

Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI – Modellprojekt zur Verbindung von Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit in stationären Pflegeeinrichtungen

von Harold Engel, Rainer Burk, Thomas Kapitza und Ottilie Randzio*

ABSTRACT

Das Projekt „Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI“ in Bayern stellt ein Prüfinstrument im Bereich der stationären Pflege zur Verfügung, mit dem Pflegeheime über Kennzahlen in ihrer Wirtschaftlichkeit und über Indikatoren zur Ergebnisqualität in der Wirksamkeit ihrer Pflege insgesamt beurteilt werden können. Wirtschaftlichkeitsreserven und Qualitätsvorsprünge werden erkennbar und zugleich die Heime im Eigenmanagement der festgestellten Potenziale gestärkt. Das Instrument eignet sich damit für zielgenauere Pflegesatzverhandlungen. Zugleich wird die Transparenz über Preis und Leistung gefördert. Perspektivisch sind Verbraucherschutzinformationen für eine Empfehlung guter Pflegeheime verfügbar. Eine breitere Anwendung des Instruments würde die Methodik weiter validieren und Pflegeheimvergleiche ermöglichen, setzt aber auch die Änderungen rechtlicher Rahmenbedingungen voraus.

Schlüsselworte: Pflegeversicherung, stationäre Pflege, Pflegesätze, Wirtschaftlichkeit, Qualitätssicherung

The project „cost effectiveness control according to § 79 Social Security Code XI“ in Bavaria offers an instrument in the field of inpatient care to assess nursing homes by indicators concerning their cost effectiveness and their quality of performance. Profitability reserves and quality advances become evident and strengthen the nursing homes in their self-management. The instrument is qualified for thorough negotiations of nursing fees. At the same time it promotes the transparency of prizes and services. In a long time perspective it may provide recommendations of nursing homes to strengthen consumer protection. A broader application of the instrument would help to validy its methods and to benchmark nursing homes. How-ever, such a step presumes a different legal framework.

Keywords: nursing insurance, inpatient care, nursing fees, cost effectiveness, quality assurance

1. Ausgangslage und Hintergrund des Projektes

Die Pflegekassen wirken über ein differenziertes Vertragssystem an der Infrastruktur des Angebots, den Leistungsinhalten und den Ent-

gelten der Leistungserbringer zur pflegerischen Versorgung der Bevölkerung mit. Aus dieser Verantwortung für die Sicherstellung besteht ein permanenter Auftrag, innovative Wege zu einem bestmöglichen Einsatz der begrenzten Mittel zu finden. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Leistung stationäre Pflege, die mit steigender Tendenz mittlerweile die Hälfte der gesamten Leis-

*Ressortdirektor Harold Engel

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, Zentrale

*Prof. Dr. Rainer Burk

Fachhochschule Neu-Ulm, Waldstr. 4, 89331 Burgau

*Dipl.-Kfm. Thomas Kapitza

Öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger

*Dr. med. Ottilie Randzio

Ärztliche Leiterin MDK Bayern – Hauptverwaltung Ressort Pflege

Carl-Wery-Str. 28, 81739 München · Tel.: (089) 62 73 01 42 · Fax: (089) 62 73 06 10 · E-Mail: harold.engel@by.aok.de

Tel.: (08222) 41 20 88 · Fax: (08222) 41 24 81 · E-Mail: DrRainerBurk@aol.com

c/o 3W GmbH, Marthabräustr. 28, 82256 Fürstenfeldbruck · Tel.: (08141) 22 26 98 · E-Mail: tk@thomaskapitza.de

Putzbrunner Str. 73, 81739 München · Tel.: (089) 67 00 83 01 · Fax: (089) 67 00 84 46 · E-Mail: pflege@mdk-in-bayern.de

Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI

tungsausgaben der Pflegekassen überschreitet. Die monatlichen Kosten für eine Heimversorgung liegen zwischen 2.000 bis 4.000 Euro, erreichen in der Spitze aber auch über 5.000 Euro und können über die Versicherungsleistungen Pflege und Rente immer seltener gedeckt werden. Die Preisdynamik der Pflegesätze in Bayern, natürlich auch im Zuge von Verbesserungen im Personalschlüssel und tarifärer Entwicklungen, betrug von 2002 auf 2004 knapp 9

Prozent. Dennoch wird häufig pauschal, aber auch zum Teil sehr konkret, der Zustand in Pflegeheimen als unbefriedigend kritisiert. Dies betrifft sowohl Qualitätsdefizite als auch die Intransparenz der Preisbildung aus Sicht der Selbstzahler.

Die stationäre Pflege wird in Bayern von etwa 1.300 zugelassenen Pflegeheimen erbracht. Auffällig sind die erheblichen Preisunterschiede bei den Vertragseinrichtungen (siehe Tabelle 1).

TABELLE 1

Vergütungsvereinbarungen für vollstationäre Einrichtungen – Preise in Euro/Tag

alle Versorgungsverträge

Reg. Bezirk	Anzahl	St1_Min	St1_Max	St1_Mittel	St2_Min	St2_Max	St2_Mittel	St3_Min	St3_Max	St3_Mittel	UV_Min	UV_Max	UV_Mittel
Mittelfranken	130	36,53	73,74	47,27	45,51	76,98	59,09	52,70	88,06	67,33	13,76	26,56	16,60
Niederbayern	94	34,77	91,56	45,91	48,05	114,62	57,54	57,08	150,44	66,31	14,12	24,53	16,04
Oberbayern	319	40,46	103,75	51,74	50,00	129,68	64,15	57,63	145,21	72,98	14,70	35,38	18,63
Oberfranken	81	33,61	56,69	45,17	48,57	65,44	57,12	53,57	84,52	65,35	9,54	18,73	15,62
Oberpfalz	104	39,39	62,62	47,39	48,99	82,22	59,57	56,06	141,33	69,43	14,41	19,77	16,45
Schwaben	178	40,10	103,52	50,66	49,66	113,27	62,94	56,70	125,43	71,95	13,25	19,66	17,41
Unterfranken	127	36,01	68,22	46,58	47,76	85,21	58,34	55,45	95,41	66,44	12,60	21,45	16,05
Bayern	1033	33,61	103,75	48,87	45,51	129,68	60,98	52,70	150,44	69,73	9,54	35,38	17,16

