

APOLLON Schriftenreihe zur Gesundheitswirtschaft
Band 3



Matthias Brauchle

Potenzielle Erfolgsfaktoren von Altenpflegeeinrichtungen:

**Eine Untersuchung im Spannungsfeld von Qualität
und Wirtschaftlichkeit**

Über den Autor

Matthis Brauchle (geb. 1963) machte nach grundständiger Ausbildung zum Elektroinstallateur sein Abitur auf dem zweiten Bildungsweg. Nach dem Zivildienst in einer Behinderteneinrichtung schloss sich die akademische Ausbildung zum Diplom-Sozialpädagogen an der Berufsakademie in Stuttgart an. Die Weiterqualifizierung im Bereich der Betriebswirtschaftslehre für Non-Profit-Einrichtungen an der Caritas-Akademie in Esslingen befähigte zu mehrjährigen leitenden Tätigkeiten in ambulanten und stationären Altenhilfeeinrichtungen. Im Rahmen einer Anstellung als Senior Consultant in einem Beratungsunternehmen für kommunale Pflegeeinrichtungen erfolgten u. a. Tätigkeiten als Interimsmanager in einer stationären Pflegeeinrichtung. In der Zeit von Anfang 2003 bis Mitte 2010 war Herr Brauchle Geschäftsführer einer gemeinnützigen GmbH als Träger von Pflegeeinrichtungen aller Sektoren mit innovativen Wohn- und Betreuungskonzepten insbesondere für Menschen mit Demenz. Seit Juni 2010 ist der Autor als Referent bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V. u. a. für die Wirtschaftlichkeitsberatung von Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen zuständig. In der Zeit von November 2008 bis Mai 2011 erfolgte ein berufsbegleitendes Studium an der Apollon Hochschule der Gesundheitswirtschaft mit dem Abschluss Master of Health Economics.

Die APOLLON Schriftenreihe zur Gesundheitswirtschaft wird herausgegeben vom Präsidium der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft.

Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen

1. Auflage 2012

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie.

Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter:

<http://dnb.d-nb.de>

Projektmanagement: Dr. Petra Becker, Bremen

Lektorat: Stephanie Kolhoser-Bruns, Bremen

Umschlaggestaltung und Layout: Ilka Lange, Hückelhoven

Satz: abavo GmbH, Buchloe

Druck und Bindung: Books on Demand GmbH, Norderstedt

Printed in Germany

ISBN: 978-3-943001-03-7

<http://www.apollon-hochschulverlag.de/>

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Einleitung	9
1 Eingrenzung, Zielsetzung und Vorgehensweise	12
1.1 Eingrenzung des Themas auf kleine und mittlere Einrichtungen (KME)	12
1.2 Regionale Eingrenzung des Untersuchungsgebiets auf Baden-Württemberg	14
1.3 Zielsetzung	15
1.4 Vorgehensweise	16
2 Die Besonderheiten der kleinen und mittleren Einrichtungen	18
3 Qualitätsziele in Pflegeheimen	21
3.1 Dimensionen der Qualität – das Qualitätsmodell von Donabedian	21
3.2 Qualitätsziele aufgrund von Qualitätsvorgaben durch das Pflegeversicherungsrecht	22
3.2.1 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität	23
3.2.2 Qualitätsprüfungs-Richtlinien gemäß § 114 SGB XI	24
3.2.3 Pflegetransparenzvereinbarung gemäß § 115 SGB XI	25
3.2.4 Nationale Expertenstandards für die Pflege gemäß § 113 a SGB XI	28
3.2.5 Weitere Qualitätsvorgaben durch das SGB XI	30
3.3 Qualitätsziele aufgrund von Qualitätsvorgaben durch das Heimgesetz	31
3.3.1 Landesheimgesetz Baden-Württemberg	31
3.3.2 Zusammenarbeit von Medizinischem Dienst der Krankenkassen und Heimaufsicht	35
3.3.3 Verordnungen auf Bundes- und Landesebene	35
3.4 Strukturierung der gesetzlichen Qualitätsvorgaben und der Qualitätsziele	37
3.5 Qualitätsziele aus Sicht der Bewohner sowie deren Angehörigen	41
3.6 Zusammenfassung der Qualitätsziele in Pflegeheimen	43
4 Potenzielle Erfolgsfaktoren im Bereich Qualität	46
4.1 Erfolgsfaktoren für die Strukturqualität	46
4.2 Erfolgsfaktoren für die Prozessqualität	53
4.3 Erfolgsfaktoren für die Ergebnisqualität	60
4.4 Erfolgsfaktoren für die Qualitätsziele aus Sicht der Bewohner sowie deren Angehörigen	62

