

Strukturelle Einflüsse auf die Pflegenoten: Eine Analyse nach Anbietergröße, Trägerschaft und regionaler Lage

CHRISTIAN WEISS, SUSANNE SÜNDERKAMP UND HEINZ ROTHGANG

Christian Weiß, Kompetenzzentrum Vernetzte Gesundheit, Hochschule Neu-Ulm, E-Mail: christian.weiss@hs-neu-ulm.de
Susanne Sünderkamp, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, E-Mail: suenderk@uni-bremen.de
Heinz Rothgang, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, E-Mail: rothgang@zes.uni-bremen.de

Zusammenfassung: Die Pflegenoten messen fast ausschließlich Struktur- und Prozessqualität. Aus diesem Grund liegt die Vermutung nahe, dass Größe (Synergieeffekte und Stichprobenvorteile), Trägerschaft (freigemeinnützige Träger mit besserer Personalausstattung und höherem Entgelt) sowie die regionale Lage von Pflegeanbietern strukturelle Gegebenheiten mit sich bringen, die Einfluss auf die Pflegenote nehmen. In diesem Beitrag wird erstmals für nahezu alle ambulanten und stationären Pflegeanbieter in Deutschland untersucht, inwieweit sich die Pflegenoten durch diese Parameter erklären lassen. Die Analyse erfolgt über deskriptive Auswertungen und multivariate Regressionsanalysen. Das Ergebnis zeigt zwar weitestgehend signifikante Zusammenhänge bezüglich der Anbietergröße und Trägerschaft. Die Effektstärke ist jedoch äußerst gering. Die regionale Lage, gemessen durch siedlungsstrukturelle Regionstypen, zeigt keinerlei Einfluss. Ein relevanter Einfluss der Anbietergröße, Trägerschaft und regionalen Lage auf die Qualität der Pflegeleistungen kann somit nicht festgestellt werden.

Summary: The German public quality reports for nursing homes and long-term care services measure almost exclusively the quality of structures and processes rather than outcomes. For this reason, it seems likely that size (synergy effects and biased sampling), ownership (non-profit organisations employ more staff and get higher reimbursement) and regional indicators entail structural conditions that influence results of the public quality reports. Our study examines whether these indicators can explain the results of the public quality reports, for the first time covering almost all nursing homes and long-term care providers in Germany. It includes descriptive analysis and a multivariate regression analysis. The results show significant correlations in terms of the size of the providers and ownership. However, the effects are too small to be regarded as relevant. Regional indicators such as regional settlement structures show no influence. A relevant impact of size, ownership or regional indicators on the results of the quality reports cannot therefore be verified.

→ JEL Classification: H83, I18, J14

→ Keywords: Long-term care, nursing home, long-term care services, public quality reports

I Qualitätsentwicklung der Pflege

Die Qualitätssicherung und -entwicklung ist eines der großen Themen im Bereich der pflegerischen Versorgung in Deutschland. Bereits mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) vom 9. September 2001 (Bundesgesetzblatt I: 2320) wurden erhebliche Anstrengungen unternommen, die Qualität bei Pflegeanbietern zu verbessern. Das neu eingeführte Instrument der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen mit Pflegeheimen (Paragraf 80a Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung nach dem PQsG) erwies sich jedoch als wenig erfolgreich und wurde im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) 2008 wieder abgeschafft. Als neue Instrumente wurden im PfwG in das Elfte Kapitel des SGB XI zur Qualitätssicherung insbesondere die Expertenstandards nach Paragraf 113a SGB XI (Schiemann et al. 2014, Igl 2008) und die Pflicht zur Veröffentlichung der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) (Paragraf 115 SGB XI) aufgenommen. Waren die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen zuvor vertraulich, werden diese Prüfungen, deren Frequenz zudem auf mindestens einmal jährlich erhöht wurde, nunmehr obligatorisch veröffentlicht. Damit wurde – neben externer Qualitätskontrolle und interner Qualitätsentwicklung – ein dritter Mechanismus zur Qualitätssteigerung eröffnet: der Qualitätswettbewerb. Verfügen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen über verlässliche und transparente Informationen zur Einrichtungsqualität, so könnten Einrichtungen mit hoher Qualität einen Wettbewerbsvorteil genießen, der Einrichtungen mit geringerer Qualität zwingen könnte nachzuziehen. Dieser Mechanismus setzt jedoch voraus, dass es gelingt, in transparenter und laienverständlicher Weise valide und reliable Qualitätsinformationen zu publizieren, die hinreichend zwischen den Einrichtungen diskriminieren. Im Sinne eines rationalen Verbrauchers würde sich dieser dann – mit der Annahme, dass der Preis für die Pflegeleistungen lediglich eine nachrangige Rolle spielt – für die Einrichtung mit der besten Qualität entscheiden.

Für eine erste Form publizierter Qualitätsergebnisse wurden zwischen den Anbietern ambulanter und stationärer Pflegeleistungen und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) sogenannte „Pflege-Transparenzvereinbarungen“ geschlossen (GKV-Spitzenverband et al. 2008, 2009). Gemäß diesen Vereinbarungen werden die Ergebnisse der vom MDK vorgenommenen Qualitätsprüfungen in „Schulnoten“ umgerechnet und als sogenannte Pflegenoten veröffentlicht. Den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen soll damit ein transparentes Vergleichsinstrument zur Verfügung gestellt werden.

Umstritten ist die aktuelle Prüfsystematik aufgrund methodischer Mängel. Dazu zählen die Verzerrung der Noten zu sehr guten Ergebnissen, die Stichprobenbildung, die Konzentration auf die Pflegedokumentation sowie die größtenteils fehlende Messung von Ergebnisqualität (Hasseler und Wolf-Ostermann 2010). Für den stationären Bereich erfolgte zwar bereits im Jahr 2014 eine „kleine“ Weiterentwicklung der Systematik (BAGFW 2013, GKV-Spitzenverband et al. 2013), die methodischen Mängel haben aber zur Folge, dass es der Systematik aktuell an Glaubwürdigkeit durch die (Fach-)Öffentlichkeit fehlt. Neben der Wissenschaft (Panhorst und Möller 2013, Brühl und Berger 2011, Igl 2011, Bonato 2010, Hasseler und Wolf-Ostermann 2010, Görres et al. 2009) stehen nicht nur Pflegeverbände (Caritas 2015, VDAB, ABVP und B. A. H. 2010)¹, sondern auch die Politik (Spahn 2015, Scharfenberg 2015, Laumann 2014) der Prüfsystematik sehr kritisch gegenüber. Insbesondere eine Neuordnung der Qualitätsbeurteilung auf Basis von Qualitätsindi-

1 VDAB: Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe, ABVP: Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege, B. A. H.: Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege.

katoren zur besseren Beurteilung von Ergebnisqualität wird als sinnvoll angesehen (Bonato 2011, Wingenfeld et al. 2011). Diese Vorgehensweise wurde im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) aus dem Jahr 2013 auch in Paragraf 113 Absatz 1 Nummer 4 SGB XI verankert.

Während als ein Lösungsansatz teilweise das sofortige Aussetzen der Pflegenoten gefordert wird (Caritas 2015, Spahn 2015, Klie 2011, Klie und Stoffer 2011), plädieren andere Akteure für eine fundierte Weiterentwicklung des Systems (GKV-Spitzenverband 2015, Pick 2015, bpa 2015) – allerdings ohne die Pflegenoten zwischenzeitlich auszusetzen. Solange die Noten aber bestehen, stellt sich die Frage, wie Unterschiede in der Benotung zwischen Einrichtungen erklärt werden können beziehungsweise welche strukturellen Unterschiede hier – neben der Pflegequalität – ausschlaggebend sein könnten. Im vorliegenden Beitrag steht daher nicht die Kritik an der Messsystematik sowie deren Weiterentwicklung im Mittelpunkt, sondern die Frage nach den Determinanten der Pflegenoten. Hierbei werden die Vermutungen geprüft, dass eine Abhängigkeit der Noten von den Parametern Größe, Trägerschaft und regionaler Lage besteht.

