

A. Schwinger · A. Kuhlmei · S. Greß
J. Klauber · K. Jacobs
Hrsg.

Pflege-Report 2023

Versorgungsqualität
von Langzeitgepflegten

OPEN ACCESS

 Springer

Pflege-Report 2023

Antje Schwinger • Adelheid Kuhlmei • Stefan Greß •
Jürgen Klauber • Klaus Jacobs
Hrsg.

Pflege-Report 2023

Versorgungsqualität von Langzeitgepflegten

Hrsg.

Dr. rer. pol. Antje Schwinger
Wissenschaftliches Institut der AOK
Berlin, Deutschland

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei
Institut für Medizinische Soziologie und
Rehabilitationswissenschaft
Charité – Universitätsmedizin
Berlin, Deutschland

Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß
Fachbereich Pflege & Gesundheit
Hochschule Fulda
Fulda, Deutschland

Jürgen Klauber
Wissenschaftliches Institut der AOK
Berlin, Deutschland

Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs
Berlin, Deutschland



ISBN 978-3-662-67668-4

ISBN 978-3-662-67669-1 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-67669-1>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en) 2023. Dieses Buch ist eine Open-Access-Publikation.

Open Access Dieses Buch wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Buch enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung: Fritz Kraemer

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort und Einführung

Lange Zeit war es weithin still um die Langzeitpflege – sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Politik. Das hat sich jedoch seit einigen Jahren grundlegend geändert. Endlich, könnte man sagen, bekommt die Pflege die Aufmerksamkeit, die sie schon lange verdient. Allerdings sind viele der aktuellen Schlagzeilen rund um die Pflege alles andere als erfreulich. So klagen viele Pflegebedürftige bei stetig steigenden Kosten über unzureichende Leistungen der Pflegeversicherung, obwohl die Beitragspflichtigen immer tiefer in die Tasche greifen müssen. Ein weiterhin ungelöstes Problem ist der anhaltende Mangel an qualifizierten Pflegekräften, der Mitglieder der Bundesregierung sogar schon veranlasst, in entfernte Kontinente zu reisen, um Pflegekräfte für Deutschland zu akquirieren. Von der Qualität der Langzeitpflege ist angesichts dieser Probleme deutlich weniger die Rede, dabei verdient gerade auch sie besondere Beachtung. Deshalb ist der Pflege-Report 2023 diesem Thema gewidmet.

Bereits im Jahr 2018 stand das Thema „Qualität in der Langzeitpflege“ im Fokus des Pflege-Reports, doch ist in den fünf Jahren seither vieles geschehen. Insbesondere wurde die gesetzliche Qualitätssicherung in der Pflege grundlegend reformiert. Allerdings adressiert sie weiterhin maßgeblich die pflegerische Versorgung im engeren Sinne. Schnittstellen zur Gesundheitsversorgung von Pflegebedürftigen, etwa zur Arzneimittelversorgung oder zu Krankenhausaufenthalten von Pflegeheimbewohnenden, sind zwar in einer Vielzahl von Forschungsprojekten untersucht und als defizitär beschrieben worden, doch bleiben sie bei der gesetzlichen Qualitätssicherung Pflege unberücksichtigt.

Darüber hinaus hat auch das oft zitierte „Brennglas der Corona-Pandemie“ insbesondere im Setting Pflegeheim Qualitätsdefizite aufgezeigt. Ferner tritt das Problem der unzureichenden Personalausstattung immer deutlicher zutage, das gleichfalls Fragen in Bezug auf die Qualität der Versorgung aufwirft. Schließlich zeigen verstärkte Bemühungen zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit, dass eine gute Versorgung von Pflegebedürftigen weit mehr umfasst als die Leistung der Pflegepersonen und berufsgruppenübergreifendes Handeln sowie die Einbindung der informell Pflegenden voraussetzt. Diese Entwicklungen sind jedenfalls Anlass genug, das Thema Versorgungsqualität und Qualitätssicherung bei Langzeitgepflegten im Pflege-Report 2023 aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten sowie aktuelle Entwicklungen für eine breite Fachöffentlichkeit aufzubereiten und einer kritischen Würdigung zu unterziehen.

I. Qualitätsmessung im Kontext Langzeitpflege

Im ersten Beitrag stellen *Susann Behrendt, Chrysanthi Tsiasioti, Kathrin Jürchott, Tanyel Özdes, Felipe Argüello Guerra, Jürgen Klauber* und *Antje Schwinger* mit dem Qualitätsatlas Pflege ein neues Online-Portal des WiDO zur regionalen Versorgungsqualität von Langzeitgepflegten vor. Darin werden regionale Ergebnisse für zwölf Qualitätsindikatoren für die Pflege auf Kreisebene dargestellt. Die Datengrundlage liefert die Gesundheits- und Pflegeversorgung der AOK-versicherten Pflegeheimbewohnenden, die rund die Hälfte aller vollstationär Gepflegten in Deutschland ausmachen. Drei Indikatoren werden in dem Beitrag exemplarisch betrachtet: die Dehydratation bei Demenz, die Dauerver-

ordnung von Benzodiazepinen, -derivaten und Z-Substanzen sowie die sturzassoziierte Hospitalisierung bei sturzrisikoerhöhenden Arzneimitteln (FRIDs). Dabei zeigt sich eine erhebliche regionale Varianz der Qualitätsergebnisse, die auf großes Potenzial zur Verbesserung der Versorgungsqualität verweist.

Der Großteil der Pflegebedürftigen wird in der eigenen häuslichen Umgebung versorgt. Dabei spielen neben den Angehörigen ambulante Pflegedienste eine zunehmend wichtige Rolle. Qualität und Qualitätssicherung der ambulanten pflegerischen Versorgung sind daher immer häufiger Gegenstand pflegefachlicher und pflegepolitischer Diskussionen. Hiermit befasst sich der Beitrag von *Kathrin Wehner*, speziell auch mit der Nutzbarkeit von Routinedaten der Kranken- bzw. Pflegekassen. Den Ergebnissen einer Forschungsarbeit zufolge ist eine Reihe von qualitätsrelevanten Versorgungsaspekten in der ambulanten Pflege anhand von Routinedaten operationalisierbar. Allerdings ist die Mehrzahl der identifizierten Versorgungsaspekte nicht über Routinedaten abbildbar. Hierfür wären grundlegende Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen erforderlich.

Dem wachsenden Interesse an der Versorgung von dauerhaft pflegebedürftigen Menschen folgend, gibt es für entsprechende versorgungswissenschaftliche Projekte mittlerweile zahlreiche Förderprogramme von Bundesministerien sowie seitens der Selbstverwaltung. Dabei besteht allerdings die Gefahr, dass stellenweise „aneinander vorbeigeforscht“ wird, sprich: dass mögliche Synergien in Bezug auf die Forschungsergebnisse einzelner Projekte nicht genutzt werden. Vor diesem Hintergrund ist es Ziel des Beitrags von *Gerald Willms*, *Susann Behrendt*, *Felipe Argüello Guerra* und *Constance Stegbauer*, die in den letzten acht Jahren untersuchten pflegerelevanten Versorgungsthemen deskriptiv-analytisch zu erfassen. Dabei werden die Schwerpunktsetzungen der Forschungsförderung identifiziert, soweit es um die Verbesserung der Versorgung von Pflegebedürftigen geht.

II. Instrumente und Maßnahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung

Bei der gesetzlichen Qualitätssicherung in der stationären Langzeitpflege gibt es seit 2019 ein neues Qualitätssicherungssystem, bei dem die externe und interne Qualitätssicherung miteinander verknüpft werden. Der Beitrag von *Antje Schwinger* und *Susann Behrendt* adressiert die Fragen, ob diese Verknüpfung gelingt, ob die Heime auf Basis der Prüfungen des medizinischen Dienstes und der zu Indikatoren verdichteten Erhebungen der Einrichtungen über pflegerische Versorgungszustände fair bewertet werden und ob die Ergebnisse für die Öffentlichkeit verständlich sind und einen Vergleich von Einrichtungen ermöglichen. Vor diesem Hintergrund erscheinen die Evaluation und Weiterentwicklung des neuen Systems dringend geboten.

Für die Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege steht ebenfalls eine Novellierung an. Hierzu wurde jedoch 2019/20 zunächst eine Pilotierung mit 76 ambulanten Pflegediensten und 754 pflegebedürftigen Menschen durchgeführt, deren Ergebnisse und Empfehlungen im Blickpunkt des Beitrags von *Hans-Dieter Nolting*, *Friederike A. Haaf* und *Thorsten Tisch* stehen. Gegenstand der Pilotierung waren insbesondere die Praktikabilität des Verfahrens und seine Objektivität. Dabei sind Limitationen des Verfahrens deutlich geworden, die darin zum Ausdruck kamen, dass je Pflegedienst im Mittel nur zehn von insgesamt 19 Qualitätsaspekten geprüft werden konnten und dabei jeweils nur

ein bis drei pflegebedürftige Personen einbezogen wurden. Vor diesem Hintergrund wurde in der Pilotierung eine Veränderung der Methodik entwickelt, die die Problematik zumindest deutlich vermindern würde.

Der Beitrag von *Gabriele Meyer* und *Almuth Berg* diskutiert die öffentliche Berichterstattung (Public Reporting) von Indikatoren relevanter Versorgungsaspekte in Pflegeeinrichtungen als mögliche Strategie zur Qualitätsverbesserung durch Transparenz. Am Beispiel der anhaltend hohen und änderungsresistenten Verordnungsraten von Antipsychotika in deutschen Pflegeheimen werden internationale Ansätze entsprechender Qualitätsberichterstattung vorgestellt. Bei allem Potenzial ist Public Reporting allerdings kein „Selbstläufer“, sondern mit einigen Unsicherheiten verbunden ist. Deshalb erscheinen komplexe Maßnahmenpakete erforderlich, u. a. prospektive Evaluationen, die mehrdimensionale Ergebnisparameter und unbeabsichtigte Wirkungen berücksichtigen.

Welchen Beitrag können Befragungen zur Herstellung von Qualitätstransparenz in der Langzeitpflege leisten? *Johannes Strotbek* und *Daniel Tucman* stellen in ihrem Beitrag eine Angehörigenbefragung vor, die im Land Hamburg seit 2019 für alle Pflegeheime vorgeschrieben ist und deren Ergebnisse einrichtungsbezogen veröffentlicht werden. Der Beitrag beschreibt die Entwicklung des eingesetzten Fragebogens, den das Institut für angewandte Pflegeforschung im Auftrag der Weissen Liste entwickelt hat, und ordnet das Projekt in die Debatte um die Qualitätsberichterstattung in der Pflegeversorgung ein. Neben methodischen Fragen geht es dabei auch um Erkenntnisse aus der praktischen Anwendung sowie die Aussagekraft der Ergebnisse.

Vom „Brennglas der Corona-Pandemie“ war bereits die Rede. Wie speziell auch im Pflege-Report 2022 berichtet, war das Risiko schwerwiegender oder gar tödlicher Covid-19-Verläufe in stationären Pflegeeinrichtungen besonders hoch. Zwar konnten Infektionsschutzmaßnahmen dieses Risiko reduzieren, doch wurden dabei spezifische Umsetzungsprobleme deutlich. Der – in Ausgabe 3/2023 des Bundesgesundheitsblatts erstabgedruckte – Beitrag von *Dunja Said*, *Muna Abu Sin*, *Arina Zanuzdana*, *Birgitta Schweickert* und *Tim Eckmanns* zeigt, dass die Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen nicht isoliert, sondern als integraler Bestandteil von Konzepten zur Neugestaltung der Arbeits-, Wohn- und Lebensbereiche der Beschäftigten und Bewohnenden der Einrichtungen betrachtet werden sollte. Dabei gilt es über einen pandemischen Kontext hinaus auch weitere Gesundheitsgefahren wie nosokomiale Infektionen, Antibiotikaresistenzen oder Influenza zu beachten.

Stefan Greß und *Christian Jesberger* beleuchten in ihrem Beitrag Schwachstellen im ordnungspolitischen Rahmen der Pflegeversicherung, die einer stärkeren Fokussierung auf Qualitätsaspekte der Pflegeversorgung entgegenstehen. Dazu zählen die Preisdominanz bei Entscheidungen der Pflegebedürftigen, aber auch Fehlanreize der Kostenträger als Folge der getrennten Zuständigkeiten von Kranken- und Pflegeversicherung. Entsprechend setzen hier auch die Lösungsvorschläge der Autoren an: ein Sockel-Spitze-Tausch in der Pflegeversicherung in Bezug auf eine sektorenübergreifende Versorgung, eine einheitliche Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege sowie die Übernahme der Finanzierungsverantwortung für Investitionen in bedarfsgerechte Pflegeeinrichtungen.

III. Qualitätsentwicklung in informellen Pflegesettings

Jenseits der tradierten Pflegesettings Heim und Häuslichkeit hat sich in den vergangenen Jahren ein breites Spektrum an neuen Wohnformen für Pflegebedürftige entwickelt, die der Beitrag von *Ursula Kremer-Preiß* und *Karin Wolf-Ostermann* adressiert. Sie verweisen auf eine neue Verantwortungskultur der neuen Wohnformen in der Pflege- und Sorgearbeit, die es auch bei der Qualitätssicherung zu berücksichtigen gelte, was bislang trotz einer Vielzahl ordnungs-, leistungs- und leistungserbringerrechtlicher Qualitätsanforderungen nicht hinreichend geschieht. Zwar enthält ein 2019 im Auftrag der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI entwickeltes Qualitätssicherungskonzept für neue Wohnformen erste Konturen zur Qualitätssicherung der Besonderheiten in neuen Wohnformen, doch bedarf es einer weiteren Konkretisierung. Angesichts der enormen Herausforderungen in den klassischen Wohnsettings halten die Autorinnen die verstärkte Diskussion über die besondere Qualität neuer Wohnformen und deren Möglichkeiten der Umsetzung für dringend geboten.

Um die Pflege in der eigenen Häuslichkeit geht es in dem Beitrag von *Andreas Büscher* und *Thomas Klie*, die darin den Ansatz der „subjektorientierten Qualitätssicherung“ vorstellen. Ausgangspunkt ist die Ansicht, dass die Bedeutung der häuslichen Pflege eher verborgen ist, Risiken unerkannt bleiben und Möglichkeiten zur Unterstützung und Begleitung häuslicher Pflegearrangements unzureichend genutzt werden. Beim Ansatz der „subjektorientierten Qualitätssicherung“ wird der Fokus nicht auf die versorgenden Institutionen gerichtet, sondern auf die Personen, die auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind, und ihre Lebenswelten. Es wird gefragt, welche Voraussetzungen ein gutes Leben bei und trotz Pflegebedürftigkeit hat, wie häusliche Pflegearrangements begleitet und unterstützt und Risiken erkannt werden können, welche Rollen dem Medizinischen Dienst dabei zufallen können und welche Voraussetzungen dazu auf lokaler und kommunaler Ebene förderlich sind.

IV. Personal und Qualität in der Langzeitpflege

Dass die Qualität der Langzeitpflege ganz wesentlich eine gute Qualifikation der Pflegekräfte erfordert, ist evident. Der Beitrag von *Astrid Elsbernd* und *Laura Hahn* gibt Impulse für die Weiterbildung von Pflegenden in Bezug auf die Ausrichtung der diagnostischen und pflegetherapeutischen Maßnahmen am Stand des Wissens, wie es angesichts der Entwicklung von Alterskrankheiten erforderlich ist. Für die entsprechende regelmäßige Weiterbildung geben fachliche Standards und Leitlinien einen wichtigen inhaltlichen Rahmen, aber auch strukturelle Weiterentwicklungen der Angebotsstrukturen für die Langzeitpflege sind hierzu notwendig.

Mit Blick auf die Steigerung der Versorgungsqualität in der Langzeitpflege adressieren *Ronja Behrend* und *Katharina Scheel* in ihrem Beitrag die immer wichtigere interprofessionelle Zusammenarbeit. Deren Voraussetzungen müssen bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und -prozesse berücksichtigt werden, was in der Umsetzung jedoch oft auf besondere Herausforderungen stößt. Erforderlich ist die verstärkte Integration von interprofessionellem Lernen in Ausbildung und Studium in der Pflege. Hierzu hat das neue Pflegeberufegesetz bereits positive Signale gesetzt, indem es die Bedeutung interprofessioneller Lehre und teambasierter Kompetenzen betont.

Dass ein höheres Bildungsniveau der Pflegenden einen positiven Effekt auf die Versorgungsqualität hat, ist mittlerweile mehrfach empirisch belegt. *Michael Meng, Claudia Hofrath, Miriam Peters, Lucas Hamel, Bettina Klein und Lena Dorin* werfen in ihrem Beitrag einen Blick auf akademische Pflegestudiengänge. Grundlage dafür sind zwei Quellen: eine 2022 durchgeführte Sondererhebung des Pflegepanels des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) zur aktuellen Situation der Hochschulen sowie ein Rapid Review zum patientenbezogenen Mehrwert des Einsatzes von Pflegefachpersonen mit akademischer Ausbildung. Es lassen sich vielfältige Tätigkeitsbereiche für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen aufzeigen. Diese stehen nicht in einem Konkurrenzverhältnis zu den beruflich qualifizierten Pflegenden, sondern stellen vielmehr passgenaue Ergänzungen im Sinne eines ausgewogenen Qualifikationsmixes dar.

V. Daten und Analysen

Auch im Pflege-Report 2023 bildet das ausführliche Kapitel zur Situation der Pflegebedürftigen den Abschluss und liefert ein umfassendes Bild von der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Basierend auf GKV-standardisierten Abrechnungsdaten der AOK-Gemeinschaft zeigen *Sören Matzk, Chrysanthi Tsiasioti, Susann Behrendt, Kathrin Jürchott, Felipe Argüello Guerra und Antje Schwinger* Prävalenzen, Verläufe und Versorgungsformen der Pflege sowie wichtige Kennzahlen zur Gesundheitsversorgung von pflegebedürftigen Menschen. Im Fokus stehen dabei die Inanspruchnahme von ärztlichen und stationären Leistungen, Polymedikation und Verordnungen von PRISCUS-Wirkstoffen und Psychopharmaka.

Dieser Pflege-Report erscheint mit einer veränderten Reihenfolge der Namen im Team der Herausgebenden. Grund dafür ist das altersbedingte Ausscheiden von Klaus Jacobs aus dem WiDO. Zwar wird er dem Pflege-Report auch weiterhin aktiv verbunden bleiben, doch ist dies eine gute Gelegenheit für eine Anpassung entsprechend den veränderten Verantwortlichkeiten.

Wie immer gilt unser abschließender Dank all denen, die das Erscheinen dieser Publikation möglich gemacht haben. Das betrifft in erster Linie die Autorinnen und Autoren für die Überlassung ihrer Beiträge und die kollegiale Zusammenarbeit. Wir danken ferner allen beteiligten Mitarbeitenden des WiDO für ihr Engagement bei der Fertigstellung des Pflege-Reports, insbesondere Susanne Sollmann und Melanie Hoberg für die redaktionelle Betreuung. Dem bewährten Team des Springer-Verlags danken wir für die professionelle verlegerische Betreuung.

Antje Schwinger
Adelheid Kuhlmei
Stefan Greß
Jürgen Klauber
Klaus Jacobs
Berlin und Fulda
Juli 2023

Inhaltsverzeichnis

I Qualitätsmessung im Kontext Langzeitpflege

1	Der Qualitätsatlas Pflege: Raumbezogene Qualitätsmessung bei Pflegeheimbewohnenden mittels QCare-Indikatoren	3
	<i>Susann Behrendt, Chrysanthi Tsiasioti, Tanyel Özdes, Kathrin Jürchott, Felipe Argüello Guerra, Jürgen Klauber und Antje Schwinger</i>	
1.1	Hintergrund und Zielstellung	5
1.2	Der Qualitätsatlas Pflege – Datengrundlage und Methodik	7
1.3	Versorgungsqualität an der Schnittstelle der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung: drei ausgewählte QCare-Indikatoren im regionalen Vergleich	9
1.3.1	Relevanz und Beeinflussbarkeit der Versorgungsaspekte	9
1.3.2	Ausgewählte empirische Befunde	12
1.4	Erste Einordnung der regionalen Versorgungsunterschiede bei Pflegeheimbewohnenden	20
1.5	Fazit	23
1.6	Anhang	25
	Literatur	27
2	Möglichkeiten der Qualitätsmessung anhand von Routinedaten in der ambulanten Pflege	29
	<i>Kathrin Wehner</i>	
2.1	Hintergrund	30
2.2	Methodisches Vorgehen	31
2.3	Ergebnisse	32
2.3.1	Qualitätsrelevante Versorgungsaspekte in der ambulanten Pflege	32
2.3.2	Abbildbarkeit der qualitätsrelevanten Versorgungsaspekte über die Routinedaten der Kranken- bzw. Pflegekassen	35
2.3.3	Operationalisierung und empirische Analyse von ausgewählten routinedatenbasierten Kennzahlen der über Routinedaten abbildbaren qualitätsrelevanten Versorgungsaspekte	38
2.4	Diskussion	43
2.5	Fazit	46
	Literatur	47
3	Forschung für mehr Qualität in der Versorgung von Pflegebedürftigen: Ein deskriptiver Blick auf die Förderprogramme in SGB V und SGB XI	49
	<i>Gerald Willms, Susann Behrendt, Felipe Argüello Guerra und Constance Stegbauer</i>	
3.1	Hintergrund	51
3.2	Methoden	52
3.2.1	Datenquellen	53
3.2.2	Auswahl und Systematisierung	54
3.2.3	Fragestellungen	56
3.2.4	Analysen	56

3.3	Ergebnisse	58
3.3.1	Ergebnisse des Auswahlverfahrens	58
3.3.2	Überblick über die Forschungsförderung mit besonderem Blick auf die Schnittstelle von SGB V und SGB XI	59
3.3.3	Förderung von Projekten mit besonderer Relevanz für Pflegebedürftige	62
3.4	Fazit	65
3.5	Anhang	67
3.5.1	Förderprojekte des Innovationsfonds – Neue Versorgungsformen	67
3.5.2	Förderprojekte des Innovationsfonds – Versorgungsforschung	67
3.5.3	Förderprojekte des GKV-SV	69
	Literatur	70

II Instrumente und Maßnahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung

4	Gesetzliche Qualitätssicherung in der vollstationären Langzeitpflege – historische Entwicklung und Perspektiven	73
	<i>Antje Schwinger und Susann Behrendt</i>	
4.1	Einführung	75
4.2	Historischer Abriss der gesetzlichen Qualitätssicherung	76
4.2.1	Vom Pflege-Qualitätssicherungsgesetz zum Pflege-TÜV	76
4.2.2	Vom Pflege-TÜV zu den Indikatoren	77
4.3	Ausgestaltung der aktuellen Qualitätssicherung in der stationären Langzeitpflege ..	79
4.3.1	Qualitätskennzahlen und Erhebungsverfahren	79
4.3.2	Bewertungskonzept der Vor-Ort-Prüfung und Indikatoren	79
4.4	Herausforderungen und offene Fragen – Fokus Bewertungskonzept	80
4.4.1	Bewertungskonzept der geprüften 15 Qualitätsaspekte	81
4.4.2	Bewertungskonzept der erhobenen Indikatoren	82
4.4.3	Verständlichkeit der parallelen Bewertungskonzepte	83
4.5	Fazit	83
	Literatur	89
5	Ergebnisse und Empfehlungen aus der Pilotierung des neuen Qualitätsprüfungsverfahrens für die ambulante Pflege	91
	<i>Hans-Dieter Nolting, Friederike A. Haaß und Thorsten Tisch</i>	
5.1	Einleitung	92
5.2	Überblick zu den pilotierten Instrumenten und Verfahren	94
5.3	Herausforderungen bei der Festlegung des Prüfumfangs	96
5.4	Möglichkeiten zur Verminderung messmethodischer Schwächen	99
5.5	Diskussion	103
	Literatur	105

6	Public Reporting der Qualität der Leistung der Langzeitpflege	107
	<i>Gabriele Meyer und Almuth Berg</i>	
6.1	Qualitätstransparenz durch Public Reporting	108
6.2	Pflegenoten und novellierte Berichterstattung über Pflegeeinrichtungen	109
6.3	Wie wirksam und sicher ist Public Reporting?	109
6.4	Antipsychotika-Verordnungen – wo Public Reporting den Unterschied machen könnte	111
6.4.1	Reduktion von Antipsychotika-Verordnungen – „Mission impossible“?	111
6.4.2	Beispiele für Public Reporting von Antipsychotika-Verordnungen	112
6.5	Fazit	113
	Literatur	114
7	Angehörigenbefragung in der stationären Langzeitpflege	117
	<i>Johannes Strotbek und Daniel Tucman</i>	
7.1	Einleitung	118
7.2	Angehörigenbefragung im Kontext von Qualitätssicherung und -berichterstattung	119
7.2.1	Paradigmenwechsel im Qualitätsverständnis	119
7.2.2	Angehörige als Befragungspersonen	121
7.3	Entwicklung einer Angehörigenbefragung – Projektvorstellung	121
7.3.1	Projektziele	121
7.3.2	Vorgehensweise zur Instrumentenentwicklung	122
7.3.3	Qualität und Qualitätsdimensionen	122
7.3.4	Herausforderungen und Entscheidungen zur Operationalisierung	123
7.3.5	Operationalisierung im Fragebogen	124
7.3.6	Anwendung des Fragebogens	126
7.3.7	Befragungsergebnisse	127
7.4	Diskussion und Ausblick	127
	Literatur	128
8	Infektionsschutz und Impfsurveillance in der Langzeitpflege	131
	<i>Dunja Said, Muna Abu Sin, Arina Zanuzdana, Birgitta Schweickert und Tim Eckmanns</i>	
8.1	Einleitung	132
8.2	Infektionsepidemiologische und infektionshygienische Lage in Alten- und Pflegeheimen seit Beginn der Covid-19-Pandemie	133
8.2.1	Infektionsschutzmaßnahmen	134
8.2.2	Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Alten- und Pflegeheimbewohnenden und Herausforderungen für den Infektionsschutz in den Einrichtungen	136
8.3	Fazit	140
	Literatur	141
9	Auswirkungen des ordnungspolitischen Rahmens der Pflegeversicherung auf die Qualität der pflegerischen Versorgung	145
	<i>Stefan Greß und Christian Jesberger</i>	
9.1	Einleitung	146
9.2	Ordnungspolitischer Rahmen und Qualität	147
9.2.1	Steigende Eigenanteile für pflegebedingte Kosten	147
9.2.2	Verzicht auf Kassenwettbewerb	148
9.2.3	Ungesteuerter Anbieterwettbewerb	150

9.3	Reformbedarf	151
9.3.1	Neujustierung der finanziellen Anreize für Pflegebedürftige	151
9.3.2	Neujustierung der finanziellen Anreize für Krankenkassen und Pflegekassen	152
9.3.3	Leitplanken für eine aktive Versorgungssteuerung	152
9.4	Fazit und Perspektiven	154
	Literatur	155

III Qualitätsentwicklung in informellen Pflegesettings

10	Diskussion um Qualitätssicherung neuer Wohnformen dringender denn je	159
	<i>Ursula Kremer-Preiß und Karin Wolf-Ostermann</i>	
10.1	Dynamik bei der Entwicklung neuer Wohnformen ausgebremst oder ungebrochen?	161
10.2	Was ist das Neue/Besondere an neuen Wohnformen?	164
10.3	Wie kann „gute“ Qualität in neuen Wohnformen gesichert werden?	166
10.4	Welche Rahmenbedingungen braucht eine solche „gute Qualität“?	170
10.5	Ausblick	172
	Literatur	172
11	Fokus Häusliche Pflege – der Ansatz der subjektorientierten Qualitätssicherung	175
	<i>Andreas Büscher und Thomas Klie</i>	
11.1	Einleitung	176
11.2	Das gute Leben bei und trotz Pflegebedürftigkeit	177
11.3	Unterstützung und Begleitung häuslicher Pflegearrangements	179
11.4	Kooperation und Vernetzung vor Ort	182
11.5	Fazit	184
	Literatur	185

IV Personal und Qualität in der Langzeitpflege

12	Die Bedeutung und Herausforderungen der Weiterbildung für die Langzeitpflege	189
	<i>Astrid Elsbernd und Laura Hahn</i>	
12.1	Einleitung	190
12.2	Langzeitpflege und ihre pflegerischen Herausforderungen	193
12.2.1	Alterserkrankungen und Pflegebedürftigkeit	193
12.2.2	Standards und Leitlinien im Bereich der Langzeitpflege	196
12.2.3	Aktuelle nationale Weiterbildungsangebote	198
12.3	Fazit	199
	Literatur	200

13	Interprofessionelle Zusammenarbeit für mehr Qualität in der Langzeitpflege	203
	<i>Ronja Behrend und Katharina Scheel</i>	
13.1	Einleitung	204
13.2	Studienlage zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der Langzeitpflege	206
13.2.1	Interprofessionelle Zusammenarbeit und Qualität in der pflegerischen Versorgung	206
13.2.2	Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Langzeitpflege	207
13.3	Qualifikationen der Pflege für interprofessionelle Zusammenarbeit in der Langzeitversorgung	208
13.3.1	Ausbildung und Studium in der Pflege	208
13.3.2	Interprofessionelles Lernen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflege	209
13.3.3	Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit in der Langzeitversorgung	210
13.4	Fazit	211
	Literatur	211
14	Primärqualifizierende Pflegestudiengänge im Überblick	215
	<i>Michael Meng, Claudia Hofrath, Miriam Peters, Lucas Hamel, Bettina Klein und Lena Dorin</i>	
14.1	Hintergrund	219
14.2	Herleitung der Fragestellung	220
14.3	Methode	220
14.3.1	Quantitative Querschnittbefragung unter Hochschulen mit primärqualifizierenden Studiengängen	220
14.3.2	Systematisches Rapid Review	221
14.4	Ergebnisse	222
14.4.1	Einführungsphase der primärqualifizierenden Studiengänge in Deutschland	222
14.4.2	Operationalisierung und Messung des Mehrwerts akademisch Pflegender	224
14.5	Diskussion	226
14.6	Limitationen	228
	Literatur	228

V Daten und Analysen

15	Pflegebedürftigkeit in Deutschland	235
	<i>Sören Matzk, Chrysanthi Tsiasioti, Susann Behrendt, Kathrin Jürchott, Felipe Argüello Guerra und Antje Schwinger</i>	
15.1	Datengrundlage und Methodik	236
15.2	Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit	237
15.2.1	Prävalenz der Pflegebedürftigkeit	237
15.2.2	Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit	239
15.2.3	Ambulante Unterstützungs- und Entlastungsleistungen	243

15.3	Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen ..	250
15.3.1	Ambulante ärztliche Versorgung	250
15.3.2	Stationäre Versorgung	253
15.3.3	Versorgung mit Arzneimitteln	256
15.3.4	Versorgung mit Heilmittleistungen	261
	Literatur	268
	Serviceteil	269
	Die Autorinnen und Autoren	270
	Stichwortverzeichnis.....	287

Qualitätsmessung im Kontext Langzeitpflege

Inhaltsverzeichnis

- Kapitel 1** **Der Qualitätsatlas Pflege: Raumbezogene Qualitätsmessung bei Pflegeheimbewohnenden mittels QCare-Indikatoren – 3**
Susann Behrendt, Chrysanthi Tsiasioti, Tanyel Özdes, Kathrin Jürchott, Felipe Argüello Guerra, Jürgen Klauber und Antje Schwinger
- Kapitel 2** **Möglichkeiten der Qualitätsmessung anhand von Routinedaten in der ambulanten Pflege – 29**
Kathrin Wehner
- Kapitel 3** **Forschung für mehr Qualität in der Versorgung von Pflegebedürftigen: Ein deskriptiver Blick auf die Förderprogramme in SGB V und SGB XI – 49**
Gerald Willms, Susann Behrendt, Felipe Argüello Guerra und Constance Stegbauer



Der Qualitätsatlas Pflege: Raumbezogene Qualitätsmessung bei Pflegeheimbewohnenden mittels QCare-Indikatoren

*Susann Behrendt, Chrysanthi Tsiasioti, Tanyel Özdes,
Kathrin Jürchott, Felipe Argüello Guerra, Jürgen Klauber und
Antje Schwinger*

Inhaltsverzeichnis

- 1.1 Hintergrund und Zielstellung – 5**
- 1.2 Der Qualitätsatlas Pflege – Datengrundlage und Methodik – 7**
- 1.3 Versorgungsqualität an der Schnittstelle der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung: drei ausgewählte QCare-Indikatoren im regionalen Vergleich – 9**
 - 1.3.1 Relevanz und Beeinflussbarkeit der Versorgungsaspekte – 9
 - 1.3.2 Ausgewählte empirische Befunde – 12
- 1.4 Erste Einordnung der regionalen Versorgungsunterschiede bei Pflegeheimbewohnenden – 20**

1.5 **Fazit – 23**

1.6 **Anhang – 25**

Literatur – 27

■ ■ Zusammenfassung

*Geographische Analysen zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung bzw. ausgewählter Subgruppen finden sich in zunehmendem Maße. Die raumbezogene Betrachtung von Pflegebedürftigen und ihren medizinischen und pflegerischen Leistungsansprüchen ist demgegenüber ein sehr wenig beforschtes Feld in Deutschland. Gleichzeitig weisen nicht erst seit gestern Studienbefunde der pflegebezogenen Versorgungsforschung auf deutliche regionale Unterschiede in der Versorgung und ihrer Qualität von Langzeitgepflegten hin. Der vorliegende Beitrag greift diesen Bedarf auf und stellt den „Qualitätsatlas Pflege“ vor, der vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiO) online zur Verfügung gestellt wird. Auf Basis der routinedatenbasierten **QCare – Qualitätsindikatoren für die Pflege** visualisiert dieser webbasierte neue Atlas – das ist das Hauptaugenmerk – die räumlichen Verteilungsmuster von kritischen Ereignissen in der Versorgung von AOK-versicherten Pflegeheimbewohnenden. Für drei Indikatoren – der Dehydration bei Demenz, der Dauerverordnung von Benzodiazepinen, -derivaten und Z-Substanzen sowie der sturzassoziierten Hospitalisierung bei sturzrisikoerhöhender Medikation – zeigt der Beitrag beispielhaft ausgewählte Ergebnisse. Die kreis- und bundeslandbezogene Betrachtung verdeutlicht: Das Optimierungspotenzial variiert regional teilweise erheblich. Diese erstmals und ab sofort in regelmäßigem Turnus zur Verfügung stehenden regionalen Qualitätsinformationen für rund die Hälfte der Pflegeheimbewohnenden in Deutschland liefern einen wichtigen Beitrag für mehr Transparenz in der Versorgung dieser vulnerablen Bevölkerungsgruppe. Sie werfen auch die Frage auf, wie über die Erhöhung der Awareness bei den (gesundheits)politisch Entscheidungstragenden und den an der Versorgung Beteiligten hinaus regionale Antworten für die Verbesserung der Versorgung gefunden werden können.*

Geographical health care analyses of the population or selected target groups are increasingly carried out. However, the focus on people

*in need of care and their utilisation of health and long-term care services is largely missing in Germany. At the same time, study results of care-related research have identified regional variations in long-term care and its quality. This article addresses this need and presents the “Qualitätsatlas Pflege” (quality atlas of nursing care), provided online by the AOK Research Institute (WiO). Using the routinely data-built **QCare – Qualitätsindikatoren für die Pflege**, this new web atlas aims to visualise the regional patterns of potential critical events in the care of AOK-insured nursing home residents. The authors present selected results for three QCare indicators – dehydration in residents with dementia, long-term prescription of benzodiazepines, -derivatives, and Z-substances, and fall-associated hospitalisation of residents receiving fall-risk-increasing medication. The district and state-relates analysis shows: the potential for optimisation varies considerably from region to region. This regional care quality information is now available for the first time and from now on will be published regularly on “Qualitätsatlas Pflege”. It covers about half of the nursing home residents in Germany and is an important contribution to more transparency in the care of this vulnerable population group. It also raises the question of how regional answers can be identified to improve care beyond increasing awareness among (health) policy-makers and those involved in long-term care.*

1.1 Hintergrund und Zielstellung

Seit einigen Jahren ist eine stetige Zunahme von gesundheitsgeographischen Analysen zur Versorgung der Bevölkerung bzw. ausgewählter Subgruppen in Deutschland zu verzeichnen (Koller et al. 2020). Ziel ist in der Regel, räumliche Verteilungsmuster von Erkrankungen sowie von Angebotsstrukturen zu identifizieren und ggf. auch Zusammenhänge zwischen mehreren Kennzahlen, auch im Zeitverlauf, zu untersuchen. Gesundheitliche Ungleichheiten ebenso wie Diskrepanzen in der Versorgungs-

qualität sind hier zentrale Stichworte. Die Berichterstattung zur Covid-19-Pandemie kurbelte die kartographische Darstellung von Infektionszahlen national und international deutlich an.