5	Wirtschaftlichkeitsziele in Pflegeeinrichtungen	65
5.1	Der regionale Pflegemarkt in Baden-Württemberg	65
5.2	Das ökonomische Prinzip als Ausgangspunkt der Betrachtungen	71
5.3	Wirtschaftlichkeitsziele zur Erlösoptimierung	73
5.4	Wirtschaftlichkeitsziele zur Kostenoptimierung	77
5.4.1	Personalkostenoptimierung	77
5.4.2	Sachkostenoptimierung	79
5.5	Wirtschaftlichkeitsziele zur Rentabilitätsoptimierung	80
5.6	Zusammenfassung der Wirtschaftlichkeitsziele in Pflegeheimen	81
6	Potenzielle Erfolgsfaktoren im Bereich Wirtschaftlichkeit	83
6.1	Erfolgsfaktoren für die Erlösoptimierung	83
6.2	Erfolgsfaktoren für die Kostenoptimierung	86
6.2.1	Erfolgsfaktoren für die Personalkostenoptimierung	86
6.2.2	Erfolgsfaktoren für die Sachkostenoptimierung	92
6.3	Erfolgsfaktoren für die Rentabilitätsoptimierung	94
7	Korrelation von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitszielen	97
8	Entwicklung des empirischen Untersuchungsdesigns	101
8.1	Bezugsrahmen und Zielsetzung der Untersuchung	101
8.2	Entwicklung des Instruments zur Datenerhebung	102
8.3	Qualitätskriterien der empirischen Daten	105
8.4	Vorbereitung und Durchführung der Befragung	107
9	Aufbereitung und Auswertung der empirischen Ergebnisse	108
9.1	Vorgehensweise bei der Auswertung der Daten	108
9.2	Auswertung zur Anwendung der potenziellen Erfolgsfaktoren	110
9.3	Auswertung zur Beurteilung der Wichtigkeit und Eignung der potenziellen Erfolgsfaktoren	115
9.4	Zusammenhang zwischen Anwendungsgrad und Eignungsgrad	124
9.5	Auswertung zum Zielerreichungsgrad in Bezug auf Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsziele	127
9.6	Zusammenhang zwischen Erfolgsfaktorenindex und Zielerreichungsgrad	133
10	Zusammenfassung und Ausblick	136
10.1	Zusammenfassende Bewertung der Untersuchungsergebnisse	136
10.2	Praxisrelevanz der Untersuchungsergebnisse	140
10.3	Ausblick auf weitergehende Untersuchungsmöglichkeiten	143
	Anhang I	146
	Anhang II	158

Vorwort

Pflegeeinrichtungen stehen heutzutage gravierenden Herausforderungen gegenüber, die sich insbesondere auf eine ausgewogene Betriebsführung beziehen, um Angebote- und Nachfrageprobleme sowie Qualitätsanforderungen zu bewältigen.

Gerade kleinere und mittlere Einrichtungen sind gezwungen, sich mit dem Zusammenhang von Qualität und Wirtschaftlichkeit auseinanderzusetzen, wenn sie auf dem Markt bestehen wollen. Genau an diesem Punkt sieht Herr Brauchle für das Bundesland Baden Württemberg den Fokus des vorliegenden Buches, in dem er komplexe Auswirkungen gezielter Erfolgsfaktoren auf Dienstleistungsqualität und Wirtschaftlichkeit hypothesengeleitet darstellt. Seine empirische Arbeit (Befragungen von Altenpflegeeinrichtungen) zeigt sehr differenziert und überzeugend auf, welche Ziele der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie welche Wirtschaftlichkeitsziele als Erfolgsfaktoren einer Einrichtung auszumachen sind. Die Analyse der Zielerreichung dieser Komponenten wird von Herrn Brauchle ausgesprochen praxisnah, durch zahlreiche Grafiken und Tabellen anschaulich begründet und im Ergebnis die exakte Balance zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit dezidiert herausgearbeitet.

