

Diskussionsbeitrag aus dem  
Fachbereich Wirtschaftswissenschaften  
Universität Duisburg-Essen  
Campus Essen

Nr. 144

Juni 2005

**Vergütungsfindung auf dem stationären Pflege-  
markt in Nordrhein-Westfalen –  
Bestandaufnahme und Alternativen**

Heinz Rothgang, Jürgen Wasem, Stefan Greß



# Inhaltsverzeichnis

0	Executive Summary	3
1.	Einleitung	7
2.	Darstellung der derzeitigen Vergütungsfindung	9
2.1	Rechtliche Rahmenbedingungen	9
2.2	Rechtspraxis	14
2.3	Entwicklung der Entgelte	19
3.	Maßstäbe für eine ökonomisch optimale Preisbildung	22
4.	Probleme der derzeitigen Regelungen	24
4.1	Repräsentationsprobleme	25
4.2	Anreizprobleme	27
4.2.1	Ausgangslage vor Einführung der Pflegeversicherung	28
4.2.2	Veränderungen der Anreizstrukturen durch Einführung der Pflegeversicherung	30
4.2.2.1	Einstufung der Bewohner durch den MDK	30
4.2.2.2	Der Übergang von der retrospektiven zur prospektiven Vergütung	33
4.2.2.3	Der Übergang vom Selbstkostendeckungsprinzip zur leistungsgerechten Finanzierung	34
4.2.2.4	Die Beteiligung der Pflegekassen an den Vergütungsverhandlungen	36
4.2.2.5	Die Einführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Betriebsvergleichen und der Möglichkeit von Gruppenpflegesätzen	37
4.2.2.6	Die Einführung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität	39
4.2.3	Verbleibende Fehlanreize	42
5.	Alternative Methoden der Vergütungsfindung	44
5.1	Wahl der Leistungseinheit	44
5.2	Administrierte Preise	48
5.3	Verhandlungspreise	51
5.3.1	Beteiligte	51
5.3.2	Die Rolle von Personalbemessungskonzepten	53
5.3.3	Einrichtungsindividuelle vs. einrichtungsübergreifende Vergütungsfestsetzung	55
5.3.4	Zwischenfazit	58
5.4	Marktpreisbildung	59

5.4.1	Voraussetzungen für eine funktionierende Marktpreisbildung auf der Anbieterseite	60
5.4.2	Voraussetzungen für eine funktionierende Marktpreisbildung auf der Nachfrageseite	61
5.4.3	Schutz der Bewohner vor Preiserhöhungen	65
5.4.4	Zwischenfazit	65
6.	Empfehlungen der Autoren	66
	Literatur	71
	Anlagen	75

## 0 Executive Summary

1. Derzeit verhandeln Arbeitsgemeinschaften von Pflegekassen und die Landschaftsverbände auf der einen Seite und die Einrichtungen, beraten durch ihre Verbände auf der anderen Seite über leistungsgerechte Entgelte in der stationären Pflege in NRW. Bemessungsgrundlage für Vergütungszuwächse sind die Forderungen der Einrichtungsträger, die auf Basis der heimindividuellen Selbstkosten der vergangenen, aktuellen und zukünftigen Periode vorgetragen werden. Diese Forderungen werden von den Kostenträgern anhand landesweit einheitlich angewendeter Orientierungswerte für die Personalbemessung und Richtwerte für die Sachkosten bewertet. Der vom Bundessozialgericht als „Methode der Wahl“ postulierte formalisierte externe Vergleich von Einrichtungen wird von den Vertragspartnern nicht systematisch angewendet. Die Schiedsstelle wird vergleichsweise selten angerufen und besteht in den Verfahren ebenfalls nicht auf der Anwendung des externen Vergleichs. Zwar haben die Orientierungswerte eine ähnliche Funktion, jedoch beziehen sie sich auf einzelne Kostenarten und unterscheiden sich insofern von einem globalen externen Vergleich. Der Anstieg der Pflegeentgelte hat sich seit der Einführung der Pflegeversicherung verlangsamt, liegt aber immer noch deutlich oberhalb der Inflationsrate. Darüber hinaus hat eine Angleichung der Pflegesätze nach oben stattgefunden – das Wachstum der Pflegesätze ist umso höher, desto niedriger das ursprüngliche Entgelt lag.
2. Das derzeitige Verfahren zur Vergütungsfindung in der stationären Pflege in NRW ist von einer Reihe von Defiziten geprägt. Erstens führt die Zusammensetzung der Vertragspartner zu *Repräsentationsproblemen*. Die Pflegekassen verhandeln über Vergütungszuwächse, die sie nicht selbst finanzieren müssen. Die Landschaftsverbände müssen nur den Teil der Vergütungszuwächse finanzieren, der auf die Sozialhilfeempfänger entfällt. Die Pflegebedürftigen selbst sind in den Verhandlungen nicht repräsentiert. Zweitens führt die Berücksichtigung heimindividueller Kosten bei den Verhandlungen zu *Anreizproblemen*. Damit werden den Einrichtungen Anreize zur Effizienzsteigerung genommen, da Kostensenkungen durch Rationalisierung in einer Periode zu Budgetkürzungen in der nächsten Periode führen. Zusätzlich problematisch ist, dass sich die Orientierungswerte auf einzelne Kostenarten und

nicht auf das Gesamtergebnis beziehen, was bei einer Produktion mit unterschiedlichen Faktoreinsatzverhältnissen zu grotesken Ergebnissen führen kann. Das derzeitige Vergütungsverfahren führt daher nicht zwingend zur Vereinbarung leistungsgerechter Entgelte und bietet insbesondere keinen Anreiz für die Einrichtungen zur Effizienzsteigerung.

3. Bei der Beurteilung alternativer Vergütungsverfahren ist zunächst darüber zu entscheiden, ob die Vergütung leistungsabhängig oder leistungsunabhängig erfolgen soll. Erfahrungen aus dem Krankenhausbereich zeigen, dass eine leistungsunabhängige Vergütung im Hinblick auf Effizienzziele wenig zielführend ist. Daher ist am Grundansatz der leistungsabhängigen Vergütung festzuhalten. Die derzeit geltende Leistungseinheit „tagesgleiche Pflegesätze für drei Pflegeklassen“ ist allerdings zu grob und vernachlässigt die Varianz des Pflegebedarfs von Heimbewohnern innerhalb der Pflegeklassen. Eine Differenzierung der *Definition von Leistungseinheiten* ist daher nach Ansicht der Autoren Voraussetzung für eine Reform des Vergütungssystems in der stationären Pflege. Diese könnte entweder durch die Modularisierung von Leistungen in Form von Leistungskomplexen oder durch eine im Vergleich zum Status quo deutlich differenzierte Einteilung der Pflegebedürftigen in Bedarfgruppen geschehen. Für die so definierten Leistungen können Preise administriert, verhandelt oder am Markt gebildet werden.
4. Staatlich *administrierte Preise* für wohl definierte Leistungsmengen sind dann sinnvoll, wenn regionale Einheitspreise für alle Einrichtungen festgesetzt werden. Als Maßstab hierfür könnten beispielsweise die Durchschnittskosten der Einrichtungen in definierten Regionen herangezogen werden. Der entscheidende Vorteil einer solchen Preissetzung ist, dass die einzelne Einrichtung den Preis durch ihre eigenen Selbstkosten nicht oder doch nur unmerklich beeinflussen kann. Die Autoren halten administrierte Preise auf der Basis von Durchschnittskosten der derzeitigen Regelung insbesondere im Hinblick auf die dynamische Funktion der Preisbildung für überlegen. Der administrative Aufwand einer solchen Vorgehensweise wäre darüber hinaus deutlich geringer als beim derzeitigen Verfahren, gleiches gilt für die jetzt noch in den Verhandlungen möglichen Gestaltungsspielräume. Gibt es jedoch nur wenige Gestaltungsspielräume, sind Repräsentationsprobleme vergleichsweise unproblematisch.

5. Auch eine Modifizierung der derzeit geltenden *Verhandlungspreisbildung* könnte die Effizianzanreize für die Einrichtung nachhaltig erhöhen. Dabei gilt der Grundsatz, dass heimindividuelle Kosten bei der Vergütungsfindung eine möglichst geringe Rolle spielen sollten. Vorzuziehen ist daher die Anwendung des externen Betriebsvergleichs bzw. noch weitergehend der Festlegung von Gruppenpflegesätzen. Gruppenpflegesätze sind nicht nur geeignet, innerhalb der Gruppe und im Verhältnis zu anderen Pflegeheimen als Maßstab für eine wirtschaftliche und leistungsfähige Versorgung der Pflegebedürftigen zu dienen. Sie bieten darüber hinaus (wenn sie sich an den Durchschnittskosten orientieren) den Pflegeheimen in der Gruppe erhöhte Chancen und Anreize zur Erzielung von Überschüssen. Die Autoren halten dagegen die derzeitigen Repräsentationsprobleme durch eine veränderte Zusammensetzung der Vertragspartner für nicht lösbar – insbesondere weil doch erhebliche Zweifel an der Sinnhaftigkeit einer stärkeren Rolle des Heimbeirats in den Verhandlungen bestehen.
6. Die radikalste Option zur Beseitigung der erkannten Schwächen des derzeitigen Systems der Entgeltfestsetzung besteht in der gänzlichen Abschaffung von Entgeltverhandlungen und dem Übergang zur *Marktpreisbildung*. Die Preisbildung würde damit ausschließlich dem Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage überantwortet. Die derzeitigen Repräsentationsprobleme würden entfallen. Die Einrichtungen hätten bei der Kalkulation von Marktpreisen hohe Anreize, Anstrengungen zur Effizienzsteigerung zu unternehmen. Marktpreisbildung auf Wettbewerbsmärkten führt allerdings nur dann zu leistungsgerechten Entgelten und wohlfahrtstheoretisch optimalen Ergebnissen, wenn eine Reihe von Bedingungen auf Angebots- und Nachfrageseite erfüllt sind. Die Autoren halten diese Bedingungen für grundsätzlich erfüllbar. Jedoch müssten für Sozialhilfeempfänger Obergrenzen für die Finanzierung von Entgelten festgelegt werden – beispielsweise auf der Basis von Durchschnittsentgelten. Sozialhilfeempfänger könnten damit nur solche Heime nutzen, die Entgelte unterhalb dieser Obergrenze erheben. Hierzu ist eine Novellierung des Bundessozialhilfegesetzes notwendig.
7. Die Autoren sind der Auffassung, dass alle oben diskutierten Systeme zur Festsetzung von Preisen auf der Basis wohl definierter Leistungen dem derzeitigen Vergütungsverfahren überlegen sind.

- *Verhandlungspreise auf der Basis externer Vergleiche* oder besser noch von Gruppenpflegesätzen erhöhen die Anreize zur Effizienzsteigerung der Einrichtung, weil die Preisfestsetzung weitgehend unabhängig von heimindividuellen Entgelten wird. Ungelöst bleiben auch in einem modifizierten Verhandlungsproblem die Legitimationsprobleme der Vertragspartner.
- Anreiztheoretisch haben *administrierte regionale Einheitspreise* auf der Basis von Durchschnittskosten ähnliche Wirkungen wie Gruppenpflegesätze. Letztere erlauben auf der einen Seite allerdings eine Preissetzung, die sich nicht an den Durchschnittskosten orientiert und ist damit flexibler. Auf der anderen Seite spielen bei administrierten Preisen Legitimationsprobleme der Vertragspartner keine Rolle mehr.
- Aus rein ökonomischer Sicht optimal wäre die Preisfestsetzung auf der Basis von *Marktpreisen*. Die Autoren weisen jedoch auf den Trade-Off von Effizienzreizen auf der einen Seite und Zugangsbarrieren insbesondere für Sozialhilfeempfänger auf der anderen Seite hin.

## 1. Einleitung

Im Januar 2002 hat der Landtag Nordrhein-Westfalen die Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ eingerichtet.<sup>1</sup> Die Kommission hatte den Auftrag, Antworten auf die Frage zu finden, welche Rahmenbedingungen das Land schaffen kann und welche Impulse es geben muss, um die Qualität der Pflege zu gewährleisten und auszubauen. Um diesem Auftrag gerecht zu werden, benötigte die Kommission u.a. Informationen über die Vergütung der gewerblich erbrachten Pflegeleistungen als einer wesentlichen Determinante der Qualität und Quantität der erbrachten Leistungen. Aus diesem Grund hatte sich die Enquetekommission darauf verständigt, eine Studie anfertigen zu lassen, in der für den stationären Bereich die derzeitigen Entgeltfindungsmechanismen beschrieben und bewertet, sowie Alternativen auf ihre relativen Vor- und Nachteile untersucht werden.

Die Autoren haben es übernommen, eine derartige Studie anzufertigen, in der folgende Fragen behandelt werden sollen:

1. Wie läuft die Vergütungsfindung derzeit ab und welche Ergebnisse resultieren?
2. Welche Konsequenzen ergeben sich aus den so gesetzten Anreizen für das Verhalten der Einrichtungsträger?
3. Welche Alternativen zur Entgeltfindung gibt es grundsätzlich, welche Voraussetzungen erfordern diese Alternativen, welche Vor- und Nachteile sind damit verbunden und welche Ausgestaltungsoptionen sind zu bedenken?

Mit dem vorliegenden Diskussionsbeitrag präsentieren die Autoren das Ergebnis dieser Studie. In Kapitel 2 werden zunächst die derzeitigen Verfahren zur Vergütungsfindung stationärer Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen dargestellt. Kapitel 3 leitet Maßstäbe für eine ökonomisch optimale Preisbildung ab. Darauf aufbauend werden in Kapitel 4 die Probleme der derzeitigen Arrangements herausgearbeitet, bevor in Kapitel

---

<sup>1</sup> Der Endbericht der Kommission liegt inzwischen vor und kann unter [http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB\\_I/I.1/EK/EKALT/13\\_EK3/Abschlussbericht.jsp](http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht.jsp) bezogen werden.

5 alternative Methoden zur Vergütungsfindung vorgestellt und diskutiert werden. Kapitel 6 enthält dann die Handlungsempfehlungen der Autoren.

Die methodische Vorgehensweise in dieser Studie ist abhängig vom Untersuchungsgegenstand. In Kapitel 2 wurden zunächst die relevanten *Rechtsquellen* für die Vergütungsfindung im stationären Pflegebereich identifiziert und ausgewertet. Die Analyse der Rechtspraxis in Nordrhein-Westfalen im gleichen Abschnitt basiert auf eine Reihe von *Experteninterviews*. Bei der Auswahl der Experten wurde erstens Wert darauf gelegt, dass diese möglichst unmittelbar in die Verhandlungsprozesse eingebunden sind. Zweitens sollten Kostenträger und Einrichtungsträger ungefähr gleich vertreten sein. Drittens musste berücksichtigt werden, dass beide Landesteile erfasst wurden, da die Zuständigkeiten in Nordrhein-Westfalen insbesondere bei den Kostenträgern sich teilweise zwischen dem Rheinland und Westfalen/Lippe unterscheiden.

Im Ergebnis konnten Experteninterviews geführt werden mit

- Frau Kirchhöfer und Herrn Schulz (Pari-Dienst, Wuppertal)
- Herrn Depenbrock (AOK Rheinland)
- Herr Schumann (BKK NRW)
- Herrn Dr. Oberdieck (Geschäftsstelle Schiedsstelle NRW)
- Herrn Dr. Ziesche (bpa NRW)
- Herr Dabelow (Spitzenverband des Diakonischen Werkes Westfalen-Lippe)
- Herrn Ladatsch (Landschaftsverband Rheinland) und
- Barbara Eifert (Landesseniorenvertretung).

Die ökonomisch optimale Preisbildung als Maßstab für die Bewertung der Vergütungsverhandlungen wird in Kapitel 3 aus den Gesetzesvorgaben sowie der einschlägigen *ökonomischen Theorie* abgeleitet. Zur Bewertung der derzeitigen Regelungen – sowohl der rechtlichen Rahmenbedingungen als auch der Rechtspraxis im Land – in Kapitel 4 wurde insbesondere das vorliegende *Schrifttum* ausgewertet. Kapitel 5 basiert auf der Mängelanalyse in Kapitel 4 und zeigt verschiedene Alternativen der Vergütungsfindung auf. Grundlage hierfür ist wiederum die einschlägige Literatur sowie eigene Überlegungen. Kapitel 6 fasst die zentralen Schlussfolgerungen des Gutachtens zusammen.

## 2. Darstellung der derzeitigen Vergütungsfindung

Vor dem Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes erfolgte die Preisbildung für öffentlich finanzierte Pflegeleistungen auf der Grundlage von Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Sozialhilfeträger als Kostenträgern (vgl. Prinz 1993: 21 und 1995: 27). Dieser *Preisbildungsmodus durch Verhandlungen* bleibt im Grundsatz auch nach Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes bestehen. Allerdings haben sich die Rahmenbedingungen der Verhandlungen ebenso geändert wie die daran beteiligten Akteure und die Verhandlungspraxis. Im Folgenden werden daher zunächst die rechtlichen Vorgaben dargelegt, die den Rahmen der Preisbildung bilden (Abschnitt 2.1). Darauf aufbauend wird die Rechtspraxis in Nordrhein-Westfalen beschrieben (Abschnitt 2.2).

### 2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die rechtlichen Grundlagen der Verfahren zur Vergütungsfindung sind im achten Kapitel des SGB XI niedergelegt. Landesrechtliche Ausführungsbestimmungen spielen in diesem Bereich lediglich in Bezug auf die Investitionsförderung eine entscheidende Rolle.

Gemäß § 82 SGB XI werden vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) durch drei Komponenten finanziert: (i) eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen einschließlich medizinischer Behandlungspflege und sozialer Betreuung (Pflegevergütung), (ii) ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung (Abs. 1) sowie (iii) Zahlungen für betriebsnotwendige Investitionskosten.<sup>2</sup> Diese betriebsnotwendigen Investitionskosten sind in der Pflegevergütung und den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung nicht enthalten (Abs. 2), sondern werden öffentlich gefördert. Soweit diese Kosten nicht öffentlich gefördert werden, können sie den Pflegebedürftigen gesondert in Rechnung gestellt werden (Abs. 3 und 4). Hierbei ist zu unter-

---

<sup>2</sup> Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI werden in dieser Norm nicht berücksichtigt. Bemerkenswert ist ebenfalls, dass mit den Kosten für Erwerb und Erschließung von Grundstücken ein erheblicher Teil der betriebsnotwendigen Investitionskosten explizit von der Refinanzierung ausgeschlossen ist. Diese Ausgaben müssen grundsätzlich von den Pflegeeinrichtungen getragen werden, was von einigen Trägern als (verfassungswidriger) enteignungsgleicher Eingriff gerügt, bislang aber noch nicht erfolgreich beklagt wurde.

scheiden zwischen den Einrichtungen, die öffentlich gefördert werden und denen, die keine öffentliche Investitionsförderung beziehen. Im erstgenannten Fall bedarf die gesonderte Berechnung der nicht geförderten Investitionskostenanteile der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde (§ 82 Abs. 3 SGB XI). Liegt keine öffentliche Förderung vor, können die Investitionskosten den Pflegebedürftigen ohne Zustimmung der Landesbehörde gesondert in Rechnung gestellt werden. Sie sind dieser Behörde dann lediglich anzuzeigen (§ 82 Abs. 4 SGB XI). Die Pflegevergütung ist von den Pflegebedürftigen oder von deren Kostenträgern zu zahlen. Für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege müssen die Pflegebedürftigen selbst aufkommen (§ 82 Abs. 1 SGB XI).

Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze werden zwischen den Träger des Pflegeheims und den Leistungsträgern vereinbart (§ 85 Abs. 1 SGB XI). Als Leistungsträger gelten nach § 85 Abs. 2 SGB XI erstens die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger, die sich auch in Arbeitsgemeinschaften zusammenschließen können. Zweitens gilt als Leistungsträger der für den Sitz des Pflegeheims zuständige örtliche oder überörtliche Träger der Sozialhilfe. Leistungsträger können nur Vertragspartner werden, soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als fünf Prozent der Berechnungstage des Pflegeheims entfallen. Die Pflegesatzvereinbarung ist nach § 85 Abs. 2 SGB XI für jedes Pflegeheim gesondert abzuschließen. Verbände der Vertragspartner (Landesverbände der Pflegekassen, Landesvereinigungen der Pflegeheime, Verband der privaten Krankenversicherung) können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen.

Die Pflegesatzvereinbarung ist nach § 85 Abs. 3 SGB XI prospektiv zu vereinbaren. Demnach ist die Pflegesatzvereinbarung vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheims über einen verhandelbaren zukünftigen Zeitraum abzuschließen. Das Pflegeheim muss rechtzeitig vor Beginn der Verhandlungen Pflegedokumentationen oder andere geeignete Nachweise für die zu vergütenden Leistungen vorlegen. Eine schriftliche Stellungnahme des Heimbeirats ist ebenfalls beizufügen. Soweit dies zur Beurteilung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Pflegeheims notwendig ist, muss das Pflegeheim auf Verlangen einer Vertragspartei auch weitere Unterlagen vorlegen – insbesondere pflegesatzerhebliche Angaben zum Jahresabschluss nach der Pflege-Buchführungsverordnung sowie zur Stellenbesetzung und Eingruppierung.

Nach § 85 Abs. 4 SGB XI kommt die Pflegesatzvereinbarung durch die Einigung zwischen dem Träger des Pflegeheims und der Mehrheit der Kostenträger zustande, die an den Verhandlungen teilgenommen haben. Die Pflegesatzvereinbarung ist schriftlich abzuschließen. Soweit sich Vertragsparteien bei den Pflegesatzverhandlungen durch Dritte vertreten lassen, ist den übrigen Verhandlungsparteien vor Beginn der Verhandlungen eine schriftliche Verhandlungs- und Abschlussvollmacht vorzulegen.

Kommt eine Pflegesatzvereinbarung innerhalb von sechs Wochen nach Aufforderung einer Vertragspartei zu Pflegesatzverhandlungen nicht zustande, setzt nach § 85 Abs. 5 SGB XI die Schiedsstelle die Pflegesätze unverzüglich fest. Das gilt auch, wenn der Sozialhilfeträger dem Verhandlungsergebnis innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsabschluss widerspricht. Der Sozialhilfeträger hat damit ein Vetorecht bei Pflegesatzvereinbarungen und kann darüber hinaus verlangen, dass ausschließlich der Vorsitzende der Schiedsstelle alleine oder gemeinsam mit den beiden weiteren unparteiischen Mitgliedern über die Festsetzung des Pflegesatzes entscheidet. Gegen diese Festsetzung können die Vertragsparteien den Rechtsweg bei den Sozialgerichten einschlagen.

Wird nach Ablauf des Pflegesatzzeitraums kein neuer Pflegesatz festgesetzt, gelten nach § 85 Abs. 6 SGB XI die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze bis zum Inkrafttreten neuer Pflegesätze weiter. Ein rückwirkendes Inkrafttreten von Pflegesätzen ist nicht zulässig. Die Pflegesätze für den laufenden Pflegesatzzeitraum sind auf Verlangen einer Vertragspartei dann neu zu verhandeln, wenn sich unvorhergesehene Änderungen der den Pflegesatzvereinbarungen oder Pflegesatzfestsetzungen zugrunde liegenden Annahmen ergeben (§ 85 Abs. 7 SGB XI).

Bei der Festlegung der Pflegesätze sind die Vertragspartner insbesondere an die Bemessungsgrundsätze des § 84 SGB XI gebunden. Der Gesetzgeber wiederholt im Absatz 2, dass die Pflegesätze leistungsgerecht sein müssen. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand der Pflegebedürftigen in drei Pflegeklassen einzuteilen. Bezogen auf den einzelnen Pflegebedürftigen sind die Pflegeklassen im Regelfall identisch mit den Pflegestufen nach § 15 SGB XI; von der Einteilung in Pflegestufen kann jedoch nach oben oder nach unten abgewichen werden, wenn der Medizinische Dienst sowie die Pflegeleitung des Pflegeheims dieses nach gemeinsamer Beurteilung für geboten halten.

Die Pflegesätze müssen es einem Pflegeheim nach § 84 Abs. 2 SGB XI ermöglichen, bei wirtschaftlicher Betriebsführung seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Überschüs-

se verbleiben dem Pflegeheim – gleichzeitig sind auch Verluste vom Pflegeheim zu tragen. Darüber hinaus ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten. Eine Differenzierung der Pflegesätze nach Kostenträger ist nach § 84 Abs. 3 SGB XI nicht zulässig.

Von den Vertragspartnern nach § 85 Abs. 2 SGB XI kann dann abgewichen werden, wenn eine regional oder landesweit tätige Pflegesatzkommission eingesetzt wird. Diese wird nach § 86 Abs. 1 SGB XI durch die Landesverbände der Pflegekassen, den Verband der privaten Krankenversicherung, die überörtlichen Sozialhilfeträger und die Vereinigungen der Pflegeheimträger gebildet und kann – mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger – nach § 86 Abs. 1 SGB XI für Pflegeheime im gleichen Landkreis oder in der gleichen kreisfreien Stadt für die gleichen Leistungen einheitliche Pflegesätze vereinbaren.