ohne gerontopsychiatrische Pflegesatzvereinbarungen

Reg. Bezirk	Anzahl	St1_Min	St1_Max	St1_Mittel	St2_Min	St2_Max	St2_Mittel	St3_Min	St3_Max	St3_Mittel	UV_Min	UV_Max	UV_Mittel
Mittelfranken	109	36,53	52,10	46,18	45,51	72,50	58,14	52,70	88,06	66,94	13,76	26,56	16,54
Niederbayern	89	34,77	91,56	45,85	48,05	114,62	57,54	57,08	150,44	66,52	14,12	24,53	16,04
Oberbayern	256	40,46	103,75	50,48	50,00	129,68	63,05	57,63	145,21	72,51	14,70	35,38	18,56
Oberfranken	76	33,61	56,69	44,90	48,57	65,44	56,86	53,57	84,52	65,28	9,54	18,73	15,60
Oberpfalz	99	39,39	62,62	47,28	48,99	82,22	59,54	56,06	141,33	69,64	14,41	19,37	16,45
Schwaben	152	40,10	103,52	49,93	49,66	113,27	62,23	56,70	125,43	71,76	13,25	19,66	17,36
Unterfranken	109	36,01	68,22	46,02	47,76	85,21	57,85	55,45	95,41	66,36	12,60	21,45	16,07
Bayern	890	33,61	103,75	48,02	45,51	129,68	60,20	52,70	150,44	69,42	9,54	35,38	17,06

nur gerontopsychiatrische Pflegesatzvereinbarungen

Reg. Bezirk	Anzahl	St1_Min	St1_Max	St1_Mittel	St2_Min	St2_Max	St2_Mittel	St3_Min	St3_Max	St3_Mittel	UV_Min	UV_Max	UV_Mittel
Mittelfranken	21	43,72	73,74	52,94	53,46	76,98	64,02	58,08	80,58	69,36	15,22	19,18	16,94
Niederbayern	5	43,05	51,86	47,06	52,58	63,65	57,57	57,10	69,24	62,56	15,50	16,25	15,93
Oberbayern	63	47,26	73,87	56,89	57,78	91,83	68,59	62,76	103,03	74,91	16,47	23,01	18,89
Oberfranken	5	42,38	51,77	49,24	55,54	63,55	61,11	60,07	69,13	66,38	15,54	16,43	15,80
Oberpfalz	5	45,09	59,58	49,50	54,80	72,43	60,31	59,40	78,52	65,42	15,21	19,77	16,64
Schwaben	26	49,62	58,96	54,97	60,65	72,05	67,12	65,87	78,24	73,01	15,08	19,08	17,70
Unterfranken	18	45,11	52,82	49,95	56,37	65,06	61,37	61,22	70,86	66,95	15,13	16,69	15,96
Bayern	143	42,38	73,87	54,22	52,58	91,83	65,81	57,10	103,03	71,68	15,08	23,01	17,73

St1 = Entgelt für Versorgung bei Pflegestufe 1
 St2 = Entgelt für Versorgung bei Pflegestufe 2
 St3 = Entgelt für Versorgung bei Pflegestufe 3

UV = Unterkunft und Verpflegung

Quelle: Pflegekasse bei der AOK Bayern (Stand 30.6.2004)

Die Übersicht enthält die regionalen und bayernweiten Preisspannen aus den Pflegesätzen für den pflegebedingten Aufwand nach Pflegestufen und für Unterkunft und Verpflegung zum Stichtag 30. Juni 2004. Nicht enthalten sind hier die gesondert berechenbaren Aufwendungen für Investitionen (§ 82 Abs. 3 des 11. Buches Sozialgesetzbuch/Pflegeversicherung – SGB XI), die in Bayern wettbewerbsrelevant aufgrund der staatlichen Objektförderung unterschiedlich auf die Heimentgelte geförderter und nicht geförderter Pflegeheime wirken, und die Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen nach § 82 a Abs. 2 SGB XI. Es wurden keine Pflegesätze berücksichtigt, deren Laufzeit vor dem Stichtag endete und die damit potenziell vor Neuverhandlungen stehen.

In einem Pilotprojekt sollten die Preisunterschiede bezüglich Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der erbrachten Pflege genauer untersucht werden. Dabei bestand die Hoffnung auf eine zielgenauere Justierung der Pflegesatzverhandlungen und damit Mittelverwendung. Zugleich wurden die Transparenz des Preis-/Leistungsverhältnisses und perspektivisch qualifizierte Empfehlungsmöglichkeiten guter Pflegeheime als Fernziele ausgemacht. Das in diesem Feld positionierte Pilotprojekt zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI fokussierte damit die Beitragssatzstabilität (§ 70 SGB XI) und den Sicherstellungsauftrag (§ 69 SGB XI) gleichermaßen.

Im Jahr 2002 wählte die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände 50 Pflegeheime unterschiedlicher Größenordnungen, Regionen und Trägerzugehörigkeiten für Wirtschaftlichkeitsprüfungen aus. Die Auswahl erfolgte nach dem Abweichungsgrad des Pflegesatzes vom durchschnittlichen Pflegesatz in der Region, so dass sowohl Einrichtungen mit sehr niedrigem als auch mit sehr hohem Pflegesatz gezogen wurden. Diesen Einrichtungen teilte die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände unter Offenlegung der Auswahlkriterien mit, dass eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 79 SGB XI durchgeführt werden solle. Den 12 Pflegeheimen, die die Mitwirkung verweigerten, wurden die Versorgungsverträge gekündigt. Diese erste Prüfung wurde durchgeführt, um die entwickelten Prüfmethodiken zweier Sachverständiger in der Praxis zu testen und um juristische Erkenntnisse zu den Durchsetzungsmöglichkeiten einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zu gewinnen. Die rechtliche Situation erweist sich dabei durchaus als unzureichend für die Ausgestaltung des Instruments als Pflichtprüfung:

■ Die Wirtschaftlichkeitsprüfung wurde nicht als Prüfung wegen vorliegender Anhaltspunkte für Unwirtschaftlichkeiten (§ 79 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) angekündigt, sondern als Auswahlentscheidung nach Ausübung pflichtgemäßen Ermessens (§ 79 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Insoweit haben auch die angerufenen Gerichte entschieden, dass hier die Prüfkündigung keinen anfechtbaren Verwaltungsakt darstellt. Ein Haupteinwand gegen die Prüfung war, dass diese Prüfung unter verfassungsrechtlichen Maßstäben unverhältnismäßig in den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb eingreife und deshalb unzulässig sei. Diesbezüglich wurde auf das

Urteil des Bundessozialgerichts vom 14.12.2000 (B 3 P 19/00 R) verwiesen. Danach wird die Sicherstellung einer wirtschaftlichen Versorgung in erster Linie von einem funktionierenden Wettbewerb der Pflegeeinrichtungen erwartet. Die in § 79 SGB XI vorgesehenen Prüfungen seien bei unter Wettbewerbsbedingungen frei ausgehandelten Pflegesätzen entbehrlich. Dem ist formell zu entgegen, dass das Urteil sich nicht direkt auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen bezog, dass § 79 SGB XI geltendes Recht ist und der Gesetzgeber nach dem Urteil indirekt die Regelung bestätigt hat, als er im Jahr 2001 eine Kostenregelung für diese Prüfung in § 116 Abs. 2 SGB XI geschaffen hat. In der Sache ist zu entgegen, dass das systemisch gewollte, inkomplette Marktgeschehen in diesem Bereich – wie z. B. Überlagerungen der rationalen Nachfrage durch Transferansprüche und das Vertragsmanagement der Kostenträger – nicht zu Marktpreisen, sondern bisher zu kostenorientierten Preisbildungen geführt hat. Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 15. Juli 2004 (S 2 P 192/02) entschieden, dass das Betriebsgeheimnis der Klägerin, eines Pflegeheimträgers, durch § 79 SGB XI eingeschränkt wird und sie die Prüfung über sich ergehen lassen muss. Die weitere Entwicklung im Instanzenzug bleibt abzuwarten.

■ Offen ist die Rechtslage auch beim Prüfungsgegenstand, also ob es sich um eine Einrichtungsprüfung handelt oder ob die Pflegekasse auf eine Prüfung der von ihr finanzierten Pflegeleistungen beschränkt ist. Es geht dabei um die Einbeziehung des gesamten Pflegebereichs, also auch die Bewohner mit der Pflegestufe 0, sowie die Unterkunfts- und Verpflegungskosten. Sektorale Betrachtungen und gezielte Ausblendungen von betriebswirtschaftlichen Zusammenhängen entwerten die Prüfungen bis hin zur Unbrauchbarkeit. In Bayern konnte für die Prüfung eine Einigung auf den notwendigen Prüfungsgegenstand erzielt werden. Der investive Bereich wurde in dem Pilotprojekt ausgeklammert.

■ Obwohl es keinen gestuften Reaktions- und Sanktionsmechanismus für den Weigerungsfall der Mitwirkung gibt, wurden die Kündigungen der Versorgungsverträge von den Sozialgerichten Mainz und Würzburg sowie vom Bayerischen Landessozialgericht (Beschluss vom 7. August 2002 - L 7 B 129/02 P ER) in ihren Wirkungen vorläufig ausgesetzt.

■ Im einstweiligen Rechtsschutz hatten die Gerichte Zweifel an der Verhältnismäßigkeit. Sie deuteten an, die Pflegekassen sollten Leistungsklagen auf Auskunftserteilung erheben. Es steht fest, dass jahrelange Prozesse um Mitwirkungshandlungen weder eine Beantragung der Prüfressourcen erlauben, noch mit einem solchermaßen verzögertem Prüfergebnis der Prüfanlass sinnvoll bedient werden kann. Die Varianten, die Prüfung mit Verwaltungsakt anzuordnen und Anträge auf Pflegesatzerhöhungen nur mit Wirtschaftlichkeitsprüfung zu verhandeln, werden derzeit geprüft. Dass sich die einzufordernde rechtliche Durchsetzbarkeit am Weigerungsfall orientiert, nimmt von der Notwendigkeit breiter Akzeptanz und Mitwirkungsbereitschaft als bester Lösung nichts weg.

■ Das Pilotprojekt zeigte, dass eine Präzisierung der vorzulegen-

den Unterlagen und der Bezugszeiträume dringlich ist. Konkret geht es um Gewinn- und Verlustrechnungen und um testierte Bilanzen der letzten zwei Jahre. Diese Unterlagen geben eine belastbare Basis für die Beurteilung ab. Die für die Pflegesatzverhandlungen vorzulegenden Formate sind kein Ersatz, weil sie regelmäßig nur Kalkulationen und Planungen für zukünftige Zeiträume enthalten. Für eine rahmenvertragliche Regelung nach §§ 79 Abs. 2, 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI sind die Interessenslagen wohl zu gegensätzlich, so dass die Schiedsstelle gefordert ist. Für die aus Gründen des Gemeinwohls gerechtfertigte Einschränkung des Geschäftsgeheimnisses wäre bei der Bedeutsamkeit dieser Unterlagen, auch wenn sie beim Sachverständigen verbleiben, aus Gründen der Rechtssicherheit und als Rechtsgrundlage für eine konkrete Schiedsstellenentscheidung eine gesetzliche Regelung empfehlenswert. Immerhin resultieren aus den Prüfberichten gegebenenfalls Folgen für den Pflegesatz und damit Erlös der Einrichtung.

■ 2. Projekt: Integrierte Wirtschaftlichkeits- und Wirksamkeitsprüfung

In der Konsequenz der Erkenntnisse aus diesen Prüfungen 2002 beauftragte die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern im Jahr 2003 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Bayern und zwei öffentlich bestellte und vereidigte Sachverständige, die „Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI“ weiter zu entwickeln. Schwerpunktmäßig ging es um Vereinheitlichungen im abgefragten Datenkranz und bei der Prüfmethodik, der Erstellung einer Überleitungsmatrix für die Prüfungsergebnisse in Pflegesätze und die Verknüpfung mit einer Wirksamkeitsprüfung der erbrachten Pflegequalität.