Damit ist dem Autor insgesamt die Präzisierung dieser mehrdimensionalen Problematik hervorragend gelungen. Seine besondere Leistung kann in der Hinsicht gewürdigt werden, dass einerseits die Ergebnisse auf Seiten der Kostenträger neue Ansätze für innovative Entgeltsysteme erlauben und andererseits das aktuelle Thema für Altenpflegeorganisationen Umsetzungsrelevanz bietet. Insofern wünsche ich dem Autor viele begeisterte Leser und, dass seine hier publizierten Erkenntnisse sowie zahlreichen Anregungen und Beispiele die Veränderungen im „Pflegemarkt“ erfolgreich voranbringen und dem notwendigen Handlungsbedarf weiter Nachdruck verliehen wird.

Prof. Dr. Johanne Pundt MPH (Dekanin Gesundheitsökonomie APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft)

Vielen Dank und besten Gruß

Prof. Dr. Johanne Pundt MPH

Dekanin Gesundheitswirtschaft

1 Eingrenzung, Zielsetzung und Vorgehensweise

Dieses Kapitel begründet die Eingrenzung der Untersuchung potenzieller Erfolgsfaktoren von Altenpflegeeinrichtungen auf kleine und mittlere Einrichtungen (KME) in Baden-Württemberg und stellt die Zielsetzung und Vorgehensweise der Arbeit vor.

1.1 Eingrenzung des Themas auf kleine und mittlere Einrichtungen (KME)

Der hier verwendete Begriff der kleinen und mittleren Einrichtungen (KME) leitet sich ab von der Definition der kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) gemäß der Empfehlung der Kommission der Europäischen Gemeinschaft vom 6. Mai 2003 (vgl. o. V., 2003). In dieser Arbeit gelten analog zu dieser EU-Empfehlung folgende Merkmale: Beschäftigung von weniger als 250 Personen und entweder ein Jahresumsatz von höchstens 50 Millionen Euro oder eine Jahresbilanzsumme von höchstens 43 Millionen Euro.

In Anlehnung an die Definition des eigenständigen Unternehmens in oben genannter EU-Empfehlung werden solche Pflegeeinrichtungen in die Betrachtungen dieser Arbeit einbezogen, die eine eigene abgegrenzte Organisationseinheit bilden. Bei einer öffentlichen Trägerschaft wird auch die Organisationsform des Eigenbetriebs mit hinzugenommen.

Unter Pflegeeinrichtungen werden all die Einrichtungen verstanden, deren Hauptschwerpunkt auf der Erbringung von vollstationären Altenpflegeleistungen liegt. Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass die Dienstleistungspalette der Einrichtung auch teilstationäre und ambulante Pflegeleistungen umfasst. Auch der Bereich des betreuten Wohnens als Bestandteil des Leistungsangebots ist insoweit unschädlich bei der Betrachtung, solange die stationäre Altenpflege den Schwerpunkt der betrieblichen Tätigkeit bildet. Somit sind Heime für psychisch kranke und behinderte Menschen sowie Hospize von der Untersuchung ausgenommen.

Nach den Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes gab es in Deutschland zum Ende des Jahres 2007 insgesamt 11 029 Pflegeheime mit 799 059 Plätzen (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2007). Die Struktur des Pflegeangebots und die Größe der Einrichtungen sind sehr un-

terschiedlich. So variiert die Größe der Einrichtungen von unter 10 Plätzen bis über 300 Plätzen für vollstationäre Pflege. Auf der Basis der Statistiken der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wurde die Gesamtheit der Einrichtungen wie in Tabelle 1.1 dargestellt kategorisiert.

