

# Leistungsgerechte Pflegesätze im Bereich „Stationärer Altenhilfe“ nach dem Pflegeversicherungsgesetz – Eine kritische Auseinandersetzung mit dem „Standard-Pflegesatz-Modell“

Thomas Winkler

**Was ist eine leistungsgerechte Vergütung nach § 82 SGB XI – an dieser Frage scheiden sich die Geister der Leistungserbringer und der Pflegekassen. In der kritischen Auseinandersetzung mit dem Standard-Pflegesatz-Modell der Leistungszahler werden Ansätze eines auf dem individuellen Pflegebedarf gründenden Pflegesatz-Modells dargestellt.**

Schlagwörter: Pflegesatz – Stationäre Altenhilfe – Pflegeversicherung

**Engl. Abstract** – What does § 82 SGB XI mean with 'adequate compensation' – at this question the interests of the nursing professionals and the care insurance separates. In the critical discussion of the 'standard compensation model' first steps of a compensation model based on individual care needs will be represented.

Key words: compensation model – residential home – care insurance

## Übersicht:

- Einleitung
- „Leistungsgerechte Entgelte/Vergütungen“: Grundlegende Ziele des Gesetzgebers
- Definitive Abgrenzung des Begriffs „Pflegesatz“ im neuen Verständnis des SGB XI
- Rahmenbedingungen zur Pflegesatzfindung
- Das Standard-Pflegesatz-Modell
- Kritische Betrachtung des Standard-Pflegesatz-Modells
- Ansatzpunkte alternativer Konzepte zur Beschreibung „leistungsgerechter Pflegesätze“
- Ausblick

## Einleitung

In den ersten Monaten 1997 ging ein Aufschrei der Entrüstung durch die stationäre Altenhilfe. Mit Bekanntwerden des Standard-Pflegesatz-Modells (SPM) der Spitzenverbände der Pflegekassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände wurden alle Hoffnungen auf eine Verbesserung der Lebensbedingungen der Bewohner und der Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter in der Pflege nachhaltig erschüttert. Die in diesem Modell für den Bereich

des SGB XI beschriebenen gemeinsamen Empfehlungen zur Vereinbarung leistungsgerechter Pflegesätze und angemessener Entgelte für die Unterkunft und Verpflegung hätten z.B. nach Berechnung der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des LWL das jährliche Budget des in ihrer Trägerschaft geführten „Hauses der Pflege“ für das Jahr 1998 um mehr als 50% reduziert. Dass unter diesen Bedingungen einer dem Pflegebedarf angemessenen qualitativen und quantitativen personellen Ausstattung eines gerontopsychiatrischen Pflegeheims nicht mehr hätte entsprochen werden können, bedarf keiner weiteren Kommentierung.

Wenn auch das Standard-Pflegesatz-Modell (SPM) seitens der damaligen Initiatoren und Verfasser nach heftiger Kritik aus der öffentlichen Diskussion zurückgezogen wurde, bleiben seine Eckpunkte für die Kostenträger auch weiterhin wegweisend im Zuge der jährlich stattfindenden Pflegesatzverhandlungen. Insoweit scheint es mir nachgerade notwendig, sich mit diesem Modell kritisch auseinander zu setzen

und es insbesondere vor dem Hintergrund des Pflegeversicherungsgesetzes und seiner Intention zu beurteilen, darüber hinaus aber auch erste Ansätze einer alternativen Konzeption zur Vereinbarung leistungsgerechter Pflegesätze zu entwickeln und diese offensiv in die gesellschaftliche und sozialpolitische Diskussion einzubringen.

## „Leistungsgerechte Entgelte/Vergütungen“: Grundlegende Ziele des Gesetzgebers

Mit der Novellierung des BSHG §§ 93 f. (in Kraft seit dem 01.07.1994) sowie mit der Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes (im stationären Bereich in Kraft seit dem 01.07.1996) wurde im Bereich der Vergütung das Prinzip der leistungsgerechten Entgelte bzw. der leistungsgerechten Vergütungen eingeführt. Hierbei standen folgende Überlegungen und Ziele im Vordergrund:

- Eine Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip (Finanzierungs-

grundlage waren die tatsächlichen Sach- und Personalkosten der abgelaufenen Wirtschaftsperiode) zum Leistungsprinzip: Die Entgelte/Vergütungen, die gesetzlich verbindlich gefordert werden, haben „nicht mehr die Funktion, Kosten in weitgehender Abstraktion von erbrachten Leistungen zu ersetzen, sondern konkrete vollstationäre (...) Pflegeleistungen zu vergüten, und zwar differenziert nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt.“ (BR-Drs. 505/93, S. 143 f.)