Das überarbeitete Prüfschema wurde mit zehn stationären Pflegeeinrichtungen getestet, die sich zu einer freiwilligen Teilnahme

bereit erklärt hatten. Zeitlich parallel zur Wirtschaftlichkeitsprüfung führte der MDK Bayern entsprechende „Wirksamkeitsprüfungen“ durch. Auf eine gezielte Stichprobenauswahl wurde bewusst verzichtet, weil es vor allem um die Erprobung und Optimierung der entwickelten Instrumente ging. Die Betriebsgrößen der Pretest-Einrichtungen lagen zwischen 23 und 300 Pflegeplätzen, eine der zehn Einrichtungen war in öffentlicher Trägerschaft, sieben frei-gemeinnützig und zwei in privater Trägerschaft. Acht von zehn Einrichtungen sind tarifgebundene Einrichtungen (BAT/AVR).

Die gewonnenen Erkenntnisse wurden in die Weiterentwicklung der Instrumente einbezogen. Damit steht nunmehr ein fundiertes und evaluiertes Instrumentarium zum weiteren praktischen Einsatz für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 79 SGB XI zur Verfügung.

■ 3. Ablauf, Methodik, Kennzahlen und Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Nach Übersendung einer umfassenden Liste mit Datenanforderungen (Checkliste) wurde in einem ausführlichen Vor-Ort-Gespräch seitens der Prüfer und des MDK Bayern die konkrete Vorgehensweise bei der Prüfung dargestellt. Anschließend wurde dann eine erste Einrichtungsbesichtigung vorgenommen. Auf Basis der übersandten Einrichtungsdaten und nach Klärung eventueller wechselseitiger Rückfragen wurde ein detaillierter Entwurf eines Prüfungsberichts erstellt und den Pflegekassen wie der Pflegeeinrichtung zeitgleich übersandt. Danach fand eine ausführliche Durchsprache der im Berichtsentwurf festgestellten Sachverhalte statt. Die Diskussionspunkte wurden in den Endbericht aufgenommen und der Prüfer nahm dort auch abschließend zu ihnen Stellung. *Abbildung 1* zeigt die Methodik der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

ABBILDUNG 1

Methodik der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Instrumente

1. Interner Betriebsvergleich
2. (Externer) Marktvergleich

Vergleichsgrößen

1. Ist-Kosten zu Prüfer-Referenzwerten
2. Vereinbarungswerte Einrichtung zu Vergleichseinrichtungen

Aussage

1. Kostenwirtschaftlichkeit: Abweichungsbetrag in EUR je Pflgetag bei einzelnen Kennzahlen und gesamt
2. Relative Marktposition nach einzelnen Kennzahlen und Vergütungsniveau (Umkreis, Region, Bundesland)

Umsetzung

1. Vergütungsanpassung aufgrund Kostensituation und Vergütungsniveau
2. Umsetzung in künftigen Pflegesatzverhandlungen

Quelle: Eigene Darstellung

fung. Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer Pflegeeinrichtung wurden sowohl die Kostensituation auf der Basis von zwei abgeschlossenen und des laufenden Jahres herangezogen, als auch die Marktsituation der Einrichtung gegenüber anderen Heimen untersucht. Konsequenzen aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung für die künftigen Pflegesätze ergeben sich in sehr unterschiedlichem Ausmaß:

- Keine Konsequenzen ergeben sich, wenn eine Unwirtschaftlichkeit durch die Einrichtung bzw. Einrichtungsträger selbst getragen wird oder wenn die Wirtschaftlichkeit bereits in den Pflegesätzen berücksichtigt wurde.
- Konsequenzen ergeben sich bei einer Über- oder Unterfinanzierung gegenüber der Pflegesatzvereinbarung und bei einem überhöhten Aufwand.

Instrument 1: Interner Betriebsvergleich

Die einzelnen Kennzahlen- und -bereiche für den „Internen Betriebsvergleich“ waren

- Betrieblicher Auslastungsgrad
- Personalkosten mit den Unterkriterien Ausfallquoten, Personalmengen nach Berufsgruppen/Funktionsbereichen, Fachkräfte-Anteil und Kosten je Vollkraft der Dienstart
- Sachkosten mit den Unterkriterien Wäschekosten, Essenskosten, Reinigungskosten und Kosten der Verwaltung
- Weitere Sachverhalte

Die Kennzahlen wurden mit den folgenden Inhalten und Maßstäben für die Beurteilung hinterlegt:

Auslastung	Berechnungstage: Kapazität wirtschaftlich ab 95 % (jahresdurchschnittlich)
Ausfallquoten	Krankheits- + Abwesenheitstage : Arbeitskapazität/Vollzeitkräfte (nach Dienstarten); wirtschaftlich < 21 % Brutto-Jahresarbeitszeitstunden
Personalmengen	Vollzeitkräfte je Dienstart im Jahresdurchschnitt wirtschaftlich bei Einhaltung des Solls = finanzierte Stellen
Fachkräfteanteil	Anteil Pflege-Fachkräfte (Vollzeitkräfte inkl. Pflegedienstleitung und Therapie): Pflege-Vollzeitkräfte im Jahresdurchschnitt wirtschaftlich bei Einhaltung des Sollanteils
Kosten je Vollkraft	Bruttopersonalaufwand incl. Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung; wirtschaftlich bei Einhaltung von Referenzwerten (unterschiedlich je nach Tarifbindung und Funktionen)
Wäschekosten	Personal- und Sachkosten der Kostenstelle Wäscherei: Berechnungstage (auch je kg

Flachwäsche/Bewohnerwäsche) wirtschaftlich bei Einhaltung von Referenzwerten
 Personal- und Sachkosten der Kostenstelle Küche: Berechnungstage wirtschaftlich bei Einhaltung von Referenzwerten

Essenskosten

Kosten Verwaltung

Personalkosten Verwaltung incl. Trägerverwaltungskosten: Berechnungstage wirtschaftlich bei Einhaltung von Referenzwerten

