

# Die leistungsgerechte Vergütung: Was ist bei der Pflegesatzverhandlung zu beachten?

## Die rechtlichen Grundlagen



Christian Henning

### 1. Einleitung

Jeder kennt das Problem, angemessene Pflegesätze mit den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern zu verhandeln. Hierbei fällt aber immer wieder auf, dass schwere Fehler bei der Vorbereitung und im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen gemacht werden. Im nachfolgenden Beitrag sollen Tipps zur Vorbereitung und Durchführung der Pflegesatzverhandlung gegeben werden.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 fand der Begriff der „leistungsgerechten Vergütung“ Einzug. Vorher galt das Prinzip der Selbstkostenerstattung. Durch die neue Pflegeversicherung sollte, so war es jedenfalls die Intention des Gesetzgebers, für jede einzelne Einrichtung die Garantie gegeben werden, eine auf die einzelne Pflegeeinrichtung bezogene leistungsgerechte Vergütung sicherzustellen. Leider ist dieses Ziel des Gesetzgebers bis heute mehr oder weniger Theorie geblieben; das Gesetz ist z. T. unausgegoren, und die Rechtsprechung ist nicht immer einheitlich.

### 2. Rechtsdogmatik

Die juristischen Grundlagen der Ermittlung der leistungsgerechten Pflegevergütung sind kompliziert und abstrakt. Nur zu leicht lassen sich Einrichtungsleiter mit einer prozentual geringen Erhöhung der Pflegesätze mit dem Argument der Beitragsstabilität „abspeisen“. Man ist offensichtlich froh, über-

haupt eine Erhöhung, auch wenn sie geringfügig ist, durchgesetzt zu haben.

#### a) Die Vorgaben des Bundessozialgerichts

Im SGB XI ist nunmehr das Wettbewerbsprinzip verankert. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist die marktgerechte Vergütung zu suchen. Mittel hierzu ist der externe Vergleich mit anderen Einrichtungen, die ein vergleichbares Leistungsspektrum haben.

Hier beginnen aber bereits die Schwierigkeiten: § 82 Abs. 1 SGB XI bestimmt, dass die zugelassenen Pflegeheime für die Pflegeleistungen eine leistungsgerechte Vergütung erhalten sollen. § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB XI wiederholt diese Vorgabe für die Vergütung der stationären Pflegeleistungen, also den Pflegesatz. Es fragt sich hier, was mit „leistungsgerechter Vergütung“ überhaupt gemeint ist. Im Regierungsentwurf heißt es hierzu, dass Pflegeleistungen differenziert nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, zu vergüten sind (Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 144). Diesen Grundgedanken setzt dann § 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI um. Der Versorgungsaufwand, den der einzelne Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, wird durch die Einteilung der Pflegesätze in Pflegeklassen berücksichtigt. Unter Leistungsgerechtigkeit ist also nichts anderes zu verstehen als eine Abstufung des Pflegesatzes nach Pflegeklassen (vergl. Neumann, „Die leistungsgerechte Pflegevergütung“, S. 29).

Das Bundessozialgericht geht hier aber einen anderen Weg. Unter einer leistungsgerechten Pflegevergütung versteht das Gericht den Marktpreis. Dass der Marktpreis der Region mit Leistungsgerechtigkeit wenig bis nichts zu tun hat, zeigt sich schon an einem einfachen Vergleich: Der Marktpreis kann z. B. exorbitant hoch sein, weil die Ware knapp ist, oder umgekehrt: viel zu günstig angeboten wird. In beiden Fällen wird

niemand den so gebildeten Marktpreis als „leistungsgerecht“ bezeichnen (vgl. Neumann, S. 29).

Der Staat hat einen Versorgungsauftrag zu erfüllen und kann sich nicht an marktwirtschaftlichen „K.-O.-Prinzipien“ orientieren! Dass der Gesetzgeber diese „leistungsgerechte Vergütung“ auch nicht in diesem Sinne verstanden hat, zeigt die oben zitierte Begründung des Regierungsentwurfes. Das Wort „leistungsgerecht“ bringt daher nur zum Ausdruck, dass die Entgelte leistungsbezogen zu bemessen sind (Bundesverwaltungsgericht RsDE 42 [1999], 96 [100]). Interessant ist, dass das Bundesverwaltungsgericht hier einen anderen Standpunkt vertritt als das Bundessozialgericht. In der Literatur wird daher argumentiert, dass der vom Bundessozialgericht gebildete Begriff des Marktpreises keinen Niederschlag im Gesetz findet! Es geht vielmehr um einen wirtschaftlich angemessenen Pflegesatz!

