

Investitionen in die Qualität und ihre Auswirkungen auf den Unternehmenserfolg ambulanter Pflegedienste

Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
durch den Promotionsausschuss Dr. Public Health
am Fachbereich 11: Human- und Gesundheitswissenschaften
der Universität Bremen

vorgelegt von
Susanne Sünderkamp
Greven/Bremen, den 1. Juni 2016

Gutachter:

Prof. Dr. Heinz Rothgang
SOCIUM - Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik,
Universität Bremen

Prof. Dr. Martina Roes
Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit,
Universität Witten/Herdecke

Promotionskolloquium vom 18. Januar 2017

Vorwort

Die vorliegende Arbeit ist eine Dissertation, die am SOCIUM - Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (vormals Zentrum für Sozialpolitik) der Universität Bremen verfasst wurde. Wie bei vielen wissenschaftlichen Projekten haben zahlreiche Personen zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen, denen ich danken möchte. Allen voran sei mein Doktorvater Prof. Dr. Heinz Rothgang genannt, der diese Forschungsarbeit stets konstruktiv begleitet hat und mir den nötigen wissenschaftlichen Freiraum gewährt hat. Meinen Dank möchte ich auch Prof. Dr. Martina Roes aussprechen, die nicht nur die zweite Betreuung übernommen hat, sondern die Arbeit mit kritischen und konstruktiven Anmerkungen unterstützte.

Dank gebührt auch Rolf Müller, Rainer Unger, Vicki May und den Doktoranden des SOCIUM und der BIGSSS für die fachlichen Hinweise und anregenden Diskussionen. In besonderer Weise möchte ich Christian Weiß danken für den intensiven fachlichen Austausch, die motivierenden Momente sowie die konstruktive Zusammenarbeit im Rahmen mehrerer gemeinsamer Veröffentlichungen.

Die Studien wären ohne die Hilfe weiterer Personen und Institutionen nicht möglich gewesen. Daher bedanke ich mich bei den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder für die Bereitstellung der Daten, insbesondere bei den Mitarbeiterinnen vom Forschungsdatenzentrum Bremen für die jederzeit freundliche Unterstützung.

Außerdem gebührt mein Dank den zahlreichen ambulanten Pflegediensten, die an der Befragung teilgenommen und so für einen umfangreichen Datenschatz gesorgt haben. Dazu sei auch den vielen Pflegeverbänden und -organisationen gedankt, die die Teilnahme an der Studie gefördert haben. Ein besonderer Dank geht an den Bremer Pflegedienst, den ambulanten Pflegedienst des Altenzentrums St. Augustinus Nordwalde und weitere Pflegedienste des bpa, des ASB, der Caritas und der Diakonie. Sie haben während der Vorstudie wesentlich zur Optimierung des Fragebogens beigetragen.

Bedanken möchte ich mich auch bei der Universität Bremen für die technische Unterstützung und die Bereitstellung von Arbeitsmitteln sowie der Stadtbücherei Greven für den wohnortnahen und äußerst hilfsbereiten Literatursupport. Darüber hinaus gilt

mein Dank dem Cusanuswerk für die finanzielle Förderung und die anregenden Angebote der Promotionsförderung.

Ein großer Dank geht an Hannelore Josuks, die mich als Mentorin ermutigt hat, dieses Promotionsprojekt zu beginnen. Danke für deine motivierenden Worte und die freundschaftliche wie professionelle Beratung und Begleitung.

Nicht zuletzt danke ich meinen Freunden, die mir mit großem Rückhalt zur Seite stehen. Besten Dank an Lisa und Friedgard für die akribischen Hinweise.

Schließlich möchte ich mich von Herzen bei meiner Familie und vor allem bei Markus bedanken für die großartige Unterstützung, den gewährten Freiraum, das Interesse an meiner Arbeit und den fachlichen Austausch. Durch euch wurde das Gelingen dieser Arbeit erst möglich.

Zusammenfassung

Ambulante Pflegedienste müssen aufgrund der zahlreichen gesetzlichen Neuregelungen der vergangenen Jahre – zuletzt durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 und das Pflegeneuausrichtungsgesetz 2012 - ständig wachsenden Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen gerecht werden. Die seit 2009 umgesetzte, gesetzlich festgeschriebene Veröffentlichung der MDK-Prüfergebnisse der Pflege-Transparenzvereinbarungen, verschärft den Druck, Maßnahmen der Qualitätsentwicklung effektiv umzusetzen (§ 115 Abs. 1a SGB XI). Für gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsentwicklung (vgl. §§ 112-115 SGB XI) erhalten Pflegedienste jedoch keine gesonderten finanziellen Ressourcen, sondern sind gezwungen, diese aus den ohnehin knappen Vergütungen für die Leistungskomplexe zu finanzieren. Aus der praktischen Arbeit in ambulanten Pflegediensten resultiert das Interesse an Höhe und Umfang von Investitionen ambulanter Pflegedienste in ihre Qualitätsentwicklung. Darüber hinaus stellt sich die Frage nach einem sichtbaren unternehmerischen Erfolg aufgrund der Qualitätsinvestitionen. In Anbetracht zunehmenden Pflegebedarfs bei steigendem Pflegefachkraftmangel wird das Unternehmenswachstum als zentraler Erfolgsfaktor im Zusammenhang mit den Qualitätsinvestitionen untersucht.

Dafür wurden drei Hypothesen aufgestellt: Die Investition in die Qualitätsentwicklung steht in positivem Zusammenhang mit dem Zuwachs...

... von staatlich anerkannten Pflegekräften („Pflegefachkräfte“) (H1).

... von Hilfskräften (H2).

... von Kunden (H3).

Drei Studien nähern sich über die Analyse verschiedener Datenquellen diesem Thema. Zunächst werden verfügbare Daten aus der Pflegestatistik bezüglich Wachstum und Fachkraftquote ausgewertet. Außerdem können die im Internet veröffentlichten Qualitätsprüfungsberichte für die Frage des Zusammenhangs der Pflegenote mit dem Unternehmenswachstum genutzt werden. Schließlich widmet sich eine eigens durchgeführte, bundesweite, schriftliche Befragung ambulanter Pflegedienste im Detail dem Zusammenhang von Investitionen in die Qualitätsentwicklung und dem Unternehmenswachstum. Die in 2013 ausgerichtete Online-Befragung mit 1.256 ambulanten Pflegediensten ermittelt die zeitlichen, personellen und finanziellen Aufwände für die Qualitätsentwicklung sowie Daten zum Unternehmenswachstum.

Die Auswertungen aus deskriptiven und multivariaten Analysen zeigen, dass Investitionen in die Qualität nur in Teilbereichen Auswirkungen auf das Unternehmenswachstum zeigen. Demnach wirken sich die Qualitätsinvestitionen nicht signifikant auf den Kundenzuwachs aus. Dafür zeigen sich leichte Zusammenhänge zwischen den Qualitätsinvestitionen und dem Fachkräftezuwachs. Pflegedienste können mehr qualifiziertes Personal gewinnen, je umfangreicher weitere Mitarbeiter neben dem Qualitätsmanagementbeauftragten in die Qualitätsentwicklung eingebunden werden. Auch eine gute Pflegenote begünstigt die Fachkräftegewinnung.

Die Investition in eine hohe Fachkraftquote zieht dagegen weder einen Kundenzuwachs noch einen Fachkräftezuwachs nach sich. Stattdessen zeigt sich eine Tendenz zur Mitte. Hohe Fachkraftquoten werden gesenkt, während niedrige erhöht werden. Offenbar ist der Spielraum für Pflegedienste, die Fachkraftquote selbst zu beeinflussen, sehr gering. Eine niedrige Fachkraftquote wird vor allem durch externe Einflüsse wie z.B. dem Fachkräftemangel sowie dem Mindest- und Tariflohn begünstigt, aber durch gesetzliche Mindestanforderungen bei Unternehmensgründung sowie Anforderungen bei der Leistungserbringung begrenzt. Daher sind im Anschluss an das Erste und Zweite Pflegestärkungsgesetz unbedingt Maßnahmen zu fordern, die eine bessere Bezahlung der Pflegefachkräfte und die Sicherung einer festgelegten Fachkraftquote ermöglichen.

Abstract

Over the past decade, long-term care providers have had to face mounting requirements in terms of quality and cost-effectiveness as well as several new legislative regulations to improve patient-centred care. The introduction of public quality reports was one major step towards measuring the quality of care. To meet the quality criteria, long-term care providers have enhanced their efforts in quality improvement. Though already subject to strict budgetary constraints, the care services have had to finance these improvements without any additional remuneration.

In this context, the study looks into level and scope of investments made by providers in quality improvement. It examines whether long-term care providers have measurably benefited from such quality investments. In the light of a burgeoning need for care

coupled with a growing shortage of qualified carers, company growth alone is seen as a sign of success.

The thesis comprises three studies focusing on these questions from different angles. First, data from the Federal Office of Statistics are analyzed in terms of the relation between the proportion of trained staff and company growth. Second, quality reports are examined with respect to the correlation between good grades and an increasing number of people in need of care. In a third step, a survey of long-term care providers was conducted to obtain more information about quality management representatives and quality investments.

Multivariate regression analysis shows little correlation between quality investment and company growth. No relation could be found between quality investments and customer growth. But the results show significant correlations in terms of attracting professional staff. There is clear evidence that excellent public quality reports and a greater involvement of staff in quality improvement activities enhance a company's success. Therefore, after the Second Bill to Strengthen Long-Term Care, it is essential to develop measures enabling better pay for nurses and to secure the proportion of trained staff.

Schlüsselwörter

Ambulant, Pflegedienst, häusliche Pflege, Qualität, Kosten, Erfolg, Wachstum

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	17
1 Hintergrund	23
1.1 Wissenschaftliche Einordnung.....	23
1.1.1 Die pflegewissenschaftliche Perspektive: Möglichkeiten und Grenzen .	23
1.1.2 Die gesundheitsökonomische Perspektive	26
1.1.3 Eine pflegeökonomische Perspektive?.....	32
1.2 Ambulante Pflegedienste und ihre Rahmenbedingungen.....	36
1.2.1 Der ambulante Pflegemarkt.....	36
1.2.1.1 Ambulante Pflegedienste.....	37
1.2.1.2 Ambulant versorgte Pflegebedürftige bzw. Kunden	41
1.2.1.3 Personal ambulanter Pflegedienste	44
1.2.1.4 Finanzierung der ambulanten Pflege	47
1.2.2 Arbeitsbedingungen und Fachkräftemangel	50
1.2.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen und Vergütungssystem	55
1.2.4 Wettbewerbssituation	59
1.2.4.1 Preiswettbewerb	60
1.2.4.2 Qualitätswettbewerb	63
1.3 Entwicklung des Forschungsrahmens	69
1.3.1 Qualitätsentwicklung in ambulanten Pflegediensten.....	69
1.3.1.1 Gesetzliche Anforderungen an die Qualität der Pflege	70
1.3.1.2 Pflegefachlicher Diskurs zur Qualitätsentwicklung im Bereich der ambulanten Pflege.....	76
1.3.2 Investitionen in die Qualitätsentwicklung	81
1.3.2.1 Gute Gründe für Investitionen in die Qualitätsentwicklung	82
1.3.2.2 Grenzen der Investitionsmöglichkeit.....	86
1.3.2.3 Auswirkungen struktureller Unterschiede	87

1.3.2.4	Variablen für die Messung der Investitionen in die Qualitätsentwicklung.....	89
1.3.3	Unternehmenserfolg	92
1.3.3.1	Entwicklung der Erfolgsfaktorenforschung.....	92
1.3.3.2	Erfolgsfaktoren in der ambulanten Pflege.....	95
1.3.3.3	Messbarkeit des Unternehmenserfolgs ambulanter Pflegedienste .	97
1.3.4	Forschungsfragen zum Zusammenhang von Investitionen in die Qualität und dem Unternehmenserfolg	105
2	Fachkraftquote und Wachstum ambulanter Pflegedienste	109
2.1	Fragestellung Studie 1	109
2.2	Methodik der Studie 1	113
2.2.1	Beschreibung des Datensatzes	113
2.2.2	Berechnung der Fachkraftquote	114
2.2.3	Weitere Variablen	115
2.3	Deskriptive Ergebnisse	123
2.3.1	Größe der Pflegedienste.....	123
2.3.2	Fachkraftquote.....	129
2.3.3	Wachstum der Pflegedienste.....	132
2.3.3.1	Wachstum nach Trägerschaft.....	134
2.3.3.2	Wachstum nach Größenklasse.....	136
2.3.3.3	Wachstum nach Bundesländern	138
2.3.4	Case Mix Index.....	141
2.3.5	Weitere Variablen	144
2.4	Multivariate Ergebnisse	145
2.4.1	Korrelationen	145
2.4.2	Regressionsanalyse zum Zusammenhang von Fachkraftquote und Unternehmenswachstum	148
2.5	Zwischenfazit Studie 1	155

3	Pflegenote und Kundenzuwachs ambulanter Pflegedienste	161
3.1	Fragestellung Studie 2.....	161
3.2	Methodik Studie 2.....	166
3.3	Ergebnisse.....	169
3.3.1	Deskriptive Ergebnisse der Pflegenoten.....	169
3.3.1.1	Gesamt-, Bereichs- und Einzelnoten	169
3.3.1.2	Pflegenoten in den Bundesländern.....	173
3.3.1.3	Pflegenoten nach Größenklasse.....	176
3.3.2	Deskriptive Ergebnisse des Kundenzuwachses	178
3.3.3	Multivariate Ergebnisse zum Zusammenhang von Pflegenote und Kundenzuwachs	181
3.4	Zwischenfazit Studie 2.....	188
4	Investitionen in die Qualität und Unternehmenswachstum	190
4.1	Fragestellung Studie 3.....	190
4.2	Methodik Studie 3.....	192
4.2.1	Der Fragebogen	192
4.2.2	Durchführung der Befragung	198
4.2.3	Datenaufbereitung	201
4.2.4	Repräsentativität.....	203
4.2.5	Operationalisierung der Variablen	205
4.3	Ergebnisse der Befragung.....	209
4.3.1	Verantwortliches Personal für die Qualitätsentwicklung	209
4.3.2	Investitionen in die Qualitätsentwicklung	214
4.3.3	Unternehmenswachstum.....	217
4.3.4	Strategien der Qualitäts- bzw. Effizienzsteigerung	219
4.3.4.1	Deskriptive Ergebnisse	220
4.3.4.2	Faktorenanalyse	222

4.3.5	Regressionsanalyse zum Zusammenhang von Investitionen in die Qualität und Unternehmenswachstum.....	226
4.4	Zwischenfazit Studie 3.....	231
5	Synthese der Studienergebnisse.....	236
5.1	Zusammenfassende Diskussion aller Befunde.....	238
5.1.1	Zusammenhang von Investitionen in die Qualität und dem Fachkräftezuwachs.....	238
5.1.2	Zusammenhang von Investitionen in die Qualität und dem Hilfskräftezuwachs.....	239
5.1.3	Zusammenhang von Investitionen in die Qualität und dem Kundenzuwachs	240
5.1.4	Weitere deskriptive Ergebnisse	241
5.2	Limitationen	245
5.3	Vorschläge für weitergehende Forschung	252
5.4	Schlussfolgerung	255
	Literaturverzeichnis.....	259
	Anhang	275

Abkürzungsverzeichnis

AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
amb.	ambulant/e/r
AOK	AOK – die Gesundheitskasse
bad	Bundesverband Ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Boxplot	Box-and-Whisker-Plot
bpa	Berufsverband privater Pflegeanbieter sozialer Dienste e.V.
CM	Case Mix
CMI	Case Mix Index
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DPR	Deutscher Pflegerat
DRG	Diagnosis Related Groups
durchschn.	durchschnittlich/e
ebd.	ebenda, siehe vorherige Quellenangabe
Fach, FK	Fachkräfte
FDZ	Forschungsdatenzentrum
FGM	Freigemeinnützige Träger
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
H1	Hypothese 1
H2	Hypothese 2
H3	Hypothese 3
HeimPersV	Heimpersonalverordnung
HK	Hilfskräfte
i.d.R.	in der Regel
IKK	Innungskrankenkasse
IQR	interquartile range, Interquartilsabstand
Kap.	Kapitel
Kd.	Kunde(n)
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen

Abkürzungsverzeichnis

Min.	Minuten
Mittel	Arithmetischer Mittelwert
N	Anzahl, Größe
NBA	Neues Begutachtungsassessment
öff./öffentl.	öffentlich/e/r
PBV	Pflegebuchführungsverordnung
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PDL	Pflegedienstleitung
Pflegebed.	Pflegebedürftige/r
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
Priv.	Privat/e (Pflegedienste, Träger)
PSG I	Erstes Pflegestärkungsgesetz
PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz
PTVA	Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant
Q	Qualität/s-
QE	Qualitätsentwicklung
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragte/r
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch, regelt die Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI	Elftes Sozialgesetzbuch, regelt die Soziale Pflegeversicherung
SGB XII	Zwölftes Sozialgesetzbuch, regelt die Sozialhilfe
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SPV	Soziale Pflegeversicherung
stat.	stationär/e
Stat.	Statistisches
Std.	Stunden
Stv./stellv.	Stellvertretende/r
VDAB	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.
Vorp.	Vorpommern
VZÄ	Vollzeitäquivalente
Zuord.	Zuordnung

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Vergleich Anzahl Pflegebedürftige und Anzahl Kunden, gesamt, nach Trägern und je Pflegedienst.....	44
Tabelle 2:	Personal nach Tätigkeitsbereich und Geschlecht 2013.....	45
Tabelle 3:	Ausgabenentwicklung für pflegerische Leistungen 2003 und 2013.....	48
Tabelle 4:	Argumente für und gegen den Qualitätswettbewerb.....	65
Tabelle 5:	Kriterien für die Messbarkeit des Unternehmenserfolgs.....	99
Tabelle 6:	Verwendete Variablen in den drei Studien.....	108
Tabelle 7:	Erhebungsmerkmale der Pflegestatistik für ambulante Pflegedienste.....	110
Tabelle 8:	Zahl der Pflegedienste 2009, 2011 und in der untersuchten Stichprobe, Gesamt und nach Trägern.....	113
Tabelle 9:	Gewichtungsfaktoren für die Umrechnung in Vollzeitäquivalente.....	115
Tabelle 10:	Gewichtungsfaktoren für den ambulanten Case Mix.....	118
Tabelle 11:	Zuwachs der Fachkräfte (VZÄ) 2009-2011 nach Trägern.....	135
Tabelle 12:	Leistungsspektrum und Angliederung, Gesamt und nach Trägern....	144
Tabelle 13:	Korrelationsmatrix (Pearson): Wachstum, Fachkraftquote, CMI (N = 11.133).....	146
Tabelle 14:	Schrittweise lineare Regression, Zuwachs von Fachkräften in der Pflege (N = 11.133).....	149
Tabelle 15:	Lineare Regression; Zuwachs von Fachkräften in der Pflege.....	150
Tabelle 16:	Schrittweise lineare Regression, Zuwachs von Hilfskräften in der Pflege (N = 11.133).....	152
Tabelle 17:	Schrittweise lineare Regression, Zuwachs von Pflegebedürftigen (N = 11.133).....	153
Tabelle 18:	Aufbau MDK-Transparenzbericht.....	162
Tabelle 19:	Pflegedienste nach Trägerschaft.....	167
Tabelle 20:	Durchschnittliche Gesamt- und Bereichsnoten, gesamt und nach Trägern.....	170
Tabelle 21:	Unbewertete Prüfkriterien (N = 10.370).....	171
Tabelle 22:	Korrelationsmatrix (Pearson): Veränderung der Pflegenoten über ein Jahr (N = 10.370).....	172
Tabelle 23:	Durchschnittliche Kundenzahl, gesamt und nach Trägern.....	178

Tabelle 24:	Korrelationsmatrix (Pearson): Pflegenoten (Vorjahr) und Kundenzuwachs (in %)	181
Tabelle 25:	Vergleich Stichprobe und Population	203
Tabelle 26:	Berechnung bzw. Kodierung der Variablen	206
Tabelle 27:	Verantwortliche für die Qualitätsentwicklung, gesamt, nach Träger (in %)	209
Tabelle 28:	Vergleich von Pflegediensten mit und ohne hauptverantwortlichem QMB	213
Tabelle 29:	Zeitliche Investitionen in die Qualitätsentwicklung je Kunde	215
Tabelle 30:	Monetäre Investitionen in die Qualitätsentwicklung in Euro, nach Trägern	216
Tabelle 31:	Monetäre Investitionen in die Qualitätsentwicklung in Euro, nach Größe	216
Tabelle 32:	Fachkraftquote nach Trägerschaft und Kundenzahl	217
Tabelle 33:	Zuwachsraten nach Trägerschaft und Größe, in Prozent	218
Tabelle 34:	Umsetzung von Strategien (1) (in Prozent)	221
Tabelle 35:	Umsetzung von Strategien (2) (in Prozent)	221
Tabelle 36:	KMO und Bartlett-Test	222
Tabelle 37:	Kommunalitäten	223
Tabelle 38:	Erklärte Gesamtvarianz	224
Tabelle 39:	Rotierte Komponentenmatrix	225
Tabelle 40:	Interpretation der Faktoren	225
Tabelle 41:	Korrelationsmatrix (Pearson): Wachstum und Investitionen in die Qualitätsentwicklung (N = 1.184)	227
Tabelle 42:	Regressionsanalyse (Einschluss), abhängige Variablen: Wachstumsrate	228
Tabelle 43:	Hierarchische Regressionsanalyse, abhängige Variable: Wachstumsrate Pflegefachkräfte	229

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Zentrale Forschungsfrage	19
Abbildung 2:	Konkrete Forschungsfragen	19
Abbildung 3:	Angebot und Nachfragefunktionen	30
Abbildung 4:	Entwicklung Anzahl ambulanter Pflegedienste (1999-2013)	37
Abbildung 5:	Amb. Pflegedienste, Personal und Pflegebedürftige 2013 je Träger.....	38
Abbildung 6:	Anzahl amb. Pflegedienste nach Trägerschaft in Größenklassen ...	38
Abbildung 7:	Marktanteil der Träger nach Größenklasse (Kundenzahl).....	39
Abbildung 8:	Boxplot Größe (Kunden) ambulanter Pflegedienste nach Träger....	40
Abbildung 9:	Kundenanzahl je Pflegedienst nach Bundesland und Träger.....	41
Abbildung 10:	Anzahl amb. versorgter Pflegebedürftige je Träger (1999-2013)	42
Abbildung 11:	Entwicklung der Pflegebedürftigen in ambulanten Pflegediensten je Träger (1999-2013).....	42
Abbildung 12:	Pflegebedürftige nach Pflegestufe und Trägerschaft 2013.....	43
Abbildung 13:	Personal (Anzahl) nach Tätigkeitsbereich und Träger (2013)	45
Abbildung 14:	Personalentwicklung (Anzahl) nach Trägerschaft	46
Abbildung 15:	Wachstumsbereiche ambulanter Pflegedienste 1999-2013	47
Abbildung 16:	Finanzierungsträger ambulanter Pflege 2013	49
Abbildung 17:	Finanzierungsträger ambulanter Pflege 2003	49
Abbildung 18:	Wettbewerbssituation in ambulanten Pflegediensten	62
Abbildung 19:	Parameter für die Messung der Investition in die Qualitätsentwicklung	91
Abbildung 20:	Dimensionen des Unternehmenserfolgs	95
Abbildung 21:	Anzahl der Pflegebedürftigen je Pflegedienst 2011, Gesamt und je Träger.....	124
Abbildung 22:	Pflegebedürftige je Pflegedienst, Bundesland	125
Abbildung 23:	Personalzahlen je Pflegedienst 2011, Gesamt.....	125
Abbildung 24:	Personalbestand je Pflegedienst 2011, nach Trägern.....	126
Abbildung 25:	Personalbestand (Summe), nach Trägern	127
Abbildung 26:	Anzahl Fach- und Hilfskräfte (VZÄ) je Pflegedienst, Bundesland..	128
Abbildung 27:	Fachkraftquote (VZÄ), 2009-2011, Gesamt und nach Trägern	130
Abbildung 28:	Fachkraftquote (VZÄ), 2009-2011, nach Größenklasse	131

Abbildung 29:	Veränderung der Fachkraftquote (VZÄ) 2009-2011, Bundesland .	132
Abbildung 30:	Wachstumsbereiche 2009-2011, Gesamt	133
Abbildung 31:	Wachstumsbereiche 2009-2011, nach Trägerschaft	134
Abbildung 32:	Zuwachs von Pflegebedürftigen 2009-2011, nach Größe	136
Abbildung 33:	Zuwachs von Fachkräften in der Pflege 2009-2011, nach Größe .	137
Abbildung 34:	Zuwachs von Hilfskräften in der Pflege 2009-2011, nach Größe ..	137
Abbildung 35:	Zuwachs von Pflegebedürftigen 2009-2011, Bundesland	139
Abbildung 36:	Zuwachs von Pflegefachkräften 2009-2011, Bundesland	139
Abbildung 37:	Zuwachs von Pflegehilfskräften 2009-2011, Bundesland.....	140
Abbildung 38:	Case Mix Index 2009-2011, gesamt und je Träger.....	142
Abbildung 39:	Case Mix Index 2009-2011, nach Größenklasse	142
Abbildung 40:	Case Mix Index 2009 und 2011, nach Bundesland	143
Abbildung 41:	Entwicklung der Pflegenoten im Bundesdurchschnitt.....	163
Abbildung 42:	Boxplot der Pflegenoten, gesamt (N = 10.370)	169
Abbildung 43:	Bereichs- und Gesamtnoten (Vorjahr) nach Bundesland (N = 10.370)	174
Abbildung 44:	Gesamtnote Vorjahr und Veränderung je Bundesland	175
Abbildung 45:	Boxplot der Gesamtnote nach Größenklasse (N=10.370).....	176
Abbildung 46:	Boxplot der Bereichsnoten nach Größenklasse (N = 10.370)	177
Abbildung 47:	Durchschnittliche Kundenzahl, Bundesland	179
Abbildung 48:	Boxplot Kundenzuwachs, Gesamt und je Bundesland	180
Abbildung 49:	Boxplot Kundenzuwachs, nach Größenklasse	181
Abbildung 50:	Streudiagramm zum Zusammenhang von Gesamtnote und Kundenzuwachs (N = 10.370).....	182
Abbildung 51 (A-D):	Streudiagramme zum Zusammenhang von Bereichsnoten und Kundenzuwachs (N = 10.370).....	183
Abbildung 52:	Zusammenhang von Veränderung der Gesamtnote und Kundenzuwachs (N = 10.370).....	187
Abbildung 53:	Hauptverantwortliche für die Qualitätsentwicklung nach Größe	211
Abbildung 54:	Weitere Verantwortliche der Qualitätsentwicklung nach Größe	212

Einleitung

Führungskräfte ambulanter Pflegedienste befinden sich aktuell in einem sich zuspitzenden Spannungsfeld zwischen gesetzlichen Anforderungen zur Qualitätsentwicklung und Leistungserbringung einerseits und gesellschaftlichen Wünschen und Bedarfen zur pflegerischen Versorgung andererseits. Zudem gilt es, mit betriebswirtschaftlichem Geschick die Unternehmensexistenz zu sichern und den Herausforderungen des Fachkräftemangels zu begegnen. Auch seitens der Pflegewissenschaft werden Bedingungen für gutes pflegerisches Handeln definiert, die von Führungskräften umgesetzt werden sollen.

Aus gesetzgeberischer Perspektive wird seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung 1995 verlangt, dass Pflegeeinrichtungen Qualitätsmanagement umsetzen. Mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) wurden 2002 Maßnahmen der Qualitätsentwicklung verpflichtend und vor allem 2008 mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) deutlich konkretisiert. Die Einführung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für die ambulante Pflege im Jahr 2009 erlaubt mit den Transparenzprüfungen erstmals, die Qualität der Pflegedienste regelmäßig extern zu prüfen. Die Erfüllung dieser Qualitätsanforderungen führte zu enormen zeitlichen und finanziellen Anstrengungen seitens der Pflegedienste. Die Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die Sorge um Kundenverluste erhöhten den Druck, den Anforderungen zu entsprechen. Nicht zuletzt führte beispielsweise der vermeintlich notwendige Dokumentationszwang für die Qualitätsprüfungen zur Benennung einer Ombudsfrau im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die sich für die Entbürokratisierung in der Pflege einsetzt (Beikirch, Breber-Simon, Fink et al. 2014).

Die Kosten für die (zusätzlichen) Maßnahmen der Qualitätsentwicklung haben die Pflegedienste aus dem bestehenden Finanzierungssystem der Pflege- und Krankenversicherungen zu tragen. Eine separate Finanzierung, beispielsweise über einen Zuschlag für die Qualitätsentwicklung, gibt es bisher nicht. Dabei ist der Umfang der tatsächlich geleisteten zeitlichen, personellen und finanziellen Investitionen völlig unklar.

Darüber hinaus mögen die Anreize, gute Qualität zu erbringen, aus verschiedenen Perspektiven als gering eingeschätzt werden. Zum einen ist das Vergütungssystem zu nennen. Für qualitativ hochwertige Pflege kann der Pflegedienst keine höheren Preise verlangen. Zum anderen führt der Fachkräftemangel in Verbindung mit der steigenden Anzahl Pflegebedürftiger dazu, dass die Nachfrage nach Pflegeleistungen stellenweise höher ist als das verfügbare Angebot. Insofern könnte für Nachfrager von Pflegeleistungen (leider) zunehmend die Verfügbarkeit von Pflegekapazität statt hoher Qualität ein entscheidender Grund für die Wahl des Pflegeanbieters werden. De facto kostet die Qualitätsentwicklung Zeit und Geld und wird von vielen Pflegediensten eher als zeitraubende Pflicht wahrgenommen.

Dennoch sollte die Qualitätsentwicklung von den Pflegediensten nicht mehr nur als Pflicht, sondern als wichtiger existenzsichernder Bestandteil der Unternehmensphilosophie verstanden werden. An positiven Auswirkungen wird der Qualitätsentwicklung beispielsweise zugeschrieben, Prozesse zu strukturieren und transparent darzustellen, Fehler und Fehlerkosten zu senken, die Kommunikation und Unternehmenskultur zu verbessern, die Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit zu erhöhen und zusätzliche Einnahmen über neue pflegfachliche Schwerpunkte zu fördern (Fröse 2014, S. 15). Ob die Qualitätsentwicklung nachweisbaren Nutzen für die Pflegedienste bringt oder nur die Unterschreitung gesetzlicher Mindeststandards verhindern soll, bleibt offen.

Diesem Spagat widmet sich diese Forschungsarbeit. Sie verfolgt das Ziel, den Nutzen des Qualitätsmanagements für den Pflegedienst zu ermitteln. Damit sollen Führungskräfte von ambulanten Pflegediensten Anhaltspunkte für die finanzielle und konzeptionelle Ausgestaltung des Qualitätsmanagements erhalten. Gleichzeitig sollen den Pflegediensten bzw. ihren Trägerverbänden Ergebnisse für mögliche Verhandlungen mit den Kostenträgern zur Verfügung gestellt werden.

Daher stellt sich die Frage, was die Pflegedienste in die Qualitätsentwicklung investieren und welchen unternehmerischen Erfolg sie aufgrund dieser Investitionen erzielen können (Abbildung 1). Solche Zusammenhänge wurden im deutschsprachigen Raum für den pflegerischen Bereich bisher kaum untersucht. Zur Erstellung des Studiendesigns sind dazu umfangreiche Vorüberlegungen notwendig, wie die Investitionen gemessen werden sollen, was Unternehmenserfolg bedeutet und woran er fest gemacht werden kann.

Abbildung 1: Zentrale Forschungsfrage

Besteht ein Zusammenhang zwischen den Investitionen in die Qualitätsentwicklung und dem Unternehmenswachstum? Wenn ja, welcher?

Mit drei explorativen Studien wird eine breite Herangehensweise an das Thema über verschiedene Datenzugänge gewählt. Zu den Datenquellen zählen erstens die im Rahmen der Pflegestatistik erfassten amtlichen Daten der Statistischen Landesämter, zweitens die veröffentlichten Qualitätsberichte der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) und drittens selbst erhobene Daten mittels schriftlicher Befragung. Die Fragestellungen sind je nach Studie leicht verschieden (Abbildung 2).

Abbildung 2: Konkrete Forschungsfragen

Studie 1 (Pflegestatistik):

- Wie haben sich das Wachstum der Fach- und Hilfskräfte in der Pflege und der Zuwachs der Pflegebedürftigen zwischen 2009 und 2011 entwickelt?
- Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Fachkraftquote und dem Zuwachs von Fachkräften, Hilfskräften und Pflegebedürftigen?
- Welche weiteren Faktoren stehen im Zusammenhang mit dem Zuwachs von Fachkräften, Hilfskräften und Pflegebedürftigen?

Studie 2 (Pflegernoten):

- Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Pflegernote und dem Kundenzuwachs?

Studie 3 (Befragung):

- Welches Personal ist in welchem Umfang für die Qualitätsentwicklung verantwortlich?
- Welche zeitlichen und finanziellen Aufwände haben die Pflegedienste für die Qualitätsentwicklung?
- Wie hat sich das Wachstum des Pflegedienstes im Jahr 2012 entwickelt?
- Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den Investitionen in die Qualitätsentwicklung und
 - dem Kundenzuwachs?
 - dem Zuwachs von Fachkräften?
 - dem Zuwachs von Hilfskräften?

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in fünf Kapitel. Nach dieser Einleitung wird in einem theoretischen Teil über die Darstellung des Hintergrunds das Ziel der Untersuchung hergeleitet (Kap. 1).

Dieser theoretische Teil beginnt mit einer wissenschaftlichen Einordnung des Themas aus der pflegewissenschaftlichen, der gesundheitsökonomischen und der pflegeökonomischen Perspektive (Kap. 1.1). Es folgt die Beschreibung der Rahmenbedingungen für die Betriebsführung ambulanter Pflegedienste (Kap. 1.2) bestehend aus der Darstellung des ambulanten Pflegemarktes, der Schilderung der derzeitigen Arbeitsbedingungen ambulanter Pflege und dem bestehenden Fachkräftemangel. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen zeigen die Möglichkeiten und Grenzen der Gestaltung und Finanzierung ambulanter Pflege auf. Dieses Kapitel schließt mit der Darstellung der Wettbewerbssituation, um die Anreize für Pflegedienste zu verstehen, die sie benötigen, um in die Qualitätsentwicklung zu investieren.

Kapitel 1.3 setzt sich mit den studienrelevanten Begriffen im Bereich der Qualitätsentwicklung wie auch im Bereich des Unternehmenserfolges auseinander. Dabei wird herausgestellt, warum sich Investitionen in die Qualität möglicherweise lohnen können. Die Definition des Unternehmenserfolges wird aus der Entwicklung der Erfolgsfaktorenforschung unter Berücksichtigung seiner Messbarkeit in der ambulanten Pflege für diese hergeleitet. Schließlich werden die bisherigen Informationen für die Entwicklung der Forschungsfragen zusammengefasst und Hypothesen formuliert.

Nach dem theoretischen Teil folgen drei empirische Analysen zu der Frage des Zusammenhangs von Investitionen in die Qualitätsentwicklung und dem Unternehmenswachstum. Anhand der Pflegestatistik, die alle zwei Jahre bundesweit vom Statistischen Bundesamt erhoben und ausgewertet wird, werden erste Untersuchungen zu Pflegedienstgröße sowie Art und Umfang des Unternehmenswachstums ambulanter Pflegedienste durchgeführt (Kap. 2). Als Parameter für die Qualitätsinvestition wird in den Analysen dieser Studie die Fachkraftquote verwendet. Wie sich in diesem Kapitel aber auch zeigt, lassen diese Analysen nur einen Teil der Forschungsfragen überblicken. Eine Verknüpfung der ambulanten Pflegestatistik-Daten mit anderen Datenquellen stellt sich als praktisch unmöglich heraus, weshalb weitere Hinweise für Qualitätsinvestitionen nicht erfasst werden können.

Der zweiten Studie liegen alle Qualitätsprüfungsberichte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen auf Basis der Pflege-transparenzvereinbarung zugrunde (Kap. 3). Hier wird die vergebene Note als Abbild der Investitionen in die Qualitätsentwicklung verstanden. Diese wird auf ihren Zusammenhang mit dem Zuwachs von Kunden als ein Parameter des Unternehmenserfolgs untersucht.

Die dritte Studie erweitert den Blickwinkel der bisherigen Analysen um neu erhobene Daten (Kap. 4). Von allen ambulanten Pflegediensten haben bundesweit 1.256 einen auswertbaren Online-Fragebogen zu den Themen Qualitätsentwicklung und Unternehmenserfolg ausgefüllt und somit eine breite und themenspezifische Datenbasis zur Verfügung gestellt. Entsprechend mehr Raum erhält hier die Beschreibung der Methodik der Fragebogen-Erhebung (Kap. 4.2), wie auch die Ergebnisse (Kap. 4.3) und deren Einordnung (Kap. 4.4).

Das abschließende Kapitel (Kap. 5) nimmt alle drei Studien unter einen gemeinsamen, abstrakteren Blick im Rahmen der Frage, unter welchen Umständen die Investition in die Qualitätsentwicklung zum Vorteil für ambulante Pflegedienste wird. Dabei werden Limitationen der Studien aufgeführt und Empfehlungen an die Pflegedienste und Gesetzgeber ausgesprochen. Nicht zuletzt werden zukünftige Forschungsbedarfe aufgedeckt.

Vorab sind die Begrifflichkeiten in Bezug auf die Personen zu klären, die von Pflegediensten versorgt werden. In der Forschung und Praxis werden diese Personen Pflegebedürftige, Kunden, Nutzer, Pflegekunden, Patienten oder Klienten genannt. Werden Quellen zitiert, wird der jeweils dort verwendete Begriff wiedergegeben. Bezüglich der ambulanten Pflege sind ansonsten in dieser Arbeit mit Pflegebedürftigen diejenigen gemeint, die nach der Definition des Elften Sozialgesetzbuches als pflegebedürftig anerkannt sind und Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Wird die Kundenzahl ambulanter Pflegedienste benannt, sind die Personen gemeint, die weitere oder andere Leistungen wie z.B. Leistungen der Krankenversicherung nach dem SGB V oder privat zu zahlende Leistungen erhalten. Die Angehörigen der Pflegebedürftigen bzw. der Kunden werden stets als Angehörige bezeichnet.

Für eine einfache Lesbarkeit wird für Personenbezeichnungen die männliche Form bevorzugt. Wenn nicht beide Geschlechter genannt sind, beziehen sich die Angaben

dennoch gleichberechtigt auf die männlichen und weiblichen Personen. Der Begriff Pflegefachkraft schließt die Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“, „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“ und „Altenpfleger/in“ mit dreijähriger Ausbildung ein.

1 Hintergrund

1.1 Wissenschaftliche Einordnung

Diese Forschungsarbeit untersucht die Investitionen in die Qualitätsentwicklung und deren möglichen Einfluss auf den Unternehmenserfolg in Form des Unternehmenswachstums. Damit umspannt das Thema mit der Konzentration auf ambulante Pflegedienste zwar einen spezifischen Bereich, bedarf aber einer interdisziplinären Herangehensweise. Die Qualitätsentwicklung in der Pflege ist als pflegewissenschaftliches Thema einzuordnen. Die Betriebsführung eines Pflegedienstes inklusive der Entscheidung über die Mittelverwendung für die Qualitätsentwicklung ist dem Pflegemanagement als Schnittstelle zwischen Pflegewissenschaft und Betriebswirtschaftslehre zuzuordnen. Bisher liegen jedoch nur wenige pflegewissenschaftliche Arbeiten mit betriebswirtschaftlichen Fragestellungen vor. Die Bewertung des Nutzens (z.B. von Qualitätsinvestitionen) ist dagegen ein typisches Thema der Gesundheitsökonomie, die sich bisher wenig auf die spezifischen Gegebenheiten wie die Anreizsysteme der ambulanten Pflege konzentriert hat. Daher werden nachfolgend mit der pflegewissenschaftlichen (Kap. 1.1.1), der gesundheitsökonomischen (Kap. 1.1.2) und der pflegeökonomischen Perspektive (Kap. 1.1.3) verschiedene wissenschaftliche Blickwinkel vorgestellt. Dabei werden jeweils Aspekte aufgezeigt, die dieser Forschungsfrage dienlich sind und Lücken, die eigene Überlegungen für das Forschungsdesign erfordern.

1.1.1 Die pflegewissenschaftliche Perspektive: Möglichkeiten und Grenzen

In der Pflegewissenschaft existieren Theorien großer, mittlerer und geringer Reichweite, die als Leitfaden für die Entwicklung einer Struktur aus mehreren Konzepten dienen. Zu den Theorien großer Reichweite, auch „grand theory“ genannt, zählen z.B. Rogers Energiefeldmodell (Rogers & Ammende 1997; Lutjens 1991; Rogers 1990), Orem's Selbstpflegedefizit-Modell (Dennis 2001; Orem 1995) oder Kings Theorie der Zielerreichung (King 2007; King 1997; King 1981). Diese sind sehr abstrakt und werden für die Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft als wesentlich eingestuft. Die Theorien mittlerer Reichweite verfügen über ein etwas geringeres Abstraktionsniveau und lassen sich leichter mit der Praxis verknüpfen. Sie beziehen sich z.B. auf spezifische Gesundheitsprobleme oder Phänomene wie „Caring“, „Unsicherheit in

der Krankheit“ oder „Akutes Schmerzmanagement“. Theorien geringer Reichweite können schon mit der Aufstellung einer begründeten Hypothese beginnen oder mehrere Konzepte zu einer neuen Aussage verbinden und werden oft als sehr konkret wahrgenommen (LoBiondo-Wood & Haber 2005, S. 182). Die Pflge Theoriebildung erlebte etwa zwischen 1960 und 1980 den größten Aufschwung in den USA, gefolgt von neuen Klassifikationen der Theorien durch Metatheoretikerinnen und führte dort in den letzten Jahrzehnten zu einem deutlichen Professionalisierungsschub der Pflege. In Deutschland wurden die Pflge Theorien vor allem in den 1990er Jahren diskutiert, traten aber in den letzten zehn Jahren aufgrund des Vorzugs von praxis- und problemlösungsorientierter Forschung mit eher kleinteiliger, atheoretischer Forschung in den Hintergrund (Moers & Schaeffer 2011, S. 62). Gleichwohl wird konstatiert, dass die Verwendung situationsbezogener Theorien geringer und mittlerer Reichweite die Aussagekraft von Studien erhöht und gleichzeitig die Theoriebildung und –diskussion in der Pflegewissenschaft vorantreibt (Moers & Schaeffer 2011, S. 61; LoBiondo-Wood & Haber 2005, S. 172). Die in vielen Ländern politisch gewollten Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen und der Pflege fördern beispielsweise die personenzentrierte Pflegeforschung. Dabei wird umfassend untersucht, was die Kernaufgaben pflegerischer Arbeit im Rahmen personenzentrierter Pflege sind. Dazu werden empirische Erkenntnisse theoretisch metasynthetisiert (Scott, Matthews & Kirwan 2014; Kitson, Marshall, Basset et al. 2013; Kitson, Conroy, Wengstrom et al. 2010). Anders formuliert, erst durch die systematische Sammlung und Auswertung empirischer Ergebnisse entstehen Theorien höherer Reichweite.

Ähnlich versteht sich diese Forschungsarbeit. Sie versucht, vorhandene Theorien hoher und mittlerer Reichweite zur Qualitätsentwicklung bzw. zum Qualitätsmanagement einzubeziehen und entwickelt neue empirische Erkenntnisse, die der weiteren Erschließung managementbezogener Pflegeforschung von zunächst niedriger – in diesem Fall praxisorientierter - Reichweite dienen sollen.

Aufgrund des Ursprungs der Forschungsfrage in den ambulanten Pflegediensten selbst, der Herkunft der Daten, des Forschungshintergrundes und des Zweckes dieser Forschung für die Pflege bietet sich ein Blick auf den pflegewissenschaftlichen Diskurs zum Qualitätsmanagement bzw. zur Qualitätsentwicklung an. Dazu gibt es zahlreiche Pflge Theorien, Philosophien und Überlegungen. Zwar werden unter-

schiedliche Theorien, Ansätze bzw. Prinzipien verfolgt, sie weisen jedoch folgende Gemeinsamkeiten auf (Anderson 2015, S.369f):

- 1) Qualität als Führungsaufgabe
- 2) umfassendes Bewusstsein für interne und externe Kunden
- 3) Schwerpunkt auf Prozessverbesserung, da die entstandenen Probleme meist auf Systemfehlern beruhen
- 4) Einsatz von formalen Methoden und Werkzeugen zur Identifizierung von Ursachen und stetiger Prozessverbesserung
- 5) Einbindung und Unterstützung aller Mitarbeiter

Dieser Überblick zeigt, dass eine optimale Qualitätsentwicklung der Erfüllung zahlreicher Bedingungen bedarf. Tragen die Führungskräfte die Verantwortung für die Qualitätsentwicklung, beinhaltet dies die Entscheidung über den Umfang der bereitgestellten Mittel und deren Verwendung. Die Zielsetzung des Qualitätsmanagements wird aus pflegetheoretischer Sicht vor allem durch die Kundenperspektive determiniert, während an der Umsetzung alle Mitarbeiter beteiligt sein sollen. Qualitätsentwicklung vollzieht sich ganz klar nicht „nebenbei“, sondern folgt einem geplanten, systematischen und kontinuierlichem Prozess mithilfe von ausgewählten Methoden und Instrumenten. Dieses Verständnis von Qualitätsentwicklung ist zentral für die Bearbeitung der Forschungsfrage.

Mit Blick auf den Stand der Pflegeforschung wird bezüglich der Messung und Messbarkeit von Qualität, insbesondere der Ergebnisqualität, immer wieder Forschungsbedarf deklariert (z.B. Sünderkamp, Weiß & Rothgang 2014, S. 333; Friesacher 2009, S. 11; Görres 1999, S. 237). Mit den ersten Entwürfen für die stationäre Langzeitpflege (Wingenfeld & Schumacher 2013; Wingenfeld & Kleina 2011; Stemmer 2009) beginnt ein breiterer Diskurs innerhalb der Pflegewissenschaft zu dieser anspruchsvollen Thematik (Büscher 2015; Hasseler & Fünfstück 2015b; Hasseler & Fünfstück 2015a; Stemmer & Arnold 2014; Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) 2012). Festzulegen sind geeignete Qualitätsmerkmale, Anforderungsniveaus, Messskalen und Instrumente sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Versorgungsbereich.

In Bezug auf ökonomische Themen fällt die Forschung im pflegerischen Bereich – wohl auch wegen der Komplexität der Zusammenhänge, der Einflussgrößen und methodischer Herausforderungen - knapp aus (Wolke 2014, S. 131, Friesacher 2009, S. 5). Stattdessen beschäftigt sie sich vorwiegend mit (nicht weniger wichtigen) pflegerischen Phänomenen direkt am Patienten bzw. Nutzer, wie beispielsweise die Expertenstandards zeigen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2015; Beikirch & Klie 2007, S. 148). So sind Themen zu Demenz (Isfort, Klostermann, Gehlen et al. 2014), pflegenden Angehörigen (Büscher & Schnepf 2011; Metzger & Schnepf 2008), zur Messung von Ergebnisqualität (z.B. Wingenfeld & Kleina 2011) und der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Beikirch et al. 2014) derzeit besonders im Fokus. Die Eingrenzung der Pflegeforschung auf „Probleme und Fragestellungen der Pflegepraxis“ wird auch in Bezug auf die Gesundheitspolitik kritisiert (Simon 2007, S. 153). Gleichzeitig wird gefordert, Analysen zur Kosteneffizienz in die Qualitätsuntersuchungen zu integrieren und bei der Analyse von Einrichtungen und Versorgungssystemen die Aspekte des Qualitätsmanagements und der Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen (Bartholomeyczik 2011, S. 77) und den ambulanten Bereich stärker in Betracht zu ziehen (Behrens, Görres, Schaeffer et al. 2012, S. 19; Büscher 2011, S. 500).

Aufgrund der Problematik der Ergebnisqualitätsmessung muss diese Arbeit darauf verzichten, das Ergebnis pflegerischer Arbeit und deren Einfluss auf den Unternehmenserfolg zu untersuchen. Möglich sind dagegen Parameter der Struktur- und z.T. der Prozessqualität z.B. in Form der Fachkraftquote. Aber auch wegen der in den nachfolgenden Kapiteln beschriebenen Rahmenbedingungen, die erheblichen Einfluss auf die finanziellen Gestaltungsmöglichkeiten der ambulanten Pflege nehmen, werden die Maßnahmen der Qualitätsentwicklung vorwiegend aus der Perspektive ihres monetären und zeitlichen Aufwandes betrachtet.

1.1.2 Die gesundheitsökonomische Perspektive

Wie viel ein Pflegedienst in die Qualitätsentwicklung investiert, ist zunächst einmal eine betriebswirtschaftliche Entscheidung jedes einzelnen Pflegedienstes. Welche Rahmenbedingungen diese Investitionen ermöglichen oder verhindern, sind eher mit gesundheitsökonomischen Betrachtungen darstellbar. Da die Fragestellung dieser Dissertation (betriebs-)wirtschaftliche Komponenten enthält, die unter dem Einfluss

gesundheitspolitischer Vorgaben getroffen werden, soll diese durch die gesundheitsökonomische Brille betrachtet werden.

Auch die US-amerikanische Pflegewissenschaft vermittelt den Eindruck, dass es sinnvoll sei, in Gesprächen mit (politischen) Entscheidungsträgern die Hintergründe und Denkweisen ökonomischer Theorien zu kennen. Dazu zählen auch Kenntnisse über die eingeschränkte Verwendbarkeit ökonomischer Grundannahmen für den Pflegebereich, wie z.B. vollständige Informiertheit, Nutzenmaximierung, freie Auswahl, Unabhängigkeit von Angebot und Nachfrage etc. (Hartman 2015, S. 336).

Die Gesundheitsökonomik als noch recht junges Wissenschaftsgebiet wird definiert als „eine volkswirtschaftliche Disziplin, die sich der Analyse wirtschaftlicher Aspekte des Gesundheitswesens widmet. Sie verwendet dazu Methoden und Theorien aus der Ökonomie und wendet diese unter Hinzuziehung der Erkenntnisse der Medizin (Epidemiologie sowie die Facheinzeldisziplinen) an“ (Schulenburg & Greiner 2013, S. 2).

Sie konzentriert sich dabei auf Krankheiten und deren Folgen überwiegend aus medizinischer Sicht. Außerdem führt sie Analysen zur Gesundheitswirtschaft aus wie z.B. die Gesundheitsausgabenrechnung oder die Gesundheitspersonalrechnung (Thiele 2004, S. 33 und 65). Sie berät Institutionen wie Krankenversicherer, staatliche Entscheidungsträger und Gesundheitsleistungsanbieter (vor allem Krankenhäuser) anhand von ökonomischen Analysen der gegenseitigen Abhängigkeiten und der Produktionsbedingungen. Dabei steht fest, dass eine Knappheit der Ressourcen vorliegt und Ziele teilweise unerreicht bleiben (Schulenburg & Greiner 2013, S. 12; Schöffski & Schulenburg 2007, S. 13).

Im Sinne der allgemeinen ökonomischen Theorie wird auch in der gesundheitsökonomischen Theorie angenommen, dass alle Menschen im Rahmen ihrer ökonomischen und institutionellen Begrenzungen und entsprechend ihres Informationsstandes rationale Entscheidungen treffen, denen die Maximierung ihres Nettonutzens zugrunde liegt:

„Die ökonomische Theorie geht davon aus, dass alle Menschen ihre Entscheidungen durch Maximierung des Nettonutzens (Nutzen – Kosten) angesichts der von ihnen empfundenen Begrenzungen - auch häufig als Nebenbedingungen bezeichnet – und angesichts ihres Informationsstandes treffen (...). Dies

gilt auch im Gesundheitswesen. Die Besonderheiten im Gesundheitswesen müssen nicht zwingend zur Entwicklung einer neuen Theorie führen, wenn die ökonomische Theorie konsequent auf die Fragestellungen im Gesundheitswesen angewendet wird. Dabei sind die besonderen Handlungsbegrenzungen aufgrund der speziellen Marktordnung, die für diesen Sektor typischen Transaktionskosten und Informationsstrukturen und die spezifischen Regelungen zu berücksichtigen, die eine Adaption der allgemeinen Theorien notwendig machen“ (von der Schulenburg & Greiner 2013, S. 3, vgl. in der ursprünglichen Fassung von der Schulenburg & Greiner 2000, S. 1).

Die Veränderung der Beschreibung der Gesundheitsökonomie zwischen 2000 und 2013 zeigt, dass die Kritik, sich zu sehr am klassischen Marktmodell zu orientieren (z.B. mit der Annahme voll informierter Patienten), Berücksichtigung gefunden hat. Verfügt der Nutzer von Gesundheitsleistungen über weniger Informationen als der Anbieter oder Zahler, kann dies zu moralischen Risiken (Moral-Hazard-Verhalten) führen, bei dem z.B. der Nutzer mehr Leistungen als nötig in Anspruch nimmt, weil nicht er, sondern die Versicherung dafür zahlt. Sogenannte asymmetrische Informationen liegen auch an anderen Stellen vor und führen zu mangelnder Konsumentensouveränität. Beispielsweise wird dem Patienten zugeschrieben, Qualität nicht beurteilen zu können und im Krankheitsfall eingeschränkt urteilsfähig zu sein (Schulenburg & Greiner 2013, S. 10).

In Bezug auf die eigenen Krankheitsrisiken verfügt der Nutzer über mehr Informationen als die Versicherer. Dies kann zu negativen Auswahlprozessen (Adverse-Selektion) führen, also der Ansammlung schlechter Risiken bei den Versicherten, was letztlich zum Marktversagen führen könnte (Schulenburg & Greiner 2013, S. 9). Schon mit dieser kurzen Darstellung der Wirkung von Informationsasymmetrien wird deutlich, dass Regelungen notwendig sind, den daraus resultierenden Risiken zu begegnen.

Als Besonderheit im Gesundheitswesen wird in der Definition neben den Informationsunterschieden vor allem die Maximierung des Nettonutzens verschiedener Akteure genannt. Diese wird in der Gesundheitsökonomik unter anderem mit der mikroökonomischen Verhaltenstheorie erklärt. Dazu wird das Verhaltensmodell des Anbieters (z.B. des Arztes) und des Patienten als Nachfrager sowie das Verhältnis von Angebot und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen formuliert. Dabei bedient sich

die Verhaltenstheorie häufig der Theorie ökonomischer Anreize (Schulenburg & Greiner 2013, S. 13). Die Anreizsysteme sollen so gelenkt werden, dass das Ex-post-Ergebnis den gesundheitspolitischen Zielsetzungen nahe kommt (ebd.).

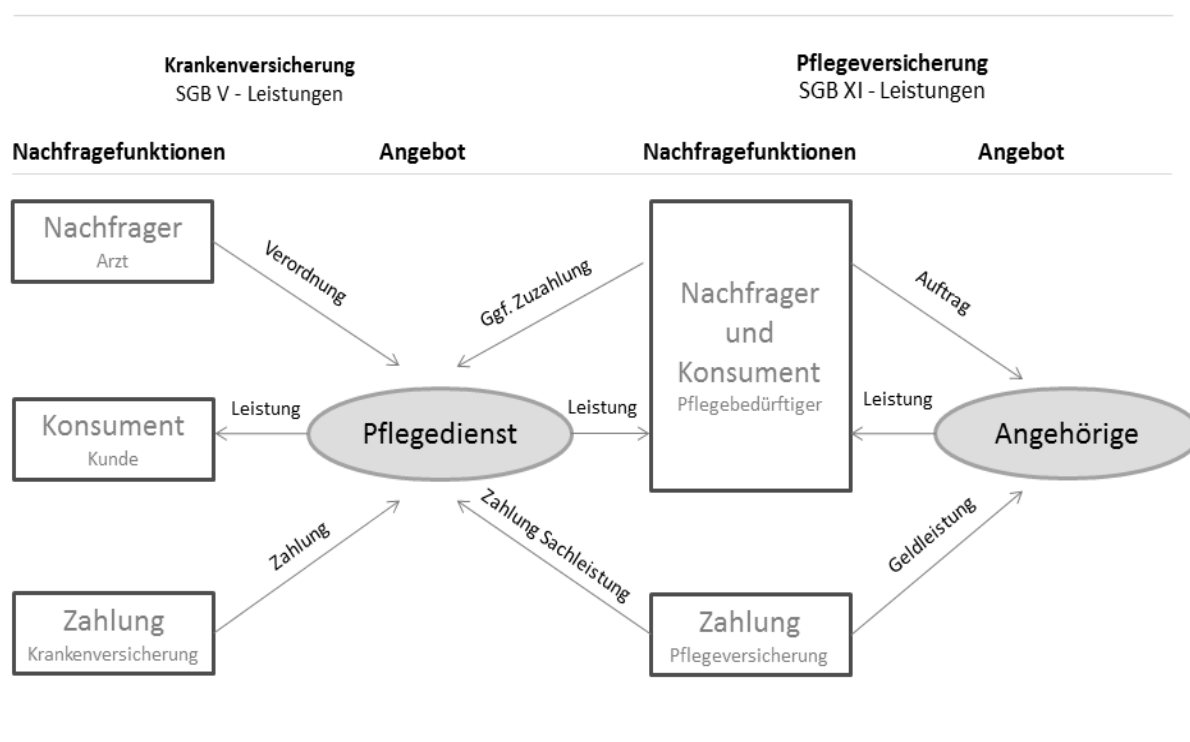
Das Konzept der Nutzenmaximierung unterliegt im Bereich der ambulanten Pflegedienste der Besonderheit, dass der Nutzen sowohl für Pflegedienste als auch für Pflegebedürftige z.B. dadurch begrenzt wird, dass für die Mehrheit der Leistungen (außer der privat zu zahlenden Leistungen) eine quantitative Deckelung vorliegt. Die *Leistungen häuslicher Pflege nach dem SGB V* unterliegen einem doppelten Genehmigungsvorbehalt. Das heißt, der Arzt muss eine Leistung aufgrund der von ihm festgestellten Notwendigkeit verordnen. Diese Leistung muss Bestandteil der verordnungsfähigen Leistungen gemäß der Richtlinien nach § 92 SGB V sein. Die Krankenkasse prüft diese Verordnung und genehmigt ggf. die Kostenübernahme für die Leistungserbringung durch den Pflegedienst. Dabei sind die Rahmenempfehlungen zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung nach § 132a SGB V maßgeblich (Rothgang 2004, S.41). Sowohl die ärztliche Verordnung als auch die Zusage der Krankenversicherung sind zeitlich begrenzt. Allerdings ist der Leistungsanspruch in der Krankenversicherung monetär unbegrenzt, d.h. der Arzt kann verordnungsfähige Leistungen immer wieder anweisen (Rothgang 2004, S. 42).

Die *pflegerischen Leistungen im Rahmen des SGB XI* werden je nach Pflegestufe ebenfalls begrenzt und zwar bis zu einem Maximalbetrag. Ist der Leistungsbetrag ausgeschöpft, zahlt der Pflegebedürftige alle weiteren Leistungen des Pflegedienstes privat. Erfahrungen aus der Praxis sowie Studien weisen darauf hin, dass Pflegebedürftige die Inanspruchnahme von Leistungen des Pflegedienstes eher von der Leistungshöhe der Pflegeversicherung als von ihrem tatsächlichen Bedarf abhängig machen und die private Zuzahlung vermeiden (Kreutzer & Slotala 2012, S. 359, Slotala 2011, S. 183).

Die genannten Beispiele zeigen, dass sich das Konzept der Nutzenmaximierung in der ambulanten Pflege sowohl seitens der Akteure als auch seitens der Leistungsvermittlung anders darstellt, als in anderen Gesundheitsbereichen wie beispielsweise der haus- oder fachärztlichen Versorgung. Mit dem gesundheitsökonomischen Konzept der Nutzenmaximierung lassen sich die begrenzten Möglichkeiten für Pflegedienste beschreiben, ihren Nutzen durch Leistungsausweitung zu erhöhen. Die In-

Investitionen in die Qualitätsentwicklung ließen sich sogar als Opportunitätskosten zu den pflegerischen Leistungen ansehen. Aus der festgelegten Vergütung für pflegerische Leistungen muss sowohl die Pflege als auch die Qualitätsentwicklung zeitlich wie finanziell abgebildet werden. Je mehr der Pflegedienst in die Qualitätsentwicklung investiert, umso weniger Geld bleibt für die Gehälter und umso weniger Zeit bleibt für die tatsächliche Pflege am Kunden. Daher stellt sich wieder die Forschungsfrage, welchen Nutzen der Pflegedienst davonträgt, wenn er in die Qualitätsentwicklung investiert, zumal eine Umsatzsteigerung in Form von Leistungsausdehnung nicht unmittelbar zu erwarten ist.

Abbildung 3: Angebot und Nachfragefunktionen



Quelle: eigene Darstellung und Erweiterung in Anlehnung an Rothgang & Larisch 2014, S. 228f; Thiele & Güntert 2014, S. 121

Eine weitere gesundheitsökonomische Betrachtung fokussiert das Nachfrageverhalten der Konsumenten, in diesem Falle der Pflegebedürftigen. Der Pflegemarkt unterliegt dabei einem komplexen Steuerungssystem, in dem die Konsumenten in der Regel nicht gleichzeitig Nachfrager und Zahler sind (Abbildung 3).

Die Nachfragesituation ist zwischen der Kranken- und der Pflegeversicherung etwas unterschiedlich zu beurteilen, da die Leistungen ambulanter Pflegedienste – anders

als im stationären Bereich - je nach Leistungsart entweder von der Pflegeversicherung oder von der Krankenversicherung getragen werden. Ist für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der Arzt der Nachfrager, ist es im Pflegeversicherungssystem der Pflegebedürftige. Im GKV-System werden die Leistungen eines Pflegedienstes von der GKV bezahlt, während die Pflegeversicherung nur bis zu einem bestimmten Betrag Pflegeleistungen bezahlt, die sich auf Zahlungen an den Pflegedienst und Zahlungen an pflegende Angehörige aufteilen können (§§ 36-38 SGB XI). Weil der Patient insbesondere im System der GKV nicht der Zahler ist, ist hier von einem Nicht-Markt auszugehen (Thiele & Güntert 2014, S. 121; Thiele 2004, S. 141).

Im Bereich der Pflegeversicherungsleistungen stellt sich die Marktsituation anders dar. Hier ist der Konsument auch der Nachfrager, was für das Konzept der Nutzenmaximierung zu berücksichtigen ist. Ein Markt ist hier an anderer Stelle zu sehen, da der Pflegedienst mit den Angehörigen im Wettbewerb um das Geld der Pflegeversicherung steht (Rothgang & Larisch 2014, S. 229). Dabei hat der Pflegebedürftige die Wahl zwischen der Beauftragung eines Pflegedienstes im Rahmen der Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) oder der Auszahlung des Pflegegeldes an selbst beschaffte Pflegehilfen aus dem Bereich der Angehörigen (§ 37 SGB XI) bzw. die Kombination von Sach- und Geldleistung (§ 39 SGB XI). Aus gesundheitsökonomischer Perspektive stellt sich also die Frage, ob dieser Wettbewerb genügend Motivation für den Pflegedienst liefert, um in die Qualität zu investieren.

Aus diesem Grund könnte es durchaus sinnvoll sein, die Ökonomie des Pflegemarktes – oder kurz die Pflegeökonomie – als Subdisziplin der Gesundheitsökonomie zu etablieren. Dem ambulanten wie stationären Langzeitpflegebereich fällt eine hohe sozialökonomische Bedeutung zu, deren Erfassung einer (weiteren) Anpassung gesundheitsökonomischer Prinzipien bedarf (Rothgang & Larisch 2014, S. 211; Thiele 2004, S. 258). Damit verbunden ist die Hoffnung einer neuen, von Zweckorientierung und Nachhaltigkeit geprägten ökonomischen Bewegung mit einer kreativen und ideenreichen Theorieentwicklung, die gesellschaftliche Ziele, verbesserte Effizienz und gleiche Gesundheitsversorgungsmöglichkeiten für alle im Blick hat (Hartman 2015, S. 336).

1.1.3 Eine pflegeökonomische Perspektive?

Ein eigener Wissenschaftsbereich der Pflegeökonomie existiert noch nicht, dennoch bietet es sich für diese Forschungsarbeit an, eine pflegeökonomische Perspektive einzunehmen. Die Darstellung der Verflechtung von Angebot und Nachfrage im voranstehenden Abschnitt verdeutlicht die spezielle und je nach Leistungsart und betrachteten Akteuren unterschiedliche Marktsituation ambulanter Pflegedienste. Diese Forschungsarbeit behandelt ein Thema aus der pflegerischen Praxis, das betriebswirtschaftliche Entscheidungen betrifft und gesundheitsökonomische Fragestellungen aufwirft.

Mit Einführung der Pflegeversicherung verschärften sich die gesundheitspolitisch gewollten Ökonomisierungstendenzen in der Pflege (u.a. Auth 2013, S. 412; Auth 2012, S.622; Slotala 2011, S. 12). Durch die Öffnung des Marktes für private Anbieter wurde der Wettbewerb in Gang gesetzt (Auth 2013 u.a.). Gleichzeitig wurden formale Anforderungen an die Qualitätsentwicklung auf den Weg gebracht und ständig erweitert (vgl. 1.3.1). Die Entscheidung über Art und Höhe der Finanzierung von Maßnahmen der Qualitätsentwicklung obliegt dabei der Betriebsführung des Pflegedienstes, die die gesetzlichen Anforderungen unter den gegebenen Rahmenbedingungen umzusetzen hat.

Eine pflegeökonomische Perspektive soll der Bedeutung der Langzeitpflege z.B. in Bezug auf die Informiertheit der Akteure, das Konzept der Nutzenmaximierung und die Anreizsysteme gerecht werden (vgl. Kap. 1.1.2). Der Bedarf an einer Pflegeökonomie wird damit begründet, dass die Pflege in Deutschland ein bedeutender Wirtschaftsfaktor ist, im Gesundheitsbereich mit gut 1,5 Millionen die größte Beschäftigtengruppe stellt und prognostisch weiter wachsen wird (Statistisches Bundesamt 2015b; Rothgang & Larisch 2014, S. 213; Thiele & Güntert 2014, S. 34; Thiele 2004, S. 3). Darüber hinaus wird die sozialökonomische Bedeutung der Langzeitpflege an der mit 48 % (Männer) bzw. 67 % (Frauen) hohen Wahrscheinlichkeit bemessen, pflegebedürftig zu werden (Rothgang & Larisch 2014, S. 214; Rothgang, Müller & Unger 2013, S. 75ff). Damit stellt die Pflegebedürftigkeit ein allgemeines Lebensrisiko dar, das mit nicht unwesentlichen Kosten verbunden ist (Rothgang & Larisch 2014, S. 214).

Für die inhaltliche und konzeptionelle Ausgestaltung der Pflegeökonomie bestehen unterschiedliche Ansätze, von denen nachfolgend zwei vorgestellt werden. Der erste Ansatz geht vom Kern der Pflegearbeit aus. Demnach ist Pflegearbeit vor allem von Sorgesituationen geprägt, in denen Pflegekräfte Pflegebedürftige so pflegen und versorgen, wie es einer humanen und im pflegewissenschaftlichen Sinn aktivierenden Pflege entspricht (Jochimsen 2003, S. 40; Thiele 2004, S. 218ff). Dabei stehen die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen im Vordergrund und nicht die Budgets. Eine zu gründende Pflegeökonomie könne sich dabei auf den Institutionalismus und auf das Konzept des „Vorsorgenden Wirtschaftens“ beziehen (Thiele & Güntert 2014, S. 131; Thiele 2004, S. 218ff).

Der Institutionalismus legt ein Menschenbild zugrunde, in dem der Mensch als soziales Wesen in seiner Umwelt gesehen wird. Dahinter liegt eine interdisziplinäre (vorwiegend sozialwissenschaftliche) Sichtweise, die die Rolle von Staat, Recht und Wirtschaft berücksichtigt und zu verknüpfen versucht. Die Lösung gesellschaftlicher Probleme bezieht die Institutionen ein und ist dem ständigen Wandel mit entsprechenden Anpassungsbedarfen unterworfen. Das Konzept des „Vorsorgenden Wirtschaftens“ ergänzt den Institutionalismus um die ökonomische Komponente mit seinen eigenen Handlungsprinzipien. Das sind vor allem die Vorsorge, die Kooperation und die Orientierung am Lebensnotwendigen.

Mit dem Handlungsprinzip der Vorsorge ist gemeint, dass der Mensch vorausschauend unter Einbezug seiner Erfahrungen seine Möglichkeiten und Grenzen abschätzt und daraus Handlungen ableitet. Das Handlungsprinzip der Kooperation impliziert ein Wirtschaften im Miteinander statt in Konkurrenzsituationen, bei dem es um Konsensfindung in Bezug auf die Ziele und den Weg der Zielerreichung des Wirtschaftens geht. Mit der Orientierung am Lebensnotwendigen ist die Bereitstellung des zum guten Leben Notwendigen (nicht für das Existenzminimum notwendige) für alle Menschen handlungsleitendes Prinzip. Insgesamt geht es beim „Vorsorgenden Wirtschaften“ um die gemeinsame Entscheidung, welche volkswirtschaftlichen Ressourcen für die Pflege zur Verfügung stehen sollen.

Insbesondere mit der Orientierung des für ein gutes Leben Notwendigen spricht Thiele (2004) damit ein Plädoyer für menschenwürdige Pflege aus. Die Knappheit der finanziellen Ressourcen wird zurückgestellt zugunsten einer volkswirtschaftlichen Diskussion über die Notwendigkeit der dafür benötigten Mittel. Als Grundlage liefert

er Ideen für eine neue, eher sozialwissenschaftlich und weniger ökonomisch orientierte Theoriebildung.

Rothgang & Larisch (2014, S. 220-231) lehnen sich an Schulenburg an und gehen von einer Beibehaltung und Spezialisierung der gesundheitsökonomischen Theorien aus, die für die Langzeitpflege angepasst werden können. Ihrer Ansicht nach könnte die gesundheitsökonomische Forschung bezüglich der Langzeitpflege auf folgende sieben Kernthemen aufgegliedert werden:

- Finanzierung von Langzeitpflege
- Ermittlung der Lebenszeitkosten der Pflege mit Modellrechnungen
- Pflegebetriebswirtschaftslehre
- Modellrechnungen zu zukünftigen Kosten- und Beitragsentwicklungen unter Einbezug der Pflegebedürftigkeit als soziales Konstrukt (reflektiert familiäre Strukturen, urbane Entwicklung, Zahlungsfähigkeit und -bereitschaft)
- gesundheitsökonomische Evaluation der Langzeitpflege aus pflegerischer Perspektive, z.B. in Form von angepassten Kosten-Wirksamkeitsanalysen (z.B. zur Selbständigkeit, Autonomie und Teilhabe, Verzögerung von Heimeintritten), Kosten-Nutzwertanalysen (Weiterentwicklung der Quality-of-Life-Messinstrumente) und Kosten-Nutzen Analysen (Übertragung von Messinstrumenten zur Zahlungsbereitschaft oder Experimente) unter besonderer Berücksichtigung des informellen Pflegesektors (Marktpreismodell, Opportunitätskostenberechnung)
- Entwicklung einer pflegeökonomischen Wettbewerbskonzeption bezüglich des Wettbewerbs der Leistungsanbieter um die Kunden mit der Frage nach Marktpreisbildung
- Substitutionsmöglichkeiten und Komplementarität von formeller und informeller Pflege konzeptionalisieren und für die Forschung nutzbar zu machen, um zukünftige Szenarien abzuleiten.

Von diesen Kernthemen sind insbesondere zwei wichtige Aspekte für diese Arbeit zu nennen. Demnach sollte es erstens Aufgabe der Pflegeökonomie sein, Informationen zur Finanzierung der Pflege bereitzustellen, was die Entwicklung von Preisindizes zur Bereitstellung von Informationen zur angemessenen Dynamisierung von Pflegesachleistung bzw. Pflegegeld notwendig macht. Die Ermittlung der Kosten der Qualitäts-

entwicklung in Verbindung mit den (evtl. fehlenden) Anreizen für Pflegedienste, in die Qualität zu investieren, könnte hier einen Beitrag leisten. Zweitens fehlt es an betriebswirtschaftlicher Literatur für die Langzeitpflege, während für die stationäre Akutpflege bereits einiges vorhanden ist. Als Spiegel der wahrnehmbaren, unterschiedlich starken Behandlung verschiedener Pflegebereiche sei beispielhaft eines der wenigen Lehrbücher „Pflegerwirtschaftslehre für Krankenhäuser, Pflege-, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen“ (Thiele, Büche, Roth et al. 2010) genannt. Der Umfang der Seitenzahl zu den Pflegebereichen des Titels spiegelt eindrucksvoll die theoretische wie wissenschaftliche Schwerpunktsetzung: während der Krankenhaussektor noch 207 Seiten umfasst, sind es 87 Seiten für die stationäre Pflege, nur 31 Seiten für die ambulante Pflege und lediglich 15 Seiten für Rehabilitationseinrichtungen. Der für den Krankenhausbereich verfasste Abschnitt „Qualitätsmanagement“ fehlt für alle anderen Pflegebereiche trotz der sehr divergenten Grundlagen und Umsetzungsbedingungen.

Eine pflegeökonomische Perspektive bedeutet jedoch nicht nur eine Anpassung der gesundheitsökonomischen Perspektive speziell auf den Bereich der Langzeitpflege. Auch auf inhaltlicher Ebene wäre neben dem Einbezug pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse z.B. die Berücksichtigung und Akzeptanz der Berufskodexe der Pflegeberufe fundamental. Beispielhaft ist der ICN-Ethikkodex für Pflegenden zu nennen, dessen Gewährleistung aus Sicht vieler Pflegenden aufgrund der Leistungsverdichtung von Pflegearbeit allzu häufig nicht mehr gegeben ist (Braun, Darmann-Finck, Stegmüller et al. 2014; Isfort et al. 2014; International Council of Nurses (ICN) 2012; Braun, Klinke & Müller 2010; Friesacher 2009, S. 10).

Bisher existieren erste Überlegungen und Ausführungen zur Begründung einer Pflegeökonomie, die Hinweise liefern, welche ökonomische Betrachtungen im Pflegebereich notwendig erscheinen. Für die Gestaltung dieser Forschungsarbeit bietet der Stand der Pflegeökonomie einige Orientierungspunkte, die aber z.B. für die Durchführung einer Nutzenbewertung weitere Vorüberlegungen zur Anpassung gesundheitsökonomischer Methoden bzw. Entwicklung pflegeökonomischer Methoden auf den spezifischen Bereich der ambulanten Pflege notwendig machen. Dem widmen sich die nachfolgenden Kapitel 1.2 und 1.3.

1.2 Ambulante Pflegedienste und ihre Rahmenbedingungen

Aus pflegeökonomischer Perspektive wird das Ausmaß und die Bedeutung des Pflegemarktes bei der Betrachtung der Anzahl der Pflegedienste, der Zahl versorgter Pflegebedürftiger und Kunden sowie der Zahl der Beschäftigten deutlich. Diesem Aspekt widmet sich der Abschnitt über den ambulanten Pflegemarkt (Kap. 1.2.1). Zentrales Thema in der Pflege im Allgemeinen wie auch für die ambulante Pflege im Speziellen sind die derzeitigen Arbeitsbedingungen und die Verfügbarkeit von Fachkräften (Kap. 1.2.2). Vor allem die Gesetzgebung bildet dabei die ökonomischen Rahmenbedingungen, die den Handlungsspielraum der Pflegedienste definieren (Kap. 1.2.3). Diese schlagen sich auch in dem Vergütungssystem nieder, das ebenfalls dargestellt wird und aufgrund der niedrigen Leistungsfinanzierung zu weiteren Herausforderungen führt. Schlussendlich stellt Kap. 1.2.4 die Wettbewerbssituation in den Bereichen Preise und Qualität dar, um aus pflegeökonomischer Sicht die vorhandenen oder nicht vorhandenen Anreize für Pflegedienste aufzuzeigen, in Qualität zu investieren.

1.2.1 Der ambulante Pflegemarkt

Ein Überblick über den ambulanten Pflegemarkt lässt sich mit der Anzahl sowie der Entwicklung der Pflegedienste (Kap. 1.2.1.1), Pflegebedürftigen (Kap. 1.2.1.2) und Beschäftigten (Kap. 1.2.1.3) darstellen. Darüber hinaus gibt die Entwicklung der Ausgaben und Finanzierungsträger Hinweise auf die Bedeutung der ambulanten Pflege (Kap. 1.2.1.4). Neben der aktuellen Situation und der Entwicklung wird das Augenmerk auch auf das Jahr 2011 gelegt, weil dies jeweils dem Datenursprung der in den Kapiteln 2, 3 und 4 beschriebenen Studien entspricht.

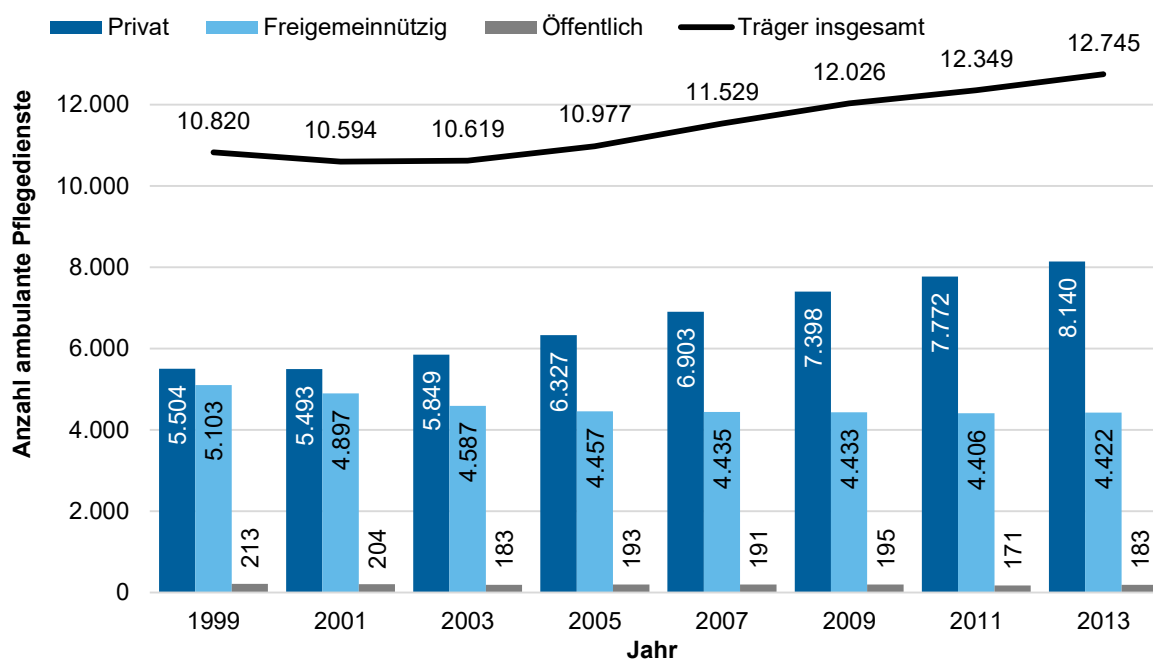
Von den rund 2,5 Millionen Pflegebedürftigen, denen der MDK nach Begutachtung eine Pflegestufe bewilligte, wurden im Jahr 2011 rund 1,76 Millionen zuhause (70,3 %) und rund 743.000 (29,7 %) vollstationär in Heimen versorgt. Rund 1,18 Millionen der häuslich Versorgten (67,0 %) wurden ausschließlich durch Angehörige (und andere informelle Pflegepersonen) gepflegt, während 576.000 Pflegebedürftige (32,7 %) entweder ausschließlich durch Pflegedienste oder durch Pflegedienste und Angehörige gepflegt wurden (Statistisches Bundesamt 2013). Zwischen 2011 und 2013 erreichte die Zahl der Pflegebedürftigen zuhause erneut einen absoluten wie

auch Anteiligen Anstieg auf rund 1,86 Millionen (70,0 %). Ambulante Pflegedienste waren 2013 an der Pflege von 616.000 (33,1 %) Pflegebedürftigen, die zuhause leben, beteiligt (Statistisches Bundesamt 2015e, S. 5).

1.2.1.1 Ambulante Pflegedienste

Seit 1999 hat die Zahl ambulanter Pflegedienste deutlich zugenommen (Abbildung 4). Unterschieden nach Trägerschaft zeigt sich vor allem eine Zunahme der Zahl privater Pflegedienste. Waren es im Jahr 1999 noch rund 5.500 private und 5.100 freigemeinnützige Pflegedienste, gab es 2013 bereits rund 8.100 private und nur noch 4.400 freigemeinnützige Pflegedienste. Der Anstieg der Zahl der Pflegedienste ist damit ausschließlich auf die Zunahme privater Pflegedienste zurückzuführen.

Abbildung 4: Entwicklung Anzahl ambulanter Pflegedienste (1999-2013)

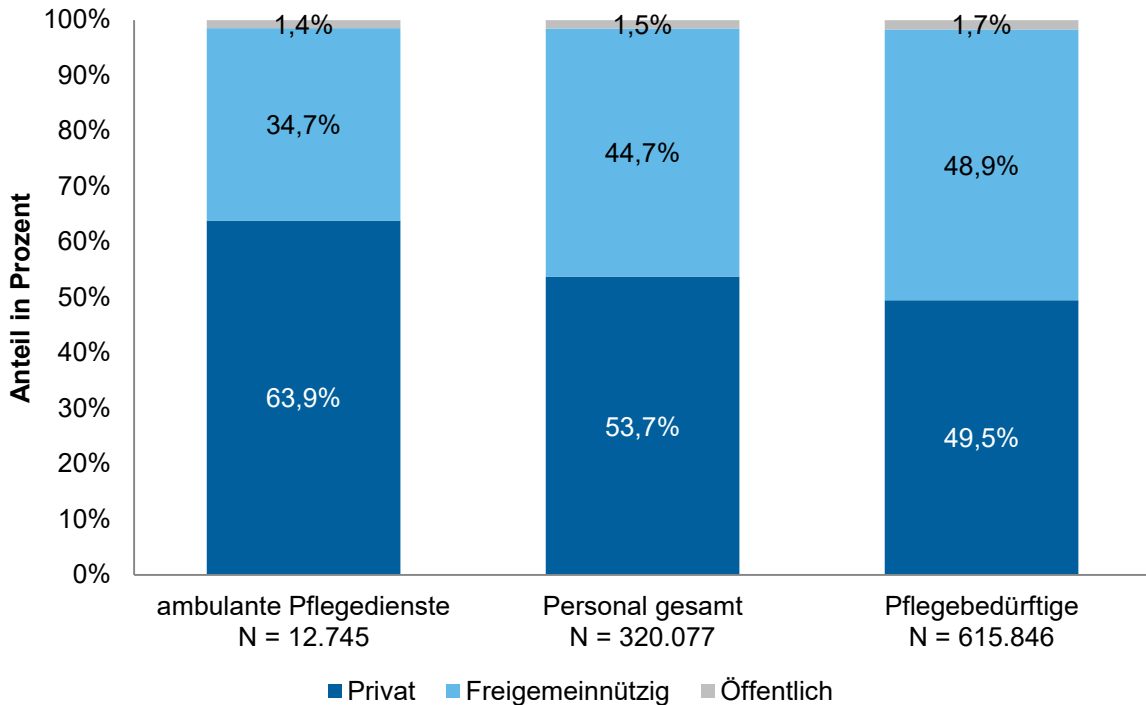


Quelle: Statistisches Bundesamt 2015e; Statistisches Bundesamt 2013; Statistisches Bundesamt 2011; Statistisches Bundesamt 2009; Statistisches Bundesamt 2007; Statistisches Bundesamt 2005; Statistisches Bundesamt 2003; Statistisches Bundesamt 2001, eigene Darstellung.

Somit sind 2013 63,9 % der Pflegedienste in privater, 34,7 % in freigemeinnütziger und 1,4 % in öffentlicher Trägerschaft (Abbildung 5). Die Pflegebedürftigen werden fast zu gleichen Teilen von privaten und freigemeinnützigen Trägern versorgt, obwohl mehr als die Hälfte des Personals von privaten Trägern eingesetzt wird. Die höhere Quote bei der Anzahl der Dienste weist darauf hin, dass private Dienste kleiner sind.

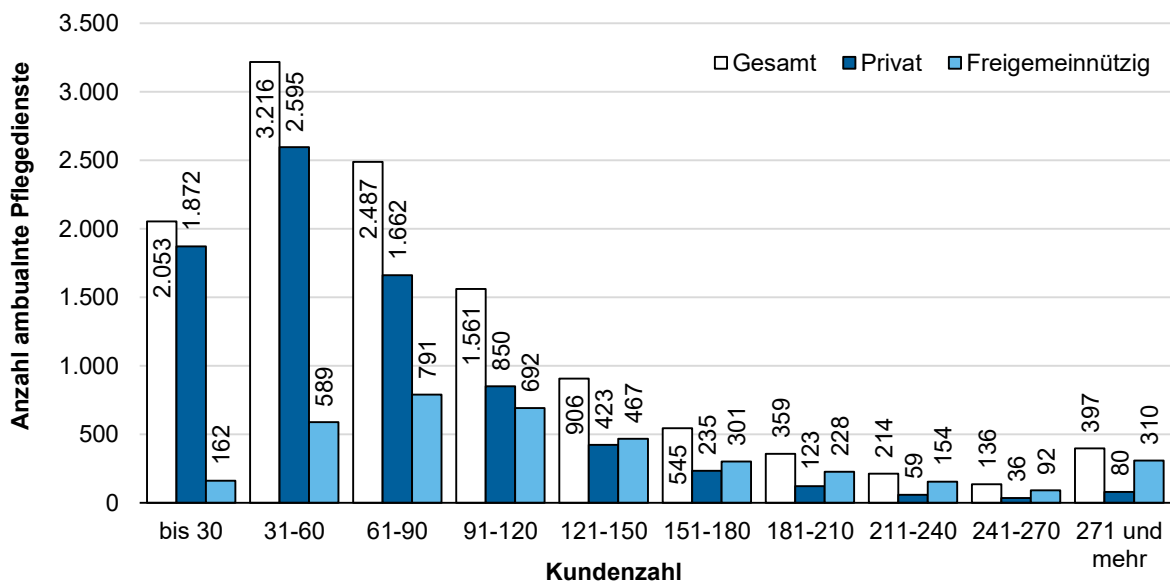
Der Vergleich von Personal und Pflegebedürftigen legt zudem nahe, dass in privaten Pflegediensten mehr Personal pro Pflegebedürftigem eingesetzt wird.

Abbildung 5: Amb. Pflegedienste, Personal und Pflegebedürftige 2013 je Träger



Quelle: Statistisches Bundesamt 2015e; Statistisches Bundesamt 2015a; eigene Darstellung.

Abbildung 6: Anzahl amb. Pflegedienste nach Trägerschaft in Größenklassen

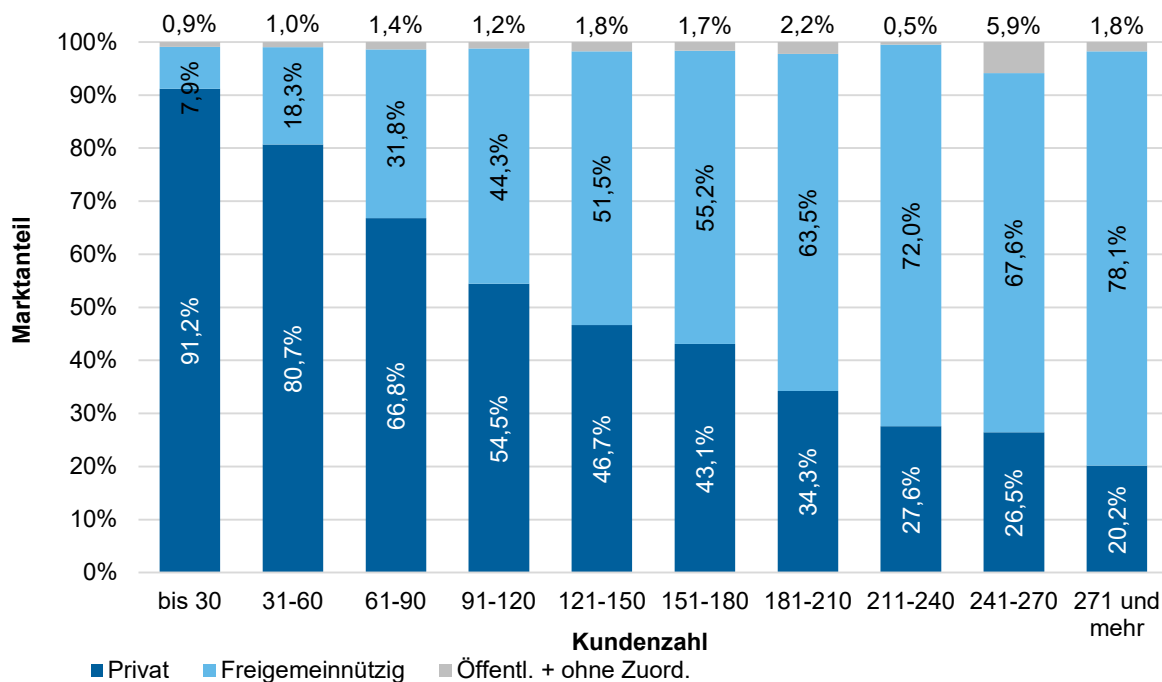


Quelle: BKK 2012, eigene Berechnung und Darstellung.

Die *Größe der ambulanten Pflegedienste* wird anhand ihrer Kundenzahl (unabhängig vom Leistungsbezug) mittels fester Größenklassen mit jeweils 30 Kunden betrachtet (Abbildung 6). Es fällt auf, dass die Pflegedienstgröße mit 31-60 Kunden am häufigsten vorkommt. Je größer die Pflegedienste sind, umso seltener sind sie vorzufinden. Die privaten Pflegedienste geben tendenziell dasselbe Bild ab, haben aber im Vergleich zu den freigemeinnützigen Trägern im Bereich bis 120 Kunden zahlenmäßig mehr Pflegedienste. Ab 121 Kunden sind in jeder Größenklasse mehr freigemeinnützige Pflegedienste vorhanden. Die freigemeinnützigen Pflegedienste haben am häufigsten eine Größe von 61-90 Kunden.

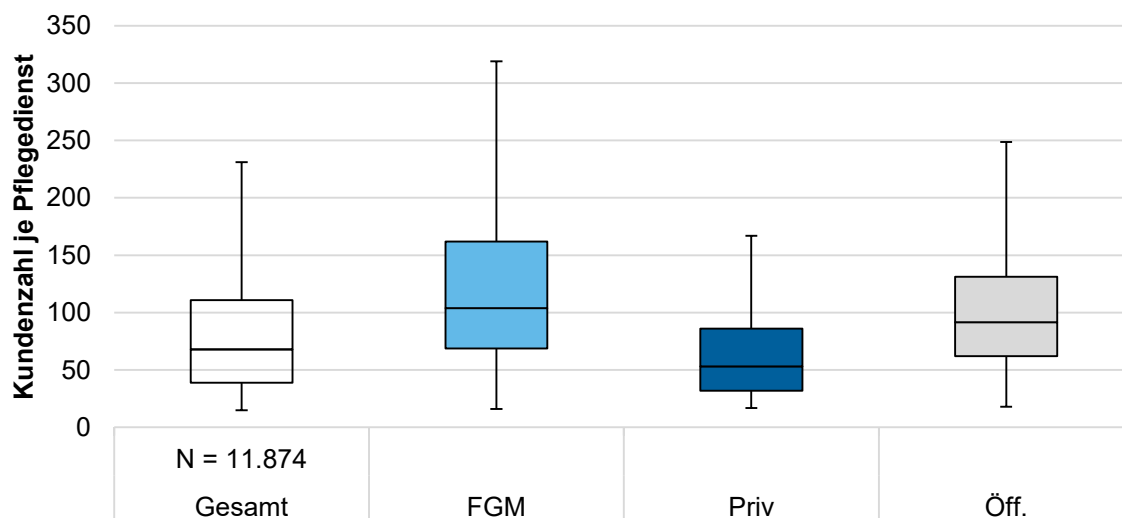
Der Zusammenhang von Trägerschaft und Größenklasse wird noch deutlicher, wenn die Marktanteile dargestellt werden (Abbildung 7). Während der Marktanteil der privaten Dienste mit bis zu 30 Kunden bei über 90 % liegt, nimmt er mit zunehmender Größe der Dienste auf bis zu 20 % ab.

Abbildung 7: Marktanteil der Träger nach Größenklasse (Kundenzahl)



Quelle: BKK 2012, eigene Berechnung und Darstellung.

Abbildung 8: Boxplot Größe (Kunden) ambulanter Pflegedienste nach Träger

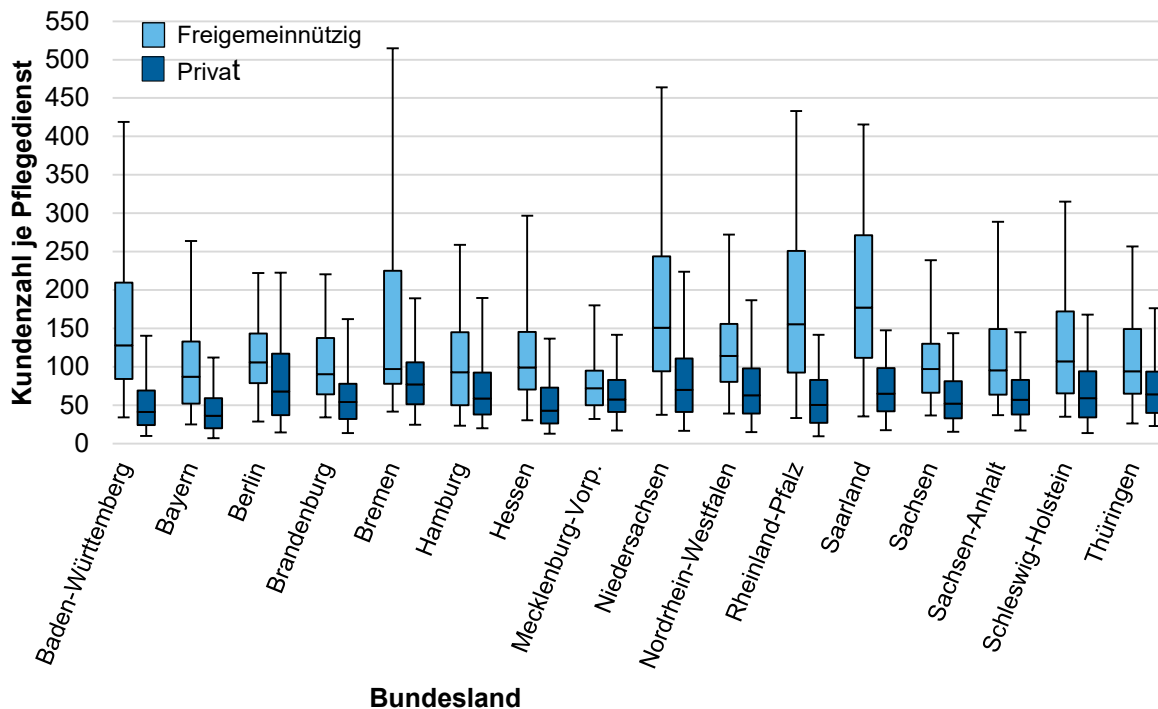


Quelle: BKK 2012, eigene Berechnung und Darstellung.

