

ALLES HAT SEINEN PREIS

Neues Kalkulationsmodell für eine leistungsgerechte Vergütung nach SGB XI

Nach der ersten Änderung des Pflegeversicherungsgesetzes müssen Einzelverhandlungen mit den Kostenträgern über leistungsgerechte Vergütungen geführt werden. In verschiedenen Regionen setzen die Pflegekassen diese Forderung bereits in die Tat um. Andreas Heiber hat jetzt das erste Kalkulationsmodell entwickelt, das jeden Pflegedienst in die Lage versetzt, „seine“ notwendigen Vergütungen zu ermitteln und gegenüber den Kostenträgern zu vertreten.

Die Einführung der Pflichtversicherung im Jahre 1995 bedeutete eine Revolution im Sozialsystem der Bundesrepublik Deutschland. Nicht nur weil nun nach über 20jähriger Diskussion endlich ein Schritt zur eigenständigen Absicherung des Pflegerisikos im Alter getan wurde, sondern weil gleichzeitig ein bis dahin eingeführtes Finanzierungssystem völlig neu strukturiert wird: Die Selbstkostenerstattung wurde ersetzt durch ein System, das den einzelnen Einrichtungen die Garantie für eine leistungsgerechte Vergütung sichern sollte. Leider ist das bis heute mehr oder weniger Theorie geblieben. Von beiden Seiten, den Kosten- oder Leistungsträgern einerseits und den Leistungsanbietern andererseits, wurde wenig getan, dieses neue Prinzip umzusetzen. Sicher liegt das auch daran, daß damit liebgewordene und in vielen Fällen sogar zweckmäßige Rituale und Abläufe in Frage gestellt werden. Wenn jede Einrichtung ihre Vergütungen einzeln verhandeln soll, wozu sind dann noch die bisherigen Pflegesatzkommissionen da? Auch schien vielen Beteiligten der Aufwand für Einzelverhandlungen zu hoch.

Im Rahmen des ersten Änderungsgesetzes zum SGB XI hat der Gesetzgeber nochmals einige Bausteine dieses Vergütungssystems hervorgehoben beziehungsweise präzisiert. Nun sind Einzelverhandlungen ausdrücklich vorgeschrieben, Gruppenverhandlungen nur noch eingeschränkt möglich. Gleichzeitig sollen die Ergebnisse breit veröffentlicht werden (Preisver-

gleichslisten). Trotzdem fehlt den Parteien ein geeignetes Instrument, um diese neue Form der Preisfindung effektiv umzusetzen, um eine neue „Kultur der Vergütungsverhandlungen“ umzusetzen.

Das hier vorgestellte Modell versucht, diese Lücke zu schließen. Es erlaubt die nachvollziehbare Kalkulation von Vergütungen entlang den Vorschriften und Rahmenverträgen des SGB XI sowie der ergänzenden Vorschriften – beispielsweise aus dem Arbeitsrecht. Alle Bestandteile der Vergütungen werden in bezug gesetzt zu den zu erbringenden Leistungen, abstrakte Pauschalen werden möglichst vermieden. Das Modell soll den Einrichtungen ermöglichen, alle notwendigen Kostenbestandteile zu kalkulieren und den Leistungsträgern die Möglichkeit eröffnen, die geforderten Preise einfach und schnell hinterfragen und prüfen zu können.

Das Modell gibt keine Rahmenwerte vor. Der Begriff der „leistungsgerechten Vergütung“ beschreibt ja ausdrücklich den Einzelfall und nicht den generellen Preis. Natürlich werden sich mit der Zeit Richtwerte für die einzelnen Parameter herausbilden können, und Abweichungen von diesen Richtkorridoren wären im Einzelfall zu belegen. Eine Normierung auf fixe Werte kann es ausdrücklich nicht geben, ansonsten würde der Begriff der für die einzelne Einrichtung „leistungsgerechten Vergütung“ ad absurdum geführt.