2 Ziel der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung geht der Frage nach, inwieweit Strukturparameter einen Einfluss auf die Pflegenoten zeigen. Welche Strukturparameter in eine solche Analyse einbezogen werden, wird durch deren Verfügbarkeit vorgegeben. Es sind lediglich Angaben zu Größe, Trägerschaft und regionaler Lage vorhanden (Kasten 1). Dessen ungeachtet kann vermutet werden, dass diese drei Parameter verschiedene strukturelle Voraussetzungen nach sich ziehen, die sich wiederum auf die Pflegenoten auswirken. Diese Vermutung kann folgendermaßen begründet werden:

Die für die Bildung der Pflegenoten verwendeten Bewertungskriterien prüfen fast ausschließlich Prozess- und Strukturqualität (Hasseler und Wolf-Ostermann 2010). Eine Prüfung der Ergebnisqualität, etwa die Beurteilung der tatsächlichen Veränderung des Gesundheitszustandes oder der Lebensqualität des Pflegebedürftigen (frei nach Donabedian 1966) erfolgt nicht. In Bezug auf die Struktur- und Prozessqualität kann die Größe des Anbieters einen Vorteil darstellen, da größere Anbieter eher als kleinere den Bedarf und die Vorteile klarer Strukturen und Prozesse erkennen und nutzen können. Hierzu zählt beispielsweise eine EDV-gestützte Personalplanung oder Pflegedokumentation. Bei größeren Anbietern können Kosten für das Qualitätsmanagement zudem über mehrere Kunden beziehungsweise Bewohner verteilt werden und so für Synergieeffekte genutzt werden. Darüber hinaus sind aufgrund der bei größeren Anbietern größeren Stichproben zwei weitere Prüfvorteile zu erwarten: Erstens werden, je größer ein Pflegeanbieter ist, mehr oder fast alle Kriterien geprüft. Hingegen werden beispielsweise spezielle Behandlungspflege wie Beatmung, Blasen-Katheterisierung oder freiheitsentziehende Maßnahmen bei kleineren Anbietern häufig nicht erbracht und können daher nicht in die Zufallsstichprobe gelangen. Selten geprüfte Kriterien erzielen jedoch bessere Noten (Sünderkamp et al. 2014). Zweitens können einzelne schlechte Bewertungen durch die höhere Zahl in die Prüfung einbezogener Bewohner beziehungsweise Kunden besser ausgeglichen werden. Mit der neuen Stichprobenbildung für stationäre Einrichtungen seit 2014 sollte sich dieses Problem reduzieren, da unabhängig von der Einrichtungsgröße drei Bewohner in jeder Pflegestufe geprüft werden (GKV-Spitzenverband et al. 2013).

Kasten 1

Die Pflegenoten

Die Pflegenoten werden im Rahmen der Qualitätsprüfung durch den MDK ermittelt. Im ambulanten Bereich (GKV-Spitzenverband et al. 2009) werden die Bereiche

- pflegerische Leistungen (Grundpflege),
- ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (Behandlungspflege) sowie
- Dienstleistung und Organisation (Organisation)

mit insgesamt 37 Kriterien geprüft.

Stationäre Einrichtungen (GKV-Spitzenverband et al. 2013) werden seit 2014 an 59 Kriterien gemessen, aufgliedert in die Bereiche

- Pflege und medizinische Versorgung (Pflege),
- Umgang mit demenzkranken Bewohnern (Demenz),
- soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (Betreuung) sowie
- Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (Wohnen).

Der in dem vorliegenden Beitrag vorgestellten Analyse liegt die Prüfsystematik bis Ende 2013 (GKV-Spitzenverband et al. 2008) mit 64 Kriterien der genannten Bereiche zugrunde.

Aus den einzelnen Ergebnissen werden Bereichsnoten sowie eine Gesamtnote gebildet. Darüber hinaus ist eine Bereichsnote auf Basis der Kunden- beziehungsweise Bewohnerbefragung vorhanden, die jedoch nicht in die Gesamtnote einfließt und in dem Beitrag aufgrund der stets sehr guten Note nicht näher betrachtet wird (MDS und GKV-Spitzenverband 2009a, 2009b).

Bezüglich der Trägerschaft liegt die Vermutung nahe, dass freigemeinnützige Anbieter bessere Noten erhalten als private und öffentliche. Dies wird darauf zurückgeführt, dass freigemeinnützige Anbieter laut Augurzky et al. (2013) auf eine bessere Personalausstattung zurückgreifen können und zudem – zumindest im stationären Bereich – ein durchschnittlich höheres Entgelt erhalten. Im ambulanten Bereich sind aufgrund des Vergütungssystems keine allgemeingültigen Aussagen über die Entgelte möglich. Regionale Analysen zeigen jedoch, dass auch hier im Vergleich höhere Entgelte für freigemeinnützige Träger vorliegen als für private (Rothgang et al. 2009). Höhere Entgelte und auch die angesprochene bessere Personalausstattung können dazu führen, dass höhere Investitionen in die Qualität beziehungsweise in die Optimierung der MDK-Prüfung getätigt werden können. Mehrere Studien hierzu zeigen, dass mit einem höheren Entgelt beispielsweise leicht bessere Pflegenoten zu erzielen sind (Mennicken 2013, Rothgang et al. 2012, Augurzky et al. 2011). Dies kann mit eigenen Beispielen aus den ambulanten und stationären Prüfkriterien (GKV-Spitzenverband et al. 2008, 2009) unterstrichen werden: Für ambulante Pflegedienste werden die Regelung des Verantwortungsbereichs der leitenden Pflegekraft (Nr. 35), die kostspielige Schulung aller Mitarbeiter in erster Hilfe (Nr. 31) und die regelmäßigen, geplanten Fortbildungen aller Mitarbeiter (Nr. 34) geprüft. Kriterien im stationären Bereich

sind das Vorhandensein von Gruppenangeboten (Nr. 46) oder eines Beschwerdemanagements (Nr. 55). Solche Voraussetzungen dürften von größeren Anbietern (Synergieeffekte und klare Organisationsstrukturen) unter freigemeinnütziger Trägerschaft (mehr Personal und mehr monetäre Mittel) einfacher zu erfüllen sein als von kleineren Anbietern.

Die regionale Lage – der dritte Parameter – scheint Einflüsse auf die Arbeitsorganisation und die Effizienz der Anbieter zu haben (Topf 2013, Büssing et al. 2005). In einer Studie über Pflegeeinrichtungen in Sachsen wurde zudem festgestellt, dass Pflegeeinrichtungen in Großstädten den höchsten Anteil von Anbietern mit unterdurchschnittlichen Noten erreichen, während Pflegeanbieter in Kreisstädten und ländlichen Gegenden einen deutlich höheren Anteil an Pflegeanbietern mit überdurchschnittlichen Pflegenoten verzeichnen. Neumann et al. (2015) führen dies darauf zurück, dass der Erfüllung der Qualitätsanforderungen im ländlichen Bereich aufgrund von Schwierigkeiten bei der Personal- und Kundengewinnung ein höherer Stellenwert zugeschrieben wird. Ob dies ein lokales oder bundesweites Phänomen ist, bleibt offen. Anbieter mit Schwierigkeiten bei der Personalgewinnung könnten auch Schwierigkeiten haben, gutes Personal zu gewinnen und somit schlechtere Pflegenoten erzielen. Von daher ist nicht von vornherein klar, dass ländliche Anbieter bessere Noten erzielen. Gründe für die Notengebung in Kreisstädten werden nicht geliefert. In dem vorliegenden Beitrag wird daher auch geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen Pflegenoten und regionaler Lage besteht. Gemessen wird dies anhand des strukturellen Regionstyps des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung (BBSR), eingeteilt in städtische, verdichtete und ländliche Regionen (BBSR 2014).

