Aufklärung des Patienten und seiner Angehörigen sowie die Organisation weiterer Unterstützungsleistungen.

Die genauen Anforderungen, Leistungen und Leistungsinhalte können je nach Bundesland unterschiedlich sein, da die ambulante Pflege in Deutschland durch die Bundesländer geregelt wird. Daher ist es wichtig, sich über die spezifischen Vorgaben und Leistungskomplexe des jeweiligen Bundeslandes zu informieren und diese im Erstgespräch entsprechend zu berücksichtigen.

Im Zuge des siebten Pflegeberichtes wurde eine Übersicht über vereinbarte ambulante Leistungskomplexe in den einzelnen Bundesländern (Stand 01.07.2021) veröffentlicht.

[Link zum Download](#) ●

2. Das Folgegespräch / der Folgebesuch

Im Laufe der Zeit, verändert sich der pflegerische Zustand des Patienten. Meistens passieren dann Dinge im Automatikmodus:

- ▶ Erfassung der Veränderungen im häuslichen Pflegeumfeld, z.B. mittels Pflegevisite
- ▶ Aktualisierung des Maßnahmenplans
- ▶ Planung der Pflegeeinsätze und. Aktualisierung/Anpassung der Leistungen
- ▶ Ist der Pflegegrad noch korrekt?
- ▶ Beratung des Patienten und der Angehörigen
- ▶ usw.

Und **oftmals** werden die Leistungen mittels Leistungskomplex „**Folgebesuch / -gespräch**“ **nicht abgerechnet**, weil ...

- ... der Leistungskomplex für Folgegespräche/-besuche in Vergessenheit geraten ist?
- ... es im Alltagsgeschäft untergeht?
- ... es versäumt wurde, über diese Leistung im Erstgespräch zu informieren und die Leistung im Kostenvoranschlag mit aufzuführen als Bedarfs-LK?
- ... die Pflegefachkräfte hierüber kein Wissen haben?

Wie bitter!

Kommt Ihnen das bekannt vor?

Wenn Ja, dann haben Sie Entwicklungspotential!

3. Beratungsgespräche nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Mit dem Blick auf die Versorgung der Pflegebedürftigen zu Hause wird deutlich, welche Bedeutung Beratungsgespräche nach § 37 Abs. 3 SGB XI haben.

Der Beratung kommt eine wichtige Funktion zur Stabilisierung und Qualitätssicherung häuslicher Pflege zu.

Die Beratung ist außerdem auch im Zuge einer betriebswirtschaftlichen Steuerungsfunktion zu betrachten. Der Beratungsbesuch ist oftmals die erste vertrauensbildende Maßnahme zur ambulanten Pflege und die Chance, Sie als Pflegedienst kennenzulernen. Pflegebedürftige Kunden als auch ihre Angehörigen schätzen mit der Zeit Ihre kompetente Beratung und realisieren, dass sie von Ihrer Beratung profitieren können. ▶

Beratung im Allgemeinen sollte neben den Leistungen des SGB XI, SGB V und den Privatzahlerleistungen ein **selbstständiges Leistungsangebot** Ihres Pflegedienstes sein.

Wer hat die Pflicht oder den Anspruch auf Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI?

1. Beratungsgespräche für Pflegegeldempfänger:

Bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich einmal, bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einmal – **verpflichtend**

2. Beratungsgespräche für die eigenen Pflegesachleistungskunden:

In allen Pflegegraden einmal pro Halbjahr – **auf Wunsch des Kunden**

Das heißt ganz konkret, Pflegesachleistungskunden **können** halbjährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Diese sind freiwillig. Und auch der Beratungsbesuch bietet für Sie als Pflegedienst, als dritte von 3 Möglichkeiten, die Leistungen „unter die Lupe“ zu nehmen.

Es ist **die** Gelegenheit, die Qualität der Dienstleistungen herauszustellen und den wahrscheinlich fortentwickelten pflegerischen Bedarf der Patienten zu ermitteln.

Durch **empathische Beratung** mit **ehrlichem Interesse** und **professionellem Fragen** und vor allem zugewandtem **Zuhören** können nicht nur die Bedürfnisse des Patienten erfüllt, sondern auch langfristige und profitable Einsätze vereinbart werden.

Halten wir fest

Der Grundstein für zukünftige Erlöse wird im Erstgespräch, in den Folgebesuchen und Beratungsbesuchen gelegt. Also alles Leistungen, die Sie auch abrechnen (können)! **Sie müssen!** ... im Sinne einer wirtschaftlichen Betriebsführung.

Doch nicht nur das – auch das Bewusstsein der Patienten und Ihrer Angehörigen kann maßgeblich beeinflusst werden. Denn diese Besuche stehen in einem engen Zusammenhang mit dem Thema Beratungs- und Verkaufsgespräche. Hier geht es nicht nur um die Präsentation der Dienstleistungen, sondern auch um die Chance, den Patienten von der Qualität und dem Mehrwert des ambulanten Pflegedienstes zu überzeugen und abzuholen.

Eine gezielte und professionelle Beratung und Begleitung mit diesen drei Möglichkeiten ist entscheidend, um nicht nur die Zufriedenheit der Patienten zu steigern, sondern auch das Wachstum und den Erfolg des Pflegedienstes langfristig zu sichern.

Mehr Infos...

Nehmen Sie gern Kontakt zu mir auf! ●

Ihre Kerstin Pleus
www.kerstinpleus.de



● Kerstin Pleus



Kerstin Pleus

Beratung | Coaching | Seminare

Beraterin für Pflegeeinrichtungen
Cottastraße 14 | 44265 Dortmund

T: 0151 61812813

pflege@kerstinpleus.de
www.kerstinpleus.de



»Machen worauf es ankommt!«

Beratung | Prozessbegleitung | Coaching | Seminare



Dr. Christian Loffing

Diplom-Psychologe mit dem Schwerpunkt Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie in Pflegeeinrichtungen

Eckernförde, Essen, Berlin

✉ christian@loffing.com

🌐 www.loffing.com

Vorsicht bei einer „General-Abrechnung“ mit allen Mitarbeitern

Wenn Sie Fehlverhalten ändern wollen, dann müssen Sie zunächst die Ursachen analysieren, da diese bei Ihren Mitarbeitern sehr unterschiedlich sein können!