Der Autor: Andreas Heiber ist Inhaber der Unternehmensberatung System & Praxis in Ruhwinkel und in der Fortbildung für MitarbeiterInnen ambulanter Pflegedienste tätig

Checkliste

- Das Modell bietet eine gute Vorbereitung auf die Einzelverhandlungen mit den Pflegekassen
- Basis ist die eigentliche Zeit der Leistungserbringung, die Leistungsstunde
- Darauf aufbauend, werden die in Rahmenverträgen und Richtlinien geforderten zusätzlichen Leistungen prozentual bewertet
- Eine gute Datenermittlung im Pflegedienst ist Voraussetzung für das Modell
- Die Kalkulation ist eine Sache, die Verhandlungsführung und damit Durchsetzung der ermittelten Werte eine andere

Die Voraussetzungen bilden das SGB XI und die Rahmenverträge

Die Voraussetzungen für dieses Modell sind im SGB XI sowie den hier vorgeschriebenen Rahmenverträgen definiert. Dies sind im einzelnen der:

- **Versorgungsvertrag (§ 72)**, der von der Einrichtung direkt mit den Pflegekassen geschlossen wird. Hiermit wird die Einrichtung zur Pflege zugelassen



Die Bewertung der Synergieeffekte bei der Erbringung von SGB V- und SGB XI-Leistungen kann erst durch eine breitere wissenschaftliche Untersuchung geschehen

sen, es wird in der Regel auf die weiteren Verträge verwiesen (siehe unten), die durch die Unterschrift unter den Versorgungsvertrag automatisch gelten, es wird auf einen zu schließenden Preisvertrag verwiesen und der örtliche Einzugsbereich festgelegt.

- **Im Rahmenvertrag nach § 75** (den die Einrichtung nicht persönlich aushandelt und unterschreibt, sondern der auf Landesebene von den Landesverbänden ausgehandelt wird) werden die Pflegeinhalte, die organisatorischen Abläufe und Verfahren beschrieben, es wird zusätzlich auf die Qualitätsrichtlinien nach § 80 verwiesen.
- Die **Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80** (verhandelt auf Bundesebene, aber ebenso verbindlich gültig) beschreiben qualitative Pflege- und Organisationsabläufe sowie Verfahren zur Qualitätssicherung.
- Im **Vergütungsvertrag nach § 89** beschreibt die Definition der einzelnen Leistungen (meist in Leistungskomplexen oder Modulen) und deren Abgrenzung zu anderen Modulen/Leistungen. Darüber hinaus wird hier natürlich auch der Preis festgelegt.

Die Inhalte dieser vier Verträge beschreiben die zu erbringenden Leistungen und die definierte Leistungsqualität. Die so beschriebene Leistung ist der **Versorgungsauftrag**, den es leistungsgerecht zu vergüten gilt.

Der Begriff „leistungsgerecht“ wird definiert als eine Vergütung, die so beschaffen (so hoch) ist, daß eine Pflegeeinrichtung damit ihren Versorgungsauftrag erfüllen kann. Allerdings ist die Voraussetzung eine wirtschaftliche Betriebsführung. Bemerkung:

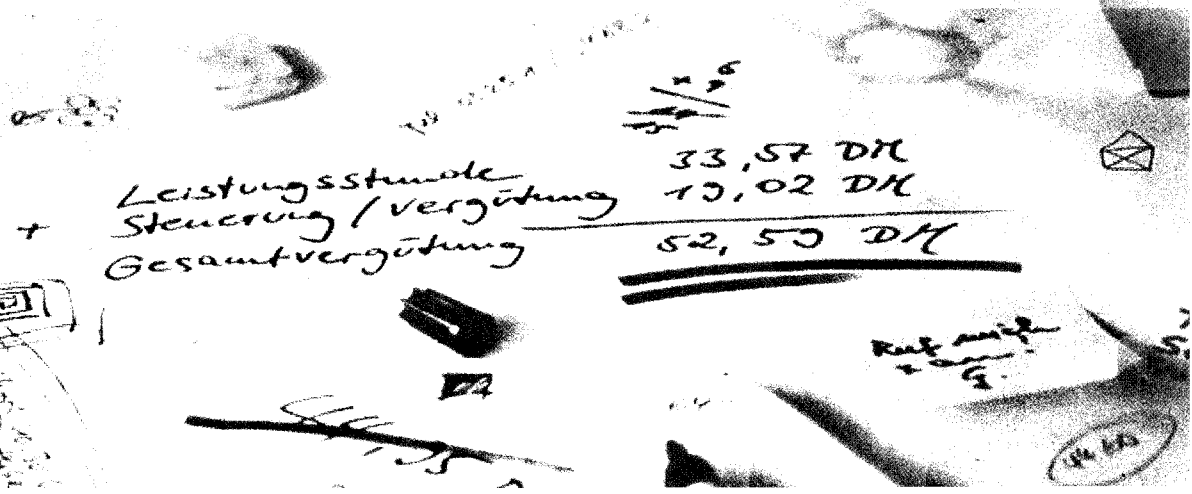
kungen von Kostenträgerseite (Kranken- und Pflegekasernen sowie Sozialämter), wie „die Qualität interessiert uns nicht“, entsprechen somit nicht den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben. An den obengenannten Vorgaben wird nicht nur der Preis gemessen, sondern nach Abschluß einer Vergütungsvereinbarung auch die Leistung. Und dann kann den Leistungsträger die Qualität (die er vorher nicht bezahlen wollte) schnell wieder interessieren, beispielsweise im Rahmen einer Qualitätsüberprüfung.

