

Der Vergleich hinkt: Preisvergleich für die ambulante Pflege ein kompliziertes In- strument

Das BSG hat mit seinem Urteil zur Preisfindung in der stationären Pflege vom 14.12.00 (Az: BSG B3P 19/00R) viel Unruhe in der Pflege ausgelöst. Die Richter meinen, allein durch einen Preisvergleich lassen sich im Regelfall alle Verhandlungsprobleme einfach und schnell lösen.

Dieses Rezept haben die Pflegekassen in NRW aufgegriffen. Sie gehen dazu über, dieses Urteil wortwörtlich auf die ambulante Pflege zu übertragen. Das hat dann folgende Konsequenzen: in NRW gibt es eine Schwankungsbreite der Vergütungen von 6,5 bis 7,9 Pf pro Punkt, wobei die Wohlfahrtseinrichtungen in der Regel 7,8 Pf pro Punkt bekommen. Fordert nun eine Wohlfahrtseinrichtung zu Vergütungsverhandlungen auf, stellt die Pflegekasse aufgrund eines Preisvergleichs auf Kreisebene fest, das der Durchschnittspreis bei beispielsweise 7,3 Pf. Liegt und stellt dies als abschließendes Verhandlungsangebot der Kostenträger fest. Fordert eine Einrichtung mit einem niedrigen Punktwert, beispielsweise 6,9 Pf, auf, so wird dieser ‚telefonisch‘ die Erhöhung auf den Durchschnittswert zugesagt. Sollte eine Einrichtung davon abweichen wollen, so solle sie ihre Besonderheiten im Verhältnis zu den anderen Einrichtungen darstellen, wobei die Informationen über die anderen Einrichtungen lediglich aus der Adresse sowie deren Punktwert bestehen.

Genau dieses Verfahren hat der Gesetzgeber in der Amtlichen Begründung zum PQsG als Negativverfahren dargestellt: **„Die von den Kostenträgern in Pflegesatzvereinbarungen geübte oder angestrebte Praxis, die**

Pflegesätze des einzelnen Pflegeheims an regionalen oder landesweiten Durchschnittswerten mehr oder weniger vergleichbarer Heime zu messen oder gar darauf zu beschränken „(Durchschnittswertemodell“), widerspricht nicht nur dem gesetzlich verbrieften Anspruch des einzelnen Heimes auf eine leistungsgerechte Vergütung seiner konkreten Leistungen (Individualitätsprinzip), sie ist letztendlich auch kostentreibend. Denn einerseits können Pflegeheime, die mit ihren aktuell geltenden Pflegesätzen über den regionalen oder landesweiten Durchschnittswerten liegen, wegen des Individualprinzips nicht zur Senkung ihrer Preise auf ein arithmetisches Mittel gezwungen werden; andererseits werden Kostenträger – aus der systemimmanenten Logik ihres eigenen Bemessungsgrundsatzes heraus – den (zahlreichen) Pflegeheimen, die mit ihren Pflegesätzen unter den Durchschnittswerten liegen, die Anpassung an das arithmetische Mittel nicht verwehren können. Es führt kein Weg daran vorbei, daß die Kostenträger sich die Mühe unterziehen müssen, bei der Bemessung der Pflegesätze unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten jedes Pflegeheim, dessen Preis zur Verhandlung ansteht, mit den Heimen in der Region oder im Land zu vergleichen, die in ihren individuellen Leistungen konkret vergleichbar sind.“ (aus: BR-Drucks. 7361/00 vom 01.11.01, Begründung Allgemeiner Teil, II.4c).

Hier hat der Gesetzgeber genau den Mechanismus (für die stationäre Pflege) beschrieben, der jetzt in NRW von den Pflegekassen umgesetzt wird. Im stationären Bereich soll für eine sachgerechte und differenzierte Möglichkeit eines Vergleiches auf die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen zurückgegriffen werden, die für die stationäre

Pflege verpflichtend werden. Dieses Instrument gibt es in der ambulanten Pflege so nicht, wohl auch, weil die Unterschiede der Einrichtungen viel weniger auf eindeutig definierbaren Strukturdaten beruhen (wie in den Heimen beispielsweise durch die räumlichen Bedingungen).