Die bisher beschriebenen bundesgesetzlichen Regelungen des SGB XI wurden durch ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 14.12.2000 (Az B 3 P 19/00 R) konkretisiert – insbesondere im Hinblick darauf, wie die leistungsgerechte Vergütung von Pflegeleistungen zu bestimmen ist.<sup>3</sup> Das Gericht setzt danach die leistungsgerechte Vergütung von Pflegeleistungen in erster Linie mit dem jeweiligen Marktpreis gleich. Um diesen zu ermitteln ist im Rahmen eines externen Vergleichs das Angebot und die Vergütung der Leistungen anderer Leistungserbringer zum Vergleich heranzuziehen (Leitsätze des Urteils, Rz 3). Begründet wird diese Entscheidung wie folgt:

„Die Höhe der leistungsgerechten Vergütung iS der §§ 82 Abs 1 Satz 2, 84 Abs 2 Satz 1 SGB XI ist nach der in diesen Vorschriften getroffenen – auf den Erfahrungen der Gesundheitsreform nach dem SGB V aufbauenden – Entscheidung des Gesetzgebers für eine ebenfalls marktorientierte Pflegeversorgung in erster Linie über die Feststellung von Marktpreisen zu bestimmen. Unter den Bedingungen des vom Gesetzgeber angestrebten freien Wettbewerbs bestimmen beim Gütertausch Angebot und Nachfrage den Preis einer Ware; dies ist die leistungsgerechte Vergütung. Es kommt mithin weder auf die Gestehungskosten des Anbieters noch auf die soziale oder finanzielle Lage des Nachfragers der Leistung an. Diese Umstände sind nur mittelbar von Bedeutung, weil

---

<sup>3</sup> Das Gericht hat außerdem noch festgelegt, dass das gesetzliche Verbot rückwirkender Vergütungsvereinbarungen die Schiedsstelle nicht daran hindert, im Schiedsspruch als Zeitpunkt seines Wirksamwerdens den Antragseingang bei der Schiedsstelle festzusetzen.

nämlich der Anbieter seinen Preis nicht - jedenfalls nicht auf Dauer - unterhalb seiner Gestehungskosten kalkulieren kann, der Nachfrager andererseits im Rahmen seiner finanziellen Möglichkeiten bleiben muß. Der sich bildende Marktpreis ist das Ergebnis eines Prozesses und der Ausgleich der unterschiedlichen Interessenlagen (Urteilsbegründung Rz. 23).“

Ausnahmen vom externen Vergleich erkennt das Bundessozialgericht nur dann an, wenn ein üblicher Marktpreis nicht ermittelt werden kann - etwa wenn es „wegen Besonderheiten des Pflegeheims nicht möglich ist, eine hinreichend große Zahl von vergleichbaren Angeboten zu erhalten, kann es von Belang sein, welche Kosten der Heimträger 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. Letzteres dürfte aber wegen der weitgehend standardisierten Pflegeleistungen und einem weitgehend übereinstimmenden Spektrum der den Pflegebedarf auslösenden Krankheiten und Behinderungen die Ausnahme sein. Ausnahmsweise wird ein Preisvergleich auch dann nicht zulässig sein, wenn sämtliche in Betracht kommenden Vergleichseinrichtungen mit ihrem Leistungsangebot nicht dem zu fordernden Qualitätsstandard entsprechen, somit also von einer pflegerischen Unterversorgung gesprochen werden muß (Urteilsbegründung Rz. 24).“

Massiv kritisiert das Bundessozialgericht darüber hinaus den Versuch, eine leistungsgerechte Vergütung ausgehend vom Betriebsaufwand des Pflegeheims zu ermitteln. Dieser Versuch müsse schon deswegen unzulänglich sein, weil „außenstehende Beobachter - wie es die Kassenvertreter bei den Vertragsverhandlungen sind - nur schwer in der Lage sein werden, die geltend gemachten Aufwendungen als unwirtschaftlich zu belegen und vorhandenes Rationalisierungspotential zu erkennen. Es fehlt zudem an geeigneten Maßstäben dafür, eine angemessene Vergütung für die aufgewandte eigene Arbeitskraft des Unternehmers, für die Übernahme des Unternehmerrisikos und für die Kapitalverzinsung festzulegen. Das Anknüpfen an Arbeitnehmereinkünfte und an die Verzinsung sonstiger Kapitalanlagen kann nur ein Behelf sein, da es weitgehend an der Vergleichbarkeit fehlt. Ein externer Vergleich der Einrichtungen bedeutet somit ... die Methode der Wahl, um für die angebotene Leistung die leistungsgerechte Vergütung zu ermitteln (Urteilsbegründung Rz. 24).“

## 2.2 Rechtspraxis

Die im vorigen Abschnitt beschriebenen rechtlichen Rahmenbedingungen lassen den Akteuren im Bundesland Nordrhein-Westfalen eine Reihe von Gestaltungsmöglichkeiten. In diesem Abschnitt wird beschrieben, wie diese Gestaltungsmöglichkeiten genutzt werden.

Die Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen nutzen die Möglichkeit des § 85 Abs. 2 SGB XI, sich in Arbeitsgemeinschaften zusammenzuschließen. Alle Pflegekassen des Landes sind in einer solchen Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen. Regional führt damit eine Pflegekasse bzw. ein Landesverband die Verhandlungen stellvertretend für alle Pflegekassen (im Rheinland führt etwa die AOK in 8 von 26 Kreisen die Verhandlungen). Im Rheinland unterschreibt die verhandelnde Pflegekasse für alle Pflegekassen die Vergütungsvereinbarung, in Westfalen/Lippe muss die Vergütungsvereinbarung von allen Pflegekassen unterschrieben werden. Zuständige Sozialhilfeträger waren bis Ende 2003 die beiden Landschaftsverbände als überörtlicher Sozialhilfeträger. Seit Inkrafttreten des Verwaltungs-Modernisierungsgesetzes zum 1.1.2004 ist diese Kompetenz jedoch auf die örtlichen Sozialhilfeträger übergegangen.

Alle Städte und Kreise haben die Landschaftsverbände jedoch derzeit noch mit einem Mandat für die Verhandlungen ausgestattet (Interview *Depenbrock*). Vertreter der Kreise und kreisfreien Städte als örtliche Träger sitzen in einigen Kommunen aber bereits derzeit mit am Verhandlungstisch. Es ist daher davon auszugehen, dass die Kommunen mittelfristig die Landschaftsverbände als Verhandlungsteilnehmer ablösen werden. Die Einrichtungen lassen sich bei den Verhandlungen häufig durch ihre Verbände beraten – teilweise übernehmen letztere auch die Verhandlungsführung (Interview *Kirchhöfer/Schulz*).

Die Vorschrift nach § 85 Abs. 3 SGB XI (geeignete Nachweise für die zu vergütenden Leistungen) wird im gesamten Bundesland Nordrhein-Westfalen durch ein gemeinsames Nachweisformular umgesetzt (vgl. Anlage 1). Dieses Nachweisformular wurde zwischen Kostenträgern und Einrichtungen einvernehmlich vereinbart. In dem Nachweisformular müssen die Einrichtungen unter Punkt I die Vergütungssätze für zwei zurückliegende Jahre und prospektiv die Forderung für den neuen Vereinbarungszeitraum eintragen. Unter Punkt II sind die Erlöse für die gleichen drei Perioden zu kalkulieren. Punkt III zeigt die Belegung differenziert nach Pflegeklassen – ebenfalls für zwei zu-

rückliegende Jahre und prospektiv für den Vereinbarungszeitraum. In Punkt IV werden im Detail die Personalkosten offen gelegt – eingetragen werden müssen sowohl die Anzahl der Vollzeitkräfte als auch die zu zahlenden Summen für Personalkosten für folgende Bereiche: Leitung und Verwaltung; Rezeption und Hausmeister; Pflege- und Betreuungsdienst; Auszubildende Pflegebereich; Hauswirtschaftlicher Dienst; Sonstiges Personal. Ebenso detailliert müssen die Einrichtungen unter Punkt V die Sachkosten offen legen – wiederum für drei Perioden. Folgende Sachkosten werden unterschieden: Lebensmittel incl. Getränke; Wasser, Energie, Brennstoffe; Wirtschaftsbedarf; Hausmeister; Fahrzeuge; Soziale Betreuung; Medizinisch-pflegerischer Bedarf; Verwaltungsbedarf; Steuern, Abgaben, Versicherung; Altenpflegeumlage; Wartung; Qualitätssicherung; Sonstiges. Dieses Nachweisformular muss sowohl vom Heimträger als auch vom Spitzen-/Berufsverband des Heimträgers unterzeichnet werden. Aus Sicht der Einrichtungen ist der bürokratische Aufwand für die Vorbereitungen sehr hoch und ansteigend (Interview *Kirchhöfer/Schulz*).

In aller Regel fordern die Einrichtungen zu Vergütungsverhandlungen auf.<sup>4</sup> Grundlage für die Vergütungsverhandlungen ist das oben beschriebene Nachweisformular und die darin von den Einrichtungsträgern gelten gemachten Steigerungen der Selbstkosten. Forderungen der Einrichtungen werden auf Schlüssigkeit geprüft, gegebenenfalls werden Unterlagen nachgefordert. Wenn die Kostenträger Potenzial für erhöhte Wirtschaftlichkeit feststellen (z. B. überdurchschnittlich hohe Fachkraftquote oder überdurchschnittlich alte Personalstruktur), wird die Forderung gekürzt. Nach übereinstimmenden Aussagen der Beteiligten ist der Spielraum nach oben für Einrichtungen mit unterdurchschnittlich hohen Pflegesätzen höher als für Einrichtungen mit überdurchschnittlich hohen Pflegesätzen.

Verhandelt werden gemäß § 82 Abs. 1 nur die Pflegevergütung und das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass bei der Festsetzung auch die Höhe der mit dem Landschaftsverband vereinbarten Investitionspauschale berücksichtigt wird – Einrichtungen mit niedriger Pauschale können eher Vergütungszu-

---

<sup>4</sup> Ausnahmsweise fordern Pflegekassen beispielsweise dann nach § 85 Abs. 7 SGB XI zu Verhandlungen auf, wenn sich bei Qualitätsprüfungen herausgestellt hat, dass eine vereinbarte Fachkräftequote unterschritten wurde.

wächse erzielen als Einrichtungen, die sich bei der Pauschale bereits im oberen Bereich bewegen (Interview *Depenbrock*).

Bei den Verhandlungen verwenden die Kostenträger Orientierungswerte für Personalkosten und Richtwerte bei Sachkosten. Vor Einführung des SGB XI (Verhandlungen auf der Grundlage des BSHG) gab es eine Allgemeine Vereinbarung in Nordrhein-Westfalen, in der Personalschlüssel und Sachkostenrichtwerte festgelegt waren. Schon vor der Einführung der Pflegeversicherung haben damit die Landschaftsverbände Orientierungswerte verwendet, die nach Einführung der Pflegeversicherung von den Kostenträgern auf die neuen Pflegestufen umgerechnet wurden (Interview *Kirchhöfer/Schulz*). In der Pflegestufe 1 beträgt etwa der Personalschlüssel Pflegevollzeitkraft zu Bewohner 1:4, in der Pflegestufe 2 beträgt der Schlüssel 1:2,5 und in der Pflegestufe III schließlich 1:1,8. Die Orientierungswerte werden von den Kostenträgern angepasst, wenn die Einrichtungen Besonderheiten geltend machen können (z.B. Betreuung von Wachkomapatienten). Personalbemessungssysteme wie PLAISIR spielen derzeit weder in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen noch in den Vergütungsverhandlungen eine Rolle. Die Einstufung der Bewohner in vergütungsrelevante Pflegeklassen folgt den Pflegestufen. Eine Abweichung von den Pflegestufen gemäß § 84 Abs. 2 SGB XI erfolgt im Land generell nicht (Interview *Schumann*).

Die Richtwerte für Sachkosten wurden fortgeschrieben und werden in den Verhandlungen den Besonderheiten der Einrichtungen angepasst. Orientierungs- und Richtwerte werden von den Einrichtungen in den Verhandlungen hingenommen, sind aber im Gegensatz zum oben beschriebenen Nachweisformular nicht einvernehmlich vereinbart worden. Problematisch aus Sicht der Einrichtungen ist, dass die Orientierungs- und Richtwerte den veränderten Anforderungen in den Einrichtungen (insbesondere veränderte Klientel und veränderte gesetzliche Anforderungen und Aufgaben, die es vor Einführung des SGB XI nicht gab) nicht ausreichend angepasst werden (Interview *Kirchhöfer/Schulz*). Ein jüngst beendetes Schiedsstellenverfahren hat bestätigt, dass die Orientierungswerte für die Personalbemessung im Pflegedienst weiterhin unverändert von den Kostenträgern angewendet werden dürfen. Eine Abweichung ist danach nur in Ausnahmefällen zulässig (Interview *Ladatsch*).

Aus Sicht der Einrichtungen sind die resultierenden Pflegesätze nicht immer leistungsgerecht im Sinne des SGB XI. Eine individuelle Betrachtung besonderer Konzepte und

der Klientel würde nur sehr eingeschränkt stattfinden. Als Folge würden Einrichtungen Defizite erwirtschaften. Zur Deckung dieses Defizits würden Einrichtungen Substanzerhaltungspauschalen für laufende Ausgaben verwenden, die Wiederbesetzung von Stellen verzögern und Outsourcing betreiben. Darüber hinaus wären Einrichtungen vermehrt auf Fördervereine/Spenden angewiesen, Mitarbeiter leisteten vermehrt Überstunden bzw. müssten auf Zusatzleistungen wie Weihnachtsgeld verzichten. Die Attraktivität des Pflegeberufs ginge damit weiter zurück (Interview *Kirchhöfer/Schulz*).

Ingesamt haben die Landschaftsverbände ein deutlich stärkeres Interesse als die Pflegekassen haben, den Kostenanstieg zu begrenzen – was vor dem Hintergrund der gedeckelten Leistungspflicht der Pflegekassen einerseits und der defizitären kommunalen Haushalte andererseits durchaus verständlich ist. Die Verhandlungsziele der Pflegekassen scheinen differenzierter zu sein: Ziel ist zum einen, dass die Pflegesätze nicht zu stark ansteigen, damit ein Abrutschen von Bewohnern in die Sozialhilfe verhindert wird. Zum anderen muss nach Aussagen der Pflegekassen aber auch die Qualität der Pflege akzeptabel sein. Das Veto-Recht der Landschaftsverbände nach § 85 Abs. 5 SGB XI wurde bisher nicht ausgeübt – Pflegekassen und Landschaftsverbände legen den Einrichtungen abgestimmte gemeinsame Angebote vor (Interview *Schumann*).

Die Rolle des Heimbeirats bei der Vergütungsfindung im Land ist sehr eingeschränkt. Die Stellungnahmen des Heimbeirats bringen für die Vergütungsverhandlungen wenig neue Erkenntnisse. In der Regel erklärt sich der Heimbeirat auf einem Formblatt als einverstanden mit den Forderungen der Einrichtung und verzichtet auf eine eigene Stellungnahme. In Einzelfällen nehmen auch Mitglieder von Heimbeiräten an den Verhandlungen teil. Ihre Rolle bei den Verhandlungen ist zwiespältig. Stellen sie sich in den Verhandlungen gegen die Forderung der Einrichtung, wird voraussichtlich die Qualität der Pflege zurückgehen. Unterstützen sie die Forderungen der Einrichtung, werden voraussichtlich zusätzliche Bewohner durch die höheren Pflegesätze in die Sozialhilfe rutschen. In einem Einzelfall hat eine Vertreterin des Heimbeirats sogar deutlich höhere Forderungen als die Einrichtung in der Verhandlung erhoben – sie bezog allerdings bereits Sozialhilfe (Interview *Schumann*).

Ebenfalls eingeschränkt ist die Rolle der Schiedsstelle im Land. Seit Gründung der Schiedsstelle im Jahr 1995 bis heute gingen 84 Anträge zur Vergütungsfestsetzung im stationären Pflegebereich ein. Eine Häufung von Anträgen erfolgte insbesondere dann,

wenn Änderungen in den gesetzlichen Rahmenbedingungen zu Rechtsunsicherheit bei den Vertragspartnern führten. Die Schiedsstelle wird ausschließlich durch Einrichtungsträger bzw. Verbände von Einrichtungsträger angerufen. Dennoch scheint die Schiedsstelle insgesamt für die Einrichtungen wenig attraktiv zu sein – insbesondere wenn die Vertragspartner in den Verhandlungen nur marginal auseinander liegen. Zwar ist die Schiedsstelle berechtigt, die neue Vergütung ab Antragseingang festzusetzen – aber bis zum Schiedsspruch laufen die alten Vergütungen weiter und der Ausgang des Verfahrens ist ungewiss.

In Land gibt es keine Pflegesatzkommission gemäß § 86 SGB XI. Es gibt jedoch einen Grundsatzausschuss „im Sinne von § 86 SGB XI“ (Interview *Schumann*), dessen Beschlüsse im Unterschied zu Entscheidungen einer Pflegesatzkommission allerdings nicht schiedsstellenfähig sind. Im Grundsatzausschuss haben sich Kostenträger und Einrichtungsträger unter anderem einvernehmlich auf das landesweit einheitliche Nachweisformular und einen Mustertext für landesweit einheitliche Vergütungsvereinbarungen geeinigt. Da es keine Pflegesatzkommission gibt, wurden bisher in Nordrhein-Westfalen auch keine einheitlichen Pflegesätze gemäß § 86 Abs. 2 SGB XI vereinbart (Interview *Schumann*).

Der externe Vergleich – wie er vom Bundessozialgericht in seinem Urteil aus dem Jahr 2000 gefordert wurde – spielt bei den Vergütungsverhandlungen im Land eine allenfalls untergeordnete Rolle. Sowohl Kostenträger als auch Einrichtungen haben sich darauf geeinigt, den externen Vergleich von Einrichtungen wegen mangelnder Vergleichbarkeit nicht anzuwenden. Allerdings betrachten die Kostenträger durchaus Durchschnittskosten vergleichbarer Einrichtungen – sowohl im Hinblick auf Kostenblöcke als auch im Hinblick auf Gesamtkosten – um die Vergütungsforderungen der Einrichtungen zu bewerten. Auch die Schiedsstelle zwingt die Vertragspartner nicht zur Anwendung des externen Vergleichs. Sie prüft zwar, ob die Vertragspartner die Anwendung des externen Vergleichs wünschen und ob Preisvergleichslisten vorgelegt wurden. Das Vorgehen der Schiedsstelle berücksichtigt jedoch den Konsens der Vertragspartner auf Landesebene über die Anwendung eines einheitlichen Nachweisformulars – welches wie oben beschrieben die Grundlage für die Vergütungsverhandlungen bildet.

## 2.3 Entwicklung der Entgelte

Über die Entwicklung der Heimentgelte und ihrer Komponenten im Rheinland bis 1998 liegt eine umfassende Studie vor (Roth/Rothgang 1999). Wie sich darin zeigt, sind die Heimentgelte für Pflegebedürftige auch nach Einführung der 2. Stufe der Pflegeversicherung zum 1. Juli 1995 weiter angestiegen. Mit durchschnittlichen Steigerungsraten von rund 7-8% (pflegebedingte Aufwendungen) bzw. 3-4% (Gesamtheimentgelte, d.h. einschließlich der Hotel- und der in Rechnung gestellten Investitionskosten) für einen Zeitraum von maximal eineinhalb Jahren liegen diese Steigerungsraten deutlich über der in Art. 49b PflegeVG für die Übergangszeit bis 1998 normierten Höchstgrenze von 1% pro Jahr (Tabelle 1).

Tabelle 1: Lage- und Streuungsmaße der Heimentgelte rheinländischer Pflegeheime im 2. Halbjahr 1996 und für 1998

	Zahl der gültigen Fälle (N)	Mittelwert	Minimum	Maximum	Spannweite	Quartilsabstand	Standardabweichung	Variationskoeffizient
Stufe I:								
1996 (DM/Tag)	436	123,70	75,93	170,57	94,64	22,27	16,04	0,13
1998 (DM/Tag)	436	127,03	82,80	194,93	112,13	19,41	14,77	0,12
Veränderung in %		2,69	9,05	14,28	18,48	-12,84	-7,92	-10,33
Stufe II:								
1996 (DM/Tag)	436	146,98	92,88	198,24	105,36	25,27	18,25	0,12
1998 (DM/Tag)	436	151,96	102,60	201,00	98,40	22,72	16,49	0,11
Veränderung in %		3,39	10,47	1,39	-6,61	-10,09	-9,64	-12,61
Stufe III:								
1996 (DM/Tag)	436	187,78	122,53	249,09	126,56	30,89	22,48	0,12
1998 (DM/Tag)	436	195,24	134,75	253,55	118,80	27,57	19,92	0,10
Veränderung in %		3,97	9,97	1,79	-6,13	-10,75	-11,36	-14,75
“Stufe 0”:								
1996 (DM/Tag)	436	106,22	63,22	149,82	86,60	20,78	14,55	0,14
1998 (DM/Tag)	436	102,23	62,46	188,86	126,40	17,36	13,52	0,13
Veränderung in %		-3,76%	-1,20	26,06	45,96	-16,46	-7,04	-3,41

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Pflegesatzdaten des Landschaftsverbandes Rheinland, publiziert in Roth/Rothgang 1999.

Dennoch sind Effekte der neuen Vergütungsregelungen unverkennbar. So liegen die genannten Steigerungen deutlich unter den – allerdings bundesweit ermittelten, also nicht

nur auf das Rheinland bezogenen – jährlichen Wachstumsraten von jährlich fast 8% (Gesamtentgelt), die sich durch den Vergleich der Studien von Krug/Reh (1992) und Schneekloth/Müller (1995) für den Fünfjahreszeitraum von Ende 1989 bis Ende 1994 ergeben, und auch noch merklich unter der Steigerung von insgesamt knapp 5%, die sich für die Veränderung von Januar 1995 bis Ende Juni 1996 ergibt.

Gleichzeitig haben sich die Entgelte der einzelnen Heime von 1996 bis 1998 deutlich angeglichen: Dieser Rückgang wird zunächst durch Anpassung der Extremwerte erzielt, was sich an der Verkürzung von Spannweite und Quartilsabstand ablesen läßt. Wie die Betrachtung der Dezile<sup>5</sup> der Heimentgelte zeigt, erfolgt die Angleichung der Pflegesätze derart, dass die Wachstumsraten der pflegebedingten Kosten umso höher sind, je niedriger das ursprüngliche Entgelt lag (Tabelle 2).

Tabelle 2: Dezile der Heimentgelte und deren Veränderung

	N Gültig	Perzentile								
		10	20	30	40	50	60	70	80	90
Stufe I:										
1996 (DM/Tag)	436	101,63	109,75	114,73	119,69	124,27	128,84	132,47	137,10	144,39
1998 (DM/Tag)	436	107,97	114,49	119,37	122,13	127,27	131,13	134,52	139,30	145,58
Veränderung in %		6,24	4,32	4,05	2,04	2,41	1,77	1,55	1,61	0,82
Stufe II:										
1996 (DM/Tag)	436	121,74	131,46	137,51	142,74	147,06	152,18	157,62	162,80	169,77
1998 (DM/Tag)	436	130,12	137,52	143,89	147,55	151,61	156,29	160,34	166,67	172,91
Veränderung in %		6,88	4,61	4,64	3,37	3,09	2,71	1,72	2,38	1,85
Stufe III:										
1996 (DM/Tag)	436	156,43	167,90	176,39	182,88	188,42	194,35	200,20	207,58	216,13
1998 (DM/Tag)	436	169,00	177,80	185,14	190,57	195,72	200,06	206,09	212,00	220,62
Veränderung in %		8,03	5,89	4,96	4,20	3,87	2,93	2,94	2,13	2,08
„Stufe 0“:										
1996 (DM/Tag)	436	87,08	93,21	98,13	102,19	106,51	110,35	113,88	119,00	124,91
1998 (DM/Tag)	436	85,73	91,08	94,77	97,85	101,99	106,00	108,35	113,96	118,98
Veränderung in %		-1,55	-2,29	-3,42	-4,25	-4,24	-3,94	-4,85	-4,24	-4,75

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Pflegesatzdaten des Landschaftsverbandes Rheinland, publiziert in Roth/Rothgang 1999.

<sup>5</sup> Die angegebenen Dezilswerte teilen die Heime gemäß ihrer Heimentgelte in 10 jeweils gleich große Gruppen. Der erste Dezilswert (=10%-Perzentil) gibt somit den Wert für ein Heimentgelt an, der von 10% der Einrichtungen unter- und von 90% der Einrichtungen überschritten wird.

Diesen Zusammenhang belegt auch die Korrelationsanalyse, die eine signifikante (negative) Korrelation von altem Heimentgelt (2. Halbjahr 1996) und Wachstumsrate des Heimentgeltes ergibt. Insgesamt kommt es somit zu einer „Angleichung nach oben“. Für den Zeitraum nach 1998 kann nur auf aggregierte Daten zurückgegriffen werden. Wie Tabelle 3 zeigt, ergibt sich aber auch nach 1998 noch eine beachtliche Steigerung, insbesondere in Stufe II und (geringer) in Stufe I – nicht jedoch in Stufe III. Die Steigerungsraten liegen hier deutlich oberhalb der Inflationsrate, aber auch erkennbar unterhalb der Werte für die 1990er Jahre.

Tabelle 3: Vergütung in der vollstationären Pflege (in €pro Monat)

	Rheinland (n=854)			Westfalen-Lippe (n=765))			Westdeutschland		
	1999	2002	Ø jährl. Wachstum*	1999	2002	Ø jährl. Wachstum*	1999	2002	Ø jährl. Wachstum*
Stufe I	1.073	1.132	1,79	1.056	1.135	2,44	1.110	1.210	2,93
Stufe II	1.462	1.619	3,46	1.474	1.633	3,47	1.472	1.611	3,05
Stufe III	2.131	2.146	0,24	2.185	2.153	- 0,49	1.911	2.034	2,11
U + V	715	763	2,18	703	738	1,63	559	583	1,42
Stufe I + UV	1.788	1.895	1,95	1.759	1.873	2,12	1.668	1.793	2,43
Stufe II + UV	2.177	2.382	3,04	2.177	2.371	2,89	2.031	2.194	2,61
Stufe III + UV	2.846	2.909	0,73	2.888	2.891	0,03	2.470	2.617	1,95

\* Angegeben ist das geometrische Mittel.

Quelle: AOK-Statistik.

Festzuhalten ist hierbei auch, dass die Durchschnittsvergütung für die pflegebedingten Kosten die Leistungen der Pflegeversicherung bereits 1999 für beide Landesteile übersteigt, im Jahre 2002 um mehr als 100 € in Stufe I, rund 350 € in Stufe II und mehr als 700 € in Stufe III.<sup>6</sup>

Im Vergleich zu Westdeutschland (einschl. Berlin)<sup>7</sup> ergeben sich für 1999 in Pflegestufe I vergleichbare, in den Pflegestufen II, III und bei den Kosten für Unterkunft und Verpflegung (U + V) aber deutlich höhere Sätze. Werden die Wachstumsraten für den Zeitraum von 1999 bis 2002 verglichen, ergeben sich in Stufe I und III niedrigere, in

<sup>6</sup> Gemäß der Ergebnisse von Roth/Rothgang (1999) lagen die durchschnittlichen pflegebedingten Aufwendungen in Stufe I und II im Jahr 1996 noch unter den Pflegeversicherungsleistungen, und 1998 galt dies zumindest noch für die Stufe I.