Es lässt sich daher schon trefflich mit den Pflegekassen darüber streiten, ob die Ausführungen des Bundessozialgerichts im Hinblick auf den „zu findenden Marktpreis“ überhaupt haltbar sind.

### b) Wirtschaftliche Betriebsführung

Die zweite wesentliche Aussage, die das Gesetz in § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB XI trifft, lautet: „Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen“. Im Prinzip müssen die Pflegesätze also so bemessen sein, dass die Pflegeheime ohne Verluste arbeiten können, sofern sie dabei dem Gebot eines ordnungsgemäß handelnden Kaufmannes Rechnung tragen. Die Pflegesätze sind dabei prospektiv, also im Voraus zu kalkulieren.

Bei der Definition der „wirtschaftlichen Betriebsführung“ ist in der Literatur und Rechtsprechung immer noch nicht abschließend geklärt, was hierunter zu verstehen ist: Entweder werden die Betriebskosten der konkreten Einrichtung untersucht oder der von der Einrichtung geforderte Pflegesatz mit der Vergütung anderer Einrichtungen verglichen. Die Pflegekassen prüfen letztendlich nicht die Wirtschaftlichkeit, sondern nehmen eine Bewertung am allgemeinen Preisniveau der Region vor. Das Bundesverwaltungsgericht sagt hierzu nun, wenn der Vergleich ergäbe, dass der Anbieter der preisgünstigste ist, könne die Vereinbarung (also der beantragte Pflegesatz) ohne weitere Prüfung abgeschlossen werden (Bundesverwaltungsgericht RsDE 42, S. 95). In diesem Falle könne die geforderte Vergütung den Durchschnittspreis nämlich nicht nach „oben drücken“.

Was ist aber zu tun, wenn der Anbieter nicht der günstigste am Markt ist? In diesem Fall könnte man nun folgerichtig meinen, dass dann die einzelnen Kostengruppen untersucht würden. Diesen Schritt geht das Bundesverwaltungsgericht jedoch nicht, sondern es wurde der allgemeine „marktgerechte Preis“ kreiert. Der geforderte Pflegesatz soll demnach „marktgerecht sein“, wenn er „innerhalb der Bandbreite der Entgelte für vergleichbare Einrichtungen liege“. Mit der Bandbreite

ist hier wohl gemeint, dass der Vergleichsmaßstab das Durchschnittsentgelt darstellen soll (vgl. Neumann, S. 32). Das Bundessozialgericht folgt diesem Ansatz und verpflichtet die Vertragspartner und die Schiedsstelle (jedenfalls für den Regelfall) zu einem Vergleich von Marktpreisen (Bundessozialgericht FeVS 52 [2001], 390 [394f.]). Wie oben dargestellt, ist der Vergleich von Marktpreisen an sich für einen funktionierenden Pflegemarkt nicht das Kriterium zur Beurteilung des angemessenen Pflegeentgelts. Dies ist im Rahmen der Fachliteratur weitestgehend unstrittig.

Schon anhand dieses einfachen Beispiels zeigt sich, wie kompliziert die Materie tatsächlich ist. Um es zusammenzufassen:

Liegen Sie mit Ihrer Pflegeeinrichtung unter dem allgemeinen Marktpreis der Region, so ist der von Ihnen beantragte Pflegesatz ohne weitere Prüfung durch die Pflegekasse anzuerkennen. So das Bundesverwaltungsgericht in der oben zitierten Entscheidung. Liegen Sie über dem allgemeinen Marktpreis, müssen Sie mit der Bezugnahme auf die wirtschaftliche Betriebsführung in § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB XI argumentieren. Es muss Ihnen bei wirtschaftlicher Betriebsführung, die zu unterstellen ist, ein Pflegesatz zugestanden werden, der es Ihnen ermöglicht, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Mit diesem Argument muss dann der für die Betriebsführung in Ihrer Einrichtung notwendige Pflegesatz ermittelt werden.