Gleichzeitig ist die Streuung der Größenverteilung bei freigemeinnützigen Pflegediensten deutlich größer als bei privaten (Abbildung 8). Dies ist im Boxplot an der vertikalen Größe des Kastens abzulesen, der jeweils die mittleren 50 % der Pflegedienste umfasst. Der Querstrich in der Box stellt den Median dar, während die Antennen die mittleren 90 % der Pflegedienste eingrenzen.

Auch in den einzelnen Bundesländern ist dieser Effekt zu beobachten. Mit Berlin als einziger Ausnahme ist die mittels des Interquartilsabstands gemessene Streuung bei den freigemeinnützigen Pflegediensten in allen Bundesländern deutlich ausgeprägter als die der privaten (Abbildung 9). In Baden-Württemberg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und im Saarland sind die freigemeinnützigen Pflegedienste insgesamt größer als in den anderen Bundesländern. In Bremen liegt eine sehr linkssteile Verteilung vor mit wenigen extrem großen freigemeinnützigen Pflegediensten.

Abbildung 9: Kundenanzahl je Pflegedienst nach Bundesland und Träger

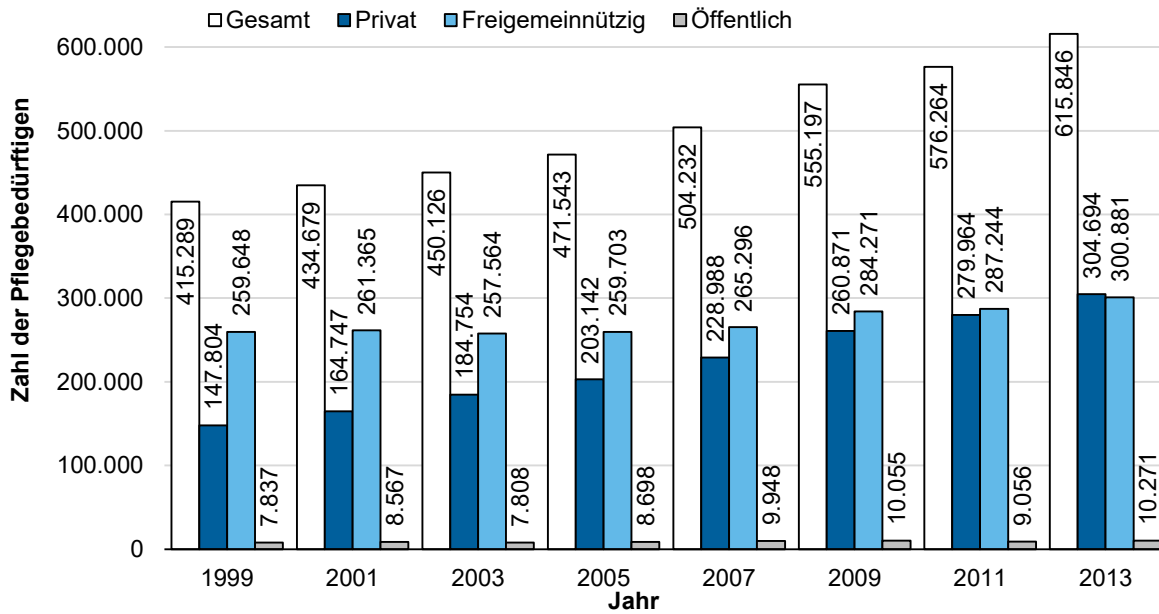


Quelle: BKK 2012, eigene Berechnung und Darstellung.

1.2.1.2 Ambulant versorgte Pflegebedürftige bzw. Kunden

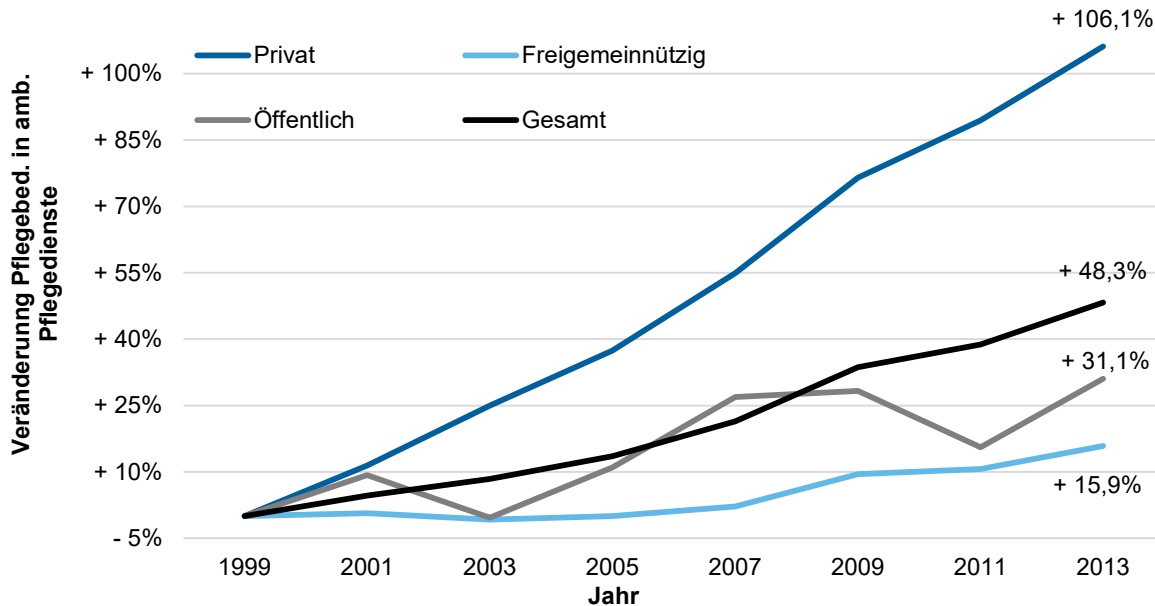
Die in der Pflegestatistik erfassten Pflegebedürftigen sind die, die nach §§ 14 und 15 SGB XI als pflegebedürftig definiert werden und vor allem Hilfestellungen in der Grundpflege (v.a. Körperpflege) benötigen. Die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen hat in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen (Abbildung 10). Erstmals in 2013 versorgen die privaten Pflegedienste leicht mehr Pflegebedürftige als die freigemeinnützigen Träger. Das ist die Folge des überaus starken Wachstums der privaten Pflegedienste seit 1999 (Abbildung 11). Mit einer Steigerung von 106,1 % sind diese mehr als doppelt so stark angestiegen wie die Zahl der Pflegedienste selbst. Pro Pflegedienst werden jetzt also mehr Pflegebedürftige versorgt. Dies hat zur Folge, dass auch die freigemeinnützigen und öffentlichen Träger – trotz rückläufiger Zahl – heute mehr Pflegebedürftige versorgen als bei Einführung der Pflegestatistik. Freigemeinnützige Träger konnten bis 2013 lediglich 16 % mehr Pflegebedürftige versorgen als 1999, öffentliche Träger konnten einen Zuwachs von 31,1 % verzeichnen.

Abbildung 10: Anzahl amb. versorgter Pflegebedürftige je Träger (1999-2013)



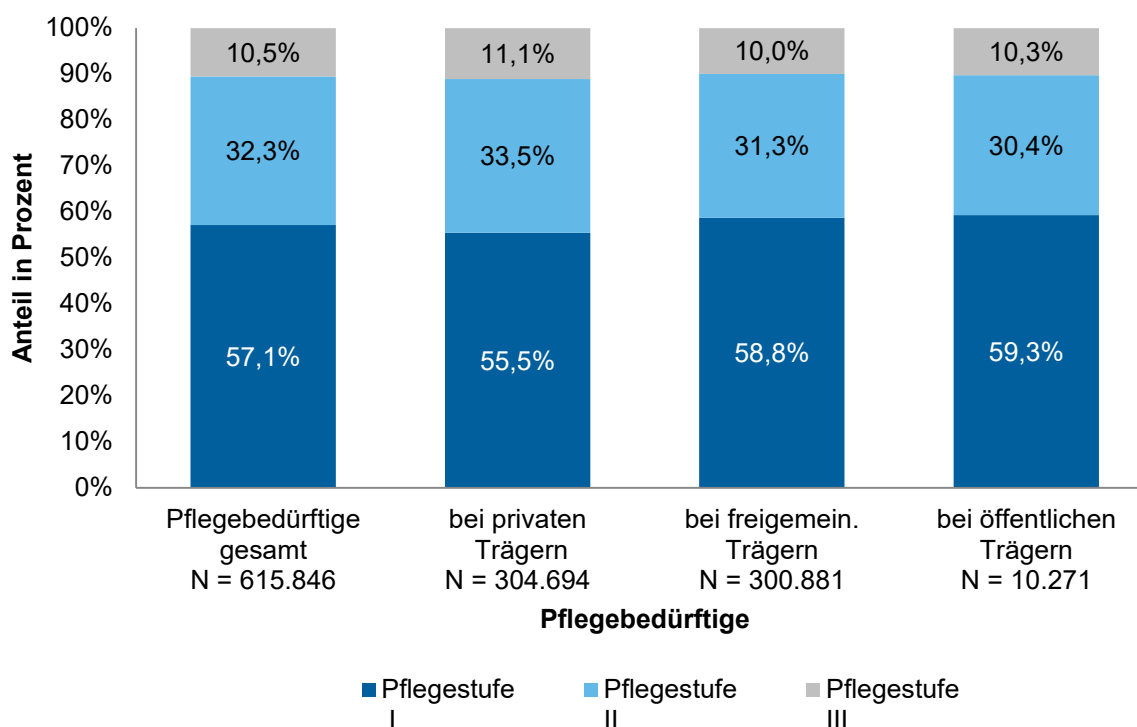
Quellen: Statistisches Bundesamt 2015e, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001; eigene Berechnung und Darstellung.

Abbildung 11: Entwicklung der Pflegebedürftigen in ambulanten Pflegediensten je Träger (1999-2013)



Quellen: Statistisches Bundesamt 2015e, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001; eigene Berechnung und Darstellung.

Abbildung 12: Pflegebedürftige nach Pflegestufe und Trägerschaft 2013



Quelle: Statistisches Bundesamt 2015a, eigene Darstellung

Nicht nur die Anzahl der Pflegebedürftigen unterscheidet sich zwischen den Trägern, sondern auch der Grad der Pflegebedürftigkeit (Abbildung 12). Demnach waren 57,1 % der 616.000 Pflegebedürftigen erheblich pflegebedürftig (Pflegestufe 1), 32,3 % schwer pflegebedürftig (Pflegestufe 2) und 10,5 % schwerstpflegebedürftig (Pflegestufe 3). Bei den Pflegediensten privater Trägerschaft ist eine leichte Tendenz zu höheren Pflegestufen im Vergleich zu freigemeinnützigen und öffentlichen Pflegediensten zu erkennen. Während bei den privaten Trägern 11,1 % der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III und 33,5 % der Pflegestufe II zugeordnet sind, sind es bei den freigemeinnützigen Trägern „nur“ 10,0 % bzw. 31,3 %. Die öffentlichen Träger verzeichnen dafür mit 59,3 % den höchsten Anteil an Pflegebedürftigen in Pflegestufe I. Die Gründe dafür sind an dieser Stelle unklar, mögliche Erklärungen ergeben sich im Laufe dieser Arbeit.

Die Erfassung von Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI, seinen Leistungen und dem Personal, das Leistungen für diesen Bereich erbringt, liefert zwar detaillierte Informationen über den Bereich der Pflegeversicherung, schränkt aber auch die Erfassung der gesamten Arbeitsrealität ambulanter Pflegedienste ein. Pflegedienst-Kunden, die Leistungen nach dem SGB V (z.B. Verbandswechsel, Injektionen), privat

zu zahlende oder hauswirtschaftliche Leistungen ohne SGB-XI-Leistungen erhalten, sind in der Pflegestatistik nicht erfasst. Dennoch machen diese Kunden einen genauso wichtigen Teil der Pflegedienst-Kunden aus (Tabelle 1). Zur besseren Vergleichbarkeit werden hier Daten desselben Herkunftsjahres verwendet.

Tabelle 1: Vergleich Anzahl Pflegebedürftige und Anzahl Kunden, gesamt, nach Trägern und je Pflegedienst

	Pflegebedürftige¹	Pflegebedürftige je Pflegedienst¹	Kunden²	Kunden je Pflegedienst²	Abweichung Pflegebed./Kunden
N = 11.874	Summe	Mittelwert	Summe	Mittelwert	in %
Gesamt	576.264	46,7	1.047.319	88,2	45,0
Privat	279.964	36,0	532.017	67,0	47,4
FGM	287.244	65,2	498.142	131,6	42,3
Öffentlich³	9.056	53,0	--	--	--

¹ Quelle: Statistisches Bundesamt 2013

² Quelle: BKK-Pflegefinder, Daten von 2011/2012, eigene Berechnungen

³ Die Trägerzuordnung für die öffentlichen Träger anhand der BKK-Daten erreichte keine repräsentative Stichprobengröße.

Gemäß der Pflegestatistik werden rund 576.000 Pflegebedürftige von ambulanten Pflegediensten versorgt. Die im BKK-Pflegefinder genannten Kundenzahlen fallen mit über einer Million Kunden rund 45 % höher aus. Demnach versorgen Pflegedienste im Schnitt zwar 46,7 Pflegebedürftige, aber insgesamt 88,2 Kunden.

Es wird deutlich, dass die Größe, die Arbeitsleistung und somit die Bedeutung des ambulanten Pflegemarktes durch die Betrachtung der amtlichen Pflegestatistik mit ihrem Schwerpunkt auf Pflegebedürftige mit SGB XI-Leistungsbezug nicht vollständig sichtbar wird. Tatsächlich versorgen die Pflegedienste bis zu 90 % mehr Menschen, als die Pflegestatistik erfasst. Unklar bleibt dabei allerdings, wie sich die Leistungen auf die Pflegebedürftigen und Kunden verteilen.

1.2.1.3 Personal ambulanter Pflegedienste

Das Personal gliedert sich in die Bereiche Pflegedienstleitung, Verwaltung, Pflege, Hauswirtschaft und weitere. Die Mehrheit des Personals ist bei privaten Pflegediensten angestellt (53,7 %) (Abbildung 5) und arbeitet im Bereich der Grundpflege (68,5 %) (Tabelle 2). Die Mehrzahl der Beschäftigten ist weiblich und in Teilzeit an-

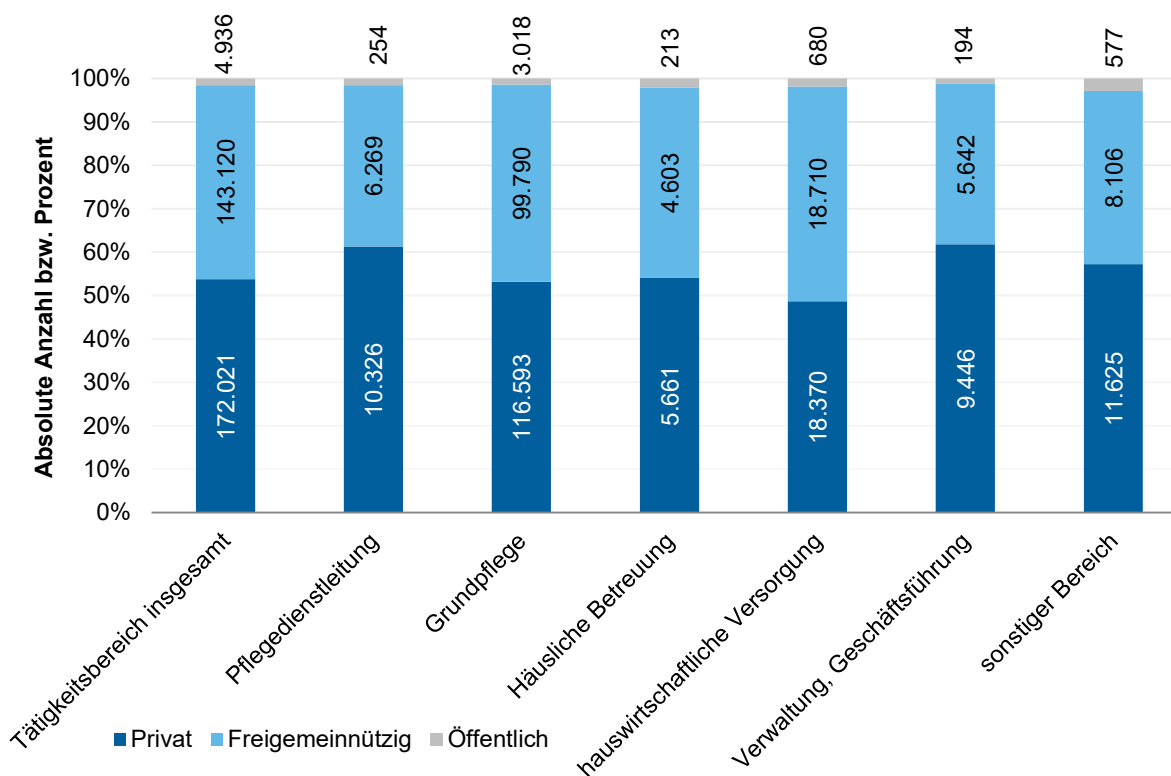
gestellt. Nur 26,8 % der Beschäftigten arbeiten vollzeitbeschäftigt (Statistisches Bundesamt 2015e, S. 13). Dies ist vor allem bezüglich des Fachkräftemangels und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein Thema (Kap. 1.2.2). Der Teilzeitanteil wird vom Statistischen Bundesamt bzw. der Gesundheitsberichterstattung des Bundes für ambulante Pflegedienste nicht je Tätigkeitsbereich veröffentlicht.

Tabelle 2: Personal nach Tätigkeitsbereich und Geschlecht 2013

	Gesamt	in %	davon weiblich
Tätigkeitsbereich insgesamt	320.077	100,0	87,4
Pflegedienstleitung	16.849	5,3	83,6
Grundpflege	219.401	68,5	88,1
Häusliche Betreuung	10.477	3,3	90,2
hauswirtschaftliche Versorgung	37.760	11,8	94,1
Verwaltung, Geschäftsführung	15.282	4,8	78,3
sonstiger Bereich	20.308	6,3	75,8

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015b

Abbildung 13: Personal (Anzahl) nach Tätigkeitsbereich und Träger (2013)



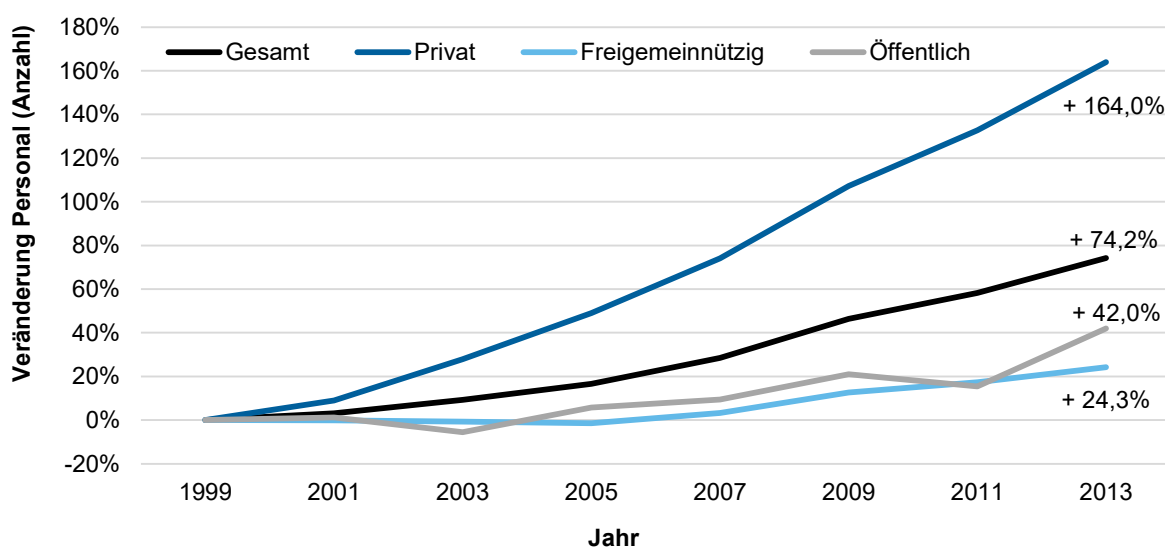
Quelle: Statistisches Bundesamt 2015a, eigene Berechnung und Darstellung.

Unterschieden nach Trägern beschäftigen private Pflegedienste in fast allen Tätigkeitsbereichen mehr Personal als die Pflegedienste in anderen Trägerschaften (Abbildung 13). Einzig im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung verfügen die freigemeinnützigen Träger über minimal mehr Personal. Aufgrund der größeren Anzahl privater Pflegedienste und ihrer kleineren Betriebsgröße ist der Anteil der Pflegedienstleitungen und Verwaltungskräfte privater Pflegedienste höher als bei den freigemeinnützigen Pflegediensten.

Diese Zahlen zeigen anschaulich, dass mit knapp 220.000 Beschäftigten mehr als zwei Drittel der Beschäftigten im Bereich der Grundpflege tätig sind. Mit der Pflegestatistik 2015 wird darüber hinaus neu mit der Kategorie „Häusliche Betreuung“ das Personal erfasst, das Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (z.B. mit Demenz) betreut, für die es seit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz 2013 (PNG) Leistungen der Pflegeversicherung gibt.

Im Zeitverlauf sind die Beschäftigtenzahlen in privaten Pflegediensten zudem deutlich stärker gestiegen als die anderer Träger. Bezogen auf das gesamte Personal haben zwar alle Trägerschaften einen kräftigen Personalzuwachs zu verzeichnen, bei den privaten Trägern ist dieser mit 164,0 % jedoch fast viermal so stark wie bei den öffentlichen (+42,0 %) und mehr als sechsmal so hoch wie bei den freigemeinnützigen Trägern (+24,3 %) (Abbildung 14).

Abbildung 14: Personalentwicklung (Anzahl) nach Trägerschaft

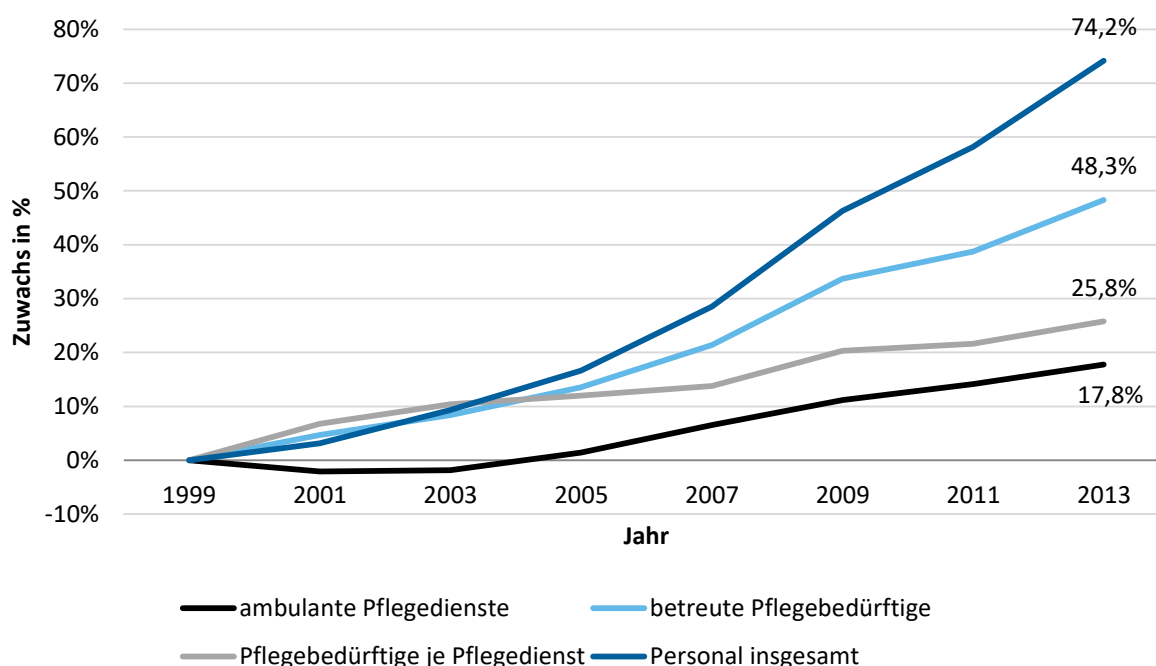


Quelle: Statistisches Bundesamt 2015e, 2013, 2011, 2009, 2007, 2005, 2003, 2001, eigene Berechnung und Darstellung.

Im Überblick zeigt sich insgesamt, dass seit 1999 ist die Anzahl der ambulanten Pflegedienste um 17,8 % gestiegen (Abbildung 15) ist. Gleichzeitig nahm die Zahl der durch ambulante Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen um 48,3 % zu. Die Versorgung der steigenden Zahl von Pflegebedürftigen wird dabei nicht nur durch zusätzliche Pflegedienste gewährleistet. Auch die Größe der einzelnen Pflegedienste nahm über die Zeit zu. Zwischen 1999 und 2013 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen je Pflegedienst um 25,8 %.

Den stärksten Zuwachs gab es im Bereich des Personals über alle Qualifikationen mit 74,2 %. Damit nahm das Personal prozentual stärker zu als die Zahl der versorgten Pflegebedürftigen. Dies dürfte vor allem auf die gesetzliche Ausweitung des Leistungsanspruchs von Pflegebedürftigen im Bereich niedrigschwelliger oder haushaltsnaher Dienstleistungen zurückzuführen sein.

Abbildung 15: Wachstumsbereiche ambulanter Pflegedienste 1999-2013



Quelle: Statistisches Bundesamt 2015d, eigene Darstellung

1.2.1.4 Finanzierung der ambulanten Pflege

Eine weitere Möglichkeit, den Pflegemarkt zu analysieren, bietet die Finanzierungssituation. Tabelle 3 liefert Angaben zur Verteilung der Ausgaben, ihrer Höhe und der Entwicklung der Ausgabenanteile.

Tabelle 3: Ausgabenentwicklung für pflegerische Leistungen 2003 und 2013

Ausgabenträger insgesamt	2003		2013		Veränderung in %
	Mio. €	in %	Mio. €	in %	
Einrichtungen insgesamt	43.499	100,0	58.802	100,0	35,2
Ambulante Einrichtungen	6.735	15,7	12.475	21,2	85,2
Ambulante Pflege	6.647	15,5	12.344	21,0	85,7
Sonstige ambulante Einrichtungen	88	0,2	131	0,2	48,9
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	31.016	72,4	38.916	66,2	25,5
Krankenhäuser	18.385	42,9	21.579	36,7	17,4
Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen	785	1,8	886	1,5	12,9
Stationäre/teilstationäre Pflege	11.846	27,6	16.451	28,0	38,9
Sonstige Einrichtungen, private Haushalte	5.653	13,2	7.237	12,3	28,0
Ausland	95	0,2	174	0,3	83,2

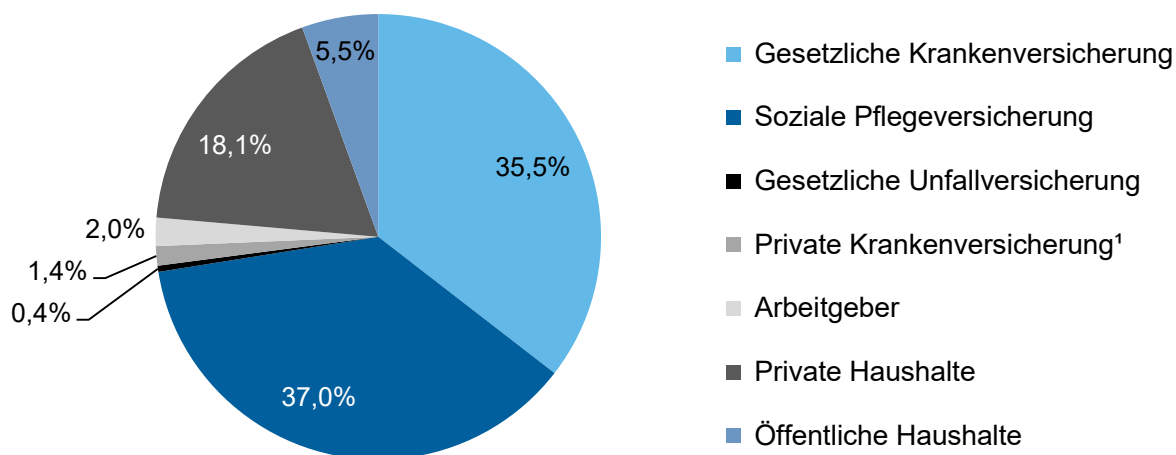
Quelle: Statistisches Bundesamt 2015c, eigene Berechnung und Darstellung

Von 2003 bis 2013 haben die Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen im ambulanten Bereich um 85,2 % zugenommen, während die Ausgaben für stationäre und teilstationäre Einrichtungen nur um 25,5 % gewachsen sind. Von den Gesamtausgaben wurden 2003 nur 15,5 % für pflegerische Leistungen an ambulante Pflegedienste ausgezahlt, während dieser Anteil 2013 bereits 21,0 % betrug. Die Ausgaben für stationäre und teilstationäre Einrichtungen sind derweil anteilig von 72,4 % auf 66,2 % gesunken, die für (teil)stationäre Pflege anteilig annähernd gleich geblieben (27,6 % versus 28,0 %).

Dies spiegelt zunehmend den gesetzlich verankerten Grundsatz des Vorrangs ambulanter vor stationärer Pflege wider (§ 43, Abs. 1 SGBXI). Häusliche Pflege entspricht dem Wunsch der meisten Pflegebedürftigen und ist aufgrund der Unterstützung durch Angehörige deutlich günstiger und weniger personalintensiv als stationäre Pflege (Rothgang, Müller & Unger 2012, S. 61).

Werden ausschließlich die Ausgaben für ambulante Pflegedienste betrachtet, lassen sich die Ausgaben anhand der Ausgabenträger aufgliedern (Abbildung 16). Die Soziale Pflegeversicherung (37,0 %), die Gesetzliche Krankenversicherung (35,5 %) und die Privathaushalte (18,1 %) stellen die größten Finanzierungsträger ambulanter Pflege dar. Zusammengenommen werden 72,5 % der Ausgaben für ambulante Pflegedienste von der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung übernommen. Dies zeigt die entscheidende ökonomische Bedeutung dieser Leistungssysteme, deren Regelungen im Kapitel 1.2.3 genauer dargestellt werden.

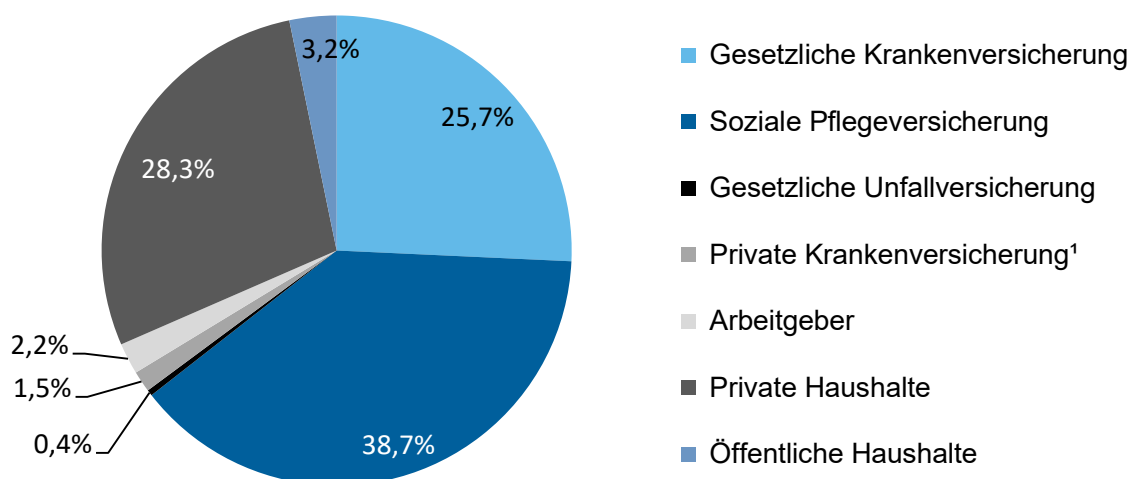
Abbildung 16: Finanzierungsträger ambulanter Pflege 2013



¹ Private Krankenversicherung: einschließlich Privater Unfallversicherung und Privater Pflegeversicherung.
Quelle: Statistisches Bundesamt 2015c, eigene Darstellung

Im Vergleich zu den Vorjahren haben sich die Ausgaben bei allen Ausgabenträgern erhöht, allerdings in unterschiedlicher Stärke (Abbildung 17).

Abbildung 17: Finanzierungsträger ambulanter Pflege 2003



¹ Private Krankenversicherung: einschließlich Privater Unfallversicherung und Privater Pflegeversicherung.
Quelle: Statistisches Bundesamt 2015c, eigene Darstellung

Während der Ausgabenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 2003 und 2013 um 9,7 % am stärksten zugenommen hat, ist der Ausgabenanteil der privaten Haushalte mit 10,2 % am deutlichsten gesunken. Die öffentlichen Haushalte haben anteilig 2,3 % mehr gezahlt, die Soziale Pflegeversicherung 1,7 % weniger. Alle anderen Ausgabenträger haben ihre Anteile annähernd gehalten (Statistisches Bundesamt 2015c, eigene Berechnungen).

Zusammenfassend zeigt sich die aktuelle und dem Trend nach steigende Bedeutung des ambulanten Pflegemarktes: die Anzahl wie auch der Anteil der Pflegebedürftigen, die sich zuhause von Pflegediensten versorgen lassen (wollen), steigt kontinuierlich an. Pflegebedürftigkeit wird als allgemeines Lebensrisiko gesehen (vgl. Kap. 1.1.3). Wird die Kundenzahl ambulanter Pflege über den SGB XI-Leistungsbezug hinaus analysiert, wird die Dimension dieses Pflegebereichs noch deutlicher. Auch bei den Gesundheitsausgaben zeigt sich die steigende volkswirtschaftliche Bedeutung der ambulanten Pflege bei günstigeren Kosten ambulanter gegenüber stationärer Pflege aufgrund der niedrigeren Personalintensität.

Ein prognostizierter Wachstumsmarkt scheint aus der Perspektive der Pflegedienste zunächst ein sicheres Geschäft zu bedeuten. Dem sind allerdings von mehreren Seiten Grenzen gesetzt, durch den Fachkräftemangel, die Gesetzgebung und die Leistungsfinanzierung, wie die folgenden Kapitel (Kap. 1.2.2 und 1.2.3) zeigen.

1.2.2 Arbeitsbedingungen und Fachkräftemangel

Der Fachkräftemangel ist ein zentrales Thema für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Vorausberechnungen bis zum Jahr 2030 ermitteln einen sinkenden Personalbestand bei deutlich steigendem Personalbedarf um 54 % in Vollzeitäquivalenten, der zu 81 % auf einen steigenden Pflegebedarf und zu 19 % auf einen Rückgang des Erwerbspotenzials zurückzuführen ist (Rothgang et al. 2012, S. 53). Zu den Hintergründen dieser Entwicklung werden daher die Arbeitsbedingungen und der Fachkräftemangel näher beleuchtet. Dabei sollen Potentiale und Hindernisse des Zugewinns von Fachkräften erkennbar werden, um die Bedeutung des Personalzuwachses im Rahmen der Forschungsfrage zu untermauern.

Für den Pflegebereich existieren zahlreiche Studien zu den Arbeitsbedingungen, jedoch nur wenige, die sich in jüngerer Zeit explizit auf die ambulante Pflege beziehen.

Die beiden wichtigsten Studien im deutschsprachigen Raum stammen von Gregersen (2005) und von Büssing, Glaser & Höge (2005). Die Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege unterscheiden sich von denen in der Akutpflege wie auch von denen der stationären Langzeitpflege. Folgende zentrale Merkmale der ambulanten Pflege wurden identifiziert:

- eine hohe Eigenverantwortlichkeit vor Ort
- Pflege unter gegebenen Bedingungen der häuslichen Umgebung
- i.d.R. Einzeltätigkeit mit begrenzten Absprachemöglichkeiten im Kollegenteam
- fehlende Hilfemöglichkeiten bei schweren körperlichen Arbeiten
- langandauernder Kontakt zu den gleichen Patienten
- häufig kleine Einrichtungen als Arbeitgeber
- hoher Anteil an Fahrtätigkeit (Gregersen 2005, S. 185).

Die Gregersen-Studie wurde vom Zentralinstitut für seelische Gesundheit im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) durchgeführt. Im Zeitraum von Juni 2000 bis Mai 2001 wurden aus 28 ambulanten Pflegediensten 273 Mitarbeiter zu Arbeitsbelastungen und den Beanspruchungsfolgen befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die besonderen Charakteristika der Pflegetätigkeit in ambulanten Pflegediensten sowohl positive als auch negative Auswirkungen haben. Insbesondere das selbständige Arbeiten, die Möglichkeit individueller Arbeitszeitmodelle und die positive Beurteilung des sozialen Klimas zwischen Patienten und Pflegekräften wurden positiv bewertet (Gregersen 2005, S. 191).

Als Hauptbelastungen wurde das Arbeiten unter hohem Zeitdruck, mangelnde gesellschaftliche Anerkennung, körperlich anstrengende Arbeit mit geringen Unterstützungsmöglichkeiten, Aussichtslosigkeit auf Besserung bei den Patienten, Konfrontation mit Tod und Sterben, aber auch eine Monotonie und fachliche Unterforderung durch die tägliche Versorgung der immer gleichen Patienten mit immer wiederkehrenden, gleichen Tätigkeiten benannt (Gregersen 2005, S. 190f).

In der zweiten genannten bayrischen Studie mit 721 Pflegekräften aus 97 Pflegediensten wurden mittels Interview mit Pflegedienstleitungen und Pflegekräften sowie durch Beobachtungen weitere bzw. konkretere Belastungssituationen festgestellt (Büssing, Glaser & Höge 2005, S. 9). Positiv bewertet wurde von den Pflegekräften, im Vergleich zu anderen Pflegebereichen weniger Arbeitsunterbrechungen zu erle-

ben sowie weniger Schicht- und insbesondere Nachtarbeit leisten zu müssen. Allerdings liegen insofern ungünstige Arbeitsverhältnisse vor, als dass alte Bäder, enge, nicht barrierefreie Wohnungen und fehlende Hilfsmittel keine optimale Pflege ermöglichen oder schlechte Beleuchtung die Medikamentenkontrolle erschwert. Zudem entstünden Konflikte durch (zu) hohe Ansprüche der Angehörigen und teils schwierige Zusammenarbeit mit Hausärzten durch Differenzen zwischen Pflegebedarf und Abrechenbarkeit der Leistungen. Die Vergütungsstruktur der Leistungen und die Arbeitsorganisation führten zum Problem der Durchführung unterqualifizierter, z.T. versteckter (weil nicht abgerechneter) Hilfsleistungen im Haushaltsbereich. Darüber hinaus machten den Pflegekräften gesundheitliche Risiken durch nicht diagnostizierte Erkrankung(srisik)en (z.B. TBC, MRSA) Sorge (Büssing et al. 2005, S. 66ff).

Aktuell zeigt sich immer noch, dass die komplexere und zeitaufwendigere Pflege älterer Menschen mit steigender Diskrepanz zwischen SOLL und IST bezüglich Zeit und Finanzierung zu einer Erhöhung der Arbeitsbelastung führt (Freiling 2011, S. 12-13). Dies wird in einer weiteren Studie bestätigt. Demnach gaben 52 % der Beschäftigten in Pflegeberufen an, dass sie im Allgemeinen Überstunden leisten. 86 % davon bekommen die Überstunden bezahlt, die Mehrzahl mit einem Freizeitausgleich. Bei etwa 14 % der Befragten werden die Überstunden nicht vergütet (Bispinck, Dribbusch et al 2012).

Reduktion der Tarifverträge

Das Argument der geringen Bezahlung scheint sich derzeit weiter zu verschärfen. Weder die Beschäftigten der privaten Träger noch der Großteil der Beschäftigten kirchlicher oder sonstiger freigemeinnütziger Träger fallen in den Geltungsbereich von Tarifverträgen. Die Wohlfahrtsverbände haben sich zwar lange an den Abkommen des öffentlichen Dienstes orientiert, können diesen aber aufgrund des Kostendrucks und der Konkurrenz mit den privaten Pflegeanbietern nicht mehr folgen (Auth 2013, S. 415). Mit der 2011 eingeführten Arbeitnehmerfreizügigkeit in der Europäischen Union (EU) mündet die Lohnpolitik schließlich in der Vereinbarung eines Mindestlohns für Beschäftigte in der Pflege, um dem Abwärtstrend der Löhne Einhalt zu gebieten. Mit dem seit Jahresbeginn 2015 geltenden Pflegemindestlohn von 8,65 Euro (Ost) bzw. 9,40 Euro (West) liegen die Löhne der Helfer in der Altenpflege aus dem Jahr 2013 in einigen Bundesländern noch darunter (Bundesministerium der Jus-

tiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.) 2014, § 2; Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter in der Pflege und Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) (Hrsg.) 2015, S. 16).

Gut ein Drittel der Krankenschwestern und -pfleger bzw. zwei Drittel der AltenpflegerInnen arbeiten ohne Tarifvertrag und erhalten weniger Lohn als die Kollegen mit Tarifvertrag. Dabei steigt die tarifliche Entlohnung mit der Größe des Betriebes. In Betrieben mit bis zu 20 Beschäftigten besitzen nur knapp 25 % einen Tarifvertrag, in Betrieben mit 50-100 Beschäftigten ist es ungefähr die Hälfte. Rund 20 % der Arbeitsverträge sind befristet und mit geringerer Entlohnung verbunden (Bispinck, Dribbusch, Öz et al. 2012, S 12f, vgl. Bellmann, Grunau, Maier et al. 2013, S. 84).

In einer aktuellen Studie über die Bruttoentgelte der Pflegekräfte in Deutschland zeigt sich, dass die Verdienste zwischen Ost und West, den Qualifikationsstufen und Bundesländern stark variieren. Fachkräfte der Kranken- bzw. Altenpflege verdienen demnach bei ambulanten Pflegediensten bis zu einem Drittel weniger als in Krankenhäusern (Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter in der Pflege und Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) (Hrsg.) 2015, S. 21).

Folgen der Arbeitsbedingungen: Erkrankung und Berufsausstieg

Die Belastungen, denen Pflegende ausgesetzt sind, bleiben nicht folgenlos. Die emotionale Erschöpfung, eines der Kernsymptome des Burn-out-Syndroms, ist bereits bei einem Drittel des Pflegepersonals in der ambulanten Pflege kritisch ausgeprägt und damit stärker als in anderen Pflegebereichen. Über die Hälfte der Beschäftigten fühlt sich nach Schichtende oft sehr erschöpft. Knapp die Hälfte aller Befragten leidet unter ziemlich bis sehr starken Kreuzschmerzen. Die Hälfte der Mitarbeiter berichten von bereits eingetretenen Wirbelsäulenleiden (Gregersen 2005, S. 193f). Krankenschwestern verlassen ihren Beruf früher als Frauen anderer Berufsgruppen, wobei dies besonders die „älteren“ Krankenschwestern ab 45 Jahren betrifft (Hasselhorn, Tackenberg & Müller 2003, S. 41). Sie können zwar den psychischen Belastungen mehr entgegen setzen als ihre jüngeren Kollegen, fühlen sich körperlich aber stärker beansprucht (Kromark & Ostendorf 2011, S. 33; Freiling 2011, S. 13).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch eine jüngere Studie aus Baden-Württemberg mit 903 befragten Pflegekräften aus 15 Altenheimen und 21 ambulanten Pflegediensten, drei Kliniken und zwei Berufsfachschulen, bei der die Gründe für Arbeitsunzufriedenheit und Ausstiegsgedanken untersucht wurden (Hackmann & Müller 2012). Demnach ist der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand in der ambulanten und stationären Altenpflege etwas schlechter als bei Pflegekräften im Krankenhaus (Hackmann & Müller 2012, S.232). Rund 9 % der Pflegekräfte geben an, aufgrund ihrer Gesundheit in den nächsten fünf Jahren nicht mehr pflegen zu können. Als Ursachen dafür werden physische und psychische Belastung, Angst vor Behandlungsfehlern und ein hoher Zeitdruck genannt. Zwei Drittel der Pflegekräfte geben an, unter ständigem Zeitdruck zu arbeiten. Auch finanzielle und organisatorische Gründe werden genannt. 70 % der Pflegekräfte und insbesondere die Hilfskräfte finden ihren Lohn zu niedrig (Hackmann & Müller 2012, S. 232). Hinzu kommt das Argument, dass 40% der Pflegekräfte mangelnde Wertschätzung durch Vorgesetzte erfahren (Hackmann & Müller 2012, S.233).

Viele Pflegekräfte steigen aus ihrem Beruf aus, erwägen einen Ausstieg oder halten ihn in ihrer weiteren beruflichen Laufbahn für wahrscheinlich (Hasselhorn, Müller, Tackenberg et al. 2005, S. 138). Als Hauptgrund für den Ausstieg nennen 40% der Pflegenden Schwangerschaft und Kindererziehung (Hackmann & Müller 2012, S. 232f), allerdings wird hier nicht zwischen dauerhaftem und temporärem Ausstieg unterschieden. Für den temporären Ausstieg spricht, dass insgesamt eine starke Berufsbindung festgestellt wird (vgl. auch Joost, Kipper & Tewolde 2009, S.13), vor allem wenn persönliche Bestätigung durch Arbeit, gesellschaftliche Wertschätzung und Rücksicht auf familiäre Situation vorliegen. Eine Längsschnittstudie im Krankenhaussektor weist allerdings auch auf zunehmende Dissonanzen zwischen dem beruflichen Alltag und den professionellen und ethischen Normen von Pflegekräften und somit drohendem Berufswechsel hin (Braun et al. 2010, S. 18).

Dennoch wird vermehrt aus verschiedenen Bundesländern über das Fehlen von Fachkräften auch in der ambulanten Pflege berichtet. Dies führe zu vermehrtem Einsatz von Hilfskräften auch in der medizinischen Behandlungspflege, bei denen weder erforderliches Wissen, noch Können oder Eignung vorlägen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) 2014, S. 86, S. 115). Gleichzeitig seien zu wenige Fachkräfte zur Begleitung und Überwachung der Hilfskräfte

präsent (MDS 2014, S. 123). Außerdem sei bei Pflegebedürftigen mit besonders hohem Aufwand in der Behandlungspflege (z.B. 24h-Beatmungspflege) ein qualifikationsgerechter Mitarbeiterinsatz häufig nicht gewährleistet (MDS 2014, S. 97).

Für die Altenpflege liegt mittlerweile in allen Bundesländern ein Fachkräftemangel vor und es dauert durchschnittlich 129 Tage, bis eine offene Stelle wieder besetzt werden kann (+59 % gegenüber allen Berufen). In der Gesundheits- und Krankenpflege liegt ebenso bundesweit ein deutlicher Fachkräftemangel vor mit einer Vakanzzeit von 120 Tagen (+48 % gegenüber allen untersuchten Berufen). Lediglich in drei ostdeutschen Bundesländern ist „die Ampel“ der Bundesagentur für Arbeit als Anzeichen für den Fachkräfte-Engpass noch auf gelb (Bundesagentur für Arbeit 2014, S. 16f).

Insgesamt zeigt sich eine ausgeprägte Belastung ambulanter Pflegekräfte bei geringerer Entlohnung als in anderen Pflegebereichen, die zu Unzufriedenheit, Arbeitsausfall und Ausstieg aus dem Beruf führt. Zusätzlich zu diesen Hauptfaktoren begünstigen weitere Komponenten die Verschärfung des Fachkräftemangels: die Frühverrentung von Pflegekräften, weniger Neueinstellungen und weniger junge Bewerber, erhöhte Fehlzeiten und stärkere Fluktuation aufgrund der starken psychischen Belastungen (Freiling 2011, S.10f). Das Halten und Akquirieren von Pflegekräften muss daher als eine besondere Herausforderung gesehen werden.

Möglichen Einfluss auf den Pflegemarkt und die Arbeitsbedingungen haben die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die unter anderem das Vergütungssystem determinieren, wie nachfolgend aufgezeigt wird.

1.2.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen und Vergütungssystem

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Betriebsführung ambulanter Pflegedienste finden sich vor allem in zwei Gesetzen: dem SGB XI (Pflegeversicherung) und dem SGB V (Krankenversicherung) mit Ergänzungen im SGB XII (Sozialhilfe). Diese Gesetze werden nacheinander vorgestellt, das jeweilige Vergütungssystem erläutert und das Entstehen der Preise für die pflegerischen Leistungen erklärt.

Nach § 71 Abs. 1 SGB XI sind ambulante Pflegedienste „selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen“. Vo-

raussetzung für die Erbringung von Leistungen ist ein Versorgungsvertrag zwischen Pflegedienst und den Landesverbänden der Pflegekassen, der Art, Inhalt und Umfang der Leistungen regelt (§ 72 Abs. 1 und 2 SGB XI). Mit Abschluss dieses Vertrages gilt der Pflegedienst für die Dauer des Vertrages als zugelassen (§ 72 Abs. 3 SGB XI). Zwischen den Pflegeversicherungen und den ambulanten Pflegediensten werden landesweit einheitliche Rahmenverträge geschlossen, mit dem Ziel der *Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlich pflegerischen Versorgung* für die Versicherten (§ 75 Abs. 1 SGB XI).

Für die Betriebsführung sind neben der Zulassung Regelungen über die Vergütung der erbrachten Leistungen notwendig. Im Bereich der Pflegeversicherung schließt dazu jeder Pflegedienst mit der Pflegekasse eine Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI ab, in der die von den Pflegekassen oder weiteren Sozialversicherungsträgern und Trägern der Pflegedienste vereinbarten Vergütungen festgelegt sind. Danach kann die Vergütung nach Zeitaufwand, Leistungsinhalt, Leistungskomplex oder in Ausnahmen nach Einzelleistungen geregelt sein. Für hauswirtschaftliche Versorgung oder Fahrkosten sind Pauschalen möglich und verbreitet. Pflegerische Leistungen werden zumeist nach Leistungskomplexen vergütet, die einen Preis für definierte Pflegehandlungen festlegen (Thiele et al. 2010, S. 345ff.; Holl-Manoharan & Rehbein 2009, S. 176ff.). Die Inhalte der Leistungskomplexe wie auch deren Preise fallen zwar landesweit einheitlich, zwischen den Bundesländern aber unterschiedlich aus (Holl-Manoharan & Rehbein 2009, S. 196).

Eine weitere Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass eine Person im Sinne des Elften Sozialgesetzbuches als pflegebedürftig anerkannt wird. Diese ist gegeben für Personen „die wegen einer (...) Krankheit oder Behinderung für die (...) Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen“ (§ 14 SGB XI, Abs. 1). Der ab 2017 geltende, neue Pflegebedürftigkeitsbegriff schließt zu den körperlichen Bedarfen nun die Bedarfe bei kognitiven Einschränkungen explizit mit ein (Rothgang, Kalwitzki, Müller et al. 2015, S. 26).

Die grundlegende Überarbeitung dieser Definition wird kombiniert mit einer umfassenden Veränderung der Bestimmung des Leistungsanspruchs. Dazu wurde in einem umfangreichen, interdisziplinären Prozess das Neue Begutachtungsassessment (NBA) entwickelt. Auf Antrag sucht der MDK den Antragssteller zuhause auf und er-

mittelt nun nicht mehr den benötigten Zeitaufwand für Körperpflege und Betreuung, sondern die Selbständigkeit in verschiedenen Lebensbereichen. Dazu zählen die Bereiche (1) Mobilität, (2) kognitive und kommunikative Fähigkeiten, (3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, (4) Selbstversorgung, (5) Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Belastungen und Anforderungen, (6) Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, (7) außerhäusliche Aktivitäten und (8) Haushaltsführung. Auf Basis der ersten sechs Bereiche wird in einem umfangreichen Assessment- und Bewertungsverfahren entschieden, ob und wie ausgeprägt der Antragssteller pflegebedürftig ist. Bei festgestelltem Pflegebedarf wird diesem eine von fünf Pflegegraden (vormals drei Pflegestufen) zugeordnet (Rothgang et al. 2015, S. 30ff). Diese determiniert die Höhe des Leistungsanspruchs aus der Pflegeversicherung. Das SGB XI regelt also den langfristigen Leistungsanspruch von Menschen, bei denen der MDK einen Pflegebedarf im Rahmen einer Begutachtung festgestellt hat.

Darüber hinaus können Pflegedienste einen Vertrag zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege nach § 132 a SGB V abschließen. Über diesen Vertrag verfügen 97% aller Pflegedienste (Statistisches Bundesamt 2013, S. 10). Die sogenannten Rahmenempfehlungen regeln differenziert, wer welche Leistungen, die ein Arzt oder ein Krankenhaus verordnet hat, erbringen darf, welche *Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung* nötig sind, welche Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung gelten und wie die Vergütungen erfolgen (§ 132a SGB V, Abs. 1; GKV-Spitzenverband und Bundes-Spitzenorganisationen der Pflegedienste 2013). Dabei haben die Krankenkassen darauf zu achten, dass die *Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig* erbracht werden (§ 132a SGB V, Abs. 2).

Die Art der Leistungen des SGB V und deren Vergütung wird in den „Häusliche Krankenpflege-Richtlinien“ konkretisiert (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2014). Das SGB V ist neben kurzfristigen, pflegerischen oder haushaltsnahen Maßnahmen zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung vor allem die Grundlage für ärztlich verordnete pflegerische Leistungen wie beispielsweise Verbandswechsel, Injektionen und Kompressionsbehandlungen.

Beiden Sozialgesetzbüchern ist gemein, dass sie bereits Anforderungen sowohl an die Qualität wie auch an den wirtschaftlichen Aspekt der Leistungserbringung einschließlich der Prüfung dieser beinhalten. Die Details der Qualitätsanforderungen

werden im Kapitel 1.3.1 (Qualitätsentwicklung in ambulanten Pflegediensten) thematisiert.

Auch im Rahmen der Sozialhilfe (SGB XII) kann ein Pflegedienst Vereinbarungen mit den Trägern der Sozialhilfe treffen und pflegerische oder haushaltsnahe Leistungen erbringen. Im Jahr 2011 verfügten 7.602 der 12.349 ambulanten Pflegedienste (61,6 %) über einen solchen Leistungsvertrag (Statistisches Bundesamt 2013, S. 12). Voraussetzungen sind eine Vereinbarung über Inhalt, Umfang und *Qualität der Leistungen*, eine Vergütungsvereinbarung sowie eine Prüfungsvereinbarung zur Prüfung von *Wirtschaftlichkeit und Qualität* der Leistungen (§ 75 SGB XII, Abs. 3).

In diesen drei beschriebenen Leistungsbereichen liegen Preise vor, deren Vergütungshöhe zwischen den Kranken- und Pflegekassen einerseits und den Verbänden der Leistungserbringer oder mit einzelnen Leistungsanbietern andererseits ausgehandelt werden (vgl. Neubauer & Pfister 2007, S. 623). Im Allgemeinen setzen sich die meisten Vergütungs- bzw. Entgeltsysteme aus mindestens drei Komponenten zusammen: einer Mengenkomponekte, einer Wertkomponente und einer Ergänzungskomponente (Neubauer & Pfister 2007, S. 624f). Im Bereich der Pflegeversicherung werden die Leistungen in festgelegten Leistungskomplexen konkretisiert, deren Umfang mit einem Punktwert definiert wird (=Mengenkomponente), der die aktuelle Vergütung berechnen lässt (=Wertkomponente). Einen Zuschlag für besonders qualitativ hochwertige Leistungen (=Ergänzungskomponente) gibt es nicht. Bessere Pflegequalität wird nicht höher vergütet.

Aus Sicht der Pflegedienste soll die Pflegevergütung leistungsgerecht sein und dem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen (§ 89 Abs.1 Satz 3 SGB XI). Die Finanzierung ambulanter Pflege durch die Pflegeversicherung wird aber dennoch als zu gering angesehen: Aufgrund der fehlenden Dynamisierung an Preis- und Lohnsteigerung der Pflegeleistungen zwischen 1995 und 2008 wird der Realwertverlust auf rund 20 % geschätzt, der durch die darauffolgenden drei Dynamisierungsschritte nicht annähernd ausgeglichen wurde (Rothgang & Larisch 2014, S. 221f). Weitere pflegeökonomische Modellrechnungen zeigen, dass die (bereinigte) Arbeitsproduktivität je Pflegefachkraft in der stationären und ambulanten Langzeitpflege sehr überdurchschnittlich ist und als Zeichen für eine unzureichende Personalausstattung gewertet werden kann (Thiele 2004, S. 108).

Die aktuellen Gesetzesreformen beeinflussen ebenfalls die Finanzierung. Das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) sorgt seit Anfang 2015 dafür, dass Pflegebedürftige mehr Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wird Anfang 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das genannte NBA umgesetzt. Dies führt zu einem für alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu Pflegeleistungen, zu einer Ausweitung des Leistungsanspruchs und einer besseren sozialen Absicherung der Pflegepersonen (pflegende Angehörige). Diese Gesetze führen voraussichtlich auch zu einer erhöhten Nachfrage von niedrighschwelligem, haushaltsnahen und pflegerischen Leistungen. Seitens der Pflegedienste sind daher ein Mehraufwand und Mehrkosten für die Umsetzung der Veränderungen durch das PSG I und PSG II zu erwarten (Anpassung der EDV, Veränderungen in der Organisation, Beratung von Pflegebedürftigen, Schulung der Mitarbeiter). Steigenden Anforderungen und Ausgaben stehen allerdings gleichbleibende Vergütungen durch die Pflege- und Krankenversicherungen gegenüber.

Somit zeigt sich das Spannungsfeld zwischen dem Fachkräftemangel und dem durch Gesetzgeber und Versicherer regulierten, wettbewerbsorientierten Markt mit niedrigen Preisen in der Leistungsvergütung, der niedrige Löhne nach sich zieht. Die zwischen den Pflegediensten fast einheitlichen Leistungsvergütungen sind zwar zunächst einmal ein Argument gegen einen mit Einführung der Pflegeversicherung politisch gewünschten Wettbewerb zur Kostensenkung. Dennoch existieren unterschiedliche Wettbewerbsbereiche aus der Perspektive des Pflegedienstes, die im folgenden Kapitel detaillierter dargestellt werden.

1.2.4 Wettbewerbssituation

Die in Kap. 1.2.1 beschriebenen Zahlen zeigen eindrucksvoll das Ausmaß und die Bedeutung des Pflegemarktes. Wird der Pflegemarkt weitergehend aus gesundheitsökonomischer Perspektive betrachtet, stellen sich die Fragen, welche Arten von Wettbewerb zwischen welchen Akteuren stattfinden und welche Anreize für das jeweilige Verhalten am Markt vorliegen. Für den Pflegebereich bietet sich die Betrachtung von Preiswettbewerb (Kap. 1.2.4.1) und Qualitätswettbewerb (Kap.1.2.4.2) an. Dem Preiswettbewerb werden zwei wichtige Funktionen zugeordnet: einerseits „die Funktion der Finanzierung des Ressourcenverzehr der bedarfsnotwendigen Leistungsanbieter“, andererseits „die Funktion der Steuerung der knappen Ressourcen

hin zum effizientesten Unternehmen“ (Neubauer & Pfister 2007, S. 622). Die relevanten Akteure in dieser Betrachtung sind insbesondere die Pflegedienste selbst, die Kunden bzw. Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, dafür weniger die Kostenträger, da es in diesem Bereich keinen relevanten Kassenwettbewerb gibt (Rothgang & Larisch 2014, S. 228f). Aufgrund der oftmals regulierten Preise im Bereich des Gesundheitswesens werden diese in der Regel mit einem Qualitätswettbewerb der Leistungsanbieter um Patienten kombiniert (Neubauer & Pfister 2007, S. 623). Daher wird auch dieser nachfolgend für die ambulante Pflege in den Blick genommen.

1.2.4.1 Preiswettbewerb

Preiswettbewerb zwischen Pflegediensten

Wie im vorangestellten Kap. 1.2.3 beschrieben, ist die Preisbildung für ambulante Pflegeleistungen von den Kranken- und Pflegeversicherungen im Auftrag des Staates stark reguliert. Dahinter steht der Gedanke, dass Patienten insbesondere im Krankheitsfall den Markt nicht durchschauen und die Auswahl ihrer Leistungen nicht souverän treffen können (Neubauer & Pfister 2007, S. 621). Die allgemeine Zielrichtung staatlicher Regulierung ist, einheitliche Preise für einheitliche Leistung zu gewähren (Neubauer & Pfister 2007, S. 621). Dies betrifft sowohl Leistungen der Krankenversicherungen als auch Leistungen der Pflegeversicherungen. Aufgrund der Preisbildung als Ergebnis von Verhandlungen zwischen Pflege- und Krankenversicherern und Vertretern von Pflegediensten wie z.B. Pflegeverbänden kann es zu Preisunterschieden zwischen den Bundesländern, aber auch zwischen Trägerverbänden kommen (Holl-Manoharan & Rehbein 2009, S.196). Die Kranken- und Pflegekassen haben vor allem zwei Anreize, die Punktwerte bzw. Preise niedrig zu halten. Dies ist zum einen der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 70 SGB XI und § 71 SGB V), zum anderen der Wettbewerb um die Versicherten, die bei niedrigeren Preisen einen höheren Leistungsumfang für das Budget des jeweiligen Pflegestufenbudgets erhalten. Aus Sicht der Pflegeanbieter zeigt sich ein Interessenskonflikt im Verhandlungsprozess mit den Kassen (Holl-Manoharan & Rehbein 2009, S. 183). Auf der einen Seite besteht Interesse, möglichst hohe Punktwerte zu verhandeln, z.B. um höhere Löhne zahlen zu können. Auf der anderen Seite schrecken hohe Preise bzw. Punktwerte potentielle Kunden ab, weil sie von dem zugestandenen Budget der Pflegekasse weniger Leistungen einkaufen können bzw. bei Bezug von

Kombileistungen weniger Pflegegeld ausgezahlt wird. An niedrigen Punktwerten seien vor allem einige privat-gewerbliche Anbieter interessiert (Holl-Manoharan & Rehbein 2009, S. 183).

Da die Kassen mit jedem einzelnen Pflegedienst einen Versorgungsvertrag schließen, kann im Prinzip jeder einzelne Pflegedienst eigene Preise aushandeln (vgl. Kap. 1.2.3). Dies ist offenbar in Sachsen vorgekommen, wenn sich Pflegedienste keinem Pflegeverband angeschlossen hatten (Neumann 2014) und war z.B. auch in Niedersachsen ein gängiges Verfahren (Häusliche Pflege (Hrsg.) 2015). Einzelverträge sind sonst bei stark spezialisierten Pflegediensten z.B. im Bereich der Intensivpflege, Beatmung oder mit besonderen therapeutischen Schwerpunkten zu erwarten. Diese stehen aufgrund ihrer räumlichen Entfernung nicht miteinander in Konkurrenz. Statt der Einzelverträge sind jedoch eher Kollektivverträge üblich, sodass durch das Vertragswesen ein Preiswettbewerb nicht gefördert wird.

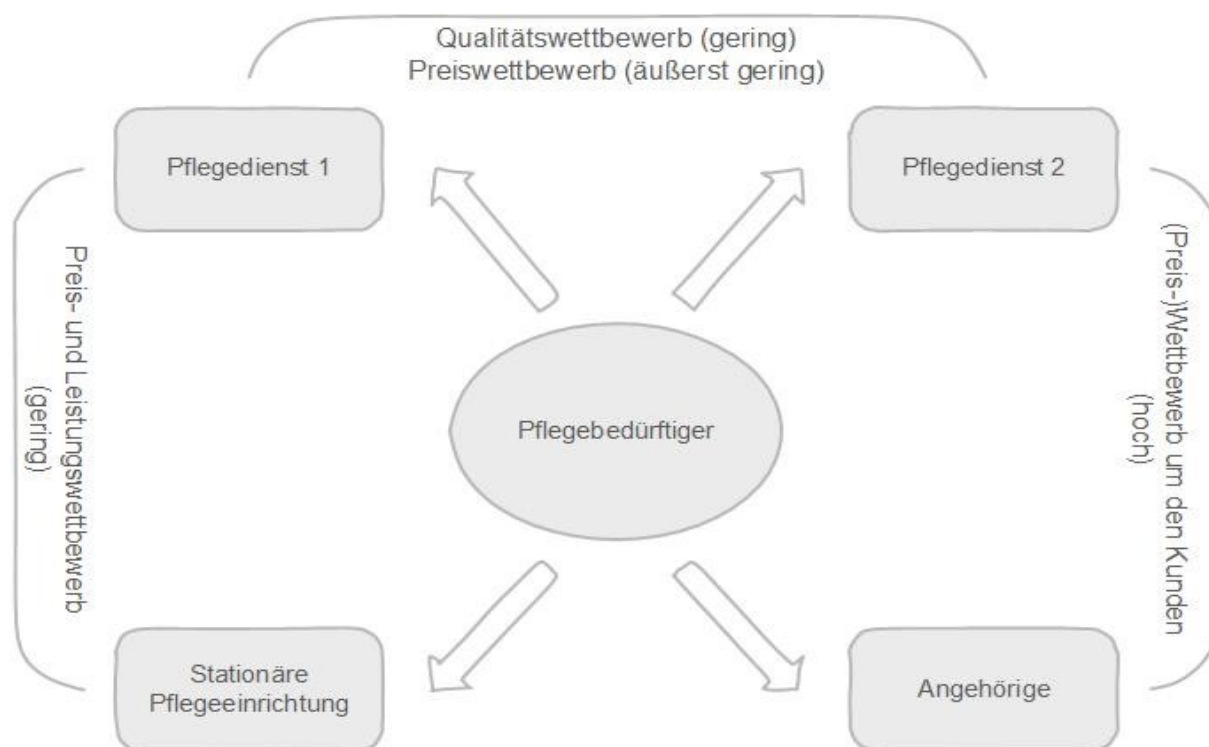
Abgesehen von den verhandelten Preisen zwischen Pflegeanbietern und Kassen existieren Bereiche, in denen Pflegedienste eigene Preise festsetzen und untereinander in den Preiswettbewerb treten können. Dies betrifft die Bereiche, in denen der Kunde oder Pflegebedürftige als Privatzahler auftritt und ein Interesse an niedrigen Preisen hat. Theoretisch denkbar wäre dies zum einen bei Leistungen der Pflegeversicherung, die über das Budget der Pflegestufe hinausgehen. Diese Preise orientieren sich allerdings an den von der Pflegekasse festgesetzten Preisen (Heiber & Nett 2006, S. 26), da der Pflegebedürftige für dieselbe Leistung desselben Pflegedienstes nicht unterschiedliche Preise bezahlt. Möglich wären freie Marktpreise allerdings für Leistungen, die nicht im Leistungskatalog verzeichnet sind wie Serviceleistungen (Arztrezept und Medikamente besorgen, „Hallo-wie geht`s“-Anruf, Schlüsselerhaltung) oder haushaltsnahe Dienste (Reinigen der Wohnung, Einkauf tätigen). Aufgrund der anhaltend knappen Finanzierung der Leistungen und dem geltenden Mindestlohn haben Pflegedienste allerdings wenig Spielraum, mit niedrigeren Preisen als ihre Konkurrenz in den Wettbewerb zu gehen (Kreutzer & Slotala 2012, S. 356ff; Slotala 2011, S. 185; Isfort, Weidner, Messner et al. 2004, S. 10). Auf der Ebene der Preise dürfte also nur ein geringer Wettbewerb zwischen den Pflegediensten vorzufinden sein (Abbildung 18).

Preiswettbewerb zwischen ambulantem und stationärem Bereich

Zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten kann eine Wettbewerbssituation entstehen, wenn es um die Entscheidung geht, ob ein Pflegebedürftiger ambulant oder stationär versorgt werden soll (Augurzky, Krolop, Mennicken et al. 2009). Dies betrifft eher die Pflegebedürftigen mit erhöhtem Pflegebedarf oder Situationen, bei denen es um „Kurzzeitpflege“ (§ 42 SGB XI), „Verhinderungspflege“ (§ 39 SGB XI) oder „Zusätzliche Betreuung“ (§ 45b SGB XI) geht, da dies sowohl von ambulanten als auch von (teil-)stationären Pflegeanbietern erbracht werden kann. Dabei kann es für den Pflegebedürftigen entscheidend sein, ob er für den festgelegten Vergütungsbetrag im ambulanten oder im stationären Bereich mehr Leistungen erhält und in welchem Versorgungssetting der ggf. zu zahlende Eigenanteil niedriger ausfällt.

Abgesehen von diesen Leistungsbereichen dürfte bei einer notwendigen pflegerischen Versorgung statt des Preises eher der Grad der Pflegebedürftigkeit und der Grad der möglichen Angehörigenpflege für die Wahl zwischen Pflegedienst und Pflegeheim ausschlaggebend sein. Der Preis- und Leistungswettbewerb zwischen diesen Versorgungsarten wird daher als gering eingeschätzt (Abbildung 18).

Abbildung 18: Wettbewerbssituation in ambulanten Pflegediensten



Quelle: Eigene Darstellung

Preiswettbewerb zwischen Pflegediensten und Angehörigen

Im Bereich der Pflegeversicherungsleistungen ist weniger der Preiswettbewerb entscheidend, sondern ein Wettbewerb der Pflegedienste um Verträge mit Pflegebedürftigen. Die Pflegeversicherung ist als Teilkasko-Versicherung mit Zuzahlungscharakter angelegt, bei der die privaten Haushalte nach der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung den drittgrößten Ausgabenanteil für Pflege leisten (vgl. Kap. 1.2.1.4; Abbildung 16). Der Pflegedienst steht dabei im Wettbewerb mit den pflegenden Angehörigen (Rothgang & Larisch 2014, S. 229; Halfar, Moos & Schellberg 2014, S. 48f). Im Rahmen der Pflegeversicherungsleistungen hat der Pflegebedürftige die Möglichkeit, entweder per Sachleistung professionelle Pflege des Pflegedienstes (oder des Pflegeheimes) in Anspruch zu nehmen oder von Angehörigen - per Pflegegeld finanziert - gepflegt zu werden. Nimmt der Pflegebedürftige den Pflegedienst in Anspruch, entgeht ihm (anteilig) das Pflegegeld (=Opportunitätskosten). Die wesentliche Mitfinanzierung von ambulanten Pflegeleistungen durch die Privathaushalte unabhängig vom Versicherungsstatus sowie das vorliegende Opportunitätskostenprinzip im Rahmen der Pflegeversicherungsleistungen ist als Besonderheit der Finanzierung ambulanter Pflege zu sehen.

Das derzeitige Preismodell könnte sich zukünftig verschieben. Steigt die Nachfrage nach professioneller Pflege stärker als das Angebot von pflegenden Personen (z.B. pflegende Angehörige), dürfte sich der derzeitige Preisdruck auf ambulante Pflegedienste verringern. Wartelisten und steigende Preise (zumindest für private Zuzahlungen) könnten der Fall werden (Augurzky et al. 2009). Gleichzeitig stehen die Pflegedienste um Fachkräfte in Konkurrenz, sodass möglicherweise mit steigenden Löhnen für Pflegefachkräfte zu rechnen sein könnte (Augurzky et al. 2009). Voraussetzung dafür wäre jedoch auch eine Anhebung der Vergütungen für Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung. Dies ist derzeit jedoch nicht abzusehen.

1.2.4.2 Qualitätswettbewerb

Ob ein Qualitätswettbewerb aktuell in der ambulanten Pflege stattfindet, ist nicht eindeutig. Nachfolgend wird aufgezeigt, welche Argumente für bzw. gegen einen Qualitätswettbewerb sprechen.

Argumente für den Qualitätswettbewerb

Wählt ein Kunde einen Pflegedienst aus, wird aus gesundheitsökonomischer Perspektive angenommen, dass er sich aufgrund desselben Preises und derselben Leistung (vgl. Kap. 1.1.2) für den Pflegedienst mit der besten Qualität entscheidet (zur Definition von Qualität siehe Kap. 1.3.1). Auch aufgrund der Eigenschaft pflegerischer Dienstleistungen, die in der privaten, geschützten Häuslichkeit und häufig sehr körpernah erbracht werden, ist davon auszugehen, dass sich ein Pflegebedürftiger bzw. seine Angehörigen zumindest in bildungsnahen, kleinbürgerlichen und gehobenen Milieus den Pflegedienst gut überlegt aussuchen (Heusinger 2006, S. 420f). Aber auch z.B. in Bezug auf Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz wünschen sich Angehörige direkt nach einer angemessenen Beschäftigung und Betreuung des Pflegebedürftigen gut ausgebildetes Personal (Gräbel, Römer & Donath 2009, S. 395). Häufig spielen Empfehlungen des Hausarztes, von Case-Managern in Kliniken, von Freunden oder Nachbarn eine Rolle (Roth 2001, S. 359). Die mittlerweile hohe Anzahl ambulanter Pflegedienste führt flächendeckend zu der Möglichkeit, zwischen mehreren Pflegediensten wählen zu können. Von den 402 bundesweiten (Land-)Kreisen und kreisfreien Städten gibt es keine mit weniger als vier Pflegediensten (eigene Berechnung mit Daten des BKK Dachverband (Hrsg.) 2014). Folglich können Pflegebedürftige durch die Auswahl des „besten“ Pflegedienstes einen regionalen Qualitätswettbewerb begünstigen.

Ein weiteres Argument für einen Qualitätswettbewerb liefert die Tatsache, dass - anders als in der stationären Langzeitpflege - in der ambulanten Pflege ein Wechsel zu einem anderen Pflegeanbieter durchaus problemlos möglich ist. Erbringt ein Pflegedienst nicht die (aus Kundensicht) geforderte Qualität, lässt sich der Vertrag schnell auflösen. Bei den zeitlich befristeten SGB V-Leistungen ist der Wechsel des Pflegedienstes sogar noch einfacher, weil keine Kündigung erforderlich ist. Hier muss der Pflegedienst gute Qualität erbringen, um die Wiederinanspruchnahme desselben Pflegedienstes durch den Kunden zu erreichen.

Stand zu Beginn der Pflegeversicherung für die Kunden der Preis im Vordergrund, muss heute das Preis-Leistungsverhältnis stimmen. Die Anbieter der Wohlfahrtsverbände geben an, sich „aufgrund ihrer durchschnittlich höheren Kostenstruktur insbesondere mit Qualitätsstrategien und innovativen Konzepten und Angeboten“ dem Wettbewerb verpflichtet zu fühlen (Schmidt 2010, S. 219). Auch sonst wird betont,

dass sich Pflegedienste mit der Qualität ihrer Leistungen von anderen Anbietern unterscheiden können und dies nach außen transparent machen sollen (Fröse 2014, S. 11; Görres, Roes, Mittnacht et al. 2006, S. 178).

Die Frage nach einem Qualitätswettbewerb stellt sich aber nicht nur aus der Kundenperspektive, sondern auch aus der Sicht der Pflegefachkräfte. Diese können in der Regel sehr gut einschätzen, ob ein Pflegedienst fachlich gute, fürsorglich zugewandte und gut organisierte Arbeit leistet. Insbesondere die Möglichkeit, das berufseigene Pflegeverständnis von guter Qualität der pflegerischen Arbeit umsetzen zu können, ist den Pflegekräften wichtig (Joost et al. 2009, S.13; Braun & Müller 2005, S. 136). Arbeitssuchende Pflegekräfte können das beste Arbeitgeber-Angebot auswählen. Vor dem Hintergrund einer steigenden Anzahl von Pflegebedürftigen und zunehmend fehlenden Pflegekräften treten die Pflegedienste in einen Qualitätswettbewerb um examiniertes Pflegepersonal (Wagner 2011, S.53f).

Die folgende Tabelle 4 fasst die Argumente für und gegen die Existenz eines Qualitätswettbewerbs zusammen:

Tabelle 4: Argumente für und gegen den Qualitätswettbewerb

pro	contra
Preis und Leistung gleich, Qualität als Unterscheidungsmerkmal	Kunden setzen eigene statt pflegefachlicher Qualitätskriterien
ambulante Pflege im privat-häuslichen Bereich erfordert qualitätsgeleitete Auswahl	geringe Qualitätstransparenz
Kunden wählen anhand von Empfehlungen durch Ärzte, Case Manager, Freunde, etc.	geringe Vergleichbarkeit der Pflegenoten
hohe Pflegedienst-Dichte bietet Auswahl	geringer Verbreitungs- und Bekanntheitsgrad von Zertifikaten
einfacher Wechsel möglich	Nachfrage nach Pflege z.T. höher als das Angebot (Fachkräftemangel)
Pflegekräfte suchen Dienste mit entsprechendem Qualitätsanspruch	Gesetzgeber setzt wenig Anreize für Qualitätswettbewerb
Angehörige wünschen gut ausgebildetes Personal	eingeschränkte Investitionsfähigkeit in Maßnahmen der Qualitätsentwicklung

Quelle: eigene Darstellung

Argumente gegen den Qualitätswettbewerb

Der Qualitätswettbewerb zwischen Pflegeanbietern wird derzeit als nicht ausgeprägt eingeschätzt, könnte zukünftig aber steigen, wenn Transparenz und Eigenanteil der Pflegebedürftigen wie vermutet zunehmen (Augurzky et al. 2009, S. 46 und S. 123). Für den geringen Qualitätswettbewerb sind verschiedene Ursachen wahrscheinlich:

Häufig wird genannt, dass der Pflegebedürftige die Qualität der pflegerischen Versorgung nicht einschätzen kann (Halfar 2010, S. 17; Neubauer & Pfister 2007, S. 621). Damit ist vor allem die fachliche Pflegequalität gemeint. Nach welchen Kriterien ein ambulanter Pflegedienst ausgewählt wird, ist in Deutschland wenig untersucht. Es scheint insbesondere die Integration professioneller Hilfen in die Lebensrealität der Pflegebedürftigen und deren Umfeld maßgeblich zu sein (Büscher & Schnepf 2011, S. 481). Die in älteren Studien identifizierten Mängel weisen darauf hin, dass insbesondere ein Wunsch nach Pünktlichkeit, einer festen und qualifizierten Pflegekraft, genügend Zeit, Freundlichkeit und einer korrekten Abrechnung der Leistungen besteht (Roth 2001, S. 96; Klie 1999, S. 19ff).

Für die Beurteilung der Qualität stehen dem Interessenten von Pflegeleistungen die Ergebnisse der im Internet veröffentlichten Qualitätsprüfungen (Pflegeroten) zur Verfügung, die einmal jährlich durch den MDK durchgeführt werden (vgl. vdek-Pflegelotse, BKK-Pflegefinder u.a.). Dieses Instrument steht jedoch stark in der öffentlichen Kritik. Auch die Wissenschaft bezweifelt die Aussagekraft dieser Ergebnisse (Sünderkamp et al. 2014, S. 322f; Weiß, Sünderkamp & Rothgang 2014, S. 100f; Panhorst & Möller 2013, S. 11; Brühl & Berger 2011, S. 526; Klie & Stoffer 2011; Bonato 2011, S. 59ff; Hasseler & Wolf-Ostermann 2010, S. 278-280). Sie werden zudem von den Pflegeverbänden (Caritas (Hrsg.) 2015; Diakonie RWL (Hrsg.) 2010; Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) 2015) und der Politik (Spahn 2015; Scharfenberg 2015; Laumann 2014) sehr infrage gestellt. Die Pflegeroten aus den Qualitätsprüfungen des MDK fallen insgesamt sehr gut aus bei geringer Streuung, sodass der Qualitätswettbewerb auf diesem Gebiet kaum stattfinden kann.

Eine ebenso umstrittene Aussagekraft haben Zertifikate für Pflegeeinrichtungen. Demnach bescheinigt ein Zertifikat keine hervorragende Dienstleistungsqualität, sondern lediglich das Vorliegen der Voraussetzungen für eine solche (Müller 2007, S. 664). Der Verbreitungsgrad von Gütesiegeln und Zertifizierungen ist in der ambulan-

ten Pflege als gering einzuschätzen. Im Jahr 2013 dürften rund 6,6 % der ambulanten Pflegedienste über eine Zertifizierung verfügen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) 2014, S. 41) und damit erstmals seit 2010 mit 9,8% zertifizierten Pflegediensten (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) 2012, S. 76) wieder einen rückläufigen Trend darstellen. Aus älteren Jahrgängen mit sehr kleinen Stichproben liegen mit 9,6% in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (Gerste & Schwinger 2004, S. 9) bzw. rund 4% in ambulanten Diensten (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) 2004, S. 32; Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) 2007, S. 41) eher Anhaltspunkte für den Verbreitungsgrad von Zertifizierungen vor. Das ZQP berichtet dagegen von 31,4 % der ambulanten Pflegeanbieter, die eines der zwanzig angegebenen Gütesiegel besäßen bzw. sich konkret darauf vorbereiteten (Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) 2011, S. 103). Der als gering einzuschätzende Verbreitungsgrad, die Vielzahl der Gütesiegel oder Zertifikate und die damit einhergehend unzureichende Vergleichbarkeit der Ergebnisse sind als weiteres Zeichen gegen einen vorhandenen Qualitätswettbewerb zu werten.

Außerdem komme der Qualitätswettbewerb kaum in Fahrt, weil Pflegebedürftige und Angehörige oft kaum für die erforderliche Pflege privat zuzahlen können oder wollen. Dann wäre der Pflegedienst im Vorteil, der das meiste für den Preis liefert (Kreutzer & Slotala 2012, S. 359; Slotala 2011, S. 183).

Ein oben genanntes Argument für den Qualitätswettbewerb ist, dass sich die Leistungen eines Pflegedienstes weder im Umfang noch in ihrem Preis unterscheiden und daher eher die Qualität den entscheidenden Unterschied für die Wahl eines Pflegedienstes ausmacht. Voraussetzung dafür wäre, dass nicht nur eine Auswahl zwischen verschiedenen Pflegediensten bestünde, sondern diese auch in der Lage wären, neue Kunden aufzunehmen. Der bestehende bzw. vorhergesagte Engpass an Pflegekräften (Bundesagentur für Arbeit 2014, S. 16; Rothgang, Müller, Unger et al. 2012, S. 23ff; Freiling 2011, S. 9-15; Augurzky et al. 2009, S. 121) wird phasenweise bereits von Pflegediensten berichtet, wenn die Nachfrage nach Pflegeleistungen höher ist als die verfügbare Arbeitskapazität von Pflegekräften. Auch regionale Unterschiede spielen hier eine Rolle (Rothgang et al. 2012, S. 57ff). Ist die Nachfrage

höher als das Angebot, bestünde für Pflegedienste keine Notwendigkeit, in einen Qualitätswettbewerb zu treten, da sie keine Probleme hätten, Kunden zu gewinnen.

Nicht zuletzt verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, von den Pflegediensten gleiche Leistung für den gleichen Preis bereitzustellen. Finanziell wird ein Pflegedienst auf Grundlage der Sozialgesetzgebung nicht belohnt, wenn er eine bessere Pflegequalität erbringt. Gerade weil ein Qualitätswettbewerb nicht unbedingt zu erwarten ist, werden zur Vermeidung der Unterschreitung eines gewissen Mindestmaßes an Qualität gesetzliche Qualitätsanforderungen aufgestellt und mit Qualitätsprüfungen kontrolliert. Die Unterschreitung der Qualitätsanforderungen kann jedoch mit dem Entzug des Versorgungsvertrages mit den Kassen belegt werden.

Schließlich geht es neben den Anreizen für einen Qualitätswettbewerb auch um die finanziellen Möglichkeiten, in die Qualität investieren zu können. Bei der gegebenen Leistungsfinanzierung stellt sich insbesondere bei kleinen Unternehmen die Frage nach deren Investitionsfähigkeit (Neubauer & Pfister 2007, S. 633). Seitens einiger Pflegeverbände wird konstatiert, dass seit 1998 die Steigerung der Vergütungen für Pflegeleistungen nicht ausreicht, um der Entwicklung der Kosten gerecht zu werden. Ihr stehen gestiegene Lohnkosten, gesetzliche Vorgaben (an Verwaltung und Qualität) und Sachkosten (z.B. Fuhrpark und Treibstoff) mit erhöhten Unternehmerrisiken gegenüber. Diese Situation hat zu massivem Druck auf die Löhne geführt (Martens, Novakovic & Zentgraf 2014, S. 5ff).

Zusammengefasst liegen einige Gründe vor, die für das Vorhandensein eines Qualitätswettbewerbs sprechen, aber auch einige Argumente gegen einen Qualitätswettbewerb. Dennoch dürfte ein nicht exakt definierbarer Qualitätswettbewerb eher vorzufinden sein als ein Preiswettbewerb, der sich – wenn überhaupt – nur in einem sehr begrenzten Leistungsgebiet vollzieht. Fraglich ist, ob die Anreize, gute pflegerische Qualität zu erbringen, hoch genug sind. Pflegebedürftige wünschen sich gut ausgebildetes, freundliches Personal, sind aber nicht bereit, höhere Preise zu zahlen. Gute pflegerische Qualität hat aber ihren Preis. Daher ist es gerechtfertigt, in dieser Arbeit die Investitionen in die Qualitätsentwicklung und ihre Auswirkung auf den Wettbewerb bzw. den Pflegemarkt zu betrachten.

1.3 Entwicklung des Forschungsrahmens

Ziel dieses Kapitels ist es, auf die in der Forschungsfrage enthaltenen Begriffe hinzuweisen und diese zu definieren. Dafür werden zunächst der aktuellen gesetzlichen und pflegfachlichen Anforderungen an die Qualitätsentwicklung skizziert (Kap. 1.3.1). Es folgt eine Auseinandersetzung zu der Thematik der Investitionen in die Qualitätsentwicklung (Kap. 1.3.2). Darauffolgend wird der Begriff des Unternehmenserfolgs über verschiedene Fachdisziplinen beleuchtet und seine Bedeutung und Messbarkeit für den Kontext ambulanter Pflegedienste hergeleitet (Kap. 1.3.3). Schließlich mündet die Darstellung des vermuteten Zusammenhangs von Investitionen in die Qualitätsentwicklung und dem Unternehmenserfolg in die konkreteren Forschungsfragen (Kap. 1.3.4).

1.3.1 Qualitätsentwicklung in ambulanten Pflegediensten

Insbesondere aufgrund der beschriebenen Gesetzesreformen, aber auch wegen des demografischen Wandels und der Finanzierung von Pflege ist das Thema Qualität mit seinen Definitionen, Konzepten, Instrumenten inklusive seiner Messbarkeit Dauerthema in der Öffentlichkeit, Politik und Pflege. Qualitätsaspekte unterscheiden sich z.B. darin, wessen Perspektive eingenommen wird, welches Wissen um die erreichbare Qualität vorherrscht und welches Ziel verfolgt wird (Frommelt, Roes, Schmidt et al. 2014, G 1200). Für Pflegedienste sind vor allem folgende zwei Orientierungspunkte für die Ausrichtung der Qualitätsentwicklung zu nennen, die nachfolgend weiter erläutert werden:

- 1) Die gesetzliche Perspektive: per Gesetz werden Anforderungen an eine Qualitätsentwicklung gestellt, die es im Rahmen des Versorgungsvertrags zu erfüllen gilt.
- 2) Die fachliche Perspektive: die Leitungen von Pflegediensten und die Pflegefachkräfte selbst berufen sich auf ihr Professionsverständnis, die professionseigenen Pflege-theorien und orientieren sich am pflegewissenschaftlichen Diskurs.

Aus diesen beiden resultiert letztlich die unternehmerische Entscheidung, welche Qualitätsziele in welchem Umfang unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Möglichkeiten des Pflegedienstes und unter Berücksichtigung der Kundenerwartungen angestrebt werden.

1.3.1.1 Gesetzliche Anforderungen an die Qualität der Pflege

Die gesetzlichen Anforderungen an die Qualitätsentwicklung der ambulanten Pflege sind vor allem im Fünften und Elften Sozialgesetzbuch (SGB V und SGB XI) manifestiert. Zunächst erfolgt die Beschreibung der Qualitätsanforderungen gemäß des SGB XI, gefolgt von denen des SGB V.

Mit Inkrafttreten der Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurde für die häusliche Pflege gemäß dem damaligen § 80 SGB XI eine Sicherung der Qualität vorgeschrieben, deren Ausgestaltung offen gelassen wurde. Seit dem 31.05.1996 hat der MDK das Prüfrecht, nach § 80 SGB XI die von der Selbstverwaltung selbstgetroffenen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung bei Bedarf zu prüfen, ohne die Ergebnisse zu veröffentlichen. Erst mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG), erlassen am 09.09.2001 (Bundesgesetzblatt I:2320) und 2002 in Kraft getreten, wurde die Einführung eines internen Qualitätsmanagements und die Erbringung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen zur Pflicht (bisher § 80, neu in §§ 112/113 SGB XI). Eine genaue Definition dazu blieb aus.

Seitdem werden die gesetzlichen Regelungen in der bundesdeutschen Sozialgesetzgebung fortlaufend aktualisiert und erweitert, zum Beispiel mit

- der Gesundheitsreform von 2007 (häusliche Pflege in Wohngemeinschaften),
- dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) von 2008 (Einführung Qualitätsprüfungen, Aufnahme des Themas Expertenstandards in das SGB XI, Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, Dynamisierung Pflegestufen),
- dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz von 2012 (Abrechnung nach Zeit, Leistungserhöhung für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz),
- dem Ersten Pflegestärkungsgesetz von 2014 und
- dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz von 2017.

Zumeist geht es dabei um Leistungserweiterungen für die Pflegebedürftigen. In Bezug auf seine Vorgaben an die Qualitätsentwicklung ambulanter Pflegedienste ist insbesondere das PfWG von 2008 hervorzuheben, auf dessen Einfluss weiter unten in diesem Kapitel Bezug genommen wird.

Der Gesetzgeber verfolgt mit den Vorgaben zur Qualitätsentwicklung vor allem zwei Ziele: erstens sollen Qualitätseinbußen vermieden werden, wenn Leistungen der Pflege aus Kostengründen eingespart werden. Zweitens soll die Pflege mit einer Bewertung der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen so gesichert werden, dass die Solidargemeinschaft keine unsachgemäßen Leistungen finanziert (Geraedts & Selbmann 2011, S. 599).

Gesetzliche Anforderungen im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI)

Die wichtigsten Regelungen zur Qualitätsentwicklung im *SGB XI* sind demnach, dass die Erbringung der Pflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft stattzufinden hat (§ 71 SGB XI) und sich der Pflegedienst zur Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (§ 72 SGB XI) und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 112 SGB XI) verpflichtet. Dazu gehört die Anwendung der (von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI noch zu beauftragenden) Expertenstandards (§ 113a SGB XI), die Mitwirkung bei den Qualitätsprüfungen (§ 114 SGB XI) einschließlich der Veröffentlichung der Prüfergebnisse (§ 115 SGB XI) und die Aushändigung eines Pflegevertrags mit den voraussichtlichen Kosten der Pflege an den Pflegbedürftigen (§ 120 SGB XI).

Die personelle Mindestausstattung ist nach § 75 SGB XI in den Rahmenverträgen zu regeln, die zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Pflegediensten (oder den Trägerverbänden) zu schließen sind. Diese und weitere Regelungen wurden als „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011“ per Schiedsspruch vereinbart (GKV-Spitzenverband, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände et al. 2011). Demnach muss die verantwortliche Pflegefachkraft einen Berufsabschluss in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, der Altenpflege oder Heilerziehungspflege sowie Berufserfahrung und eine Weiterbildung über mindestens 460 Stunden bzw. einen betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studienabschluss aufweisen (ebd. S. 7f). Die Pflegefachkraft ist dann verantwortlich für die Anwendung der Qualitätsmaßstäbe (ebd. S. 6) und den Einsatz der weiteren Pflegekräfte entsprechend ihrer Qualifikation. Dabei soll sich ihr Einsatz an

dem jeweiligen individuellen Pflege- bzw. Hilfebedarf orientieren (ebd. S. 6 und 8). Gleichzeitig soll die Pflege bedarfsgerecht und wirtschaftlich erbracht werden (ebd. S. 2). Werden Hilfskräfte und angelernte Kräfte eingesetzt, werden diese unter der fachlichen Anleitung der Fachkraft tätig (S.9). Insofern existiert keine gesetzlich vorgegebene Fachkraftquote wie in der Altenpflege. Stattdessen obliegt es der Pflegedienstleitung als verantwortlicher Pflegefachkraft, das Personal entsprechend seiner Qualifikation und der Erfordernisse der Pflegesituation einzusetzen.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) von 2008 hat die zuvor eher ungenauen Anforderungen an die Qualitätsentwicklung vor allem in zweifacher Weise deutlich konkretisiert. Erstens wurde die Erfüllung des *Expertenstandards* Mobilitätsförderung in § 113a SGB XI aufgenommen, der genau definiert, wie diese fachgerecht und nach aktuellem wissenschaftlichen Stand umzusetzen ist. Die anderen Expertenstandards des DNQP gelten als vorweggenommene Sachverständigengutachten und sind auch ohne explizite Aufnahme in das SGB XI sowohl sozialrechtlich als auch zivilrechtlich bindend, sofern sie auf wissenschaftlich aktuellem Stand sind (Theuerkauf 2014, S. 166).

Zweitens wurde der Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung ausgesprochen, ambulante Pflegetransparenzkriterien (PTVA) als Grundlage der *Qualitätsprüfungen* für mehr Verbrauchertransparenz zu entwickeln. In kurzer Entwicklungszeit wurden konsenshaft konkrete Qualitätsanforderungen vereinbart (GKV-Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband), Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, Vereinigungen der Träger der überörtlichen Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände 2009). Mit der seitdem jährlich regelhaften Prüfung aller Pflegedienste und der Veröffentlichung der Qualitätsprüfergebnisse wurde versucht, den Qualitätswettbewerb zu eröffnen. Durchgeführt werden diese Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Die Systematik und Aussagekraft der Pflegenoten wurde bereits vielfach kritisiert (z.B. Sünderkamp et al. 2014, S. 322f; Weiß et al. 2014, S. 100f; Panhorst & Möller 2013, S. 11; Brühl & Berger 2011, S. 526; vgl. Kap. 1.2.4.2).

Die wesentlichen Kritikpunkte sind, dass

- für das Prüfinstrumentarium kein Vorliegen wissenschaftlicher Gütekriterien wie Objektivität, Validität und Reliabilität nachgewiesen werden konnte,
- die Notenskala zu gute Ergebnisse begünstigt,
- Einrichtungen trotz schlechter Noten bei pflegerelevanten Qualitätskriterien eine gute Gesamtnote erzielen können,
- die Stichprobengröße und die Art ihrer Ziehung kein repräsentatives Qualitätsurteil ermöglicht,
- die Bewertung größtenteils auf Basis der Dokumentationsbewertung erfolgt und
- die Ergebnisqualität auf Seiten der Pflegebedürftigen nicht gemessen wird
- zahlreiche Prüfkriterien im ambulanten Bereich nicht geprüft werden und daher ein echter Vergleich von Pflegediensten untereinander wie auch im Zeitverlauf nicht möglich ist.