Einzelverhandlungen sind ausdrücklich vorgeschrieben

Zusammengefaßt: Die Leistungs- und Aufgabenbeschreibung befindet sich in den obengenannten Verträgen, ein Abweichen in Umfang und Qualität aufgrund des Preises ist rechtlich weder vorgesehen noch möglich. Eine Argumentation, „das Geld reichte nicht“, als Entschuldigung für weniger Leistung als vereinbart ist somit schlichtweg ausgeschlossen.

Die Leistungsstunde ist die Basis

Die wesentliche Basis, die außerhalb dieses Modells ermittelt werden muß, ist der zeitliche Aufwand für die einzelnen Tätigkeiten der Pflegekräfte, hier Leistungsstunde genannt. Das kann beispielsweise auch



Leistungen der sozialen Betreuung werden durch das Modell nicht gedeckt. Diese Leistungen sind nicht zu verwechseln mit dem Anteil der Kommunikation im Rahmen der Leistungserbringung nach SGB XI



im Zusammenhang mit der Diskussion um die Zeitkorridore im neuen Gutachten des MDK erfolgen, da diese Werte in der Diskussion stehen und neu ermittelt/überprüft werden sollen (siehe dazu auch HÄUSLICHE PFLEGE 8/97, S. 14ff.). Es wäre als Ergänzung sinnvoll, wenn gleichzeitig die Zeitkorridore für die einzelnen Module/Leistungskomplexe bei Erbringung durch professionelle Pflegekräfte ermittelt werden könnten. Die sich aus diesen Zeiten ergebenden Leistungsstunden (= Zeit in der Wohnung des Pflegekunden) sind die Basisgröße, auf die aufgebaut wird.

Tabelle 1 beschreibt das neue Modell im einzelnen.

Ausgangsbasis (1) ist also die Leistungsstunde, das heißt die Zeit innerhalb der Wohnung des Pflegebedürftigen. Aus den Bruttostundenlöhnen (2) der MitarbeiterInnen plus der Arbeitgeberanteile inklusive Sonderzahlungen wird der Durchschnittswert aufgrund des eingesetzten Mitarbeitermix ermittelt und mit den Leistungsstunden multipliziert.

Dieser Wert (3) wird ergänzt durch einen sogenannten Korrekturfaktor (4).

Dieser entspricht dem im stationären Bereich üblichen Bettenfreihaltgeld und soll das Risiko kurzfristiger Absagen und Ausfälle (beispielsweise fällt das geplante Baden aus wegen Kreislaufschwankungen) berücksichtigen. Der so ermittelte Wert ist der Kostensatz für die reine Leistungsstunde (5). Alle weiteren Kostenbestandteile für die Steuerung, Verwaltung, Personalarhaltung (Urlaub/Krankheit) sowie für die Sachkosten werden durch den Faktor (6) beschrieben und zur Leistungsstunde in bezug gesetzt (siehe Kasten). Die Gesamtvergütung (7) ergibt sich aus der Multiplikation der Leistungsstunde mit dem Faktor. Sinnvollerweise werden sowohl die Zuschläge für Leistungserbringung an ungünstigen Zeiten (8) als auch die Wegezeiten (9) getrennt kalkuliert und als Zuschlag ausgewiesen.