<sup>7</sup> Die ostdeutschen Heimentgelte liegen durchgängig deutlich unter den westdeutschen.

Stufe II und bei den Hotelkosten aber leicht überdurchschnittliche Steigerungsraten. Im Jahr 2002 lagen die nordrhein-westfälischen Pflegesätze dann geringfügig unter dem westdeutschen Durchschnitt in Stufe I, etwa gleichauf in Stufe II, aber über dem Durchschnitt in Stufe III und bei den Kosten für Unterkunft und Verpflegung (= Hotelkosten). Wird die Summe aus Pflegekosten und den Kosten für Unterkunft und Verpflegung betrachtet, liegen die Heimentgelte in Nordrhein-Westfalen in allen Stufen oberhalb des westdeutschen (und damit erst recht oberhalb des gesamtdeutschen) Durchschnitts. Dies kann auch nicht durch eine andere Belegungsstruktur erklärt werden. So liegt der Anteil der Bewohner in Stufe I in NRW mit 29,6% geringfügig unterhalb des westdeutschen Durchschnitts von 31,1%, der Anteil der Bewohner in Stufe III mit 24,7% dagegen etwas oberhalb des westdeutschen Durchschnittswertes von 24,2%.<sup>8</sup>

Insgesamt zeigt sich somit einerseits, dass das Tempo des Anstiegs der Heimentgelte im Vergleich zum Zeitraum vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung abgemildert wurde. Andererseits erweist sich aber auch, dass die Heimentgelte auch seit der Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich steigen und zwar mit einer Rate, die deutlich oberhalb der Inflationsrate liegt und die durchschnittlichen Pflegesätze inzwischen in eine Höhe befördert hat, die – insbesondere in den höheren Stufen – deutlich oberhalb der Leistungen der Pflegeversicherung liegt. Schließlich ist zu konstatieren, dass die Heimentgelte in Nordrhein-Westfalen oberhalb der Vergleichswerte für Westdeutschland liegen, in NRW also überdurchschnittlich hohe Entgelte gezahlt werden.

### **3. Maßstäbe für eine ökonomisch optimale Preisbildung**

Preisen werden in der ökonomischen Theorie eine Reihe von Funktionen zugewiesen: Sie sollen

- Knappheitsindikatoren sein und damit anzeigen, welche Opportunitätskosten bei der Konsumtion des entsprechenden Gutes entstehen, da nur so eine gesamtwirtschaftlich optimale Allokation über alle Wirtschaftsbereiche hinweg möglich ist,

---

<sup>8</sup> Diese Anteilswerte wurden berechnet auf Basis der vom Statistischen Bundesamt (2001) veröffentlichten Ergebnisse der Bundesstatistik nach § 109 SGB XI.

- durch flexible Anpassung Angebot und Nachfrage in Übereinstimmung bringen und so Markträumung erreichen,
- eine Entgeltung garantieren, bei der für gleiche Güter und Leistungen gleiche Entgelte gezahlt werden (Preiseinheitlichkeit) und dadurch
- Anreize zur betriebsindividuellen Effizienzsteigerung bestehen.

Im SGB XI wird postuliert, dass die Vergütungen „leistungsgerecht“ sind (§ 82 Abs. 1 Satz 1 Ziffer 1 sowie § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB XI) und es „einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen“ (§ 84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI). Dies impliziert zum einen eine ausreichende Vergütung, zum anderen aber auch das Ziel, Unwirtschaftlichkeiten nicht zu finanzieren.

„Leistungsgerechtigkeit“ heißt aber, dass für gleiche Leistungen ein gleicher Preis, für ungleiche Leistungen aber ein ungleicher Preis festgesetzt werden sollte. Damit stellt sich die Frage, wie Qualitätsunterschiede in der Pflege in der Preisfestsetzung berücksichtigt werden sollen. In der ökonomischen Theorie wird dabei zwischen homogenen und heterogenen Gütern unterschieden. Homogene Güter unterscheiden sich in ihren Gutseigenschaften (einschließlich der Qualität) nicht, so dass die Konsumenten auch keine Präferenzen für das eine oder andere Gut haben. Bei heterogenen Gütern gilt dies nicht. Unterscheiden sich die Güter aber beispielsweise in ihrer Qualität, so sind auch unterschiedliche Preise gerechtfertigt. In der ökonomischen Preistheorie wird daher bei Marktpreisbildung damit gerechtfertigt, dass sich die Preise für heterogene Güter verschiedener Produzenten / für verschiedene „Marken“ innerhalb von mehr oder weniger engen Margen unterscheiden. Diese Abweichung von der Norm der „Preisunterschiedslosigkeit“ ist dann auf die unterschiedlichen Präferenzen der Verbraucher für verschiedene Marken zurückzuführen.

Nun ist für Dienstleistungen grundsätzlich davon auszugehen, dass es sich um heterogene Güter handelt. Im SGB XI wird hingegen postuliert, dass alle Pflegeleistungen, die von zugelassenen Pflegeeinrichtungen erbracht werden, „dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ (§ 69 SGB XI) zu entsprechen haben. Damit wird aber ein einheitliches Qualitätsniveau postuliert. Entsprechend wird auch bei der Verwendung von Anhaltzahlen, Orientierungs- und Richtwerten etc. implizit immer von einem homogenen Gut ausgegangen. Tatsächlich sind Qualitätsunterschiede in der Leistungserbringung – wiewohl in der Praxis unstrittig – im PflegeVG durchgän-

gig nicht zugrunde gelegt. Gleiches gilt im Übrigen auch für den Gesundheitsbereich, wo – trotz bekannter Qualitätsunterschiede – etwa im DRG-Konzept einheitliche Vergütungen festgelegt werden, die auf der juristischen Fiktion einheitlicher Qualität beruhen (müssen). Auf diese juristische Fiktion ist im Folgenden Bezug zu nehmen. Im Kern muss das Vergütungsverfahren für stationäre Pflegeleistungen demnach dafür sorgen, dass

- die gezahlten Entgelte so hoch sind, dass eine wirtschaftlich arbeitende Pflegeeinrichtung ihr Auskommen findet, ohne übermäßige Gewinne zu machen (statische Funktion) und gleichzeitig
- Anreize für die Einrichtungen bestehen, permanente Anstrengungen zur Effizienzsteigerung zu unternehmen (dynamische Funktion).

Wird unterstellt, dass sich die Durchschnittskosten verschiedener Pflegeeinrichtungen bei der Produktion einer homogenen Leistung unterscheiden, stellt sich schon an dieser Frage, welcher Preis im Sinne der statischen Funktion angemessen erscheint. Eine strenge Auslegung des Wirtschaftlichkeitsgebots würde hier zur Forderung führen, dass die Kosten der wirtschaftlichsten Einrichtung ausschlaggebend sein sollen. Dies würde aber dazu führen, dass alle anderen Einrichtungen Verlust machen und damit mittelfristig vom Markt verschwinden müssten, sofern es ihnen nicht in dynamischer Perspektive gelingt, kurzfristig ihre Kosten zu senken. Es erscheint daher sinnvoller, die einheitliche Vergütung für alle Einrichtungen an den Durchschnittskosten aller Anbieter zu orientieren, um so einen unmittelbaren Zusammenbruch des Marktes zu vermeiden. Gleichzeitig werden dadurch die unwirtschaftlichen Anbieter gezwungen, ihre Kosten zu senken, was zu sinkenden Durchschnittskosten und dann – in dynamischer Sicht – zu einem permanenten Effizienzdruck für alle Anbieter führt.

Wird dies als Zielvorgabe akzeptiert, stellt sich nun die Frage, ob das bestehende System geeignet erscheint, diese Ziele zu erreichen, welche Verbesserungsmöglichkeiten es im Rahmen dieses Systems gibt und welche alternativen Optionen vorhanden sind.

#### **4. Probleme der derzeitigen Regelungen**

Die derzeitigen Regelungen weisen eine Reihe von Problemen auf, die im Folgenden herausgearbeitet werden sollen. Hierbei wird zunächst auf Legitimitätsprobleme durch

fehlende Repräsentation der Betroffenen (Abschnitt 4.1) und in Abschnitt 4.2 danach auf Anreizprobleme eingegangen.

## 4.1 Repräsentationsprobleme

Bei den Verhandlungen sitzen einzelne Einrichtungen regelmäßig Vertretern der Sozialhilfeträger und Arbeitsgemeinschaften der Pflegekassen als Kostenträger gegenüber. Problematisch an dieser Konstruktion ist nicht nur eine asymmetrische Verhandlungssituation, sondern auch das teilweise fehlende Mandat der Kostenträger für diese Verhandlungen:

- So verhandeln Pflegekassen und Sozialhilfeträger auch über die Höhe der Hotelkosten, obwohl die Pflegekassen keinen Beitrag zur Finanzierung dieser Kosten leisten und auch die Sozialhilfeträger nur die Hotelkosten der Sozialhilfeempfänger, nicht aber die der Selbstzahler – immerhin rund die Hälfte aller Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege – finanzieren.
- Problematisch ist die Verhandlungsdelegation auch im Hinblick auf die pflegebedingten Aufwendungen. So tragen die Sozialhilfeträger nicht zur Finanzierung der Pflegekosten der Selbstzahler bei. Auch die Pflegekassen leisten nur einen pauschalierten Zuschuß, der insbesondere in den höheren Pflegestufen weit unter den tatsächlich in Rechnung gestellten Beträgen liegt, so dass die Höhe des tatsächlichen Abschlusses für sie irrelevant ist und ihr Verhandlungsmandat angesichts des fehlenden genuinen Eigeninteresses an den Pflegesätzen nur schwer begründbar ist. Angesichts der Pflegesätze, die in allen Stufen, insbesondere aber in Stufe II und III, deutlich oberhalb der Leistungen der Pflegekassen liegen (vgl. Abschnitt 2.3.), würde nämlich selbst eine Verdopplung, Verdreifachung usw. der in Rechnung gestellten Pflegeaufwendungen für die Pflegekassen finanziell folgenlos bleiben.
- Die Betroffenen selbst, d.h. die Pflegebedürftigen sind nur sehr eingeschränkt an den Pflegesatzverhandlungen beteiligt. Allerdings wurden die Mitwirkungsrechte des Heimbeirats – der institutionalisierten Interessenvertretung der Pflegebedürftigen – im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) und dem geänderten Heimgesetz gestärkt. Seitdem kann der Heimbeirat Einsicht in die Kalkulationsunterlagen des Trägers nehmen (§ 7 Abs. 3 HeimG) und soll eine schriftliche Stellungnahme bei Ent-

gelterhöhungen zu formulieren (§ 85 Abs. 3 SGB XI). In der Regel verzichtet der Heimbeirat in Nordrhein-Westfalen allerdings auf eine eigene schriftliche Stellungnahme und unterstützt die Forderung der Einrichtungen. Der Heimbeirat nimmt darüber hinaus im Land nur sehr selten an den Verhandlungen teil. Auf die eher zwiespältige Rolle des Heimbeirats bei Verhandlungen wurde bereits in Abschnitt 2.2 hingewiesen: Stellt er sich in den Verhandlungen gegen die Forderung der Einrichtung, wird es für die Einrichtung schwieriger, die Qualität der Pflege zu halten. Unterstützt er die Forderungen der Einrichtung, werden voraussichtlich zusätzliche Bewohner durch die höheren Pflegesätze in die Sozialhilfe rutschen.

Bei den Verhandlungsergebnissen handelt es sich also in nicht geringen Teilen um Verträge zu Lasten Dritter, die über die Köpfe der Betroffenen hinweg von schwach legitimierte Vertretern<sup>9</sup> getroffen werden, was die Legitimationsbasis des Verhandlungsarrangements insgesamt schwächt.

Auch die Interessenlage der „Kostenträgerseite“ ist dabei uneinheitlich. Während die Pflegekassen kein genuines Eigeninteresse an einer Begrenzung der Pflegesätze haben,<sup>10</sup> kann dies bei den Sozialhilfeträgern unterstellt werden. Um zu vermeiden, dass sich Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen über die Köpfe der Sozialhilfeträger hinweg und zu deren Lasten einigen, wurde dem zuständigen Sozialhilfeträger im 1. SGB XI-Änderungsgesetz eine Veto-Position eingeräumt. War zuvor eine Mehrheit der Kostenträger ausreichend, um eine Vereinbarung durchzusetzen, kann der Sozialhilfeträger allein nunmehr durch seinen Widerspruch ein Schiedsstellenverfahren nach § 76 SGB XI erzwingen und dabei sogar im voraus verlangen, dass nur der Vorsitzende der Schiedsstelle und die beiden übrigen unparteiischen Mitglieder oder sogar nur der Vorsitzende allein entscheidet, um so zu verhindern, dass er im Schiedsverfahren erneut von den übrigen Vertretern der Kostenträger überstimmt wird (neu gefaßter § 85 Abs. 5 SGB

---

<sup>9</sup> Zwar weisen die Pflegekassen regelmäßig darauf hin, dass sie die Interessen ihrer Versicherten stellvertretend wahrnehmen, allerdings gibt es keine Rückbindung der Agenten (Pflegekasse) an ihren Prinzipal (Versicherte): Da die Pflegekassen organisatorisch von den Krankenkassen vertreten werden, ist es für die Versicherten nicht möglich, über einen Wahlakt (etwa eigene Sozialwahlen zur Pflegekasse) Einfluss zu nehmen. Gleichzeitig gibt es auch keinen Pflegekassenwettbewerb, da jeder Versicherte bei der Pflegekasse versichert ist, die zu seiner Krankenkasse gehört (§ 48 SGB XI) und ein selektiver Pflegekassenwechsel damit ausgeschlossen ist.

<sup>10</sup> Das Interesse jeder einzelnen Pflegekasse wird zudem durch den vollständigen Ausgabenausgleich zwischen den Pflegekassen (§§ 65 bis 68 SGB XI) bei gesetzlich vorgegebenem einheitlichen Beitragssatz geschmälert (vgl. IGES/ Igl / Wasem 2002).

XI).<sup>11</sup> Diese Regelung spielt in der Rechtspraxis im Land bisher allerdings keine Rolle. Weder haben die Landschaftsverbände bisher die Schiedsstelle angerufen noch wurde das „Vetorecht“ ausgeübt (vgl. Abschnitt 2.2).

Diese Problematik macht bereits deutlich, dass eine Preisbildung in Kollektivverhandlungen von Kassen und Leistungsanbietern zwar sinnvoll ist, wenn die Kassen – wie in der GKV – im wesentlichen alle anfallenden Kosten zahlen müssen und mit der Steuerung des Leistungsgeschehens beauftragt sind, dies aber problematisch sein kann, wenn – wie bei der Pflegeversicherung – der Wettbewerb auf die Ebene des individuellen Verbrauchers abzielt (vgl. Rothgang 2000). Die Verhandlungspreisbildung muss dann vielmehr als ein Hemmnis für eine Wettbewerbskoordinierung im Verhältnis von Anbietern und Konsumenten angesehen werden.

## 4.2 Anreizprobleme

Neben der Festsetzung leistungsgerechter Vergütungen (statische Perspektive) muss es das Ziel aller institutionellen Regelungen zur Vergütungsfestlegung sein, in dynamischer Perspektive Anreize für eine permanente Effizienzsteigerung zu beinhalten (vgl. Kapitel 3). Wegen seiner zentralen Bedeutung wird der Anreizproblematik daher an dieser Stelle breiter Raum eingeräumt. Hierbei wird zunächst ein Blick auf die Ausgangssituation vor Einführung der Pflegeversicherung geworfen (4.2.1), um dann der Frage nachzugehen, welche Veränderungen sich durch die Einführung der Pflegeversicherung ergeben haben und wie diese im Hinblick auf die Anreizkompatibilität zu bewerten sind (4.2.2). Abschließend wird dann erörtert, welche Fehlanreize von den derzeitigen Regelungen zur Vergütungsfindung immer noch ausgehen (4.2.3).

---

<sup>11</sup> Die Schiedsstelle ist paritätisch aus Vertretern der Kostenträger und der Einrichtungsträger sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern zusammengesetzt (§ 76 Abs. 1 SGB XI). Ist die Kostenträgerseite gespalten, kann es für den Sozialhilfeträger daher sinnvoll sein, die - wenn auch ungebundenen - Vertreter der Pflegekassen nicht an der Entscheidung zu beteiligen.

#### 4.2.1 Ausgangslage vor Einführung der Pflegeversicherung

Bis zum Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes wurde die Finanzierung von Pflegeeinrichtungen durch die Kostenübernahmeerklärung der Sozialhilfeträger nach § 93 BSHG gesichert (vgl. Hirnschützer 1988a: 55-68 für Details).<sup>12</sup> Grundlage der retrospektiven Vergütungsvereinbarungen zwischen Sozialhilfeträgern und Pflegeeinrichtung waren dabei die *Selbstkosten* des Einrichtungsträgers, die vom Sozialhilfeträger refinanziert wurden. Anders als für zugelassene Krankenhäuser, deren Rechtsanspruch auf Kostendeckung seit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) von 1972 bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) zum 1.1.1993 explizit in § 4 KHG festgeschrieben war, findet sich im BSHG zwar keine ausdrückliche „Kostendeckungsgarantie“. De facto konnten sich die stationären Pflegeeinrichtungen aber auf die Geltung des Selbstkostendeckungsprinzips verlassen (Hirnschützer 1988a: 60; Prinz 1995: 31).

Eine solche Kostendeckungsgarantie birgt für den Leistungsanbieter keinen Anreiz, effizient zu wirtschaften. Im Gegenteil führt jede Produktivitätssteigerung zur Senkung der Selbstkosten und damit auch des eigenen Budgets, während Unwirtschaftlichkeit durch Budgetsteigerung belohnt wird. Wirtschaftlichkeitsanreize können in einem solchen System deshalb nur dann entstehen, wenn die Kostendeckungsgarantie auf die bei wirtschaftlicher Betriebsführung *notwendigen* Kosten beschränkt und dies von der Kostenträgerseite kontrolliert und sanktioniert wird.<sup>13</sup>

Die dazu nötigen Kontrollmechanismen waren im Pflegebereich aber allenfalls rudimentär vorhanden (vgl. Rothgang 1997: 44ff.). So waren – anders als etwa im Krankenhausbereich – weder Wirtschaftlichkeitsprüfungen noch Betriebsvergleiche vorgesehen. Es gab keine Kosten- und Leistungsrechnung oder kaufmännische Buchführung, sondern lediglich Personalanzahlzahlen für die Personalbesetzung. Angesichts dieser Defizite war eine effektive Kontrolle der Kostenentwicklung durch die Kostenträgerseite kaum möglich und – angesichts der Doppelrolle der Kommunen als Sozialhilfeträger

---

<sup>12</sup> Da in Westdeutschland rund zwei Drittel aller Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen bezogen haben, war eine solche Kostenübernahmeerklärung für die meisten Heime Voraussetzung dafür, den Betrieb aufrecht erhalten zu können.

<sup>13</sup> Allerdings kann eine striktes Kontrollregime zu einer Bürokratisierung und Verkrustung im Betriebsablauf führen, die jegliche flexible Anpassung an sich ändernde Rahmenbedingungen verhindert und damit selbst wieder Ineffizienzen produziert (vgl. Rothgang 1994b: 366-372).

und damit Finanzierungsträger auf der einen und als Einrichtungsträger auf der anderen Seite – auch nicht wirklich gewünscht. Statt dessen wurden die Sozialhilfeträger nach eigenem Bekunden von der Entwicklung der Pflegesätze ”immer wieder unliebsam überrascht” (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 1980).<sup>14</sup> Wie ein Vergleich zweier repräsentativer Studien zeigt, waren die Pflegesatzsteigerungen selbst zu Beginn der 90er Jahre noch sehr ausgeprägt. So ermittelten *Krug/Reh (1992)* in einer repräsentativen Erhebung (alte Bundesländer) für das Jahr 1989 durchschnittliche Pflegesätze von 66,25 DM pro Tag (Stufe ‘Betreuung’), 81,55 (Stufe ‘erhöhte Pflege’) und 100,18 DM (Stufe ‘schwere Pflege’). Unter Berücksichtigung der Besetzung der Pflegeklassen ergibt dies einen gewogenen Mittelwert von 94,42 pro Tag, d.h. 2.871 DM pro Monat. Für das Jahr 1994, also ungefähr fünf Jahre später, kamen *Schneekloth/Müller (1995)* zu einem (ebenfalls entsprechend der Belegung gewogenen) Durchschnittsbetrag für die alten Länder von DM 4.154 DM pro Monat, was einer Erhöhung auf das fast 1,5-fache (Steigerungsrate: 45%) des von *Krug/Reh* ermittelten Ausgangswertes entspricht (vgl. Rothgang 1997: 48). Für *Nordrhein-Westfalen* liegen sowohl die Absolutwerte als auch die Steigerungsrate jeweils deutlich oberhalb des Bundesdurchschnitts. Das von *Krug/Reh (1992: 53, 224)* ermittelte gewogene Mittel von 2.933 DM pro Monat ist dabei bis 1994 auf monatlich 4.400 DM gestiegen (*Schneekloth 1997: 90*), was einer Erhöhung um 50% gegenüber dem von *Krug/Reh (1992)* ermittelten Ausgangswert von 1989 entspricht.

Um derartige Entwicklungen für die Zukunft zu vermeiden, wurden im Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG) wesentliche Änderungen des Vergütungsrechts, und zwar im Hinblick auf die Einstufung der Pflegebedürftigen und die Ermittlung von Pflegesätzen vorgenommen, die im nachstehenden Abschnitt behandelt werden.

---

14 Angesichts des Fehlens einer einheitlichen Definition verschiedener Stufen von Pflegebedürftigkeit, ist es praktisch unmöglich, gültige und verlässliche Steigerungsraten für die Pflegesatzentwicklung in den siebziger und achtziger Jahren anzugeben. Schätzungen auf der Basis der Pro-Kopf-Sozialhilfeausgaben für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen ergeben allerdings dramatische Preissteigerungen (vgl. Prinz 1995: 43).

## **4.2.2 Veränderungen der Anreizstrukturen durch Einführung der Pflegeversicherung**

Der Kostenbegrenzung sollen im Pflege-Versicherungsgesetz insbesondere folgende neue Regelungen dienen:

- die Einstufung der Pflegebedürftigen durch den MDK und nicht mehr durch die Einrichtung selbst,
- der bereits zum 1.7.1993 – sozusagen im Vorgriff auf das PflegeVG – im Rahmen des Zweiten Gesetzes zur Umsetzung des Spar-, Konsolidierungs- und Wachstumsprogramms (SKWPG) vollzogene Übergang auf die prospektive Vergütung,
- der Übergang vom Selbstkostendeckungsprinzip zur „leistungsgerechten Vergütung“,
- die Einführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Betriebsvergleichen und Gruppenpflegesätzen
- die in § 70 Abs. 2 SGB XI normierte „Notbremse“, nach der „Vereinbarungen über die Höhe der Vergütungen, die dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität widersprechen, ... unwirksam“ sind.

Zudem treten mit den Pflegekassen erstmals neue Akteure auf, die zu einer Veränderung der Verhandlungssituation beitragen können. Im Folgenden wird im einzelnen diskutiert, inwieweit mit diesen Regelungen Fehlanreize abgebaut werden und Anreize für ein optimale Vergütungshöhe im Sinne des Kapitels 3 gesetzt werden.

### **4.2.2.1 Einstufung der Bewohner durch den MDK**

Vor Einführung der Pflegeversicherung war die Feststellung der Schwere der Pflegebedürftigkeit und die darauffolgende Einstufung der Bewohner von Pflegeeinrichtungen Sache der Einrichtungen selbst (Igl 1998: 8). Dies führte dazu, dass die Mehrzahl der Pflegebedürftigen in die höchste Pflegestufe mit dem zugehörigen höchsten Pflegesatz eingestuft wurde. Demgegenüber tritt nun ein dem Anspruch nach objektiver ‘Gutachter’, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) auf, der die Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufe unter Beachtung mehrmals geänderter

Richtlinien und der fachlichen Einschätzung der Einrichtungen ermittelt.<sup>15</sup> Dieses Gutachten dient den Pflegekassen wiederum als Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Leistungsgewährung.<sup>16</sup> Damit ist den Pflegeeinrichtungen die Einstufung ihrer Bewohner weitgehend entzogen.<sup>17</sup>

Wie Tabelle 4 zeigt, führte die Neueinstufung der Bewohner zu einer deutlichen Veränderung der Bewohnerstruktur in rheinländischen Heimen. Waren vorher mehr als 70% der Pflegebedürftigen in der höchsten Stufe C bzw. in der Sonderstufe Geronto-Psychiatrie, so war der Anteil der Bewohner in der höchsten Stufe III (einschließlich Härtefälle) nach Einführung der Pflegeversicherung nur noch halb so groß. Spiegelbildlich stand ein Anteil von 4,2% der Pflegebedürftigen in der niedrigsten Stufe A einem Prozentwert von 31 in „Stufe 0“<sup>18</sup> und Stufe I gegenüber.

---

15 § 14 SGB XI regelt den Begriff der Pflegebedürftigkeit, § 15 die Stufen der Pflegebedürftigkeit, die §§ 16, 17 und 18 die weiteren dazu zu erlassenden Regelungen und Verfahren.

16 Entsprechend vehement war die Kritik in der Praxis auf diese Neuerung (siehe Nakielski 1996; Jonas 1996; vgl. auch Cronjäger/Oberdieck 1996 sowie aus Sicht des MDK Pick 1996). Dabei richtete sich die Kritik sowohl gegen regional unterschiedliche Ergebnisse, einzelne zu gering erachtete Einstufungen, als auch gegen die gesetzlichen Grundlagen mit der mehrfach geänderten Richtlinie (vgl. hierzu auch Fuchs 1997).

17 Gemäß § 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI werden die Pflegebedürftigen zum Zweck der Vergütung in drei Pflegeklassen eingeteilt. „Bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen sind die Pflegestufen gemäß § 15 zu Grunde zu legen, soweit nicht nach der gemeinsamen Beurteilung des Medizinischen Dienstes und der Pflegeleistung des Pflegeheimes die Zuordnung zu einer anderen Pflegeklasse notwendig oder ausreichend ist“ (§ 84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI). Eine von der Pflegestufe abweichende Einstufung in eine Pflegeklasse ist damit zwar möglich, wird in der Praxis aber nicht praktiziert (vgl. Abschnitt 2.2).