- Die Einführung einer prospektiven Vergütung (vgl. SGB XI § 85 Abs. 3): Die Leistungsträger und die Träger der Einrichtungen müssen danach Vergütungen im voraus, also „vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode“ und ohne nachträglichen Gewinn- und Verlustausgleich vereinbaren. Hierdurch sollen neben mehr Planungssicherheit Anreize für eine wirtschaftlichere Führung der Einrichtungen geschaffen werden, für die es unter den früheren Bedingungen wenig Ansporn gab.

### **Definitivische Abgrenzung des Begriffs „Pflegesatz“ im neuen Verständnis des SGB XI**

Während sich nach dem früheren Selbstkostendeckungsprinzip ein Gesamtpflegesatz – z.B. in NRW differenziert nach vier Stufen der Pflegebedürftigkeit – über alle Leistungsbe- reiche eines Pflegeheimes ergab, sieht das PflegeVG für stationäre Einrichtungen die Differenzierung der Leistungsentgelte nach den verschiedenen Leistungsbereichen vor. Folgende Bereiche sind hier zu nennen:

- Pflegesätze (§ 43: Inhalt der Leistungen u. § 84 SGB XI: Bemessungsgrundsätze)
- Entgelte für Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI: Unterkunft und Verpflegung)
- Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI: Zusatzleistungen)
- investive Kosten (§ 9 SGB XI: Aufgaben der Länder)

Bei den Pflegesätzen handelt es sich also nur um einen der angesprochenen Leistungsbereiche. Insoweit wird deutlich, dass der Begriff „Pflegesatz“ eine andere inhaltliche Bedeutung – sprich Eingrenzung – erfährt, die für das Verständnis der weiteren Bearbeitung des Themas und somit seine inhaltliche Abgrenzung und Schwerpunktsetzung von zentraler Bedeutung ist.

### **Rahmenbedingungen zur Pflegesatzfindung**

Dem Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen (vgl. § 69 SGB XI) folgend haben diese eine bedarfsgerechte und gleichmäßige pflegerische Versorgung der Versicherten entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu gewährleisten. Zu diesem Zweck schließen sie Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen, wobei die Vielfalt, die Unabhängigkeit und Selbständigkeit sowie das Selbstverständnis der Träger in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten ist.

Da es die Pflegesätze einer Einrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen müssen, ihren Versorgungsvertrag zu erfüllen (vgl. § 84 Abs. 2 SGB XI), wird deutlich, dass der individuelle Versorgungsvertrag mit seinen Regelungen bzgl. Art, Inhalt und Umfang der Leistungen „die Grundlage für den darauf basierenden Vergütungsvertrag bildet“ (Ristok 1995, S. 15).

Daneben sind aber auch weitere Regelungen des SGB XI wie z.B. die Rahmenverträge (§ 75 SGB XI) oder aber die „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ und auch gleichermaßen andere gesetzliche Bestimmungen, Verordnungen und Regelungen (Heimpersonalverordnung; Arbeitszeitordnung; tarifvertragliche Regelungen; Schwerbehindertengesetz) entsprechend zu berücksichtigen.

### **Das Standard-Pflegesatz-Modell**

Das Standard-Pflegesatz-Modell – auch „Arbeitshinweise für Pflegesatzverhandlungen mit stationären Pflegeeinrichtungen“ genannt – wurde seitens der Leistungsträger als einheitliche Verhandlungsgrundlage und für sie verbindliches Strategiepapier für die anstehenden Pflegesatzverhandlungen entwickelt. Zielsetzung war es, über die Vergütungen für vollstationäre Leistungen in der gesamten Bundesrepublik – nur differenziert nach alten und neuen Bundesländern – nach „einheitlichen Grundsätzen“ (SPM 1997, S. 3) zu verhandeln, bzw. sie nach einheitlichen Standards zu vereinbaren.

#### **Grundsätzliche Argumentation der Leistungsträger zum SPM**

Die Pflegeversicherung – vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung als sozial- und finanzpolitisch notwendige Ergänzung der anderen Zweige der Sozialversicherung eingeführt – ist wie diese auch nach bundesweit einheitlichen Vorgaben strukturiert. Dies wird sowohl z.B. durch die bundesweit einheitliche Definition der Pflegebedürftigkeit, die Pflegebedürftigkeitsrichtlinien, aber nicht zuletzt auch durch die Finanzierung der Pflegeversicherung oder die bundesweit verbindlichen Vereinbarungen zur Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI nachhaltig unterstrichen.

Somit ergibt sich auch nach Meinung der Befürworter des SPM für die Pflegesatzvereinbarungen „die Notwendigkeit, die Pflegesätze und Entgelte nach einheitlichen Grundsätzen und Strukturen zu ermitteln“ (Bretzinger 1997, S. 138). Länderspezifische oder regionale Unterschiede werden schlußfolgernd für die Finanzierungsverantwortlichkeit der Pflegeversicherung als nicht relevant ausgegrentzt.