Unter dem Stichwort *Atlas* lassen sich mittlerweile mehrere Print- oder Online-Kartenwerke mit Gesundheits(versorgungs-)bezug für das Bundesgebiet identifizieren. Augustin et al. (2018) zählten in ihrer Übersichtsstudie zu Gesundheitsatlanten in Deutschland bereits vor fünf Jahren – wohlgemerkt vor Beginn der Pandemie – rund 50 Werke. Bei 16 dieser Arbeiten handelte es sich um einen klassischen Atlas, alle weiteren stuften Augustin et al. (2018) als „Werke/Berichte mit Karten“ ein. Als aktuelle Webauftritte von Atlanten seien hier exemplarisch jene des Gesundheitsatlas Deutschland¹ und des Qualitätsmonitors², des Versorgungsatlas³ sowie das avisierte digitale Berichtswesen zur palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland im Kontext des pall-Compare-Projekts des Universitätsklinikums Jena in Kooperation mit der BARMER⁴ genannt.

Explizit mit dem Fokus auf Menschen mit Pflegebedürftigkeit lässt sich aktuell kein Atlas bzw. wiederkehrendes Mapping von Informationen zur Inanspruchnahme der pflegerischen und medizinischen Versorgung in Deutschland finden. Dagegen gibt es mehrere Online-Anwendungen wie der MikroSimulator des Statistischen Bundesamtes (Destatis o.J.), die u. a. Pflegeprävalenzen beleuchten. Ebenso sind bundeslandspezifische digitale „Gesundheitsatlanten“, primär aufbauend auf dem Indikatorenset für die Gesundheitsberichterstattung der Länder (AOLG-Indika-

torensatz)⁵, und die regionalisierte Analyse von pflegebezogenen Kennzahlen⁶ verfügbar. Dabei handelt es sich primär um die Verteilung von Pflegebedürftigkeit allgemein sowie differenziert nach Pflegeart und -grad, von Demenzprävalenzen sowie um die Verteilung von ambulanten und stationären Pflege- und Hospizeinrichtungen bzw. -diensten. Raumbezogene Analysen zur Inanspruchnahme von pflegerischen und medizinischen Versorgungsleistungen durch Pflegeheimbewohnende sind im Bundesgebiet jedoch noch rar. Hier setzt der *Qualitätsatlas Pflege* des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) als Online-Portal an.

Der Qualitätsatlas Pflege nutzt ein Set an routinedatenbasierten Qualitätsindikatoren aus dem vom Innovationsfonds geförderten Forschungsprojekt „Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR)“. Im Projekt entwickelte das WiDO in Kooperation mit dem aQua-Institut GmbH und der Ostfalia Hochschule für Angewandte Wissenschaften Indikatoren zur Messung der Versorgungsqualität bei Pflegeheimbewohnenden auf Einrichtungsebene. Im Fokus standen hierbei Schnittstellen der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung. Mehrstufige literaturbasierte Evidenzrecherchen in Kombination und im Wechselspiel mit routinedatenbasierter Vertestung stellten sicher, dass jeder Indikator Versorgungsaspekte bei Pflegeheimbewohnenden misst, die relevant (Burden, Epidemiologie), methodisch machbar/messbar und durch Pflegekräfte, Ärzte und Ärztinnen, therapeutische Fachleute und Management beeinflussbar sind. Die Ergebnisse des Projekts sowie die Beschreibung der methodischen Herangehensweise sind im zweibändigen Forschungsbericht veröffentlicht (Behrendt et al. 2022a, 2022b, 2022c, 2022d). Mit Beendigung

1 ► <https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/>.
 2 ► <https://qualitaetsmonitor.de/>.
 3 ► <https://www.versorgungsatlas.de/>.
 4 ► <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/pallcompare-inanspruchnahme-und-outcomes-palliativer-versorgung-in-deutschland-im-regionalen-vergleich-eine-gkv-routinedatenanalyse.317>.

5 Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) ► https://www.gbe-bund.de/pdf/indikatorensatz_der_laender_2003.pdf.

6 Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit; ► https://www.lgl.bayern.de/gesundheits/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsatlas/ia_report/atlas.html.

des Projekts erhielten das routinedatenbasierte Verfahren und Indikatorset im Rahmen der methodischen Schärfung, der Entwicklung des Qualitätsatlas Pflege und der Planung weiterer langfristiger Verwendungskontexte die Bezeichnung *QCare – Qualitätsindikatoren für die Pflege*.

Der vorliegende Beitrag erscheint begleitend zum Launch des Qualitätsatlas Pflege (www.qualitaetsatlas-pflege.de). Es handelt sich dabei um eine Webseite, welche die QCare-Indikatoren regional, d. h. auf Kreis- und Bundeslandebene – also nicht auf Ebene der Pflegeeinrichtungen – visualisiert. Die regionalen QCare-Indikatoren sollen zunächst einen Beitrag zu mehr Transparenz der Versorgung von Pflegeheimbewohnenden in den Kreisen und Bundesländern leisten und damit Awareness für etwaigen Optimierungsbedarf schaffen. Die Webseite adressiert damit insbesondere Verantwortliche der Gesundheitspolitik auf Ebene des Bundes, der Bundesländer, der Landkreise, Städte und Gemeinden. Auch die Institutionen, welche die Versorgung von Pflegeheimbewohnenden mitgestalten (d. h. Leistungserbringende oder andere Interessenverbände, Selbsthilfeorganisationen), wie auch die Wissenschaft, Fachgesellschaften und Journalisten sollen sich durch das Webangebot angesprochen fühlen. Der Qualitätsatlas Pflege richtet sich folglich in erster Linie *nicht* an Betroffene und ihre Angehörigen, da er kreisbezogene Ergebnisse liefert. Qualitätsergebnisse einzelner Einrichtungen werden nicht ausgewiesen, ein Benchmarking von Einrichtungen findet im Rahmen dieses öffentlichen Angebotes nicht statt. Ein Ausblick auf derartige Nutzungskontexte findet sich am Ende dieses Beitrags im Fazit.

Ziel der folgenden Ausführungen ist es, dieses neue Angebot zu skizzieren, den Hintergrund zu erläutern und die Methodik der Berechnung kreisbezogener QCare-Indikatoren darzulegen. Für drei exemplarisch ausgewählte Indikatoren – die Dehydratation bei Demenz, die Dauerverordnung von Benzodiazepinen, -derivaten und Z-Substanzen sowie die sturzassoziierte Hospitalisierung bei sturz-

risikoerhöhender Medikation – zeigt der Beitrag ausgewählte Ergebnisse und visualisiert sie analog zum Atlas. Eine Diskussion der Potenziale und Herausforderungen dieser raumbezogenen Qualitätsindikatoren im Abgleich mit der Forschungsliteratur zu regionalen Unterschieden in der Qualität der Langzeitpflege sowie ein Ausblick auf die perspektivische Weiterentwicklung des Atlas binden den Beitrag schließlich ab.

1.2 Der Qualitätsatlas Pflege – Datengrundlage und Methodik

Der regionalisierten Indikatorberechnung liegen die Routinedaten aller elf AOK-Kranken- und Pflegekassen zugrunde (breiter erläutert im QMPR-Ergebnisbericht Band I, Behrendt et al. 2022d). Es handelt sich damit um eine retrospektive Sekundärdatenanalyse. Die räumliche Zuordnung erfolgt über den Wohnort der Pflegebedürftigen (also den Standort des Pflegeheims).⁷ Der Datensatz für die Erstellung der kreisbezogenen QCare-Indikatergebnisse beinhaltet die AOK-Versicherten im Alter von mindestens 60 Jahren, die mindestens einmal im Berichtsjahr abgerechnete Leistungen der vollstationären Dauerpflege (§ 43 SGB XI) aufweisen und außerdem mindestens ein Quartal im selben Jahr auch wirklich in einem Pflegeheim lebten. Er schließt demgegenüber Personen aus, die im Berichtsjahr das Pflegeheim oder in das ambulante Setting wechselten ebenso wie Pflegeheime mit Verträgen zur Behandlung von beatmungspflichtigen Erwachsenen bzw. Kindern/Jugendlichen und zur Pflege von Menschen im Wachkoma (Phase F).⁸ Bei Vorlie-

7 Die Zuordnung erfolgt auf Basis der Referenztabelle der Deutschen Post.

8 Der Qualitätsatlas Pflege muss dabei aufgrund eindeutiger Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Vertragsarten konservativ vorgehen und exkludiert daher alle Pflegeheime mit diesen Vergütungsgegebenheiten, selbst wenn sie zusätzlich bspw. den allgemeinen Pflegesatz (0) aufweisen.

gen dieser pflegefachlichen Schwerpunkte ist davon auszugehen, dass die über die QCare-Indikatoren gemessenen Versorgungsaspekte eine andere Relevanz und eine andere Herangehensweise implizieren. Ferner sind Kreise mit zu kleinen Fallzahlen exkludiert. Dies hat zum einen datenschutzrechtliche Gründe, zum anderen eine methodische Ursache: ersteres, um mögliche Rückschlüsse auf Einrichtungen vor Ort zu verhindern; letzteres, da Schlussfolgerungen zur Versorgungsqualität auf Basis von nur wenigen Pflegeheimbewohnenden statistisch nicht belastbar sind. Auffällige Einzelereignisse in der kreisbezogenen Versorgung könnten durchaus zufällig sein, sich jedoch prozentual zu stark im Qualitätsergebnis des gesamten Kreises niederschlagen (siehe hierzu auch Behrendt et al. 2022d). Der Datensatz zur regionalisierten QCare-Indikatorberechnung enthält deshalb keine Kreise, die in einem der betrachteten Berichtsjahre (2017–2021)

- A. gemäß Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes (Stichtag 31.12.2017 bzw. 31.12.2019) überhaupt weniger als fünf Einrichtungen aufwiesen
- B. gemäß AOK-Datensatz weniger als fünf Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege oder weniger als 30 AOK-versicherte Pflegeheimbewohnende aufwiesen.

Faktisch enthalten sind damit 399 von insgesamt 401 Kreisen und kreisfreien Städten⁹ im Jahr 2017 (2018–2020: jeweils 400 von 401 Kreisen). Bedingt durch die Gebietsreform in 2021 reduzierte sich die Zahl dieser Raumeinheiten auf 400, von denen 399 Kreise entsprechend der genannten Ein- und Ausschlusskriterien in die Jahresanalysen einbezogen werden konnten. Das Minimum an Pflegeheimbewohnenden je Kreis im Jahr 2021 betrug dabei 161 Personen, das Maximum 5.140 plus einem sehr großen Kreis mit 12.025 Bewohnenden. Die durchschnittliche Bewoh-

nendenzahl je Kreis liegt dabei bei 896 Personen. Insgesamt gehen für die Berichtsjahre 2017 bis 2021 jährlich zwischen rund 360.000 (2021) und maximal 380.000 (2018) AOK-versicherte Bewohnende in die regionale Analyse und kartographische Visualisierung der QCare-Indikatoren ein. Bei rund 800.000 Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege in Deutschland gemäß Pflegestatistik (Stichtag: 31.12.2021) erfasste die Analyse im Jahr 2021 knapp die Hälfte von ihnen.

Die durch diese Einschluss- und Ausschlusskriterien resultierende Grundgesamtheit an Kreisen mit ihren AOK-versicherten Pflegeheimbewohnenden bildet die Basis aller Betrachtungen auf Kreis- und ebenso auf Bundeslandebene. D. h.: In die Berechnungen für die Bundesländer gehen ausschließlich jene Pflegeheimbewohnenden ein, die auch bei den Kreisberechnungen inkludiert sind. So ist eine konsistente Darstellung der Ergebnisse gesichert¹⁰.

Für beide Raumeinheiten stellt der Qualitätsatlas Pflege die rohen und die risikoadjustierten QCare-Indikatorergebnisse auf Jahresbasis (2017–2021) bereit, die beiden Kerngrößen für den regionalen Vergleich der Versorgungsqualität bei Pflegeheimbewohnenden. Bei den rohen Werten handelt es sich um den Anteil der Pflegeheimbewohnenden mit dem jeweiligen Indikatorereignis je Kreis/Bundesland. Adjustiert bedeutet demgegenüber, dass das indikatorbezogene Risikoprofil der Pflegeheimbewohnenden in der gewählten Raumeinheit bei der Berechnung des Indikatorergebnisses einbezogen wird. Ziel ist hierbei, faire regionale Vergleiche sicherzustellen. Als relevante Merkmale zur Bestimmung des allgemeinen – d. h. indikatorunspezifischen – Risikoprofils gehen gemäß QCare-Verfahren

⁹ Für eine bessere Lesbarkeit ist im Folgenden von „Kreisen“ die Rede. Dieser Terminus umfasst jedoch neben den Kreisen auch die kreisfreien Städte.

¹⁰ Einige QCare-Indikatoren fokussieren Subgruppen an Pflegeheimbewohnenden, sodass sich folgerichtig die Anzahl an Pflegeheimbewohnenden je Kreis reduziert – wie vorliegend beim Indikator zur Dehydratation bei Demenz (95 bis 8.805 Bewohnende je Kreis; durchschnittlich 582 Bewohnende) und zu sturzbedingten Krankenhausaufenthalten bei FRIDs (129 bis 9.748 Bewohnende je Kreis, 755 Bewohnende).

standardmäßig in die Regression ein: Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Begleiterkrankungen nach Elixhauser-Komorbiditätsindex, Demenz (ja/nein) sowie die Verweildauer der Person im Pflegeheim (siehe hierzu ausführlich Behrendt et al. 2022d). Je nach Indikator kann sich dieses Set um indikatorspezifische Merkmale erweitern. Eine multivariate Regression berechnet schließlich für jeden Kreis bzw. für jedes Bundesland die angesichts dieses Risikoprofils erwartete Anzahl an Pflegeheimbewohnenden mit dem entsprechenden Indikatorereignis. Das Verhältnis der tatsächlich gemessenen und der erwarteten Anzahl von Betroffenen derselben Raumeinheit und Zeitspanne stellt die Standardisierte Morbiditätsrate (SMR) dar. Dieser Quotient ist der risikoadjustierte Wert für den regionalen Vergleich. Die erwarteten SMR-Werte werden mithilfe logistischer Regressionsmodelle¹¹ berechnet (siehe hierzu auch Behrendt et al. 2022d).

■ Tab. 1.2 im Anhang fasst die zentralen Kriterien und routinedatenbasierten Algorithmen der drei hier exemplarisch vorgestellten QCare-Indikatoren zur Dehydration bei Demenz, zur Dauerverordnung von Benzodiazepinen und Z-Substanzen sowie zur sturzassozierten Hospitalisierung bei sturzrisikoerhöhender Medikation (fall-risk-increasing drugs, FRIDs) zusammen.

1.3 Versorgungsqualität an der Schnittstelle der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung: drei ausgewählte QCare-Indikatoren im regionalen Vergleich

1.3.1 Relevanz und Beeinflussbarkeit der Versorgungsaspekte

Von den in ■ Abb. 1.1 dargestellten zwölf QCare-Indikatoren sollen im Folgenden drei Indikatoren exemplarisch vorgestellt werden. Es handelt sich dabei um

- Krankenhausaufenthalte mit Hauptdiagnose „Volumenmangel“ (Dehydration) bei Pflegeheimbewohnenden mit Demenz,
- den dauerhaften Einsatz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln (Benzodiazepinen, -derivaten und Z-Substanzen) bei Pflegeheimbewohnenden im Allgemeinen sowie
- sturzassozierte Krankenhausaufenthalte bei Pflegeheimbewohnenden, die sturzrisikoerhöhende Medikation (FRIDs) erhalten.

Voraussetzung für die vorgenommene Entwicklung von Qualitätsindikatoren zu Versorgungsaspekten ist deren Relevanz für die Pflegeheimbewohnenden und das Versorgungssystem, die Beeinflussbarkeit durch die an der Versorgung Beteiligten sowie die routinedatenbasierte Messbarkeit. Für jeden der zwölf QCare-Indikatoren – und damit auch für die hier exemplarisch ausgewählten Indikatoren – findet sich eine ausführliche Beschreibung dieser erfüllten Voraussetzungen auf Basis der im Innovationsfonds-Projekt QMPR durchgeführten strukturieren Literaturrecherchen (vgl. Behrendt et al. 2022a, b, c). Die folgenden Ausführungen sind insofern eine Kurzzusammenfassung der Relevanz und Beeinflussbarkeit der drei Versorgungsaspekte. Die dahinterliegende Forschungsliteratur findet sich im QMPR-Ergebnisbericht gelistet (vgl. Behrendt et al. 2022a, b, c).

¹¹ Mit der Auswahl der logistischen Regression für die raumbezogene Analyse grenzen wir uns von der GEE-Methode im Projekt QMPR ab (siehe hierzu auch Behrendt et al. 2022d).

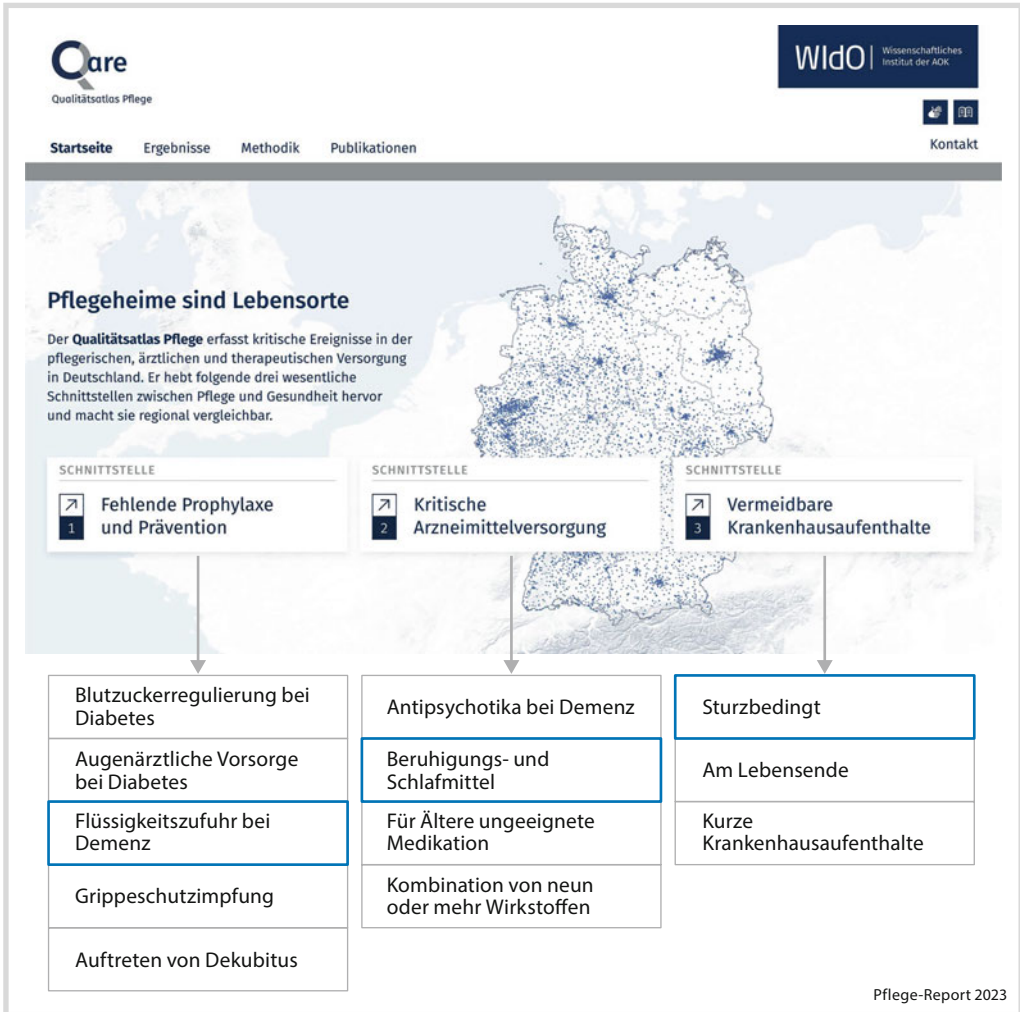


Abb. 1.1 Qualitätsatlas Pflege – Startseite ergänzt um die QCare-Indikatoren an den Schnittstellen der Versorgung von Pflegeheimbewohnenden. Die Umsetzung dieser QCare-Indikatoren auf der Webseite erfolgt sukzessive.

Aktuell sind nahezu alle der hier genannten Indikatoren umgesetzt. Auch neu zu entwickelnde QCare-Indikatoren folgen. (Quelle: eigene Darstellung basierend auf: ► www.qualitaetsatlas-pflege.de)

■ ■ Fehlende Prophylaxe und Prävention: Dehydration bei Demenz

Betagte und in der Regel multimorbide Pflegeheimbewohnende weisen ein hohes Risiko für Dehydrationszustände auf. Zurückführen lässt sich dies primär auf Beeinträchtigungen auf der funktionellen und ebenso auf der kognitiven Ebene, akute Erkrankungen und Merkmale der medikamentösen Therapie im Alter. Bewohnende mit Demenz sind ei-

ne hochprävalente und gleichermaßen besonders gefährdete Gruppe im Pflegeheim. Rund zwei Drittel (69 %) der Pflegeheimbewohnenden in Deutschland gelten als dementiell erkrankt (vgl. Behrendt et al. 2022a, 2022b, 2022c). Diese Menschen sind oftmals nicht in der Lage, Hunger- und Durstempfindungen auszudrücken, sie vergessen das Trinken und Essen oder lehnen dieses aus unterschiedlichen Gründen ab. Neurologisch bedingte Schluck-

störungen, sogenannte Dysphagien, in fortgeschrittenen Demenzstadien können das Risiko für (u. a.) eine Dehydratation des Organismus zusätzlich steigern. Die Konsequenzen sind schwerwiegend: Das Spektrum reicht hier von Delir über ein erhöhtes Sturzaufkommen, Harnwegsinfektionen, Nierenschädigungen bis hin zu einer Zunahme des Mortalitätsrisikos. Mit Blick auf dementiell erkrankte Menschen können Dehydrierungen ferner zu einer ungünstigen Beeinflussung der psychischen Verfassung und zu Verhaltenssymptomen führen, die wiederum die Wahrscheinlichkeit für unerwünschte Versorgungsereignisse wie die Gabe von Antipsychotika oder die Aufnahme in gerontopsychiatrische Fachabteilungen erhöhen.

Umso so relevanter erscheint die Dehydrationsprävention im Pflegeheim. Basierend darauf, dass vier Fünftel des Flüssigkeitsbedarfs durch Trinken zu decken sind, finden sich in der sogenannten ESPEN-Leitlinie konkrete Trinkmengen-Empfehlungen für betagte Frauen und Männer. Kontraindikationen, wie das Vorliegen von Nieren- oder Herzinsuffizienzen, aber auch Akuterkrankungen mit Auswirkungen auf den Flüssigkeitsbedarf modifizieren die Richtwerte der Leitlinie.

Um eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr sicherzustellen, konzentrieren sich die wichtigsten Maßnahmen auf die Gestaltung der Umgebung (bspw. präsenste und vielfältige Getränkeauswahl, Nahrung mit hohem Flüssigkeitsanteil), das Verhalten (Etablierung von Trinkroutinen, Motivation zur Flüssigkeitszufuhr) sowie eine Kombination von Einzelmaßnahmen wie die Getränkeverfügbarkeit, eine höhere Risiko-Awareness und die aktive Unterstützung beim Trinken und bei Toilettengängen durch die Pflegekräfte.

■ ■ Kritische Arzneimittelversorgung: Dauerhafter Einsatz von Benzodiazepinen, -derivaten und Z-Wirkstoffen

Benzodiazepine, -Derivate und Z-Wirkstoffe¹² (BZD/ZS) gehören zu den Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa. Als hochwirksame Medikamente mit Verschreibungspflicht kennzeichnet sie eine beruhigende und angstlösende Wirkung. Bundesweit zählen diese Wirkstoffe zu den am häufigsten potenziell inadäquat verschriebenen Medikamenten für ältere Menschen (PIM). Ein Zehntel der älteren Bevölkerung in Deutschland erhält BZD/ZS dauerhaft. Explizit für das Setting Pflegeheim und mit Blick auf die Langzeitverordnung von BZD/ZS liegen für Deutschland mit QCare erstmals empirisch fundierte Erkenntnisse vor.

Zu den Risiken der (dauerhaften) Einnahme von BZD/ZS gelten somatische, psychiatrische und neuropsychologische Nebenwirkungen sowie kognitive Beeinträchtigungen. Viele Studien weisen auch ein erhöhtes Sturzrisiko nach, dies insbesondere innerhalb der ersten 24 h nach Medikationsbeginn sowie bei Dosisveränderungen. Infolge des dauerhaften Einsatzes dieser Wirkstoffe besteht die Gefahr einer Toleranzentwicklung und Abhängigkeit – die Verordnungsfähigkeit von BZD/ZS bezieht sich deshalb ausschließlich auf den kurzzeitigen therapeutischen Einsatz von maximal vier Wochen.

Studien/Leitlinien zeigen hier wirksame medikamentöse Interventionen (z. B. BZD-/ZS-Entzug oder -Substitution durch andere Medikamente) und nicht-pharmakologische Interventionen. Sie zielen auf eine Vermeidung, eine Reduktion bzw. eine Beendigung des Dauereinsatzes von BZD/ZS. So zeigen Studien den positiven Effekt einer festen, ärztlich koordinierten, gerontologisch weitergebildeten Ansprechperson vor Ort in der Pflegeeinrichtung auf ein adäquates Arzneimittel-

12 Die drei Wirkstoffe Zolpidem, Zopiclon und Zaleplon, unter dem Namen „Z-Substanzen“ bekannt, können zur kurzfristigen Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen eingesetzt werden.

management. Ferner finden sich in der Forschungsliteratur Belege und Hinweise, dass u. a. Schulungen des Pflegepersonals, Audits der Menschen mit dauerhaftem BZD/ZS-Konsum sowie Feedbacksysteme und regelmäßige Medikationsreviews zu einer Reduktion des Anteils von Pflegeheimbewohnenden mit BZD/ZS-Langzeiteinnahme führen. Multiinterventionen im Sinne der Kombination ausgewählter Einzelmaßnahmen auf der pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Ebene und unter Berücksichtigung von verhaltens- oder psychotherapeutischer Unterstützung sind auch hier laut Evidenzrecherche in QMPR anzuraten. Die Einführung einer „klinischen Regel“ im Setting der Pflegeeinrichtung kann zusätzlich fördern, dass BZD/ZS zur Behandlung von Schlaflosigkeit schrittweise abgesetzt werden.

■ ■ **Potenziell vermeidbare**

Krankenhausaufenthalte: sturzassoziierte Hospitalisierung bei FRIDs

In Deutschland zählen Stürze und sturzbedingte Verletzungen zu den häufigsten Anlässen für Hospitalisierungen von Pflegeheimbewohnenden. Insbesondere die möglichen Sturzfolgen wie Immobilität, Beeinträchtigungen alltäglicher Fähigkeiten sowie der psychischen Konstitution, die zu einem Verlust an Autonomie in unterschiedlichem Ausmaß führen können, bis hin zum Versterben der Betroffenen, sind zu beachten. Im Spektrum der Risikofaktoren sind neben bewohnerseitigen Faktoren und Risiken in der Wohnumgebung insbesondere die sturzrisikoerhöhenden Wirkungen von spezifischen Wirkstoffen wissenschaftlich belegt. Die Gabe dieser fall-risk-increasing drugs (FRIDs) potenziert damit das an sich bereits erhöhte Sturzrisiko bei den i. d. R. betagten, multimorbiden, oftmals auch dementiell erkrankten Pflegeheimbewohnenden. Nach- oder Hinweise hierfür ließen sich in der Evidenzrecherche für folgende Wirkstoffgruppen (hier: FRIDs) identifizieren: Antidepressiva, Antipsychotika, Hypnotika/Sedativa, Anxiolytika/Benzodiazepine, Antiepileptika, Antihypertensiva und Diuretika sowie für Polypharmazie.

Aufgrund der multifaktoriellen Ätiologie von Stürzen ergibt sich insgesamt ein breites Spektrum an Ansätzen für die Sturzprävention. Diese Präventionsarbeit betrifft pflegerische und ebenso ärztliche Leistungserbringende. Das Handlungsspektrum umfasst dabei systematische Sturzrisiko-Assessments unter Berücksichtigung der relevanten Risikofaktoren durch Pflegekräfte und weiterführend durch die Ärztinnen und Ärzte, ein regelmäßiger Medikationsreview inkl. der bei Bedarf vorzunehmenden therapeutischen Anpassungen (Fokus FRIDs) sowie wiederkehrende ärztliche Visiten und Beobachtungen durch das Pflegepersonal (und Angehörige) als „Frühwarnsystem für potenziell auftretende unerwünschte Wirkungen“. Schulung und Sensibilisierung für die FRIDs-Risiken sind ebenso angezeigt wie generell die grundsätzlich zur Sturzprophylaxe empfohlenen Maßnahmen gemäß Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

1.3.2 Ausgewählte empirische Befunde

■ ■ **Verteilung der QCare-Indikatorenergebnisse auf Kreisebene**

Je nach Indikator betrachtet die hier vorgestellte regionale Analyse zwischen rund 232.000 und 357.000 Pflegeheimbewohnende im Jahr 2021 in Deutschland. ■ Tab. 1.1 gibt hier einen Überblick über die Grundgesamtheit der Indikatorberechnung (Nenner). Der Anteil der Pflegeheimbewohnenden mit dem entsprechenden Indikatorereignis, gemessen an allen einbezogenen Pflegeheimbewohnenden auf Bundesebene, ist ebenso dargestellt. Ferner finden sich wichtige Parameter zur Verteilung der kreisbezogenen Ergebnisse. Hierfür werden die sogenannten Quartile verwendet: Die Kreise werden der Größe ihrer jeweiligen (rohen oder adjustierten) Indikatorwerte entsprechend sortiert und dann in vier gleich große Gruppen geteilt. Jedes Quartil stellt somit rund ein Viertel aller betrachteten Kreise

Tab. 1.1 Qualitätsatlas Pflege – Überblick zur Verteilung der QCare-Indikatorenergebnisse auf Kreisebene (Berichtsjahr 2021). (Quelle: AOK-Daten)

		Dehydrationsbedingter KHA* bei Demenz	Dauerverordnung bei BZD/ZS	Sturzbedingter KHA* bei FRIDs**
PHBew zur Indikator- berechnung	Anzahl [n]	232.255	357.334	301.359
PHBew mit Indikator- ereignis im Bund	Anteil [%]	3,8	7,5	16,1
Quartil I (25 % aller Kreise)	Anteil [%]	0,4 bis ≤ 2,7	0,8 bis ≤ 4,7	8,8 bis ≤ 14,4
	adj. [SMR]	0,13 bis ≤ 0,71	0,11 bis ≤ 0,63	0,57 bis ≤ 0,90
Quartil II (25 % aller Kreise)	Anteil [%]	2,8 bis ≤ 3,8	4,8 bis ≤ 7,2	14,5 bis ≤ 16,2
	adj. [SMR]	0,72 bis ≤ 0,99	0,64 bis ≤ 0,94	0,91 bis ≤ 1,01
Quartil III (25 % aller Kreise)	Anteil [%]	3,9 bis ≤ 4,9	7,3 bis ≤ 9,8	16,3 bis ≤ 18,2
	adj. [SMR]	1,00 bis ≤ 1,27	0,95 bis ≤ 1,27	1,02 bis ≤ 1,14
Quartil IV (25 % aller Kreise)	Anteil [%]	5,0 bis 12,5	9,9 bis 25,2	18,3 bis 27,1
	adj. [SMR]	1,28 bis 3,65	1,28 bis 3,04	1,15 bis 1,62
95 % Perzentil (5 % aller Kreise)	Anteil [%]	7,5 bis 12,5	15,1 bis 25,2	22,0 bis 27,1
	adj. [SMR]	2,01 bis 3,65	1,90 bis 3,04	1,33 bis 1,62

*KHA – Krankenhausaufenthalt
**FRIDs – fall-risk-increasing drugs (sturzrisikoerhöhende Medikation)
Pflege-Report 2023

(von N = 399¹³) dar. Quartil I bildet die 25 % aller bundesdeutschen Kreise ab, welche die niedrigsten Indikatorwerte aufwiesen, Quartil IV wiederum jene 25 % mit den höchsten bzw. hier auffälligsten Werten. Die Werteintervalle dieser Quartile geben Auskunft über die Spannweite und Variation der Versorgungsqualität zwischen den Kreisen.

Die in **Abb. 1.2 bis 1.4** enthaltenen Deutschlandkarten visualisieren die Höhe der rohen (a) und risikoadjustierten (b) Indikatorergebnisse für jeden Kreis durch Einfärbungen auf einer sequentiellen Skala von acht Kategorien. Diese entsprechen Oktile, die auf die gleiche Weise wie Quartile zu bilden und zu

verstehen sind; bspw. enthält das erste Oktile in dieser Skala (die hellste Farbe) ein Achtel aller Kreise mit den niedrigsten Indikatorwerten, das letzte Oktile in dieser Reihung (die dunkelste Farbe) jenes Achtel der Kreise mit den höchsten und hier auffälligsten Werten. Folgerichtig bilden das erste und zweite Oktile das Quartil I ab, das siebte und achte Oktile schließlich das Quartil IV. Diese zusätzliche Aufspaltung in Oktile in der kartographischen Aufbereitung differenziert damit die Kreise der recht groben Quartilseinteilung weiter und wird damit der Heterogenität der Versorgungsqualität in ihrer Darstellung gerechter.