18 „Stufe 0“ bedeutet, dass keine Leistungen der Pflegeversicherung auslösende Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Tabelle 4: Veränderungen in der Einstufung von Heimbewohnern

Einstufung von Heimbewohnern am 30.6.1996 <sup>19</sup>									
		Stufe A		Stufe B		Stufe C bzw. geronto-psych.		Insgesamt	
		abs.	in %	abs.	in %	abs.	in	abs.	in %
		1.353	4,2	8.123	25,1	22.8639	70,7	32.339	100,0
Neue Einstufung der "Altfälle" (=Heimbewohnern am 30.6.1996)									
„Stufe 0“		Stufe I		Stufe II		Stufe III (inkl.Härtefälle)		Insgesamt	
		abs.	in %	abs.	in %	abs.	in	abs.	in %
3.478	10,8	6.548	20,2	11.009	34,0	11.304	35,0	32.339	100,0

Quelle: Angaben des Landschaftsverbandes Rheinland; eigene Berechnungen.

Um den Heimen – angesichts dieser sich im ersten Halbjahr 1996 abzeichnenden Verschiebung in der Einstufungsstruktur – das wirtschaftliche Überleben zu sichern, wurde im Ersten SGB XI-Änderungsgesetz (1. SGB XI-ÄndG) in Art. 49a PflegeVG eine *Übergangsregelung* eingeführt, die den Heimen vom 1.1.1996 bis zum 31.12.1997 zunächst ihr Budget sichern sollte. Diese Übergangsregelung beinhaltete zwei verschiedene Vergütungsvarianten. Während bei der ersten Variante die jeweiligen Pflegesätze weiter galten und neue Bewohner anhand ihrer Pflegestufe auf der Basis des Zuordnungsschemas des § 2 Abs. 2 Art. 49a PflegeVG einer Vergütungsklasse zugeordnet wurden, orientierte sich die kompliziertere alternative Übergangsregelung am gesamten weiterhin geltenden Heimbudget, das unter Heranziehen von 'Äquivalenzziffern' und entsprechend der neuen Einstufung durch den MDK mit der daraus resultierenden Verteilung in die Pflegestufen auf die in Teilentgelte zerlegten Pflegesätze umgelegt wurde. Diese Regelung führte dazu, dass die Pflegesätze der neuen Stufen I, II und III in aller Regel deutlich höher lagen als die der Stufen A, B und C, so dass denjenigen Bewohnern, die von Stufe A nach Stufe I, von Stufe B nach Stufe II oder von Stufe C der Stufe III zugeordnet wurden – bei gleichem Budget der Heime – ein höherer Pflegesatz in Rechnung gestellt wurde (vgl. zur komplizierten Berechnungsmethode und den Effekten für die Heimbewohner z.B. Büse 1996; Moldenhauer 1996; Naumann/Schwedeck 1996a, 1996b, Brand/Zörkler 1997 sowie Rothgang/Vogler 1998 für die Ergebnisse einer empirischen Erhebung). Mit der Berechnung auf der Basis von Teilentgelten wurde

mit der zweiten Variante bereits der Übergang zum Vergütungsrecht der §§ 84ff. SGB XI vollzogen.<sup>20</sup>

Indem die Einstufung der Pflegebedürftigen den Einrichtungen entzogen und dem MDK übertragen wurde, wird ein Schlupfloch der alten Regelung geschlossen, dass es den Einrichtungen zwar kurzfristig ermöglicht hat, ihr Budget durch eine entsprechende Höhergruppierung der Pflegebedürftigen zu verbessern, langfristig aber lediglich jede Stufeneinteilung desavouiert hat und damit der Forderung nach leistungsgerechten Entgelten, bei denen auch der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit realistisch berücksichtigt wird, entgegengestanden hat.

#### **4.2.2.2 Der Übergang von der retrospektiven zur prospektiven Vergütung**

Wie die Erfahrungen im Krankenhausbereich, in dem bereits mit dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG) von 1984 von der retrospektiven auf die prospektive Finanzierung übergegangen wurde, gezeigt haben, gehen hiervon allein keine durchschlagende Wirkungen aus.

Zunächst ist zu konstatieren, dass auch bei einer prospektiven Verhandlung und Festsetzung von Pflegesätzen (§ 85 Abs. 3 SGB XI)<sup>21</sup> als Kalkulationsgrundlage immer auf die Kosten/Preisfestsetzungen der vergangenen Periode zurückgegriffen wird und sich damit wenig ändert. Auch die mit dem Übergang zur prospektiven Finanzierung einhergehende Einräumung von Gewinn- und Verlustchancen bietet den Heimträgern letztlich

---

<sup>19</sup> Insgesamt lebten in den rheinländischen Heimen nach Angaben des Landschaftsverbandes Rheinland zum Stichtag 42.784 Personen. Informationen über die Einstufung zum 30.6.1996 liegen dagegen nur für 32.339 Personen vor, die daher die Grundgesamtheit der Tabelle bilden.

<sup>20</sup> Die Entscheidung darüber, welche Variante zum Zuge kam, oblag den Pflegeheimen, die ihre Vergütung vom 30.6.1996 bis zum 1.1.1997 (Übergangszeitraum) umstellen konnten, dann aber an diese Entscheidung bis zum Inkrafttreten einer erstmals nach den Regeln des 8. Kapitels des SGB XI ausgehandelten Vergütung gebunden blieben (§ 5 Art. 49a PflegeVG). Im Rheinland haben nach Angaben des Landschaftsverbandes Rheinland rund 60% der Heime auf die zweite Alternative umgestellt. Nach dem 1.1.1998 ausgehandelte Entgelte sind von der Übergangsregelung nicht mehr betroffen. Sie sind erstmals nach den Regelungen der §§ 84ff. verhandelt und nicht mehr lediglich auf der Basis alter Entgelte umgerechnet.

<sup>21</sup> Obwohl die Pflegesatzvereinbarung gemäß § 85 Abs. 3 SGB XI „im voraus, vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheims für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) zu treffen“ ist, lagen Mitte April 1998 erst Vereinbarungen für 428 von ca. 800 Heimen vor. Entsprechende Praktiken sind auch aus dem Krankenhausbereich bekannt, in dem bereits seit 1985 prospektiv verhandelt werden soll. Es ist daher davon auszugehen, dass die Verzögerungen im Abschluß der Verhandlungen für die Pflegeheime nicht allein Einführungsproblemen geschuldet sind.

wenig Anreize zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit. Wenn zur Ermittlung der zu erwartenden Kosten der Folgeperiode nämlich auf die Kosten der Vorperiode zurückgegriffen wird, ändert sich an der Status quo-Orientierung wenig. Auch die Möglichkeit, durch Rationalisierungsanstrengungen Gewinne zu erwirtschaften, bietet für die Leistungsanbieter nämlich keinen Anreiz zur Effizienzsteigerung, da diese Gewinne vom zuständigen Kostenträger regelmäßig als Indiz für zu hohe Leistungsentgelte angesehen werden, die in der Folgeperiode gekürzt werden müssen. Jeder Gewinn führt für eine Einrichtung deshalb zu einem schmaleren Budget im nächsten Jahr. Bei mittel- und langfristiger Betrachtung entsteht somit kein Anreiz zur Kostensenkung. Aus diesem Grund ist Prinz (1995: 37) zuzustimmen, der schlussfolgert, dass „ein prospektives Budget an und für sich kaum zu effizienterem Wirtschaften [führt] als ein Budget, das sich an der Vergangenheit orientiert.“ Letztlich wird durch die Einführung der Prospektivität lediglich das Belegungsrisiko auf die Einrichtungen verlagert, was im Pflegebereich allerdings von untergeordneter Bedeutung ist (vgl. Prinz 1995; Rothgang 1997: 49-52). Signifikante Anreize zur Effizienzsteigerung gehen vom Übergang zur prospektiven Vergütung hingegen nicht aus.

#### **4.2.2.3 Der Übergang vom Selbstkostendeckungsprinzip zur leistungsgerechten Finanzierung**

Das zuvor geltende „Selbstkostendeckungsprinzip“ ist im PflegeVG *nicht* übernommen worden. In der Begründung zum Gesetzesentwurf wird vielmehr ausdrücklich betont, dass „die Pflegeeinrichtungen keine Selbstkostendeckungsgarantie“ erhalten, da sich dieses Prinzip im Krankenhausbereich „nicht bewährt“ habe und deshalb im Gesundheitsstrukturgesetz abgeschafft worden sei (Bundestags-Drucksache 12/5262: 143). Statt dessen wird nunmehr eine „leistungsgerechte“ Vergütung für ambulante (§ 89 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) und stationäre Einrichtungen (§ 84 Abs. 2 Satz 1 SGB XI) vorgesehen, die den Aufwand und die Schwere der Pflege (§ 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI) zu berücksichtigen habe. In der Begründung des Gesetzentwurfes wird dies (bezogen auf die Regelung im stationären Bereich) wie folgt erläutert:

„Der Pflegesatz, der hier vorgeschlagen wird, hat nicht mehr die Funktion, Kosten in weitgehender Abstraktion von erbrachten Leistungen zu ersetzen, sondern konkrete vollstationäre oder teilstationäre Pflegeleistungen zu vergüten, und zwar differenziert nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt“ (Bundestags-Drucksache 12/5262: 144).

Die tatsächlich erbrachten Leistungen und nicht die eigenen Kosten sollen somit ausschlaggebend für die Vergütung sein. Aber:

„Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen“ (§ 84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI).

Damit wird der Kostendeckungsgedanke durch die Hintertür wieder eingeführt. In der Gesetzesbegründung zu Absatz 4 dieser Norm wird sogar ausdrücklich festgestellt, dass „kein Pflegeheim gezwungen werden [kann], seine Leistungen unterhalb seiner ‘Gestehungskosten’ anzubieten“ (Bundestags-Drucksache 12/5262: 144).<sup>22</sup> Bei wirtschaftlicher Betriebsführung werden also nach wie vor die Selbstkosten erstattet. Bei Unwirtschaftlichkeiten sieht aber auch das vom Gesetzgeber so hart kritisierte (s.o.) Kostendeckungsprinzip keine Refinanzierung vor – auch im Pflegebereich zumindest nicht mehr seit der 1984 durchgeführten Novellierung des § 93 BSHG und im Krankenhausvergütungsrecht noch nie. Es ist daher schwer zu erkennen, welche substantielle Änderung sich mit dem Übergang von der kostenorientierten zur „leistungsgerechten“ Vergütung ergeben. Tatsächlich zielen beide Prinzipien darauf ab, eine bestimmte Leistungsmenge mit minimalen Kosten zu erzielen. Beim Kostendeckungsprinzip wird dies postuliert und dann von den Kostenträgern anhand entsprechender Leistungsnachweise kontrolliert. Bei der leistungsgerechten Vergütung wird dieser kostenminimale Wert in Form von Leistungsentgelten festgesetzt. Diese Festsetzung erfolgt aber weiterhin in Verhandlungen und – wie der Wortlaut des § 84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI zeigt – durchaus auf der Basis der Selbstkosten. Die Neuregelungen führen daher weniger zu einer Abschaffung, als vielmehr zu einer Modernisierung des Kostendeckungsgrundsatzes, bei dem die Kostenerstattung explizit auf die notwendigen Kosten beschränkt wird und die Kontrollmöglichkeiten der Kostenträger durch die Einführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die Verpflichtung zu einer kaufmännischen Buchführung verbessert werden. Entscheidend bleibt aber, welche „wirtschaftlichen Selbstkosten“ zugrunde gelegt werden. Dies hängt – auch nach Inkrafttreten des PflegeVG – von der jeweiligen Verhandlungsmacht ab, über die Leistungsanbieter und Kostenträger in den Verhandlungen verfügen.

---

<sup>22</sup> Entsprechend wird auch für den ambulanten Bereich festgelegt, dass die „Vergütung ... einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen [muß; HR], seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen“ (§ 89 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 1 SGB XI). § 89 „übernimmt dabei im wesentlichen die Pflegesatzregelung für den stationären Bereich“ (Bundestags-Drucksache 12/5262: 148).

Weder die Einführung des prospektiven Budgets noch der Übergang zur „leistungsgerechten“ Finanzierung scheinen daher a priori und für sich selbst genommen, einen wesentlichen Unterschied zur zuvor praktizierten Preisbildung auszumachen. Entscheidend ist nach wie vor, wie sich Anbieter und Kostenträger in den Vergütungsverhandlungen verhalten und welche Seite sich als durchsetzungsstärker erweist. Neben den neu geschaffenen Kontrollinstrumenten könnte hierbei das erstmalige Auftreten der Pflegekassen von Bedeutung sein.

#### **4.2.2.4 Die Beteiligung der Pflegekassen an den Vergütungsverhandlungen**

Parteien der Pflegesatzvereinbarung sind nach § 85 Abs. 2 SGB XI der jeweilige Träger des Pflegeheims sowie auf seiten der Kostenträger

- „1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften sowie
2. der für den Sitz des Pflegeheimes nach Landesrecht zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Pflegeheims entfallen“. Die Pflegesatzvereinbarung kommt dabei durch „Eini-gung zwischen dem Träger des Pflegeheimes und der Mehrheit der Kostenträger nach Absatz 2 Satz 1 zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben“ (§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB XI).<sup>23</sup> In Nordrhein-Westfalen haben alle Pflegekassen eine gemein-same Arbeitsgemeinschaft gebildet und die Verhandlungsführerschaft nach Regionen aufgeteilt. War der zuständige Sozialhilfeträger vor Einführung der Pflegeversicherung der alleinige Verhandlungspartner der Einrichtungsträger steht ihm nunmehr der ver-handlungsführende Vertreter der Pflegekassen zur Seite.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Eine analoge Formulierung findet sich in § 89 Abs. 2 SGB XI auch für den ambulanten Bereich. Grundlage für die 5%-Klausel sind hierbei aber nicht die Pfl egetage, sondern die Zahl der betreu-ten Pflegebedürftigen.

<sup>24</sup> Um eine Marginalisierung des Sozialhilfeträgers zu verhindern, wurde im 1. SGB XI-ÄndG mit § 85 Abs. 5 Satz 2 SGB XI eine Norm eingeführt, nach der eine Pflegesatzvereinbarung dann als nicht zustande gekommen gilt, wenn der Sozialhilfeträger innerhalb von zwei Wochen nach Ver-tragsabschluss widerspricht. Die Festsetzung der Pflegesätze obliegt dann der Schiedsstelle nach § 76 SGB XI. Mit dieser Stärkung der Position des Sozialhilfeträgers gegenüber der ursprüngli-

Die Verhandlungen im Pflegebereich vor Einführung der Pflegeversicherung wiesen wenig antagonistische Züge auf – nicht zuletzt auch, weil sich Vertreter der Kommunen auf Kostenträger- und Anbieterseite befunden haben. Die Finanzmisere der Länder und Kommunen, deren objektive Betroffenheit von höheren Pflegesätzen und ein Prozess organisatorischen Lernens hat dazu geführt, dass die Sozialhilfeträger in den Verhandlungen sehr viel aggressiver agieren als zuvor. Insgesamt dürfte die Beteiligung der Pflegekassen an den Verhandlungen zwar im Grundsatz im Vergleich zum Status quo ante zu einer Stärkung des Interesses an einer Begrenzung der Pflegesatzsteigerung in den Verhandlungen geführt haben – schon alleine weil das Bestreben zur Kostendämpfung integraler Bestandteil der Verhandlungskultur in Gesetzlichen Krankenkassen ist. In den letzten Jahren hat sich allerdings die Rolle der Pflegekassen eher in die Rolle eines Vermittlers zwischen den Interessen der finanziell geschwächten Kommunen und den Interessen der Einrichtungen verändert (vgl. Abschnitt 2.2).

#### **4.2.2.5 Die Einführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Betriebsvergleichen und der Möglichkeit von Gruppenpflegesätzen**

Mit Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes verfügen die Kostenträger über neue Instrumenten in den Pflegesatzverhandlungen. Zu nennen sind hier insbesondere

- Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- Betriebsvergleiche und
- Gruppenpflegesätze.

Gemäß § 79 Abs. 1 Satz 1 SGB XI können die „Landesverbände der Pflegekassen die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der .... vollstationären Pflegeleistungen durch von ihnen bestellte Sachverständige prüfen lassen“. Vor deren Bestellung ist allerdings der Träger der Pflegeeinrichtung anzuhören. „Das Prüfergebnis ist ... in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung mit Wirkung für die Zukunft zu berücksichtigen (§ 79 Abs. 3 SGB XI). Zwar verbiete es – so Klie/Krahmer (1998: 678) – der Vertrauens- und Verhandlungsgrundsatz der §§ 72, 75 und 85 SGB XI Vergütungsverhandlungen generell durch *Wirtschaftlichkeitsprüfungen* vorzubereiten, dennoch zeigt das Beispiel der Krankenhausfinanzierung, dass Wirtschaftlichkeitsprüfungen einen Beitrag dazu leisten

---

chen Regelung im PflegeVG sollen Einigungen der Einrichtungsträger mit den Pflegekassen zu Lasten des Sozialhilfeträgers verhindert werden.

können, leistungsgerechte Vergütungen zu ermitteln. Nach Aussagen der Beteiligten kommen Wirtschaftlichkeitsprüfungen in NRW jedoch nicht zum Einsatz.

Weiterhin sieht § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB XI vor, dass das Pflegeheim „Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Leistungsnachweise rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen darzulegen“ hat.<sup>25</sup> Damit verfügt die Kostenträgerseite auch über die Informationen, die nötig sind, um Quervergleiche zwischen verschiedenen Einrichtungen durchzuführen und diese Ergebnisse dann in den Verhandlungen zuungunsten von Einrichtungen, die in bestimmten Bereichen unterdurchschnittlich wirtschaften, zu verwenden.<sup>26</sup> Zudem hat das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 14.12.2000 (Aktenzeichen B 3 P 19/00 R) die Heranziehung sogenannter *externer Vergleiche* nicht nur ausdrücklich gebilligt. Vielmehr führt das Gericht aus:

„Der Versuch, eine leistungsgerechte Vergütung ausgehend von dem Betriebsaufwand des Pflegeheims zu ermitteln, muß schon deshalb unzulänglich sein, weil außenstehende Beobachter – wie es die Kassenvertreter bei den Vertragsverhandlungen sind – nur schwer in der Lage sein werden, die geltend gemachten Aufwendungen als unwirtschaftlich zu belegen und vorhandenes Rationalisierungspotential zu erkennen . ... Ein externer Vergleich der Einrichtungen bedeutet somit ... die Methode der Wahl, um für die angebotene Leistung die leistungsgerechte Vergütung zu ermitteln“ (Rz. 24).

Während das Bundessozialgericht damit externe Vergleiche für die Methode der Wahl hält, spielen solche Vergleiche nach Auskunft der Beteiligten in NRW nur eine untergeordnete Rolle und werden weder in den Verhandlungen noch in Schiedsstellenverfahren angewandt (Interviews *Kirchhöfer/Schulz* und *Depenbrock*). Allerdings verwenden die Kostenträger einheitliche Orientierungswerte zur Ermittlung des für notwendig erachteten Personalschlüssels, so dass auf diesem Weg von den individuellen Selbstkosten einer Einrichtung unabhängige Werte zum tragen kommen (vgl. hierzu Abschnitt

---

25 Im 1. SGB XI-ÄndG wurde diese Norm noch verschärft. Zum einen ist die Vorlage der genannten Leistungsnachweise nunmehr obligatorisch und erfolgt nicht nur „auf Verlangen einer Vertragspartei“ (§ 85 Abs. 3 SGB XI a.F.). Zum anderen ist die Liste der „anderen geeigneten Leistungsnachweise“ gegenüber der ursprünglichen Fassung konkretisiert worden. „Soweit dies zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich ist, hat das Pflegeheim auf Verlangen einer Vertragspartei“ nunmehr „pflegesatzerhebliche Angaben zum Jahresabschluß nach der Pflege-Buchführungsverordnung, zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Kosten sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und Eingruppierung“ vorzulegen.

26 Seit Beginn der achtziger Jahre existieren zwar „Selbstkostenblätter“ der Einrichtungen. Angesichts der fehlenden Standardisierung waren aussagefähige Kosten- und Leistungsvergleiche von Heimen unterschiedlicher Trägerschaft und Bundesländer auf dieser Basis aber nicht möglich (vgl. Hirschützer 1988a: 58f. sowie 1988b: passim).

2.2). Festzuhalten bleibt jedoch, dass auch das Instrument des Betriebsvergleichs in NRW nicht systematisch zum Einsatz kommt.

Gleiches gilt für die Möglichkeit zur Vereinbarung von *Gruppenpflegesätzen*. § 86 Abs. 2 SGB XI sieht die Möglichkeit vor für „Pflegeheime, die in derselben kreisfreien Gemeinde oder in demselben Landkreis liegen, ... mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger für die gleichen Leistungen einheitliche Pflegesätze [zu] vereinbaren“, die von den einzelnen Pflegeheimen aber jederzeit unter- (nicht aber über)boten werden können. Auch diese Norm ermöglicht es, Pflegesätze zu vereinbaren, ohne dabei zentral auf die einrichtungsindividuellen Kosten abzustellen. Allerdings ist ihre Anwendung nur mit Zustimmung der betroffenen Einrichtungen möglich. In der Praxis wird diese Vorschrift schon mangels der Existenz einer Pflegesatzkommission in NRW nicht angewandt (Interview *Schumann*).

#### **4.2.2.6 Die Einführung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität**

Große Bedeutung für die Stabilisierung von Preisen für Pflegeleistungen misst der Gesetzgeber auch dem „Grundsatz der Beitragssatzstabilität“ zu:

„Durch die Regelung sollen die Leistungsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit der sozialen Pflegeversicherung ... auf Dauer gesichert werden“ (Begründung zu § 70 SGB XI; Bundestags-Drucksache 12/5262: 133).

Auch Prinz (1995: 44) hält es für möglich, dass „die Beitragssatzstabilität ... bei der Pflegeversicherung eine größere Rolle spielen [wird] als bisher bei der Krankenversicherung.“ Worum handelt es sich also bei dieser Norm?

Systematisch ist der mit „Beitragssatzstabilität“ umschriebene § 70 SGB XI in das siebte Kapitel plaziert, das die „Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern“ regelt. Er hat folgenden Wortlaut:

- „(1) Die Pflegekassen stellen in den Verträgen mit den Leistungserbringern über Art, Umfang und Vergütung der Leistungen sicher, dass ihre Leistungsausgaben die Beitragseinnahmen nicht überschreiten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität).
- (2) Vereinbarungen über die Höhe der Vergütungen, die dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität widersprechen, sind unwirksam.“

Gegenüber der entsprechenden Norm für die gesetzliche Krankenversicherung ist der Gesetzestext erheblich verschärft worden. Während § 141 Abs. 2 Satz 3 SGB V die Möglichkeit von Beitragssatzerhöhungen in der gesetzlichen Krankenversicherung noch

ausdrücklich vorsieht, wenn „die notwendige medizinische Versorgung auch unter Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten“ ist, fehlt ein solch einschränkender Hinweis im Pflegeversicherungsgesetz vollkommen. Statt dessen werden Entgeltvereinbarungen, „die dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität widersprechen“ schlichtweg für „unwirksam“ erklärt. Scheinbar bietet sich damit für die Pflegekassen eine Möglichkeit, mit Hinweis auf diese Norm in Vergütungsverhandlungen hart aufzutreten, und eine entsprechende Position beim Scheitern der Verhandlungen auch in einem dann einsetzenden Schiedsstellenverfahren nach § 85 Abs. 5 SGB XI (stationärer Sektor) bzw. § 89 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (ambulanter Bereich) in Verbindung mit § 76 SGB XI durchzusetzen (so auch Prinz 1995: 44). Tatsächlich beinhaltet § 70 SGB XI aber erhebliche logische und rechtliche Unstimmigkeiten.

So weist Schulin (1994a: 444) darauf hin, dass schon allein der Begriff (Grundsatz der Beitragssatzstabilität) verfehlt sei, „weil die Beiträge gesetzlich festgelegt und daher ohnehin ‘stabil’ sind.“ Wird hiervon abgesehen und der Grundsatz derart interpretiert, dass ein Ausgabenüberschuss vermieden werden soll, der dann eine Beitragssatzerhöhung erforderlich macht, so ist zu fragen, wovon das Auftreten eines Ausgabenüberschusses abhängt. Da die beitragspflichtigen Einnahmen, auf die der einheitliche Beitragssatz angewendet wird, für die Pflegekassen – die alleiniger Adressat dieser Norm sind<sup>27</sup> – exogen sind, ist von ihnen lediglich die Ausgabenhöhe beeinflussbar. Diese ergibt sich als Produkt aus Leistungsempfänger und durchschnittlicher Leistungshöhe. Auf die Zahl der anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen haben die Pflegekassen keinen Einfluß. Das wird sogar in der Gesetzesbegründung zu § 70 Abs. 2 SGB XI eingeräumt (Bundestags-Drucksache 12/5262: 133). Die Höhe der durchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsfall schließlich wird von vielerlei Faktoren determiniert, auf die die Kassen keinen Zugriff haben – etwa der Verteilung auf die drei Pflegestufen, dem Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen, sowie dem Inanspruchnahmeverhalten hinsicht-

---

<sup>27</sup> Schulin (1994b: 305) fragt vollkommen zu Recht, warum sich „Abs. 1 nur an die Pflegekassen, nicht aber an die vielen sonstigen Institutionen wendet, die als Vertragsparteien der zahlreichen, im Gesetz vorgesehenen Vereinbarungen in Betracht kommen, etwa die Landes- oder Spitzenverbände der Pflegekassen.“ Dies sei umso erstaunlicher, als schon mittelfristig ein flächendeckendes Netz von Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI zu erwarten sei, dass die einzelnen Pflegekassen binde. In diesem Zusammenhang sei dann auch zu fragen, ob sich Absatz 2 der Norm nur auf die Verträge beziehe, die von Pflegekassen (und nicht etwa von Landesverbänden) geschlossen seien.

lich von Geld- und Sachleistung in der ambulanten Pflege – kaum bzw. gar nicht jedoch von der Höhe der Vergütungen.