Fehlende Kürzel auf den Leistungsnachweisen sind nur ein Beispiel für zahlreiche **Fehlverhaltensweisen**, über die Sie sich als Pflegedienstleitung regelmäßig ärgern. Dabei haben Sie sicherlich gleichzeitig das Gefühl, dass Sie schon in unzähligen Dienstbesprechungen darauf verwiesen haben, dass das nicht geht und Sie Kürzel nicht einfach nachtragen können.

Ein weiteres leidiges und abrechnungsrelevantes Thema sind erbrachte, aber **mit den Kunden nicht vereinbarte und auch nicht dokumentierte Leistungen**.

Hier hat sich eingebürgert, dass fern ab von Ihrer Planung manche Leistungen bei Kunden vor Ort einfach zusätzlich erbracht werden. Das ist nicht nur Umsatz der Ihnen fehlt, sondern Sie haben auch noch erhöhte Personalkosten, wenn die Einsatzzeit dadurch zunimmt. Und auch das haben Sie schon oft genug in Ihren Dienstbesprechungen angemahnt. Aber trotzdem fällt es Ihnen z.B. in Ihren Pflegevisiten immer wieder einmal auf.

Das **Bitten um ein korrektes Verhalten** der Mitarbeiter und auch **das Meckern scheinen** hier **nicht zu helfen**. Was auch nachvollziehbar ist, da dies eventuell gar nicht an der Ursache des Fehlverhaltens ansetzt.

Die nachfolgenden 3 Fallbeispiele zeigen Ihnen, was Sie stattdessen zielgerichteter tun können. Beeinflussen Sie die Persönlichkeit, nutzen Sie die Veränderung von Umweltfaktoren oder nutzen Beides.

Hinweis zu den Fallbeispielen: Die nachfolgenden Namen sind zufällig gewählt und stehen nicht in Verbindung mit realen Personen selbst wenn die Beispiele sehr gut zu Mitarbeitern in Ihrem Pflegedienst passen könnten ... 😊

Fallbeispiel 1

Kevin ist Spitzenreiter bei fehlenden Kürzeln auf Leistungsnachweisen

Kevin ist 24 Jahre alt und scheinbar noch nicht im Erwachsenenalter angekommen. Er verschläft häufiger und vergisst alles Mögliche. Sein Fehlverhalten entsteht nicht böswillig. Gleichwohl hat bislang noch kein Gespräch dazu geführt, dass er sein Verhalten nachhaltig verändert.

In der Abrechnung Februar fällt er im negativen Sinne als Spitzenreiter auf. Insgesamt hat er 152mal sein Kürzel auf Leistungsnachweisen vergessen. Das muss sich unbedingt ändern.

Was können Sie nun tun? Kevin ist noch recht jung und Sie haben die Möglichkeit, ihn auf das „echte“ Leben vorzubereiten. Das kostet jedoch Zeit. Wenn Sie in Kevin Potenziale sehen, dann wird sich diese Investition aber lohnen.

Vereinbaren Sie mit ihm alle 2 Wochen ein halbstündiges Gespräch.

In diesem Gespräch fragen Sie ihn immer wieder danach, wie er sein Verhalten ändern könnte. Lassen Sie dies **unbedingt von ihm notieren** und reflektieren Sie immer wieder seine Fortschritte.

Seine Aufzeichnungen muss er zu jedem Gespräch mitbringen.

Parallel nehmen Sie auch Einfluss über die Umweltfaktoren.

Sorgen Sie für eine engmaschige Kontrolle und steuern Sie zeitnah bei Fehlverhalten nach.

Hier ist es wichtig, dass Sie an ihm dran bleiben, sodass er nicht schnell wieder in alte Muster verfallen kann.

Download | Tipp: Personalportfolio erstellen

Im Download-Bereich von **PDL Management** stelle ich Ihnen zur besseren Einschätzung der Potenziale von Mitarbeitern meine Beschreibung zur Erstellung eines **Personalportfolios** zur Verfügung.

Dies können Sie zusammen mit Ihrer Stellvertretung und / oder Geschäftsführung bearbeiten und konkrete Fördermaßnahmen ableiten.

Wenn Sie dies für alle Mitarbeiter machen, dann erfahren Sie auch sehr viel über die Teamsituation. ▶

Fallbeispiel 2

Maria hat ihr Herz am rechten Fleck, aber sie ruiniert den Pflegedienst

Maria ist 62 Jahre alt und bereits seit 22 Jahren bei Ihnen im Pflegedienst beschäftigt. Sie arbeitet immer noch in Vollzeit. Vor Einführung der Pflegeversicherung war sie als Gemeindegeschwester tätig. Sie hat ein freundliches Wesen und ist stadtbekannt. Ein bisschen ist sie so etwas wie **das herzliche Aushängeschild** Ihres Pflegedienstes.

Leider kommt sie jedoch nie mit der geplanten Zeit zurecht. Die Abweichungen im Frühdienst können schon einmal zwischen 1 und 2 Stunden betragen. Was macht Sie in dieser Zeit? Sie hat für jeden Kunden noch ein herzliches Wort übrig und erbringt immer wieder zusätzliche Leistungen, die gar nicht geplant waren.

Was können Sie nun tun? Maria ist kein Fan der Pflegeversicherung, sondern sieht den Menschen im Mittelpunkt. Hier brauchen Sie nicht mehr über eine Persönlichkeitsentwicklung nachdenken. Sie ist fest davon überzeugt, dass es früher einfach besser war. Schaffen Sie stattdessen einen Kompromiss. Eine Abweichung von 2 Stunden ist inakzeptabel, aber Sie sanktionieren bei ihr nicht die gesamte Zeit. Binden Sie Maria aktiv in Fallbesprechungen ein. Dabei soll sie den Fokus v.a. auf die Leistungen richten. Im Team können Sie so gemeinsam überlegen, was für welchen Kunden wichtig ist und wie das Team damit umgeht. Sie werden feststellen, dass sich Maria dadurch am Ehesten beeinflussen lässt.

**Tipp: Reaktanz vermeiden**

Mit dieser Strategie machen Sie Maria zu einer Verbündeten. Wenn Sie nur sanktionieren würden, dann würde sich Maria noch mehr dagegen wehren. Im Schulter-schluss zusammen mit Ihnen als Pflegedienstleitung und dem Team wird Sie zu einem Kompromiss im Sinne des Kunden bereit sein.