#### **Verfahren zur Preisbildung nach dem Standard-Pflegesatz-Modell**

Die Verfahrensschritte nach dem SPM – auch wenn sie zunächst die Berechnung des Pflegezeitbedarfs pro Pflegeklasse zum Gegenstand haben – dienen ausschließlich der Preisbil-

dung bzw. der Bestimmung der Höhe der täglichen Pflegesätze. Seitens der Autoren des SPM wird ausdrücklich betont, dass aus den Zeitwerten nicht abgeleitet werden darf, „dass den Pflegeheimen in der Praxis eine Pflegevertragvereinbarung zusteht, die die Vergütung eines bestimmten Pflegezeitvolumens (96 Minuten) garantiert.“ (SPM 1997, S. 11).

Das Verfahren selbst besteht aus sechs Schritten [1]

- Ermittlung des maximalen zeitlichen Pflegeaufwands in Pflegestufe III
- Die Bemessung des durchschnittlichen zeitlichen Pflegeaufwands
- Die analytische Ermittlung des zeitlichen Pflegeaufwands in den einzelnen Pflegestufen
- Berechnung der Personalkosten pro Stunde je Pflegekraft
- Kalkulation der Standardpflegesätze
- Vertragliche Vereinbarung von Toleranzniveaus

## Kritische Betrachtung des Standard-Pflegesatz-Modells

### Bemessungsgrundsätze für leistungsgerechte Pflegesätze

Die Beschreibungen und Ausführungen im SPM bzgl. der Bemessungsgrundsätze für leistungsgerechte Pflegesätze müssen sich an den Zielsetzungen des Pflegeversicherungsgesetzes orientieren und sich an ihnen messen lassen. So gilt es hier also in einem ersten Schritt und vor einer kritischen Auseinandersetzung mit dem SPM, diese im Vorfeld zu explizieren und so Kriterien zu beschreiben, an denen sich die Bewertung ausrichtet. Hier gilt es, grundsätzlich zwei Dimensionen zu berücksichtigen (vgl. Neubauer/Moos 1995, S. 13):

- die inhaltliche Definition des Leistungsumfangs bzw. der Arbeitsmenge
- die Definition einer Leistungseinheit bzw. ihrer Vergütungshöhe

*Die inhaltliche Definition des Leistungsumfangs bzw. der Arbeitsmenge anhand normativer Vorgaben des SGB XI*

Die gesetzlichen Bestimmungen und deren Ergänzungen bewegen sich in bezug auf die vorangestellte Frage

auf dem höchsten Abstraktionsniveau. Zunächst werde ich versuchen, die Intention und das dahinter stehende pflegerische Verständnis des Pflegeversicherungsgesetzes in drei Thesen zu formulieren, die aus meiner Sicht insbesondere durch die §§ 2 (Selbstbestimmung) und 6 (Eigenverantwortung) SGB XI, aber auch durch die „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe für Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 21.10.1996“ hinreichend belegt sind.

*These 1:* Das Pflegeversicherungsgesetz weist eindeutig einen interaktionstheoretischen Bezug auf, der für die Gestaltung des Pflegeprozesses und hier insbesondere für die Pflegebedarfserhebung normativen Charakter hat.

*These 2:* Das Pflegeversicherungsgesetz beschreibt pflegerisches Handeln als ressourcenorientiert, biographiebezogen, subsidiar und komplementär und weist darüber hinaus ein salutogenetisch orientiertes pflegerisches Verständnis aus.

*These 3:* Das Pflegeversicherungsgesetz fordert eine bedarfsorientierte Pflege und eine zielgerichtete Arbeitsstrukturierung.

Nach § 11 (Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtung) und § 69 (Sicherstellungsauftrag) SGB XI ist der Trägervielfalt sowie dem jeweiligen spezifischen Verständnis bzgl. des pflegerischen Auftrages im Rahmen der gegebenen Bedingungen Rechnung zu tragen. Dies impliziert, dass das jeweilige Unternehmens- aber insbesondere Pflegeleitbild als Grundlage des daraus abgeleiteten pflegerischen Verständnisses und der Pflegekonzeption angemessene Berücksichtigung finden muß.