Da über 76 % der Pflegeeinrichtungen 100 Plätze und weniger vorhalten, bezieht sich somit diese Untersuchung auf die vorherrschende Betriebsgröße von KME. Wie viele dieser Einrichtungen in Trägerverbünden oder Pflegeheimketten zusammengeschlossen sind, lässt sich allerdings aus dem Datenbestand der Gesundheitsberichterstattung nicht entnehmen. Deshalb werden zur Eingrenzung der Zielgruppe KME, wie oben dargestellt, außerdem die Mitarbeiteranzahl, die Jahreserlössumme und die Bilanzsumme als weitere Kriterien herangezogen. Somit bleiben bei dieser Arbeit die großen privaten Pflegeheimketten, z. B. Kursana oder Pro Seniore und große freigemeinnützige Trägerverbünde, wie beispielsweise die Evangelische Heimstiftung, mit ihren spezifischen Konzernstrukturen, außen vor. Andererseits werden jedoch Einrichtungsträger berücksichtigt, die mehrere kleinere Pflegeeinrichtungen betreiben und sich innerhalb der genannten Grenzen bewegen.

Die Zeichen des Pflegemarktes stehen auf Konsolidierung und Konzentration. Insbesondere den kleineren Einrichtungen wird eine schwierige Zukunft vorausgesagt (vgl. Augurzky et al., 2009, S. 2–15). Mit welcher Intensität und Geschwindigkeit dieser Konzentrationsprozess eintreten wird, ist jedoch aus heutiger Sicht nicht vorherzusehen. Aktuell geht Doelfs in einem Artikel in der Zeitschrift „kma pflege“ von weniger als 6 % Marktanteil der großen, über-

Tabelle 1.1: Einteilung der Einrichtungen nach Anzahl der Plätze (vgl. Anhang I A.1, Gesundheitsberichterstattung des Bundes)

	Anzahl Einrichtungen absolut	Anteil an allen
Große Einrichtungen: über 100 Plätze:	2.635	23,89 %
Mittlere Einrichtungen: zwischen 31 und 100 Plätzen:	5.824	52,81 %
Kleine Einrichtungen: zwischen 1 und 30 Plätzen:	2.570	23,30 %
Gesamt:	11.029	100,00 %

wiegend privaten Pflegeheimketten bei den Heimplätzen aus (vgl. Doelfs, 2010, S. 14). Deshalb wird es für die KME umso wichtiger, spezifische Erfolgsfaktoren im Spannungsfeld von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsansprüchen zu identifizieren und sich auf ihre besonderen Stärken zu konzentrieren, wenn sie sich ihre Eigenständigkeit im Konzentrationsprozess bewahren wollen.

Somit dient die Eingrenzung auf KME sowohl der Zielsetzung als auch der Fokussierung dieser Arbeit. Denn die häufig eingeschränkten Ressourcen der KME bedingen eine Konzentration auf das Wesentliche und somit auf wenige, aber effektive Erfolgsfaktoren. Auf weitere Merkmale und Besonderheiten der KME wird in Kapitel 2 dieser Arbeit eingegangen. Auch vor dem Hintergrund des regionalen Bezugs der Arbeit auf Baden-Württemberg ist die Einschränkung auf KME sinnvoll. Denn Pflegeheimketten und große Einrichtungsträger sind zumeist überregional oder bundesweit tätig, was zu einem anderen Fokus auf Erfolgsfaktoren führen kann.

1.2 Regionale Eingrenzung des Untersuchungsgebiets auf Baden-Württemberg

Infolge der Föderalismusreform im September 2006 wurde die bisherige Zuständigkeit des Bundes für das Heimgesetz in die Gesetzgebungskompetenz der Länder verlagert. Dadurch kommt es je nach Landesheimgesetz und den entsprechenden Verordnungsermächtigungen (z. B. Landesheimbauverordnung, Landesheimpersonalverordnung etc.) zu teilweise deutlich differenten Rahmenbedingungen für die Erbringung von stationären Pflegeleistungen in den jeweiligen Bundesländern. Zum 1.7.2008 ist als Erstes in Baden-Württemberg das Landesheimgesetz in Kraft getreten. Weitere Landesheimgesetze folgten in unterschiedlichen zeitlichen Abständen.