Es ist hier nicht möglich, daß Modell im Detail zu beschreiben. Dazu dient eine demnächst folgende Buchveröffentlichung im Vincentz Verlag. Allerdings sollten einige wichtige Punkte erwähnt werden:

Die Datenbasis jeder zukünftigen Preisverhandlung stammt zunächst aus dem Vorjahr. Da die Preise jedoch prospektiv („nach vorne ausgerichtet“) verhandelt wer-

den und für die nächste Preisperiode gelten, müssen mögliche Preis- und Mengensteigerungen (oder Reduzierungen) berücksichtigt werden.

Bei der Abgrenzung der verschiedenen Kostenträger ist bei der Kalkulation folgendes zu beachten: Im Rahmen der Pflegeversicherung werden alle Leistungen verhandelt, die nach denselben „Spielregeln“ kalkuliert und benannt werden. Somit auch alle Modul- oder Leistungs-

komplexe der Sozialhilfeträger und der Privatzahler (siehe auch § 89, 1, Satz 3: „Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig“). Das könnte in der Praxis zu einigen Problemen bei der Ermittlung der verschiedenen Kostenanteile führen, weil beispielsweise die Pflegebuchführungsverordnung eine solche Trennung des Kostenträgers Sozialhilfe nicht vorsieht.

Auch können die Aufwände für die Sachkosten nicht nach Umsatz der Kostenträger verteilt werden. Da die Erlöse pro Stunde in der Krankenversicherung (aufgrund der höheren Qualifizierung des Personals) größer sind als in der Pflegeversicherung, würde die Orientierung an der Umsatzgröße die Kalkulation verfälschen. Ein Beispiel:

Eine Pflegeeinrichtung hat folgende Leistungs- und Umsatzverteilung:

Leistungsträger	Leistungsstunden	Umsatz
Krankenversicherung	26 %	40 %
Pflegeversicherung	54 %	57 %
Sozialhilfe	5 %	3 %
Sonstige	1 %	0 %

Nach Umsatz beträgt der Anteil der Krankenversicherung hier 40 Prozent, nach Leistungsstunden lediglich 26 Prozent.

Der Bezug auf die Leistungsstunde hat Vor- und Nachteile. Zum einen wird der reale Aufwand beim Pflegekunden als Basis herangezogen. Allerdings berücksichtigt dieses Modell keine entstehenden Kosten durch nicht eingesetztes Personal oder Überkapazitäten. Auch die Leitungsfunktion beispielsweise der leitenden Pflegefach-

Eine neue Kultur der Vergütungsverhandlungen entsteht

Leistungsrecht beschreibt die individuelle, nicht generelle Vergütung

1.	Leistungsstunden				
2.	Bruttolöhne × Arbeitgeberanteile im Mix				
3.	Leistungsstunden	×	Bruttolöhne × Arbeitgeberanteile im Mix	=	Kostenanteil bei der Leistungserbringung
4.	Korrekturfaktor für kurzfristige Ausfälle				
5.	Korrekturfaktor für kurzfristige Ausfälle	×	Kostenanteil bei der Leistungserbringung	=	Preis der Leistungsstunde
6.	Faktor für Steuerung/Verwaltung				
7.	Faktor für Steuerung/Verwaltung	×	Preis der Leistungsstunde	=	Gesamtvergütung
8.	Zuschlag für ungünstige Zeiten	×	Gesamtvergütung	=	Gesamtvergütung mit Zuschlag
9.	Wegezeit pro Einsatz	×	Gesamtvergütung	=	Gesamtvergütung mit Wegezeit

Tabelle 1: Das Modell zur Entwicklung einer leistungsgerechten Vergütung in der Übersicht

kraft wird nur in Zusammenhang mit konkreten Aufgaben (Einsatzplanungs-/Qualitätssicherungsaufwand) berücksichtigt, nicht jedoch abstrakt in Form einer freigestellten Pflegedienstleitung.

Die Dokumentation ist entscheidend

Weichen die wirklichen Zeiten für die Leistungserbringung von der geplanten Zeit ab, müssen diese ausführlich dokumentiert werden, um Material für eine neue oder eine korrigierende Preisverhandlung zu schaffen (ansonsten siehe oben). Alle anderen, nicht durch die Pflegeversicherung zu erbringenden Leistungen, beispielsweise der Sozialen Betreuung, werden durch dieses Modell nicht gedeckt.