Mit § 72 SGB XI legt der Gesetzgeber fest, „dass für jede (ambulante oder stationäre) Pflegeeinrichtung, die zur Versorgung zugelassen werden will, ein individueller Versorgungsvertrag mit einem konkreten Versorgungsauftrag abgeschlossen wird“ (Ristok 1995, S. 16). Insbesondere die

Festlegung nach „Art, Inhalt und Umfang“ der allgemeinen Pflegeleistungen erfordert so eine „generelle Verständigung über die Gruppen der Pflegebedürftigen, die betreut werden sollen, insbesondere nach der Stufe ihrer Pflegebedürftigkeit sowie nach dem Betreuungsbedarf.“ (BR-Drs. 505/93, S. 135)

Zu berücksichtigen ist hierbei, dass sich, anders als im Zusammenhang mit § 36 SGB XI (Leistungen bei häuslicher Pflege), dieser Leistungsrahmen im Hinblick auf die vollstationäre Pflege gemäß § 43 SGB XI nicht auf die Verrichtungen gemäß § 14 SGB XI eingrenzt, sondern hier explizit von der Übernahmeverpflichtung der pflegebedingten Aufwendungen gesprochen wird.

Eine ergänzende inhaltliche Beschreibung und Konkretisierung erfolgt durch § 84 (2) SGB XI. Hier wird noch einmal deutlich herausgestellt, dass sich die Leistungsgerechtigkeit der Pflegesätze an dem individuellen Versorgungsaufwand des einzelnen Pflegebedürftigen zu messen hat. Es steht also der individuell zu erhebende, konkrete Hilfebedarf des einzelnen Pflegebedürftigen im Vordergrund, den es zu ermitteln und adäquat zu beantworten gilt.

### Vergütung des definierten Pflege- und Betreuungsbedarfs

Unter diesem Punkt ist für den Bereich der stationären Langzeitpflege sowohl die jeweilige Leistungseinheit als auch deren Vergütungshöhe zu klären.

Hier gilt es zunächst grundlegend zwei Begriffe – Pflegeklasse und Pflegestufe – zu unterscheiden. § 84 (2) SGB XI legt fest, dass die Pflegesätze in drei Pflegeklassen unterteilt werden müssen. Bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen ist von den Pflegestufen nach § 15 (1) SGB XI auszugehen, sofern nicht „nach der gemeinsamen Beurteilung des Medizinischen Dienstes und der Pflegeleitung des Pflegeheimes die Zuordnung zu einer anderen Pflegeklasse notwendig oder ausreichend ist.“ Eine über die drei Pflegeklassen hinaus gehende Differenzierung ist somit durch den Gesetzgeber bedauerlicherweise von vornherein ausge-

geschlossen worden. Hier sei schon vorab Kritik angemeldet, da diese unzureichende Einteilung wie schon in der Vergangenheit Anreize setzt, bei der Aufnahme neuer Bewohner innerhalb einer Pflegeklasse nach sogenanntem „guten Risiko“ zu selektieren.

§ 84 Abs. 2 SGB XI führt aus, dass es die Pflegesätze einem Heim ermöglichen müssen, seinen Versorgungsauftrag bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu erfüllen. Gemäß den Erläuterungen zu diesem Paragraphen kann „kein Pflegeheim gezwungen werden, seine Leistungen unterhalb seiner ‚Gestehungskosten‘ anzubieten.“ Insofern ist von einem „betriebswirtschaftlichen Kostenbegriff“ (Ristok 1995, S. 19) auszugehen, der eine Koppelung zwischen den Pflegeklassen und den diesen zugrunde liegendem Pflegebedarf und den einrichtungsspezifischen Leistungskosten vorsieht, die es im Rahmen der betrieblichen Kostenrechnung (Kostenartenrechnung, Kostenstellenrechnung, Kostenträgerrechnung) zu ermitteln und dementsprechend zu vergüten gilt.

Als größtem kostenrelevanten Faktor kommt hier insbesondere dem durchschnittlichen Pflegezeitbedarf und den qualifikatorischen Anforderungen unterhalb der jeweiligen Pflegeklasse herausgehobene Bedeutung zu.

### Kritische Bewertung anhand ausgewählter Kriterien

#### Rechtliche Bewertung

Das SPM basiert auf zwei grundlegenden Leitsätzen:

- Leistungsgerechte Pflegesätze sollen nach bundeseinheitlichen Grundsätzen und Strukturen ermittelt werden.
- Gleiches Entgelt für gleiche Leistungen!