Für den ambulanten Bereich kann ein ausgabensteigernder Effekt von Preiserhöhungen aufgrund der Ausgestaltung der Leistungen sogar grundsätzlich und vollständig verneint werden. Verdoppeln sich nämlich z.B. die Entgelthöhen in der ambulanten Pflege, so erhöhen sich nicht etwa die Ausgaben der Pflegekassen. Bei fest vorgegebenen Leistungssummen pro Pflegebedürftigem halbieren sich statt dessen lediglich die realen, in Stunden gemessenen Leistungen, die beim Pflegebedürftigen „ankommen“.<sup>28</sup> Aber auch für den stationären Bereich sind steigende Pflegesätze angesichts der in § 43 Abs. 5 festgesetzten pauschalen Pflegeversicherungsleistungen für die Ausgaben der Pflegeversicherung vollkommen unerheblich.<sup>29</sup>

Entscheidend ist, dass Preissteigerungen in einem System mit gesetzlich festgelegten, nach oben „gedeckelten“ Leistungen, bei dem der „Deckel“ unterhalb oder in unmittelbarer Nähe des „Bedarfs“ liegt, nicht zu Ausgabensteigerungen führen, sondern lediglich den realen, in physischen Einheiten gemessenen Wert der Leistungen verringern. Darin unterscheidet sich ein solches System grundlegend von einem vollkostendeckenden System wie der gesetzlichen Krankenversicherung, in der – prinzipiell – alle notwendigen Leistungen finanziert werden und Preissteigerungen deshalb unmittelbar ausgabensteigernd wirken. Es scheint, als ob sich der Gesetzgeber der Umkehrung der Logik, die sich aus der Einführung eines Leistungssystems mit begrenzten Leistungen ergibt, bei der Formulierung des § 70 SGB XI nicht bewusst gewesen sei.

---

<sup>28</sup> Angesichts der direkten Konkurrenz von Pflegegeld und Pflegesachleistung ist damit zu rechnen, dass der Anteil der Leistungsberechtigten, die die – für die Pflegekasse billigere – Geldleistung in Anspruch nehmen, mit steigenden Entgelten für ambulante Pflegedienste zunimmt, da dann immer weniger tatsächliche, in Stunden gerechnete Leistungen beim Pflegebedürftigen ankommen und die Opportunitätskosten des Geldleistungsbezugs damit sinken würden. Insofern sinken die Ausgaben der Pflegekassen im ambulanten Sektor sogar, je höher die Entgelte der Pflegedienste steigen. Im Sinne des § 70 Abs. 1 SGB XI müssten die Pflegekassen somit möglichst hohe Leistungsentgelte für ambulante Leistungen fordern, um die Ausgaben indirekt – durch Erhöhung des Geldleistungsanteils – zu senken und damit den zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatz zu stabilisieren. Dies kann nur als eine absurde Konsequenz des § 70 angesehen werden.

<sup>29</sup> Gemäß § 43 Abs. 5 Satz 1, Halbsatz 2 SGB XI dürfen die Pflegekassenleistungen „75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten ... nicht übersteigen. Einsparungen ergeben sich für die Pflegekassen somit nur, wenn dieser monatliche Gesamtbetrag unterhalb von 133,3% der jeweiligen pauschalen Pflegeleistungen, also unterhalb von 1.364 €(Stufe I), 1.705 €(Stufe II) bzw. 1.909 €(Stufe III) liegt. Angesichts der derzeitigen Vergütungssätze (vgl. Abschnitt 2.3) ist das – von extremen „Ausreißern“ einmal abgesehen – praktisch ausgeschlossen.

Da die Pflegekassen somit auf die für die Ausgaben entscheidenden Parameter kaum Einfluss haben, die von ihnen beeinflussbare Preiskomponente aber keinen bzw. kaum ausgabensteigernden Effekt für sie hat, ist nicht erkennbar, wie die Pflegekassen dem Gesetzesbefehl des § 70 Abs. 1 SGB XI nachkommen sollen. Entsprechende logische Schwierigkeiten birgt folglich auch die Anwendung des Absatz 2, der zudem aufgrund eines möglichen Verstoßes gegen das Rückwirkungsverbot auch juristisch fragwürdig ist:

„Diese Regelung ist ebenso unsinnig, wie es auch die in Abs. 1 vorgesehene Pflicht ist. So stellt sich immer erst nachträglich heraus, ob die Leistungsausgaben die Beitragseinnahmen überschritten haben. Eine rückwirkende Nichtigkeit der Verträge wäre aber eine völlig unannehmbare Rechtsfolge, die zu einer mit rechtsstaatlichen Grundsätzen schlechterdings unvereinbaren Rechtsunsicherheit insbesondere auch für die Leistungserbringer führen würde. Abs. 1 des § 70 SGB XI ist daher mangels Vollziehbarkeit und Abs. 2 wegen Verstoßes gegen elementare Grundsätze der Rechtsstaatlichkeit nichtig“ (Schulin 1994a: 444).

Auch wenn an dieser Stelle nicht über die „Nichtigkeit“ von Gesetzesnormen entschieden werden kann, bleibt doch festzuhalten, dass die Norm des § 70 SGB XI, die – so Schulin (1994b: 304) – „nur als abenteuerlich bezeichnet werden kann“, aus logischen und juristischen Gründen sehr fragwürdig ist, und daher wenig dazu beitragen dürfte, das Gewicht der Kassen in den Vergütungsvereinbarungen zu stärken.

### **4.2.3 Verbleibende Fehlanreize**

Der bis zum Inkrafttreten des PflegeVG praktizierte Preisbildungsmechanismus legt die Vermutung nahe, dass mögliche Ineffizienzen in der Leistungserstellung im stationären Sektor zu überhöhten Preisen geführt haben. In diesem Sinne kann auch die Entwicklung der Pflegesätze gedeutet werden. Ausgehend von einer ähnlichen Analyse hat der Gesetzgeber versucht, dem insbesondere durch den im PflegeVG vollzogenen Übergang von der kostendeckenden zur „leistungsgerechten“ Finanzierung sowie durch die (bereits zum 1.7.1993) erfolgte Umstellung von der retrospektiven auf die prospektive Budgetierung und die Etablierung des „Grundsatzes der Beitragssatzstabilität“ entgegenzutreten. Die vorstehende nähere Untersuchung der damit verbundenen Anreizstrukturen zeigt aber, dass von keiner dieser Maßnahmen ein großer Effekt erwartet werden kann. Größeres Potential zur Kostendisziplinierung enthalten dagegen die neu eingeführten Kontrollinstrumente Wirtschaftlichkeitsprüfung, Betriebsvergleiche

(externe Vergleiche) und Gruppenpflugesätze, die allerdings in der Praxis in NRW nicht angewendet werden.

Tatsächlich beruhen die vereinbarten Pflugesätze im wesentlichen auf zwei Faktoren: den *einrichtungsindividuellen Selbstkosten* (und Erlösen) auf der einen und von den Kostenträgern einseitig festgesetzten einrichtungsübergreifenden *Orientierungswerten* auf der anderen Seite (vgl. Abschnitt 2.2). Forderungen der Einrichtungen oberhalb der sich aus den Orientierungswerten ergebenden Werte werden von den Kostenträgern tendenziell abgelehnt. Budgets deutlich oberhalb (in der Vorperiode entstandenen) Selbstkosten werden aber gleichfalls nicht zugestanden – selbst wenn sie unterhalb der Orientierungswerte liegen.

Damit werden den Einrichtungen aber alle Anreize zur Effizienzsteigerung genommen, da Kostensenkungen durch Rationalisierung in einer Periode zu Budgetkürzungen in der nächsten Periode führen. Auch zunächst ausgabenintensive Innovationen werden nicht goutiert, da etwa über die Orientierungswerte hinausgehende Personalforderungen in der Regel auch nicht zugestanden werden, wenn innovative Konzepte etabliert werden sollen. Zusätzlich problematisch ist, dass sich die Orientierungswerte auf einzelne Kostenarten und nicht auf das Gesamtergebnis beziehen, was bei einer Produktion mit unterschiedlichen Faktoreinsatzverhältnissen zu grotesken Ergebnissen führen kann. Tatsächlich werden die Einrichtungen dadurch dazu gezwungen, alle die gleiche „Produktionstechnik“ anzuwenden. Das Verfahren führt damit zu einer zunehmende Normierung aller Betriebsabläufe, die Innovationen und flexible Anpassung an die betriebsspezifischen Bedingungen behindert.

Im Ergebnis führt das derzeitige Vergütungsverfahren daher nicht zwingend zur Vereinbarung leistungsgerechter Entgelte und bietet insbesondere keinen Anreiz für die Einrichtungen zur Effizienzsteigerung. Insbesondere in dynamischer Sicht kann die derzeitige Praxis der Vergütungsfindung daher die in Kapitel 3 formulierten Anforderungen an eine ökonomisch optimale Preisfindung nicht erfüllen, so dass es sinnvoll erscheint, über alternative Verfahren nachzudenken.

## **5. Alternative Methoden der Vergütungsfindung**

Zur Bestimmung der Vergütung stationärer Pflegeeinrichtungen stehen grundsätzlich drei Preisbildungsmechanismen zur Verfügung (vgl. Breyer/Zweifel 1999: 356f.), die in den Abschnitten 5.2 bis 5.4 näher untersucht werden sollen:

- administrierte Preise
- Verhandlungspreise und
- Marktpreise.

Administrierte Preise weisen dabei den höchsten, Marktpreise den niedrigsten Grad der staatlichen Intervention auf. Jeweils werden bei diesen Mechanismen Preise für wohl definierte Leistungseinheiten bestimmt. Die Fragen nach der geeigneten Leistungseinheit wird daher vor die Klammer gezogen und in Abschnitt 5.1 diskutiert. Die Frage nach der landesrechtlichen Kompetenz bei der Umsetzung der diskutierten Reformoptionen wird dann in Kapitel 6 aufgegriffen.

### **5.1 Wahl der Leistungseinheit**

Die Finanzierung einer stationären Einrichtung kann grundsätzlich leistungsunabhängig oder leistungsabhängig erfolgen. Eine leistungsunabhängige Finanzierung kennzeichnete beispielsweise den englischen Krankenhaussektor bis 1991, als das zentral festgelegte Budget für den gesamten Krankenhausbereich nur top-down auf die einzelnen Einrichtungen aufgeteilt wurde und diese dann u.a. anderem auch bestimmen konnten, wie viele Patienten sie im Rahmen dieses Budgets behandeln wollten (Rothgang 1994). Ähnlich erging es den deutschen Krankenhäusern in den 1990er Jahren. In den Jahren der „sektoralen Budgetierung“ wurde das individuelle Krankenhausbudget im wesentlichen auf Basis einnahmeseitiger Faktoren ohne Berücksichtigung der Leistungsseite fortgeschrieben. Eine solche Finanzierung beinhaltet allerdings keinerlei Effizienzanreize und ist sicherlich nicht geeignet, die in Kapitel 3 postulierten Ziele einer Vergütungsregelung zu erreichen.

Soll die Finanzierung daher in Abhängigkeit vom Umfang der erbrachten Leistung erfolgen, ist festzulegen, wie dieses Leistungsvolumen gemessen werden kann. Bis zu Beginn der 1990er Jahre wurde in deutschen Krankenhäusern beispielsweise der „tagsgleiche Pflegesatz“ als Recheneinheit benutzt. Mit dem Umstieg der Finanzierung

auf Fallpauschalen wird nunmehr ein wohl definierter „Behandlungsfall“ als Leistungseinheit verwendet und werden zu diesem Zweck mittels der DRG-Klassifizierung mehr als 800 Fälle unterschieden.

Für stationäre Pflegeeinrichtungen erfolgt die Entgeltung ebenfalls auf Basis von Pflegetagen, wobei aber – im wesentlichen entsprechend der Einstufung des Pflegebedürftigen in eine Pflegestufe – drei Pflegeklassen<sup>30</sup> unterschieden werden, während bei der ambulanten Pflege überwiegend eine Leistungskomplexhonorierung erfolgt, bei der rund zwei Duzend Leistungskomplexe unterschieden werden.<sup>31</sup> Es stellt sich nun die Frage, ob tagesgleiche Pflegesätze für drei Pflegeklassen die bestmögliche Leistungseinheit darstellen. Es kann vielmehr vermutet werden, dass zum einen hinsichtlich des Betreuungsbedarfes von Heimbewohnern einer Pflegeklasse eine erhebliche Varianz besteht und zum anderen auch bei vergleichbarem „Fallmix“ in qualitativ und quantitativ unterschiedlichem Maße Leistungen erbracht werden (so auch Neubauer/Schallermair 1998). Entsprechend stellen Gerste/Rehbein (2002: 368) in Bezug auf die Einstufung fest:

„Nicht alle Fälle mit viel Pflegebedarf werden in die höchste Stufe eingruppiert, gerontopsychiatrisch veränderte Personen etwa sind körperlich wenig behindert, benötigen aber intensive Betreuung auf anderen Ebenen. Für andere Gruppen ist ein besonderer Interventionsbedarf erforderlich, der durch die Einstufung nicht abgebildet wird (Apalliker, MS-Kranke etc.).“

Hinsichtlich der auf den einzelnen Heimbewohner entfallenen Betreuungszeiten hat eine repräsentative Infratesterhebung die in Tabelle 5 enthaltenen erheblichen Streubreiten ermittelt. Demnach beläuft sich der tatsächliche Pflegeaufwand z.B. für 10% aller Pflegebedürftigen in Stufe II auf höchstens 63 Minuten, während sich der Pflegeaufwand am anderen Ende der Verteilung für 10% der Bewohner der selben Pflegestufe auf mindestens 229 Minuten, also mehr als das 3,6fache, beläuft.

---

30 Eine eigene Pflegeklasse für die Härtefälle gemäß § 43 Abs. 3 SGB XI ist nicht vorgesehen, so dass für diese Fälle zwar höhere Pflegeversicherungsleistungen gewährt werden, nicht aber höhere Entgelte in Rechnung gestellt werden können.

31 Außer in Bayern, das ausschließlich nach Stundensätzen vergütet, wird in allen Bundesländern nach Leistungskomplexen vergütet. Allerdings unterscheiden sich Zahl und Inhalt dieser Leistungskomplexe zwischen den Bundesländern nicht unerheblich (vgl. z.B. Dietz 2002: 156f.).

Tabelle 5: Pflegerischer Gesamtaufwand in Minuten pro Kopf und Betreuungstag für Bewohner von Pflegeheimen

	1. Dezil	Mittelwert	9. Dezil
Stufe 0	1	18	45
Stufe I	19	78	155
Stufe II	63	145	229
Stufe III	113	190	271

Quelle: Schneekloth/Müller 2000: 146

Es zeigt sich damit, dass die derzeitige Abrechnungseinheit „Pflegetag für eine von drei Pflegeklassen“ keine homogenen, sondern höchst heterogene Leistungen umfasst<sup>32</sup> und die Entwicklung eines differenzierteren Systems der Leistungsmessung angezeigt ist.<sup>33</sup> Sollen – zur Ermöglichung einer leistungsgerechteren Finanzierung – differenzierte Leistungseinheiten zur Finanzierung herangezogen werden, gibt es dazu grundsätzlich zwei Möglichkeiten:

Zum einen können die Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen in Anlehnung an die Finanzierung ambulanter Pflegeleistungen modularisiert werden. Finanziert wird dann nicht mehr „ein Pflegetag“, sondern ein Leistungstableau, das für jeden Tag eine Reihe von Leistungskomplexen enthält. Eine solche Modularisierung hätte den Vorteil, das damit eine größere Nähe zum ambulanten Bereich hergestellt und damit ein Beitrag zur Überwindung der Dichotomie von ambulanten und stationären Leistungen geleistet wird. Dies ist insbesondere von Vorteil, wenn – wie etwa von der Rürup-Kommission vorgeschlagen – die Pflegeversicherungsleistungen im ambulanten und stationären Sektor betraglich angeglichen werden sollen und wenn das Instrument der „persönlichen Budgets“ stärker eingesetzt wird. Zudem ist es im Rahmen eines solchen Modulsystems auch besser möglich, den individuellen Präferenzen der Bewohner in Hinblick auf die von ihnen gewünschten Leistungen gerecht zu werden. Als nachteilig ist dagegen anzu-

---

32 Allerdings sind die empirischen Befunde als konfundierte Effekte zu bewerten, da hier die Heterogenität im Pflegebedarf der Heimbewohner gleicher Stufe auf der einen, aber auch Qualitätsunterschiede der Pflege (unterschiedliche Betreuungsintensität bei Bewohnern mit gleichem Pflegebedarf) auf der anderen Seite eingehen.

33 Erst in diesem Zusammenhang würden dann auch die Leistungs- und Preisvergleichslisten der Pflegekassen gemäß § 7 Abs. 3 SGB XI eine größere Bedeutung erlangen. Wünschenswert wäre in diesem Kontext auch, im Bereich der Hotelkosten verschiedene Standards zu definieren und zuzulassen, um damit die Wahlmöglichkeiten von Pflegebedürftigen zu erhöhen. Ebenso sollte ein

sehen, dass weiche Leistungen (insbesondere im Bereich der Kommunikation) dann womöglich nicht mehr im gleichen Maße refinanziert und einer weiteren Taylorisierung der – an sich ganzheitlich zu denkenden – Pflege Vorschub geleistet wird. Negativ zu vermerken ist dabei auch ein damit verbundener gesteigerter Dokumentations- und Verwaltungsaufwand.

Zum anderen könnte versucht werden, auf Basis eines differenzierten Assessments homogene „Bedarfsgruppen“ zu definieren, wobei die Bedarfe nicht an den engen Pflegebedürftigkeitsbegriff des § 14 SGB XI gebunden sein müssen, sondern (insbesondere im Hinblick auf dementiell erkrankte Pflegebedürftige) auch allgemeine Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfe enthalten können und sollen. Für jede dieser Gruppen könnte die Finanzierung dann über tagesgleiche Pflegesätze erfolgen. Damit werden die genannten Nachteile einer verrichtungsbezogenen Finanzierung über Leistungsmodule vermieden, allerdings verschwindet auch der damit verbundene Vorteil einer größeren Kundensouveränität. Zudem entsteht ein weiteres Problem: Eine Verbesserung im Grad der Pflegebedürftigkeit führt in einem solchem System zu einer Kürzung der Vergütung. Das ist zwar auch bei der derzeitigen Finanzierung gemäß Pflegeklassen grundsätzlich gegeben, wird bei einer Finanzierung basierend auf einer differenzierteren Erfassung der pflegerischen Bedarfe aber deutlicher. Als Anknüpfungspunkt für die Entwicklung eines derartigen Bedarfsgruppenschemas bietet sich z.B. das in den USA für den Pflegesektor entwickelte Resource Utilisation Group-System an, das auch in Großbritannien, Italien, Dänemark, Schweden und in den Niederlanden Anwendungen findet (vgl. Aebischer 2002: 169ff. für Details) und insgesamt 44 Kategorien zur Einstufung des Pflegebedarfs von Pflegebedürftigen unterscheidet.<sup>34</sup> Auch bei einer solch differenzierteren Fallerfassung – mehr noch als bei einer Vergütung auch der stationären Pflegeleistungen in Form von Leistungskomplexen – verbleibt aber ein erheblicher Spielraum in Bezug auf die Qualität der Leistungserbringung.

---

Katalog akzeptierter Zusatzleistungen festgelegt werden, um zu verhindern, dass Leistungen, die selbstverständlich zur Pflege dazu gehören, den Zusatzleistungen zugeschlagen werden.

<sup>34</sup> In Deutschland wurde eine Gruppierung von „Hilfbedarfsgruppen“ in Abhängigkeit von Hilfebedarf und Leistungsumfang beispielsweise von Hastedt und Heinich (2002) im Rahmen des BASIS-Projekts für das Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg erstellt. Auch mittels PLAISIR können individuelle Bedarfe ermittelt werden. Allerdings ist PLAISIR ein Instrument zugleich auch zur Personalplanung und daher in diesem Kontext fehlspezifiziert.

Insgesamt beinhalten damit beide genannten Ansätze das Potential zu einer Definition präziserer Leistungseinheiten als bislang. Die Preise für diese Leistungseinheiten können dann administrativ, durch Verhandlungen oder durch Märkte gebildet werden.

## **5.2 Administrierte Preise**

Bei administrierten Preisen werden die Preise hoheitlich durch einen staatlichen Akteur festgesetzt. Eine solche Preissetzung war in Deutschland beispielsweise im Krankenhausbereich bis zum Inkrafttreten des 1981 verabschiedeten Krankenhauskostendämpfungsgesetzes (KHKG) üblich. Bis zu diesem Zeitpunkt haben die Krankenkassen und Krankenhäuser nur unverbindliche Einigungsgespräche geführt, während die Festsetzung der krankenhaushausindividuellen Pflegesätze den zuständigen Landesbehörden oblag. Erst mit Einführung des Verhandlungsgrundsatzes im KHKG wurde diese Aufgabenerteilung prinzipiell umgekehrt und die Pflegesätze nunmehr zwischen den Krankenhausträgern und den Sozialleistungsträgern vereinbart, während die Landesstellen zur bloßen Aufsichtsbehörde wurden, die die vereinbarten Pflegesätze genehmigen mussten, wenn sie den Gesetzesvorschriften nicht widersprachen (vgl. Rothgang 1994: 145). Auch im SGB XI ist die Möglichkeit der Vergütung administrierter Preise vorgesehen, und zwar für den ambulanten Bereich. § 89 SGB XI sieht auch hier grundsätzlich eine Verhandlungslösung vor – allerdings nur „soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet“. In der letztgenannten Norm wird das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung „ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen zu erfassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfaßt ist“ (§ 90 Abs. 1, Satz 1 SGB XI). Allerdings hat das Ministerium bisher von seiner Kompetenz zum Erlaß einer Rechtsverordnung keinen Gebrauch gemacht. Vielmehr werden die Vergütungen nach wie vor im Rahmen von Preisverhandlungen vereinbart. Wie im Krankenhausbereich in den 1980er Jahren gibt die Politik damit auch im Pflegebereich Verhandlungspreisen den Vorzug gegenüber administrierten Preisen.

Wie auch die Erfahrungen im Krankenhausbereich bis Anfang der 1990er Jahre gezeigt haben, ist die Administrierung der Preise im Grundsatz kein geeignetes Verfahren, wenn *einrichtungsindividuelle* Vergütungen festgelegt werden sollen. Staatliche Agenturen verfügen nicht über das notwendige Detailwissen, um leistungsgerechte Preise für einzelne Einrichtungen festzusetzen. Prinz (1995: 41) konstatiert daher, dass derartige Preise „nicht in jedem Fall den lokalen Knappheitsverhältnissen Rechnung tragen.“

Anders stellt sich die Situation dar, wenn gar nicht erst versucht wird, für jede Einrichtung eigene Preise zu finden, sondern *regionale Einheitspreise* für alle Einrichtungen festgesetzt werden. Hierbei wird dann an der Fiktion von Pflege als homogenem Gut festgehalten.<sup>35</sup> Als Maßstab hierfür könnten beispielsweise die Durchschnittskosten der Einrichtungen in definierten Regionen herangezogen werden. Werden alle Einrichtungen verpflichtet, ihre Kostenstruktur gegenüber einer staatlichen Agentur offen zu legen, kann diese mit administrativ bewältigbarem Aufwand Durchschnittskosten ermitteln, die dann zur Preissetzung verwandt werden. Ein ähnliches Verfahren soll nach vollständiger Einführung der DRGs im deutschen Krankenhaussektor angewendet werden. Basisfallwerte und Relativgewichte werden auf Basis der regionalen Durchschnittskosten festgelegt – allerdings nicht von einem staatlichen Akteur, sondern im staatlichen Auftrag. Die Festsetzung erfolgt einvernehmlich zwischen den Spitzenverbänden der Krankenversicherungen und der deutschen Krankenhausgesellschaft – wobei das Ministerium eine Ersatzvornahme durchführt, wenn die Selbstverwaltung kein Einvernehmen erzielt (und für die beiden ersten DRG-Jahre 2003 und 2004 hiervon auch Gebrauch machen musste). Der entscheidende Vorteil einer solchen Preissetzung ist, dass die einzelne Einrichtung den Preis durch ihre eigenen Selbstkosten nicht oder doch nur unmerklich beeinflussen kann. Die bislang immer noch gegebene Möglichkeit, hohe (unwirtschaftliche) Selbstkosten durch geschickte Verhandlungen refinanziert zu bekommen, entfällt. Vielmehr wird damit auch ein Anreiz zur Effizienzsteigerung gesetzt, da Rationalisierungsgewinne nunmehr nicht mehr automatisch zu einer entsprechenden Senkung des Einrichtungsbudgets in der nächsten Periode führen, sondern die Preise nur in sofern reduzieren, wie die eigenen Kosten in die Durchschnittsbildung eingehen.

---

<sup>35</sup> Da die Preise dann einheitlich für eine Region festgelegt werden, kann der Preis für die Einrichtung kein Aktionsparameter im Wettbewerb mit anderen Einrichtungen sein. Der glaubhaft nachgewiesenen Qualität der Leistungserbringung kommt als Wettbewerbsparameter dann eine wesentlich größere Bedeutung zu.

Wird die Region, für die Einheitspreise administriert werden, hinreichend groß gewählt, ist der Einfluss der eigenen Kosten auf die Durchschnittsbildung aber vernachlässigbar. Eine Begrenzung auf Kreise und kreisfreie Städte wie sie in § 86 Abs. 2 SGB XI vorgesehen ist<sup>36</sup> wird dieser Bedingung womöglich nicht gerecht,<sup>37</sup> so dass an größere Regionen (die beiden Landesteile oder Kreise auf der einen und kreisfreie Städte auf der anderen Seite oder sogar – wie bei der Ermächtigung für eine Gebührenordnung im ambulanten Bereich – das gesamte Bundesgebiet) gedacht werden sollte. Werden die Regionen aber sehr groß gewählt, bevor- und benachteiligt eine Preisbildung entsprechend der Durchschnittskosten womöglich bestimmte Lokalitäten.<sup>38</sup>

Insgesamt ist eine Administrierung von regionalen Einheitspreisen auf Basis der Durchschnittskosten der Einrichtungen für wohl definierte Leistungen (s. Abschnitt 5.1) der derzeitigen Regelung damit insbesondere im Hinblick auf die dynamische Funktion der Preisbildung (s. Kapitel 3) überlegen, was beispielsweise Prinz (1995: 41) dazu veranlasst, den Übergang von Verhandlungspreisen auf administrierte Preise zu fordern. Ein weiterer Vorteil bestände darin, dass die Repräsentationsprobleme der derzeitigen Regelungen gelöst werden könnten. Die derzeitigen Vertragspartner – insbesondere Pflegekassen und Landschaftsverbände auf der einen Seite und die Verbände der Einrichtungen auf der anderen Seite – könnten etwa im Rahmen einer Pflegesatzkommission im staatlichen Auftrag die regionalen Durchschnittskosten von den Einrichtungen erheben und festsetzen. Der administrative Aufwand einer solchen Vorgehensweise wäre deutlich geringer als beim derzeitigen Verfahren. Gleichzeitig reduzieren sich die jetzt noch in den Verhandlungen vorhandenen Gestaltungsspielräume. Gibt es jedoch nur wenige Gestaltungsspielräume, sind Repräsentationsprobleme vergleichsweise unproblematisch.