Eine ganz andere galante Alternative wäre es, sie zukünftig in anderen Touren einzusetzen, aber nur wenn Sie zum Beispiel ein Team „Betreuung und Entlastung“ vorhalten, wo zeitintensive Einsätze von vorneherein mit ein, zwei oder 3 Stunden geplant werden. In diesem Team würde stundenweise Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, pflegerische Betreuung und Hauswirtschaft erbracht. Diese zeitintensiven Einsätze würden so oder so nicht in die minuten-getakteten Pflgetouren passen.

Fallbeispiel 3

Helmut lässt keine Möglichkeit aus, seine Komfortzone auszubauen

Helmut ist 48 Jahre alt, geschieden und hat 2 erwachsene Kinder. Sein Hund und seine Ausflüge mit dem Wohnmobil sind ihm besonders wichtig. Danach gefragt ist er in seinen Erzählungen kaum zu stoppen.

Sie als Pflegedienstleitung ärgert jedoch, dass Helmut nur selten einspringt, häufiger arbeitsunfähig ist und oft über den Pflegedienst meckert. Dabei steckt er auch andere Mitarbeiter an und verbreitet eine gewisse Arbeitsunzufriedenheit.

Was können Sie nun tun?

Bei Helmut hilft nur eine Beeinflussung der Umweltfaktoren. Schaffen Sie Fakten und machen Sie es ihm unbequem. **Er muss von Ihnen als Pflegedienstleitung regelmäßig mit seinem eigenen Verhalten konfrontiert werden.** Das machen Sie natürlich ruhig und sachlich, aber eben doch fordernd in Bezug auf das zu erwartende Verhalten. Auch hier sollten Sie Beständigkeit beweisen, damit alte Muster nicht wieder auftauchen.

Tipp: Nicht nerven lassen

Wenn sich jemand in Ihrem Team für eine niedrige Performance entschieden hat, dann müssen Sie konsequent dagegen vorgehen. Im Arbeitsvertrag haben Sie 100% Leistung vereinbart und die fordern Sie bei den faulen Mitarbeitern nun auch ein. ▶



**SGB XI:
Abrechnung über
die TI ab 01.12.24.
Mit .snap auf
Knopfdruck!**

Es geht los!

Starten Sie jetzt entspannt in die TI

Wozu auf die Deadline 01.12.24 warten? Wer sich JETZT anbinden lässt, startet entspannt in die TI – und nutzt bereits heute erste Vorteile: Vitalwerte übermitteln Sie direkt aus .snap automatisiert, digital und sicher an die zuständigen Hausärzte und empfangen digitale **Medikationspläne**. Kommunizieren Sie digital mit Ihren Ärzten und sparen Botengänge ein.

Und ab 01.12.24: Sie sparen sich das Ausdrucken und Unterzeichnen von Leistungsnachweisen sowie den Druck und Versand der Rechnungen und Leistungsnachweise für SGB XI Leistungen. Sie erledigen das **per Knopfdruck in .snap** – und versenden direkt über die KIM. Und das Beste: Die technischen Details der TI-Anbindung übernehmen wir für Sie!

Software & TI: Alles aus einer Hand

Wählen Sie euregon als Ihren Ansprechpartner für **Software UND Telematik** – und erleben Sie die kinderleichte Integration in Ihre Anwendungssoftware! Alle notwendigen Services und Produkte bestellen Sie bequem über unseren **TI-Online-Shop**. Kontaktieren Sie uns noch heute und vereinbaren Sie einen kostenlosen Beratungstermin: vertrieb-ti@euregon.de

JETZT ANMELDEN

Noch Fragen zur TI-Thematik?
Wir bieten im April noch kostenfreie
Webinare „**TI-Anbindung leicht gemacht**“ an.

Fazit

Das Verhalten eines Menschen wird durch seine Persönlichkeit und Umweltfaktoren bestimmt. Genau dies sind die beiden Einflussmöglichkeiten von Ihnen als Pflegedienstleitung. Wenn Ihr Einfluss auf die Persönlichkeit geringer ist, dann müssen Umweltfaktoren intensiver genutzt werden. Auf Letztere können Sie mehr verzichten, wenn Sie die Persönlichkeit beeinflussen und es im Kopf des Mitarbeiters „Klick“ macht.

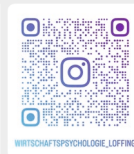
Eine engmaschige Führung Ihrer Mitarbeiter ist heute eine wesentliche Aufgabe von Ihnen als Pflegedienstleitung. Ärgern Sie sich nicht mehr über Fehlverhaltensweisen, sondern feiern Sie die kleinen Erfolge!

Mehr Infos...

Im Internet finden Sie mich unter

www.loffing.com

und bei Instagram unter
Wirtschaftspsychologe Loffing



● **Christian Loffing**



Daniel von Kralik

Geschäftsleitung der Consolutions GmbH

+49 (8 61) 21 39 88 60

kralik@consolutions.de

www.consolutions.de

Papierfrei abrechnen

Der Durchbruch mit der Telematikinfrastruktur?

Die Abrechnung von Pflegeleistungen mit Krankenkassen ist ein komplexer Prozess, der nicht nur Zeit und Ressourcen in Anspruch nimmt, sondern leider auch weiterhin eine erhebliche Menge an Papier verursacht. Obwohl bereits **gesetzliche Vorgaben für die digitale Signierung von Leistungsnachweisen existieren**, finden sich viele Pflegedienste immer noch im Dickicht des Papierdschungels wieder.

Trotz des klaren gesetzlichen Grundsteins für die digitale Signierung von Leistungsnachweisen **gibt es immer noch Krankenkassen, die darauf bestehen, dass Pflegedienste ihre Abrechnungen in Papierform inklusive Leistungsnachweisen mit Originalunterschrift** einreichen. Diese werden per Post an die jeweiligen Kostenträger geschickt und letztendlich dort in großen Scan-Zentren wieder digitalisiert. Dieser ineffiziente Prozess verursacht nicht nur Zeit- und Kosten, sondern belastet auch die Umwelt. Die Sachbearbeiter der Kassen berufen sich beharrlich auf interne Regelwerke und Vorschriften.