Selbst die MDKs schreiben im MDS-Qualitätsbericht, dass die Pflegenoten die tatsächliche Pflegequalität nicht abbilden (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) 2014, S. 76, S. 86, S. 105). Im Jahr 2014 wurde die Weiterentwicklung der stationären Prüfsystematik (PTVS) umgesetzt, die Weiterentwicklung der ambulanten Qualitätsprüfungen steht noch aus. Es gab eine Diskussion über die Abschaffung (Bonato 2011; Klie & Stoffer 2011) bzw. Aussetzung der Pflegenoten bis zu deren Neuentwicklung (Scharfenberg 2015; Laumann 2014). Stattdessen wird es ab 2018 ein neues, wissenschaftlich fundiertes Qualitätsprüfungsverfahren geben, das für die ambulante Pflege ein Jahr später umgesetzt wird. Für die Entwicklung der Prüfinstrumente wird ein Qualitätsausschuss eingesetzt, der aus Vertretern der Leistungsträger (v.a. Spitzenverband Bund der Pflegekassen) und der Leistungserbringer (v.a. Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene) besteht mit Beteiligung der Träger der Sozialhilfe, der kommunalen Spitzenverbände, eines Vertreters der Pflegeberufe, des MDK und eines Fürsprechers der Pflegebedürftigen. Dabei sollen explizit Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Ergebnis- und Lebensqualität entwickelt werden (Bundesgesetzblatt (Hrsg.) 2015, S. 2432ff.).

Trotz ihrer Problematik stellen die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen aktuell eine der wenigen umfangreichen Datenquellen und Vergleichsmöglichkeiten dar und wurden

bereits für Qualitätsvergleiche genutzt (Sünderkamp et al. 2014; Weiß et al. 2014; Rothgang et al. 2012; Augurzky, Mennicken, Röhrig et al. 2010).

Wie die Diskussion der Pflegetransparentzkriterien zeigt, wird allgemein zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach Donabedian (1966) unterschieden. Allerdings ist die Wirkungskette in Donabedians Modell, wonach gute Ergebnisqualität eine Folge guter Prozess- und Strukturqualität ist, in der häuslichen Pflege weder theoretisch erklärt noch empirisch belegt (Mittnacht 2009, S. 37; Görres, Hasseler & Mittnacht 2008, S. 6; Görres 1999, S. 180ff.). Die Forderungen nach Kriterien zur Erfassung der Ergebnisqualität und validen und reliablen Messinstrumenten sind nicht neu (Görres 2006, S. 29; Roth 2001, S. 94 und S. 345; Görres 1999, S. 235-241) und fehlen für die ambulante Pflege immer noch gänzlich. Es gibt jedoch erste Hinweise dazu, was Pflegefachkräfte ambulanter Pflegedienste als gutes Ergebnis ihrer Pflege einschätzen würden. Dazu gehören Ergebnisse aus den Themen:

- Kommunikation und soziale Beziehung,
- Gesunderhaltung, Risikoabwehr und Zustandsverbesserung
- erfolgreiche Durchführung geplanter Maßnahmen
- Kooperationsbereitschaft des Pflegebedürftigen
- Wohlbefinden des Pflegebedürftigen
- Erhalt oder Steigerung der Eigenaktivität und Motivation des Patienten (Wingenfeld & Schumacher 2013, S. 806).

Herausforderungen in der Bewertung und Messung der Pflegequalität bleiben grundsätzlich bestehen. Voraussetzung für die Bewertung ist, dass die Verbesserung des Zustandes des Pflegebedürftigen durch das Handeln oder Motivieren der Pflegekräfte eingetreten ist, obgleich der Pflegebedürftige an der Pflegeintervention zumeist beteiligt ist und den Erfolg mit beeinflusst. Darüber hinaus wird der Pflegebedürftige nicht nur von Pflegediensten, sondern zumeist auch intensiv von Angehörigen betreut, von denen die Ergebnisqualität der Pflege ebenso abhängt. Gleichzeitig spielt die gesundheitliche Ausgangslage des Pflegebedürftigen eine entscheidende Rolle, was die vergleichende Bewertung zwischen Pflegediensten (bisher) fast unmöglich macht (Wingenfeld & Schumacher 2013, S. 807). Diese Komponenten setzen die Anforderungen an die Qualitätsmessung in der ambulanten Pflege noch höher.

Gesetzliche Anforderungen im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V)

Das *Fünfte Sozialgesetzbuch* enthält deutlich weniger Anforderungen an die Qualität ambulanter Pflege. Demnach werden ambulante Pflegedienste – wie auch andere Dienstleister im Gesundheitswesen - zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der erbrachten Leistungen auf dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis verpflichtet (§ 135a SGB V). Außerdem wird nach § 132a SGB XI der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Abgabe von Rahmenempfehlungen zur Eignung der Leistungserbringer und zu Maßnahmen der Qualitätssicherung und Fortbildung aufgefordert. Diese regeln bisher vor allem die erforderliche fachliche Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihren Aufgabenbereich. Dabei hervorzuheben ist die „Erbringung der verordneten und genehmigten Leistungen nach den allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen“, was (nur) implizit Anforderungen an die Qualitätsentwicklung stellt (GKV-Spitzenverband und Bundes-Spitzenorganisationen der Pflegedienste 2013, S. 2). Der Landesvertrag z.B. für NRW oder der für Hessen regelt etwas genauer, unter welchen Bedingungen bestimmte behandlungspflegerische Aufgaben durch sonstige anerkannte Personen durchgeführt werden dürfen. Demnach können einige pflegerische Leistungen der sogenannten Leistungsgruppen 1 und 2 (z.B. Blutdruck- und Blutzuckermessung) von Hilfskräften (z.B. Arzthelfer/in, Kranken- oder Altenpflegehelfer/in) ausgeführt werden, wenn sie von einer ausgebildeten Fachkraft überwacht werden. „Sonstige geeignete Kräfte“ dürfen allerdings nicht mehr als 33 % der erbrachten Gesamtleistungen erbringen (Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW und die Landesverbände der Krankenkassen in NRW 2010, § 13 Abs. 2 f und in der Anlage 3; AOK, BKK, Knappschaft, IKK, Landwirtschaftliche Krankenkasse, VdAK, AEV, bad, bpa, Kasseler Bund, VDAB 2006, § 23 Absatz 3 und § 42 Absatz 1 und Anlage 2g; Cajetan, Danz-Volmer & Steffens 2012, S. 15f). Dabei bleibt die Entscheidung über den Umfang des Einsatzes von Fach- bzw. Hilfskräften und somit die Höhe der Fachkraftquote immer noch weitgehend der verantwortlichen Pflegefachkraft - in der Regel der Pflegedienstleitung - überlassen.

Welche Leistungen in welchem Umfang und unter welchen Bedingungen im Rahmen häuslicher Krankenpflege verordnet und genehmigt werden können, legt der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 92 SGB V in den Häusliche Krankenpflege-Richtlinien fest (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2014). Darin enthalten ist

das Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis), allerdings keine weitere Anforderung an die Qualitätsentwicklung.

Zusammengefasst wurden die gesetzlichen Regelungen zur Qualitätsentwicklung in den vergangenen Jahren erweitert und deutlich konkretisiert. Dies geschah sowohl auf Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen (Expertenstandards) als auch auf Basis von konsenshaften Entscheidungen. Zudem wurden Nachbesserungen vereinbart, sobald neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege dies erfordern (z.B. in Bezug auf die Qualitätsprüfungen). Gesetzlich wurden anstelle von Anreizen zur Erbringung einer hohen Qualität pflegerischer Leistungen eher Mindestanforderungen gesetzt. Eine der wenigen Ausnahmen bildet die Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen durch den MDK, die eine – wenn auch sehr eingeschränkte - Möglichkeit zum Qualitätswettbewerb eröffnet.

1.3.1.2 Pflegefachlicher Diskurs zur Qualitätsentwicklung im Bereich der ambulanten Pflege

Einige Anhaltspunkte zur Definition von Qualität, der Qualitätsmessung und den Qualitätszielen wurden im vorangehenden Abschnitt aufgeführt. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht wird konstatiert, dass die normative Qualitätsfrage im Gegensatz zu ethischen Aspekten der Qualität entsprechend den gesellschaftlichen Anforderungen in Interaktion mit pflegeprofessionellen Erkenntnissen einem stetigen Wandlungsprozess unterliegt (Mittnacht 2009, S. 24f). Aktuell sei für die häusliche Pflege keine einheitliche Definition des Qualitätsbegriffes vorliegend oder absehbar (Fröse 2014, S. 10; Mittnacht 2009, S. 27; Görres et al. 2008, S. 14). Eine aktuelle Definition für den Bereich Pflegemanagement aus dem jährlich aktualisierten „Management Handbuch Pflege“ lautet:

„Pflegequalität (in der direkten Pflege) gibt den Grad der Verwirklichung von pflegerischen Zielen an, die sich auf die Förderung bzw. Erhaltung von Selbstständigkeit und Wohlbefinden der Klienten beziehen und mit verantwortlichem zwischenmenschlichen Umgang und vertretbarem Einsatz von Mitteln angestrebt werden.“
(Frommelt et al. 2014 , A 2500, 5, Satz 101).

Sie zeigt dem ökonomischen Maximalprinzip folgend auf, mit gegebenen Mitteln einen möglichst großen Nutzen zu erreichen. Wenn bereits für die Pflegequalität konstatiert wird, dass ihr Ausmaß vom Umfang des möglichen Mitteleinsatzes abhängt, so betrifft dies nach Ansicht der Autorin auch die Qualitätsentwicklung.

Die Pflege-theoretikerin Jacqueline Fawcett kommt in ihrer Analyse von verschiedenen Pflege-theorien zu dem Schluss, dass die Qualitätsverbesserung („quality improvement“)

„eine von der Unternehmensleitung unterstützte, strukturierte Planung, Durchführung und Kontrolle von Maßnahmen ist, die der Verbesserung von Prozessen in der Pflege dienen, mit dem Ziel der Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Hilfe- und/oder Pflegebedarf nach dem aktuellen Stand der Pflegewissenschaft mit besonderem Fokus auf der Perspektive der Menschen mit Hilfe-/Pflegebedarf“ (frei übersetzt in Anlehnung an Fawcett 2014, S. 337).

Diese sehr umfassende Definition ist an optimaler Pflege ausgerichtet und unterlässt vermutlich bewusst die begrenzende ökonomische Perspektive, von der der Umfang der möglichen Pflege und der Qualitätsentwicklung mitbestimmt wird. Auch eine im deutschsprachigen Raum gängige Definition dazu lässt die ökonomische Komponente außen vor:

„Allgemein kann man Qualitätsmanagement als aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation im Hinblick auf die Erreichung und Sicherung von Qualität definieren. Qualität bezieht sich dabei sowohl auf die Produkte und Dienstleistungen als auch auf die internen Prozesse des Leistungserbringers. Alle Maßnahmen der Qualitätsplanung, -messung, -kontrolle und Qualitätsverbesserung gehören dabei zum Qualitätsmanagement. Dazu müssen die Qualitätsziele festgelegt und operationalisiert sowie die Verantwortlichen für die Qualität bestimmt werden.“ (Frommelt et al. 2014, Glossar)

Dabei wurde der ökonomische Aspekt schon früh von Williamson in Donabedians Qualitätsdefinition der „Übereinstimmung zwischen der tatsächlichen Pflege und den zuvor formulierten Kriterien“ ergänzt (Donabedian 1966). Demnach ist Qualität der Umfang des Erfolges, der unter optimalen Pflegeverhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist (Williamson 1982). Die Verantwortlichen der Pflege verschließen sich nicht vor einem effektiven und effizienten Einsatz der bereitgestell-

ten Ressourcen, solange es „Prioritätensetzungskonzepte für Situationen von Knappheit“ gibt, die sowohl fachlichen als auch ethischen Anforderungen genügen (Segmüller, Zegelin, Wagner et al. 2012, S. 31). Das ethische Dilemma bei der Verweigerung einer Leistung müsse „über etablierte transparente Verfahren“ aufgefangen werden (ebd.).

In den gesetzlichen Anforderungen an die Qualitätsentwicklung wurden bereits die Expertenstandards nach § 113a SGB XI erwähnt. Nach diesem Paragraphen können die Pflegekassen, die Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände und die Träger der Pflegeeinrichtungen die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und abgestimmter Expertenstandards beauftragen. Die Expertenstandards sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Die Kosten für die Entwicklung sind von den Pflegekassen zu tragen. Bisher fand dies einmalig im Rahmen des Expertenstandards Mobilitätsförderung statt. Die Expertenstandards nach dem SGB XI lehnen sich inhaltlich wie methodisch an die Nationalen Qualitätsstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an, die ebenfalls Expertenstandards genannt werden. Dabei gelten die DNQP-Expertenstandards als monodisziplinär und sektorenübergreifend, während die § 113a-Expertenstandards zwar potentiell multidisziplinär, aber in ihrer Reichweite ausschließlich für die ambulante und stationäre Langzeitpflege im Bereich des SGB XI angelegt sind (Schiemann & Moers 2014, S. 30; Theuerkauf 2014, S. 147).

Den DNQP-Expertenstandards liegt dabei eine andere Intention und Historie zugrunde. Diese wissenschaftsbasierten Standards entstanden letztlich aus einem Aufruf der WHO, effektive Verfahren zur Qualitätssicherung zu entwickeln. Auf bundesdeutscher Ebene beteiligten sich unter wissenschaftlicher Federführung des DNQP themenspezifische Expertengruppen an der unabhängigen, evidenzbasierten Entwicklung, Implementierung, Überprüfung und Aktualisierung der Expertenstandards, anfangs finanziell gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit (Schiemann & Moers 2011, S. 621f). Mittlerweile sind für acht zentrale, risikorelevante Themen evidenzbasierte Pflegestandards erarbeitet worden, die sehr weitreichende Anerkennung durch die Pflegeberufe, aber auch durch die Ärzteorganisation, andere Gesundheitsberufe und das Sozial- und Haftungsrecht erfahren (Schiemann & Moers 2014, S. 30; Schiemann & Moers 2011, S. 622). Außerdem ist die Verknüpfung mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren geplant (Schiemann 2014, S. 25; Schie-

mann & Moers 2011, S. 623). Relativ neu ist die Entwicklung von Verbraucherversionen dieser Expertenstandards, sodass Transparenz zu den Nutzern von Gesundheitsleistungen hergestellt wird und diese unmittelbar von der geforderten Qualität, deren Überprüfung und Einforderung profitieren können (Verbraucherzentrale Bundesverband (Hrsg.) 2012).

Für die pflegerischen Bereiche, in denen solch eine detaillierte Konsensfindung (noch) nicht möglich ist, bietet zumindest die Pflege-Charta acht verbindliche Artikel zu den Rechten hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) 2014). Sie wurde von Vertretern aus allen Bereichen der Pflege und der Selbsthilfe erarbeitet, beschreibt z.B. das Recht auf Selbstbestimmung und Privatheit, ist mittlerweile in verschiedene Gesetze eingeflossen und wird durch Pflege-Organisationen und Verbände verbreitet.

Das aktuelle Krankenpflegegesetz für Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger enthält als Ausbildungsziel im Rahmen der Qualitätsentwicklung die Evaluation der Pflege sowie die Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege (§3, Abs.2 KrPflG, Bundesgesetzblatt 2003, Teil I Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 21. Juli 2003) und verweist damit darauf, dass die Ausgestaltung und Umsetzung von Qualitätsentwicklung dem Pflegeberuf zugeschrieben wird.

Darüber hinaus existieren mittlerweile einige Berufsordnungen für Pflegefachkräfte (zumeist für Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger). Als übergeordnet dürfte die Rahmenberufsordnung des Deutschen Pflegerates (DPR) als Aktualisierung der Berufsordnung des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) von 1992 gelten (Deutscher Pflegerat e.V. (Hrsg.) 2004). Sie enthält die eigenverantwortliche Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege durch Pflegekräfte (ebd., S. 5) verbunden mit der Verantwortung, die eigene Qualifikation dem jeweils aktuellen Wissensstand anzupassen und der Verpflichtung der professionell Pflegenden zur „Freiwilligen Registrierung“. Leicht unterschiedliche Nuancen enthalten die Berufsordnungen auf Länderebene wie z.B. in Rheinland-Pfalz (Dachverband der Pflegeorganisationen Rheinland-Pfalz (DPO) 09.07.2015), Sachsen (Sächsischer Pflegerat (Hrsg.) 2013, S.6) oder Bremen (Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit und Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen 2011). Damit wurden erste, rechtlich verbindliche Anfor-

derungen beschrieben, ohne allerdings zu sehr in die konkrete Ausgestaltung zu gehen.

Dennoch hat die Qualitätsentwicklung in den vergangenen Jahren eine deutliche Entwicklung vollzogen. Im Jahr 2001 kommt Roth in seiner Befragung zu dem Schluss, dass der Prozess der internen Qualitätssicherung noch in den Anfängen steht (Roth 2001, S. 173). Für die institutionell geprägte Qualitätsentwicklung in Einrichtungen der Rehabilitation kommt Iseringhausen in seiner quantitativ-qualitativen Studie mit Daten von 1998-2001 zu dem Ergebnis, dass das Qualitätsmanagement mit Zufriedenheitsbefragungen oder Qualitätszirkeln eher symbolischen Charakter habe, da die Ergebnisse nicht für Veränderungsprozesse in der Organisation eingesetzt würden (Iseringhausen 2007, S. 371). Die Einführung des Qualitätsmanagements fand seiner Analyse zufolge aus drei verschiedenen Gründen statt: erstens aus dem Gedanken der professionellen Selbststeuerung der Mediziner, die damit Zielvorgaben erstellen konnten. Zweitens sollte eine am Interesse der Kostenträger ausgerichtete Qualitätsentwicklung die Kontrolle über das organisationale Handeln ermöglichen und drittens sollte sie Rationalitätsauffassungen des Managements unterstützen und die Mitarbeiter motivieren, die Prozesse der Leistungserstellung permanent im Kundeninteresse zu optimieren (ebd., S. 368f). Auch im Jahr 2006 scheint das Qualitätsmanagement noch nicht als selbstverständlicher Aspekt professionellen Handelns gesehen zu werden (Görres et al. 2006, S. 25). Dennoch sind insbesondere die freien Träger der Wohlfahrtsverbände sehr aktiv, eigene Qualitätsmanagementsysteme zu entwickeln, die sich an den gängigen Verfahren nach DIN EN ISO 9000ff, der European Foundation for Quality Management (EFQM) oder am Total Quality Management (TQM) orientieren (Görres et al. 2006, S. 28).

Mit zunehmender Professionalisierung der Pflegeberufe und durch die mit jeder Pflegereform konkreter werdenden gesetzlichen Forderungen hat die Qualitätsentwicklung in den letzten Jahren einen deutlichen Entwicklungsschub erfahren (Moers, Schiemann & Büscher 2014, S. 11 und 18; Fröse 2014, S.8). Qualitätsentwicklung vollzieht sich nicht mehr „nebenbei“, sondern hat einen zentralen Stellenwert im Pflegeunternehmen erhalten (Fröse 2014, S.8). Mit der systematischen Durchführung von Qualitätsprüfungen, vergleichenden Berichten und der beratenden Funktion des MDK steht mittlerweile ein System zur Verfügung, das auf einheitliche Interpretation und Auslegung von gemeinsam ausgehandelten (statt empirisch erarbeiteten) Quali-

tätsanforderungen achtet (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) 2014, S. 16 und Angaben über die Beratungsangebote der Länder-MDKen im Anhang).

Abschließend bleibt festzustellen, dass für die meisten Maßnahmen der Qualitätsentwicklung in Deutschland stets konkreter werdende gesetzliche und pflegfachliche Vorgaben bestehen. Methodisch zuverlässige empirische Forschungen über ihre Wirkung (Hasseler 2014, S. 81; Mittnacht 2009, S. 39ff; Iseringhausen 2007, S.47; Roth 2007, S. 42f) fehlen weiterhin.

1.3.2 Investitionen in die Qualitätsentwicklung

Dieser Abschnitt zielt darauf ab, die Investitionen in die Qualitätsentwicklung zu definieren und die bisherigen Erkenntnisse über deren Zusammenhänge mit anderen Variablen darzustellen. Mithilfe von Studienergebnissen werden Gründe aufgeführt, warum sich Investitionen in die Qualitätsentwicklung lohnen können (Kap. 1.3.2.1), welche Grenzen der Investitionsmöglichkeiten vorzufinden sind (Kap. 1.3.2.2), welche Zusammenhänge zwischen Qualitätsinvestitionen und struktureller Merkmale von Pflegeeinrichtungen beschrieben wurden (Kap. 1.3.2.3) und welche Variablen für die Studien im Rahmen der Forschungsfrage dieser Arbeit zugrunde gelegt werden können (Kap. 1.3.2.4).

Mit den Investitionen in die Qualitätsentwicklung sind alle finanziellen oder nicht finanziellen Mittel gemeint, die für die Qualitätsentwicklung aufgebracht werden. Eine kaufmännische Definition für den Pflegebereich besagt, dass die Umsetzung eines Dienstleistungsprozesses die Kombination der Produktionsfaktoren Kapital, menschliche Arbeitskraft und sächliche Ausstattung benötigt, um das Betriebsziel zu erreichen (Gareis 2007, S. 27). Da im ambulanten Pflegebereich von einer hohen Personalkostenquote von über 80 % auszugehen ist (Heiber & Nett 2006, S. 18), stehen die Arbeitszeit bzw. die Kosten der Arbeit im Vordergrund, während die sächliche Ausstattung bei den Investitionen in den Hintergrund tritt. Auch laut Branchenreport der Sparkassen bilden die Personalkosten aufgrund der hohen Dienstleistungsintensität mit 65,5% des Umsatzes den größten Kostenblock, während sonstige Kosten wie der Fuhrpark oder die EDV (17,3 %), Raumkosten (3,4 %) und Abschreibungen (2,0 %) einen niedrigen Anteil des Umsatzes ausmachen (Sparkassen-Finanzgruppe 2014, S. 3 und 14f). Investitionen in die Qualitätsentwicklung sind daher vor allem als

Investitionen in das Personal und seine Tätigkeiten im Rahmen der Qualitätsentwicklung zu sehen. Dabei obliegt die Entscheidung über Art und Umfang der Investitionen den Führungskräften ambulanter Pflegedienste (Gareis 2007, S. 27).

1.3.2.1 Gute Gründe für Investitionen in die Qualitätsentwicklung

Ungeachtet dessen, wie konkret in die Qualitätsentwicklung bzw. in welche Maßnahmen investiert werden kann, werden nachfolgend themenverwandte Studien und ihre Ergebnisse aufgezeigt, um sich dem Thema der Qualitätsinvestitionen zu nähern.

Die Bedeutung der Führungsqualität für den Erfolg des Pflegedienstes in Bezug auf die Personalbindung und –zufriedenheit ist besonders wichtig, auch vor dem Hintergrund, dass im Pflegebereich eine höhere Fluktuation und ein häufigerer Berufsausstieg als in anderen Dienstleistungsbereichen zu sehen ist (Halfar et al. 2014, S. 25ff; Neumann & Klewer 2008, S. 15; Hasselhorn et al. 2005, S. 138). Die Studien beschreiben, dass die Führungsqualität der Pflegeleitung positiv mit der Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten korreliert und mit deren affektiver Bindung an die Einrichtung assoziiert. Die Führungsqualität korreliert außerdem positiv mit den Leistungen der Einrichtung und der Zufriedenheit der Patienten (Hasselhorn et al. 2005, S. 44). Dagegen korreliert sie negativ mit der Absicht, den Beruf zu verlassen (Hasselhorn et al. 2005, S. 36).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Joost et al (2009). Positive Arbeitsbedingungen hängen wesentlich vom Handeln und der Qualifikation der Führungskräfte und von der Umsetzung vorhandener Managementkonzepte, Personal- und Organisationsentwicklung und modernsten Pflorgetechniken ab. Qualifizierungen von Führungskräften auf allen Ebenen können die Anwendung dieser Konzepte zur Bindung von Mitarbeitern unterstützen. Gute Voraussetzungen für lange Beschäftigungszeiten und Berufsverläufe sind bei einer mitarbeiterorientierten Gestaltung der Arbeitsbedingungen gegeben. Wichtige Ansatzpunkte für die Vermeidung bzw. Verkürzung von Unterbrechungszeiten sind eine stärkere Partizipation der Altenpfleger an Entscheidungen sowie eine Verbesserung der Kommunikationsprozesse im Arbeitsalltag (Joost et al. 2009, S. 13). Diese Maßnahmen, z.B. die Zeiten und Kosten für Kommunikationsprozesse, können als Investitionen in die Qualitätsentwicklung gesehen werden.

Pflegedienste in Mecklenburg-Vorpommern nennen bezüglich der Investition in die Qualitätsentwicklung unzureichende Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter, unzureichende Entlohnung der Mitarbeiter (aufgrund des geringen Vergütungsniveaus der Kassenleistungen) und den zu hohen Dokumentationsaufwand als Gründe für den Fachkräftemangel (Götz, Bellmann, Bullmann et al. 2012, S. 7).

Studien aus dem Krankenhaussektor und der Pflegeheime bieten weitere Anhaltspunkte für die Wirkung von Investitionen in die Qualitätsentwicklung. Dort wird das Phänomen der „nicht mehr kompensierbaren Arbeitsspitzen“ genannt, aufgrund derer die Pflegekräfte die Pflegeleistungen nach eigenen Priorisierungen rationieren, wie z.B. bei der Körperpflege, der Aktivierung und Mobilisation oder der Kommunikation (Braun et al 2014, S. 81ff). Dies wird auf die Personalkürzungen als Zeichen unzureichender Investitionen und gleichzeitiger Arbeitsverdichtung im Pflegebereich der vergangenen Jahre zurückgeführt.

Nicht nur die Anzahl der Pflegekräfte, sondern auch die Personalzusammensetzung spielt für die Qualitätsentwicklung eine wichtige Rolle. Die Investition in qualifiziertes und erfahrenes Personal bringt derselben Studie zufolge höhere Ergebnisqualität hervor (Braun et al. 2014, S. 99).

Eine groß angelegte amerikanische Studie untersuchte den Zusammenhang von Personalausstattung (nurse-to-patient ratio), Arbeitsbedingungen und Bildung des Personals auf die Mortalität der Patienten in Krankenhäusern anhand von über 100.000 von Pflegekräften ausgefüllten Fragebögen und Daten von mehr als einer Million Patienten. Bessere Personalausstattung, bessere Arbeitsbedingungen und besser ausgebildetes Pflegepersonal stehen demnach in starkem Zusammenhang mit besseren Patienten-Outcomes (Aiken, Cimiotti, Sloane et al. 2011, S. 7). Verbessern sich die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte, steigt die Arbeitszufriedenheit und sinkt das Vorkommen von Burn-out sowie der vorzeitige Berufsausstieg (Kutney-Lee, Wu, Sloane et al. 2013, S. 195). Daraus ließe sich vermuten, dass die Höhe der Investitionen in zusätzliches und besser qualifiziertes Personal eine positive Auswirkung auf die Patientenzufriedenheit und somit auf das Unternehmen Krankenhaus zeigen könnte.

In einer chinesischen Studie mit ähnlichem Design wurden 9688 Krankenpfleger bzw. Krankenschwestern und 5786 Patienten zum Zusammenhang von Arbeitsbedingun-

gen und Patienten-Outcomes in Krankenhäusern befragt. Neben dem Zusammenhang von guten Arbeitsbedingungen und gut eingeschätzter Patientensicherheit einerseits und niedrigerer Burn-out-Rate, höherer Arbeitszufriedenheit und Patientenzufriedenheit andererseits wurde festgestellt, dass ein höherer Bildungsgrad (Abitur) der Pflegekräfte ebenfalls deutlich in positivem Zusammenhang mit Patientenzufriedenheit und Patienten-Outcomes steht (You, Aiken, Sloane et al. 2013, S. 154).

In diesen international größten und bedeutendsten Studien zum Verhältnis von Personalausstattung in der Pflege (als Parameter der Qualitätsinvestition) und dem Ergebnis der Pflege am Patienten, wurde in Krankenhaus-Studien häufig die nurse-patient ratio gewählt (Coetzee, Klopper, Ellis et al. 2013, S. 162; You et al. 2013, S. 156; Aiken et al. 2011, S. 1048; Aiken, Clarke, Sloane et al. 2008, S. 224). Mit der Wahl des Personals je Patient sollte dem Fakt Rechnung getragen werden, dass die Pflege auch im Krankenhaus den höchsten Kostenanteil ausmacht (Aiken et al. 2011, S. 1048). Für die Ergebnisqualität wurden in diesen Studien Parameter wie z.B. die Überlebensrate von Patienten genutzt.

Klare Worte findet auch Isfort in seiner Befragung zur Versorgung an Demenz erkrankten Personen in Krankenhäusern. Strukturelle und finanzielle Barrieren sowie unzureichende Rahmenbedingungen bei unzureichender Personalausstattung gehen demnach mit steigenden Risiken und deutlichen Mängeln in der Patientenversorgung und –betreuung einher (Isfort 2014, S. 73). Fehlende Investitionen in die Qualität und Quantität des Personals treten mit deutlich vermehrtem Auftreten von freiheitseinschränkenden Maßnahmen und gestiegenen Risiken von Harnröhrenverletzungen auf (ebd. S. 78). Allerdings basieren diese Ergebnisse auf den subjektiven Erfahrungen der Befragten und wurden nicht durch eine Vor-Ort-Untersuchung verifiziert.

Im Bereich der Pflegeheime werden auf Basis eines Forschungsüberblicks Qualifizierung, Arbeitsorganisation, Personaleinsatz und Unternehmenskultur als entscheidend für den Beschäftigungserhalt und insbesondere die Personalpolitik als Wettbewerbs- und Erfolgsfaktor für Unternehmen eingeschätzt (Freiling 2011, S.14). Zudem wird die gesundheitsökonomische Betrachtung einschließlich der Nutzenbewertung von Investitionen gefordert (Wolke 2011, S. 33). Für den Expertenstandard „Förderung der Harninkontinenz“ wird beispielhaft gezeigt, dass der Nutzen der eingeführten Maßnahmen die Investitionen der Ein- und Durchführung des Standards deutlich übersteigt (Wolke 2011, S. 32).

In einer Studie über Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen finden sich leichte Hinweise, dass höhere Pflegesätze, bessere Personalausstattung und eine bessere Bezahlung des Personals mit einer besseren Struktur- und Prozessqualität einhergehen (Augurzky, Borchert, Deppisch et al. 2007, S. 125). Dieser Zusammenhang zwischen Preisen und Qualität wird in Rheinland-Pfalz mit einer kleineren Stichprobe nicht gefunden (Augurzky et al 2010, S. 297). In 2011 dagegen findet sich ein klarer, wenn auch kleiner, statistisch signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Preisniveau eines Heimes und den Pflegenoten. Demnach bieten teure Heime eine bessere Qualität (Augurzky et al 2011, S. 47).

Die Durchführung dieser Studien erfolgte vor allem infolge der Ökonomisierung der Pflege. Dabei wurden Arbeitsprozesse in hohem Maße normiert und standardisiert. Die neuen Managementkonzepte sind auf Rationalisierung und Kostensenkung ausgelegt und fördern gemeinsam mit den gestiegenen Qualitätsstandards und Ansprüchen resultierend aus den Professionalisierungstendenzen des Pflegeberufs das Spannungsfeld praktischer Pflegearbeit. Dabei entstehen Mängel in der elementaren Versorgung und Vernachlässigung der seelischen und sozialen Aspekte der Pflegebedürftigen (Auth 2013, S. 419).

Eingerahmt werden diese Studienergebnisse von der Aussage Menningers, dass die „Wettbewerbsfähigkeit im Sozialmarkt (...) dauerhaft nicht durch Kostensenkung erreicht (wird)“. Stattdessen müsse die Sicherung von Leistungs- und Qualitätsstandards im Vordergrund stehen, um dem Fachkräftemangel zu begegnen (Menninger 2010, S. 144).

Zwar werden Instrumente der Qualitätsentwicklung eingesetzt, um frühzeitig systematische Fehler oder Probleme zu erkennen und zu vermeiden, um unnötige Personal- und Sachkosten zu reduzieren und um die Kundenzufriedenheit wie auch die Mitarbeiterzufriedenheit zu steigern (Fröse 2014, S. 14). Dennoch konstatiert Lin in ihrer Metastudie, dass es an gründlicher Untersuchung des Kausalzusammenhangs zwischen Personalausstattung und Pflegequalität in Pflegeheimen fehlt, was ihrer Untersuchung nach zu einer Unterschätzung des Effekts von Personalausstattung auf Pflegequalität führt. Ob eine realisierte Erhöhung der Pflegequalität kosteneffektiv ist und inwieweit Fachkraftquoten die finanzielle Situation von Pflegeheimen betrifft, wird als Forschungsbedarf deklariert (Lin 2014).

Gleichzeitig muss das Evidenzniveau der aufgeführten Studienergebnisse hinterfragt werden. Die beschriebenen Zusammenhänge wurden zwar festgestellt, jedoch rekurren die meisten Studien auf das Qualitätsmodell von Donabedian (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität). Das Modell wie auch die Studien schließen von der Struktur- bzw. Prozessqualität auf die Ergebnisqualität. Dass der Schluss von der Wirkung der Struktur- bzw. Prozessqualität auf die Ergebnisqualität gezogen werden darf, ist jedoch nicht nachgewiesen und gilt als Kritikpunkt an Donabedians Modell (Mittnacht 2009, S. 37; Görres et al. 2008, S. 6 und 13f; Görres 1999, S. 180ff).

Zusammengefasst werden Investitionen in die Qualität durchweg gefordert, als Führungsaufgabe deklariert und in den Zusammenhang zum Unternehmenserfolg unterschiedlicher Art gesetzt. Die Entscheidung über Art und Umfang der Investitionen in die Qualität betrifft die Führung ambulanter Pflegedienste noch unmittelbarer als die Führungskräfte von Institutionen. Während in Altenheimen und Krankenhäusern häufig mehrere Führungsebenen bestehen (niedrige, mittlere, hohe Ebene) und sich die Investitionsentscheidungen zwischen diesen Führungsebenen aufteilen, liegt die Entscheidungsverantwortung in ambulanten Diensten je nach Organisationsform und Trägerschaft zu allermeist bei den Pflegedienstleitungen oder Geschäftsführern, die bei den privaten Pflegediensten häufig auch die Inhaber des Dienstes sind. Insofern können Art und Höhe der Qualitätsinvestitionen als unmittelbare Führungsentscheidung gewertet werden und lassen einen engen Zusammenhang mit dem Unternehmenserfolg vermuten.

1.3.2.2 Grenzen der Investitionsmöglichkeit

Die Erkenntnis, dass die Investition in die Qualitätsentwicklung z.B. im Rahmen der Fachkraftgewinnung und -bindung sinnvoll ist, geht nicht unbedingt einher mit der Fähigkeit, in die Qualitätsentwicklung zu investieren. Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass Begrenzungen im Finanzspielraum vorliegen. Investitionen unterliegen dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit, während der Nutzen der Investition dem Grundsatz der Marktfähigkeit unterliegt (Gareis 2007, S. 27).

Bereits im Jahr 2004 sahen sich 86 % der Pflegedienste in absehbarer Zeit in ihrer unternehmerischen Existenz gefährdet (Isfort et al. 2004, S. 10). Dies hat enorme Anstrengungen der Pflegedienste nach sich gezogen, Arbeitsabläufe permanent mit betriebswirtschaftlichen Methoden effizienter zu gestalten (Slotala 2011, S. 187).

Pflegekräfte sehen die Existenz der Pflegedienste unter den gegenwärtigen Bedingungen mit enormem Kosten- und Konkurrenzdruck immer noch als bedroht an (Kreutzer & Slotala 2012, S. 356).

Mittlerweile scheinen die Effizienzgrenzen erreicht zu sein. Pflegedienste sind gezwungen, weitere Kostensenkungen bei den direkten Personalkosten durch gezielten Personalabbau, Gehaltssenkung oder Dequalifizierung vorzunehmen (Slotala 2011, S. 185). Andere Pflegekräfte versuchen, den ethischen Konflikt zwischen den notwendigen und finanziell begrenzten Leistungen durch „Strategien der Unterwanderung ökonomischer Zwänge“ zu lösen, indem sie unbezahlte Überstunden leisten (Kreutzer & Slotala 2012, S. 359).

Aspekte der als förderlich geltenden Arbeitsbedingungen sind vor allem dann zu finden, wenn sie im Rahmen der MDK-Qualitätsprüfung abgefragt werden (z.B. Fort- und Weiterbildungen). Zusätzliche Maßnahmen der Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die die Mitarbeiter wertschätzen, finden sich nur, wenn sie keinen zusätzlichen Kostenfaktor darstellen. Das begründet vermutlich auch die seltene Beteiligung an Kinderbetreuungskosten. Fort- und Weiterbildungen werden aufgrund der gesetzlichen Vorgaben gestaltet, weniger anhand der Mitarbeiterbelange (Neumann, Klewer & Kugler 2015).

Der Investition in die Qualitätsentwicklung sind auch dann Grenzen gesetzt, wenn Patienten bzw. Pflegekunden keine bessere Qualität wollen. Dies betrifft scheinbar bevorzugt ein bestimmtes Milieu, das von sozialer Ungleichheit, geringen finanziellen Mitteln und geringem Bildungsgrad geprägt ist (Möller, Osterfeld & Büscher 2013, S. 313f). Offenbar fällt es Pflegekräften schwer zu akzeptieren, wenn Pflegebedürftige nicht ausreichend finanzielle Mittel für pflegerische oder haushaltsnahe Dienstleistungen bereitstellen wollen (Möller et al. 2013, S. 316; Slotala 2011, S. 183; Kreutzer & Slotala 2012, S. 359).

1.3.2.3 Auswirkungen struktureller Unterschiede

In der Literatur wird häufig ein Einfluss von Größe oder Trägerschaft auf die Qualitätsinvestitionen oder den Unternehmenserfolg beschrieben.

Bezogen auf die Größe gibt es Hinweise, dass erhöhte Investitionen in die Qualitätsentwicklung notwendig sind, da junge (kleine) Unternehmen erst Strukturen, Prozes-

se und Systeme aufbauen und für sich ausrichten (Kollmann, Herr & Kuckertz 2008). Die Größe des Pflegedienstes wirkt sich auch auf mehrere Belastungsmerkmale aus. Sowohl die allgemeine „quantitative Arbeitsbelastung“ als auch die pflegespezifische Arbeitsbelastung werden in kleineren Betrieben (1-10 Mitarbeitern) weniger ausgeprägt erlebt als in größeren Betrieben (mehr als 10 Mitarbeiter) (Gregersen 2005, S. 195f). Ebenso sind Unsicherheiten bei der Arbeit, wie z.B. die Angst, bei der Pflege Fehler zu begehen, in kleineren Betrieben am wenigsten ausgeprägt (Gregersen 2005, S. 195f). Dafür wird in kleineren Betrieben die fehlende Zusammenarbeit mit den Kollegen beklagt. Dies betrifft in besonderem Maße die fachliche und menschliche Unterstützung in schwierigen beruflichen Situationen (Gregersen 2005, S. 196).

In der Studie über Qualitätsmängel in der ambulanten Pflege fand Roth heraus, dass größere Pflegedienste eine niedrigere Fachkraftquote aufweisen als kleine Pflegedienste, ohne Ursachen dafür zu nennen (Roth 2001, S. 326). Außerdem führen kleine Pflegedienste häufiger Pflegevisiten und Dokumentationskontrollen durch als große (Roth 2001, S. 362).

Seitens der Pflegeheime wird festgestellt, dass insbesondere große Heime wirtschaftlich betrieben werden können und daher eine weitere Marktkonsolidierung erwartet wird. Kostenvorteile entstehen durch zentrales Leistungs- und Qualitätsmanagement und flexiblen Personaleinsatz im gesamten Verbund. Auch die Rekrutierung und Weiterbildung qualifizierter Mitarbeiter ist günstiger (Augurzky et al. 2009, S. 126).

Gemeinnützige Organisationen genießen möglicherweise größeres Vertrauen als gewinnorientierte Unternehmen (Epkenhans 2010, S. 183). Dies kann zur Folge haben, dass Pflegedienste in privater Trägerschaft mehr unternehmen bzw. investieren, um von Pflegebedürftigen als Dienstleister ausgewählt zu werden. Es gibt Hinweise, dass es Betrieben der Privatwirtschaft besser als freigemeinnützigen Unternehmen gelingt, ihr Unternehmens- und Arbeitgeber-Image positiv darzustellen, um damit für qualifiziertes Personal zu werben (Baldus 2010, S. 117).

Als Hinweis auf notwendige Investition(en) in gute Arbeitsbedingungen insbesondere bei freigemeinnützigen Pflegediensten wird gewertet, dass Pflegekräfte in nicht-privaten Einrichtungen im Schnitt länger und häufiger krankgeschrieben sind als ihre Kollegen in privaten Einrichtungen. Dabei ist auch der Anteil der krankge-

schriebenen Personen (36 % nicht-privat versus 24 % privat) erhöht. Eine Krankenschreibung dauerte in nicht-privaten Einrichtungen im Schnitt neun Tage im Gegensatz zu vier Tagen in privaten Einrichtungen (Gregersen 2005, S. 195f).

Diese Ergebnisse zeigen, dass es für die nachfolgenden Studien sinnvoll ist, die Parameter Größe und Trägerschaft mit zu berücksichtigen.

1.3.2.4 Variablen für die Messung der Investitionen in die Qualitätsentwicklung

Bekannt ist, dass es von der Führung einer Gesundheitseinrichtung abhängt, welche Investitionen in die Qualitätsentwicklung getätigt werden. Insbesondere die Anzahl des Personals, die Qualifikation des Personals und die Arbeitsbedingungen werden einflussnehmend beschrieben auf die Mitarbeiterbindung und –zufriedenheit sowie auf die Ergebnisqualität bzw. die Outcomes der Pflege und die Patientenzufriedenheit.

Übertragen auf die ambulante Pflege müssten die beschriebenen Variablen wie z.B. die Anzahl der Pflegekräfte je Patient angepasst werden, da eine Pflegefachkraft nicht dauerhaft anwesende Patienten betreut, sondern die Arbeitsleistung vom Bedarf des Kunden und dem geschlossenen Vertrag abhängt. Die Mortalitätsrate als Erfolgskriterium ist wegen anders gelagerter Risiken und Versorgungszielen im häuslichen Bereich für das Forschungsdesign nicht nutzbar.

Der Stand der Literatur lässt es als sinnvoller erscheinen, die Investition in die Qualität monetär oder über den Personaleinsatz im Rahmen der Qualitätsentwicklung zu messen. Im professionellen Qualitätsmanagement der ambulanten Pflege werden die Unternehmensziele nach dem SMART-Prinzip formuliert, die spezifisch, messbar, anspruchsvoll, realistisch und terminiert sein sollen (Fröse 2014, S. 11). Darunter fallen zum Beispiel Entscheidungen über die *Fortbildungsstunden je Mitarbeiter, die für das Qualitätsmanagement aufgewendete Zeit, die angestrebte Fachkraftquote* oder auch die Häufigkeit von *Pflegevisiten* (Fröse 2014, S. 11). Zudem besteht die Vorgabe, dass jeweils alle vom jeweiligen Prozess betroffenen Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement einbezogen werden sollen (GKV-Spitzenverband et al. 2011, S. 3f). Diese Parameter werden in das Studiendesign aufgenommen.

Die Träger von ambulanten Pflegediensten sind verpflichtet, einen schriftlichen *Fortbildungsplan* für alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter entsprechend der individuellen

Notwendigkeiten aufzustellen (GKV-Spitzenverband et al. 2011, S. 6). Konkretisiert werden nur die Weiterbildungsstunden der verantwortlichen Pflegefachkraft. Die Entscheidung über den Umfang der Fortbildungsstunden für die pflegerischen Mitarbeiter liegt beim Träger des Pflegedienstes. Daher kann die Fortbildungsdauer je Mitarbeiter Aussagen zur Investition des Pflegedienstes in die Qualitätsentwicklung liefern.

Eine hohe *Fachkraftquote* bedeutet angesichts des Fachkräftemangels eine erfolgreiche Personalrekrutierung und steht für eine hohe Qualität der Pflege (Halfar et al. 2014, S. 122 und 254). Ist die Fachkraftquote (zu) niedrig, sei die Fachlichkeit gefährdet und die Dienst- bzw. Einsatzplanung schwieriger (ebd.). Für den Einsatz von Fach- und Hilfskräften bestehen einige Regelungen, aber keine gesetzlich geforderte Fachkraftquote für die ambulante Pflege (siehe Kap. 1.3.1.1). So liegt es nicht nur, aber auch, im Ermessen des Pflegedienstes, einen gewissen Anteil von Hilfskräften in der Grund- wie auch in der Behandlungspflege einzusetzen. Für die Betriebsführung eines Pflegedienstes hat die Höhe der Fachkraftquote auch eine finanzielle Bedeutung. Das durchschnittliche Gehalt einer Hilfskraft in Vollzeitbeschäftigung in der Krankenpflege liegt 21,3 % (West) bzw. 32,3 % (Ost) unter dem Gehalt einer examinierten Fachkraft in der Krankenpflege, während Hilfskräfte in der Altenpflege 27,8 % (West) bzw. 23,1 % (Ost) weniger verdienen als Fachkräfte der Altenpflege (Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter in der Pflege und Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (I-AB) (Hrsg.) 2015, S. 15). Ein Pflegedienst kann also mehr oder weniger in qualifiziertes Personal investieren und seine Fachkraftquote selbst steuern. Daher wird die Fachkraftquote als ein Hinweis auf die Investition eines Pflegedienstes in die Qualitätsentwicklung angesehen.

Trotz der Kritik an der *Pflegenoten*-Systematik zählen sie zu den wenigen gut verfügbaren Daten. In den folgenden Untersuchungen soll daher auch die Pflegenote als Parameter der Qualitätsinvestition untersucht werden. Sie wird verstanden als das Ergebnis der Anstrengungen des Pflegedienstes hinsichtlich der Qualitätsentwicklung bezüglich der Struktur- und Prozessqualität.

Da in einigen Studien dargestellt werden konnte, dass sich die Qualifikation der jeweiligen Pflegekräfte positiv auf den Unternehmenserfolg auswirkt, soll auch untersucht werden, ob sich bei den ambulanten Pflegediensten ein Zusammenhang zwi-

schen der *Qualifikation der Qualitätsmanagementbeauftragten* und dem Unternehmenserfolg zeigt.

Wenn möglich, lassen sich die Investitionen in die Qualitätsentwicklung auch an der Intensität des Einsatzes typischer *Instrumente der Qualitätsentwicklung* einschätzen. Zu den typischen und weit verbreiteten Instrumenten der Qualitätsentwicklung zählen zum Beispiel Qualitätszirkel, die Pflegevisite und das Beschwerdemanagement (Fröse 2014, S. 138f; MDS & GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2009, S. 91 und 97). Diese werden als Bestandteil des Pflege-Controllings empfohlen (Halfar et al. 2014, S. 190) und gehören zu den klassischen Aufgaben eines Qualitätsmanagements (Fröse 2014, S. 59ff). Sie werden in der Qualitätsprüfung durch den MDK geprüft. Bei 96,8 % der Pflegedienste gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden bei steigender Tendenz geäußerter Beschwerden (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) 2014 S. 76, S. 78 und 154).

Abbildung 19 gibt Auskunft über die wichtigsten Parameter zur Messung der Investitionen in die Qualitätsentwicklung, die in den drei Studien untersucht werden sollen (nicht alle Parameter sind mit jedem Datensatz messbar).

Abbildung 19: Parameter für die Messung der Investition in die Qualitätsentwicklung

-
- Kosten der Qualitätsentwicklung
 - Investierte Zeit des hauptverantwortlichen Qualitätsmanagementbeauftragten
 - Investierte Zeit weiterer, an der Qualitätsentwicklung beteiligter Mitarbeiter
 - Fortbildungsstunden der Mitarbeiter
 - Fachkraftquote
 - Pflegenote
 - Intensität des Einsatzes von Instrumenten der Qualitätsentwicklung
-

Quelle: eigene Darstellung

Somit sind die aus den vorhergehenden Abschnitten dargestellten und hergeleiteten Variablen zur Messung der Investition in die Qualitätsentwicklung dargestellt. Sofern die vorhandenen Datensätze diese Variablen enthalten, sollen sie untersucht werden. Bei der eigenen Befragung von Pflegediensten (Kap. 4) werden diese Parameter in den Fragebogen integriert.

1.3.3 Unternehmenserfolg

Dieser Abschnitt hat zum Ziel, eine Übersicht über Forschung, Definitionen und Konzepte zum Unternehmenserfolg aus dem Wirtschaftssektor zu geben. Darauf aufbauend wird mithilfe von Studien und Artikeln aus dem Pflegebereich der Unternehmenserfolg für ambulante Pflegedienste konzeptualisiert und operationalisiert.

In fast allen Wirtschafts- und Dienstleistungsbereichen ist die Frage nach den Ursachen unternehmerischen Erfolgs sowohl für Wissenschaftler als auch für Praktiker hoch spannend, gleich welcher Unternehmensgröße (börsennotierte Unternehmen, Mittelständler oder Selbständige) und gleich welcher Branche (IT-Branche, Lebensmittelindustrie oder im Sozialwesen). Daher existieren seit über 40 Jahren zahlreiche Studien, die die Erfolgsfaktoren in den unterschiedlichsten Wirtschaftsbereichen untersuchen. In deutschsprachigen Datenbanken finden sich insbesondere in der von Wirtschaftswissenschaftlern genutzten Datenbank WISO über 15.000 Artikel in Fachzeitschriften oder Büchern zu diesem Thema, davon 5.000 für den Zeitraum der vergangenen fünf Jahre, von denen gut 250 den Begriff „Unternehmenserfolg“ in der Überschrift tragen. Als eigener Forschungszweig fällt dabei die sogenannte „Erfolgsfaktorenforschung“ auf.

1.3.3.1 Entwicklung der Erfolgsfaktorenforschung

Die Erfolgsfaktorenforschung bekam vor allem mit der ab 1972 durchgeführten PIMS-Studie („Profit Impact of Marketing Strategies“) (Buzzell, Gale & Greif 1989) großen Aufwind. Jährlich wurden rund 300 Unternehmensdaten erfasst. Anhand multipler Regressionen ließen sich 80 Prozent der Veränderungen der Rendite des eingesetzten Kapitals (Return on Investment, ROI) durch unternehmensinterne und –externe Faktoren erklären, zu denen auch die Investitionsintensität und die Produktqualität zählen (Wolff, Herrmann & Niggemann 2004, S. 264). Aufgrund zahlreicher Kritik u.a. an der veralteten Forschungsmethodik wurde die PIMS-Studie 1999 eingestellt.

In den achtziger Jahren wurden die branchenübergreifenden Studien durch branchenspezifische abgelöst. Diese brachten eine Vielzahl weiterer Analysemethoden und Einflussfaktoren zu Tage, während seit den neunziger Jahren die Überprüfung bestehender Erfolgsfaktoren auch im Rahmen von Meta-Studien erfolgte (Wolff et al. 2004, S. 265; Nicolai & Kieser 2002, S. 581).

Auch nach der Jahrtausendwende hatte die Erfolgsfaktorenforschung noch Attraktivität. So wurden weitere methodische Verbesserungsvorschläge geliefert oder neue Einflussfaktoren auf den Unternehmenserfolg aufgedeckt (Kollmann et al. 2008, S. 663; Gregori 2006, S. 201ff; Bonn, Gmür & Klimecki 2004, S. 5; Baetge, Schewe, Schulz et al. 2007, S. 209).

In den meisten Studien wurden zur Erfolgsmessung betriebswirtschaftliche Parameter bezogen auf Gewinn, Rentabilität oder Umsatz herangezogen. Sie wurden ausgedrückt als Veränderungen in der Rendite des eingesetzten Kapitals/Eigenkapitalrendite (ROI, Return on Invest), aber auch als Umsatzrendite (Umsatzrentabilität, ROS, Return on Sales), Gesamtkapitalrendite, Cashflow, Return on equity (ROE), Return on Assets (ROA) oder Earnings per Share (Wolff et al. 2004, S. 263; Nicolai & Kieser 2002, S. 581; Baetge et al. 2007, S. 190 und 208). Für börsennotierte Unternehmen wurde auch der Aktienkurs zur Beurteilung des ökonomischen Gewinns gewählt. Sehr selten wurden Insolvenzen betrachtet (Nicolai & Kieser 2002, S. 585). Am häufigsten wurden der ROI, das Umsatzwachstum oder die Umsatzrendite als Erfolgsparameter verwendet (Nicolai & Kieser 2002, S. 583; Baetge et al. 2007, S. 190). Außerökonomische Erfolgskriterien, also nicht-monetär darstellbare Kriterien wie das Ansehen des Unternehmens oder die vom Kunden wahrgenommene Qualität gelangen erst spät in die Studiendesigns (Jochem 2010, S. 74ff; Gregori 2006, S. 79; Fritz 1993, S. 5).

Recht vielseitig sind die dabei identifizierten (Haupt-)Einflussgrößen auf den Unternehmenserfolg, die sich international auf verschiedene Branchen (z.B. Produktionsgüter, Finanz- und Versicherungswesen, Brauereiwesen, Bekleidungsindustrie, etc.) beziehen und zumeist über mehrere hundert bis mehrere tausend Mitarbeiter verfügen. Werden die in den branchenübergreifenden Übersichtsarbeiten identifizierten Einflussfaktoren zusammengefasst, werden rund um die 90er Jahre vor allem folgende genannt:

Führung, Produktqualität, Personalressourcen, Wettbewerb/Markt, Kundennähe, Innovation/Investition (Wolff et al. 2004, S. 264; Fritz 1993, S.6).

Dennoch gilt zu beachten, dass viele Forschungen angesichts ihrer Güte in Bezug auf die Konstruktion, Erhebung, Auswertung und Übertragbarkeit als kritisch anzusehen sind (Berger 2011, S. 43; Heilmann 2011, S. 30; Wolff et al. 2004, S. 268; Nicolai

& Kieser 2002, S. 591f). Dies spiegelt den wissenschaftlichen Diskurs wider, bei dem trotz intensiver Beschäftigung mit den Erfolgsfaktoren kein Konsens hinsichtlich seiner Messung besteht. Ursächlich dafür scheint eine fehlende umfassende Theoriebildung und Konzeptualisierung zum Konstrukt Unternehmenserfolg zu sein, wodurch er sich einer direkten Beobachtung entzieht und daher über diverse beobachtbare Indikatoren messbar gemacht werden muss. Dabei unterscheiden sich die Erfolgskriterien je nach Branche und Perspektive. Ein weiteres Problem bezieht sich auf den gültigen Zeitrahmen der Ergebnisse. Bei der Analyse der erfolgreichsten Unternehmen wird festgestellt, dass ihr Erfolg vor allem auf Einzigartigkeit (z.B. des Produkts oder der Personalführung) beruht. Sobald die Faktoren der Einzigartigkeit kopiert werden, führen diese Faktoren nicht mehr zu über- sondern zu durchschnittlichem Erfolg (Nicolai & Kieser 2002, S. 585). Ein weiteres Problem stellt der Messzeitpunkt dar. Da Unternehmenserfolg erst im Nachhinein gemessen werden kann, wird die Gültigkeit der Ergebnisse für die Gegenwart eingeschränkt anerkannt.

In den letzten Jahren wird die Erfolgsfaktorenforschung nicht mehr in dem Maß unter diesem Namen erwähnt, sondern scheint sich in spezifische Themen aufgegliedert zu haben, die sich dem Erfolg von Change Management (Greif, Runde & Seeberg 2004; Mahlow 2012), Personalmanagement (Bonn et al. 2004; Gmür & Schwerdt 2005), Projektmanagement (Rietiker, Scheurer & Wald 2013; Schwaninger & Kaiser 2007), Qualitätsmanagement (Jochem 2010; Bruhn 1998), Kundenorientierung (Gregori 2006), dem Einfluss der Unternehmenskultur (Baetge et al. 2007), dem Erfolg von Unternehmensgründungen (Kollmann et al. 2008) oder anderen Bereichen widmen.

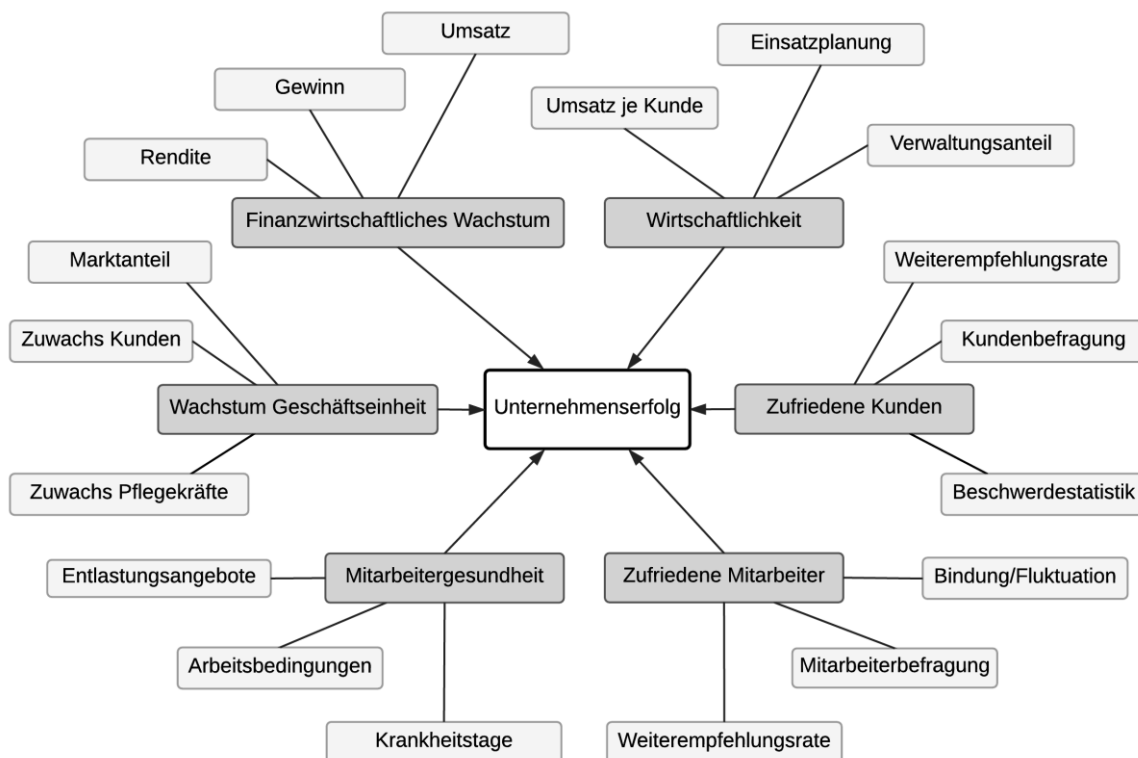
Im Gesundheitswesen sind nur einzelne Studien zu Erfolgsfaktoren bekannt. Dazu gehören kleine Studien, die die Erfolgsfaktoren in Krankenhäusern im Bereich der Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit (Kriependorf & Tecklenburg 2014; Kriependorf, Reifenrath, Alten et al. 2012), in der Integrierten Versorgung (Franz 2008; Theurl & Franz 2007; Franz 2006), in der Dienstleistungsqualität der Kassenärztlichen Vereinigung (Börger & Wagner 2001) oder in der beruflich orientierten Rehabilitation (Bethge 2011) ermitteln. Auch hier spiegelt sich in der Heterogenität der Untersuchungen die oben beschriebene fehlende umfassende Theoriebildung und Konzeptualisierung wider.

Hieran anknüpfend zeigt sich, dass der Unternehmenserfolg ein multidimensionales Konstrukt ist, über dessen Definition und Messung nicht nur für das Gesundheitswesen, sondern insbesondere für die ambulante Pflege weitergehende Überlegungen erforderlich sind.

1.3.3.2 Erfolgsfaktoren in der ambulanten Pflege

Werden die bisherigen Befunde zusammengefasst, kann Unternehmenserfolg für ambulante Pflegedienste unterschiedlich festgelegt sein (Abbildung 20). Die dunklen Felder beschreiben die Bereiche, in denen Unternehmenserfolg erzielt werden kann. Ist zum Beispiel ein Pflegedienst sehr wirtschaftlich, ist dies als ein Ausdruck von Unternehmenserfolg zu verstehen. Die hellen Felder außen geben beispielhafte Anhaltspunkte für deren Messbarkeit. Ob ein Pflegedienst wirtschaftlich ist, könnte beispielsweise über den Umsatz je Kunde gemessen und mit anderen Pflegediensten verglichen werden. Die Bereiche werden nachfolgend beschrieben und im anschließenden Kapitel auf ihre Nutzbarkeit für die Studien analysiert.

Abbildung 20: Dimensionen des Unternehmenserfolgs



Quelle: eigene Darstellung

In den Studien der Erfolgsfaktorenmessung wurde der Unternehmenserfolg vor allem am *finanzwirtschaftlichen Wachstum* festgemacht. Demnach wäre ein ambulanter Pflegedienst dann erfolgreich, wenn je nach Unternehmensziel eine (überdurchschnittliche) Verbesserung der wirtschaftlichen Situation in Form von Gewinn-, Umsatz- oder Renditesteigerung messbar ist (vgl. Kap. 1.3.3.1).

Die Optimierung der *Wirtschaftlichkeit* ist sicherlich ein weit verbreitetes unternehmerisches Ziel, da diese durch Effizienzsteigerungen häufig finanzwirtschaftliches Wachstum nach sich zieht. Ambulante Pflegedienste sind durch die steigenden Personal- und Fuhrparkkosten bei kaum steigenden Leistungsvergütungen bereits seit Jahren gezwungen, ihre Leistungserstellung bezüglich der Wirtschaftlichkeit zu optimieren, um am Markt als Pflegedienst überleben zu können (vgl. Kap. 1.2.3). Gleichzeitig gilt es, versteckte und nicht abgerechnete Leistungen (Mülleimer leeren, Brötchen mitbringen, Rollläden im gesamten Haus öffnen/schließen etc.) zu vermeiden (Heiber & Nett 2006, S. 27 ff und S. 36 ff). Bezüglich des Controllings werden zahlreiche Kennzahlen vorgeschlagen. Beispielhaft sind in Abbildung 20 der Verwaltungsanteil, eine effektive Einsatzplanung und der Umsatz je Kunde genannt. Die Verwaltungskosten sollten einen kleinen Teil des Umsatzes sowie der Gesamtkosten ausmachen, da diese aus den Vergütungen der Pflegeleistungen mitfinanziert werden müssen (Halfar et al. 2014, S. 162). Für die Fahrzeiten zwischen den Kunden werden Pauschalen gezahlt, weswegen diese kurz sein sollten (Halfar et al. 2014, S. 190). Ein hoher Umsatz je Kunde geht mit niedrigen Fahrzeiten und Verwaltungskosten einher. Gleichzeitig steigt in der Regel die Kundenzufriedenheit bei längeren Präsenzzeiten der Pflegekräfte (Halfar et al. 2014, S. 260).

Die Kunden stehen im Mittelpunkt der Pflege – so wird es in vielen Leitbildern ausgedrückt. Wenn *zufriedene Kunden* das Unternehmensziel ambulanter Pflegedienste sind, wäre das Erreichen dieses Unternehmensziels als Unternehmenserfolg zu werten. Wie in den Studien beschrieben, entstehen ethische Konflikte durch die Diskrepanz zwischen notwendiger und tatsächlich leistbarer Pflege (vgl. Kap. 1.2.2). Zufriedene Kunden empfehlen den Pflegedienst weiter, bleiben dem Pflegedienst treu und tragen zur Mitarbeiterzufriedenheit bei (vgl. Kap. 1.3.2.1). Messbar ist die Kundenzufriedenheit mit einer Kundenbefragung, einer abgefragten Weiterempfehlungsrate oder einer Lob- und Beschwerdestatistik. Letztere müsste differenziert und im Verlauf mehrerer Jahre betrachtet werden, da es für die Weiterentwicklung des Unterneh-

mens wichtig ist, die Beschwerdeabgabe zu fördern statt sie zu unterbinden (Fröse 2014, S. 60).

Neben den Kunden sind die Mitarbeiter die wichtigsten „Zutaten“ für die Betriebsführung eines Pflegedienstes. *Zufriedene Mitarbeiter*, die dem Unternehmen treu bleiben, sind gerade vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels als wichtiges Unternehmensziel ambulanter Pflegedienste zu sehen. Wie beschrieben, verlassen zufriedene Mitarbeiter seltener ihren Arbeitsplatz, bleiben dem Dienst erhalten und vermeiden zusätzliche Verwaltungs- und Einarbeitungskosten durch Fluktuation (vgl. Kap. 1.2.2 und 1.3.2.1). Die Mitarbeiterzufriedenheit kann über verschiedene Formen der Mitarbeiterbefragung gemessen werden (Mertel 2007, S. 71; Sax 2008, S. 79). Darüber hinaus geben Weiterempfehlungsraten, Fluktuationsraten oder die Dauer der Betriebszugehörigkeit Auskünfte über die Mitarbeiterzufriedenheit (Mertel 2007, S. 37).

Eine gute *Mitarbeitergesundheit* ist als Unternehmensziel nachvollziehbar, da Ausfallkosten und Berufsausstieg verringert werden (vgl. Kap. 1.2.2 und 1.3.2.1). Gute Mitarbeitergesundheit hängt zumindest teilweise mit förderlichen Arbeitsbedingungen zusammen. Die Anzahl der Krankheitstage oder die Untersuchung der Arbeitsbedingungen (Schichtlänge, geteilte Dienste, Ruhezeiten, Überstundenregelung, Einhaltung des Erholungsurlaubs etc.) sowie die Analyse von der Nutzung von Entlastungsangeboten (Rückenschule, Ermäßigung für die Teilnahme an Sportgruppen, Hilfsmiteinsatz, etc.) können Auskünfte über die Mitarbeitergesundheit bzw. deren Förderung geben.

Das *Wachstum der Geschäftseinheit* ist deswegen als Unternehmenserfolg anzunehmen, da ambulante Pflege einen immensen Wachstumsmarkt darstellt (Kap. 1.2.1). Wächst der Pflegedienst nicht, tun dies seine Konkurrenten und die Marktposition verschlechtert sich. Große Pflegedienste profitieren von Synergieeffekten in der Verwaltung, können die Tourenplanung flexibler und mit kürzeren Wegezeiten planen.

1.3.3.3 Messbarkeit des Unternehmenserfolgs ambulanter Pflegedienste

Für die Definition des Unternehmenserfolgs ambulanter Pflegedienste spielt zugleich die Datenverfügbarkeit bzw. die Messbarkeit und Relevanz eine große Rolle. Dafür

ist auf der einen Seite die Beachtung der spezifischen Rahmenbedingungen (vgl. Kapitel 1.2) des „Marktes“ ambulanter Pflegedienste erforderlich. Auf der anderen Seite ist die „Machbarkeit“ einer Studie sicherzustellen.

Vor dem Hintergrund, dass bisherige quantitative Studien im Pflegebereich sehr geringe Beteiligungs- und Rücklaufquoten oder mäßige Datenqualität haben (z.B. Braun et al. 2014, S. 13; Stolle 2012, S. 173), werden bereits an dieser Stelle intensive Vorüberlegungen zum Studiendesign - insbesondere der dritten Studie - erforderlich. So wurde auch in den Telefonaten mit zahlreichen Verbandsvertretern zur Vorbereitung des Fragebogens (Kap. 4) berichtet, dass Vorgesetzte die Preisgabe von Unternehmensinformationen nicht nur bei heiklen Themen wie z.B. Patientensicherheit untersagen (s.o.), sondern auch Zeitmangel oder eine resignierte Haltung gegenüber potentiellen Verbesserungen für die Pflege („es ändert sich doch eh nichts zum Guten“) eine Rolle spielen. Ausführungen von Unternehmensberatern besagen, dass Pflegedienste ihre Buchführung auf das gesetzlich vorgeschriebene Mindestmaß reduzieren und ansonsten gerne jegliche Form des Controllings vermeiden (Wißgott 2013, S. 10). Aus Angst vor Wettbewerbsnachteilen oder nachteiligen Verhandlungen mit den Pflegekassen werden Daten über Umsätze oder Gewinne/Verluste äußerst selten kommuniziert. Insofern spielen sowohl die Verfügbarkeit von Daten als auch die Auskunftsbereitschaft eine zentrale Rolle. Für die Messung des Unternehmenserfolg werden daher folgende Kriterien aufgestellt, die erfüllt sein sollen (in Anlehnung an Wingefeld & Kleina 2011, Anhang A-1):

- 1) Definierbarkeit: es muss leicht verständlich und eindeutig definiert sein, welche Daten abgefragt werden
- 2) Messbarkeit:
 - a. Verfügbarkeit: abgefragte Daten sollten im Pflegedienst vorhanden sein oder ohne großen Aufwand schnell ermittelbar sein
 - b. Erhebbarkeit: es sollten nicht zu sensible Unternehmensdaten abgefragt werden (z.B. Gewinn, Geschäftsführergehalt), um freibleibende Antworten oder Erhebungsabbrüche zu vermeiden
 - c. Vergleichbarkeit: die abgefragten Items müssen so eindeutig und vollständig sein, dass ein Vergleich zwischen den Pflegediensten möglich ist

- d. Differenziertheit: die gegebenen Antworten sollten nicht einheitlich ausfallen, sondern Unterschiede aufzeigen lassen
- 3) Relevanz: die Form des Unternehmenserfolgs sollte sowohl für die Breite der Pflegedienste als individuelles Unternehmensziel vorstellbar sein (unabhängig z.B. von Größe des Pflegedienstes und seiner Trägerschaft) als auch gesellschaftspolitische Bedeutung haben. Da pflegerische Leistungen überwiegend aus dem Kranken- und Pflegeversicherungssystem vergütet, also von der Solidargemeinschaft getragen werden, könnte daraus ein gesellschaftspolitischer Anspruch auf Formen des Unternehmenserfolgs ambulanter Pflegedienste resultieren, der z.B. eine Gewinnmaximierung von Eigentümern ablehnt.

Unter Anbetracht dieser Kriterien können die Dimensionen des Unternehmenserfolgs einer Eignungsprüfung unterzogen werden (Tabelle 5). Dabei wird geprüft, ob bzw. inwiefern die bisher genannten Messparameter diese Kriterien erfüllen und für die Studien anwendbar erscheinen.

Tabelle 5: Kriterien für die Messbarkeit des Unternehmenserfolgs

Parameter Unternehmenserfolg	Kriterien für die Operationalisierung						Index
	definierbar	verfügbar	erhebbar	vergleichbar	differenziert	relevant	
Finanzwirtschaftliches Wachstum	+	-	-	+	+	-	3
Wirtschaftlichkeit	+	-	+	+	+	+	5
Zufriedene Kunden	+	-	+	+	-	+	4
Zufriedene Mitarbeiter	+	-	+	+	?	+	4
Mitarbeitergesundheit	++	+	+	+	?	+	6
Wachstum Geschäftseinheit	++	++	++	++	+	++	11

++ in hohem Maße (2), + in mittlerem Maße (1), - in geringem Maße (0), ? = fraglich (0)

Quelle: eigene Darstellung

Jeder Parameter erhält eine abgestufte Bewertung (++/+/-/?), die Ausdruck über den Grad der (vermuteten oder nicht absehbaren) Operationalisierbarkeit gibt. Je nach Ausprägung wird dafür ein Punktwert vergeben. Alle Punkte werden zu einem Index addiert. Je höher dieser ausfällt, umso besser erscheint die Messbarkeit und Relevanz. Nachfolgend werden die Gründe für diese Bewertung erläutert.

Finanzwirtschaftliches Wachstum

Aus gesundheitsökonomischer Perspektive sind die begrenzten Ressourcen für Gesundheitskosten zu bedenken (vgl. Schulenburg & Greiner 2013, S. 2), aufgrund derer ein finanzwirtschaftliches Wachstum von Pflegediensten nur bis zu einem gewissen Maß vertretbar ist. Ambulante Pflegedienste verfügen über einen sehr niedrigen Kapitalbedarf und Kapitalstock, was die Aussagekraft von finanzwirtschaftlichen Kennzahlen aufgrund der vermutlich geringen Streuung und der damit verbundenen Probleme statistischer Rechenmodelle sinken lässt (Halfar et al. 2014, S. 210).

Bei dieser Betrachtung muss konstatiert werden, dass fast alle aus den Wirtschaftswissenschaften genannten betriebswirtschaftlichen Kennzahlen (Renditekennzahlen, Gewinn und Umsätze) Schwierigkeiten mit sich bringen, wie sich auch im Vorgespräch mit vier Unternehmensberatern für ambulante Pflegedienste und drei Steuerberatern zeigte. Diese werden von Pflegedienst zu Pflegedienst unterschiedlich intensiv erfasst (Slotala 2011, S. 189). Eine Studie aus Mecklenburg-Vorpommern deutet darauf hin, dass ein Drittel der Pflegedienste dort keine computergestützte Unternehmensorganisation durchführt (Götz et al. 2012, S. 8). Oft werden diese Kennzahlen in den Pflegediensten selbst nicht erfasst, sondern von einem Steuerberater oder einem übergeordneten Controlling (z.B. Verbandsebene) ermittelt. Außerdem wäre für die Vergleichbarkeit aller ökonomischen Kennzahlen zu berücksichtigen, in welcher Unternehmensform sich der Pflegedienst befindet. Bezüglich der Unternehmensform gibt es Pflegedienste in privater Trägerschaft (z.B. GmbH, OHG, AG, eG, Einzelunternehmen), öffentliche Träger (Körperschaften, Stiftungen des öffentlichen Rechts) oder freigemeinnützige Träger (z.B. Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Vereine, Stiftungen). Sie unterscheiden sich in ihrer Steuerpflicht, der Zielsetzung von Gewinnorientierung versus Gemeinwohlorientierung und der zweckgebundenen Verwendung finanzieller Mittel (Halfar et al. 2014, S. 210; Gareis 2007, S. 55). Praktisch müsste dann ermittelt werden, ob es ein Gehalt für den Geschäftsführer gibt und wo/wie dieses verbucht wird, ob und mit welchem Anteil die Pflegedienstleitung selbst in der Pflege tätig ist, ob die Fahrzeuge gekauft oder geleast sind und vieles mehr (Wißgott 2012, S. 182). Die Pflegebuchführungsvereinbarung (PBV) liefert zwar in der Anlage 1 einen verbindlichen Vorschlag zur Auflistung des Vermögens und Kapitals etc., lässt aber eine Buchung auf unterschiedlichen Konten zu, sodass das Kriterium der Eindeutigkeit und Vergleichbarkeit eingeschränkt wird, sofern dem For-

schungsprojekt nicht die vollständige Gewinn- und Verlustrechnung nach dem Gesamtkostenverfahren vorliegt (Gareis 2007). Alternativ muss die Berechnung finanzwirtschaftlicher Kennzahlen genau festgelegt sein und einheitlich erfolgen, z.B. in Bezug auf die Art der Umsatzgröße, die Behandlung von Spenden, Steuern und Abschreibungen oder den Umgang mit Fusionen (Halfar et al. 2014, S. 213-218). Allerdings sind diese Daten für die Pflegedienste zu vertraulich und würden nicht zur Verfügung gestellt. Die Datenverfügbarkeit ist zudem noch abhängig von der Qualifikation des auskunftgebenden Person: für einen Qualitätsmanagementbeauftragten sind betriebswirtschaftliche Kennzahlen weniger verfügbar als für einen Geschäftsführer oder Inhaber.

Zu bedenken bleibt auch, dass in der Sozialwirtschaft häufig nicht die ökonomische Investitionslogik zugrunde liegt, sondern primär die Sicherung der Pflege und Versorgung von Menschen und eher die Sicherung des wirtschaftlichen Überlebens als das Erreichen hoher wirtschaftlicher Erträge (Halfar et al. 2014, S. 25 ff). Daher sollte der Erfolg nicht allein anhand der betriebswirtschaftlichen Rentabilität gemessen werden, sondern am Erreichungsgrad der Erwartungen der Leistungsbezieher/Kunden, der Angehörigen oder der Gesellschaft (Halfar 2010, S. 24f).

Wirtschaftlichkeit

Die Wirtschaftlichkeit muss nicht zwingend zu Wachstum führen, sondern stellt in erster Linie eine Optimierung der Effizienz dar. Als Beispiele für deren Messung werden in Abbildung 20 der Anteil der Verwaltungskosten, der Umsatz je Kunde und kurze Wegezeiten) genannt. Allerdings sind hier sehr kleinteilige und detaillierte Daten vonnöten, deren Verfügbarkeit als begrenzt eingeschätzt wird.

„Die Balance zu halten zwischen dem Erreichen aller sozialen und ökonomischen Ziele stellt eine besondere Herausforderung an die Geschäftsleitung eines sozial verpflichteten Betriebes dar“ (Gareis 2007, S. 11). Dieses Zitat verdeutlicht den besonderen Anspruch von Unternehmen im Pflegebereich, einen sozialen Auftrag zu erfüllen und dabei gleichzeitig den Unternehmensfortbestand mit betriebswirtschaftlichen Methoden zu sichern.

Zufriedene Kunden

Eine Kundenbefragung ist mit größerem Aufwand seitens der Studienleitung durchführbar. Von Pflegediensten selbst durchgeführte Kundenbefragungen werden selten erhoben und sind wegen ihrer geringen Vergleichbarkeit zwischen den Pflegediensten nicht nutzbar. Für das Maß der Kundenzufriedenheit wirkt das (vermeintliche) Abhängigkeitsverhältnis der Pflegebedürftigen von ihrem Pflegedienst einschränkend, was zu falsch positiven Ergebnissen in der Befragung führen kann. Die Befragung der Pflegebedürftigen im Rahmen der Qualitätsprüfung durch den MDK fällt beispielsweise extrem positiv aus. Im Jahr 2012 erhielten 86 % der ambulanten Pflegedienste in der Kundenbefragung die Bestnote (Sünderkamp et al. 2014, S. 328). Hinderlich könnte sich zudem das Maß oder der Grad der Pflegebedürftigkeit auswirken, welche eine Beantwortung der Fragen z.B. von Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder schweren Erkrankungen erschweren.

Die Weiterempfehlungsrate wäre von den Pflegediensten für ihr internes Controlling messbar und verwendbar, wäre von der Studienleitung aber nicht vollständig erhebbar. Eine Beschwerdestatistik wird zwar empfohlen und in den Qualitätsprüfungen des MDK verlangt und könnte Hinweis auf Ergebnisqualität liefern (Roth 2001, S. 362f). Allerdings gehört diese erst seit wenigen Jahren zu den Pflichten der Pflegedienste, sodass sie sehr unterschiedlich intensiv implementiert sein dürfte.

Zufriedene Mitarbeiter

Die Dauer der Betriebszugehörigkeit bzw. die Messung der Fluktuation kann einen guten Hinweis auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter geben. Diese Daten müssten mit etwas Aufwand durch die Pflegedienstleitung zusammengetragen werden und sind wahrscheinlich statistisch nicht erfasst. Unklar ist, wie stark diese Daten zwischen den Pflegediensten differenzieren, vor allem bei der hohen Anzahl kleiner Pflegedienste.

Eine Mitarbeiterbefragung durch die Studienleitung wäre möglich. Aus Erfahrung mit anderen Studien (z.B. Habermann & Cramer 2010, S. 14) fällt es Pflegeeinrichtungen schwer, solche Befragungen zuzulassen. Die Weiterempfehlungsrate wäre von den Pflegediensten für ihr internes Controlling messbar und verwendbar, müsste für die Vergleichbarkeit aber von der Studienleitung erhoben werden. Dafür fehlen die zeitli-

chen und finanziellen Ressourcen. Insgesamt stellt sich die Messung der Zufriedenheit der Mitarbeiter als nicht gut realisierbar heraus.

Mitarbeitergesundheit

Der Messung der Mitarbeitergesundheit wird eine gute Praktikabilität ausgestellt, weil sich diese anhand der Zählung von Krankheitstagen eindeutig ermitteln lässt und vermutlich auch bekannt gegeben wird. Sie ist aber gegebenenfalls nicht aus dem Gedächtnis einer Führungskraft konstruierbar und erfordert einen Blick in die Datenbank. Diese Kennzahl wird jedoch nicht nur von unternehmensinternen Faktoren, sondern auch vom Mitarbeiter selbst beeinflusst. Bei der Befragung von Mitarbeitern wären Verzerrungen zu erwarten, da sich überwiegend „gute“ Pflegedienste an einer Befragung beteiligen würden.

Wachstum Geschäftseinheit

Die Relevanz des Wachstums der Geschäftseinheit wird besonders hoch eingestuft, nicht nur wegen des gesetzlich vorgeschriebenen Grundsatzes ambulant vor stationär (§ 43 Abs. a SGB XI). Aufgrund des demografischen Wandels mit erhöhter Nachfrage nach Pflegeleistungen und der in den meisten Fällen und vor allem zu Beginn der Pflegebedürftigkeit günstigeren Versorgungsmöglichkeit zuhause ist der Ausbau ambulanter Pflege ein gesamtgesellschaftliches Ziel und somit relevant (vgl. Rothgang et al. 2012, S. 61). Auch in den betriebswirtschaftlichen Studien wurde häufig Wachstum als Erfolgsdimension gewählt, wenngleich in Form von Renditekennzahlen (vgl. Kap. 1.3.3.1).

Wenn es Pflegediensten gelingt, trotz des in Kap. 1.2.2 beschriebenen Fachkräftemangels (über-)durchschnittlich zu wachsen, wird dies als Zeichen des Unternehmenserfolgs gewertet. Außerdem besteht gesellschaftspolitisches Interesse daran, dass die Pflegekapazität entsprechend des demografischen Wandels erweitert wird. In einer der wenigen, qualitativen Studien zur Ökonomisierung in ambulanten Pflegediensten wurde genannt, dass die Steigerung der Fallzahlen innerhalb des regionalen Einzugsgebietes (Zuwachs Patientenzahl) oder die Erhöhung der Anteile der privaten Zuzahlungen der Pflegebedürftigen (Umsatzsteigerung) als zentrale Handlungsfelder zur Kostensenkung im Pflegedienst eingesetzt werden (Slotala 2011, S.

185). Daraus wird abgeleitet, den Zuwachs von Pflegefachkräften und den Zuwachs von Kunden als Parameter für den Unternehmenserfolg zu wählen.

In die Messung aufgenommen wird zudem der Zuwachs von Hilfskräften. Die Pflege und Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen ist ohne Hilfskräfte nicht mehr finanzierbar. Insbesondere für haushaltsnahe Dienstleistungen sind Pflegefachkräfte zu teuer. Mittlerweile ist der Einsatz von Hilfskräften in der Grund- und in Teilen der Behandlungspflege fester Bestandteil der Rahmenverträge zwischen Pflegediensten und den Krankenkassen einiger Bundesländer (vgl. Kap 1.3.1.1). Der Zuwachs von Hilfskräften trägt den aktuellen Rahmenbedingungen Rechnung, ist aber nicht per se als Unternehmenserfolg zu verstehen. Viel mehr ermöglicht die Messung des Hilfskräftezuwachses eine bessere Einordnung des Fachkräftezuwachses sowie eine Betrachtung der Fachkraftquote einschließlich ihrer Entwicklung.

Das Unternehmenswachstum wird als sehr gut definierbar, verfügbar, erhebbar, vergleichbar und relevant eingeschätzt. Es ist allerdings unklar, wie sehr die Wachstumszahlen zwischen den Pflegediensten differenzieren. Für die Untersuchung und für die Güte des Messmodells wären Unterschiede in den Wachstumszahlen Voraussetzung.

Zusammengefasst wird den vorökonomischen, also nicht-monetären Parametern für diese Forschungsfrage eine bessere Operationalisierung zugeschrieben als beispielsweise den Rendite-Kennzahlen. Unter Berücksichtigung der Operationalisierungskriterien wird neben der Mitarbeitergesundheit das Unternehmenswachstum als wichtigster und messbarer Indikator für den Unternehmenserfolg ausgewählt. Aus den genannten Gründen geht diese Forschungsarbeit von der Annahme aus, dass das Unternehmenswachstum ein gut erhebbares und messbares Kriterium für den Unternehmenserfolg ist. Zudem lässt sich das Unternehmenswachstum auch mit den vorhandenen Datenquellen, die für die ersten beiden Studien verwendet werden, abbilden. So kann über drei verschiedene Herangehensweisen das Forschungsthema breit untersucht werden.

1.3.4 Forschungsfragen zum Zusammenhang von Investitionen in die Qualität und dem Unternehmenserfolg

Zusammenfassend haben die bisherigen Kapitel und Abschnitte umfangreiche Informationen zusammen getragen, die für die Entwicklung der Forschungsfrage(n), der Methodik und der Interpretation der Ergebnisse von Relevanz sind. Demnach obliegt den Führungskräften von ambulanten Pflegediensten die Entscheidung über Art und Umfang der eingesetzten Mittel für die Qualitätsentwicklung. Dabei gilt es, gesetzliche Anforderungen, pflegefachliches Expertenwissen und betriebswirtschaftliche Vorgaben so zu berücksichtigen und umzusetzen, dass Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit erreicht werden und gleichzeitig der wirtschaftliche Fortbestand des Unternehmens erhalten bleibt.

Die Wettbewerbskonstellationen, denen ambulante Pflegedienste unterworfen sind, unterscheiden sich je nach Leistungsbereich der Pflege- oder Krankenversicherung. Vor allem der Leistungswettbewerb zwischen Pflegediensten und pflegenden Angehörigen wird als ausgeprägt eingestuft. Von dem Vorhandensein eines Qualitätswettbewerbes ist mit Einschränkungen auszugehen, während der Preiswettbewerb keine Rolle spielt. Investitionen in die Qualitätsentwicklung können daher in unterschiedlicher Ausprägung vorzufinden sein.

Der ambulante Pflegemarkt ist ein Wachstumsmarkt, bei dem vor allem zunächst die Zahl pflegebedürftiger Menschen steigt. Ob die Steigerung der Anzahl von Fachkräften vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels Schritt halten kann oder ob die Zahl der Hilfskräfte stärker zunehmen wird, ist nicht genau abzuschätzen. In einem Wachstumsmarkt sind die Pflegedienste im Vorteil, die entsprechend mitwachsen, da sonst der Konkurrenzdruck steigt und die Betriebsführung schwieriger wird.

Wachsen können Pflegedienste besonders dann, wenn vor allem zwei Bedingungen erfüllt sind: erstens, wenn es einem Pflegedienst gelingt, eine steigende Nachfrage seitens der Pflegebedürftigen vorzufinden oder zu erzielen und zweitens, wenn es ihm gelingt, Fachkräfte zu halten und zu gewinnen. Aufgrund des bereits existierenden Fachkräftemangels steht es Fachkräften frei, sich auch wohnortnah den für sie besten Pflegedienst als Arbeitgeber auszusuchen. Insofern kann vermutet werden, dass es nur denjenigen Pflegediensten gelingt zu wachsen, die attraktiv für Pflegefachkräfte sind. Diese suchen nach guten Arbeitsbedingungen und vermeiden mög-

lichst die Diskrepanz zwischen den ethischen Vorstellungen guter Pflege und der aufgrund des Kosten- und folglich Zeitdrucks begrenzten Möglichkeiten, gute Pflege zu erbringen. Von Unternehmenserfolg ambulanter Pflegedienste wird also dann gesprochen, wenn es ihnen gelingt zu wachsen.

Aufgrund dieser Rahmenbedingungen und den dargestellten Studien lässt sich ein positiver Zusammenhang zwischen den Investitionen in die Qualitätsentwicklung und dem Unternehmenserfolg in Form von Unternehmenswachstum vermuten. Dieser soll in den folgenden drei Studien mit unterschiedlichen Herangehensweisen untersucht werden (vgl. Tabelle 6), die hier kurz und in den einzelnen Studienkapiteln (Kap. 2, 3 und 4) ausführlicher dargestellt werden.

Forschungsfragen der Studie 1 (Pflegestatistik):

- Wie haben sich das Wachstum der Fach- und Hilfskräfte in der Pflege und der Zuwachs der Pflegebedürftigen zwischen 2009 und 2011 entwickelt?
- Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Fachkraftquote und dem Zuwachs von Fachkräften, Hilfskräften und Pflegebedürftigen?
- Welche weiteren Faktoren stehen im Zusammenhang mit dem Zuwachs von Fachkräften, Hilfskräften und Pflegebedürftigen?

Anhand der Daten der Pflegestatistik der Statistischen Landesämter soll untersucht werden, wie sich das Wachstum ambulanter Pflegedienste in Bezug auf die Pflegebedürftigen (gemäß SGB XI), die Fachkräfte und Hilfskräfte zwischen 2009 und 2011 vollzogen hat. Gleichzeitig interessiert, wie sich das jeweilige Wachstum insbesondere durch die Fachkraftquote erklären lässt.

Forschungsfragen der Studie 2 (Pflegeroten):

- Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Pflegenote und dem Kundenzuwachs?

In der zweiten Studie werden die veröffentlichten Berichte der Qualitätsprüfungen des MDK analysiert. Dabei stellt sich die Frage des Zusammenhangs zwischen dem Kundenzuwachs (alle Kunden unabhängig von ihrer Leistungsfinanzierung nach SGB V, SGB XI, SGB XII und Privatzahler) und der Pflegenote.

Forschungsfragen der Studie 3 (Befragung):

- Fragen zur Qualitätsentwicklung, Personal, Kosten, Wachstum
- Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den Investitionen in die Qualitätsentwicklung und
 - dem Kundenzuwachs?
 - dem Zuwachs von Fachkräften?
 - dem Zuwachs von Hilfskräften?

Mit dieser neu erhobenen Studie werden die Informationen aus den ersten beiden Studien um weitere Variablen ergänzt. Dabei werden vor allem die monetären und zeitlichen Investitionen in die Qualitätsentwicklung erhoben und ihr Zusammenhang zum Unternehmenswachstum (Fachkräfte, Hilfskräfte, Kunden) untersucht. Dabei interessiert, ob Pflegedienste mit höheren Investitionen in die Qualität stärker wachsen als andere.

Als Rahmen für die drei Studien werden folgende Hypothesen (H1-H3) aufgestellt:

Die Investition in die Qualitätsentwicklung steht in positivem Zusammenhang mit dem Zuwachs...

... von staatlich anerkannten Pflegefachkräften (H1).

... von Hilfskräften (H2).

... von Kunden (H3).

In der zweiten Studie kann aufgrund der Datenverfügbarkeit nur die dritte Hypothese (H3) getestet werden.

Wie aus Tabelle 6 ersichtlich wird, werden für die Beantwortung der Forschungsfragen bzw. der Hypothesen unterschiedliche Variablen für das Wachstum, aber auch für die Investition in die Qualitätsentwicklung verwendet, was mit der Verfügbarkeit der Daten zusammenhängt.

Tabelle 6: Verwendete Variablen in den drei Studien

Studie 1: Stat. Bundesamt	Studie 2: Qualitätsberichte	Studie 3: Online-Befragung
Aktualität der Daten		
15.12.2009 bzw. 15.12.2011	7/2012 - 6/2014	1/2012 - 6/2013
Wachstumsvariablen		
Zuwachs Pflegebedürftige (SGB XI)	Zuwachs Kunden (SGB V, SGB XI, Privat)	Zuwachs Kunden (SGB V, SGB XI, Privat)
Zuwachs Fachkräfte in der Pflege	--	Zuwachs Fachkräfte
Zuwachs Hilfskräfte in der Pflege	--	Zuwachs Hilfskräfte
- in Vollzeitäquivalenten	--	- in Vollzeitäquivalenten
- in Personalanzahl	--	- in Personalanzahl
Investition in die Qualitätsentwicklung		
Fachkraftquote in der Pflege	--	Fachkraftquote
--	Pflegenoten (Gesamt-/Bereichsnoten)	--
--	Veränderung Pflegenoten	--
--	--	Kosten der QE
--	--	Zeit der QMB
--	--	Zeit weitere QM-Beteiligte
--	--	Fortbildungsstunden
Kontrollvariablen		
Pflegedienstgröße (Anzahl Pflegebedürftige)	--	Pflegedienstgröße (Kundenzahl)
Case Mix Index	--	Case Mix Index
Veränderung Case Mix Index	--	--
--	--	Pflegernote (Gesamtnote)
Leistungsspektrum	--	Leistungsspektrum
Angliederung des Pflegedienstes	--	Angliederung des Pflegedienstes
--	--	Verortung der Stelle der QMB
--	--	Bildungsabschluss der QMB
--	--	Größe des QM-Teams
--	--	Instrumente QE
Gliederungsebenen		
Größe	Größe	Größe
Träger	Träger	Träger
Bundesland	Bundesland	Bundesland

Quelle: eigene Darstellung

Weitere Details zu den Variablen werden in den jeweiligen Methodenkapiteln gegeben.

2 Fachkraftquote und Wachstum ambulanter Pflegedienste

Entsprechend der zuvor beschriebenen Fragestellungen (Kap. 1.3.4) wird mit dieser ersten von drei Studien zunächst ein möglichst umfassender Eindruck von den Wachstumszahlen ambulanter Pflegedienste vermittelt. Dabei werden auch die in dieser Datenquelle vorhandenen Einflussparameter seitens der Investitionen in die Qualitätsentwicklung untersucht. Die nachfolgende Einleitung (Kap. 2.1) beschreibt die Erhebungsmerkmale der Pflegestatistik und konkretisiert die Forschungsfrage für diese Studie, die durch die Datenverfügbarkeit mitbestimmt wird. Die verwendeten Daten und Variablen werden im Methodenkapitel (Kap. 2.2) vorgestellt. Darauf folgen die deskriptiven (Kap. 2.3) und multivariaten Ergebnisse (Kap. 2.4), die schließlich im Zwischenfazit zusammengefasst werden (Kap. 2.5).

2.1 Fragestellung Studie 1

Das Statistische Bundesamt erhebt alle zwei Jahre jeweils zum 15. Dezember mit der Pflegestatistik Daten über ambulante Pflegedienste, ihr Personal und die versorgten Pflegebedürftigen (Tabelle 7).

Das Wachstum lässt sich auf unterschiedliche Weise wiedergeben. Dafür können aus der Pflegestatistik sowohl Personalzahlen als auch Zahlen der Pflegebedürftigen zugrunde gelegt werden. Bezogen auf die Beschäftigten werden unter anderem das Beschäftigungsverhältnis, der Arbeitsanteil nach dem SGB XI, der überwiegende Tätigkeitsbereich (Verwaltung, Grundpflege, Hauswirtschaft etc.) und der Berufsabschluss erfasst. Damit lässt sich das Personal in Fach- und Hilfskräfte aufteilen und ist entweder als absolute Anzahl oder als vollzeitäquivalentes Personal darstellbar. In statistischen Untersuchungen werden häufig die Vollzeitäquivalente zugrunde gelegt (z.B. Augurzky, Hentschker, Krolop et al. 2013, S. 53; Augurzky, Krolop, Mennicken et al. 2011, S. 64) oder die Anzahl der Beschäftigten mit einem gewichteten Arbeitsanteil (z.B. Rothgang et al. 2013, S. 113; Rothgang et al. 2012, S. 22).