Geht man theoretisch (trotz der deutlichen Widersprüche zum PQsG) einmal davon aus, dass das BSG-Urteil so auch auf die ambulante Pflege zutrifft, stellen sich eine Reihe von weiteren Fragen, die hier diskutiert und illustriert werden sollen

1. Gibt es überhaupt Marktpreise?

Die Bundesrichter haben in den Orientierungssätzen des Urteils dazu folgende Punkte zusammengefasst:

„ Die Höhe der leistungsgerechten Vergütung im Sinne der §§ 82 Abs. 2, 84 Abs. 2 Satz 1 SGB XI für eine marktorientierte Pflegeversorgung ist in erster Linie über die Feststellung von Marktpreisen zu bestimmen.

- a) Unter den Bedingungen des vom Gesetzgebers angestrebten freien Wettbewerbs bestimmen beim Güteraus-tausch Angebot und Nachfrage den Preis einer Ware; dies ist eine leistungsgerechte Vergütung**
- b) 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 nämlich der Anbieter seine Preise nicht – jedenfalls nicht auf Dauer – unterhalb seiner Gestehungskosten kalkulieren kann, der Nachfrager andererseits im Rahmen seiner finanziellen Möglichkeiten bleiben muss.**

- c) **Der sich bildende Marktpreis ist das Ergebnis eines Prozesses und der Ausgleich der unterschiedlichen Interessenlagen“** (aus: Orientierungssätze zum Urteil)

Soweit die Orientierungssätze des BSG:

Sind die aktuellen Preise, hier beim Beispiel NRW, Ausdruck eines funktionierenden Marktes?

Betrachtet man die Entstehung der meisten noch gültigen Preise in der ambulanten Pflege, so sind diese im Regelfall nicht individuell ausgehandelt worden, sondern fast immer das Ergebnis landesweiter Verhandlungen: Beispielsweise gelten in NRW zum größten Teil Vergütungen, die sich aus einer Schiedsstellenentscheidung von 1996 ableiten und seit dieser Zeit weder erhöht noch angepasst wurden (obwohl dies ausdrücklich in der Schiedsstellenentscheidung stand). Dies ist bei der überwiegenden Mehrheit der Einrichtungen der Fall, also bei fast allen Wohlfahrtseinrichtungen sowie bei der großen Mehrheit der Privaten Verbände. Einrichtungen, die nach 1996 begonnen haben bzw. nicht organisiert sind, haben in der Regel sehr viel niedrigere Verhandlungsangebote erhalten, die im Regelfall nicht verhandelbar waren, sondern so unterschrieben werden mussten. Die so vorhandenen Vergütungen sind sicherlich nicht in jedem Fall im inhaltlichen Sinne der Pflegeversicherung als Ergebnis von Verhandlungen unter Partnern zu verstehen, auch wenn sie dies formal durch die Unterschrift sind. Darauf nun die These zu stützen, es gebe in NRW einen funktionierenden Pflegemarkt, dürfte mehr als abwegig erscheinen. Im Regelfall hat sich die Verhandlungsmacht im Sinne eines „Nachfragekartells“ (wie es auch das BSG kritisch sieht) durchgesetzt, zumal bei Existenzgründern.

Festzuhalten bleibt, dass die momentanen Preise in der Pflegeversicherung keinesfalls der Ausdruck eines freien Marktgeschehens sind. Auch die inhaltlich logische Folgerung des BSG, dass keine Einrichtung dauerhaft Preise unter seinen Gestehungskosten akzeptieren wird, ist so nicht auf die ambulante Pflege zu übertragen. Durch die Tatsache, dass ambulante Pflegeeinrichtungen immer gemischte Einrichtungen sind, dürfte eine im SGB XI ungenügende Vergütung in der Hoffnung akzeptiert werden, dieses durch eine Mischfinanzierung über SGB V oder andere Einnahmebereiche auszugleichen. Dass dies eine trügerische Hoffnung ist, merken immer mehr Einrichtungen.