Augurzyk et al. haben im Pflegeheim Rating Report 2009 auf die regionalen Unterschiede u. a. im Hinblick auf Auslastung, Preise, Bedarfs- und Nachfragesituation, Personaleinsatz sowie Pflegeeinstufungsstruktur der Heimbewohner aufmerksam gemacht (vgl. Augurzyk et al., 2009, S. 17). Aus den dort aufgeführten Landkarten, die bis auf die Landkreisebene untergliedert sind, wird deutlich, dass bereits lokal unterschiedliche Rahmenbedingungen für Pflegeeinrichtungen vorherrschen können. Um jedoch bei der empirischen Befragung im Rahmen dieser Arbeit (vgl. Kap. 8) die Anonymität der

befragten Einrichtungen gewährleisten zu können, war eine Ausweitung auf das Bundesland trotz der zum Teil erheblichen Unterschiede erforderlich. Insofern handelt es sich beim Bezug dieser Arbeit auf das Bundesland Baden-Württemberg um einen notwendigen Kompromiss zwischen einem lokalen und nationalen Bezugsrahmen.

1.3 Zielsetzung

Unter Berücksichtigung der zuvor dargestellten Eingrenzungen liegt der Schwerpunkt dieser Arbeit auf einem engen Praxisbezug.

So wird auf eine umfassend theoriegeleitete Definition potenzieller Erfolgsfaktoren verzichtet, zugunsten der Vielfalt der berücksichtigten Themen aus den Bereichen Qualität und Wirtschaftlichkeit. Dieses Vorgehen orientiert sich an der Komplexität der Abläufe, Prozesse und Einflussfaktoren in Pflegeeinrichtungen und bildet somit den Praxisalltag, insbesondere der KME, ab.

Deshalb ist es nicht Ziel dieser Arbeit, die potenziellen Erfolgsfaktoren detailliert in ihrer Wirkungsweise und in ihren Ausgestaltungsmöglichkeiten zu untersuchen. Dies würde den vorgegebenen Rahmen dieser Arbeit bei Weitem übersteigen. Der Fokus liegt auf den möglichen operativen Erfolgsfaktoren, die sich auf die Dienstleistungsqualität und/oder auf die Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen direkt auswirken. Strategische Erfolgsfaktoren treten deshalb weitgehend in den Hintergrund, sind jedoch nicht weniger wichtig. Bei dieser Betrachtungsweise wird unterstellt, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit zwei sich gegenseitig beeinflussende Größen sind.

Daraus abgeleitet wird für KME folgende Grundannahme getroffen: *Je mehr Erfolgsfaktoren ein- bzw. umgesetzt werden, desto höher ist der Gesamt-Zielerreichungsgrad, nämlich die Erreichung eines hohen Qualitätsstandards bei gleichzeitig wirtschaftlichem Betrieb der Einrichtung.*

Diese Grundannahme, nachfolgend Gesamthypothese genannt, soll durch nachfolgende Fragestellungen überprüft werden:

- Gibt es bevorzugte Erfolgsfaktoren für die Erreichung von Qualitätszielen?
- Gibt es bevorzugte Erfolgsfaktoren zur Erreichung von Wirtschaftlichkeitszielen?

- Liegt der Fokus der KME hinsichtlich des Zielerreichungsgrads eher im Bereich der Qualitätsziele oder vorwiegend im Bereich der Wirtschaftlichkeitsziele?
- Lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Erfolgsfaktoren und dem Zielerreichungsgrad herstellen?
- In welchem Ausmaß gelingt es den KME mittels der Erfolgsfaktoren beide Aspekte, Qualitätsziele und Wirtschaftlichkeitsziele, im Gleichklang zu erreichen?

1.4 Vorgehensweise

Ausgehend von den vorangestellten Fragestellungen soll das in Abbildung 1.1 dargestellte Schema die Vorgehensweise dieser Arbeit verdeutlichen.