### 3. Räumliche Bestimmung des „Marktes“

Bei der Bestimmung des Marktes soll ein regionaler Vergleich erfolgen. Es ist daher zu empfehlen, dass bereits vor Aufforderung zur Vergütungsverhandlung eine Preisvergleichsliste des Landkreises oder der kreisfreien Stadt beschafft wird. Bei Einrichtungen mit Sitz am Rande eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt sollte außerdem eine Preisvergleichsliste des benachbarten Landkreises beschafft werden.

Hier stellt sich immer wieder das Problem, die Vergleichspreise der anderen Einrichtungen zu beschaffen. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, als würden die Pflegekassen die Vergleichspreise als „Heiligtum“ ansehen und nur ungern an die Einrichtungen weiterleiten. Man sieht hierin offensichtlich einen Vorteil im Rahmen der Verhandlung. Sofern das Pflegeentgelt auf der Grundlage des Marktpreises ermittelt wird, muss der Marktpreis auch allen Beteiligten bekannt sein. Hier-  
von geht das SGB XI auch aus!

Die Pflegekassen haben z. B. gemäß § 7 Abs. 3 SGB XI Preisvergleichslisten zu führen. Diese Preisvergleichslisten müssen dem Versicherten mit dem ersten Einstufungsbescheid über seine Pflegestufe übersandt werden! Dem kommen die Pflegekassen aber in den seltensten Fällen nach! Auch zeigt § 92a SGB XI (einzuführende Heimspiegel), dass es sich bei den Entgelten nicht um geschützte, sondern um öffentlich zugänglich zu machende Daten handelt.

Sollte Ihnen daher die Pflegekasse Schwierigkeiten bereiten, Vergleichsdatenmaterial zur Verfügung zu stellen, so ist zu empfehlen, dass ein Versicherter Ihrer Pflegeeinrichtung seinen Auskunftsanspruch gegenüber der Pflegekasse geltend machen möge.

#### 4. Bildung von Vergleichsgruppen

Noch immer ist die Frage nicht geklärt, welche Prämissen bei der Bildung von Vergleichsgruppen zu Grunde zu legen sind.

##### a) Größe der Einrichtungen

Das Bundessozialgericht hat sich bisher zur Größe der Einrichtung (Anzahl der Bewohnerplätze) als Vergleichsmerkmal nicht konkret geäußert. Häufig argumentieren Einrichtungen, dass größere Einrichtungen über eine höhere Fixkostendegression verfügen würden und deshalb mit kleinen Einrichtungen nicht zu vergleichen seien. Wäre dies tatsächlich so, so müssten kleinere Einrichtungen im Schnitt höhere Pflegesätze vorweisen. Dies entspricht aber nicht der Realität. Auch die Schiedsstellenentscheidungen zeigen, dass Pflegesatzzahlen in der Regel als Abgrenzungskriterium nicht berücksichtigt werden. Es werden meistens lediglich Einrichtungen unter 20 Plätzen von dem externen Vergleich ausgeschlossen. Einrichtungen, die mehr als 20 Plätze vorweisen, sollen aber miteinander vergleichbar sein. Bei den Schiedsstellen scheint sich folgende Einstufung zu festigen: Vergleichbar seien Einrichtungen bis zu 19 Plätzen, 20 bis 49 Plätze, 50 bis 100 Plätze und Einrichtungen über 100 Plätze.

Sofern ein Vergleich der Einrichtungen dann ergibt, dass Sie eher im oberen Marktsegment mit Ihrer Pflegeeinrichtung angesiedelt sind, werden Sie bemüht sein, die individuelle prospektive Kalkulation in den Mittelpunkt der Verhandlungen zu stellen. Argumentationshilfe hierfür können folgende Erwägungen sein:

Hoher Ausländeranteil unter den Bewohnern und der daraus bedingte hohe Kommunikationsaufwand;

- 2) die Anzahl der Vergleichseinrichtungen ist nicht groß genug bzw. nicht repräsentativ;
- 3) das Leistungsspektrum der Einrichtungen ist zu unterschiedlich;
- 4) die Qualität der Vergleichseinrichtungen ist nicht vergleichbar wegen möglicher negativer MDK-Gutachten in anderen Einrichtungen;
- 5) besondere räumliche Gegebenheiten, die erhöhten Zeitaufwand bedingen etc.