**■ ■ Fehlende Prophylaxe und Prävention:
Dehydration bei Demenz**

Tab. 1.1 in Kombination mit der hier präsentierten kartographischen Aufbereitung (**Abb. 1.2**) verdeutlicht: Der Anteil von de-

13 Aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien der Analyse (vgl. **Abschn. 1.2**) reduzierte sich die Gesamtkreiszahl von bundesweit n = 400 Kreisen/kreisfreien Städten (2021) auf n = 399.

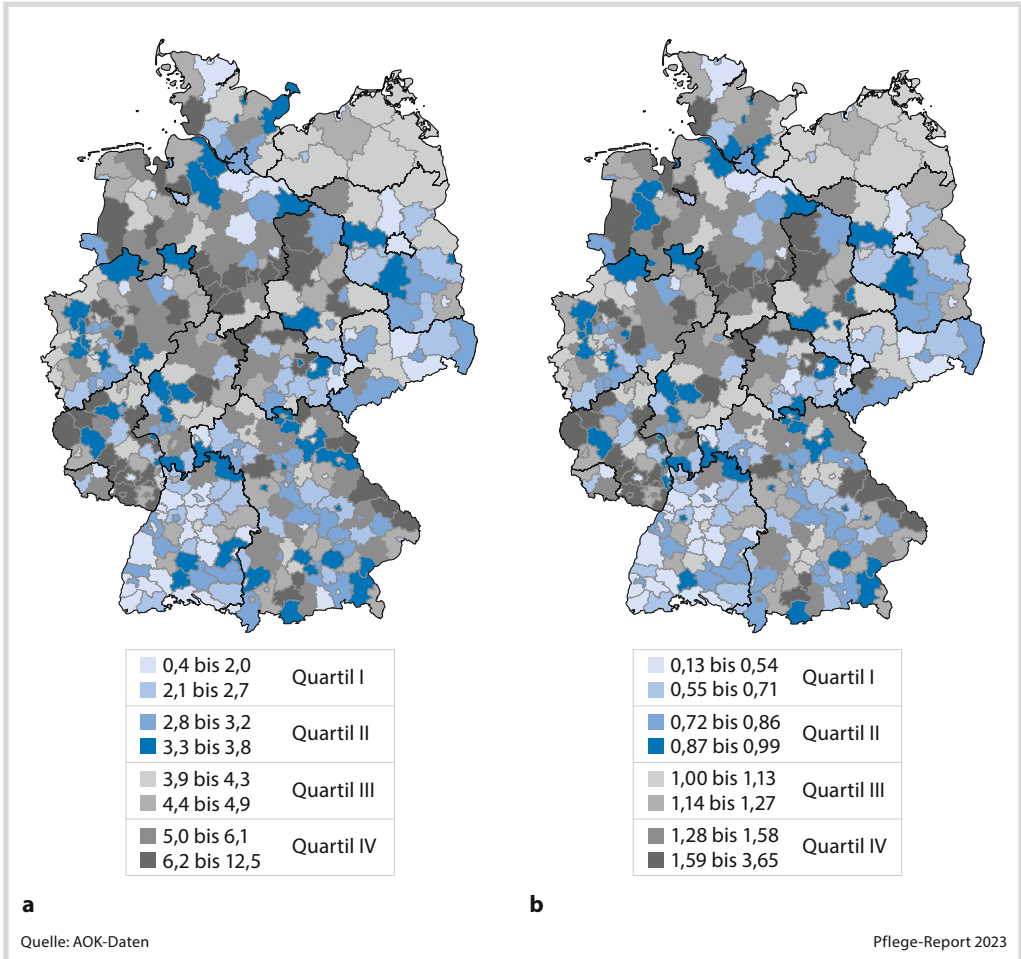


Abb. 1.2 Qualitätsatlas Pflege – Pflegeheimbewohnende mit Demenz und dehydrationsbedingtem Krankenhausaufenthalt, **a** roh [%], **b** risikoadjustiert [SMR] (2021). (Quelle: AOK-Daten)

mentuell erkrankten Pflegeheimbewohnenden, die im Jahr 2021 mindestens einmal aufgrund einer Dehydratation im Krankenhaus behandelt wurden, variiert regional. Während der Bundesdurchschnitt bei rund 4 % liegt, sind je nach Kreis zwischen 0,4 und 13 % der Pflegeheimbewohnenden mit Demenz von diesem Versorgungsergebnis bzw. -prozess betroffen (Abb. 1.2a).

Tab. 1.1 unterstreicht zusätzlich: Das Maximum von 13 % findet sich bei sehr wenigen Kreisen. In den 20 Kreisen mit den auffälligsten Werten (95 % Perzentil) wur-

den zwischen 7,5 (aufgerundet 8) bis 13 % der Pflegeheimbewohnenden mit Demenz im Krankenhaus mit Dehydrationshauptdiagnose behandelt.

In einem Viertel der Kreise (Quartil IV) weist jeder zwanzigste Pflegeheimbewohnende und mehr dieses Indikatorereignis auf. Von diesen Kreisen sind die meisten in Bayern (v. a. an der deutsch-tschechischen Grenze), in Niedersachsen, im Süden von Rheinland-Pfalz sowie in Nordrhein-Westfalen verortet. Die meisten Kreise in Baden-Württemberg, Brandenburg und Berlin, Bremen und Ham-

burg sind demgegenüber kaum oder gar nicht (im Sinne von Quartil IV) auffällig.

Mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern, für das die Analyse relativ homogen überdurchschnittlich hohe Indikatoranteile ergibt – jedoch allesamt im Quartil III –, variiert die Versorgungslage zwischen den Kreisen innerhalb der Bundesländer. Ein kohärentes Verteilungsmuster wie ein Nord-Süd- oder Ost-West-Gefälle lässt sich der kreisbezogenen Analyse nicht entnehmen. Anzumerken bleibt: Die beobachteten Anteile von demenziell erkrankten Pflegeheimbewohnenden mit dehydrationsbedingtem Krankenhausaufenthalt sind mit sehr wenigen Ausnahmen im einstelligen Bereich – die Differenzen innerhalb der Quartile und damit auch ihrer Grenzen sind gering. Das Zehntel der Kreise mit den höchsten Werten mit einer durchschnittlichen Zahl an Pflegeheimbewohnenden von 415 ist unterschiedlich groß (101 bis 1.137 Bewohnende).

Teil b der  Abb. 1.2 und  Tab. 1.1 ergänzt hier die sogenannten risikoadjustierten Werte je Kreis (vgl. ► Abschn. 1.2 zur Risikoadjustierung) bzw. die entsprechenden Quartilsgrenzen. Hierfür wurden neben den in Teil a dargestellten rohen Werten jene berechnet, die aufgrund des Risikoprofils der im Kreis einbezogenen Pflegeheimbewohnenden erwartbar wären. Neben dem Standardset Alter, Geschlecht, Komorbiditäten nach Elixhauser-Index sowie Pflegegrad und Verweildauer berücksichtigt diese Indikatorberechnung zusätzlich das Vorliegen von Infektionserkrankungen, die zu einem akut erhöhten Flüssigkeitsverlust führen und damit eine schwere Dehydration begründen könnten (vgl.  Tab. 1.2 im Anhang). Das Verhältnis zwischen rohen und erwartbaren Werten je Kreis stellt hier in  Abb. 1.2b die risikoadjustierte Rate dar. Das Spektrum dieser Rate reicht von 0,13 bis 3,65 je Kreis, sprich: In den sehr hell eingefärbten Kreisen waren 2021 bis zu knapp 90 % *weniger* demenziell erkrankte Pflegeheimbewohnende dehydrationsbedingt im Krankenhaus als statistisch für diese Kreise erwartbar. In den auffälligsten Kreisen (dunkelste Einfärbung in

der Karte) liegt der Anteil dieser hospitalisierten Bewohnenden wiederum 59 % bis 265 % über dem statistisch für die jeweilige Raumeinheit erwartbaren Wert ( Abb. 1.2b). Im Gesamtblick tritt auch zutage: Eine Berücksichtigung des Risikoprofils der Pflegeheimbewohnenden verändert das räumliche Verteilungsmuster für diesen Versorgungsaspekt kaum.

■ ■ Kritische Arzneimittelverordnung: Dauerhafter Einsatz von Benzodiazepinen, -derivaten und Z-Wirkstoffen

Der dauerhafte Einsatz von Benzodiazepinen, -derivaten und Z-Substanzen ist ein relevanter Aspekt an der Schnittstelle Arzneimittelversorgung. Die regionale Analyse kommt zu klaren räumlichen Verteilungsmustern, die sich nahezu unverändert nach Berücksichtigung der Risikoprofile der Pflegeheimbewohnenden in den einzelnen Kreisen aufrechterhalten ( Abb. 1.3). Der rohe Bundesdurchschnitt von Bewohnenden mit Dauerverordnung der genannten Wirkstoffe lag 2021 bei 8 % ( Tab. 1.1). Im Vergleich zum vorangegangenen Indikatorbeispiel lässt sich hier zum einen eine höhere Prävalenz des Indikatorereignisses und zum anderen eine stärkere Variation über die Kreise hinweg beobachten. Im Viertel der Kreise mit den höchsten rohen Werten (Quartil IV) erhalten je Kreis mindestens rund ein Zehntel (9,9 %) aller Pflegeheimbewohnenden BZD/ZS dauerhaft; in 5 % aller Kreise liegt dieser Wert zwischen 15 und 25 % ( Tab. 1.1). Diese Kreise befinden sich ausnahmslos in Nordrhein-Westfalen und im Saarland – wie  Abb. 1.3a visualisiert und eine Detailanalyse bestätigt. In diesen beiden Bundesländern ist die Dichte an Kreisen mit Quartil-IV-Zuordnung sehr ausgeprägt: Jeder Kreis im Saarland gilt demgemäß als auffällig, in Nordrhein-Westfalen betrifft dies 45 der 53 Kreise. Mit Blick auf die risikoadjustierten Raten sind in diesen Regionen nahezu durchgehend 28 % bis 204 % mehr Pflegeheimbewohnende dauerhaft mit BZD/ZS therapiert worden als das Risikoprofil dieser Kreise hätte erwarten lassen ( Abb. 1.3b).

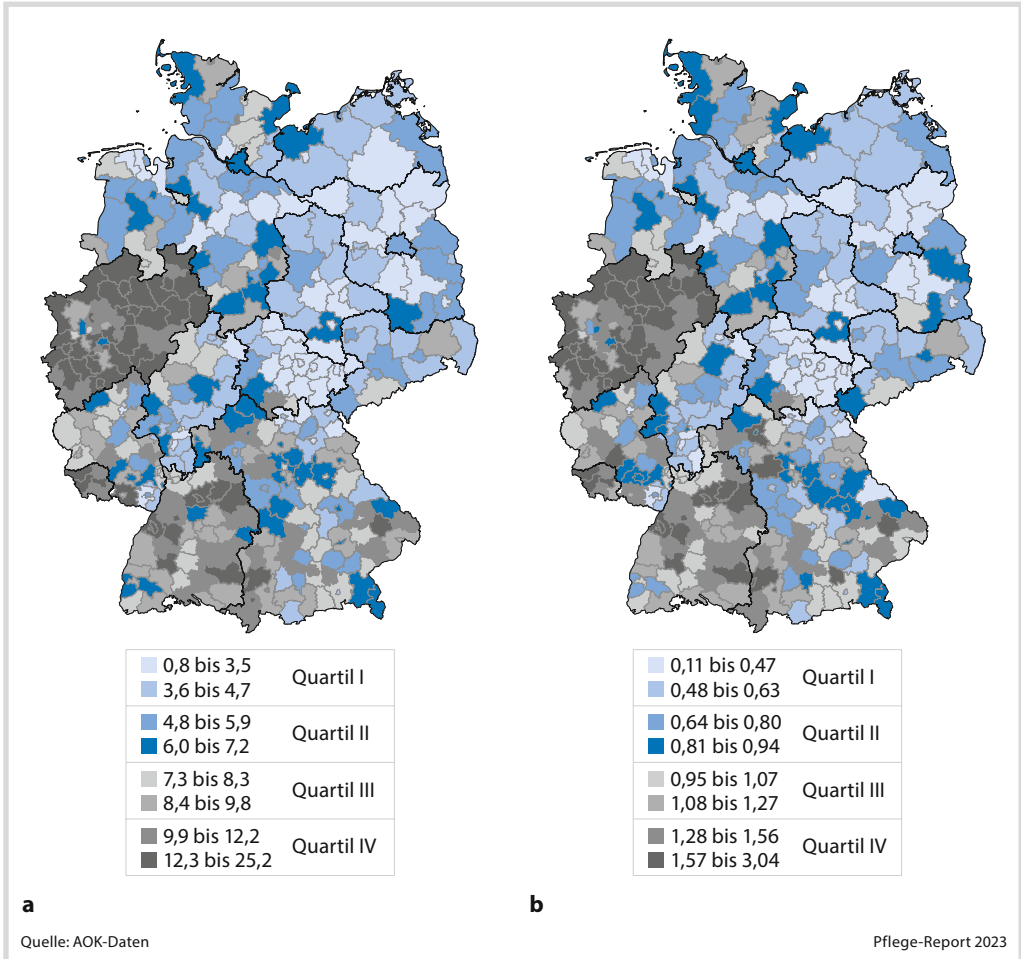


Abb. 1.3 Qualitätsatlas Pflege – Pflegeheimbewohnende mit Dauerverordnung von Benzodiazepinen, -derivaten und Z-Substanzen, **a** roh [%], **b** risikoadjustiert [SMR] (2021). (Quelle: AOK-Daten)

Wenn auch etwas abgeschwächt, erweist sich ferner die Kreislandschaft in Baden-Württemberg – gemessen an den Indikatorwerten – als auffällig in der Versorgung. Demgegenüber ergibt die regionale Analyse für die sogenannten neuen Bundesländer nahezu ausnahmslos rohe Anteile und adjustierte Raten, die unterhalb des Bundesdurchschnitts liegen. Jene 10 % der Kreise, die bundesweit die höchsten rohen Indikatorwerte aufweisen, variieren auch hier hinsichtlich der Zahl ihrer Pflegeheimbewohnenden (252 bis 1.864

Bewohnende je Kreis, durchschnittlich 948 Bewohnende).

■ ■ **Potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte: sturzassoziierte Hospitalisierung bei FRIDs**

Dass das Versorgungsgeschehen bei sturzassoziierten Hospitalisierungen von Pflegeheimbewohnenden mit FRIDs ebenso recht unterschiedlich ausgeprägt ist, zeigt **Abb. 1.4**, wobei ein klares Verteilungsmuster nicht eindeutig zu entnehmen ist. Auffällig sind auf den

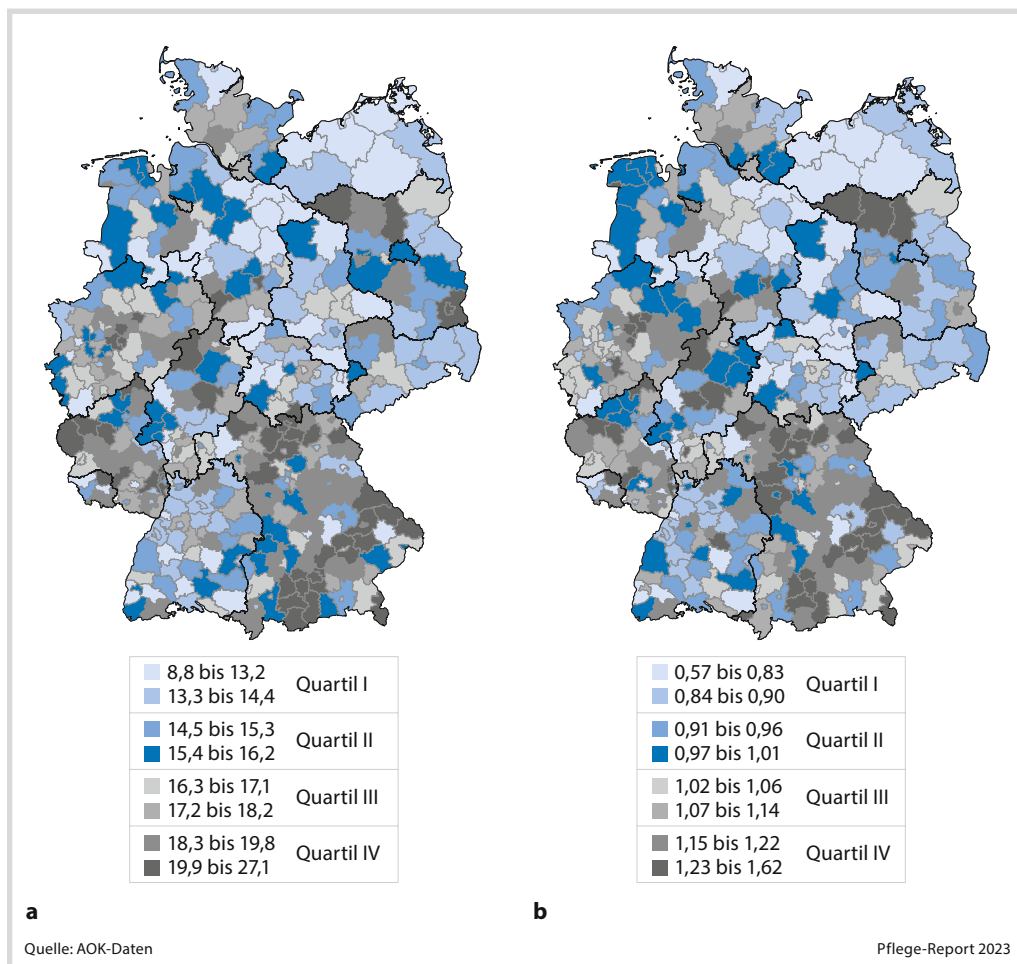


Abb. 1.4 Qualitätsatlas Pflege – Pflegeheimbewohnende mit FRIDs* und sturzassoziertem Krankenhausaufenthalt, **a** roh [%], **b** risikoadjustiert [SMR] (2021). *FRIDs – Fall-risk-increasing drugs. (Quelle: AOK-Daten)

ersten Blick insbesondere zwei Dinge: Pflegeheimbewohnende mit sturzrisikoerhöhender Medikation inkl. Polymedikation kommen vor allem in bayrischen Kreisen sowie in Rheinland-Pfalz aufgrund von Sturzfolgen ins Krankenhaus – die Anteile der betreffenden Pflegeheimbewohnenden je Kreis reichen in den auffälligsten Kreisen (dunkelste Einfärbung) von 20 bis 27 %.

Der Bundesdurchschnitts liegt bei 16 %. Im Viertel aller Kreise mit den niedrigsten und Indikatorwerten sind 9 bis 14 % der Pflegeheim-

bewohnenden mit FRIDs im Jahr 2021 sturzbedingt hospitalisiert wurden (■ Tab. 1.1). Diese Regionen betreffen u. a. die Hälfte aller Kreise in Baden-Württemberg (22 von 44 Kreise) sowie alle acht Kreise Mecklenburg-Vorpommerns, wohingegen sich direkt jenseits der Grenze im Norden von Brandenburg wiederum sehr auffällige Indikatorraten ergeben (■ Abb. 1.4). In der Region an der deutsch-tschechischen Grenze sowie in Teilen Oberbayerns lassen sich ebenso weitläufig sehr hohe Indikatorraten feststellen (■ Abb. 1.4).

Jene 10 % der Kreise mit den höchsten rohen Werten variieren auch hier hinsichtlich ihrer Anzahl von Pflegeheimbewohnenden und sind keinesfalls nur kleinere Kreise (141 bis 1.875 Bewohnende je Kreis, durchschnittlich 468 Bewohnende).

Die Berücksichtigung des Risikoprofils der Pflegeheimbewohnenden führt in den allermeisten Kreisen zu keinen oder nur marginalen Veränderungen.

■ ■ Versorgungsqualität im zeitlichen Verlauf auf Bundeslandebene

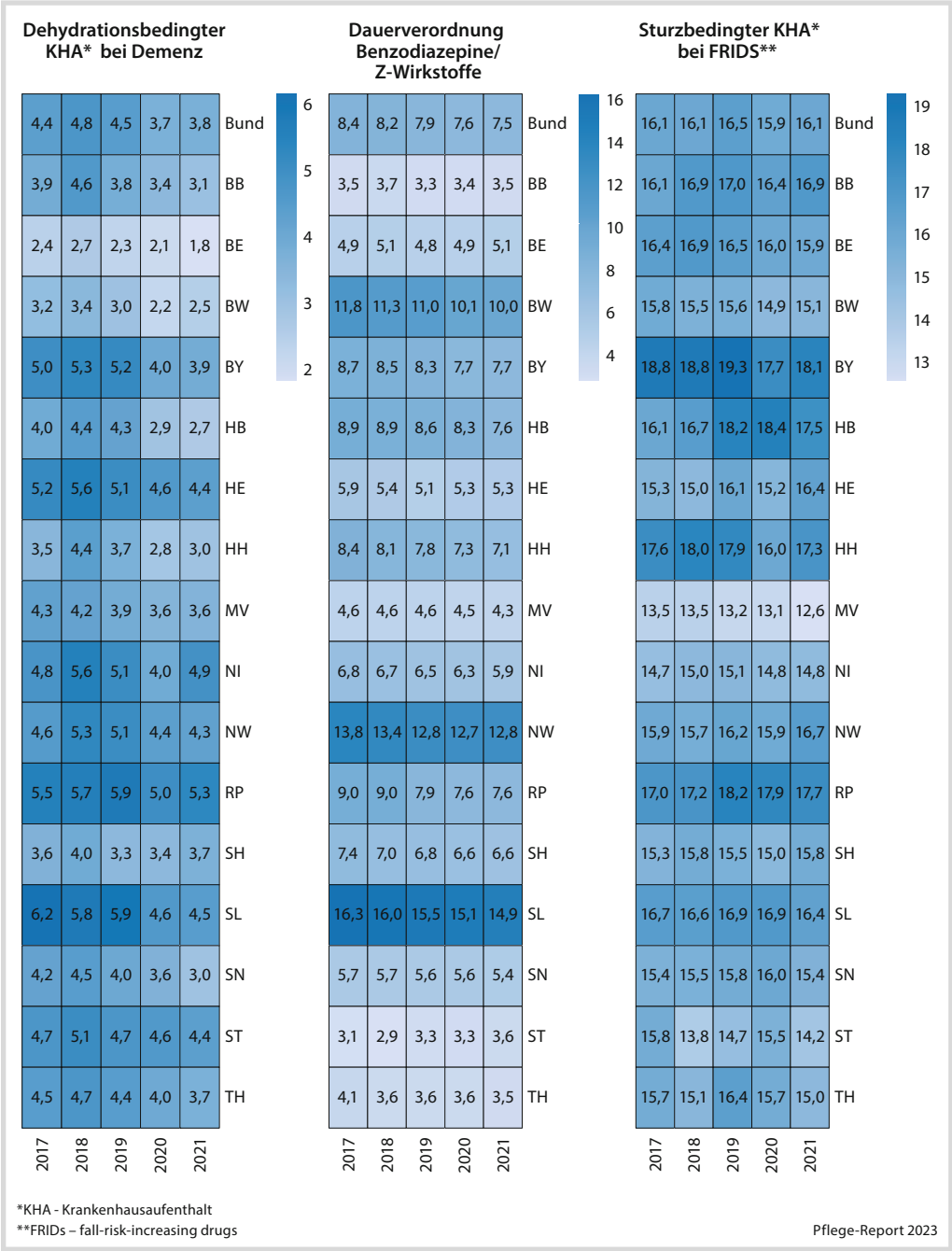
Alle drei hier präsentierten QCare-Indikatoren zeigen nicht nur auf Ebene des Kreisvergleichs heterogene Ergebnisse zur Versorgungsqualität. Die rohen Raten je Bundesland in [Abb. 1.5](#) zeigen zusätzlich die Varianz der Indikatorergebnisse von 2017 bis 2021. Die risikoadjustierten Ergebnisse im Zeitverlauf sind in [Abb. 1.6](#) (Anhang) dargestellt. Die hier visualisierte Frage lautet: Verändert sich die Versorgungsqualität, d. h. das Niveau an auffälligen Versorgungsereignissen je Bundesland im Zeitverlauf? Bei der Interpretation der Werte ab 2019 sind natürlich Wirkungen der Covid-19-Pandemie zu beachten. Für die beiden Indikatoren mit Krankenhausaufenthalten aufgrund einer Dehydration bzw. aufgrund schwerwiegender Sturzfolgen lassen sich hier etwas unterschiedliche Entwicklungen beobachten. Der allgemeine Befund aus der Covid-19-bezogenen Versorgungsforschung, wonach die Hospitalisierungsrate von Pflegeheimbewohnenden seit Beginn der Pandemie deutlich sank (Kuhlmey et al. 2022), findet sich für alle Bundesländer beim Indikator zur dehydrationsbedingten Hospitalisierung bei Demenz (mit Ausnahme von Schleswig-Holstein). Bayern, Bremen und das Saarland liegen hierbei an der Spitze der stärksten Rückgänge des Anteils an Pflegeheimbewohnenden mit Demenz gegenüber dem Vorjahr 2019. Die absolute Abnahme des Anteils von 2019 zu 2020 liegt hier zwischen –1,2 und –1,4 % ([Abb. 1.5](#)). Bei Berechnung der prozentualen Veränderung der dehydrationsbedingten Hospitalisierungsrate bei Demenz im Jahr 2020 gemessen am

Vorjahresniveau (2019: 100 %) – das zeigt eine weitere Detailanalyse – treten Bremen, Hamburg und Baden-Württemberg an die Spitze der stärksten Rückgänge. Hier sank der Anteil um ein Viertel (24,3 %) bis ein Drittel des Niveaus von 2019 (32,6 %).

Wesentlich schwächer sank in diesem Zeitraum der Anteil der Pflegeheimbewohnenden mit FRIDs und sturzbedingtem Krankenhausaufenthalt, jedoch nicht in allen Bundesländern. Bei beiden Betrachtungen – der absoluten Differenz sowie der prozentualen Veränderung zum Vorjahresniveau – sind Hamburg (absolut: –1,9 %; –10,6 % des Vorjahresniveaus) und Bayern (absolut: –1,6 %; –8,3 % des Vorjahresniveaus) die Regionen mit den stärksten Rückgängen ([Abb. 1.5](#)).

Viel deutlicher als eine zeitliche Zu- oder Abnahme der Bundeslandergebnisse zur Versorgungsqualität verdeutlicht [Abb. 1.5](#) die Variation der Raten zwischen den Bundesländern selbst. Am Beispiel Dehydration zeigt sich: Während im Jahr 2021, dem derzeit aktuellsten im Qualitätsatlas Pflege verfügbaren Datenjahr, Berlin (1,8 %), Bremen (2,7 %) und Hamburg (3,0 %) sowie das Flächenland Baden-Württemberg (2,5 %) die niedrigsten Werte aufwiesen, sind in Rheinland-Pfalz (5,3 %), Niedersachsen (4,9 %) und im Saarland (4,5 %) deutlich mehr Pflegeheimbewohnende mit Demenz dehydrationsbedingt im Krankenhaus behandelt worden. Um die Effekte zu berücksichtigen, die aus unterschiedlichen Alters-, Geschlechts-, Pflege- und Erkrankungsschweren resultieren, wurden hier – ebenso wie beim zeitlichen Vergleich – zusätzlich die risikoadjustierten Raten je Bundesland herangezogen (siehe [Abb. 1.6](#) im Anhang). Das risikoadjustierte Pendant dieser Betrachtung unterstreicht in erster Linie, dass sich das Bild nach Berücksichtigung der Risikoprofile der jeweiligen Bundesländer nicht nennenswert verändert.

Der bei der kreisbezogenen Betrachtung des Indikators zum dauerhaften Einsatz von BZD/ZS bereits angemerkte Unterschied zwischen den neuen und alten Bundesländern zeigt sich hier ebenfalls. Thüringen (3,5 %),



Brandenburg (3,5 %), Mecklenburg-Vorpommern (4,3 %) sowie Sachsen-Anhalt (3,6 %) wiesen 2021 die weitaus niedrigsten Anteile (und ebenso risikoadjustierten Raten) auf. Demgegenüber lassen sich für das Saarland (14,9 %), Nordrhein-Westfalen (12,8 %) und Baden-Württemberg (10,0 %) Anteile von Pflegeheimbewohnenden mit dauerhafter BZD/ZS-Verordnung im zweistelligen Bereich beobachten (■ Abb. 1.5). Wird das Risikoprofil der Pflegeheimbewohnenden in den Bundesländern berücksichtigt, sind die Ergebnisse im exakten Einklang mit den roten Raten: In Thüringen wurden 51 % weniger Pflegeheimbewohnende in dieser Weise medikamentös versorgt, als angesichts des einbezogenen Risikoprofils erwartbar wäre – im Saarland 87 % mehr (■ Abb. 1.6).

Die Indikatorergebnisse zur sturzbedingten Hospitalisierung bei FRIDs variieren ebenso deutlich zwischen den einzelnen Bundesländern (■ Abb. 1.5). An der Spitze mit den höchsten Indikatorwerten bezogen auf die betrachteten Pflegeheimbewohnenden, die 2021 sturzbedingt im Krankenhaus behandelt wurden, stehen Bayern (18,1 %) und Rheinland-Pfalz (17,7 %), gefolgt von den Stadtstaaten Bremen (17,5 %) und Hamburg (17,3 %). Der weitaus geringste Anteil entfällt auf Mecklenburg-Vorpommern (12,6 %). Auch hier verändert der Einbezug der risikoadjustierten Werte nichts. Die in ■ Abb. 1.6 veranschaulichten Raten zeigen jedoch – im Gegensatz zu den vorangegangenen Indikatoren – im überdurchschnittlichen Bereich weitaus niedrigere SMR, d. h. eine weitaus geringere Abweichung des beobachteten vom auf Basis der Risikoprofils erwarteten Anteils von Pflegeheimbewohnenden mit FRIDs und sturzbedingter Hospitalisierung je Bundesland.

1.4 Erste Einordnung der regionalen Versorgungsunterschiede bei Pflegeheimbewohnenden

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und seiner Auswirkungen stehen die Regionen in der Bundesrepublik in unterschiedlichem Maße vor großen Herausforderungen zur Gewährleistung der pflegerischen und gesundheitlichen, wohnortnahen Versorgung der betagten pflegebedürftigen Bevölkerung. Der Qualitätsatlas Pflege zeigt: Die Versorgungsqualität bei Pflegeheimbewohnenden variiert regional deutlich. Sowohl auf Kreis- als auch auf Bundeslandebene finden sich räumliche Verteilungsmuster, die diverse Forschungsfragen aufwerfen. Der Qualitätsatlas Pflege lässt diese Fragen zunächst unbeantwortet – seine Aufgabe ist es, regional differenziert Transparenz zu schaffen und Impulse zu setzen, um mehr Awareness für fehlende, potenziell kritische bzw. vermeidbare Versorgungsaspekte zu erreichen. Die hier sichtbaren räumlichen Verteilungsmuster gilt es im Weiteren inhaltlich zu entschlüsseln.

Konzeptionelle Erklärungen regionaler Versorgungsunterschiede im Allgemeinen referieren häufig auf Ursachenkonstellationen von variierenden Bedarfslagen, Performanzen und Kapazitäten der Leistungserbringenden sowie auf infrastrukturelle Faktoren und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Auch die Differenzierung nach Pfaff und Scholten (2014) in Versorgungsinput (u. a. Finanzierung, Personal, Infrastruktur) und Versorgungsthroughput (u. a. Strukturen und Prozesse der Versorgung) mit Wirkung auf den Output und das Outcome, nämlich auf Versorgungsqualität und personenbezogene Endpunkte, weist in diese Richtung (Pfaff und Scholten 2014). Die *eine* Ursache zur Erklärung räumlicher Variation der QCare-Indikatoren und damit der Versorgungsqualität von Pflegeheimbewohnenden existiert damit nicht. „Die regionale Ungleichheit von Inanspruchnahme und Versorgung ist ein kol-

lektives Phänomen.“ (Pfaff und Scholten 2014, S. 25) Zur Erklärung der hier sichtbaren regionalen Unterschiede in der Versorgungsqualität von Pflegeheimbewohnenden sind im nächsten Schritt folglich Thesen zu formulieren. Bereits die Evidenzrecherche im Innovationsfonds-Projekt QMPR wies auf vielfältige Ursachen der Qualitätsgenese eines jeden Indikatorthemas hin – dabei auf Einrichtungsebene. Die hier nun gewählte raumbezogene Darstellung unterstützt die Ableitung weiterer gesundheitsgeographischer Forschungsfragen.

Zunächst läge es nahe, die hier indikatorbezogen visualisierten Qualitätsunterschiede zwischen den Kreisen und Bundesländern als Ausdruck variierender Bedarfslagen anzusehen. Der Nenner eines jeden Indikators liefert hierbei eine Schätzung des Versorgungsbedarfs auf Kreis- bzw. Landesebene. Die damit verbundene indikatorbezogene Risikostruktur der Bewohnenden in diesen Regionen konkretisiert den Versorgungsbedarf und sorgt für die sogenannten *compositional effects* (Mielck 2008), die im vorliegenden Fall die beobachteten (rohen) Ereignishäufigkeiten beeinflussen könnten. Die Risikoadjustierung, d. h. die Berücksichtigung dieser Risikoprofile bei der Berechnung eines jeden kreis- bzw. bundeslandbezogenen QCare-Indikators, zeigt jedoch vor allem eins: Sie verändert das Ranking der betrachteten Raumeinheiten nach Höhe des Indikatorwerts meist nicht oder nur marginal. Die regionale Variation ist folglich nicht oder kaum durch objektive Bedarfskriterien zu erklären, auch wenn anzumerken ist, dass die Risikoadjustierung nicht alle individuellen Eigenschaften vollständig berücksichtigen kann – unter anderem weil die Routinedaten Sekundärdaten zur Abrechnung medizinischer (und pflegerischer) Leistungserbringung darstellen, folglich z. B. Demenzstadien oder klinische Parameter wie Vitalwerte und Laborbefunde ebenso wenig einfließen wie auch Aussagen zur subjektiven Lebensqualität oder zum Gesundheitsverhalten.