Folgt man trotzdem der These, die vorhandenen Vergütungen sind Ausdruck eines freien Marktes, kommt man zur Frage des externen Vergleichs:

2. Was sind mögliche Kriterien für einen externen Betriebsvergleich in der ambulanten Pflege?

Ähnlich wie in der stationären Pflege lassen sich auch ambulante Einrichtungen nicht ohne weiteres miteinander vergleichen. Zwar scheinen sie auf den ersten Blick weitgehend standardisierte Pflegeleistungen zu erbringen, aber die Zugangsbedingungen sowie die Bedingungen der konkreten Leistung sind sehr unterschiedlich:

Im Rahmen eines offenen Betriebsvergleichsprojekts zur Zeiterfassung/Auswertung der Unternehmensberatung System & Praxis Andreas Heiber kann momentan auf der Datenbasis von 174 Einrichtungen (davon 61 private) zurückgegriffen werden: Die erfassten Daten stammen aus dem 2. Halbjahr 2000 sowie aus dem ersten Halbjahr 2001 und geben ein konkretes Bild über die tatsächliche Arbeits-

zeitverteilung in der ambulanten Pflege wieder: Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf diesen Daten.

Welche Kriterien zur Differenzierung sind notwendig: eine unvollständige Aufzählung

- **Einzugsgebiet und die daraus resultierenden Wegezeiten**

Wesentlicher Bestandteil der täglichen Arbeitszeit sind die tatsächlichen Wegezeiten (die Zeit bis zum Erreichen der einzelnen Wohnungstür) pro Einsatz. Diese machen im rechnerischen Durchschnitt aller bisher ausgewerteten Einrichtungen 23,4 Prozent der täglichen Arbeitszeit aus. Allerdings zeigt der Durchschnittswert von 174 Einrichtungen nicht die gesamte Bandbreite und Wirklichkeit: die Werte schwanken zwischen den beiden Grenzwerten: 12,6 % und 40,5 %. Die Individualität dieser Werte pro Einrichtung hängt zum Teil schon von sehr einfachen Faktoren wie Einbahnstraßenregelungen oder Ampeldichte. Allein ein Unterschied von 1 Minute Fahrtzeit pro Einsatz bedeutet hochgerechnet einen Kostenfaktor von ca. 1-1,5 Prozent der Gesamtkosten! Die Schwankungen sind auch in gleichen regionalen Gebieten, zum Beispiel innerhalb einer Großstadt oder in einem Kreis zu beobachten. Weiterhin bleibt festzustellen, dass es offensichtlich in Städten tendenziell längere Wegezeiten (bzw. dann wohl besser: Standzeiten) gibt als auf dem Lande.

Vergleichbare Pflegedienste müssen also auch im Detail vergleichbare reale Wegezeiten haben. Das Einzugsgebiet, das im Versorgungsvertrag steht, dürfte hier in der Regel weniger relevant sein, da in den meisten Rahmenverträgen und damit in den Versorgungsverträgen von Kreisen oder kreisfreien

Städten als lokales Einzugsgebiet ausgegangen wird. Nimmt man sich die Stadt Hamburg als Beispiel, wird schnell klar, wie ungenau (und damit an dieser Stelle nicht gesetzeskonform) eine solche grobe Beschreibung ist. Im Regelfall pflegen die Einrichtungen auch nicht in ganz Hamburg, sondern in ausgewählten Stadtteilen; dieses lokale Einzugsgebiet kann allein als Vergleichsmaßstab fungieren.

Die momentan von den Pflegekassenverbänden in NRW praktizierte Methode, jeweils alle in einem Kreis vertretenen Einrichtungen als Vergleichsmaßstab für einen Durchschnittspreis heranzuziehen, verbietet sich damit von selbst. Zumal die Flächenkreise im Regelfall nie das reale örtliche Einzugsgebiet eines Pflegedienstes darstellen.

Leistungsmix

Ambulante Pflegeeinrichtungen sind im Sinne des SGB XI (fast immer) gemischte Einrichtungen, d.h. sie erbringen Leistungen unterschiedlicher Kostenträger (hauptsächlich der Kranken- und der Pflegeversicherung). Interessant und wichtig für die konkrete Einsatzplanung sind die Möglichkeit der Bündelung von mehreren Leistungen auch unterschiedlicher Kostenträger in einem Einsatz. Die Möglichkeit der Erbringung von sogenannten kombinierten Einsätzen ist je nach Bundesland zum Teil durch die dortigen Rahmenverträge beschränkt.