Für den vorliegenden Beitrag wird die These überprüft, inwieweit größere Anbieter (Synergieeffekte und Stichprobenvorteile) in freigemeinnütziger Trägerschaft (bessere Personalausstattung und höheres Entgelt) in ländlichen Regionen bessere Pflegenoten erhalten als ihre Wettbewerber.

3 Die einbezogenen Datenquellen

Die analysierten Daten stammen aus den öffentlich zugänglichen Online-Portalen der Pflegekassen wie zum Beispiel dem „BKK PflegeFinder“ der Betriebskrankenkasse (BKK 2012) oder dem „vdek Pflegelotsen“ des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek 2012). Dort werden dem Verbraucher Informationen wie Kontaktdaten, Leistungsangebot und die Ergebnisse aus den MDK-Qualitätsprüfungen aller ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt (BKK 2012, vdek 2012). Auf diesem Weg ist es gelungen, eine annähernde Vollerhebung durchzuführen. Im stationären Bereich wurden 10 150 Heime einbezogen. Gemessen an den in der Pflegestatistik zum 15.12.2011 erfassten 12 354 Heimen (Statistisches Bundesamt 2013a) entspricht das einem Anteilswert von 82,2 Prozent. Im ambulanten Bereich ist der Erfassungsgrad noch höher und beläuft sich auf 90,3 Prozent (11 146 erfasste Pflegedienste bei 12 349 in der Pflegestatistik genannten) (Statistisches Bundesamt 2013b). Die Verteilung der Trägerschaft weicht in der hier verwendeten Stichprobe im stationären Bereich praktisch gar

2 Der BKK PflegeFinder wird vom Dachverband der betrieblichen Krankenversicherung in Deutschland zur Verfügung gestellt. Dieser ist für die politische und fachliche Interessenvertretung der Betriebskrankenkassen zuständig.

3 Der Verband der Ersatzkassen e. V. vertritt die Interessen und ist Dienstleister der sechs Ersatzkassen in Deutschland. Zu den Ersatzkassen zählen beispielsweise die Techniker Krankenkasse (TK) und die BARMER GEK.

Tabelle 1

Pflegeeinrichtungen nach Trägerschaft

		Anzahl	Stichprobe	Pflegestatistik	Abweichung in Prozentpunkten
			In Prozent		
Ambulant N = 11 146	Privat	7 540	67,6	62,9	4,7
	Freigemeinnützig	3 562	32,0	35,7	-3,7
	Öffentlich	44	0,4	1,4	-1,0
Stationär N = 10 150	Privat	4 164	41,0	40,5	0,5
	Freigemeinnützig	5 558	54,8	54,4	0,4
	Öffentlich	428	4,2	5,1	-0,9

N = Anzahl.

Quellen: Statistisches Bundesamt (2013a, 2013b), BKK (2012), vdek (2012), eigene Berechnung und Darstellung.

nicht und im ambulanten Bereich geringfügig von der Gesamtheit aller Pflegeeinrichtungen ab (Tabelle 1). Die vorhandenen Abweichungen dürften auf leicht verschobene Erhebungszeiten, einen seit Jahren steigenden Anteil privater Anbieter und zuletzt verzeichnete Zusammenschlüsse öffentlicher Pflegedienste zurückzuführen sein (Statistisches Bundesamt 2013b, 2011). Die Größe der Pflegeheime ist mit geringen Abweichungen repräsentativ. Die Größe der Pflegedienste lässt sich aufgrund der unterschiedlichen Erfassung der Kunden von Pflegediensten nicht exakt prüfen. Das Statistische Bundesamt (2013b) erhebt die Zahl an Pflegebedürftigen mit SGB-XI-Leistungsbezug. Dies stellt bei stationären Anbietern kein Problem dar, da hier keine Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege erfolgt und die Leistungen aus dem Bereich der Pflegeversicherung (SGB XI) finanziert werden. Im ambulanten Bereich ist dies nicht der Fall. Die im vorliegenden Beitrag analysierten Daten beinhalten, im Unterschied zur Erfassung des Statistischen Bundesamtes (2013b), die Gesamtkunden mit Leistungen nach SGB XI (Grundpflege) und SGB V (Medizinische Behandlungspflege) sowie weiteren Leistungen, zum Beispiel privat zu zahlenden Serviceleistungen. Die Überprüfung der regionalen Lage ist ohne Weiteres nur auf Landesebene möglich und ebenfalls repräsentativ. Die Daten können als repräsentativ in Bezug auf die Trägerschaft, die Verteilung nach Bundesländern und Größe (stationär) eingestuft werden.

Die in die Studie einbezogenen Daten der ambulanten Pflegedienste stammen aus den Prüfberichten von Januar 2011 bis Juli 2012 des „BKK PflegeFinders“ (BKK 2012), die Informationen über die stationären Einrichtungen wurden dem „vdek Pflegelotsen“ entnommen (vdek 2012) (Prüfberichte von Juli 2009 bis Oktober 2012). Lagen mehrere Datensätze je Anbieter vor, ist in die Betrachtung jeweils nur der aktuelle Datensatz eingeflossen. Zusätzlich wurden lediglich vollständige Datensätze mit Pflegenoten in allen Teilbereichen und der Angabe über die Platzbeziehungsweise Kundenzahl betrachtet. Die unterschiedlichen Datenquellen für ambulante und stationäre Anbieter sind ohne Relevanz, da sowohl die Daten der BKK als auch die Daten des vdek von der Datenclearingstelle Pflege (DCS) stammen und lediglich die Veröffentlichung über getrennte Informationsplattformen erfolgt (vdek 2013).

4 Vorstellung der angewandten Methodik

Die Daten zu den Pflegenoten der ambulanten Pflegedienste und der stationären Pflegeeinrichtungen werden auf Basis unterschiedlicher Ansätze analysiert. Als Grundlagen dienen die in Kasten 2 aufgeführten Variablen für die Regressionsanalyse. Um einen ersten Eindruck über die Zusammenhänge zwischen den Pflegenoten, der Anbietergröße, der Trägerschaft sowie dem strukturellem Regionstyp zu erhalten, werden die Daten zunächst deskriptiv ausgewertet. Anschließend erfolgt eine Analyse der strukturellen Einflussfaktoren auf die Pflegenoten in einer multivariaten Regression.