Welche Einflussfaktoren auf Ebene des Kreises oder des Bundeslands für die Indikatorraten resp. Versorgungsqualität von Pflege-

heimbewohnenden relevant sind, beschreiben die *contextual effects* (Mielck 2008). So können regionale Varianzen der Versorgung (nach Risikoadjustierung) ebenso daher rühren, dass (medizinische) Leistungserbringer den Bedarf für eine Versorgung nach divergierenden Maßstäben einschätzen, die wissenschaftliche Evidenz unzureichend und/oder der Spielraum für die Wahl der adäquaten Behandlung schlichtweg sehr weit ist (Pfaff und Scholten 2014). Gleichzeitig lässt sich fragen: Wie standardisiert muss Versorgung erfolgen, wie regionalisiert darf sie erfolgen? Für die Versorgungsaspekte der hier betrachteten QCare-Indikatoren existieren in unterschiedlichem Maße (leitlinienbasierte) Empfehlungen zur Vermeidung des jeweiligen Indikatorereignisses. So sind ganz konkret BZD/ZS – insbesondere aufgrund des Risikos einer Dauerverordnung – nicht zugelassen (G-BA 2020). Im Bereich Sturz finden sich neben der FRIDs-Liste ausführliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe in den Expertenstandards für die Pflege (DNQP 2022).

Inwieweit formalisierte, praxisrelevante Behandlungsstandards, Checklisten zu Medikationsreviews ebenso wie auch für Assessments des Sturz- oder Dehydrierungsrisikos nicht nur zu wenig in der Versorgungsrealität von Pflegeheimbewohnenden Anwendung finden, sondern zusätzlich in regional unterschiedlichem Maße, sind zentrale Forschungsfragen für die Entwicklung von Optimierungsansätzen auf regionaler und auf Einrichtungsebene im Kontext einer Mehr-Ebenen-Betrachtung. So spielen hier die Eigenschaften des Lebens„orts“ der Pflegeheimbewohnenden eine besondere Rolle: Das Pflegeheim ist jenes Versorgungssetting, in dem die in diesem Beitrag betrachteten Versorgungsaspekte berufs- und sektorenübergreifend stattfinden. Während die Bedeutung eben dieser Zusammenarbeit insbesondere von pflegerischen und ärztlichen Leistungserbringenden für alle Qualitätsindikatoren im Innovationsfondsprojekt QMPR durch eine umfangreiche Evidenzrecherche plastisch herausgearbeitet wurde, finden sich hierzu nach wie vor kaum regions-

oder länderübergreifende, im Versorgungsalltag etablierte Standards der interdisziplinären, kontinuierlichen Kooperation.

Und: Kooperiert werden kann nur dort, wo Kooperierende vorhanden sind. Die Personalsituation in deutschen Pflegeheimen und ebenso die regional variierende Verfügbarkeit von insbesondere fachärztlichen Kapazitäten können relevante Einflussfaktoren auf die Versorgungsqualität der Pflegeheimbewohnenden in den hier betrachteten Raumeinheiten darstellen. Hier wäre es wünschenswert, zum einen belastbare und bundesweite Daten zur Personalausstattung in den Einrichtungen verfügbar zu machen. Bisher sind diese Angaben mit der novellierten gesetzlichen Qualitätssicherung freiwillig. Zum anderen sind die im Qualitätsatlas Pflege präsentierten QCare-Indikatoren auf Kreisebene ein wichtiger Ausgangspunkt für nunmehr gesundheitsgeographische Analysen zur Verfügbarkeit von und zu Zugangsmöglichkeiten zu fachärztlichen Praxen, zu Krankenhäusern oder auch stationären Hospizen. Ist das Vorhandensein von pflegeheimnahen Krankenhäusern und/oder die Nichtexistenz von stationären Hospizen assoziiert mit erhöhten Hospitalisierungsraten bei Pflegeheimbewohnenden am Lebensende? Im Bereich der Arzneimittelversorgung indizieren Studien, dass Fach- im Vergleich zu Hausärztinnen und -ärzten seltener Antipsychotika bei dementiell Erkrankten verordnen (Behrendt et al. 2019; Schulz et al. 2015). Erhalten folglich Pflegeheimbewohnende in Kreisen mit unterdurchschnittlich vielen Fachkräften der Nervenheilkunde mehr Antipsychotika und sind sie davon ausgehend höheren Risiken ausgesetzt? Die regionale Ausgestaltung der selektivvertraglichen Vertrags- und Vergütungsstrukturen wie das (Nicht-)Vorhandensein von hausarztzentrierten Versorgungsmodellen als kontextuellem Faktor der Versorgungsinfrastruktur und -prozesse sind hier ebenso in die Erörterung von regionalen Unterschieden einzubeziehen wie versorgungskulturelle Determinanten der jeweiligen Regionen (Ditscheid et al. 2023). Ferner stellt der Kreisbezug eine übliche Raumeinheit in der gesundheits-

geographischen/sozialwissenschaftlichen Forschung dar. So dürften Studien zum Zusammenhang der Versorgungsqualität von Pflegeheimbewohnenden mit weiteren Faktoren wie der sozialen Deprivation bzw. sozioökonomischer Indizes (Michalski et al. 2022; Mielck 2006) spannenden wissenschaftlichen Fragestellungen nachgehen.

Dabei ist zu beachten: Kreise und kreisfreie Städte sind grundsätzlich keine „gesundheitsrelevanten Planungseinheiten“ (Koller et al. 2020, S. 1115), sondern entstehen durch künstliche, d.h. administrative Akte und setzen Grenzen, die ggf. im Versorgungsalltag hinter anderen Kriterien zurücktreten (Koller et al. 2020). Gleichwohl mag sich dies im Kontext des Qualitätsatlas Pflege geringfügiger auswirken: Die pflegerische und gesundheitliche Versorgung der Bewohnenden mit eingeschränkter Mobilität findet zu großen Teilen an einem festen Ort statt, nämlich dem Pflegeheim selbst. Die Wahl der Kreisebene prägt dabei die Aussagekraft und Zielrichtung der QCare-Messung. Der Qualitätsatlas Pflege adressiert vor allem die Akteure vor Ort. Neben den Pflegekassen und Trägerorganisationen der Leistungserbringenden sind dies auch die gesundheitspolitisch Verantwortlichen in Landkreisen, Städten und Gemeinden. Gleichwohl besitzen letztere keinerlei formale Zuständigkeiten im Kontext der gesetzlichen Qualitätssicherung für die Langzeitpflege in Deutschland. Das große Potenzial von Atlanten dieser Art liegt vielmehr darin, so Koller (2012), dass „Probleme explizit benannt werden und spezifische Zielgruppen für Interventionen identifiziert werden, um so der Gesamtbevölkerung einen gleichwertigen Zugang zur Versorgung zu ermöglichen. [...] Unter- oder Überversorgung lokal zu identifizieren [...]. Zudem kann eine räumliche Betrachtung der Gesundheit wie der gesundheitlichen Versorgung einer Qualitätssicherung dienen und durch die Übertragung der Ergebnisse in die regionale Gesundheitspolitik langfristig zur Verringerung regionaler Disparitäten und gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen“ (Koller 2012, S. 43).

1.5 Fazit

Der Qualitätsatlas Pflege ist der erste Atlas in Deutschland, der auf einer breiten Routinedatenbasis Indikatoren zur Versorgungsqualität bei Pflegeheimbewohnenden auf Kreis- und Bundeslandebene berechnet, visualisiert und online frei zur Verfügung stellt. Neu ist dabei auch die Perspektive auf die Qualität: Die QCare-Indikatoren beziehen sich explizit auf Aspekte an sogenannten Schnittstellen der Versorgung und verstehen das Pflegeheim primär als Setting. Hier sind – neben den Betroffenen und ihren Angehörigen – eine Vielzahl von unterschiedlichen, v. a. medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungserbringern an der Versorgung beteiligt. Die QCare-Indikatoren sind dabei so ausgewählt und konzipiert, dass sie relevante und grundsätzlich beeinflussbare Versorgungsaspekte an den Schnittstellen der pflegerischen und medizinischen Versorgung adressieren.

Deutlich zeigt sich: Die Versorgungsqualität von Pflegeheimbewohnenden variiert im unterschiedlichen Ausmaß, oder anders formuliert: Pflegeheimbewohnende haben ein unterschiedlich hohes Risiko für potenziell kritische Versorgungsereignisse – je nachdem, wo sie wohnen. Die Informationen stehen jedoch bis dato weder dem Pflegeheim und den Leistungserbringenden noch den Betroffenen oder auch der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung.

Die Ergebnisse sollen Awareness schaffen, um Verbesserungspotenziale auszuloten und anzustoßen. Adressiert werden zum einen Verantwortliche der Gesundheitspolitik auf Ebene des Bundes, der Bundesländer, der Landkreise, Städte und Gemeinden. Zum anderen sollen aber auch die Institutionen, welche die Versorgung von Pflegeheimbewohnenden mitgestalten (d. h. Leistungserbringer oder andere Interessenverbände, Selbsthilfeorganisationen) wie auch die Wissenschaft, Fachgesellschaften und die mediale Öffentlichkeit durch das Webangebot angesprochen werden. Zwar existiert für die Kommunen und Regionen im engeren Sin-

ne kein gesetzlicher Auftrag zur Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Den Ländern obliegt allein der allgemeine Sicherstellungsauftrag. Sie sind verantwortlich für eine „leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche pflegerische Versorgungsstruktur“ (§ 9 SGB XI). Gleichwohl haben die Länder über ihre jeweiligen Heimgesetze und die Heimaufsicht Regelungskompetenzen und sind damit ebenfalls ein Akteur der Qualitätssicherung vor Ort. Auch regionale Pflegekonferenzen sind in einigen Bundesländern etabliert, um die Akteure vor Ort zu vernetzen und die regionalen Pflege- und Unterstützungsstrukturen und Quartiersentwicklung zu verzahnen. Mit Blick auf die hier als Einflussgröße diskutierten Strukturen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten allgemein und adäquaten stationären geriatrischen Versorgungsangeboten wie auch beispielsweise von Hospizen haben die Kreise und Länder nur mittelbar Einfluss. Dennoch sieht das Raumordnungsgesetz (ROG) in seinen Grundätzen vor, dass „ausgeglichene soziale, infrastrukturelle, wirtschaftliche, ökologische und kulturelle Verhältnisse anzustreben“ sind (§ 2 Abs. 1 ROG). Der Qualitätsatlas Pflege könnte darauf hindeuten, dass dieser regionale Ausgleich nicht ausreichend gegeben ist, der schließlich bei i. d. R. hochbetagten, multimorbiden und vulnerablen Menschen nicht weniger bedeutsam ist wie bei Menschen zu Beginn ihres Lebens: Gefragt ist Chancengleichheit – die Chance auf eine qualitativ hochwertige Versorgung, eine hohe Lebensqualität und schließlich eine würdevolle und nach den Wünschen der Menschen gestaltete letzte Lebensphase.

Eine Betrachtung der einrichtungsbezogenen QCare-Indikatorergebnisse ist langfristig jedoch unerlässlich, denn die Beeinflussbarkeit der Versorgung findet natürlich maßgeblich in den Pflegeheimen selbst statt – und zwar unter Einbindung der Ärztinnen und Ärzte, weiterer Therapeuten und Sozialdienste wie auch der Angehörigen. Einrichtungsindividuelle QCare-Informationen können für das interne Qualitätsmanagement der Pflegeheime genutzt werden. In einem weiteren durch den

Innovationsfonds geförderten Projekt wird ab April 2024 pilotiert, wie die Versorgungstransparenz auf Basis von QCare-Indikatoren zur Versorgungsverbesserung beitragen kann und welcher weiteren Maßnahmen es hierfür bedarf. Die Erkenntnisse aus dem Vorgängerprojekt zur Indikatorenentwicklung waren durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss an den Qualitätsausschuss Pflege weitergeleitet worden, mit der *„Bitte um Prüfung, ob und wie die Projektergebnisse bei der Vergabe künftiger Forschungsaufträge zur Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsverfahren in der stationären Pflege an unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige Berücksichtigung finden können“*.¹⁴

Der Qualitätsatlas Pflege zeigt: Die pflegerische und gesundheitliche Versorgung in Pflegeheimen kann mithilfe von Routinedaten – d. h. Sozialdaten – abgebildet werden. Eine Qualitätssicherung auf Basis von Routinedaten hat das Potenzial, neben der pflegerischen Qualität im engeren Sinne auch Schnittstellen zu zentralen gesundheitlichen Ereignissen aufzuzeigen und sektorenübergreifend messbar zu

machen. In der gesetzlichen Qualitätssicherung in der Pflege ist – anders als im SGB V – die Nutzung von Sozialdaten jedoch bisher nicht vorgesehen. Das Potenzial dieser Daten sollte genutzt werden. Die Daten liegen vor und müssen nicht aufwändig durch die Einrichtungen erfasst werden. Dabei kann die Darstellung der Versorgungsqualität auf Basis von Routinedaten in der vollstationären Pflege nur der erste Schritt sein. Perspektivisch muss die Methode auch auf die ambulante Pflege ausgedehnt werden (siehe hierzu auch den Beitrag von Wehner, ► Kap. 2 im gleichen Band).

Pflegeheime sind Lebensorte. Die Darstellung und Entwicklung der pflegerisch-gesundheitlichen Versorgung in diesen Settings hat einen hohen Stellenwert. Die Überprüfung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherungssysteme in der Pflege muss kontinuierlich in den Blick genommen werden, die gesetzliche Implementierung der Nutzung von Sozialdaten und die Einbettung dieser in das Gesamtkonzert der bestehenden Qualitätssicherungsverfahren im SGB XI sollten geprüft werden.

14 ► https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/265/2022-09-20_QMPR.pdf.

1.6 Anhang

Tab. 1.2 Dehydration, Benzodiazepine und sturzassozierte Hospitalisierung bei Pflegeheimbewohnenden im regionalen Vergleich: Definition und Operationalisierung der QCare-Indikatoren auf *Kreisebene* (exemplarisch für Berichtsjahr 2021). (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Behrendt et al. 2022a, 2022b, 2022c)

	Schnittstelle der Versorgung von Pflegeheimbewohnenden*		
	Fehlende Prophylaxe und Prävention	Kritische Arzneimittelversorgung	Vermeidbare Krankenhausaufenthalte
	Dehydrationsbedingter Krankenhausaufenthalt bei Demenz	Dauerverordnung von Benzodiazepinen, Benzodiazepin-Derivaten oder Z-Wirkstoffen	Sturzassozierte Hospitalisierung bei FRIDs***
Zähler	Anzahl der Bewohnenden je Kreis mit einer 2021 oder 2020 diagnostizierten Demenz (ICD-10-GM: F00 – F03, F051, G231, G30, G310, G3182) und Krankenhaushauptdiagnose (Entlassung) Dehydration (ICD-10-GM: E86)	Anzahl der Bewohnenden je Kreis mit Verordnungen von mindestens 30 DDD Benzodiazepine (ATC: N05BA), Benzodiazepin-Derivate (N05CD) oder Z-Wirkstoffe (N05CF)	Anzahl der Bewohnenden je Kreis mit mindestens einer Verordnung sturzrisikoerhöhender Medikation (FRIDs) (ATC: N02A, N03A, N05A, N05BA, N05C, N06A, Poly-medikation****) und Krankenhausaufenthalt mit Hauptdiagnose bzgl. sturzassoziierter Verletzung (ICD-10-GM: S00-S99, T00-T14)
	im Berichtsjahr 2021	in mindestens einem Quartal 2021	im Berichtsjahr 2021
Nenner	Anzahl der Bewohnenden mit einer 2021 oder 2020 diagnostizierten Demenz (ICD-10-GM: F00 – F03, F051, G231, G30, G310, G3182) je Kreis	Anzahl von Bewohnenden je Kreis	Anzahl von Bewohnenden mit mindestens einer Verordnung sturzrisikoerhöhender Medikation (FRIDs) je Kreis
Merkmale der Risikoadjustierung	Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Diagnosen des Elixhauser-Komorbiditätsindex**, Verweildauer im Pflegeheim	Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Demenz, Diagnosen des Elixhauser-Komorbiditätsindex, Verweildauer im Pflegeheim	Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Demenz, Diagnosen des Elixhauser-Komorbiditätsindex, Verweildauer im Pflegeheim

*Betrachtet werden ausschließlich Bewohnende, die bereits im Vorquartal des Berichtsjahres in der Einrichtung lebten.

**Bei Indikator zur Dehydration entfällt die Elixhauser-Variable: Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes

***FRIDs – fall-risk-increasing drugs

****9+ verschiedene Wirkstoffe in 1 Quartal

Pflege-Report 2023

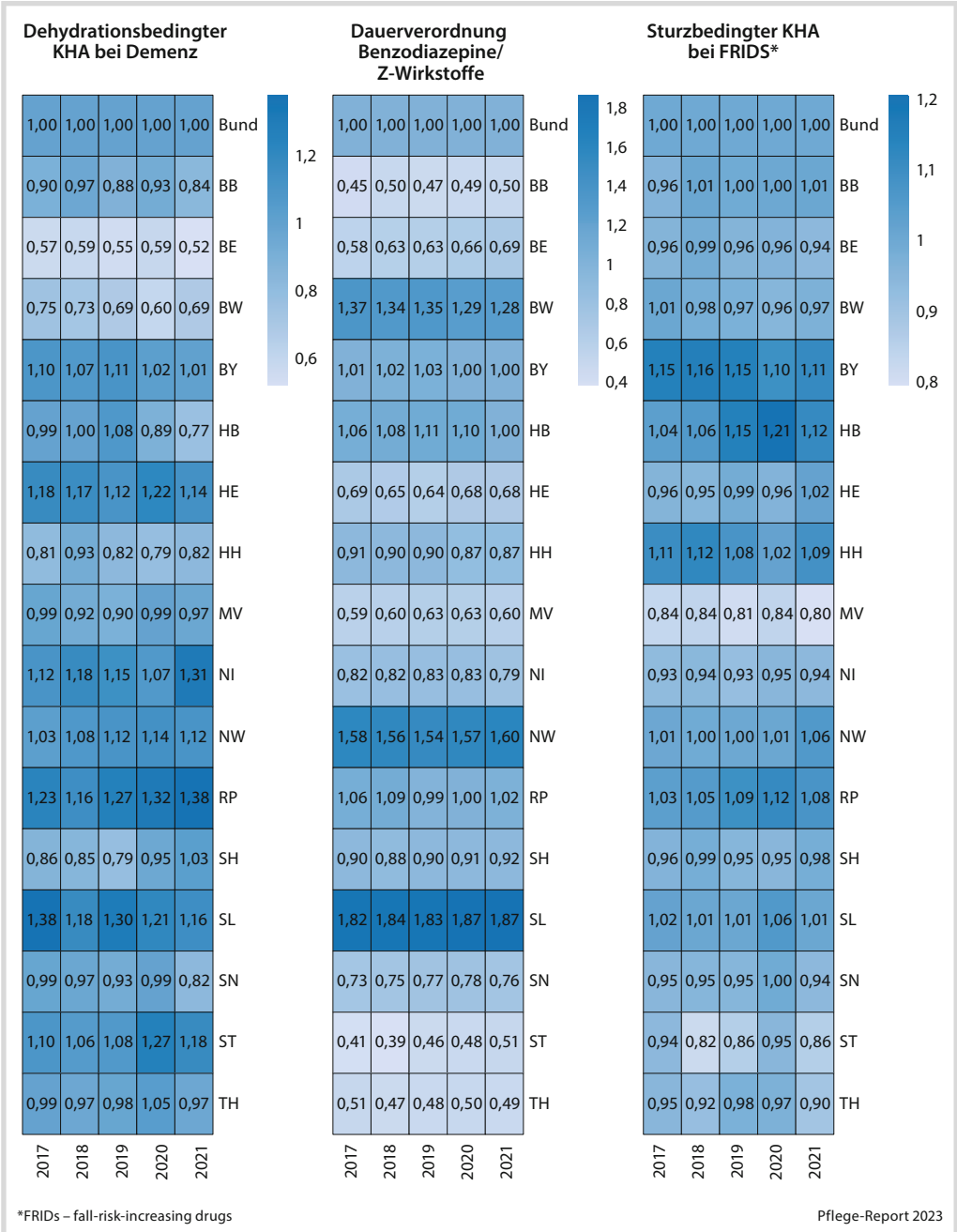


Abb. 1.6 Versorgungsqualität bei Pflegeheimbewohnenden auf Ebene der Bundesländer (2017–2021) – Pflegeheimbewohnende mit Indikatorereignis [adjustiert, SMR]. *FRIDs – fall-risk-increasing drugs. (Quelle: AOK-Daten)

Literatur

- Augustin J, Scherer M, Augustin M, Schweikart J (2018) Gesundheitsatlanten in Deutschland – eine Übersicht. *Gesundheitswesen* 80(07):628–634. <https://doi.org/10.1055/a-0631-1168>
- Behrendt S, Tsiasioti C, Özdes T, Schwinger A (2019) Routinedatenbasierte Qualitätsindikatoren in der stationären Langzeitpflege. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg) *BARMER Gesundheitswesen aktuell 2019. Beiträge und Analysen*. BARMER, S 290–317
- Behrendt S, Tsiasioti C, Stammann C et al (2022a) Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR): Indikatoren. Schnittstelle ambulant-ärztliche und pflegerische Versorgung bei Pflegeheimbewohner:innen. Abschlussbericht, Bd. II. <https://doi.org/10.4126/FRL01-006432928>
- Behrendt S, Tsiasioti C, Stammann C et al (2022b) Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR): Indikatoren. Schnittstelle Hospitalisierung bei Pflegeheimbewohner:innen. Abschlussbericht, Bd. II. <https://doi.org/10.4126/FRL01-006432928>
- Behrendt S, Tsiasioti C, Stammann C et al (2022c) Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR): Indikatoren. Schnittstelle Arzneimittelversorgung bei Pflegeheimbewohner:innen. Abschlussbericht, Bd. II. <https://doi.org/10.4126/FRL01-006432928>
- Behrendt S, Tsiasioti C, Willms G et al (2022d) Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR): Konzept und Methodik. Abschlussbericht, Bd. I. <https://doi.org/10.4126/FRL01-006432927>
- Destatis (o.J.) *MikroSimulator*. https://www.destatis.de/DE/Service/EXSTAT/Datensatze/MikroSimulator_RS.html. Zugegriffen: 11. Juli 2023
- Ditscheid B, Meissner F, Hennig B, Marschall U, Meißner W, Wedding U, Freytag A (2023) Inanspruchnahme von Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland: zeitlicher Verlauf (2026–2019) und regionale Variabilität. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 66:432–442. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03683-7>
- DNQP (2022) *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege*, 2. Aufl. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. DNQP, Osnabrück
- G-BA (2020) Anlage III: Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse in der Arzneimittelversorgung durch die Arzneimittel-Richtlinie und aufgrund anderer Vorschriften (§ 34 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 3 SGB V), Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse von sonstigen Produkten. Stand: 11. Februar 2020. Berlin
- Koller D (2012) *Geographische Aspekte von Gesundheit und Versorgung*. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades „Doktor Public Health“ (Dr. P.H.). <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-00102672-14>. Zugegriffen: 11. Juli 2023
- Koller D, Wohlrab D, Sedlmeier G, Augustin J (2020) Geografische Ansätze in der Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 63:1108–1117. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03208-6>
- Kuhlmey A, Gellert P et al (2022) Lehren aus der Coronapandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungsetting Pflegeheim Endbericht des Projekts „Covid-Heim“. https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien/Forschung/Altersforschung/20220712_CovidHeim_Endbericht_Studie_gesamt.pdf. Zugegriffen: 11. Juli 2023
- Michalski N et al (2022) German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. *J Health Monit*. <https://doi.org/10.25646/10640>
- Mielck A (2006) Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung: Argumente gegen die Überbetonung des Gesundheitsverhaltens. In: Rehberg K-S (Hrsg) *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München*. Teilbd. 1 und 2. Campus, Frankfurt a.M.
- Mielck A (2008) Regionale Unterschiede bei Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung: Weiterentwicklung der theoretischen und methodischen Ansätze. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg) *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. VS, Wiesbaden, S 167–187
- Pfaff H, Scholten N (2014) Regionale Versorgungsungleichheit: ein konzeptioneller Überblick. In: Knieps F, Pfaff H (Hrsg) *Gesundheit in Regionen: Zahlen, Daten, Fakten – mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis*. BKK Gesundheitsreport. MWV, Berlin, S 23–30
- Schulz M, Bohlken J, Schulz M, Hering R, von Stillfried D, Bätzing-Feigenbaum J (2015) *Medikamentöse Behandlung von Patienten mit Demenz unter besonderer Berücksichtigung regionaler Versorgungsunterschiede*

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Möglichkeiten der Qualitätsmessung anhand von Routinedaten in der ambulanten Pflege

Kathrin Wehner

Inhaltsverzeichnis

2.1	Hintergrund – 30
2.2	Methodisches Vorgehen – 31
2.3	Ergebnisse – 32
2.3.1	Qualitätsrelevante Versorgungsaspekte in der ambulanten Pflege – 32
2.3.2	Abbildbarkeit der qualitätsrelevanten Versorgungsaspekte über die Routinedaten der Kranken- bzw. Pflegekassen – 35
2.3.3	Operationalisierung und empirische Analyse von ausgewählten routinedatenbasierten Kennzahlen der über Routinedaten abbildbaren qualitätsrelevanten Versorgungsaspekte – 38
2.4	Diskussion – 43
2.5	Fazit – 46
	Literatur – 47

■ ■ Zusammenfassung

Die Versorgung in der eigenen häuslichen Umgebung ist für viele pflegebedürftige Menschen von großer Bedeutung. Neben Angehörigen spielen ambulante Pflegedienste eine zunehmend wichtige Rolle für die Gewährleistung der häuslichen Versorgung. Ein Viertel der zu Hause betreuten pflegebedürftigen Menschen wird gemeinsam mit oder vollständig durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt. Die Themen Qualität und Qualitätsentwicklung und -sicherung der ambulanten pflegerischen Versorgung sind daher zunehmend Gegenstand pflegfachlicher und politischer Diskussionen. Eine Möglichkeit zur Messung von Versorgungsqualität ist die Nutzung von Routinedaten von Kranken- bzw. Pflegekassen. Für die stationäre Langzeitpflege liegen bereits Ansätze für die Qualitätsmessung mittels Routinedaten vor. Für die ambulante Pflege gibt es diesbezüglich noch keine Überlegungen. Im Rahmen einer Forschungsarbeit wurde nun die generelle Nutzbarkeit von Routinedaten auch für die ambulante Pflege untersucht. Im Ergebnis zeigt sich, dass eine Reihe von qualitätsrelevanten Versorgungsaspekten in der ambulanten Pflege anhand von Routinedaten operationalisierbar ist. Die Mehrzahl der identifizierten Versorgungsaspekte ist jedoch nicht über Routinedaten abbildbar. Hierfür wären, vor allem für den Regelungsbereich des SGB XI, grundlegende Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen erforderlich.

Being cared for in one's own home environment is of great importance for many people in need of care. In addition to care provided by relatives, the care provided by professional home care services plays an increasingly important role in ensuring home care. 25 % of the people in need of care who are cared for at home are already (co-)cared by a home care service. Accordingly, the topics of quality as well as quality development and assurance of home care are increasingly the subject of professional and political discussions. One possibility for measuring the quality of care is to use routine data from health and long-

term care insurance funds. An approach for quality measurement using routine data has already been developed for inpatient long-term care. For home care, however, there are no such considerations in this regard so far. The usability of routine data for home care has now been investigated. The result shows that some quality-related aspects of home care can be operationalised on the basis of routine data. However, the majority of aspects of care cannot be mapped using routine data. This would require fundamental adjustments to the legal framework, especially for the regulatory area of the German Social Code, Book Eleven (SGB XI).

2.1 Hintergrund

Aufgrund der steten Alterung der deutschen Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2023) sowie der damit einhergehenden Zunahme von altersassoziierten bzw. krankheitsbedingten Beeinträchtigungen wächst der Kreis der Menschen, die aufgrund von chronischen Erkrankungen oder lang andauernden gesundheitlichen Problemen bzw. gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen bei den Alltagsaktivitäten vorübergehend oder auch dauerhaft unterstützungs- bzw. pflegebedürftig sind, kontinuierlich (RKI 2016; Heidemann et al. 2021). Bei der Mehrheit der Menschen, die Pflege, Betreuung und Unterstützung im Alltag bedürfen, besteht der Wunsch, in der eigenen häuslichen Umgebung versorgt zu werden (Büscher 2011; Hajek et al. 2018). Dies bestätigen die Ergebnisse der Pflegestatistik 2021: 84 % (4,17 Mio.) der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland werden zu Hause versorgt. Bei 25 % (ca. 1,05 Mio.) dieser zu Hause betreuten pflegebedürftigen Menschen erfolgt die Versorgung zusammen mit oder vollständig durch einen ambulanten Pflegedienst (Statistisches Bundesamt 2022).

Ambulante Pflegedienste übernehmen dabei sowohl Aufgaben der pflegerischen Versorgung nach SGB XI (z. B. körperbezogene Pflegemaßnahmen oder Hilfen bei der Haus-

haltsführung) als auch Aufgaben der medizinisch-pflegerischen Versorgung nach SGB V (häusliche Krankenpflege; Büscher und Krebs 2018). Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach § 114a Absatz 6 SGB XI des Medizinischen Dienstes zeigen, dass die Mehrzahl der ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen allein Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP; 29,5 %) bzw. sowohl pflegerische Leistungen nach SGB XI als auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V erhalten (28,3 %). Knapp 20 % dieser versorgten Menschen erhalten ausschließlich pflegerische Leistungen nach SGB XI (MDS 2020). In Deutschland stehen für die Versorgung derzeit ca. 15.400 zugelassene ambulante Pflegedienste zur Verfügung (Statistisches Bundesamt 2022).

Neben einer ausreichenden Verfügbarkeit von ambulanten Pflegediensten ist für die Gewährleistung einer adäquaten Versorgung die Qualität der erbrachten pflegerischen bzw. medizinisch-pflegerischen Leistungen von Bedeutung. Im Fokus der fachwissenschaftlichen und politischen Diskussionen sowie gesetzgeberischen Aktivitäten standen dementsprechend in den vergangenen Jahren vor allem Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung, „[...] durch die ein Schutz pflegebedürftiger Menschen vor unsachgemäßer Pflege gewährleistet und eine Verbesserung der Pflegequalität erreicht werden kann.“ (Büscher et al. 2018a, S. 37). Hierbei wurde sich anfänglich vor allem auf die Messung und Darstellung der Qualität von Pflegeeinrichtungen, speziell in der stationären Langzeitpflege konzentriert. Eine intensivere Beschäftigung mit der Qualitätsentwicklung und -sicherung im Bereich der ambulanten Pflege erfolgte erst in den letzten Jahren (Büscher 2015; Büscher et al. 2018b; Paquet 2020).

Als eine Möglichkeit zur Messung der Versorgungsqualität wurde für den Versorgungsbereich der stationären Langzeitpflege die Nutzung der Routinedaten von Kranken- bzw. Pflegekassen geprüft (Behrendt et al. 2022). Als Vorteile von Routinedaten gelten die Möglichkeiten einer schnellen, aufwandsarmen und

kostengünstigen Nutzung von aktuellen und umfangreichen Daten aus der tatsächlichen Routineversorgung. Darüber hinaus werden die Vollständigkeit der Daten sowie der eindeutige Personen- bzw. Bevölkerungsbezug der Daten hervorgehoben. Dadurch werden anhand der Routinedaten längsschnittliche sowie sektoren- und leistungserbringerübergreifende Analysen möglich (Laux et al. 2014; Slagman et al. 2023; Swart und Ihle 2015). Die Nutzung von Routinedaten für die Qualitätsmessung hat sich in den vergangenen Jahren im Bereich der Messung der medizinischen Versorgungsqualität zunehmend etabliert. Für die Qualitätsmessung in der ambulanten Pflege wurden entsprechende Möglichkeiten bisher noch nicht geprüft.

Dieses Desiderat wurde im Rahmen einer Forschungsarbeit aufgegriffen und untersucht, inwieweit auch im Bereich der ambulanten Pflege die Routinedaten der Kranken- bzw. Pflegekassen zur Messung der Versorgungsqualität nutzbar sind. Die zentrale Fragestellung war: „Sind Routinedaten der Kranken- bzw. Pflegekassen für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität von pflegebedürftigen Menschen, die Leistungen von einem ambulanten Pflegedienst erhalten, geeignet?“.

2.2 Methodisches Vorgehen

Voraussetzung für die Messung der Versorgungsqualität ist die Beschreibung von konkreten Anforderungen, die für eine qualitativ hochwertige Versorgung relevant sind bzw. erfüllt sein müssen. Daher wurde im ersten Schritt zur Beantwortung der Forschungsfrage die aktuelle Versorgungssituation aufbereitet und darauf aufbauend wurden qualitätsrelevante struktur-, prozess- und ergebnisbezogene Anforderungen (sog. Versorgungsaspekte) im Versorgungsbereich der ambulanten Pflege abgeleitet und beschrieben. Zur Aufbereitung der Versorgungssituation wurde in Anlehnung an die JBI-Methodik zur Durchführung von Scoping Reviews (Arksey und O'Malley 2005;

Peters et al. 2020) eine Literaturübersicht erstellt, anhand derer sich ein systematischer Überblick über den Themenbereich verschafft und der aktuelle Wissensstand erschlossen werden konnte. Daran schloss sich die Analyse der Literatur hinsichtlich der inhaltlichen Themenschwerpunkte sowie in einem mehrschrittigen induktiven Vorgehen die Ableitung der relevanten struktur-, prozess- und ergebnisbezogenen Versorgungsaspekte an (Wehner et al. 2021). Für die abgeleiteten Versorgungsaspekte wurde im Weiteren die Zuordnung zu einem Rahmenkonzept für Qualität mit generischen Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung (Qualitätsdimensionen) vorgenommen (IQTIG 2022) und diese zu einem Rahmenmodell für die Qualität in der ambulanten Pflege zusammengeführt (Wehner et al. 2021).

Bedingung für die Nutzbarkeit der Routinedaten für die Messung der Versorgungsqualität ist, dass sich die identifizierten Versorgungsaspekte auch über die Routinedaten der Kranken- bzw. Pflegekassen abbilden und operationalisieren lassen. D. h. zu den identifizierten Anforderungen müssen grundsätzlich Informationen in den Routinedaten der Kranken- bzw. Pflegekassen vorliegen. Die Operationalisierbarkeit wird dadurch bestimmt, dass die spezifisch in den Routinedaten vorliegenden Informationen der Leistungsabrechnung von ambulanten und/oder stationären Leistungserbringern auch dazu geeignet sind, die formulierten Anforderungen zielgenau und umfassend zu erfassen. Im zweiten Schritt wurde geprüft, ob die identifizierten Versorgungsaspekte grundsätzlich anhand der bei den Kranken- bzw. Pflegekassen routinemäßig vorliegenden Datenbestände der Leistungsabrechnung nach SGB XI und SGB V abbildbar sind. Im Rahmen einer empirischen Prüfung wurde zudem die konkrete Operationalisierung der abbildbaren Versorgungsaspekte anhand eines Forschungsdatensatzes mit Routinedaten der AOK-Kranken- bzw. -Pflegekassen untersucht. Hinsichtlich der Versorgungsaspekte wurde geprüft, inwieweit die ausgewählten Daten sowie die formulierten Rechenregeln geeignet

sind, eine valide Messung der Versorgungsaspekte zu erreichen und welche Limitationen der Operationalisierung ggf. die routinedatenbasierte Messung einschränken. Durch die empirischen Analysen wurden so auch erste routinedatenbasierte Ergebnisse zur Versorgungssituation ermittelt, aus denen Hinweise auf vorliegende Qualitätsdefizite im Bereich der ambulanten Pflege abgeleitet werden konnten.