In einer Zeit, in der **Nachhaltigkeit und Effizienz** immer wichtiger werden, ist es an der Pflegebranche, den Wandel anzunehmen und die Weichen für eine digitale Zukunft zu stellen. **Es ist an der Zeit, dem Papierdschungel Lebewohl zu sagen** und den Weg in eine modernere, effizientere und nachhaltigere Abrechnung zu beschreiten. Die Lösung könnte nun das **Telematikinfrastruktur-Gesetz** sein. Wir werden sehen.

Seit einigen Jahren wird über die **Einführung der Telematikinfrastruktur (TI)** im Gesundheitswesen diskutiert. Die Frage, ob diese Gesetzgebung tatsächlich das Papieraufkommen und den Papierverbrauch in der Abrechnung zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern reduzieren kann, kann theoretisch mit einem „Ja“ beantwortet werden.

Die **TI soll eine sichere und vernetzte digitale Infrastruktur** im Gesundheitswesen schaffen. Durch die elektronische Vernetzung sollen Prozesse optimiert und bürokratische Hürden abgebaut werden.

Das bedeutet:

- ▶ weniger manuellen Aufwand,
- ▶ weniger Fehler,
- ▶ weniger Rückläufer und entsprechende Nachbesserungen.

Dies würde nicht nur die **Effizienz steigern**, sondern auch die **Kosten senken**. Insgesamt birgt die TI großes Potenzial für den ambulanten Pflegebereich.

Praxistipp

Um herauszufinden, ob eine Kasse bereit ist, eine **rein digitale Anlieferung der Rechnung** inkl. Leistungsnachweis zu akzeptieren, empfehlen wir folgendes Vorgehen:

Senden Sie eine Rechnung mit einem kleinen Rechnungsbetrag rein digital an den Kostenträger, in der Regel erhält man innerhalb weniger Wochen eine Rückmeldung und kann dann entscheiden, ob alle Rechnungen digital eingereicht werden können oder eben nicht.

Dieses Vorgehen ist leider meist sicherer als sich auf eine Auskunft des Kostenträgers zu verlassen, da unserer Erfahrung nach bei vielen Kassen intern Unklarheit über die korrekte Anlieferung besteht.

Insgesamt zeigt sich deutlich, dass die Abrechnung von Pflegeleistungen weiterhin von einem übermäßigen Papieraufwand geprägt ist, obwohl gesetzliche Vorgaben für die digitale Signierung existieren.

Wir hoffen, die TI hält, was sie verspricht, denn wir können es kaum erwarten, dem **Papierkram** ein digitales „Auf Wiedersehen“ zu senden!

● Daniel von Kralik

Auf den Punkt gebracht...

Die Abrechnung gehört nicht der Verwaltungskraft!

Ja, es ist so: Die eigentliche Abrechnung ist nicht mehr Aufgabe der Verwaltungskraft, sondern das 100%-ige Nebenprodukt des täglichen Soll-Ist-Vergleiches.

Der tägliche (also sehr zeitnahe) Soll-Ist-Vergleich (SIV) ist definitiv Aufgabe der Leitung.

Führt die Leitung den SIV täglich durch, ist

- a) die Zeiterfassung der Mitarbeiter erledigt und
- b) sind alle abrechenbaren Leistungen erfasst, kontrolliert und fertig für die Abrechnung.

Alle Arbeit ist in dieser Hinsicht getan. Das heißt aber nicht, dass eine Verwaltungskraft keine Aufgaben mehr hätte in einem ambulanten Pflegedienst. Viel mehr sogar als früher!

Es muss deshalb eine neue Aufgabenverteilung stattfinden zwischen Pflegedienstleitung und Verwaltungskraft.

Verwaltungskräfte sind in Zukunft „Assistentinnen der Pflegedienstleitung“, und unter anderem zuständig für

- ▶ das Ordnungs- und Medikamentenmanagement,
- ▶ die Terminierung der Beratungsgespräche,
- ▶ Statistiken und für Controlling,

- ▶ den Telefondienst so oder
- ▶ und für all die Dinge, welche die Leitungskräfte in ihrer Weiterbildung zur PDL meist nicht gelernt haben oder zu denen sie „keine Zeit“ dafür hat.

Viele nennen die Verwaltungskräfte deshalb auch Assistentin der Leitung und/oder der Geschäftsführung. Sie ist der Dreh- und Angelpunkt des ambulanten Pflegedienstes.

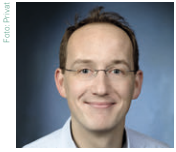
In der Regel sind die „neuen“ Assistentinnen von der Ausbildung her Bürokauffrau oder -mann oder haben in ähnlichen Aus- oder Weiterbildungen entsprechende betriebswirtschaftliche, organisatorische und kommunikative Themen erfahren.

Was meinen Sie?

- auf den Punkt – meine Meinung



► Der Steuerberater



Martin Fricke

Diplom-Kaufmann + Steuerberater, zertifizierter Berater für Pflegeeinrichtungen (IFU/ISM gGmbH), Berg & Fricke Steuerberatungsgesellschaft mbH

Berlin

✉ mfricke@berg-fricke-stb.de

🌐 www.berg-fricke-stb.de
www.berg-fricke-karriere.de

Der Nutzen von Abrechnungsfirmen bei der Finanzierung von Pflegeeinrichtungen

Es gibt Aussagen, die derzeit sowohl für Ihre Kunden als auch für Ihre Pflegeeinrichtung selbst gelten:

- 1. Gute Pflege ist kostspielig:**
Der Kunde merkt es an den höheren Eigenanteilen. Der Pflegedienst merkt es an den gestiegenen Personalkosten.
- 2. Gute Pflege muss finanziert werden:**
Der Kunde muss gestiegene Eigenanteile entweder aus seinen Rücklagen (seinem Eigenkapital) oder mit Hilfe seiner Angehörigen (seinem Fremdkapital) finanzieren.
- 3. Als dritte Möglichkeit bleibt der Gang zum Sozialamt** (seinem Rechenzentrum?)

Der Pflegedienst gleicht also seinen Kunden: Wohl dem, der in guten Zeiten Rücklagen gebildet hat und auf einem komfortablen Eigenkapitalpolster sitzt. Bei Liquiditätsengpässen geht der Pflegedienstinhaber in der Regel nicht zu Verwandten, sondern zur Hausbank. Davor sollte man sich nicht scheuen. **Ein gesundes Maß an Fremdkapital ist oft notwendig, um Investitionen oder Wachstum zu finanzieren.**

Eine **dritte Variante „Sozialamt“** gibt es für Pflegeeinrichtungen nicht. Am ehesten kommt ein Factoring-Unternehmen, eine sogenannte **Abrechnungsstelle**, in Frage.