Für jedes Bundesland wird eine Durchschnittsnote veröffentlicht (vdek 2012, 2014, BKK 2012). Zur Erklärung der Unterschiede zwischen den Anbietern müssen diese Durchschnittsnoten als Hilfsmittel herangezogen werden. Die Pflegenoten selbst können nicht als abhängige Variable dienen, da die Ergebnisse zwischen diesen Durchschnittsnoten in den Bundesländern sehr unterschiedlich ausfallen (Tabelle 2). Dies dürfte auf unterschiedliche Prüfkulturen zurückzuführen sein (Mennicken 2013, Rothgang et al. 2012). Um keine Verzerrung in den Ergebnissen aufgrund dieser unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den einzelnen Bundesländern zu erhalten, wird für die Regressionsanalyse als abhängige Variable die Abweichung der Gesamtnote des einzelnen Anbieters vom jeweiligen Landesdurchschnitt gewählt. Auch für die deskriptiven Auswertungen werden Abweichungen der Bereichsnote vom jeweiligen Landesdurchschnitt

Tabelle 2

Landesdurchschnitt Pflegenote „Gesamtnote“

Bundesland	Ambulante Pflegedienste	Stationäre Pflegeheime
Baden-Württemberg	1,3	1,1
Bayern	1,6	1,4
Berlin	1,4	1,2
Brandenburg	1,3	1,1
Bremen	1,7	1,5
Hamburg	1,5	1,3
Hessen	1,4	1,2
Mecklenburg-Vorpommern	1,5	1,2
Niedersachsen	1,4	1,3
Nordrhein-Westfalen	1,6	1,2
Rheinland-Pfalz	1,7	1,5
Saarland	1,4	1,2
Sachsen	1,4	1,1
Sachsen-Anhalt	1,6	1,2
Schleswig-Holstein	1,6	1,5
Thüringen	1,7	1,3
<i>Bundesschnitt</i>	<i>1,5</i>	<i>1,3</i>

Stand: Juli 2012.

Quelle: vdek (2014), eigene Darstellung.

Kasten 2

Übersicht der Variablen für die Regressionsanalyse

In die im Beitrag vorgestellte Analyse wurden folgende Variablen aus den Pflege-Qualitätsberichten sowie Variablen aus den Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR) vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR 2012) einbezogen:

Abhängige Variablen

Abweichung der individuellen Einrichtungsnote vom Bundeslanddurchschnitt in Bezug auf

- Gesamtnote (ambulant und stationär)
- Bereichsnoten Grundpflege, Behandlungspflege und Organisation (nur ambulant)
- Bereichsnoten Pflege, Demenz, Betreuung und Wohnen (nur stationär)

Unabhängige Variablen

- Anbietergröße gemessen an der Anzahl der Kunden (ambulant) beziehungsweise der verfügbaren Plätze (stationär)
- Struktureller Regionstyp
 - Regionen mit städtischem Charakter (städtische Region)
 - Region mit Verdichtungsansätzen (verdichtete Region)
 - dünn besiedelte Regionen (ländliche Region)
- Trägerschaft (privat, freigemeinnützig und öffentlich).

der Bereichsnoten gebildet. Hierzu wird jeweils das arithmetische Mittel über alle Einrichtungen des Bundeslandes gebildet und hiervon die Differenz je Anbieter berechnet. Eine positive Abweichung vom Landesdurchschnitt impliziert eine bessere Note für den individuellen Anbieter im Vergleich zum Landesschnitt, eine negative Abweichung eine schlechtere.

Die Größe ambulanter Anbieter wird durch die Anzahl der Kunden gemessen. Im Gegensatz zur amtlichen Statistik des Statistischen Bundesamts (2013b), die ausschließlich Pflegebedürftige mit Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI erfasst, werden in der vorliegenden Studie wie in den Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) alle versorgten Kunden unabhängig vom Kostenträger eingeschlossen (MDS und GKV-Spitzenverband 2009a). Die vollständige Angabe der Kundenzahl erhöht die Aussagekraft dieser Analyse auf zweierlei Weise: Erstens wird der Pflegedienst als vollständige Einheit in seiner ganzen Größe erfasst und zweitens wird auch die Note vor allem vom Verbraucher als Ergebnis der Pflege aller Kunden – unabhängig vom Kostenträger – verstanden. Die Größe von stationären Pflegeheimen wird durch die Anzahl der vorhandenen Plätze definiert.

5 Größere Anbieter erzielen leicht bessere Noten

Die ambulanten Pflegedienste betreuen nach der Pflegestatistik durchschnittlich 47 Pflegebedürftige mit Leistungen des SGB XI (Statistisches Bundesamt 2013b). Die in dem vorliegenden Beitrag analysierten Pflegedienste betreuen durchschnittlich 88 Kunden (BKK 2012) mit SGB-XI- und SGB-V-Leistungen sowie Privatzahler. Die untersuchten Pflegeheime weisen im Schnitt eine Platzzahl von 63 auf (vdek 2012). Freigemeinnützige sind im Mittel größere Anbieter (Kunden ambulant: 132, Plätze stationär: 79) als private Träger (Kunden ambulant: 68, Plätze stationär: 63) (BKK 2012, vdek 2012). Zur Analyse des Zusammenhangs zwischen Pflegenoten und Anbietergröße werden die Pflegedienste und Pflegeheime jeweils in zehn gleich große Gruppen (je zehn Prozent der Pflegeanbieter) aufgeteilt, für jede dieser Gruppen wird die durchschnittliche Abweichung vom jeweiligen Landesdurchschnitt berechnet.

Abbildung 1 zeigt für den ambulanten und stationären Bereich jeweils das arithmetische Mittel der Abweichung, die zweifache Standardabweichung nach oben und nach unten sowie die Perzentile der Ordnung 0,1 und 0,9. Die bezogen auf die Abweichungen vom jeweiligen Landesdurchschnitt „mittleren“ 80 Prozent der Einrichtungen liegen also innerhalb dieser beiden Werte. Die durchschnittliche Abweichung ist bei kleineren Einrichtungen negativ, wird mit zunehmender Größe der Einrichtungen tendenziell größer und schließlich positiv. Größere Anbieter erzielen im Durchschnitt im Verhältnis zu den jeweiligen Landesdurchschnitten also bessere Noten als kleinere. Noch bemerkenswerter ist aber, dass die Streuung mit der Größe der Anbieter zurückgeht, im ambulanten Bereich stärker als im stationären: Während sich die anhand der Pflegenoten gemessene Qualität bei den größeren Anbietern nicht so stark unterscheidet, muss der Kunde bei kleineren Anbietern damit rechnen, dass die Pflegenoten oberhalb wie auch deutlich unterhalb des Landesdurchschnitts liegen können.

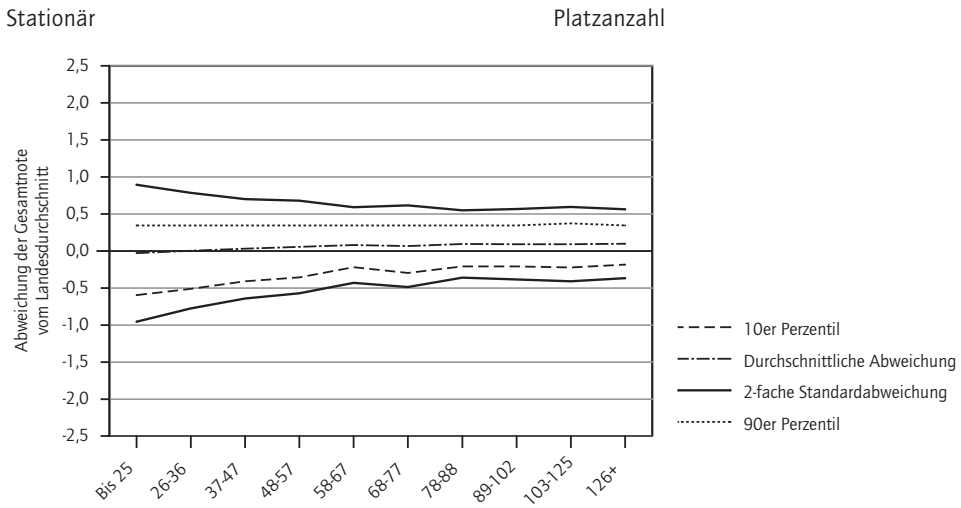
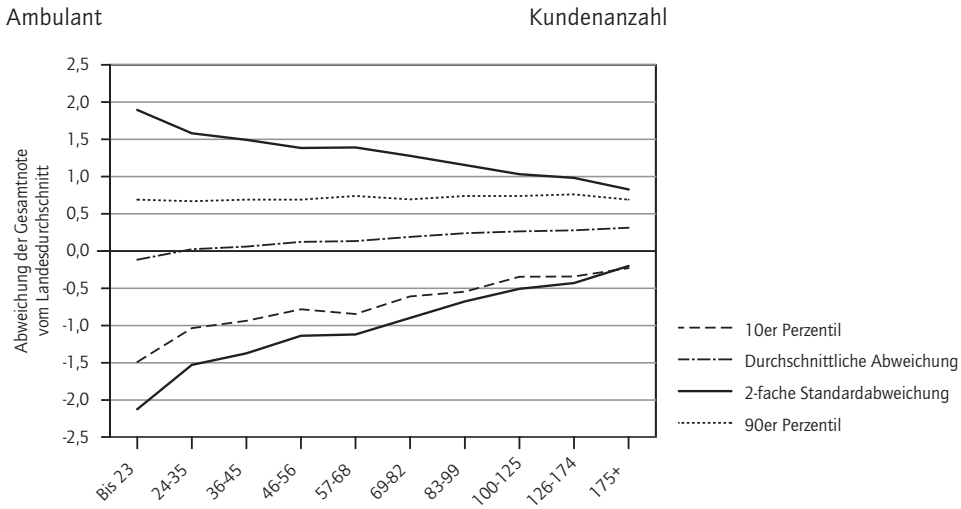
6 Freigemeinnützige Träger erhalten leicht bessere Noten