2.3 Ergebnisse

2.3.1 Qualitätsrelevante Versorgungsaspekte in der ambulanten Pflege

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche wurden 222 themenrelevante Publikationen eingeschlossen, die als Grundlage für die Ableitung von im Ergebnis 17 Versorgungsaspekten im Bereich der ambulanten Pflege dienen. Identifiziert wurden dabei Aspekte, die sich auf relevante Versorgungsstrukturen, auf die Beziehungsgestaltung mit pflegebedürftigen Menschen und deren pflegenden Angehörigen sowie auf die Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen und pflegenden Angehörigen beziehen. Zudem adressieren verschiedene Versorgungsaspekte relevante Prozesse der ambulanten pflegerischen und medizinisch-pflegerischen Versorgung. Des Weiteren konnten einige ergebnisbezogene Versorgungsaspekte abgeleitet werden (Wehner et al. 2021).

■ ■ Strukturbezogene Versorgungsaspekte

Insgesamt wurden zwei relevante strukturbezogene Versorgungsaspekte identifiziert.

Der Versorgungsaspekt „(strukturelle) Rahmenbedingungen und Anforderungen“ bezieht sich auf die speziellen Arbeitsbedingungen, die durch die Besonderheiten der baulichen und räumlichen Gegebenheiten im häuslichen Umfeld bestimmt werden. Aufgrund von teilweise ungünstigen struk-

turellen Rahmenbedingungen sowie einer zunehmenden Komplexität der Versorgung durch den Anstieg von multimorbiden pflegebedürftigen Menschen ist die Arbeit in der ambulanten Pflege zudem durch eine hohe körperliche und psychische Arbeitsbelastung bestimmt, die durch den vorherrschenden Zeitmangel/-druck sowie den bestehenden Personal- und Fachkräftemangel verschärft wird. Zudem bezieht sich der Versorgungsaspekt auf interne und externe Anforderungen, die von ambulanten Pflegediensten erfüllt werden sollten, um eine adäquate und qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Hierzu zählen beispielsweise organisatorische Anforderungen wie das Vorhalten von Verfahrensregelungen/-standards sowie das Monitoring und die Evaluation der erbrachten Pflegeleistungen als Instrumente des internen Qualitätsmanagements. Anforderungen, die von pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen an ambulante Pflegedienste gestellt werden, sind u. a. Verlässlichkeit, Erreichbarkeit, Pünktlichkeit und Flexibilität.

Die Qualifikation der Pflege(fach)kräfte stellt einen weiteren wesentlichen strukturbezogenen Versorgungsaspekt dar. Um eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen, ist das fachpflegerische und medizinische Wissen von hoher Relevanz. Darüber hinaus sind kommunikative, soziale und interkulturelle Kompetenzen wesentlich, um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten. Hierbei spielt auch die Spezialisierung von Pflege(fach)kräften, z. B. auf die Beatmungs- oder Intensivpflege, eine wichtige Rolle. Der Versorgungsaspekt adressiert zudem den diesbezüglich noch bestehenden Schulungs-/Fort- und Weiterbildungsbedarf von Pflege(fach)kräften in der ambulanten Pflege.

■ ■ Versorgungsaspekte zur Beziehungsgestaltung mit pflegebedürftigen Menschen und pflegenden Angehörigen

Die drei Versorgungsaspekte zur Beziehungsgestaltung umfassen die Art der Kommunika-

tion und Interaktion mit den pflegebedürftigen Menschen und deren pflegenden Angehörigen. Eine personenzentrierte Kommunikation und Interaktion mit pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen bildet die Grundlage für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit. Eine gute Kommunikation mit der Möglichkeit, sich offen, direkt und respektvoll über Bedürfnisse, Probleme und Erfahrungen auszutauschen ermöglicht es, eine vertrauensvolle und wertschätzende Beziehung aufzubauen sowie gemeinsam Entscheidungen hinsichtlich der pflegerischen Versorgung zu treffen.

Voraussetzung für den Aufbau einer solchen Beziehung sowie für ein funktionierendes Pflegearrangement ist dabei, dass professionelle und persönliche Grenzen gesetzt und gegenseitig respektiert werden. So werden die Akzeptanz und das Respektieren der Privatsphäre sowie der familiären Routinen im Alltag von pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen als sehr wichtig empfunden, um eine tragfähige Beziehung mit den Pflegekräften aufbauen zu können. Aus der Perspektive der Pflegekräfte ist wiederum wesentlich, berufliche Grenzen zu setzen und aufrechtzuerhalten sowie sich professionell abzugrenzen, um Rollenkonflikte im Pflegearrangement zu vermeiden und eine professionelle pflegerische Versorgung gewährleisten zu können.

■ ■ Versorgungsaspekte zur Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen und pflegenden Angehörigen

Die Information und Aufklärung ist ein relevanter Aspekt, um pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige im Umgang mit der Erkrankung bzw. mit den bestehenden (krankheitsspezifischen) Beeinträchtigungen sowie im Hinblick auf die Bewältigung der Pflegesituation zu unterstützen. Entsprechend wurde ein Versorgungsaspekt abgeleitet, der auf die krankheitsspezifische Information von pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen und die Wissensvermittlung (z. B. zu krankheitsspezifischen Beeinträchtigungen

sowie behandlungsbedingten Aus- und Nebenwirkungen) fokussiert. Darüber hinaus wurde ein Versorgungsaspekt abgeleitet, der sich auf die Beratung, Schulung und Anleitung bezieht. Die pflegerische Beratung zu sowie pflegepraktische Schulung und bedarfsorientierte Anleitung in gesundheitsbezogenen, präventiven und pflegerischen Maßnahmen fördert die Kompetenz und Sicherheit der pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen im Hinblick auf eine adäquate Durchführung der erforderlichen pflegerischen bzw. medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten.

Zudem stellen die Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten bzw. Selbstpflegekompetenzen sowie die Wahrung der Eigenständigkeit und der Erhalt der Selbstbestimmtheit in der Pflegesituation aus Sicht von pflegebedürftigen Menschen wichtige Aspekte einer guten Versorgungsqualität dar. Entsprechend adressiert ein weiterer Versorgungsaspekt die Unterstützung im Selbstmanagement und den Erhalt der Selbstständigkeit von pflegebedürftigen Menschen.

■ ■ Prozessbezogene Versorgungsaspekte

Des Weiteren wurden sechs prozessbezogene Versorgungsaspekte abgeleitet. Diese adressieren die Planung und Durchführung einer bedarfs- und bedürfnisorientierten Pflege. Die angemessene und sorgfältige Planung und Durchführung einer an den Bedarfen und Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen ausgerichteten Pflege stellt ein wesentliches Kriterium für eine gute und sichere Pflege dar. Hierzu zählt vor allem auch die Berücksichtigung von kulturellen Vorstellungen und Wünschen sowie von religiösen Belangen, weshalb der Aspekt der kultursensiblen Pflege als weiterer relevanter Versorgungsaspekt identifiziert wurde. Darüber hinaus wurden die adäquate standard- bzw. leitliniengerechte Durchführung von pflegerischen Tätigkeiten, die angemessene Umsetzung gesetzlich vorgegebener und fachlich geeigneter Hygienemaßnahmen sowie die Gewährleistung eines adäquaten Medikamentenmanagements als relevante Versorgungsaspekte identifiziert.

Für eine qualitativ hochwertige ambulante Versorgung ist es zudem notwendig, dass die an der Versorgung beteiligten Akteure gut zusammenarbeiten und funktionierende Kommunikations- und Abstimmungsprozesse etabliert sind. Ein weiterer Versorgungsaspekt adressiert dementsprechend die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit und umfasst die Kommunikation und Kooperation zwischen den sowie die Koordination der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen.

■ ■ Ergebnisbezogene Versorgungsaspekte

Aufgrund der speziellen Rahmenbedingungen kommt der Sicherstellung der Kontinuität der ambulanten pflegerischen bzw. medizinisch-pflegerischen Versorgung eine entscheidende Bedeutung zu. Die Beständigkeit der an der Pflege beteiligten Pflegekräfte bzw. auch der ambulanten Pflegedienste ist daher ein wichtiger Aspekt hinsichtlich der Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Durch einen häufigen Wechsel von Pflegekräften oder von ambulanten Pflegediensten kann die Qualität der Versorgung aufgrund von Wissens- und Informationsverlusten negativ beeinflusst werden. Darüber hinaus verhindert eine mangelnde (personelle) Kontinuität den Aufbau eines nachhaltigen Vertrauensverhältnisses zwischen den an der Pflege Beteiligten. Dementsprechend wurde als ein ergebnisbezogener Versorgungsaspekt die Kontinuität in der Versorgung abgeleitet.

Zwei weitere ergebnisbezogene Versorgungsaspekte adressieren die pflegerische Unterversorgung sowie pflege- und gesundheitsbezogene (Outcome-)Parameter. Der Versorgungsaspekt „Pflegerische Unterversorgung“ umfasst zum einen den Mangel an pflegerischer Unterstützung und zum anderen den Bedarf an zusätzlicher pflegerischer Versorgung. Obwohl bereits ein ambulanter Pflegedienst an der Versorgung beteiligt ist, kann es dennoch zu einer pflegerischen bzw. medizinisch-pflegerischen Unterversorgung kommen, weil ggf. nicht alle pflegebezogenen Unterstützungsbedarfe gedeckt werden (können). Dies kann mitunter darin begründet liegen, dass aufgrund

u. a. von Zeitdruck/-mangel oder auch Kommunikationsproblemen erforderliche Pflege­ tätigkeiten von den Pflegekräften nicht erbracht, unterbrochen oder rationiert werden müssen und die pflegebedürftigen Menschen teilweise oder ggf. auch vollständig unterversorgt bleiben.

Der Versorgungsaspekt „Pflege- und ge­ sundheitsbezogene (Outcome-)Parameter“ adressiert relevante Endpunkte der Versor­ gung von pflegebedürftigen Menschen, die mittelbar oder unmittelbar durch die me­ dizinische, pflegerische bzw. medizinisch­ pflegerische Versorgung beeinflusst werden können. Dies umfasst sowohl pflegerelevant­ e gesundheitsbezogene Parameter wie das Vorliegen bestimmter Erkrankungen bzw. krankheits- oder altersbedingter Beeinträch­ tigungen, z. B. Demenz, chronische Wunden, Harninkontinenz oder die Besiedlung bzw. Infektion mit multiresistenten Erregern, als auch pflegespezifische Outcomeparameter wie z. B. Dekubitus, Sturz, Mangelernährung oder mangelnde Mundgesundheit.

2.3.2 **Abbildbarkeit der qualitätsrelevanten Versorgungsaspekte über die Routinedaten der Kranken- bzw. Pflegekassen**

Für die Prüfung der Abbildbarkeit der qua­ litätsrelevanten Versorgungsaspekte über die Routinedaten der Kranken- bzw. Pflegekas­ sen wurden die in [Tab. 2.1](#) aufgeführten Datenbestände zu pflegerischen, medizinisch­ pflegerischen, therapeutischen und medizini­ schen Leistungen nach SGB XI bzw. SGB V herangezogen. Die detaillierte Prüfung der Versorgungsaspekte ergab, dass lediglich drei der 17 identifizierten Versorgungsaspekte voll­ ständig bzw. teilweise über die Routineda­ ten der Kranken- bzw. Pflegekassen abbildbar sind ([Tab. 2.2](#)). Bei den abbildbaren Versor­ gungsaspekten handelt es sich vorwiegend um Versorgungsaspekte, die die Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege adressieren.

Tab. 2.1 Zur Prüfung der grundsätzlichen Abbildbarkeit der qualitätsrelevanten Versorgungsaspekte verwendete Datenbestände nach SGB V bzw. SGB XI	
Datenbestand nach Abrechnungskontext	Beschreibung
SGB XI	
Pflegerische Leistungen nach § 105 SGB XI	Ambulante und stationäre Pflegeleistungen gemäß §§ 28 bzw. 28a SGB XI
SGB V	
Ärztliche Leistungen nach § 295 SGB V	Ambulante vertragsärztliche Behandlung gemäß § 28 SGB V
Krankenhausbehandlung nach § 301 SGB V	Vollstationäre, stationsäquivalente, teilstationäre, vor- und nachstationäre sowie ambulant erbrachte Kranken­ hausbehandlung gemäß § 39 SGB V
Abrechnung der Apotheken und weiterer Stellen nach § 300 SGB V	Arznei- und Verbandmittelversorgung gemäß § 31 SGB V
Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer nach § 302 SGB V	Heilmittelversorgung gemäß § 32 SGB V Hilfsmittelversorgung gemäß § 33 SGB V Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V
Pflege-Report 2023	

Tab. 2.2 Übersicht zur Abbildbarkeit der qualitätsrelevanten Versorgungsaspekte über die Routinedaten der Kranken- bzw. Pflegekassen

Qualitätsrelevante Versorgungsaspekte	Abbildbarkeit über die Routinedaten der Kranken- bzw. Pflegekassen
(Strukturelle) Rahmenbedingungen und Anforderungen	Nein
Qualifikation der Pflege(fach)kräfte	Nein
Personenzentrierte Kommunikation und Interaktion mit pflegebedürftigen Menschen/pflegenden Angehörigen	Nein
Beziehungsgestaltung mit und Einbezug von pflegenden Angehörigen	Nein
Setzung professioneller und Respektierung persönlicher Grenzen	Nein
Information und Aufklärung von pflegebedürftigen Menschen/pflegenden Angehörigen	Nein
Beratung, Schulung und Anleitung von pflegebedürftigen Menschen/pflegenden Angehörigen	Eingeschränkt möglich
Unterstützung im Selbstmanagement und Erhalt der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Menschen	Nein
Planung und Durchführung einer bedarfs- und bedürfnisorientierten Pflege	Nein
Kultursensible Pflege	Nein
Adäquate Durchführung von grund- und behandlungspflegerischen Tätigkeiten	Nein
Umsetzung notwendiger und geeigneter Hygienemaßnahmen	Nein
Medikamentenmanagement	Ja, teilweise
Intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit	Nein
Kontinuität in der Versorgung	Ja, teilweise
Pflegerische Unterversorgung	Nein
Pflege- und gesundheitsbezogene (Outcome-)Parameter	Ja
Pflege-Report 2023	

So kann über die Routinedaten der Versorgungsaspekt „Pflege- und gesundheitsbezogene (Outcome-)Parameter“ nahezu vollständig abgebildet werden. In den Abrechnungsdaten liegen zahlreiche Informationen vor, anhand derer eine Erfassung der verschiedenen pflegespezifischen Outcomeparameter (z. B. Dekubitus) sowie der pflegerelevanten gesundheitsbezogenen Parameter (z. B. Harninkontinenz) möglich wird. Zu nennen sind hier die Abrechnungsdaten der ambulant vertragsärztlichen Versorgung (§ 295 SGB V) und der stationä-

ren Krankenhausbehandlung (§ 301 SGB V), die sowohl Diagnosedaten als auch Daten der Leistungsabrechnung (u. a. Operationen-/Prozedurenschlüssel) enthalten, die zur Abbildung herangezogen werden können. Des Weiteren enthalten auch die Datenbestände zur Abrechnung von Leistungen der Arznei- und Verbandmittelversorgung (§ 300 SGB V) sowie zur Heil- und Hilfsmittelversorgung und häuslichen Krankenpflege (§ 302 SGB V) Informationen, die zur Abbildung der relevanten pflege- und gesundheitsbezogenen (Outcome-)

Parameter genutzt werden können. In den Abrechnungsdaten von pflegerischen Leistungen nach SGB XI sind dagegen keinerlei Informationen enthalten, die zur Abbildung des Versorgungsaspekts herangezogen werden können.

Darüber hinaus liegen in den Routinedaten Informationen vor, die zur Abbildung von Teilaspekten der Versorgungsaspekte „Kontinuität in der Versorgung“ sowie „Medikamentenmanagement“ genutzt werden können. Zur Abbildung von Teilen des Versorgungsaspekts „Kontinuität in der Versorgung“ können die administrativen Daten (Institutionskennzeichen der ambulanten Pflegedienste) der Leistungsabrechnung nach § 105 SGB XI und § 302 SGB V (häusliche Krankenpflege) herangezogen werden, um einen Wechsel von ambulanten Pflegediensten zu identifizieren. Ein Wechsel von Pflegekräften ist dagegen nicht anhand von Routinedaten erfassbar. Ebenso sind in den Routinedaten Informationen zur Abbildung von Teilen des Versorgungsaspekts „Medikamentenmanagement“ enthalten, der neben struktur- und prozessbezogenen Merkmalen auch die Ergebnisqualität eines adäquaten Medikamentenmanagements adressiert. Hierzu können die Daten nach § 300 SGB V zur Arznei- und Verbandmittelversorgung verwendet werden.

Daneben wurde die Abbildbarkeit des Versorgungsaspekts „Beratung, Schulung und Anleitung von pflegebedürftigen Menschen/pflegerischen Angehörigen“ als eingeschränkt möglich eingeschätzt. Es liegen verschiedene Informationen zu bestimmten Teilaspekten (z. B. Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI oder Pflegekurse nach § 45 SGB XI) in den Routinedaten vor, jedoch handelt es sich hierbei um Leistungen, die lediglich freiwillig in Anspruch genommen werden können. Vor diesem Hintergrund wurde trotz des generellen Vorliegens von Informationen in den Routinedaten die vom Versorgungsaspekt speziell adressierte kontinuierliche, bedarfsgerechte Beratung, Schulung und Anleitung von pflegebedürftigen Menschen im Pflegeprozess als nicht umfas-

send und zielgenau möglich eingeschätzt und der Versorgungsaspekt nicht weiter geprüft.

Für die übrigen 13 qualitätsrelevanten Versorgungsaspekte zeigte die Prüfung, dass sie über die Routinedaten nicht abgebildet werden können. Dies liegt darin begründet, dass diese Versorgungsaspekte zum einen strukturelle Merkmale der ambulanten Pflege bzw. strukturbezogene Anforderungen an die an der Versorgung beteiligten ambulanten Pflegedienste adressieren, die bei der Leistungsabrechnung und -vergütung in der Regel keine Rolle spielen und damit per se nicht in den Routinedaten enthalten sind. Gleiches gilt für die Versorgungsaspekte, die sich auf die Prozesse der Kommunikation, Interaktion und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen sowie insgesamt auf die Beziehungsgestaltung im Rahmen des Pflegearrangements beziehen. Die innerhalb des Pflegearrangements stattfindenden Interaktions-, Aushandlungs- und Entscheidungsprozesse sind kein Bestandteil der Routinedaten. Zum anderen adressiert die Mehrzahl der übrigen nicht abbildbaren Versorgungsaspekte die Durchführung einer bedarfs- und bedürfnisorientierten Pflege sowie die adäquate Umsetzung von pflegerischen bzw. medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten gemäß dem allgemeinen Stand pflegefachlicher Erkenntnisse. Damit beziehen sich diese Versorgungsaspekte vorwiegend auf prozessbezogene Merkmale des pflegerischen bzw. medizinisch-pflegerischen Handelns, die ebenfalls kein Bestandteil der Leistungsabrechnung mit den Kranken- bzw. Pflegekassen sind.

2.3.3 Operationalisierung und empirische Analyse von ausgewählten routinedatenbasierten Kennzahlen der über Routinedaten abbildbaren qualitätsrelevanten Versorgungsaspekte

Zur empirischen Prüfung der grundsätzlich über Routinedaten der Kranken- bzw. Pflegekassen abbildbaren Versorgungsaspekte wurde eine konkrete Operationalisierung von einzelnen Teilaspekten vorgenommen und diese anhand eines zur Verfügung gestellten Forschungsdatensatzes ausgewertet. Der Forschungsdatensatz beinhaltet die anonymisierten versichertenbezogenen Abrechnungsdaten der Jahre 2018 sowie 2019 aller elf AOK Kranken- bzw. Pflegekassen. Berücksichtigt wurden dabei Versicherte, die mindestens einen Tag (im Quartal) im häuslichen Umfeld durch einen ambulanten Pflegedienst (mit)versorgt wurden, d. h.

— Sach- oder Kombinationsleistungen nach §§ 36 bzw. 38 SGB XI
oder

— Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erhalten haben
und

— im Zeitraum von 2018 (1. Quartal) bis 2019 (4. Quartal) oder bis zum Versterben/sonstigen Ausscheiden durchgehend bei der AOK versichert waren.

Im Forschungsdatensatz enthalten waren die Diagnosedaten aus der ambulant vertragsärztlichen und stationären Versorgung sowie Daten zur Arznei- und Heilmittelversorgung und zur häuslichen Krankenpflege nach SGB V. Darüber hinaus lagen Informationen zum Pflege-

Tab. 2.3 Charakteristika der Studienpopulation. (Quelle: AOK-Daten 2018/2019)

		2018	2019
Pflegebedürftige Menschen mit ambulanten Pflegeleistungen, n		209.417	209.507
Geschlecht, in %	Frauen	64,1	64,0
	Männer	35,9	36,0
Mittleres Alter, in Jahren	Frauen	80,6	80,7
	Männer	74,6	74,8
Alter in Jahren, in %	< 18	0,4	0,4
	18–59	9,6	9,6
	60–79	30,8	29,8
	80+	59,1	60,2
Pflegegrad, in %	Kein Pflegegrad	14,2	11,4
	1	4,7	5,6
	2	37,1	37,8
	3	25,9	27,1
	4	12,5	12,5
	5	5,6	5,5

grad sowie zur Art der Pflegeleistung nach SGB XI vor. Die Analysen erfolgten quartalsbezogen.

Die finale Stichprobe umfasste über beide Berichtsjahre hinweg insgesamt 278.091 Versicherte. Im Jahr 2018 erfüllten 209.417 Versicherte die Einschlusskriterien, im Berichtsjahr 2019 insgesamt 209.507 Versicherte. ■ Tab. 2.3 gibt eine Übersicht über die Charakteristika der Studienpopulation.

Im Nachfolgenden werden die Ergebnisse der Operationalisierung und empirischen Analysen von zwei beispielhaft ausgewählten relevanten Endpunkten aus dem Versorgungsaspekt „Pflege- und gesundheitsbezogene (Outcome-)Parameter“ dargestellt.

■ ■ Dekubitus in der ambulanten Pflege

Die Operationalisierung der Kennzahl „Anteil pflegebedürftiger Menschen in der ambulanten Pflege mit Dekubitus“ erfolgte anhand von mehreren Datenbeständen. Im ersten Schritt wurden die einschlägigen Dekubitus-Diagnosen gemäß ICD-10-GM-Klassifikation zusammengestellt. Zudem wurden die Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Dekubitusversorgung/-behandlung herangezogen. Darüber hinaus wurden die Daten zur Arznei- und Verbandmittelversorgung genutzt, um auf behandlungsbedürftige Dekubitus zu fokussieren. Die Operationalisierung

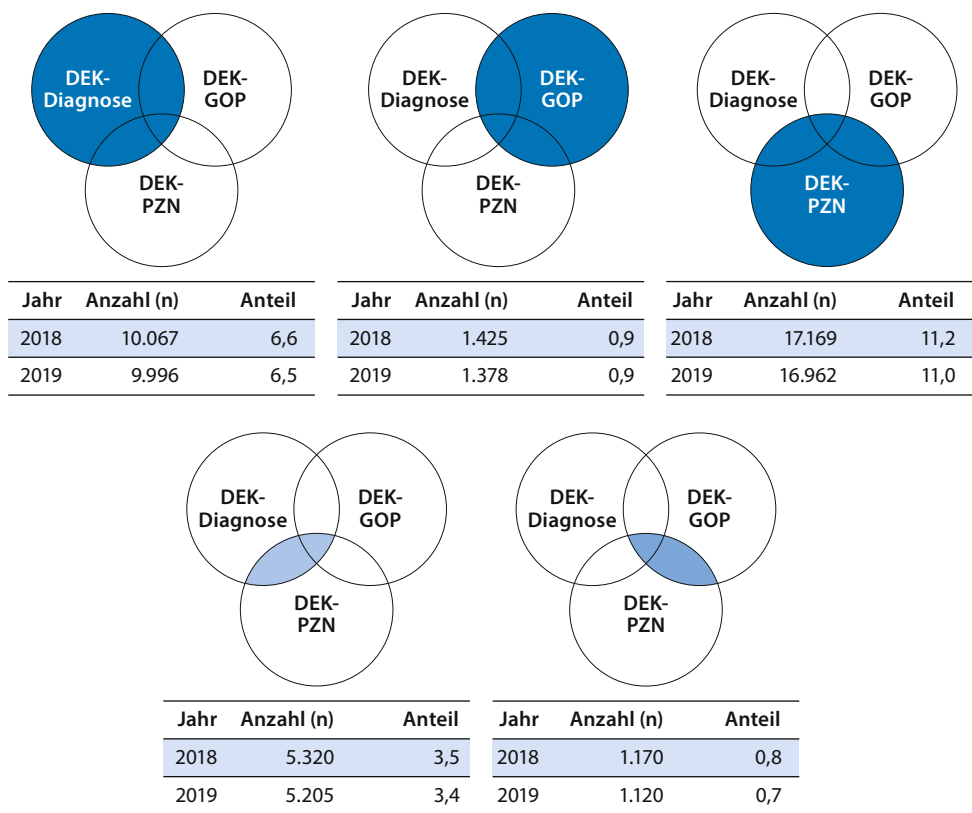
orientierte sich damit an der Operationalisierung einer routinedatenbasierten Kennzahl zu Dekubitus bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern (Schwinger et al. 2018). Die zur Berechnung der Kennzahl herangezogenen Informationen sind ■ Tab. 2.4 zu entnehmen.

■ Abb. 2.1 fasst die Ergebnisse der empirischen Analysen zur Operationalisierung der Kennzahl zusammen. Im Durchschnitt der Quartale beider Berichtsjahre lag bei 6,5 % aller ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen eine ambulante bzw. stationäre Dekubitus-Diagnose vor. Bei 85,7 % der ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen mit Dekubitus-Diagnose war dies eine ambulant vertragsärztliche Diagnose. Bei 14,3 % der pflegebedürftigen Menschen mit einer Dekubitus-Diagnose lag dementsprechend allein eine stationäre Dekubitus-Diagnose als Haupt- oder Nebendiagnose aus den Abrechnungsdaten zu Krankenhausbehandlungen vor.

Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Dekubitusversorgung/-behandlung wurden im Durchschnitt bei 0,9 % aller ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen abgerechnet. Dabei zeigte sich, dass im Mittel bei 76,3 % der pflegebedürftigen Menschen mit HKP-Leistungen zur Dekubitusversorgung/-behandlung ebenfalls auch eine ambulante oder stationäre Dekubitus-Diagnose kodiert war. Darüber hinaus lagen im

■ **Tab. 2.4** Dekubitus – berücksichtigte Datenbestände und Abrechnungskodes zur Identifikation anhand von Routinedaten. (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Schwinger et al. 2018)

	Dekubitus-Diagnose	Dekubitusversorgung/-behandlung	Verbandstoffe
Klassifikation	ICD-10-GM	Bundeseinheitliches Positionsnummernverzeichnis	Pharmazentralnummern
Beschreibung	L89* – Dekubitalgeschwür und Druckzone	Einzel-GOP mit Bezug zur Dekubitusversorgung/-behandlung	Hydroaktive Wundauflagen, vgl. Tabelle 10.9 in Schwinger et al. 2018
Daten	Ambulante (gesicherte) Diagnosen bzw. stationäre Haupt- und Nebendiagnosen	Häusliche Krankenpflege	Ambulante Verordnungen von Arznei- bzw. Verbandmitteln



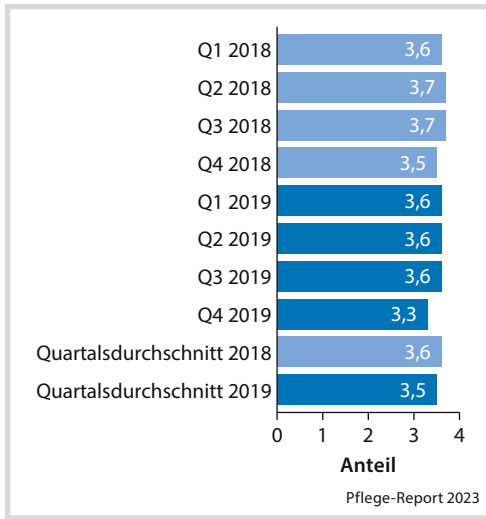
Pflege-Report 2023

Abb. 2.1 Häufigkeiten von Dekubitus-Diagnosen (DEK-Diagnose), abgerechneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Dekubitusversorgung/-behandlung (DEK-GOP) sowie der Verordnungen von

Verbandmaterialien (DEK-PZN) bei ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen im Durchschnitt der Quartale der Berichtsjahre 2018 bzw. 2019. (Quelle: AOK-Daten 2018/2019)

Durchschnitt bei 11,1 % aller ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen Verordnungen von Verbandmaterialien zur Wundversorgung bei Dekubitus vor. Da die aufgeführten Verbandmaterialien zur Wundversorgung neben der Behandlung von Dekubitus (DEK-PZN) auch zur Behandlung von anderen chronischen Wunden eingesetzt werden können, wurden zusätzlich Analysen zur Kombination der verordneten DEK-PZN mit den vorhandenen Dekubitus-Diagnosen bzw. Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Dekubitusversorgung/-behandlung vorgenommen. Die Analysen ergaben, dass im Mittel

bei 3,4 % aller pflegebedürftigen Menschen eine Dekubitus-Diagnose in Verbindung mit einer entsprechenden PZN zu Verbandmaterialien vorlag. Im Durchschnitt bei 0,7 % aller ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen lag eine HKP-Leistung zur Dekubitusversorgung/-behandlung in Verbindung mit einer verordneten PZN vor. Daraus ergibt sich, dass lediglich bei 52 % der ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen mit Dekubitus-Diagnose auch gleichzeitig Verbandmaterialien zur Wundversorgung verordnet wurden. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es sich bei einem relevanten Anteil von



■ **Abb. 2.2** Anteil pflegebedürftiger Menschen in der ambulanten Pflege mit Dekubitus. (Quelle: AOK-Daten 2018/2019)

Dekubitus-Diagnosen um „inaktive“ Diagnosen (sog. Dauerdiagnosen) oder auch Fehlkodierungen handelt. Bei den ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen mit einer HKP-Leistung zur Dekubitusversorgung/-behandlung lag im Durchschnitt bei 82 % eine zusätzliche Verordnung von PZN zu Verbandmaterialien vor. Vor diesem Hintergrund wurde entschieden, die Berechnung der Kennzahl nicht allein auf Basis der Diagnosen bzw. Leistungen der häuslichen Krankenpflege vorzunehmen, sondern weiterhin die Verordnung von Verbandmaterialien zu berücksichtigen, um ambulant versorgte pflegebedürftige Menschen mit „aktiven“ behandlungsbedürftigen Dekubitus zu erfassen.

Die Berechnung der entsprechend final operationalisierten Kennzahl zeigte, dass im Durchschnitt der Quartale beider Berichtsjahre bei insgesamt 3,6 % aller ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen eine ambulante oder stationäre Dekubitus-Diagnose oder HKP-Leistung zur Dekubitusversorgung/-behandlung in Kombination mit einer Verordnung von Verbandmaterialien zur Wundversorgung vorlag. ■ **Abb. 2.2** gibt einen Über-

blick über die quartalsbezogenen Ergebnisse sowie die Gesamtergebnisse im Durchschnitt der Quartale der beiden Berichtsjahre (2018 bzw. 2019).

Die Ergebnisse der empirischen Analysen zeigten, dass die vorliegende Kennzahl grundsätzlich auf Basis von Routinedaten operationalisierbar ist. Das Kennzahlresultat mit einer Dekubitus-Prävalenz von 3,6 % liegt im Bereich der in der Literatur angeführten Prävalenz von 2–7 % Dekubitus (Beerens et al. 2014; Kröger und Jöster 2018; Lahmann et al. 2015; Lichterfeld-Kottner et al. 2018; Raeder et al. 2019; Suhr et al. 2019) und stützt damit das diesbezüglich bestehende Qualitätsdefizit im Versorgungsbereich der ambulanten Pflege.

■ **Pflegebedürftige Menschen in der ambulanten Pflege mit einer Hospitalisierung aufgrund von sturzassoziierten Verletzungen**

Die Operationalisierung der Kennzahl „Anteil pflegebedürftiger Menschen in der ambulanten Pflege mit einer Hospitalisierung aufgrund von sturzassoziierten Verletzungen“ erfolgte anhand der Diagnosen zu Verletzungen, die mit einem Sturzereignis assoziiert sein können und in deren Folge aufgrund der Schwere der Verletzungen eine stationäre Krankenhausaufnahme notwendig werden kann. Dementsprechend wurden die stationären Diagnosen zu Krankenhausbehandlungen gemäß § 301 SGB V herangezogen und hierbei ausschließlich die Hauptdiagnosen (stationäre Entlassungsdiagnosen) berücksichtigt, da diese entsprechend den Deutschen Kodierrichtlinien den hauptsächlichen Grund für einen stationären Krankenhausaufenthalt abbilden (DKG et al. 2022). Als Hauptdiagnosen wurden die einschlägigen Diagnosegruppen zu Verletzungen oder Frakturen gemäß ICD-10-GM-Klassifikation aus dem Kapitel XIX „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ berücksichtigt (■ **Tab. 2.5**).

Die empirischen Analysen zeigten, dass im Durchschnitt aller Quartale der Berichtsjahre 2018 und 2019 3,1 % der ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen mit der Diagnose

Tab. 2.5 sturzassoziierte Verletzungen – berücksichtigte Diagnosegruppen zur Identifikation anhand der Routinedaten. (Quelle: eigene Darstellung nach ICD-10-GM-Klassifikation)

ICD-10-GM	Verletzungen oder Frakturen
S00–S09	Verletzungen des Kopfes
S10–S19	Verletzungen des Halses
S20–S29	Verletzungen des Thorax
S30–S39	Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S40–S49	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
S50–S59	Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
S60–S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
S70–S79	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
S80–S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
S90–S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
T00–T07	Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
T08–T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten
Pflege-Report 2023	

einer sturzassoziierten Verletzung stationär in ein Krankenhaus aufgenommen wurden. Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen mit einer Hospitalisierung aufgrund von sturzassoziierten Verletzungen lag in allen betrachteten Quartalen konstant zwischen 3,0 und 3,2 % (siehe ■ Abb. 2.3).

Die häufigsten Verletzungen, die eine stationäre Krankenhausaufnahme notwendig machten, waren Verletzungen der Hüfte oder des Oberschenkels (24,9 %) sowie Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule oder des Beckens (14,2 %). Die Häufigkeitsverteilung aller Hauptdiagnosen bei stationärer Krankenhausaufnahme wegen einer Verletzung oder Fraktur ist ■ Abb. 2.4 zu entnehmen.