Das ist im Sinne des SGB XI konsequent und richtig, entspricht aber nicht der momentanen Realität. Ich bin (wie schon in HÄUSLICHE PFLEGE 1/97 und 4/97 beschrieben) für die professionelle Dokumentation eben dieser Leistungen durch die Pflegekräfte, damit für die notwendigen Leistungen andere/weitere Kostenträger gefunden werden können. Diese Leistungen sind nicht zu verwechseln mit dem Anteil der Kommunikation bei der Leistungserbringung im Rahmen der

Pflegeversicherung. Zusätzlich möchte ich hier nochmals auf das SGB XI sowie die Begründung des § 11 verweisen: Das Wort „aktivierende“ Pflege in § 11, Satz 2, wurde laut BT-Drucksache 12/5952 vom 11. Ausschuß des Bundestages eingefügt, um zu verdeutlichen, daß sich die Versorgung nicht auf eine „Satt-und-sauber-Pflege“ beschränkt, sondern darauf ausgerichtet sein muß, den Pflegebedürftigen in seine Pflege und Betreuung aktiv einzubeziehen, um insbesondere den Willen und die Fähigkeiten zur Selbsthilfe zu fördern und zu unterstützen.

Die Basis für die Ermittlung des Wertes der Leistungsstunde hängt im wesentlichen vom eingesetzten MitarbeiterInnenmix ab. Hier ist darauf zu achten, daß die Personalausstattung in der Pflegeversicherung eine andere ist als beispielsweise in der Krankenversicherung. Somit ist

hier der Anteil von hochqualifiziertem Personal geringer anzusetzen. Schwierig wird es bei Einrichtungen, die überwiegend hochqualifiziertes Personal haben und dies auch ausschließlich in der Pflegeversicherung einsetzen. Sicherlich kann es im Einzelfall eine besondere Zielgruppe

**Voraussetzung
ist eine
wirtschaftliche Betriebs-
führung**

Mehr zum Thema:

Im Beitrag „Wieviel Zeit ist möglich“ von Thomas Sießegger auf Seite 29.

Demnächst wird das neue Kalkulationsmodell als Arbeitshandbuch im Vincentz Verlag, Hannover, erscheinen.

Kalkulations-Modell

(Pflegekunden) geben, für die nur dieses Personal leistungsgerecht einzusetzen wäre. Das müßte aber immer begründet und dokumentiert sein.

Die Preise für pflegerische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten/Module/Leistungskomplexe sollten getrennt kalkuliert werden, weil Mischkalkulationen immer im Einzelfall zu ungerechten Ergebnissen führen.

Auch hat sich die (bisher oft genutzte) differenzierte Punktdarstellung (Pflege: 60 Punkte entspricht 1 Minute; Hauswirtschaft: 40 Punkte entspricht 1 Minute) in der Praxis nicht bewährt, weil für die Kunden und die Pflegekräfte die unterschiedliche Umrechnung unbekannt und nicht nachvollziehbar war. Die Preise im Rahmen der Leistungskomplexe sind von sich aus unterschied-

lich, ein gleicher Punktwert könnte den Zeitfaktor deutlicher nach außen hin darstellen. Der Punktwert wäre in diesem Modell identisch mit dem Wert einer Leistungsstunde (5).

Beispiel: Eine „Kleine Toilette mit Aufstehen“ wird mit 250 Punkten bewertet, dahinter verbirgt sich die Zeitorientierung 25 Minuten. Eine Leistung „Zubereiten einer sonstigen Mahlzeit“ wird mit 270 Minuten bewertet, die Zeitorientierung ist hier 45 Minuten. Da meist nur die Punktwerte nach außen hin bekannt sind, kommt es dann oft zu Fragen und eventuell zu Konflikten mit den Pflegekunden, warum die Pflegekräfte bei scheinbar gleichen Punktwerten unterschiedlich lang arbeiten (Modulbeispiele aus Schleswig-Holstein).