So ist in Hessen nach der bisherigen Vertragslage in der Krankenversicherung eine kombinierte Leistungserbringung nur schwer möglich, weil in Hessen die Behandlungspflegeleistungen fast nur durch Pflegefachkräfte erbracht werden dürfen. So muß auch für die Leistung „Kompressionsstrümpfe

ausziehen“ im Regelfall eine Pflegefachkraft aktiv werden, eine Hilfskraft, die beispielsweise die hauswirtschaftliche Versorgung erbringt, darf diese Leistung nicht mit machen: die Folge: die Behandlungspflege in Hessen ist von diesen Strukturbedingungen teurer als in anderen Bundesländern.

In Baden-Württemberg ist das Problem von einer anderen Seite da: Die dortigen Pflegeversicherungskunden können die Pflegeleistungen in unterschiedlicher Personalqualität abrufen, was sich auch in unterschiedlichen Preisen niederschlägt. So könnte der Pflegekunde dort beispielsweise auf eine Leistungserbringung durch einen für ihn kostengünstigen ZDL bestehen, so das die ebenfalls notwendige Behandlungspflege in einem zweiten Einsatz erfolgen müsste.

Der Betriebsvergleich zeigt auch hier eine enorme Schwankungsbreite:

Nimmt man den Anteil der Behandlungspflege, so gibt es hier zwar den rechnerischen Durchschnittsanteil von 20,6 %, aber eine Schwankungsbreite von 4,6 % bis 99,9 %. Demzufolge sind die Werte für die Menge an kombinierten Einsätzen ebenso differenziert: Insgesamt machen die kombinierten Einsätze im Bundesdurchschnitt gerade mal 19,5 % aus, im Schnitt sind dies 1,9 von durchschnittlich 9,6 Einsätzen pro Tag. Die Schwankungsbreite geht aber von 0,1 bis 9,6: es gibt also im Prinzip jede Variante, allerdings auf einen insgesamt niedrigen Niveau. Will man Einrichtungen vergleichen, müssten auch diese Daten abgefragt und als Vergleichskriterium berücksichtigt werden.

Die konkrete Pflegesituation und der Pflegebedarf

Was in einem stationären Pflegeheimvergleich schon angedacht wird (Pflegestufengewichtung) und durch die vom Pflegequalitätssicherungsgesetz festgeschriebenen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen fixiert wird, ist im ambulanten Bereich schlichtweg nicht definier- und klärbar: Durch den Vollversorgungsauftrag im Pflegeheim entstehen zumindest auf den ersten Blick vergleichbare Pflegesituationen (dies ist bei näheren Hinsehen ebenfalls sehr viel differenzierter zu betrachten). Aber im ambulanten Bereich kann die Betreuungsintensität nicht aus den Pflegestufen allein geschlossen werden: die Intensität und der Zeitaufwand einer Versorgung werden durch viel mehr Parameter beeinflusst: durch die konkrete Wohnsituation, durch den Umfang und die Art der Versorgung durch die Pflegepersonen, durch den Umfang der Behandlungspflege, durch die vorhandenen Versorgungsnetzwerke:

Ein konkretes Beispiel zur Illustration: Herr Meyer ist in der Pflegestufe 1 eingestuft. Er lebt zusammen mit seiner Frau, seine Wohnung hat eine Dusche. Die hier zu leistende Große Toilette (mit Duschen) ist zeitlich mutmaßlich weniger aufwendig als im zweiten Fall: Herr Schmidt, auch Pflegestufe 1, wohnt allein, sein Badezimmer ist mit einer Badewanne ausgestattet. Ein Differenzierungskriterium müsste die bauliche Ausstattung der Wohnung sein, ein weiteres die Frage, ob man allein lebt oder nicht, das nächste die Ursache der Pflegebedürftigkeit, dazu zusätzlich die Pflegestufe und die Gewichtung der Verrichtungsarten (Anleitung, Übernahme, ...), usw.. Diese Individualität der Pflegesituation kann sich,

betrachtet man allein einmal den baulichen Aspekt, von Stadtteil zu Stadtteil wesentlich unterscheiden: beispielsweise durch die Menge an Mietshäusern im Verhältnis zu eigenen Häusern.