Auch für diese Kennzahl zeigten die empirischen Analysen, dass eine Operationalisierung anhand von Routinedaten prinzipiell möglich ist. Sowohl der Anteil von 3,1 % sta-

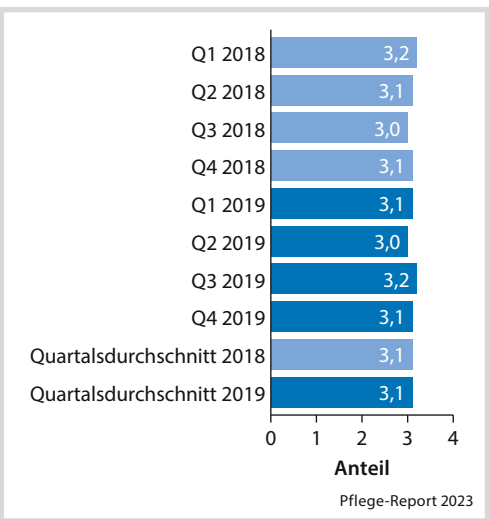


Abb. 2.3 Anteil pflegebedürftiger Menschen in der ambulanten Pflege mit einer Hospitalisierung aufgrund von sturzassoziierten Verletzungen. (Quelle: AOK-Daten 2018/2019)

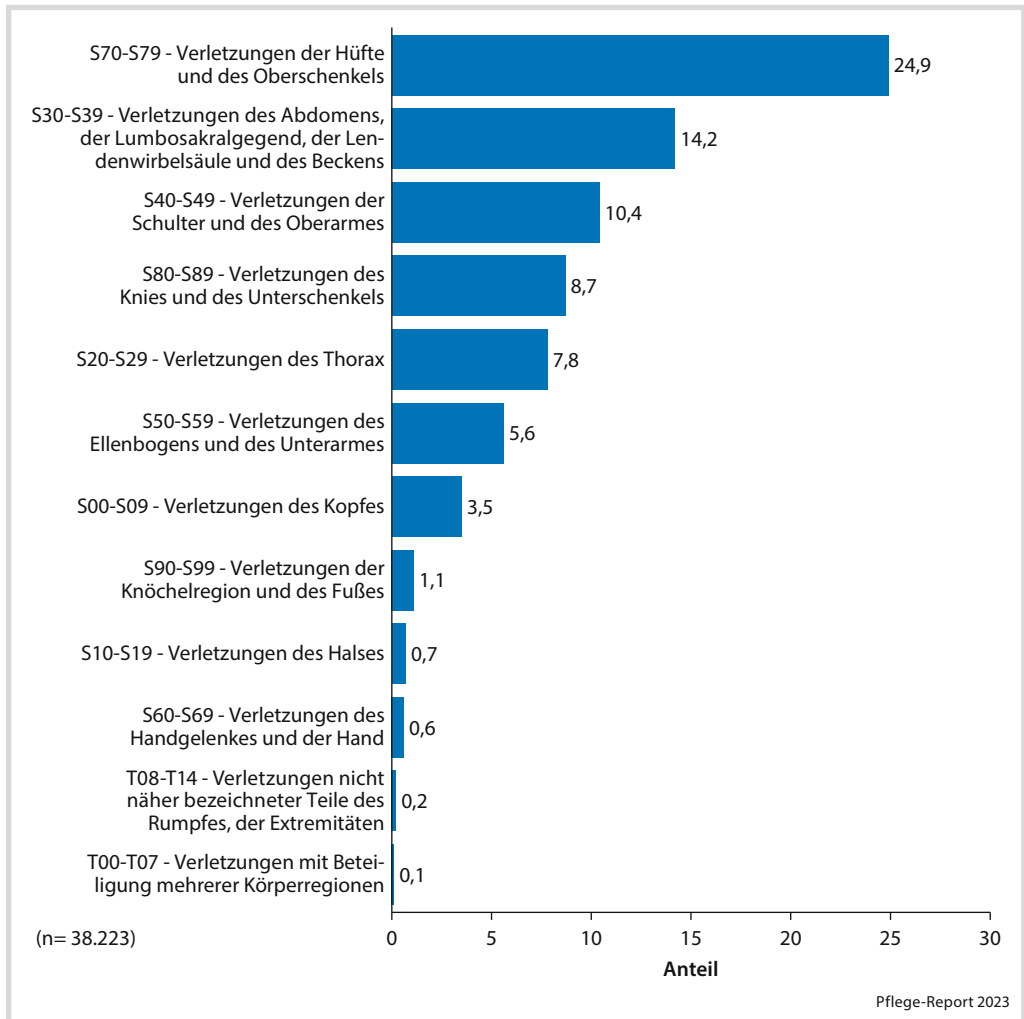


Abb. 2.4 Verteilung der Hauptdiagnosen bei stationärer Krankenhausaufnahme von ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen wegen einer Verletzung oder Fraktur. (Quelle: AOK-Daten 2018/2019)

tionär behandlungsbedürftigen sturzassoziierten Verletzungen als auch die Häufigkeitsverteilung der Art der Verletzungen bzw. Frakturen ist mit den Ergebnissen entsprechender Studien vergleichbar (Lahmann et al. 2015; Rupp et al. 2021).

2.4 Diskussion

Im Rahmen der Aufbereitung der aktuellen Versorgungssituation wurden anhand einer systematischen Literaturrecherche 17 struktur-, prozess- und ergebnisbezogene Versorgungsaspekte abgeleitet, die wesentliche Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Versorgung in der ambulanten Pflege beschreiben. Jeder der identifizierten Versorgungsaspekte konnte mindestens

einer Qualitätsdimension eines Rahmenkonzepts für Qualität (IQTIG 2022) zugeordnet werden. Die Mehrzahl der identifizierten Versorgungsaspekte adressiert dabei die Qualitätsdimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ sowie „Patientensicherheit“. Dies hebt hervor, dass vor allem die Beziehungsarbeit mit den pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen ein zentrales Kriterium für die Qualität der ambulanten pflegerischen bzw. medizinisch-pflegerischen Versorgung darstellt. Daneben spielen die Versorgungsaspekte, die die Patientensicherheit adressieren, ebenfalls eine wichtige Rolle für die Versorgungsqualität. Dies erscheint nachvollziehbar, da die Gewährleistung der Patientensicherheit unter den besonderen Voraussetzungen der Pflege im häuslichen Umfeld und unter Berücksichtigung der spezifischen Wohnumgebung eine enorme Herausforderung für die Pflegekräfte darstellt. Die weiteren Qualitätsdimensionen „Angemessenheit“ sowie „Koordination und Kontinuität“ und „Wirksamkeit“ werden ebenfalls jeweils von mehreren Versorgungsaspekten adressiert. Dies sind Versorgungsaspekte, die sich vor allem auf die grundlegenden pflegerischen bzw. medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten (körperbezogene Pflegemaßnahmen und behandlungspflegerische Maßnahmen, Umsetzung geeigneter Hygienemaßnahmen sowie Medikamentenmanagement) beziehen und deren angemessene Durchführung und Koordination daher eine hohe Relevanz für die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung haben. Darüber hinaus sind Versorgungsaspekte subsummiert, die verschiedene relevante pflege- und gesundheitsbezogene Ergebnisse umfassen, anhand derer sich die Wirksamkeit der pflegerischen bzw. medizinisch-pflegerischen Versorgung zeigt (Wehner et al. 2021). Damit wird sowohl die Mehrdimensionalität von Qualität in der ambulanten Pflege als auch die Komplexität des Versorgungsbereichs und die daraus resultierenden Herausforderungen für die Gewährleistung einer guten pflegerischen bzw.

medizinisch-pflegerischen Versorgungsqualität verdeutlicht.

Hinsichtlich der Ableitung der qualitätsrelevanten Versorgungsaspekte ist jedoch darauf hinzuweisen, dass diese ausschließlich literaturbasiert erfolgte. Ein – auch im Rahmen der Erstellung von Scoping Reviews empfohlener – Einbezug von themenbezogenen Interessengruppen (z. B. durch Interviews oder Fokusgruppen) wurde nicht durchgeführt. Aufgrund dessen ist es möglich, dass über die Literatur hinausgehende qualitätsrelevante Themen oder Anforderungen nicht identifiziert wurden. Zudem erfolgten die Aufbereitung und Recherche der Literatur ausschließlich durch die Autorin, was zu einer systematischen Verzerrung beim Einschluss von Publikationen geführt haben kann. Jedoch ist hervorzuheben, dass die abgeleiteten qualitätsrelevanten Versorgungsaspekte grundsätzlich mit weiteren in der Literatur beschriebenen Themenbereichen, die für die Qualität in der (ambulanten) Pflege als relevant eingeschätzt werden, übereinstimmen (Büscher et al. 2018b; Hasseler et al. 2013).

Die Prüfung der grundsätzlichen Abbildbarkeit der Versorgungsaspekte ergab, dass lediglich drei der 17 Versorgungsaspekte vollständig oder teilweise über die Routinedaten der Kranken- bzw. Pflegekassen abbildbar sind. Hierbei liegen vorwiegend zur Erfassung der ergebnisbezogenen Versorgungsaspekte geeignete Informationen in den Abrechnungs- und Verordnungsdaten vor. Eine generelle Einschränkung der Abbildung der identifizierten Versorgungsaspekte über die Routinedaten ist dabei durch die speziellen Abrechnungs- und Vergütungsmodalitäten in der ambulanten Pflege, die einem komplexen Vertrags- und Leistungsrecht unterliegen, bedingt. So werden im Regelungsbereich des SGB XI die grundsätzlichen Leistungsinhalte sowie Abrechnungsbedingungen der ambulanten Pflege in individuellen Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI und Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI zwischen den Pflegekassen und den Trägern von ambulanten Pflegediensten geschlossen. Als Grundlage für diese

Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen dienen landesspezifische Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI, die allgemeine Vorgaben zu den Abrechnungs- und Vergütungsmodalitäten machen. Die Regelung der Leistungsinhalte sowie der Abrechnungs- und Vergütungsmodalitäten in landesspezifischen und damit im Detail unterschiedlichen Rahmenverträgen und Vergütungsvereinbarungen führt dazu, dass sich der Datenbestand der Leistungsabrechnung nach § 105 SGB XI hinsichtlich der abgerechneten Leistungspakete/-komplexe sowie der zugeordneten Abrechnungsziffern stark unterscheidet, sodass eine bundeseinheitliche Abbildbarkeit der Versorgungsaspekte anhand dieses Datenbestandes nur eingeschränkt oder gar nicht möglich ist.

Eine Abbildung der Versorgungsaspekte über die Routinedaten der Kranken- bzw. Pflegekassen ist daher vor allem auf Grundlage der Datenbestände nach SGB V möglich. Die Abrechnungsdaten sowohl zur ambulant vertragsärztlichen Versorgung als auch zur Krankenhausbehandlung sowie die Abrechnungs- und Verordnungsdaten der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung und häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V basieren auf bundeseinheitlichen Abrechnungsregelungen sowie bundeseinheitlichen Klassifikationssystemen (z. B. ICD-10-GM, EBM-Katalog) bzw. Positionsnummernverzeichnissen (z. B. bundeseinheitliches Positionsnummernverzeichnis für Leistungen der häuslichen Krankenpflege). Die entsprechend den Klassifikationssystemen bzw. bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnissen abgerechneten Leistungen sowie die Verordnungsdaten von Leistungen bleiben bei den Kranken- bzw. Pflegekassen als solche in den jeweiligen Datenbeständen bestehen, sodass hierüber eine fundierte Einschätzung hinsichtlich einer zielgenauen Abbildung der Versorgungsaspekte möglich ist. Aber auch bei bestimmten Leistungen nach SGB V muss beachtet werden, dass hierbei leistungsrechtlich bedingte Einschränkungen vorliegen können, die eine Abbildung anhand der Routinedaten beeinflussen

können. Zu nennen ist hier beispielsweise die Genehmigungspflicht von verordneten Leistungen zur Hilfs- und Heilmittelversorgung sowie von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.

Die konkrete Operationalisierung von zwei beispielhaften Kennzahlen des Versorgungsaspekts „Pflege- und gesundheitsbezogene (Outcome-)Parameter“ verdeutlicht, dass eine Operationalisierung von verschiedenen Kennzahlen für die ambulante Pflege auf Routinedatenbasis grundsätzlich realisierbar ist. Die Kennzahlsergebnisse sind mit entsprechenden Studienergebnissen vergleichbar und untermauern die in der Literatur aufgezeigten Qualitätsdefizite im Versorgungsbereich der ambulanten Pflege. Im Hinblick auf die Generalisierbarkeit der Kennzahlsergebnisse ist dennoch darauf hinzuweisen, dass die Berechnungen ausschließlich auf den Daten der Versichertenpopulation der AOK basieren. Mögliche Verzerrungen der Kennzahlsergebnisse aufgrund der spezifischen Mitgliederstruktur der AOK können daher nicht vollständig ausgeschlossen werden.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass die Operationalisierung der Kennzahlen und deren empirische Prüfung dadurch eingeschränkt wurden, dass im Forschungsdatensatz nicht alle für die Abbildung als geeignet eingeschätzte Datenbestände enthalten waren. Zu nennen sind hier beispielsweise die Daten zur Hilfsmittelversorgung nach § 302 SGB V sowie die Daten zu ambulant-vertragsärztlichen Leistungen nach § 295 SGB V (GOP gemäß EBM-Katalog). Eine Berücksichtigung von entsprechenden Datenbeständen wäre im Hinblick auf eine Optimierung der Operationalisierung und damit einer noch valideren Erfassung im Weiteren zu prüfen.

Zusätzlich ist anzumerken, dass die den empirischen Analysen zugrunde liegende Studienpopulation sehr heterogen zusammengesetzt war. Einbezogen wurden Versicherte, die innerhalb eines Quartals und ggf. auch nur einmal im jeweiligen Berichtsjahr ausschließlich eine Leistung der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erhielten und dementspre-

chend nur kurzzeitig eine pflegerische Versorgung benötigten. Zum anderen waren Versicherte enthalten, die über mehrere Quartale und beide Berichtsjahre hinweg Sach- oder Kombinationsleistungen nach SGB XI oder auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V über mehrere Monate erhielten und damit langzeitpflegebedürftig waren. Demzufolge wäre zukünftig ggf. eine zusätzliche stratifizierte Betrachtung der Kennzahlsergebnisse entsprechend diesen beiden Subgruppen sinnvoll.

Aufgrund der quartalsbezogenen Berechnungen kann es zudem zu Ungenauigkeiten bei den Auswertungen der Kennzahlen gekommen sein. Durch den Quartalsbezug ist es möglich, dass z. B. bei der Kennzahl zur stationären Aufnahme aufgrund sturzassoziierter Verletzungen Versicherte miterfasst wurden, die zu Beginn eines Quartals aufgrund einer sturzassozierten Verletzung stationär in ein Krankenhaus aufgenommen wurden, aber erst im späteren Verlauf des Quartals erstmals z. B. Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V oder Sach- oder Kombinationsleistungen nach SGB XI erhielten. Dadurch kann es bei den Kennzahlen zu einer teilweisen Überschätzung der Anteile der tatsächlich betroffenen ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen kommen. Diese Ungenauigkeiten sind vor allem bei Kennzahlen, die in die Verantwortung von ambulanten Pflegediensten gestellt werden und einem Leistungserbringervergleich dienen sollen, zukünftig genauer zu berücksichtigen.

2.5 Fazit

Die Prüfung der generellen Abbildbarkeit sowie der Operationalisierbarkeit der qualitätsrelevanten Versorgungsaspekte zeigt, dass die Routinedaten der Kranken- bzw. Pflegekassen für die Messung und Darstellung bestimmter Aspekte der Versorgungsqualität in der ambu-

lant Pflege geeignet sind. In der Zusammenfassung der Ergebnisse wird jedoch auch deutlich, dass eine Reihe von Versorgungsaspekten über die Routinedaten nur eingeschränkt bzw. gar nicht erfasst werden können. Dies ist dadurch begründet, dass sich diese auf struktur- und prozessbezogene Aspekte der Versorgung beziehen, zu deren Erfassung in den Routinedaten – aufgrund von deren ursprünglicher Zweckbestimmung – keine Informationen zur Verfügung stehen.

Die Erfassung der Versorgungsaspekte über die Routinedaten der Kranken- bzw. Pflegekassen wird dabei – vor allem im Regelungsbereich des SGB XI – durch leistungsrechtliche Bestimmungen sowie spezifische Abrechnungs- und Vergütungsregelungen eingeschränkt bzw. erschwert. Hier wäre eine Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie der geltenden Empfehlungen und Rahmenverträge im Hinblick auf die Leistungsabrechnung und Vergütungsregelungen erforderlich, damit die de facto bereits erbrachten einzelnen Leistungen der ambulanten pflegerischen Versorgung für die Qualitätsmessung genutzt werden können. Eine weitere Erkenntnis ist, dass viele qualitätsrelevante Aspekte der ambulanten pflegerischen Versorgung sich nicht im Abrechnungs- und Vergütungssystem widerspiegeln, was ggf. in gesundheits- und pflegepolitischen Diskussionen aufgegriffen werden sollte. Bereits jetzt gut nutzbar sind weitestgehend die Daten der medizinischen und therapeutischen Versorgung aus dem Regelungsbereich des SGB V. Routinedatenbasierte Kennzahlen könnten damit als sinnvolle Ergänzung für die Qualitätsprüfung und -darstellung in der ambulanten Pflege eingesetzt werden. Die Kennzahlen bieten die Möglichkeit, aufwandsarm auch sektoren- und sozialleistungsträgerübergreifende Informationen in die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in der ambulanten Pflege einzubeziehen.

Literatur

- Arksey H, O'Malley L (2005) Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 8(1):19–32
- Beerens HC, Sutcliffe C, Renom-Guiteras A, Soto ME, Suhonen R, Zabalegui A, Bökberg C, Saks K, Hamers JPH, Consortium R (2014) Quality of life and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: the European RightTimePlaceCare study. *J Am Med Dir Assoc* 15:54–61
- Behrendt S, Tsiasioti C, Willms G, Stammann C, Hasseler M, Krebs S, Katzmarzyk D, Studinski E, Özdes T, Klauber J, Schwinger A (2022) Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR): Konzept und Methodik. Abschlussbericht. Band I. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Pflege/QMPR_Abschlussbericht_2022_Band_1_Methode.pdf. Zugriffen: 3. März 2023
- Büscher A (2011) Ambulante Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg) *Handbuch Pflegewissenschaft*. Beltz Juventa, Weinheim, S 491–512
- Büscher A (2015) Gutachten zur Klärung von Grundsatzfragen zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und -berichterstattung in der häuslichen Pflege auf der Basis der gegenwärtigen Rahmenbedingungen. https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Pressemeldungen/PM_2015/BAGFW_Kurzgutachten_Qualitaet_ambulante_Pflege_Mai_2015.pdf. Zugriffen: 3. März 2023
- Büscher A, Krebs M (2018) Qualität in der ambulanten Pflege. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2018 – Qualität in der Pflege*. Springer, Berlin, S 127–134
- Büscher A, Wingenfeld K, Igl G (2018a) Weiterentwicklung der gesetzlichen Qualitätssicherung in der Sozialen Pflegeversicherung. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2018 – Qualität in der Pflege*. Springer, Berlin, S 37–44
- Büscher A, Wingenfeld K, Wibbeke D, Loetz F, Rode M, Gruber E-M, Stomberg D (2018b) Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht. <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2022/06/Verfahren-Qualitaet-ambulante-Abschlussbericht-HSOS-IPW-samt-Anhaeften-13-September-2018.pdf>. Zugriffen: 3. März 2023
- DKG, GKV-Spitzenverband, PKV, InEK (2022) Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. Version 2022. https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2022/Kodierrichtlinien/Deutsche_Kodierrichtlinien_2022. Zugriffen: 3. März 2023
- Hajek A, Lehnert T, Wegener A, Riedel-Heller SG, König H-H (2018) Langzeitpflegepräferenzen der Älteren in Deutschland - Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage. *Das Gesundheitswes* 80:685–692
- Hasseler M, Görres S, Fünfstück M (2013) Indikatoren zur Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Lebensqualität in der ambulanten pflegerischen Versorgung. Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes der Pflegekassen. GKV-Spitzenverband, Berlin
- Heidemann C, Scheidt-Nave C, Beyer A-K, Baumert J, Thamm R, Maier B, Neuhauser H, Fuchs J, Kuhnert R, Hapke U (2021) Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *J Health Monit* 6(3):3–27
- IQTIG (2022) Methodische Grundlagen Version 2.0. https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen-Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf. Zugriffen: 3. März 2023
- Kröger K, Jöster M (2018) Prevalence of chronic wounds in different modalities of care in Germany. *EWMA J* 19(1):45–49
- Lahmann N, Kuntz S, Raeder K (2015) Pflegerelevante Gesundheitsprobleme in der ambulanten Pflege und Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2015. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Gesundheitsprobleme_Ambulante_Pflege_Versorgung.pdf. Zugriffen: 3. März 2023
- Laux G, Bauer E, Stock C (2014) Nutzung von Routinedaten zur Einschätzung der Versorgungsqualität. *Public Health Forum* 22(2):17–19
- Lichterfeld-Kottner A, Lahmann N, Blume-Peytavi U, Mueller-Werdan U, Kottner J (2018) Dry skin in home care: a representative prevalence study. *J Tissue Viability* 27(4):226–231
- MDS (2020) 6. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114A Abs. 6 SGB XI - Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/6_PflegeQualitaetsbericht_des_MDS.pdf. Zugriffen: 3. März 2023
- Paquet R (2020) Struktureller Reformbedarf in der Pflegeversicherung - ein Vierteljahrhundert nach ihrer Einführung. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2020 – Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Springer, Berlin, S 3–21
- Peters MDJ, Casey M, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, McInerney P, Godfrey CM, Khalil H (2020) Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evid Synth* 18(10):2119–2126
- Raeder K, Strube-Lahmann S, Müller-Werdan U, Kottner J, Lahmann NA, Suhr R (2019) Prävalenz und Einflussfaktoren von chronischen Wunden bei Klienten

ten von ambulanten Pflegediensten in Deutschland. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 140:14–21

RKI (2016) Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/kurzfassung_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile. Zugriffen: 3. März 2023

Rupp M, Walter N, Pfeifer C, Lang S, Kerschbaum M, Krusch W, Baumann F, Alt V (2021) The incidence of fractures among the adult population of Germany – an analysis from 2009 through 2019. Dtsch Arztebl Int 118:665–669

Schwinger A, Behrendt S, Tsiasioti C, Stieglitz K, Breitzkreuz T, Grobe T, Klauber J (2018) Qualitätsmessung mit Routinedaten in deutschen Pflegeheimen: Eine erste Standortbestimmung. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2018 – Qualität in der Pflege. Springer, Berlin, S 97–125

Slagman A, Hoffmann F, Horenkamp-Sonntag D, Swart E, Vogt V, Herrmann WJ (2023) Analyse von Routinedaten in der Gesundheitsforschung: Validität, Generalisierbarkeit und Herausforderungen. Z Allg Med 2023:1–7

Statistisches Bundesamt (2022) Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutsch-

landergebnisse 2021. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/_publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html. Zugriffen: 3. März 2023

Statistisches Bundesamt (2023) 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Annahmen und Ergebnisse. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/begleitheft.html>. Zugriffen: 3. März 2023

Suhr R, Raeder K, Kuntz S, Strube-Lahmann S, Latendorf A, Klingelhöfer-Noe J, Lahmann N (2019) Strukturparameter und pflegerische Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege. Das Gesundheitswes 81(08–09):590–598

Swart E, Ihle P (2015) Vorwort der ersten Auflage Sekundärdatenanalyse: Aufgaben und Ziele. In: Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D (Hrsg) Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven, 2. Aufl. Huber, Bern, S 16–18

Wehner K, Schwinger A, Büscher A (2021) Qualität in der ambulanten Pflege – Übersichtsarbeit über die relevanten struktur-, prozess- und ergebnisbezogenen Versorgungsaspekte. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 167:15–24

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Forschung für mehr Qualität in der Versorgung von Pflegebedürftigen: Ein deskriptiver Blick auf die Förderprogramme in SGB V und SGB XI

Gerald Willms, Susann Behrendt, Felipe Argüello Guerra und Constance Stegbauer

Inhaltsverzeichnis

3.1 Hintergrund – 51

3.2 Methoden – 52

3.2.1 Datenquellen – 53

3.2.2 Auswahl und Systematisierung – 54

3.2.3 Fragestellungen – 56

3.2.4 Analysen – 56

3.3 Ergebnisse – 58

3.3.1 Ergebnisse des Auswahlverfahrens – 58

3.3.2 Überblick über die Forschungsförderung mit besonderem Blick auf die Schnittstelle von SGB V und SGB XI – 59

3.3.3 Förderung von Projekten mit besonderer Relevanz für Pflegebedürftige – 62

3.4 Fazit – 65

3.5 Anhang – 67

3.5.1 Förderprojekte des Innovationsfonds –
 Neue Versorgungsformen – 67

3.5.2 Förderprojekte des Innovationsfonds –
 Versorgungsforschung – 67

3.5.3 Förderprojekte des GKV-SV – 69

Literatur – 70

■ ■ Zusammenfassung

Angesicht der demographischen Entwicklung und der wachsenden Herausforderungen der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege rückt die Versorgung von dauerhaft pflegebedürftigen Menschen immer mehr auch in das versorgungswissenschaftliche Blickfeld. Begünstigt wird dies durch zahlreiche Förderprogramme für wissenschaftliche Projekte auf Bundesebene bzw. auf Ebene der Selbstverwaltung. Allerdings nimmt mit jeder Förderbekanntmachung nicht nur die Anzahl der Projekte, sondern auch die Komplexität und Vielgestaltigkeit des Projektspektrums zu. Damit steigt das Risiko, dass potenzielle Synergieeffekte der Erkenntnisse auf dem Weg zu einer besseren Versorgung von Pflegebedürftigen verloren gehen bzw. überhaupt nicht erkannt werden.

Ziel des Beitrags ist es, zunächst das Förderspektrum, die pflegerelevanten Versorgungsthemen und das Forschungsinteresse der letzten acht Jahre in deskriptiv-analytischer Perspektive, d. h. auch quantitativ abzubilden. Dabei sollen die Schwerpunktsetzungen der Forschungsförderung und damit auch die Kernelemente der wissenschaftlichen und versorgungspolitischen Auseinandersetzung identifiziert werden, wenn und soweit sie sich mit der Verbesserung der Versorgung von dauerhaft Pflegebedürftigen beschäftigen.

In view of the demographic development and the growing challenges of ensuring high-quality care, nursing care of people in permanent need of care is increasingly becoming the focus of research. This is favoured by numerous funding programmes for scientific projects at the federal level or at the level of self-government. However, with each funding announcement, not only the number of projects increases, but also the complexity and diversity of their spectrum. This increases the risk that potential synergy effects of the findings on the way to better care for people in need of care are lost or not recognised at all.

The aim of this article is first of all to map the funding spectrum, the relevant topics and

the research interest of the last eight years in a descriptive-analytical perspective, i.e. also quantitatively. The authors aim at identifying the focal points of research funding and thus the core elements of the scientific and care policy debate if and insofar as they deal with the improvement of care for people in permanent need of care.

3.1 Hintergrund

Seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 sind zahlreiche Gesetze in Kraft getreten, die sich insgesamt mit der Verbesserung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen befassen. Obwohl der Wirkmechanismus bei allen Gesetzesreformen naturgemäß leistungsrechtlicher Art ist, so wurden durch einige Gesetze indirekt auch innovative Strukturen und Prozesse angestoßen.

Mit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) von 2008, das in vielen Regelungen letztlich darauf abzielt, die Rahmenbedingungen der informellen Pflege zu verbessern, wurden beispielsweise erstmals auch alternative Wohnformen (sog. Senioren-WGs) in den Blick genommen. Darüber hinaus ist seither die Selbstverwaltung zur Entwicklung von Qualitätsstandards für Pflegeeinrichtungen und zu ihrer Überprüfung verpflichtet. Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) von 2012 hat diesen Weg, entgegen dem Namen, im Wesentlichen durch Konkretisierungen fortgesetzt, z. B. durch eine Anschubfinanzierung zur Gründung neuer, ambulant betreuter Wohngruppen oder Wohngemeinschaften (Senioren-WGs) und einer noch stärkeren Beachtung von Demenzerkrankten. Bis 2015 bleibt der Tenor aller Gesetze im Wesentlichen die Verbesserung der Möglichkeiten der häuslichen Pflege. Auch das Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) von 2012, inklusive aller Anpassungen bis 2022, zielt auf eine bessere Vereinbarkeit von informeller Pflege und Beruf und reiht sich in diese Perspektive ein.

Eine dem Begriff eher entsprechende Neuausrichtung der Pflege erfolgte im Rahmen der drei Pflegestärkungsgesetze (PSG) zwischen 2015 und 2017, wobei vor allem das PSG II mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der dazugehörigen Anpassung des Begutachtungsinstruments als das eigentliche Reformwerk zu betrachten ist. Einhergehend mit Ersetzung der drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade wurde Demenz nun endgültig als „gleichberechtigter“ Faktor der Pflegebedürftigkeit eingeführt. Das PSG II fokussiert zudem die stationäre Versorgung in bisher nicht gekanntem Ausmaß: So sind damit die Entwicklung eines neuen Personalbemessungsinstruments sowie eines neuen Qualitätsprüfungssystems für stationäre Einrichtungen festgelegt bzw. diese Aufgaben verpflichtend an die Selbstverwaltung delegiert.

Die Fokussierung der Gesetzgebung auf den Grundsatz ambulant vor stationär, die durch die stetige Verbesserung der Rahmenbedingungen für die informelle Pflege zum Ausdruck kam, hat vermutlich mit dazu beigetragen, dass sich die Rahmenbedingungen für die stationäre bzw. die professionelle Pflege in gleicher Weise verschlechterten. Mit dem Pflegeberufereformgesetz (PflB-RefG) von 2017, den Änderungen im Pflegeberufegesetz (PflBG) von 2020 und dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) von 2022 wird hier substanziell gegengesteuert. Auch das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) von 2019 soll in diese Richtung wirken, wobei hier erstmals auch die Digitalisierung in nennenswertem Umfang thematisiert wird. Allerdings erst das Versorgungs- und Pflege-Modernisierungsgesetz (DVPMG) von Mitte 2021 konkretisiert dieses Thema schließlich.

Parallel zu den gesetzlichen Entwicklungen bzw. der gesetzgeberischen Intention, die Versorgung dauerhaft pflegebedürftiger Menschen zu verbessern, wurden auch wissenschaftliche Projekte in der (Alten-)Pflege zunehmend gefördert. So sind insbesondere seit 2015/2016 Projekte mit z. T. erheblichen Fördersummen ausgestattet worden, um (neue)

Versorgungsformen für pflegebedürftige Menschen einzuführen, zu evaluieren oder Erkenntnisse zu generieren, die ggf. in einem weiteren Schritt zur Verbesserung der Versorgung oder der Versorgungsqualität beitragen. Außerhalb von temporär aufgebauten Projektstrukturen scheint sich in der breiten Versorgungslandschaft allerdings bisher eher wenig zu ändern. Tatsächlich sind die meisten Projekte und Initiativen eher unverbunden und die Ergebnisse bleiben außerhalb von Abschlussberichten und wissenschaftlichen Publikationen unsichtbar. Im Jahr 2020 hat sich eine „Transfergruppe Pflegeheimversorgung“ verdient darum gemacht, zumindest die Innovationsfondsprojekte der stationären Langzeitpflege „sichtbar zu machen“, sie inhaltlich zu clustern und ihren Zielsetzungen entsprechend grob einzuordnen (Laag 2020).

Der folgende Beitrag vervollständigt und ergänzt diese Sichtbarmachung durch eine systematische Ausweitung der Projekte auf alle „Fördertöpfe“ und alle Pflegesettings. Primäres Ziel ist es, das Förderspektrum, die pflegerelevanten Versorgungsthemen und das Forschungsinteresse der letzten acht Jahre in deskriptiv-analytischer Perspektive, d. h. auch quantitativ abzubilden. Dabei sollen die Schwerpunktsetzungen der Forschungsförderung inklusive der Kernelemente der wissenschaftlichen und versorgungspolitischen Auseinandersetzung identifiziert werden, wenn und soweit sie sich mit der Verbesserung der Versorgung von dauerhaft Pflegebedürftigen beschäftigen.

3.2 Methoden

Die grundlegende Methode zur Auswahl der in diesem Beitrag fokussierten Projekte und Programme folgte der Logik einer quasi-systematischen Literaturrecherche. Ziel der Recherche ist die Identifizierung von geförderten wissenschaftlichen Projekten, die auf eine Verbesserung oder auf grundlegende Erkenntnisse zur Verbesserung der (Qualität der) Versorgung von dauerhaft Pflegebedürftigen abzielen.

Die Recherche fand im Februar 2023 statt; sämtliche Projekte entnahmen die Autorinnen und Autoren den Datenquellen „händisch“. An die Zusammenführung der Projekte in einer Gesamtdatenbank schloss sich ein Titel-/Abstractscreening anhand von definierten Ein- und Ausschlusskriterien an. Die verbleibenden Projekte bildeten die Datengrundlage für die Systematisierung der Projekte und deskriptiven Auswertungen.

3.2.1 Datenquellen

Die Auswahl der Datenquellen für die Recherche der Projekte orientierte sich an den Förderstrukturen bzw. den Fördererinstitutionen auf Ebene der Selbstverwaltung der Kranken- und der Pflegeversicherung. Die Projekte wurden auf den Webseiten bzw. in den Datenbanken und Projektverzeichnissen der potenziellen Förderer recherchiert. Im Einzelnen handelte es sich dabei um:

- Förderprojekte des GKV-SV im Rahmen verschiedener Modellprogramme des SGB XI, die auf den Webseiten der Pflegeversicherung beim GKV-SV unter der Rubrik „Forschung und Modellvorhaben“ zu finden sind,¹
- Förderprojekte des Innovationsfonds, die auf den Webseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unter der Rubrik „Förderprojekte“ zu finden sind,² sowie
- Qualitätsförderungsprojekte des Qualitätsausschuss Pflege, die auf der Webseite des Ausschusses unter der Rubrik „Unsere Projekte“ zu finden sind.³

Die Datenquellen sind teilweise in verschiedenen Förderarten und -typen unterteilt. Sie lassen sich wie folgt charakterisieren:

Förderprojekte des GKV-SV (SGB XI)

Die vom GKV-SV geförderten Projekte und Programme (folgend: SGB-XI-Projekte) basieren auf vertraglichen Vereinbarungen mit dem Bundesamt für soziale Sicherung. Die aus wissenschaftlicher Sicht relevantesten Projekte sind die Modellvorhaben nach § 8 Abs. 3 SGB XI mit einem jährlichen Fördervolumen von derzeit bis zu 5 Mio. €. Das Programm bzw. der genannte Paragraph basiert auf dem „Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ (PfLEG) aus dem Jahr 2002. Ziel der Förderung ist es „[...] insbesondere die Versorgungsmodelle, -konzepte, und -strukturen für Pflegebedürftige weiterzuentwickeln, zukunftsweisende und qualitätsgesicherte Versorgungsansätze zu unterstützen und vorhandene Pflegeangebote zu modernisieren“. Im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ bzw. auf Grundlage des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) wurde 2021 der Absatz 3a ergänzt. Er sieht die Förderung von „Studien und wissenschaftliche Expertisen [...] zur Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen“ mit bis zu 3 Mio. € jährlich vor. Im gleichen Zusammenhang wurde auch der Absatz 3b eingeführt, der sehr konkret die Einführung, modellhafte Erprobung und Evaluation eines neuen, qualifikationsorientierten Personalbemessungsinstruments für die stationäre Pflege fördert.