Ob bei der gemeinsamen Erbringung von Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsleistungen große Synergieeffekte (bis auf die Wege- und Fahrzeiten) auftreten, ist zunächst eine offene Frage. Natürlich erfolgt dann die Begrüßung und Verabschiedung nur einmal, aber alle weiteren Teiltätigkeiten inklusive Dokumentation der unterschiedlichen Arbeitsschritte erfolgen unabhängig voneinander. Klarheit über die Bewertung solcher Synergieeffekte kann eigentlich erst eine breitere fundierte wissenschaftliche Untersuchung liefern. Daraus resultierende Abschläge müssen dann für beide Leistungsträgerbereiche berücksichtigt werden, nicht nur (wie

3. Stundenkalkulation Einsatzstunde und Zuschläge					
3.A Kalkulation Einsatzstunden und Zuschläge Pflegekräfte					
3.1 Leistungsstunden (Übernahme aus Tab. 2)				4.848	
3.2 Mitarbeiterengruppierung und Anteil an Leistungserbringung					
Übernahme aus Tab. 1.1 A					
	Mitarbeitergruppe	in DM	%-Verhältnis	Stunden	Summen in DM
1	AG	29,81	18	872,64	26 016,34
2	JW	31,11	15	727,20	22 622,53
3	DW-MW	23,47	31	1502,88	35 278,05
4	SCH	27,43		0	0,00
5	GO	27,57	1	48,48	1 336,70
6	PDL	36,08	7	339,36	12 245,22
Kontrollsumme			72	3490,56	97 498,83
3.3 Kostenanteil bei der Leistungserbringung				97 498,83	
3.4 Korrekturfaktor		in %-Zahl	1	974,99	
(kurzfristige Absagen)		zzgl. Korrekturfaktor		98 473,82	
Geteilt durch Pflegestunden (3.1)				4 848,00	
3.5 Preis der Leistungsstunde entspricht 600 Punkten = 60 Minuten				Vergütung pro Std. 20,31	
3.6 Faktor für Steuerung/Verwaltung		in %	Übernehmen oder selbst	27,64	
Faktor aus Tabelle 2		136,10	136,10		
3.7 Gesamtvergütung				Vergütung pro Std. 47,96	
3.8 Zuschlag Leistungserbringung bei ungünstigen Zeiten (Sonntag, nachts)					
			in %	x Leistungsstunde	5,08
			25		
Vergütung mit Zuschlag				53,04	
3.9 Wegezeit pro Einsatz					
Pro Einsatz in Minuten		Minuten pro Einsatz		7,99	
Berechnungsbasis: Minuten x Gesamtvergütung		10			
ohne Investitionskosten, aber Nutzungskosten: Bezin, Versicherung, Steuer daher Multiplikationsfaktor: Gesamtvergütung					

Tabelle 2: Auszug aus dem Kalkulationsmodell. Hier die Kalkulation Einsatzstunden und Zuschläge Pflegekräfte

teilweise in der Vergangenheit geschehen) einseitig bei der Krankenversicherung. Dabei dürfte dann allerdings der Verwaltungsaufwand für die Abschläge inklusive der Überprüfung durch die Kassen jegliche Einsparung zunichte machen.

Zusammensetzung des Faktors:

Bezugsgröße ist die Leistungsstunde inklusive Korrekturfaktor. Diese bilden die Basis von 100 Prozent, zu der folgende weitere Teile prozentual zugerechnet werden:

- **Bezug Pflegekunden**
 - Einsatzplanung pro Pflegekunde (je nach Pflegestufe)
 - Verwaltung der Pflegekunden
 - Verbuchung/Zahlungsverkehr der Pflegekunden
- **Bezug Zeit pro Mitarbeiter**
 - Fortbildung (Stunden/Jahr)
 - Krankheit/Fehlzeiten
 - Urlaub/freie Tage
 - Dienstbesprechung
 - Personalverwaltung
- **Sachkosten (nur Anteil Pflegeversicherung)**
 - X Bezug Kunde
 - Pflegedokumentation
 - Pflegeverbrauchsmaterial
 - X Bezug Mitarbeiter
 - Versicherung
 - Arbeitsärztliche Betreuung
 - Dienstkleidung
 - Fortbildungskosten
 - X Bezug Einrichtung
 - Versicherungen (Betriebshaftpflicht)
 - Arbeitshilfen
 - Fachliteratur
 - Telefonzentrale
 - Informationsmaterial
 - Geschäftsführung
 - Steuerberatung
 - Verbandsmitgliedschaft
 - Bürobedarf
 - Kosten des Geldverkehrs
 - Verbrauchskosten Geschäftsstellen