Meine Ansicht: Erst nach ordentlicher Prüfung und dem Vergleich mit anderen Finanzierungsquellen entscheiden Sie sich für einen externen Abrechnungsdienstleister.

Was passiert aktuell auf dem Markt?

Pflegedienste, die seit Jahren die Abrechnung der Pflegeleistungen in Eigenregie durchführen, schalten



zwischen sich und den Kostenträgern (Pflege- und Krankenkassen) Abrechnungsstellen wie OptaData, BFS, RZH etc. Sie tun dies vor dem Hintergrund sich verschärfender Liquiditätsengpässe, häufig unter Zeitdruck und ohne Alternativen zu prüfen. **Vielleicht würde auch die Hausbank die Forderungen zu besseren Konditionen im Rahmen eines Kontokorrentkredits vorfinanzieren.**

Gibt es denn außer dem Finanzierungsaspekt noch andere Gründe, sich für ein Rechenzentrum zu entscheiden?

1. Erleichterung bei der Abrechnung?

In den meisten Pflegeeinrichtungen ist mittlerweile eine leistungsfähige Softwarelösung im Einsatz. Neben umfangreichen Möglichkeiten für das Controlling ermöglicht die Software natürlich auch die Abrechnung der Leistungen durch beleglosen Datenträgeraustausch mit den Kassen. Von der Aufnahme des Kunden, der Tourenplanung, der Leistungserfassung, der Nachkontrolle der Einsätze bis hin zur Endabrechnung erledigt der Pflegedienst somit EDV-gestützt alles selbst. **Der Wechsel zu einer Abrechnungsstelle führt zu einem Bruch im Prozess.** ►

2. Einsparung von Personalkosten im Verwaltungsbereich?

Gebühren für die externe Abrechnungen kaufen Sie nicht von Ihrer Arbeit frei. Es ist zu bezweifeln, dass die Gebühren für die externe Abrechnung geringer sind als der Einsatz der eigenen Verwaltungskraft. **Eine Abrechnungsstelle hat keinen Überblick über die bewilligten Leistungen an die Kunden.**

Wenn die Kassen nicht zahlen, verrechnet die Abrechnungsstelle die ausstehenden Zahlungen mit Folgeabrechnungen. Mahnungen oder Diskussionen mit den Kassen verbleiben bei der Verwaltungsmitarbeiterin.

3. Schutz vor Forderungsausfall?

In der Regel handelt es sich bei den Leistungen der im Pflegebereich bekannten Abrechnungsstellen **nicht um echtes Factoring.** Langfristig wird die Liquidität nicht gestärkt, **da das Ausfallrisiko nicht übernommen** wird. Es handelt sich nicht um ein echtes Factoring. Der Forderungsankauf wird rückabgewickelt. Spätestens nach zwei Monaten erfolgt die Verrechnung mit den aktuellen Leistungen.

Wie kann der Steuerberater unterstützen?

Der Steuerberater unterstützt Sie bei der **Gestaltung der Finanzierung** Ihres Betriebs.

Er **prüft** mit Ihnen die verschiedenen Möglichkeiten. Dabei kann es natürlich bei akuten Engpässen **zur temporären Nutzung der Leistungen eines Rechenzentrums** kommen.

Im Rahmen der laufenden Buchhaltung unterstützt er Sie bei der Überwachung der Zahlungseingänge der laufenden Forderungen.

Ihr Steuerberater erhält nach der von Ihnen **am besten selbst durchgeführten Leistungsabrechnung** alle Rechnungen per Schnittstelle übergeben.

Im Rahmen der **Finanzbuchhaltung** ordnet der Buchhalter im Steuerbüro die **Zahlungseingänge** diesen Rechnungen zu.

Er stellt fest, wenn die **Zahlungseingänge** zu gering sind oder ganze Zahlungen ausbleiben.

Der Buchhalter des Steuerbüros und Ihre Verwaltungsmitarbeiterin stehen **in engem Austausch miteinander.**

Zusammen klären Sie die **offenen Posten** und gehen **Mahnungen** an Privatzahler und Kassen gemeinsam an.

Lassen Sie sich gestärkt durch eine solide Finanzierung Zeit bei der Abrechnung

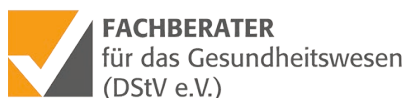
Natürlich soll die Abrechnung zügig und zeitnah geschehen. Aber **zeitlicher Druck um möglichst schnell die Vergütung zu erhalten ist ein schlechter Begleiter.**

Denn die **Abrechnung ist nochmal eine gute Gelegenheit die Touren- und Einsatzplanung nachzukontrollieren.** Dazu zählt z.B. auch die Leistungserbringung gegenüber dem Kunden zu hinterfragen und Potenziale (z.B. §§ 45 b, 39 SGB XI; Prüfung Sachleistungsquote usw.) aufzudecken.

Den Druck nimmt Ihnen eine solide Finanzierung.

Nehmen Sie gerne Kontakt zu mir auf! ●

● Martin Fricke



Sie profitieren von einer langjährigen Erfahrung in der steuerlichen und betriebswirtschaftlichen Beratung von Pflegeeinrichtungen. Mit speziell auf die Branche zugeschnittenen Zusatzleistungen können wir Sie optimal betreuen.



Berg & Fricke
Steuerberatungsgesellschaft mbH



Die euregon Messe-Highlights 2024

Wir laden Sie ein: Besuchen Sie den euregon-Messestand (Halle 6, Stand D36) auf der **Leitmesse Altenpflege von 23. bis 25. April 2024 in Essen!** Ganz aktuell informieren wir Sie zur **Telematikinfrastruktur** – und zeigen Ihnen klassische und **neue .snap Features** im Detail.

➤ **TI-Service:** Wir betreuen die Technik, Sie die Patienten

Ihr Fokus liegt auf Pflege - um die technischen Details kümmern wir uns gern: Mit dem TI-Service von euregon sind Sie in besten Händen! Als DIE Experten für Digitalisierung führen wir Ihren Pflegedienst professionell in die **Telematikinfrastruktur**.