Hinzu kommen zwei Modellprogramme nach § 125 SGB XI mit jeweils völlig anderen Förderschwerpunkten aufgrund einer Gesetzesreformulierung. Das ältere und 2017 abgeschlossene Programm förderte Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste; dessen wissenschaftliche Bewertung fiel ausgesprochen positiv aus. Das jüngere Programm bezog sich auf Modellprojekte zur Implementierung der Telematik-Infrastruktur in Pflegeeinrichtungen.

1 ► <https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/forschung.jsp> (Zugriff am 09.02.2023).

2 ► <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte> (Zugriff am 09.02.2023).

3 ► <https://www.gs-qa-pflege.de/unsere-projekte/> (Zugriff am 09.02.2023).

Die Modellprojekte im Rahmen des § 45f SGB XI schließlich erhielten ihre Förderung im Zusammenhang mit dem PNG zwischen 2015 und 2018 zum Thema „Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen“.

Förderprojekte des Innovationsfonds (SGB V)

Die durch den sogenannten Innovationsfonds geförderten Projekte sind grundsätzlich anderer Natur, da sie im Rahmen des SGB V gefördert werden und damit die medizinisch-therapeutische Gesundheitsversorgung adressieren (müssen). Da pflegebedürftige Menschen oftmals auch „Patientinnen und Patienten“ im Sinne des SGB V sind, werden auch hier zahlreiche Projekte gefördert, die sich mit der Versorgung von dauerhaft Pflegebedürftigen befassen.

Das vom G-BA ab 2016 aufgelegte Förderprogramm im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) hat zum Ziel, „neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, und Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind, zu fördern.“ Insofern fördert der Innovationsfonds einerseits „Neue Versorgungsformen“ und andererseits Projekte der Versorgungsforschung. Übergeordnetes Ziel beider Fördertöpfe ist eine „qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland“⁴.

Insgesamt ist der Innovationsfonds in seinen Themen und Inhalten offener angelegt als die GKV-Projekte, allerdings gibt es auch hier Themen als Rahmenvorgaben. Projekte, welche die Versorgung von Pflegebedürftigen fokussieren, gewinnen zunehmend an Bedeutung, wenn auch die Pflege selbst nur mittelbar adressierbar ist.

Förderprojekte des Qualitätsausschuss Pflege

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz von 2016 wurde der „Qualitätsausschuss Pflege“ (QAP) gegründet. Er führt im Wesentlichen gesetzliche Aufträge im Umfeld der Qualitätssicherung in der Pflege nach SGB XI aus und ist insofern an wissenschaftlichen Projekten zur Weiterentwicklung der Pflege beteiligt, indem er „Forschungsaufträge an unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige [vergibt].“⁵ Im enger gefassten Verantwortungskontext für die Qualitätsentwicklung in der Pflege wurde der QAP nach dem Vorbild des G-BA gestrickt, d. h. neben die Kostenträger traten erstmals auch Leistungserbringende im Pflegebereich in die Entscheidungsverantwortung.

Im Kernbereich des ursprünglichen Auftrags des QAP liegen Projekte im Qualitätssicherungsabschnitt des SGB XI (§§ 112 ff). Die Mehrzahl der hier relevanten Projekte bezieht sich auf die (Weiter-)Entwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten. So gesehen handelt es sich bei diesen Projekten weder um Interventions- noch um Beobachtungsstudien mit Bezug zu Pflegebedürftigen und es handelt sich auch nicht um „Förderungen“ von freier Forschung oder offenen Projekten. Gleichwohl entspricht die Umsetzung dieser Aufträge dem Prozedere der o. g. Förderungen: Sie werden als wissenschaftliche Projekte im Vergabeverfahren ausgeschrieben und mit bestimmten Fördersummen für eine bestimmte Projektlaufzeit finanziert.

3.2.2 Auswahl und Systematisierung

Grundlegendes Einschlusskriterium für alle Projekte war der Bezug zu dauerhaft pflegebedürftigen Menschen – unabhängig vom Setting, in dem sie versorgt werden. In einem ersten Schritt wurden die potenziell relevanten

4 ► <https://innovationsfonds.g-ba.de/innovationsausschuss/> (Zugriff am 09.06.2023).

5 ► <https://www.gs-qa-pflege.de/unsere-gesetzlichen-auftraege/> (Zugriff am 09.06.2023).

Projekte aus den im ► Abschn. 3.2.1 genannten Webseiten des G-BA, des GKV-SV sowie des QAP in eine Datenbankstruktur extrahiert. Bei den insgesamt 573 gelisteten Projekten des Innovationsfonds wurde eine Vorabselektion hinsichtlich der Zielpopulation dauerhaft pflegebedürftiger Menschen durchgeführt. Bei den Projekten des QAP wurden zunächst nur die sechs Projekte im Kontext des § 113 SGB XI einbezogen.

Nach Zusammenführung der Projekte in die Gesamtdatenbank fand ein Titel-/Abstractscreening anhand der folgenden Ein- und Ausschlusskriterien statt:

■ ■ Einschluss

Eingeschlossen sind alle geförderten Projekte, die sich auf dauerhaft pflegebedürftige Menschen bzw. die Versorgung dieser Population beziehen, unabhängig davon,

- in welchem Setting und von wem die Pflegebedürftigen (dauerhaft) versorgt werden,
- ob sich etwaige Interventionen oder Forschungsvorhaben direkt oder indirekt auf die Versorgung von Pflegebedürftigen auswirken (sollen),
- ob es sich um Beobachtungs- oder Interventionsstudien handelte,
- ob Projekte zum Zeitpunkt der Recherche abgeschlossen waren oder noch liefen.

Ferner wurden Projekte mit bestimmten Themenschwerpunkten eingeschlossen, die von hoher Relevanz für dauerhaft Pflegebedürftige sind, die bei strenger Beachtung aber nicht oder nicht in jedem Fall die Einschlusskriterien erfüllen. Dabei handelt es sich um:

- Forschungsprojekte zur Versorgung von Menschen mit Demenz: Obwohl Demenz ein typischer Indikator von Pflegebedürftigkeit ist, sind Projekte, die sich auf die (Verbesserung der) Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen beziehen, nicht immer mit Fragestellungen des pflegerischen Settings verknüpft.
- Forschungsprojekte zur Hospiz- und Palliativversorgung: Die (Verbesserung der)

Versorgung von Menschen mit terminalen Erkrankungen ist, obwohl sich darunter mehrheitlich Pflegebedürftige befinden, ein Bereich mit einem ortsunabhängigen Setting, der überdies lange nicht im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit thematisiert wurde.

- Forschungsprojekte zu alternativen Wohnformen: Die Thematisierung alternativer Wohnformen (Stichwort: „Senioren-WG“) ist nicht grundsätzlich mit Pflegebedürftigkeit verbunden und geht auch nicht unbedingt mit „innovativen“ pflegerischen Betreuungskonzepten einher.

Aufgrund der hohen Relevanz dieser drei Themenfelder für dauerhaft Pflegebedürftige sind die entsprechenden Projekte einbezogen und in je eigenen Abschnitten gesondert gewürdigt.

■ ■ Ausschluss

Ausgeschlossen sind Projekte,

- die vor 2015 begonnen haben, da mit dem PSG von 2015 der Begriff und das Verständnis von Pflegebedürftigkeit grundlegend reformiert wurden und es in diesem Zuge auch zu einer Erweiterung der Förderkriterien für die GKV-Projekte im Rahmen des § 8c Abs. 3 SGB XI kam,
- die kein wissenschaftliches Erkenntnisinteresse verfolgen,
- die sich auf die Gesundheitsförderung Pfleger beziehen, da hier kein eindeutiger Bezug zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger besteht,
- die sich ausschließlich auf die Pflege oder Versorgung von Pflegebedürftigen im Krankenhaus beziehen, da es sich hier nicht um ein Setting zur Versorgung dauerhaft Pflegebedürftiger handelt,
- die sich auf die Prävention von Pflegebedürftigkeit beziehen, da sie sich zunächst auf Menschen beziehen, die (noch) nicht pflegebedürftig sind, sowie
- Richtlinienevaluationen, da es hier um die Wirksamkeit untergesetzlicher Normenkonstrukte geht.

Auf Grundlage der in den Datenquellen verfügbaren Titel und Abstracts bzw. der Vorhabensbeschreibungen der Projekte fand ein Screening durch zwei voneinander unabhängig Reviewende anhand der genannten Ein- und Ausschlusskriterien statt. Soweit sich Unstimmigkeiten hinsichtlich eines Ein- oder Ausschlusses des jeweiligen Projektes ergeben, wurden weitere Informationen, z. B. auf frei verfügbaren Projektwebseiten, ergänzend einbezogen. Diese Maßnahme erfolgte aber bewusst „oberflächlich“ und nur in sehr wenigen Ausnahmefällen, um das Bias-Risiko hinsichtlich der Relevanzbewertung der Projekte gering zu halten.

3.2.3 Fragestellungen

Die schließlich final eingeschlossenen Projekte bildeten die Datengrundlage für die deskriptiv-analytischen Auswertungen. Erkenntnisleitend waren hierbei folgende Kriterien:

- Unabhängig vom grundlegenden Einschlusskriterium, dass sich Projekte auf die (Verbesserung der) Versorgung von dauerhaft Pflegebedürftigen beziehen, identifizierte die Analyse, wen oder welche Akteure als Handelnde (z. B. professionell Pflegenden, informell Pflegenden, medizinisch Versorgende) die Projekte adressieren. Damit war auch die Frage zu untersuchen, ob – und wenn ja, welche – Akteursgruppen oder auch Kombinationen von Akteursgruppen im Vordergrund der Förderungen stehen.
- Soweit erkennbar wurden Projekte unterschiedlichen Pflegesettings (z. B. stationär, ambulant-häuslich) zugeordnet, um die Frage zu beantworten, ob der Fokus auf bestimmten Settings liegt und wie oft koordinierte und setting-übergreifende Ansätze verfolgt werden.
- Weiterhin unterschied die Analyse nach Versorgungsarten (z. B. hausärztlich, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel), um die Frage zu beantworten, welche Versorgungsarten im Vordergrund der Förderung stehen.
- Ein Differenzierungsinteresse galt auch den (besonderen) Bedarfslagen der Pflegebedürftigen (z. B. Demenz, Schmerzen, Palliativversorgung), um die Frage zu beantworten, ob sich bestimmte Bedarfslagen als besonders relevant herauskristallisieren.
- Weiterhin wurde versucht, Projekte regional zuzuordnen, um die Frage nach der Reichweite zu beantworten bzw. danach, ob sich ggf. regionale Unterschiede hinsichtlich der Förderungen zeigen. Damit im Zusammenhang steht die Einordnung der einbezogenen Projekte als Beobachtungs- oder Interventionsstudien/-projekte und die Frage nach dem primären Erkenntnisinteresse (evaluativ, deskriptiv).
- Zuletzt wurden Projekte danach differenziert, ob bestimmte Typen zur Infrastruktur- und Prozessgestaltung besonders häufig vorkamen (z. B. Kompetenzerweiterung der Pflegenden, Digitalisierung).

Um einen Überblick geben zu können, wo sich die Förderung von Projekten und Forschungsvorhaben ballt und sich mögliche Synergieeffekte ergeben könnten, finden sich ausgewählte Kriterien zur Schnittstelle SGB V und SGB XI im Sinne einer Kreuztabelle kombiniert (■ Abb. 3.2).

3.2.4 Analysen

Die konkreten Kriterien der Zuordnung und Beschreibung der Projekte aus den genannten Fördertöpfen sind in ■ Tab. 3.1 dargestellt. Die Auswertung erfolgte rein deskriptiv. Für die eingeschlossenen Projekte wurden entsprechend den Fragestellungen Informationen zu den in der Tabelle aufgeführten Kriterien zusammengetragen.

Um den Blick auf die Schnittstelle der Förderinstitutionen (Pflege- und Krankenver-

Tab. 3.1 Analysekriterien zur Charakterisierung der Forschungsförderung aus SGB V und SGB XI

Forschungssubjekt	Pflegesetting
– Pflegebedürftige – Professionell Pflegende – Informell Pflegende – Medizinisch Versorgende	– Stationär (inkl. Teilstationär und Kurzzeitpflege) – Ambulante Pflege – Alternative Wohn-/Betreuungsformen
Versorgungsbereich	Spezielle Bedarfslagen
– Hausärztlich – Fachärztlich – Arzneimittel – Krankenhaus/Notfall – Heil- und Hilfsmittel, Rehabilitation	– Palliativversorgung – Demenz – Chronische Erkrankungen – Schmerzen – Behinderung
Reichweite	Studiendesign
– Lokal/regional – Bestimmtes Bundesland – Länderübergreifend/bundesweit	– Beobachtungsstudie – Interventionsstudie
Infrastruktur- und Prozessgestaltung	
– Digitale Assistenzsysteme – Kompetenzerweiterung Pflegende – Verbesserung/Evaluation der Pflegedokumentation – Qualitätsmessung	
Pflege-Report 2023	

sicherung) zu richten, führte eine Matrix alle eingeschlossenen Projekte zusammen – entlang der Kriterien *Pflegesetting* als grobe Kategorisierung der pflegerischen Versorgung und *Versorgungsbereich* als grobe Kategorisierung der medizinischen Versorgung. Des Weiteren wurden die *Forschungssubjekte* in die Matrix aufgenommen, da hier sowohl die Leistungserbringenden nach SGB V und des SGB XI enthalten sind als auch die Pflegebedürftigen selbst und deren informell Pflegende.

Für jedes Projekt wurde geprüft, welche Kriterienkombinationen vorliegen. Bei einem Projekt, das beispielsweise die Kommunikation zwischen Pflegekräften und Hausärztinnen und Hausärzten zur Medikation von Pflegebedürftigen eines ambulanten Pflegedienstes durch eine bestimmte Intervention verbessern möchte, lägen folgende sechs Kriterienkombinationen vor: Professionell Pflegende × medizinisch Versorgende, professionell Pflegen-

de × ambulante Pflege, professionell Pflegenden × Arzneimittel, medizinisch Versorgende × ambulante Pflege, medizinisch Versorgende × Arzneimittel, ambulante Pflege × Arzneimittel. Somit sind die Projekte zumeist mehrfach (im voranstehenden Beispiel sechsmal) in der Matrix vertreten.⁶

6 Generell erfolgten alle Zuordnungen nach bestem Wissen und Gewissen der Autorinnen und Autoren. Faktisch lassen sich nicht alle Projekte hinsichtlich der hier ausgewählten Kriterien in jedem Einzelfall trennscharf zuordnen bzw. es fehlen zum Teil auch entsprechende Informationen. Tatsächlich wiesen ca. 30 % aller Projekte in einem oder mehreren Kriterien im ersten Screening aus unterschiedlichen Gründen ein „unklar“ auf.

3.3 Ergebnisse

3.3.1 Ergebnisse des Auswahlverfahrens

Abb. 3.1 zeigt das Rechercheergebnis sowie den Verlauf der Auswahl der Projekte für die-

sen Beitrag. Bei den drei Förderinstitutionen wurden insgesamt 215 Projekte identifiziert und anhand des Titels und ihrer Kurzbeschreibung gescreent. Nach Anwendung der Ausschlusskriterien verblieben 82 Projekte für die vorliegende Auswertung.

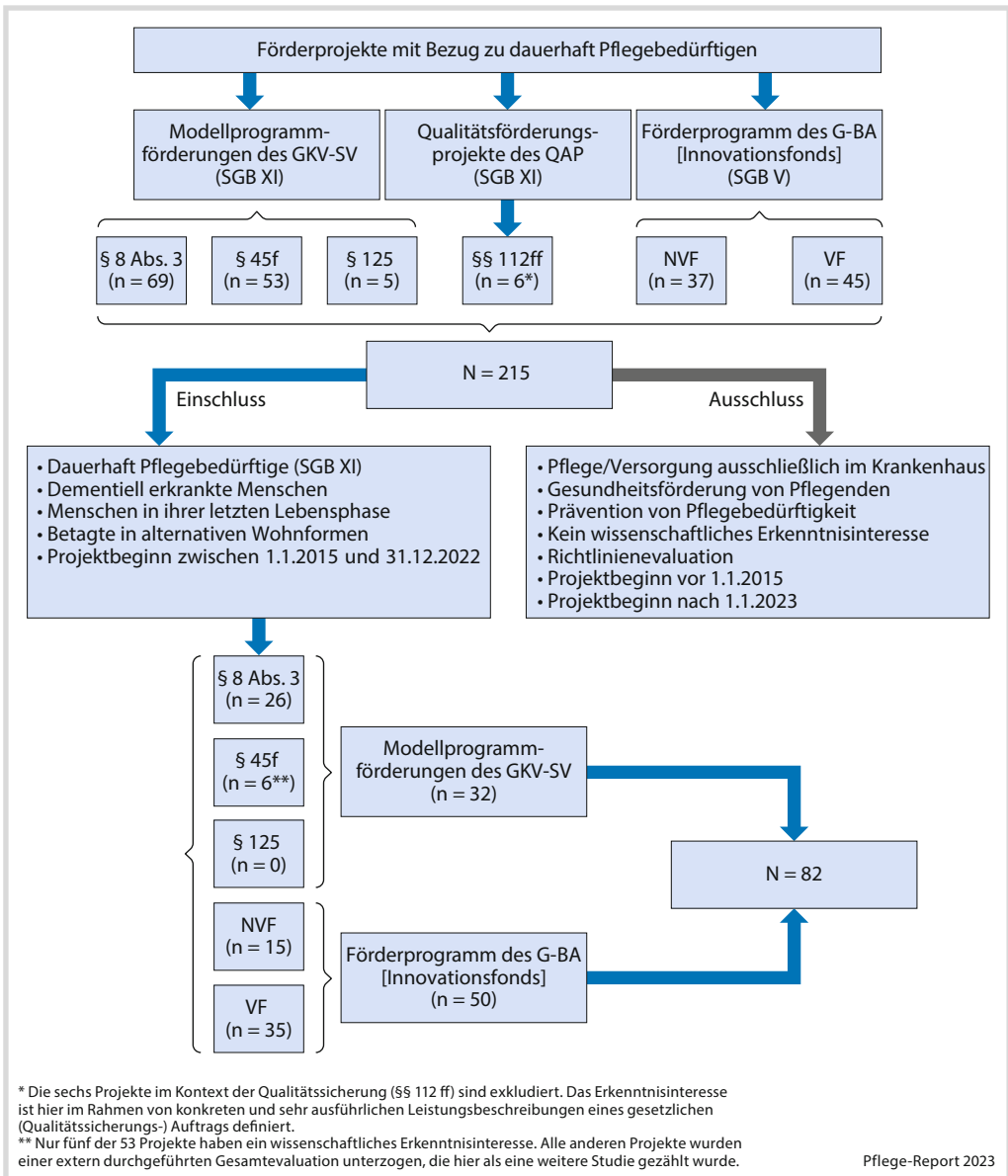


Abb. 3.1 Flowchart der eingeschlossenen Projekte

3.3.2 Überblick über die Forschungsförderung mit besonderem Blick auf die Schnittstelle von SGB V und SGB XI

Die Recherche auf den zitierten Webseiten zur Forschungsförderung rund um die Versorgung von Pflegebedürftigen in SGB V und SGB XI ergab insgesamt 82 als relevant eingestufte Forschungsprojekte (Liste im Anhang). Davon entfielen 15 auf den Fördertopf des Innovationsfonds „Neue Versorgungsformen“, 35 auf jenen zur „Versorgungsforschung“ und 32 auf die Forschungsförderung durch den GKV-SV. Entgegen dem jeweils vermeintlichen Fokus der Förderinstitutionen auf die medizinische bzw. pflegerische Versorgung zeigt diese Analyse der Projekte deutlich, dass vielfach ebenso die andere Versorgungsart bzw. der andere SGB-Bereich von den geförderten Projekten adressiert und aktiv einbezogen wird. Die deskriptive Analyse widmet sich damit einer kurzen allgemeinen Profildarstellung des Förderspektrums mit besonderem Fokus auf diese SGB-übergreifenden Aspekte. Eine Übersicht über die Anzahl der Projekte, welche die jeweilige Schnittstelle in ihr Vorhaben eingebunden haben, ist in  Abb. 3.2 den Hellblau hervorgehobenen Feldern zu entnehmen. Weitere Ergebnisse zur allgemeinen Häufigkeit der Projekte in den hier betrachteten Analysekatégorien sind im Text genannt.

■ ■ Forschungssubjekte

Eine Zusammenschau und Analyse der Ausrichtung und Schwerpunkte der hier relevanten Projekte unterstreicht zunächst die Diversität des Untersuchungsspektrums. Dekliniert durch die in  Abschn. 3.2.4 genannten Beschreibungsparameter tritt deutlich hervor, dass im Mittelpunkt vieler Projekte (48) die professionell Pflegenden stehen, gefolgt von Projekten mit Fokus auf medizinisch Versorgende (37). Wenn auch weitaus seltener, untersuchen 19 Projekte Themen der pflegenden Angehörigen/informell Pflegenden im Kontext

der Versorgung von Pflegebedürftigen. Eher marginal treten hier Apotheken, Mitarbeitende der Medizinischen Dienste, regionale Verbünde wie Hospiznetzwerke oder in einem Projekt sogenannte „Familien-Gesundheits-Partner“ als Untersuchungssubjekt in Erscheinung. Was jedoch deutlich hervortritt: Sehr häufig (36) finden sich plurale Studienpopulationen; aus den Abstracts lassen sich mehr als eine Forschungssubjektgruppe ableiten, primär liegt dann der Fokus auf professionell Pflegenden in Kombination mit medizinisch Versorgenden.

 Abb. 3.2 verdeutlicht aber auch, dass Projekte gefördert werden, die neben Pflegebedürftigen ausschließlich professionell Pflegenden (21, dunkelblau markiert) oder medizinisch Versorgende (12, dunkelblau markiert) einschließen. Nicht der Abbildung zu entnehmen ist, dass neun Projekte sich ausschließlich an Pflegebedürftige richten, zum Teil in Kombination mit Mitarbeitenden der medizinischen Dienste, u. a. zur Evaluation des neuen Begutachtungsinstrumentes oder der Erprobung eines Konzeptes zur Erfassung der Ergebnisqualität der Pflege gerontopsychiatrisch Erkrankter im Rahmen der Qualitätsprüfungen.

■ ■ Pflege- und Versorgungssetting

Die Untersuchung der Versorgung von Pflegebedürftigen aus den unterschiedlichen Blickwinkeln und mit Fokus auf diverse Subjekte und Fragestellungen impliziert ebenso die Konzentration auf bestimmte (Teil-)Settings der Inanspruchnahme bzw. Erbringung pflegerischer und medizinischer Leistungen. Bezogen auf das Pflegesetting dominiert hier eindeutig die stationäre, teilstationäre und Kurzzeitpflege (35). Demgegenüber behandeln 20 Untersuchungen die ambulante Pflege in der eigenen Häuslichkeit; weitere zehn Projekte zielen auf ambulante und stationäre Settings, acht auf ambulante alternative Wohnformen, bei neun Projekten war das Setting nicht spezifiziert.

Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege zeichnen sich ganz klar mehrheitlich hausärztliche Kernthemen der

		Forschungssubjekt			Pflegesetting			Versorgungsbereich				
		Professionell Pflegende	Informell Pflegende/ Angehörige	Medizinisch Versorgende	Stationär (inkl. teilstationär, KZP)	Ambulant/häuslich	Alternative Wohn-/ Betreuungsformen	Hausärztlich	Fachärztlich	Arzneimittel	Krankenhaus	Heil- und Hilfsmittel/ Rehabilitation
Forschungssubjekt	Professionell Pflegende	21										
	Informell Pflegende/ Angehörige	7	9									
	Medizinisch Versorgende	24	6	12								
Pflegesetting	Stationär (inkl. teilstationär, KZP)	30	8	24	35							
	Ambulant/häuslich	18	13	15	10	21						
	Alternative Wohn-/ Betreuungsformen	6	1	0	0	0	8					
Versorgungsbereich	Hausärztlich	20	7	28	19	14	1	7				
	Fachärztlich	15	5	20	13	12	1	22	3			
	Arzneimittel	7	2	10	8	7	0	13	8	2		
	Krankenhaus	11	2	12	12	7	1	12	10	6	8	
	Heil- und Hilfsmittel/ Rehabilitation	4	0	3	3	2	0	3	3	2	3	2

Pflege-Report 2023

Abb. 3.2 Matrix zur Anzahl der Projekte, welche die Schnittstelle zwischen SGB V und SGB XI adressieren

Projekte ab (35), gefolgt von fachärztlichen Fragestellungen (26).

Eine große Anzahl der Studien adressiert explizit die medizinisch-interdisziplinäre Versorgung (22) und unterstreicht damit die Relevanz der haus- und fachärztlichen Kooperation (vgl. **Abb. 3.2**). Das Spektrum der Forschungsfragen an dieser Schnittstelle konzentriert sich hier primär auf Optionen zur Optimierung der Arzneimittelversorgung, die Sicherstellung kontinuierlicher ärztlicher Kon-

takte im Pflegeheim durch regionale Netzwerke und indikationsspezifische (integrierte) Versorgungsmodelle (vgl. ausführlicher dazu die Abschnitte in ► Abschn. 3.3.3 „Menschen mit Demenz“ und „Hospiz und Palliativversorgung“). Zwei Projekte an dieser Schnittstelle adressieren explizit die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen.

Forschungsfragen rund um die Notfall- und Krankenhausversorgung (21) verstehen die Einweisungen in und Besuche von Notauf-

nahmen zumeist als zu vermeidendes Ereignis im Sinne der Evaluation von Interventionen.

Die thematische Schwerpunktsetzung variiert zwischen der ambulanten und der stationären Pflege nicht wesentlich. Bei einer kombinierten Betrachtung von avisiertem Versorgungsbereich und Pflegesetting in  Abb. 3.2 tritt deutlich der sektoren- und SGB-übergreifende Blick hervor: 24 Projekte der stationären Pflege beziehen medizinisch Versorgende ein. Bei der ambulanten Pflege sind es 15 Projekte. Jene Forschungsarbeiten mit professionell Pflegenden, welche die medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen verbessern möchten, beziehen sich überwiegend auf den niedergelassenen Bereich (hausärztliche Versorgung: 20 Projekte, andere fachärztliche Versorgung 15 Projekte). Deutlich seltener finden sich geförderte Arbeiten, die unter Einbezug von professionell Pflegenden die Arzneimittelversorgung (7) oder die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln bzw. medizinischer Rehabilitation (4) adressieren.

■ ■ Qualitätsmessung/-verbesserung

Insgesamt zwölf Projekte widmen sich dem Thema Qualität bzw. Qualitätsverbesserung, sechs davon sind Projekte des GKV-SV, davon fünf nach § 8 Abs. 3 sowie die Gesamtevaluation der neuen Wohnformen nach § 45f SGB XI. Alle geförderten SGB-XI-Projekte lassen sich dabei als niedrigschwellige, alternative oder spezifische Erprobungen und Evaluationen von Instrumenten oder Konzepten interpretieren, die in einer allgemeinen und gesetzlich verpflichtenden Form parallel bzw. später durch den QAP umgesetzt wurden oder sich aktuell in Umsetzung befinden. Ein Projekt befasst sich explizit mit Fragen der Ökonomie des Case- und Care-Mix in Pflegeheimen und steht damit in einer ideellen Linie zur derzeitigen Erprobung des neuen Personalbemessungsinstruments in der stationären Altenpflege. Die Gesamtevaluation der neuen Wohnformen sowie eine weitere, kleine Evaluation einer außerstationären Versorgung sind in den Zusammenhang mit dem vom QAP herausgegebenen Konzept zur Qualitätssiche-

rung in neuen Wohnformen gemäß § 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 6 SGB XI zu setzen. Zwei Projekte widmen sich Instrumenten zur Messung von Lebens- und Ergebnisqualität bei dementen und gerontopsychiatrischen Pflegebedürftigen und damit zwei Populationen, die auch für die neu entwickelten Qualitätsprüfungsverfahren des QAP von Bedeutung sind. Ein letztes Projekt evaluiert das auch auf Ebene des Bundesgesundheitsministeriums stark beworbene Instrument der Strukturierten Informationssammlung (SIS) u. a. mit der Fragestellung, ob die neue Pflegedokumentation auf der Grundlage der SIS ein geeignetes Instrument zur Sicherstellung einer internen und externen Qualitätssicherung und -prüfung ist.

Die sechs vom Innovationsfonds geförderten Projekte sind ausschließlich dem Fördertopf der Versorgungsforschung zuzuordnen. Fünf davon sind Beobachtungsstudien, nur eines erprobt ein im Projektrahmen zu entwickelndes Surveillance-System. Insgesamt fällt auf, dass in den Projekten mehrheitlich Routinedaten der Krankenkassen genutzt werden, vorwiegend um eine epidemiologische Datenbasis für bestimmte Risikogruppen im Pflegeheim und deren Versorgung zu gewinnen. Ein einziges Projekt befasst sich explizit mit der Messung von Qualität (im Pflegeheimsetting), während alle anderen Studien eher Grundlagenforschung betreiben, deren Erkenntnisse einen Beitrag zur Sicherung oder Verbesserung der Versorgungsqualität Pflegebedürftiger leisten sollen. Zwei dieser Projekte befassen sich mit der Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung, eines mit der regionalen Demenzversorgung und eines folgt der Versorgung einer spezifischen Erkrankung vor und nach dem Eintritt in ein Pflegeheim.

■ ■ Regionaler Bezug und Studiendesign

Während insgesamt zwei der 82 Projekte sich auf das ganze Bundesgebiet bzw. weitere 19 auf bundeslandübergreifende Kontexte beziehen, konzentrieren sich neun Studien auf ausgewählte Bundesländer, primär auf Nordrhein-Westfalen, das Saarland und Berlin. Die großen Flächenländer Deutschlands blei-

ben als exponierte Untersuchungsregion ausgespart. Daneben finden sich zahlreiche über das Bundesgebiet verteilte regionale bzw. lokale Spots mit Zentren bzw. Interventions-/Kontrollgebieten primär in Großstädten, u. a. in Göttingen, Frankfurt, Halle, München oder auch in Hannover, Rostock, Greifswald, Tübingen und Düsseldorf. Hierbei hängen regionale Bezüge oftmals mit dem Sitz der beteiligten Forschungseinrichtungen oder/und mit der Herkunft der verwendeten Daten und Netzwerke zusammen. Zuvorderst lassen sich die unterschiedlichen Regions- (und damit auch Populations-)größen jedoch natürlich mit dem Studiendesign selbst erklären: Während Beobachtungsstudien oftmals mit administrativen Datenquellen operieren und Informationen über große Populationen auswerten können, erheben Interventionsstudien in der Regel Primärdaten und konzentrieren sich auf kleinere abgrenzbare Interventions- und Kontrollregionen. So erklärt es sich auch, dass alle Projekte des Fördertopfs „Neue Versorgungsformen“ Interventionsstudien sind und nur eines bundeslandübergreifend, keines jedoch bundesweit forscht. Insbesondere bei Einbezug von AOK-Routinedaten ist der regionale Bezug der Kasse und ihrer Versicherten mit dem Untersuchungsgebiet i. d. R. kongruent. Ländliche Gebiete als Lebens- und Versorgungsraum von Pflegebedürftigen erscheinen eher unterrepräsentiert. Angesichts dessen, dass bei 27 der 82 einbezogenen Projekte der regionale Bezug im verfügbaren Abstract gar nicht spezifiziert war, lässt sich jedoch der Rückschluss auf eine Unterbelichtung dieses Schwerpunkts nicht ohne Weiteres ziehen.

3.3.3 Förderung von Projekten mit besonderer Relevanz für Pflegebedürftige

Projektförderungen: Menschen mit Demenz

Insgesamt 18 der 82 einbezogenen Projekte fokussieren explizit die Versorgung von Menschen mit Demenz. Zehn von zwölf hier vom GKV-SV geförderten Projekten standen im Kontext des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Diese Forschungsförderung durch den GKV-SV soll explizit dazu beitragen, ...

» „insbesondere die Versorgungsmodelle, -konzepte, und -strukturen für Pflegebedürftige weiterzuentwickeln, zukunftsweisende und qualitätsgesicherte Versorgungsansätze zu unterstützen und vorhandene Pflegeangebote zu modernisieren. In diesem Zusammenhang können auch Maßnahmen im Bereich der pflegerischen Versorgungsforschung finanziert werden, die in ihrer Bewertung von Strukturen und Ergebnissen neben der Qualität und der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer auch die ökonomische Betrachtung aufnehmen.“ (GKV-SV⁷)

Die andere, „kleinere Hälfte“ stellen die sechs vom Innovationsfonds geförderten Projekte dar, zwei davon beim Fördertopf „Neue Versorgungsformen“, die übrigen bei der „Versorgungsforschung“. Im Gesamtüberblick dominieren Forschungsarbeiten und Modellprojekte im regional-lokalen Raum (oder es ist im Abstract nicht spezifiziert), welche die Versorgung von dementiell erkrankten Menschen im ambulant-häuslichen Pflegesetting untersuchen. Neben den direkt Betroffenen selbst adressiert die Mehrzahl der Projekte die Funktion der professionell Pflegenden (10) und jene der informell Pflegenden (4).

Der Stellenwert einer berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit zeigt sich hier

⁷ ► <https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/modellprojekte.jsp>. Zugriffen: 25. Mai 2023.

deutlich mit Blick auf die Forschungssubjekte und ebenso mit Blick auf die avisierten Versorgungsbereiche: Während im GKV-SV die Konzentration auf Pflege i.e. S. und damit klar entweder auf den Pflegekräften oder den Angehörigen/informell Pflegenden liegt, adressieren die Innovationsfonds-Projekte in beiden Fördertöpfen nahezu ausschließlich Projekte, die neben den Pflegebedürftigen die Akteure der professionellen Pflege und/oder medizinisch Versorgende, d. h. die Kombination unterschiedlicher Berufs- bzw. Referenzgruppen ansprechen. Ebenso interdisziplinär erscheint die Auswahl der Versorgungssettings in diesen Projekten. In der Regel fokussieren die Projekte neben der Funktion der hausärztlichen Leistungserbringenden zusätzlich die fachärztliche Dimension, die Arzneimittelversorgung und/oder die Behandlung im Akutkrankenhaus. Die optimale Versorgung der dementiell erkrankten Menschen wird damit – so der Gesamteindruck – konzeptionell als komplexe, multisektorale und berufsgruppenübergreifende Schnittstellenversorgung verstanden.