##### b) Vergleichseinrichtungen

Zunächst gilt es zu beleuchten, wie viele Vergleichseinrichtungen überhaupt herangezogen werden müssen. Literatur und Rechtsprechung greifen hier sehr häufig auf die vertragsärzt-

liche Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V zurück. Die kleinste Vergleichsgruppe, die in der Rechtsprechung bei einem Praxisvergleich akzeptiert wurde, betrug 9 Praxen (BSG vom 27.04.1982, AZ: 6 RKA 7/79).

Jedenfalls kann als gesichert angesehen werden, dass ein Vergleich mit nur 2 bzw. 3 Einrichtungen nicht ausreichend ist. Es sollte daher Wert darauf gelegt werden, dass jedenfalls 5 bis 6 Vergleichseinrichtungen herangezogen werden. Sofern der externe Vergleich nicht herangezogen werden soll, bietet es sich an, auf die Rechtsprechung zur vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung zu verweisen, um so eine konkrete Auseinandersetzung mit der Kostenstruktur des Hauses vornehmen zu können. Das Bundessozialgericht schreibt hierzu wortwörtlich:

„Erst wenn ein üblicher Marktpreis nicht ermittelt werden kann, etwa weil es wegen Besonderheiten des Pflegeheimes nicht möglich ist, eine hinreichend große Zahl von vergleichbaren Angeboten zu erhalten, kann es von Belang sein, welche Kosten ein Träger bei wirtschaftlicher Betriebsführung hat, um unter Zuschlag einer angemessenen Vergütung des persönlichen Arbeitseinsatzes, des zu tragenden Unternehmerrisikos sowie einer angemessenen Verzinsung des Eigenkapitals eine leistungsgerechte Vergütung zu ermitteln“ (Bundessozialgericht, 3 P 19/00 R - S. 8).

Das Bundessozialgericht hat in dieser Entscheidung leider auch die Möglichkeit offen gelassen, dass das Schiedsamt eine Entscheidung unter freier Würdigung des Angebots der Einrichtungsträger treffen kann, wobei dann durchaus auch eine Fortschreibung des bisherigen Pflegesatzes unter Berücksichtigung der allgemeinen Kostenentwicklung in Betracht käme. Leider hat das Bundessozialgericht daher die oben genannten klaren Ausführungen relativiert. Hierauf möge dann aber die Pflegekasse selbst hinweisen, sofern die Rechtsprechung dort überhaupt im Detail bekannt ist.

##### c) Qualität der Vergleichseinrichtungen

Das Bundessozialgericht hat entschieden, dass Einrichtungen nur dann verglichen werden könnten, wenn diese ohne Einschränkungen die vertraglich geschuldete Qualität erfüllen.

Wortwörtlich heißt es: „Voraussetzung dafür ist, dass sowohl das betreffende Heim als auch die zum Vergleich herangezogenen Mitbewerber den Pflegestandard fachgerechter und humaner Pflege ... nach den Kriterien der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität ohne Einschränkung erfüllen ... . Angebote, die diesen Maßstäben nicht entsprechen, dürfen in Pflegesatzverhandlungen nicht eingebracht oder zu Vergleichszwecken herangezogen werden“ (a. a. O., S. 9).

Sehr häufig wird nun argumentiert, dass ein externer Vergleich nicht vorgenommen werden könne, da die Vergleichseinrichtungen selbst Mängel im Rahmen der Qualität hätten. Wie allgemein bekannt ist, gibt es so gut wie keine Pflegeeinrichtung, welcher der MDK nicht Mängel bis hin zu schweren Pflegefehlern unterstellt. Es stellt daher einen durchaus sachgerechten

Weg dar, mit dem Einwand zu argumentieren, dass ein externer Vergleich wegen der eindeutigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht stattfinden könne, da andere Einrichtungen Pflegemängel haben und mithin der Vergleich zu unterbleiben hat. Hierin liegt aber auch eine Gefahr:

Die Pflegekassen können argumentieren, dass der Antragsteller selbst nicht das Qualitätsniveau bringt und damit Abschlüsse im Pflegesatz hinzunehmen hätte (Minderung der Vergütung gemäß § 115 III S. 1 SGB XI)!