Tabelle 7: Erhebungsmerkmale der Pflegestatistik für ambulante Pflegedienste

Erhebungsmerkmal	Beschreibung
Bundesland	Land, ggf. Regierungsbezirk und Kreis
Angebot von pflegerischer Versorgung	
Art des Trägers	freigemeinnütziger Träger privater Träger öffentlicher Träger
Art des Leistungsangebots	Leistungen nach SGB XI Leistungen nach SGB XI und SGB V Leistungen nach SGB XI und SGB XII Leistungen nach SGB XI und sonstige
Art der Eigenständigkeit	eigenständiger Dienst ... an einer stationären Pflegeeinrichtung ... an einer Wohneinrichtung ... an einem Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha- einrichtung oder Hospiz ... an einem Dienst der Eingliederungshilfe
Personalbestand	
Geschlecht	männlich/weiblich
Beschäftigungsverhältnis	vollzeitbeschäftigt teilzeitbeschäftigt über 50 % teilzeitbeschäftigt bis zu 50 %/nicht geringfügig geringfügig beschäftigt Praktikant/in, Schüler/in, Auszubildende/r Helfer/in im FSJ Zivildienstleistender Helfer/in im Bundesfreiwilligendienst
Arbeitsanteil für SGB XI-Leistungen	100 % 75 % bis unter 100 % 50 % bis unter 75 % 25 % bis unter 50 % unter 25 %
überwiegender Tätigkeitsbereich	Pflegedienstleitung Grundpflege hauswirtschaftliche Versorgung Verwaltung, Geschäftsführung sonstiger Bereich
Berufsabschluss	Altenpfleger/in Altenpflegehelfer/in Krankenschwester/Krankenpfleger Krankenpflegehelfer/in (und 16 weitere Kategorien)
Versorgte Personen	
Geschlecht	männlich/weiblich
Geburtsjahr	(Jahreszahl)
Grad der Pflegebedürftigkeit	Pflegestufe I/II/III/Härtefall

Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2012, eigene Darstellung

Da in der ambulanten Pflege zu einem hohen Maß in Teilzeit gearbeitet wird (vgl. Kap. 1.2.1), hat die Berechnung mit Vollzeitäquivalenten den Vorteil, die exakte Arbeitsleistung des Personals zu messen. Überlegenswert ist auch, die absolute Anzahl des Personals für die Messung zu wählen. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels bleibt ein Pflegedienst eher handlungsfähig bei Personalausfall und behält kurzfristige Wachstumsoptionen, wenn der Stellenumfang von Fachkräften in Teilzeit ausgedehnt werden kann. Sämtliche Berechnungen dieser Studie wurden mit den Vollzeitäquivalenten (VZÄ) durchgeführt und an einigen Stellen um die Berechnungen mit der Personalanzahl ergänzt.

Von den Pflegebedürftigen sind mit ihrer Anzahl je Pflegedienst, dem Geschlecht, den Altersjahren und der Pflegestufe relativ wenige Variablen bekannt (vgl. Tabelle 7). Vor allem ihre Anzahl und ihre Pflegestufe sind für Wachstumsberechnungen nutzbar (wie nachfolgend in Kap. 2.2 „Methodik“ genauer erläutert). Zu berücksichtigen ist, dass die Pflegestatistik alle Pflegebedürftigen im Sinne des Elften Sozialgesetzbuches erfasst. Nicht erfasst werden die weiteren Kunden eines Pflegedienstes ohne Leistungen aus der Pflegeversicherung, die stattdessen z.B. Leistungen des SGB V oder Privatleistungen beziehen (vgl. Kap. 1.2.1.2).

Seitens der Investitionen in die Qualitätsentwicklung kann aus den Daten der Pflegestatistik die Fachkraftquote ermittelt und herangezogen werden. Wie in Kap. 1.3.1.1 beschrieben, gibt es keine vorgeschriebene Fachkraftquote in der ambulanten Pflege, wohl aber einige Vorgaben zur Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft sowie zur Qualifikation des Personals je nach durchzuführender Leistung. Demnach liegt es nicht nur, aber auch im Ermessen des Pflegedienstes, sowohl in der Grund- als auch in der Behandlungspflege Hilfskräfte einzusetzen. Entsprechend unterschiedlich fallen die Investitionen in die Qualitätsentwicklung in Form von Gehältern je nach Qualifikation des Personals aus. Daher wird in dieser Studie die Fachkraftquote als ein Hinweis auf die Investition des Pflegedienstes in die Qualitätsentwicklung untersucht.

Zur Organisation des Pflegedienstes werden z.B. die Trägerschaft, die Leistungsart und die Angliederung an eine bestehende Einrichtung abgefragt.

Aufgrund der übergeordneten Forschungsfrage und der Verfügbarkeit der Daten der Pflegestatistik wird die Fragestellung für diese Studie konkretisiert.

Daher lauten die Fragestellungen für diese Studie:

Wie haben sich das Wachstum der Fach- und Hilfskräfte in der Pflege und der Zuwachs der Pflegebedürftigen zwischen 2009 und 2011 entwickelt?

Inwiefern lässt sich der Zuwachs von Fachkräften, Hilfskräften und Pflegebedürftigen durch die Fachkraftquote erklären? (vgl. Hypothesen in Kap. 1.3.4)

Welche weiteren Faktoren stehen im Zusammenhang mit dem Zuwachs von Fachkräften, Hilfskräften und Pflegebedürftigen?

2.2 Methodik der Studie 1

2.2.1 Beschreibung des Datensatzes

Grundlage für diese Untersuchung bilden die Daten der Pflegestatistik aus den Jahren 2009 und 2011. Die Berechnungen erfolgten im Forschungsdatenzentrum (FDZ) der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. Dabei wurden nur Pflegedienste einbezogen, die in beiden Jahrgängen Daten in der Pflegestatistik vorwiesen. Sie waren also in beiden Jahren als Unternehmen existent und versorgten mindestens einen Pflegebedürftigen. Die untersuchte Stichprobe weist 92,8 % der Pflegedienste von 2009 bzw. 90,2 % der Pflegedienste von 2011 auf (Tabelle 8). Die Verteilung nach Trägerschaft zeigt in der Stichprobe zwar einen minimal verschobenen Anteil privater zu freigemeinnützigen Pflegediensten. Jedoch ist dies auf die stärkere Zahl von Neugründungen privater Pflegedienste zurückzuführen und daher akzeptabel (Statistisches Bundesamt 2013, S. 13).

Tabelle 8: Zahl der Pflegedienste 2009, 2011 und in der untersuchten Stichprobe, Gesamt und nach Trägern

	Gesamt	Privat		FGM		Kommunal	
		N	%	N	%	N	%
Pflegedienste 2011	12.349	7.772	62,9	4.406	35,7	171	1,4
Pflegedienste 2009	11.996	7.382	61,5	4.421	36,9	193	1,6
Pflegedienste Stichprobe	11.133	6.782	60,9	4.197	37,7	154	1,4

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnungen

Zudem ist davon auszugehen, dass 1.216 ambulante Pflegedienste, die 2009 existierten, aufgrund von Übernahmen, Geschäftsaufgaben, Änderung der Unternehmensform und Insolvenzen im Jahr 2011 nicht oder in anderer Form existierten, was eine starke Dynamik auf dem Pflegemarkt widerspiegelt. Der Branchenreport der Sparkassen-Finanzgruppe zeigt, dass im Jahr 2011 ein höheres Insolvenzrisiko ambulanter Pflegedienste bestand als in den Jahren davor oder danach. Das Insolvenzrisiko ambulanter Pflegedienste lag demnach zwar unter dem der Gesamtwirtschaft, aber deutlich über dem anderer Branchen im Sozialwesen. Bezogen auf den Umsatz nimmt das Ausfallrisiko mit zunehmender Unternehmensgröße ab (Sparkassen-Finanzgruppe 2014, S. 13).

Die nachfolgenden deskriptiven und multivariaten Analysen, die unter Verwendung der Software SPSS 22 durchgeführt wurden, beziehen sich auf die beschriebene Stichprobe.

2.2.2 Berechnung der Fachkraftquote

Betrachtet wird das Personal, das überwiegend in der Grundpflege und nicht überwiegend in der Verwaltung oder Hauswirtschaft tätig ist. Die Aufteilung in Fach- und Hilfskräfte erfolgte nach einer einheitlichen Methode zur Berechnung von Fachkraftquoten:

„Als Fachkräfte gelten mehrheitlich Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Angehörige der Krankenpflegeberufe (ohne Krankenpflegehilfe), Angehörige sonstiger nicht-ärztlicher Heilberufe (inklusive Ergotherapie), Sozialpädagoginnen/-pädagoginnen und Sozialarbeiterinnen/-arbeiter sowie Absolventinnen und Absolventen einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (Fachhochschule oder Universität), soweit die Voraussetzungen des § 71 SGB XI erfüllt sind. Die genannten Berufsgruppen werden in die Berechnung mit einbezogen, sofern sie in den Bereichen 'Pflege und Betreuung' und 'Soziale Betreuung' (und nicht in anderen Tätigkeitsfeldern, z.B. im Bereich Verwaltung und Geschäftsführung) eingesetzt werden. Ein Vergleich der Beschäftigtenzahlen der einzelnen Berufsgruppen setzt die Umrechnung aller Beschäftigten in Vollzeit-Äquivalente (VZÄ) voraus. Die Fachkraftquote ergibt sich schließlich durch Division der VZÄ der Fachkräfte durch die Zahl der VZÄ insgesamt (Fach- und Hilfskräfte).“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2006, S. 81f)

Die so definierten Fach- und Hilfskräfte werden für die Berechnung der Fachkraftquote in Vollzeitäquivalente (VZÄ) umgerechnet. Dafür werden die Gewichtungsfaktoren nach Rothgang verwendet (Rothgang, Kulik, Müller et al. 2009, S. 182) und um die Helfer im Bundesfreiwilligendienst ergänzt, die seit 2011 erfasst werden (Tabelle 9).

Tabelle 9: Gewichtungsfaktoren für die Umrechnung in Vollzeitäquivalente

Beschäftigungsverhältnis	Gewichtungsfaktor
Vollzeitbeschäftigt	1,00
Teilzeitbeschäftigt > 50 % (nicht 400-Euro-Job)*	0,75
Teilzeitbeschäftigt < 50 % (nicht 400-Euro-Job)*	0,45
Geringfügig beschäftigt (400-Euro-Job)*	0,25
Praktikant, Schüler, Auszubildender	0,20
Helfer/in im Freiwilligen Sozialen Jahr	1,00
Zivildienstleistender	1,00
Helfer/in im Bundesfreiwilligendienst	1,00

* Die 400-Euro-Grenze für Minijobs galt bis zum 31.12.2012 und wurde am 1.1.2013 auf 450 Euro erhöht. Die verwendeten Daten stammen aus dem Zeitraum der 400-Euro-Jobs.

Quelle: Rothgang, Kulik, Müller et al. 2009 und eigene Ergänzung

Die Fachkraftquote wird entsprechend der oben stehenden Definition des BMFSFJ mit folgender Formel berechnet:

$$\text{Fachkraftquote} = \text{VZÄ Fachkräfte} / (\text{VZÄ Fachkräfte} + \text{VZÄ Hilfskräfte})$$

2.2.3 Weitere Variablen

Die Hauptfrage nach der Veränderung des Unternehmenswachstums zwischen 2009 und 2011 aufgrund der Fachkraftquote von 2009 wird anhand weiterer Einflüsse kontrolliert. Dazu werden folgende Variablen in die Berechnung einbezogen:

- der prozentuale Zuwachs von Hilfskräften,
- der prozentuale Zuwachs der Kundenanzahl,
- die Veränderung des gewichteten Case Mix Index ambulant,
- der gewichtete Case Mix Index 2009,
- die Zahl der Pflegebedürftigen 2009,
- das Leistungsspektrum und
- die Angliederung an eine bestehende Einrichtung.

Da für diese Forschungsfrage kein valides Prüfinstrument vorliegt, wird nachfolgend dargelegt, warum diese Variablen so gewählt und erstellt werden.

Zuwachs von Hilfskräften

Es stellt sich die Frage, ob und inwiefern der Zuwachs von Fachkräften mit einem Zuwachs von Hilfskräften zusammenhängt. Denkbar wäre einerseits, dass ein Zuwachs von Fachkräften mit einem gleichzeitigen Zuwachs von Hilfskräften einhergeht, weil die Pflegedienste als gesamte Einheit in allen Bereichen wachsen. Andererseits könnte der Zuwachs von Fachkräften einen Zuwachs von Hilfskräften verringern, weil es entweder der Unternehmensphilosophie entspricht, einen möglichst hohen Anteil von Fachkräften einzustellen oder weil bei einer hohen Anzahl von Fachkräften weniger Hilfskräfte nötig sind. Denkbar wäre auch, dass ein starker Zuwachs von Hilfskräften mit einer Verringerung des Fachkräftezuwachses einhergeht, weil Hilfskräfte auf dem Arbeitsmarkt besser verfügbar sind und/oder der Pflegedienst auf diese Weise kostengünstigere Pflege erbringen kann. Für den Zuwachs von Hilfskräften (HK) werden für 2009 und 2011 die Vollzeitäquivalente (VZÄ) berechnet. Die Berechnung des Zuwachses erfolgt über die Formel:

$$\text{Zuwachs HK} = (\text{VZÄ HK 2011} - \text{VZÄ HK 2009}) / \text{VZÄ HK 2009} * 100$$

Somit wird der Zuwachs in Prozent über zwei Jahre dargestellt. Ein positives Ergebnis weist auf eine Zunahme der Hilfskräfte in Vollzeitäquivalenten hin, ein negatives Ergebnis bezeichnet einen Rückgang.

Zuwachs der Kundenanzahl

Der Zuwachs der Fachkräfte kann mit einer absoluten Steigerung der Kundenanzahl im Sinne eines generellen Wachstums des Pflegedienstes zusammenhängen. Allerdings muss dies nicht der Fall sein. Denkbar wäre auch, dass die Zahl der Fachkräfte bei gleichbleibender Anzahl von Kunden steigt, z.B. wenn der Pflegebedarf der einzelnen Kunden steigt oder wenn der Pflegedienst entscheidet, in eine höhere Fachkraftquote zu investieren. Die Berechnung des Zuwachses erfolgt über die Formel:

$$\text{Zuwachs Kunden} = (\text{Kundenanzahl 2011} - \text{Kundenanzahl 2009}) / \text{Kundenanzahl 2009} * 100$$

Somit wird der Zuwachs in Prozent über zwei Jahre dargestellt. Ein positives Ergebnis weist auf eine Zunahme der Kundenanzahl hin, ein negatives Ergebnis bezeichnet einen Rückgang.

Case Mix Index (ambulant)

Für einen Vergleich zwischen Pflegediensten ist der durchschnittliche Pflegebedarf der Kunden aussagekräftiger als die absolute Anzahl der Pflegebedürftigen. Für den durchschnittlichen Pflegebedarf muss eine Kennzahl errechnet werden. Im Krankenhausbereich wird die Patientenstruktur mit dem sogenannten Case Mix Index (CMI) abgebildet (§17b KHG). Grundlage hierfür sind alle in einem Krankenhaus in einem Jahr erbrachten DRGs (Diagnosis Related Groups). Jede DRG ist mit einem Relativgewicht belegt. Der Case Mix ist die Summe aller Relativgewichte, also die Fallschwere des Krankenhauses oder einer Abteilung. Der Case Mix Index (CMI) beschreibt die durchschnittliche Schwere der behandelten Krankenhaussfälle. Berechnet wird der Case Mix Index aus der Summe aller Relativgewichte (Case Mix) dividiert durch die Zahl der behandelten Fälle des Krankenhauses (Statistisches Bundesamt 2014, S. 6). Je höher der Case Mix Index, umso größer ist im Schnitt der Aufwand, die Patienten zu versorgen.

Übertragen auf die ambulante Pflege soll zwischen den Pflegediensten verglichen werden, wie aufwändig die Pflegesituationen der Pflegebedürftigen sind. Dafür werden die Pflegestufen herangezogen. Da diese jedoch nicht mit einem Relativgewicht belegt sind, werden verschiedene Ansätze zur Ermittlung von Gewichtungsfaktoren überlegt. Für die Pflegestufe 1 wird der Gewichtungsfaktor von 1,0 zugrunde gelegt und daran die anderen Gewichtungsfaktoren bemessen (Tabelle 10).

Bei der Prüfung der Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung wird eine Zeit für den pflegerischen Aufwand zugrunde gelegt (§ 15 Abs. 3 SGB XI) und so die Pflegestufe für den Pflegebedürftigen ermittelt. Mit einem Pflegebedarf von mindestens 90 Minuten am Tag wird der Pflegebedürftige der Pflegestufe 1 zugeordnet. Um Pflegestufe 3 zu erhalten, muss der Pflegebedarf der ersten Pflegestufe mit dem Faktor 3,3 multipliziert werden.

Der tatsächliche Bedarf wurde von Angehörigen in Minuten deutlich höher eingeschätzt als im SGB XI (Schneekloth & Wahl 2005, S. 78) (Tabelle 10, zweite Spalte). Die berechneten Gewichtungsfaktoren zeigen, dass aus ihrer Sicht die Pflegezeit von Pflegestufe 1 zu 2 und 3 proportional nicht so stark ansteigt wie das SGB XI vermittelt.

Die Beträge der Sachleistung weisen wiederum ein anderes Verhältnis zueinander bzw. eine andere Gewichtung auf mit stärkerer Berücksichtigung der höheren Pflegestufen. Für die Analysen mit den Daten des Statistischen Bundesamtes werden die Gewichtungsfaktoren der Sachleistungsbeträge des jeweils gültigen Zeitraumes für die Berechnung des Case Mix eines Pflegedienstes verwendet (in der Tabelle durch einen Kreis hervorgehoben).

Tabelle 10: Gewichtungsfaktoren für den ambulanten Case Mix

	§ 15 Abs. 3 SGB XI	Schneekloth & Wahl 2005	Sachleistung				
			bis 6/2008	7/2008- 12/2009	1/2010- 12/2011	1/2012- 12/2014	ab 1/2015
	in Min	in Min	in Euro				
Pflegestufe 1	90	252	384	420	440	450	468
Pflegestufe 2	180	362	921	980	1040	1100	1144
Pflegestufe 3	300	465	1432	1470	1510	1550	1612
Härtefall*			1918	1918	1918	1918	1995
daraus resultierende Gewichtungsfaktoren							
Pflegestufe 1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Pflegestufe 2	2,0	1,4	2,4	2,3	2,4	2,4	2,4
Pflegestufe 3	3,3	1,8	3,7	3,5	3,4	3,4	3,4
Härtefall*			5,0	4,6	4,4	4,3	4,3

	Geldleistung				
	bis 6/2008	7/2008- 12/2009	1/2010- 12/2011	1/2012- 12/2014	ab 1/2015
	in Euro				
Pflegestufe 1	205	215	225	235	244
Pflegestufe 2	410	420	430	440	458
Pflegestufe 3	665	675	685	700	728
daraus resultierende Gewichtungsfaktoren					
Pflegestufe 1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Pflegestufe 2	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9
Pflegestufe 3	3,2	3,1	3,0	3,0	3,0

*Härtefälle sind Pflegebedürftige der Pflegestufe 3 mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand. Diese Ausnahmeregelung darf nach § 36 SGB XI bei nicht mehr als 3 % der häuslich gepflegten Pflegebedürftigen einer Pflegekasse Anwendung finden.

eingekreist sind die verwendeten Gewichtungsfaktoren.

Quellen: BMG 2014, 2012, 2011; BKK 2015; eigene Darstellung und Berechnung der Gewichtungsfaktoren

Die Relativgewichte für die Geldleistung fallen in der Pflegestufe 3 niedriger aus als das Relativgewicht für den gesetzlich hinterlegten Zeitaufwand. Zudem sind sie in den Pflegestufen 2 und 3 deutlich niedriger als bei der Sachleistung. Allerdings sind

diese wenig relevant, weil bei reinen Geldleistungsempfängern die Entscheidung zur ausschließlichen Angehörigenpflege gefallen ist. Unklar ist, in welchem Verhältnis die Sach- und Geldleistung stehen, wenn Pflegebedürftige die sogenannte Kombileistung, also eine Kombination aus Geld- und Sachleistung beziehen. Es ist außerdem unklar, welcher Anteil der Sachleistung in diesen Fällen beim Pflegedienst ankommt. Diese wären im optimalen Fall in die Berechnung des Case Mix einzubeziehen. Weitere Leistungen wie die „Verhinderungspflege“ nach § 39 SGB XI oder „Zusätzliche Betreuungsleistungen“ nach § 45 SGB XI kann ein Pflegebedürftiger sowohl in ambulante als auch in stationäre Leistungen investieren. Auch diese Zahlen zur Höhe des Anteils dieser Mittel, die tatsächlich an ambulante Pflegedienste fließen, sind nicht bekannt, die potentiellen Mittel wären aber für jede Pflegestufe gleich hoch. Da für die Untersuchungen dieser Arbeit, wie oben erwähnt, relevant ist, in welcher Höhe der Pflegebedürftige Leistungen beim Pflegedienst theoretisch einkaufen könnte, spielen die „Verhinderungspflege“ und die „Zusätzlichen Betreuungsleistungen“ (wenn sie verfügbar wären) eine untergeordnete Rolle, weil sie den Case Mix Index mit dem derzeitigen Leistungsspektrum nicht wesentlich verändern.

Relevant und erhebbar sind dagegen die Relativgewichte der Sachleistungsbeträge. Sie drücken aus, in welcher Höhe der Pflegebedürftige in den entsprechenden Jahren erstattungsfähige Leistungen beim Pflegedienst einkaufen kann. Mit ihnen wird abgebildet, welches Umsatzpotential ein Pflegedienst mit „seinen“ Pflegebedürftigen erreichen könnte, sofern der Pflegebedürftige exakt den Sachleistungsbetrag seiner Pflegestufe für Leistungen des Pflegedienstes ausgäbe. Von Unternehmensberatern wird den Pflegediensten empfohlen, möglichst dieses Umsatzpotenzial zu erreichen, zumal die Pflegeversicherung nur einen Teil des tatsächlichen Pflegebedarfs finanziert und von einer Zuzahlung des Pflegebedürftigen ausgeht. Je mehr Leistungen beim Pflegebedürftigen vom Pflegedienst erbracht werden, umso geringer wird der Verwaltungsanteil und umso größer fallen in der Regel Gewinn und Handlungsspielraum für (Qualitäts-)Investitionen eines Pflegedienstes aus.

Versorgt ein Pflegedienst mit 17 Kunden im Jahr 2009 zehn Pflegebedürftige der Pflegestufe 1, fünf Pflegebedürftige der Pflegestufe 2 und zwei Pflegebedürftige der Pflegestufe 3, so berechnet sich der gewichtete Case Mix Index wie folgt (nachfolgend einfach CMI genannt):

$$\text{Case Mix Index Pflegedienst A} = (10 \cdot 1,0 + 5 \cdot 2,3 + 2 \cdot 3,5) / 17 = 1,68$$

Je nachdem, in welche Pflegestufe die Pflegebedürftigen eines Pflegedienstes eingestuft sind, umso umfangreicher sind der mögliche Leistungsumfang und die Umsatzmöglichkeit des Pflegedienstes. Es ist denkbar, dass ein niedriger CMI in 2009 einen stärkeren Fachkräftezuwachs in den Folgejahren begünstigt als ein hoher, weil ein niedriger CMI eine höhere Wahrscheinlichkeit hat zu steigen. Ein niedriger CMI kann aber auch ein Hinweis auf die Unternehmensphilosophie sein, die sich auf die Pflege von wenig stark pflegebedürftigen Menschen konzentriert und daher weniger mit einem Fachkräftezuwachs, sondern eher mit einem Hilfskräftezuwachs einhergeht. Daher wird kontrolliert, wie sich der CMI von 2009 auf den Zuwachs von Personal in den Folgejahren auswirkt.

Veränderung Case Mix Index

Ein weiterer Zusammenhang wird vermutet zwischen dem Zuwachs der Fachkräfte und einer Erhöhung des CMI. Steigt der Grad der Pflegebedürftigkeit, wird angenommen, dass die Pflegebedürftigen mehr Leistungen vom Pflegedienst in Anspruch nehmen, für die Pflegefachkräfte notwendig sind. Als sehr wahrscheinlich wird daher angenommen, dass mit steigendem CMI der Pflegebedürftigen der Arbeitsaufwand und Stellenanteil der Fachkräfte steigt. Allerdings ist es auch möglich, dass bei steigendem CMI die Fachkräftezahl gleich bleibt, da die Zunahme von pflegerischen Leistungen entweder durch Angehörigenpflege oder durch insgesamt weniger Kunden beim Pflegedienst kompensiert werden. Andersherum stellt sich die Frage, ob eine Absenkung des CMI mit einer Reduktion der Fachkräftezahl einhergeht. Außerdem ist denkbar, dass sich der CMI um einen mittleren Bereich bewegt und Pflegedienste mit einem sehr niedrigen CMI in den Folgejahren einen höheren erreichen, während Pflegedienste mit einem sehr hohen CMI ebenfalls (zurück) zum Mittelbereich tendieren. Ausnahmen bieten Intensivpflegedienste, die einen durchweg hohen CMI aufweisen dürften. Daher wird überprüft, wie sich die Veränderung der durchschnittlichen Pflegestufe auf den Zuwachs von Personal im selben Zeitraum auswirkt. Ein hoher CMI führt in der Regel zu längeren Einsätzen mit geringeren Fahrzeiten und somit zu weniger Stressbelastung der Mitarbeiter während einer Tour. Bei längerer Präsenzzeit der Pflegefachkraft beim Kunden steigt in der Regel auch die Zufriedenheit der Kunden mit dem Pflegedienst (Halfar et al. 2014, S. 260).

Die Berechnung der Veränderung des CMI erfolgt über die Formel:

$$\text{Veränderung CMI} = (\text{CMI 2011} - \text{CMI 2009}) / \text{CMI 2009} * 100$$

Somit wird die Veränderung in Prozent über zwei Jahre dargestellt. Ein positives Ergebnis weist auf eine Erhöhung des CMI hin, ein negatives Ergebnis bezeichnet einen Rückgang.

Zahl der Pflegebedürftigen 2009

Die Zahl der Pflegebedürftigen von 2009 wird als kontrollierende Ausgangsgröße in das Modell aufgenommen. Ergebnisse aus der Stichprobe der dritten Studie dieses Forschungsvorhabens (vgl. Kap. 4.3.3) deuten darauf hin, dass (sehr) kleine Pflegedienste deutlich stärker wachsen als große. Außerdem wurden in bisherigen Studien Unterschiede in den Ergebnissen zwischen kleinen und großen Pflegediensten beschrieben (vgl. Kap. 1.3.2.3).

Leistungsspektrum

Bezüglich des Leistungsspektrums erfasst die Pflegestatistik Pflegedienste mit Leistungen nach dem SGB XI und erfragt, ob häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach dem SGB V, Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII oder sonstige ambulante Hilfeleistungen erbracht werden. Dabei handelt es sich um die Leistungen, die vor der Einführung des PSG I erfasst wurden. Anhand dieser Daten wird eine dichotome, nominal skalierte Variable erstellt. Werden Leistungen in den Bereichen SGB XI, SGB V und sonstige ambulante Hilfeleistungen erbracht, ist das Leistungsspektrum hoch. Ist das Leistungsspektrum niedrig oder zumindest nicht hoch, werden weniger als diese Leistungen erbracht. Die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII wurde als nicht entscheidend eingeordnet, da es sich zumeist um dieselben Leistungen wie im SGB XI handelt.

Hinter dieser Variablenbildung steht der Gedanke, dass Pflegedienste mit einem breiten Leistungsspektrum attraktiver sind für Pflegebedürftige, weil ihre Bedarfe mit den angebotenen Leistungen umfassender abgedeckt werden können. Die Vernetzung verschiedener Leistungsangebote führt zudem häufig zu Finanzierungsvorteilen, wie sie oft bei freigemeinnützigen Trägern vorzufinden sind (Krüger 2010, S. 142).

Hinter der Abfrage sonstiger ambulanter Hilfeleistungen verbergen sich Leistungen, die nicht über das SGB XI oder SGB V abgedeckt sind wie z.B. haushaltsnahe Dienstleistungen oder sogenannte niedrigschwellige Angebote. Diese werden in der Regel von Hilfskräften unter Aufsicht einer Fachkraft durchgeführt. Bei einem breiten Leistungsspektrum, das diese Leistungen beinhaltet, wird vermutet, dass zahlreiche Hilfskräfte eingesetzt werden und daher die Fachkraftquote niedriger ist. Andersherum kann vermutet werden, dass Pflegedienste mit einem engen, insbesondere auf Pflege fokussierten Angebot eine höhere Fachkraftquote aufweisen.

Angliederung an eine bestehende Einrichtung

Auch diese Variable wurde nominal skaliert erstellt. Eine Angliederung an eine bestehende Einrichtung besteht dann, wenn eine Kennzeichnung des Pflegedienstes als eigenständiger Dienst an einer stationären Pflegeeinrichtung, an einer Wohneinrichtung, einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, an einem Hospiz oder an einer Einrichtung/einem Dienst der Eingliederungshilfe besteht. Eine Angliederung besteht nicht, wenn keines dieser Merkmale gegeben ist.

Diese Variable wird in das Modell aufgenommen in der Annahme, dass ein so angegliederter Pflegedienst Synergieeffekte aufgrund der Vielfalt der Versorgungsmöglichkeiten nutzen kann. Möglicherweise steigt damit auch der Bekanntheitsgrad des Pflegedienstes, sodass der Kundenzuwachs höher ausfallen könnte. Aufgrund vermuteter, höherer Arbeitsplatzsicherheit oder Wechselmöglichkeiten zwischen den Versorgungsformen ist denkbar, dass angegliederte Pflegedienste attraktiver für Fach- und Hilfskräfte sind und daher mit stärkerem Personalzuwachs in Verbindung stehen.

Somit sind alle Variablen beschrieben, die in dieser Studie verwendet werden.

2.3 Deskriptive Ergebnisse

In diesem Abschnitt wird die Auswertung der deskriptiven Ergebnisse als Basis für die nachfolgenden multivariaten Analysen vorgestellt. Beschrieben wird die Größe der Pflegedienste der untersuchten Stichprobe (Kap. 2.3.1), gefolgt von den Wachstumszahlen von 2009 bis 2011 (Kap. 2.3.2). Außerdem werden die Fachkraftquote (Kap. 2.3.3), der Case Mix Index (Kap. 2.3.4) und weitere Variablen (Kap. 2.3.5) analysiert.

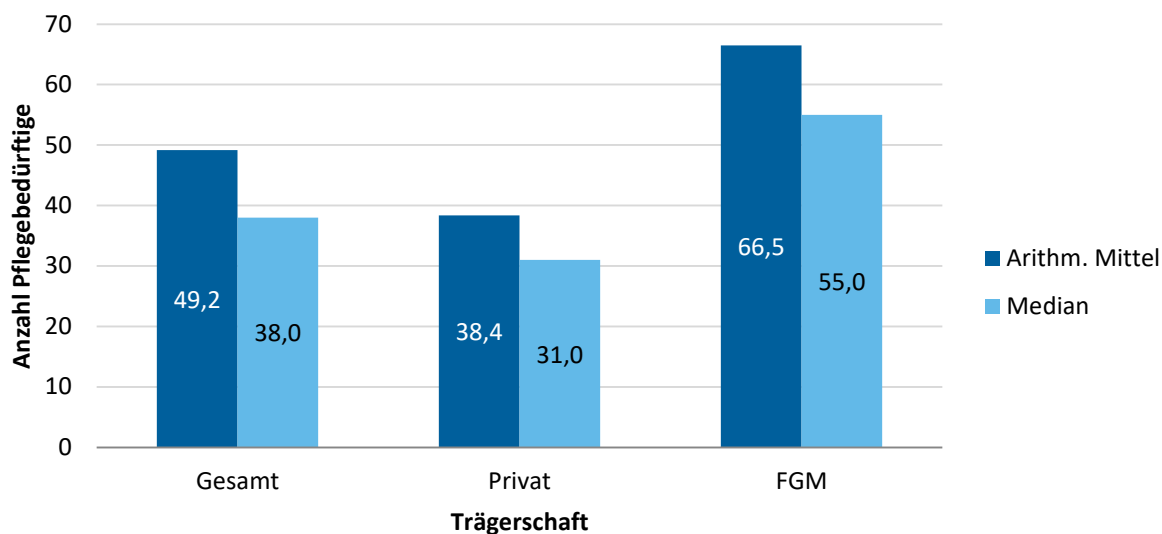
Aus Gründen der Aktualität und Vergleichbarkeit der Stichprobe mit der Grundgesamtheit (vgl. Kap. 1.2.1) werden in der nachfolgenden Darstellung die deskriptiven Daten der Stichprobe von 2011 verwendet. Werden Aussagen zur Trägerschaft gemacht, beschränken sich die Ergebnisdarstellungen auf freigemeinnützige und private Träger, da die kommunalen Träger mit rund 1 % der Pflegedienste kaum eine Rolle spielen (vgl. Kap. 1.2.1). Aufgrund von linkssteilen Verteilungen mit vielen kleinen und wenigen großen Pflegediensten wird die Angabe des Mittelwertes um die Angabe des gegen Ausreißer weniger empfindlichen Medians ergänzt. Die Hinzunahme der Varianz sowie die Darstellung von Extremwerten sollen die Bandbreite der Ergebnisse verdeutlichen. Minimum und Maximum dürfen aus Datenschutzgründen bei eigenen Analysen der Pflegestatistik nicht genannt werden (Forschungsdatenzentrum der statistischen Ämter des Bundes und der Länder (FDZ) 2014, S.1).

2.3.1 Größe der Pflegedienste

Die Größe der Pflegedienste wird über die Zahl der Pflegebedürftigen und die Personalzahlen je Pflegedienst verdeutlicht, jeweils unterschieden nach Trägerschaft und Bundesland.

Als pflegebedürftig gelten die Personen, „die wegen einer (...) Krankheit oder Behinderung für die (...) Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen“ (§ 14 Abs. 1 SB XI). Weitere Kunden des Pflegedienstes, die keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, aber Leistungen von der Krankenversicherung oder Privatleistungen, werden von der Pflegestatistik nicht erfasst und können in dieser Analyse nicht beschrieben werden.

Abbildung 21: Anzahl der Pflegebedürftigen je Pflegedienst 2011, Gesamt und je Träger



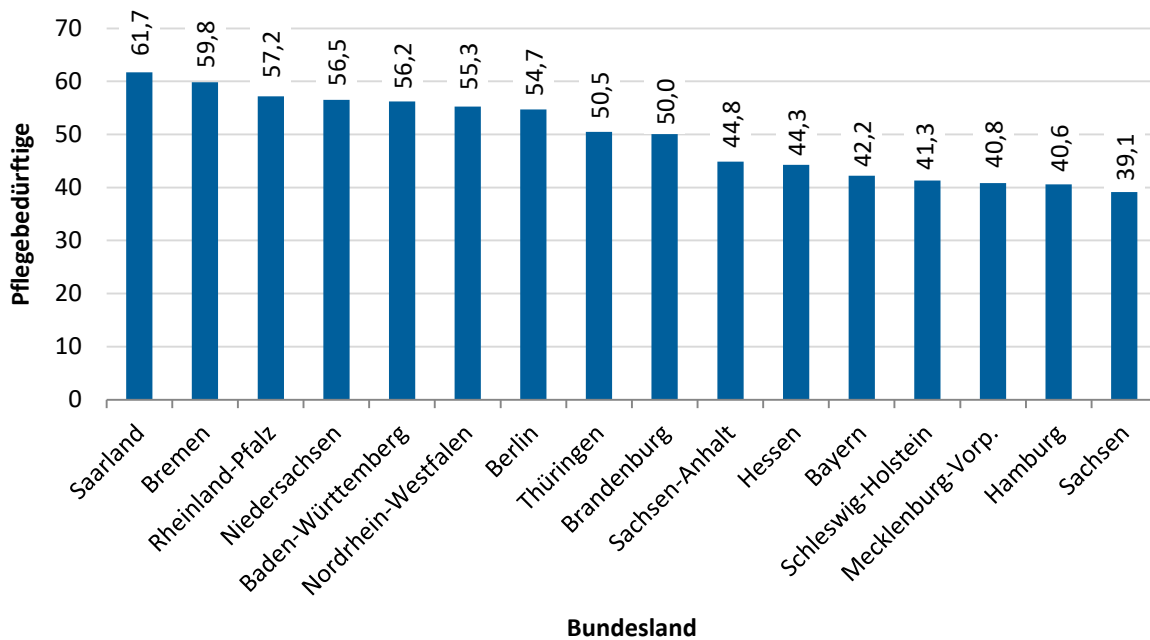
Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnung

Die ambulanten Pflegedienste dieser Stichprobe versorgen 2011 im Schnitt 49,2 *Pflegebedürftige* im Sinne des Elften Sozialgesetzbuches (Abbildung 21). Allerdings betreut die Hälfte der Pflegedienste nur bis zu 38,0 Pflegebedürftige. Der Unterschied zwischen dem arithmetischen Mittelwert und dem Median weist auf eine linkssteile Verteilung hin mit zahlreichen kleinen und wenigen sehr großen Pflegediensten. Die zehn größten Pflegedienste verzeichnen z.T. weit über 360 Pflegebedürftige.

Unterschieden nach *Trägerschaft* sind private Pflegedienste 2011 mit durchschnittlich 38,4 Pflegebedürftigen deutlich kleiner als freigemeinnützige mit 66,5 Pflegebedürftigen. Die Mehrzahl der Pflegedienste ist jedoch kleiner. Die Hälfte der privaten Pflegedienste betreut bis zu 31,0 Pflegebedürftige, die Hälfte der freigemeinnützigen bis zu 55,0 Pflegebedürftige. Damit ist die Stichprobe dieser Analyse mit der Gesamtheit der Pflegedienste bezüglich der Anzahl versorgter Pflegebedürftiger insgesamt sowie nach Trägern vergleichbar (vgl. Kap. 1.2.1, Tabelle 1).

Auch zwischen den *Bundesländern* liegen Unterschiede in der Pflegedienstgröße vor (Abbildung 22). Die größten Pflegedienste sind im Saarland (61,7 Pflegebedürftige je Pflegedienst), in Bremen (59,8) und in Rheinland-Pfalz (57,2), die im Schnitt kleinsten Pflegedienste sind in Mecklenburg-Vorpommern (40,8) Hamburg (40,6) und Sachsen (39,1). Tendenziell weisen die sechs westlichen Bundesländer höhere Pflegedienstgrößen auf als die östlich gelegenen.

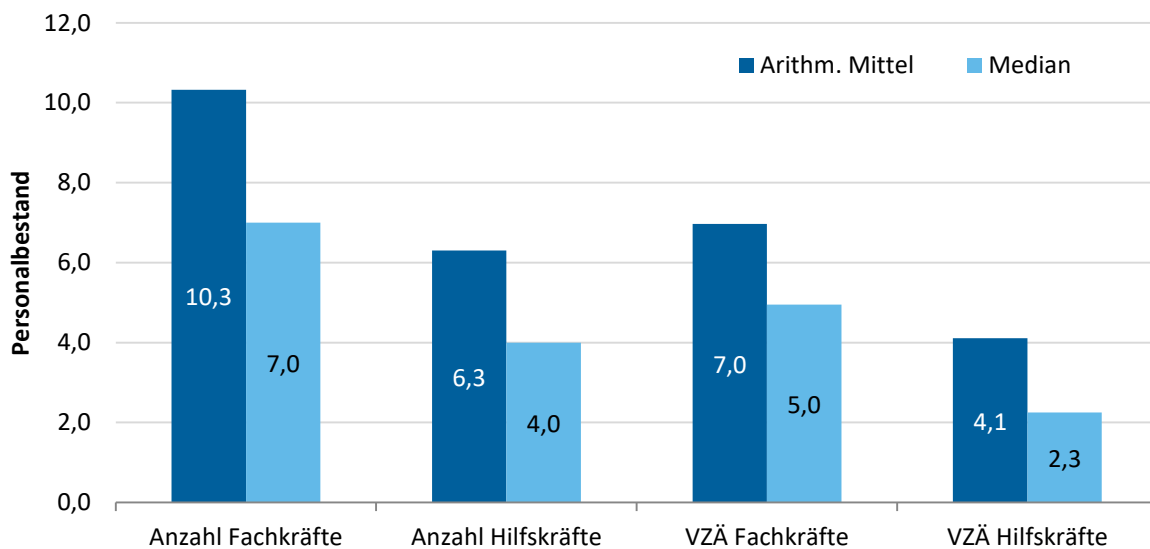
Abbildung 22: Pflegebedürftige je Pflegedienst, Bundesland



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnung

Seitens des *Personals* sind im arithmetischen Mittel 10,3 Fach- und 6,3 Hilfskräfte mit überwiegendem Tätigkeitsbereich in der Pflege tätig (Abbildung 23).

Abbildung 23: Personalzahlen je Pflegedienst 2011, Gesamt



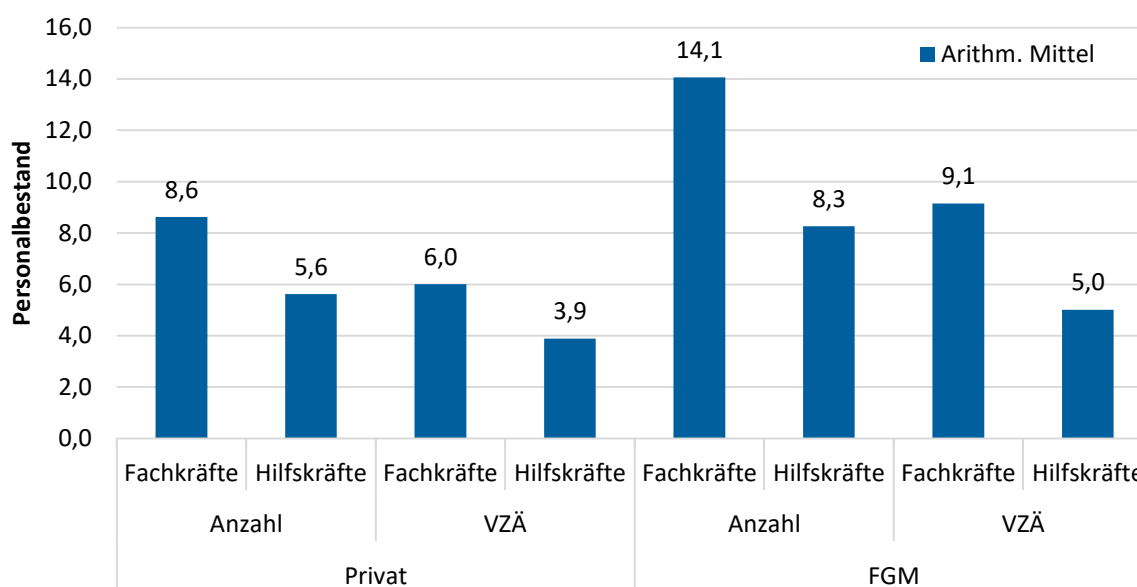
Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnung

Umgerechnet auf vollzeitäquivalente (VZÄ) Personalzahlen entspricht dies durchschnittlich 7,0 Fach- und 4,1 Hilfskräften. Auch hier liegt eine linkssteile bzw. rechtschiefe Verteilung vor. So verfügt die Hälfte der Pflegedienste über bis zu 5,0 Fach-

bzw. 2,3 Hilfskräfte (VZÄ). Die jeweils größten 0,05 % der Pflegedienste, also die größten sechs Pflegedienste, beschäftigen mehr als 138 Fach- und 125 Hilfskräfte in Vollzeitäquivalenten.

Unterschieden nach *Trägern* zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei der Anzahl der Pflegebedürftigen. Private Pflegedienste sind im Durchschnitt kleiner und haben mit 8,6 Fach- und 5,6 Hilfskräften bzw. 6,0 vollzeitäquivalenten Fach- und 3,9 Hilfskräften dementsprechend weniger Personal (Abbildung 24). Freigemeinnützige Pflegedienste verfügen durchschnittlich über 14,1 Fach- und 8,3 Hilfskräfte, was in Vollzeitäquivalenten 9,1 Fach- und 5,0 Hilfskräften entspricht.

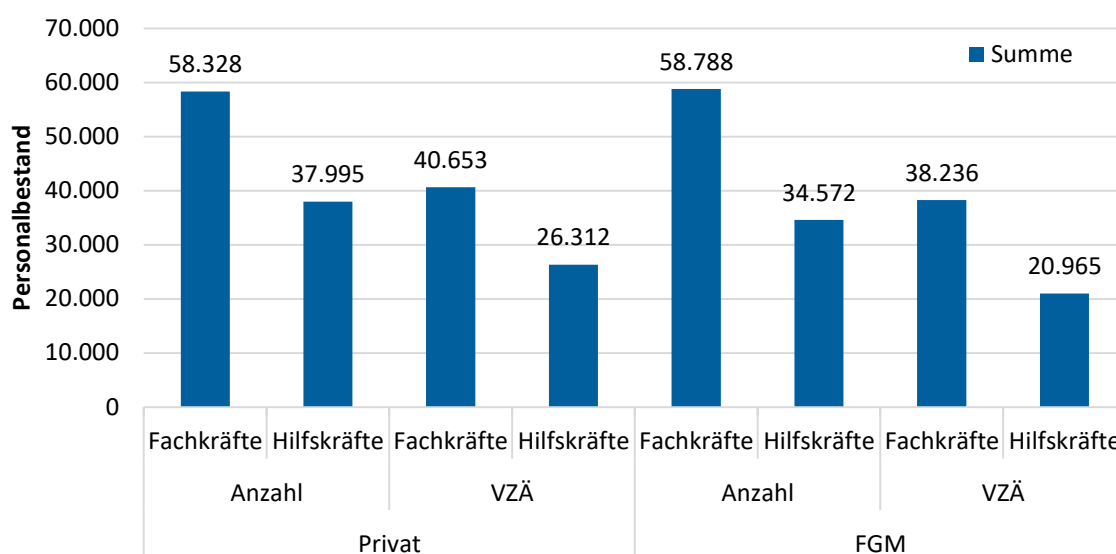
Abbildung 24: Personalbestand je Pflegedienst 2011, nach Trägern



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnung

Bei den zahlenmäßig stärker vertretenen, aber insgesamt kleineren privaten Pflegediensten sind bundesweit in Summe etwa genauso viele Fachkräfte und deutlich mehr Hilfskräfte (+9,9 %) in der Pflege beschäftigt als bei den freigemeinnützigen (Abbildung 25).

Abbildung 25: Personalbestand (Summe), nach Trägern



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnung

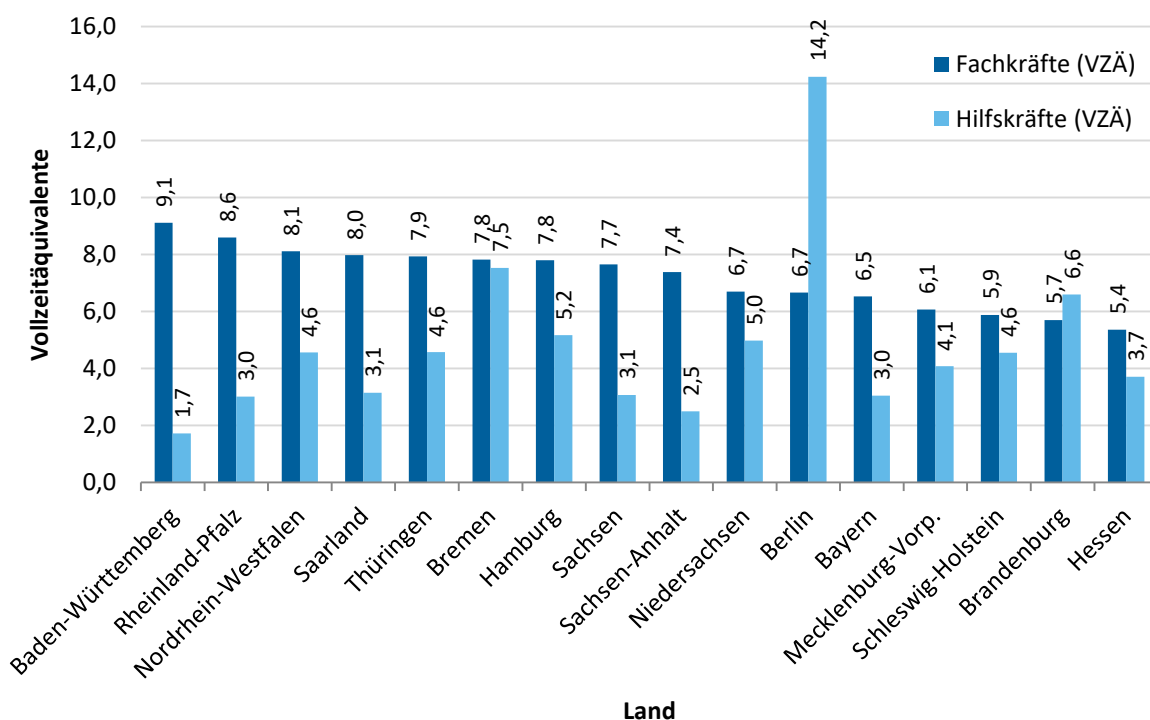
Ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten arbeiten mit 40.653 Fachkräften rund 6,3 % mehr Fachkräfte bei den privaten als bei den freigemeinnützigen Trägern mit 38.236 Fachkräften (VZÄ). Bei den in der Pflege arbeitenden Hilfskräften sind bundesweit sogar 20,3 % mehr VZÄ bei den privaten als bei den freigemeinnützigen Trägern. Erkennbar sind der höhere Stellenumfang und ein geringerer Anteil an Teilzeitbeschäftigung bei den privaten Pflegediensten. Weiteren Aufschluss über die Verteilung von Fach- und Hilfskräften je Träger gibt die Fachkraftquote in Kap. 2.3.3.

Auf der Ebene der *Bundesländer* zeigen sich seitens der vollzeitäquivalenten Fachkräfte nur geringe Unterschiede (Abbildung 26). Ähnlich wie bei der Zahl der Pflegebedürftigen je Pflegedienst weisen vier westlich gelegene Bundesländer die höchsten Fachkraftzahlen je Pflegedienst auf: Baden-Württemberg (9,1 VZÄ), Rheinland-Pfalz (8,6), Nordrhein-Westfalen (8,1) und das Saarland (8,0). Bezogen auf die Fachkräfte bilden diese Länder die größten Pflegedienste. In Hessen (5,4) und Brandenburg (5,7) finden sich diesbezüglich die kleinsten Pflegedienste.

Während die Pflegedienste durchschnittlich eher ähnlich viele Fachkräfte in Vollzeitäquivalenten aufweisen, zeigt sich bei den Hilfskräften ein sehr heterogenes Bild. Berlin weist mit 14,2 vollzeitäquivalenten Hilfskräften mit deutlichem Abstand die weitaus meisten Hilfskräfte je Pflegedienst auf, gefolgt von Bremen (7,5) und Brandenburg (6,59). Berlin und Brandenburg sind zudem die einzigen Länder, in denen die Pflegedienste mehr Hilfs- als Fachkräfte beschäftigen. Baden-Württemberg, das

die wenigsten Hilfskräfte (1,7 VZÄ) je Pflegedienst aufweist, hat gleichzeitig die meisten Fachkräfte. Auch hier wird nur das Personal betrachtet, dass überwiegend in der Pflege tätig ist.

Abbildung 26: Anzahl Fach- und Hilfskräfte (VZÄ) je Pflegedienst, Bundesland



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnung

Die Personalausstattung in Berlin bedarf aufgrund der auffallend hohen Zahl von Hilfskräften einer gesonderten Betrachtung. In jedem Bundesland sind Landesrahmenverträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern vereinbart. Diese regeln für den Leistungsbereich des SGB V („Häusliche Krankenpflege“, vgl. Kap. 1.2.3) unter anderem die Mindestpersonalausstattung. Pflegedienste in Berlin müssen, wenn sie Leistungen des SGB V erbringen möchten, mindestens acht vollzeitbeschäftigte examinierte Krankenpflegekräfte vorhalten, unter denen maximal zwei dreijährig ausgebildete Altenpfleger sein dürfen (Verband der Ersatzkassen in Berlin e.V. (vdek) (Hrsg.) 2009, § 7, Abs. 1a). Die Behandlungspflege darf dabei nur von dreijährig ausgebildetem Krankenpflegepersonal bzw. von staatlich anerkannten Altenpflegern unter Verantwortung der Pflegedienstleitung durchgeführt werden (ebd., § 10, Abs. 6). Krankenpflegehelfer und Altenpflegehelfer mit 1,5-jähriger Ausbildung dürfen keine sogenannte Behandlungspflege durchführen, wie es z.B. der nordrhein-westfälische oder hessische Landesrahmenvertrag regelt (vgl. Kap. 1.3.1.1

„Gesetzliche Anforderungen im Fünften Sozialgesetzbuch“). Damit stellt das Land Berlin bundesweit den höchsten Vertragsstandard für SGB V-Leistungen. Dagegen sind die Vorgaben für SGB XI-Leistungen vergleichsweise gering. Berliner Pflegedienste, die SGB XI-Leistungen erbringen wollen, müssen „nur“ zwei verantwortliche Pflegefachkräfte vorweisen. Die Leistungen an sich dürfen aber im Prinzip von jeder angeleiteten Person durchgeführt werden. (Landesverbände der Pflegekassen Berlin, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz des Landes Berlin, Verband der privaten Krankenversicherung et al. 2006, § 10, Abs. 3a und 6). Diese Konstruktion mit hohem Vertragsstandard im SGB V-Bereich führt einerseits dazu, dass in Berlin nur rund 70 % der 524 ambulanten Pflegedienste SGB V-Leistungen erbringen (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2013). Andererseits werden dadurch die ohnehin wenigen Fachkräfte kaum noch im SGB IX-Leistungsbereich eingesetzt, sondern durch besser verfügbare und zudem günstigere Hilfskräfte ersetzt.

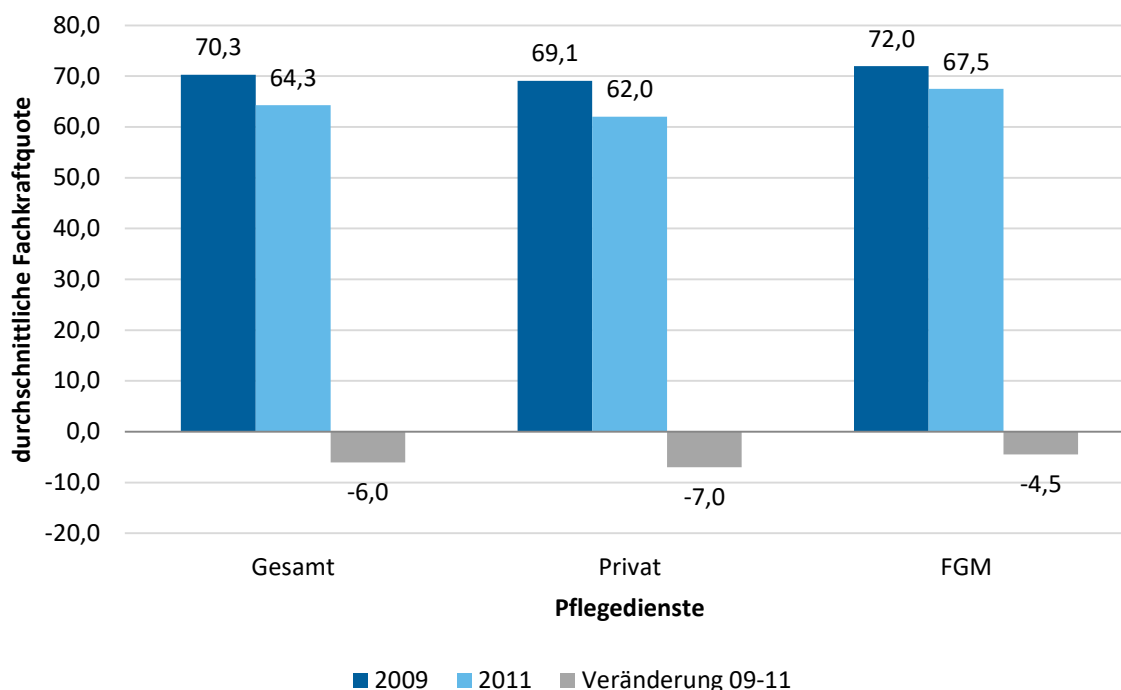
Zusammengefasst weist ein durchschnittlicher Pflegedienst dieser Stichprobe rund 49,2 Pflegebedürftige mit 7,0 Fachkräften und 4,1 Hilfskräften (jeweils Vollzeitäquivalente) auf. Freigemeinnützige Pflegedienste sind bezüglich der Kunden- und Personalanzahl größer als private. Außerdem sind die Pflegedienste in den westlichen Bundesländern leicht größer als die östlicher gelegenen. Berlin fällt durch seine überdimensionale Zahl von Hilfskräften auf. Nach dieser Größenbetrachtung werden nachfolgend die Wachstumszahlen der Pflegedienste dargestellt, gefolgt von weiteren Variablen der Untersuchung wie der Fachkraftquote und dem Case Mix Index.

2.3.2 Fachkraftquote

Wie im Abschnitt über die Wachstumszahlen der Pflegedienste deutlich wurde, ist die Betrachtung der Fachkraftquote und ihrer Entwicklung wichtig für die Interpretation und Einordnung der deskriptiven und multivariaten Ergebnisse. Sie wird ebenfalls im Gesamtbild, nach Trägern, Größenklassen und Bundesländern betrachtet.

Die Fachkraftquote ist für überwiegend in der Pflege tätiges Personal über alle Pflegedienste zwischen 2009 und 2011 von durchschnittlich 70,3 % im Jahr 2009 um 6,0 % auf 64,3 % im Jahr 2011 gesunken (Abbildung 27).

Abbildung 27: Fachkraftquote (VZÄ), 2009-2011, Gesamt und nach Trägern

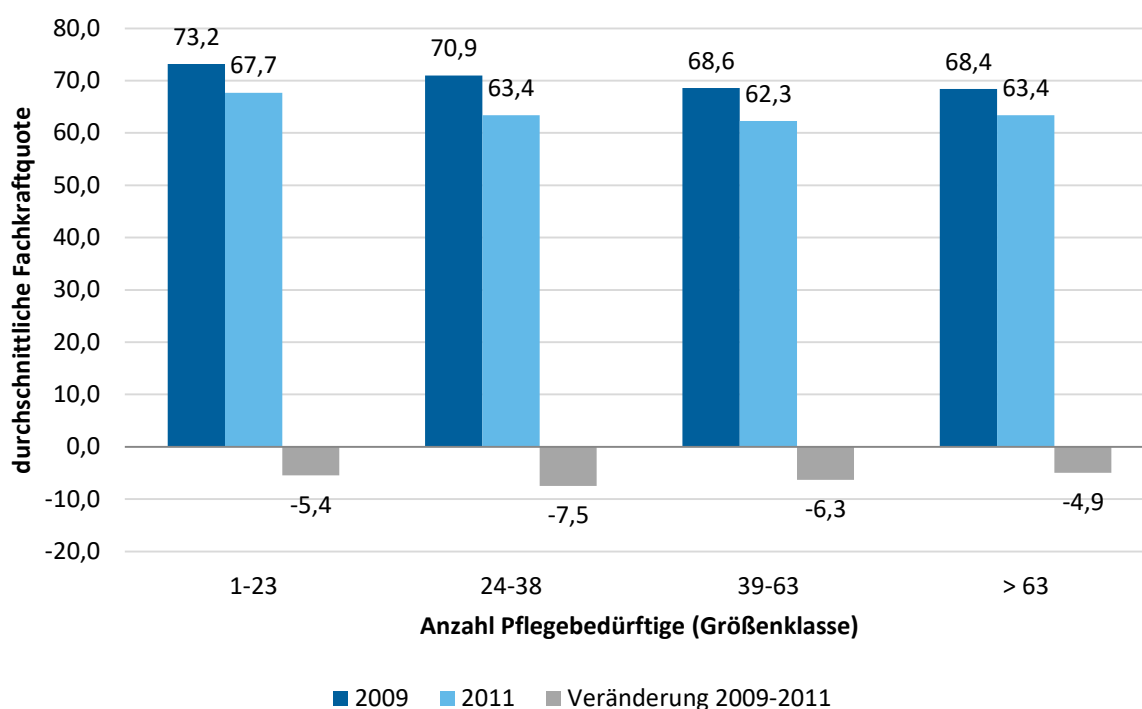


Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnung

Bei den freigemeinnützigen *Trägern* sinkt die Fachkraftquote bezüglich des überwiegend in der Pflege eingesetzten Personals von durchschnittlich 72,0 % im Jahr 2009 um 4,5 % auf 67,5 % im Jahr 2011. Die bei den privaten Trägern bereits im Jahr 2009 niedrigere Fachkraftquote (69,1%) wird durch einen stärkeren Rückgang um 7,0 % auf nur noch 62,0 % gesenkt. Somit vergrößert sich sogar der Unterschied in der Fachkraftquote zwischen den Trägerschaften.

Werden die in vier *Größenklassen* aufgeteilten Pflegedienste betrachtet, fallen leichte Unterschiede auf (Abbildung 28). Je kleiner (bzw. größer) der Pflegedienst ist, umso höher (bzw. niedriger) fällt die durchschnittliche Fachkraftquote aus. Die Veränderung der Fachkraftquote zwischen 2009 und 2011 zeigt indes eine stärkere Senkung bei den beiden mittelgroßen Pflegedienstklassen (24-38 bzw. 39-63 Pflegebedürftige), während die größten Pflegedienste mit -4,9 % die geringste Senkung der Fachkraftquote aufweisen. Sie hatten in 2009 allerdings bereits die niedrigste Fachkraftquote. Die kleinsten Pflegedienste (1-23 Pflegebedürftige) haben mit -5,4% die zweitkleinste Senkung der Fachkraftquote aufzuweisen. Somit zeigt sich insgesamt in allen Größenklassen eine Senkung der durchschnittlichen Fachkraftquote, die 2011 in den Größenklassen 24-38, 39-63 und > 63 Pflegebedürftige fast dasselbe Niveau erreicht.

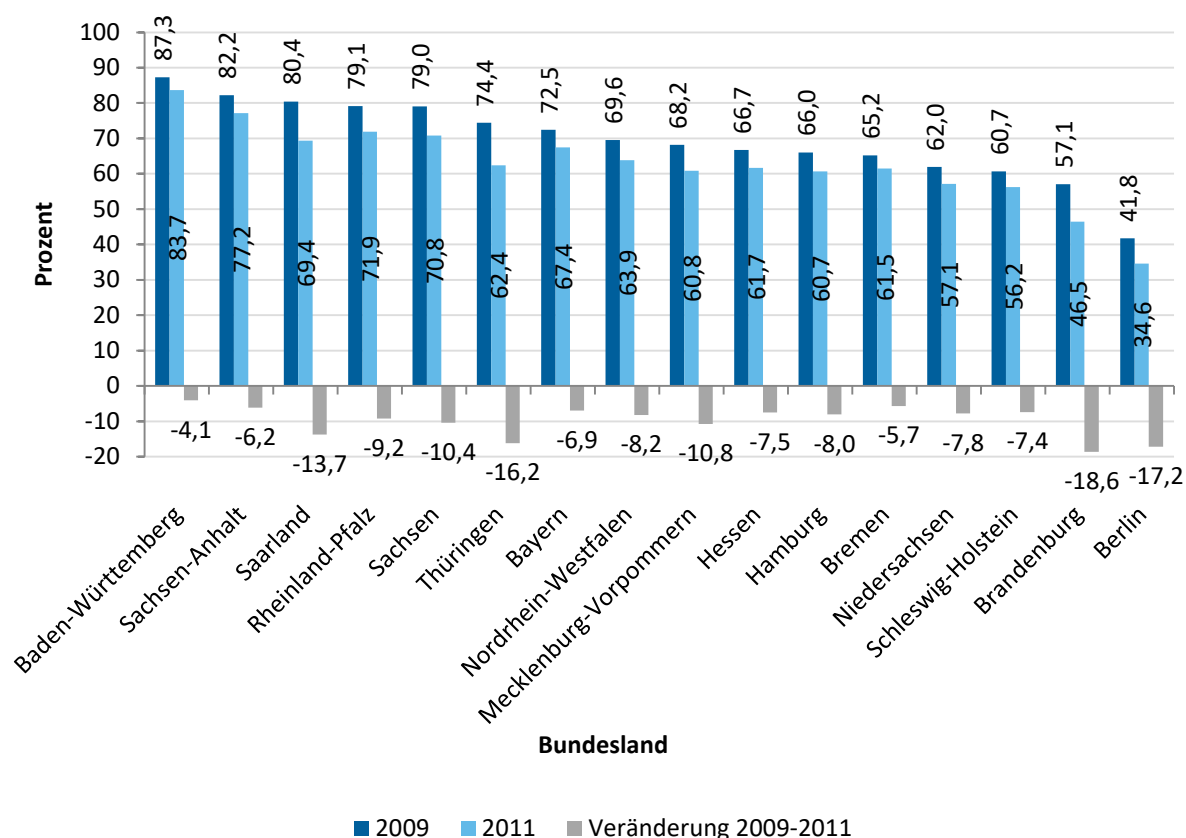
Abbildung 28: Fachkraftquote (VZÄ), 2009-2011, nach Größenklasse



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnung

Aus der Perspektive der *Bundesländer* zeigt sich wiederum ein sehr heterogenes Bild sowohl bei der Ausgangslage der Fachkraftquote in 2009 als auch bei der Veränderung der Fachkraftquote (Abbildung 29). Wie es die Vollzeitäquivalente der Fach- und Hilfskräfte je Pflegedienst vermuten lassen, weist Baden-Württemberg 2009 die höchste Fachkraftquote mit 87,3 % auf, gefolgt von Sachsen Anhalt mit 82,2 % und dem Saarland mit 80,4 %. Interessant ist die Entwicklung der Fachkraftquote dieser drei Spitzenreiter. Während Baden-Württemberg mit einer Senkung der Fachkraftquote um nur 4,1 % die niedrigste Veränderungsrate aufweist, wurde im Saarland die Fachkraftquote um 13,7 % sehr deutlich gesenkt bei fast durchschnittlicher Senkung in Sachsen-Anhalt (6,2 %). Spitzenreiter in der Senkung der Fachkraftquote ist Brandenburg mit 18,6 %, gefolgt von Berlin (17,2 %) und Thüringen (16,2 %) und das, obwohl Berlin und Brandenburg bereits in 2009 die niedrigsten Fachkraftquoten aufwiesen. Dabei spielt die Verfügbarkeit von Fachkräften eine Rolle. Insbesondere der MDK Berlin/Brandenburg berichtet von einer zunehmenden Schwierigkeit, geeignete Pflegefachkräfte zu rekrutieren (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) 2014, S. 11 und 80). Außerdem sorgt die Konstruktion der Landesrahmenverträge beispielsweise in Berlin für einen verbreiteten Einsatz von Pflegehilfskräften im SGB XI-Leistungsbereich (vgl. Kap. 2.3.1).

Abbildung 29: Veränderung der Fachkraftquote (VZÄ) 2009-2011, Bundesland



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnung

2.3.3 Wachstum der Pflegedienste

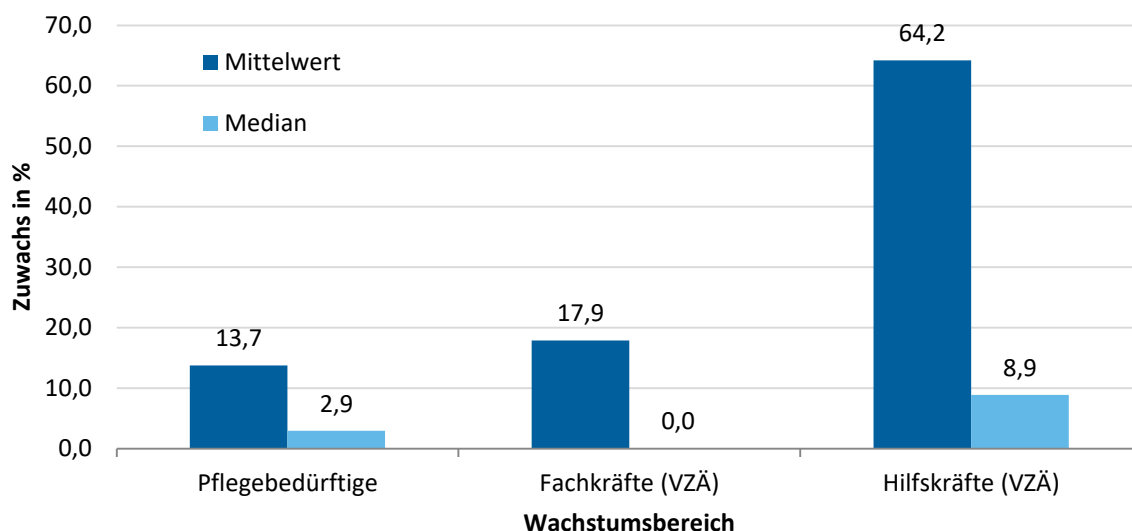
Das Wachstum der Pflegedienste wird für die Bereiche Pflegebedürftige, Fachkräfte und Hilfskräfte angegeben. Zunächst werden alle Pflegedienste betrachtet, danach wird zwischen der Trägerschaft (Kap. 2.3.3.1), der Größenklasse (Anzahl Pflegebedürftige) (Kap. 2.3.3.2) und den Bundesländern unterschieden (Kap. 2.3.3.3).

In die Stichprobe dieser Analyse sind alle Pflegedienste eingegangen, die in beiden Erhebungsjahren über Pflegebedürftige bzw. Fach- und/oder Hilfskräfte mit überwiegendem Tätigkeitsbereich in der Pflege verfügten. Je nach betrachteter Variable ist die Stichprobe unterschiedlich groß. Da zahlreiche Pflegedienste über keine Hilfskräfte in der Pflege verfügen, enthält diese Stichprobe mit 8.927 Pflegediensten nur rund 72,2 % aller Pflegedienste, die 2011 existierten. Beim Personal werden die Vollzeitäquivalente zugrunde gelegt.

Nicht nur die Gesamtzahl der Pflegedienste ist im Untersuchungszeitraum zwischen 2009 und 2011 gestiegen (vgl. Abbildung 4). Auch in den Bereichen der Fachkräfte,

Hilfskräfte und Pflegebedürftigen können die 2009 sowie 2011 am Markt vorhandenen Pflegedienste wachsen (Abbildung 30).

Abbildung 30: Wachstumsbereiche 2009-2011, Gesamt



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnung

Bei allen Wachstumsraten liegt eine linksschiefe Verteilung mit einem deutlich niedrigeren Median im Vergleich zum arithmetischen Mittelwert vor. Die Wachstumsraten der Pflegedienste streuen sehr stark. Wenige Pflegedienste mit extrem hohen Zuwachsraten beeinflussen den Mittelwert nach oben, während die Mehrheit der Pflegedienste eher geringe bzw. keine Zuwächse verzeichnet. Daher wird zusätzlich der Median als gegen Ausreißer unempfindliches Maß betrachtet.

Die ambulanten Pflegedienste versorgen im Jahr 2011 durchschnittlich 13,7 % mehr *Pflegebedürftige* als zwei Jahre zuvor unter der Annahme eines linearen Zuwachses. Allerdings kann die Hälfte der Pflegedienste nur einen Zuwachs von bis zu 2,9 % (Median) verbuchen.

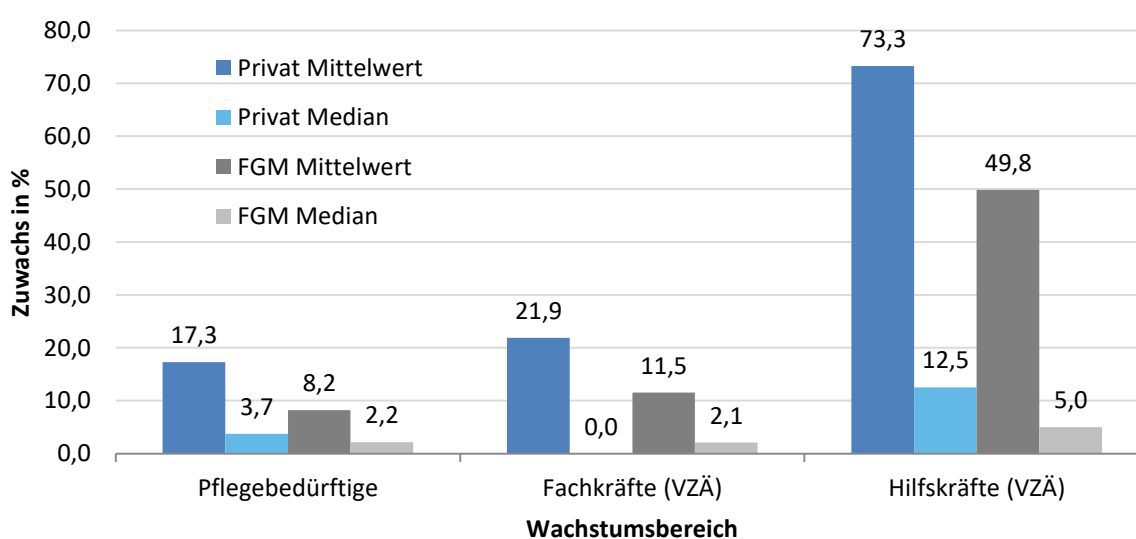
Im Bereich der vollzeitäquivalenten *Fachkräfte* liegt zwar im Durchschnitt ein Wachstum von 17,9 % vor, die Hälfte der Pflegedienste (Median) verzeichnet aber ein Nullwachstum. Die zehn größten Pflegedienste können ein Fachkräfte-Wachstum von mehr als 795 % erreichen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn der Pflegedienst im Jahr 2009 eine vollzeitäquivalente Fachkraft hatte und im Jahr 2011 bereits knapp 8 Vollzeitäquivalente aufweist.

Im Bereich der vollzeitäquivalenten *Hilfskräfte* findet sich bei den Pflegediensten, die in beiden Jahren über Hilfskräfte in der Pflege verfügten, der stärkste Wachstumsbereich mit einem durchschnittlichen Zuwachs von 64,2 % bei einem Median von 8,9 % im Zweijahreszeitraum. Die mittleren 50 % der Pflegedienste wiesen ein Wachstum zwischen -25,0 % und 75,0 % auf.

2.3.3.1 Wachstum nach Trägerschaft

Unterschieden nach Trägerschaft fallen deutliche Unterschiede auf (Abbildung 31). *Private Pflegedienste* verzeichnen im untersuchten Zweijahreszeitraum einen Zuwachs der Pflegebedürftigen von im Schnitt 17,3 % (Median 3,7 %), bei den vollzeitäquivalenten Fachkräften von durchschnittlich 21,9 % (Median 0 %) und bei den Hilfskräften in Höhe von 73,3 % (Median 12,5 %). Um die Spannweite der Wachstumsraten abzusehen, werden die Extreme betrachtet. Die 0,2 % der größten privaten Pflegedienste (=13 Pflegedienste) weisen bei den Fachkräften einen Zweijahreszuwachs von über 1.480 % auf, was beispielsweise einem Wachstum von einer auf 14,8 vollzeitäquivalenten Fachkräften in zwei Jahren entspricht. Die Pflegedienste mit den höchsten Hilfskraftzuwächsen erreichen mehr als 2.448 % Zuwachs zwischen 2009 und 2011, was beispielsweise einem Wachstum von einer auf 24,5 vollzeitäquivalente Hilfskräfte in der Pflege entspricht.

Abbildung 31: Wachstumsbereiche 2009-2011, nach Trägerschaft



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnung

Freigemeinnützige Pflegedienste können im Bereich der Pflegebedürftigen um 8,2 % und im Bereich der Fachkräfte um durchschnittlich 11,5 % wachsen (Abbildung 31). Damit liegt das Wachstum hier jeweils etwa halb so hoch wie bei den privaten Pflegediensten. Der mittlere Zuwachs der Hilfskräfte liegt mit 49,8 % am höchsten, aber etwa um ein Drittel niedriger als bei den Privaten. Der jeweils sehr niedrige Median verweist auf sehr linksschiefen Verteilungen. Die Mehrzahl der Pflegedienste verzeichnet ein sehr viel geringeres Wachstum, während wenige Pflegedienste extrem wachsen können.

Ein differenziertes Bild zeigt sich, wenn die Pflegedienste mit positiven Zuwächsen getrennt von denen mit negativen Zuwächsen (Rückgängen) dargestellt werden (Tabelle 11). Dies wird für den Bereich der Fachkräfte ausgeführt, da dieser Bereich am relevantesten für den Unternehmenserfolg dargestellt wurde.

Tabelle 11: Zuwachs der Fachkräfte (VZÄ) 2009-2011 nach Trägern

	Rückgang		Nullwachstum	Zuwachs	
	Anteil in %	um ... %		Anteil in %	Anteil in %
Privat N=6.560	48,9	-34,3	7,5	43,6	88,7
FGM N=4.114	43,0	-24,4	5,0	52,0	42,4
Gesamt N=10.674	46,6	-30,8	6,5	46,8	68,9

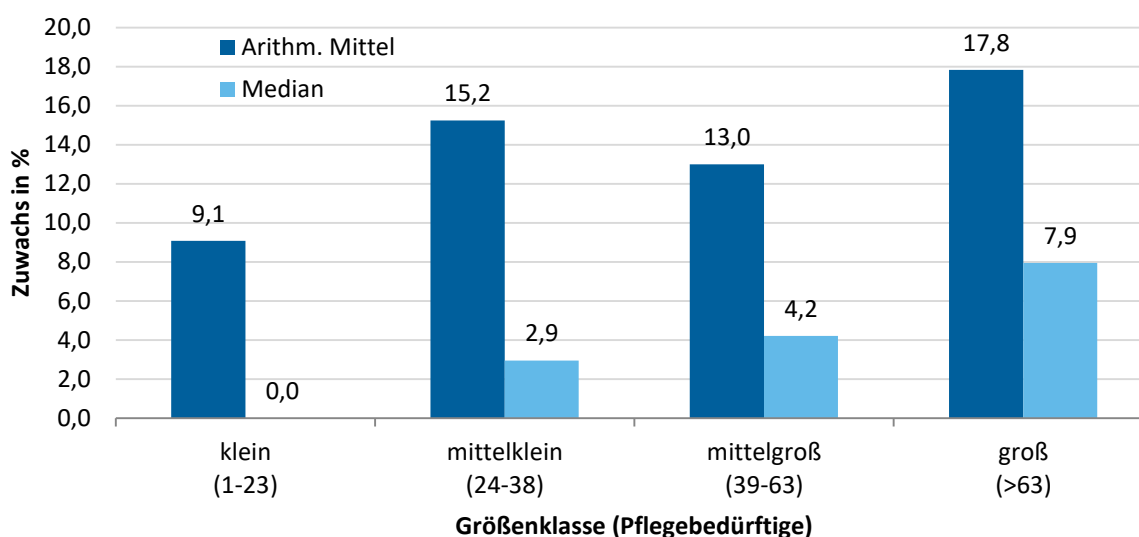
Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnungen

Die Zahl der Pflegedienste mit einem Rückgang (46,6 %) bzw. Zuwachs (46,8 %) der Fachkräfte hält sich insgesamt die Waage. Unterschiedlich ist jedoch deren Ausprägung. Ein Rückgang an Fachkräften findet durchschnittlich um 30,8 % statt. Ein Zuwachs fällt mit durchschnittlich 68,9 % wesentlich deutlicher aus. Aus Trägersicht haben private Pflegedienste sogar häufiger einen Rückgang (48,9 %) als einen Zuwachs (43,6 %) zu verzeichnen, bei den freigemeinnützigen ist es anders herum (43,0 versus 52,0 %). Allerdings unterscheidet sich auch hier die Ausprägung: private Pflegedienste verzeichnen einen deutlich stärkeren Zuwachs (+88,7 %) als Rückgang (-34,3 %). Freigemeinnützige Pflegedienste zeigen dieselbe Tendenz, jedoch weniger stark ausgeprägt.

2.3.3.2 Wachstum nach Größenklasse

Nachfolgend wird nacheinander der Zuwachs von Pflegebedürftigen, Fachkräften und Hilfskräften in der Pflege zwischen 2009 und 2011 unterschieden nach Pflegedienstgröße dargestellt. Die Unterscheidung nach Größe erfolgt anhand der Zahl der Pflegebedürftigen. Dabei werden vier Größengruppen gebildet, die jeweils etwa 25 % der Pflegedienste der Stichprobe beinhalten. Demnach gelten Pflegedienste mit 1 bis 23 Pflegebedürftigen als klein, Pflegedienste mit 24 bis 38 Pflegebedürftigen als mittelklein, Pflegedienste mit 39 bis 63 Pflegebedürftigen als mittelgroß und Pflegedienste mit mehr als 63 Pflegebedürftigen als groß.

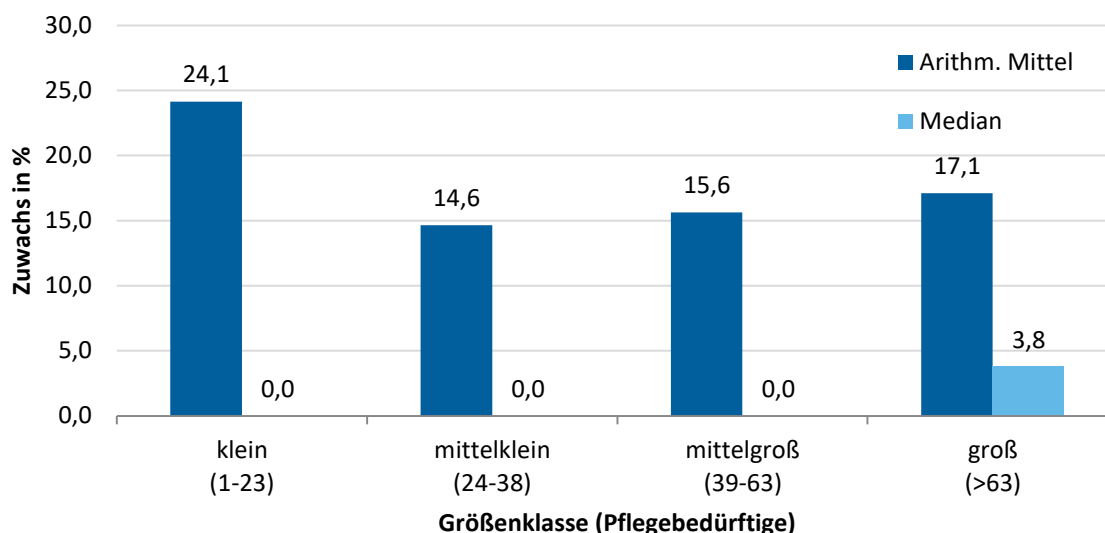
Abbildung 32: Zuwachs von Pflegebedürftigen 2009-2011, nach Größe



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnung

Beim Zuwachs von *Pflegebedürftigen* ist von den kleinen bis zu den großen Pflegediensten eine Tendenz zu stärkerem Wachstum zu sehen (Abbildung 32). Kleine Pflegedienste wachsen im Mittel um 9,1 %, die mittelkleinen um 15,2 %, die mittelgroßen um 13,0 % und die großen um 17,8 %. Der Median zeigt eindeutig für die Mehrheit der Pflegedienste, dass mit zunehmender Größe häufiger ein Zuwachs von Pflegebedürftigen stattfindet.

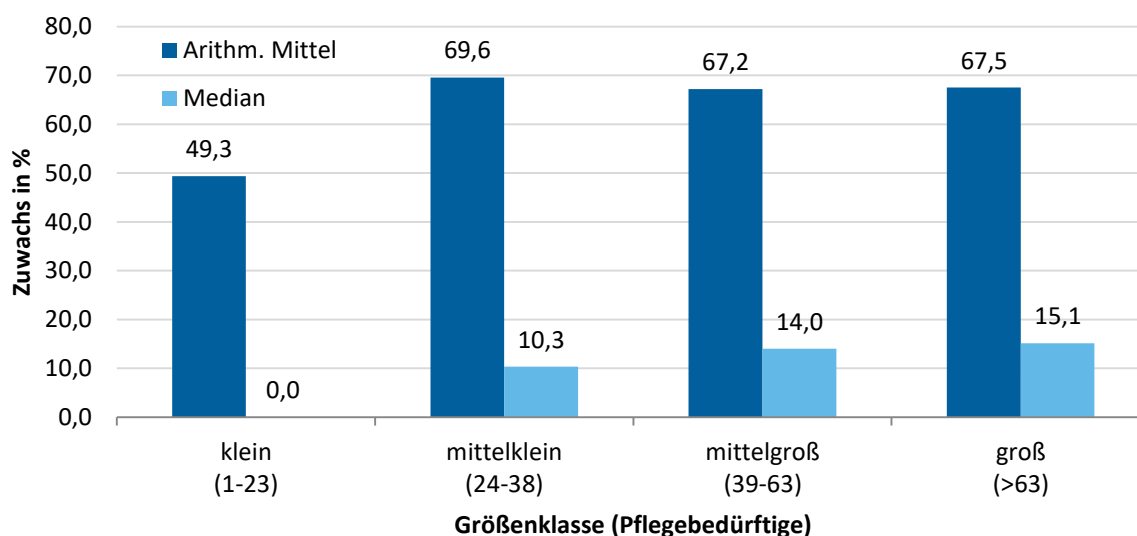
Abbildung 33: Zuwachs von Fachkräften in der Pflege 2009-2011, nach Größe



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnung

Bezogen auf den Zuwachs von *Fachkräften* zeigt sich ein etwas anderes Bild (Abbildung 33). Kleine Pflegedienste verzeichnen im Mittel den größten Fachkräftezuwachs in der Pflege (24,1 %), gefolgt von den großen Pflegediensten (17,1 %). Auf Basis des Medians findet nur bei den großen Pflegediensten mit mehr als 63 Pflegebedürftigen mehrheitlich ein Fachkräftezuwachs statt. In den drei anderen Größenklassen verzeichnet über die Hälfte der Pflegedienste keinen Zuwachs von Fachkräften.

Abbildung 34: Zuwachs von Hilfskräften in der Pflege 2009-2011, nach Größe



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnung

Im Bereich der *Hilfskräfte* findet sich bei allen Pflegedienstgrößen ein deutlicher Zuwachs (Abbildung 34). Im Durchschnitt verzeichnen die kleinen Pflegedienste (bis 23 Pflegebedürftige) einen Zuwachs von 49,3 %, während alle größeren Pflegedienste im Mittel einen Zuwachs von fast 70 % verbuchen können (Abbildung 34). Die Mehrzahl der kleinen Pflegedienste gewinnt allerdings keine Hilfskräfte dazu (Median = 0,0). Je größer die Pflegedienste, umso häufiger kommt ein Hilfskräftezuwachs vor.

Insgesamt zeigt sich, dass große Pflegedienste im Gegensatz zu kleineren Pflegediensten häufiger einen Zuwachs von Pflegebedürftigen, Fachkräften und Hilfskräften verzeichnen. Kleine Pflegedienste fallen durch ein höheres durchschnittliches Wachstum im Bereich der Fachkräfte und durch ein niedrigeres Wachstum im Bereich der Hilfskräfte auf.

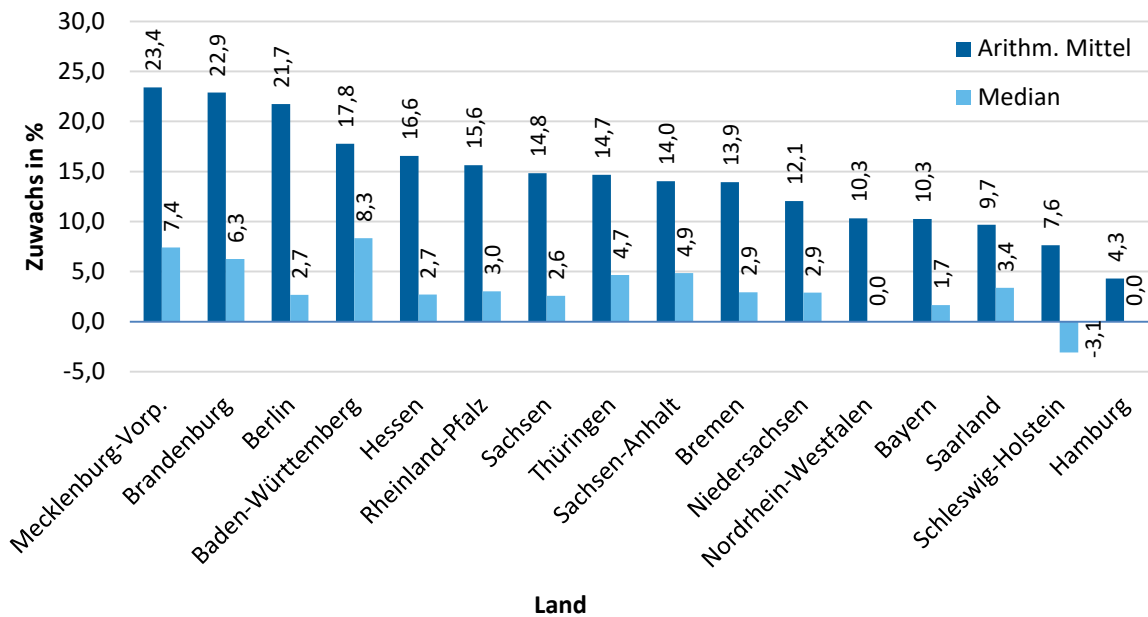
Zu beachten ist, dass ausschließlich die Pflegedienste betrachtet werden, die sowohl 2009 als auch 2011 am Markt waren. Daher sind die Wachstumszahlen von nach 2009 gegründeten Pflegediensten nicht eingeflossen.

2.3.3.3 Wachstum nach Bundesländern

Der Wachstumsmarkt Pflege entwickelt sich nicht gleichmäßig (vgl. Kap. 1.2.1). Daher wird zusätzlich auf der Ebene der Bundesländer analysiert, wo sich sehr hohes bzw. sehr niedriges Wachstum im Zweijahreszeitraum vollzieht.

Seitens der Zahl von *Pflegebedürftigen* verzeichnen alle Bundesländer einen unterschiedlich hohen durchschnittlichen Zuwachs zwischen 4,3 und 23,4 % (Abbildung 35). Höchste Zuwächse über zwei Jahre gibt es in Berlin (21,7 %), Brandenburg (22,9 %) und Mecklenburg-Vorpommern (23,4 %), die niedrigsten finden sich im Saarland (9,7 %), in Schleswig-Holstein (7,6 %) und Hamburg (4,3 %). Der gegen Ausreißer unempfindlichere Median zeigt geringere Unterschiede. In Baden-Württemberg ist die Mehrzahl der Pflegedienste am stärksten gewachsen (8,3 %). Einzig in Schleswig-Holstein, Hamburg und Nordrhein-Westfalen kann die Mehrheit der Pflegedienste bezüglich der Anzahl der Pflegebedürftigen nicht wachsen.

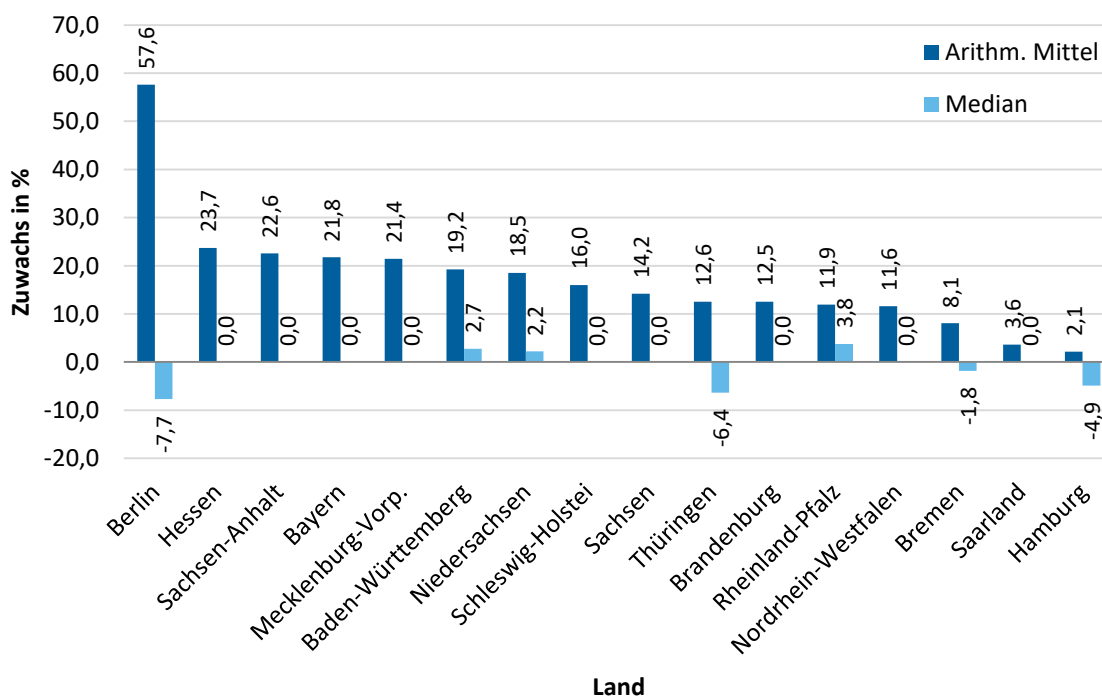
Abbildung 35: Zuwachs von Pflegebedürftigen 2009-2011, Bundesland



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnungen

Bezogen auf den durchschnittlichen *Fachkräftezuwachs* in Vollzeitäquivalenten liegt Hamburg mit einem Zuwachs von nur 2,1 % hinten, gefolgt von dem Saarland (3,6 %) und Bremen (8,1 %) (Abbildung 36).

Abbildung 36: Zuwachs von Pflegefachkräften 2009-2011, Bundesland

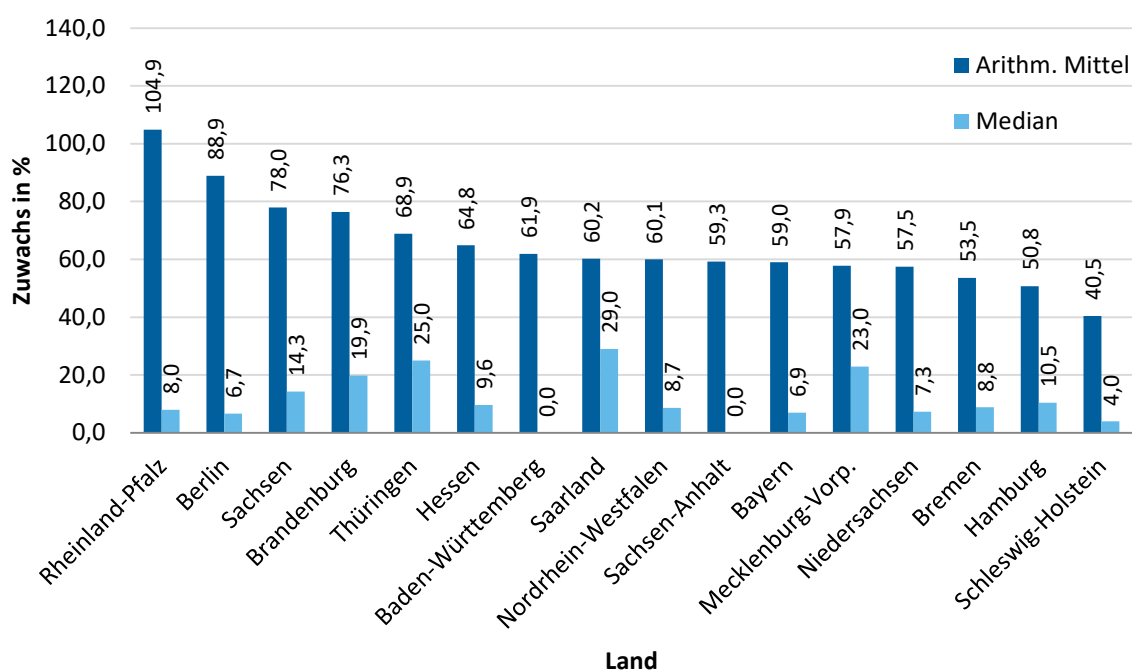


Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnungen

Den mit Abstand höchsten Zuwachs mit durchschnittlich 57,6 % verzeichnet Berlin, allerdings bei einer um ein vielfaches höheren Streuung als in allen anderen Ländern, wie das Verhältnis von Mittelwert und Median anzeigt. Hohe durchschnittliche Zuwächse verzeichnen außerdem Hessen (23,7 % bei sehr linkssteiler Verteilung) und Sachsen-Anhalt (22,6 %).