Die auf diesen Leitsätzen bis auf die beschriebenen Resttoleranzen sich gründenden Einheitspflegesätze sind aus folgenden Gründen zunächst einmal unter rechtlichen Gesichtspunkten höchst fragwürdig:

- Nach Einschätzung des damaligen Ministers für Arbeit, Gesundheit

und Soziales des Landes NRW, Dr. Axel Horstmann würden bei bundeseinheitlicher Regelung Länder wie Baden-Württemberg oder NRW „nachträglich um die Früchte (...) (ihrer) besonderen Anstrengungen (im Bereich der stationären Altenhilfe) gebracht“, da nivellierte Pflegesätze nach Bundesdurchschnitt „nur bei einer radikalen Reduzierung der Pflegequalität“ kostendeckend wären. Die im „Standard-Pflegesatz-Modell“ beschriebene Verfahrensweise „widerspricht (nach Einschätzung seines Hauses auch) der inneren Logik des SGB XI selbst,“ da nach § 75 SGB XI die Landesverbände der Pflegekassen mit dafür verantwortlich sind, landeseinheitliche Rahmenverträge zu schließen und insofern offensichtlich vom Gesetzgeber die „gravierend unterschiedlichen Entwicklungen und erreichten Leistungsstände“ anerkannt würden. Dies kann allerdings nur umgesetzt werden, „wenn auch die Landesstrukturen und Landesbedingungen in die (Vergütungs-) Verträge (mit) einfließen.“ (vgl. MAGS NRW 16.04.97, S. 4)

- Neben diesen eher landespolitischen Einwendungen stehen diese Leitsätze und die daraus abgeleiteten Einheitspflegesätze aber auch im Widerspruch zu den individuellen Versorgungsverträgen der Einrichtungen, die ja verpflichten, unter spezifischen Bedingungen den individuellen Pflege- und Betreuungsbedarf der ihnen anvertrauten Bewohner adäquat zu befriedigen.

#### Pflegefachliche Bewertung

Wider die prospektive Ausrichtung des SGB XI ist es bemerkenswert, dass sowohl das Verfahren als auch die zur Definition des „Soll-Standards“ herangezogene durchschnittliche Besetzung (1:2,73) auf die Vergangenheit ausgerichtet, also retrospektiv sind. So berücksichtigt das SPM folglich weder die im Gesetz selbst angelegten und neu definierten qualitativen Anforderungen noch die unter den Bedingungen des SGB XI – Stichwort ist hier der Vorrang der häuslichen Pflege – sich rasant verändernde Belegungsstruktur innerhalb der Einrichtungen. Insbesondere rei-

ne Pflegeheime werden unter den beschriebenen Bedingungen zur durchschnittlichen Personalbemessung und den daraus abgeleiteten Pflegesätzen in bezug auf ihr Selbstverständnis und ihren Versorgungsauftrag vor nicht lösbare qualitative und betriebswirtschaftliche Schwierigkeiten gestellt.

Auch die sogenannte „analytische Ermittlung“ des Pflegezeitbedarfs in den einzelnen Pflegeklassen als Herzstück des SPM unter Einbeziehung des maximalen zeitlichen Pflegeaufwands in der Pflegestufe III (160 min.) und des berechneten durchschnittlichen Pflegezeitaufwands pro Pflegebedürftigem (96 min.) ist äußerst fragwürdig. Neben der nach meiner Einschätzung höchst willkürlichen und unseriösen Berechnungslogik des SPM gründen sich die Überlegungen bzgl. des „Soll-Pflegestandards“ auf das Verfahren „pauschaler Anhaltzahlen“ zur Personalbedarfsermittlung, das sich schon in der Vergangenheit als ungeeignetes Instrument erwiesen hat, das Pflegezeitniveau zu erhalten und die veränderten qualitativen Anforderungen an die Pflege angemessen zu erfassen (vgl. Gennrich 1995<sup>2</sup>, S. 121 ff.).

#### Weitere kritische Anmerkungen

Die rechtliche und pflegfachliche Bewertung des im SPM beschriebenen Verfahrens zur Findung von „leistungsgerechten Pflegesätzen“ möchte ich mit einigen weiteren kritischen Bemerkungen, die nach meiner Einschätzung ein bezeichnendes Licht auf das einseitig vom Kostenbegrenzungsinteresse geprägte und somit unseriöse Modell werfen, abschließen.

Die Nettojahresarbeitszeit einer vollbeschäftigten Pflegekraft ist nicht wie im Modell ausgewiesen mit 1591,7 Stunden anzusetzen. Es sind hier vielmehr, wie Rolf Gennrich in seiner empirischen Untersuchung zu Fehlzeiten von PflegemitarbeiterInnen beim Bezirksverband der Arbeiterwohlfahrt, Niederrhein e.V. (1989/1990) nachdrücklich belegt (Gennrich 1995<sup>2</sup>, S. 50 ff.), als Vergleich die Richtzahlen der KGSt (Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung) für den Bereich der Arbeiter heranzuziehen. Diese wiesen 1995 als Nettojahresarbeitszeit aber nur 1474 Stunden aus.