---

36 Diese Einschränkung ist erst im Ersten SGB XI-Änderungsgesetz aufgenommen worden. In seiner ursprünglichen Fassung war diese räumliche Einschränkung nicht gegeben. Der § 86 Abs. 2 SGB XI lautet damals vielmehr „Für Gruppen gleichartiger Pflegeheime, die nach einheitlichen oder vergleichbaren Gesichtspunkten bewertet werden können, kann die Pflegesatzkommission mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger einheitliche Pflegesätze (Gruppenpflegesätze) vereinbaren.“

37 Selbst in diesem Fall gehen aber noch durchschnittlich mehr als 20 Einrichtungen in die Durchschnittspreisbildung ein, so dass der Einfluss der eigenen Einrichtung auf die Durchschnittspreisbildung gering bleibt.

38 Allerdings geht es hier um die Preissetzung von pflegebedingten Aufwendungen bzw. Unterkunft und Verpflegung. Die Investitionskosten, bei denen ein gravierendes Stadt-Land-Gefälle unterstellt werden kann, sind nicht Gegenstand der hier angestellten Überlegungen.

## **5.3 Verhandlungspreise**

Wird dagegen grundsätzlich an der Verhandlungspreisbildung festgehalten, ist zu fragen, durch welche Modifikationen, die bestehenden Nachteile beseitigt werden können. Dabei ist insbesondere zu untersuchen,

- inwieweit sich die Gruppe der an den Verhandlungen Beteiligten verändern soll, um die erkannten Repräsentationsprobleme zu beheben (Abschnitt 5.3.1),
- welche Rolle Personalbemessungskonzepte spielen sollen (Abschnitt 5.3.2) und
- inwieweit Betriebsvergleiche und Gruppenpflegesätze eingesetzt werden (Abschnitt 5.3.3).

Abschnitt 5.3.4 fasst dann die Überlegungen zu möglichen Modifikationen der Verhandlungspreisbildung noch einmal zusammen.

### **5.3.1 Beteiligte**

Solange die Sozialhilfeträger die Heimkosten nur eines Teils der Pflegebedürftigen finanziert und solange die Pflegekassen nur betraglich gedeckelte Zuschüsse zahlen, die unterhalb der in Rechnung gestellten Kosten für pflegebedingte Aufwendungen liegen und den Bereich der Hotelkosten vollständig ausklammern, ist schwer erkennbar, wie das Legitimationsproblem gelöst werden kann, das dadurch entsteht, dass die Kostenträger über Kosten verhandeln, die sie letztlich nicht tragen. Eine Verhandlungsführerschaft der Pflegekassen wird – im Vergleich zu Verhandlungen für Bereiche, in denen die Kassen die vollen Kosten tragen – allenfalls durch eine vermittelnde Funktion zwischen den Kostendämpfungsinteressen der Sozialhilfeträger und den Interessen der Einrichtungen legitimierbar bleiben.

Eine Heilung dieser Problematik könnte sich theoretisch nur durch eine stärkere Beteiligung der Betroffenen, d.h. der Heimbewohner, an Pflegesatzverhandlungen ergeben. Nun steht die Beteiligung individueller Heimbewohner in Kollektivverhandlungen nicht zur Debatte. Institutionell kann eine stärkere Beteiligung der Heimbewohner nur durch ein Repräsentativorgan wie den Heimbeirat geschehen. Tatsächlich ist die Rolle des Heimbeirats im PQsG gestärkt worden – ohne dass er jedoch formal und regelhaft an den Pflegesatzverhandlungen beteiligt wurde. Allerdings bestehen doch erhebliche

Zweifel an der Sinnhaftigkeit einer stärkeren Rolle des Heimbeirats in den Verhandlungen.

Zum einen ist zu bezweifeln, dass der Heimbeirat regelmäßig über die notwendige fachliche Kompetenz für die Verhandlungen verfügt. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Heimbeirat ohne weitere Qualifizierung nicht über die notwendige Sachkompetenz verfügt und deshalb in den Verhandlungen keine entscheidende Rolle spielt (so auch Meyer 2003: 55). Von der Bundesinteressenvertretung Altenheimbewohner (BIVA) ist ein – recht anspruchsvolles – Qualifizierungskonzept für Heimbeiräte vorgelegt worden, das etwa in Hamburg auch bereits angewendet wird, in NRW insbesondere wegen der damit verbundenen Kosten aber nicht umgesetzt wird (Interview *Eifert*). Eine Weiterqualifizierung der Heimbeiräte könnte dazu beitragen, dass diese aktive am Verhandlungsgeschehen teilnehmen und dann insbesondere auch überwachen könnten, inwieweit etwa qualitative Zusagen, die die Heimträger den Kostenträgern in den Verhandlungen gegeben haben, in der Praxis umgesetzt werden.

Zum anderen besteht de facto ein Abhängigkeitsverhältnis der Heimbewohner, so dass es zu Konflikten kommen könnte, wollte sich der Heimbeirat in den Verhandlungen in Widerspruch zum Heimträger begeben. Tatsächlich unterstützt die schriftliche Stellungnahme des Heimbeirats, die das Pflegeheim gemäß § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB XI vorzulegen hat, in der Praxis regelmäßig die Position des Heimträgers, ohne inhaltlich neue Aspekte einzubringen (Interview *Schumann*).

Schließlich habe die Heimbeiräte selbst ein Legitimationsproblem, da sie sowohl die Selbstzahler als auch die Sozialhilfeempfänger vertreten. Da die Erstgenannten sowohl an einer Begrenzung der Pflegesätze als auch an der Pflegequalität interessiert sind, die letztgenannten aber ausschließlich ein Qualitätsinteresse haben (was tendenziell dazu führt, dass sie Steigerungen der Heimentgelte gutheißen), vertreten die Heimbeiräte zwei etwa gleich starke Bewohnergruppen mit zum Teil antagonistischen Interessen.

Summarisch bezeichnet Hesse-Schiller (2000: 2002) die „Beteiligung des Heimbeirats an Pflegesatzverfahren ... [daher auch als] eine Suggestion mit garantierter Frustration“.

Insgesamt ist somit zu konstatieren, dass nicht erkennbar ist, wie das erkannte Legitimationsdefizit durch eine veränderte Zusammensetzung der Vertragspartner überzeugend aufzuheben ist.

### 5.3.2 Die Rolle von Personalbemessungskonzepten

Mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz wurde der § 80a neu in das SGB XI hineingenommen. Diese Norm setzt für alle ab dem 1.1.2004 geschlossenen Pflegesatzvereinbarungen den Nachweis einer wirksamen Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) durch den Träger des zugelassenen Pflegeheims voraus. In der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung „sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale festzulegen“ (§ 80a Abs. 2 Satz 1 SGB XI). Dazu gehören insbesondere auch „die personelle und sächliche Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeiter“ (§ 80a Abs. 2 Satz 2 Ziffer 3 SGB XI). Diese Festlegungen sind für die Vertragsparteien und die Schiedsstelle „als Bemessungsgrundlage für die Pflegesätze und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach dem Achten Kapitel unmittelbar verbindlich“ (§ 80a Abs. 2 Satz 3 SGB XI). Gleichzeitig wurde im PQsG der § 75 SGB XI, der den Abschluss von Rahmenverträgen zwischen den Verbänden der Kosten- und Einrichtungsträger regelt, um einen neuen Abs. 3 ergänzt. Gemäß dieser Norm sind als Teil der Verträge „landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten“ oder „landesweite Personalrichtwerte“ zu vereinbaren. Dabei „sind auch in Deutschland erprobte und bewährte internationale Erfahrungen zu berücksichtigen“. Mit der letzten Norm wird indirekt u.a. auf das aus Kanada kommende PLAISIR-Verfahren angespielt, das im Auftrag des BMFSFJ vom Kuratorium Deutsche Altershilfe für Deutschland erprobt wird (vgl. BMFSFJ 1999; Gennrich 2002). Wie in Abschnitt 2.2 beschrieben, ist diese gesetzliche Vorschrift bisher in Nordrhein-Westfalen allerdings (noch) nicht umgesetzt worden. In den Verhandlungen greifen die Kostenträger weiterhin auf die nicht einvernehmlich vereinbarten Orientierungswerte für die Personalbemessung zurück.

Damit wird – gesetzlich vorgegeben – ein Weg beschritten, bei dem die Unternehmerfunktion mehr und mehr vom Einrichtungsträger auf die Kostenträger übergeht und bei dem in Verhandlungen bereits ein großer Teil der betriebswirtschaftlichen Entscheidungen getroffen wird. Das ist ordnungspolitisch höchst bedenklich, wenn unterstellt wird, dass der Einrichtungsbetreiber am besten geeignet ist, seine Produktionsweise zu optimieren und Effektivität (auch in qualitativer Hinsicht) und Effizienz zu steigern. Werden Stellenpläne letztlich bereits in den Vergütungsverhandlungen festgelegt, wird die unternehmerische Gestaltungsfreiheit der Pflegeeinrichtungen zunehmend einge-

schränkt, betriebsindividuelle Optimierungen praktisch verboten und den Einrichtungen damit jeder Anreiz zur Innovation genommen. Im Ergebnis resultieren weitgehend gleiche Strukturen in allen Einrichtungen, die im Zeitablauf unverändert bleiben, da eine flexible Anpassung an betriebspezifische Bedingungen durch die Normierung aller Betriebsabläufe verhindert wird.

Unzweifelhaft kommt es damit zu einer größeren Standardisierung, die nichtgerechtfertigte Unterschiede in den Vergütungen beseitigt. Gleichzeitig kann auf Basis von Personalbemessungskonzepten besser über „leistungsgerechte Vergütungen“ befunden werden – zumindest dann wenn die Leistungen vom In- und nicht vom Output her definiert werden. Ihrer dynamischen Funktion wird die Preisbildung dabei aber ganz und gar nicht gerecht. Selbst wenn etwa eine Substitution verschiedener Fachkräfte inhaltlich geboten wäre, werden starre Personalbemessungskonzepte oder -anhaltszahlen eine solche betriebswirtschaftliche Optimierung in diesem System nämlich unterbinden.

In diesem Sinne konstatierte Siebig bereits 1979 in Bezug auf die Personalanhaltszahlen im Krankenhausbereich:

„Die Ausnützung solcher Substitutionsmöglichkeiten wird durch die praktizierte Anhaltszahlenregelung eingeschränkt. Denn erstens kann das Krankenhaus einen vergleichsweise zu den Anhaltszahlen größeren Einsatz eines Faktors (z.B. höhere Besetzung im ärztlichen Dienst) ... nur schwer durchsetzen. Dies ist auch dann der Fall, wenn die Erhöhung eines Faktors mit der Reduzierung eines anderen Faktors im Zusammenhang steht. Zweitens – und dies ist ein gewichtiger Grund – geht durch die hohe Verbindlichkeit der Anhaltszahlen für die Krankenhäuser der Anreiz verloren, nach Alternativen für das sanktionierte Faktoreinsatzverhältnis zu suchen. Schließlich ist die strikte Anlehnung an die empfohlenen Richtwerte bequemer als eine eigenständige Personalbedarfsermittlung, die allerdings aufgrund individueller Gegebenheiten von Krankenhaus zu Krankenhaus geboten wäre. Die Fixierung auf die Anhaltszahlen nagelt das Krankenhaus somit auf ein Produktionsschema fest, das weder für den individuellen Fall noch für die Zukunft Berechtigung besitzt. Die Produktivität des Krankenhauses ließe sich jedoch gerade dadurch steigern, daß ihm in der Aufteilung seiner Mittel auf die verschiedenen Faktoren größere Freiheitsräume als bisher gegeben werden“ (Siebig 1979: 129).

Gleiches gilt auch für Pflegeheime. Insofern muss der im PQsG eingeschlagene Weg als Sackgasse angesehen werden. Personalbemessungskonzepte können eine nützliche und wichtige Rolle bei der betrieblichen Kalkulation von Stellenplänen spielen. In Pflege-satzverhandlungen haben sie hingegen keinen Platz. Kostenträger sollen über den Preis wohl definierter Leistungen verhandeln – der Prozess der Leistungserstellung, und damit auch die Personalplanung, muss hingegen die Domäne der Einrichtungsbetreiber bleiben, damit diese – vor dem Hintergrund der spezifischen Gegebenheiten ihrer Einrichtung betriebswirtschaftlich optimieren können.

Allerdings setzt der Verzicht auf eine Personalbestimmung in Pflegesatzverhandlungen auch ein anderes Verständnis in Bezug auf die Qualitätssicherung voraus. Nach Donabedian (1966) kann die Qualität in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität eingeteilt werden. Die implizite These ist dabei, dass eine hohe Strukturqualität (Personalausstattung, räumliche Ausstattung etc.) eine hohe Prozess- und dann auch eine hohe Ergebnisqualität nach sich zieht. Dies ist allerdings keineswegs zwingend gegeben. Dennoch konzentriert sich etwas das MDK-Konzept zur Qualitätssicherung in der Pflege (vgl. MDS 2000) eindeutig auf die Strukturqualität (Dängel 2003: 72ff.). Entsprechend wird auch im PQsG der Strukturqualität und hier insbesondere der Personalausstattung der Einrichtungen ein zentrales Gewicht beigemessen. Ziehen sich die Kostenträger aber – wie oben gefordert – komplett aus der Personalplanung der Einrichtungen zurück, stellt sich die Frage, wie die Qualität der Pflege gesichert werden soll. Zum einen ist hierbei auf die weiterhin bestehenden gesetzlichen Vorgaben (etwa der §§ 71f. SGB XI, insbesondere aber auch der Pflegefachquote von 50% des Heimgesetzes) im Bereich der Strukturqualität zu verweisen. Zum anderen ist aber – gerade in Bezug auf die Qualitätssicherung und -entwicklung – zu fordern, dass sich diese auf die bislang sträflich vernachlässigte Ergebnisqualität beziehen soll (Behrens/Rothgang 2000). In diesem Sinne fordern beispielsweise Roth und Schnabel (2002) „eine weiter zu entwickelnde standardisierte Messung der Ergebnisqualität“ (S. 95), bei der insbesondere das in den USA entwickelte Resident Assessment Instrument (RAI) eingesetzt werden sollte, das auf einer „methodisch kontrollierte[n] Erfassung und Beobachtung der Zustände der Pflegebedürftigen“ (S. 36) beruht und damit die Ergebnisqualität zu Ausgangspunkt der Qualitätssicherung macht. Wird darauf verzichtet, die Stellenpläne von Einrichtungen bereits in den Pflegesatzverhandlungen festzuschreiben, muss das nicht zu einem schleichenden Qualitätsverlust führen, wenn die Qualitätssicherung zugleich auf eine andere Grundlage gestellt wird.

### **5.3.3 Einrichtungsindividuelle vs. einrichtungsübergreifende Vergütungsfestsetzung**

Die Festlegung von Vergütungen erfolgt in NRW derzeit zum einen auf Basis einrichtungsübergreifender Richtwerte und zum anderen aufgrund der heimindividuellen Selbstkosten (vgl. Abschnitt 2.2). Wie bereits deutlich wurde, bieten

Vergütungsverfahren, bei denen die einrichtungsindividuellen Selbstkosten Einfluss auf die Vergütung haben, keinen Anreiz zur betrieblichen Rationalisierung und Effizienzsteigerung. Solange es auf der einen Seite gelingen kann, höhere Selbstkosten in höhere Entgelte umzuwandeln, und solange auf der anderen Seite Einsparungen in der nächsten Verhandlungsrunde zu Budgetkürzungen führen, haben Einrichtungen keinen Anreiz zur betrieblichen Innovation. Aus diesem Grund sind Vergütungsregelungen, bei denen die betriebsindividuellen Kosten keinen Einfluss auf die Höhe der Vergütung haben grundsätzlich solchen vorzuziehen, bei denen die Selbstkosten die Vergütungshöhe (direkte oder indirekt) beeinflussen. Werden die Vergütungshöhen einrichtungsindividuell festgelegt, gehen die nachgewiesenen Selbstkosten aber immer in darin ein. Aus diesem Grund sind einrichtungsübergreifende Vergütungsfestsetzungen vorzuziehen.

Eine Instrument, um die Vergütungshöhe einrichtungsübergreifend festzulegen, sind *Betriebsvergleiche* (externe Vergleiche) wie sie vom BSG als „Methode der Wahl“ gekennzeichnet wurden.<sup>39</sup> Das Hauptproblem bei Betriebsvergleichen im Krankenhauswesen lag darin, dass die Einrichtungsträger die Vergleichbarkeit mit den Häusern, die bessere Ergebnisse vorgelegt haben, regelmäßig bestritten. Nach der in der Begründung zum PflegeVG zum Ausdruck kommenden Ansicht des Gesetzgebers besteht diese Schwierigkeit bei Pflegeheimen nicht in gleichem Maße, da die „pflegerische Versorgung ... sehr viel homogener als die stationäre Versorgung in den Krankenhäusern“ sei (Begründung zu § 86 Abs. 2 SGB XI; Bundestags-Drucksache 12/5262: 146). Dennoch wird der externe Vergleich in Nordrhein-Westfalen nicht systematisch angewandt. Sowohl Einrichtungen als auch Kostenträger bestreiten eine Vergleichbarkeit der Einrichtungen – und die Schiedsstelle zwingt die Vertragspartner nicht zur Anwendung des externen Vergleichs.<sup>40</sup>

Insofern würde die stärkere Berücksichtigung von Betriebsvergleichen sicherlich einen Fortschritt gegenüber der derzeitigen Rechtspraxis darstellen. Den derzeit verwandten

---

<sup>39</sup> Urteil vom 14.12.200, Aktenzeichen B 3 P 19/00 R., Rz. 24. Vgl. auch das im Tenor ähnlichen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 1.12.1998, Aktenzeichen 5 C 17/97.

<sup>40</sup> Die Schiedsstellen in anderen Bundesländern handhaben dies durchaus unterschiedlich. Aus seiner früheren Tätigkeit als unparteiisches Mitglied in der Schiedsstelle SGB XI in Mecklenburg-Vorpommern ist einem der Autoren bekannt, dass die Schiedsstelle dort auch gegen den Willen der Vertragspartner auf die Anwendung des externen Vergleichs in den Vergütungsverhandlungen drängt und den Vergleich in jedem Fall in den Schiedsstellenverfahren anwendet.

„Orientierungswerten“ sind sie insbesondere dann überlegen, wenn auf die gesamten pflegebedingten Kosten abgestellt wird und Vergleiche nicht auf der Ebene einzelner Kostenkonten angestellt werden.

Eine strenge Anwendung von Betriebsvergleichen kommt letztlich aber schon der Anwendung von *Gruppenpflegesätzen* (einheitliche Pflegesätze für Gruppen vergleichbarer Einrichtungen) nahe. Diese haben den Vorteil, dass sie offen einrichtungsübergreifend angelegt sind und die Abkehr von einer Betrachtung der individuellen Selbstkosten nicht durch die Hintertür des externen Vergleichs in einrichtungsindividuelle Verhandlungen „einschmuggeln“. Gruppenpflegesätze wurden bereits im Regierungsentwurf zum PflegeVG propagiert:

„Deswegen ermutigt Absatz 2 die Pflegesatzkommissionen, für Gruppen gleichartiger oder vergleichbarer Pflegeheime einheitliche Pflegesätze (Gruppenpflegesätze) auszuhandeln. Solche Gruppenpflegesätze sind nicht nur geeignet, innerhalb der Gruppe und im Verhältnis zu anderen Pflegeheimen als Maßstab für eine wirtschaftliche und leistungsfähige Versorgung der Pflegebedürftigen zu dienen, sie bieten darüber hinaus (als Durchschnittspflegesätze) den Pflegeheimen in der Gruppe erhöhte Chancen und Anreize, Gewinne zu erzielen, die für eine wirtschaftliche Betriebsführung kennzeichnend sind“ (Bundestags-Drucksache 12/5262: 146.).

Umso unverständlicher ist die im 1. SGB XI-ÄndG in § 86 Abs. 2 implementierte regionale Begrenzung auf den Bereich von Landkreisen bzw. kreisfreien Gemeinden, die wieder zurückgenommen werden sollte (s.o.). Als „Durchschnittspflegesätze“ ausgestaltete Gruppenpflegesätze<sup>41</sup> sorgen dafür, dass individuelle Einsparungen nur über die Durchschnittsbildung und damit erheblich abgeschwächt Eingang in das Budget des Folgezeitraums finden.<sup>42</sup> Sie sorgen damit für echte Anreize zur Effizienzsteigerung, die allein durch Übergang zur prospektiven Budgetierung nicht ausgelöst werden (s.o.).<sup>43</sup> Dadurch, dass die Einhaltung der ermittelten Durchschnittswerte verbindlich

---

41 Der ursprünglich im Gesetzestext enthaltene Begriff der „Gruppenpflegesätze“ ist im 1. SGB XI-ÄndG aus § 86 Abs. 2 SGB XI gestrichen worden.

42 Allerdings wurde an § 86 Abs. 2 SGB XI ein Satz 2 angehängt, der die beteiligten Pflegeheime befugt, „ihre Leistungen unterhalb der nach Satz 1 vereinbarten Pflegesätze anzubieten.“ Wird von einzelnen Pflegeheimen – zur Erlangung eines Wettbewerbsvorteils – davon gebracht gemacht, verschärft sich der Druck auf die überdurchschnittlich teuren Heime zur Kostensenkung noch einmal.

43 Ähnlich argumentiert Prinz (1995: 40f.) hinsichtlich der Vorteilhaftigkeit administrierter, d.h. von einer staatlichen Behörde oder einer hierfür beauftragten Institution einseitig festgesetzter Preise. Auch eine staatliche Agentur ist zur Ermittlung der Vergleichsgruppen und der Durchschnittspreise innerhalb dieser Gruppen aber auf die Mitarbeit der Anbieter angewiesen. Eine auf die Durchschnittspreise festgelegte Verhandlungspreisbildung unterscheidet sich daher de facto kaum von einer administrierten Preisbildung. Hinsichtlich der Durchsetzungsfähigkeit kann es sogar vorteilhaft sein, die Kostenträger, die ein eindeutiges Interesse an Preissenkungen haben, und

gemacht wird, gehen Gruppenpflegesätze sogar noch über bloße Betriebsvergleiche hinaus und vermeiden den Streit über die Bedeutung, die Betriebsvergleichen zukommt. Allerdings können sie derzeit nur „mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger“ vereinbart werden (§ 86 Abs. 2 Satz 1 SGB XI). Um Gruppenpflegesätzen zum Durchbruch zu verhelfen, müsste zumindest diese Klausel, die ein Vetorecht jeder einzelnen Einrichtung normiert, aufgehoben werden.

#### **5.3.4 Zwischenfazit**

Die derzeit praktizierte Verhandlungspreisbildung weist eine Reihe von Schwächen auf, die teilweise aber durch Modifikationen der Rahmengesetzgebung abgebaut werden können. So sollten die Regelungen des PQsG, nach denen letztlich die Stellenpläne der einzelnen Einrichtungen bereits in Vergütungsverhandlungen fest vereinbart werden, aufgehoben und die Personalbemessung wieder in die Obhut der Einrichtungsträger übergeben werden. Zentral ist weiterhin der Übergang zu einer einrichtungsübergreifenden Vergütungsfindung durch verstärkten Rückgriff auf Betriebsvergleiche oder – noch besser – die Einführung von Gruppenpflegesätzen. Dieser Schritt – und nicht der im PflegeVG vollzogene Übergang zur prospektiven Budgetierung sowie zu leistungsgerechten Entgelten – wäre für die Steigerung der Wirtschaftlichkeit und den Abbau von Rationalisierungsreserven von entscheidender Bedeutung, da damit erstmals Anreize zur Effizienzsteigerung geschaffen würden.

Wird die Verhandlungspreissetzung derart umgestaltet, bleiben die Effizienzanreize ebenso wie auch bei der administrativen Preisfestsetzung basierend auf Durchschnittskosten erhalten. Allerdings erlaubt die Verhandlung von Gruppenpflegesätzen auch eine Preissetzung, die sich nicht an den Durchschnittskosten orientiert und ist damit flexibler.<sup>44</sup> Hierdurch unterscheidet sie sich von administrierten Preisen auf Basis von Durch-

---

nicht eine staatliche Institution als Partner der Anbieter an der Preissetzung zu beteiligen. So wurde im Krankenhausbereich nicht zuletzt aus diesem Grund in den achtziger Jahren schrittweise der Übergang von administrierten Preisen, die durch die zuständige Landesbehörde festgesetzt wurden, hin zu Verhandlungspreisen, die nur noch von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden mussten, vollzogen. Von den Krankenhäusern wurde dies teilweise bedauert, weil sie der „neutralen“ staatlichen Instanz eine Schutzfunktion zugeschrieben haben (vgl. Rothgang 1994: 317f.).

<sup>44</sup> So können etwa zur Steigerung der Pflegequalität für einen vereinbarten Zeitraum höhere Entgelte festgelegt werden, die dann aber natürlich für alle gleichermaßen gelten.

schnittskosten. Mit administrierten Preisen gemeinsam wird aber auch bei einer derartigen Preissetzung an der Fiktion von Pflege als homogenem Gut festgehalten.