Es ist daher von ganz besonderer Wichtigkeit, dass Sie Prüfergebnisse des MDK in Ihrer Einrichtung nicht ungesehen hinnehmen. Sie haben die Möglichkeit, im Rahmen der Anhörung darauf hinzuweisen und richtig zu stellen, dass die von dem MDK erfolgten Feststellungen nicht den Tatsachen entsprechen. Diesem Punkt kommt daher im ganz besonderem Maße Bedeutung zu. Sofern Sie nicht im Rahmen der Anhörung die Prüfergebnisse des MDK richtig stellen, gelten diese Ergebnisse als zugestanden!

#### **d) Unterschiedliches Leistungsspektrum**

Mit dem Argument des unterschiedlichen Leistungsspektrums ist es außerordentlich schwer zu argumentieren. Hier wird teilweise die Ansicht vertreten, sofern der abzudeckende Versorgungsaufwand erheblich höher sei, so müsse eine Höherstufung in der Pflegestufe erfolgen. Berücksichtigung im allgemeinen Pflegesatz könne dies nicht haben. Sofern man ein spezielles Bewohnerpotenzial vorhält, dass tatsächlich nicht in die allgemeine Kostenstruktur integriert werden kann, so muss eine gesonderte Abteilung bzw. Wohnbereich gebildet werden; nur so können die höheren Aufwendungen tatsächlich ermittelt und dargestellt werden.

#### **e) Personelle Ausstattung**

Hinsichtlich der personellen Ausstattung hat man sich in der Vergangenheit an den Richtwerten der Pflegesatzkommissionen orientiert. Es handelt sich bei diesem Personalschlüssel immer nur um Richtwerte, die nicht verbindlich sind. Hier ist es durchaus möglich, einen besonderen Bedarf nachzuweisen.

Bei der Vergleichbarkeit der Einrichtungen ist gerade die Einhaltung der Fachkraftquote nach § 5 HeimPersV interessant. In vielen Pflegeeinrichtungen wird die Fachkraftquote nicht eingehalten. Gelingt dieser Nachweis, dass die Fachkraftquote in den Vergleichseinrichtungen nicht eingehalten wird, so kann diese Einrichtung als Vergleichsmaßstab nicht herangezogen werden. Hier kann das oben genannte Urteil des Bundessozialgerichtes zitiert werden. Es geht um die Mindestqualität, die einzuhalten ist. Hier muss aber darauf hingewiesen werden, dass die Schiedsstellen diese Problematik teilweise unterschiedlich bewerten.

Sofern der Träger der Einrichtung die Fachkraftquote erhöhen will, um einen höheren Qualitätsstandard in dem Wohnbereich zu gewährleisten, und stößt dies bei den Pflegekassen auf Widerstand, so muss der besondere Bedarf an sozialer Be-

treuung und Behandlungspflege dargelegt werden. Hier bieten die Modelle „Plaisir“ und „RAI“ Argumentationshilfen.

#### **f) Tarifbindungen**

Das Bundesverwaltungsgericht hat am 01.07.2002 entschieden, dass es dem Grundsatz der Sparsamkeit entspreche, sofern bei der Berechnung der prospektiven Personalkosten der BAT zu Grunde gelegt würde. Der BAT ist nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts die untere Grenze der Vergütungsfindung. Hiermit kann trefflich argumentiert werden!

#### **g) Bauliche Gegebenheiten**

Argumentiert man mit besonderen Ausstattungsmerkmalen bzw. baulichen Gegebenheiten, werden die Pflegekassen erwidern, dass dies eine Frage der Kalkulation der Investitionskosten sei. Will man hier einen besonderen Aufwand wegen möglicherweise erheblich vergrößerter Wegstrecken erbringen, muss dies detailliert dokumentiert und nachgewiesen werden. Dieser Nachweis dürfte schwerlich gelingen.