Bei den der Berechnung der Stundensätze zugrunde liegenden Budgetkalkulationen fiktiver Einrichtungen wurden von den Verfassern des SPM wesentliche gesetzliche und tarifrechtliche Aspekte übersehen oder unterschlagen:

- Wider den in der „Heimpersonalverordnung“ geforderten Fachkräfteanteil von 50 % legt das Modell seiner Berechnung nur einen Anteil vollqualifizierter Kräfte von 40 % zugrunde.
- Bei der Addition der Vergütungsbestandteile zur Berechnung der Bruttopersonalkosten der Arbeitgeber je Vollzeitstelle wurden großzügig Zuschläge für die Arbeit an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen übersehen, genauso wie Nachtzuschläge, Beiträge zur Berufsgenossenschaft, Aufwendungen für betriebsärztliche Untersuchungen oder Umlagen zur Finanzierung der Altenpflegeausbildung (vgl. Berner 1997, S. 20).
- Zuletzt ist auch der 15 %ige Anteil der Hilfskräfte – hier handelt es sich um ungelernete Kräfte in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen oder solche, die keiner tariflichen Bestimmung unterliegen (vgl. SPM 1997, S. 20) – weder fachlich noch sozialpolitisch vertretbar. Gerade als Profiteure eines beitragsfinanzierten Zweiges der Sozialversicherung sollten dies die Pflegekassen im eigenen wohlverstandenen Interesse berücksichtigen.

### **Ansatzpunkte alternativer Konzepte zur Beschreibung „leistungsgerechter Pflegesätze“**

Angesichts solch gravierender und die Qualität und das Selbstverständnis der Pflege in hohem Maße in Frage stellender Auswirkungen des SPM gilt der Entwicklung und Beschreibung alternativer Konzepte zur bedarfsorientierten Pflegezeitermittlung und daraus abgeleiteter leistungsgerechter Pflegesätze für die drei Pflegeklassen höchste Priorität. Die Qualität dieser Konzepte ist aber nicht in erster Linie

an ihrer Unkompliziertheit zu messen, sondern daran, ob es ihnen gelingt, den Pflegezeitbedarf der Bewohner sowohl quantitativ als auch qualitativ angemessen, transparent und einrichtungsspezifisch abzubilden.

Für die Ermittlung leistungsgerechter, prospektiver Pflegesätze sei hier exemplarisch und in aller Kürze ein Verfahren beschrieben, das sich in seinen grundlegenden Gedanken an das „Analytische Konzept“ der DKG (1989) und das „Modell der Evangelischen Heimstiftung“ (1994) anlehnt:

Auf der Basis des individuellen Pflegeplans des Medizinischen Dienstes der Pflegekassen für den einzelnen Bewohner führen die jeweilige Pflegeeinrichtung unter Berücksichtigung ihrer pflegerischen Zielsetzungen und ihres pflegerischen Verständnisses eine individuelle Pflegeplanung durch, bei der der konkrete Hilfebedarf des einzelnen Pflegebedürftigen ermittelt und ein individueller Pflege- und Betreuungsmaßnahmenplan unter Berücksichtigung seiner Selbstpflegefähigkeit und der eventuellen Hilfestellung seitens seines sozialen Umfelds abgeleitet wird. Neben der zeitlichen Erfassung der erforderlichen direkten Pflege- und Betreuungsleistungen unter Berücksichtigung qualifikatorischer Aspekte werden auch die indirekten Pflegeleistungen (z.B. Organisationsaufgaben im direkten Zusammenhang mit Pflege; Mitarbeiter- und betriebsablaufsbezogene Aufgaben) des jeweiligen Pflegebereiches in einem Pflegegrundwert/Bewohner erfaßt. Aus der Addition beider Werte ergibt sich der individuelle Pflege- und Betreuungszeitbedarf. Auf der Grundlage dieser so erfaßten und aufsummierten Zeiten für die Bewohner einer Pflegeklasse läßt sich in einem ersten Schritt der durchschnittliche tägliche Pflege- und Betreuungsaufwand pro Bewohner und Pflegeklasse in Minuten ermitteln.

Gleichermaßen können aber auch in einem zweiten Schritt auf der Grundlage einer z.B. angenommenen 95%igen Auslastung einer Einrichtung und einer entsprechend angenommenen Belegungsstruktur nach Pflegeklassen für den zu verhandelnden Pflegesatzzeitraum die zu erbrin-