## **5.4 Marktpreisbildung**

Eine radikale Option zur Beseitigung der erkannten Schwächen des derzeitigen Systems der Entgeltfestsetzung besteht in der gänzlichen Abschaffung von Entgeltverhandlungen und dem Übergang zur Marktpreisbildung. Wie in anderen nicht staatlich administrierten Wirtschaftsbereichen auch würde die Preisbildung damit ausschließlich dem Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage überantwortet. Die Einrichtungsträger wären demnach frei, die Preise für ihre Leistungen zu fordern, die sie zur Kostendeckung für notwendig, gleichzeitig am Markt aber für erzielbar halten. Überhöhte Preise würden dann nicht mehr durch die Kontrolle der Pflegekassen und Sozialhilfeträger in Preisverhandlungen verhindert, sondern dadurch, dass Einrichtungen fürchten müssten, bei zu hohen Preisen zuviel Nachfrage zu verlieren. Selbstverständlich liegen auch alle betriebswirtschaftlichen Entscheidungen in diesem Fall vollständig bei den Einrichtungen – einschließlich der Personalplanung, die nicht mehr mit Pflegekassen und Sozialhilfeträgern abgestimmt werden muss. Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI etwa wären dann entbehrlich (so auch das BSG in seinem Urteil vom 14.12.2000). Da die erzielbaren Preise vollkommen unabhängig von den betriebsindividuellen Kosten bestimmt werden, bestehen hohe Anreize, die Produktion von Pflegeleistungen technisch effizient zu gestalten und entsprechende Anstrengungen zur Effizienzsteigerung zu unternehmen

Gemäß der ökonomischen Theorie führt eine solche Preisbildung auf Wettbewerbsmärkten zu leistungsgerechten Entgelten und wohlfahrtstheoretisch optimalen Ergebnissen, wenn eine Reihe von Bedingungen auf Angebots- und Nachfrageseite erfüllt sind. Im Folgenden werden daher zunächst einige diesbezüglich kritische Bedingungen auf Angebots- (Abschnitt 5.4.1) und Nachfrageseite (Abschnitt 5.4.2) untersucht, bevor auf eine Ausgestaltungsfrage eingegangen (Abschnitt 5.4.3) und ein Zwischenfazit (Abschnitt 5.4.4) gezogen wird.

#### **5.4.1 Voraussetzungen für eine funktionierende Marktpreisbildung auf der Anbieterseite**

Eine Marktpreisbildung kann nur dann befriedigend funktionieren, wenn ein *hinreichendes Angebot* zur Verfügung steht bzw. bei freiem Marktzutritt kurzfristig geschaffen werden kann. Nun wurde von der Landesregierung bereits in ihrem Evaluationsbericht (Landesregierung Nordrhein-Westfalen 1999) ein quantitativ ausreichendes Angebot an stationären Pflegeeinrichtungen und -plätzen konstatiert. Allerdings ist schon allein demographisch bedingt in nächster Zukunft mit einer Zunahme der Nachfrage nach stationären Pflegeleistungen zu rechnen (Rothgang 2004), so dass ein *freier Marktzugang* für weitere potentielle Anbieter eine notwendige Bedingung ist, um auch in Zukunft ein hinreichendes Angebot sicherzustellen. Nun war dieser freie Marktzugang gerade in NRW durch die dort bestehende Bedarfsplanung entscheidend eingeschränkt (Rothgang 2000b und 2001). Mit der 2003 in Kraft getretenen Neufassung des Landespflegegesetzes sind diese in der Bedarfsplanung liegenden Marktzutrittsbarrieren allerdings außer Kraft gesetzt worden, so dass nunmehr in NRW davon ausgegangen werden kann, dass der Pflegemarkt grundsätzlich in der Lage ist, ein quantitativ ausreichendes Versorgungsangebot bereitzustellen (vgl. Rothgang 2003). Entsprechend hat das neue Landespflegegesetz zumindest in einzelnen Landesregionen bereits zu einer Zunahme der Kapazitäten im stationären Pflegebereich geführt.

Eine funktionierende Marktpreisbildung setzt weiterhin voraus, dass sich die Einrichtungsträger wie echte Wettbewerber verhalten und insbesondere *keine Preisabsprachen* vorgenommen werden. Die Gefahr derartiger Praktiken besteht grundsätzlich auf allen Wettbewerbsmärkten. Ihm wird durch das deutsche und europäische Kartellrecht begegnet. Kartellabsprachen sind umso schwerer zu realisieren, je größer die Zahl der Anbieter ist. Obwohl auch im Pflegebereich Konzentrationsprozesse erkennbar sind, erscheint die Zahl der von einander unabhängigen Anbieter in Nordrhein-Westfalen aber doch so groß, dass diesbezüglich Optimismus angezeigt ist.

#### 5.4.2 Voraussetzungen für eine funktionierende Marktpreisbildung auf der Nachfrageseite

Eine weitere zentrale Voraussetzung für eine funktionierende Marktpreisbildung ist das Vorhandensein einer *preisreagiblen Nachfrage*. Auf normalen Märkten kann dies regelmäßig unterstellt werden. Die individuelle Nachfrage nach einem Gut führt – bei gegebenem Einkommen – dazu, dass andere gleichfalls nutzenstiftende Güter nicht erworben und konsumiert werden können. Es entstehen daher bei jedem Kauf Opportunitätskosten, die umso höher liegen, je höher der Preis des Gutes ist. Im Regelfall ergibt sich daraus eine negativ mit dem Marktpreis korrelierte preisreagible Marktnachfrage.

Diese Situation ändert sich jedoch, wenn der Konsument in Bezug auf die Inanspruchnahme von Dienstleistungen voll versichert ist. Eine Inanspruchnahme führt dann nicht mehr zu Opportunitätskosten, da die Ausgaben von der Versicherung beglichen werden. Zwar muss auch die Versicherung ihre Ausgaben refinanzieren, allerdings geschieht dies über eine Umlage auf alle Versicherten. Bei einem hinreichend großen Versichertenkreis ist der auf den einzelnen entfallende Anteil dann vernachlässigbar gering. Eine Vollversicherung generiert demnach bei individuell nutzenmaximierenden Versicherten regelmäßig „moral hazard“-Verhalten.<sup>45</sup> Der Versicherte wird seine Nachfrage bis zur Sättigungsmenge<sup>46</sup> ausdehnen, und seine Nachfragefunktion ist vollkommen preisunelastisch. Eine Marktpreisbildung führt in diesem Fall nicht zu den gewünschten Wohl-

---

<sup>45</sup> Moral hazard bezeichnet die Verhaltensänderungen, die durch Abschluß eines Versicherungsvertrages ausgelöst werden und zu einer Abweichung vom Wohlfahrtsoptimum führen. Hierbei kann zwischen ex ante und ex post moral hazard unterschieden werden. Ex ante moral hazard verweist darauf, daß die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten des Schadensfalls selbst beeinflusst werden kann, während sich ex post moral hazard auf das Verhalten nach Eintreten des Schadensfalls bezieht. Im Gesundheitsbereich wird ex ante moral hazard insbesondere im Zusammenhang mit vermindertem Präventionsverhalten und mit der Simulation des Schadensfalls diskutiert. Ex post moral hazard liegt dann vor, wenn die Leistungsentnahme im Versicherungssystem – etwa auch durch Inanspruchnahme teurer Dienstleistungen – oberhalb des Volumens liegt, das gewählt würde, wenn die entstehenden Kosten vom einzelnen nicht externalisiert werden könnten. Vgl. für das Konzept des moral hazard grundlegend die Primärarbeiten von Arrow (1963, 1968) und Pauly (1968), die Übersichtsarbeiten von Mahr (1972), Nell (1993) und Mirrless (1999) sowie die Kritik von Schaper (1979). Überlegungen zum moral hazard in der Pflegeversicherung finden sich bei Mager 1995, Meier 1998 und Rothgang 1997 (1997: 97-126).

<sup>46</sup> Als „Sättigungsmenge“ wird die Menge bezeichnet, die ein Individuum nachfragen würde, wenn es sich an der Finanzierung des betreffenden Gutes oder der betreffenden Leistungen nicht beteiligen müßte. Bei einem unterstellten abnehmenden Grenznutzen ist die Sättigungsmenge dann die Menge, an der der Grenznutzen Null wird. Sowohl eine Ausdehnung als auch eine Einschränkung der Konsumtion würde daher den Gesamtnutzen senken.

fahrtsoptimalen Effekten. Unter anderem aus diesem Grund wird eine Marktpreisbildung etwa im Bereich der Krankenversicherung nicht praktiziert.

Bei der Pflegeversicherung handelt es sich aber gerade nicht um eine Vollversicherung. Im hier interessierenden stationären Bereich umfasst die Pflegeversicherung lediglich Zuschüsse zu einem Teil der Kosten der Heimpflege, nämlich den pflegebedingten Aufwendungen, die aber unterhalb der durchschnittlich in Rechnung gestellten Beträge liegen (vgl. Abschnitt 2.3). Aus diesem Grund bleiben die Preisanreize vollkommen intakt, da jede Preisveränderung (oberhalb der Leistungssätze der Pflegeversicherung) vollständig von den Versicherten beglichen werden müssen. Insofern kann für die Versicherten von einer preisreagiblen Nachfrage ausgegangen werden, diese Voraussetzung für eine funktionierende Marktpreisbildung ist gegeben.

Allerdings gilt das nur für den Teil der Versicherten, die nicht berechtigt sind, Hilfe zur Pflege als Hilfe in besonderen Lebenslagen nach § 68 BSHG zu beziehen. Beziehen Pflegebedürftige neben den Pflegekassenleistungen nämlich gleichzeitig Hilfe zur Pflege, ergibt sich für sie insgesamt das Analogon zu einer Vollversicherung. Der „Selbstbehalt“ der Pflegeversicherung wird nunmehr vom Sozialhilfeträger übernommen, so dass die Notwendigkeit entfällt, bei der Schaffung eines individuellen Pflegearrangements und bei der Wahl der Pflegeeinrichtung auch die entstehenden Aufwendungen in die Betrachtung einzubeziehen. Da in der vollstationären Pflege noch rund die Hälfte der Pflegebedürftigen Hilfe zur Pflege beziehen, ist der hier angesprochene Personenkreis nicht vernachlässigbar. Eine einfache Preisfreigabe ist zumindest in diesem Bereich daher nicht sinnvoll.

Der Übergang zu einer Marktpreisbildung setzt daher vielmehr voraus, dass auch die Sozialhilfeleistungen nach oben begrenzt werden und das Bedarfsdeckungsprinzip in der Sozialhilfe modifiziert werden muß. Zwar kann der Anspruch, für jeden Einzelfall alle bedarfsnotwendigen Leistungen bereitzustellen, bei der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen auch nach einem Übergang zur einer Marktpreisbildung grundsätzlich aufrecht erhalten werden, gleichzeitig müssen die Leistungsentgelte, die hierfür vom Sozialhilfeträger aufgebracht werden, dann aber nach oben begrenzt werden, weil ansonsten die Gefahr besteht, dass Einrichtungsträger und Sozialhilfeempfänger gemeinsam die Heimkosten in die Höhe treiben. Als Obergrenze für die von der Sozialhilfe zu übernehmenden Heimkosten würde sich etwa die Höhe der durchschnittlichen Pflegesätze

(oder ein anderes Perzentil der Verteilung der Pflegesätze) anbieten. Eine solche Pauschalierung ist in der Sozialhilfe keineswegs neu. Vorbilder finden sich insbesondere im Bereich der Hilfe zu Lebensunterhalt, aber auch bei der Eingliederungshilfe. Insofern liegt eine solche Pauschalierung durchaus in der bestehenden Logik der Sozialhilfe. Es ist darauf hinzuweisen, dass Sozialhilfeempfänger damit nur noch solche Einrichtungen nutzen könnten, die Entgelte unterhalb der oben beschriebenen Obergrenze erheben.

Eine funktionierende Marktpreisbildung setzt aber nicht nur voraus, dass die Nachfragefunktion preisreagibel ist. Notwendig ist auch, dass die Konsumenten über hinreichende *Konsumentensouveränität* verfügen. Die Konsumentensouveränität ist aber bei den Pflegebedürftigen häufig und in erheblichem Anteil eingeschränkt.<sup>47</sup> Es ist also davon auszugehen, dass die Entscheidungen darüber, in welches Heim ein Pflegebedürftiger einzieht, für einen großen Teil der „Kunden“ von Stellvertretern getroffen werden muss, was regelmäßig „Principal-agent“-Probleme aufwirft. Als Stellvertreter kommen insbesondere Angehörige bzw. gesetzliche Betreuer in Frage, aber auch die Pflegekassen nehmen dabei für sich in Anspruch als Stellvertreter der Pflegebedürftigen zu agieren. Allerdings wird die Entscheidung für ein bestimmtes Heim regelmäßig nicht von den Pflegekassen, sondern von Pflegebedürftigem und Angehörigen getroffen. Bei dieser Frage spielen sicherlich auch ökonomische Erwägungen – hohe Heimentgelte können zu Zahlungsverpflichtungen der Angehörigen führen oder das zu erwartende Erbe schmälern – eine Rolle. Dies gilt allerdings unabhängig davon, ob die Heimentgelte durch Verhandlungen zwischen Kosten- und Einrichtungsträgern, durch Verwaltungsakte staatlicher Stellen oder durch Marktpreisbildung ermittelt werden. Zu fordern ist hier grundsätzlich eine weitere Verbesserung des Beratungsangebots durch trägerunabhängige Stellen.<sup>48</sup>

Allerdings besteht die Befürchtung, dass es bei einer weiteren Liberalisierung des Pflege-marktes durch eine Marktpreisbildung zu einem Ausbau von Angeboten im Niedrigpreissegment mit entsprechend *geringer Qualität* kommt (u. a. Interview *Deppenbrock*). Dieser Befürchtung kann auf der Ebene positiver und normativer Erwägungen begegnet

---

47 So weist nach Schneekloth/Müller (2000: 134) rund jeder zweite Heimbewohner (geronto-)psychiatrischen Betreuungsbedarf auf. Ein weiteres Viertel ist „eher leichter verwirrt oder im Verhalten auffällig und nur ein das letzte Viertel ist „im wesentlichen unbeeinträchtigt“ (ebd.).

48 Vgl. Landesregierung Nordrhein-Westfalen 1999 für eine Bewertung der Erfolge und Misserfolge der trägerunabhängiger Beratung in NRW gemäß § 4 PFG NW.

werden. Im Hinblick auf Ersteres ist zu fragen, ob tatsächlich mit einer Zunahme von „Billigangeboten“ zu rechnen ist. Dies setzt voraus, dass die Angehörigen vor allem an Einsparungen denken, dabei das Wohl ihrer Pflegebedürftigen vernachlässigen und sich gegen diese durchzusetzen vermögen. Diese Konstellation ist aber sicherlich nur für einen Teil der Pflegebedürftigen zutreffend.

Entscheidender sind allerdings die normativen Überlegungen, also die Frage, wie eine solche Entwicklung zu bewerten wäre. Mit dem Heimgesetz und den Rechtsverordnungen zu seiner Ausführung (z.B. die Heimmindestbauverordnung, Heimmindestpersonalverordnung) werden die Qualitätsstandards festgeschrieben, die aus Sicht der Gesellschaft mindestens erfüllt sein müssen, um eine menschenwürdige Pflege zu ermöglichen. Diese Standards können auch bei Marktpreisbildung von den Einrichtungen nicht unterschritten werden.<sup>49</sup> Sollten sich ein gesellschaftlicher Konsens finden, diese Mindeststandards zu ändern, kann dies jederzeit mittels einer Novellierung des Heimgesetzes bzw. der zugehörigen Rechtsverordnungen geschehen. (Kostenintensive) Qualitätsstandards oberhalb dieser Schwelle zu verlangen, die dann aber von den einzelnen privat finanziert werden müssen, ist hingegen normativ kaum zu rechtfertigen. Wenn als Folge des Übergangs zur Marktpreisbildung daher z.B. das Niedrigpreissegment stärker ausgebaut wird und beispielsweise der Anteil der Mehrbettzimmer steigt, weil dies stärker den Präferenzen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen entspricht, ist es schwer, diese Entwicklung normativ zu kritisieren. Zentral ist vielmehr, dass die gesellschaftlich geforderten Mindeststandards, die insbesondere eine gefährliche Pflege verhindern müssen, durch das Ordnungsrecht garantiert werden. Dass die Pflegesätze infolge einer Marktpreisbildung im Hinblick auf die Qualität der Pflege „zu weit“ nach unten abrutschen, kann zudem durch eine entsprechende Anpassung der Leistungssätze der Pflegeversicherung gewährleistet werden. Diese Leistungssätze stellen regelmäßig eine Untergrenze der Pflegesätze dar, da pflegebedingte Aufwendungen unterhalb der Leistungssätze der Pflegeversicherung für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige keine weiteren Einsparungen mit sich bringen und daher unattraktiv sind.

---

<sup>49</sup> Eine Marktpreisbildung impliziert nicht, dass sich die Kostenträger aus der externen Qualitätssicherung durch Kontrollen zurückziehen!

### **5.4.3 Schutz der Bewohner vor Preiserhöhungen**

Wird eine Marktpreisbildung angestrebt, ergeben sich eine Reihe von Fragen der Ausgestaltung, von denen hier nur eine aufgegriffen werden soll: der *Schutz von Bewohnern vor Preiserhöhungen*. Das Durchschnittsalter der Heimbewohner wurde in einer aktuellen Repräsentativerhebung mit 81 Jahren ermittelt (Schneekloth/Müller 2000: 132). In der Regel haftet dem Heimeintritt damit etwas Endgültiges an. Infolgedessen sind die persönlichen Kosten eines nochmaligen Wechsels des Heims sehr hoch. Hat der (zukünftige) Pflegebedürftige bei seinem Einzug noch die Wahl zwischen verschiedenen Einrichtungen, gibt es diese Alternativen de facto nicht mehr, nachdem er sich im Heim eingerichtet hat (locked-in-Effekt). Ohne weitere Schutzvorkehrungen ist der Pflegebedürftige dem Heimträger daher in hohem Maße ausgeliefert – auch in Bezug auf zukünftige Erhöhungen der Pflegesätze. Analog dem Mietrecht sind daher bei einem Übergang zur Marktpreisbildung Schutzklauseln einzubauen, die den Heimbewohner vor abrupten Preiserhöhungen schützen. Für die Ausgestaltung derartiger Schutzklauseln ist auf die einschlägigen Regeln des Mietrechts zu verweisen.

### **5.4.4 Zwischenfazit**

Bei einer Marktpreisbildung wird die im PflegeVG formulierte und vom BSG konkretisierte Forderung, dass sich die Heimentgelte nur nach der Marktbewertung der Leistungen, nicht aber nach den Kosten der Leistungserstellung richten, vollständig umgesetzt. Damit werden Gewinnanreize und Verlustrisiken geschaffen, die die Einrichtungen zu permanenten Anstrengungen zur Effizienzsteigerung zwingen. Eine Marktpreisbildung kann aber nur dann zu derartigen wohlfahrtstheoretisch optimalen Ergebnissen führen, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind. Auf der *Angebotsseite* sind insbesondere ein freier Marktzugang und das Fehlen von Preisabsprachen zu betonen. Nachdem der freie Marktzugang durch Bedarfsplanungen auf Länderebene (u.a. in NRW) lange be- und verhindert wurde, wurden diese Marktzugangsbarrieren nach dem Urteil des Bundessozialgerichts ausgeräumt.

Auf der *Nachfrageseite* setzt eine funktionierende Marktpreisbildung vor allem eine hohe Selbstbeteiligung der Kunden an den Finanzierungskosten voraus. Während dies im Hinblick auf die pauschalierten Pflegeversicherungsleistungen ohne Weiteres unterstellt

werden kann, führt die Hilfe zur Pflege des BSHG zu moral hazard-Verhalten. Der Übergang zu einer Marktpreisbildung ist daher nur zu rechtfertigen, wenn die BSHG-Leistungen bei vollstationärer Pflege ebenfalls pauschaliert werden – etwa in Höhe der durchschnittlichen Heimentgelte.

Der Übergang zur Marktpreisbildung zieht womöglich einen Ausbau der Kapazitäten im Niedrigpreissektor nach sich. Allerdings kann dies normativ nicht kritisiert werden, solange die pauschalierten Pflegeversicherungsleistungen nicht auf das Niveau der Heimentgelte angehoben werden. Vielmehr ist es normativ fragwürdig, bestimmte Heimmerkmale – wie Einbettzimmer – zu erzwingen, solange die Pflegebedürftigen selbst die daraus resultierenden höheren Heimentgelte dann finanzieren müssen. Normativ ist vielmehr zu fordern, dass die gesellschaftlich anerkannten Mindeststandards im Heimrecht und in den Zulassungsvoraussetzungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrages festgeschrieben werden, es aber den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen überlassen bleibt, ob sie höhere Qualitätsansprüche und entsprechend höhere Pflegesätze bereit sind, mit eigenen Mitteln zu finanzieren.

Nur eine Marktpreisbildung kann zudem der Heterogenität der Dienstleistung „Pflege“ gerecht werden, da für die gleiche wohldefinierte Leistungseinheit auf dem Markt unterschiedliche Preise gefordert und – insbesondere wenn es gelingt, Qualitätsunterschiede sichtbar zu machen – auch erzielt werden können.

Insgesamt erscheint der Übergang zu einer Marktpreisbildung möglich und sinnvoll, wenn gleichzeitig das Sozialhilferecht angepasst wird und für das gesamte Heimentgelt Mieterschutzklauseln festgeschrieben werden, die verhindern, dass Heimbewohner nach ihrem Einzug mit überdurchschnittlich steigenden Entgelten rechnen müssen.

## **6. Empfehlungen der Autoren**

Bei der Bewertung des derzeitigen Verfahrens zur Vergütungsfindung im stationären Pflegebereich im Land zeigt sich, dass sowohl die rechtlichen Rahmenbedingungen als auch die Rechtspraxis eine Reihe von Defiziten sowohl im Hinblick auf die Legitimität der Vertragspartner als auch im Hinblick auf Anreize für eine statisch und dynamisch effiziente Preisbildung aufweisen. Die Prüfung alternativer Vergütungsformen hat

ergeben, dass es aus Sicht der Autoren mehrere Möglichkeiten gibt, um diese Defizite zu überwinden.

Grundsätzlich ist zunächst darüber zu unterscheiden, ob die Vergütung leistungsabhängig oder leistungsunabhängig erfolgen soll. Erfahrungen aus dem Krankenhausbereich zeigen, dass eine leistungsunabhängige Vergütung im Hinblick auf die postulierten Effizienzziele wenig zielführend ist. Daher ist am Grundansatz der leistungsabhängigen Vergütung festzuhalten. Die derzeit geltende Leistungseinheit „tagesgleiche Pflegesätze für drei Pflegeklassen“ ist allerdings zu grob und vernachlässigt die Varianz des Pflegebedarfs von Heimbewohnern innerhalb der Pflegeklassen. Eine Differenzierung der Definition von Leistungseinheiten ist daher nach Ansicht der Autoren Voraussetzung für eine Reform des Vergütungssystems in der stationären Pflege. Diese könnte entweder durch die Modularisierung von Leistungen in Form von Leistungskomplexen oder durch eine im Vergleich zum Status quo deutlich differenzierte Einteilung der Pflegebedürftigen in Bedarfgruppen geschehen. Die Preise für die Leistungskomplexe oder Bedarfgruppen können dann durch eine modifizierte Form von Verhandlungen, staatliche Administration oder über Marktpreise bestimmt werden.

In Bezug auf eine *Verhandlungspreisbildung* halten die Gutachter die derzeitigen Repräsentationsprobleme durch eine veränderte Zusammensetzung der Vertragspartner für nicht lösbar – insbesondere weil doch erhebliche Zweifel an der Sinnhaftigkeit einer stärkeren Rolle des Heimbeirats in den Verhandlungen bestehen. Optimierungspotenzial sehen die Autoren jedoch bei den Anreizproblemen der derzeitigen Regelungen. Dabei gilt der Grundsatz, dass heimindividuelle Kosten bei der Vergütungsfindung eine möglichst geringe Rolle spielen sollen. Vergütungsverfahren, bei denen die einrichtungsindividuellen Selbstkosten Einfluss auf die Vergütung haben, bieten keinen Anreiz zur betrieblichen Rationalisierung und Effizienzsteigerung. In diesem Sinne ist auch die Anwendung von Personalbemessungskonzepten in der Vergütungsfindung kontraproduktiv, weil die unternehmerische Gestaltungsfreiheit der Pflegeeinrichtungen eingeschränkt und ihnen jeder Anreiz zur Innovation genommen wird. Vorzuziehen ist daher die Anwendung des externen Betriebsvergleichs bzw. noch weitergehend der Festlegung von Gruppenpflegesätzen. Gruppenpflegesätze sind nicht nur geeignet, innerhalb der Gruppe und im Verhältnis zu anderen Pflegeheimen als Maßstab für eine wirtschaftliche und leistungsfähige Versorgung der Pflegebedürftigen zu dienen, sie bieten darüber hinaus (als Durchschnittspflegesätze) den Pflegeheimen in der Gruppe erhöhte

Chancen und Anreize, Gewinne zu erzielen (aber auch ein Verlustrisiko zu tragen), die für eine wirtschaftliche Betriebsführung kennzeichnend sind.

Staatlich administrierte Preise sind zur Bestimmung heimindividueller Vergütungen wenig geeignet. Eine staatlich vorgenommene Preisfestsetzung kann aber durchaus sinnvoll sein, wenn regionale Einheitspreise für alle Einrichtungen festgesetzt werden. Als Maßstab hierfür könnten beispielsweise die Durchschnittskosten der Einrichtungen in definierten Regionen herangezogen werden. Ein ähnliches Verfahren soll nach vollständiger Einführung der DRGs im deutschen Krankenhaussektor angewendet werden. Die Preise sollen dort auf Basis der regionalen Durchschnittskosten festgelegt werden – allerdings nicht von einem staatlichen Akteur, sondern im staatlichen Auftrag (mit Ersatzvornahmemöglichkeit bei mangelnder Einigungsfähigkeit der Selbstverwaltung). Der entscheidende Vorteil einer solchen Preissetzung ist, dass die einzelne Einrichtung den Preis durch ihre eigenen Selbstkosten nicht oder doch nur unmerklich beeinflussen kann. Die Autoren halten administrierte Preise auf der Basis von Durchschnittskosten für wohl definierte Leistungen der derzeitigen Regelung insbesondere im Hinblick auf die dynamische Funktion der Preisbildung für überlegen. Der administrative Aufwand einer solchen Vorgehensweise wäre darüber hinaus deutlich geringer als beim derzeitigen Verfahren, gleiches gilt für die jetzt noch in den Verhandlungen möglichen Gestaltungsspielräume. Gibt es jedoch nur wenige Gestaltungsspielräume, sind Repräsentationsprobleme vergleichsweise unproblematisch.