In neun von sechzehn Bundesländern zeigt ein Median von Null, dass mehr als die Hälfte der Pflegedienste keinen Zuwachs von Fachkräften vorweisen. Alle neuen Bundesländer, aber auch Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Bayern und das Saarland zählen zu dieser Gruppe. Nur in Rheinland-Pfalz (3,8 %), Baden-Württemberg (2,7%) und Niedersachsen (2,2 %) kann die Mehrheit der Pflegedienste noch einen leichten Fachkräftezuwachs verzeichnen.

Abbildung 37: Zuwachs von Pflegehilfskräften 2009-2011, Bundesland



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnungen

In der Gruppe der *Hilfskräfte* zeigt sich in allen Bundesländern ein deutlicher Zuwachs zwischen 2009 und 2011 (Abbildung 37). Höchste durchschnittliche Zuwächse gab es in Rheinland-Pfalz (104,9 %), Berlin (88,9 %), Sachsen (78,0 %) und Brandenburg (76,3 %). Die niedrigsten, aber immer noch hohen Zuwächse gab es in den nördlichen Bundesländern Bremen (53,5 %), Hamburg (50,8 %) und Schleswig-

Holstein (40,5 %). Lediglich in Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt verzeichnet mehr als die Hälfte der Pflegedienste keinen Zuwachs.

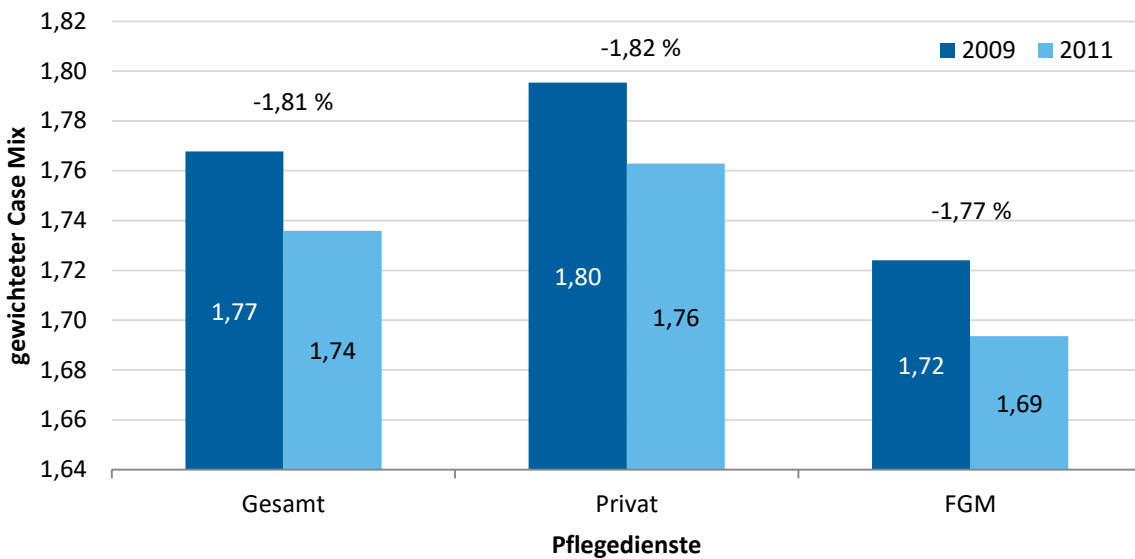
An den Wachstumszahlen ist abzulesen, dass sie je nach Bundesland, Träger und betrachtetem Wachstumsbereich (Pflegebedürftige, Fach- und Hilfskräfte) sehr unterschiedlich ausfallen. Trotz des beschriebenen Fachkräftemangels (vgl. Kap. 1.2.2) erscheint dessen Ausprägung über fast alle Bundesländer hinweg überdeutlich und ist zugleich erkennbar an der deutlichen Zunahme von Hilfskräften. Die Fachkraftzuwächse scheinen zudem nicht immer parallel mit der Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen zu gehen. Dies zeigt sich vor allem in den neuen Bundesländern, wo der Fachkräftezuwachs nicht annähernd so hoch ausfällt wie der Zuwachs Pflegebedürftiger.

2.3.4 Case Mix Index

Der Case Mix Index (CMI) bildet die gewichtete durchschnittliche Pflegestufe der Pflegebedürftigen eines Pflegedienstes ab und wird gemäß der Gewichtungsfaktoren in Tabelle 10 errechnet. Dieser kann einen Wert zwischen 1,0 und 3,0 annehmen.

Im Jahr 2009 lag der CMI im Bundesgebiet bei durchschnittlich 1,77 und sank bis 2011 um 1,81 % auf 1,74 (Abbildung 38). Die privaten Pflegedienste verzeichnen sowohl mit einem CMI von 1,80 (2009) als auch 1,76 (2011) einen höheren CMI als die freigemeinnützigen Pflegedienste. Gleichzeitig haben die privaten Pflegedienste in dieser Zeit mit 1,82 % eine höhere Senkung des CMI erfahren als die freigemeinnützigen Pflegedienste mit durchschnittlich 1,77 %. Die Streuung der Werte ist nicht so hoch, daher wird auf die ergänzende Darstellung des Medians verzichtet.

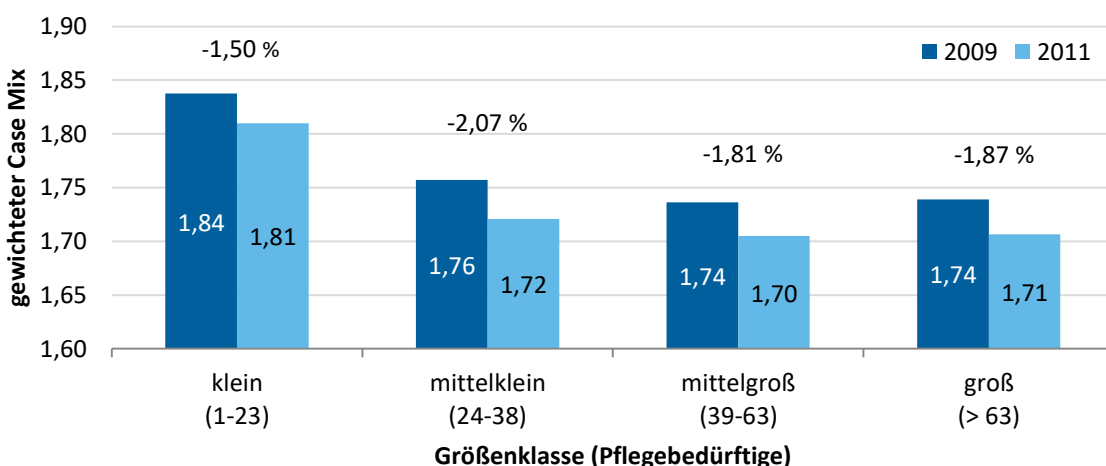
Abbildung 38: Case Mix Index 2009-2011, gesamt und je Träger



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnungen

Unterschieden nach Größenklassen zeigt sich, dass die kleinen Pflegedienste mit 1,84 (in 2009) bzw. mit 1,81 (in 2011) den höchsten CMI haben (Abbildung 39). In den drei weiteren Größenklassen ist der CMI nahezu gleich hoch. Durchgehend über alle Größenklassen zeigt sich eine Senkung des CMI. Mit -1,50% hat der CMI in der kleinen Größenklasse am geringsten abgenommen. Gleichzeitig verzeichnen die kleinen Pflegedienste eine hohe Fachkraftquote (vgl. Kap. 2.3.2).

Abbildung 39: Case Mix Index 2009-2011, nach Größenklasse



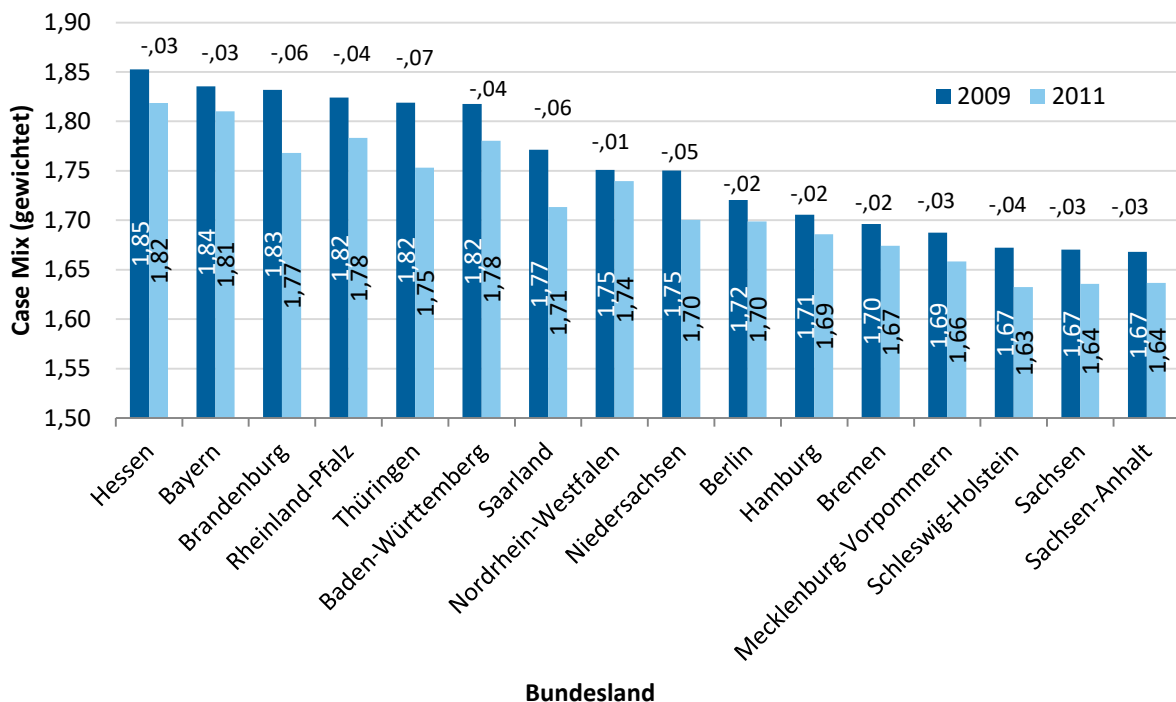
Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnungen

Möglicherweise finden sich in dieser Gruppe Pflegedienste, die sich auf die Pflege stark pflegebedürftiger Menschen konzentrieren (z.B. Intensiv-Pflegedienste oder

kleine Wohngruppen). Den höchsten Rückgang des CMI verzeichnet jedoch die Gruppe der Pflegedienste mit 24-38 Pflegebedürftigen (-2,07 %). Gründe dafür sind unklar.

Auf der Ebene der Bundesländer sind die Unterschiede dagegen größer (Abbildung 40). Der höchste CMI von 1,85 in 2009 liegt in Hessen vor, der niedrigste in Sachsen-Anhalt mit 1,67. Einen Rückgang des CMI verzeichnen die Pflegedienste aller Länder, allerdings ist die Streuung zwischen Nordrhein-Westfalen mit dem niedrigsten absoluten Rückgang des CMI um 0,01 und Thüringen mit einem starken Rückgang von 0,07 extrem. Thüringen hat gleichzeitig den stärksten Rückgang der Fachkraftquote (Kap. 2.3.3). Im Jahr 2011 hat dann Schleswig-Holstein den niedrigsten CMI von 1,63 erreicht. In allen Ländern hat der Grad der Pflegebedürftigkeit innerhalb der Pflegedienste abgenommen. Dies kann gleichzeitig ein Hinweis darauf sein, dass das Umsatzpotential des Pflegedienstes je Pflegebedürftigen gesunken ist.

Abbildung 40: Case Mix Index 2009 und 2011, nach Bundesland



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnungen

2.3.5 Weitere Variablen

Ob die Pflegedienste ein breites oder enges Leistungsspektrum haben, an eine andere Einrichtung angegliedert sind oder nicht, zeigt Tabelle 12.

Tabelle 12: Leistungsspektrum und Angliederung, Gesamt und nach Trägern

	Gesamt N= 11.133	Private N=6.782	FGM N= 4.197
enges Leistungsspektrum	57,2	67,5	40,5
breites Leistungsspektrum	42,8	32,5	59,5
nicht angegliedert	86,3	90,2	80,8
angegliedert	13,7	9,8	19,2

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnungen

Demnach weisen insgesamt 42,8 % der Pflegedienste ein breites Leistungsspektrum bestehend aus SGB V, SGB XI und sonstigen ambulanten Hilfeleistungen auf, während 57,2 % ein kleineres als dieses Leistungsspektrum anbieten. Dabei liegt eine deutliche Verschiebung privater Träger zu einem engen Leistungsspektrum vor (67,5 %), während freigemeinnützige häufiger ein breites Leistungsspektrum anbieten (59,5 %).

Insgesamt liegt nur bei 13,7 % der Pflegedienste eine Angliederung an eine stationäre Pflegeeinrichtung, eine Wohneinrichtung, ein Krankenhaus, eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, einem Hospiz oder an einer Einrichtung/einem Dienst der Eingliederungshilfe oder mehreren davon vor, alle anderen (86,3 %) sind an keine dieser Einrichtungen angegliedert. Mit 19,2 % ist die Angliederung freigemeinnütziger Pflegedienste häufiger als bei privaten Pflegediensten mit 9,8 %.

2.4 Multivariate Ergebnisse

Mit den im Kapitel „Methodik“ (Kap. 2.2) vorgestellten Variablen werden nach den deskriptiven Ergebnissen nun die Zusammenhänge zwischen den Investitionen in die Qualitätsentwicklung (Fachkraftquote), weiteren erklärenden Variablen und dem Unternehmenswachstum (Fachkräfte, Hilfskräfte, Pflegebedürftige) geklärt. Wie zuvor beschrieben, geht das Personal in Vollzeitäquivalenten in die Berechnung ein. Dieselben Analysen werden auch mit der Personalanzahl durchgeführt, zeigten aber keine wesentlichen Unterschiede und werden daher nicht explizit aufgeführt.

Die Darstellung der Korrelationen (Kap. 2.4.1) verschafft zunächst ein Überblick über die Beziehungen der Variablen untereinander und prüft, ob diesbezüglich die Voraussetzung für die nachfolgende Regressionsanalyse (Kap. 2.4.2) gegeben ist.

2.4.1 Korrelationen

Die für die Regression vorgesehenen Variablen werden in einer Korrelation dargestellt, um Zusammenhänge zwischen den Variablen zu finden und um mit der Prüfung auf Multikollinearität die Voraussetzungen für die multivariate Analyse zu schaffen (Urban & Mayerl 2011, S. 320ff). Dabei wird die Korrelation nach Pearson berechnet, wie sie für metrisch skalierte Variablen empfohlen wird (Janssen & Laatz 2013, S. 377). Für nominalskalierte Variablen wird die Korrelation nach Spearman empfohlen. Sind sowohl metrisch als auch nominal skalierte Variablen in einer Korrelation zu prüfen, wird z.B. die Korrelation nach Eta vorgeschlagen (ebd., S. 267). Der Eta-Koeffizient zeigt allerdings nicht die Richtung des Zusammenhangs an. Für die Messung der Korrelation zwischen intervallskalierten und nominal skalierten Variablen wird empfohlen, die metrischen Merkmale in eine Rangskala herabzustufen und dann mittels punktbiserialer Rangkorrelation zu betrachten (Rasch, Friese, Hofmann et al. 2010, S. 144f; Bortz & Schuster 2010, S. 172). Dies setzt jedoch auch die Genauigkeit der Korrelationen der intervallskalierten Variablen herab, die anzahlmäßig stärker vertreten sind als die nominal skalierten Variablen. Da in der Korrelationsmatrix nur zwei nominal skalierte Variablen vorkommen und um nicht zwei verschiedene Rechenarten in einer Tabelle zu kombinieren, wird für alle Variablen die Korrelation nach Pearson gerechnet. Auf das Ergebnis hat dies die Konsequenz, dass die

Korrelationskoeffizienten der nominal skalierten Variablen leichte Unschärfe aufweisen können.

Die Tabelle 13 veranschaulicht, dass es zwar hoch signifikante Korrelationen gibt, aber keine ausgeprägte Multikollinearität zwischen den erklärenden Variablen vorliegt. Eine Multikollinearität wird bei einem Korrelationskoeffizienten $r > 0,6$ als wahrscheinlich angesehen (Urban & Mayerl 2008, S. 228). Im vorliegenden Fall sind alle Koeffizienten $< 0,4$, sodass diese Voraussetzung für die multivariate Analyse gegeben ist.

Tabelle 13: Korrelationsmatrix (Pearson): Wachstum, Fachkraftquote, CMI (N = 11.133)

	Zuwachs Fachkräfte (%)	Zuwachs Hilfskräfte (%)	Zuwachs Pflegebedürftige (%)	Zunahme Case Mix (%)	Fachkraftquote 09	Case Mix 09	Pflegebedürftige 09	Leistungsspektrum	Angliederung
Zuwachs Fachkräfte (%)	1	,012	,312 ***	,002	-,111 ***	,064 ***	-,043 ***	-,025 *	,005
Zuwachs Hilfskräfte (%)	,012	1	,151 ***	,009	,226 ***	,030 *	-,026 *	-,008	-,014
Zuwachs Pflegebed. (%)	,312 ***	,151 ***	1	-,034 ***	,022 **	,080 ***	-,201 ***	-,015	,007
Zunahme Case Mix (%)	,002	,009	-,034 ***	1	-,003	-,391 ***	-,010	-,026 **	,001
Fachkraftquote 09	-,111 ***	,226 ***	,022 **	-,003	1	,039 ***	-,054 ***	,050 ***	-,001
Case Mix 09	,064 ***	,030 *	,080 ***	-,391 ***	,039 ***	1	-,089 ***	-,046 ***	-,058 ***
Pflegebedürftige 09	-,043 ***	-,026 *	-,201 ***	-,010	-,054 ***	-,089 ***	1	,197 ***	,020 *
Leistungsspektrum	-,025 *	-,008	-,015	-,026 **	,050 ***	-,046 ***	,197 ***	1	0 ***
Angliederung	,005	-,014	,007	,001	-,001	-,058 ***	,020 *	,073 ***	1

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Quelle: eigene Berechnungen mit Daten des Statistischen Bundesamtes 2015

Hoch signifikant korrelieren der Zuwachs von Pflegebedürftigen und der Zuwachs von Fachkräften bzw. Hilfskräften ($p < 0,001$), die als Vollzeitäquivalente in die Berechnung eingegangen sind. Allerdings erstaunt zunächst die eher geringe Ausprägung der Korrelation mit $r = 0,312$ bei den Fachkräften bzw. $r = 0,151$ bei den Hilfskräften.

Die Zunahme (bzw. Abnahme) des CMI zwischen 2009 und 2011 korreliert nicht mit der Zunahme (bzw. Abnahme) von Fach- und/oder Hilfskräften. Die berechneten Koeffizienten sind nicht signifikant. Das heißt, dass eine Erhöhung (bzw. Abnahme) der durchschnittlichen Pflegebedürftigkeit der Pflegebedürftigen eines Pflegedienstes nicht mit einem vermehrten Einsatz von Fachkräften einhergeht. Eine Korrelation zwischen der Zunahme des CMI und der Fachkraftquote ist ebenso nicht gegeben.

Der Zusammenhang zwischen dem CMI von 2009 und dem Fachkräftezuwachs ist dagegen zwar hoch signifikant, aber mit $r = 0,064$ nicht sehr ausgeprägt.

Stattdessen ist ein hoch signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Zunahme des CMI und dem CMI von 2009 vorzufinden ($r = - 0,391$). Sind die Pflegebedürftigen im Ausgangsjahr hoch (gering) pflegebedürftig, nimmt der CMI signifikant ab (zu). Hier scheint sich der Trend zu einem mittleren CMI zu bestätigen.

Gründe hierfür könnten sein, dass die Zahl der Pflegebedürftigen zwar zugenommen, ihre durchschnittliche, gewichtete Pflegestufe (CMI) aber abgenommen hat. So „kauft“ jeder Pflegebedürftige weniger Leistungen beim Pflegedienst ein. Folglich steigt die Leistungsmenge des Pflegedienstes nicht so stark wie die Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen, was einen nicht so starken Personalzuwachs erfordert.

Eine hohe (niedrige) Fachkraftquote in 2009 zieht einen negativen (positiven) Zuwachs von Fachkräften nach sich ($r = - 0,111$). Dieser Zusammenhang ist hoch signifikant, aber schwach ausgeprägt. Dieses Ergebnis ist nicht so erwartet worden. Denkbar wäre gewesen, dass sich Fachkräfte einen Pflegedienst mit einer hohen Fachkraftquote aussuchen, weil dort eine qualitativ höherwertige pflegerische Versorgung und die Verwirklichung des eigenen Berufsverständnisses möglich sein könnte. Tatsächlich scheint es eher eine Ausgleichsfunktion zu geben. Ist die Fachkraftquote 2009 hoch, sinkt sie in 2011 und umgekehrt. Dies zeigt sich auch am Korrelationskoeffizienten der Fachkraftquote von 2009 mit dem Zuwachs von Hilfskräften

($r = 0,226$). Eine hohe Fachkraftquote geht demnach hoch signifikant mit einem Zuwachs von Hilfskräften und folglich mit einer Senkung der Fachkraftquote einher.

Einen ähnlichen Hinweis liefert die Korrelation zwischen der Anzahl Pflegebedürftiger 2009 und dem Zuwachs von Pflegebedürftigen zwischen 2009 und 2011 ($r = - 0,201$) auf. Eine hohe Zahl Pflegebedürftiger geht hoch signifikant mit einem leichten Rückgang des Zuwachses einher. Kleine Pflegedienste verzeichnen einen Zuwachs, große Pflegedienste eher einen Verlust von Pflegebedürftigen.

Wie in den deskriptiven Ergebnissen zeigt sich, dass ein hohes Leistungsspektrum, das häufiger von freigemeinnützigen Pflegediensten angeboten wird, hoch signifikant mit einer hohen Zahl von Pflegebedürftigen korreliert ($r = 0,197$). Gleichzeitig stellen die freigemeinnützigen Pflegedienste die größeren Pflegeanbieter dar.

Die Korrelationen dieser Variablen geben bereits einige Hinweise darauf, dass eher geringe Zusammenhänge der Prädiktoren mit den zu erklärenden Variablen vorliegen. Inwiefern sich das Wachstum der Pflegedienste tatsächlich durch diese Variablen erklären lässt, ermitteln die nachfolgenden multivariaten Analysen.

2.4.2 Regressionsanalyse zum Zusammenhang von Fachkraftquote und Unternehmenswachstum

Die Regressionsanalyse soll zeigen, inwiefern sich der Zuwachs von Fachkräften, Hilfskräften und Pflegebedürftigen zwischen 2009 und 2011 durch die Fachkraftquote von 2009 erklären lässt. Zudem wird geprüft, welche weiteren Faktoren im Zusammenhang mit dem Zuwachs von Fachkräften, Hilfskräften und Pflegebedürftigen stehen.

Dazu werden drei Regressionen durchgeführt. In der Regression zum Zuwachs der Fachkräfte finden sich sämtliche in Kap. 2.2 beschriebenen Variablen wieder. In der Regression zum Zuwachs der Hilfskräfte ist der Hilfskräftezuwachs die abhängige Variable, während der Fachkräftezuwachs zur unabhängigen Variable wird. Im Modell, das den Zusammenhang von Fachkraftquote und Kundenzuwachs erklärt, sind die beiden Case-Mix-Variablen nicht enthalten, weil zwischen CMI und Kundenzuwachs kein sachlogischer Zusammenhang hergestellt werden kann.

Die Modelle geben mit den Beta-Koeffizienten (β) standardisierte Koeffizienten an. Durch die Standardisierung werden „die Abweichungen der Messwerte der Variablen von ihrem Mittelwert in Standardabweichung ausgedrückt. Sie sind dimensionslos“ (Janssen & Laatz 2013, S. 406; Urban & Mayerl 2011, S. 103). Dadurch beträgt der Mittelwert der standardisierten Variablen 0 (Null) und die Standardabweichung 1. Dieses Verfahren wird genutzt, um die Variablen unabhängig von ihrer Dimension bzw. Einheit vergleichen und die Variable mit dem höchsten Erklärungsbeitrag identifizieren zu können. Um darzustellen, wie sich die Effekte von einzelnen Variablen verändern, wenn sie in das Model aufgenommen werden, wird die schrittweise lineare Regression durchgeführt.

Zuwachs Fachkräfte

Für die Erklärung des Zuwachses der Anzahl von Fachkräften werden alle in Tabelle 14 aufgeführten Variablen nacheinander in die Regression aufgenommen. Maßgeblich für die Interpretation sind die Höhe der standardisierten Koeffizienten (β), das Signifikanzniveau (p) sowie das Bestimmtheitsmaß (Adjustiertes R^2). Daraus ergibt sich, welche Variablen den höchsten Erklärungsbeitrag liefern können.

Tabelle 14: Schrittweise lineare Regression, Zuwachs von Fachkräften in der Pflege (N = 11.133)

Modell	1	2	3	4	5	6	7	8
Fachkraftquote 2009	-,111 ***	-,125 ***	-,124 ***	-,125 ***	-,126 ***	-,125 ***	-,125 ***	-,151 ***
Zuwachs Pflegebedürftige		,317 ***	,319 ***	,316 ***	,317 ***	,320 ***	,320 ***	,349 ***
Zahl der Pflegebed. 2009			,010 ***	,014	,015 *	,018	,018	,038 ***
CMI 2009				,043 ***	,058 ***	,058 ***	,058 ***	,037 **
Zunahme CMI					,037 ***	,036 ***	,036 ***	,028 *
Leistungsspektrum						-,017	-,017	-,012
Angliederung							,005	,003
Zuwachs Hilfskräfte								,006
Adj. R^2	,012	,113	,113	,114	,115	,115	,115	,143

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

zeigt standardisierte Koeffizienten

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnungen

Das Bestimmtheitsmaß steigt vor allem in Modell 2 deutlich an (Tabelle 14). Das Hinzufügen weiterer Variablen zeigt keinen Einfluss auf das Bestimmtheitsmaß (Modelle 3-7) oder die zugefügte Variable zeigt keinen signifikanten bzw. ausreichend hohen Effekt (Modelle 6-8). Den höchsten Erklärungswert hat daher das Modell 2, das rund 11,3% der Varianz des Zuwachses von Fachkräften erklärt ($R^2 = 0,113$). Demnach wird der Zuwachs von Fachkräften zwischen 2009 und 2011 vor allem durch den Zuwachs von Pflegebedürftigen ($\beta = 0,317$) und der Fachkraftquote von 2009 ($\beta = -0,125$) erklärt. Je höher der Zuwachs von Pflegebedürftigen, umso stärker der Zuwachs von Fachkräften. Je niedriger die Fachkraftquote 2009 war, umso eher war ein Fachkräftezuwachs vorzufinden. Um wie viele Einheiten der Zuwachs von Fachkräften durch die Fachkraftquote steigt, lässt sich mit standardisierten Koeffizienten nicht vorhersagen (Urban & Mayerl 2011, S. 104f).

Ein hoher CMI von 2009, eine hohe Zahl der Pflegebedürftigen als Ausgangsgröße und die Zunahme des CMI sind zwar signifikant, aber in ihrer Erklärungskraft gering.

Tabelle 15: Lineare Regression; Zuwachs von Fachkräften in der Pflege
(N = 11.133), Träger, Größenklasse

	Träger		Zahl Pflegebedürftiger je Pflegedienst			
	Privat	FGM	1-23	24-38	39-63	>63
Fachkraftquote 2009	-,147 ***	-,225 ***	-,116 ***	-,272 ***	-,251 ***	-,216 ***
Zuwachs Pflegebedürftige	,382 ***	,176 ***	,662 ***	,130 ***	,026 ***	,002 ***
Zahl der Pflegebed. 2009	,040 **	-,010	,225 ***	-,038	,026	,002
CMI 2009	,052 ***	,008	,036	-,013	-,025	-,006
Zunahme CMI	,021	,074 ***	,044 *	,044	,024	,049 *
Leistungsspektrum	-,017	,001	-,006	-,040	,007	,017
Angliederung	-,001	,011	-,001	,017	-,003	,014
Zuwachs Hilfskräfte	-,017	,070 ***	-,061 **	,030	,110 ***	,049 *
Adj. R ²	,167	,083	,368	,100	,109	,085

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

zeigt standardisierte Koeffizienten

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnungen

Unterschieden nach der *Trägerschaft* des Pflegedienstes erklärt das Modell der privaten Träger 16,7 % der Varianz (Tabelle 15, linker Teil). Die einflussreichsten Faktoren für den Zuwachs von Fachkräften in der Pflege sind wiederum der Zuwachs von

Pflegebedürftigen ($\beta = 0,382$) sowie eine niedrige Fachkraftquote in 2009 ($\beta = -0,225$). Darüber hinaus sind die Ergebnisse für einen hohen CMI von 2009 ($\beta = 0,052$) und eine hohe Zahl der Pflegebedürftigen als Ausgangsgröße in 2009 ($\beta = 0,040$) hoch signifikant. Die Interpretation der Stärke dieses Zusammenhangs ist bei standardisierten Koeffizienten nicht zuverlässig (Urban & Mayerl 2011, S. 108).

Bei freigemeinnützigen Trägern ist eine niedrige Fachkraftquote ($\beta = -0,225$) vor dem Zuwachs von Pflegebedürftigen ($\beta = 0,176$) sogar wichtigster Erklärungsfaktor für den Fachkräftezuwachs. Darüber hinaus geht der Fachkräftezuwachs mit einer Zunahme des CMI ($\beta = 0,074$) und einem Zuwachs der Hilfskräfte ($\beta = 0,070$) einher. Das Modell der freigemeinnützigen Träger kann allerdings nur 8,3% der Varianz erklären. Ein großer Teil der Ursachen für den Fachkräftezuwachs bleibt damit ungeklärt.

Differenziert nach der *Größenklasse* der Pflegedienste (Tabelle 15, rechter Teil) ist der Fachkräftezuwachs vor allem bei kleinen Pflegediensten statistisch bedeutsam ($R^2 = 0,368$). Demnach ist der Fachkräftezuwachs hoch signifikant durch einen Zuwachs von Pflegebedürftigen ($\beta = 0,662$) und eine niedrige Fachkraftquote in 2009 ($\beta = -0,116$) erklärbar. Sind die Pflegedienste größer (24-28, 39-63 und mehr als 63 Pflegebedürftige je Pflegedienst), ist mit Abstand eine niedrige Fachkraftquote von 2009 ausschlaggebend für den Fachkräftezuwachs, während der Zuwachs von Pflegebedürftigen abnehmenden Einfluss auf den Zuwachs von Fachkräften zeigt. Bei den Pflegediensten dieser drei Größenklassen ist die Erklärungskraft des Modells mit $R^2 = \text{etwa } 0,100$) deutlich geringer als bei der kleinsten Größenklasse.

Ein niedriger Zuwachs von Hilfskräften und eine Zunahme des CMI zeigen zwar Signifikanzen, die Effekte sind aber im Vergleich gering.

Zuwachs Hilfskräfte

 Tabelle 16: Schrittweise lineare Regression, Zuwachs von Hilfskräften in der Pflege
(N = 11.133)

Modell	1	2	3	4	5	6	7	8	Privat	FGM
Fachkraftquote 2009	,226 ***	,252 ***	,247 ***	,247 ***	,247 ***	,247 ***	,249 ***	,249 ***	,264 ***	,247 ***
Zuwachs Fachkräfte		,051 ***	-,005	-,006	-,007	-,006	-,007	-,007	-,019	,071 ***
Zuwachs Pflegebedürftige			,162 ***	,162 ***	,161 ***	,159 ***	,160 ***	,160 ***	,188 ***	,080 ***
Zunahme CMI				,018 *	,030 **	,030 **	,029 **	,029 *	,016	,032
CMI 2009					,031 **	,030 **	,029 *	,028 *	-,003	,077 ***
Zahl der Pflegebed. 2009						-,010	-,004	-,004	,022	,007
Leistungsspektrum							-,028 **	-,027 **	,001	-,041 *
Angliederung								-,011	-,015	,004
Adj. R ²	,051	,062	,085	,085	,086	,086	,086	,086	,100	,070

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

zeigt standardisierte Koeffizienten

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnungen

Der Zuwachs von Hilfskräften ist zu 8,6 % durch Modell 8 erklärbar. Vor allem eine hohe Fachkraftquote von 2009 erklärt den Zuwachs von Hilfskräften ($\beta = 0,249$) und hat damit die höchste Erklärungskraft, gefolgt von dem Zuwachs der Pflegebedürftigen ($\beta = 0,160$). Somit gehen der Hilfskräftezuwachs und der Zuwachs von Pflegebedürftigen miteinander einher, jedoch insgesamt auf Kosten einer hohen Fachkraftquote. Alle anderen Variablen zeigen zwar teils leichte Signifikanzen, spielen aber kaum keine Rolle.

Unterschieden nach *Trägern* (rechte Spalten in Tabelle 16) zeigt sich bei den privaten Trägern dasselbe Bild wie in der Gesamtbetrachtung. Eine hohe Fachkraftquote in 2009 hängt mit einem nachfolgenden Hilfskräftezuwachs zusammen ($\beta = 0,264$ Privat bzw. $\beta = 0,247$ FGM). Ebenso zeigt sich jeweils der Zusammenhang vom Zuwachs der Pflegebedürftigen und dem Hilfskräftezuwachs ($\beta = 0,188$ Privat bzw. $\beta = 0,080$ FGM). Bei den freigemeinnützigen Trägern fällt darüber hinaus der Hilfskräftezuwachs durch einen hohen CMI in 2009 auf ($\beta = 0,077$) und geht einher mit einem Zuwachs von Fachkräften ($\beta = 0,071$). Freigemeinnützige Pflegedienste wachsen also gleichzeitig mit den Hilfskräften auch seitens der Fachkräfte. Je größer

das Leistungsspektrum 2009 bereits war, umso weniger findet ein Hilfskräftezuwachs bei den Pflegediensten der freigemeinnützigen Träger statt.

Zuwachs Pflegebedürftige

Tabelle 17: Schrittweise lineare Regression, Zuwachs von Pflegebedürftigen (N = 11.133)

Modell	1	2	3	4	5	6	Privat	FGM
Fachkraftquote 2009	,022	,079 ***	-,006	,006	,003	,003	-,009	,032
Zuwachs Fachkräfte		,321 ***	,343 ***	,337 ***	,337 ***	,337 ***	,366 ***	,169 ***
Zuwachs Hilfskräfte			,152 ***	,144 ***	,145 ***	,145 ***	,166 ***	,081 ***
Zahl der Pflegebedürftigen 2009				-,173 ***	-,179 ***	-,179 ***	-,192 ***	-,186 ***
Leistungsspektrum					,032 **	,032 **	,025 *	,042 *
Angliederung						,000	,005	,012
Adj. R ²	,000	,103	,142	,171	,172	,172	,205	,072

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2013, eigene Berechnungen zeigt standardisierte Koeffizienten

Die Varianz des Zuwachses von Pflegebedürftigen kann mit diesem Modell zu 17,2 % erklärt werden (Tabelle 17). Die wichtigsten Erklärungsparameter sind der Zuwachs von Fachkräften ($\beta = 0,337$), eine niedrige Zahl von Pflegebedürftigen in 2009 ($\beta = -0,179$) und der Zuwachs von Hilfskräften ($\beta = 0,145$), die hoch signifikant ausfallen. Dieser Zusammenhang war zu erwarten (siehe Korrelationsmatrix in Kap. 2.4.1).

In diesem Modell zeigt sich außerdem erneut, dass ein hoher Zuwachs von Pflegebedürftigen mit einer geringen Zahl von Pflegebedürftigen einhergeht ($\beta = -0,179$) und kleine Pflegedienste stärker wachsen als große. Signifikant ist zwar auch ein hohes Leistungsspektrum ($\beta = 0,032$), der Einfluss auf den Zuwachs von Pflegedürftigen aber quasi nicht vorhanden. Die Angliederung an eine Einrichtung zeigt keinen Einfluss. Auch die Fachkraftquote als Parameter der Investition in die Qualitätsentwicklung zeigt keinen Einfluss auf den Zuwachs von Pflegebedürftigen.

Unterschieden nach Trägerschaft gehen die Ergebnisse in eine einheitliche Richtung, zeigen aber bei den privaten Trägern etwas deutlicher ausgeprägte Zusammenhänge als bei den Pflegediensten in freigemeinnütziger Trägerschaft.

2.5 Zwischenfazit Studie 1

Entsprechend den Fragestellungen für diese Studie (vgl. Kap. 2.1) werden nun die Ergebnisse dieser Analyse der Daten des FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder zusammengefasst und erläutert. Eine Interpretation erfolgt in der Synthese aller drei Studien in Kapitel 5.

Wie haben sich das Wachstum der Fach- und Hilfskräfte in der Pflege und der Zuwachs der Pflegebedürftigen zwischen 2009 und 2011 entwickelt?

Betrachtet wurde das Wachstum der drei Bereiche Fachkräfte, Hilfskräfte und Pflegebedürftige im Gesamtbild, unterschieden nach privater und freigemeinnütziger Trägerschaft, nach Pflegedienstgröße (Zahl Pflegebedürftiger) und Bundesländern. In die Analysen sind die Pflegedienste eingeflossen, die sowohl 2009 als auch 2011 existierten. Die Wachstumszahlen beschränken sich dabei auf die Pflegebedürftigen gemäß SGB XI und das Personal, das gemäß der Definition (Kap. 2.2.2) überwiegend in der Pflege eingesetzt wird. Um das Wachstum differenzierter beurteilen zu können, wurde zudem die Entwicklung der Fachkraftquote und des CMI untersucht. Aufgrund der insgesamt linkssteilen Verteilung der Pflegedienstgröße mit vielen kleinen und wenigen großen Pflegediensten werden für die Beschreibung und Interpretationen sowohl der Mittelwert als auch der gegen Ausreißer unempfindlichere Median betrachtet.

Die Situation der ambulanten Pflegedienste stellt sich unterschiedlich dar. Bezogen auf die *Größe* existiert bundesweit eine hohe Zahl kleiner Pflegedienste mit weniger als 38 versorgten Pflegebedürftigen (Median), während die Hälfte der Pflegedienste mehr als 38 Pflegebedürftige versorgen bei sehr hoher Streuung. Dazu gibt es wenige sehr große Pflegedienste, die mehr als zehnmals so groß sind, und somit den Mittelwert auf rund 49 Pflegebedürftige je Dienst hochtreiben. Versorgt werden diese Pflegebedürftigen von durchschnittlich sieben vollzeitäquivalenten Fachkräften und vier Hilfskräften, der Median liegt jedoch bei fünf Fach- bzw. zwei Hilfskräften. Pflegedienste in privater Trägerschaft und in den neuen Bundesländern (außer Berlin) sind in der Regel kleiner als freigemeinnützige und Pflegedienste in den westlichen Bundesländern.

In Summe zeigt sich eine *Wachstumstendenz* bei Fach- und Hilfskräften sowie Pflegebedürftigen, bei der sowohl die Pflegedienste selbst als auch die Anzahl der Pflegebedürftigen ansteigt. Im Mittel verzeichnen die Pflegedienste bei den Pflegebedürftigen einen Zuwachs von 13,7 %, bei den Fachkräften (VZÄ) von 17,9 % und bei den Hilfskräften um 64,2 %. Der gegen Ausreißer unempfindlichere Median zeigt andere Wachstumsraten an. Ein positives Fachkräfte-Wachstum findet nur bei knapp der Hälfte der Pflegedienste statt (46 %), während die Mehrzahl der Pflegedienste schrumpfende Fachkraftzahlen zu verzeichnen hat (Tabelle 11). Der Zuwachs der Pflegebedürftigen liegt im Median nur bei 2,9 %, also ebenfalls deutlich unter dem Mittel. Private Pflegedienste wachsen im Bereich der Pflegebedürftigen und Fachkräfte annähernd doppelt so stark wie die freigemeinnützigen Pflegedienste, bei den Hilfskräften um 50 % stärker. Im Mittel erzielen die kleinsten Pflegedienste (1-23 Pflegebedürftige) den stärksten Fachkräftezuwachs, im Median liegen die größten Pflegedienste (< 63 Pflegebedürftige) diesbezüglich vorn.

Auf der Ebene der Bundesländer betrachtet nehmen die Fachkräfte zwar im Durchschnitt überall zu, der Median spricht aber eine andere Sprache. Lediglich in drei Bundesländern verzeichnet über die Hälfte der Pflegedienste einen Zuwachs und in neun Bundesländern ist der Median gleich Null. In den drei Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin sowie in Thüringen ist die Mehrzahl der Pflegedienste von einer Abnahme der Anzahl von Fachkräften betroffen. Auffällig ist Berlin mit den meisten Hilfskräften und den wenigsten Fachkräften in der direkten Pflege und extrem schiefen Wachstumsverteilungen. Die Daten von Berlin lassen aufgrund der kleinen Stichprobe von 367 (von rund 520) Pflegediensten, die sowohl 2009 als auch 2011 auf dem Markt waren, vermuten, dass zahlreiche Zusammenschlüsse, Übernahmen, Betriebsaufgaben und Neugründungen stattgefunden haben. Diese erlauben hohe Zuwachsraten in kurzer Zeit. Daher kann es an dieser Stelle zusätzlich zu dem dort benannten Fachkräftemangel (vgl. Kap. 2.3.3) zu verzerrten Ergebnissen kommen.

Vergleichswerte zu Konsolidierungs- und Wachstumsprozessen der Pflegedienste sind rar. Eine zeitlich vergleichbare Studie mit einer Befragung von Pflegediensten in Mecklenburg-Vorpommern beschreibt, dass bei 51 % der Pflegedienste die Kundenzahl in den vergangenen zehn Jahren um mehr als 10 % und bei weiteren 22,5 % der Pflegedienste um bis zu 10 % gestiegen ist (Götz et al. 2012, S. 6). Dort verzeichneten 71,6 % der befragten ambulanten Pflegedienste in den letzten 10 Jahren

ein Umsatzwachstum, 4,9 % einen Umsatzrückgang und 10,8 % ein Nullwachstum. (Götz et al. 2012, S. 6). Unklar ist, ob diese Studie alle Kunden oder „nur“ die Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI berücksichtigt. Zudem wird die Wachstumsentwicklung nicht differenziert für einzelne Jahre aufgeschlüsselt.

Weitere Aufschlüsse über das Wachstum der Pflegedienste liefert die Entwicklung des Case Mix Index (CMI) des Pflegebedürftigen sowie die Entwicklung der Fachkraftquote.

Der *Case Mix Index* sinkt im untersuchten Zeitraum bundesweit, sowohl bei den privaten als auch bei den freigemeinnützigen Trägern, über alle Größenklassen und in allen Bundesländern. Private Pflegedienste sowie kleine Pflegedienste (bis 23 Pflegebedürftige) weisen insgesamt einen leicht höheren CMI der Pflegebedürftigen auf als freigemeinnützige bzw. größere Pflegedienste. Zu hinterfragen ist, ob der Gesundheitszustand älterer Menschen tatsächlich weniger Pflege bedarf. Wahrscheinlicher ist, dass die Begutachtungspraxis des MDK strenger geworden ist und es somit schwieriger für Pflegebedürftige wird, in eine hohe Pflegestufe eingestuft zu werden. Bei steigenden Ausgaben für Pflege (Kap. 1.2.1.4) wäre eine strengere Begutachtung ein Mittel zur Kostenbegrenzung der Pflegekassen.

Gleichzeitig ist insgesamt eine Senkung der *Fachkraftquote* bei Personal, das in der Pflege eingesetzt wird, zu verzeichnen. Freigemeinnützige Pflegedienste weisen in dieser Untersuchung zwar mehr Hilfskräfte auf, setzen diese aber deutlich seltener in der direkten Pflege ein als private Pflegedienste. Dementsprechend fällt die Fachkraftquote bei den freigemeinnützigen Pflegediensten leicht höher aus und ist im Untersuchungszeitraum weniger deutlich gesunken. Als mögliche Ursachen für die Trägerunterschiede kommen die zum Teil unterschiedliche Leistungsfinanzierung, gewünschte oder notwendige Effizienzsteigerungen durch Personalkostensenkung oder ein Fachkräftemangel in Frage. Da hier nur das Personal betrachtet wurde, das in der (Grund- und Behandlungs-)Pflege tätig ist, betrifft die Senkung der Fachkraftquote genau diesen Bereich. Daher kann die Senkung der Fachkraftquote nicht begründet werden mit dem in den vergangenen Jahren erweiterten Aufgabenspektrum hinsichtlich zusätzlicher Hilfe-, Betreuungs- und Unterstützungsangebote.

Dass die Fachkraftquote in kleinen Pflegediensten (1-23 Pflegebedürftige) höher als bei größeren Pflegediensten (mehr als 23, 38 bzw. 63 Pflegebedürftige) ausfällt, liegt

an den gesetzlichen Vorgaben zur Betriebsführung eines Pflegedienstes, die je nach Bundesland unterschiedlich ausfallen können. In Nordrhein-Westfalen beispielsweise sind zur Betriebsgründung neben der verantwortlichen Pflegefachkraft mindestens vier Vollzeit-Beschäftigte im ambulanten Pflegedienst nötig, von denen mindestens drei vollzeitäquivalente Stellen von Fachkräften zu besetzen sind (Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW und die Landesverbände der Krankenkassen in NRW 2010, § 3 Abs. 6). Wenn Pflegedienste in Berlin Leistungen des SGB V erbringen möchten, benötigen sie mindestens acht vollzeitbeschäftigte, examinierte Krankenpflegekräfte, unter denen maximal zwei dreijährig ausgebildete Altenpfleger sein dürfen (Verband der Ersatzkassen in Berlin e.V. (vdek) (Hrsg.) 2009, § 7, Abs. 1a). Diese Rahmenverträge „verursachen“ eine deutlich höhere Fachkraftquote bei kleinen Pflegediensten im Vergleich zu größeren.

Denkbar ist auch, dass die Pflegedienstleitung in kleinen Pflegediensten als „in der Pflege tätige“ Fachkraft eingestuft wird, während sie bei größeren Pflegediensten aufgrund ihres Arbeitsschwerpunktes eher als Verwaltungs- denn als Pflegefachkraft gilt. Einen weiteren Grund liefert der bei kleinen Pflegediensten höhere CMI der Pflegebedürftigen (nachfolgender Abschnitt 2.3.4). Zudem kann vermutet werden, dass aufgrund der enger werdenden Leistungsfinanzierung und des Fachkräftemangels weniger Spielraum für die Pflegedienste besteht, die Fachkraftquote zu beeinflussen und sich daher eine Tendenz zu einer gleichen, größenunabhängigen Fachkraftquote zeigt (ausgenommen: kleinste Pflegedienste).

Offen bleibt, ob der Rückgang der Fachkraftquote mit dem Rückgang des CMI zusammenhängt. Bestes Beispiel ist das Land Thüringen, das den vergleichsweise höchsten Rückgang der Fachkraftquote und den stärksten Rückgang des CMI verzeichnet. Sinkt der CMI, ist womöglich eine Senkung der Fachkraftquote durch Delegation von bestimmten Pfl egetätigkeiten an Hilfskräfte denkbar. Sinkt der CMI, weil zu wenige Fachkräfte die (Höher-)Einstufung in eine Pflegestufe in die Wege leiten und beantragen, würde der Fachkräftemangel eine Unterversorgung der pflegebedürftigen Menschen begünstigen. Möglicherweise sind diese beiden Parameter aber auch unabhängig voneinander. Eine weitere Untersuchung über die in dieser Arbeit gestellten Forschungsfragen hinaus wäre empfehlenswert.

Inwiefern lässt sich der Zuwachs von Fachkräften, Hilfskräften und Pflegebedürftigen durch die Fachkraftquote erklären?

Insgesamt erklärt eine niedrige Fachkraftquote im Jahr 2009 einen darauffolgenden *Zuwachs von Fachkräften* bis zum Jahr 2011 und ist damit zweitwichtigster Einflussfaktor nach dem Zuwachs von Pflegebedürftigen (Tabelle 14). Bei privaten Trägern zeigt sich dieses Bild ebenso. Bei Pflegediensten in freigemeinnütziger Trägerschaft ist eine niedrige Fachkraftquote in 2009 sogar der wichtigste Erklärungsfaktor für den Zuwachs von Fachkräften (Tabelle 15). Unterschieden nach Größenklassen zeigt sich durchgehend, dass eine niedrige Fachkraftquote hoch signifikant einen Fachkräftezuwachs erklärt. Eine niedrige Fachkraftquote liefert bei allen, außer den kleinen Pflegediensten (< 23 Pflegebedürftige), den höchsten Erklärungswert. Je größer die Pflegedienste sind, umso weniger lässt sich der Fachkräftezuwachs durch den Zuwachs von Pflegebedürftigen erklären (Tabelle 15).

Eine hohe Fachkraftquote 2009 erklärt dagegen den *Zuwachs von Hilfskräften* und ist der einflussreichste Erklärungsfaktor (Tabelle 16). Dies tritt bei privaten deutlicher in Erscheinung als bei den freigemeinnützigen Pflegediensten.

Die Vermutung, dass die Investition in eine hohe Fachkraftquote für hohe Pflegequalität steht und daher weitere Fachkräfte anlockt, kann demnach nicht bestätigt werden. Vielmehr scheint es bei der Fachkraftquote eine Tendenz zur Mitte zu geben. Pflegedienste mit einer niedrigen Fachkraftquote steigern diese durch einen Fachkräftezuwachs, während Pflegedienste mit einer hohen Fachkraftquote vermehrt Hilfskräfte einstellen.

Der *Zuwachs von Pflegebedürftigen* geht stärker mit dem Zuwachs von Fachkräften einher als mit einem Zuwachs von Hilfskräften (Tabelle 17). Auffällig ist, dass die Fachkraftquote nicht im Zusammenhang mit dem Zuwachs Pflegebedürftiger steht. Somit wird die Vermutung, dass Pflegebedürftige einen Pflegedienst anhand der Qualifikation des Personals auswählen, nicht unterstützt. Dies kann verschiedene Gründe haben: entweder kann der Pflegebedürftige das Qualifikationsniveau des Personals nicht einschätzen oder er legt andere Auswahlkriterien zugrunde. Denkbar wäre auch, dass Neukunden eines Pflegedienstes aufgrund geringer Pflegebedürftigkeit zunächst mehr Hilfe- als Pflegeleistungen in Anspruch nehmen und daher das Augenmerk nicht auf einer hohen Fachkraftquote liegt.

Investitionen in eine hohe Fachkraftquote führen also weder zu einem Zuwachs von Fachkräften noch zu einem Zuwachs von Pflegebedürftigen.

Welche weiteren Faktoren stehen im Zusammenhang mit dem Zuwachs von Fachkräften, Hilfskräften und Pflegebedürftigen?

Alle weiteren untersuchten Variablen wie der CMI, dessen Veränderung, das Leistungsspektrum oder die Angliederung des Pflegedienstes zeigen teilweise Signifikanzen in den Modellen. Allerdings fallen sie in ihrer Ausprägung so gering aus, dass keine Zusammenhänge zum Unternehmenswachstum abgeleitet werden können. Ein steigender (bzw. sinkender) CMI ist also kein erklärender Faktor für einen Anstieg (bzw. Rückgang) der Fachkräfte eines Pflegedienstes.

Zusammengefasst lässt sich weder der Zuwachs von Pflegebedürftigen noch der Zuwachs von Fachkräften durch den Qualitätsparameter Fachkraftquote erklären. Stattdessen hängt der Zuwachs von Fachkräften als Parameter des Unternehmenserfolgs vor allem von einer niedrigen Fachkraftquote als Ausgangswert ab, gefolgt vom Zuwachs Pflegebedürftiger. Ein Zuwachs von Hilfskräften lässt sich durch eine hohe Fachkraftquote erklären. Dies lässt vermuten, dass es bezüglich der Fachkraftquote eine Tendenz zur Mitte gibt, wonach hohe Fachkraftquoten gesenkt und niedrige Fachkraftquoten erhöht werden. Inwiefern diese Entwicklung aus dem Fachkräftemangel, aus betriebswirtschaftlichen Erwägungen des Pflegedienstes oder den Bedarfen der Hilfe- und Pflegebedürftigen resultiert, bleibt (zunächst) unklar.

3 Pflegenote und Kundenzuwachs ambulanter Pflegedienste

Die in diesem Kapitel vorgestellte zweite von drei Studien dieser Arbeit nähert sich über einen anderen Zugang der Gesamtfragestellung des Zusammenhangs von Investitionen in die Qualitätsentwicklung und dem Unternehmenserfolg ambulanter Pflegedienste. Als Grundlage zur Qualitätsbewertung dienen die Pflegenoten von ambulanten Pflegediensten. Diese werden als Ausdruck getätigter Investitionen in die Qualitätsentwicklung betrachtet. Ihnen wird der Kundenzuwachs als Parameter des Unternehmenswachstums gegenüber gestellt.

Eine kritische Auseinandersetzung mit der Güte der gesetzlichen Grundlagen der Pflegenoten erfolgte bereits in Kap. 1.3.1.1. An dieser Stelle wird die konkrete Prüfsystematik vorgestellt und auf die Fragestellung hingeführt (Kap. 3.1). Darauf folgt die Beschreibung der angewendeten Methodik (Kap. 3.2) und die Darstellung der Ergebnisse (Kap. 3.3). Dazu werden die deskriptiven Ergebnisse der Pflegenoten (Kap. 3.3.1) und des Kundenzuwachses (Kap. 3.3.2) erörtert, um dann den Zusammenhang dieser beiden Parameter zu untersuchen (Kap. 3.3.3). Das Zwischenfazit rundet dieses Kapitel ab (Kap. 3.4).

3.1 Fragestellung Studie 2

Wie in Kap. 1.3.2.4 aufgeführt, wurde in zahlreichen Studien im Krankenhaussektor der Einfluss von veröffentlichten Qualitätsberichten auf das Nachfrageverhalten von Nutzern untersucht und dabei ein überwiegend positiver Zusammenhang gefunden (Schmitz & Stroka 2014, S. 5). Dagegen wurde das Nachfrageverhalten von Kunden von Pflegeheimen anhand von Qualitätsberichten bisher erst kurz nach deren Einführung gemessen. Für die Auswahl von Pflegeheimen konnten sowohl in den USA als auch in Deutschland bisher nur minimal positive (Werner, Norton, Konetzka et al. 2012, S. 59) bzw. keine Effekte bei eingeschränkter Datenlage nachgewiesen werden (Schmitz & Stroka 2014, S. 21). Bei dem Versuch, Ergebnisqualität in Pflegeheimen mittels aufgetretener Verletzungen, Vergiftungen und bestimmter anderer Folgen äußerer Ursachen aus GKV-Routinedaten darzulegen, wurde kein Zusam-

menhang zwischen den bis 2010 vergebenen Pflegenoten und dieser Ergebnisqualität gefunden (Przylog, Stroka, Engel et al. 2015, S. 8).

Für die ambulanten Pflegedienste in Deutschland stehen seit 2010 die sogenannten Pflegenoten zur Verfügung. Als Resultat der Qualitätsprüfungen auf Basis der Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTVA) werden sie in vier Online-Portalen veröffentlicht (AOK-Gesundheitsnavigator, BKK-Pflegefinder, Pflegekompass der Knappschaft, vdek-Pflegelotse). Die Prüfungen finden jährlich und unangemeldet statt, das jeweils aktuelle Prüfergebnis ist dort frei einsehbar. Sie verfolgen das Ziel, bessere Verständlichkeit und Transparenz der Qualität von Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige zu vermitteln. Daher wurde die Bewertung den Schulnoten nachempfunden, bei der die beste erzielbare Note eine 1,0 und die schlechteste Bewertung eine 5,0 darstellt (MDS & GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2009, S. 190).

In den ambulanten Pflegediensten werden 49 Einzelkriterien geprüft, die zu vier Bereichsnoten und einer Gesamtnote zusammengefasst werden (vgl. Tabelle 18): „Pflegerische Leistungen“ (Pflege 1), „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ (Pflege 2), „Dienstleistung und Organisation“ (Organisation) und „Befragung der Kunden“ (Befragung). Die Kundenbewertung wird nicht in die Ermittlung der Gesamtnote einbezogen. Unterschieden wird zwischen personenbezogenen Kriterien, die auf einer Skala von 0 bis 10 bewertet werden und einrichtungsbezogenen Kriterien, bei denen über dichotome Fragestellung ausschließlich 0 oder 10 Punkte vergeben werden (erfüllt/nicht erfüllt). Die einrichtungsbezogenen Kriterien befinden sich in dem Prüfbereich „Organisation“ (MDS & GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2009, S. 190f).

Tabelle 18: Aufbau MDK-Transparenzbericht

Prüfbereich	Anzahl Prüfkriterien
Pflegerische Leistungen (Pflege 1)	17
Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (Pflege 2)	10
Dienstleistung und Organisation (Organisation)	10
Befragung der Kunden (Befragung)	12
Gesamt	49

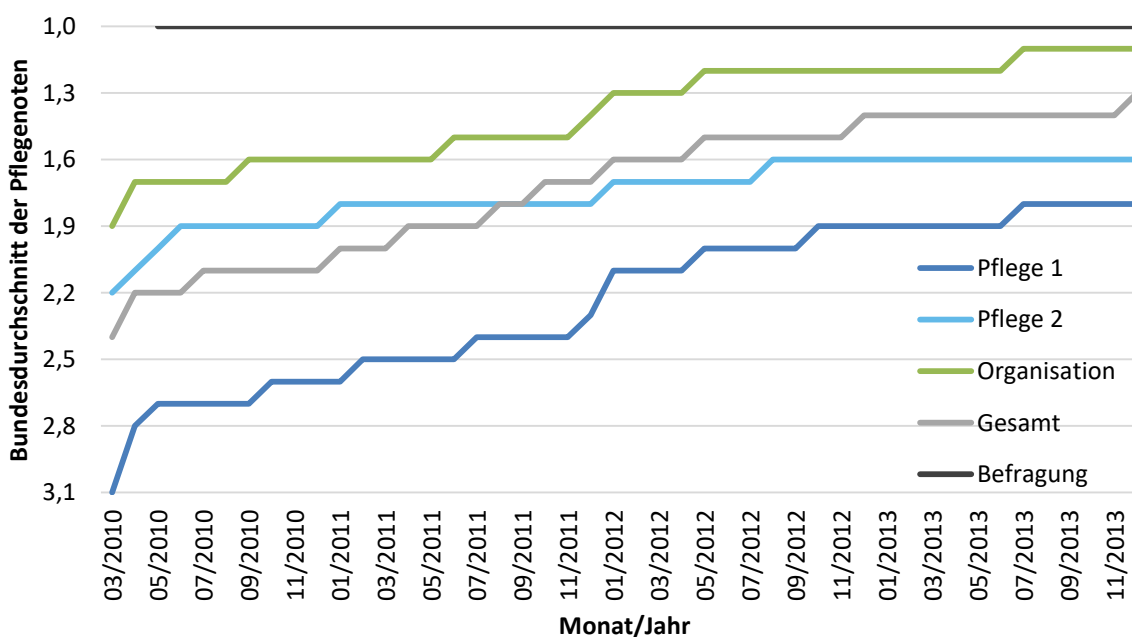
Quelle: GKV-Spitzenverband 2009, S. 7; eigene Darstellung

Die Einzelnote entsteht aus dem Skalenwert (einrichtungsbezogene Kriterien) bzw. aus dem Skalenmittelwert (personenbezogene Kriterien) aller in die Prüfung einbe-

zogenen Pflegebedürftigen. Nach der Verteilung der Werte für alle Kriterien erfolgt die Bildung der Bereichsnote und der Gesamtnote jeweils als arithmetischer Mittelwert der Einzelkriterien. Die Gesamtnote ist kein Mittelwert der Bereichsnoten. Nicht bewertete Fragen fließen nicht in die jeweilige Note ein. Werden in einem Prüfbereich z. B. 12 von 17 Kriterien bewertet, fließen lediglich die Bewertungen der 12 Kriterien in die Errechnung der Bereichs- und Gesamtnote ein. Die Gesamtnote ist also ein Mittelwert der Skalenwerte der geprüften Kriterien der drei Bereiche Pflege 1, Pflege 2 und Organisation. Erst nach Abschluss aller Rechenoperationen wird der Skalenwert in eine Note umgewandelt (vgl. Sünderkamp et al. 2014, S. 327; MDS & GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2009, S. 3-7; GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2009; S. 11-13 und S. 190ff.).

Für die personenbezogenen Kriterien werden 10 % der Pflegebedürftigen, jedoch mindestens fünf und maximal 15 Personen, zufällig ausgewählt. Die Prüfungen finden grundsätzlich unangemeldet statt (GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2009; S. 13).

Abbildung 41: Entwicklung der Pflegenoten im Bundesdurchschnitt



Quelle: Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) (Hrsg.) 2015, eigene Darstellung

Seit der Einführung der Pflegenoten sind diese im Durchschnitt kontinuierlich besser geworden (Abbildung 41). Die Darstellung basiert auf dem monatlichen Newsletter zu den Ergebnissen der Pflegenoten (Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) (Hrsg.)

2015). Veröffentlicht werden darin die jeweils aktuellen Landes- und Bundesdurchschnitte.

An den Veröffentlichungen der Qualitätsberichte ist ein deutlicher Trend zu einer sehr guten Bewertung zu beobachten. Der von 2011 auf 2012 auffällig positive Anstieg in den Bereichen „Pflege 1“ und „Organisation“ ist wahrscheinlich auf die Einbeziehung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherungen (Medicproof) in die Qualitätsprüfungen und damit auf eine Zusammenführung von Daten aus unterschiedlichen Quellen zurückzuführen (Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) (Hrsg.) 2016, S. 3).

Dieser Trend zu besseren Noten dürfte teilweise eine Optimierung seitens der Pflegedienste an die Prüfvorgaben widerspiegeln (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) 2014, S. 10f.; Medizinischer Dienst der Spitzenverbände Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) 2012, S. 5). Um diese Vorgaben besser zu erfüllen, wurde eine Anpassung der Dokumentation beispielsweise mittels „MDK-konformen“ Leitfäden, Checklisten oder Optimierungen der Dokumentation entwickelt (Raiß 2011; Eckardt 2010). Darüber hinaus könnten die Qualitätsprüfungen mithilfe der dabei stattfindenden Beratung der Pflegedienste zu Verbesserungen in der Qualität geführt haben. Trotz der Angleichung zu sehr guten Noten sind immer noch leichte Unterschiede in der Notengebung vorhanden. Diese könnten beispielsweise auf das individuelle Qualitätsmanagementsystem der Anbieter, auf die Personal- und Fachkraftausstattung oder auf die Führungsqualitäten bei den Anbietern zurückzuführen sein.

Trotz der eingangs aufgeführten Kritik wurden die Pflegenoten bereits mehrfach als Qualitätsparameter für Studien verwendet (Sünderkamp et al. 2014; Weiß et al. 2014; Rothgang et al. 2012; Augurzky et al. 2011). Für die ambulante Pflege gibt es bisher allerdings keine Hinweise, ob und wie die Qualitätsberichte das Nachfrageverhalten der Verbraucher beeinflussen. In der folgenden Analyse werden sie als Parameter für Investitionen in die Qualität betrachtet und dabei begleitet von der Frage, inwiefern sie sich zur Abbildung von Qualität bzw. Investitionen in die Qualität eignen.

Die Forschungsfrage lautet:

Besteht ein Zusammenhang zwischen einer besseren (schlechteren) Pflegenote und einem nachfolgenden Zuwachs (Rückgang) der Kundenzahl?

Die Forschungsfrage konkretisiert die genannte Hypothese (H3) (vgl. Kap. 1.3.4):

Die Investition in die Qualitätsentwicklung steht in positivem Zusammenhang mit dem Zuwachs von Kunden.

3.2 Methodik Studie 2

Der dieser Analyse zugrunde liegende Datensatz entstammt dem frei zugänglichen Online-Portal «BKK-Pflegefinder» (BKK Dachverband (Hrsg.) 2014) und enthält Qualitätsberichte aus dem Zeitraum von August 2012 bis Juni 2014 von 10.370 Pflegediensten, die etwa eine Million Kunden versorgen. Aus diesem Zeitraum wurden jeweils die letzten zwei Qualitätsprüfungen je Pflegedienst in die Untersuchung einbezogen. Bei bundesweit 12.745 ambulanten Pflegediensten (Statistisches Bundesamt 2015e, 2015, S. 12) - erhoben zum Dezember 2013 – entspricht diese Studie einer Abdeckung von 81,4 % aller bundesdeutschen Pflegedienste.

Jeder Datensatz enthält u. a. die Kontaktdaten des Pflegedienstes, die Noten der einzelnen Prüfkriterien, die Bereichs- und Gesamtnoten, das Datum der letzten Prüfung sowie die Anzahl aller versorgten Kunden. Letzteres bedeutet, dass nicht nur die Pflegebedürftigen gemäß SGB XI erfasst werden, wie dies in der Pflegestatistik der Fall ist, sondern alle Kunden, egal ob sie Leistungen der Krankenversicherung, Pflegeversicherung oder der Sozialhilfe beziehen oder privat für die Pflege zahlen (MDS & GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2009, S. 71). Eine Verknüpfung dieser Daten mit der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes wäre aus datenschutzrechtlichen und technischen Gründen nur auf Bezirksebene aggregiert möglich. Aufgrund der zum Teil hohen Anzahl von Pflegediensten je Bezirk wären dann nur sehr unscharfe Aggregate entstanden, die der Beantwortung dieser Forschungsfrage keinen Mehrwert liefern können. Daher konnten diesem Datensatz keine Informationen über Personalschlüssel oder Pflegestufen zugeordnet werden.

Ausgeschlossen wurden Pflegedienste mit unvollständigen Daten bezüglich Trägerschaft, Kundenzahl oder Bereichsnote sowie diejenigen, die weniger als 90 Tage zwischen zwei Qualitätsprüfungen aufwiesen. Es wird vermutet, dass es sich hierbei um Wiederholungsprüfungen handelt, z.B. aufgrund von ungerecht empfundener Bewertung seitens der Pflegedienste, die daher keinen Rückschluss auf Kundenzuwachs aufgrund der Qualitätsinvestitionen zulassen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) 2014, S. 15; Medizinischer Dienst der Spitzenverbände Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) 2012, S. 33). Diese Wiederholungsprüfungen kamen im Untersuchungszeitraum bei unter 3 % der ambulan-

ten Pflegedienste vor (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) 2014, S. 9).

Tabelle 19: Pflegedienste nach Trägerschaft

Erfassungszeit N	Stichprobe ¹	Pflegestatistik ²	Abweichung in Prozentpunkten
	8/2012-6/2014	15.12.2013	
	10370	12745	
Privat	72,0%	63,9%	8,2
Freigemeinnützig	27,5%	34,7%	-7,2
Öffentlich	0,4%	1,4%	-1,0

Quellen: ¹ BKK Dachverband (Hrsg.) 2014, ² Statistisches Bundesamt 2015b, eigene Berechnung und Darstellung

Der Vergleich der verwendeten Stichprobe mit der Grundgesamtheit der Pflegedienste aus der Pflegestatistik zum 15.12.2015 zeigt, dass die privaten Träger mit einer Abweichung von 8,2 Prozentpunkten deutlich überrepräsentiert sind, während der Anteil der freigemeinnützigen Pflegedienste mit einer Abweichung von 7,2 Prozentpunkten deutlich unterrepräsentiert ist (Tabelle 19). Ein möglicher Grund könnte in der unterschiedlichen Erfassungszeit liegen. So ist die verwendete Stichprobe im Gegensatz zur Pflegestatistik über einen Zeitraum von fast zwei Jahren entstanden, sodass die Zahl privater Pflegedienste durch Neugründungen oder Geschäftsaufgaben erhöht sein kann. Ein weiterer Grund könnte in der Organisationsform freigemeinnütziger Pflegedienste liegen: freigemeinnützige Pflegedienste bestehen in Städten oder Kreisen zwar aus mehreren Büroeinheiten, sind aber während der Erfassungszeit für die MDK-Prüfungen gebietsweise als ein Pflegedienst in die Prüfung eingegangen.

Die deskriptiven und multivariaten Datenanalysen erfolgten mithilfe der Programme Microsoft Excel und SPSS Version 22. Für die Pflegenoten wird eine Intervallskalierung zugrunde gelegt, obwohl dies aufgrund der Art der Umrechnung von Skalenpunkten zu Schulnoten nur eingeschränkt zu empfehlen ist (Bonato, 2010, S. 6ff.; Hasseler & Wolf-Ostermann, 2010, S. 98). Die sehr guten Noten von 1,0-1,4 erstrecken sich über ein jeweils größeres Intervall als die höheren (schlechteren) Noten. Eine exakte Umrechnung mit gleichen Intervallen ist jedoch nicht möglich.

Der Datensatz enthält die zwei letzten Prüfberichte jedes Pflegedienstes, von denen der ältere als Vorjahres-Prüfung mit den Vorjahres-Noten bezeichnet wird. Der jünge-

re Prüfbericht wird als der des Folgejahres benannt mit Noten des Folgejahres. Somit ist ein Pflegedienst beispielsweise mit Prüfungen vom 08.09.2012 (Vorjahr) und dem 08.09.2013 (Folgejahr) enthalten, während ein anderer die Prüfungen am 01.03.2013 (Vorjahr) und am 01.03.2014 (Folgejahr) absolviert hat. Zwischen zwei Prüfungen liegt jedoch nicht immer exakt ein Jahr, sondern im Durchschnitt 371 Kalendertage mit einer Spannweite von 91-813 Kalendertagen. Für eine Vergleichbarkeit der Daten werden die verwendeten Variablen auf 365 Tage (= 1 Jahr) standardisiert.

Zu den verwendeten Variablen zählen zum einen das Kundenwachstum innerhalb eines Kalenderjahres sowie die Veränderung der Pflegenoten im selben Zeitraum. Dabei wurde die Annahme zugrunde gelegt, dass sich beide Variablen linear verändern. Darüber hinaus wurde die Vorjahres-Note in die Berechnungen einbezogen. Somit wird untersucht, wie sich das Kundenwachstum im Ein-Jahres-Zeitraum nach der Vorjahres-Note entwickelt. Zusätzlich wird geprüft, in welchem Zusammenhang die Noten-Entwicklung und das Kundenwachstum innerhalb eines Jahres stehen.

3.3 Ergebnisse

Zunächst werden die deskriptiven Ergebnisse der Pflegenoten (Kap. 3.3.1) sowie des Kundenzuwachses vorgestellt (Kap. 3.3.2), gefolgt von multivariaten Analysen des Zusammenhangs dieser beiden Parameter (Kap. 3.3.3). Von den beiden in die Studie eingegangenen Qualitätsprüfungen wird die ältere als die Vorjahresprüfung angesehen, während das jüngere Prüfergebnis als Folgejahr bezeichnet wird.

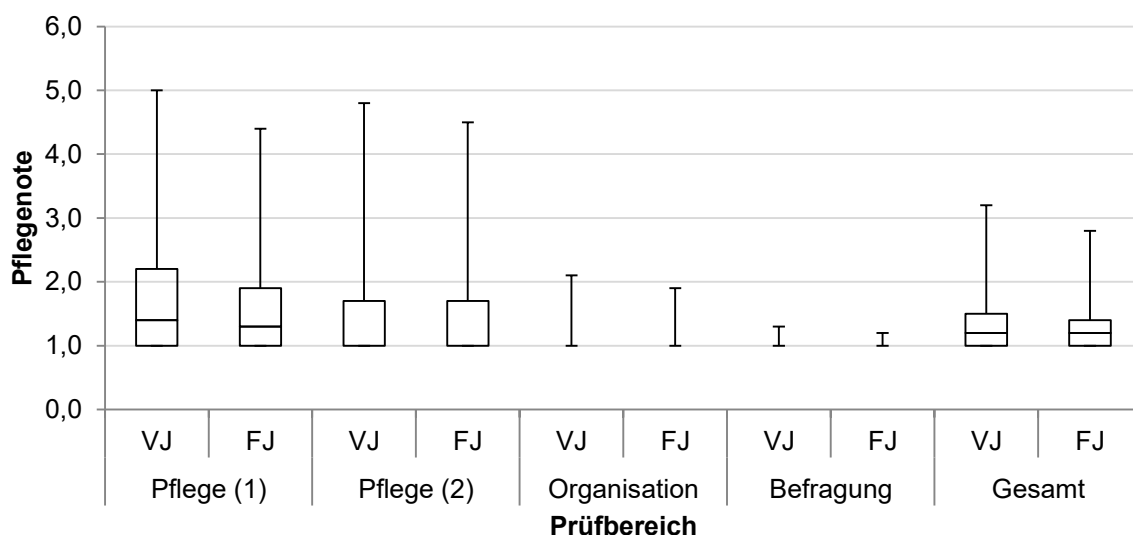
3.3.1 Deskriptive Ergebnisse der Pflegenoten

Dieser Abschnitt vermittelt einen Eindruck darüber, wie die Pflegenoten differenziert nach Gesamt-, Bereichs- und Einzelnoten ausfallen. Die Analysen werden im Gesamtbild betrachtet sowie unterschieden nach Trägerschaft, Bundesland und Größenklasse (Kundenzahl) des Pflegedienstes.

3.3.1.1 Gesamt-, Bereichs- und Einzelnoten

Wie schon in den Pflegenoten-Statistiken des vdek gezeigt (Abbildung 41), fallen die Pflegenoten des Untersuchungszeitraums insgesamt sehr gut aus (Abbildung 42).

Abbildung 42: Boxplot der Pflegenoten, gesamt (N = 10.370)



VJ = Vorjahr; FJ = Folgejahr

Quelle: BKK Dachverband (Hrsg.) 2014, eigene Berechnung und Darstellung

Bereits im Boxplot zeigt sich, dass die Streuung der Pflegenoten im Prüfbereich „Pflege (1)“ im Vorjahr (VJ) am höchsten ist. Die Box zeigt die mittleren 50 % der Pflegedienste, der Querbalken markiert den Median, die Antennen begrenzen die mittleren 95 % der Pflegedienste. Im Bereich „Pflege (2)“ erzielt mehr als die Hälfte der Pflegedienste die Bestnote 1,0, während dies in den Bereichen „Organisation“ und „Befragung“ mehr als 75 % der Pflegedienste erreichen. Im Folgejahr fallen die Pflegenoten in allen Prüfbereichen noch etwas besser aus als im Vorjahr.

Ein ähnliches Bild liefert die Betrachtung der Pflegenoten im arithmetischen Mittel (Tabelle 20). Die Gesamtnote liegt im Vorjahr insgesamt bei 1,41. Die höchsten (schlechtesten) Ergebnisse weist der Bereich „Pflege (1)“ mit 1,81 auf, gefolgt von „Pflege (2)“ (1,59), „Organisation“ (1,13) und „Befragung“ (1,02).

Private Pflegedienste erzielen in allen Bereichen die höchsten (schlechtesten) Noten, während die freigemeinnützigen mit der Note 1,06 im Bereich „Organisation“ und die Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft in den Bereichen „Pflege 1“ und „Pflege 2“ mit Noten von 1,58 bzw. 1,24 vorne liegen. Im Folgejahr sind fast alle Noten im Mittel besser. Je größer (schlechter) die Bereichsnoten im Vorjahr ausfallen, umso deutlicher vollzieht sich die Verbesserung im Ein-Jahres-Zeitraum. Im Bereich „Pflege (1)“ können sich die privaten Träger beispielsweise um 12,4 % und die freigemeinnützigen um 9,3 % verbessern.

Tabelle 20: Durchschnittliche Gesamt- und Bereichsnoten, gesamt und nach Trägern

		Prüfbereich				
		Pflege (1)	Pflege (2)	Organisation	Befragung	Gesamt
Note Vorjahr	Gesamt	1,81	1,59	1,13	1,02	1,41
	Privat	1,86	1,62	1,16	1,03	1,46
	FGM	1,67	1,51	1,06	1,02	1,30
	Öffentl.	1,58	1,24	1,08	1,02	1,23
Note Folgejahr	Gesamt	1,63	1,53	1,09	1,02	1,32
	Privat	1,67	1,57	1,11	1,02	1,35
	FGM	1,52	1,43	1,05	1,02	1,24
	Öffentl.	1,46	1,30	1,04	1,01	1,18
Jahresdifferenz	Gesamt	11,6%	5,6%	3,9%	0,3%	8,3%
	Privat	12,4%	5,4%	4,9%	0,4%	9,2%
	FGM	9,3%	6,4%	1,2%	0,2%	5,6%
	Öffentl.	9,1%	-3,0%	4,1%	0,6%	4,7%

Quelle: BKK Dachverband (Hrsg.) 2014, eigene Berechnung und Darstellung

Werden die Pflegenoten auf der Ebene der Einzelkriterien betrachtet, fällt zunächst der hohe Anteil ungeprüfter Kriterien auf (Tabelle 21). Von den 37 Einzelkriterien, die in die Gesamtnote einfließen, weisen 28 größtenteils erhebliche Lücken auf und werden in der Qualitätsprüfung selten bewertet.

Tabelle 21: Unbewertete Prüfkriterien (N = 10.370)

	Nr.	Prüfkriterium	Anzahl	%	
Einzelnoten	21	Soorprophylaxe Beatmung	10189	98,3	
	26	Stoma-Behandlung	10065	97,1	
	20	Blutdruckmessung	9884	95,3	
	5	Info Flüssigkeitsdefizit	9658	93,1	
	17	Freiheitsentziehung	9263	89,3	
	8	Info Ernährungsdefizit	8985	86,6	
	25	Katheterisierung	8503	82,0	
	22	Blutzuckermessung	7668	73,9	
	18	Dekubitus-Behandlung	7491	72,2	
	3	Durchführung Flüssigkeitsversorgung	6840	66,0	
	4	Erfassung Flüssigkeitsversorgung	6546	63,1	
	6	Durchführung Nahrungsaufnahme	6527	62,9	
	2	Berücksichtigung Ernährungswünsche	6409	61,8	
	7	Erfassung Nahrungsaufnahme	6263	60,4	
	23	Injektionen	4985	48,1	
	12	Lagerung	4498	43,4	
	16	Info Umgang mit Demenz	3655	35,2	
	27	Kommunikation mit Arzt	3405	32,8	
	15	Berücksichtigung Biografie	3054	29,5	
	36	Aufgabenbeschreibung Hauswirtschaft	2439	23,5	
	24	Kompressionstherapie	2300	22,2	
	11	Erfassung Dekubitusrisiko	957	9,2	
	10	Erfassung Inkontinenzversorgung	895	8,6	
	9	Erfassung Ausscheidungen	890	8,6	
	19	Medikamentengabe	689	6,6	
	28	Erstgespräch	542	5,2	
	14	Mobilität	508	4,9	
	13	Kontrakturen	275	2,7	
	Bereichsnoten	Anteil unbewertete Kriterien im Bereich "Pflege (1)"			42,7
		Anteil unbewertete Kriterien im Bereich "Pflege (2)"			62,9
		Anteil unbewertete Kriterien im Bereich "Organisation"			2,9
	Gesamtnote	Anteil aller unbewerteten Kriterien			37,4

Quelle: BKK Dachverband (Hrsg.) 2014, eigene Berechnung und Darstellung

Das führt dazu, dass im Bereich „Pflege (1)“ 42,7 % der Prüfkriterien ungeprüft bleiben, im Bereich „Pflege (2)“ sind es sogar 62,9 % und im Bereich „Organisation“ 2,9 %. Für die Bildung der Gesamtnote fehlen dadurch im Schnitt 37,4 % der vorgesehenen Prüfkriterien. Ursache dafür ist die Nichterbringung der entsprechenden Leistungen bei den begutachteten Pflegebedürftigen, was aber nicht bedeutet, dass diese Kriterien geprüft werden könnten, wenn andere Klienten ausgewählt worden wären (vgl. Sünderkamp et al. 2014, S. 332).

Durch die Datenlücken verschiebt sich zudem das Verhältnis von pflegenahen zu pflegefernen Prüfkriterien, die in die Gesamtnote einfließen. Pflegenaher Kriterien sind diejenigen, die die unmittelbare pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen betreffen. Sie sind in den Bereichen „Pflege (1)“ und „Pflege (2)“ zu finden. Pflegeferne Kriterien überprüfen organisatorische Voraussetzungen wie beispielsweise das Vorliegen von Verfahrensanweisungen, Fortbildungsplänen und definierten Verantwortungsbereichen, schriftlichen Regelungen zum Datenschutz oder zum Umgang mit Beschwerden. Das Verhältnis von 27 pflegenahen (17+10) zu 10 pflegefernen Prüfkriterien verschiebt sich somit auf durchschnittlich 13 pflegenaher zu 10 pflegefernen Prüfkriterien. Da die Gesamtnote aus den Einzelkriterien dieser drei Prüfbereiche gebildet wird, führt die Konstruktion des Instruments zu einer Angleichung von pflegerischen und organisatorischen Prüfschwerpunkten. Die durchschnittlich besseren pflegefernen Noten lassen vermuten, dass diese die schlechteren pflegenahen Noten ausgleichen und somit die Gesamtnote positiv beeinflussen können. Mithilfe der Korrelationsmatrix lässt sich prüfen, ob die Veränderung guter pflegenaher oder guter pflegeferner Noten stärker mit einer Veränderung einer guten Gesamtnote vom Vorjahr zum Folgejahr einhergeht (Tabelle 22).

Tabelle 22: Korrelationsmatrix (Pearson): Veränderung der Pflegenoten über ein Jahr (N = 10.370)

	Pflege (1)	Pflege (2)	Organisation	Befragung	Gesamt
Pflege (1)	1				
Pflege (2)	0,271**	1			
Organisation	0,193**	0,156**	1		
Befragung	0,061**	0,053**	0,062**	1	
Gesamt	0,822**	0,552**	0,527**	0,081**	1

** Korrelation ist auf dem Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig)

Quelle: BKK Dachverband (Hrsg.) 2014, eigene Berechnung und Darstellung

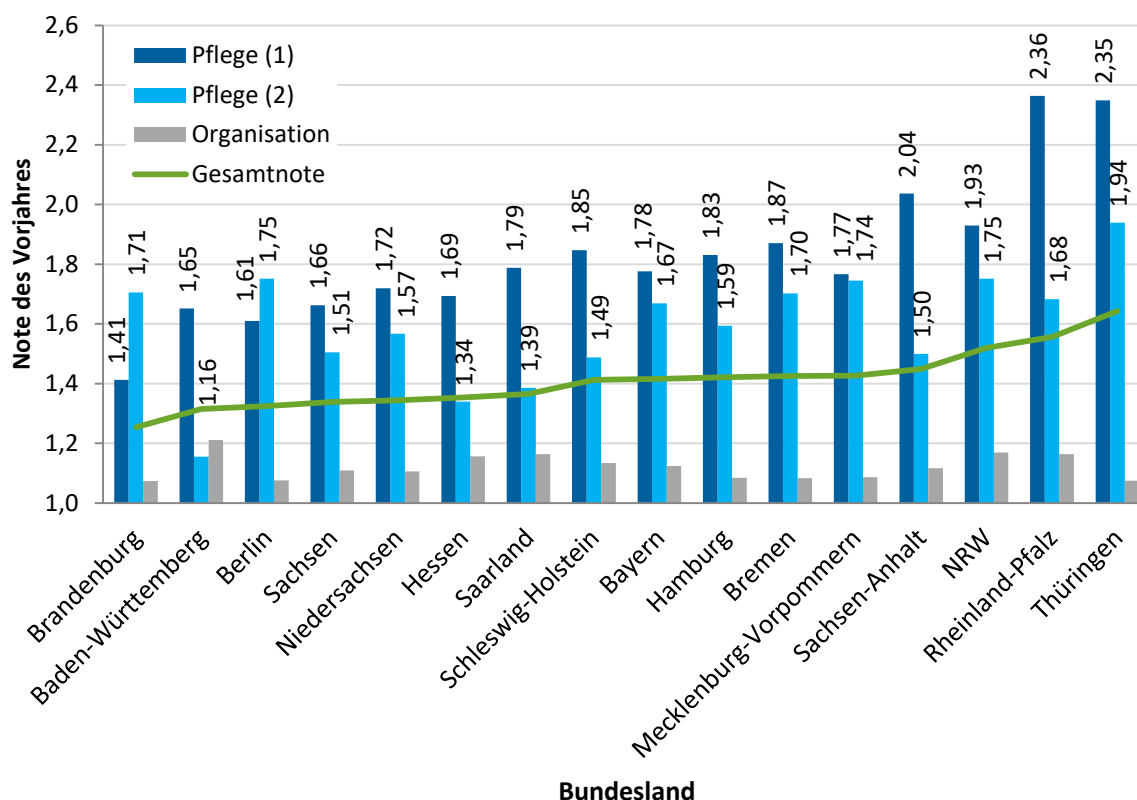
Dargestellt sind jeweils die Korrelationskoeffizienten „ r “ einer Pearson-Korrelation. Die Ergebnisse der Bereichsnoten korrelieren allesamt positiv miteinander. Die höchste Korrelation zeigt die Veränderung der Gesamtnote vom Vorjahr zum Folgejahr mit der Veränderung der Bereichsnote „Pflege (1)“ ($r = 0,822$), gefolgt von den Veränderungen der Noten „Pflege (2)“ ($r = 0,552$) und „Organisation“ ($r = 0,527$). Eine Verbesserung der Gesamtnote geht also vor allem mit einer Verbesserung der Bereichsnote „Pflege (1)“ einher. Die Veränderung der Bereichsnote „Befragung“ spielt kaum eine Rolle, weil diese die geringsten Unterschiede in der Notengebung aufweist und sich kaum verändert. Daher wird die Bereichsnote „Befragung“ in den nachfolgenden Analysen nicht weiter betrachtet.

Die Konstruktion des Prüfinstruments sowie die Stichprobenziehung führen zu Datenlücken und damit zu einer Angleichung von pflegerischen und organisatorischen Prüfinhalten (vgl. Sünderkamp et al. 2014, S. 330ff.). Die pflegenahen Prüfkriterien verlieren an Gewicht. Wie die Korrelationsmatrix zeigt, wird die Gesamtnote aber dennoch vor allem durch die pflegerischen Prüfkriterien beeinflusst.

3.3.1.2 Pflegenoten in den Bundesländern

Zwischen den Bundesländern fällt auf, dass die durchschnittliche Gesamtnote des Vorjahres zwischen 1,25 in Brandenburg und 1,64 in Thüringen liegt. Abbildung 43 zeigt die durchschnittlichen Noten von den besten Gesamtnoten (links) zu den höchsten Gesamtnoten (rechts) sortiert. Die Balken der Bereichsnote „Pflege (1)“ weisen einen weitgehend ähnlichen Trend auf wie die Gesamtnote. Die Spitzenreiter mit besonders guten Bewertungen im Bereich „Pflege (1)“ sind Brandenburg (1,41) und Berlin (1,61), die Schlusslichter bilden die Pflegedienste aus Thüringen (2,35) und Rheinland-Pfalz (2,36). Dagegen fallen die Balken der Bereichsnote „Pflege (2)“ entsprechend der Korrelationsmatrix (Tabelle 22) im Vergleich zur Gesamtnote etwas unregelmäßiger aus. Die mit Abstand besten Ergebnisse dieses Bereiches erzielen die Pflegedienste in Baden-Württemberg (1,16) und Hessen (1,34), während Berlin (1,75) und Thüringen (1,94) deutlich schlechter abschneiden. Die Unterschiede im Bereich „Organisation“ sind nicht auffällig und befinden sich durchgehend im Spitzenbereich.

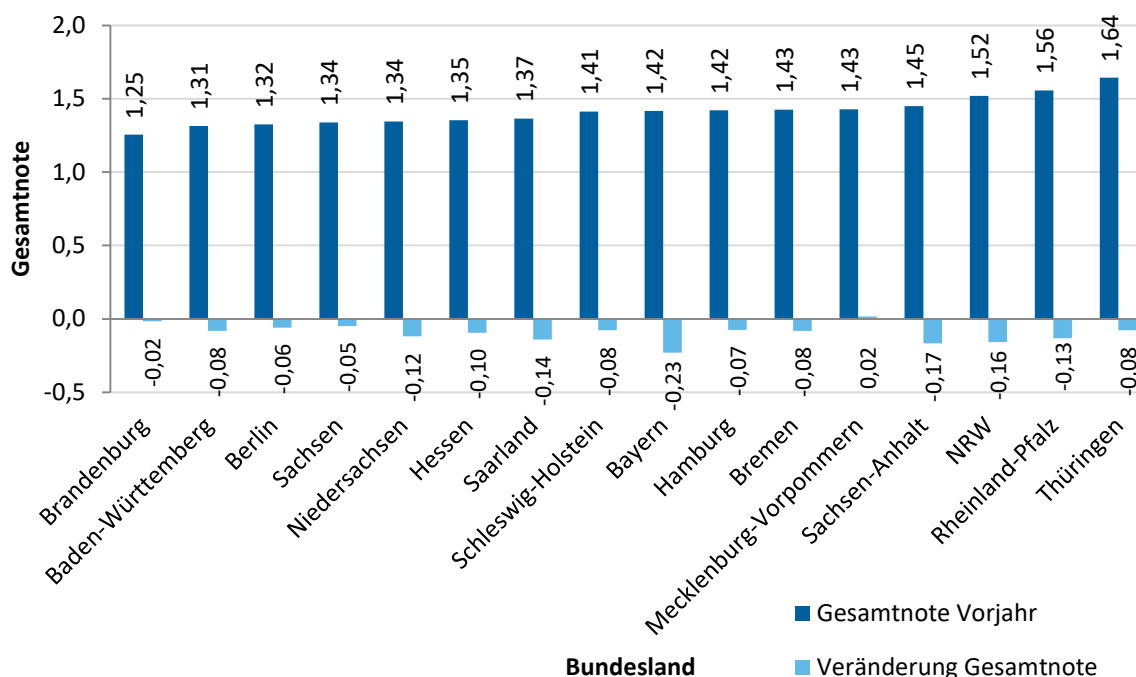
Abbildung 43: Bereichs- und Gesamtnoten (Vorjahr) nach Bundesland (N = 10.370)



Quelle: BKK Dachverband (Hrsg.) 2014, eigene Berechnung und Darstellung

Gründe für die unterschiedlichen Bewertungen in den Bundesländern können einerseits in tatsächlichen Qualitätsunterschieden liegen, die sich in einem anderen Datensatz z.B. über die Personalausstattung überprüfen ließen. Andererseits wird in dieser Zeit ein Einfluss der Prüfer auf die Notengebung vermutet, währenddessen die Medizinischen Dienste diesem durch interne Qualitätssicherung entgegenwirken (Rothgang et al. 2012 S. 118; Medizinischer Dienst der Spitzenverbände Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) 2012, S. 127ff.).

Abbildung 44: Gesamtnote Vorjahr und Veränderung je Bundesland



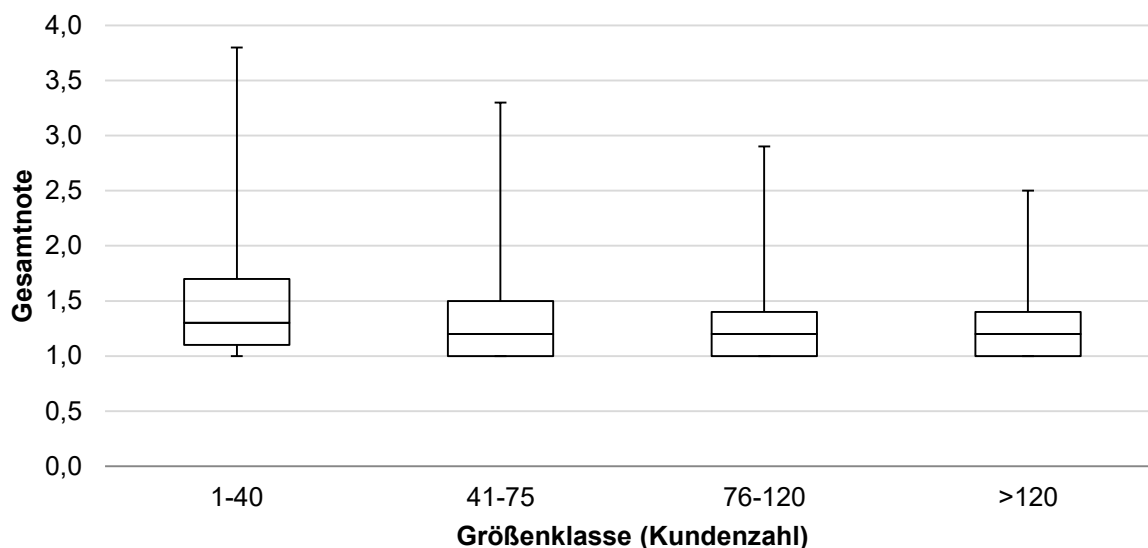
Quelle: BKK Dachverband (Hrsg.) 2014, eigene Berechnung und Darstellung

Im Vergleich zum Vorjahr entwickeln sich die Pflegenoten der Bundesländer im Folgejahr ebenfalls unterschiedlich. Betrachtet wird hier nur die Gesamtnote (Abbildung 44). Während z.B. Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern fast keine Veränderung der durchschnittlichen Gesamtnote verzeichnen, wird diese in Bayern um 0,23 Notenpunkte kleiner (besser). Nachvollziehbar ist, dass Pflegedienste mit höheren (schlechteren) Noten bessere Möglichkeiten haben, sich zu verbessern, als die Pflegedienste, die ohnehin schon nah an den sehr guten Bewertungen liegen. Thüringen kann sich allerdings von seinem letzten Rangplatz nicht lösen. Auch hier ist unklar, wie diese unterschiedlichen Entwicklungen zustande kommen. Aus der ersten Studie mit Daten des Statistischen Bundesamtes ist bekannt, dass Thüringen mit der Fachkraftquote im mittleren Bereich liegt, aber fast die stärkste Senkung der Fachkraftquote zwischen 2009 und 2011 verzeichnet. Möglicherweise wirkt sich die Fachkraftquote auf die Pflegenote aus. Allerdings weist Brandenburg, das hier die beste Gesamtnote erhält, fast die niedrigste Fachkraftquote bundesweit auf und muss darüber hinaus die höchste Senkung dieser verkraften.

3.3.1.3 Pflegewnoten nach Größenklasse

Zuletzt werden die Noten je nach *Größe des Pflegedienstes* anhand der Kundenzahl betrachtet. Die Größenklassen sind zur besseren Vergleichbarkeit gleich gewählt wie in der nachfolgenden Studie (Kap. 4 – Befragung ambulanter Pflegedienste). Jede Größenklasse enthält etwa gleich viele Pflegedienste.