genden Pflegeleistungen in Minuten/Pflegeklasse errechnet und daraus abgeleitet der Personalbedarf unter Berücksichtigung der einrichtungsspezifischen Ausfallzeiten bestimmt werden. Der Durchschnittspflegesatz pro Pflegeklasse und Tag ergibt sich, wenn man die für die Pflegebedürftigen einer Pflegeklasse ermittelten durchschnittlichen Pflege- und Betreuungsleistungen/Tag mit den in der Kostenrechnung ermittelten Kostensätzen (DM/Minute) – differenziert mittels der Äquivalenzziffernkalkulation nach den unterschiedlich hohen qualifikatorischen und damit kostenrelevanten Anforderungen unterhalb der einzelnen Pflegeklassen – bewertet. Die ermittelten Kostensätze sind mit Blick auf die prospektive Ausrichtung der Pflegesätze um die im Pflegesatzzeitraum zu erwartenden Kostensteigerungen zu erhöhen. Außerdem sind erkennbare oder zu erwartende Veränderungen des Pflege- und Betreuungsaufwandes in den Pflegeklassen zu berücksichtigen. Abschließend sei erwähnt, dass sich das skizzierte Verfahren natürlich auch noch bestens zur am tatsächlichen Hilfebedarf der Pflegebedürftigen orientierten Personaleinsatzplanung eignet.

### **Ausblick**

Den zu führenden Pflegesatzverhandlungen für den Bereich der stationären Altenhilfe kommt herausgehobene Bedeutung für die weitere Entwicklung sich professionalisierender pflegerischer Praxis und die Lebensbedingungen der Bewohner zu. Hier gilt es, neben der Höhe der Vergütung insbesondere der Beschreibung des Verfahrens zur Bemessung leistungsgerechter Pflegesätze besondere Aufmerksamkeit zu widmen, da diese Vergütungssystematik für zukünftige Auseinandersetzungen handlungs- und entscheidungsweisende Pilotfunktion haben wird.

*Thomas Winkler*  
Dipl.-Pflegerwissenschaftler  
Ev. Fachhochschule Bochum,  
Fachbereich Pflege  
Immanuel-Kant-Str. 18-20  
44803 Bochum

## Anmerkung

[1] Aus Platzgründen habe ich die genaue Beschreibung der Verfahrensschritte aus dem Text herausgenommen. Wer sich dafür interessiert, kann sie beim Autor erhalten.

## Literatur

**Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe für Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 21.10.1996.** In: Bundesministerium der Justiz (Hrsg.): Bundesanzeiger, Jahrgang 48, Nummer 213, 14.11.1996

**Berner, M. (1997):** Ein realitätsfernes Konzept – Kritik am Standard-Pflegesatz-Modell. In: *Altenheim*, Heft 7

**Bretzinger, H.-M. (1997):** Viel Lärm um nichts? Standard-Pflegesätze sorgen für

Mißverständnisse. In: *Heim und Pflege*, Heft 4

**Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft (Hrsg.) (1997):** Krankenhausrecht. Bearbeitet von Dorothe Neubert/Jörg Robbers. Düsseldorf

**DKG (Hrsg.) (1989):** Personalbedarfsmittlung im Pflegedienst – Analytisches Konzept. Düsseldorf

**Evangelische Heimstiftung (1994):** Die Ermittlung leistungsgerechter Pflegesätze (Entgelte) nach § 93 BSHG n.F. und § 84 SGB XI auf der Basis des Individuellen Pflege- und Betreuungsaufwands und der Einrichtungsbezogenen Leistungskosten. Stuttgart

**Genrich, R. (1995<sup>2</sup>):** Dimensionen und Modelle angemessener Personalschlüssel in der stationären Altershilfe unter besonderer Berücksichtigung der Fehlzeiten von Mitarbeitern. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.). Köln

**MAGS NRW (16.04.1997):** Sprechzettel von Minister Dr. Horstmann für die Landespflegeausschubberatung zur Problematik des „Standard-Pflegesatz-Modells“. Düsseldorf

**Neubauer, G./Moos, G. (1995):** Differenzierung des Pflegezeitbedarfs in der stationären Langzeitpflege. In: *Arbeit und Sozialpolitik* 5-6. Baden-Baden

**Ristok, B. (1995):** Leistungsgerechte Entgelte – Betriebswirtschaftliche Aspekte eines neuen Vergütungsprinzips im BSHG und SGB XI. Freiburg im Breisgau

**SPM (Standard-Pflegesatz-Modell für die vollstationäre Pflege, Stand: 15.01.1997):** Arbeitshinweise für Pflegesatzverhandlungen mit stationären Pflegeeinrichtungen nach dem 8. Kapitel des SGB XI. In: Spitzenverbände der Pflegekassen, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (Hrsg.): *Vertraulich – nur für den internen Gebrauch der Leistungsträger*.

## Hinweise für Autor/innen

**Pflege und Gesellschaft** veröffentlicht Beiträge über praktisch das gesamte Spektrum der Gesundheits- und Krankenpflege. Der Schwerpunkt dieser Zeitschrift liegt allerdings auf Artikeln, die entweder Themen an der Schnittstelle von Gesellschaft und Pflege behandeln, oder die zur Standortbestimmung der Pflege und der Pflegewissenschaft beitragen. Veröffentlicht werden nur Originalarbeiten, in erster Linie Forschungsberichte, die neue wissenschaftliche Ergebnisse beinhalten und eine solide theoretische Basis haben sowie Diskussionsbeiträge. Außerdem enthält jedes Heft Buchbesprechungen und Mitteilungen; Publikationssprache ist Deutsch. Jedes Heft enthält ein Schwerpunktthema.