### **5. Erwirtschaftung von Defiziten**

Den Einrichtungen steht es frei, durch Vorlage entsprechender Unterlagen nachzuweisen, dass der genehmigte Pflegesatz der Höhe nach nicht ausreichend ist, um die Einrichtung wirtschaftlich zu führen. (Was konkret vorgelegt werden muss, wird in einer der nächsten Ausgaben des LEITUNGSKOMPASS erörtert.) Sofern sich tatsächlich eine Situation darstellt, die defizitär ist, sollte hiervon Gebrauch gemacht werden. Die Pflegesätze sind, wie oben dargelegt wurde, so zu bemessen, dass es Ihnen bei wirtschaftlicher Betriebsführung möglich ist, den Versorgungsvertrag zu erfüllen. Hierbei obliegt der Pflegekasse dann die Beweislast, dass die Einrichtung nicht wirtschaftlich geführt wird. Dieser Nachweis wird schwerlich zu führen sein. Die Einrichtungen werden üblicherweise durch Steuerberater und Wirtschaftsprüfer betreut und beraten, die die Jahresabschlussarbeiten durchführen. Steuerberater und Wirtschaftsprüfer haben eine eigene Hinweisverpflichtung, sofern eine Einrichtung nicht entsprechend der Steuergesetzgebung und den Handelsbüchern ordnungsgemäß geführt wird (Hinweispflicht bei Defiziten, Zahlungsschwierigkeiten, drohender Zahlungsunfähigkeit). Das heißt im Umkehrschluss: Sofern Sie von dem Steuerberater bzw. Wirtschaftsprüfer hierauf nicht hingewiesen werden, kann dieser Einwand auch von den Pflegekassen nicht aufrecht erhalten werden.

Bedenken Sie auch, dass ein ordentlich handelnder Kaufmann Rückstellungen und Rücklagen zu bilden hat. Auch dies haben Pflegekassen zu berücksichtigen!

### **6. Ergebnis**

Die Pflegesatzverhandlung ist juristisch und betriebswirtschaftlich kompliziert und anhand der obergerichtlichen Rechtsprechung noch nicht abschließend gefestigt! Dies

## Fortsetzung von Seite 10

dürften die bisweilen recht komplizierten Ausführungen zeigen. Planen Sie daher die Pflegesatzverhandlung sorgfältig und umfassend. Der verhandelte Pflegesatz stellt letztendlich die Grundlage eines erfolgreichen und reibungslos funktionierenden Betriebs dar.

■ *Christian Henning*

Der Autor des Beitrages ist Rechtsanwalt mit dem Tätigkeitsschwerpunkt Medizinrecht, Wirtschafts- und Steuerrecht, Arbeitsrecht. Herr Henning ist Mitglied der DVLAB-Landesgruppe Schleswig-Holstein und im Vorstand der Vertrauensanwälte der Stiftung Gesundheit vertreten. Er ist darüber hinaus Berater von zahlreichen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern.

**Sollten Sie Fragen zu diesem Beitrag haben, wenden Sie sich bitte an die Redaktion (Kontaktmöglichkeiten im Impressum auf Seite 12). Die Redaktion leitet alle Anfragen weiter an Herrn Henning.**

*Wird fortgesetzt!*

### **Juristischer und betriebswirtschaftlicher Rat**

Wie Jedermann bekannt ist, muss sich das Leitungspersonal in Altenpflegeheimen tagtäglich mit den verschiedensten Problembereichen befassen – seien es betriebswirtschaftliche Fragen (wie z. B. Controlling, Budgetierung, Finanzierung, Pflegesatzwesen, Buchführung) oder die vielfältigsten juristischen Probleme (Wie verhält man sich vor einer MDK-Prüfung, wie bei Bewohnerunfällen? Wie verfasse ich eine Mitarbeiterkündigung bzw. Abmahnung? Umgang mit dem Betriebsrat usw.).

Hier bieten wir einen speziellen Beratungsdienst für DVLAB-Mitglieder an (juristischer und betriebswirtschaftlicher Beratungsservice sowie ein Buchführungsservice)!

Wir sind langjährig erfahrene Berater im Bereich der Altenpflege und im Krankenhauswesen. Auf Grund unserer besonderen Spezialisierung können wir Ihnen schnell und kostengünstig helfen.

Informationsmaterial übersenden wir Ihnen gern (Tel.: 0431 / 98399-52).

**Christian Henning, Rechtsanwalt,  
Alter Markt 1-2, D-24103 Kiel**



**Mitteilung**