Reinigungskosten

Personal- und Sachkosten der Kostenstelle Reinigung: Berechnungstage (auch je qm Nutzfläche) wirtschaftlich bei Einhaltung von Referenzwerten

Weitere

Sachverhalte

Kennzahlen je nach Einzelfall (z.B. ob externe Essensleistungen kostendeckend angeboten werden)

Instrument 2: Externer Marktvergleich

Das 2. Instrument der Wirtschaftlichkeitsprüfung, der „Externe Marktvergleich“ ist von den verfügbaren Daten des einzelnen Bundeslandes abhängig. In Bayern konnte auf die jahresbezogenen Vereinbarungsdaten aller stationären Pflegeeinrichtungen zurückgegriffen werden. Anhand dieser Daten kann u.a. das Pflegesatzniveau auf drei verschiedenen regionalen Vergleichsebenen dargestellt werden:

- Bei den Pflegesätzen in den einzelnen Pflegeklassen und bei Unterkunft/Verpflegung der untersuchten Einrichtung im Vergleich zu den Medianwerten des Bundeslandes.
- Vergleich auf Bezirksebene bzw. den unterschiedlichen Regionen innerhalb eines Bundeslandes.
- Vergleich von mindestens fünf Konkurrenzrichtungen im unmittelbaren Umkreis (z.B. 20 -30 km) der untersuchten Einrichtung bei vergleichbarer Einrichtungsgröße.

In den Marktvergleich kann auch eine Differenzierung nach weiteren Kriterien wie z.B. einer Tarifbindung oder nach Trägergruppen erfolgen. Aus dem internen Betriebsvergleich und dem Marktvergleich ergibt sich, in welchem Umfange die untersuchte Einrichtung wirtschaftlich oder unwirtschaftlich ist. Als Maßstab für die Unwirtschaftlichkeit kann von der Summe der Abweichungen bei den einzelnen Kennzahlen pro Berechnungstag ausgegangen werden und diese in Relation zu den Pflegesätzen gesetzt werden. Positive und negative Abweichungen werden dabei saldiert. Soweit eine Einrichtung insgesamt mehr als +/- 3 Prozent von den Referenzwerten abweicht, wird die Abweichung als signifikant angesehen. Die Abweichungen gegenüber den Referenzwerten betragen zwischen – 30 bis + 6 Prozent bezogen auf die durchschnittlichen Pflegesätze und wiesen damit eine erhebliche Streuung auf. Dies

kann als Kennzeichen für die Wirksamkeit des Instrumentariums angesehen werden. Drei Einrichtungen (und eine gerontopsychiatrische Abteilung) der zehn Einrichtungen mussten als unwirtschaftlich bezeichnet werden, weil die Abweichungen mehr als drei Prozent betragen. Fünf Einrichtungen waren besonders wirtschaftlich, davon zwei kleinere bis mittlere Häuser in privater Trägerschaft und drei kleinere bis große Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft.

■ 4. Ablauf, Methodik, Indikatoren und Ergebnisse der Wirksamkeitsprüfung

Für die Entwicklung eines Prüfinstrumentes wurde anhand §§ 2 und 11 SGB XI die Wirksamkeit von Pflegeleistungen konkretisiert. Wirksame Pflegeleistungen sind danach Ergebnisse aller pflegerischen Maßnahmen, die auf dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse basieren und trotz des Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges sowie selbstbestimmtes Leben ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Als theoretische Fundierung für das Prüfinstrument wurden die in vielen Bereichen inhaltlich kongruenten und in Deutschland weit verbreiteten „bedürfnisorientierten Modelle“ ausgedacht. Dazu zählen

- Die vierzehn Grundbedürfnisse des Menschen nach Henderson (Henderson 1997, 47)

- Die zwölf Lebensaktivitäten (LA) nach Roper (Roper et al. 1993, 122ff)

- Die zwölf Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nach Juchli (Juchli 1994, 74ff)

- Die dreizehn Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) nach Krohwinkel (Krohwinkel 1998, 134ff).

Neben diesen Pflegemodellen wurden auch die RAI Qualitätsindikatoren (Rantz et al 1998) in der Festlegung der insgesamt 23 Ergebnisindikatoren berücksichtigt. Diese 23 Ergebnisindikatoren weisen eine deutliche Relation zu pflegerischen Interventionen auf („pflegesensitive“ Ergebnisindikatoren). Anschließend fand eine Kategorisierung der Ergebnisindikatoren in sechs Prüfbereichen statt (siehe Tabelle 2).

Bei der Auswahl und Definition der Ergebnisindikatoren erfolgte eine Beschränkung auf die beurteilbaren und damit messbaren Dimensionen der Ergebnisqualität. Dennoch konnte durch 23 Ergebnisindikatoren ein guter Kompromiss zwischen Komplexitätsreduzierung und Aussagekraft gefunden werden.

Die einzelnen Ergebnisindikatoren (siehe Tabelle 2) unterscheiden sich hinsichtlich dem Grad der Beeinflussbarkeit durch die Pflege. Dieser Zusammenhang wurde berücksichtigt, indem jedem Ergebnisindikator eine Gewichtung zuerkannt wurde. In Anlehnung an die im deutschsprachigen Raum verbreiteten „Stufen der Pflegequalität“ (Huhn/Kämmer 1995) wurde – wie in Tabelle 3 dargestellt – in einem weiteren Schritt eine Operationalisierung der

TABELLE 2

Ergebnisindikatoren Pretest

Ergebnisindikatoren	Prüfbereiche					
	Körperpflege	Ausscheidung	Ernährung	Mobilität	Psychosoziale Betreuung	Behandlungspflege
(Körper-) Pflegezustand	Kontinenzhaltung	Ernährungszustand	Mobilitäts-erhaltung/ Bewegungsförderung	Kommunikationsprobleme	Prophylaxen	
Probleme/ Risiken	Inkontinenzversorgung	Nahrungsaufnahme	Mobilitätshilfen	Kommunikationshilfen	Medikamente	
Hautveränderungen/ Hautschäden	Inkontinenzprodukte	Flüssigkeitsaufnahme	Dekubitus	Beschäftigung/ Tagesstrukturierung	Med. Notfälle	
Kleidung		PEG-Sonde	Sturzprophylaxe	Freiheitsentziehende Maßnahmen	Diabetes mellitus	