Ein Jahrgang umfaßt vier Hefte. Der Umfang pro Heft variiert und beträgt zwischen 20 und 60 Seiten.

Abstracts der Artikel, teilweise auch die Beiträge selbst sowie Buchrezensionen werden im Internet veröffentlicht: <http://www.dv-pflegewissenschaft.de>

### Allgemeine Hinweise

Das Manuskript ist satzreif als **Papier- und EDV-Fassung** bei der Redaktion einzureichen. Es sollte im wesentlichen **nicht formatiert** sein (insbesondere wenn Sie als Textverarbeitungssystem keine Version von MS Word benutzen).

Die Arbeiten werden in der Regel von Fachexperten geprüft, die gemeinsam mit der ständigen Redaktion über die Annahme bzw. Ablehnung entscheiden.

Die Autor/inn/en können anstelle eines Honorars bis zu 10 Exemplare von Pflege

& Gesellschaft abrufen. Es werden nur Arbeiten veröffentlicht, die nicht bereits anderen Zeitschriften zur Veröffentlichung angeboten oder bereits publiziert worden sind. Die Autorin/der Autor bestätigt und garantiert, daß sie bzw. er uneingeschränkt über sämtliche den eingereichten Beitrag betreffende Rechte – einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen – verfügt, und daß der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt.

Mit der Annahme des Manuskriptes und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder an den DV Pflegewissenschaft über.

### Zur Manuskriptgestaltung

Akzeptiert werden sowohl die **alten**, als auch die **neuen Rechtschreibregeln**. Eine **geschlechtsunabhängige Schreibweise** ist zwar erwünscht, aber keine notwendige Bedingung.

**Art der Zitierung im Text:** Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Familiennamens des Autors oder der Autorin und das Erscheinungsjahr des Werkes. Namen erscheinen stets in Groß- und Kleinbuchstaben, sie werden nicht unterstrichen. Seitenangaben werden ohne „S.“ nach Doppelpunkt gesetzt. Beispiele: Juchli (1994: 13) schrieb... Es wurde betont ... (Juchli 1994) ... Glaser und Strauss (1967) zeigen ... Weitere Untersuchungen (Glaser/Strauss 1967) ... Bei mehr als zwei Autoren: Schaeffer et al. (1997)... Wenn mehr als eine Veröffentlichung von demselben Autor in einem Jahr zitiert wird, sind die Suffixe a, b, c usw. anzufügen. Das Suffix erscheint dann auch im Literaturverzeichnis am Ende des Artikels.

**Graphiken und Tabellen** werden fortlaufend

numeriert; sie sind mit kurzen Legenden zu versehen und sollten in einer gesonderten Datei abgespeichert werden. Der Text sollte einen Hinweis auf die Graphiken und Tabellen enthalten.

**Abkürzungen** sind zugunsten des interdisziplinären Verständnisses zu vermeiden.

Am Ende des eigentlichen Textes steht die **Korrespondenzadresse:** Hier sollte der akademische Grad angegeben werden sowie ggfs. die Institution der Autorin/des Autors. Evtl. Angaben über finanzielle Unterstützung der Arbeit. Hilfreich ist die E-Mail-Adresse.

**Fuß- bzw. Endnoten:** Die Fußnoten sind als Endnoten zu formatieren und fortlaufend zu nummerieren.

**Literaturverzeichnis:** Jede Quellenangabe im Text (aber nur solche) muß im Literaturverzeichnis aufgeführt sein. Zitierfähig sind auch in Vorbereitung stehende Arbeiten, nicht publizierte Vorträge, bei Fachzeitschriften eingereichte, aber noch nicht zum Druck angenommene Manuskripte. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Autor(en) und Autorin(nen), Erscheinungsjahr, Titel, Erscheinungsjahr, Band, Seitenangaben; bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift, Band, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verleger). Für englischsprachige Werke können folgende Abkürzungen verwendet werden: ed. (edition); 2nd ed. (second edition); Ed. (Editor); Eds. (Editors), p. (Page); pp. (pages); Vol. (Volume); Vols. (Volumes). Was die genaue Reihenfolge betrifft, machen wir keine rigiden Vorschriften – verschiedene international gebräuchliche Konventionen sind denkbar. Die Autor/inn/en und (wenn vorne direkt hinter den Autor/inn/en stehend) auch die Jahreszahlen sollten allerdings **fett** formatiert sein.