➤ **Wirtschaftlich** erfolgreich mit .snap

Entdecken Sie unsere **Controlling-Lösungen** und die fundierten Kennzahlen für den nachhaltigen Erfolg Ihres Pflegedienstes!

➤ **Neue Software-Lösungen** für Ihren Bedarf

- **Patienten- und Angehörigen-App**
- **Mitarbeiter-App**
- **Medikationsmanagement**
- **Intensiv-Vital**
- **Tagespflege-Software inklusive Mobillösung**
- **Touren-Optimierung per Klick**
- **Hausnotruf**

Messtickets geschenkt!

Bestellen Sie jetzt Ihre **kostenfreien** Eintrittskarten für die **Leitmesse Altenpflege 2024** unter www.euregon.de



► Touren- und Personal-Einsatz-Planung



Birger Schlürmann

Berater und Coach für Altenhilfeeinrichtungen

Burgwindheim

+49 163-3645118

mail@schluermann.com

www.pdl-coaching.com

Flexibel agieren mit alternativen Tourenmodellen

Um als ambulanter Pflegedienst handlungsfähig zu bleiben lohnt es sich, **gängige Tourenmodelle aufzubrechen**, um die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter zu verbessern. Tatsächlich gibt es Möglichkeiten, auf individuelle Lebenssituationen von Mitarbeitern einzugehen – ohne die Versorgung der Patienten und die Wirtschaftlichkeit des Dienstes zu gefährden.

Wenn der Pflegedienst seine tatsächlichen Kapazitäten und Arbeitsspitzen ermittelt, können darauf basierend alternative Tourenmodelle erstellt werden. Das erhöht die Mitarbeiterzufriedenheit und schafft Vorteile auf dem hart umkämpften Arbeitsmarkt.

Thema Arbeitszeit immer mehr im Vordergrund

Work-Life-Balance mit flexiblen Arbeitszeiten stehen immer mehr bei der im Mittelpunkt für die **Arbeitsplatzzufriedenheit** der Mitarbeiter. Durch die Tarifbindung ist in Bezug auf die Entlohnung ein Marktausgleich geschaffen worden. Nun gilt es, sich auf einem anderen Feld Standortvorteile zu sichern: Mit Arbeitszeitmodellen, die den individuellen Lebenssituationen der Mitarbeiter entgegenkommen. Möglichkeiten für eine **Flexibilisierung der Tourenmodelle** sind die sogenannten Mutti-Touren oder die wochenendfreien Zeiten.

Kapazitätsanalyse durchführen

Zuerst kommt jedoch die **Analyse**, die abzudeckenden **Auftragsstunden** werden ermittelt. Hierzu werden die **Plan-Touren addiert**. In diesen sollten die Versorgungs-, Fahrt- und Wege- und die Organisationszeiten inbegriffen sein.

Bei den Fachkrafttouren sollten zudem Einsätze für „**Pflegedokumentation**“ angelegt werden und in die Kapazitätsberechnung einbezogen werden. Hier sind die Zeiten

für SIS, für die Maßnahmenpläne, die Evaluation und für das Anlegen und für das Überarbeiten der Risikoskalen gemeint.

Der Einsatz für das Richten von Medikamenten sollte dagegen schon bei den Versorgungszeiten angelegt und eingeplant sein.

ein Beispiel

Summe der Plan-Touren	2.000 Std.
Pflegedokumentation	150 Std.
= gesamt	2.150 Std.



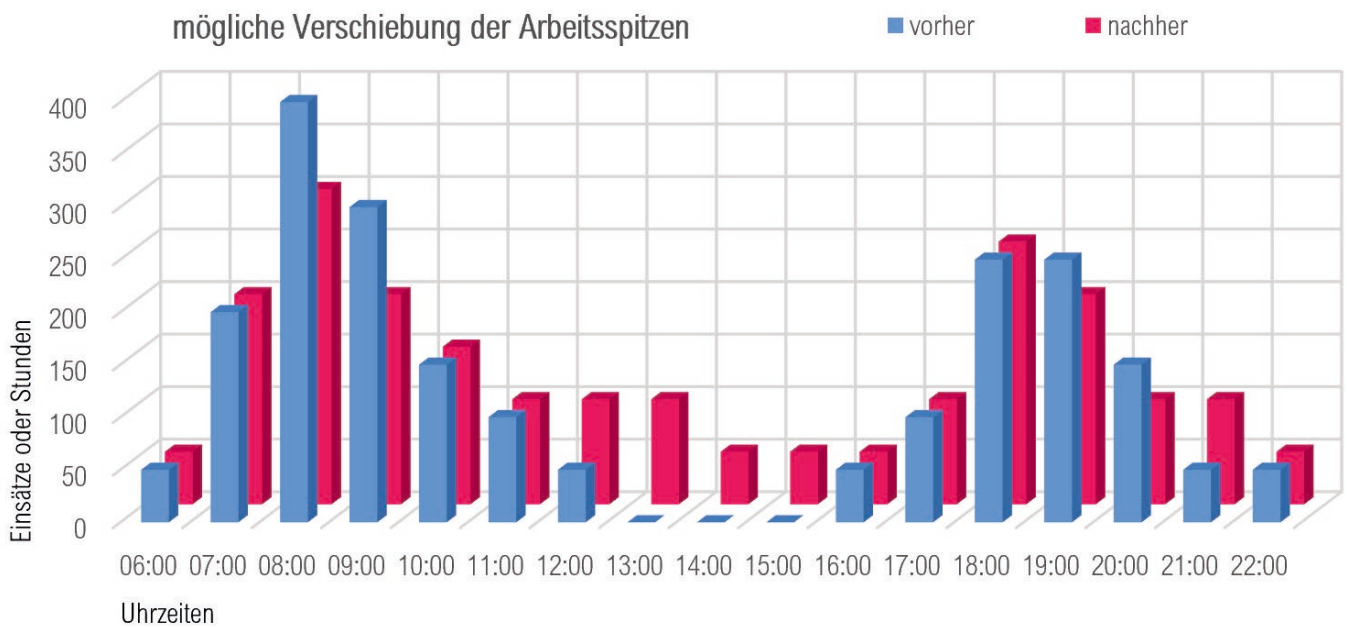
Insgesamt sind also 2.150 Stunden zu besetzen, um die Patienten zu versorgen und die vertraglich und gesetzlich vorgegebenen Qualitätskriterien zu erfüllen.