Gewichtung 1-fach
 Gewichtung 3-fach
 Gewichtung 6-fach

Quelle: Eigene Darstellung

TABELLE 3

Bewertungsmatrix

Qualitätsstufe I	Qualitätsstufe II	Qualitätsstufe III	Qualitätsstufe IV
Defizitäre Pflege	Passivierende Pflege	Aktivierende Pflege	Ganzheitlich-Aktivierende Pflege
<ul style="list-style-type: none"> ■ Bewohner erleidet Schaden ■ Es liegen Pflegefehler vor 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bewohner wird versorgt ■ Ressourcen/Wünsche und Gewohnheiten werden nicht einbezogen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bewohner wird gefördert ■ Ressourcen/Wünsche und Gewohnheiten werden angemessen berücksichtigt 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bewohner/Angehörige gestalten mit ■ Umfassende, individuelle Gestaltung der Pflege
Qualitätsbereiche			
$X \leq 1,5$	$1,5 < X \leq 2,5$	$2,5 < X \leq 3,5$	$3,5 < X \leq 4$
Punktwerte			
1	2	3	4

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Huhn/Kämmer 1995

einzelnen Indikatoren in vier Qualitätsstufen durchgeführt. Bei jedem Ergebnisindikator wurden Kriterien für eine Einstufung definiert. Analog der Abstufung von 1 bis 4 konnte eine Bewertung mittels Punktwerten erfolgen.

Methodische Vorgehensweise

Bei den Einrichtungen fand eine Teilerhebung mittels geschichteter Zufallsstichprobe (Schichtungsmerkmal: Pflegestufen 1-3) statt, wobei bei einer Grundgesamtheit unter 25 Bewohner eine Vollerhebung stattfand. Verfahren der schließenden Statistik wurden angewandt, um zu verhindern, dass rein zufällige Häufungen pflegerischer Defizite bereits als Qualitätsdefizite interpretiert werden (95 Prozent-Konfidenzintervall). Der Gesamtscore (Indexwert) setzte sich aus den sogenannten Subskalenscores pro Prüfbereich (Körperpflege, Ausscheidung, Ernährung, Mobilität, Psychosoziale Betreuung und Behandlungspflege) zusammen. Pro Bewohner wird der Subskalenscore berechnet, indem die erhobenen Werte der einzelnen Ergebnisindikatoren aus diesem Prüfbereich mit Gewichtung addiert und durch die Summe der Gewichte zu den erhobenen Ergebnisindikatoren für diesen Bewohner dividiert werden. Das zugehörige Gewicht erhielt den Wert Null, falls für einen Bewohner die Bewertung eines Ergebnisindikator fehlte. Bei Fehlen von mehr als 50 Prozent der Ergebnisindikatoren für einen Bewohner, musste diesem Subskalenscore für diesen Bewohner ein fehlender Wert zugeordnet werden.

Der Gesamtscore für einen Bewohner ergibt sich als Summe der sechs Subskalenscores. Wenn für einen Bewohner keine Daten in einem Unterbereich vorlagen, wurde das Gewicht für diesen Unterbereich gleich Null gesetzt. Bewohner mit mehr als zwei fehlenden Prüfbereichen flossen nicht mit in die Auswertung ein. Die Berechnung der Subskalenscores geschah zunächst getrennt nach Pflegestufen. Anschließend folgte die Mittelwertberechnung über alle Pflegestufen. Repräsentativität des Gesamtscores konnte erreicht werden, indem eine Korrektur der Pflegestufenmittelwerte mit Gewichten proportional zu der Pflegestufenverteilung der Einrichtung stattfand.

Ablauf der Prüfung

Der Bewertungszeitraum beim einzelnen Bewohner umfasste die letzten sechs Monate, so dass die aktuell vorgefundenen Ergebnisse unter Berücksichtigung des Pflegeverlaufs und somit auch des angewandten Pflegeprozesses zur Einstufung bei den jeweiligen Ergebnisindikatoren führte. Dieser aufwändige Prozess der Informationssammlung, Prüfung und Bewertung dauerte im Mittel eine Stunde pro Bewohner.

Zunächst wurde die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bei jedem Bewohner während der letzten sechs Monate bzw. bei kürzeren Verweildauern seit dem Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Prüfung erhoben. Parallel dazu wurde die Inzidenz ergebnisrelevanter (bzw. unerwünschter) Ereignisse erfasst (z.B. Krankenhausaufenthalte, Dekubitalulcera, Kontraktionen, Stürze/Frakturen). Diese Daten wurden aus der einrichtungsinternen Pflegedokumentation und vorhandenen externen Berichten bzw. Befunden generiert.

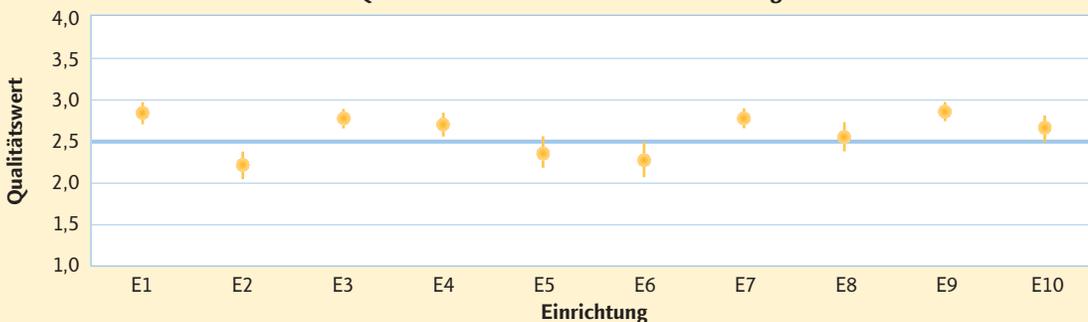
Als Nächstes folgte die Begutachtung des Bewohners mittels umfangreicher körperlicher Untersuchung auf der Basis von pflegerrelevanten Beobachtungen und – falls möglich – mittels Befragung. Ergänzende Informationen zur retrospektiven Beurteilung des Pflegeverlaufs stellte das Pflegedokumentationssystem bereit. Großer Wert wurde auf die erklärenden bzw. komplettierenden Informationen über den Bewohner durch die Bezugspflegefachkraft gelegt. Berücksichtigt wurde jeder Ergebnisindikator, bei dem eine Pflegeabhängigkeit beim Bewohner bestand. Durch die 23 Ergebnisindikatoren konnte der Gutachter – falls zutreffend beim Bewohner – eine Bewertung anhand der vierstufigen Qualitätsskala vornehmen. Ergänzend wurde eine Bewohner- und Angehörigenbefragung durchgeführt, die Aufschluss über die individuelle Zufriedenheit gab, jedoch nicht in das Gesamtergebnis einfluss.