Zu 1. Zieldefinition:

Um die Untersuchungsobjekte und deren Rahmenbedingungen zu spezifizieren, werden ausgehend von den gesetzlichen und einrichtungsspezifischen Vorgaben für die beiden Bereiche Qualität und Wirtschaftlichkeit Ziele

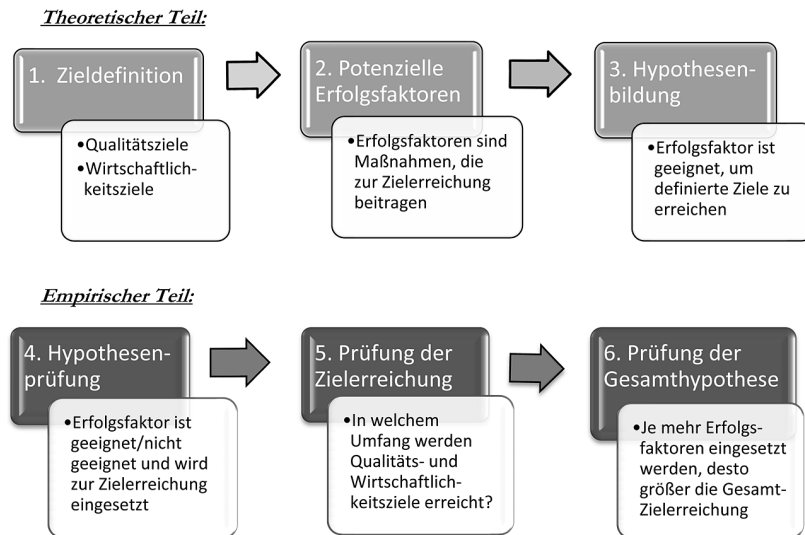


Abb. 1.1: Schema zur Vorgehensweise

definiert (Kapitel 3 und 5). Die Zieldefinition ist notwendig, um Erfolgsfaktoren ableiten und deren Wirkung beurteilen zu können. Dabei wird unterstellt, dass der Zielerreichungsgrad von der Eignung und dem Einsatz der Erfolgsfaktoren abhängt.

Zu 2. und 3. Potenzielle Erfolgsfaktoren und Hypothesenbildung:

Aus den zuvor definierten Qualitätszielen und Wirtschaftlichkeitszielen werden jeweils potenzielle Erfolgsfaktoren abgeleitet, die eine effiziente Zielerreichung ermöglichen sollen. Hieraus werden dann die Untersuchungshypothesen entwickelt (Kapitel 4 und 6).

Zu 4. Hypothesenprüfung:

Durch eine Managementbefragung mittels eines strukturierten Fragebogens wird überprüft, in welchem Ausmaß die potenziellen Erfolgsfaktoren als geeignet eingeschätzt werden, die definierten Ziele zu erreichen. Außerdem wird vor dem Hintergrund der besonderen Situation der KME mit ihren eingeschränkten Ressourcen abgefragt, ob die Erfolgsfaktoren in der Einrichtung auch zum Einsatz kommen.

Zu 5. Prüfen der Zielerreichung:

Darüber hinaus wird durch den Fragebogen ermittelt, wie das Management den Grad der Zielerreichung hinsichtlich der Qualitätsziele und der Wirtschaftlichkeitsziele in ihrer Einrichtung einschätzt. Damit soll ein möglicher Zusammenhang zwischen Eignung und Einsatz von Erfolgsfaktoren und dem jeweiligen Zielerreichungsgrad untersuchbar gemacht werden.

Zu 6. Prüfung der Gesamthypothese:

Wie in Teilkapitel 1.3 dargestellt ist die Grundannahme, dass bei Anwendung vieler geeigneter Erfolgsfaktoren sowohl die Erreichung der Qualitäts-, als auch der Wirtschaftlichkeitsziele möglich ist. Dadurch kann die Untersuchungsfrage beantwortet werden, in welchem Ausmaß es KME gelingt, einen hohen Qualitätsstandard zu erreichen bei gleichzeitiger Realisierung von Wirtschaftlichkeitszielen. Hieraus könnten dann qualitative Rückschlüsse auf die Zukunftssicherheit der Einrichtung gezogen werden.