Arbeitsspitzen ermitteln

Im nächsten Schritt werden die **Arbeitsspitzen** ermittelt. Allein aufgrund des Erfordernisses, Kompressionsstrümpfe- und Verbände sowie Insulin- und Medikamentengabe zeitig zu verplanen, dürfte es für alle diese SGB V-Verrichtungen eine **Arbeitsspitze** zwischen zirka 6:30 und 8:30 Uhr geben.

Die Praxis zeigt, dass entgegen landläufigem „Gefühl“ einiger Führungskräfte eben nicht 95% der vereinbarten Leistungsstunden rund um die Premiumzeit von 7:30 bis 8:00 Uhr abgearbeitet sind.

Herausgelöst aus den SGB V-Behandlungspflegen können vor allem Wundverbände, aber auch aus dem SGB XI (Betreuung, Hauswirtschaft und große Grundpflegen) bei hochgradig pflegebedürftigen Patienten in die Vormittags- und Mittagszeit verschoben werden. ►



Darstellung: Verschiebung der Arbeitsspitzen mit flexibler Tourenplanung

Der Effekt, wie sich Arbeitsspitzen zugunsten einer flexibleren Tourenplanung verschieben können, ist in der obigen Grafik abgebildet.

So sieht man in der hinteren Reihe der aufsummierten Zeiten (rot) eine deutliche Abflachung alter Arbeitsspitzen (blau). Diese Abflachung schafft Luft für eine **Entzerrung der Arbeitsspitzen**.

Die Planerin versetzt sich in die Lage, mehr Arbeitszeiten an Randzeiten (aus Sicht der Patienten) zu vergeben. So ist zum Beispiel viel leichter eine Mutti-Tour von 8 bis 13 Uhr möglich, die zudem noch wirtschaftlicher ist.

Individuelle Lebenssituationen der Mitarbeiter berücksichtigen

In den letzten zwei bis drei Jahrzehnten haben sich unterschiedliche Lebensentwürfe herauskristallisiert. Gab es seinerzeit noch häufig das klassische Familienmodell, zeigt der Bevölkerungsquerschnitt heutzutage mehr Singles, alleinerziehende Kollegen, Mitarbeiter, die selber Angehörige pflegen usw. Alle diese Gruppen haben **unterschiedliche Wahrnehmungen, wann und wie sie mit einem Arbeitszeitmodell zufrieden** sind.

Dann gibt es Mitarbeiter, die Wert auf **Freizeitausgleich** legen, andere wiederum sind „**Zuschlagshamster**“, die gern jeden Feiertag und möglichst viele Sonntage mitnehmen. Wenn einmal die Arbeitsspitzen entzerrt sind, fällt es den planenden Führungskräften viel leichter, auf solche Wünsche besser einzugehen.

Kürzen der Grundpflege und der Hauswirtschaft am Wochenende

Aufgrund der gestiegenen **Inflation** versuchen nicht wenige Kunden die Einsätze einzukürzen, um keine **Eigenanteile** leisten zu müssen bzw. um das **anteilige Pflegegeld** zu erhöhen. Das ist zwar nicht schön, aber für diesen Fall eine Chance. Das kann nämlich dazu führen, dass das Grundpflegeaufkommen an Wochenenden abnimmt. Das wiederum gibt dem Pflegedienst die Möglichkeit, für alleinerziehende Elternteile zumindest Teilzeittouren zwischen 8 und 13 Uhr von montags bis freitags einzurichten anstatt diese an den Wochenenden einzusetzen.

Bei alleinerziehenden Elternteilen ist nicht immer davon auszugehen, dass der ehemalige Partner oder Großeltern in der Nähe wohnen, um die Kinderbetreuung zu übernehmen. Und es wäre schade, auf dieses Arbeitnehmerpotenzial zu verzichten.

Umdenken – weg vom Betonwochenende

Seit die Pflegebranche existiert, sind zwei Arbeitszeitmodelle am Wochenende offenbar in Stein gemeißelt: Das „**ganze Wochenende frei**“ oder „**das ganze Wochenende Dienst**“. Doch tatsächlich gibt es abseits dieser Strukturen noch eine weitere Alternative.

Es spricht nichts dagegen, dass Mitarbeiter einen Tag am Wochenende arbeiten und einen Tag frei haben. Hauptsache, der Dienst ist besetzt und es fühlt sich niemand benachteiligt. Schaut man sich in Pflegeteams um, finden Sie zum Beispiel diese **Mitarbeiter-Präferenzen:** ▶

- ▶ Der junge Mitarbeiter, der freitags und samstags feiern geht und nichts gegen einen **Sonntags-Spättdienst** einzuwenden hat
- ▶ Der Mitarbeiter, der gerne **abgabefreie Sonntags- und Feiertagszuschläge sammelt**
- ▶ Der Mitarbeiter, dem Samstagsarbeit (ggf. sogar Teildienst) nichts ausmacht, Hauptsache, er kann **sonntags auf den Fußballplatz** gehen

Stichwort Teildienst: Nicht alle Pflegekräfte verteufeln diese Variante. So spricht nichts dagegen, **wenn sich zwei Mitarbeiter das Dienstwochenende teilen**. Ein Kollege macht am Samstag Teildienst, der andere Kollege hat dafür frei – am Sonntag dann umgekehrt. Hauptsache, die Patientenversorgung ist gesichert und es gibt keine Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz.

Die Truppe bei Laune halten

Natürlich kann es Eifersüchteleien geben, wenn Mitarbeiter unterschiedlich häufige Wochenenddienste haben. Das muss aber nicht sein. So gibt es im Team **möglicherweise Kollegen, denen vor allem ein hoher Nettoverdienst**

wichtig ist. Diese freuen sich über jeden Sonntag und Feiertag. Zudem kann der Pflegedienst als Arbeitgeber die steuer- und sozialversicherungsfreien Zuschläge bis zum Anschlag ausreizen, oder sogar in den steuer- und sozialpflichtigen Bereich hineingehen.

So haben die Mitarbeiter viel eher **eine attraktive Wahl zwischen**

- ▶ deutlich höherem Netto bei viel Wochenendarbeit
- ▶ weniger Netto, und dabei mehr freie Tage an den Wochenenden.