Ergebnisse und Diskussion

Die Auswertung der erhobenen Daten ergab auf Basis der Skala von 1 bis 4 einen mittleren Qualitätswert aller zehn Einrichtungen von 2,6. Die teilnehmenden Einrichtungen stellten eine Bandbreite der erzielten Gesamtscores von 2,2 bis 2,9 dar (siehe Abbildung 2): Diese signifikanten Unterschiede sind erstaunlich,

ABBILDUNG 2

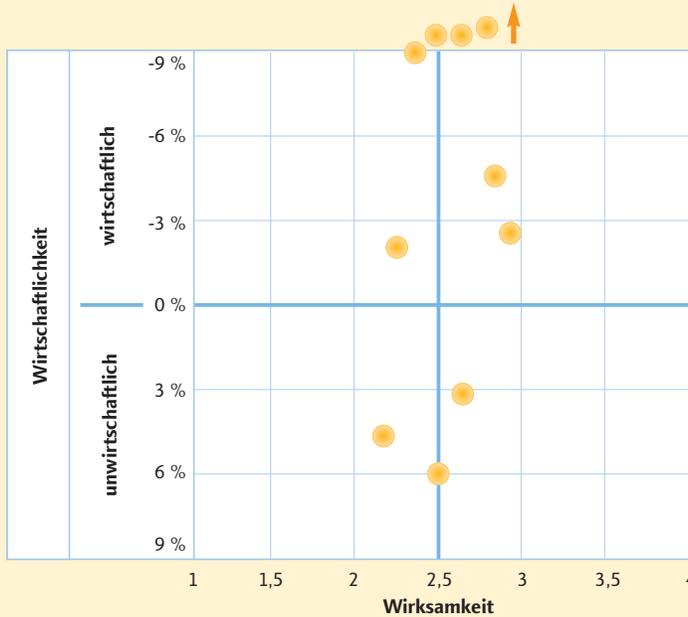
Qualitätswerte der einzelnen Einrichtungen



Quelle: Eigene Darstellung

ABBILDUNG 3

Zusammenführung der Ergebnisse „Wirtschaftlichkeit“ und „Wirksamkeit“



Quelle: Eigene Darstellung

da die Einrichtungen freiwillig am Pretest teilnahmen, entsprechend informiert waren und sich vorbereiten konnten. Hier entstand eine Diskrepanz zu der jeweiligen Selbsteinschätzung, die jedoch nicht auf der Ebene des Gesamtergebnisses aufgelöst werden konnte.

In den späteren Diskussionen der Ergebnisse mit den Einrichtungen zeigte sich, dass gerade die komprimierte Erfassung der Ergebnisqualität die Möglichkeit eröffnet, gezielt die ursächlichen Bedingungen des jeweiligen Ergebnisses zu recherchieren. Daraus ließen sich entsprechende Maßnahmen, bspw. personeller/struktureller/organisatorischer Art, ableiten.

Betrachtet man die Schwankungen der Ergebnisqualität innerhalb einer Einrichtung, so wird deutlich, dass Einrichtungen mit einem hohen Gesamtscore signifikant geringere Schwankungen auf den Ebenen der Prüfbereiche und Stationen aufwiesen als Einrichtungen mit einem niedrigeren Gesamtscore. Niedrige Gesamtscores waren hauptsächlich das Ergebnis einer hohen Anzahl an Bewertungen der Qualitätsstufe 2. Der relative Anteil vergebener Qualitätsstufe 1 an der Gesamtanzahl lag bei maximal 10,3 Prozent.

Die erreichten Gesamtscores korrelierten weder mit der Größe noch der Trägerschaft einer Einrichtung. Im Rahmen des Pretest zeigten sich auch keine Zusammenhänge zwischen individueller Zufriedenheit des Bewohners und der erhobenen Ergebnisqualität.

Sechs Einrichtungen befinden sich im Bereich der gesetzlich geforderten „aktivierenden Pflege“, die für das Projekt mit einem Qualitätswert im Bereich von $2,5 < x \leq 3,5$ definiert wurde. Anzumerken ist, dass allerdings auch ein hoher Gesamtscore nicht vor

dem berichtigten (negativen) Einzelfall schützt. Zwei Einrichtungen erreichen den Schwellenwert von 2,5 nicht ganz bzw. nur knapp, so dass eine eindeutige Zuordnung zur höheren Qualitätsstufe III nicht möglich ist. Zwei weitere Einrichtungen befinden sich klar im Qualitätsbereich der „passivierenden Pflege“ (Qualitätsstufe II). Die Abwesenheit von Ergebnissen in den Randbereichen (Qualitätsstufe I „Defizitäre Pflege“ bzw. Qualitätsstufe IV „Ganzheitlich-aktivierende Pflege“) deckt sich mit den Erfahrungen des MDK in Bayern aus ständig stattfindenden Qualitätsprüfungen nach §§112/114 SGB XI und erscheint bei den vorherrschenden finanziellen Rahmenbedingung plausibel. Insgesamt gesehen konnten signifikante Qualitätsunterschiede der teilnehmenden Einrichtungen festgestellt und transparent gemacht werden.