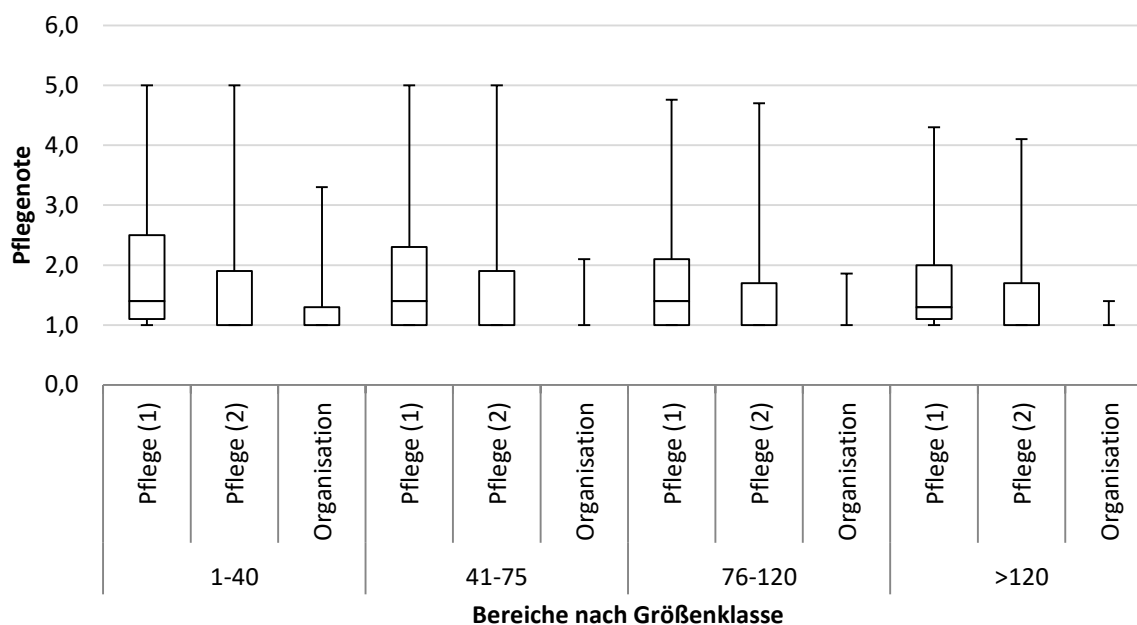
Abbildung 45: Boxplot der Gesamtnote nach Größenklasse (N=10.370)



Quelle: BKK Dachverband (Hrsg.) 2014, eigene Berechnung und Darstellung

Die größere Streuung der Gesamtnote in der kleinsten Größenklasse (1-40 Kunden) ist an der Höhe der Box (Interquartilsabstand) sowie an der Länge der Antennen (Perzentil 2,5 und Perzentil 97,5) erkennbar (Abbildung 45). Die Box repräsentiert die mittleren 50 % der Pflegedienste. Der horizontale Balken zeigt den Median. Dieser liegt mit 1,3 bei den kleinen Pflegediensten etwas höher als bei den drei größeren Größenklassen (41 Kunden und mehr) mit 1,2. Die Antennen begrenzen die mittleren 95 % der Pflegedienste. Bei den drei rechten Boxen sind die unteren Antennen nicht sichtbar, weil sie auf der unteren Linie der Box liegen. Insofern zeigt sich, dass je größer die Pflegedienste sind, umso häufiger erzielen sie bessere Gesamtnoten. Ein differenzierteres Bild liefert die Betrachtung der Bereichsnoten nach Größenklasse (Abbildung 46).

Abbildung 46: Boxplot der Bereichsnoten nach Größenklasse (N = 10.370)



Quelle: BKK Dachverband (Hrsg.) 2014, eigene Berechnung und Darstellung

Sichtbar wird auch hier eine Tendenz zu sehr guten Noten. Wenn der Querbalken in der Box (Median) bzw. die Box selbst (mittlere 50% der Pflegedienste) nicht sichtbar ist, liegen diese auf der Linie der 1,0. Für den Bereich „Organisation“ bedeutet dies, dass ab 41 Kunden mehr als 75 % der Pflegedienste mit 1,0 bewertet werden. Lediglich das Ende der Antenne zeigt dann noch, dass je größer der Pflegedienst ist, umso besser sind die vergebenen Noten. Fast durchgehend zeigt sich für jeden geprüften Bereich, dass bei der nächst größeren Größenklasse entweder die Box kleiner, der Median kleiner (besser) oder die Antennen kleiner (besser) werden. Je größer der Pflegedienst ist, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit für eine bessere Bewertung. Dafür kann es unterschiedliche Gründe geben. Wenn kleine Pflegedienste eher junge Unternehmen sind, ist zunächst der Aufbau von Strukturen, Prozesse und Systeme erforderlich. Bestehende, kleine Pflegedienste verfügen möglicherweise nicht über die Ressourcen, um in die Qualität bzw. in deren Optimierung im Sinne der MDK-Prüfungen zu investieren oder sehen nicht den Bedarf, aufgrund ihrer übersichtlichen Strukturen Aspekte der Organisation zu verbessern.

3.3.2 Deskriptive Ergebnisse des Kundenzuwachses

Präsentiert werden jeweils die durchschnittliche Kundenzahl und deren Jahreszuwachs zwischen Vorjahr und Folgejahr im Gesamtbild, nach Trägern, nach Bundesländern und Größenklassen.

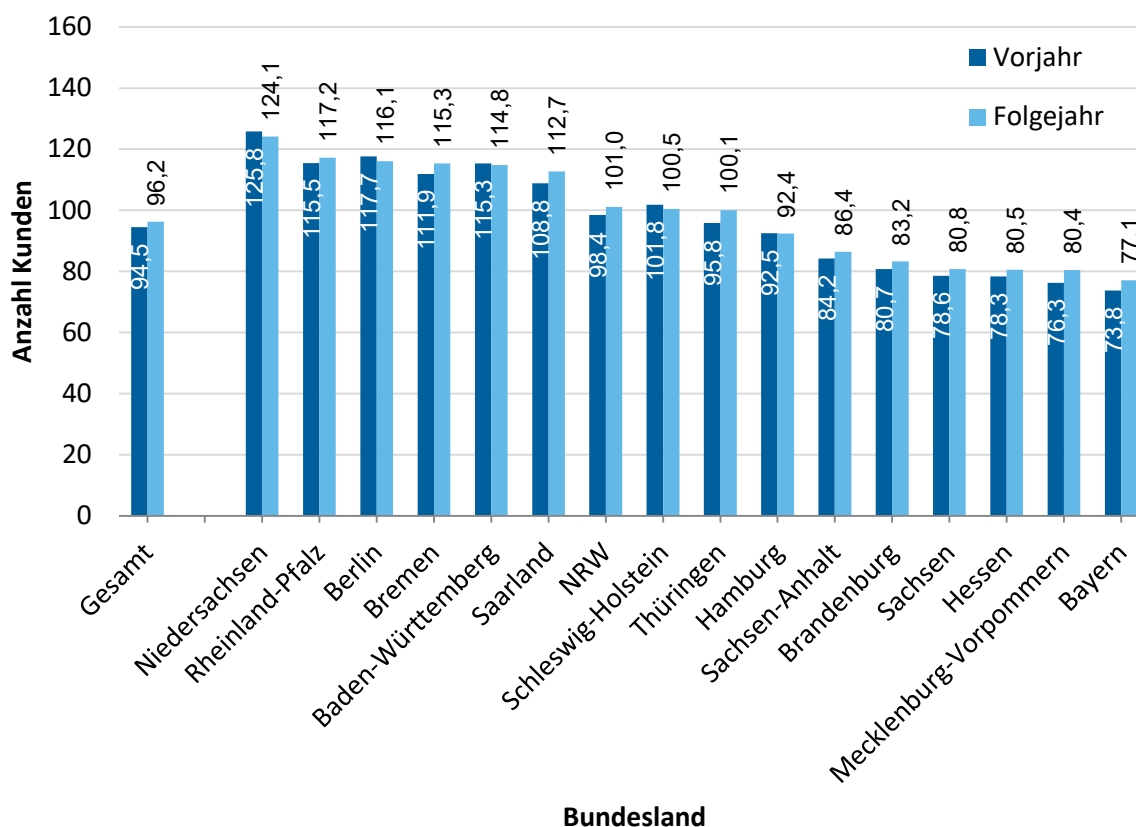
Tabelle 23: Durchschnittliche Kundenzahl, gesamt und nach Trägern

	Kunden Vorjahr Anzahl	Kunden Folgejahr Anzahl	Jahreszuwachs in %
Gesamt	94,5	96,2	7,8
Privat	77,6	79,9	8,9
Freigemeinnützig	138,8	139,0	5,0
Öffentlich	85,4	86,5	4,4

Quelle: BKK Dachverband (Hrsg.) 2014, eigene Berechnung und Darstellung

Bezogen auf die Kundenzahl versorgt ein Pflegedienst im Vorjahr durchschnittlich 94,5 Kunden, im Folgejahr mit 96,2 Kunden rund 7,8 % mehr (Tabelle 23). Zwischen den Trägern liegen größere Unterschiede vor. Die privaten Pflegedienste stellen wiederum mit durchschnittlich 77,6 Kunden (Vorjahr) bzw. 79,9 Kunden (Folgejahr) die kleinsten Pflegedienste dar. Darauf folgen die öffentlichen Pflegedienste mit 86,5 Kunden im Folgejahr und die freigemeinnützigen mit 139 Kunden. Auf ein vollständiges Jahr gerechnet können die privaten Pflegedienste mit 8,9% den höchsten Kundenzuwachs verzeichnen, während die freigemeinnützigen um 5,0% und die öffentlichen um 4,4% wachsen können. Die vergleichsweise hohen Prozentzahlen beim mittleren jährlichen Jahreszuwachs kommen dadurch zustande, dass viele kleine Pflegedienste mit relativ wenigen zusätzlichen Kunden schnell ein Wachstum von 10 % und mehr erreichen können und zahlenmäßig deutlich stärker vertreten sind als große Pflegedienste (vgl. Betrachtung der Größenklassen, nachfolgend).

Abbildung 47: Durchschnittliche Kundenzahl, Bundesland

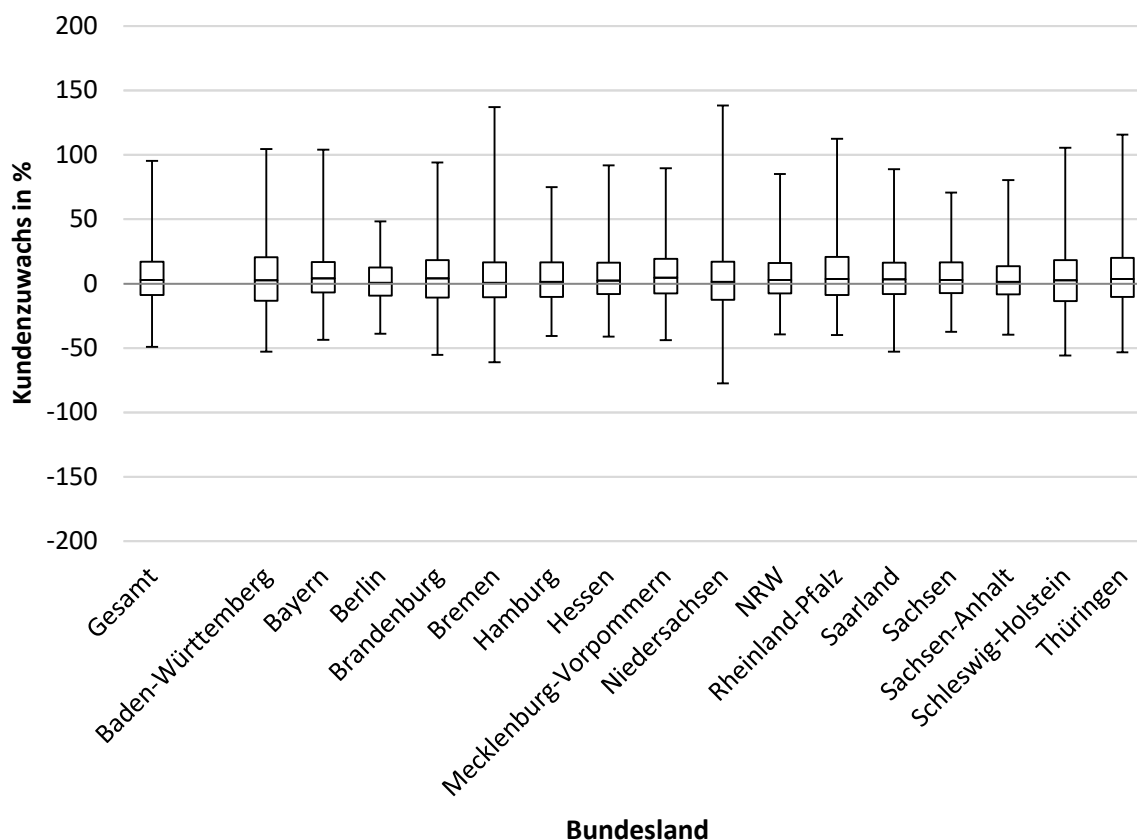


Quelle: BKK Dachverband (Hrsg.) 2014, eigene Berechnung und Darstellung

Im Vergleich zwischen den Bundesländern sind die Pflegedienste in Niedersachsen (124,1 Kunden), Rheinland-Pfalz (117,2) und Berlin (116,1) im Folgejahr am größten (Abbildung 47). Die kleinsten Pflegedienste befinden sich in Hessen (80,5 Kunden), Mecklenburg-Vorpommern (80,4) und Bayern (77,1). Die Pflegedienste sind im bundesweiten Mittel und in den meisten Bundesländern größer geworden. Lediglich in den vier Bundesländern Niedersachsen, Berlin, Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein mit eher großen Pflegediensten sind sie im Mittel kleiner geworden. In Hamburg sind die Pflegedienste im Durchschnitt gleich groß geblieben.

Wird der prozentuale Zuwachs in den Bundesländern betrachtet, zeigt sich in jedem Bundesland bei der Mehrheit der Pflegedienste ein leicht positiver Kundenzuwachs (Abbildung 48). Die Boxen geben die mittleren 50 % der Pflegedienste an, der Querbalken in der Box den Median, während die Antennen die mittleren 95% der Pflegedienste repräsentieren. Der Median des jährlichen, prozentualen Kundenzuwachses liegt in allen Bundesländern zwischen 0,6 % (Berlin und Bremen) und 4,7 % (Mecklenburg-Vorpommern).

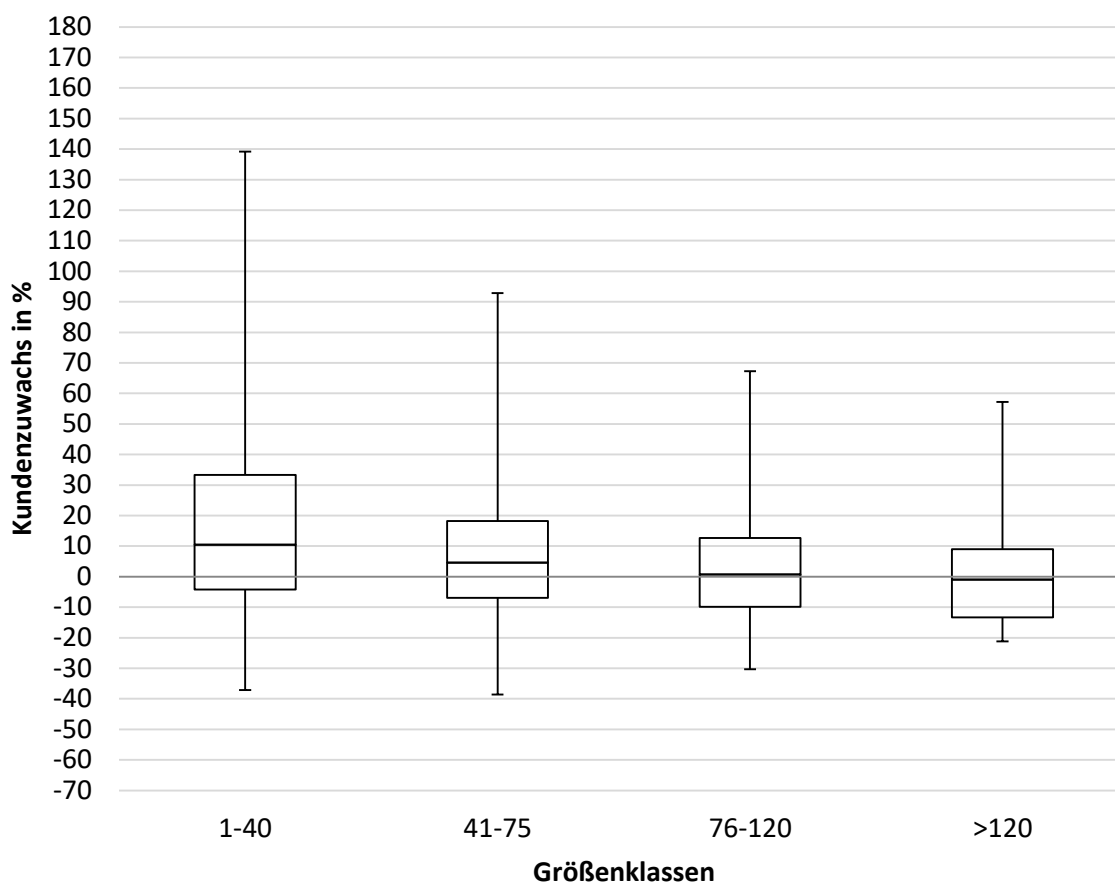
Abbildung 48: Boxplot Kundenzuwachs, Gesamt und je Bundesland



Quelle: BKK Dachverband (Hrsg.) 2014, eigene Berechnung und Darstellung

Das Phänomen der linkssteilen Verteilung wird besonders deutlich bei der Untersuchung des prozentualen Kundenzuwachses nach Größenklasse (Abbildung 49). Je kleiner die Pflegedienste, umso stärker der prozentuale Kundenzuwachs, was an der Höhe der Box zu erkennen ist. Der Median (mittlere Linie) ist ausschließlich bei den großen Pflegediensten (> 120 Kunden) im negativen Bereich, ansonsten wird die Mehrzahl der Pflegedienste größer. An den Antennen ist außerdem zu erkennen, dass die Streuung des Kundenzuwachses größer ist, je kleiner die Pflegedienste sind. Das Vorkommen von Wachstum ist jedoch bei allen Größenklassen deutlich höher (obere Antenne) als das Vorkommen von Kundenrückgang (untere Antenne).

Abbildung 49: Boxplot Kundenzuwachs, nach Größenklasse



Quelle: BKK Dachverband (Hrsg.) 2014, eigene Berechnung und Darstellung

3.3.3 Multivariate Ergebnisse zum Zusammenhang von Pflegenote und Kundenzuwachs

Zur Beantwortung der Frage, ob Pflegedienste nach einer niedrigen (guten) Note im Vorjahr stärker wachsen als Pflegedienste mit einer höheren (schlechteren) Note, wird zunächst die Korrelation zwischen der Pflegenote des Vorjahres und dem prozentualen Kundenzuwachs innerhalb eines Jahres nach dieser Notengebung betrachtet (Tabelle 24).

Tabelle 24: Korrelationsmatrix (Pearson): Pflegenoten (Vorjahr) und Kundenzuwachs (in %)

N = 10.370	Pflege (1)	Pflege (2)	Organisation	Befragung	Gesamt
Kundenzuwachs	0,005	-0,017	0,035**	-0,016	0,008

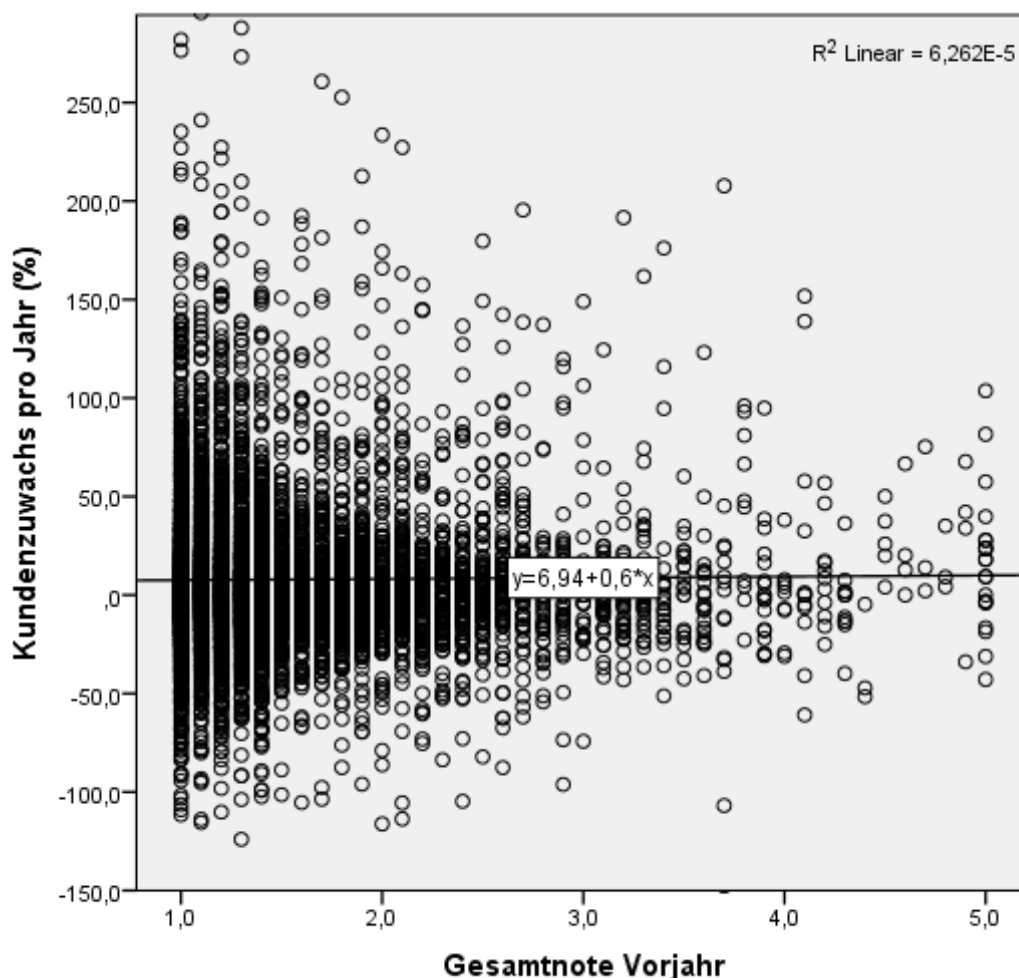
** Korrelation ist auf dem Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

Quelle: BKK Dachverband (Hrsg.) 2014, eigene Berechnung und Darstellung

Aus Tabelle 24 wird ersichtlich, dass die Korrelationen zwischen den Pflegenoten und dem Kundenzuwachs bis auf die Bereichsnote „Organisation“ nicht signifikant sind. Der einzige signifikante Korrelationskoeffizient (r) fällt mit $r = 0,035$ so gering aus, dass hier nicht von einem Zusammenhang gesprochen werden kann.

Der Eindruck eines nicht vorhandenen Zusammenhangs wird mit der Darstellung eines Streudiagramms der Variablen „Gesamtnote Vorjahr“ und „prozentualer Kundenzuwachs“ innerhalb des Folgejahres noch deutlicher (Abbildung 50). Die Regressionsgerade zeigt sich fast parallel zur X-Achse mit einem extrem niedrigen Bestimmtheitsmaß (R^2) von fast Null. Daher ist kein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Gesamtnote und dem Kundenzuwachs sichtbar. Daraus resultiert, dass zwischen gut bewerteten und schlechter bewerteten Pflegediensten auf den ersten Blick kein Unterschied im Kundenzuwachs zu erkennen ist.

Abbildung 50: Streudiagramm zum Zusammenhang von Gesamtnote und Kundenzuwachs (N = 10.370)

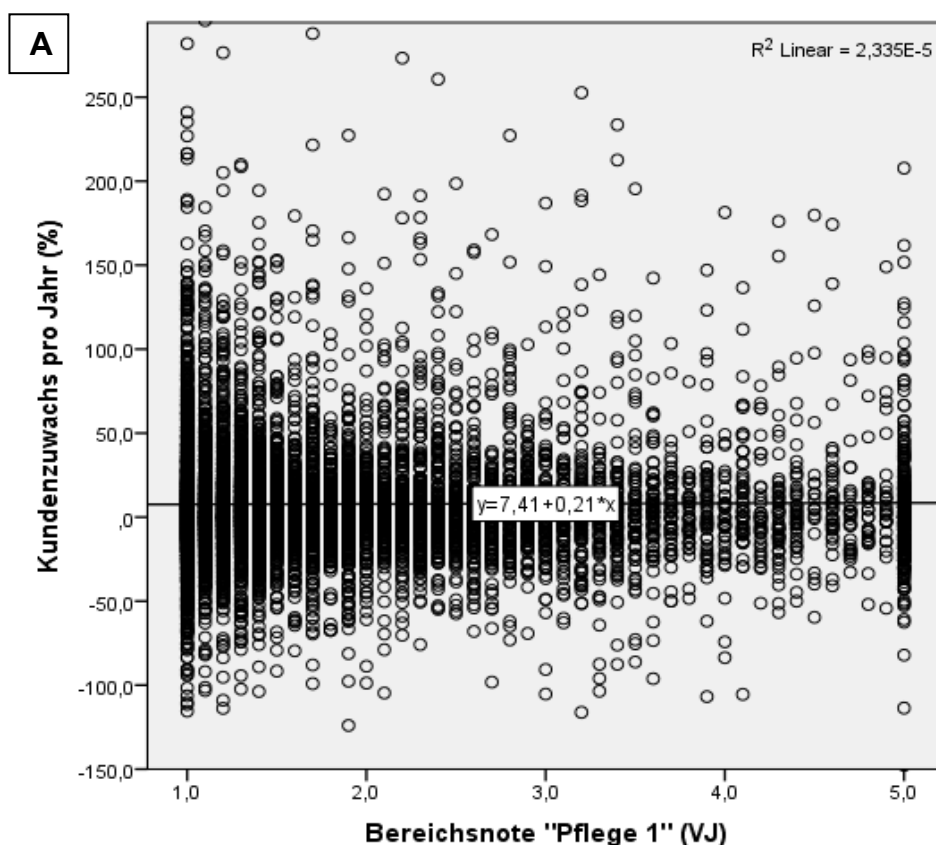


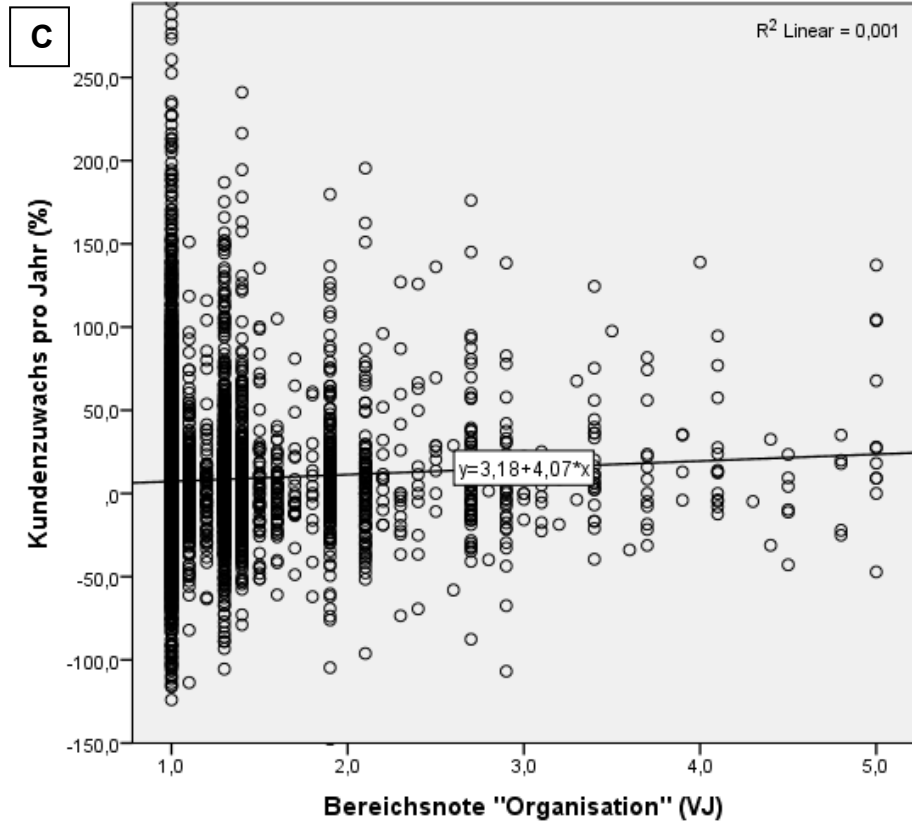
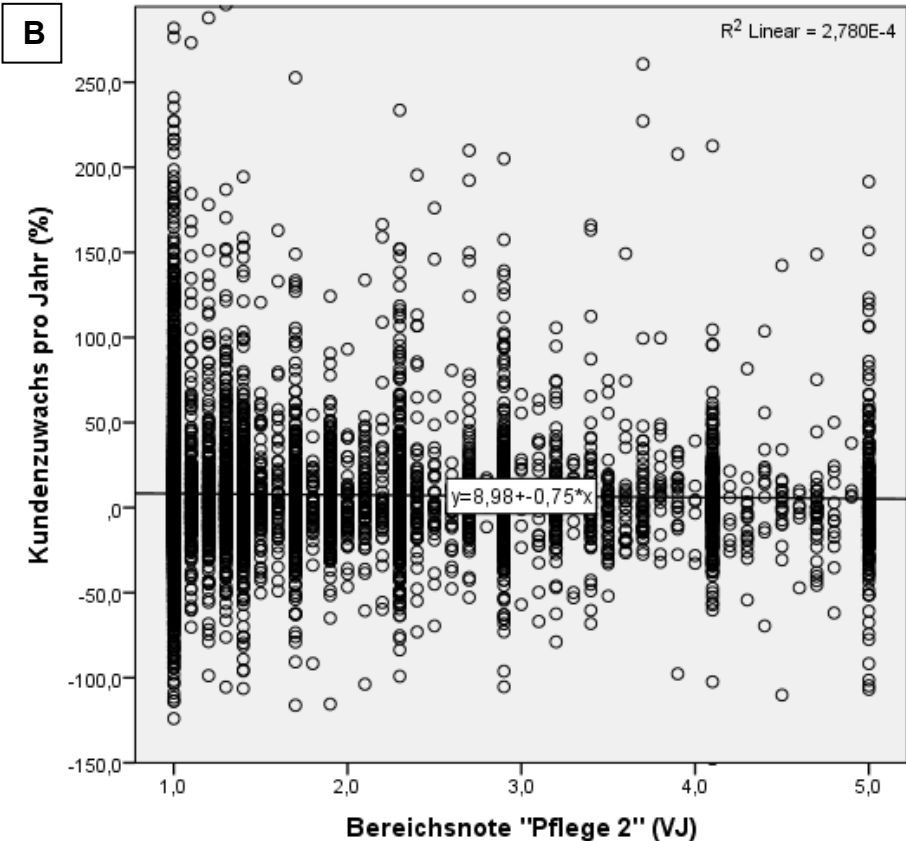
Quelle: BKK Dachverband (Hrsg.) 2014, eigene Berechnung und Darstellung

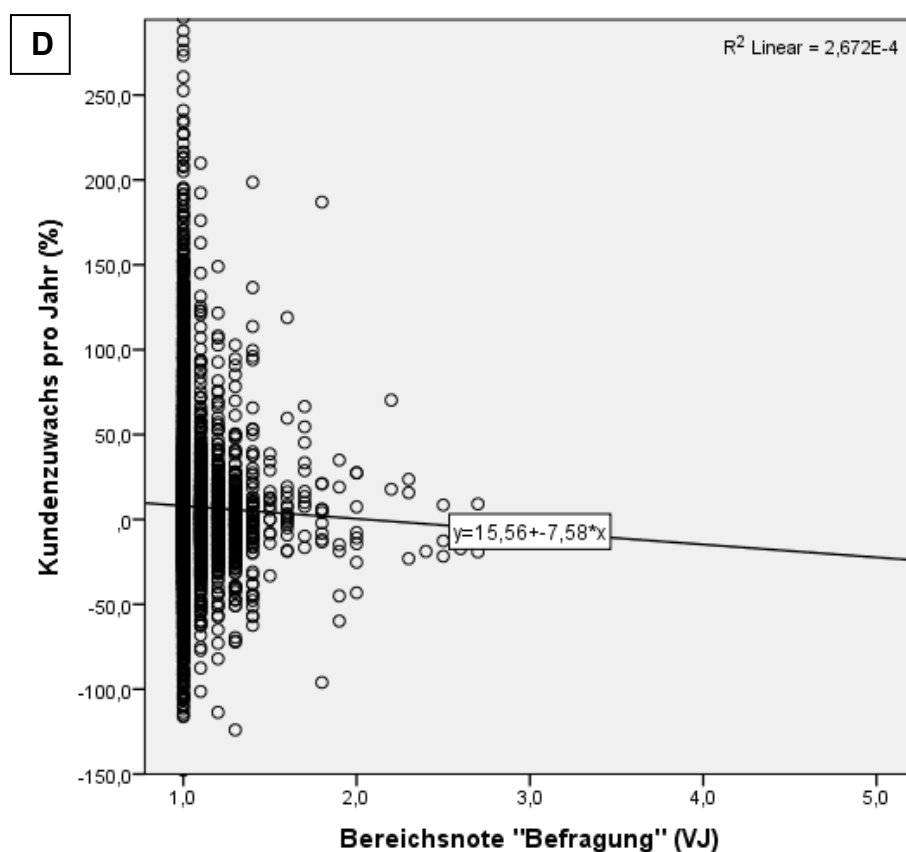
Auf der Ebene der Bereichsnoten ist ebenso kein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem prozentualen Kundenzuwachs innerhalb eines Jahres und der entsprechenden Bereichsnote des Vorjahres zu erkennen (Abbildung 51 A-D). Abgebildet sind alle Pflegedienste mit einem Kundenzuwachs zwischen -150 % und etwa +250 %. In die Berechnung der Regressionsgeraden (y) und das Bestimmtheitsmaß (R^2) sind alle 10.370 Pflegedienste dieser Stichprobe eingegangen.

Zwar zeigen die Bereichsnoten „Pflege (2)“ (Grafik B) und „Befragung“ (Grafik D) eine leichte Tendenz, dass mit kleinerer (besserer) Bewertung der Kundenzuwachs größer ist. Dagegen zeigen die Bereichsnoten „Pflege (1)“ (Grafik A) und „Organisation“ (Grafik C) eine leichte Tendenz, dass mit kleinerer (besserer) Bewertung der Kundenzuwachs schlechter ist. Das Bestimmtheitsmaß ist in allen vier Berechnungen jedoch nahe Null, und die Kreise im Diagramm sind sehr unregelmäßig verteilt.

Abbildung 51 (A-D): Streudiagramme zum Zusammenhang von Bereichsnoten und Kundenzuwachs (N = 10.370)







Quelle: BKK Dachverband (Hrsg.) 2014, eigene Berechnung und Darstellung

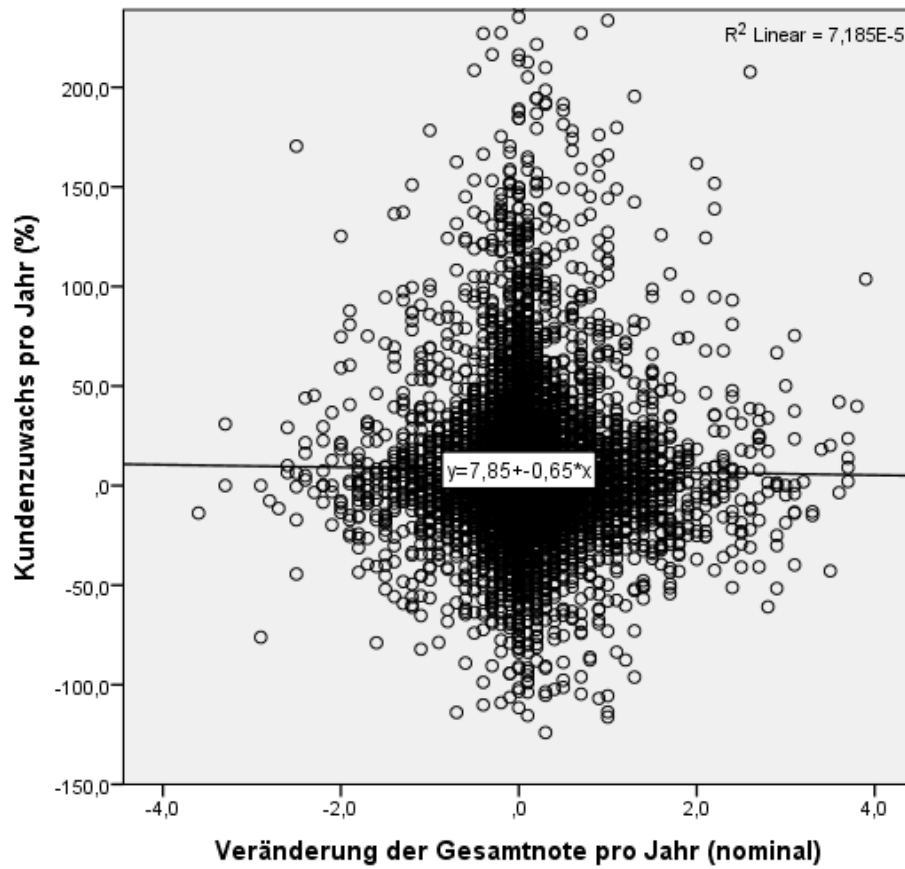
Darüber hinaus fällt in den Streudiagrammen eine Häufung bestimmter Noten bzw. das Nicht-Auftreten bestimmter Noten auf. Dies ist Folge der einrichtungsbezogenen Kriterien, bei denen über dichotome Fragestellung ausschließlich 0 oder 10 Punkte vergeben werden (erfüllt/nicht erfüllt) und betrifft die Bereichsnote „Organisation“ (Grafik C). Bei der Bildung des Skalenmittelwertes eines Prüfkriteriums sowie für die Ermittlung der Bereichsnote und der Umwandlung in eine Schulnote sind rechnerisch nicht alle Skalenwerte erreichbar. Diese Verteilung tritt zusätzlich auch bei den personenbezogenen Kriterien in den Bereichen „Pflege (1)“ und „Pflege (2)“ auf, wenn kleine Stichproben vorliegen. Kleine Stichproben entstehen entweder durch eine kleine Pflegedienstgröße, oder – und vor allem - dadurch, dass die Prüfkriterien an den Pflegebedürftigen des Pflegedienstes nicht prüfbar sind.

Voraussetzung für die Berechnung dieses Zusammenhangs ist das Vorliegen einer Normalverteilung. Diese ist nicht gegeben, weil eine geringe Varianz der Pflegenoten und ein sogenannter Deckeneffekt mit einer Häufung sehr guter Noten vorliegen. Zwar können keine Zusammenhänge zwischen der Qualitätsbewertung und dem Kundenzuwachs gefunden werden, die geringe Varianz kann jedoch dazu führen,

dass die Regressionsschätzung keine Effekte nachweisen kann. Zudem führt der Deckeneffekt aufgrund extrem schiefer Werteverteilungen in der Regressionsanalyse dazu, dass der geschätzte Regressionskoeffizient gegen einen Wert von 0,00 verzerrt wird (Urban & Mayerl 2011, S. 318).

Die bisherige Untersuchung zeigt, wie sich der Kundenzuwachs nach einer Notengebung verändert. Für eine weitere Analyse wird die Annahme zugrunde gelegt, dass sich ein Pflegedienst im Laufe eines Jahres verbessert und der Kunde diese Verbesserungen unmittelbar spürt. Gleichzeitig setzt ein Kundenwachstum (bzw.-rückgang) ein, noch bevor die nächste Qualitätsprüfung mit besserer (bzw. schlechterer) Bewertung stattfindet. Dazu wird der Kundenzuwachs der *Veränderung* der Gesamtnote zwischen den Prüfungen gegenüber gestellt (Abbildung 52). Im Ergebnis verzeichnen die Pflegedienste sowohl bei einer Notenverbesserung als auch einer Verschlechterung der Gesamtnote dasselbe Wachstumsbild. Das wird deutlich anhand des niedrigen Bestimmtheitsmaßes (R^2) und der äußerst geringen Steigung der Regressionsgeraden mit vielen Streuungspunkten weit von der Regressionsgeraden entfernt. Außerdem wirken die Streuungspunkte wie an der y-Achse gespiegelt. Sowohl Pflegedienste mit einer Verbesserung wie auch Pflegedienste mit einer Verschlechterung der Gesamtnote verzeichnen ein gleiches Bild von Kundenzuwächsen und Kundenverlusten.

Abbildung 52: Zusammenhang von Veränderung der Gesamtnote und Kundenzuwachs (N = 10.370)



Quelle: BKK Dachverband (Hrsg.) 2014, eigene Berechnung und Darstellung

3.4 Zwischenfazit Studie 2

Die deskriptiven Ergebnisse zu den Pflegenoten zeigen, dass diese im Jahresverlauf durchweg besser geworden sind und einen deutlichen Deckeneffekt mit sehr guten Noten aufweisen. So weisen zwar die öffentlichen Pflegedienste die besten Noten auf, die Unterschiede zu den freigemeinnützigen und privaten Pflegediensten sind jedoch sehr gering. Die Pflegedienste in privater Trägerschaft konnten sich im Jahresvergleich etwas stärker verbessern, während die anderen Träger aufgrund besserer Noten im Vorjahr weniger Spielraum für Verbesserungen hatten. Etwas auffälliger sind die Unterschiede zwischen den Bereichsnoten. Für die Bereiche „Befragung (der Kunden)“ und Organisation gibt es Bestnoten, während die Bereiche „Pflege 2“ und „Pflege 1“ etwas höher (schlechter) ausfallen.

Die Größe der Pflegedienste wird in dieser Analyse – im Gegensatz zur Zahl der Pflegebedürftigen gemäß SGB XI der ersten Studie – über die Kundenzahl unabhängig vom Leistungsbezug definiert. Die Kundenzahl und deren Zuwachs fallen zwischen den Trägern sehr verschieden aus. Die privaten Träger stellen mit rund 80 Kunden die kleinsten Pflegedienste und wachsen mit 8,9% im Jahr überdurchschnittlich. Die freigemeinnützigen Träger haben mit 139 Kunden rund 70% mehr Kunden je Pflegedienst, aber mit 5,0% ein deutlich geringeres Wachstum zu verzeichnen. Mit 4,4% wachsen die öffentlichen Pflegedienste am wenigsten.

Untersucht wurde der Zusammenhang zwischen einer guten Note und dem zeitlich darauffolgenden Kundenzuwachs. Die Streudiagramme zeigen anschaulich, dass weder die Gesamt- noch die Bereichsnoten eine sichtbare Beziehung zum Kundenzuwachs erkennen lassen. Daher wurde zusätzlich untersucht, ob eine Notenverbesserung (bzw. -verschlechterung) vom Vorjahr zum Folgejahr mit dem Kundenzuwachs (bzw. -rückgang) zusammenhängt.

Insgesamt kann kein Zusammenhang zwischen der Pflegenote und dem Kundenzuwachs im Folgejahr der Bewertung nachgewiesen werden. Darüber hinaus kann auch kein Zusammenhang zwischen der Notenveränderung und dem Kundenzuwachs in derselben Zeit festgestellt werden. Pflegedienste mit einer sehr guten Bewertung in den Pflegenoten wie auch Pflegedienste mit einer Verbesserung ihrer Pflegenote verzeichnen keinen höheren Kundenzuwachs, als schlecht(er) bewertete Pflegedienste.

Daraus lassen sich verschiedene Schlüsse ziehen. Erstens lässt sich folgern, dass der Zusammenhang von Pflegenoten und Kundenzuwachs mit dem gewählten statistischen Modell nicht messbar ist. Ursächlich dafür ist die Notenverteilung mit ihrem Deckeneffekt zu sehr guten Noten und wenig Differenzierung in den Noten, mit der die Voraussetzung einer Normalverteilung nicht erfüllt ist (Urban & Mayerl 2011, S. 318). Die unzureichende Differenzierung der Noten lässt kaum Unterschiede zwischen den Pflegediensten erkennen. Auch aufgrund der vielen ungeprüften Einzelkriterien je Pflegedienst sind keine echten Vergleiche der Pflegedienste untereinander wie auch desselben Pflegedienstes im Zeitverlauf möglich (vgl. Sünderkamp et al. 2014, S. 332). Zudem kann sich hier die eingangs aufgeführte Vermutung niederschlagen, dass Noten weder geeignet sind, weder die Qualität eines Pflegedienstes darzustellen noch die getätigten Investitionen in die Qualität.

Ein zweites mögliches Resümee ist, dass der Zusammenhang zwischen einer guten Benotung und dem Kundenzuwachs tatsächlich nicht existiert. In diesem Fall scheinen die Pflegenoten für den (potentiellen) Kunden keine Rolle für die Auswahl seines Pflegedienstes zu spielen. Wonach (potentielle) Kunden aktuell ihren Pflegedienst auswählen, bleibt weiterhin unklar. Bisher bekannt ist, dass Pflegeheime in Deutschland eher nach Wohnortnähe und Preis ausgesucht und weniger anhand der Qualitätsprüfungsberichte (Schmitz & Stroka 2014, S. 21-22). Diskutiert wird auch, dass die Verbraucher an die Qualitätsberichte als Mittel der Entscheidungsfindung noch nicht gewöhnt sind, diese teilweise nicht bekannt oder schwer zugänglich sind (z.B. Hochbetagte ohne Interneterfahrung) oder den Inhalten der Qualitätsberichte wenig Vertrauen geschenkt wird (Werner et al. 2012, S. 50; Schmitz & Stroka 2014, S. 21).

Drittens muss die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass Pflegedienste mit einer guten Note aufgrund der Kundennachfrage theoretisch stärker wachsen könnten. Dieses Wachstum wird aber durch andere Faktoren gebremst, wie z.B. durch den Fachkräftemangel oder durch individuelle Unternehmensziele, nicht wachsen zu wollen.

Letztlich bieten die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen zu wenige Daten, um einen Zusammenhang zwischen Qualität und Unternehmenswachstum messen und erklären zu können. Daher können diese Ergebnisse nur einen von mehreren Bausteinen zur Forschungsfrage liefern.

4 Investitionen in die Qualität und Unternehmenswachstum

Die beiden vorangestellten Untersuchungseinheiten haben grundlegende Informationen zu Tage gefördert. Die Forschungsfrage ist damit aber noch nicht vollständig geklärt. Daher widmet sich diese dritte und letzte Studie den offen gebliebenen Fragen mit der Benennung der konkreten Fragestellung (Kap. 4.1), gefolgt von einer umfassenden Beschreibung der Methodik (Kap. 4.2), den Ergebnissen (Kap. 4.3) und dem Zwischenfazit (Kap. 4.4).

4.1 Fragestellung Studie 3

Seitens des Unternehmenserfolgs in Form des Unternehmenswachstums konnten beide vorherigen Studien Informationen liefern. Die Daten des FDZ beschränken sich allerdings überwiegend auf die Pflegebedürftigen und das Personal im Rahmen der Leistungen der Pflegeversicherung. Die Daten der Pflegenoten geben zwar über die Anzahl aller Kunden Auskunft, allerdings wird nicht nach Pflegestufe oder Leistungsart (SGB XI, SGB V, Hilfe im Haushalt, etc.) unterschieden. Daten zum Personalbestand bzw. -wachstum fehlen in der Pflegenoten-Studie gänzlich.

Unklar ist vor allem, wie viel Zeit und Geld die Pflegedienste in ihre Qualitätsentwicklung investieren. Unbekannt ist auch, wie das Qualitätsmanagement in den Pflegediensten organisiert ist, wer mit welcher Qualifikation und welchem Stellenumfang für die Qualitätsentwicklung verantwortlich ist und welche weiteren Mitarbeiter an der Qualitätsentwicklung beteiligt sind.

Um weitergehende Informationen zu gewinnen, wird eine eigene Datenerhebung durchgeführt, die sich sowohl den Investitionen in die Qualität, grundlegenden Informationen zur Qualitätsentwicklung sowie Zahlen zum Unternehmenswachstum und weiteren Einflussfaktoren widmet.

Folgende Forschungsfragen sollen beantwortet werden:

Zum Thema Qualitätsentwicklung:

- Wer ist für die Qualitätsentwicklung verantwortlich?
- Wer ist an der Qualitätsentwicklung beteiligt?
- Wie viel Zeit wird für die Qualitätsentwicklung aufgebracht?
- Wie hoch ist die Zahl der Fortbildungsstunden?
- Wie hoch ist die Fachkraftquote?
- Wie hoch sind die Kosten für die Qualitätsentwicklung?

Zum Thema Unternehmenserfolg:

- Wie hoch ist der Kundenzuwachs?
- Wie hoch ist der Personalzuwachs?

Schließlich werden die genannten Hypothesen getestet (vgl. Kap. 1.3.4):

Die Investition in die Qualitätsentwicklung steht in positivem Zusammenhang mit dem Zuwachs...

- ... von staatlich anerkannten Pflegefachkräften (H1).
- ... von Hilfskräften (H2).
- ... von Kunden (H3).

4.2 Methodik Studie 3

Aufgrund vieler offener Fragen und kaum vorhandener Forschungsergebnisse wird eine explorative Herangehensweise in Form eines Ex-post-facto-Designs (nicht-experimentelles Design) gewählt. Dieses wird dann angewendet, wenn experimentelle oder quasi-experimentelle Untersuchungen nicht möglich sind und gehört zu den am meisten verbreiteten Designs in den Sozialwissenschaften (Raab-Steiner & Benesch 2010, S. 40). Dabei kommt es zu einer Messung der unabhängigen und abhängigen Variablen, während die Kontrolle der Störvariablen häufig nur schwer durchführbar ist (ebd.).

Für diese Studie wird ein Fragebogen eingesetzt, dessen Inhalt und Entwicklung in Kap. 4.2.1 dargestellt wird. Es folgen Ausführungen zur Durchführung der Datenerhebung (Kap. 4.2.2), zur Aufbereitung der Daten (Kap. 4.2.3), zur Repräsentativität des Datensatzes (Kap. 4.2.4) und zur Operationalisierung der Variablen für die anschließenden Analysen (Kap. 4.2.5).

4.2.1 Der Fragebogen

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wird ein Online-Fragebogen entwickelt. Der Aufbau des Fragebogens basiert im Wesentlichen auf den theoretischen Überlegungen zur Definition und Messbarkeit der Investitionen in die Qualität (Kap. 1.3.2, siehe Abbildung 19) und des Unternehmenserfolgs (Kap. 1.3.3). Demnach werden die Investitionen in die Qualität in dieser Studie vor allem über die Kosten der Qualitätsentwicklung, die investierte Zeit der an der Qualitätsentwicklung beteiligten Mitarbeiter oder die Fachkraftquote ermittelt. Der Unternehmenserfolg wird anhand des Zuwachses von Personal und Kunden gemessen.

Inhaltlich ist der Fragebogen in neun Themenfelder aufgeteilt:

- 4 Fragen zum hauptverantwortlichen Qualitätsmanagementbeauftragten
- 2 Fragen zu weiteren Mitarbeitenden in der Qualitätsentwicklung
- 7 Fragen zu den Kosten der Qualitätsentwicklung
- 6 Fragen zur Entwicklung der Personalsituation (Zu- und Abgänge)
- 11 Fragen zur Mitarbeiter-Zusammensetzung
- 8 Fragen zur Kunden-Zusammensetzung
- 2 Matrixfragen zu Strategien des Pflegedienstes

- 4 Fragen zur Organisation
- 3 Fragen zu Bundesland, Pflegenote und der ausfüllenden Person

Die meisten Fragen bedürfen einer Neuentwicklung und basieren auf den theoretischen Überlegungen aus Kap. 1.3. Die ausführlichen Fragen mit ihrem Begleittext finden sich im Anhang. An dieser Stelle folgt nun die Beschreibung der Zielstellung der jeweiligen Fragen.

1) Wer ist in Ihrem Pflegedienst hauptverantwortlich für die Qualitätsentwicklung tätig?

Diese Frage zeigt, ob die Verantwortung für die Qualitätsentwicklung innerhalb des Pflegedienstes geklärt ist und benennt die Position desjenigen. Mit der Benennung eines Beauftragten wird die Forderung nach einer mit Pflegefachwissen gut reflektierten und langfristig geplanten Weiterentwicklung der Qualität möglich (Höhmann 2012, S. 363f). Wahrscheinlich ist, dass die Funktion des Qualitätsmanagementbeauftragten in ambulanten Pflegediensten von dem Inhaber, Geschäftsführer, der Pflegedienstleitung oder einer benannten Person des Pflegefachpersonals parallel zu den Hauptaufgaben desjenigen übernommen wird (vgl. Fröse 2014, S. 36). Außerdem ist „Qualitätsmanagementbeauftragte/r“ kein geschützter Begriff und die Art der Qualifikation ist nicht vorgeschrieben (ebd.). Die Antwortmöglichkeit „Qualitätsmanagementbeauftragte/r“ wurde daher bewusst nicht vorgegeben, um sozial erwünschte Antworten zu vermeiden. Diese Antwort konnte dennoch über das Freitextfeld gegeben werden.

2) Wo ist die Stelle des Qualitätsmanagementbeauftragten angesiedelt?

Diese Frage gibt Aufschluss über die Organisation des Qualitätsmanagements. Ist die Stelle im eigenen Pflegedienst, lässt sich eine größere Nähe und Erreichbarkeit des QMB zum Team ableiten als beispielsweise bei einem QMB auf Verbandsebene. In der Verortung der Stelle können auch Unterschiede in der Investitionshöhe begründet sein. Diese Frage gibt auch Aufschluss darüber, ob der QMB für einen oder mehrere Pflegedienste zuständig ist.

3) Mit wie vielen Stunden pro Woche ist der/die Qualitätsmanagementbeauftragte für die Qualitätsentwicklung in Ihrem Pflegedienst tätig?

Diese Frage definiert den Zeitaufwand des QMB für einen definierten Pflegedienst und wird für die Berechnung der aufgebrauchten Zeit je Kunde benötigt.

4) Welchen höchsten Bildungsabschluss hat der/die Qualitätsmanagementbeauftragte?

Der höchste Bildungsabschluss liefert Hinweise auf die Qualifikation des QMB. Darüber hinaus lässt er Rückschlüsse auf die Investitionshöhe zu unter der Annahme, dass der QMB entsprechend seiner Qualifikation entlohnt wird. Für die Auswertung werden die Bildungsabschlüsse hierarchisch angeordnet: als niedrigste Qualifikation gilt ein „anderer Ausbildungsberuf“, gefolgt von „Pflegeexamen (Krankenschwester,...)“. Die nächst höhere Qualifikation ist die Weiterbildung zum QMB, die in der Regel 80-200 Stunden dauert (Fröse 2014, S. 40). Aufgrund des höheren Umfangs der Weiterbildung wird die Weiterbildung zur Pflegedienstleitung (420-720 Stunden) höher eingestuft. Der (Fach-)Hochschulabschluss ist die höchste ankreuzbare Qualifikation. Im Freitextfeld können andere Qualifikationen angegeben werden.

5) Welche weitere(n) Person(en) war(en) im Jahr 2012 – außer der eben benannten – für die Qualitätsentwicklung verantwortlich?

Zu einer gelebten Qualitätsentwicklung zählt, verschiedene Mitarbeiter an der Qualitätsentwicklung zu beteiligen (Höhmann 2012, S. 363f). Da auch in den vorab geführten Gesprächen mit den Pflegediensten berichtet wurde, dass die Aufgaben der Qualitätsentwicklung häufig auf mehrere Personen verteilt werden, soll diese Frage weiteren Aufschluss über die an der Qualitätsentwicklung beteiligten Personen bzw. deren Berufszugehörigkeit geben.

6) Wie viele Stunden pro Woche arbeiten die weiteren Personen insgesamt für die Qualitätsentwicklung?

Diese Frage soll den zeitlichen (und ggf. daraus ableitbaren finanziellen) Aufwand für die Qualitätsentwicklung - über die Zeit des hauptverantwortlichen QMB hinaus - vervollständigen.

7) Wie viele Stunden Fort- und Weiterbildung erhielten alle Mitarbeiter zusammen im Jahr 2012 im Rahmen der Qualitätsentwicklung?

Ein Minimum an Fort- und Weiterbildungen des Personals (nicht nur explizit zu Qualitätsthemen) werden je nach Bundesland zumeist von den Finanzierungsträgern eingefordert. Fort- und Weiterbildungen im Rahmen der Qualitätsentwicklung können in ihrem Umfang sehr unterschiedlich ausfallen und werden daher in dieser Frage abgefragt.

8) Wer kommt für die Kosten der Fort- und Weiterbildungen im Rahmen der Qualitätsentwicklung auf?

Hier soll festgestellt werden, ob und in welcher Häufigkeit es neben den Pflegediensten weitere Finanzierungsträger gibt.

9) Wer trägt den größten Teil der Kosten für Fort- und Weiterbildungen im Rahmen der Qualitätsentwicklung?

Sollte bei dieser Frage nicht in fast allen Fällen der Pflegedienst genannt werden, wäre dieser Aspekt in den Auswertungen zu berücksichtigen.

10) Wie hoch war in Ihrem Pflegedienst 2012 das geplante Budget für Personal- und Sachkosten für die Qualitätsentwicklung in Euro?

Diese Frage zeigt, ob die Qualitätsentwicklung fester und geplanter Bestandteil der Kostenrechnung ist. Zudem wird ein Vergleich zwischen den geplanten und den tatsächlichen Kosten ermöglicht. Zur einfachen Beantwortung werden Antwortkategorien angeboten.

11) Wie hoch waren 2012 die tatsächlichen Ausgaben Ihres Pflegedienstes für Personal- und Sachkosten für die Qualitätsentwicklung in Euro?

Wichtiger als die geplanten Kosten sind die tatsächlichen Kosten der Qualitätsentwicklung. Die Sachkosten sind im Vergleich zu den Personalkosten in ambulanten Pflegediensten in der Regel gering (Kap. 1.3.2), sodass auf eine separate Sachkosten-Frage verzichtet wird. Um präzise Antworten zu erhalten, wird hier ausschließlich ein Freitextfeld für Zahlen angeboten.

12) Welche Sachkosten entstanden Ihrem Pflegedienst 2012 für die Qualitätsentwicklung?

Für einfaches Ausfüllen werden hier Antwortkategorien vorgegeben. Da die Sachkosten im Pflegedienst gegenüber den Personalkosten eine sehr untergeordnete Rolle spielen, wird auf exakte monetäre Beträge verzichtet. Falls in den Auswertungen nötig, können für die jeweiligen Antworten Pauschalbeträge angesetzt werden.

13) Welche Kosten (in Euro) entstehen Ihrem Pflegedienst durch eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) im Rahmen der Pflegetransparentzprüfungen?

Diese Frage wurde auf Bitten einiger Studienteilnehmer eingefügt. Sie könnte ggf. erklären, ob Pflegedienste mit höheren Ausgaben für die Qualitätsprüfung bessere Pflegenoten erzielen.

14-19) Fragen zur Neueinstellung bzw. Kündigungen von Pflegefach- und -hilfskräften sowie zu offenen Stellen

Diese Fragen können ggf. einen weiteren Hinweis auf den Unternehmenserfolg geben. Sie können ggf. den Personalzuwachs relativieren, wenn sich beispielsweise eine hohe Personalfluktuation herausstellt.

20-30) Fragen zur Anzahl und Qualifikation des angestellten Personals

Diese Fragen erheben die Anzahl der jeweiligen Mitarbeiter des Pflegedienstes aufgeschlüsselt nach den Bereichen Büro, examinierte Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte, Haushalts- bzw. Nachbarschaftshilfen, Freiwilligendienstler bzw. Auszubildende, Ehrenamtliche und weiteres Personal. Dabei wird nicht explizit nach Vollzeitäquivalenten gefragt, weil in den Expertengesprächen vorab genannt wurde, dass manche Pflegedienste Schwierigkeiten hätten, diese ausweisen zu können. Stattdessen wurden je nach Berufsgruppe die durchschnittlichen, wöchentlichen Arbeitsstunden erhoben. Von einer detaillierteren Abfrage wie in der Pflegestatistik, in der die Arbeitszeit und Qualifikation jedes einzelnen Mitarbeiters abgefragt wird, wurde hier Abstand genommen (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011). Damit soll der Aufwand für den Ausfüller des Fragebogens übersichtlich gehalten werden. Die Frage Nr. 20, die nach der Anzahl aller Mitarbeiter des Pflegedienstes fragt, wurde als

Kontrollfrage eingebaut. Die Fragen 21, 23, 25, 27 und 30 sollten in Summe dieselbe Anzahl an Mitarbeitern ergeben.

31-38) Fragen zur Patientenzahl und deren Pflegestufe

Diese Fragen ermitteln den Gesamtbestand der Kunden differenziert nach Pflegestufen. Ergänzend wird nach Kunden gefragt, die keine Leistungen der Pflegeversicherung (sondern z.B. der Krankenversicherung oder Privatleistungen) beziehen. So entsteht ein Eindruck über die Kundenstruktur des Pflegedienstes und den Kundenzuwachs im Jahr 2012. Mit der Differenzierung nach Pflegestufen lässt sich ein Case Mix Index (CMI) errechnen, der Auskunft über den durchschnittlichen Grad der Pflegebedürftigkeit gibt (vgl. Kap. 2.3.3). Die Frage Nr. 31, die nach der Gesamtzahl aller Patienten fragt, dient als Kontrollfrage. Die Fragen 32-36 sollen in Summe dieselbe Kundenzahl ergeben.

39-40) Matrixfragen zu den Strategien des Pflegedienstes

Hier werden einige qualitäts- bzw. effizienzsteigernde Strategien abgefragt. Die Matrixfragen haben zum Ziel, weitere erklärende Faktoren für die Beantwortung der Forschungsfragen sowohl seitens der Investitionen in die Qualitätsentwicklung als auch seitens des Unternehmenserfolgs zu liefern. Die Themen wurden anhand von Studienergebnissen und Literatur zur Betriebsführung ambulanter Pflegedienste ausgewählt (vgl. Kap. 1.2.2, 1.3.1, 1.3.2, 1.3.3; Wißgott 2013; Wißgott 2012; Geraedts & Selbmann 2011; Heiber 2010; Kühnert 2009; Müller 2007; Klie 2007; Heiber & Nett 2006; Roth 2001).

41-47) Fragen zur Organisation des Pflegedienstes (Träger, Verband, Bundesland, Pflegenote etc.)

Die abschließenden Fragen dienen der besseren Aufarbeitung der Ergebnisse, so dass z.B. Länder- oder Trägerunterschiede herausgearbeitet werden können. Die Fragen zur Art des Pflegedienstes und seiner Angliederung wurden dem Erhebungsbogen für die Pflegestatistik entnommen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011).

48) Freitextfeld

Hier wird den Pflegediensten Platz für Anregungen und Anmerkungen gegeben. Damit wird die Möglichkeit geschaffen, ergänzende Angaben zu dem Fragebogen zu machen.

Pretest

Für die konkrete Ausgestaltung der Fragen wurden Gespräche mit Pflegedienstleitungen, Geschäftsführern, Unternehmensberatern und Steuerberatern ambulanter Pflegedienste geführt, um beispielsweise die Unterschiede in der Organisationsform und Finanzierung abbilden zu können. Zudem wurden die Fragen mit Doktoranden und Professoren diskutiert, drei Pflegeverbänden zur kritischen Durchsicht vorgelegt und im März/April 2013 einem Pretest unterzogen. Beim Pretest wurde der Online-Fragebogen zwölf verschiedenen Pflegediensten unterschiedlicher Trägerschaft und Größe aus verschiedenen Bundesländern zur Verfügung gestellt und ausgefüllt. In einem anschließenden Telefonat wurde der Fragebogen bezüglich der Verständlichkeit und Eindeutigkeit der Fragen, der Handhabbarkeit, der technischen Anwendbarkeit und des zeitlichen Aufwands besprochen. Die teilnehmenden Pflegedienste wurden entweder über persönliche Kontakte gefunden oder von den drei Pflegeverbänden ausgewählt. Anhand der Ergebnisse des Pretests wurden Fragestellungen präzisiert, Hinweise und Erläuterungen ergänzt, Fachbegriffe reduziert und Antwortkategorien optimiert oder durch Freitextfelder ersetzt.

4.2.2 Durchführung der Befragung

Formal bestand der Fragebogen aus einem Anschreiben (siehe Anhang) mit Informationen zur Teilnahme und den 47 Fragen, die sich vor allem an Geschäftsführer, Inhaber, Pflegedienstleitungen und Qualitätsmanagementbeauftragte richteten. Die Beantwortung der Fragen erforderte Kenntnisse aus verschiedenen Arbeitsbereichen. Dazu musste entweder eine Person einen guten Überblick bzw. eine gute Software haben, aus der die Daten gezogen werden konnten. Andernfalls mussten die Fragen durch mehrere Personen eines Pflegedienstes beantwortet werden.

Auch wenn der Studienteilnehmer bei einigen Fragen keine Auskunft geben konnte oder wollte, ließ sich der Fragebogen bis zum Ende fortsetzen. Damit sollte ein Ab-

bruch der Teilnahme vermieden werden. Zur Förderung der Datenqualität fand während der Dateneingabe eine automatische Validation der Antworten statt (z.B. Eingabe einer Zahl statt eines Textes, Begrenzung der Ziffernzahl). Aufgrund von sehr heterogenen Pflegediensten und geringen Erfahrungswerten aus anderen Forschungen wurden verhältnismäßig viele offene Fragen (überwiegend zur Abfrage von Zahlen) eingerichtet, die mit festen Antwortkategorien nicht präzise genug hätten erfasst werden können. Jede geschlossene Frage enthielt die Möglichkeit einer offenen Antwort, falls die angebotenen Antwortkategorien nicht ausreichten. Die Matrixfragen wiesen eine vierstufige Likert-Skala auf mit den Extremwerten „in sehr starkem Maße“ und „in geringem Maße“ ergänzt um die Antwortmöglichkeit „keine Wertung“, falls die Frage nicht beantwortbar schien.

Für die Hauptstudie wurde bundesweit jeder der rund 12.350 ambulanten Pflegedienste zweimal per E-Mail kontaktiert und in einem Anschreiben zur anonymen Teilnahme über den bereitgestellten Link gebeten (siehe Anhang). Zuvor wurden Organisationen im Pflegebereich recherchiert, die vor allem mit der Leitungsebene ambulanter Pflegedienste in Kontakt stehen. Dabei wurden 27 verschiedene Pflegeverbände auf Bundesebene und/oder Landesebene und weitere Organisationen identifiziert (z.B. Liga, LAG, Pflegegesellschaft, QM-Netzwerk etc.), Ansprechpartner ermittelt und in informierenden Telefongesprächen um Unterstützung der Studie gebeten. Bei zwei Pflege-Bundesverbänden wurde entschieden, dass die Studienleitung die Landesverbände selbst zur Studienteilnahme kontaktiert. Dies erforderte, etwa 30 weiteren Verantwortlichen die Befragung und deren Hintergründe überzeugend zu erläutern. Es wurde jeweils vereinbart, möglichst die Unternehmensleitungen, Geschäftsführer, Inhaber, Pflegedienstleitungen oder Qualitätsmanagementbeauftragte zu bitten, an der Befragung teilzunehmen und den Teilnahme-Link ausschließlich an diese weiterzuleiten. Bis die Studien-Teilnahme mit den Verantwortlichen abschließend besprochen war, waren im Schnitt 3-5 Kontakte per Telefon oder E-Mail erforderlich.

Bei diesen Kontaktaufnahmen wurden die Verbandsvertreter zum Teil ausführlicher informiert als die tatsächlichen Studienteilnehmer. Damit wurde der Zweck verfolgt, eine mögliche Beeinflussung der Studienteilnehmer durch (zu) hohe Aufklärung über den Sinn der Studie, gering zu halten und gleichzeitig einen hohe Studienbeteiligung zu erreichen.

Außerdem wurde in ausgewählten digitalen Fachmedien (Heilberufe, Care Konkret, Häusliche Pflege, Grieshaber, Forum Sozialstation) zumeist mit kontrolliertem Zugang (z.B. per Passwort oder als registrierter Nutzer) für die Teilnahme geworben. Die Befragung fand im Mai und Juni 2013 statt und wurde auf Bitten einiger Pflegeverbände aus organisatorischen Gründen auf Juli 2013 ausgedehnt.

Zuletzt wurden auch die Pflegedienste kontaktiert, die keine E-Mail-Adresse hatten (< 2 %). Von diesen hatten 49 Pflegedienste eine Telefonnummer und wurden angerufen. Bei den anderen kann vermutet werden, dass die Unternehmen nicht mehr existierten. Auf diese Weise konnte 26 Pflegediensten der Fragebogen per E-Mail oder als Papierversion zugestellt werden. 23 Pflegedienste hatten kein Interesse oder konnten nicht erreicht werden.

Für den Online-Fragebogen wurden die Software und der Server von SurveyMonkey (SurveyMonkey 2013) verwendet. Aufgrund der zugesicherten Anonymität wurden keine individuellen Links, sondern ein für alle Teilnehmer gleicher Link erstellt. Dies erforderte, den Zugang zu dem Link so zu kontrollieren, dass er nur von der Zielgruppe genutzt werden konnte. Während des Befragungszeitraumes fand ein Monitoring des Internets statt, um unerwünschte Veröffentlichungen des Links zeitnah zu unterbinden. Dies war zweimal erforderlich und konnte umgehend behoben werden.

Einige hundert zufällig ausgewählte Pflegedienste erhielten einen anderen Link, der gleichzeitig als „Ersatzlink“ für eine Handvoll Pflegedienste genutzt wurde, die Probleme mit der Nutzung meldeten. Über den Ersatzlink wurden 57 Fragebögen vollständig ausgefüllt.

Erlaubte der Nutzer Cookies, konnte ein Fragebogen von demselben Computer zu einem späteren Zeitpunkt fortgesetzt werden, die Anonymität blieb gewährleistet. Über eine Kontrollfunktion der genutzten Software konnte sichergestellt werden, dass pro Computer nur ein Fragebogen ausgefüllt werden konnte. Die Überprüfung der ausgefüllten Fragebögen bestätigte, dass jeder Pflegedienst nur einmal teilnahm.

Durch den immensen Aufwand für die Werbung zur Studienteilnahme müsste jeder Pflegedienst etwa 2 - 4 Mal von der Studie erfahren haben. Selektionseffekte dürften so weitgehend vermieden worden sein. Insgesamt konnten letztlich 1.256 Fragebögen in die Studie einfließen, was einem Rücklauf von rund 10 % aller bundesweiten Pflegedienste entspricht. Tatsächlich ist der Rücklauf sogar höher einzuschätzen. Es

gibt Pflegedienste, die mit mehreren Teams in verschiedenen Büros agieren und als eigenständige Pflegedienste vom Statistischen Bundesamt und den Pflegekassen erfasst werden. Diese werden mitunter organisatorisch übergeordnet zusammengefasst und teilen sich die Geschäftsführung wie auch den Qualitätsmanagementbeauftragten. In diesem Fall hatten die Pflegedienste die Anweisung, nur für eine Pflegedienst-Einheit zu antworten. Insofern wäre eine Rücklaufquote von 100 % theoretisch nicht erreichbar gewesen und die Zahl Pflegedienste, die die Teilnahmekriterien erfüllen, niedriger als 12.350 Pflegedienste einzuschätzen. Daten darüber, wie viele Pflegedienste derart zusammenhängend organisiert sind, waren nicht verfügbar.

4.2.3 Datenaufbereitung

Die Datenaufbereitung fand mit SurveyMonkey, Excel 2010 und SPSS 20 statt. Die Freitextantworten wurden manuell mit Hilfe einer Texterkennung den im Fragebogen enthaltenen Antwortkategorien oder neuen Kategorien zugeordnet und ggf. zusammengefasst. Zudem fanden Plausibilitätstests und eine Betrachtung der Extremwerte statt, wodurch zwei Fragebögen vollständig entfernt werden mussten. Bei einzelnen unplausiblen Antworten, aber sonst schlüssigem Fragebogen wurde die jeweilige Antwort als fehlend umkodiert und der Fragebogen beibehalten. Dies betraf in diesem Schritt 44 Antworten verschiedener Fragebögen (z.B. 10.000 EUR für einen MDK-Prüfungstag bei einer Pflegedienstgröße von 50 Mitarbeitern; Zuwachs von 30 Examinierten bei aktuell 6 Examinierten; durchschnittliche Wochenstundenarbeitszeit von über 80 Stunden).

Der Fragebogen enthielt je eine Kontrollfrage zu den Mitarbeiterzahlen sowie zu der Kundenzahl. Hier wurde sowohl nach der Gesamtzahl als auch nach einzelnen Gruppen gefragt. Trotz größter Sorgfalt hatten die Pflegedienste hier offenbar Schwierigkeiten, stimmige Angaben zu machen. Die Kontrollfrage zur Kundenzahl stimmte nur bei rund 55 % der Fragebögen mit den Einzelantworten exakt überein. Um die Kundenzahl für alle Pflegedienste vergleichbar darzustellen, wurde diese für alle Pflegedienste aus den Einzelfragen neu berechnet als Summe aus Kunden der Pflegestufen keine/0/1/2/3. Deutliche Abweichungen von der Kontrollfrage werden beispielsweise dann vermutet, wenn beim Pflegedienst Unsicherheiten bei der Zählung von Kunden ohne Leistungsbezug aus der Pflegeversicherung vorlagen oder der Pflegedienst ein deutlich anderes Kunden- und Leistungsspektrum hat als ein

klassischer Pflegedienst. Die berechnete Kundenzahl wurde dann erneut mit der Kontrollfrage verglichen. Wenn diese Zahl um mehr als das Dreifache abwich, wurde der Wert als fehlend umkodiert. Dies erfolgte bei 16 Fragebögen. Wurde nur die Gesamtzahl beantwortet, nicht aber die einzelnen Berechnungsdaten, wurde die Gesamtzahl übernommen. Letztlich konnte für 1220 der 1256 Fragebögen eine Kundenzahl ermittelt werden (97,1 %).

Bei der Gesamt-Mitarbeiterzahl wurde ähnlich verfahren. Hierfür wurde eine Summe von Verwaltungskräften, examinierten Pflegekräften, Pflegehilfskräften und Haushaltshilfen gebildet. Freiwilligendienstler, Auszubildende, Ehrenamtliche und weitere Mitarbeiter wurden nicht berücksichtigt. Zwölfmal wich die Mitarbeiterzahl um mehr als das Dreifache von der Kontrollfrage ab, diese wurden als fehlend umkodiert.

In den Daten fielen extreme Wachstumsraten auf, die vor allem bei kleinen Pflegediensten vorkamen oder die bei Übernahmen bzw. Zusammenschlüssen von Pflegediensten zu erwarten wären. Da es in der Forschungsfrage jedoch um längerfristigen Unternehmenserfolg geht, der auf die Investitionen in die Qualität zurückzuführen ist, wurden Pflegedienste mit Zuwächsen von über 300 % ausgeschlossen. Bei den Investitionen in die Qualitätsentwicklung waren ebenfalls Extreme vorzufinden, in einem Beispiel waren über 100.000 Euro für einen Anbau des Büros des QMB angegeben. Da sich solche Ausgaben nicht unmittelbar auf die Qualitätsentwicklung des Pflegedienstes und die Kundenversorgung auswirken, wurde eine weitere Ausreißer-Regel eingeführt.

Bei den unabhängigen Variablen wurden solche Daten als Ausreißer definiert, die mehr als die dreifache Länge des Interquartilsabstandes vom oberen oder unteren Quartil entfernt lagen, maximal jedoch 5 % der Daten („IQR-Regel“). Die definierten Ausreißer wurden daraufhin als fehlende Daten umkodiert, der Fragebogen für andere Analysen beibehalten.

Die nach der Entfernung der Ausreißer noch vorhandenen großen Unterschiede zwischen Median und Mittelwert gehen zumeist darauf zurück, dass es sehr viele kleine (< 100 Kunden) und wenige recht große Pflegedienste (> 100 Kunden) gibt.

Bei der Frage nach den Ausgaben für Personal- und Sachkosten fällt auf, dass viele Pflegedienste „runde“ Zahlen angegeben haben (z.B. 40.000 EUR). Daher muss von

geschätzten Angaben ausgegangen werden, die nur vorsichtige Interpretationen der Ergebnisse ermöglichen.

4.2.4 Repräsentativität

Für die Bewertung der Stichprobe wurden im vorherigen Abschnitt bereits zahlreiche Maßnahmen benannt, um Selektionseffekte zu verhindern. Die Merkmale der gewonnenen Stichprobe konnten anhand folgender Parameter mit der Population der Pflegedienste verglichen werden:

Bundesland, Trägerschaft, Größe (Kundenzahl), Pflegenote (Gesamtnote), Leistungsart, Angliederung.

Tabelle 25: Vergleich Stichprobe und Population

Quelle	Pflegestatistik ¹	BKK-Pflegefinder ²	Befragung ³	Abweichung
Erhebungszeit	12/2013	1-12/2012	6/2013	In Prozent
N	12.745	11.884	1.256	
Träger (in %)*				
Privat	63,9	66,5	64,9	1,6%
FGM	34,7	30,5	31,8	-8,3%
öffentlich	1,4	0,4	2,1	46,3%
nicht bekannt	--	2,6	1,2	-53,8%
Größe				
Pflegebedürftige SGB XI	48	--	65	35,4%
Gesamtkunden	--	88	102	15,9%
Pflegenote (Gesamt)				
Jahr 2012	--	1,53	1,45	-5,2%
Leistungsart (in %)				
SGB XI	100,0	--	98,8	-1,2%
SGB V	97,1	--	97,3	0,2%
SGB XII	60,1	--	59,7	-0,6%
sonstige	39,3	--	58,6	49,0%
Angliederung (in %)				
an Wohneinrichtung	9,6	--	12,2	26,9%
an sonstiger Einrichtung	1,7	--	1,8	6,2%
an stat. Pflegeeinrichtung	6,0	--	10,0	67,7%

Quellen: ¹Statistisches Bundesamt 2015, ²BKK 2012 und ³eigene Daten

* Bei den Daten des BKK-Pflegefinders wurde die Trägerschaft mithilfe von Texterkennungsprogrammen und Durchsicht der Firmenwebseiten manuell recherchiert.

Ein zusätzlicher Abgleich der Verbandszugehörigkeit konnte nicht zuverlässig erfolgen, da nicht alle Verbände ihre Mitgliederzahl offen legen wollten. Die Vergleichspa-

parameter stammen aus der amtlichen Pflegestatistik von 2011 (Statistisches Bundesamt 2013) bzw. den Daten des BKK-Pflegefinders (Tabelle 25).

Im Vergleich zur Pflegestatistik weisen die befragten Pflegedienste eine leicht verschobene Trägerverteilung auf. So findet sich in der Stichprobe ein minimal höherer Anteil privater Träger (+ 1,6 %), während die freigemeinnützigen etwas geringer vertreten sind (- 8,3 %). Der deutliche Anteilsunterschied bei den öffentlichen Trägern fällt aufgrund der insgesamt niedrigen Zahl öffentlicher Pflegedienste nicht ins Gewicht. Nur wenige Pflegedienste (1,2 %) haben in der Befragung keine Angaben zu ihrer Trägerschaft gemacht.

Die Größe der befragten Pflegedienste ist mit 65 Pflegebedürftigen gemäß SGB XI im Schnitt um rund 35,4 % größer als in der Pflegestatistik (48 Pflegebedürftige). Auch bei der Zahl der Gesamtkunden sind die Pflegedienste der Befragung mit 102 Kunden um rund 15,9 % größer. Größere Pflegedienste erzielten leicht bessere Noten (vgl. Kap. 3.3.1.3). Insofern ist es schlüssig, dass auch die Pflegenote (Gesamtnote) in der Befragung mit 1,45 im Mittel etwas kleiner (besser) ausfällt.

In den relevanten Kategorien der Leistungsart, die durch die Sozialgesetzgebung geregelt werden, sind kaum Unterschiede zwischen der Verteilung vorzufinden. Auffällig ist allerdings ein Unterschied von 49,0 % bei „sonstigen Leistungen“. Die entsprechende Frage des Fragebogens ist dem Erhebungsbogen der Pflegestatistik entnommen. Daher darf angenommen werden, dass überdurchschnittlich viele Pflegedienste mit einem breiten Leistungsspektrum teilgenommen haben.

Dass ein Pflegedienst an eine andere Einrichtung angegliedert ist, wurde in der Befragung deutlich häufiger angegeben, als in der Pflegestatistik. Demnach sind mit 12,2 % rund ein Viertel mehr Pflegedienste an eine Wohneinrichtung (z.B. betreutes Wohnen) und rund 68 % mehr an eine stationäre Pflegeeinrichtung angegliedert.

Im Vergleich der Stichprobe mit der Pflegestatistik anhand der Bundesland-Verteilung (nicht abgebildet) sind die Länder in der Befragung anteilig gleich stark vertreten. Dagegen variiert die Verteilung von privaten und freigemeinnützigen Trägern in einzelnen Ländern, dieses gleicht sich auf Bundesebene aber aus. So gab es z.B. aus Schleswig-Holstein überdurchschnittlich viele private Teilnehmer, während sich aus Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt anteilig mehr freigemeinnützige Träger beteiligt haben.

Zusammengefasst lässt sich ableiten, dass es sich um eine weitgehend repräsentative Zufallsstichprobe mit leicht größeren Pflegediensten handelt (+15,9 % Kunden bzw. +35,4 % Pflegebedürftige). Mit der Größe der Pflegedienste ist auch ein breiteres Leistungsspektrum und ein höheres Vorkommen von Angliederungen an andere Einrichtungen zu verzeichnen. Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

4.2.5 Operationalisierung der Variablen

Für die multivariate Analyse werden ausschließlich metrisch skalierte Variablen genutzt bzw. erstellt. Wenn nicht anders genannt, stammen die Daten vom Zeitpunkt der Befragung (etwa Juni 2013). In die Analysen gingen folgende Variablen ein.

Unternehmenserfolg (abhängige Variable):

- Wachstumsrate Pflegefachkräfte 2012 bzw.
- Wachstumsrate Hilfskräfte 2012 bzw.
- Zuwachs Kunden 2012

Investitionen in die Qualitätsentwicklung (unabhängige Variablen):

- Zeit des Qualitätsmanagementbeauftragten je Kunde (Minuten pro Woche)
- Zeit weiterer Qualitätsmitarbeiter je Kunde (Minuten pro Woche)
- IST-Kosten der Qualitätsentwicklung je Kunde pro Jahr
- Fortbildungsstunden der Mitarbeiter je Kunde pro Jahr
- Fachkraftquote

Weitere Parameter:

- Wachstumsrate Kunden 2012
 - Wachstumsrate Hilfskräfte 2012
 - Wachstumsrate Pflegefachkräfte 2012
 - Größe des Pflegedienstes
 - Case Mix Index der Kunden
 - Verortung der Stelle des QMB (Dummy)
 - Leistungsspektrum (Dummy)
 - Angliederung an andere Einrichtung (Dummy)
- } Jeweils die beiden Variablen, die nicht die abhängige Variable sind.

- Bildungsabschluss des Qualitätsmanagementbeauftragten (Dummy)
- Größe des QM-Teams (Dummy)
- Pfl egenote 2012
- Einsatz qualitäts- oder umsatzsteigernder Strategien: 20 Strategie-Variablen (Dummy bzw. Faktorladung)

Die Berechnung bzw. Kodierung der Variablen ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen (Tabelle 26), eine Übersicht über die Strategien und ihrer Faktorwerte finden sich im Anhang sowie im Abschnitt „Faktorenanalyse“ (Kap. 4.3.2).

Tabelle 26: Berechnung bzw. Kodierung der Variablen

Variable	Berechnung/Kodierung
Wachstumsrate (Pflegefachkräfte)	$(\text{Zugänge (Fach)} - \text{Abgänge (Fach)}) / \text{Anzahl (Fach)} * 100$
Wachstumsrate (Hilfskräfte)	$(\text{Zugänge (Hilf)} - \text{Abgänge (Hilf)}) / \text{Anzahl (Hilf)} * 100$
Wachstumsrate (Kunden)	$(\text{Zugänge (Kd)} - \text{Abgänge (Kd)}) / \text{Anzahl (Kd)} * 100$
Fortbildungsstunden je Kunde/ Jahr	Fortbildungsstunden/Anzahl Kunden
Zeit QMB je Kunde pro Woche (in Minuten)	Stunden QMB/Anzahl Kunden*60 (in der Regression logarithmiert)
Zeit weitere QM-Mitarbeiter je Kunde pro Woche (in Min)	Stunden WQM/Anzahl Kunden*60
IST-Kosten der QE je Kunde pro Jahr	IST-Kosten/Anzahl Kunden
Fachkraftquote	Anzahl Fachkräfte/(Anzahl Fachkräfte + Anzahl Hilfskräfte)
Case Mix Index	$(\text{Kunden mit Pflegestufe 0} + \text{Kd. PS1} + \text{Kd. PS2} + \text{Kd. PS3} + \text{Kd. ohne Pflegestufe}) / \text{Anzahl aller Kunden}$
Pfl egenote (Gesamtnote)	keine Berechnung notwendig
Träger (Dummy)	1 = Freigemeinnützig 0 = Privat
Höchster Bildungsabschluss (Dummy)	1 = hohe Bildung (Studium, PDL, QMB) 0 = mittlere Bildung (Ausbildungsberuf)
Verortung der Stelle des QMB (Dummy)	1 = innerhalb, 0 = außerhalb des Pflegedienstes
Größe des QM-Teams (Dummy)	1 = mindestens drei, 0 = weniger als drei beteiligte Mitarbeiter
Leistungsspektrum (Dummy)	1 = Leistungen nach SGB XI, SGB V und weiteren 0 = kleineres Leistungsangebot
Angliederung an andere Einrichtung (Dummy)	1 = Anbindung an eine Einrichtung, 0 = keine Anbindung an eine Einrichtung
Einsatz qualitäts- oder umsatzsteigernder Strategien (Dummy)	1 = stark oder sehr stark angewendete Strategie, 0 = weniger stark angewendete Strategie

Quelle: eigene Darstellung 2015

Zu den Variablen, deren Berechnung sich nicht aus Tabelle 26 erschließt, folgen nun einige Erläuterungen. Der Personalzuwachs wurde getrennt nach Pflegefach- und -hilfskräften berechnet. So wurde der Zuwachs von Pflegefachkräften beispielsweise so berechnet:

$$(\text{Zugänge (Fachkräfte)} - \text{Abgänge (Fachkräfte)}) / \text{Anzahl (Fachkräfte)} * 100.$$

Die Analyse des Personalzuwachses hat die Einschränkung, dass nicht die exakte Personalzahl zu einem Stichtag (z.B. Jahresende) abgefragt wurde. Stattdessen liegt die Personalzahl vom Zeitpunkt des Fragebogens vor (etwa 6/2013) sowie die Zu- und Abgänge von 2012. Um die Beantwortung des Personalschlüssels kurz und einfach zu halten, wurde - getrennt nach Berufsgruppen - nach der Personalanzahl und ihrer durchschnittlichen wöchentlichen Wochenstundenarbeitszeit gefragt. Somit wäre eine Darstellung von Vollzeitäquivalenten möglich. Die nachfolgenden Analysen wurden sowohl mit der Personalanzahl wie auch mit den errechneten Vollzeitäquivalenten durchgeführt. In der Regressionsanalyse (Kap. 4.3.5) zeigte sich jedoch kein wesentlicher Unterschied im Zusammenhang von Investitionen in die Qualität und dem Personalzuwachs, egal ob mit Personalanzahl oder Vollzeitäquivalenten gerechnet wurde. Aufgrund der beschriebenen Datenqualität (Kap. 4.2.3) wird in den nachfolgenden Analysen die Personalanzahl je Berufsgruppe statt der Vollzeitäquivalente verwendet, um (weitere) Verzerrungen zu vermeiden.

Die Investitionen in die Qualitätsentwicklung fallen je nach Pflegedienstgröße recht unterschiedlich aus. Um die Investitionen für alle Pflegedienste vergleichbar darstellen zu können, wurden sie auf den einzelnen Kunden des Pflegedienstes umgerechnet. Für die Regression wurde die „Zeit des QMB je Kunde“ logarithmiert, weil angenommen wurde, dass der Arbeitsaufwand des QMB mit steigender Kundenzahl nicht linear steigt. Beispielsweise werden die verwendeten Dokumente einmal (neu) aufgesetzt oder überarbeitet, unabhängig davon, ob der Pflegedienst 10 oder 200 Kunden hat. Dagegen wurde die „Zeit weiterer QM-Mitarbeiter je Kunde“ nicht logarithmiert, da anzunehmen ist, dass die weiteren QM-Beteiligten beispielsweise in Form von Fallkonferenzen, Qualitätszirkeln oder Pflegevisiten involviert sind, die unabhängig von der Pflegedienstgröße zumeist turnusmäßig stattfinden.

Die Berechnung der Fachkraftquote basiert auf der Berechnung des BMFSFJ, bei der ausschließlich das Personal berücksichtigt wird, das in der Pflege tätig ist (vgl.

Kap. 4.2.5 zur Berechnung der Fachkraftquote). Dabei werden die Vollzeitäquivalente der Fachkräfte durch die Summe der Vollzeitäquivalente von Fach- und Hilfskräften dividiert. Abweichend davon wurde die Fachkraftquote in dieser Studie ebenfalls aufgrund der Datenqualität auf Basis der Personalanzahl durchgeführt.

Für die Berechnung der durchschnittlichen Pflegestufe (Case Mix Index) wurde das arithmetische Mittel gewählt, ohne eine Gewichtung des Case Mix vorzunehmen (vgl. Tabelle 10 in Kap. 2.2.3). Ein gewichteter Case Mix Index wäre bei einer wiederholten Untersuchung vorzuziehen.

Das QM-Team wird als groß kodiert, wenn mindestens drei Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen an der Qualitätsentwicklung beteiligt werden, weil bei einem gelebten Qualitätsmanagement mindestens die leitende Ebene mit Geschäftsführer bzw. Inhaber und Pflegedienstleitung beteiligt sein sollten (Fröse 2014, S. 37). Dazu kommen auf operativer Ebene ein benannter Qualitätsmanagementbeauftragter und/oder mindestens eine Pflegefachkraft. Eine von diesen Personen wurde bereits in der Frage nach dem Hauptverantwortlichen genannt, daher müssten hier noch zwei weitere Berufsgruppen genannt sein, um als großes QM-Team kodiert zu werden.

4.3 Ergebnisse der Befragung

In diesem Abschnitt werden zunächst die deskriptiven Ergebnisse dargestellt zu den Fragen, wer für die Qualitätsentwicklung tätig ist (Kap. 4.3.1) und wie die zeitlichen und finanziellen Investitionen dabei ausfallen (Kap. 4.3.2). Zudem wird das Wachstum der teilnehmenden Pflegedienste beschrieben (Kap. 4.3.3) sowie deren Einschätzung zum eigenen Einsatz von qualitäts- bzw. effizienzsteigernden Strategien (Kap. 4.3.4). Diesen deskriptiven Ergebnissen folgen die multivariaten Analysen zum Zusammenhang von Investitionen in die Qualität und dem Unternehmenswachstum (Kap. 4.3.5).

4.3.1 Verantwortliches Personal für die Qualitätsentwicklung

Zu der Frage, wer im Pflegedienst *hauptverantwortlich für die Qualitätsentwicklung* tätig ist, gab fast die Hälfte der Pflegedienste an, dass die Pflegedienstleitung für die Qualitätsentwicklung hauptverantwortlich sei (Tabelle 27). Die Geschäftsführer bzw. Inhaber wurden zu 30,0 % genannt, während alle anderen Berufsgruppen mit 10 % deutlich seltener genannt wurden. Diese Frage wurde bewusst ohne „Qualitätsmanagementbeauftragte/r“ (QMB) als Antwortmöglichkeit gestellt, um Verfälschungen durch die sozial erwünschte Antwort zu vermeiden, dass es eine eigene Stelle für den hauptverantwortlichen Qualitätsmanagementbeauftragten gibt. Diese Antwort konnte jedoch im Freitextfeld eingegeben werden.

Tabelle 27: Verantwortliche für die Qualitätsentwicklung, gesamt, nach Träger (in %)

N = 1.256	Hauptverantwortlicher QMB				weitere Verantwortliche der QE (Mehrfachnennung)			
	gesamt	FGM	privat	öff.	gesamt	FGM	privat	öff.
(stv.) Pflegedienstleitung	48,4	63,5	39,8	76,9	63,9	65,3	63,6	42,3
Geschäftsführer/Inhaber	30,0	10,6	40,9	3,8	49,9	38,5	56,3	19,2
Pflegefachkräfte	8,1	9,1	7,5	15,4	64,5	64,8	64,9	46,2
QMB	6,7	9,3	5,6	3,8	34,4	41,8	30,6	46,2
Sonstige	6,7	7,6	6,3	0,0	-	-	-	-

Quelle: eigene Daten und Berechnungen 2015

Unterschieden nach Trägerschaft des Pflegedienstes zeigt sich zwar ein Spiegel der unterschiedlichen Organisationsformen, bei denen private Pflegedienste häufiger durch einen Inhaber oder Geschäftsführer geführt werden, während dies bei öffentli-

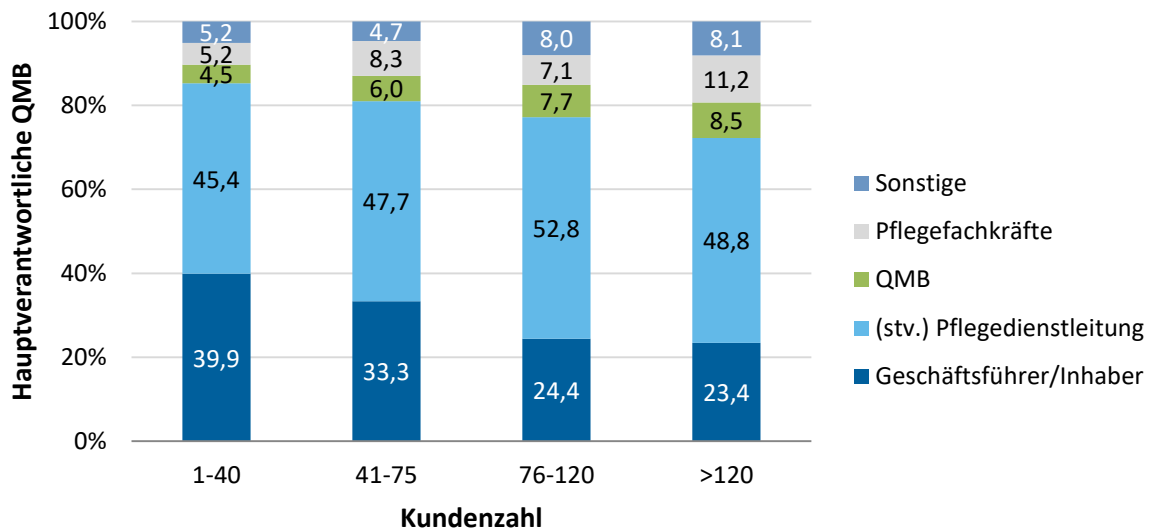
chen Pflegediensten sehr selten der Fall ist (Tabelle 27). Insgesamt zeigt sich jedoch, dass die Hauptverantwortung für die Qualitätsentwicklung zu rund 75-80 % bei der Leitung (Geschäftsführer, Inhaber, Pflegedienstleitung) des Pflegedienstes liegt. Die freigemeinnützigen Pflegedienste setzen mit 9,3 % etwas häufiger einen Qualitätsmanagementbeauftragten als Verantwortlichen ein als private (5,6 %) und öffentliche Pflegedienste (3,8 %).