Unternehmensformen und Strukturen: einige Aspekte

Ein weiteres wichtiges Vergleichs- bzw. Unterscheidungskriterium sind die Unternehmensformen und Strukturen. Hier geht es weniger um die einfache Unterscheidung in gemeinnützige und private Einrichtungen, die so zunächst irrelevant ist. Ein wichtiger Faktor ist allerdings die Frage, ob eine Einrichtung an der Umlageversicherung U 1 (Krankheit) und U 2 (Mutterschaft) im Sinne des Lohnfortzahlungsgesetzes teilnehmen kann. Hier besteht für kleine Einrichtungen bis 20 Mitarbeitern die Möglichkeit, die Kosten im Krankheitsfall zu 80 %, im Mutterschutzfall zu 100 % erstattet zu bekommen. Die dazu zu entrichtende Umlage wird über die jeweilige Krankenversicherung abgewickelt. Allerdings sind Wohlfahrts-einrichtungen aufgrund des § 18 LFZG generell von dieser Umlageversicherung befreit. Konkret hat dies vor allem bezüglich der Frage von Schwangerschaften erhebliche Auswirkungen: Da die Pflege fast überwiegend durch Frauen geleistet wird, werden Pflegeeinrichtungen überdurchschnittlich mit Schwangerschaften konfrontiert: durch die inzwischen (wahrscheinlich berechtigten) verschärften Auslegungen des Mutterschutzes können Schwangere so gut wie gar nicht mehr in der ambulanten Pflege eingesetzt werden, da sie besonders vor Infektionen geschützt werden müssen und keine größeren Gewichte mehr heben dürfen (Lagern, Notfallsituationen, etc.). Damit sind Schwangere (auch wenn diese es eigentlich

wünschen) nur noch schwer in der Pflege einsetzbar. Die Kosten für diese Ausfälle übernimmt bei kleinen privaten Einrichtungen weitgehend die Umlageversicherung, bei Wohlfahrtseinrichtungen ist dies ausgeschlossen. Man kann davon ausgehen, dass sich dadurch die durchschnittlichen Krankheitstage um 2 Tage erhöhen, entsprechend dann auch die Kosten. Auch diese Ungleichheit müsste bei Betriebsvergleichen berücksichtigt werden, auch bei größeren privaten Einrichtungen, die dann höhere Kosten haben.

Bei privaten Einrichtungen wird in Vergütungsverhandlungen der Arbeitseinsatz der Unternehmer, die in der Regel auch Pflegefachkräfte sind, nicht immer in dem Maße kalkuliert und von den Kostenträgern akzeptiert, wie er tatsächlich erbracht wird: hier wird von den Kostenträgern von einer scheinbar selbstverständlichen Selbstaussbeutung ausgegangen, die sich dann in niedrigeren Vergütungen niederschlägt.

Eindeutige Strukturkriterien sind ebenfalls zu berücksichtigen: durch die Verpflichtung, ein eigenständiges Büro zu haben, sind die Sachkosten bei kleinen Einrichtungen natürlich proportional höher als bei größeren Einrichtungen. Ähnliches gilt zum Teil für die Menge an notwendigen Dienstfahrzeugen etc. .

Zusammengefaßt bleibt festzuhalten:

- Ein Preisvergleich in der ambulanten Pflege bedarf der ausführlichen Vorbereitung, allein die Vorlage einer Zusammenstellung von Preisen erlaubt es keiner Verhandlungsseite, sachgerechte Aussagen über die Vergleichbarkeit zu machen.
- Ob ein dann sehr differenzierter Preisvergleich das ideale Mittel für die Führung von Vergütungsverhandlungen ist, darf bezweifelt werden, da der oben zitierte negative Spiraleffekt auch in diesen Fällen auftreten wird.
- Die einfache Übertragung des BSG-Urteils auf die ambulante Pflege ist weder sachgerecht noch gesetzeskonform. Daher sollten die Verhandlungsparteien nicht mit diesem untauglichen Instrument zu viel Zeit verschwenden, sondern lieber sinnvollere Instrumente für die ambulante Pflege entwickeln.

Veröffentlicht in:

Häusliche Pflege, 11/2001,
auszugsweise: **CAREkonkret, Ausgabe 40, 5.10.2001**

© **Andreas Heiber**

System & Praxis Andreas Heiber

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld
Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248
Email: Heiber@SysPra.de; www.SysPra.de