Hier sind natürlich die Führungskräfte als Moderator gefragt, um den Teamfrieden zu gewährleisten. Wichtig ist nur, dass sich die Führungskräfte **von dem Glaubenssatz lösen „alle Mitarbeiter müssen ...“**

Lösen Sie sich auf jeden Fall von dem „gleich verdienen“ und „zur gleichen Zeit“ zu arbeiten. Denn die Pflegeteams sind sehr unterschiedlich bezüglich der individuellen Bedürfnisse, den Zielen und Lebensentwürfen.

● Birger Schlürmann



SIEBEGGER
Sozialmanagement

www.siessegger.de

Die wirtschaftliche Seite des Pflegedienstes

▶ **Beratung**

▶ **Fortbildung**

▶ **Seminare**

▶ **Publikationen**

“To be is to do”

Sokrates

“To do is to be”

Jean-Paul Sartre

“Do be do be do”

Frank Sinatra

+ + + Der Tag der Abrechnung

Dieses Mal kommt eine etwas andere Kennzahl in den Fokus. Es werden keine Werte miteinander dividiert oder in Bezug gestellt, und es muss nicht gerechnet werden.

Es wird einfach festgestellt, ...

„Bis zum wievielten Werktag des Folgemonats sind 90% der Rechnungen versandt?“

... im Durchschnitt über die Monate.
So ganz genau „messen“ kann man das natürlich nicht.

Tatsächlich ist **das Datum der 90%-Abrechnung** für mich als externem Beobachter und Interviewer immer ein erster Eindruck und vor allem **ein Indikator für den Stand der Dinge in der Abrechnung**, wenn ich im Rahmen der Beratung den ambulanten Pflegedienst analysiere.

Das (durchschnittliche) Datum ist das Ergebnis von optimaler Gestaltung des Prozesses und der vollumfänglichen Nutzung der Möglichkeiten und der Philosophie der eingesetzten Software.

Ein bisschen ist dies natürlich auch davon abhängig,

- ▶ ob die Leistungsnachweise noch von Hand geführt werden,
- ▶ oder ob diese am Ende des Monats ausgedruckt werden zur Unterschrift beim Kunden
- ▶ oder ob bereits elektronische Leistungsnachweise eingesetzt werden.

Die zwei letztgenannten Verfahren können zu ein oder zwei Tagen Verzögerung führen. Aber es spricht nichts dagegen, am ersten oder zweiten Werktag eines folgenden Monats (oder dann eben zwei Tage später, wenn die Unterschriften alle da sind) mit den Abrechnungen zu 90% fertig zu sein. Es ist **eine Frage der Organisation**.

Wichtigste Voraussetzung ist dafür, dass die **Leitungskräfte** während des Monats einen **täglichen Soll-Ist-Vergleich** durchführen.

Was auch ganz klar ist, zirka 10% der Rechnungen verursachen immer einen besonders hohen Verwaltungsaufwand, weil zum Beispiel noch nicht geklärt ist, welchen Pflegegrad der Kunde hat, oder es gibt Rückläufer, weil es mit den Kassen zu klären gilt, ob die Kürzung berechtigt sind oder nicht.

Ein möglicher Einwand, dass ein großer Pflegedienst für die Abrechnung länger oder mehr Zeit benötigt, ist nicht richtig. Das ist nämlich nur eine Frage der Organisation, wie viele Verwaltungskräfte vor Ort sind, beziehungsweise wie viele Leitungskräfte - gut eingeteilt in Touren und Teams - für den Soll-Ist-Vergleich zuständig sind.

Insofern sind Verwaltungskräfte vermutlich in der ersten Woche eines Folgemonats mit 90% der Abrechnungen beschäftigt. In den Tagen und Wochen danach sind sie relativ zeitintensiv mit der Nachbearbeitung noch zu klärender Rechnungen beschäftigt. Die restlichen zwei Wochen werden überwiegend dominiert von Tätigkeiten, die für die Leitungskräfte als Assistenz geleistet werden.

Auf der anderen Seite sollten die zusätzlichen Tätigkeiten der Leitungskräfte, insbesondere

- ▶ der aufwändigen Anpassung der täglichen Planung
- ▶ und des täglichen Soll-Ist-Vergleichs

berücksichtigt werden und entsprechend die Aufgaben neu verteilt werden.

Jeder Pflegedienst, kann in der ersten Woche des folgenden Monats 90% seiner Abrechnungen erstellen und versenden.

Wenn es deutlich später wird oder länger dauert, **hat der Pflegedienst Entwicklungspotentiale** in der Optimierung von Prozessen.

● Thomas Sießegger



www.katholischeakademie-regensburg.de



Impressum

PDL MANAGEMENT erscheint monatlich als kostenfreie Publikation von Thomas Sießegger [Herausgeber]

Ein Abonnement ist vorerst nicht möglich.

Das Kleingedruckte

Der Nachdruck, auch auszugsweise ist nur mit Genehmigung des Herausgebers oder der Autoren gestattet. PDL MANAGEMENT und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Die Rechte verbleiben zu 100% bei den Autoren. Beiträge, die mit vollem Namen oder auch mit Kurzzeichen des Autors gezeichnet sind, stellen die Meinung des Autors dar und nicht unbedingt die der Redaktion. Unaufgefordert eingereichte Manuskripte werden nicht angenommen. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen und Handelsnamen in dieser Publikation berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um geschützte, eingetragene Warenzeichen.

Redaktion

Thomas Sießegger (v.i.S.d.P.)

Ottenser Hauptstraße 14
22765 Hamburg

Telefon: +49 40 - 399059 02

Fax: +49 40 - 399059 16

E-Mail: pdl-management@siessegger.de
oder redaktion@pdl-management.de

Graphiken und Layout:

Mark Zaschka

Illustrationen und Titelbild: Florentine Sießegger

Bilder von Unsplash

Geldscheine Foto von Markus Spiske auf Unsplash

Kartenlesegerät Foto von Towfiq barbhuiya auf Unsplash

Papierstapel Foto von Alexander Grey auf Unsplash

Druck

Das machen Sie bitte gegebenenfalls selbst. Aus Umweltschutzgründen bitte nicht wirklich ausdrucken, sondern einfach als PDF abspeichern.

© Thomas Sießegger [Hamburg + Langenargen (L.A.) am Bodensee]