Inwieweit die Trägerschaft oder der strukturelle Regionstyp Einfluss auf die Ergebnisse der Pflegenoten haben, zeigen die Ergebnisse in Tabelle 3. Berechnet wurde jeweils die Abweichung der Gesamt- und Bereichsnoten vom jeweiligen Landesdurchschnitt für ambulante und stationäre Anbieter.

Im ambulanten wie auch im stationären Bereich weisen Anbieter in privater Trägerschaft über alle Bereichsnoten und auch für die Gesamtnote eine negative Abweichung bezüglich des jeweiligen Landesdurchschnitts auf. Bei Anbietern in freigemeinnütziger Trägerschaft ist jeweils eine positive Abweichung und bei öffentlicher kein einheitlicher Trend abzulesen. Somit ist eine leichte Tendenz zu besseren Noten von freigemeinnützigen im Vergleich zu privaten Trägern zu erkennen. Im ambulanten Bereich finden sich die größten Unterschiede bei der Grundpflege, für diese erzielen freigemeinnützige Träger in Summe etwa 0,2 Punkte bessere Noten als private Anbieter. Im stationären Bereich sind keine sehr großen Unterschiede bezüglich der einzelnen Bereiche zu erkennen. Die sehr geringen Abweichungen im Bereich „Wohnen“ sind auf die in diesem Bereich noch besseren Durchschnittsnoten zurückzuführen, die kaum Abweichungen zulassen. Einen Einfluss der regionalen Lage eines Anbieters auf die Pflegenoten, gemessen am strukturellen Regionstyp mit den Merkmalen städtische, verdichtete und ländliche Region, zeigt kein eindeutiges Ergebnis (siehe jeweils unterer Teil in Tabelle 3).

Abbildung 1

Abweichung der Gesamtnote vom Landesdurchschnitt nach Größe des Anbieters



Quellen: BKK (2012), vdek (2012), eigene Berechnung und Darstellung.

Tabelle 3

Abweichung der Bereichsnoten vom Landesdurchschnitt: Träger und struktureller Regionstyp

	Träger/Struktureller Regionstyp	Gesamt	Grundpflege	Behandlungspflege		Organisation
Ambulant	Privater Träger	-0,072	-0,075	-0,040		-0,064
	Freigemeinnützige Träger	0,152	0,159	0,085		0,134
	Öffentliche Träger	0,048	0,076	-0,054		0,079
	Städtische Region	0,002	0,008	0,015		-0,003
	Verdichtete Region	-0,014	-0,031	-0,006		-0,002
	Ländliche Region	0,013	0,022	-0,017		0,008
	Träger/Struktureller Regionstyp	Gesamt	Pflege	Demenz	Betreuung	Wohnen
Stationär	Privater Träger	-0,042	-0,049	-0,042	-0,053	-0,019
	Freigemeinnützige Träger	0,032	0,038	0,031	0,038	0,014
	Öffentliche Träger	0,001	-0,011	0,004	0,025	0,005
	Städtische Region	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Verdichtete Region	0,001	0,000	0,003	-0,002	0,004
	Ländliche Region	-0,010	-0,015	-0,009	-0,004	-0,005

Quellen: BKK 2012, vdek 2012, eigene Berechnung und Darstellung.

7 Signifikante, aber nicht relevante Ergebnisse in der Regressionsanalyse

Eine multivariate Analyse soll genauer darlegen, ob die gefundenen bivariaten Zusammenhänge signifikant und relevant sind. Die Variablen wurden auf Multikollinearität geprüft und erfüllten nach Urban und Mayerl (2011) die Voraussetzungen für eine multivariate Regressionsanalyse.

Die Tabellen 4 und 5 zeigen die Ergebnisse der linearen Regressionsmodelle zur Abweichung der Gesamtnote vom Landesdurchschnitt für den ambulanten und stationären Bereich. Die Modelle zeigen insgesamt hochsignifikante ($p < 0,001$) aber äußerst schwache bis vernachlässigbare Effektstärken bezüglich Trägerschaft und Anbietergröße. Die regionale Lage hat keinen Einfluss auf die Notengebung. Modell D weist im Vergleich eine leicht bessere Erklärbarkeit auf, wenn auch hier lediglich 3,0 Prozent (ambulant) und 1,8 Prozent (stationär) der Varianz der Abweichung der Gesamtnote vom Landesdurchschnitt über Anbietergröße und Trägerschaft erklärt werden. 97,0 Prozent (ambulant) beziehungsweise 98,2 Prozent (stationär) der notenbeeinflussenden Faktoren bleiben ungeklärt. Bei Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft ist der Zusammenhang nicht signifikant. Die eingangs formulierte These, dass große freigemeinnützige Anbieter signifikant und relevant bessere Noten aufweisen, zeigt zwar gesicherte Ergebnisse, die jedoch keine Relevanz aufweisen. Unabhängig davon zeigt das Modell, dass der Trägereffekt (ambulant: $R^2 = 0,023$ und stationär $R^2 = 0,011$ jeweils in Modell B) stärker ist, als der Größeneffekt (ambulant: $R^2 = 0,018$ und stationär $R^2 = 0,010$ jeweils in Modell A). Für die einzelnen Bereichsnoten wurden die gleichen Regressionsmodelle gerechnet. Die Ergebnisse fallen durchgehend signifikant ($p < 0,001$) aus, weisen aber eine ähnlich niedrige Effektstärke auf.

Tabelle 4

Lineare Regression auf die Abweichung der Gesamtnote vom Landesdurchschnitt für den ambulanten Bereich (n = 11 146) – Koeffizienten der Modelle A bis G

	Modell A	Modell B	Modell C	Modell D	Modell E	Modell F	Modell G
Größe (Kunden)	0,001***			0,001***	0,001***		0,001***
Freigemeinnütziger Träger ¹		0,224***		0,176***		0,223	0,173***
Öffentliche Träger ¹		0,116		0,100		0,114	0,098
Verdichtete Region ²			0,007		0,001	-0,004	-0,007
Ländliche Region ²			0,041*		0,048	0,021	0,030
Konstante	0,048***	0,078***	0,137***	0,026**	0,034*	0,073***	0,019
Adjustiertes R ²	0,018	0,023	0,000	0,030	0,018	0,023	0,031

* $\triangleq p < 0,05$, ** $\triangleq p < 0,01$, *** $\triangleq p < 0,001$.