Auf die Frage, welche *weitere(n) Person(en)* außer der Hauptverantwortlichen für die Qualitätsentwicklung verantwortlich seien, werden vor allem examinierte Pflegekräfte (64,5 %), die (stellvertretende) Pflegedienstleitung (63,9 %), Geschäftsführer/in bzw. Inhaber/in (49,9 %) und zu 34,4 % der/die Qualitätsmanagementbeauftragte genannt (Tabelle 27). Hier war der Qualitätsmanagementbeauftragte als Antwortmöglichkeit gegeben.

Beim Trägervergleich sind von den weiteren Personen bei den freigemeinnützigen und öffentlichen Pflegediensten entsprechend der Organisationsstruktur weniger Geschäftsführer/Inhaber an der Qualitätsentwicklung beteiligt als bei den privaten. Auffällig ist, dass bei 46,2 % der öffentlichen Pflegedienste die examinierten Pflegekräfte deutlich seltener involviert sind als bei den freigemeinnützigen (64,8 %) und privaten (64,9 %). Stattdessen wird mit ebenfalls 46,2 % häufiger als bei den anderen Trägern ein Qualitätsmanagementbeauftragter als beteiligt an der Qualitätsentwicklung angegeben.

Unterschiede in der Qualität der personellen Ausstattung zwischen den Trägern lassen sich daraus nicht ableiten.

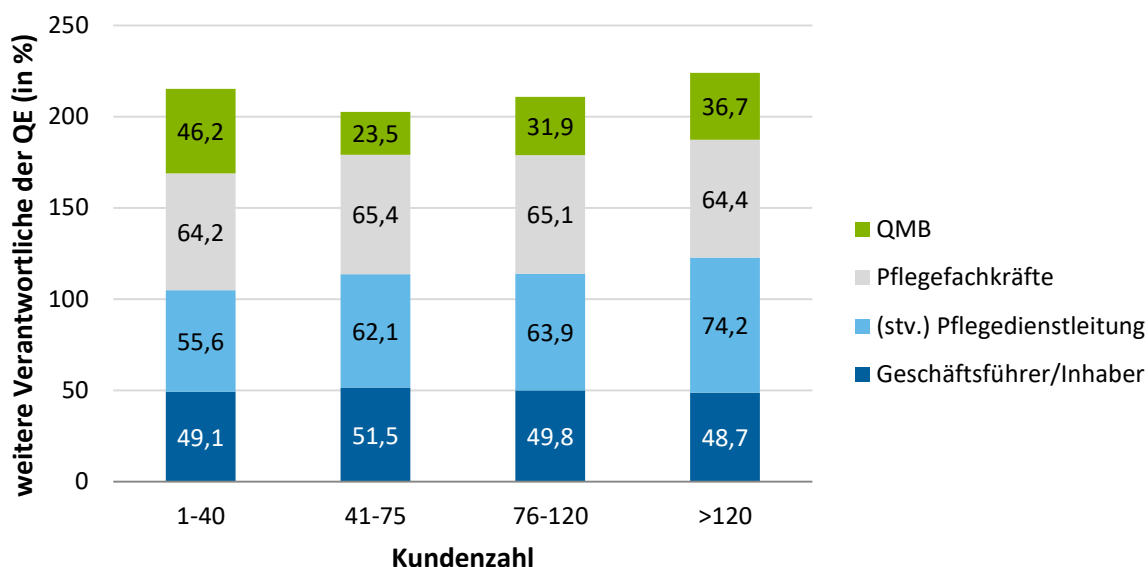
Abbildung 53: Hauptverantwortliche für die Qualitätsentwicklung nach Größe



Quelle: eigene Daten und Berechnungen 2015

Wird die Verantwortung für die Qualitätsentwicklung unter dem Aspekt der *Größe* (Kundenzahl) der Pflegedienste betrachtet, fällt vor allem auf, dass mit zunehmender Größe die *Hauptverantwortung* von den Geschäftsführern und Inhabern abnimmt (Abbildung 53). Stattdessen wird die Verantwortung zunächst auf die Pflegedienstleitung und weiter auf den QMB und die Pflegefachkräfte verschoben. Werden bei den kleinsten Pflegediensten (bis 40 Kunden) noch zu 39,9 % die Geschäftsführer bzw. Inhaber als Hauptverantwortliche genannt, sind es nur noch 23,4 % bei den größten Pflegediensten (mehr als 120 Kunden). Dagegen steigt der Anteil der (stellvertretenden) Pflegedienstleitung als hauptverantwortlicher Qualitätsmanagementbeauftragter von 45,4 % bei den kleinsten Pflegediensten auf 47,7 % (41-75 Kunden) bzw. 52,8% (76-120 Kunden) bei den mittelgroßen Pflegediensten. Bei den größten Pflegediensten (> 120 Kunden) nimmt die Nennung der Pflegedienstleitung (48,8 %) wieder ab, vor allem zugunsten von Pflegefachkräften.

Abbildung 54: Weitere Verantwortliche der Qualitätsentwicklung nach Größe



Quelle: eigene Daten und Berechnungen 2015

Bei den *weiteren Verantwortlichen* bzw. Beteiligten an der Qualitätsentwicklung gab es die Möglichkeit der Mehrfachnennung. An der Höhe der Säulen ist zu erkennen, dass die kleinsten Pflegedienste im Vergleich zu den beiden mittelgroßen Kategorien häufiger weitere Verantwortliche nennen. Dabei geht diese Ausprägung ausschließlich auf die häufiger genannte Beteiligung des Qualitätsmanagementbeauftragten zurück. Dies dürfte in dem organisatorischen Mehraufwand beim Aufbau eines Qualitätsmanagements bei der Neugründung eines Pflegedienstes begründet sein.

Der Geschäftsführer bzw. Inhaber wird in jeder Größenklasse fast gleich oft erwähnt. Falls er nicht schon als Hauptverantwortlicher für die Qualitätsentwicklung genannt wurde, ist er bei rund 49-52 % der Pflegedienste an der Qualitätsentwicklung beteiligt. Diese Anteile wurden höher vermutet, da Qualitätsentwicklung als Führungsaufgabe gilt (Fröse 2014, S. 37).

Die Nennung der (stellvertretenden) Pflegedienstleitung steigt mit zunehmender Unternehmensgröße an. Das könnte daran liegen, dass diese Position bei größeren Pflegediensten mehrfach vorhanden ist. Pflegefachkräfte werden unabhängig von der Größe gleich oft involviert, nämlich in rund zwei Drittel der Pflegedienste. Als weitere Verantwortliche für die Qualitätsentwicklung werden sie damit weit häufiger genannt als in der Frage der Hauptverantwortlichen.

Tabelle 28: Vergleich von Pflegediensten mit und ohne hauptverantwortlichem QMB

		Pflegedienste		
		mit...	ohne...	
		hauptverantwortlichem QMB		
		N =	84	1.163
			6,7%	93,3%
Struktur des Pflegedienstes	durchschnittliche Größe	149,5	97,0	Kunden
	pflegedienstübergreifende Tätigkeit	28,6	5,0	%
Qualifikation des QMB	mit Weiterbildung (QMB oder PDL)	52,4	66,1	%
	Studienabschluss vorhanden	40,5	14,5	%
Träger	FGM	44,0	30,4	%
	Privat	53,6	67,2	%
	Öffentlich	1,2	2,3	%
Qualität	Pflegenote 2012	1,3	1,5	Note
Investitionen	Zeit QMB je Kunde	9,0	8,9	Min
	Zeit weitere QE-Beteiligte je Kunde	4,8	6,6	Min
	QE-Kosten je Kunde	193,25	192,39	Euro

Quelle: eigene Daten und Berechnungen 2015

Interessant ist ein genauerer Blick auf die Pflegedienste, die im Freitext einen Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) als Hauptverantwortlichen angegeben haben (Tabelle 28). Da diese Antwortmöglichkeit nicht vorgegeben war, darf angenommen werden, dass die Position des QMB in diesen Pflegediensten eine herausragende Rolle spielt. Dies war bei 6,7 % der befragten Pflegedienste der Fall. Diese sollen mit den anderen 93,3 % der Pflegedienste verglichen werden, die keinen QMB als Hauptverantwortliche angaben.

Pflegedienste mit einem hauptverantwortlichen QMB sind mit durchschnittlich rund 150 Kunden deutlich größer als die Pflegedienste ohne hauptverantwortlichen QMB mit durchschnittlich 97 Kunden. Der hauptverantwortliche QMB ist zu 28,6 % pflegedienstübergreifend tätig. In Pflegediensten, in denen der QMB nicht als Hauptverantwortlicher genannt wurde, ist er nur bei 5,0 % der Pflegedienste für mehrere Dienste übergreifend tätig. Der hauptverantwortliche QMB verfügt seltener über eine Weiterbildung zum QMB und/oder zur Pflegedienstleitung (52,4 % versus 66,1 %). Dafür liegt deutlich häufiger ein Studienabschluss vor (40,5 % versus 14,5 %), so dass von einer höheren Qualifizierung gesprochen werden kann. Er ist insgesamt häufiger bei privaten Pflegediensten zu finden (53,6 %) als bei den freigemeinnützigen (44,0 %). Im Vergleich zwischen Pflegediensten mit und ohne hauptverantwortli-

chem QMB ist er anteilig dennoch stärker bei den freigemeinnützigen Pflegediensten vertreten (44,0 % versus 30,4 %). Zudem verzeichnen Pflegedienste mit hauptverantwortlichem QMB bessere Pflegenoten (1,34 versus 1,46), etwas weniger gemeinsame Zeit von QMB und weiteren an der QE beteiligten Mitarbeitern je Kunde (13,7 versus 15,5 Minuten pro Woche) bei durchschnittlichen Gesamtkosten der Qualitätsentwicklung je Kunde (193,25 € versus 192,39 €). Diese Zahlen lassen vermuten, dass sich für große Pflegedienste der Einsatz eines studierten QMB pflegedienstübergreifend lohnt, da bei gleichen Kosten weniger Zeit für bessere Pflegenoten aufgewendet wird.

Ausgefüllt wurden die Fragebögen - wie in den Teilnahmebedingungen gewünscht - hauptsächlich von Geschäftsführern bzw. Inhabern (46,0 %), den (stellvertretenden) Pflegedienstleistungen (26,2 %) oder von Qualitätsmanagementbeauftragten (9,0 %). Die Mehrzahl der Geschäftsführer bzw. Inhaber gab an, dass die (stellv.) Pflegedienstleitung hauptverantwortlich für die Qualitätsentwicklung sei. Gut ein Viertel der ausfüllenden Qualitätsmanagementbeauftragten hat sich selbst nicht als hauptverantwortlich für die Qualitätsentwicklung gezeigt.

4.3.2 Investitionen in die Qualitätsentwicklung

Die Investitionen in die Qualitätsentwicklung werden anhand von zeitlichem und finanziellem Aufwand betrachtet. Zu den zeitlichen Investitionen zählen die aufgebrauchte Zeit des Personals für die Qualitätsentwicklung als auch die aufgewendete Zeit für Fortbildungen, ebenfalls im Rahmen der Qualitätsentwicklung (Tabelle 29). Bezüglich der monetären Investitionen wurden das geplante Budget sowie die tatsächlichen Ausgaben für Personal und Sachmittel für die Qualitätsentwicklung abgefragt (Tabelle 30 und Tabelle 31). Ergänzend wurde auch die Fachkraftquote als Hinweis auf die monetäre Investition erfasst (Tabelle 32). Dabei wurde angenommen, dass eine höhere Fachkraftquote aufgrund höherer Löhne für Fachkräfte und niedrigerer Löhne für Hilfskräfte eine höhere Investition in die Qualität bedeutet.

Beginnend mit den zeitlichen Investitionen werden die Parameter zugunsten der späteren Regression auf die Kundenzahl, die Fortbildungsstunden praxishalber auch auf die Mitarbeiterzahl bezogen (Tabelle 29).

Tabelle 29: Zeitliche Investitionen in die Qualitätsentwicklung je Kunde

N = 1.256		Gesamt	FGM	Privat	Öffentl.
Zeit QMB je Kunde	Min/Woche	8,8	4,8	10,8	6,3
Zeit weitere QMB je Kunde	Min/Woche	6,3	3,6	7,8	4,0
Fortbildung je Kunde	Std./Jahr	2,0	1,7	2,1	2,2
Fortbildung je Mitarbeiter	Std./Jahr	6,6	6,4	6,7	7,3

Quelle: eigene Daten und Berechnungen 2015

Dargestellt wird jeweils das arithmetische Mittel. In allen Pflegediensten ist der Qualitätsmanagementbeauftragte wöchentlich mit durchschnittlich 8,8 Minuten pro Kunde tätig, während weitere Team-Mitglieder zusammen zusätzliche 6,3 Minuten für die Qualitätsentwicklung leisten. Jeder Dienst gewährt im Rahmen der Qualitätsentwicklung im Schnitt zwei Stunden Fortbildung pro Kunde und Jahr, was 6,6 Stunden Fortbildung pro Mitarbeiter im Jahr entspricht. Auffällig ist, dass die privaten Pflegedienste dabei deutlich mehr Zeit je Kunde investieren als die öffentlichen und noch mehr als die freigemeinnützigen Pflegedienste. Je Mitarbeiter gerechnet, gleichen sich die Unterschiede an. Dann gewähren die öffentlichen Pflegedienste ihren Mitarbeitern mit 7,3 Stunden Fortbildung jährlich etwas mehr als die privaten (6,7 Std.) und die freigemeinnützigen (6,4 Std.).

Gefragt nach dem *geplanten Budget* für die Qualitätsentwicklung für das Jahr 2012 gaben nur 46,8 % der Pflegedienste ein konkretes Budget an, während 39,9 % bescheinigten, kein Budget geplant zu haben. 10,4 % wussten das Plan-Budget nicht, weitere 2,9 % ließen die Frage unbeantwortet.

Bei den *tatsächlichen Ausgaben* für die Qualitätsentwicklung konnten 59,9 % der Pflegedienste Angaben machen, die - wenn genannt - zumeist leicht höher lagen als das geplante Budget desselben Pflegedienstes. Die erfassten Ausgaben beinhalten sowohl Personal- als auch Sachkosten, wobei die Sachkosten zumeist kaum ins Gewicht fallen (vgl. Kap. 1.3.2).

Tabelle 30 zeigt die Kosten der Qualitätsentwicklung aufgeschlüsselt nach Pflegedienst und nach Kunde. Sehr deutlich ist wiederum die jeweils linkssteile Verteilung mit einem deutlich höheren Mittelwert gegenüber dem Median. Für das Jahr 2012 wurden je Pflegedienst sehr unterschiedliche Gesamtkosten für die Qualitätsentwicklung angegeben. Diese liegen bei den mittleren 50 % der Pflegedienste im Bereich

Investitionen in die Qualität und Unternehmenswachstum - Ergebnisse der Befragung

zwischen 3.500 und 22.000 Euro im Jahr. Aber auch je Kunde variieren die Kosten stark und liegen bei den mittleren 50 % der Pflegedienste zwischen 42,86 und 237,53 Euro. Im Schnitt investiert ein Pflegedienst 193,05 Euro in die Qualitätsentwicklung je Kunde, die Hälfte der Pflegedienste investiert bis zu 103,04 Euro je Kunde. Der Betrag je Kunde ist dabei so zu interpretieren, dass er bei Kundenfluktuation innerhalb eines Jahres nicht mehrfach angesetzt werden kann.

Tabelle 30: Monetäre Investitionen in die Qualitätsentwicklung in Euro, nach Trägern

N = 772		gesamt	FGM	Privat	Öffentl.
je Pflegedienst	Mittel	20.686	22.529	20.337	13.335
	Median	8.100	9.450	8.000	7.000
je Kunde	Mittel	193,05	138,83	219,39	117,19
	Median	103,04	77,92	125,00	68,97

Quelle: eigene Daten und Berechnungen 2015

Unterschieden nach *Trägern* ist bei den Kosten je Pflegedienst die unterschiedliche Größe der Pflegedienste zu berücksichtigen. Private Pflegedienste sind im Schnitt deutlich kleiner als freigemeinnützige und öffentliche. Aussagekräftiger sind daher die Kosten der Qualitätsentwicklung je Kunde. Dabei geben die privaten Pflegedienste mit rund 219 Euro je Kunde deutlich mehr aus als die freigemeinnützigen (139 Euro) und die öffentlichen (117 Euro).

Daher ist die Betrachtung der Kosten der Qualitätsentwicklung nach unterschiedlichen Unternehmensgrößen (Kundenzahl) aufschlussreich (Tabelle 31).

Tabelle 31: Monetäre Investitionen in die Qualitätsentwicklung in Euro, nach Größe

N = 772		Kunden	1-40 klein	41-75 mittelklein	76-120 mittelgroß	>120 groß
je Pflegedienst	Mittel		16.639	20.239	17.472	29.423
	Median		5.000	6.000	10.000	15.000
je Kunde	Mittel		305,56	204,35	157,91	121,07
	Median		179,29	108,33	92,59	70,59

Quelle: eigene Daten und Berechnungen 2015

Kleine Pflegedienste (bis 40 Kunden) zahlen jährlich im Schnitt 16.639 Euro, während große Pflegedienste (> 120 Kunden) im Schnitt 29.423 Euro ausgeben. Für die Mehrheit der Pflegedienste liegen die Ausgaben jedoch erheblich niedriger, wie der

Median anzeigt. Demnach zahlt die Hälfte der großen Pflegedienste bis zu 15.000 Euro jährlich, die Hälfte der kleinen Pflegedienste bis zu 5.000 Euro.

Für einen Vergleich aussagekräftiger sind die Qualitätskosten je Kunde. Kleine Pflegedienste geben mit durchschnittlich rund 305 Euro je Kunde etwa 2 ½-mal so viel aus wie große Pflegedienste mit 121 Euro. Mit zunehmender Unternehmensgröße sinken die Investitionen in die Qualitätsentwicklung je Kunde. Dabei gibt es wenige Pflegedienste mit sehr hohen Investitionen und sehr viele Pflegedienste mit unterdurchschnittlichen Investitionen.

Auch die *Fachkraftquote* ist als Hinweis auf die (monetären) Investitionen in die Qualitätsentwicklung zu verstehen. Die Fachkraftquote wurde anhand von Personalzahlen und ihrer durchschnittlichen Wochenstundenarbeitszeit berechnet. Einbezogen wurden Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte. Dabei wurde nicht unterschieden, welche Art der Pflege durchgeführt wird (nach SGB XI, SGB V oder sonstige Leistungen).

Tabelle 32: Fachkraftquote nach Trägerschaft und Kundenzahl

Gesamt	Trägerschaft			Kundenzahl			
	FGM	Privat	Öffentl.	1-40	41-75	76-120	>120
64,6	67,1	63,3	74,1	66,1	63,5	64,7	63,8

Quelle: eigene Daten und Berechnungen 2015

Demnach liegt die Fachkraftquote bei den öffentlichen Pflegediensten mit 74,1 % am höchsten, gefolgt von den freigemeinnützigen (67,1 %) und privaten Trägern (63,3 %) (Tabelle 32, linker Teil). Bezogen auf die Pflegedienstgröße weisen vor allem die kleinsten Pflegedienste (1-40 Kunden) mit 66,1% die höchste Fachkraftquote auf.

4.3.3 Unternehmenswachstum

Wie in Kap. 4.2.5 beschrieben, wird die Berechnung des Unternehmenswachstums auf Basis der Personalanzahl und der Kundenanzahl durchgeführt. Das Unternehmenswachstum fällt bei den befragten Pflegediensten insgesamt positiv aus (Tabelle 33).

Tabelle 33: Zuwachsraten nach Trägerschaft und Größe, in Prozent

	Gesamt	Trägerschaft			Kundenzahl			
		FGM	Privat	Öff.	1-40 klein	41-75 mittelklein	76-120 mittelgroß	>120 groß
Pflegefachkräfte	13,5	6,1	17,1	10,5	26,6	12,1	9,5	8,1
Hilfskräfte	22,4	16,6	25,9	21,0	26,8	23,4	24,3	17,6
Kunden	15,6	10,3	18,1	18,4	17,0	16,5	16,2	12,5

Quelle: eigene Daten und Berechnungen 2015

So weist ein Pflegedienst im Untersuchungszeitraum im Mittel eine Wachstumsrate von 13,5 % bei den Pflegefachkräften, während die Anzahl der Hilfskräfte um 22,4% zunimmt. Bei den Kunden ist ein Zuwachs von 15,6 % zu verzeichnen.

Private Pflegedienste wachsen vor allem im Personalbereich am deutlichsten. Mit 17,1 % Zuwachs bei den Pflegefachkräften und 25,9 % bei den Hilfskräften konnten sie 18,1 % mehr Kunden versorgen. Die freigemeinnützigen weisen in der Stichprobe mit 6,1 % bei den Fachkräften, 16,6 % bei den Hilfskräften und 10,3 % bei den Kunden ein deutlich geringeres Wachstum auf als die privaten und öffentlichen Pflegedienste.

Bezüglich der Größenklasse gilt in allen drei Wachstumsbereichen, je kleiner die Pflegedienste sind, umso stärker ist das Wachstum. Die größten Unterschiede finden sich im Zuwachs der Pflegefachkräfte. Während die kleinen Pflegedienste (bis 40 Kunden) hier einen Zuwachs von 26,6 % verzeichnen, ist der Zuwachs bei den mittelkleinen Pflegediensten (41-75 Kunden) mit 12,1 % weniger als halb so hoch. Die großen Pflegedienste mit über 120 Kunden können nur noch 8,1 % Fachkräftezuwachs verbuchen.

Dagegen fallen die Unterschiede beim Hilfskräftezuwachs zwischen den Größenklassen immer noch deutlich und beim Kundenzuwachs etwas geringer aus. Im Verhältnis wachsen die kleinen Pflegedienste im Bereich der Fach- und Hilfskräfte gleich stark (26,6 bzw. 26,8 %), während sich das Verhältnis mit zunehmender Größe zugunsten des Hilfskräftezuwachses verschiebt. Die größeren Pflegedienste (ab 41 Kunden) wachsen im Bereich der Hilfskräfte mindestens annähernd doppelt so stark wie im Bereich der Fachkräfte.

4.3.4 Strategien der Qualitäts- bzw. Effizienzsteigerung

Mittels zweier Matrixfragen wurden die Pflegedienste befragt, welche Strategien der Qualitäts- bzw. Effizienzsteigerung nach eigener Einschätzung in welcher Intensität umgesetzt werden. Ziel dieser Abfrage war, weitere erklärende Faktoren zu erfassen, welche die Investitionen in die Qualität bzw. den Unternehmenserfolg über die bisher verfügbaren Parameter hinaus beleuchten können. Die Themen der Strategien wurden aufgrund von Literatur zur Betriebsführung ambulanter Pflegedienste (Wißgott 2013; Wißgott 2012; Geraedts & Selbmann 2011; Heiber 2010; Kühnert 2009; Müller 2007; Klie 2007; Heiber & Nett 2006; Roth 2001) und Studienergebnissen (vgl. Kap. 1.2.2, 1.3.1, 0 und 1.3.3) ausgewählt (vgl. Kap. 4.2.1). Demnach werden sie eingesetzt, um entweder und/oder die Qualität oder den Umsatz bzw. Unternehmenserfolg zu erhöhen. Ein empirischer Nachweis dafür liegt jedoch nicht vor. Insofern ist diese Herangehensweise an die Forschungsfrage von explorativer Art.

Zu den qualitätssteigernden Strategien wurden folgende Themen abgefragt:

- Einsatz von qualifiziertem Personal (Nr. 5)
- Durchführung in- und externer Audits, internes Vorschlagswesen, Qualitätszirkel (6)
- Kundenbefragung (7)
- Beschwerdemanagement (8)
- Pflegevisite zur Leistungsverbesserung (9)

Zu den umsatzsteigernden Strategien wurden folgende Themen abgefragt:

- Umsetzung von Marketingmaßnahmen (z.B. Flyer, Werbebriefe, Anzeigen) (1)
- Beziehungspflege zu Kooperationspartnern (z.B. Ärzte, Krankenhäuser, Therapeuten) (2)
- Frühzeitige Beantragung einer (höheren) Pflegestufe (10)
- Hoher Anteil von Privatleistungen (Selbstzahler) (11)
- Häufige Leistungskombination (mehrere Leistungskomplexe bei einem Einsatz) (12)
- Angebot umfangreicher weiterer Leistungen (z.B. Verhinderungspflege, Angebote für Menschen mit Demenz) (13)
- Kurze Wegezeiten (14)

- Intensive Schulung von Pflegehilfskräften zur Durchführung von Behandlungspflege (z.B. Kompressionsstrümpfe anziehen, Medikamentengabe) (17)
- Intensive Einbindung von Ehrenamtlichen und/oder Freiwilligendiensten (20)

Weitere abgefragte Strategien:

- Beteiligung an der Ausbildung von Pflegefachkräften (3)
- Sonderzahlungen an die Mitarbeiter (z.B. Prämien, Gewinnbeteiligung) (4)
- Hohe Bereitschaft zu Überstunden mit anschließendem Freizeitausgleich (15)
- Umfangreich in der Pflege tätige Pflegedienstleitung (16)
- Niedrige Personalkosten (18)
- Niedrige Verwaltungskosten (19)

Die Antworten erfolgten auf einer vierstufigen Skala „in sehr starkem Maße“, „in starkem Maße“, „in mittlerem Maße“ und „in geringem Maße“. Darüber hinaus konnte „keine Wertung“ angekreuzt werden. Wie die deskriptive Statistik zeigt, wurden je nach Strategie mindestens 7,1 % (Strategie 20) und maximal 85,7 % (Strategie 5) als „(sehr) stark“ umgesetzte Strategien genannt.

4.3.4.1 Deskriptive Ergebnisse

Fast alle Pflegedienste machten Angaben zu der Intensität der bei ihnen eingesetzten Strategien, je nach Strategie ließen nur rund 1-2 % der Pflegedienste die jeweilige Frage unbeantwortet (Tabelle 34 und Tabelle 35). Bei einigen Strategien wollten oder konnten viele Studienteilnehmer allerdings keine Wertung vornehmen. Dazu gehören die Fragen nach der Beteiligung an der Ausbildung von Pflegefachkräften (Strategie 3), die Frage nach Sonderzahlungen an die Mitarbeiter (Strategie 4), die intensive Schulung von Hilfskräften zur Durchführung von Behandlungspflege (Strategie 17) und die intensive Einbindung von Ehrenamtlichen und/oder Freiwilligendiensten (Strategie 20). Dies kann daran liegen, dass die Ausbildung zur Pflegefachkraft in der ambulanten Pflege zum Untersuchungszeitpunkt nicht weit verbreitet war bzw. vom Pflegedienst selbst nicht gut gesteuert werden konnte. Sonderzahlungen an die Mitarbeiter sind möglicherweise nicht üblich oder dem Ausfüller des Fragebogens nicht bekannt. Für die Schulung von Hilfskräften lagen zum Befragungszeitpunkt nur in wenigen Bundesländern konkrete Regelungen und Schulungsangebote vor.

Tabelle 34: Umsetzung von Strategien (1) (in Prozent)

N = 1.256	keine Angabe	keine Wertung	gering	mittel	stark	sehr stark
St 1: Marketing	1,1	3,5	38,0	32,7	18,0	6,7
St 2: Geschäftsbeziehungen	1,3	1,1	8,4	31,5	36,2	21,4
St 3: Ausbildung	1,0	12,5	17,2	21,4	27,8	20,1
St 4: Sonderzahlungen für MA	2,1	24,0	29,3	20,9	15,9	7,9
St 5: Qualifiziertes Personal	1,6	0,8	2,4	10,9	43,6	40,8
St 6: Audits, Q-Zirkel	1,6	3,8	12,3	28,3	35,5	18,5
St 7: Kundenbefragung	0,9	5,9	21,9	31,8	28,4	11,1
St 8: Beschwerdemanagement	1,6	1,7	9,1	28,5	39,9	19,3
St 9: Pflegevisite	1,0	0,6	4,1	20,3	41,2	32,8

Quelle: eigene Daten und Berechnungen 2015

Farblich hervorgehoben ist jeweils die Kategorie, die am häufigsten genannt wurde. Die meisten Strategien wurden am häufigsten im Bereich der „starken“ Umsetzung genannt. Ein besonderes Augenmerk wird daher auf die Strategien geworfen, bei denen eine andere Ausprägung auffällt. Maßnahmen des Marketings wie Flyer, Werbetriebe oder Anzeigen (Strategie 1) werden von 38,0 % der Pflegedienste nur in geringem Umfang umgesetzt. Der Einsatz von Sonderzahlungen für Mitarbeiter (Strategie 4) wird am häufigsten als „gering“ eingesetzte Strategie genannt. Die Kundenbefragung als Mittel der Kundenorientierung wird am häufigsten als „mittel“ ausgeprägt genannt (Strategie 7).

Tabelle 35: Umsetzung von Strategien (2) (in Prozent)

N = 1.256	keine Angabe	keine Wertung	gering	mittel	stark	sehr stark
St 10: Antrag Pflegestufe	1,0	0,7	5,1	24,7	44,7	23,9
St 11: Privatleistungen	2,1	4,3	41,6	37,1	11,6	3,2
St 12: Leistungskombination	1,3	2,1	5,4	25,9	45,1	20,3
St 13: Zusatzleistungen	1,3	1,9	11,7	27,0	36,3	21,8
St 14: Wegezeiten	1,2	2,7	8,8	26,1	36,6	24,6
St 15: Überstunden	1,6	2,8	11,9	30,8	38,5	14,3
St 16: PDL in Pflege	1,4	8,2	33,1	21,3	18,9	17,0
St 17: Schulung Hilfskräfte	1,8	17,3	11,8	18,2	29,8	21,1
St 18: Personalkosten	1,5	9,7	34,6	37,0	12,4	4,7
St 19: Verwaltungskosten	2,2	6,6	19,8	37,4	22,5	11,5
St 20: Ehrenamtliche	2,1	52,1	30,3	8,6	4,9	2,0

Quelle: eigene Daten und Berechnungen 2015

Die Förderung der Inanspruchnahme von privat zu zahlenden Leistungen wird von den meisten Pflegediensten (41,6 %) selten eingesetzt (Strategie 11). Dass die Pflegedienstleitung umfangreich in der Pflege tätig ist, wird zwar in allen Kategorien genannt, kommt aber mit 33,1 % am häufigsten in „gering(er)“ Ausprägung vor (Strategie 16). Die Strategie, auf niedrige Personal- und Verwaltungskosten zu setzen (Strategie 18 und 19), wurde am häufigsten mit „mittel“ beantwortet. In diesen Bereichen scheint es eine Tendenz zur Mitte zu geben mit weder besonders hohen noch besonders niedrigen Kosten. Eine intensive Einbindung von Ehrenamtlichen und/oder Freiwilligen konnte sehr häufig nicht bewertet werden oder wurde als gering eingestuft (Strategie 20).

4.3.4.2 Faktorenanalyse

Um die zwanzig abgefragten Strategien abbilden zu können, werden diese zunächst einer Faktorenanalyse unterzogen. Diese wird häufig bei einer Vielzahl von Variablen eingesetzt, um datenreduzierend wichtige, voneinander unabhängige Einflussfaktoren zu identifizieren, die dann für weitere Analysen genutzt werden können (Backhaus, Erichson, Plinke et al. 2000, S. 253; Janssen & Laatz 2013, S. 547). Für die Faktorenanalyse wurden die Variablen dichotom kodiert. Wurde „stark“ oder „sehr stark“ angekreuzt, wurde eine 1 kodiert, alle anderen Fälle mit 0. Da die Korrelationsmatrix der Strategien deutlich von der Einheitsmatrix abweicht (Anhang 3), ist eine Voraussetzung für die Durchführung der Faktorenanalyse erfüllt. Dies wird durch den hoch signifikanten Bartlett-Test unterstützt (Tabelle 36). Der Kaiser-Meyer-Olkin-Wert (KMO-Wert, ein Maß der Stichprobeneignung) liegt mit 0,756 nur knapp unter dem wünschenswerten Bereich von 0,8-1,0 (Janssen & Laatz 2013, S. 574; Backhaus et al. 2000, S. 265).

Tabelle 36: KMO und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin:		0,756
Bartlett-Test auf Sphärizität:	Ungefähres Chi-Quadrat	2307,572
	df	190,000
	Signifikanz nach Bartlett	0,000

Quelle: eigene Berechnungen und Darstellung 2015

Die Kommunalität bezeichnet den Anteil der erklärten Varianz einer Ausgangsvariable durch alle extrahierten Faktoren (Tabelle 37). Am besten durch die Faktoren erklärbar ist Strategie 18 (Personalkosten) mit 71,8 %. Am schlechtesten lässt sich Strategie 14 (Wegezeiten) mit 24,6 % erklären.

Tabelle 37: Kommunalitäten

Strategie	Anfänglich	Extraktion
1 Marketing	1,000	,617
2 Kooperationen	1,000	,360
3 Ausbildung Fachkräfte	1,000	,525
4 Gratifikationen	1,000	,594
5 Qualifiziertes Personal	1,000	,496
6 Audits, Q-Zirkel	1,000	,428
7 Kundenbefragung	1,000	,611
8 Beschwerdemanagement	1,000	,588
9 Pflegevisite	1,000	,549
10 Antrag Pflegestufe	1,000	,448
11 Privatzahler	1,000	,414
12 Leistungskombination	1,000	,540
13 Leistungsspektrum	1,000	,489
14 Wegezeiten	1,000	<u>,246</u>
15 Überstunden	1,000	,460
16 PDL in Pflege	1,000	,649
17 Schulung Hilfskräfte	1,000	,450
18 Personalkosten	1,000	<u>,718</u>
19 Verwaltungskosten	1,000	,702
20 Ehrenamt/Freiwillige	1,000	,669

Quelle: eigene Berechnungen und Darstellung 2015

Bei den anfänglichen Eigenwerten liegt der höchste bei 3,213 und kann 16,1 % der Gesamtvarianz erklären (Tabelle 38). Als Extraktionskriterium wurde angegeben, dass der Eigenwert mindestens 1 betragen soll. Diese Anforderung wird von sieben Faktoren erfüllt, welche insgesamt eine Varianz von 52,8 % aufklären können. Nach der Varimax-Rotation erklärt der größte Faktor 10,6 % der Gesamtvarianz.

Tabelle 38: Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	3,213	16,065	16,065	<u>3,213</u>	<u>16,065</u>	16,065	2,116	<u>10,579</u>	10,579
2	1,551	7,756	23,820	1,551	7,756	23,820	1,940	9,701	20,280
3	1,345	6,725	30,545	1,345	6,725	30,545	1,490	7,448	27,727
4	1,186	5,929	36,474	1,186	5,929	36,474	1,427	7,137	34,864
5	1,146	5,729	42,203	1,146	5,729	42,203	1,226	6,131	40,995
6	1,075	5,376	47,578	1,075	5,376	47,578	1,194	5,971	46,967
7	1,037	5,185	52,763	1,037	5,185	52,763	1,159	5,796	52,763
8	,951	4,753	<u>57,516</u>						
9	,888	4,439	61,955						
10	,871	4,355	66,310						
11	,840	4,202	70,512						
12	,797	3,986	74,499						
13	,755	3,773	78,272						
14	,725	3,624	81,896						
15	,720	3,602	85,498						
16	,672	3,359	88,857						
17	,639	3,194	92,051						
18	,597	2,986	95,036						
19	,543	2,713	97,750						
20	,450	2,250	100,000						

Quelle: eigene Berechnungen und Darstellung 2015

Die Rotation bewirkt eine eindeutige Zuordnung der Variablen zu den Faktoren (Tabelle 39), die sich gut interpretieren lassen (Tabelle 40). Nicht eindeutig zuordnen lässt sich Strategie 11 (hoher Anteil Privatzahler). Die gezeigten Ladungen sind ausreichend hoch für weitere Berechnungen.

Tabelle 39: Rotierte Komponentenmatrix

		Komponente						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Marketing						,755	
2	Kooperationen						,405	
3	Ausbildung Fachkräfte				,502	-,359		
4	Gratifikationen				,731			
5	Qualifiziertes Personal				,642			
6	Audits, Q-Zirkel	,551						
7	Kundenbefragung	,752						
8	Beschwerdemanagement	,741						
9	Pflegevisite	,666						
10	Antrag Pflegestufe		,599					
11	Privatzahler		,466				,413	
12	Leistungskombi		,715					
13	Leistungsspektrum		,643					
14	Wegezeiten		,348					
15	Überstunden					,587		
16	PDL in Pflege					,768		
17	Schulung Hilfskräfte							,493
18	Personalkosten			,826				
19	Verwaltungskosten			,829				
20	Ehrenamt/Freiwillige							,796

Quelle: eigene Berechnungen und Darstellung 2015

Tabelle 40: Interpretation der Faktoren

Faktor	Nummer und Thema der Strategien	Interpretation der Faktoren
1	6, 7, 8, 9 Audits/Q-Zirkel, Kundenbefragung, Beschwerdemanagement, Pflegevisite	Einsatz qualitätssteigernder Instrumente
2	10, 12, 13, 14 Antrag Pflegestufe, Leistungsspektrum, Leistungskombination, Wegezeiten	Einsatz umsatzsteigernder In- strumente
3	18, 19 Niedrige Personal- und Verwaltungs- kosten	Kostenreduktion Personal
4	3, 4, 5 Ausbildung Fachkräfte, Gratifikationen, Qualifiziertes Personal	Ausbildung und Bindung des Personals
5	15, 16 Überstunden mit Freizeitausgleich, PDL in Pflege	hohe Personalbelastung
6	1, 2 Marketing, Kooperationen mit Einrich- tungen und Dienstleistern	Außenwirkung
7	17, 20 Schulung Hilfskräfte, Einbindung Eh- renamtliche	Schulung und Einbindung von Hilfskräften und Ehrenamtlichen

Quelle: eigene Darstellung 2015

Bezüglich der Interpretation wirken die Faktoren 1 und 4 vor allem qualitätssteigernd, während die Faktoren 3 und 5 eher qualitätssenkend wirken. Die Faktoren 2 und 6 steigern den Umsatz, die Faktoren 7 und ggf. 3 steigern den Gewinn.

Mit der Faktorenanalyse können die zwanzig abgefragten Strategien zu sieben Faktoren zusammengefasst, thematisch eingeordnet und für die folgende Regressionsanalyse vorbereitet werden.

4.3.5 Regressionsanalyse zum Zusammenhang von Investitionen in die Qualität und Unternehmenswachstum

Als Voraussetzung für die Regressionsanalyse werden die Variablen auf Multikollinearität untersucht und in einer Korrelationsmatrix dargestellt (Tabelle 41). Eingeflossen sind die Investitionsparameter (vgl. Kap. 4.3.2) und die Wachstumsvariablen (vgl. Kap. 4.3.3). Die Korrelationskoeffizienten sind allesamt $< 0,6$, sodass quasi keine Multikollinearität zwischen den Variablen vorliegt (Urban & Mayerl 2008, S. 228). Der Korrelationskoeffizient zwischen der Zeit des Qualitätsmanagementbeauftragten und der Zeit weiterer Beteiligter an der Qualitätsentwicklung je Kunde korreliert zwar deutlich ($r = 0,6$), liegt aber genau an der Grenze zur Multikollinearität. Dennoch können die Variablen gemeinsam in die Regressionsanalyse aufgenommen werden.

Die Korrelationsmatrix lässt signifikante – wenn auch gering ausgeprägte – Zusammenhänge zwischen dem Fachkräftezuwachs und einigen Variablen der Investition in die Qualitätsentwicklung vermuten (Tabelle 41). So korreliert der Fachkräftezuwachs mit der Zeit des Qualitätsmanagementbeauftragten je Kunde ($r = 0,133$), mit der Zeit weiterer an der Qualitätsentwicklung beteiligten Mitarbeitern je Kunde ($r = 0,186$) und den Kosten der Qualitätsentwicklung je Kunden ($r = 0,102$). Zwischen dem Hilfskräftezuwachs und den Investitionsparametern sind diese Korrelationen nicht vorhanden, ebenso wenig zwischen dem Kundenzuwachs und den Qualitätsinvestitionen. Die Fortbildungsstunden und die Fachkraftquote zeigen keine Korrelationen mit den Wachstumsparametern. Die Gesamtkundenanzahl steht für die Größe des Pflegedienstes. Diese korreliert signifikant und negativ mit dem Zuwachs von Fachkräften, Hilfskräften und Kunden sowie mit den Investitionsparametern (ausgenommen der Fachkraftquote). Die genauen Zusammenhänge lassen sich mit der multivariaten Regressionsanalyse darstellen.

Tabelle 41: Korrelationsmatrix (Pearson): Wachstum und Investitionen in die Qualitätsentwicklung (N = 1.184)

	Zuwachs Fachkräfte	Zuwachs Hilfskräfte	Zuwachs Kunden	Zeit QMB je Kunde	Zeit weitere QMB je Kunde	QE-Kosten je Kunde	Fortbildungsstd je Kunde	Fachkraftquote	Gesamtkundenzahl
Zuwachs Fachkräfte	1								
Zuwachs Hilfskräfte	,105 **	1							
Zuwachs Kunden	,190 **	,149 **	1						
Zeit QMB je Kunde	,133 **	,061	,061	1					
Zeit weitere QMB je Kunde	,186 **	,043	,033	,603 **	1				
QE-Kosten je Kunde	,102 **	,046	,006	,371 **	,348 **	1			
Fortbildungsstd. je Kunde	,027	,010	,025	,215 **	,244 **	,262 **	1		
Fachkraftquote	,017	,011	-,009	-,039	-,019	-,024	-,047	1	
Gesamtkundenzahl	-,123 **	-,083 **	-,067 *	-,459 **	-,306 **	-,190 **	-,109 **	,016	1

** . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

* . Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig).

Quelle: eigene Daten und Berechnungen 2015

Die folgenden Regressionsanalysen wurden mit SPSS 22 durchgeführt. Als abhängige Variable wird je nach Modell die Wachstumsrate von Pflegefachkräften, Pflegehilfskräften bzw. Kunden gewählt. Zunächst erfolgt für die drei Wachstumsbereiche je eine lineare Regression mit den beschriebenen Investitionsvariablen (Kap. 4.2.5) als unabhängige Variablen. Maßgeblich für die Interpretation sind die Höhe der nicht standardisierten Koeffizienten (B), das Signifikanzniveau (p) sowie das Bestimmtheitsmaß (Korrigiertes R^2).

Im Gesamtbild lässt sich anhand der Regressionsanalyse nur ein sehr kleiner Teil der Varianz erklären (Tabelle 42). Der Zuwachs von Fachkräften wird zu rund 5 % durch Investitionen in die Qualitätsentwicklung erklärt ($R^2 = 0,047$). Dabei fällt nur die Zeit weiterer Beteiligter an der Qualitätsentwicklung je Kunde signifikant aus, allerdings in der Ausprägung minimal ($B = 0,011$). Die anderen Investitionsparameter wie die Zeit des hauptverantwortlichen QMB, die Kosten der Qualitätsentwicklung, die Fortbildungsstunden oder die Fachkraftquote können den Fachkräftezuwachs nicht erklären. Einschränkend ist die relativ kleine Stichprobe von unter 700 Pflegediens-

ten zu nennen, die dadurch entsteht, dass nur vollständige Datensätze in die Analyse eingehen.

Tabelle 42: Regressionsanalyse (Einschluss), abhängige Variablen: Wachstumsrate

Abhängige Variable	Zuwachs Fachkräfte	Zuwachs Hilfskräfte	Zuwachs Kunden
Zeit hauptverantw. QMB je Kunde (log)	0,016	0,033	0,035 *
Zeit weitere QE-Beteiligte je Kunde	0,011 ***	0,004	0,001
IST-Kosten je Kunde	0,000 *	0,000	0,000
Fortbildungsstunden je Kunde	-0,006	-0,003	0,001
Fachkraftquote	0,071	0,088	-0,013
Konstante	0,005	0,108	0,104 *
Korrigiertes R ²	0,047	0,007	0,007
N	629	534	598

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Quelle: eigene Daten und Berechnungen 2015

Der Zuwachs von Hilfskräften lässt sich nicht durch die Investitionsparameter erklären (Tabelle 42, zweite Spalte). Das Modell „Zuwachs von Kunden“ zeigt zwar eine leichte Signifikanz bei der aufgewendeten Zeit des hauptverantwortlichen QMB je Patient, kann aber keine Varianz erklären ($R^2 = 0,007$) (Tabelle 42, dritte Spalte).

Unterschieden nach Trägerschaft wird die Stichprobe entsprechend kleiner (nicht abgebildet). Der Zuwachs von Fachkräften zeigt dann nur bei den Pflegediensten in privater Trägerschaft einen signifikanten ($p < 0,01$), aber ebenfalls gering ausgeprägten Zusammenhang ($B = 0,013$) mit der Zeit der an der Qualitätsentwicklung beteiligten Mitarbeiter je Kunde. Bei den freigemeinnützigen und öffentlichen Pflegediensten ist kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Qualitätsinvestitionen und dem Zuwachs von Fachkräften sichtbar.

Um den Zuwachs von Fachkräften weitreichender erklären zu können, werden für diesen Wachstumsbereich weitere Analysen durchgeführt (Tabelle 43). Dabei werden alle oben genannten unabhängigen Variablen und weiteren Parameter sowie die Faktorwerte der Faktorenanalyse als potenzielle, erklärende Variablen für den Zuwachs von Pflegefachkräften aufgenommen (vgl. Kap. 4.2.5). Angewendet wird die hierarchische Regressionsanalyse. Diese prüft in jedem Schritt alle Prädiktoren und entscheidet anhand der F-Signifikanzen bei steigendem Bestimmtheitsmaß über deren jeweilige Aufnahme oder den Ausschluss. Vorteil dieser Methode ist, dass sie bei

der explorativen Datenanalyse beim Auffinden eines guten und übersichtlichen Satzes von Prädiktoren hilft und redundante Prädiktoren nicht aufnimmt. Nachteilig ist allerdings zum einen, dass bei einer großen Anzahl von Schritten und Signifikanztests der α -Fehler und damit die Wahrscheinlichkeit steigt, eine Nullhypothese fälschlicherweise zurückzuweisen (Urban & Mayerl 2011, S. 114). Zum anderen wird die untersuchbare Stichprobe bei zunehmender Variablenzahl kleiner, da nur vollständige Datensätze in die Regression eingehen.

Tabelle 43: Hierarchische Regressionsanalyse, abhängige Variable: Wachstumsrate Pflegefachkräfte

	Modell A	Modell B	Modell C	Modell D	Modell E
Zuwachs Kunden	,220 ***	,207 ***	,197 ***	,205 ***	,202 ***
Zeit weitere QE-Beteiligte je Kunde		,161 ***	,138 **	,138 **	,135 **
Pflegenote (Gesamtnote)			,130 **	,144 **	,141 **
Anbindung (d)				,123 *	,125 **
Niedrige Personal-/Verwaltungskosten (d)					,102 *
Konstante	,103 ***	,056 *	-,043	-,077	-,074
Korrigiertes R ²	,046	,069	,084	,096	,104
N	401	401	401	401	401

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

d=Dummy

Quelle: eigene Daten und Berechnungen 2015

Tabelle 43 zeigt das beste Erklärungsmodell für die Wachstumsrate der examinieren Pflegefachkräfte unter Einbeziehung aller vorhandenen Variablen. Erwartungsgemäß nimmt im Modell A der Zuwachs der Kundenzahl die größte Rolle ein, zwar mit niedrigem Bestimmtheitsmaß ($R^2 = 0,046$), aber hoch signifikant. Der nächste Erklärungsfaktor zeigt hoch signifikant, dass die Zeit, die die weiteren an der Qualitätsentwicklung verantwortlichen Mitarbeiter aufwenden, Auswirkung auf die hier betrachtete Form des Unternehmenswachstums hat. Das Bestimmtheitsmaß steigt auf 0,069 (Modell B). Demnach gewinnen die Pflegedienste besser Fachpersonal, wenn sie das Team umfangreich an der Qualitätsentwicklung beteiligen. Damit entsprechen die Ergebnisse der hierarchischen Regression denen der zuvor durchgeführten multiplen Regression.

Darüber hinaus zeigt Modell C schwach ($R^2 = 0,084$), aber signifikant, dass dabei auch die Pflegenote eine Rolle spielt. Die Konstante fällt auf -0,043. Demnach ist der Zuwachs von Pflegefachkräften höher, je niedriger (=besser) die Note der Qualitäts-

prüfung ausfällt. Damit können die Äußerungen von Führungskräften ambulanter Pflegedienste, dass die Fachkräftegewinnung mit guten Pflegenoten leichter sei (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) 2014, S. 88), bestätigt werden.

An eine stationäre Einrichtung angeschlossen zu sein, zeigt sich ebenso als Erklärungsfaktor für die Zuwachsraten Examinierter wie die Strategie „niedriger Personal- und Verwaltungskosten“ stark einzusetzen. Ein genauerer Blick in die Daten zeigt niedrige Personal- und Verwaltungskosten überwiegend bei sehr kleinen Pflegediensten. Bei diesen hat aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen (vgl. Kap. 1.3.1.1) bei Unternehmensgründung vor allem ein Fachkräftezuwachs (statt Hilfskräftezuwachs) stattgefunden. Zudem ist anzunehmen, dass die Verwaltungskosten gering gehalten werden, indem es keine eigene Bürokraft gibt und die Pflegedienstleitung bzw. der Inhaber die Verwaltung neben der eigenen Pfllegetätigkeit mitleistet.

Auch die ausgeschlossenen Variablen geben Aufschlüsse. So scheinen alle abgefragten qualitätssteigernden Instrumente (Strategien), das Ausmaß der Fortbildungen, die Anzahl weiterer QM-Verantwortlicher oder die Zeit des hauptverantwortlichen QMB je Kunde (logarithmiert) keinen ausreichenden Effekt auf den Fachkräftezuwachs zu haben. Einige wenig förderliche Strategien wie niedrige Personalkosten oder hohe Personalbelastung zeigen keinen Effekt auf das Wachstum.

4.4 Zwischenfazit Studie 3

Dieses Fazit fasst die Antworten zu den in Kap. 4.1 gestellten Forschungsfragen zusammen. Für die Bewertung der Ergebnisse ist die Qualität der Daten (vgl. Kap. 4.2.3) sowie die Repräsentativität der Daten (vgl. Kap. 4.2.4) zu berücksichtigen. Die Ergebnisse beziehen sich auf eine Stichprobe mit durchschnittlich etwas größeren Pflegediensten, als tatsächlich auf dem Markt vorhanden sind. Aus den Berechnungen aufgeteilt nach Pflegedienstgröße(nklasse) lässt sich jeweils ableiten, ob die Ergebnisse leicht über- oder unterschätzt sind.

Für die *Qualitätsentwicklung hauptverantwortlich* werden vorwiegend die Pflegedienstleitung sowie der Geschäftsführer/Inhaber genannt. Dabei liegt bei den privaten Trägern ein stärkerer Schwerpunkt auf dem Geschäftsführer bzw. Inhaber, während die freigemeinnützigen Pflegedienste häufiger die Pflegedienstleitung nennen. Je größer der Pflegedienst ist, umso mehr verschiebt sich die Hauptverantwortung von der Geschäftsführung zu den Pflegefachkräften.

Unter den *weiteren Beteiligten* an der Qualitätsentwicklung werden die Pflegefachkräfte, die (stellvertretende/n) Pflegedienstleitung/en, die Geschäftsführung sowie der Qualitätsmanagementbeauftragte genannt.

Die Pflegedienste, die einen Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) als Hauptverantwortlichen angegeben haben, fallen dadurch auf, dass sie im Schnitt rund 50 % mehr Kunden versorgen (150 Kunden), häufiger einen mit Studienabschluss höher qualifizierten QMB vorweisen, bessere Pflegenoten erzielen und weniger Zeit bei gleichen Kosten für die Qualitätsentwicklung aufweisen. Der hauptverantwortliche QMB ist zwar in Summe häufiger bei den privaten Pflegediensten anzutreffen, anteilsweise jedoch häufiger bei den freigemeinnützigen Pflegediensten zu finden.

Entsprechend der sehr linkssteilen Verteilung bezüglich der Pflegedienstgröße mit vielen kleinen und wenigen großen Pflegediensten fallen auch die *zeitlichen und finanziellen Investitionen* in die Qualitätsentwicklung zwischen den Pflegediensten sehr unterschiedlich aus. Darüber hinaus sind die Investitionen je Kunde sehr unterschiedlich verteilt. Im Durchschnitt investiert der hauptverantwortliche QMB eines Pflegedienstes wöchentlich 8,8 Minuten je Kunde in die Qualitätsentwicklung, während weitere Mitarbeiter zusätzlich 6,3 Minuten je Kunde an der Qualitätsentwicklung

beteiligt sind. In die Fortbildung jedes Mitarbeiters investieren die Pflegedienste im Rahmen der Qualitätsentwicklung nach eigenen Angaben jährlich rund 7,3 Stunden.

Finanziell betrachtet investieren die ambulanten Pflegedienste jährlich im Mittel rund 193 Euro je Kunde in die Qualitätsentwicklung. Entsprechend des höheren Zeitaufwandes tragen die privaten Pflegedienste mit durchschnittlich rund 219 Euro je Kunden deutlich höhere Kosten als die freigemeinnützigen bzw. öffentlichen Pflegedienste mit rund 139 bzw. 117 Euro je Kunde.

Zusammen genommen geben die privaten Pflegedienste sowohl zeitlich als auch finanziell deutlich mehr Investitionen an als die freigemeinnützigen und öffentlichen Pflegedienste. Bei den Fortbildungsstunden liegen allerdings die öffentlichen Pflegedienste vorn.

Warum die privaten Pflegedienste deutlich mehr für die Qualitätsentwicklung ausgeben, als die freigemeinnützigen und die öffentlichen, könnte folgende Gründe haben:

- Die Zahl privater Pflegedienste (vgl. Kap. 1.2.1 und Kap. 2.3.3.1), die nach Neugründung vermehrt in den Aufbau als in den Erhalt eines Qualitätsmanagementsystems investieren müssen, nimmt zu.
- Freigemeinnützige Pflegedienste profitieren möglicherweise aufgrund ihrer Freigemeinnützigkeit von einem besseren Ruf. Daher setzen sich private Pflegedienste verstärkt für „gute“ Qualität ein, um Kunden zu gewinnen.
- Freigemeinnützige Pflegedienste profitieren von verbandsinternen Synergieeffekten.
- Eine Pflegedienst-Einheit hat gewisse Grundkosten für den laufenden Betrieb des Qualitätsmanagements, welche – umgelegt auf die Kunden – bei kleinen Pflegediensten die Qualitätsentwicklung teurer erscheinen lassen als bei größeren Pflegediensten.

Die *Fachkraftquote*, die ebenfalls als Indikator für Qualitätsinvestitionen angesehen wurde, zeigt ein anders Bild. Dieser Parameter wurde mittels des Personals in der Pflege auf Basis der Personalanzahl berechnet. Dabei weisen die öffentlichen Pflegedienste mit 74,1 % die höchste Fachkraftquote in der pflegerischen Kundenbetreuung auf, gefolgt von den freigemeinnützigen mit 67,1 % und den privaten mit 63,3 %. Trotz eingeschränkter Vergleichbarkeit (Kunden statt Pflegebedürftige) fallen

die Fachkraftquoten sogar deutlich höher aus als in der stationären Langzeitpflege mit gesetzlich geforderten 50 % (§ 5 HeimPersV).

Unterschieden nach Pflegedienstgröße fällt die Fachkraftquote leicht unterschiedlich aus. Kleine Pflegedienste bis 40 Kunden haben mit 66,1 % die höchste Fachkraftquote. Dies hängt höchst wahrscheinlich mit den gesetzlichen Vorgaben zur Personalausstattung bei der Unternehmensgründung (vgl. Kap. 2.3.3) und dem höheren Case Mix Index in dieser Größenklasse (vgl. Kap. 2.3.4) zusammen. Damit decken sich die Ergebnisse zur Fachkraftquote weitestgehend mit denen aus der ersten Studie mit den Daten des FDZ (vgl. Kap. 2).

Widersprüchlich erscheint, dass die privaten Pflegedienste im Trägervergleich die höchsten Kosten je Kunde in der Qualitätsentwicklung angeben (Tabelle 30), aber am wenigsten in eine hohe Fachkraftquote in der Pflege investieren (Tabelle 32).

Dafür gibt es zwei mögliche Erklärungen. Erstens könnte dies darin begründet sein, dass private Träger einen verhältnismäßig größeren Anteil in die Qualifizierung und Fortbildung von vorhandenem Personal investieren als in zusätzliche Fachkräfte. Zweitens könnte es an der Art der Berechnung der Fachkraftquote („Köpfe“) liegen. In anderen Berechnungen weisen private Pflegedienste ein minimal besseres Verhältnis in der Anzahl von Fach- zu Hilfskräften auf (Rothgang, Sünderkamp & Weiß 2015, S. 41) und eine höhere Quote von vollzeitäquivalentem Personal je Pflegebedürftigem bzw. Kunden (ebd., S. 40). Da private Pflegedienste einen höheren Anteil von Vollzeitbeschäftigten haben (Kap. 1.2.1), ist davon auszugehen, dass die vollzeitäquivalente Fachkraftquote bei den freigemeinnützigen tatsächlich etwas niedriger und bei den privaten Pflegediensten etwas höher liegen könnte, als hier dargestellt.

Die *Zuwachsraten* konnten aufgrund der fehlenden Abfrage zu einem Stichtag zwar nur ungenau berechnet werden, dennoch sind Unterschiede zwischen den Pflegediensten erkennbar. Demnach verzeichnen private und kleine Pflegedienste am meisten Zuwachs im Bereich der Fach- und Hilfskräfte wie auch bei den Kunden.

Bei der Abfrage nach der Umsetzung verschiedener Strategien fällt auf, dass Maßnahmen des Marketings wie Flyer, Werbebriefe oder Anzeigen (Strategie 1) von 38,0 % der Pflegedienste nur in geringem Umfang umgesetzt werden. Möglicherweise ist dies zur Kundengewinnung nicht so wichtig. Der Einsatz von Sonderzah-

lungen für Mitarbeiter (Strategie 4) wird am häufigsten als „gering“ eingesetzte Strategie genannt. Dabei wäre dies ein Mittel, Mitarbeiter zu motivieren oder für gute Leistungen zu belohnen. Die Kundenbefragung als Mittel der Kundenorientierung wird am häufigsten als „mittel“ ausgeprägt genannt (Strategie 7). Vielleicht wird darauf eher verzichtet, weil bekannt ist, dass diese aufgrund des Abhängigkeitsverhältnisses der Kunden von den Pflegekräften häufig (zu) positiv ausfallen oder weil die Pflegekräfte so engen Kontakt zu den Kunden haben, dass sie die Zufriedenheit unmittelbar erfahren können (im Gegensatz z.B. zur Zufriedenheit beim Kauf von Gütern).

Die Förderung der Inanspruchnahme von privat zu zahlenden Leistungen wird von den meisten Pflegediensten (41,6 %) selten eingesetzt (Strategie 11). Damit könnte sowohl der Umsatz als auch der Gewinn des Unternehmens gesteigert werden. Dass dies nicht gefördert wird, könnte als eine Form der „Pflegekultur“ betrachtet werden, pflegebedürftige Menschen finanziell nicht stärker zu belasten als nötig. Außerdem könnte dies ein Zeichen für Auslastungsgrenzen sein. Möglicherweise sind die Kapazitäten der Pflegedienste mit den Leistungen des SGB V und SGB XI so ausgelastet, dass für darüber hinausgehende Leistungen keine Mitarbeiter zur Verfügung stehen. Dass die Pflegedienstleitung umfangreich in der Pflege tätig ist, wird zwar in allen Kategorien genannt, kommt aber mit 33,1 % am häufigsten in „gering(er)“ Ausprägung vor (Strategie 16). Dies erstaunt ob der hohen Zahl von kleinen Pflegediensten, die an der Studie teilgenommen haben, bei denen vermutet wurde, dass die Pflegedienstleitung viel in der Pflege tätig ist. Möglicherweise hat sich der Verwaltungs- und Planungsaufwand in den vergangenen Jahren erhöht, sodass eine Vermischung von Pflege am Kunden und Leitungstätigkeiten nicht mehr so häufig vorkommt. Die Strategie, auf niedrige Personal- und Verwaltungskosten zu setzen (Strategie 18 und 19), wurde am häufigsten mit „mittel“ beantwortet. In diesen Bereichen scheint es eine Tendenz zur Mitte zu geben mit weder besonders hohen noch besonders niedrigen Kosten. Eine intensive Einbindung von Ehrenamtlichen und/oder Freiwilligen, z.B. um Kosten zu senken, scheint keine Rolle zu spielen (Strategie 20).

Die gestellten Forschungsfragen mündeten in der Frage nach den *Zusammenhängen zwischen den Investitionen in die Qualitätsentwicklung und dem Zuwachs von Fachkräften, Hilfskräften und Kunden*. Die multivariaten Analysen konnten einen kleinen, statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Fachkräftezuwachs und

Teilen der Qualitätsinvestitionen aufdecken. Demnach sind rund 5 % der Varianz des Fachkräftezuwachses durch die investierte Zeit der weiteren Beteiligten an der Qualitätsentwicklung erklärbar, allerdings nur bei den privat geführten Pflegediensten. Etwa mit gleicher Stärke wird der Fachkräftezuwachs durch den Kundenzuwachs erklärt.

Einen sehr kleinen, dennoch statistisch signifikanten Einfluss zeigt auch eine gute Pflegenote auf den Fachkräftezuwachs. Dieses Ergebnis ist aufgrund des Deckeneffekts zu sehr guten Noten und der geringen Streuung der Noten vermutlich sogar unterschätzt (vgl. Kap. 3.4). Ein positiver Zusammenhang einer guten Pflegenote mit dem Fachkräftezuwachs würde die von Pflegedienst-Betreibern genannte Erfahrung bestätigen, dass sich Pflegefachkräfte ihre Bewerbung auch von der erzielten Pflegenote abhängig machen.

Dass sich die Strategie, die *Personal- und Verwaltungskosten* niedrig zu halten, erklärend für den Zuwachs examinierter Pflegekräfte zeigt, verwundert zunächst. Diese Strategie wurde überwiegend von kleinen Pflegediensten genannt. Gleichzeitig sind es anteilmäßig die kleineren Pflegedienste (bis 94 Kunden), die einen stärkeren Fachkräftezuwachs verzeichnen als große Pflegedienste (ab 95 Kunden). Dieser Effekt fällt jedoch sehr klein aus.

Ein Zusammenhang von Qualitätsinvestitionen und dem Zuwachs von Hilfskräften ist nicht erkennbar. Dieser wurde zwar untersucht, um den Gesamtzusammenhang des Wachstums zu erfassen. Jedoch hat der Zuwachs von Hilfskräften gegenüber dem Zuwachs von Fachkräften und Kunden vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der Grundlage für die Betriebsführung eine nachrangige Bedeutung.

Erstaunlich ist, dass kein Zusammenhang zwischen den Qualitätsinvestitionen und dem Kundenzuwachs nachweisbar ist. Denn gerade für diese Zielgruppe hat der Gesetzgeber zahlreiche Anforderungen an die Qualitätsentwicklung erlassen. Offenbar können Kunden den gemessenen Umfang bzw. die Auswirkungen der Qualitätsinvestitionen nicht einschätzen oder legen andere Qualitätskriterien zugrunde.

5 Synthese der Studienergebnisse

Die rahmengebende Forschungsfrage zum Zusammenhang von Investitionen in die Qualitätsentwicklung und dem Unternehmenserfolg ambulanter Pflegedienste wurde mittels dreier Studien beleuchtet. Der Unternehmenserfolg wurde anhand von theoretischen Abwägungen als Unternehmenswachstum definiert und in jeder Studie als *abhängige Variable* eingesetzt. Das Unternehmenswachstum wurde aufgeteilt in die Bereiche Zuwachs von Pflegefachkräften, Zuwachs von Hilfskräften und Kundenzuwachs. Aufgrund der Datenverfügbarkeit konnte der Zuwachs von Pflegefachkräften und Hilfskräften nur in zwei der drei Studien untersucht werden. Die erklärenden, also *unabhängigen Variablen*, wurden je nach Studie mit der Fachkraftquote, der Pflegequote oder den zeitlichen und finanziellen Investitionen auf unterschiedliche Weise untersucht.

Die Synthese der drei Studien erfolgt anhand der in Kap. 1.3.4 aufgestellten Hypothesen (H1-H3), gefolgt von weiteren Ergebnissen zu den ebenfalls dort aufgestellten Forschungsfragen. Die Hypothesen lauteten:

Die Investition in die Qualitätsentwicklung steht in positivem Zusammenhang mit dem Zuwachs...

... von staatlich anerkannten Pflegekräften („Pflegefachkräfte“) (H1).

... von Hilfskräften (H2).

... von Kunden (H3).

In der *ersten Studie* wurde im Forschungsdatenzentrum (FDZ) des Landes Bremen mit den Daten der Pflegestatistik gerechnet. Analysiert wurde, inwiefern das Unternehmenswachstum (abhängige Variablen) durch die *Fachkraftquote* als Parameter der Investition in die Qualitätsentwicklung erklärt werden kann (vgl. Übersicht der ausgewählten Variablen in Tabelle 6). Dabei wurden weitere Parameter einbezogen:

- Case Mix Index
- Veränderung Case Mix Index
- Angliederung des Pflegedienstes
- Leistungsspektrum
- Größe des Pflegedienstes (Zahl Pflegebedürftiger).

In der *zweiten Studie* wurden die veröffentlichten Berichte der Qualitätsprüfungen durch den MDK untersucht mit der Frage, welcher Zusammenhang zwischen dem Kundenzuwachs (abhängige Variable) und der *Pflegenote* (unabhängige Variable) als Parameter der Investition in die Qualitätsentwicklung besteht.

Die *dritte Studie* untersuchte schließlich anhand neu erhobener Daten mittels Online-Befragung den Zusammenhang zwischen den Bereichen des Unternehmenswachstums (abhängige Variablen) und den *zeitlichen und finanziellen Investitionen* in die Qualitätsentwicklung (unabhängige Variablen). Diese Fragestellung wurde kontrolliert durch die Parameter

- Größe des Pflegedienstes (Anzahl der Kunden)
- Case Mix Index
- Verortung der Stelle des QMB (Dummy)
- Leistungsspektrum (Dummy)
- Anbindung an andere Einrichtung (Dummy)
- Bildungsabschluss des Qualitätsmanagementbeauftragten (Dummy)
- Größe des QM-Teams (Dummy)
- Pflegenote 2012
- Einsatz qualitäts- oder umsatzsteigernder Strategien: 20 Strategie-Variablen (Dummy bzw. Faktorladung)

Dabei wurden Hypothesen zum Teil bestätigt bzw. widerlegt und einige Zusammenhänge geklärt, wie nachfolgend zusammengefasst wird.

5.1 Zusammenfassende Diskussion aller Befunde

Die Studien werden nun in der Reihenfolge der aufgestellten Hypothesen zusammengeführt.

5.1.1 Zusammenhang von Investitionen in die Qualität und dem Fachkräftezuwachs

In Bezug auf die Fachkraftquote wurde vermutet, dass Pflegefachkräfte eher einen Pflegedienst als Arbeitgeber auswählen, dem der Einsatz von qualifiziertem Personal wichtig ist und der daher eine hohe Fachkraftquote aufweist. Die Studien zeigen ein anderes Bild. Gemäß den Analysen mit den Daten der Pflegestatistiken geht eine niedrige Fachkraftquote mit einem Fachkräftezuwachs einher, während eine hohe Fachkraftquote im Jahr 2009 den Fachkräftezuwachs nachfolgend geringer ausfallen lässt. Gründe hierfür sind vermutlich die enge Leistungsfinanzierung, die keinen Spielraum für freie Unternehmensentscheidungen lässt, sondern die Fachkraftquote von den erforderlichen Fachkraftleistungen und ihrer Refinanzierung bestimmen lässt. Diese Schlussfolgerung wird gestützt durch Halfar et al. (2014, S. 122), nach denen eine hohe Fachkraftquote hohe Fixkosten bzw. einen hohen Personalkostenanteil bedeuten und im Bereich des Tariflohns insbesondere bei Tariflohnsteigerungen die finanziellen Risiken der Pflege-Anbieter erhöhen. Daher spricht er von einem notwendigen Kompromiss bei der Fachkraftquote (ebd., S. 124).

Die Befragung der Pflegedienste zeigt diesbezüglich einen kleinen, statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Fachkräftezuwachs und der investierten Zeit der weiteren Beteiligten an der Qualitätsentwicklung, vor allem bei den privat geführten Pflegediensten. Die umfassende Beteiligung weiterer Mitarbeiter an der Qualitätsentwicklung spricht für eine gelebte Qualitätsentwicklung, in der die Mitarbeiter an Entscheidungen zu Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und ihrer Umsetzung partizipieren. Dies ist ein Hinweis darauf, dass Pflegefachkräfte diese Unternehmenskultur schätzen, wahrnehmen und für die Auswahl ihres Arbeitgebers berücksichtigen. Eine ähnliche Wahrnehmung schildern die MDK-Prüfer. Demnach entwickelt sich das Qualitätsmanagement hinsichtlich der Pflegedokumentation schneller, wenn Pflegeeinrichtungen ihre eigenen Ideen partizipativ umsetzen, als wenn die Weiterentwick-

lung nach Vorgaben vollzogen wird (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) 2014, S. 81).

Einen sehr kleinen, dennoch statistisch signifikanten Einfluss zeigt auch die Pfl egenote. Demnach ist der Zuwachs von Pflegefachkräften höher, je niedriger (=besser) die Note der Qualitätsprüfung ausfällt. Dies deckt sich mit den Aussagen von Einrichtungsvertretern, wonach gute Pfl egenoten Auswirkungen auf die Gewinnung neuer Mitarbeiter zeigen (ebd., S. 88). Damit überdecken die Regressionsergebnisse die gegenteilige Vermutung, wonach kleine Pfl egedienste schlechtere Pfl egenoten erhalten (Weiß et al. 2014, S. 95) und gleichzeitig einen besonders hohen Zuwachs von Fachkräften verzeichnen (Kap. 2.3.3.2).

Die finanzielle Höhe der Qualitätsinvestitionen zeigt keinen Einfluss auf den Zuwachs von Fachkräften, Hilfskräften und Kunden, ebenso die eingesetzte Zeit der Qualitätsmanagementbeauftragten je Kunde. Auffällig ist auch, dass die den Mitarbeitern gewährten Fortbildungsstunden keinen Einfluss auf das Unternehmenswachstum, respektive die Gewinnung zusätzlicher Mitarbeiter zeigen. Das führt zu folgenden Überlegungen:

- Müssten die Fortbildungen effektiver sein, um eine spürbare Qualitätsverbesserung und letztlich einen Fachkräftezuwachs zu bewirken?
- Müssten zusätzliche Fortbildungen angeboten werden, um einen Effekt zu zeigen?
- Müssten die Kosten von Fortbildungen sichtbarer gemacht werden, damit Pflegekräfte ihren Wert zu schätzen wissen?
- Sind die Fortbildungsthemen attraktiv genug, um sich von den Fortbildungen der Konkurrenz abzuheben?

Die gestellte Hypothese H1, die einen Zusammenhang zwischen den Qualitätsinvestitionen und dem Fachkräftezuwachs formuliert, kann daher in Teilen bestätigt werden.

5.1.2 Zusammenhang von Investitionen in die Qualität und dem Hilfskräftezuwachs

Der Hilfskräftezuwachs ist zwar als Bestandteil des Unternehmenswachstums zu sehen, allerdings immer in Relation zum Fachkräftezuwachs. Verschiebt sich das Ver-

hältnis von Pflegefachkräften zu Pflegehilfskräften, verändert sich die Fachkraftquote, die ihrerseits ebenfalls als ein Indikator für die Qualitätsinvestitionen gesehen wird. Der Zuwachs von Hilfskräften kann daher einerseits ein Hinweis auf den Unternehmenserfolg sein (z.B. Ausbau des Leistungsangebotes des Pflegedienstes). Andererseits könnte der Hilfskräftezuwachs eine sinkende Fachkraftquote nach sich ziehen, die sich kontraproduktiv auf den Unternehmenserfolg auswirken kann, wenn Hilfskräfte für ihre Tätigkeiten nicht ausreichend qualifiziert sind. Um ein vollständiges Bild über das Unternehmenswachstum zu erhalten, wurde dieser Parameter mit untersucht und als potentieller Erfolgsparameter angesehen.

Die Daten der Statistischen Landesämter (Pflegestatistiken) zeigen, dass eine hohe Fachkraftquote von 2009 den Zuwachs von Hilfskräften in leichter Ausprägung erklären kann, gefolgt von dem Zuwachs der Pflegebedürftigen. Dies erfolgt jedoch auf Kosten einer hohen Fachkraftquote. Unterschieden nach *Trägern*, sinkt bei den privaten Trägern durch den Hilfskräftezuwachs in der Pflege die Fachkraftquote. Bei den freigemeinnützigen Trägern geht der Hilfskräftezuwachs dagegen mit einem hohen Case Mix Index und einem gleichzeitigen Zuwachs von Fachkräften einher.

Je höher das Leistungsspektrum 2009 bereits war, umso weniger findet ein Hilfskräftezuwachs bei den Pflegediensten der freigemeinnützigen Träger statt. Freigemeinnützige Pflegedienste wiesen zu dieser Zeit bereits ein breiteres Leistungsspektrum auf. Der Hilfskräftezuwachs ist im Umkehrschluss dann besonders hoch, wenn ein Ausbau der Leistungen für Pflegebedürftige z.B. im Bereich der Betreuung und der Hilfe im Haushalt stattfindet.

Auch in der Befragungsstudie lässt sich der Zuwachs von Hilfskräften nicht durch die Investitionsparameter erklären. Die gestellte Hypothese H2, die einen Zusammenhang zwischen Qualitätsinvestitionen und dem Hilfskräftezuwachs formuliert, muss verworfen werden.

5.1.3 Zusammenhang von Investitionen in die Qualität und dem Kundenzuwachs

Alle drei Studien zeigen keinen Zusammenhang zwischen den Investitionen in die Qualitätsentwicklung und dem Zuwachs von Kunden bzw. Pflegebedürftigen. Weder

die Fachkraftquote, die Pflegenote noch die zeitlichen und finanziellen Investitionen zeigen Auswirkungen. Das kann folgende Gründe haben:

- Der Kunde nimmt die Investitionen in die Qualität bzw. deren Auswirkungen in Form der genannten Parameter Fachkraftquote, Pflegenote und zeitlichen bzw. finanziellen Investitionen nicht wahr.
- Dem Kunden sind andere Kriterien wichtig für die Auswahl des Pflegedienstes.
- Neukunden eines Pflegedienstes sind geringer pflegebedürftig, nehmen mehr Hilfe- als Pflegeleistungen in Anspruch und haben daher weniger Bedarf an hoher Fachlichkeit der Pflegekräfte.
- Potentielle Kunden nehmen die Pflegenoten nicht wahr oder aufgrund der zahlreichen Kritik nicht ernst. Zudem lässt die unzureichende Differenzierung der Noten kaum Unterschiede zwischen den Pflegediensten erkennen (vgl. Sünderkamp et al. 2014, S. 332). Aufgrund der vielen ungeprüften Einzelkriterien je Pflegedienst ist kein echter Vergleich der Pflegedienste möglich (ebd.).
- Methodische Gründe wie ungenaue Wachstumsangaben bzw. zu geringes Wachstum der einzelnen Pflegedienste zugunsten von Neugründungen schränken das Messkonstrukt ein (vgl. Kap. 2.2.1, 4.2.3 und 4.2.5).

Daher sollten Pflegedienste prüfen, ob ihre Investitionen in die Qualitätsentwicklung effektiv genug sind, um bei den Kunden spürbare Verbesserungen zu bewirken. Zudem wäre zu hinterfragen, ob die Kunden auf Maßnahmen der Qualitätsentwicklung aufmerksam gemacht werden und die Mitarbeiter eine positive Einstellung gegenüber Maßnahmen der Qualitätsentwicklung vermitteln.

Die gestellte Hypothese H3, die einen Zusammenhang zwischen den Investitionen in die Qualität und dem Kundenzuwachs formuliert, muss verworfen werden.

5.1.4 Weitere deskriptive Ergebnisse

Die Statistiken konnten vor allem zu der Investitionshöhe in die Qualitätsentwicklung, der Rolle des Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) und zur Fachkraftquote interessante Aussagen liefern, die nachfolgend zusammengefasst werden.

Zu den interessantesten Erkenntnissen dieser Arbeit gehört, wie hoch die *zeitlichen und finanziellen Investitionen* der Pflegedienste in die Qualitätsentwicklung nach eigenen Angaben sind. Rund 15 Minuten wöchentlich bringen der Qualitätsmanage-

mentbeauftragte und weitere Mitarbeiter für die Qualitätsentwicklung je Kunde auf (Median 8,7 Minuten). Der hauptverantwortliche QMB ist mit rund 8,8 Minuten je Kunde etwas stärker involviert als die weiteren Mitarbeiter mit insgesamt 6,3 Minuten je Kunde. Mit jährlich 193,04 Euro pro Kunde bzw. 13.703 Euro je Pflegedienst ist das hinsichtlich der Leistungsfinanzierung nicht wenig. Die privaten Pflegedienste haben mit jährlich rund 220 Euro je Kunden deutlich mehr Qualitätsinvestitionen je Kunde angegeben als die freigemeinnützigen bzw. öffentlichen Pflegedienste mit rund 140 bzw. 120 Euro je Kunde. Mangels vorhandener Umsatz- und Gewinnzahlen kann diese Zahl leider nicht als prozentualer Ausgabenanteil eines Pflegedienstes eingeordnet werden.

Warum liegen die Ausgaben zwischen den Trägerschaften so weit auseinander? Entweder werden die Kosten der freigemeinnützigen Pflegedienste in ihren Angaben unterschätzt oder die privaten Pflegedienste geben tatsächlich mehr für die Qualitätsentwicklung aus. Dafür kann es verschiedene Ursachen geben:

- Die Befragten der privaten Pflegedienste haben einen besseren Überblick über ihre finanzielle Situation und können die Kosten exakter angeben.
- Bei privaten Pflegediensten liegen zahlreiche Neugründungen vor, bei denen das QM-System erst (kosten-)aufwendig aufgebaut werden muss.
- Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft profitieren stärker von Synergie-Effekten durch den Träger und haben durch dessen Angebote geringere, direkte Kosten der Qualitätsentwicklung. Die Fortbildungskosten wurden von freigemeinnützigen Pflegediensten möglicherweise niedriger angegeben, weil der Trägerverband diese häufig anbietet und finanziert.
- Freigemeinnützige Pflegedienste genießen größeres Vertrauen als gewinnorientierte Unternehmen (vgl. Kap. 1.3.2.4), gleichzeitig sind private Pflegedienste jeweils weniger bekannt. Daher besteht bei den Privaten möglicherweise ein höherer Investitionsbedarf in die Qualitätsentwicklung, um auf dem Markt wahrgenommen zu werden.

Als Resultat dieser Überlegungen dürften die Qualitätsentwicklungskosten der freigemeinnützigen Träger leicht unterschätzt sein, vor allem weil die Kosten des Trägerverbandes wahrscheinlich nicht vollständig angegeben werden konnten.

Bisher unklar war die Rolle des *Qualitätsmanagementbeauftragten* in den Pflegediensten. Es wurde gezeigt, dass zumeist die Pflegedienstleitung auch die Rolle des QMB einnimmt. Ist die Pflegedienstleitung nicht hauptverantwortlich, ist sie doch immer mitverantwortlich für die Qualitätsentwicklung. Nur etwa 40 % der Pflegedienste haben das Vorhandensein eines QMB benannt, von denen nur 6,7 % einen QMB als Hauptverantwortlichen angeben. Dass der QMB hauptverantwortlich für die Qualitätsentwicklung zuständig ist, ist vor allem bei Pflegediensten mit mehr als 150 Kunden zu finden und steht häufiger in Verbindung mit einem Hochschulabschluss, besseren Pflegenoten und der Zuständigkeit für mehrere Pflegedienste. Dies zeigt, dass sich nur wenige Pflegedienste einen von der Pflegedienstleitung separaten QMB leisten (können) und diejenigen, die einen hauptverantwortlichen QMB einsetzen (können), in Form von besseren Qualitätsprüfungen profitieren.

In den Daten des Statistischen Bundesamtes ist die Senkung der *Fachkraftquote* im Untersuchungszeitraum zwischen 2009 und 2011 auffällig. Dabei wurde die Fachkraftquote nicht für den gesamten Pflegedienst berechnet, sondern nur für Personal, das überwiegend in der Pflege tätig ist. Die Senkung der Fachkraftquote vollzieht sich flächendeckend bei den Pflegediensten aller Träger, aller Größenklassen sowie in allen Bundesländern. Besonders auffällig sind die beiden Bundesländer Berlin und Brandenburg mit den niedrigsten Fachkraftquoten von 34,6 bzw. 46,5 %, die gemeinsam mit Thüringen, dem Saarland und Sachsen gleichzeitig die stärkste Senkung der Fachkraftquote zu verzeichnen haben. Dagegen verzeichnen Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt noch fast doppelt so hohe Fachkraftquoten von 83,7 bzw. 77,2 %.

Gleichzeitig sinkt zwar der Case Mix Index (CMI) ebenfalls flächendeckend, steht aber nicht im Zusammenhang mit der Fachkraftquote – Brandenburg weist von den Ländern den fünfthöchsten CMI auf. Dass der CMI sinkt, heißt nicht, dass der Pflegebedarf der Kunden zwangsläufig sinkt. Dies kann mit der Einstufungspraxis des MDK zu tun haben, der als Dienst der Krankenkassen auch dazu eingesetzt werden kann, mit der Höhe der Einstufung die Ausgaben der Pflegeversicherung zu steuern (Rothgang 1997, S. 28). Außerdem berichtet der MDK Saarland von einer Zunahme von Pflegebedürftigen mit sehr komplexen oder schweren Krankheitsbildern in der Häuslichkeit aufgrund einer Verkürzung der Krankenhausverweildauer (MDS 2014, S. 108). Diese Klientel muss ebenfalls überwiegend von Pflegefachkräften versorgt

werden. In diesen Fällen muss nicht unbedingt eine Pflegestufe vorliegen, da diese erst bei voraussichtlicher Pflegebedürftigkeit von mindestens sechs Monaten zuerkannt wird (§ 14 SGB XI). Ein sinkender CMI bedeutet also nicht unbedingt eine tatsächlich sinkende Komplexität der Versorgung. Wenn der CMI nicht die sinkende Fachkraftquote erklärt, können folgende Gründe ursächlich dafür sein:

- Vermehrter Einsatz von Hilfskräften in der direkten Pflege,
- Stärkung des Kompetenzbereichs für Pflegehilfskräfte,
- Mangelnde Verfügbarkeit von Fachkräften,
- Betriebswirtschaftliche Entscheidung aufgrund von engen Leistungsvergütungen durch die Kassen, wodurch die Finanzierung des Einsatzes von Fachkräften unzureichend gewährleistet ist.

In dieser Analyse wurde ausschließlich das Verhältnis von Fach- und Hilfskräften betrachtet, die überwiegend in der Pflege arbeiten, unter Berücksichtigung ihres Arbeitsanteils für Leistungen der Pflegeversicherung. Daher ist die flächendeckende Senkung der Fachkraftquote als Alarmsignal zu werten. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern verwundern, insbesondere vor dem Hintergrund der geschilderten gesetzlichen Vorgaben zum Einsatz von Fach- und Hilfskräften (vgl. Kap. 1.3.2.4). Gleichzeitig lassen sich über die Länderunterschiede weitere Einflussfaktoren auf die Fachkraftquote ermitteln und somit Handlungsempfehlungen für die Gesetzgeber und Verhandlungspartner der Bundesländer ableiten.

Diese Arbeit hat mit der Unterscheidung von Kunden und Pflegebedürftigen einen wichtigen Aspekt hervorgebracht. Die Anzahl der von ambulanten Pflegediensten versorgten Kunden war vorher nicht bekannt. Mit durchschnittlich 67,0 Kunden bei den privaten und 131,6 Kunden bei den freigemeinnützigen Pflegediensten versorgen diese rund 90 % mehr Personen, als die Pflegestatistik erfasst. Damit wird sehr deutlich, dass die bisherigen pflegeökonomischen Darstellungen und Berechnungen mittels der Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen die Arbeitsrealität ambulanter Pflegedienste nur sehr unvollständig abbilden können. Der ambulante Pflegemarkt ist damit deutlich weniger vom SGB XI geprägt als angenommen. Zu welchen Anteilen er stattdessen vom SGB V bzw. den finanziellen Eigenanteil der Kunden beeinflusst wird, ist nicht klar.

5.2 Limitationen

Die teilweise im laufenden Text benannten Einschränkungen der Studien werden an dieser Stelle zusammengefasst und konkretisiert. Forschung bemisst sich hauptsächlich an den drei Gütekriterien Validität, Reliabilität und Objektivität. Daran sollen die drei durchgeführten Studien bzw. Analysen bemessen werden. Aufgrund der Komplexität und des neu entwickelten Fragebogens wird zunächst die dritte Studie, also die Online-Befragung der Pflegedienste, kritisch betrachtet.

Studie 3 - Pflegedienst-Befragung:

Die *Validität* besagt, inwiefern das Instrument misst, was gemessen werden soll. Dabei wird unter anderem unterschieden in die Inhaltsvalidität, die Kriteriumsvalidität und die Konstruktvalidität (LoBiondo-Wood & Haber 2005, S. 500), auf die nachfolgend eingegangen wird.

Die *Inhaltsvalidität* sagt aus, ob die Formulierung der Fragen genau das abbildet, was durch das vom Forscher definierte Konzept gemessen werden soll. Um die Inhaltsvalidität der Online-Befragung zu erhöhen, wurde der Fragebogen zwei Professoren zur kritischen Durchsicht vorgelegt, die Experten im Bereich der Qualitätsentwicklung bzw. im Bereich der Pflegeökonomie sind. Zudem wurden die Fragen mit Doktoranden und wissenschaftlichen Mitarbeitern des Zentrums für Sozialpolitik diskutiert. Schließlich wurde er Fachleuten aus drei Pflege-Trägerverbänden zur Bewertung ihrer Relevanz für das Forschungskonstrukt vorgelegt. Letztlich wurde der Fragebogen einem Pretest mit mehreren unterschiedlichen Pflegediensten unterzogen und im Anschluss mit den Ausfüllenden besprochen. Danach wurden jeweils Fragen aufgenommen bzw. entfernt, Antwortkategorien angepasst und geringfügige sprachliche Änderungen bezüglich Klarheit und Eindeutigkeit der Begriffe vorgenommen.

Die Datenqualität der Antworten muss vor allem im Hinblick auf die Mitarbeiter- und Kundenzahlen als mäßig beurteilt werden. Die Kontrollfragen (Fragen Nr. 20 und 31 des Fragebogens, siehe Anhang) wichen häufig und zum Teil deutlich von den Einzelfragen ab. Dennoch wurde mit umfangreicher Datenaufbereitung, -prüfung und -bereinigung versucht, die Fehlervarianz, also die Schwankungen der gemachten Angaben, zu minimieren (vgl. Kap. 4.2.3). Unsicherheiten bei diesen Daten sind dennoch nicht ganz auszuschließen.

Verbesserungswürdig ist die Abfrage zu den Wachstumszahlen. Zwar wurden die Veränderungen der Personal- und Kundenzahlen im Jahr 2012 abgefragt sowie die aktuelle Größe zum Zeitpunkt des Ausfüllens. Mit diesen Daten waren aber keine exakten und vollständig vergleichbaren Wachstumsraten darstellbar. Bei einer Wiederholung der Online-Befragung müsste eine konkrete Stichtagsabfrage erfolgen.

Um die Ausfüllenden des Fragebogens möglichst wenig zu beeinflussen, wurden dezente Informationen im Anschreiben gegeben (siehe Anhang). Mit vielen Möglichkeiten der Freitextantwort und ausgewogenen Ankreuzmöglichkeiten wurden sozial erwünschte Antworten vermieden.

Die *Kriteriumsvalidität* gibt die Relation zwischen den Angaben eines Untersuchungsteilnehmers und den tatsächlichen Sachverhalten an (LoBiondo-Wood & Haber 2005, S. 501). Die Pflegedienste haben aufgrund der gewählten Methodik der anonymen Befragung zwar die Möglichkeit, Antworten zu manipulieren. Bei subjektiven Erfolgseinschätzungen wäre zudem die Gefahr des „common method bias“ (Methodenverzerrung) oder „Einheitsmethodenvarianz“ gegeben (Gmür & Schwerdt 2005, S. 241), vor allem wenn - wie hier - sowohl abhängige als auch unabhängige Variablen innerhalb desselben Fragebogens erhoben werden. So könnten die Befragten aus dem Fragebogen Schlussfolgerungen auf die zugrundeliegenden Hypothesen ziehen und ihr Antwortverhalten entsprechend anpassen.

Diesen Risiken wurde vor allem mit dem Pretest und dem anschließenden Gespräch mit dem Ausfüller begegnet, um die Fragen, Erläuterungen und Antwortmöglichkeiten zu optimieren. Darüber hinaus wurde das Unternehmenswachstum weder im Fragebogen noch im Anschreiben (siehe Anhang) als Unternehmenserfolg definiert. Zudem wurden weniger subjektive Erfolgseinschätzungen sondern faktenbasierte Indikatoren (z.B. Zuwachs Personal) abgefragt, die über die Daten der anderen beiden Studien zumindest im Gesamtpaket teilweise auf Richtigkeit kontrolliert werden konnten. Und schließlich gelten anonyme Studien als zumeist weniger empfindlich für diesen Bias, weil die Teilnehmer weniger dazu neigen, sozial erwünschte Antworten zu geben, als wenn sie einem Interviewer gegenüber sitzen (LoBiondo-Wood & Haber 2005, S. 481). Bei einer separaten Erhebung von Investitionen und Wachstumszahlen wäre indes unklar, ob die Erfolgsmessung bei getrennter Erhebung verbessert würde (vgl. Gmür & Schwerdt 2005, S. 241).

Die *Konstruktvalidität* bezeichnet „den Grad, mit dem ein Test ein theoretisches Konstrukt oder Merkmal misst“ (LoBiondo-Wood & Haber 2005, S. 503). Dafür werden die Theorien überprüft, die der Messung der Beziehung zwischen den Variablen zugrunde liegen (ebd.). Für diesen komplexen Prozess wären verschiedene Studien und unterschiedliche Ansätze erforderlich. Dafür wären Studien anderer Forscher nützlich, die bis dato kaum vorliegen. In dieser Arbeit wird die Prüfung der Konstruktvalidität durch die verschiedenen Herangehensweisen der drei Studien eröffnet und in der nachfolgenden Gesamtbewertung erörtert.

Die *Reliabilität* gibt an, inwieweit das Instrument bei wiederholten Messungen die gleichen Ergebnisse anzeigt. Für eine reliable Messung spräche, dass aufgrund der gewählten Methodik im Gegensatz zu einer mündlichen Befragung kein Einfluss des Forschers vorliegt. Außerdem wurde die Stichprobe als weitestgehend repräsentative Zufallsstichprobe eingestuft.

Die Herausforderungen der Online-Befragung lagen insbesondere darin, aussagekräftige Parameter auszuwählen bei geringen Erfahrungswerten aus anderen Studien. Gleichzeitig sollten die Parameter von den Ausfüllenden beantwortbar sein. Inhaltlich war es nicht vermeidbar, dass der Ausfüller entweder über ein breites Wissen der verschiedenen Bereiche des Pflegedienstes verfügen oder sich entsprechende Antworten von Kollegen organisieren musste. Dass dabei mit 1.256 auswertbaren Fragebögen eine große und in ihrer Verteilung weitgehend repräsentative Stichprobe zustande kam, darf sicherlich als Stärke dieser Studie gewertet werden.

Studie 1 - Daten der Pflegestatistik im Forschungsdatenzentrum (FDZ)

Die Vorteile dieser Daten liegen in ihrer Vollständigkeit aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung ambulanter Pflegedienste, alle zwei Jahre an der amtlichen Erhebung des Statistischen Bundesamtes teilzunehmen. Damit liegen umfassende, aufbereitete und über die Jahre vergleichbare Daten vor.

Allerdings weist die Pflegestatistik auch dringenden Verbesserungsbedarf auf. Aufgrund von restriktiven datenschutzrechtlichen Bedingungen ist die Verknüpfung von Daten der ambulanten Pflegedienste mit anderen Daten(-quellen) wie z.B. den INKAR-Daten des BBSR oder den Qualitätsberichten praktisch unmöglich. Allenfalls auf Regionen aggregierte Pflegedienst-Daten könnten mit den INKAR-Daten verknüpft werden, die dann jedoch sehr verschwommene und ungenaue Analysen nach

sich ziehen würden. Im Gegensatz dazu können die anonymisierten Daten der Pflegeheime über die regionale Lage und die Zahl der verfügbaren Plätze mit anderen Datenquellen verknüpft werden. Dadurch sind wesentlich umfangreichere Analysen möglich. Folglich werden für die ambulanten Pflegedienste weitergehende Analyse-möglichkeiten gefordert.

Ein weiteres Manko der Pflegestatistik ist ihre Schwerpunktsetzung auf den Bereich der Pflegeversicherung. Das hat zur Folge, dass ausschließlich Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI erfasst werden. Das Personal wird zwar vollständig erfasst, aber mit Konzentration auf ihren Arbeitsanteil für den SGB XI-Bereich. Die Arbeitswelt der Pflegedienste umfasst jedoch – wie hier vor allem in Kap. 1.2.1 und Tabelle 1 gezeigt - einen weitaus größeren Bereich, als den der Pflegeversicherungsleistungen. Im Mittel beziehen bis zu 47 % der Kunden eines Pflegedienstes keine Leistungen der Pflegeversicherung. Anders formuliert, versorgen die Pflegedienste bis zu 90 % mehr Kunden, als die Pflegestatistik an Pflegebedürftigen erfasst.

Für diese Studie hatte dies zur Folge, dass die Wachstumszahlen nur für den Bereich der Pflegeversicherung ausgedrückt und kein vollständiges Bild über den Leistungsbereich ambulanter Pflegedienste gezeichnet werden konnte.

Studie 2 - Pflegenoten der Qualitätsberichte

Der Vorteil der Pflegenoten-Studie ist, dass die Qualitätsberichte von jedem ambulanten Pflegedienst vorliegen, da jeder Pflegedienst jährlich durch den MDK geprüft werden muss. Allerdings sind mit den Pflegenoten und der Kundenzahl nur sehr wenige Parameter im Datensatz enthalten. Für die Analyse war eine aufwendige Aufbereitung der Daten nötig. Die Trägerzuordnung ist in rund 95 % der Fälle gelungen, dennoch konnten „nur“ 81,4 % der Pflegedienste in die Analyse aufgenommen werden. Gründe hierfür sind unvollständige Daten in den Bereichsnoten, zu kurze Prüf-abstände und vor allem die hohe Aktivität des Marktes mit Insolvenzen, Übernahmen und Neugründungen, sodass von vielen Pflegediensten keine zwei Messzeitpunkte einfließen konnten.

Gesamtbewertung

Die Limitationen der drei Studien zusammen beziehen sich vor allem auf die Konstruktvalidität, also der Frage danach, wie gut die gewählten Ansätze die Frage „Lässt sich die Investition in die Qualitätsentwicklung ambulanter Pflegedienste am Unternehmenserfolg darstellen“ untersuchen.