Die radikalste Option zur Beseitigung der erkannten Schwächen des derzeitigen Systems der Entgeltfestsetzung besteht in der gänzlichen Abschaffung von Entgeltverhandlungen und dem Übergang zur Marktpreisbildung. Die Preisbildung würde damit ausschließlich dem Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage überantwortet. Repräsentationsprobleme würden entfallen. Überhöhte Preise würden dann nicht mehr durch die Kontrolle der Pflegekassen und Sozialhilfeträger in Preisverhandlungen verhindert, sondern dadurch, dass Einrichtungen fürchten müssten, bei zu hohen Preisen zuviel Nachfrage zu verlieren. Die Einrichtungen hätten bei der Kalkulation von Marktpreisen hohe Anreize, die Produktion von Pflegeleistungen technisch effizient zu gestalten und entsprechende Anstrengungen zur Effizienzsteigerung zu unternehmen. Marktpreisbildung auf Wettbewerbsmärkten führt allerdings nur dann zu leistungsgerechten Entgelten und wohlfahrtstheoretisch optimalen Ergebnissen, wenn eine Reihe von Bedingungen auf Angebots- und Nachfrageseite erfüllt sind. Dazu zählen insbesondere ein hin-

reichendes Angebot an Einrichtungen, die Einhaltung gesetzlich vorgegebener qualitativer Mindeststandards und der Verzicht auf Preisabsprachen auf der Angebotsseite sowie Preisreagibilität und Konsumentensouveränität auf der Nachfrageseite. Die Autoren halten diese Bedingungen für grundsätzlich erfüllbar. Es ist jedoch anzumerken, dass das Sozialhilferecht dahingehend geändert werden muss, dass für Sozialhilfeempfänger Obergrenzen für die Finanzierung von Entgelten festzulegen sind – beispielsweise auf der Basis von Durchschnittsentgelten. Sozialhilfeempfänger könnten damit nur solche Heime nutzen, die Entgelte unterhalb dieser Obergrenze erheben.

Die Autoren sind der Auffassung, dass alle oben diskutierten Systeme zur Festsetzung von Preisen auf der Basis wohl definierter Leistungen dem derzeitigen Vergütungsverfahren überlegen sind. Verhandlungspreise auf der Basis externer Vergleiche oder besser noch von Gruppenpflegesätzen erhöhen die Anreize zur Effizienzsteigerung der Einrichtung, weil die Preisfestsetzung weitgehend unabhängig von heimindividuellen Entgelten wird. Ungelöst bleiben auch in einem modifizierten Verhandlungssystem die Legitimationsprobleme der Vertragspartner. Anreiztheoretisch haben administrierte regionale Einheitspreise auf der Basis von Durchschnittskosten ähnliche Wirkungen wie Gruppenpflegesätze. Letztere erlauben auf der einen Seite allerdings auch eine Preissetzung, die sich nicht an den Durchschnittskosten orientiert und ist damit flexibler. Auf der anderen Seite spielen bei administrierten Preisen Legitimationsprobleme der Vertragspartner keine Rolle mehr. Aus rein ökonomischer Sicht optimal wäre die Preisfestsetzung auf der Basis von Marktpreisen. Die Autoren weisen jedoch auf das Spannungsverhältnis zwischen Effizianzanreizen auf der einen Seite und Zugangsbarrieren insbesondere für Sozialhilfeempfänger auf der anderen Seite hin.

Bei der Bewertung der alternativen Vergütungsverfahren sollen auch nicht unberücksichtigt bleiben, in welchem Umfang die bestehenden Regelungen geändert werden müssen. Eine Neudefinition der zu bewertenden Leistungen würde umfangreiche bundesgesetzliche Reformen voraussetzen, die von der Landespolitik allerdings über den Bundesrat mitgestaltet werden könnte. Eine Modifikation der Verhandlungslösung würde den geringfügigsten gesetzlichen Reformbedarf nach sich ziehen – insbesondere die Streichung der ebenfalls bundesgesetzlichen Regelung, dass Gruppenpflegesätze nur mit Zustimmung der betroffenen Einrichtung beschlossen werden können. Problematisch ist allerdings, dass die Vertragspartner im Land nicht nur Gruppenpflegesätze, sondern auch den Betriebsvergleich von Einrichtungen als nicht zielführend ablehnen.

Administrierte Preise wie Marktpreise würden ebenfalls einen nachhaltigen Gesetzgebungsbedarf nach sich ziehen. Die Einführung der DRGs im Krankenhaussektor zeigt jedoch, dass derartige Reformen in Deutschland politisch durchsetzungsfähig sein können.

## Literatur

- Aebischer, Ursula Reidy (2000): Finanzierung von Alterspflegeheimen aus ökonomischer und sozialpolitischer Sicht. Frankfurt: Peter Lang.
- Arrow, Kenneth J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: *The American Economic Review* (53), 5: 941-973.
- Arrow, Kenneth J. (1968): The Economics of Moral Hazard: Further Comment, in: *American Economic Review* (58): 537-539.
- Behrens, Johann / Rothgang, Heinz (2000): Hallesches Memorandum zur weitgehend ausgabenneutralen Reform der Pflegeversicherung, in: *Zeitschrift für Sozialreform*, 46. Jg, Heft 12: 1089-1097.
- BMA (= Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (1998): „Erster Bericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung gemäß § 10 Abs. 4 SGB XI vom Januar 1998.“ Bundestags-Drucksache 13/9528.
- BMFSFJ (= Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (1999): Pflegezeitbedarf, Personalbemessung und Fachkraftanteil in vollstationären Einrichtungen. Dokumentation
- Brandt, Franz / Zörkler, Maria (1997): „Erste Erfahrungen mit der zweiten Stufe“, *Bundesarbeitsblatt* 1/1997: 11-13.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (1980): Stellungnahme zur Pflegekostenneuregelung. Bonn, Manuskript.
- Büse, Friedhelm (1996): „Jetzt muß gerechnet werden“, *Altenheim* 34: 508-521.
- Dane, Thomas (1996): Auf Heller und Pfennig. Neue Anforderungen an das Rechnungswesen von Pflegeeinrichtungen - Eine in der Öffentlichkeit weitgehend unbekanntes Folge der Pflegeversicherung: Die Pflegebuchführungsverordnung verändert die soziale Landschaft, in: *Blätter der Wohlfahrtspflege - Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit*, 143. Jg., Heft 10: 274-277.
- Dängel, Bärbel (2003): Transformation der Qualitätssicherung in der Folge pflegerechtlicher Regelungen, in: Wiese, Ursula (Hg.): *Soziale Sicherung im Spannungsfeld von Recht, Pflege und Ökonomie*. Osnabrücker Studien, Band 19. Osnabrück: Fachhochschule, 59-96.
- Dietz, Berthold (2002): Die Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Donabedian, Avedis (1966): Evaluating the Quality of Medical Care, in: *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44, 166-206.
- Genrich, Rolf (2002): Qualitative und quantitative Erfassung des Pflege- und Personalbedarfs durch das Verfahren PLAISIR, in: Igl, Gerhard / Schiemann, Doris / Gerste, Bettina, Klose, Joachim (Hg.): *Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe*. Stuttgart: Schattauer, 275-291.
- Gerste, Bettina / Rehbein, Isabel (2002): Qualität und Betriebsvergleich, in: Igl, Gerhard / Schiemann, Doris / Gerste, Bettina, Klose, Joachim (Hg.): *Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe*. Stuttgart: Schattauer, 363-380.
- Hastedt, Ingrid / Heinich, Ilka (2002): Die BASIS-Studie 1997. Bewohner Assessment und Indikatorenanalyse in der Stationären Altenhilfe. Stuttgart: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg.

- Herder-Dorneich, Philip (1976): Kostenexplosion im Gesundheitswesen und ihre Steuerung, in: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“, Nr. 16/76 vom 17.4.1976.
- Hesse-Schiller, Werner (2000): Muster ohne Wert. Wer das Heimgesetz überfordert, überfordert die Akteure, in: Blätter der Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, 148. Jg., Heft 9/10: 199-202.
- Hirnschützer, Ursula (1988a): Pflegesätze in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Band I: Ergebnisse der Bestandsaufnahme, 2. unveränderte Auflage. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Hirnschützer, Ursula (1988b): Pflegesätze in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Band II: Pflegesatzvereinbarungen der Bundesländer, 2. unveränderte Auflage. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- IGES/ Igl Gerhard/ Wasem, Jürgen (2002): „Potentiale und Grenzen der Integration von Gesetzlicher Krankenversicherung (SGB V) und Sozialer Pflegeversicherung (SGB XI)“, in: Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ Deutscher Bundestag (Hrsg.): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an die einzelnen und die Politik. Studienprogramm. Band V. Heidelberg 2002. Kapitel 3
- Igl, Gerhard (1998): „Neue Steuerungen im Spektrum der Gesundheits- und Pflegedienste für alte Menschen aus rechtlicher Sicht“, in: Roland Schmidt; Helmut Braun; Klaus Ingo Giercke; Thomas Klie; Monika Kohnert (Hg.): Neue Steuerungen in der Pflege- und sozialen Altenarbeit. Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung. Bd. 6. Regensburg: Transfer-Verlag: 5-24.
- Klie, Thomas / Kraemer, Utz (Hg.) (1998): Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar (LPK-SGB XI). Baden-Baden: Nomos.
- Krug, Walter / Reh, Gerd (1992): Pflegebedürftige in Heimen. Statistische Erhebungen und Ergebnisse. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Band 4 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer.
- Krug, Walter/Reh, Gerd (1992): Pflegebedürftige in Heimen. Statistische Erhebungen und Ergebnisse. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Band 4 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer.
- Landesregierung Nordrhein-Westfalen (1999): Bericht der Landesregierung zu den Wirkungen des Gesetzes zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen – PfG NW). Düsseldorf: Eigenverlag.
- Mager, Hans-Christian (1995): Moral hazard in der (sozialen) Pflegeversicherung?, in: Fachinger, Uwe / Rothgang, Heinz (Hrsg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin: Duncker & Humblot, 115-135.
- Mahr, Werner (1972): Zur Interdependenz von Prämien und Schäden: Das moralische Risiko, in: Braeß, Paul / Farny, Dieter / Schmidt, Reimer (Hrsg.): Praxis und Theorie der Versicherungsbetriebslehre. Festgabe für H.L. Müller-Lutz zum 60. Geburtstag. Karlsruhe: Verlag Versicherungswirtschaft, 244-282.
- Matschke, Manfred-Jürgen (1981): Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus, in: Die Ortskrankenkasse, 63. Jg., Heft 19, 776-788.
- MDS (=Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) (Hrsg.) (2000): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege. Essen: Eigenverlag.
- Meier, Volker (1998): Theorie der Pflegeversicherung. Heidelberg: Physica-Verlag.

- Meyer, Dirk (2003): Für mehr Wettbewerb im stationären Altenhilfesektor. Handlungsbedarf aufgrund Kapazitätsprognose 2050. Berlin: Duncker & Humblot.
- Mirrlees, J.A. (1999): The Theory of Moral Hazard and Unobservable Behaviour: Part I, in: Review of Economic Studies (66): 3-21.
- Mnich, Michael (1995): Die Pflege-Buchführungsverordnung, in: Bundesverband Ambulante Dienste e.V. (Hg.): Fachjournal background, Heft 4, 5-10.
- Moldenhauer, Meinolf (1996): „Pflegeversicherung - Vertragsrechtliche Perspektiven zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrages in der vollstationären Pflege“, Die Betriebskrankenkasse 84: 387-393.
- Naumann, Ralf / Schwedeck, Hans-Joachim (1996a): „Von den Pflegekosten zum Entgelt: Bemerkungen zur Umsetzung der Pflegeversicherung“, Altenheim 34: 660-662.
- Naumann, Ralf / Schwedeck, Hans-Joachim (1996b): „Modellrechnung für die Übergangsregelung“, Altenheim 34: 664-676.
- Nell, Martin (1963): Versicherungsinduzierte Verhaltensänderungen von Versicherungsnehmern. Karlsruhe: Verlag Versicherungswirtschaft.
- Neubauer, Günter / Schallermair, Christian (1998): Unterschiede im Leistungsgeschehen stationärer Altenpflegeeinrichtungen: Empirischer Befund und Erklärungsansätze, in: Sozialer Fortschritt, 47. Jg., Heft 7, 181-189.
- Pauly, Mark V. (1968): The Economics of Moral Hazard: Comment, in: American Economic Review (58): 531-537.
- Prinz, Aloys (1993): Bestellung und Finanzierung sozialer Dienstleistungen, in: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE), Heft 21, 20-30.
- Prinz, Aloys (1995): Die Auswirkungen des Gesetzes über die Pflegeversicherung auf das Angebot an Pflegeleistungen, in: Fachinger, Uwe / Rothgang, Heinz (Hg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin: Duncker & Humblot.
- Riegel, H. Theo (1990): Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus, in: f&w - führen und wirtschaften im Krankenhaus, 7. Jg., Heft 1, 8-10.
- Roth, Günter / Rothgang, Heinz (1999): Die Auswirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes auf die Entwicklung der Heimentgelte, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Heft 4: 307-336.
- Roth, Günter / Schnabel, Eckart (2002): Qualität in Pflegeheimen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie.
- Rothgang, Heinz (1994): Der Einfluß der Finanzierungssysteme und Entscheidungsregeln auf Beschäftigungsstrukturen und -volumina deutscher und englischer Krankenhäuser. Dissertation. Köln.
- Rothgang, Heinz (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Band 7. Frankfurt: Campus: 43-66.
- Rothgang, Heinz (2000): Wettbewerb in der Pflegeversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 5: 423-448.
- Rothgang, Heinz (2000b): Pflegebedarfsplanung in Deutschland – Gegenstand, Bilanz und Perspektiven –, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 11/12, 1003-1021; zugleich erschienen in: Behrens, Johann / Olk, Thomas (Hg.), Pflegeversicherung und Sozialstaat. Wiesbaden: Chmielorz, 45-63.
- Rothgang, Heinz (2001): Schriftliche Stellungnahme zur Anhörung des Landtags am 23. Mai 01 zur Evaluation des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen. Zeitschrift 13 / 0653. Düsseldorf: Landtag des Landes Nordrhein-Westfalen.

- Rothgang, Heinz (2003): Schriftliche Stellungnahme zum Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes. Stellungnahme zur Landtagsanhörung am 30.4.2003 in Düsseldorf. *Zuschrift* 13 / 2724. Düsseldorf: Landtag des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Rothgang, Heinz (2004): Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit. Gutachten für die Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. Ms.
- Rothgang, Heinz / Vogler, Anke, 1998: Pflegeversicherung und Sozialhilfe: Die Auswirkungen der 2. Stufe der Pflegeversicherung auf die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen. - Eine empirische Untersuchung im Land Bremen -. (Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Band 7 - Schriftenreihe des Deutschen Zentrums für Altersfragen.) Augsburg: transfer Verlag.
- Schaper, Klaus (1979): Zur Kritik des Moral Hazard-Theorems der Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen, in: *Sozialer Fortschritt* (28): 178-183.
- Schneekloth, Ulrich (1997): „Zukünftige Sozialhilfeabhängigkeit von Pflegebedürftigen in Alteinrichtungen in Nordrhein-Westfalen (Modellrechnung)“, in: Monika Reichert; Gerhard Naegele (Hg.), *Alterssicherung in Nordrhein-Westfalen: Daten und Fakten* (Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik). Münster: LIT, 80-98.
- Schneekloth, Ulrich / Müller, Udo (1995): Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München: Infratest.
- Schulin, Bertram (1994a): Die soziale Pflegeversicherung des SGB XI – Grundstrukturen und Probleme, in *Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS)* 3, 433-444.
- Schulin, Bertram (1994b): Verträge mit den Leistungserbringern im Pflegeversicherungsrecht (SGB XI), in: *Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR)*, Heft 4, 285-307.
- Schulin, Bertram (1994b): Verträge mit Leistungserbringern im Pflegeversicherungsrecht (SGB XI), in: *Vierteljahresschrift für Sozialrecht* 49, 285-307.
- Sieben, Günter/Philippi, Michael (1987): Wirtschaftlichkeit und Motivation. Fehlt es an den notwendigen Anreizen?, in: *f&w - führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 4. Jg., Heft 3, 73-75.
- Siebig, Josef (1979): Wirtschaftlichkeitsprüfungen und ihre Zweckmäßigkeit, in: *Das Krankenhaus*, 71. Jg., Heft 4: 127-130.
- Wachtel, Hans-Werner, (1984): *Determinanten der Ausgabenentwicklung im Krankenhaus*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Zanders, Eva (1990): *Die Ökonomie von Altenheimen. Betriebsvergleiche und Arbeitsverträge*. Frankfurt/M.: Campus.

## **Anlagen**

Anlage 1: Formular für den gemeinsamen Nachweis gemäß § 85 Absatz SGB XI für stationären Pflegeeinrichtungen in NRW – 2003

Anlage 2: Formblatt zur Ermittlung des kalkulierten Aufwandes sowie des Anteils für Unterkunft und Verpflegung

Anlage 1 (Quelle: AOK Rheinland):

**Gemeinsamer Nachweis gemäß § 85 Absatz 3 SGB XI für stationäre Pflegeeinrichtungen in NRW - 2003**

Name und Anschrift der Einrichtung	Name und Anschrift des Trägers

vollstationäre Einrichtung  
 solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung

Mitglied im (Verband)  
 Zahl der Normalplätze  
 davon eingestreuete Kurzzeitpflegeplätze  
 Institutionskennzeichen

Pauschale Fortschreibung?

**I. Vergütungssätze**

zurückliegender Zeitraum					Vergütungsvorschlag der Einrichtung		Vergleich zur letzten Vergütungsverhandlung in%
Laufzeit von = Laufzeit bis =	2001		2002		Vereinbarungszeitraum		
		Laufzeiten bei eventuellen unterjährigen Vergütungen				von Datum	bis Datum
Heimbewohner (Alt A)							
Pflegeklasse 0							
Pflegeklasse 1							
Pflegeklasse II							
Pflegeklasse III							
Unterkunft & Verpflegung							
nachrichtlich: Investitionskosten (Mehrbettzimmer)							

**II. Erlöse**

Erlöse aus FiBu oder ggf. zu III. Belegung kompatibel angeben

	2001	2002	2002	Kalkulations- bzw. Vereinbarungs-Zeitraum
	abgeschlossenes Geschäftsjahr	entweder abgeschlossenes Geschäftsjahr	oder Hochrechnung	
aus Pflegesätzen				
aus Unterkunft/Verpfl.				
aus sonstigen Erlöse				
<b>Gesamt</b>				
<b>Kosten</b>				
<b>Differenz</b>				
<b>Kostendeckungsgrad</b>				

**III.  
Belegung**

**zurückliegender Zeitraum:**

**Geschäftsjahr: 2001 abgeschlossenes Geschäftsjahr**

Platzzahl für diesen Zeitraum:	Anwesen- heitstage	Abwesen- heitstage	Berech- nungstage	Durchschnitts- belegung	Durchschnittsbelegung in%	davon Anzahl Bewohner mit gerontopsych. Veränderungen
Heimbewohner (Alt A)						
Pflegeklasse 0						
Pflegeklasse 1						
Pflegeklasse II						
Pflegeklasse III						
Härtefälle						
<b>Summe</b>						
<b>Auslastungsgrad</b>	<b>Abwesenheitsquote</b>					

**Geschäftsjahr: 2002**

Platzzahl für diesen Zeitraum:	Anwesen- heitstage	Abwesen- heitstage	Berech- nungstage	Durchschnitts- belegung	Durchschnittsbelegung in%	davon Anzahl Bewohner mit gerontopsych. Veränderungen
Heimbewohner (Alt A)						
Pflegeklasse 0						
Pflegeklasse I						
Pflegeklasse II						
Pflegeklasse III						
Härtefälle						
<b>Summe</b>						
<b>Auslastungsgrad</b>	<b>Abwesenheitsquote</b>					

**Belegung**

**prospektive Kalkulation für ein Geschäftsjahr**

Platzzahl für diesen Zeitraum:	Anwesen- heitstage	Abwesen- heitstage	Berech- nungstage	Durchschnitts- belegung	Durchschnittsbelegung in%	davon Anzahl Bewohner mit gerontopsych. Veränderungen
Heimbewohner (Alt A)						
Pflegeklasse 0						
Pflegeklasse I						
Pflegeklasse II						
Pflegeklasse III						
Härtefälle						
<b>Summe</b>						
<b>Auslastungsgrad</b>	<b>Abwesenheitsquote</b>					

#### IV. Personalkosten

2001	0 BerTag	2002	0 BerTag	prospektiver Zeitraum	0 BerTag
abgeschlossenes Geschäftsjahr			Änderungen in %	Kalkulation in %	Änderungen in %

##### Leitung und Verwaltung

Leitung	Anz. VK							
Verwaltung	Anz. VK							
	Su. VK							
Summen	Jahressumme							
	Durchschnitt							

##### Rezeption und Hausmeister

Pforte / Telefon	Anz. VK							
Hausmeister	Anz. VK							
Summen:	Su. VK							
	Jahressumme							
	Durchschnitt							

##### Pflege- und Betreuungsdienst:

Pflegefachkraft	Anz. VK							
Pflegehilfskraft	Anz. VK							
Betreuungsdienst	Anz. VK							
Summen:	Su. VK							
	Jahressumme							
	Durchschnitt							
Verhältnis: Fachkraft Hilfskraft in der Pflege =								

##### Auszubildende Pflegebereich

Auszubildende im Pflegebereich	Anz. VK							
	Jahressumme							
	Durchschnitt							

##### Hauswirtschaftlicher Dienst

Küche	Anz. VK							
Hauswirtschaft	Anz. VK							
Wäscherei	Anz. VK							
Summe:	Su. VK							
	Jahressumme							
	Durchschnitt							

##### Sonstiges Personal

Praktikanten / Azubis	Anz. VK							
Jahrespraktikanten	Jahressumme							
Zivildienstleistende	Durchschnitt							
Summe: Personal-Kosten	Anz. VK							
	Jahressumme							
	Durchschnitt							

Anmerkungen/Erläuterungen

**V. Sachkosten**

	2001		2002			prospektiver Zeitraum		
	abgeschlossenes Geschäftsjahr	je BerTag		je BerTag	Veränderung zum Vorjahr	Kalkulation	je BerTag	Veränderung zum Vorjahr
	bereinigte Jahreswerte		bereinigte Jahreswerte			in%	in%	
Lebensmittel incl. Getränke								
davon Speiserversorgung								
Personalkostenanteil FL/ZD								
nachrichtlich: verbtl. Anteil								
Wasser, Energie, Brennstoffe								
Wirtschaftsbedarf								
davon Gebäudereinigung FL/ZD								
davon Wäschereinigung FL/ZD								
nachrichtlich: verbtl. WB-Anteil								

Hausmeisterlei FL/ZD								
Fahrzeuge								

soziale Betreuung								
Med.-pflegerischer Bedarf								
davon Pflegekosten FL/ZD								
nachrichtlich: verbtl. Pflegebedarf								
Verwaltungsbedarf								
davon PersKosten-Umlage FL/ZD								
nachrichtlich: verbtl. Verw. Bedarf								
Verbrauchsgüter (gem §62 Abs 2 SGB XI)								
Steuern, Abgaben, Versicherung								
Altenpflegeumlage								
Wartung								
Qualitätssicherung								
Sonstiges (ohne PersNebenkosten)								
Summe Sachkosten								
Summe Personalkosten								
Summe Personal und Sachkosten								
davon PersKostenanteile in %								

Anmerkungen/Erläuterungen:

---



---



---



---

Stellungnahme des Heimbeirates ist beigelegt

Ort      PLZ      Datum	Ort      PLZ      Datum
Für die Richtigkeit: Stempel, Unterschrift des Heimträgers	Für die Richtigkeit: Stempel, Unterschrift des Spitzen-/Berufsverbandes

## Anlage 2: Formblatt zur Ermittlung des kalkulierten Aufwandes sowie des Anteils für Unterkunft und Verpflegung (Quelle: AOK Rheinland)

### VI. Ermittlung des kalkulierten pflegebedingten Aufwandes sowie des Anteils für Unterkunft und Verpflegung

#### I. Berechnung des pflegebedingten Aufwandes

##### 1. Berechnung des pflegeklassenabhängigen Anteils:

###### 1. Ermittlung des Verteilungsschlüssels:

	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Orientierungswerte (O-Werte):	1 : 8	1 : 4	1 : 2,5	1 : 1,8
Durchschnittsbelegung:	0,00 HB			
Belegung dividiert durch O-Werte:	<b>0,00 VK</b>			

###### 2. Ermittlung der aufzuteilenden Jahressumme:

Pflegepersonal:	0,00 VK
Pflegebedarf/Verbrauchsgüter:	

Summe<sub>St</sub>:

	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III
<b>pflegeklassenabhängiger Anteil:</b>				

##### 2. Berechnung des pflegeklassenunabhängigen Anteils:

- Personalkosten mit Aufteilung 50:50
- Sachkosten mit Aufteilung 50:50
- Personalkosten Soziale Betreuung
- Sachkosten Soziale Betreuung Kosten der Qualitätssicherung
- Altenpflegekomponente+Auszubildende in Pflege

Summe<sub>Person</sub>:

<b>pflegeklassenunabhängiger Anteil</b> (Summe <sub>Person</sub> + durch Berechnungstage):	
--	--

	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III
<b>pflegebedingter Aufwand:</b>				

#### II. Berechnung des einheitlichen Anteils für Unterkunft und Verpflegung:

- Personalkosten mit Aufteilung 50:50 wie unter I. 2.
- Sachkosten mit Aufteilung 50:50 wie unter I. 2.
- Personalkosten Wirtschaftsdienst Sachkosten
- Wirtschaftsdienst Inklusiv Fremdleistungen Lebensmittel
- inklusive Fremdleistungen

Summe<sub>un</sub>:

**Anteil für Unterkunft und Verpflegung** (Summe<sub>un</sub> + durch Berechnungstage):

#### III. Erlösverprobung:

- aus Pflegesätzen
- an Entgelten für Unterkunft/Verpflegung

abzüglich Gesamtkosten

**Differenz** (Erlöse./ Kosten)