1 Referenzgruppe Träger: Private Träger.

2 Referenzgruppe Region: Städtische Region.

Quellen: BKK 2012, vdek 2012, eigene Berechnung und Darstellung.

Tabelle 5

Lineare Regression auf die Abweichung der Gesamtnote vom Landesdurchschnitt für den stationären Bereich (n = 10 150) – Koeffizienten der Modell A bis G

	Modell A	Modell B	Modell C	Modell D	Modell E	Modell F	Modell G
Größe (Plätze)	0,001***			0,001***	0,001***		0,001***
Freigemeinnütziger Träger ¹		0,071***		0,061***		0,072***	0,062***
Öffentliche Träger ¹		-0,030		-0,035*		-0,030	-0,036*
Verdichtete Region ²			-0,001		0,012	0,005	0,015*
Ländliche Region ²			-0,002		0,009	0,001	0,010
Konstante	0,001	0,089***	0,059***	0,036***	-0,007	0,087***	0,026**
Adjustiertes R ²	0,010	0,011	0,000	0,018	0,010	0,010	0,018

* $\triangleq p < 0,05$, ** $\triangleq p < 0,01$, *** $\triangleq p < 0,001$.

1 Referenzgruppe Träger: Private Träger.

2 Referenzgruppe Region: Städtische Region.

Quellen: BKK 2012, vdek 2012, eigene Berechnung und Darstellung.

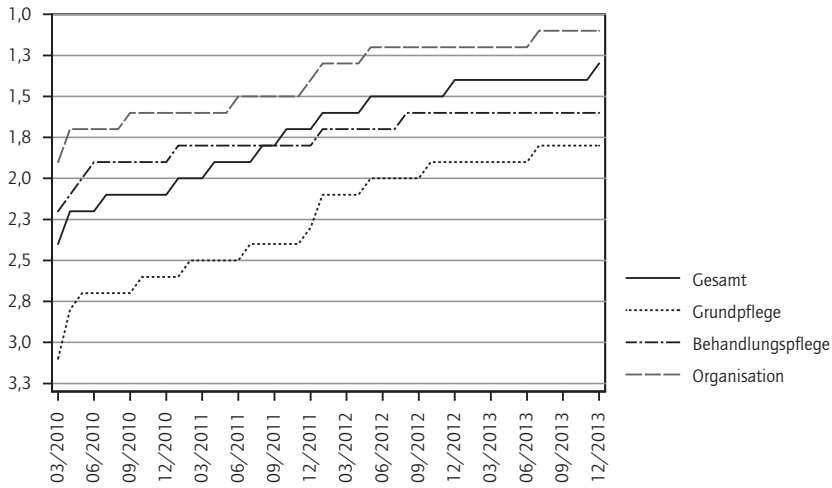
8 Größe und Trägerschaft zeigen signifikanten, aber nicht relevanten Einfluss auf die Pflegenoten

Die deskriptiven Auswertungen zeigen zwar Unterschiede zwischen den Anbietern. Größere Anbieter in freigemeinnütziger Trägerschaft weisen hier sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich leicht bessere Noten im Verhältnis zum Landesdurchschnitt auf. Die multivariate

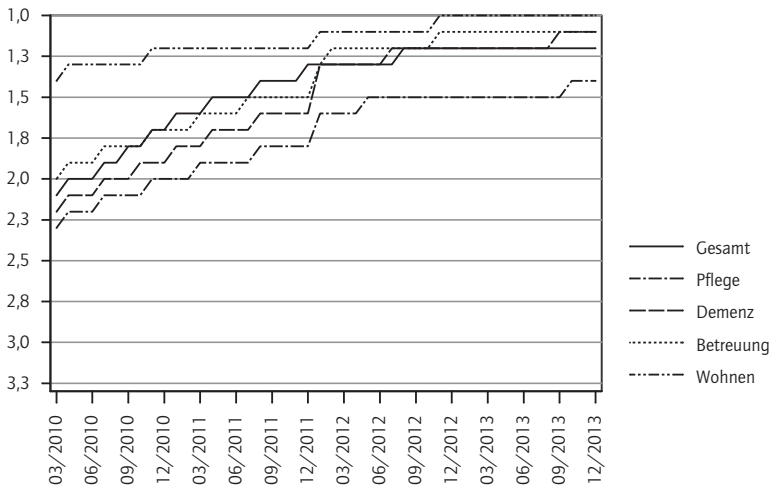
Abbildung 2

Entwicklung des Bundesschnitts der Pflegenoten

Ambulant



Stationär



Quellen: vdek (2014), eigene Darstellung.

Analyse kann dies jedoch nicht bestätigen. Obwohl die Ergebnisse hoch signifikant ausfallen, ist die Effektstärke verschwindend gering. Eindeutige Anhaltspunkte für einen Zusammenhang zwischen Pflegenoten und den betrachteten Indikatoren Trägerschaft und Anbietergröße können demnach nicht bestätigt werden. Einschränkend muss jedoch angeführt werden, dass die Ergebnisse der Regressionen – aufgrund des deutlichen Deckeneffekts der Noten mit einem sehr hohen Anteil sehr guter Noten (Mennicken 2013, Rothgang et al. 2012) – eine unterschätzte Ef-

fektstärke aufweisen dürften. Diese extrem schiefe Verteilung gepaart mit sehr eingeschränkter Varianz führt zu kleinen Koeffizienten (Urban und Mayerl 2008).

Die problematische Verzerrung der Noten nach oben zeigt sich nachfolgend deutlich im Zeitverlauf seit Einführung der Pflegenoten (Abbildung 2). Die Darstellung basiert auf dem monatlichen Newsletter zu den Ergebnissen der Pflegenoten (vdek 2014), veröffentlicht werden darin die jeweils aktuellen Landes- und Bundesdurchschnitte. Zu erkennen ist, dass die Pflegenoten über die Jahre stetig besser geworden sind. Für die ersten beiden Jahre ist ein starker Trend zu einer sehr guten Bewertung zu beobachten. Die stationären Einrichtungen weisen hierbei generell bessere Noten auf als die ambulanten Dienste. Der zum Teil auffällige positive Anstieg im Jahreswechsel 2011/2012 dürfte auf die Einbeziehung des Prüfdiensts des Verbandes der privaten Krankenversicherung (Medicproof) in die Qualitätsprüfungen und damit auf eine Zusammenführung von Daten aus unterschiedlichen Quellen basieren. Diese Entwicklungen dürften aber weniger eine Verbesserung der Qualität, als vielmehr eine Optimierung von Seiten der Anbieter an die Prüfvorgaben widerspiegeln. Um diese Vorgaben besser zu erfüllen, wurde eine Anpassung der Dokumentation wie beispielsweise „MDK-konforme“ Leitfäden, Checklisten oder Optimierungen der Dokumentation entwickelt (Raiß 2011, Eckardt 2010, Peters und Vogt 2009). Es muss davon ausgegangen werden, dass die unterschiedlichen Noten auf weitere Gründe zurückzuführen sind, etwa auf das individuelle Qualitätsmanagementsystem der Anbieter, auf die Personal- und Fachkraftausstattung oder auf die Führungsqualitäten bei den Anbietern. Hinsichtlich der regionalen Lage kann kein Einfluss auf die Pflegenoten nachgewiesen werden.

Die Annahme besserer Noten für Anbieter in den ländlichen Regionen kann demnach nicht bestätigt werden. Die vorhandenen Bundeslandunterschiede wurden durch die vorgestellte Methode kontrolliert.