Die Idee, Investitionen in die Qualität mittels Fachkraftquote, Pflegenote sowie zeitlichen und finanziellen Mitteln zu messen, hat sich als gut realisierbar herausgestellt. Intensiver betrachtet werden muss das Unternehmenswachstum als Kriterium für den Unternehmenserfolg. Dieses wurde vor allem deshalb gewählt, weil nicht mit der Herausgabe von betriebswirtschaftlichen Kennzahlen zu rechnen war (vgl. Abbildung 20 und Tabelle 5 in Kap. 1.3.3).

Bei der Durchführung der Studien hat sich jedoch gezeigt, dass das Unternehmenswachstum nur eingeschränkt als Erfolgsfaktor geeignet ist. Nur ein relativ geringer Teil der Pflegedienste ist im Untersuchungszeitraum tatsächlich gewachsen, während fast genauso viele Pflegedienste in ihrer Größe stagnieren oder sogar schrumpfen. Auf die Steigerung der Zahl Pflegebedürftiger bzw. Kunden wird weniger mit Unternehmenswachstum, sondern stärker mit Unternehmensgründungen reagiert (vgl. Abbildung 15).

Ausgerechnet im Untersuchungszeitraum 2009-2011 der Pflegestatistik fand ein zu anderen Zeiträumen vergleichsweise geringes Wachstum der Pflegedienste im Bereich Personal und Pflegebedürftige statt (vgl. Abbildung 15), was zu Beginn dieser Studien noch nicht bekannt war. Dies wirkte sich ungünstig auf das Rechenmodell aus. Möglicherweise haben aufgrund der auch in Deutschland Einfluss nehmenden weltweiten Finanzkrise mehr Angehörige aus finanziellen und zeitlichen Gründen die Pflege übernommen. Wahrscheinlich ist auch, dass mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 die Einführung zusätzlicher Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI zu einer Verschiebung in der Versorgung führte. Das Wachstum vollzog sich im Bereich niedrigschwelliger Leistungen, die von den offiziellen Statistiken so (noch) nicht abgebildet wurden.

Zum Forschungsdesign wird angemerkt, dass die Wirkungskette von Investitionen in die Qualitätsentwicklung zum Unternehmenswachstum recht lang ist. Nach den Investitionen erfolgt zunächst die Einleitung von Maßnahmen, die nach gewisser Zeit

Einfluss auf die Qualität der pflegerischen Versorgung haben und erst nach ihrer Wirkung Konsequenzen auf das Kunden- oder Personalwachstum haben. Zwischen den Investitionen und deren Wirkung vergeht in der Regel eine gewisse Zeit. Mit der einzeitigen Erhebung von Investitionen in die Qualität und dem Unternehmenswachstum wird die Studie dieser Wirkungskette nicht vollständig gerecht. Unter dem Gesichtspunkt der Annahme kontinuierlicher Qualitätsinvestitionen ist das Forschungsdesign jedoch vertretbar. Zudem wurde angenommen, dass unter dem vorhandenen Kostendruck Maßnahmen der Qualitätsentwicklung vor allem dann finanziert werden, wenn das Pflegedienst-Unternehmen einen deutlichen Nutzen daraus zieht. Dazu gehört, dass die Maßnahmen der Qualitätsentwicklung spürbaren Nutzen für Mitarbeiter wie auch Kunden nach sich ziehen. Tatsächlich könnte es in der Praxis aber so sein, dass die Pflegedienste nicht nach diesem Motto investieren, sondern (im Untersuchungszeitraum) schlicht von den Erfordernissen der Qualitätsprüfung durch den MDK ausgehen.

Ländervergleiche waren in allen Studien nur eingeschränkt möglich, da es Unterschiede bei der Zahl der Leistungskomplexe, deren Zusammensetzung und Vergütung gibt und somit von unterschiedlichen Leistungsspektren der Pflegedienste ausgegangen werden muss. Unterschiedliche Vergütungen sowie unterschiedliche Löhne in den Ländern (vgl. Kap. 1.2.1.4) ziehen zudem unterschiedliche Investitionsfähigkeiten in die Qualitätsentwicklung nach sich.

Insgesamt konnten einige wichtige Parameter gemessen und untersucht werden. Weitere interessante Items zur Messung der Einflüsse auf die Qualitätsinvestitionen und den Unternehmenserfolg wären:

- Marktposition/Wettbewerbsposition,
- Bevölkerungsstruktur, Verhältnis Angebot/Nachfrage, Nachfragverhalten,
- Stadt-Land-Unterschied/regionale Lage,
- Messung von Qualität, Investition in „Schein-Qualität“ (viel Dokumentation statt besserer Kundenversorgung),
- eindeutige Zahlen aus der Unternehmensbilanz wie beispielsweise Umsätze, Erlöse, Vergütungsstrukturen und Löhne,
- Verfügbarkeit von Pflegekräften in der Region, Ausbildungsplätze,
- Situation der Pflegekräfte (z.B. Arbeitszufriedenheit, Vereinbarkeit von Familie und Beruf).

Den Fragebogen um diese Items zu erweitern, hätte jedoch den Umfang der Befragung gesprengt. Sie wären zudem teils schwer verfügbar und konnten auch aufgrund der zeitlichen Dimension dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden.

5.3 Vorschläge für weitergehende Forschung

Die Arbeit an dieser Forschungsfrage war von Anfang an von Unsicherheiten begleitet, ob und wie sich die Parameter Investitionen in die Qualitätsentwicklung sowie der Unternehmenserfolg messen und in den Zusammenhang stellen lassen. Herausfordernd war, ein Forschungskonstrukt zu entwickeln, für welches die theoretischen Grundlagen an vielen Stellen rar waren. Insofern ist es für nachfolgende Forschungen sehr bereichernd, validierte Instrumente für die Messung ähnlicher Themenstellungen wie in dieser Arbeit vorzufinden, die speziell für das ambulante Setting geeignet sind.

Unklar ist geblieben, nach welchen Kriterien ein (potentieller) *Kunde* einen Pflegedienst auswählt. Die Pflegenoten, die als Orientierungshilfe für den Verbraucher gedacht waren, scheinen diesen Zweck (bisher) verfehlt zu haben. Insbesondere für die Überarbeitung der Pflegetransparentenprüfung bedarf es aktueller, fundierter, wissenschaftlicher Erkenntnisse über die Qualitätsaspekte, die für den Kunden bzw. Pflegebedürftigen relevant sind. Diese sind insbesondere für die Entwicklung der neuen Instrumente für die Prüfung der Qualität ambulanter Pflegedienste von Bedeutung.

In Bezug auf die *Pflegefachkräfte* liegen dagegen etwas ausführlichere Erkenntnisse vor, welche Bedingungen förderlich für den Verbleib im Beruf sind. Aus Studien ist bekannt, dass sie sich insbesondere gute Arbeitsbedingungen (Familienfreundlichkeit, Gesundheitsförderung, ausreichend Arbeitsmittel und Zeit für Pflege), Wertschätzung durch Vorgesetzte und sinnstiftende Arbeit mit Anerkennung ihrer Leistungen durch Pflegebedürftige bzw. Kunden, deren Angehörigen wie auch mit Ärzten wünschen. Das ist seit langem bekannt. Aber die eingeleiteten Verbesserungen reichen nicht, um dem Fachkräftemangel zu begegnen. Daher wäre pflegeökonomische Forschung zu wünschen, die sich nicht auf die gerechte Verteilung knapper Mittel konzentriert, sondern den Fokus auf notwendige Finanzierung ethisch vertretbarer Pflege zumeist älterer Menschen legt. Gleichzeitig gilt es, die Finanzierung attraktiver Gehälter für Pflegefachkräfte zu ermitteln und aufzustellen.

Bezüglich der *Pflegedienste* ist weder das vollständige Leistungsspektrum noch der Umfang der Inanspruchnahme konkreter Leistungen durch die Kunden umfassend bekannt. Die ausschließliche Betrachtung von Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI wird der Versorgungsrealität - wie in dieser Arbeit gezeigt - bei weitem nicht

gerecht. Dazu können die Daten der Kranken- und Pflegekassen zur Inanspruchnahme von Leistungen aus den Leistungskatalogen genutzt werden, die um Angaben der Pflegedienste ergänzt werden, welche Leistungen in welchem Umfang von den Pflegebedürftigen und Kunden privat getragen werden. Diese Daten sind ohnehin unerlässlich für das im PSG II gesetzlich geplante Personalbemessungsverfahren. Auch für Regelungen zum Einsatz von Fach- und Hilfskräften und der Definition einer Mindest-Fachkraftquote ist die Abbildung des Leistungsspektrums erforderlich.

Zudem ist Forschung zur *Betriebsführung* ambulanter Pflegedienste sehr unterrepräsentiert. Leistungsvergleiche finden – wenn überhaupt – intern über die zahlreichen Träger- bzw. Pflegeverbände statt. Mögliche Vergleiche müssen die spezifischen Unterschiede der Leistungsverträge zwischen den Bundesländern und darüber hinaus berücksichtigen können. Vor dem Hintergrund der eingangs beschriebenen, zahlreichen (gesetzlichen) Bedingungen, die ambulante Pflegedienste zu berücksichtigen haben bzw. aufgrund der engen Leistungsfinanzierung hinnehmen (müssen), ist unbedingt weitere Forschung im Bereich des Pflegemanagements zu begrüßen. Diese sollte den Pflegedienstleitungen, Inhabern und Geschäftsführern mehr Orientierungshilfe und Handwerkszeug geben mit dem Ziel, Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und weiterhin gute pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Die Pflegeverbände sind als Interessensvertreter der Pflegedienste aufgefordert, die Leistungsvergütungen mit den Kassen so erfolgreich zu verhandeln, dass attraktive Löhne und gute Arbeitsbedingungen möglich sind. Möglicherweise ist dazu eine gesetzliche Grundlage notwendig, da die beschriebene Marktsituation nicht ausreicht, die Löhne entsprechend selbst zu regeln.

Von den verschiedenen Pflegebereichen (Akutpflege, stationäre Langzeitpflege, Reha, etc.) umfasst der ambulante Pflegebereich mittlerweile die höchste Zahl an Pflegebedürftigen bzw. Kunden sowie an Personal. Aufgrund dieser gesamtwirtschaftlichen Bedeutung bedarf der Pflegebereich insgesamt und die ambulante Pflege im Besonderen einer dauerhaften und nachhaltigen Förderung. Der Aufbau eines speziellen pflegeökonomischen Forschungsbereichs erscheint durchaus sinnvoll. Dieser macht sich zur Aufgabe, wissenschaftliche Expertise z.B. für die gesetzgebenden Instanzen bereitzustellen, in der gesellschaftliche Ziele, verbesserte Effizienz, Anreizsysteme, Wettbewerbskonstellationen, Finanzierungsmodelle und das Maß an Qualität pflegerischer Versorgung abgewogen werden. Voraussetzung dafür

ist die bessere Verfügbarkeit von Daten, die das ambulante Leistungsgeschehen betreffen. Die Daten der Pflegestatistik sind hervorragend aufgrund ihrer Datenmenge, Datenqualität und Auswertbarkeit, können jedoch um weitere Aspekte erweitert werden. Nicht zuletzt ist eine Verknüpfbarkeit auch der Daten ambulanter Pflege mit anderen Datenquellen zu wünschen.

5.4 Schlussfolgerung

Beobachtungen während der Einführung der Pflege-Transparenzprüfungen hatten die Frage aufgeworfen, wieviel Zeit und Geld ambulante Pflegedienste in die Qualitätsentwicklung investieren und welchen Nutzen sie davon tragen.

Die zentrale Forschungsfrage „Besteht ein Zusammenhang zwischen den Investitionen in die Qualitätsentwicklung und dem Unternehmenswachstum? Wenn ja, welcher?“ impliziert von Beginn an eine Ungewissheit über die Messbarkeit eines Zusammenhangs. Die Unsicherheit in den durchgeführten Studien bestand vor allem aus vier Gründen: zum einen wird die Qualität pflegerischer Leistungen nicht gemessen, die aus den Investitionen resultiert und den Unternehmenserfolg beeinflussen könnte. Aufgrund nicht vorhandener valider Indikatoren zur Messung von Ergebnisqualität wurde davon Abstand genommen. Zweitens konzentrieren sich die meisten Pflegedienste eher auf gute Pflege inklusive deren Dokumentation und weniger auf ausführliche Buchführung oder Statistik. Die richtigen Informationen zu bekommen, wurde daher als herausfordernd für das Studiendesign angesehen. Drittens erfolgt die Wirkung einer Investition zumeist erst nach einer gewissen Zeit. Die zeitlichen Mittel erlaubten es nicht, zu einem Zeitpunkt die Investitionen zu erfragen und zu einem weiteren Zeitpunkt die Auswirkungen auf den Unternehmenserfolg. Dieser einzeitigen Erhebung wurde die Annahme zugrunde gelegt, dass bei den meisten Pflegediensten in der Regel keine einmaligen, hohen Investitionen getätigt werden (können), sondern kontinuierlich kleinere Mengen investiert werden. Viertens stellte sich heraus, dass der Unternehmenserfolg als Konstrukt schwierig zu fassen ist, sodass sich die Forschungsfrage auf den Bereich des Unternehmenswachstums als Erfolgsparameter konzentriert.

Dass trotz der Schwierigkeiten signifikante Ergebnisse zu Tage gefördert wurden, spricht dafür, dass die Zusammenhänge tatsächlich vorhanden sind. Gefunden wurden Zusammenhänge zwischen den Qualitätsinvestitionen und dem Fachkräftezuwachs. Nicht bestätigt werden konnte der Zusammenhang zwischen Qualitätsinvestitionen und dem Hilfskräfte- sowie dem Kundenzuwachs. Letztere existieren entweder nicht oder könnten bei optimalem Studienverlauf identifizierbar werden.

Die drei durchgeführten Studien und Analysen haben weitere unterschiedliche Aspekte zu Tage gefördert, die Implikationen für die Pflegedienste, die Pflegebedürftigen wie auch die Gesellschaft und Politik mit sich bringen.

Ambulante Pflegedienste sollten sich bei der Gestaltung ihrer Qualitätsentwicklung durchaus kritisch fragen, mit welchem Ziel Maßnahmen eingeleitet werden und welchen Nutzen der Pflegedienst davon hat. Steht das Ziel der Kundengewinnung im Vordergrund, sind einige Anstrengungen notwendig, um sich von der Konkurrenz abzuheben. Dabei geht es darum, die Kundenerwartungen besser zu erfüllen als die Konkurrenz und zudem die eingeleiteten Maßnahmen dem Kunden, den Angehörigen oder den „Weiterempfehlern“ (Ärzte, Case Manager der Krankenhäuser, Therapeuten etc.) transparenter und bekannter zu machen.

Offenbar nehmen die Pflegefachkräfte wahr, wenn ein Pflegedienst die Qualitätsentwicklung ernst meint und seine Mitarbeiter an der Gestaltung der Qualitätsprozesse beteiligt. Unternehmen, die sicher in die Zukunft schauen wollen, ist daher zu empfehlen, mit dem Ziel der Fachkräftegewinnung in eine kreative, gemeinschaftliche und praxisorientierte Qualitätsentwicklung zu investieren. Die umfangreiche Beteiligung zahlreicher Mitarbeiter an einer „gelebten“ Qualitätsentwicklung spielt dabei eine wichtige Rolle. Weniger ausschlaggebend sind die Höhe der Kosten, die „schlichte“ Umsetzung gesetzlicher Vorgaben (z.B. zum Erzielen einer sehr guten Pflegenote) oder die Auswahl bestimmter Maßnahmen der Qualitätsentwicklung.

Als vorteilhaft erweisen sich Qualitätsmanagementbeauftragte mit Hochschulabschluss als Hauptverantwortliche, die meist für mehrere Pflegedienste zuständig sind. Bei zunächst gleichen Kosten für die Qualitätsentwicklung wird weniger Zeit je Kunde aufgewendet bei besseren Pflegenoten. Insofern ist die Qualitätsentwicklung durch studierte Qualitätsmanagementbeauftragte effizienter und lässt noch Zeit für andere Aufgaben.

Den (potentiellen) Kunden ambulanter Pflegedienste ist zu empfehlen, ihren Pflegedienst kritischer nach Qualitätskriterien auszuwählen und den Pflege-Anbieter ggf. zu wechseln. Durch dieses Verhalten wird der Qualitätswettbewerb gefördert, der Pflegedienste anspricht, „gute“ Qualität im Sinne der Kunden statt gesetzlich geforderter Mindestqualität zu liefern. Die Wertschätzung der Pflegetätigkeiten durch den Kun-

den ist vermutlich ein nicht zu unterschätzender Anreiz für Pflegedienste, in Qualität zu investieren.

Gleichzeitig bedarf (nicht nur) die ambulante Pflege einer weit größeren Aufmerksamkeit als bisher. Benötigt wird eine gesamtgesellschaftliche Diskussion darüber, welche Qualität der Pflege gewünscht wird und was diese Wert ist. Bisher bestehen aus gesetzlicher Perspektive geringe Anreize, in überdurchschnittliche Qualität zu investieren. Höhere Qualität wird nicht belohnt oder besser vergütet. Eine gesetzlich festgelegte Mindestqualität ist allerdings nicht die, mit der Pflegefachkräfte für den Beruf zu gewinnen sind. Für sie zählt vielmehr die Realisierung eines wertschätzenden Umgangs mit Pflegebedürftigen jenseits der nach Minuten getakteten Pflege. Diese gesellschaftliche Diskussion sollte auch im Sinne der alternden Bevölkerung offen geführt werden, um dem nicht mehr nur drohenden, sondern bereits beginnenden plakativ benannten „Pflegenotstand“ zu begegnen. Die in den Daten offen gelegte Senkung der Fachkraftquote in dem Bereich der Pflege Tätigkeit selbst (und nicht etwa im Bereich zusätzlicher Betreuung oder Hauswirtschaft) sollte als deutliches Warnsignal wahrgenommen werden, die eine qualitativ hochwertige Pflege bedroht.

Die enormen Unterschiede in der Fachkraftquote zwischen den Bundesländern mit nur halb so hoher Fachkraftquote in Berlin und Brandenburg im Vergleich zu Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt können nicht allein in der Verfügbarkeit von Fachkräften begründet sein. Daher wird den Gesetzgebern der Länder mit niedrigen Fachkraftquoten empfohlen, die Regelungen zum Einsatz von Fachkräften zu überarbeiten und deutliche Anstrengungen zur Förderung der Attraktivität des Pflegeberufes zu unternehmen. Dazu gehört auch, über die Landes-Rahmenverträge nach § 75 SGB XI zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern konkretere Vereinbarungen für den Einsatz von Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften aufzustellen. Dazu zählt, eine entsprechende Leistungsvergütung in den von Fachkräften geleisteten Arbeitsbereichen festzulegen. Diesbezüglich ist auch der Gesetzgeber auf Bundesebene gefordert, das im PSG II geforderte Personalbemessungsverfahren so zu modifizieren, dass die Fachkraftquote in der ambulanten Pflege nicht zu einer Unterschreitung von Qualitätsstandards führt.

Bis dahin sei den Führungskräften ambulanter Pflegediensten empfohlen, ihre ohnehin knappen finanziellen Mittel so für die Qualitätsentwicklung einzusetzen, dass

Qualitätsverbesserungen sowohl von den Mitarbeitenden wie auch von den Kunden positiv wahrgenommen werden.

Literaturverzeichnis

- Aiken, LH; Cimiotti, JP; Sloane, DM; Smith, HL; Flynn, L; Neff, DF (2011). The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. *Medical Care*, 49 (12), 1047-1053.
- Aiken, LH; Clarke, SP; Sloane, DM; Lake, ET; Cheney, T (2008). Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. *Journal of nursing administration*, 38 (5), 223-229.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2013). Pflegestatistik der Länder Berlin und Brandenburg. www.statistik-berlin-brandenburg.de (Zugriff am 10.04.2016).
- Anderson, P (2015). Theoretical Approaches to Quality Improvement. In: Butts, JB; Rich, KL (Hrsg.) *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice*, 355-373. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- AOK, BKK, Knappschaft, IKK, Landwirtschaftliche Krankenkasse, VdAK, AEV, bad, bpa, Kasseler Bund, VDAB (2006). Rahmenvertrag über die Häusliche Krankenpflege nach § 132a Abs. 2 SGB V in Hessen vom 01.05.2006.
- Augurzky, B; Borchert, L; Deppisch, R; Krolop, S; Mennicken, R; Preuss, M et al. (2007). Gründe für die Höhe der Heimentgelte in den stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen: Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Endbericht.
- Augurzky, B; Hentschker, C; Krolop, S; Mennicken, R (2013). Pflegeheim Rating Report 2013 - Ruhiges Fahrwasser erreicht. Hannover: Vincentz.
- Augurzky, B; Krolop, S; Mennicken, R; Reichert, A; Schmidt, H; Schmitz, H et al. (2009). Pflegeheim Rating Report 2009 - Konsolidierung voraus! RWI Materialien, Heft 54. Essen.
- Augurzky, B; Krolop, S; Mennicken, R; Schmidt, H; Schmitz, H; Terkatz, S (2011). Pflegeheim Rating Report 2011 - Boom ohne Arbeitskräfte? RWI-Materialien, Heft 68. Essen.
- Augurzky, B; Mennicken, R; Röhrig, B; Weibler-Villalobos, U (2010). Bietet ein teureres Pflegeheim auch eine bessere Qualität? Evidenz aus Rheinland-Pfalz. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 15 (6), 292-298.
- Auth, D (2013). Ökonomisierung der Pflege - Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit. *WSI Mitteilungen*, 66 (6), 412-422.
- Auth, D (2012). Ökonomisierung von Pflege in Großbritannien, Schweden und Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45 (7), 618-623.
- Backhaus, K; Erichson, B; Plinke, W; Weiber, R (2000). Multivariate Analysemethoden - Eine anwendungsorientierte Einführung. 9. überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer.
- Baetge, J; Schewe, G; Schulz, R; Solmecke, H (2007). Unternehmenskultur und Unternehmenserfolg: Stand der empirischen Forschung und Konsequenzen für die Entwicklung eines Messkonzeptes. *Journal für Betriebswirtschaft*, 57 (3-4), 183-219.

- Baldus, M (2010). Die richtigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter finden: erfolgreiche Personalrekrutierung in der Sozialwirtschaft. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) (Hrsg.) *Sozialwirtschaft - mehr als Wirtschaft? Steuerung - Finanzierung - Vernetzung. Bericht über den 6. Kongress der Sozialwirtschaft vom 14. und 15. Mai 2009 in Magdeburg*, 115-120. Baden-Baden: Nomos.
- Bartholomeyczik, S (2011). Pflegeforschung: Entwicklung, Themenstellung und Perspektiven. In: Schaeffer, D.; Wingenfeld, K (Hrsg.) *Handbuch Pflegewissenschaft*, 67-94. Weinheim: Juventa.
- Behrens, J; Görres, S; Schaeffer, D; Bartholomeyczik, S; Stemmer, R (2012). Agenda Pflegeforschung für Deutschland. Geschäftsstelle Agenda Pflegeforschung, Halle (Saale).
- Beikirch, E; Breber-Simon, G; Fink, F; Roes, M (2014). Projekt "Praktische Anwendung des Strukturmodells - Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege". Herausgegeben am 15.04.2014. Berlin, Witten: Bundesministerium für Gesundheit.
- Beikirch, E; Klie, T (2007). Nationale Qualitätsniveaus: Multidisziplinäre Strategien zur Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40 (3), 147-157.
- Bellmann, L; Grunau, P; Maier, F; Thiele, G (2013). Struktur der Beschäftigung und Entgeltentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen 2004 bis 2008. *Sozialer Fortschritt*, 3, 77-87.
- Berger, O (2011). Impression-Management-Techniken in Managerbefragungen. *Schriften zur Organisationswissenschaft: Berichte aus der Forschung*. 17, 33-47 . <http://hdl.handle.net/10419/58214> (Zugriff am 25.09.2014).
- Bethge, M (2011). Erfolgsfaktoren medizinisch-beruflich orientierter orthopädischer Rehabilitation. *Rehabilitation*, 50, 145-151.
- Bispinck, R; Dribbusch, H; Öz, F; Stoll, E (2012). Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen: Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank. Arbeitspapier 07/2012. Düsseldorf: Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut.
- BKK Dachverband (Hrsg.) (2014). BKK PflegeFinder. Berlin: BKK-Dachverband. www.bkk-pflegefinder.de (Zugriff am 05.07.2014).
- Bonato, M (2011). Zukunft Pflege: Qualitätsbericht statt "Pflege-TÜV": Konzept zur Messung und Darstellung der Pflegequalität auf wissenschaftlicher Basis. Abschlussbericht der Bonato-Kommission. Essen, Hannover: VDAB und ABVP.
- Bonn, G; Gmür, M; Klimecki, RG (2004). Der Einfluss des Personalmanagements auf organisationale Kreativität und Markterfolg von Unternehmen. *Zeitschrift für Personalforschung*, 18 (1), 5-23.
- Börger, D; Wagner, U (2001). Erfolgsfaktor Dienstleistungsqualität: Konzept für den Wandel der beitragsärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften zu modernen Dienstleistungsunternehmen. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 6, 105-111.
- Bortz, J; Schuster, C (2010). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Braun, B; Darmann-Finck, I; Stegmüller, K; Greiner, A; Siepmann, M (2014). Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern. Im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums, Wiesbaden. Bremen/Fulda. <http://www.ipp.uni-bremen.de/lib/download.php?file=d7583e4afd.pdf&filename=Braun%20et%20al%202014-Gutachten%20zur%20Situation%20der%20Pflege%20in%20hessischen%20Akutkrankenh%C3%A4usern.pdf> (Zugriff am: 12.09.2014).

- Braun, B; Klinke, S; Müller, R (2010). Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. Weinheim: Beltz Juventa.
- Braun, B; Müller, R (2005). Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. *Pflege & Gesellschaft*, 10 (3), 131-141.
- Brühl, A; Berger, B (2011). Mit weniger Kriterien besser differenzieren: Warum bei der Messung von Qualität weniger mehr sein kann. *Pflegewissenschaft*, 10, 525-534.
- Bruhn, M (1998). Wirtschaftlichkeit des Qualitätsmanagements: Qualitätscontrolling für Dienstleistungen. Berlin: Springer.
- Bundesagentur für Arbeit (2014). Der Arbeitsmarkt in Deutschland - Fachkräfteengpassanalyse Juni 2014. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- Bundesgesetzblatt (Hrsg.) (2015). Teil I Nr. 54, Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II) vom 21. Dezember 2015. 2424-2463. Köln: Bundesanzeiger.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.) (2014). Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Zweite Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Zweite Pflegearbeitsbedingungenverordnung - 2. PflegeArbbV) vom 27. November 2014, BAnz AT 28.11.2014 V1. Berlin: Bundesanzeiger.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2006). Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin: BMFSFJ.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2014). Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. 11. Auflage. Berlin: BMFSFJ.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) (2015). Vorsicht bei den Pflegenoten. Pressemitteilung vom 05.02.2015. URL: <http://www.presseportal.de/pm/17920/2943282/vorsicht-bei-den-pflegenoten-bpa-pr-sident-meurer-auf-die-schnelle-wird-auch-die-wissenschaft-die> (Zugriff am 22.02.2015).
- Büscher, A (2015). Gutachten zur Klärung von Grundsatzfragen zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und -berichterstattung in der häuslichen Pflege auf der Basis der gegenwärtigen Rahmenbedingungen. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.
http://www.bagfw.de/uploads/media/BAGFW_Kurzgutachten_Qualita__t_ambulant_final_Mai_2015.pdf (Zugriff am 13.05.2016).
- Büscher, A (2011). Ambulante Pflege. In: Schaeffer, D.; Wingenfeld, K (Hrsg.) *Handbuch Pflegewissenschaft*, 491-512. Weinheim: Juventa.
- Büscher, A; Schnepf, W (2011). Die Bedeutung von Familien in der pflegerischen Versorgung. In: Schaeffer, D.; Wingenfeld, K (Hrsg.) *Handbuch Pflegewissenschaft*, 469-487. Weinheim: Juventa.
- Büssing, A; Glaser, J; Höge, T (2005). Belastungsscreening in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht für das Projekt "Erfassung psychischer und physischer Belastungen bei der Arbeit in ambulanten Pflegediensten". 1. Auflage. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht, Fb 1048. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Buzzell, RD; Gale, BT; Greif, H (1989). Das PIMS-Programm: Strategien und Unternehmenserfolg. Wiesbaden: Gabler.

- Cajetan, M; Danz-Volmer, J; Steffens, S (2012). Behandlungspflege für Pflegehelfer - Ein Lern- und Lehrbuch. Malteser Edition der 1. überarbeiteten Auflage. Bochum: Universitätsverlag Dr. N. Brockmeyer.
- Caritas (Hrsg.) (2015). Caritas fordert neues System zur Beurteilung von Qualität in der Pflege. Pressemitteilung vom 05.02.2015. <http://www.caritas.de/fuerprofis/presse/pressemeldungen/caritas-fordert-neues-system-zur-beurtei> (Zugriff am 22.02.2015).
- Coetzee, SK; Klopper, HC; Ellis, SM; Aiken, LH (2013). A tale of two systems - Nurses practice environment, well being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (2), 162-173.
- Dachverband der Pflegeorganisationen Rheinland-Pfalz (DPO) (2015). Berufsordnung des Dachverbandes der Pflegeorganisationen Rheinland-Pfalz e.V., <http://www.dpo-rlp.de/berufsordnung.html> (Zugriff am 09.07.2015).
- Dennis, CM (2001). Dorothea Orem: Selbstpflege- und Selbstpflegedefizit-Theorie. Bern: Huber.
- Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter in der Pflege und Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) (Hrsg.) (2015). Viel Varianz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Berlin.
- Deutscher Pflegerat e.V. (Hrsg.) (2004). Rahmen-Berufsordnung für professionell Pflegende vom 18.05.2004. Berlin: Deutscher Pflegerat.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2015). Expertenstandards und Auditinstrumente. Zuletzt aktualisiert 2015. www.dnqp.de (Zugriff am: 18.08.2015).
- Diakonie RWL (Hrsg.) (2010). Schaffen Pflegenoten Transparenz? Eine Stellungnahme der Diakonie RWL. *Diakonische Zwischenrufe 02*, http://www.bah-web.de/home/html/aktuell/2010_09_30_DiakonischeZwischenrufe_02_Transparenzberichte-und-Pflegenoten.pdf (Zugriff am 22.02.2015).
- Donabedian, A (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund quarterly*, 44 (3/2), 166-203.
- Eckardt, T (2010). Den Prüfer als Gast empfangen. Qualitätsprüfung und Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen. *Pflegezeitschrift*, 63 (8), 496-497.
- Epkenhans, I (2010). Glaubwürdigkeit als Erfolgsfaktor. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) (Hrsg.) *Sozialwirtschaft - mehr als Wirtschaft? Steuerung - Finanzierung - Vernetzung. Bericht über den 6. Kongress der Sozialwirtschaft vom 14. und 15. Mai 2009 in Magdeburg*, 183-189. Baden-Baden: Nomos.
- FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2013). Pflegestatistik 2011 und 2009, eigene Berechnungen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Forschungsdatenzentrum der statistischen Ämter des Bundes und der Länder (FDZ) (2014). Statistische Geheimhaltung bei der Pflegestatistik für Wissenschaftler, die im FDZ die Pflegestatistik auswerten. Stand: 13.01.2014. Düsseldorf: FDZ.
- Franz, S (2008). Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung im Gesundheitswesen - Eine empirische Analyse. In: Kuchinke, BA, Sundmacher, T; Zerth, J (Hrsg.) *Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und ihre Wettbewerbswirkungen - ausgewählte Beiträge des dritten Duisburg-Ilmenau-Bayreuther Oberseminars zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik (DIBOGS) am 8. und 9. November 2007 in Ilmenau. DIBOGS-Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik*; 2, 27-39. Ilmenau: Universitäts-Verlag.

- Franz, S (2006). Integrierte Versorgungsnetzwerke im Gesundheitswesen. *Arbeitspapiere des Instituts für Genossenschaftswesen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster*, (53), 1-49.
- Freiling, T (2011). Demografische Entwicklungstrends und Auswirkungen auf die Pflegewirtschaft. In: Loebe, H; Severing, E (Hrsg.) Forschungsinstitut Betriebliche Bildung. *Zukunftsfähig im demografischen Wandel - Herausforderungen für die Pflegewirtschaft. Band 59*, 9-26. Bielefeld: Bertelsmann.
- Friesacher, H (2009). Ethik und Ökonomie. Zur kritisch-normativen Grundlegung des Pflegemanagements und der Qualitätsentwicklung. *Pflege & Gesellschaft*, 14 (1), 5-23.
- Fritz, W (1993). Die empirische Erfolgsfaktorenforschung und ihr Beitrag zum Marketing - eine Bestandsaufnahme. *Technische Universität Braunschweig*, AP-Nr. 93/12, 1-37.
- Frommelt, M; Roes, M; Schmidt, R; Thiele, G; Böttig, U (2014). Management Handbuch Pflege - Online. Stand: 45. Update, Februar 2015. Heidelberg: medhochzwei. Link mit Zugangsberechtigung (Zugriff am 30.04.2015).
- Fröse, S (2014). Was Qualitätsbeauftragte in der Pflege wissen müssen. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Hannover: Schlütersche.
- Gareis, A (2007). Kaufmännisches Wissen für Pflegeberufe: Unternehmensformen, Personalwesen, Rechnungswesen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2014). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Neufassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 17. Juli 2014, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 06.10.2014 B2 vom 6. Oktober 2014. Berlin: G-BA.
- Geraedts, M; Selbmann, H (2011). Konzepte des Qualitätsmanagements. In: Schaeffer, D; Wingensfeld, K (Hrsg.) *Handbuch Pflegewissenschaft*, 599-615. Weinheim: Juventa.
- Gerste, B; Schwinger, A (2004). Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen. *GGW des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)*, (4), 7-15.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2009). Verfahren zur Notenberechnung entsprechend der Bewertungssystematik der Transparenzvereinbarungen. PTVS vom 17.12.2008 bzw. PTVA vom 29.01.2009. 05.11.2009. http://www.mdk-nordrhein.de/download/GKV-Spitzenverband_Verfahren-Notenberechnung.pdf (Zugriff am 23.07.2015).
- GKV-Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband), Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, Vereinigungen der Träger der überörtlichen Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (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. Januar 2009.
- GKV-Spitzenverband; Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe; Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände; Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (2011). Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011.
- GKV-Spitzenverband und Bundes-Spitzenorganisationen der Pflegedienste (2013). Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege vom 10.12.2013. Berlin: GKV-Spitzenverband.

- Gmür, M; Schwerdt, B (2005). Der Beitrag des Personalmanagements zum Unternehmenserfolg. *Zeitschrift für Personalforschung*, 19 (3), 221-251.
- Görres, S (1999). Qualitätssicherung in Pflege und Medizin: Bestandsaufnahme, Theorieansätze, Perspektiven am Beispiel des Krankenhauses. Bern: Huber.
- Görres, S; Hasseler, M; Mittnacht, B (2008). Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V., Bremen: iap.
- Görres, S; Roes, M; Mittnacht, B; Biehl, M; Klün, S (2006). Strategien der Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung: Genesis, Strukturen und künftige Ausrichtung der Qualitätsentwicklung in der Betreuung von Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf. Herausgegeben von der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS). Heidelberg: Müller.
- Götz, O; Bellmann, T; Bullmann, C; Fleßa, S (2012). Ambulante Pflegedienste in Mecklenburg-Vorpommern: eine Bestandsaufnahme und Abschätzung der zukünftigen Entwicklung. *HeilberufeSCIENCE*, (3), 3-10.
- Gräbel, E; Römer, H; Donath, C (2009). Betreuungsgruppen: Prädiktoren der Inanspruchnahme und Qualitätserwartungen aus Sicht pflegender Angehöriger eines Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, (42), 394-401.
- Gregersen, S (2005). Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten. In: Badura, B, Schellschmidt, H; Vetter, C (Hrsg.) *Fehlzeitenreport 2004 - Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen*, 183-201. Heidelberg: Springer.
- Gregori, C (2006). Instrumente einer erfolgreichen Kundenorientierung: Eine empirische Untersuchung. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Greif, S; Runde, B; Seeberg, I (2004). Erfolge und Misserfolge beim Change Management. Göttingen: Hogrefe.
- Hackmann, T; Müller, D (2012). Berufsausstieg in der Pflege - Herausforderungen an die betriebliche Praxis. Eine empirisch-analytische Untersuchung am Beispiel der Pflegeeinrichtungen im Landkreis Reutlingen. *Sozialer Fortschritt*, 9, 227-236.
- Halfar, B (2010). Was bedeutet es, das Wirtschaften im sozialen Bereich ziviler zu gestalten? Ist Sozialwirtschaft mehr als Wirtschaft? In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) (Hrsg.) *Sozialwirtschaft - mehr als Wirtschaft? Steuerung - Finanzierung - Vernetzung. Bericht über den 6. Kongress der Sozialwirtschaft vom 14. und 15. Mai 2009 in Magdeburg*, 15-29. Baden-Baden: Nomos.
- Halfar, B; Moos, G; Schellberg, K (2014). Controlling in der Sozialwirtschaft: Handbuch. Baden-Baden: Nomos.
- Hartman, S (2015). Economic Theories. In: Butts, JB; Rich, KL (Hrsg.) *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice*, 319-338. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Hasseler, M (2014). Heraus- und Anforderungen an eine systematische Qualitätsmessung und -berichterstattung in der Langzeitpflege. In: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) *Pflegesicherung in Deutschland: Trotz unbestrittener Erfolge bleibt Reformbedarf*, 67-85. Berlin: Duncker & Humblot.
- Hasseler, M; Fünfstück, M (2015a). Informiert entscheiden. Qualitätsentwicklung und Qualitätsberichterstattung in der stationären Langzeitpflege (Teil II). *Pflegezeitschrift*, 68 (9), 554-559.

- Hasseler, M; Fünfstück, M (2015b). Die professionelle pflegerische Versorgung darstellen. Qualitätsentwicklung und Qualitätsberichterstattung in der stationären Langzeitpflege - Eine Debatte über Anforderungen und Herausforderungen (Teil I). *Pflegezeitschrift*, 68 (6), 366-369.
- Hasseler, M; Wolf-Ostermann, K (2010). Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich.
- Hasselhorn, HM; Müller, BH; Tackenberg, P; Kümmerling, A; Simon, M (2005). In Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) Berufsausstieg bei Pflegepersonal: Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Hasselhorn, HM; Tackenberg, P; Müller, BH (2003). Vorzeitiger Berufsausstieg aus der Pflege in Deutschland als zunehmendes Problem für den Gesundheitsdienst - eine Übersichtsarbeit. *Gesundheitswesen*, 65 (1), 40-46.
- Häusliche Pflege (Hrsg.) (2015). Niedersachsen: Vergütungen werden künftig im Kollektiv verhandelt. Pressemitteilung vom 01.06.2015. Hannover: Vincentz. http://www.haesusliche-pflege.net/Infopool/Nachrichten/Recht/Niedersachsen-Verguetungen-werden-kuenftig-im-Kollektiv-verhandelt?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_content=/NL_2015_06_04_erfolg_bei_verg%C3%BCtungsverhandlungen,_g...&utm_campaign=NL_h (Zugriff am 05.06.2015).
- Heiber, A (2010). Betriebswirtschaftliche Kennzahlen für ambulante Dienste. Vortrag auf der Fachtagung der Volkssolidarität in Potsdam am 06.05.2010. http://www.volkssolidaritaet.de/cms/kap_media/-p-245.pdf?rewrite_engine=id; (Zugriff am 29.09.2014).
- Heiber, A; Nett, G (2006). Handbuch Ambulante Einsatzplanung: Grundlagen, Abläufe, Optimierung. Reihe PDL Praxis. Hannover: Vincentz Network.
- Heilmann, M (2011). Korrelation von Erfolgsfaktoren als Problem der Erfolgsfaktorenforschung. Schriften zur Organisationswissenschaft: Berichte aus der Forschung. (17), 20-32. [http://hdl.handle.net/10419/58214](http://hdl.handle.net/10419/58214;); (Zugriff am 25.09.2014).
- Heusinger, J (2006). Pflegeorganisation und Selbstbestimmung in häuslichen Pflegearrangements. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, (39), 418-422.
- Höhmann, U (2012). Qualitätsentwicklungsaktivismus oder aktive Transformationsstrategien des Managements in der stationären Altenpflege. *Pflege & Gesellschaft*, 17 (4), 363-366.
- Holl-Manoharan, N; Rehbein, I (2009). Das Vergütungsgeschehen in der ambulanten Pflege nach SGB XI. In: Dräther, H; Jacobs, K; Rothgang, H (Hrsg.) *Fokus Pflegeversicherung - Nach der Reform ist vor der Reform*, 175-200. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK.
- International Council of Nurses (ICN) (2012). The ICN Code Of Ethics For Nurses. Revised 2012. Genf. http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf; (Zugriff am 27.04.2016).
- Iseringhausen, O (2007). Die Qualität der Qualität: Anspruch und Wirklichkeit des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen. Stuttgart: ibidem.
- Isfort, M; Klostermann, J; Gehlen, D; Siegling, B (2014). Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip).

- Isfort, M; Weidner, F; Messner, T; Zinn, W (2004). Pflege-Thermometer 2004. Frühjahrsbefragung zur Personalsituation, zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip).
- Janssen, J; Laatz, W (2013). Statistische Datenanalyse mit SPSS: Eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul Exakte Tests. 8. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer Gabler.
- Jochem, R (2010). Was kostet Qualität? Wirtschaftlichkeit von Qualität ermitteln. München: Hanser.
- Jochimsen, MA (2003). Die Gestaltungskraft des Asymmetrischen: Kennzeichen klassischer Sorgesituationen und ihre theoretische Erfassung in der Ökonomik (The power of the asymmetric: characteristics of classical caring situations and their conceptualization in economics). *Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik*, 4 (1), 38-55.
- Joost, A; Kipper, J; Tewolde, T (2009). Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern: Zentrale Studienergebnisse im Überblick. Frankfurt/Main: Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur.
- King, IM (2007). King's Conceptual System, Theory of Goal Attainment, and Transaction Process in the 21st Century. *Nursing science quarterly*, 20 (2), 109-111.
- King, IM (1997). King's Theory of Goal Attainment in Practice. *Nursing Science Quarterly*, 10 (4), 180-185.
- King, IM (1981). A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process. New York: Delmar.
- Kitson, A; Conroy, T; Wengstrom, Y; Profetto-McGrath, J; Robertson-Malt, S (2010). Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 423-434.
- Kitson, A; Marshall, A; Basset, K; Zeitz, K (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (1), 4-15.
- Klie, T (2007). Qualitätssicherung in Geriatrie und Pflege: Eine multidisziplinäre Aufgabe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, (40), 135-136.
- Klie, T; Stoffer, FJ (2011). Moratorium Pflegenoten: Nein zu Pflege-Noten. Freiburg und Köln. <http://www.moratorium-pflegenoten.de/index.php/moratorium> (Zugriff am 22.02.2015).
- Klie, T (1999). Qualität in der häuslichen Pflege. DAK-Versichertenbefragung. Freiburg: Evangelische Fachhochschule.
- Kollmann, T; Herr, CT; Kuckertz, A (2008). Nicht-lineare Wirkungszusammenhänge zwischen Gründungsorganisation und subjektivem Unternehmenserfolg: empirische Befunde. *Journal of business economics*, 78 (6), 651-670.
- Kreutzer, S; Slotala, L (2012). Liebesdienst oder Geschäft? Zum Stellenwert des Ökonomischen im Arbeitsalltag ambulanter Pflege. *Pflege & Gesellschaft*, 17 (4), 347-362.
- Kriependorf, M; Reifenrath, H; Alten, AT; Tecklenburg, A (2012). Erfolgsfaktoren in der Radiologie: Eine Einzelfallstudie mit dem Fokus auf die Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit. *Das Krankenhaus*, (5), 489-492.
- Kriependorf, M; Tecklenburg, A (2014). Erfolg im Krankenhaus - was ist das? Entwicklung des Vier-Säulen-Erfolgsmodells. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 19 (3), 114-118.

- Kromark, K; Ostendorf, P (2011). Arbeitsanforderungen im Pflegeberuf - Ergebnisse empirischer Studien im Überblick. In: Loebe, H; Severing, E (Hrsg.) *Zukunftsfähig im demografischen Wandel - Herausforderungen für die Pflegewirtschaft*. Band 59, 27-36. Bielefeld: Bertelsmann.
- Krüger, D (2010). Sozialwirtschaftliche Unternehmen der Wohlfahrtspflege: Ist die Wirtschaftsform angesichts neuer Finanzierungsbedingungen noch zukunftsfähig? In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) (Hrsg.) *Sozialwirtschaft - mehr als Wirtschaft? Steuerung - Finanzierung - Vernetzung. Bericht über den 6. Kongress der Sozialwirtschaft vom 14. und 15. Mai 2009 in Magdeburg*, 137-142. Baden-Baden: Nomos.
- Kühnert, S (2009). Stand und Sicherung der Qualität der Pflege. In: Dräther, H; Jacobs, K; Rothgang, H (Hrsg.) *Fokus Pflegeversicherung - Nach der Reform ist vor der Reform*, 125-154. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK.
- Kutney-Lee, A; Wu, ES; Sloane, DM; Aiken, LH (2013). Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: An analysis of panel data. *International journal of nursing studies*, 50 (2), 195-201.
- Landesverbände der Pflegekassen Berlin; Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz des Landes Berlin; Verband der privaten Krankenversicherung; Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg; Landespflegeverbände (2006). Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung.
http://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Qualitaet/Gesetze/_75_SGB_XI/RV_AP_Berlin_01Januar2007.pdf (Zugriff am 08.04.2016).
- Laumann, K (2014). Pflegenoten gescheitert - mehr Transparenz für Verbraucher schaffen. Positionspapier des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung. Berlin.
http://www.patientenbeauftragter.de/images/dokumente_version1/Positionspapier_Pflegenoten_a.pdf (Zugriff am 22.02.2015).
- Lin, H (2014). Revisiting the relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: An instrumental variables approach. *Journal of Health Economics*, 37, 13-24.
- LoBiondo-Wood, G; Haber, J (2005). Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung. 2. Auflage. München: Elsevier.
- Lutjens, LRJ (1991). Martha Rogers: the science of unitary human beings. Newbury Park: Sage.
- Mahlow, S (2012). Veränderungsprojekte erfolgreich umsetzen: Change Management im Mittelstand. *Wirtschaftspsychologie und Organisationserfolg: Tagungsband zur 16. Fachtagung der "Gesellschaft für Angewandte Wirtschaftspsychologie"*, Stuttgart, 11. bis 12. Februar 2011, 435-444. Lengerich: Pabst.
- Martens, R; Novakovic, A; Zentgraf, U (2014). Modellrechnungen zur Unterfinanzierung der ambulanten Pflege in der Sozialen Pflegeversicherung 1998 bis 2013. Herausgegeben von: Der Paritätische Gesamtverband. Berlin:
- MDS; GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2009). Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege. Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung. Hrsg. von Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) und GKV-Spitzenverband. Essen, Berlin.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2012). Qualität in der ambulanten und stationären Pflege: 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Essen: MDS.

- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2007). Qualität in der ambulanten und stationären Pflege: 2. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach §118 Abs. 4 SGB XI. Essen: MDS.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2004). Qualität in der ambulanten und stationären Pflege: 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach §118 Abs. 4 SGB XI. Essen: MDS.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (2014). Qualität in der ambulanten und stationären Pflege: 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Essen: MDS.
- Menninger, O (2010). Finanzkraft durch Werteorientierung stärken. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) (Hrsg.) *Sozialwirtschaft - mehr als Wirtschaft? Steuerung - Finanzierung - Vernetzung. Bericht über den 6. Kongress der Sozialwirtschaft vom 14. und 15. Mai 2009 in Magdeburg*, 143-148. Baden-Baden: Nomos.
- Mertel, B (2007). Arbeitszufriedenheit - Diagnose, Erfassung und Modifikation. Saarbrücken: VDM.
- Metzing, S; Schnepf, W (2008). Warum Kinder und Jugendliche zu pflegenden Angehörigen werden: Einflussfaktoren auf die Konstruktion familialer Pflegearrangements. In: Bauer, U; Büscher, A (Hrsg.) *Soziale Ungleichheit und Pflege - Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Forschung*, 315-341. Wiesbaden: VS.
- Mittnacht, B (2009). Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit im Kontext häuslicher Pflegearrangements: Entwicklungstrends und Perspektiven. Dissertation. Universität Bremen.
- Moers, M; Schaeffer, D (2011). Pflgetheorien. In: Schaeffer, D; Wingenfeld, K (Hrsg.) *Handbuch Pflegewissenschaft*, 37-66. Weinheim: Juventa.
- Moers, M; Schiemann, D; Büscher, A (2014). Qualitätsentwicklung in der Pflege - Versuch einer Standortbestimmung. In: Schiemann, D; Moers, M; Büscher, A (Hrsg.) *Qualitätsentwicklung in der Pflege: Konzepte, Methoden und Instrumente*, 11-19. Stuttgart: Kohlhammer.
- Möller, A; Osterfeld, A; Büscher, A (2013). Soziale Ungleichheit in der ambulanten Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46 (4), 312-316.
- Müller, R (2007). Zertifizierung von Pflegeeinrichtungen als Qualitätskriterium für die geleistete Pflege. *Gesundheitswesen*, (69), 664-669.
- Neubauer, G; Pfister, F (2007). Preisbildung bei ambulant und stationär erbrachten Gesundheitsleistungen. In: Henke, KD (Hrsg.) *Gesundheitsökonomie. Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, 621-635. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Neumann, P (2014). Pflegemarktsituation der ambulanten Pflegedienste in Sachsen. Kongressbeitrag auf dem Kongress Forschungswelten am 4. Dezember 2014, Vallendar.
- Neumann, P; Klewer, J (2008). Pflegepersonalfluktuation und Mitarbeiterorientierung in der Pflege. Eine Untersuchung in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen in Sachsen. *HeilberufeSCIENCE*, 60, 13-17.
- Neumann, P; Klewer, J; Kugler, J (2015). Pflegequalität und Rahmenbedingungen in ambulanten Pflegediensten und vollstationären Pflegeeinrichtungen in Sachsen. *Pflegewissenschaft*, 17 (6), 361-369.
- Nicolai, A; Kieser, A (2002). Trotz eklatanter Erfolgslosigkeit: die Erfolgsfaktorenforschung weiter auf Erfolgskurs. *Die Betriebswirtschaft*, 62 (6), 579-596.

- Orem, DE (1995). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
- Panhorst, H; Möller, J (2013). *Begleitforschung zur Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz*. Abschlussbericht. Hamburg: Hamburger Fern-Hochschule.
- Przylog, A; Stroka, MA; Engel, S; Linder, R (2015). Bieten Pflegeheime mit besseren Pflegenoten auch eine bessere Qualität? Empirische Analyse auf Basis von GKV-Routinedaten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, (online publiziert am 18.11.2015), 1-9.
- Raab-Steiner, E; Benesch, M (2010). *Der Fragebogen - Von der Forschungsidee zur SPSS/PASW-Auswertung*. 2. Auflage. Wien: facultas.
- Raiß, M (2011). Von Fehlern, Fallen und Fakten. Wenn der MDK vor der Tür steht. *Pflegezeitschrift*, 64 (8), 486-488.
- Rasch, B; Friese, M; Hofmann, W; Naumann, E (2010). *Quantitative Methoden Band 1: Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. 3., erweiterte Auflage. Berlin Heidelberg: Springer.
- Rietiker, S; Scheurer, S; Wald, A (2013). Mal andersrum gefragt: Ergebnisse einer Studie zu Misserfolgskriterien in der Projektarbeit. *Projektmanagement*, (4), 33-39.
- Rogers, ME (1990). *Nursing: Science of unitary, irreducible human beings: Update 1990*. In: Barrett, EA (Hrsg.) *Visions of Rogers' science-based nursing*. New York: National League for Nursing.
- Rogers, ME; Ammende, RM (1997). *Theoretische Grundlagen der Pflege: eine Einführung*. 2., überarbeitete Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Roth, G (2007). Qualitätsprobleme in der Altenpflege: Versuch einer soziologischen Aufklärung. *PrinterNet*, (1), 42-51.
- Roth, G (2001). *Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege*. Nationale und internationale Forschungsergebnisse. Band 226. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rothgang, H (2004). *Ökonomische Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege*. In: Hasseler, M; Meyer, M (Hrsg.) *Ambulante Pflege: neue Wege und Konzepte für die Zukunft*, 36-47. Hannover: Schlütersche.
- Rothgang, H (1997). *Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse*. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Band 7. Frankfurt/New York: Campus.
- Rothgang, H; Kalwitzki, T; Müller, R; Runte, R; Unger, R (2015). *Barmer GEK Pflegereport 2015*. Schwerpunktthema: Pflegen zu Hause. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 36. Siegburg: Asgard.
- Rothgang, H; Kulik, D; Müller, R; Unger, R (2009). *GEK-Pflegereport 2009*. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 73. St. Augustin: Asgard.
- Rothgang, H; Larisch, J (2014). *Pflegeökonomie - eine neue Subdisziplin der Gesundheitsökonomie?* In: Matusiewicz, D; Wasem, J (Hrsg.) *Gesundheitsökonomie - Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven*. Schriften der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V., Band 30, 211-240. Berlin: Duncker & Humblot.

Literaturverzeichnis

- Rothgang, H; Müller, R; Unger, R (2013). Barmer GEK Pflegereport 2013 - Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 23. Siegburg: Asgard.
- Rothgang, H; Müller, R; Unger, R (2012). Themenreport "Pflege 2030": Was ist zu erwarten - was ist zu tun? Vorabdruck. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Rothgang, H; Müller, R; Unger, R; Weiß, C; Wolter, A (2012). Barmer GEK Pflegereport 2012 - Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 17. Siegburg: Asgard.
- Rothgang, H; Sünderkamp, S; Weiß, C (2015). Expertise für den bpa - Die Rolle der privaten Anbieter in der Pflegeversorgung in Deutschland. Herausgegeben vom Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) und bpa Arbeitgeberverband. Berlin.
- Sächsischer Pflegerat (Hrsg.) (2013). Berufsordnung für Pflegefachkräfte in Sachsen. Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz über die Berufsausübung von Pflegefachkräften (Berufsordnung Pflegefachkräfte - PflBO) vom 30. November 2012. Sächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 16, S. 696f.
- Sax, A (2008). Die Definitionen von Arbeitszufriedenheit und ihre Messung in der Praxis. Wird die Arbeitszufriedenheit von Mitarbeitern in Unternehmen wirklich gemessen? Saarbrücken: VDM.
- Scharfenberg, E (2015). Pflege-TÜV muss abgeschafft werden. Pressemitteilung vom 04.02.2015. Herausgegeben von: Bündnis 90 - Die Grünen - Bundestagsfraktion. https://www.gruene-bundestag.de/presse/pressemitteilungen/2015/februar/pflege-tuev-muss-abgeschafft-werden_ID_4394430.html (Zugriff am 22.02.2015).
- Schiemann, D (2014). Networking for Quality: Qualitätsnetzwerke der Pflege auf europäischer und nationaler Ebene. In: Schiemann, D, Moers, M; Büscher, A (Hrsg.) *Qualitätsentwicklung in der Pflege: Konzepte, Methoden und Instrumente*, 20-26. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schiemann, D; Moers, M (2014). Qualitätsmethodik zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung evidenzbasierter Expertenstandards in der Pflege. In: Schiemann, D; Moers, M; Büscher, A (Hrsg.) *Qualitätsentwicklung in der Pflege: Konzepte, Methoden und Instrumente*, 29-69. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schiemann, D; Moers, M (2011). Qualitätsentwicklung und -standards in der Pflege. In: Schaeffer, D; Wingenfeld, K (Hrsg.) *Handbuch Pflegewissenschaft*, 617-642. Weinheim: Juventa.
- Schmidt, M (2010). Qualitätsgestützte Dienstleistungsentwicklung aus einer Hand mit AWO-Profil: Verbands- und Unternehmensentwicklung der AWO-Nordhessen. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) (Hrsg.) *Sozialwirtschaft - mehr als Wirtschaft? Steuerung - Finanzierung - Vernetzung. Bericht über den 6. Kongress der Sozialwirtschaft vom 14. und 15. Mai 2009 in Magdeburg*, 219-231. Baden-Baden: Nomos.
- Schmitz, H; Stroka, MA (2014). Do Elderly Choose Nursing Homes by Quality, Price or Location? Ruhr Economic Papers. 495, 1-32. Essen: RWI. <http://dx.doi.org/10.4419/86788564> (Zugriff am 24.04.2015).
- Schneekloth, U; Wahl, HW (2005). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.
- Schulenburg von der, JM; Greiner, W (2013). Gesundheitsökonomik. Tübingen: Mohr-Siebeck.
- Schulenburg von der, JM; Greiner, W (2000). Gesundheitsökonomik. Tübingen: Mohr Siebeck.

- Schwaninger, M; Kaiser, C (2007). Erfolgsfaktoren organisatorischen Wandels. *Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung*, 59 (2), 150-172.
- Scott, PA; Matthews, A; Kirwan, M (2014). What is nursing in the 21st century and what does the 21st century health system require of nursing? *Nursing Philosophy*, 15, 23-34.
- Segmüller, T; Zegelin, A; Wagner, F; Bienstein, C (2012). Menschen würdig pflegen? Das Recht auf qualifizierte Pflege. Eine Diskussionschrift. Handreichung zur politischen Bildung. Band 10. Sankt Augustin/Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung.
- Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit und Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen (2011). Berufsordnung für die staatlich anerkannten Pflegeberufe vom 4. Februar 2011. Bremen: Eigendruck.
- Simon, M (2007). Die gesundheitspolitische Bedeutung anwendungsorientierter Pflegeforschung. *Pflege & Gesellschaft*, 12 (2), 150-159.
- Slotala, L (2011). Ökonomisierung der ambulanten Pflege: Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sparkassen-Finanzgruppe (2014). Ambulante soziale Dienste. BranchenReport 2014. Stuttgart: Deutscher Sparkassen Verlag.
- Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW und die Landesverbände der Krankenkassen in NRW (2010). Landesvertrag gem. §§ 132, 132a SGB V zur Durchführung der häuslichen Krankenpflege. Gültig ab 01.04.2010. 1-40.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011). Pflegestatistik - PFA - Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) am 15.12.2011. https://www.it.nrw.de/statistik/Online_Erhebungen/Pflegestatistik_2011_Ambulante_Pflegedienste.pdf (Zugriff am 14.01.2016).
- Statistisches Bundesamt (2015a). Ambulante Pflegedienste, Personal und Pflegebedürftige. Zuletzt aktualisiert am 12.03.2015. www.g-be.de (Zugriff am 18.05.2015).
- Statistisches Bundesamt (2015b). Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Art der Einrichtung, Berufe. Angaben für das Jahr 2011, zuletzt aktualisiert am 30.01.2013. www.g-be.de (Zugriff am 18.08.2015).
- Statistisches Bundesamt (2015c). Gesundheitsausgabenrechnung. Zuletzt aktualisiert am 14.04.2015. www.g-be.de (Zugriff am 13.05.2015).
- Statistisches Bundesamt (2015d). Pflegestatistik - Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen. Zuletzt aktualisiert am 12.03.2015. www.g-be.de (Zugriff am 18.05.2015).
- Statistisches Bundesamt (2015e). Pflegestatistik 2013: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2014). Gesundheit: Ausgaben 2012. Fachserie 12 Reihe 7.1.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/AusgabenGesundheitPDF_2120711.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 13.05.2015).
- Statistisches Bundesamt (2013). Pflegestatistik 2011: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Literaturverzeichnis

- Statistisches Bundesamt (2011). Pflegestatistik 2009: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2009). Pflegestatistik 2007: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2007). Pflegestatistik 2005: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2005). Pflegestatistik 2003: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2003). Pflegestatistik 2001: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2001). Pflegestatistik 1999: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stemmer, R (2009). Messung von Ergebnisqualität in der Pflege. In: Stemmer, R (Hrsg.) *Qualität in der Pflege - trotz knapper Ressourcen*, 79-100. Hannover: Schlüter.
- Stemmer, R; Arnold, J (2014). Expertise zur Eignung von Indikatoren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in der stationären Pflege im Bereich der sozialen Pflegeversicherung. Berlin: GKV-Spitzenverband.
https://www.kh-mz.de/fileadmin/user_upload/aktuelles/aktuelles/expertise_ergebnisqualitaetsindikatoren_stationaere_pflege_stemmer___arnold_2014.pdf (Zugriff am 13.05.2016).
- Stolle, C (2012). Wirkungen und Effekte des Resident Assessment Instrument (RAI Home Care 2.0) in der ambulanten Pflege in Deutschland. Dissertation, Universität Bremen.
- Sünderkamp, S; Weiß, C; Rothgang, H (2014). Analyse der ambulanten und stationären Pflegenoten hinsichtlich der Nützlichkeit für den Verbraucher. *Pflege*, 27 (5), 325-336.
- SurveyMonkey (2013). <https://de.surveymonkey.com/> (Zugriff am 08.04.2016).
- Theuerkauf, K (2014). Rechtliche Verbindlichkeit von Expertenstandards. In: Schiemann, D; Moers, M; Büscher, A (Hrsg.) *Qualitätsentwicklung in der Pflege: Konzepte, Methoden und Instrumente*, 147-166. Stuttgart: Kohlhammer.
- Theurl, T; Franz, S (2007). Benchmark integrierte Versorgung im Gesundheitswesen: Erste empirische Ergebnisse. Arbeitspapiere des Instituts für Genossenschaftswesen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Nr. 64.
- Thiele, G (2004). *Ökonomik des Pflegesystems*. Heidelberg: Economica.
- Thiele, G; Büche, V; Roth, M; Bettig, U (2010). *Pflegewirtschaftslehre für Krankenhäuser, Pflege-, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen*. 3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: medhochzwei.
- Thiele, G; Güntert, BJ (2014). *Sozialökonomie: Pflege- und Gesundheitsökonomik*. München: De Gruyter Oldenbourg.
- Urban, D; Mayerl, J (2011). *Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung*. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Urban, D; Mayerl, J (2008). *Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung*. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Literaturverzeichnis

- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) (Hrsg.) (2016). Pflegenoten - Der monatliche Newsletter des vdek. DCS-Statistik Dezember 2011.
https://www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/Newsletter_Pflegenoten/_jcr_content/par/download_14/file.res/dcs_monatliche_statistik_20111205.pdf (Zugriff am: 15.05.2016).
- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) (Hrsg.) (2015). Pflegenoten - Der monatliche Newsletter des vdek. http://www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/Newsletter_Pflegenoten.html (Zugriff am: 27.08.2015).
- Verband der Ersatzkassen in Berlin e.V. (vdek) (Hrsg.) (2009). Vertrag gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege.
https://www.vdek.com/LVen/BERBRA/Vertragspartner/Pflege/Berlin/_jcr_content/par/download/file.res/LIGA-Vertrag_ab_01.10.2009.pdf (Zugriff am 07.04.2016).
- Verbraucherzentrale Bundesverband (Hrsg.) (2012). Gute Pflege im Heim und zu Hause: Pflegequalität erkennen und einfordern. 2. Auflage. Berlin: Verbraucherzentrale Bund.
- Weiß, C; Sünderkamp, S; Rothgang, H (2014). Strukturelle Einflüsse auf die Pflegenoten: Eine Analyse nach Anbietergröße, Trägerschaft und regionaler Lage. DIW Berlin. *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung*, 83 (4), 87-105.
- Werner, RM; Norton, EC; Konetzka, TR; Polsky, D (2012). Do consumers respond to publicly reported quality information? Evidence from nursing homes. *Journal of Health Economics*, 31 (1), 50-61.
- Williamson, JW (1982). Teaching Quality Assurance and Cost-Containment in Health Care. San Francisco: Jossey-Bass.
- Wingefeld, K; Kleina, T (2011). Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bielefeld/Köln: Universität Bielefeld.
- Wingefeld, K; Schumacher, F (2013). Es ist noch viel zu tun. *Die Schwester Der Pfleger*, 52 (8), 804-807.
- Wißgott, R (2013). Pflegedienste müssen Kennzahlen hinterfragen. *Care konkret*, (10), 10-10.
- Wißgott, R (2012). Erfolgreiches Wirtschaften im Pflegedienst - Kennzahlen erheben und richtig auswerten. *Die Schwester Der Pfleger*, (12), 181-183.
- Wolff, G; Herrmann, M; Niggemann, M (2004). Quo vadis Erfolgsfaktorenforschung? *Diskussionsbeiträge - Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, 224 (1+2), 263-269.
- Wolke, R (2014). Gesundheitsökonomische Evaluation von nationalen Expertenstandards in der Pflege. In: Schiemann, D; Moers, M; Büscher, A (Hrsg.) *Qualitätsentwicklung in der Pflege: Konzepte, Methoden und Instrumente*, 126-146. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wolke, R (2011). Kosten-Nutzen-Analyse zum Nationalen Expertenstandard "Förderung der Harnkontinenz in der Pflege". *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, (16), 27-34.
- You, L; Aiken, LH; Sloane, DM; Liu, K; He, G; Hu, Y et al. (2013). Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International journal of nursing studies*, 50 (2), 154-161.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2012). Perspektivenwerkstatt Qualität in der häuslichen Pflege. Weiterentwicklung von Qualität und Qualitätsbewertung in der häuslichen Pflege. Laufzeit September 2012 - Dezember 2016. Berlin: ZQP.
<http://www.zqp.de/index.php?pn=project&id=327> (Zugriff am 13.05.2016).

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2011). Erstellung einer Übersicht und Bewertung von Qualitätssiegeln und Zertifikaten in der deutschen Langzeitpflege - Abschlussbericht. Berlin: ZQP.

Anhang

Anhang 1: Anschreiben für Studienteilnehmer	276
Anhang 2: Abdruck des Online-Fragebogens.....	277
Anhang 3: Korrelationsmatrix der Faktoren(analyse)	292

Anhang 1: Anschreiben für Studienteilnehmer



Universität Bremen
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)
Prof. Dr. Heinz Rothgang
Postfach 33 04 40
28334 Bremen

Ansprechpartnerin:
Susanne Sünderkamp, Dipl. Pflegewirtin (FH)
Tel: (entfernt)
Mobil: (entfernt)
Mail: (entfernt)
Web: www.zes.uni-bremen.de

Studie

Qualitätsentwicklung in ambulanten Pflegediensten

Bremen/Greven, im Mai/Juni 2013

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die Pflegeforschung hat den Bereich der ambulanten Pflege bisher unzureichend betrachtet. Wissenschaftlich gestützte Erkenntnisse sind jedoch hilfreich, um die Rahmenbedingungen für Pflegedienste und ihre Pflege Tätigkeit flächendeckend verbessern zu können. Aus diesem Grund führt das Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen eine Studie durch. Dabei ist es von großer Wichtigkeit, Informationen direkt von Ihnen als Experte ambulanter Pflege zu erhalten.

Ziel der Studie ist es, **Ihre Anstrengungen für die Qualitätsentwicklung zu erfassen**. Die online durchgeführte Befragung richtet sich **an Pflegedienstleitungen, Qualitätsbeauftragte und/oder Geschäftsführer**, die Auskunft über den Pflegedienst, seine Qualitätsentwicklung und die Kundenentwicklung geben können. Sie starten gut vorbereitet in die Studie, wenn Sie sich die Mitarbeiter- und Patientenzahlen Ihres Pflegedienstes von 2012 besorgen. Wir bitten Sie ganz herzlich, an der Befragung teilzunehmen.

Ihre Teilnahme dauert etwa 20 Minuten und bleibt anonym. Die Befragung lässt keinen Rückschluss auf Sie oder Ihren Pflegedienst zu. Ihre Anonymität wird zu jeder Zeit beibehalten.

Die Ergebnisse der Studie werden den Pflegeverbänden zugestellt, in der Fachpresse veröffentlicht und Ihnen somit zur Verfügung gestellt. Finanziert wird die Studie aus Eigenmitteln im Rahmen einer Doktorarbeit.

Ihre Beteiligung ist **selbstverständlich freiwillig**. Die Qualität unserer Untersuchung gewinnt sehr, wenn auch Sie uns unterstützen und den Fragebogen **bis zum 20. Juni 2013 vollständig ausfüllen**. Für Ihr Engagement bedanken wir uns ganz herzlich.

Über diesen Link gelangen Sie **zum Fragebogen**: <https://de.surveymonkey.com/s/QM-in-Pflegediensten>

Mit freundlichen Grüßen,

Susanne Sünderkamp, Projektleitung

Anhang 2: Abdruck des Online-Fragebogens

Fragebogen für ambulante Pflegedienste

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die Pflegeforschung hat den Bereich der ambulanten Pflege bisher unzureichend betrachtet. Wissenschaftlich gestützte Erkenntnisse sind jedoch hilfreich, um die Rahmenbedingungen für Pflegedienste und ihre Pfl egetätigkeit flächendeckend verbessern zu können. Aus diesem Grund führt das Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen eine Studie durch. Dabei ist es von großer Wichtigkeit, Informationen direkt von Ihnen als Experte ambulanter Pflege zu erhalten.

Ziel der Studie ist es, Ihre Anstrengungen für die Qualitätsentwicklung zu erfassen. Sie richtet sich an Pflegedienstleitungen, Qualitätsbeauftragte und/oder Geschäftsführer, die Auskunft über den Pflegedienst, seine Qualitätsentwicklung und die Kundenentwicklung geben können. Sie starten gut vorbereitet, wenn Sie sich die Mitarbeiter- und Patientenzahlen Ihres Pflegedienstes von 2012 besorgen. Wir bitten Sie ganz herzlich, an der Befragung teilzunehmen.

Ihre Teilnahme dauert je nach Verfügbarkeit Ihrer Daten im Schnitt 20 Minuten und bleibt anonym. Sie können die Befragung pausieren und später von demselben Computer fortsetzen, wenn Ihr Computer Cookies zulässt. Dennoch empfehlen wir, den Fragebogen "am Stück" auszufüllen. In jedem Fall ist ein Rückschluss auf Sie oder Ihren Pflegedienst nicht möglich. Ihre Anonymität wird zu jeder Zeit beibehalten.

Die Ergebnisse der Studie werden den Pflegeverbänden zugestellt, in der Fachpresse veröffentlicht und Ihnen somit zur Verfügung gestellt. Finanziert wird die Studie aus Eigenmitteln im Rahmen einer Doktorarbeit.

Ihre Beteiligung ist selbstverständlich freiwillig. Die Qualität unserer Untersuchung gewinnt sehr, wenn auch Sie uns unterstützen und den Fragebogen bis zum 22. Juli 2013 vollständig ausfüllen. Für Ihr Verständnis und Ihr Engagement bedanken wir uns ganz herzlich.

Mit dem unten stehenden Button "Weiter" starten Sie direkt den Fragebogen.

Mit freundlichen Grüßen,

Susanne Sünderkamp, Dipl. Pflegewirtin (FH), Projektleitung
Prof. Dr. Heinz Rothgang

Universität Bremen
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)
Susanne Sünderkamp
Postfach 33 04 40
28359 Bremen
Tel: XXX
Mail: XXX

Der/Die Qualitätsmanagementbeauftragte/r

Sollten Sie für mehrere Pflegedienste zuständig sein, beantworten Sie die Fragen nur für einen Pflegedienst.

Die folgenden Fragen befassen sich mit dem zeitlichen Aufwand, den Ihr Pflegedienst für die Qualitätsentwicklung (=Qualitätsmanagement) betreibt. Zunächst geht es um die Person, die hauptverantwortlich für die Qualitätsentwicklung ist. Später wird nach weiteren Mitarbeitern in der Qualitätsentwicklung gefragt.

Zur Qualitätsentwicklung zählen alle Maßnahmen der Qualitätsplanung, -lenkung, -prüfung und Implementierung wie z.B. die Vorbereitung auf die MDK-Prüfung, Pflegevisiten, Qualitätszirkel, Qualitätsprüfungen, Expertenstandards, Verfahrensanweisungen, Einführung neuer Dokumentationssysteme, etc.

1. Wer ist in Ihrem Pflegedienst hauptverantwortlich für die Qualitätsentwicklung tätig?

- Geschäftsführer/in
- Inhaber/in
- Pflegedienstleitung
- examinierte Pflegekraft (Krankenschwester/-pfleger, Altenpfleger/in, Kinderkrankenschwester/-pfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/-in)
- extern vergebene Position (z.B. externer Auditor, Berater)
- keine vorhanden
- weiß ich nicht

anders und zwar:

2. Wo ist die Stelle des Qualitätsmanagementbeauftragten angesiedelt?

- innerhalb dieses Pflegedienstes
- Zusammenschluss mehrerer Pflegedienst-Büros
- externes Unternehmen
- Bezirks-/Regionalverband
- Landesverband
- weiß ich nicht

anders und zwar:

3. Mit wie vielen Stunden pro Woche ist der/die Qualitätsmanagementbeauftragte für die Qualitätsentwicklung in Ihrem Pflegedienst tätig?

(inklusive Fort- und Weiterbildungen, die während der Arbeitszeit stattfinden)

4. Welchen höchsten Bildungsabschluss hat der/die Qualitätsmanagementbeauftragte?

- Pflegeexamen (Krankenschwester/-pfleger, Altenpfleger/in, Kinderkrankenschwester/-pfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/-in)
- anderer Ausbildungsberuf
- Weiterbildung Qualitätsmanagementbeauftragte/r
- Weiterbildung Pflegedienstleitung
- (Fach-)Hochschulabschluss
- Anderer und zwar:

Kosten der Qualitätsentwicklung

Wenn Sie die folgenden Fragen nicht genau beantworten können, versuchen Sie bitte eine gute Schätzung.

10. Wie hoch war in Ihrem Pflegedienst 2012 das geplante Budget für Personal- und Sachkosten für die Qualitätsentwicklung in Euro?

(Bitte berücksichtigen Sie alle Lohn- und Lohnnebenkosten für die Qualitätsentwicklung, zu denen auch die Beiträge zur Sozialversicherung, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Vergütung gesetzlicher Feiertage und sonstiger Ausfallzeiten gehören sowie Sonderzahlungen wie Urlaubsgeld und vermögenswirksame Leistungen.)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Es wurde kein Budget geplant. | <input type="radio"/> 20.001-25.000 Euro | <input type="radio"/> 50.001-100.000 Euro |
| <input type="radio"/> bis 1.000 Euro | <input type="radio"/> 25.001-30.000 Euro | <input type="radio"/> 100.001-200.000 Euro |
| <input type="radio"/> 1.001-5.000 Euro | <input type="radio"/> 30.001-35.000 Euro | <input type="radio"/> mehr als 200.000 Euro |
| <input type="radio"/> 5.001-10.000 Euro | <input type="radio"/> 35.001-40.000 Euro | <input type="radio"/> weiß ich nicht |
| <input type="radio"/> 10.001-15.000 Euro | <input type="radio"/> 40.001-45.000 Euro | |
| <input type="radio"/> 15.001-20.000 Euro | <input type="radio"/> 45.001-50.000 Euro | |

11. Wie hoch waren 2012 die tatsächlichen Ausgaben Ihres Pflegedienstes für Personal- und Sachkosten für die Qualitätsentwicklung in Euro?

12. Welche Sachkosten entstanden Ihrem Pflegedienst 2012 für die Qualitätsentwicklung? (Mehrfachnennung möglich)

- einfaches Arbeitsmaterial (z.B. Papier, Druckkosten, Telefon)
- neue Software
- neue Arbeitsgeräte (z.B. Laptop, Netbook, Smartphone, Pager, Drucker)
- Zertifizierung oder Gütesiegel
- keine
- weitere und zwar:

13. Welche Kosten (in Euro) entstehen Ihrem Pflegedienst durch eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) im Rahmen der Pflegetransparentzprüfungen?

(Bitte Berücksichtigen Sie NICHT die Kosten für die Prüfzubereitung, sondern nur die anfallenden Lohn- und Lohnnebenkosten/Ausfallkosten für den/die Prüfungstag/e.)

Kosten der Qualitätsentwicklung

8. Wer kommt für die Kosten der Fort- und Weiterbildungen im Rahmen der Qualitätsentwicklung auf? Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an. (Zu den Kosten zählen die Fort-/Weiterbildungsmaßnahmen sowie ggf. der Arbeitsausfall der Mitarbeiter währenddessen.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Fördermittelgeber (z.B. Land, EU) |
| <input type="checkbox"/> Mitarbeiter (z.B. Fortbildung außerhalb der Arbeitszeit) | <input type="checkbox"/> Krankenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Verband (Regional-, Landes-, Bundesverband) | <input type="checkbox"/> Pharmazie-Unternehmen |
| <input type="checkbox"/> angegliederte Einrichtung (z.B. Pflegeheim, Rehabilitationshaus) | <input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsagentur | |
| <input type="checkbox"/> weitere, und zwar: | |

9. Wer trägt den größten Teil der Kosten für Fort- und Weiterbildungen im Rahmen der Qualitätsentwicklung?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Pflegedienst | <input type="radio"/> Fördermittelgeber (z.B. Land, EU) |
| <input type="radio"/> Mitarbeiter (z.B. Fortbildung außerhalb der Arbeitszeit) | <input type="radio"/> Krankenversicherung |
| <input type="radio"/> Verband (Regional-, Landes-, Bundesverband) | <input type="radio"/> Pharmazie-Unternehmen |
| <input type="radio"/> angegliederte Einrichtung (z.B. Pflegeheim, Rehabilitationshaus) | <input type="radio"/> weiß ich nicht |
| <input type="radio"/> Arbeitsagentur | |
| <input type="radio"/> weitere, und zwar: | |

Weitere MitarbeiterInnen in der Qualitätsentwicklung

Hier geht es um weitere Mitarbeitende, die neben der/dem Qualitätsmanagementbeauftragten für die Qualitätsentwicklung tätig sind.

5. Welche weitere(n) Person(en) waren im Jahr 2012 - außer der eben benannten - für die Qualitätsentwicklung verantwortlich? (Mehrfachnennung möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geschäftsführer/in, Inhaber/in | <input type="checkbox"/> Kauffrau/Kaufmann im Gesundheitswesen |
| <input type="checkbox"/> Pflegedienstleitung | <input type="checkbox"/> Sekretär/in |
| <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter/in | <input type="checkbox"/> weitere Mitarbeiter der Verwaltung |
| <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagementbeauftragte/r | <input type="checkbox"/> Examinierte Pflegekräfte |
| <input type="checkbox"/> Auditor/in, externe/r
Qualitätsmanagementbeauftragte/r | <input type="checkbox"/> Pflegehilfskräfte/Haushaltshilfen |
| <input type="checkbox"/> Unternehmensberater/in | <input type="checkbox"/> Studenten |
| <input type="checkbox"/> Controller/in | <input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| <input type="checkbox"/> Weitere und zwar: | |

6. Wie viele Stunden pro Woche arbeiten die weiteren Personen insgesamt für die Qualitätsentwicklung?

(inkl. Fort- und Weiterbildungen, die während der Arbeitszeit stattfinden)

7. Wie viele Stunden Fort- und Weiterbildung erhielten ALLE Mitarbeiter zusammen im Jahr 2012 im Rahmen der Qualitätsentwicklung?

Kosten der Qualitätsentwicklung

Wenn Sie die folgenden Fragen nicht genau beantworten können, versuchen Sie bitte eine gute Schätzung.

10. Wie hoch war in Ihrem Pflegedienst 2012 das geplante Budget für Personal- und Sachkosten für die Qualitätsentwicklung in Euro?

(Bitte berücksichtigen Sie alle Lohn- und Lohnnebenkosten für die Qualitätsentwicklung, zu denen auch die Beiträge zur Sozialversicherung, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Vergütung gesetzlicher Feiertage und sonstiger Ausfallzeiten gehören sowie Sonderzahlungen wie Urlaubsgeld und vermögenswirksame Leistungen.)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Es wurde kein Budget geplant. | <input type="radio"/> 20.001-25.000 Euro | <input type="radio"/> 50.001-100.000 Euro |
| <input type="radio"/> bis 1.000 Euro | <input type="radio"/> 25.001-30.000 Euro | <input type="radio"/> 100.001-200.000 Euro |
| <input type="radio"/> 1.001-5.000 Euro | <input type="radio"/> 30.001-35.000 Euro | <input type="radio"/> mehr als 200.000 Euro |
| <input type="radio"/> 5.001-10.000 Euro | <input type="radio"/> 35.001-40.000 Euro | <input type="radio"/> weiß ich nicht |
| <input type="radio"/> 10.001-15.000 Euro | <input type="radio"/> 40.001-45.000 Euro | |
| <input type="radio"/> 15.001-20.000 Euro | <input type="radio"/> 45.001-50.000 Euro | |

11. Wie hoch waren 2012 die tatsächlichen Ausgaben Ihres Pflegedienstes für Personal- und Sachkosten für die Qualitätsentwicklung in Euro?

12. Welche Sachkosten entstanden Ihrem Pflegedienst 2012 für die Qualitätsentwicklung? (Mehrfachnennung möglich)

- einfaches Arbeitsmaterial (z.B. Papier, Druckkosten, Telefon)
- neue Software
- neue Arbeitsgeräte (z.B. Laptop, Netbook, Smartphone, Pager, Drucker)
- Zertifizierung oder Gütesiegel
- keine
- weitere und zwar:

13. Welche Kosten (in Euro) entstehen Ihrem Pflegedienst durch eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) im Rahmen der Pflegetransparentzprüfungen?

(Bitte Berücksichtigen Sie NICHT die Kosten für die Prüfzubereitung, sondern nur die anfallenden Lohn- und Lohnnebenkosten/Ausfallkosten für den/die Prüfungstag/e.)

Personalentwicklung

Folgende Fragen thematisieren den Zuwachs an examinierten Pflegekräften und Pflegehilfskräften. Hierbei wird immer die Anzahl der Mitarbeitenden erfragt unabhängig vom jeweiligen Stellenumfang.

14. Wie viele examinierte Pflegefachkräfte hat Ihr Pflegedienst im Jahr 2012 neu eingestellt?

(Bitte nennen Sie die Anzahl unabhängig vom Stellenumfang.)

15. Wie viele examinierte Pflegekräfte haben Ihren Pflegedienst im Jahr 2012 verlassen?

(Dazu zählen die Beendigung des Arbeitsvertrags und die vollständige Freistellung wegen Elternzeit.)

16. Wie viele Pflegehilfskräfte hat Ihr Pflegedienst im Jahr 2012 neu eingestellt?

(Bitte nennen Sie die Anzahl unabhängig vom Stellenumfang.)

17. Wie viele Pflegehilfskräfte haben Ihren Pflegedienst im Jahr 2012 verlassen?

(Dazu zählen die Beendigung des Arbeitsvertrags und die vollständige Freistellung wegen Elternzeit.)

18. Wie viele examinierte Pflegekräfte suchen Sie derzeit für Ihren Pflegedienst?

19. Wie viele Pflegehilfskräfte suchen Sie derzeit?

Mitarbeiter

Hier wird nach den Mitarbeitern gefragt, die Ihre Bezüge vom Pflegedienst erhalten.

20. Wie viele MitarbeiterInnen sind insgesamt in Ihrem Pflegedienst beschäftigt? (Bitte zählen Sie die Anzahl Ihrer MitarbeiterInnen (ohne Berücksichtigung des Stellenumfangs), die vertraglich in Ihrem Pflegedienst angestellt sind und Ihre Bezüge vom Pflegedienst erhalten.)

21. Wie viele MitarbeiterInnen arbeiten vorwiegend im Büro? (z.B. Pflegedienstleitungen, Qualitätsbeauftragte, Sozialarbeiter, Personalleiter, Verwaltungsmitarbeiter)

22. Wie viele Stunden arbeitet ein/e Büro-MitarbeiterIn durchschnittlich pro Woche?

23. Wie viele examinierte Pflegekräfte arbeiten in der Pflege und/oder Betreuung?

24. Wie viele Stunden arbeitet eine examinierte Pflegekraft durchschnittlich pro Woche?

25. Wie viele Pflegehilfskräfte beschäftigt Ihr Pflegedienst?

26. Wie viele Stunden arbeitet eine Pflegehilfskraft durchschnittlich pro Woche?

27. Wie viele Haushaltshilfen/ Nachbarschaftshilfen beschäftigt Ihr Pflegedienst?

28. Wie viele Freiwilligendienstler und Auszubildende sind in Ihrem Pflegedienst?

29. Wie viele Ehrenamtliche unterstützen Ihren Pflegedienst?

30. Wie viele weitere Mitarbeiter beschäftigt und entlohnt Ihr Pflegedienst?

Patientenzahl

Gewählt ist der Begriff Patient. Vielleicht nennen Sie ihn auch Kunde, Pflegekunde oder Klient. Wenn Sie die folgenden Fragen nicht genau beantworten können, versuchen Sie eine gute Schätzung.

**31. Insgesamt wie viele Patienten versorgt Ihr Pflegedienst derzeit?
(Hierzu zählen alle Patienten, die Leistungen vom Pflegedienst erhalten, z.B. nach SGB V oder SGB XI sowie Privatzahler. Bitte zählen Sie Patienten, die ausschließlich Beratungsbesuche nach §37.3 SGB XI erhalten, NICHT dazu.)**

32. Wie viele Patienten haben Pflegestufe 1?

33. Wie viele Patienten haben Pflegestufe 2?

34. Wie viele Patienten haben Pflegestufe 3?

**35. Wie viele Patienten haben keine Pflegestufe bzw. Pflegestufe 0?
(Hierzu zählen z.B. auch Privatzahler und Patienten mit SGB V-Leistungen ohne Pflegestufe.)**

36. Versorgt Ihr Pflegedienst regelmäßig weitere, noch nicht aufgezählte Patienten?

Nein

Ja und zwar (Anzahl):

37. Wie viele Patienten hat Ihr Pflegedienst im Jahr 2012 neu aufgenommen?

38. Bei wie vielen Patienten wurde 2012 durch Pflege-Ende, Tod oder Pflegedienstwechsel der Pflegevertrag beendet?

Strategien (1)					
39. Bitte beurteilen Sie, mit welcher Intensität Ihr Pflegedienst folgende Strategien umsetzt.					
	In sehr starkem Maße	In starkem Maße	In mittlerem Maße	In geringem Maße	Keine Wertung
Marketing (z.B. Flyer, Werbebriefe, Anzeigen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beziehungen zu Kooperationspartnern (z.B. Ärzte, Krankenhäuser, Therapeuten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beteiligung an der Ausbildung von Pflegefachkräften	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonderzahlungen an die Mitarbeiter (z.B. Prämien, Gewinnbeteiligung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualifiziertes Personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In- und externe Audits, internes Vorschlagswesen, Qualitätszirkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kundenbefragung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerdemanagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflegevisite zur Leistungsverbesserung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Strategien (2)					
40. Bitte beurteilen Sie, mit welcher Intensität Ihr Pflegedienst diese Strategien umsetzt.					
	In sehr starkem Maße	In starkem Maße	In mittlerem Maße	In geringem Maße	Keine Wertung
Frühzeitige Beantragung einer (höheren) Pflegestufe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher Anteil Privatleistungen (Selbstzahler)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufige Leistungskombination (mehrere Leistungskomplexe bei einem Einsatz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umfangreiche weitere Leistungen (z.B. Verhinderungspflege, Angebote für Menschen mit Demenz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurze Wegezeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hohe Bereitschaft zu Überstunden mit anschließendem Freizeitausgleich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umfangreich in der Pflege tätige Pflegedienstleitung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intensive Schulung von Pflegehilfskräften zur Durchführung von Behandlungspflege (z.B. Kompressionsstrümpfe an-/ausziehen, Medikamentengabe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedrige Personalkosten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedrige Verwaltungskosten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intensive Einbindung von Ehrenamtlichen und/oder Freiwilligendiensten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Organisation des Pflegedienstes

Zum Abschluss benötigen wir einige organisatorische Informationen über Ihren Pflegedienst.

41. In welcher Trägerschaft befindet sich Ihr Pflegedienst?

- Gemeinnütziger Träger (z.B. Wohlfahrtsverband)
- Privater Träger
- kommunaler oder sonstiger öffentlicher Träger
- weiß ich nicht

42. Welchem Verband gehört Ihr Pflegedienst an? (Mehrfachnennung möglich)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ABVP | <input type="checkbox"/> BPA | <input type="checkbox"/> DRK |
| <input type="checkbox"/> APH | <input type="checkbox"/> Caritas/DCV | <input type="checkbox"/> Johanniter |
| <input type="checkbox"/> ASB | <input type="checkbox"/> DBfK | <input type="checkbox"/> LfK NRW |
| <input type="checkbox"/> AWO | <input type="checkbox"/> Der Paritätische | <input type="checkbox"/> VDAB |
| <input type="checkbox"/> bad e.V. | <input type="checkbox"/> Deutscher Pflegerat | <input type="checkbox"/> Volkssolidarität |
| <input type="checkbox"/> B.A.H. | <input type="checkbox"/> Deutscher Pflegeverband | <input type="checkbox"/> weiß ich nicht |
| <input type="checkbox"/> Berufsverband
Pflegemanagement | <input type="checkbox"/> Diakonie | <input type="checkbox"/> Keinem |

Weitere(r) und zwar (freiwillige Nennung):

43. Welche Leistungen erbringt Ihr Pflegedienst? Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.

- Leistungen nach SGB XI
- Leistungen nach SGB V
- Leistungen nach SGB XII
- weitere
- weiß ich nicht

44. Welche folgenden Aussagen treffen auf Ihren Dienst zu? Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.

- eigenständiger Dienst an einer stationären Pflegeeinrichtung
- eigenständiger Dienst an einer Wohneinrichtung
- eigenständiger Dienst an einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung oder einem Hospiz
- keine
- weiß ich nicht

Allgemeines

45. In welchem Bundesland liegt Ihr Pflegedienst?

<input type="radio"/> Baden-W.	<input type="radio"/> Hessen	<input type="radio"/> Sachsen
<input type="radio"/> Bayern	<input type="radio"/> Mecklenburg-Vorp.	<input type="radio"/> Sachsen-Anhalt
<input type="radio"/> Berlin	<input type="radio"/> Niedersachsen	<input type="radio"/> Schleswig-Holstein
<input type="radio"/> Brandenburg	<input type="radio"/> NRW	<input type="radio"/> Thüringen
<input type="radio"/> Bremen	<input type="radio"/> Rheinland-Pfalz	
<input type="radio"/> Hamburg	<input type="radio"/> Saarland	

46. Welche Gesamtnoten erhielt Ihr Pflegedienst in der Pflege-Transparenzprüfung durch den MDK? (freiwillige Angabe)

	2013	2012	2011
Gesamtnote	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

47. Welche Position übt die Person hauptsächlich aus, die diesen Fragebogen ausfüllt?

<input type="radio"/> Geschäftsführer/in	<input type="radio"/> Examierte Pflegekraft
<input type="radio"/> Inhaber/in	<input type="radio"/> Kauffrau/Kaufmann im Gesundheitswesen
<input type="radio"/> Pflegedienstleitung	<input type="radio"/> Controller/in
<input type="radio"/> Qualitätsmanagementbeauftragte/r	

Andere und zwar:

48. Wenn Sie möchten, haben Sie hier Platz für Anregungen und Anmerkungen.

Fertig?

Mit dem Klick auf "Fertig" beenden Sie den Fragebogen.

Wenn Sie noch Antworten hinzufügen möchten, klicken Sie nicht auf "Fertig". Lassen Sie das Fenster geöffnet oder schließen Sie es bei Bedarf. Beim nächsten Aufruf des Links von demselben Computer gelangen Sie wieder hierher und können über "Zurück" und "Weiter" Ihre Fragen vervollständigen.

Fertig? Herzlichen Dank für Ihre umfangreiche Unterstützung!

Anhang 3: Korrelationsmatrix der Faktoren(analyse)

	Marketing	Kooperationen	Ausbildung Fachkräfte	Gratifikationen	Qualifiziertes Personal	Audits, G-Zirkel	Kundenbefragung	Beschwerdemanagement	Pflegevisite	Antrag Pflegestufe	Privatzahler	Leistungskombi	Leistungsspektrum	Wegezeiten	Überstunden	PDL in Pflege	Schulung Hilfskräfte	Personalkosten	Verwaltungskosten	Ehrenamt/Freiwillige
Mark	1	,189	,083	,084	,031	,139	,136	,147	,064	,088	,170	,134	,095	,086	,075	-,003	,084	,079	,044	,102
Koop	,189	1	,122	,119	,151	,153	,157	,220	,170	,186	,065	,149	,144	,131	,082	,043	,059	,050	,066	,041
Ausb	,083	,122	1	,174	,184	,170	,117	,173	,122	,121	,068	,143	,171	,105	-,002	-,068	,142	,074	,016	,062
Grat	,084	,119	,174	1	,182	,131	,102	,089	,012	,088	,047	,018	,104	,053	,037	,105	,033	,007	,064	,025
Qual	,031	,151	,184	,182	1	,228	,088	,157	,131	,120	,031	,098	,167	,126	,069	,073	,062	-,030	,025	,013
Audi	,139	,153	,170	,131	,228	1	,320	,271	,249	,162	,075	,100	,108	,088	,067	-,066	,107	,048	,052	,044
Kund	,136	,157	,117	,102	,088	,320	1	,482	,296	,134	,039	,057	,096	,125	,073	,092	,097	,110	,066	,045
Besc	,147	,220	,173	,089	,157	,271	,482	1	,345	,164	,113	,100	,157	,165	,101	,026	,149	,039	,084	,063
Pfle	,064	,170	,122	,012	,131	,249	,296	,345	1	,213	,063	,132	,179	,104	,086	,011	,192	,048	,064	,002
Antr	,088	,186	,121	,088	,120	,162	,134	,164	,213	1	,172	,259	,267	,154	,079	,118	,132	,139	,087	,030
Priv	,170	,065	,068	,047	,031	,075	,039	,113	,063	,172	1	,212	,168	,123	,069	,015	,091	,114	,070	,044
Leik	,134	,149	,143	,018	,098	,100	,057	,100	,132	,259	,212	1	,325	,190	,140	,055	,122	,092	,020	,077
Leis	,095	,144	,171	,104	,167	,108	,096	,157	,179	,267	,168	,325	1	,202	,099	,034	,153	,134	,059	,130
Wege	,086	,131	,105	,053	,126	,088	,125	,165	,104	,154	,123	,190	,202	1	,129	,095	,087	,137	,135	,078
Über	,075	,082	-,002	,037	,069	,067	,073	,101	,086	,079	,069	,140	,099	,129	1	,134	,097	,059	,067	,082
PDL	-,003	,043	-,068	,105	,073	-,066	,092	,026	,011	,118	,015	,055	,034	,095	,134	1	,109	,079	,104	-,023
Schu	,084	,059	,142	,033	,062	,107	,097	,149	,192	,132	,091	,122	,153	,087	,097	,109	1	,135	,055	,103
Pers	,079	,050	,074	,007	-,030	,048	,110	,039	,048	,139	,114	,092	,134	,137	,059	,079	,135	1	,443	,054
Verw	,044	,066	,016	,064	,025	,052	,066	,084	,064	,087	,070	,020	,059	,135	,067	,104	,055	,443	1	,021
Ehre	,102	,041	,062	,025	,013	,044	,045	,063	,002	,030	,044	,077	,130	,078	,082	-,023	,103	,054	,021	1

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die eingereichte Arbeit selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt habe. Es wurden keine anderen als die angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt. Die verwendete Literatur wurde wörtlich oder inhaltlich an den entsprechenden Stellen kenntlich gemacht.

Für die Veröffentlichung dieser Dissertation wurden nach dem Promotionskolloquium kleine redaktionelle Änderungen (z.B. Formatierung der Abbildungen), aber keine inhaltliche Überarbeitung vorgenommen.

Susanne Sünderkamp

Greven/Bremen, den 13.04.2017