7 Korrelation von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitszielen

Aufgrund der komplexen Zusammenhänge von Qualität und Wirtschaftlichkeit in Pflegeeinrichtungen wäre es unzutreffend vereinfacht davon auszugehen, dass Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsziele grundsätzlich in konfliktärer oder gar antinomischer Zielbeziehung zueinander stehen. In der unter goo.gl/y7O1a I.6 zur Verfügung stehenden Zielmatrix wurden die in dieser Arbeit benannten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsziele auf ihre Zielbeziehung zueinander untersucht. Es ergaben sich neben indifferenten auch komplementäre Zielbeziehungen. So kann beispielsweise ein hohes Ergebnisqualitätsniveau, das mit einer hohen Zufriedenheit von Bewohnern und Angehörigen verbunden ist, positiven Einfluss auf die Auslastung und somit auf die Rentabilität der Einrichtung haben. Andererseits wird sich eine Überbetonung von Renditezielen zulasten der Qualität aufgrund der dargestellten umfassenden gesetzlichen Qualitätsvorgaben und intensiven Qualitätsprüfungen kaum über längere Zeit aufrechterhalten lassen. Denn unreflektierte Einsparungen auf Kosten der Qualität können die Wirtschaftlichkeit einer Einrichtung negativ beeinflussen und sind somit kontraproduktiv. Werden z. B. erforderliche Renovierungen und Instandhaltungen nicht oder verzögert durchgeführt, so kann dies dem Image der Einrichtung schaden und zu rückläufiger Auslastung führen. Wie dargestellt werden mangels objektiver und offensichtlicher Qualitätsbeurteilungskriterien für die Pflegeleistungen von Angehörigen und potenziellen Bewohnern hilfs- und ersatzweise Kriterien der Strukturqualität herangezogen. Dies kann bedeuten, dass vom verbesserungsbedürftigen Ambiente der Einrichtung, (z. B. einem nicht renovierten Bewohnerzimmer) auf ein niedriges Pflegequalitätsniveau geschlossen wird – aber auch umgekehrt.

Insbesondere die KME müssen sich die Fragen stellen: Amortisiert sich Qualitätsmanagement? Bringt Qualitätsmanagement wirtschaftliche Vorteile?

Die Kosten für Qualitätssicherungs- und Qualitätsentwicklungsmaßnahmen lassen sich durch eine mehr oder weniger aufwendige Qualitätskostenrechnung darstellen (vgl. Zapp; Otten, 2008, S. 26–28). Hierbei ist darauf zu achten, dass die Kosten aufgrund Qualitätsabweichungen nicht zu den Qua-

litätskosten zählen. Denn diese Kosten entstehen nicht aufgrund der Verfolgung von Qualitätszielen, sondern aufgrund der Verfehlung von Qualitätszielen. Die Kosten für das Qualitätsmanagement sollen sich dadurch amortisieren, dass die Kosten für Qualitätszielverfehlungen gesenkt werden (vgl. Bettig, 2007, S. 35).

Ein weiterer wirtschaftlicher Nutzen aufgrund eines unmittelbaren Zusammenhangs zwischen Prozessqualität und Wirtschaftlichkeit soll an folgendem Praxisbeispiel verdeutlicht werden:

Bei der Feststellung der Pflegestufe der Bewohner durch den MDK wirkt die Pflegeeinrichtung durch Auskünfte zum Pflegebedarf des zu begutachtenden Bewohners gemäß § 18 Abs. 5 SGB XI mit. Genau hier befindet sich eine entscheidende Verbindung zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit der Einrichtung. Denn nur wenn es dem geschulten Mitarbeiter aufgrund einer qualitätsvollen Pflegedokumentation gelingt, den tatsächlichen Pflegebedarf des Bewohners darzustellen, wird der MDK die richtige, heißt leistungsgerechte, Pflegeeinstufung des Bewohners vornehmen. Und nur dann steht der auskömmliche Pflegesatz zur Verfügung, um die notwendigen personellen und sächlichen Ressourcen zu finanzieren. Sofern sich die tatsächliche Pflegebedürftigkeit nicht im MDK-Begutachtungsergebnis widerspiegelt, kann dies zu einer raschen Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation der Einrichtung führen. Insofern beeinflusst die Qualität der Pflegeplanung und -dokumentation ganz wesentlich die Erlössituation und somit die Wirtschaftlichkeit der Einrichtung (vgl. Brauchle; Hettig, 1999, S. 248 ff.).