Tabelle 3: Der Faktor berücksichtigt die Tätigkeiten, die ergänzend zur eigentlichen Pflegehandlung per Gesetz vorgeschrieben sind

Gewinne müssen gemacht werden

Ein wesentlicher Diskussionspunkt beim Begriff der leistungsgerechten Vergütung ist die Zuordnung/Kalkulation von Gewinn oder Rücklage (Rücklage ist hier verkürzt gemeint als Pendant für Gewinn bei gemeinnützigen Einrichtungen). Auch hier nur in Kürze: Gewinn oder die Bildung von Rücklagen sind notwendig und durch den Begriff der leistungsgerechten Vergütung gedeckt. Im übrigen: Welchen anderen Unternehmenszweck als das Erwirtschaften von Gewinnen haben die vom Gesetzgeber gleichgestellten privaten Pflegeeinrichtungen?

Allerdings sollten die einzelnen Positionen des Preises nicht jeweils mit einer Gewinnmarge versehen werden, sondern Gewinn oder die Bildung einer Rücklage (bei gemeinnützigen Unternehmen) sollten als eigenständige Kalkulationsposition ausgewiesen werden. Damit wird erreicht, daß einerseits die einzelnen Positionen in sich leistungsgerecht kalkuliert und überprüfbar sind, andererseits jedes Unternehmen für sich seine Gewinn-/Rücklagenhöhe offen ausweist.

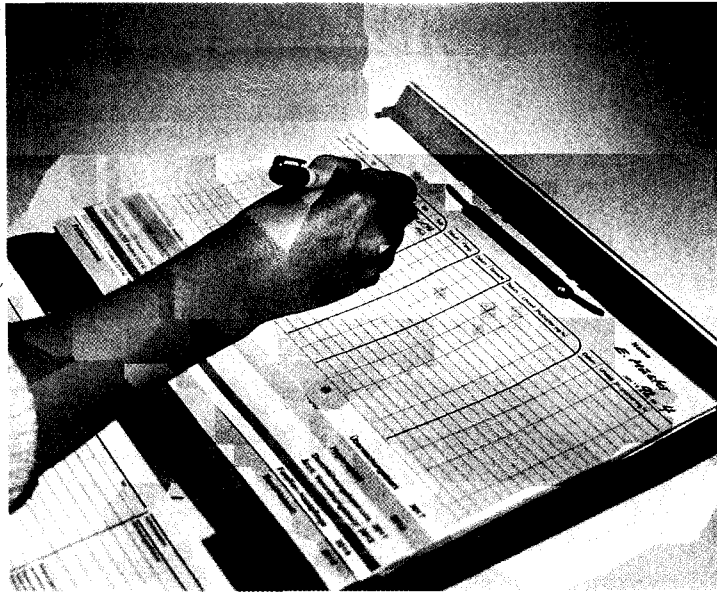
Folgendes Beispiel erläutert den Unterschied: Für den Bereich Mitarbeiterfortbildung wurden im Preis 30 Stunden/pro Mitarbeiter/pro Jahr kalkuliert. Um Gewinn zu realisieren, werden nur 20 Stunden „ausgegeben“. Diese „Optimierung“ könnte durch den ehrlichen Ausweis einer Kalkulationsposition „Gewinn/Zuführung zur Rücklage“ vermieden werden. Wie hoch der Gewinnanteil sein kann/sollte, ist offen. Allerdings führt die Pflegeversicherung das Regulativ Markt (über Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen ausgeben müssen) ein, der zu hohe Preise entsprechend ignorieren kann.

Die durchschnittliche Wegezeit wird in diesem Modell pro Zeitaufwand kalkuliert. Basis ist hier die Gesamtvergütung, da nicht nur die Mitarbeiterzeit berücksichtigt werden muß, sondern auch die Kosten für Verbrauchsmittel (Benzin, Nahverkehrsfahrkarten). Sogenannte „investive Kosten“ im Rahmen des SGB XI, § 82 werden hier nicht berücksichtigt. Bisherige Modelle basieren entweder auf einer Tages- oder Monatspauschale oder sind einsatzbezogen. Eine Differenzierung nach Aufwand findet dort jetzt nicht statt. Ich schlage daher folgendes Modell vor, um den unterschiedlich langen Wegen innerhalb eines Einzugsgebietes gerecht zu werden:

Der Pflegedienst, ersatzweise die Einsatzstelle, bildet den Mittelpunkt, um den verschiedene Kreise gezogen werden. So kann es im Radius 1 = 5 Kilometer: Preis 1 geben, im Radius 2 = 10 Kilometer den Preis 2. Mit diesem Modell würden auch die Vorgaben des § 72 nach einer

Die Kalkulationsbasis: die Zeit in der Wohnung der KundInnen

Fotos: Archiv 2, Oberheitmann 1)



Die Dokumentation ist für die Argumentation gegenüber den Kostenträgern entscheidend wichtig. Es sollten auch sogenannte „nichtabrechenbare“ Leistungen festgehalten werden

ortsnahe Versorgung ebenso berücksichtigt wie eine leistungsgerechte Vergütung für unterschiedliche Wege und die freie Wahl des Pflegebedürftigen bei eventuell höheren Wegkosten (Vorgaben § 75). Bisherige Versorgungs- und Preisverträge (siehe Hamburg: Versorgungsgebiet Stadt Hamburg; Ausdehnung bis 50 Kilometer, Vergütung 4 Mark pro Einsatz) berücksichtigen das nicht.

ben stellen keinen Selbstzweck dar, sondern sind das innerbetriebliche Steuerungsinstrument. Eine offene Darstellung auch nach innen könnte sicher in vielen Bereichen positiv

wirken, wie beim Beispiel Fortbildung angedeutet. Ein in diesem Sinne ausgerichtetes Controllingssystem schafft erst die Grundlage für die weitere Existenzsicherung der Pflegeeinrichtungen (mehr dazu im betriebswirtschaftlichen Handbuch von Thomas Sießegger, das im Vincentz Verlag erschienen ist) und ist nicht nur dazu da, die Pflege in ihrer Arbeit zu stören!

Und nun noch eine kleine Warnung: Allein die Tatsache, daß eine Einrichtung über gute Daten (vielleicht auch mit diesem Modell) verfügt, befähigt noch nicht zum erfolgreichen Führen einer Vergütungsverhandlung. Wer dies glaubt, mißachtet den dynamischen Prozeß dieser Verhandlungen und die bisherige Geschichte. Man muß zum heutigen Zeitpunkt davon ausgehen, daß der Begriff der leistungsgerechten Vergütung für beide Verhandlungsseiten erst noch mit Leben gefüllt werden muß und daß auch die Bereitschaft zu Einzelverhandlungen oder besser zur „Einzelpreisprüfung“ erst noch wachsen muß.

Das vorgestellte Modell möchte dazu einen Beitrag leisten, denn nur breite Transparenz kann zu neuen und positiveren Ergebnissen führen. Das kann für die eine Einrichtung ein höherer, für die andere ein geringerer Preis sein, wobei beide Einrichtungen den „richtigen“ Preis verhandelt haben und auch durchsetzen können.

Ohne eine gute Datenbasis läuft nichts

Momentan läuft ein erster Test mit 25 Pflegeeinrichtungen, die dieses Modell ausprobieren. Die ersten Ergebnisse werden in der nächsten Ausgabe von **HÄUSLICHE PFLEGE** veröffentlicht. Wie jedes Kalkulationsschema benötigt auch dieses differenzierte Daten und eine nachvollziehbare Dokumentation im Einzelfall. Andererseits können dann die einzelnen Verhandlungspositionen als Budgetwerte für das neue Jahr verwendet werden. Die differenzierten Verhandlungspositionen (beispielsweise bei der Fortbildung) sind auch die aktive Grundlage des laufenden Jahres. Wenn ein Budget für Fortbildung akzeptiert worden ist, gibt es von Trägerseite keinen Grund, dieses nicht auch auszugeben. Im Gegenteil, das „Nichtausgeben“ würde in der nächsten Verhandlungsrunde sicherlich zu Fragen führen.

Wie schon an mehreren Stellen betont: ohne eine gute Datenbasis kann zukünftig keine Pflegeeinrichtung bestehen. Diese Daten und die Sammlung dersel-

Nur wer über gute Daten verfügt, kann bestehen

Heute kalkulieren, was morgen eintritt