■ 5. Zusammenführung von Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit

Abbildung 3 verbindet die „Wirtschaftlichkeit“ mit der „Wirksamkeit“ und zeigt, dass drei der zehn Einrichtungen mit ihrem Mittelwert eine passivierende Pflege ($\leq 2,5$) aufweisen, aber in unterschiedlichem Maße wirtschaftlich oder unwirtschaftlich sind. Sieben Einrichtungen betreiben eine aktivierende Pflege ($> 2,5$) und sind von der Wirtschaftlichkeit positiv oder negativ zu beurteilen.

Die am Pretest beteiligten Einrichtungen erhielten die Chance, das neue Prüfungssystem kennen lernen zu können und zusätzlich eine sachverständige externe Meinung zur Einrichtungssituation zu erhalten. Es stellte sich, wie auch schon bei den vorausgegan-

genen Echtprüfungen nach „altem Muster“ heraus, dass die Prüfungen in erheblichem Umfang auch für eine Weitergabe von Wissen, z.B. eines Controlling-Systems, sorgten. Der Beratungsaspekt einer Wirtschaftlichkeits- und Wirksamkeitsprüfung kann damit nicht hoch genug eingeschätzt werden.

6. Fazit

Zusammenfassend kann festgestellt werden:

- In die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 79 SGB XI kann mit dem dargestellten Instrumentarium die Wirksamkeit der Pflegeleistungen als Ergebnisqualität integriert werden. Damit gibt es erstmals Beurteilungen sowohl für die wirtschaftliche Betriebsführung als auch für die Pflege- und Betreuungsleistungen.
- Die Beurteilung der Angemessenheit der Pflegesätze kann nicht nur als Kostenwirtschaftlichkeit geprüft werden, sondern als Preis-/Leistungsverhältnis.
- Es gibt keinen Zusammenhang zwischen hohen Pflegesätzen und hoher Qualität, auch mit niedrigeren Pflegesätzen ist eine ak-

tivierende Pflege möglich und auch bei hohen Pflegesätzen kann die Pflege einen passivierenden Charakter haben.

- Das vorgestellte Instrumentarium hat seine praktische Bewährungsprobe bestanden. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind für eine verpflichtende Prüfung unzureichend.
- Durch nachvollziehbare externe Analysen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung werden den Pflegesatzparteien neue Wege eröffnet, in sachlich-rationaler Weise ihre Vergütungsverhandlungen zu betreiben.
- Ziel ist es, für den Nachfrager von Pflegeleistungen eine bessere Marktübersicht und Kenntnis des Preis-/Leistungsverhältnisses und für die Träger der Einrichtungen Informationen über ihre jeweiligen Stärken und Schwächen im Vergleich zu konkurrierenden Pflegeheimen bereitzustellen. Eine gute Bewertung kann die Basis einer erfolgreichen Werbung sein. Das Instrument könnte damit entscheidend zur Herstellung von Transparenz, Vergleichbarkeit und Wettbewerb im Pflegemarkt beitragen und damit die umfassende Freisetzung der Kräfte des Marktes fördern. ♦

Literatur

Huhn S/Kämmer K (1995): Stufen der Pflegequalität. KDA, Köln.

Juchli L (1994): Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. Stuttgart.

Henderson V (1997): Das Wesen der Pflege; in: Schaeffer/Steppe (Hrsg.): Pflegetheorien - Beispiele aus den USA; Bern, 39-54.

Krohwinkel M (1998): Fördernde Prozeßpflege – Konzepte, Verfahren

und Erkenntnisse; in: Osterbrink J (Hrsg.): Erster internationaler Pflegetheorienkongress Nürnberg; Bern; 134–154.

Roper N/Logan W.W/Tierney A (1993): Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht; Basel, 122ff.

Rantz M/Popejoy L/Lori L (1998): Using MDS Quality Indicators to Improve Outcomes, Gaithersburg.

DIE AUTOREN



Harold Engel (Jg. 1957) Jurist, Studium der Rechtswissenschaften in München, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Abteilung Sozialversicherung, Referent der Hauptgeschäftsführung bei der Vereinigung der Arbeitgeberverbände in Bayern, Siemens AG,

Zentralbereich Personal, Hauptabteilung Beschäftigungsbedingungen und Sozialpolitik, seit 1992 beim AOK-Landesverband Bayern in leitender Funktion, derzeit Ressortdirektor in der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, u.a. zuständig für die Durchführung der Pflegeversicherung.



Rainer Burk (Jg. 1950) Professor für Betriebswirtschaft und Gesundheitsmanagement an der Fachhochschule Neu-Ulm. Studium der Betriebswirtschaftslehre und Promotion zum Dr. rer. pol. an der Freien Universität Berlin. Langjährige Führungserfahrungen in Industrie und Ge-

sundheitsorganisationen. Von der IHK Augsburg und Schwaben vereidigter und öffentlich bestellter Sachverständiger für die Wirtschaftlichkeitsbeurteilung von Pflegeeinrichtungen und Heimen.



Thomas Kapitza (Jg. 1961) Diplom-Kaufmann (Univ.), geschäftsführender Gesellschafter der 3WGesellschaft für Management- und Organisationsberatung im Gesundheitswesen mbH, Fürstentfeldbruck bei München. Langjährige nationale und internationale Beratungs- und

Gutachtertätigkeit im Gesundheits- und Pflegemarkt (www.drei-w.de). Von der IHK München und Oberbayern öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger für Wirtschaftlichkeitsermittlung des Betriebs von Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen.



Dr. Ottilie Randzio (Jg. 1955) Studium der Humanmedizin an der Ludwigs-Maximilians-Universität, Promotion zum Dr. med. an der Technischen Universität München 1985, Facharztausbildung in Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnungen: Sozialmedizin, Chirotherapie, Naturheilverfahren. Seit 1989 zunächst beim Vertrauensärztlichen

Dienst der LVA Oberbayern, dann beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Bayern als ärztliche Gutachterin tätig. Mehrjährige Erfahrung, insbesondere mit externen Qualitätsprüfungen gemäß SGB XI im Pflegebereich. Seit Januar 2003 ärztliche Leiterin des Ressorts Pflege beim MDK in Bayern.