Ziel eines effektiven Qualitätsmanagementsystems in Pflegeeinrichtungen sollte sein, Abläufe und Prozesse zu optimieren im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Die dadurch generierten Effizienzpotenziale können dann, je nach Funktion beziehungsweise Position des beteiligten Mitarbeiters, in den Prozess der kontinuierlichen Verbesserung oder in die direkte Interaktion zwischen Pflegekräften und Bewohnern reinvestiert werden. Wenn das Qualitätsmanagement Effizienzpotenziale generiert, kann der Vorwurf entkräftet werden, dass das Qualitätsmanagement auf Kosten der direkten Pflege- und Betreuungszeit geht. Um beim Beispiel des Pflegeeinstufungsprozesses zu bleiben, bedeutet dies: Durch das Qualitätsmanagementsystem wird festgelegt, dass bei einer regelmäßigen Überprüfung der Pflegeplanung neben der Anpassung der Pflegeleistungen immer auch

das Ergebnis zu ermitteln ist, ob die Voraussetzungen für die aktuelle Pflegestufe des Bewohners noch gegeben sind. Im Kommunikationsprozess mit den Pflegekräften sollte es gelingen, den folgenden Zusammenhang darzustellen: Die Qualität der Pflegeplanung beeinflusst wesentlich das Ergebnis der MDK-Begutachtung und der daraus folgenden Pflegestufe. Da die Pflegestufe, mit dem Personalschlüssel verknüpft ist, hat diese unmittelbar Einfluss auf die personelle Besetzung der Pflegestation. Insofern haben die Pflegekräfte zumindest an diesem Punkt eine direkte Einflussmöglichkeit auf die Personalbesetzung. Denn die Einrichtung ist aufgrund der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung mit den Kostenträgern verpflichtet, das erforderliche Personal gemäß den vereinbarten Personalschlüsseln vorzuhalten.

An diesen exemplarischen, praxisnahen Zusammenhängen ist erkennbar, dass es einer stetigen und dynamischen Balance bedarf, um sowohl den Qualitäts- als auch den Wirtschaftlichkeitszielen gerecht zu werden (vgl. Abb. 7.1).

Im nachfolgenden empirischen Teil dieser Arbeit geht es weniger darum, das oben genannte Modell empirisch zu belegen. Im Fokus stehen die Erfolgsfaktoren und deren Eignung, die aufgezeigten Qualitäts- und Wirt-

Dynamische Balance von Qualität und Wirtschaftlichkeit

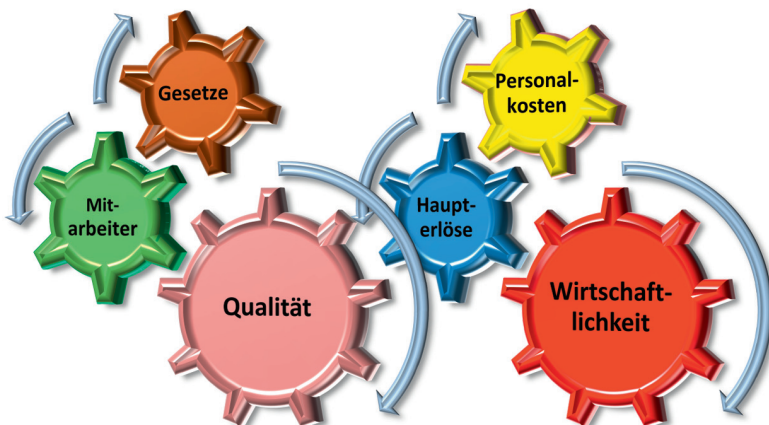


Abb. 7.1: Modell der dynamischen Balance von Qualität und Wirtschaftlichkeit in Pflegeeinrichtungen

schaftlichkeitsziele zu erreichen. Der Aspekt der Balance führt jedoch wieder zurück zu der Grundannahme dieser Arbeit: Je mehr Erfolgsfaktoren ein- beziehungsweise umgesetzt werden, desto höher ist der Gesamt-Zielerreichungsgrad, nämlich die Erreichung eines hohen Qualitätsstandards bei gleichzeitig wirtschaftlichem Betrieb der Einrichtung (vgl. Teilkapitel 1.3).