9 Empfehlungen zur Erhöhung der Nützlichkeit der Pflegenoten

Die Pflegenoten messen Struktur- und Prozessqualität. Im vorliegenden Beitrag wurde deshalb der Einfluss vermuteter Struktur- und Prozessparameter auf die Noten untersucht. Die Annahme, die Noten würden nur diese strukturellen Unterschiede der Pflegeeinrichtungen widerspiegeln, können zerstreut werden. Dem System der Ermittlung und Veröffentlichung von Pflegenoten fehlt es aber derzeit in der (Fach-)Öffentlichkeit an Glaubwürdigkeit. Um diese wieder herzustellen zu können, werden von den Autoren folgende Maßnahmen empfohlen:

Die Entwicklung von Prüfkriterien sollte erstens nicht durch die Selbstverwaltung, sondern auf Basis wissenschaftlicher Expertise erfolgen und dabei sowohl pflege- als auch noch zu erforschende verbraucherrelevante Aspekte umfassen (Sünderkamp et al. 2014). Elementar ist zudem eine getrennte Umsetzung ambulanter und stationärer Qualitätskriterien, da eine Übertragung des stationären Settings auf die ambulanten Rahmenbedingungen nicht möglich ist. Für eine Verbesserung oder einen Austausch der derzeitigen Prüfkriterien sind weitere Forschungen zu Verbraucher- beziehungsweise Kundenbedarfen sowie zur Messbarkeit valider Kriterien nötig. In jedem Fall wird ein Fokus auf Ergebnisqualität empfohlen. Erste Ansätze hierzu sind bereits vorhanden (Wingenfeld et al. 2011). Zur Konzentration auf Kriterien der Ergebnisqualität anstelle der kritisierten Dokumentationsprüfung stellen Rothgang et al. (2012) jedoch einschränkend

fest, dass auch bei einer Auswertung von beispielsweise Routinedaten letztlich die interne Dokumentation entscheidend ist.

Zweitens müsste die Vergleichbarkeit der Anbieter erhöht werden. Dies gelingt aber nur, wenn verbraucher- und pflegerrelevante Kriterien verwendet werden, die bei allen Anbietern geprüft werden können und die Arbeitswelt der Pflegeanbieter widerspiegeln. Eine Blutdruckmessung kann ambulant beispielsweise nur geprüft werden, wenn es sich dabei um eine reguläre Leistung handelt und nicht wie derzeit – aufgrund ihrer eingeschränkten Verordnungsfähigkeit – um eine Ausnahmeleistung. Um Lücken in den Bewertungen zu verhindern, müsste für den ambulanten Bereich eine noch umfassendere Überarbeitung erfolgen als für den stationären (Sünderkamp et al. 2014). Die Stichprobenziehung erfordert dabei die Vergrößerung der Mindeststichprobengröße bei kleineren Pflegeanbietern und gleichzeitig eine prozentual gesetzte Stichprobengröße bei größeren Anbietern. Nur so können repräsentative Prüfergebnisse erzielt werden.

Durchwegs sehr gute Noten bei allen Anbietern sind nicht glaubwürdig. Daher müssten die Pflegenoten drittens im Ergebnis stärker differenzieren und Unterschiede aufzeigen. Allerdings würde die unter anderem vom GKV-Spitzenverband (2012) vorgeschlagene stärkere Gewichtung zentraler Indikatoren die Diskriminierungskraft der Pflegenoten nur in begrenztem Umfang erhöhen (Sünderkamp et al. 2014, Rothgang et al. 2012). Für eine fundierte Analyse der Pflegenoten empfiehlt sich eine Betrachtung der Detaillierergebnisse (bpa 2015). In der aktuellen Weiterentwicklung der stationären Pflegenoten werden hier beispielsweise 20 zentrale Pflegekriterien herausgestellt (GKV-Spitzenverband et al. 2013). Die detaillierte Betrachtung wichtiger Kriterien verhindert gleichzeitig, dass eine sehr gute Gesamtnote über elementare Mängel in wichtigen Bereichen, die nur mit wenigen Kriterien geprüft werden, hinwegtäuscht. Einschränkend muss an dieser Stelle jedoch angeführt werden, dass ein Ausgleich schlechter pflegenaher durch gute pflegeferne Noten zwar möglich, in der Praxis aber kaum auffindbar ist (Sünderkamp et al. 2014).

Um einem höheren Prüfaufwand bei einem überarbeiteten oder geänderten Prüfsystem zu begegnen, empfehlen die Autoren viertens, den Turnus der Qualitätsprüfungen von einem auf zwei Jahre zu erhöhen. So könnten aktuell gebundene zeitliche Kapazitäten der Anbieter für die Leistungserbringung freigegeben sowie ein Bürokratieabbau, wie beispielsweise auch von Laumann (2014) gefordert, unterstützt werden.

Von einer Erhöhung der Nützlichkeit der Pflegenoten in Form der genannten Vorschläge könnten Pflegeempfänger wie auch Anbieter profitieren. Erstere könnten die Ergebnisse tatsächlich – im Sinne der Verbrauchertransparenz – bei der Auswahl eines Anbieters nutzen. Die Anbieter würden zugleich ein Marketinginstrument erhalten. Beides würde den Qualitätswettbewerb weiter stärken. Inwieweit bei einer Weiterentwicklung des Messsystems mit stärkerem Fokus auf Ergebnisqualität inklusive wissenschaftlich entwickelten sowie verbraucherrelevanten Kriterien Unterschiede bei den Prüfergebnissen zwischen Trägerschaft, Anbietergröße und regionaler Lager vorliegen, wäre dann zu prüfen.

Literaturverzeichnis

- Augurzky, Boris, Sebastian Krolop, Roman Mennicken, Hartmut Schmidt, Hendrik Schmitz und Stefan Terkatz (2011): Pflegeheim Rating Report 2011. Boom ohne Arbeitskräfte? Essen.

- Augurzky, Boris, Sebastian Krolop, Corinna Hentschker und Roman Mennicken (2013): Pflegeheim Rating Report 2013. Ruhiges Fahrwasser erreicht. Essen.
- BAGFW (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege) (Hrsg.) (2013): Schiedsspruch zur PTVS veröffentlicht – fachlich unfundierte Änderungsanträge fanden keine Mehrheit. Pressemitteilung vom 18.9.2013. Hrsg. v. Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (BAGFW). [www.bagfw.de/no_cache/spezielseiten/artikeldetail/article/qualitaetssicherung-pflege-1/?tx_ttnews\[PS\]=1382282336&tx_ttnews\[backPid\]=161&cHash=f887911123](http://www.bagfw.de/no_cache/spezielseiten/artikeldetail/article/qualitaetssicherung-pflege-1/?tx_ttnews[PS]=1382282336&tx_ttnews[backPid]=161&cHash=f887911123) (Stand: 21.10.2013).
- BBSR (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung) (Hrsg.) (2012): INKAR. Indikatoren und Karten zur Raum- und Siedlungsentwicklung. CD-ROM. Bonn.
- BBSR (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung) (Hrsg.) (2014): Laufende Raumbewachung – Raumabgrenzungen. Stadt-Land-Regionen. www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbewachung/Raumabgrenzungen/StadtLandRegionen_Typen/StadtLandRegionen_Typen.html?nn=443048M (Stand: 8.9.2014).
- BKK (Betriebskrankenkasse) (2012): BKK PflegeFinder. Hrsg. v. BKK Bundesverband. www.bkk-pflegefinder.de (Stand: 9.10.2013).
- Bonato, Marcellus (2011): Zukunft Pflege: Qualitätsbericht statt „Pflege-TÜ“. Konzept zur Messung und Darstellung der Pflegequalität auf wissenschaftlicher Basis. Abschlussbericht der Bonato-Kommission. Essen, Hannover.
- bpa (Bundesverband privater Anbieter Sozialer Dienste e. V.) (Hrsg.) (2015): Vorsicht bei den Pflegenoten. Pressemitteilung vom 5.2.2015. www.presseportal.de/pm/17920/2943282/vorsicht-bei-den-pflegenoten-bpa-pr-sident-meurer-auf-die-schnelle-wird-auch-die-wissenschaft-die (Stand: 17.2.2015).
- Brühl, Albert und Bianca Berger (2011): Mit weniger Kriterien besser differenzieren: Warum bei der Messung von Qualität weniger mehr sein kann. *Pflegewissenschaft*, 10, 525–534.
- Büssing, André, Jürgen Glaser und Thomas Höge (2005): Belastungsscreening in der ambulanten Pflege. Forschungsbericht, Fb 1048. 1. Aufl. Bremerhaven.
- Caritas (Hrsg.) (2015): Caritas fordert neues System zur Beurteilung von Qualität in der Pflege. Pressemitteilung vom 5.2.2015. Berlin. www.caritas.de/fuerprofis/presse/presse-meldungen/caritas-fordert-neues-system-zur-beurtei (Stand: 18.2.2015).
- Donabedian, Avedis (1966): Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3).
- Eckardt, Thomas (2010): Den Prüfer als Gast empfangen. Qualitätsprüfung und Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen. *Pflegezeitschrift : Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege*, 63 (8), 496–497.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2012): Anpassung der Pflegenoten dringend nötig – Kassen setzen auf schnellen Erfolg durch die Schiedsstelle. Pressemitteilung vom 6.7.2012. Berlin. www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_6081.jsp (Stand: 28.11.2014).
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2015): Pflegenoten optimieren – nicht abschaffen! Pressemitteilung vom 4.2.2015. www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_222144.jsp (Stand: 17.2.2015).
- GKV-Spitzenverband, Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (Hrsg.) (2008): Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie

- gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege. Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS): 17.12.2008.
- GKV-Spitzenverband, Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (Hrsg.) (2009): Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten. Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA): 29.1.2009.
 - GKV-Spitzenverband, Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (Hrsg.) (2013): Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege. Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS). 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 10.6.2013.
 - Görres, Stefan, Martina Hasseler und Barbara Mittnacht (2009): Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e. V. ipp schriften 02. Universität Bremen. Institut für Public Health und Pflegeforschung (ipp).
 - Hasseler, Martina und Karin Wolf-Ostermann (2010): Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich.
 - Igl, Gerhard (2008): Fachliche Standards und Expertenstandards für die Pflege im System der Qualitätsentwicklung nach § 113a und § 113b SGB XI. Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE), 67, 38 ff.
 - Igl, Gerhard (2011): Intransparenter Wirrwarr bei den Transparenzberichten? Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE), 73, 47 ff.
 - Klie, Thomas (2011): „Noten in den Schulen reichen!“ Die Schwester, der Pfleger, 7, 674–676.
 - Klie, Thomas und Franz J. Stoffer (2011): Moratorium Pflegenoten. Nein zu Pflege-Noten. Köln. www.moratorium-pflegenoten.de (Stand: 18.2.2015).
 - Laumann, Karl-Josef (2014): Pflegenoten gescheitert – mehr Transparenz für Verbraucher schaffen. Positionspapier des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung. Berlin. www.patientenbeauftragter.de/images/dokumente_version1/Positionspapier_Pflegenoten_a.pdf (Stand: 28.11.2014).
 - MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.) und GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2009a): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege. Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung. Essen, Berlin.
 - MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.) und GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2009b): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung. Essen, Berlin.
 - Mennicken, Roman (2013): Preise und Qualität in Pflegeheimen – Erste empirische Ergebnisse für Deutschland. Gesundheitswesen, 75, 99–101.
 - Neumann, Perdita, Jörg Klewer und Joachim Kugler (2015): Pflegequalität und Rahmenbedingungen in ambulanten Pflegediensten und vollstationären Pflegeeinrichtungen in

- Sachsen – erste Ergebnisse (Eingereichter aber unveröffentlichter Beitrag). In: Pflegewissenschaft.
- Panhorst, Heidi und Johannes Möller (2013): Begleitforschung zur Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz. Abschlussbericht. Hamburger Fern Hochschule. Hamburg.
 - Peters, André und Verena Vogt (2009): Schulnote eins. Mit Erfolg durch die stationäre MDK-Prüfung. Hannover.
 - Pick, Peter (2015): Pflegenoten weiterentwickeln – nicht aussetzen. Pressestatement vom 4.2.2015. Hrsg. v. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS). www.mds-ev.de/media/pdf/15_02_04_Statement_Pflegenoten.pdf (Stand: 18.2.2015).
 - Raiß, Manuela (2011): Von Fehlern, Fallen und Fakten. Wenn der MDK vor der Tür steht. *Pflegezeitschrift – Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege*, 64 (8), 486–488.
 - Rothgang, Heinz, David Kulik, Rolf Müller und Rainer Unger (2009): GEK Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung.
 - Rothgang, Heinz, Rolf Müller, Rainer Unger, Christian Weiß und Annika Wolter (2012): BARMER GEK Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit.
 - Scharfenberg, Elisabeth (2015): Pflege-TÜV muss abgeschafft werden. Pressemitteilung vom 4.2.2015. Hrsg. v. Bündnis 90/Die Grünen – Bundestagsfraktion. www.gruene-bundestag.de/presse/pressemitteilungen/2015/februar/pflege-tuev-muss-abgeschafft-werden_ID_4394430.html (Stand: 17.2.2015).
 - Schiemann, Doris, Martin Moers und Andreas Büscher (Hrsg.) (2014): *Qualitätsentwicklung in der Pflege*. Stuttgart.
 - Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011): *Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste*. Wiesbaden.
 - Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013a): *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegeheime*. Wiesbaden.
 - Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013b): *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste*. Wiesbaden.
 - Süddeutsche Zeitung (2015): CDU-Experte nennt Pflege-TÜV „Desaster“. Interview mit Jens Spahn am 4.2.2015.
 - Sünderkamp, Susanne, Christian Weiß und Heinz Rothgang (2014): Analyse der ambulanten und stationären Pflegenoten hinsichtlich der Nützlichkeit für den Verbraucher. *Pflege*, 27 (5), 325–336.
 - Topf, Thomas (2013): Effizienzunterschiede und deren Ursachen im ambulanten Pflege-sektor in Deutschland. ifo Dresden berichtet 5/2013.
 - Urban, Dieter und Jochen Mayerl (2008): *Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung*. 3. Aufl. Wiesbaden.
 - VDAB (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.), ABVP (Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V.) und B. A. H. (Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V.) (Hrsg.) (2010): Gesetzlicher Auftrag zur Transparenz so nicht erfüllbar. Pressemitteilung vom 26.7.2010. www.vdab.de/presse/archiv/2010/juli/article/gesetzlicher-auftrag-zur-transparenz-so-nicht-erfuellbar/?cHash=152bc4fb534121ee6946e5d6238e67fc (Stand: 3.12.2012).
 - vdek (Verband der Ersatzkassen e. V.) (Hrsg.) (2012): *vdek Pflegeotse*. www.pflegelotse.de (Stand: 9.10.2013).

- vdek (Verband der Ersatzkassen e. V.) (Hrsg.) (2013): Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen. www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/DatenClearingStelle.html (Stand: 9.9.2013).
- vdek (Verband der Ersatzkassen e. V.) (Hrsg.) (2014): Pflegenoten – Der monatliche Newsletter des vdek. www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/Newsletter_Pflegenoten.html (Stand: 30.7.2014).
- Wingenfeld, Klaus, Thomas Kleina und Simone Franz (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).