Im Zusammenhang mit der Komplexität von Versorgung und Akteursgruppenübergreifenden Kooperations- und Koordinationserfordernissen nimmt die Erforschung und Testung digitaler Assistenzsysteme einen wichtigen Raum ein. Beide demenzspezifischen Modellprojekte des Fördertopfs „Neue Versorgungsformen“ weisen in diese Richtung. Die „Versorgungsforschung“ dagegen, sofern es aus den Forschungsabstracts zu entnehmen ist, widmet sich diesem Thema ausdrücklich in einem einzigen Projekt; im SGB-XI-Rahmen (GKV-SV) handelt es sich um drei der demenzspezifischen acht Projekte. Mit Bezug auf die Bedarfslage Demenz viel präsenter als die Digitalisierungsbestrebungen sind in der Förderung durch den GKV-SV die Maßnahmen zur Kompetenzerweiterung von Pflegenden: Fünf Arbeiten zielen darauf ab.

Projektförderungen: Hospiz- und Palliativversorgung

Seit Einführung des Hospiz- und Palliativgesetzes im Jahre 2015 ist die Palliativversorgung ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel ist eine bedarfsgerechte, patientenzentrierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht mehr heilbaren Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium. Die Umsetzung der Gesetzeslage wird mit Angeboten und Qualifizierungsmaßnahmen auf verschiedenen Versorgungsebenen erweitert. Um die palliativen Behandlungsansätze effizient zu implementieren, wird Wissen zur aktuellen Versorgungslage, zu möglichen Einflussfaktoren und zu Komplexitätserfassenden Klassifikationen der palliativen Patientensituationen benötigt. In diesem Zusammenhang werden die zwölf aufgefundenen Projekte mit einem palliativen Bezug thematisch verortet. Unter den geförderten SGB-XI-Projekten wurde lediglich ein Projekt mit Fokus auf der Hospiz- und Palliativversorgung identifiziert. Unter den vom Innovationsfonds geförderten Projekten ließen sich elf Projekte diesem Themenfeld zuordnen. Von diesen elf Projekten beziehen sich sechs Arbeiten auf Betroffene in Pflegeheimen sowie drei Projekte auf die ambulante Versorgung. Bei den restlichen drei Projekten wird das Setting nicht auf bestimmte Pflegesettings begrenzt, sondern ein sektoren- und berufsübergreifender Versorgungsansatz verfolgt.

Gemeinsamer Ausgangspunkt all dieser Projekte ist die Annahme einer defizitären Versorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Sechs Studien zielten auf eine deskriptive Untersuchung der Hospiz- und palliativen Strukturen in Deutschland; Übersichtsarbeiten zu bestehenden Hospiz- und Palliativnetzwerken sowie zur allgemeinen Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen bilden erste Eindrücke zur räumlichen Verteilung der Versorgungsstrukturen. In diesem zunehmend beachteten Forschungsfeld geht es – so lässt sich aus der Sichtung

der Forschungsförderung schließen – zu einem deutlichen Teil um die Schaffung einer belastbaren empirischen Grundlage und damit um Transparenz der Versorgung am Lebensende. Analysen zur Leistungsanspruchnahme, zur Qualität und zu den Kosten dieser Versorgung liefern damit eine Bestandsaufnahme, um profound Versorgungsdefizite zu problematisieren und Optimierungsmaßnahmen anzuregen.

So erprobte das GKV-Modellprojekt „ImPAct“ die Umsetzung der Hospizkultur in Altenpflegeeinrichtungen, doch zuvor war eine erste Bestandsaufnahme der Qualifikations- und Versorgungsprozesse in der Hospiz- und Palliativversorgung vor der Konzeptentwicklung einer „guten palliativen Versorgung“ notwendig.

Weitere fünf Projekte beinhalten eine Intervention mit palliativen Behandlungsansätzen zur Entwicklung und Erprobung u. a. von Konzepten, Leitlinien und Monitoring-Systemen. Die Schwierigkeiten, die Sterbephase medizintechnisch zu erkennen und die Behandlungsmaßnahmen den Wünschen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten anzupassen, ist für professionelle Leistungserbringen eine große Herausforderung. Demnach ist die Entwicklung von praxisnahen Entscheidungshilfen, Behandlungsempfehlungen und Screening-Tools für die letzte Lebensphase ein Schwerpunkt der Versorgungsforschungsprojekte. Ebenso wird auch in diesem Themenfeld nach relevanten Einflussfaktoren für eine berufsgruppenübergreifende Kooperation im Sinne eines patientenzentrierten Versorgungsverlaufs geforscht. Entsprechend der Leitidee einer patientenzentrierten Versorgung stehen vornehmlich Pflegebedürftige im Vordergrund der Projektförderungen, insbesondere in Hinblick auf eine partizipative Vorausplanung sowie eine verbesserte Komplexitätserfassung von deren Bedürfnissen am Lebensende. Die Hospiz- und Palliativversorgung ist besonders gekennzeichnet durch die berufsübergreifenden Versorgungskonzepte, weswegen die restlichen Projekte sowohl professionell Pflegenden als auch medizinisch Versorgende und pflegenden Angehörige mitbetrachten.

Projektförderungen: Neue Wohnformen

Im Zuge der Anforderungen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) von 2012 gewann das Thema alternative Wohnformen erheblich an Bedeutung. So förderte der GKV-SV im Zeitraum zwischen 2015 und 2018 insgesamt 38 Projekte zu den sogenannten „Neuen Wohnformen“. Demgegenüber steht interessanterweise nur ein einziges Projekt im Kontext des Innovationsfonds. Dieses befasst sich mit dem Risiko bzw. der Reduktion des Risikos von Krankenhauseinweisungen von Demenzzkranken, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben. Gemeinsam ist allen Projekten, dass sie sich im immer größer werdenden Spektrum zwischen „Heim und Häuslichkeit“ bewegen (Prognos AG/KDA 2019).

Die GKV-SV-Projekte liefen sämtlich als Modellprogramme nach § 45f SGB XI. Sie beinhalteten verschiedene Formen der ambulanten Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen durch ein breites Spektrum unterschiedlichster Akteure.

Diese Modellprojekte wurden wissenschaftlich begleitet, erfolgten in projektübergreifendem, evaluativem Interesse und richteten sich überwiegend an Pflegebedürftige, weshalb sie in diesen Beitrag aufgenommen wurden. Andererseits verfolgen nur fünf dieser Projekte eigene wissenschaftliche Fragestellungen. Alle anderen gingen mit Konzeptentwicklungen und/oder Umsetzung von Konzepten einher. D. h.: Obwohl die vielen und sehr heterogenen „Neuen Wohnformen“ den Projekten des Typs „Neue Versorgungsformen“ des Innovationsfonds entsprechen, erhalten sie erst durch die externe Evaluation eine Fragestellung bzw. ein Erkenntnisinteresse. Deswegen konnten auch problemlos 15 weitere, bereits bestehende Projekte/Wohnformen in die Evaluation einbezogen werden, sodass sich die Ergebnisse dieses Evaluationsprojekts auf insgesamt 53 Einzelprojekte beziehen.

Die Auswahlkriterien der Projekte sind nicht genannt, aber mit Blick auf die Projekt-

beschreibungen ist davon auszugehen, dass der GKV-SV hier auf eine breitest mögliche Diversität der Projekte geachtet hat: Nicht nur konzeptuell, sondern auch in Bezug auf Trägerschaft, regionale Verteilung usw. Insofern ist es angemessen, das gesamte Modellprogramm als eine einzige, relativ umfangreiche und auf Primärdatenerhebungen basierende Beobachtungsstudie mit überwiegend explorativ-evaluativem Erkenntnisinteresse zu thematisieren.

Die mit der Gesamtevaluation beauftragten Institutionen bewerteten die Modellprojekte einzeln anhand von weit über 100 Kriterien, die in den Dimensionen Nutzerorientierung, Qualität, Wirtschaftlichkeit, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit zusammengefasst wurden (vgl. zu allem: Prognos AG/KDA 2019). Diese Dimensionen spiegeln das mit der Evaluation einhergehende Erkenntnisinteresse wider, das nur in der aggregierten Bewertung valide Aussagen zulässt, da alle Projekte lokal und sehr klein (durchschnittlich 33 Bewohnende/Nutzende, Spannweite von 7 bis 88) waren. Obwohl sich einige Wohnkonzepte durchaus auf bestimmte Nutzergruppen (z. B. Menschen mit Demenz) spezialisiert hatten oder unterschiedliche Versorgungs- und Betreuungsangebote vorhielten, sollten am Ende über alle Einzelprojekte hinweg die Fragen beantwortet werden,

- „inwieweit sich die Projekte an den Nutzerbedürfnissen orientieren,
- inwieweit die damit verbundenen Qualitätsanforderungen von den Projekten umgesetzt werden (Qualität),
- welche Herausforderungen sich stellen, um diesen Anforderungen auch im Rahmen einer entsprechenden Wirtschaftlichkeit gerecht zu werden,
- wie die Rahmenbedingungen zu gestalten sind, dass solche neuen Wohnmodelle auch nach der Förderphase weiter betrieben werden können und damit eine entsprechende Nachhaltigkeit gesichert ist und
- wie die Rahmenbedingungen zu gestalten sind, dass auch außerhalb des Modellprogramms solche Modelle umsetzbar sind

und somit eine entsprechende Übertragbarkeit gewährleistet wird.“ (ebd., S. 9)

Die insgesamt sehr aufschlussreichen Ergebnisse der Evaluation wurden in einem gut 300 Seiten umfassenden Abschlussbericht veröffentlicht und sie bieten nach Ansicht der Autorinnen und Autoren des Abschlussberichts einen „Einblick in die Vielfalt und Dynamik in dem Angebotsportfolio neue Wohnformen für Pflegebedürftige. Es zeigt die ganze Bandbreite, in der sich häusliche und stationäre Wohnsettings weiterentwickelt haben, um den Bedarfen älterer und pflegebedürftiger Menschen noch besser gerecht zu werden.“

Die Ergebnisse können ggf. als Best-Practice-Fundus für Kommunen, privatwirtschaftliche oder gemeinnützige Träger und Vereine genutzt werden: Aus der Perspektive der Kostenträger ergibt sich dagegen vermutlich kein gesonderter Handlungsbedarf. Sichtbarste Konsequenz war eine Zusammenfassung von Berichtsteilen zu einem vom QAP vergebenden Auftrag zur „Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI“.

3.4 Fazit

Die deskriptive Übersicht zeigt zunächst indirekt, dass die Förderlandschaft und damit die Finanzierungssituation für neue Projekte insgesamt vielzählig und -fältig ist. Sie zeigt auch, dass insbesondere der G-BA im Kontext des Innovationsfonds zunehmend bereit ist, über den Tellerrand des SGB V hinauszublicken – wenn auch nicht allzu weit. Dies ist möglicherweise der Tatsache geschuldet, dass die für fast alle Pflegebedürftigen essenzielle Gesundheitsversorgung in der Gesetzgebung des SGB XI (zwangsläufig) eine untergeordnete Rolle spielt. Zwar wurde im Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 auf gewünschte Kooperationen von Pflegeheimen und (haus-)ärztlich Versorgenden hingewiesen, aber erst

mit dem PpSG von 2019 wurden diese verpflichtend.

Mit Ausnahme der Themenbereiche Demenz sowie der Hospiz- und Palliativversorgung (siehe hierzu das Hospiz- und Palliativgesetz von 2015) wird die gesundheitliche Situation Pflegebedürftiger in gesetzlicher Perspektive aber generell eher stiefmütterlich behandelt. Diametral dazu existiert eine Vielzahl von Projekten, vor allem des Innovationsfonds, in denen sektoren- und leistungsträgerübergreifende Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen bzw. medizinisch-therapeutischen Versorgung von dauerhaft Pflegebedürftigen stehen. Für die Zukunft wird es spannend sein zu beobachten, ob und in welcher Weise sich positive Projektergebnisse in der sektoral segmentierten Versorgungsrealität niederschlagen können.

Allerdings nimmt mit jeder Förderbekanntmachung des G-BA und jeder Modellprogramm-Ausschreibung des GKV-SV nicht nur die Anzahl der Projekte, sondern auch die Komplexität und Vielgestaltigkeit des Projektspektrums zu. Damit steigt das Risiko, dass potenzielle Synergieeffekte der Erkenntnisse auf dem Weg zu einer besseren Versorgung von Pflegebedürftigen verloren gehen bzw. überhaupt nicht erkannt werden. Dies gilt paradoxerweise gerade deswegen, weil die verschiedenen Fördertöpfe in sich weitaus kohärenter sind, als dies die Autorinnen und Autoren dieses Beitrags erwartet hätten. Dies gilt sowohl im Großen für die relativ scharfe Trennlinie zwischen SGB-XI- und SGB-V-Projekten als auch im Kleinen, d. h. die Trennung in einzelne Förderparagrafen im SGB XI sowie die Trennung zwischen Projekten der Versorgungsforschung und der neuen Versorgungsformen. Insofern gelingt der eigentlich erforderliche „ganzheitliche“ Blick auf die Versorgung von Pflegebedürftigen nur dann, wenn man von wirklich sehr weit oben auf Projekte blickt, wobei dann die Gefahr besteht, dass man faktische Umsetzungshürden, die eben oft in den Details zu finden sind, übersieht.

Deshalb ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass es derzeit weniger an Projekten bzw. an Projektförderungen mangelt, sondern dass es eher die unklare Umsetzung von Erkenntnissen und Innovationen ist, die die Akteure aus der Versorgungspraxis umtreibt. Hinsichtlich eines möglichen Transfers in die sogenannte Regelversorgung – gemeint ist damit der kollektivvertragliche Leistungskatalog entweder des SGB V oder des SGB XI – stehen alle Projekte vor dem gleichen Umsetzungsproblem, denn eine Rechtsgrundlage und damit auch eine Finanzierung ist zunächst nur im Projektkontext gegeben. Beim GKV-SV sind es insbesondere die Projekte nach § 8 Abs. 3, die für eine bestimmte Laufzeit mit bestimmten Summen gefördert werden. Auch im Innovationsfonds stehen Gelder nur für den jeweils individuell genehmigten Projektzeitraum zur Verfügung. Während Projekte der Versorgungsforschung für die temporäre Förderung im Regelfall keine spezifische Rechtsgrundlage benötigen – finanziell gefördert wird die wissenschaftliche Forschung –, wird für neue Versorgungsformen eine eigene Rechtsgrundlage benötigt. Soweit auch hier die Krankenkassen in die (finanzielle) Abwicklung der neuen Versorgungsformen involviert sind, werden oft Selektivverträge für „Besondere Versorgungsformen“ nach § 140a SGB V für die Projektlaufzeit geschlossen – und sie enden mit der Projektlaufzeit bzw. meistens sogar schon mit Ende des Interventionszeitraums, d. h. oft weit vor dem offiziellen Projektende. Mit eben diesem Problem der unklaren Umsetzungsperspektive wurde die bereits einleitend erwähnte Initiative „Transfergruppe Pflegeheimversorgung“ gegründet, die sich zum Ziel gesetzt hat, die zahlreichen Projekte und Projektinitiativen im Umfeld des Innovationsfonds unter der Fragestellung anzusehen, wie man diese in eine Umsetzungsperspektive bringt.

3.5 Anhang

3.5.1 Förderprojekte des Innovationsfonds – Neue Versorgungsformen

Informationen zu den Projekten abrufbar auf der Webseite des Innovationsfonds:

► <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/>

- CoCare (coordinated medical care) – Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung
- Comm4Care SAN – Versorgung Pflegebedürftiger unter Optimierung der interprofessionellen Kommunikation
- DemStepCare – Hausarztbasierte Demenzversorgung mit koordinierter Kooperation und risikostatifiziertem Einsatz spezialisierter Pflegekräfte
- DIKOM – Diagnostik und Konsil im Pflegeheim mittels Mobiler Geriatrie-Unit
- InDePendent – Interprofessionelle Demenzversorgung: Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und qualifizierten Pflegefachpersonen in der häuslichen Versorgung
- MGMB – Medikamentenmanagement und Gesundheitsvorsorge bei Menschen mit geistiger Behinderung
- MundPflege – Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen
- Novelle – Sektorenübergreifendes & integriertes Notfall- und Verfügungsmanagement für die letzte Lebensphase in stationärer Langzeitpflege
- OAV – Optimierte Arzneimittelversorgung für pflegebedürftige geriatrische Patienten
- OBERBERG_FAIRsorgt – Intersektoral vernetzte Betreuung Pflegebedürftiger im Oberbergischen Kreis
- Optimal@NRW – Optimierte Akutversorgung geriatrischer Patienten durch ein intersektorales telemedizinisches Kooperationsnetzwerk – rund um die Uhr
- ReKo – Regionales Pflegekompetenzzentrum – Innovationsstrategie für die Langzeitversorgung vor Ort

- SaarPHIR – Saarländische Pflegeheimversorgung Integriert Regelhaft
- SGB REHA – Sektorenübergreifende gerontopsychiatrische Behandlung und Rehabilitation in Pflegeheimen
- STAY@HOME-TREAT@HOME – Aufbau eines telemedizinisch unterstützten transsektoralen Kooperationsnetzwerkes von der Nachbarschaftshilfe bis zur Notfallversorgung für ambulante Pflegeempfangende

3.5.2 Förderprojekte des Innovationsfonds – Versorgungsforschung

Informationen zu den Projekten abrufbar auf der Webseite des Innovationsfonds:

► <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/>

- ABPATITE – Verbesserung der Versorgung von Patienten mit unheilbaren Erkrankungen: Analyse des Bestands und des Bedarfs für palliativmedizinische Tageskliniken und Tageshospize sowie Empfehlungen zur Versorgungsplanung
- AHead – Künftige Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung: Aufgaben, Akzeptanz, Qualifikation
- ATME – Bedarfslagen, Bedürfnisse und sektorenübergreifende Versorgungsverläufe außerklinisch beatmeter Intensivpatienten
- Avenue-Pal – Analyse und Verbesserung des sektor- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung
- BEVOR – Patienten-relevante Auswirkungen von Behandlung im Voraus planen: cluster-randomisierte Interventionsstudie in Seniorenpflegeeinrichtungen
- COMPANION – Entwicklung einer patientenzentrierten national anwendbaren Komplexitäts- und Case Mix-Klassifikation für erwachsene Palliativpatienten basie-

rend auf Bedürfnissen und Ressourcenverbrauch

- DAVOS – Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell
- Delia – Delir in Altenpflegeeinrichtungen
- DemTab – Tabletgestützte ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz: Leitlinienbasierte Behandlungsplanung, individuelles Krankheitsmanagement und Vernetzung
- DemWG – Reduktion des Risikos für Krankenhauseinweisungen bei Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften
- DS-Demenz – (Zugang zur) Diagnostik und Therapie demenzieller Erkrankungen bei Menschen mit einem Down-Syndrom
- ESC+ – Evaluation des bestehenden Selektivvertrages nach § 140a SGB V – careplus
- Gut-Leben – Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (nach § 132g SGB V) im Pflegeheim: Bisherige Implementierung, Barrieren und Empfehlungen zur Weiterentwicklung
- Heimeintritt vermeiden – Beginn stationärer Langzeitpflege und seine Prädiktoren in der Versorgungs-, Wohn- und Unterstützungssituation – populationsbasierte Kohortenstudie
- HIOPP-3-iTBX – Angemessene und sichere Medikation für Heimbewohner/innen mit Hilfe einer interprofessionellen Toolbox (AMTS-Toolbox)
- Homern – Hospitalisierung und Notaufnahmebesuche von Pflegeheimbewohnern: Häufigkeit, Ursachen und Entwicklung einer Intervention zur Verbesserung der Versorgung
- HOPAN – Bestandserhebung und Analyse regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke mittels eines adaptierten Instruments zur Qualitätsbeurteilung
- interprof ACT – Effekte von Strategien zur Verbesserung ärztlich-pflegerischer Zusammenarbeit auf Krankenhausaufnahmen von Pflegeheimbewohnern

- KIDS – KI verbessert Diagnostik in der Seniorenpflege
- KOPAL – Entwicklung und Evaluation eines Konzeptes zur berufsübergreifenden Zusammenarbeit bei Patienten mit palliativem Versorgungsbedarf
- LTCSurv – Concerted Action on Long-Term Care Health Surveillance (Etablierung eines Surveillance-Systems auf Basis von Sekundärdaten zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Pflegeheim)
- MundZaRR – Mundgesundheitsverbesserung durch zahnärztlich delegierte, pflegebegleitende Remotivation und Reinstruktion
- MVP-STAT – Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen
- NEST – Stärkung und Entlastung von Familien mit pflegebedürftigen Kindern durch Familien-Gesundheits-Partner in regionalen Netzwerk-Strukturen
- OPAL – Optimale Versorgung am Lebensende
- pallCompare – Inanspruchnahme und Outcomes palliativer Versorgung in Deutschland im regionalen Vergleich: eine GKV-Routinedatenanalyse
- Palli-MONITOR – Palliativbedürfnisse in der SAPV: Monitoring mittels der digitalen Integrierten Palliative Care Outcome Scale (IPOS)
- Polite – Analyse der Implementierung der „Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV) in der Versorgungsrealität und Empfehlungen zur Weiterentwicklung im Bundesland Niedersachsen
- PSK – Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhaufälle
- PsoGero – Die Versorgung von Menschen mit Psoriasis im höheren Lebensalter vor und nach Eintritt in ein Pflegeheim
- PSY-CARE – Depression bei zuhause lebenden Pflegebedürftigen – Kurzzeitpsychotherapie im Behandlungsteam mit Hausärzten und Pflegenden

- PVP-19 – Veränderungen der medizinischen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen unter Pandemiebedingungen
- QMPR – Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten
- RegioDem – Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Demenz in Deutschland: Ursachen und Implikationen
- SIMPATI – Surveillance nosokomialer Infektionen und MRE bei Patienten der außerklinischen Intensivpflege
- EASY – digitalE AsSistenzsYsteme
- Entwicklung von nachbarschaftsbezogenen Wohnkonzepten mit Quartierspflegern
- Erfassung von Ergebnisqualität der Pflege gerontopsychiatrisch Erkrankter im Rahmen der MDK-Qualitätsprüfung
- Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungssstrukturen nach § 7a Abs. 9 SGB XI
- Evaluation des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen
- Evaluation eines Modellprojektes zur Umsetzung des niederländischen Buurtzorg-Modells in Deutschland
- EvaSIS – Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation
- Gemeinsam zuhause? Birlikte evde? Wohnalternativen für pflegebedürftige türkische Migrantinnen und Migranten
- Gesamtevaluation der Modellprogramme nach § 45f SGB XI
- H.I.L.DE-QS. – Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch Erkrankter im Rahmen der pflegeheiminternen Qualitätssicherung
- IBIP – Interkulturelle BrückenbauerInnen in der Pflege
- ImPAct – Evaluation des Projektes Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Altenpflegeeinrichtungen des Diakonischen Werkes evangelischer Kirchen in Niedersachsen e. V.
- Individualisierte Musik für Menschen mit Demenz
- Individualisierte Musik für Menschen mit Demenz in der häuslichen Pflege – Akzeptanz und Wirksamkeit einer App-basierten Musikintervention (IMuD-App)
- Innovative Wohnformen für pflege- und betreuungsbedürftige gehörlose und taubblinde Menschen – Ein mehrdimensiona-

3.5.3 Förderprojekte des GKV-SV

Informationen zu den Projekten abrufbar auf der Webseite des GKV-SV: ► <https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/forschung.jsp>

- ACHE – Modellentwicklung zum Schmerzmanagement bei älteren Pflegebedürftigen in der häuslichen Versorgung
- ACHE-Intervention: Intervention zur Verbesserung des Schmerzmanagements in der häuslichen Versorgung älterer Pflegebedürftiger
- AniTa – Angehörige von älteren Menschen mit Pflege-/Unterstützungsbedarf im (Aus-)Tausch: eine überregionale Plattform zur Aktivierung ungenutzten Betreuungspotentials
- Bestandsaufnahme von zielgruppenspezifischen präventiven und gesundheitsförderlichen Bedarfen, Potentialen und Interventionsmaßnahmen in der ambulanten Pflege
- Covid-Heim – Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim
- Digitale Assistenzsysteme und Pflegebedürftigkeit: Nutzen, Potenziale und Handlungsbedarfe – Wissenschaftliche Expertise/Meta-Studie
- Digitale Assistenzsysteme zur Inkontinenzversorgung pflegebedürftiger Personen

ler partizipatorischer Forschungsansatz zur Entwicklung kultursensibler Wohnmodelle

- KoPlan – Kooperative Versorgungs- und Alltagsplanung in der Pflegeberatung
- Menschen mit schwerer Demenz in der stationären Pflege: randomisiert-kontrollierte Studie zum Nachweis der Wirksamkeit der multimodalen, psychosozialen Intervention MAKs-s
- NoMi (Notfalleinweisungen Minimieren) – Studie zu Umfang und Notwendigkeit von Notfalleinweisungen alter und hochaltiger Menschen aus stationären Pflegeeinrichtungen
- Öffnung ambulant betreuter Wohngemeinschaften für Menschen aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen – Bedarfsermittlung und Konzeptermittlung
- PfADe – Präventive Versorgungsstrukturen für versorgende Angehörige von Menschen mit Demenz
- PflegeTab: Technik für mehr Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit bei Demenz
- PhasAP – Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege – Herausforderungen im Umgang und Voraussetzungen für die Implementierung von Handlungsalternativen

- REHA-Post – Der Zugangsweg Pflegebegutachtung zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation
- SEBKam – Sektorenübergreifender Einsatz von Betreuungskräften an der Schnittstelle von Krankenhaus und ambulanter Versorgung
- Selbstbestimmt Wohnen und Teilhaben im Quartier (SWuTiQ)
- StaVaCare 2.0 – Stabilität und Variation des Care-Mix in Pflegeheimen unter Berücksichtigung von Case-Mix, Outcome und Organisationscharakteristika

Literatur

- Laag S (2020) Transfergruppe Pflegeheimversorgung – Koordinaten zu einer neuen Versorgungsform verbinden. *Gesundh Sozialpolitik* 74(3):39–48
- Prognos AG, Kuratorium Deutsche Altenhilfe (2019) Ergebnisse des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Herausgegeben vom GKV Spitzenverband. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/Pflege_Endbericht_Wohnformen_45_28.02.2019.pdf. Zugegriffen: 6. Juni 2023

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Instrumente und Maßnahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung

Inhaltsverzeichnis

- Kapitel 4** **Gesetzliche Qualitätssicherung in der vollstationären Langzeitpflege – historische Entwicklung und Perspektiven – 73**
Antje Schwinger und Susann Behrendt
- Kapitel 5** **Ergebnisse und Empfehlungen aus der Pilotierung des neuen Qualitätsprüfungsverfahrens für die ambulante Pflege – 91**
Hans-Dieter Nolting, Friederike A. Haaß und Thorsten Tisch
- Kapitel 6** **Public Reporting der Qualität der Leistung der Langzeitpflege – 107**
Gabriele Meyer und Almuth Berg
- Kapitel 7** **Angehörigenbefragung in der stationären Langzeitpflege – 117**
Johannes Strotbek und Daniel Tucman
- Kapitel 8** **Infektionsschutz und Impfsurveillance in der Langzeitpflege – 131**
Dunja Said, Muna Abu Sin, Arina Zanzdana, Birgitta Schweickert und Tim Eckmanns

**Kapitel 9 Auswirkungen des ordnungspolitischen Rahmens
der Pflegeversicherung auf die Qualität
der pflegerischen Versorgung – 145**
Stefan Greß und Christian Jesberger



Gesetzliche Qualitätssicherung in der vollstationären Langzeitpflege – historische Entwicklung und Perspektiven

Antje Schwinger und Susann Behrendt

Inhaltsverzeichnis

- 4.1 Einführung – 75**
- 4.2 Historischer Abriss der gesetzlichen Qualitätssicherung – 76**
 - 4.2.1 Vom Pflege-Qualitätssicherungsgesetz zum Pflege-TÜV – 76
 - 4.2.2 Vom Pflege-TÜV zu den Indikatoren – 77
- 4.3 Ausgestaltung der aktuellen Qualitätssicherung in der stationären Langzeitpflege – 79**
 - 4.3.1 Qualitätskennzahlen und Erhebungsverfahren – 79
 - 4.3.2 Bewertungskonzept der Vor-Ort-Prüfung und Indikatoren – 79
- 4.4 Herausforderungen und offene Fragen – Fokus Bewertungskonzept – 80**
 - 4.4.1 Bewertungskonzept der geprüften 15 Qualitätsaspekte – 81
 - 4.4.2 Bewertungskonzept der erhobenen Indikatoren – 82
 - 4.4.3 Verständlichkeit der parallelen Bewertungskonzepte – 83

4.5 Fazit – 83

Literatur – 89

■ ■ Zusammenfassung

Die gesetzliche Qualitätssicherung in der vollstationären Langzeitpflege hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung erheblich gewandelt. Seit 2019 ist ein neues Qualitätssicherungssystem in Kraft, das externe und interne Qualitätssicherung miteinander verknüpfen soll. Die Ergebnisse der externen Prüfungen durch die Prüfdienste sowie die auf Eigenerhebung der Einrichtungen basierenden Indikatoren zu pflegerischen Versorgungszuständen gehen in die öffentliche Berichterstattung ein. Dies ist grundsätzlich als sinnvolle Weiterentwicklung des Systems zu werten mit dem Ziel, Transparenz für die Verbraucherinnen und Verbraucher zu schaffen und relevantes Wissen in das interne Qualitätsmanagement rückzukoppeln. Die Antwort auf die Frage, wie gut dieses Ziel mit dem neuen System erreicht wird, steht bisher aus. Ermöglicht die neue Qualitätssicherung in der stationären Langzeitpflege eine zuverlässige Bewertung der Einrichtungen? Befähigt sie die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, wie gesetzlich vorgegeben Pflegeheime auf Basis für sie verständlicher prüf- und indikatorbasierter Kennzahlen für ihre Zwecke zu vergleichen? Evaluation und Weiterentwicklung des Systems sind geboten und die institutionelle Verankerung der Evaluations- und Weiterentwicklungsprozesse ist zu diskutieren.

Statutory quality assurance in inpatient long-term care in Germany has changed considerably since the introduction of long-term care insurance. A new quality assurance system has been in force since 2019, which aims to link external and internal quality assurance. The results of the external audits by the review boards as well as the indicators on nursing care conditions based on the facilities' own surveys are included in public reporting. In principle, this can be regarded as a sensible advancement of the system with the aim of increasing transparency for the users and

relevant knowledge for feedback into the internal quality management. The answer as to whether the new system succeeds in achieving this goal has yet to be found. Does the new quality assurance in inpatient long-term care facilitate reliable evaluation of facilities? Does it enable people in need of care and their relatives to compare nursing homes for their own purposes, as required by law, on the basis of comprehensible audit and indicator-based data? Evaluation and further development of the system are urgently needed and an institutional anchoring of the evaluation and further development processes needs to be discussed.

4.1 Einführung

Die gesetzliche Qualitätssicherung in der Langzeitpflege hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung vor nunmehr knapp 30 Jahren grundlegend gewandelt. Die Entwicklungen sind durch zwei Wendepunkte gekennzeichnet: durch die Einführung des Pflege-TÜV mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) aus dem Jahr 2008 und die Verabschiedung der heute gültigen Verfahren im Jahr 2019. Der Beitrag liefert einen historischen Abriss der gesetzlichen Qualitätssicherung in der vollstationären Langzeitpflege in Deutschland und gibt davon ausgehend einen Überblick über die Ausgestaltung des neuen Systems seit 2019. Am Beispiel der Bewertungssystematik, d.h. des aktuellen Verfahrens zur Bewertung der Pflegeeinrichtungen auf Basis von prüf- und indikatorbasierten Informationen, diskutieren die Autorinnen die Herausforderungen und offenen Fragen für eine zielkonforme Wirkweise der Qualitätsmessung und -berichterstattung. Der Beitrag schließt mit einem Fazit zu Evaluations- und Weiterentwicklungsprozessen und zur Bedeutung einer möglichen institutionellen Verankerung der wissenschaftlichen Fundierung dieser Verfahren.

4.2 Historischer Abriss der gesetzlichen Qualitätssicherung

4.2.1 Vom Pflege-Qualitätssicherungsgesetz zum Pflege-TÜV

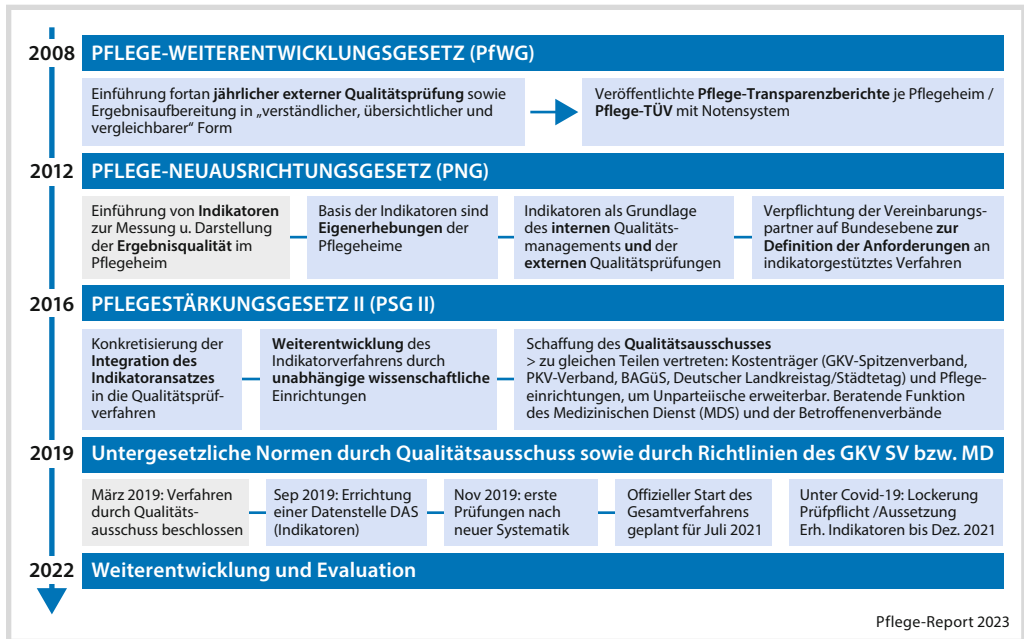
Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde erstmals die gesetzliche Qualitätssicherung in der Pflege expliziert. Dies hing zum einen damit zusammen, dass Pflege nun erstmals als eigenständige Leistung sozialrechtlich normiert war und zum anderen, dass der Gesetzgeber explizit darauf zielte, durch einen relativ freien Zutritt in den Pflegemarkt die Pflegeinfrastruktur auszubauen (Büscher et al. 2018). Das PflegeVG verpflichtete die Selbstverwaltung erstmals, auf Bundesebene Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege zu formulieren. Hinzu kam die Verpflichtung der Einrichtungen, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Ebenso mussten die Einrichtungen auf Verlangen der Kassen oder des Medizinischen Dienstes Prüfungen der Qualität ermöglichen (§ 89 i. d. V. PflegeVG).

Mediale wie fachpolitische Berichte über gravierende Pflegemängel (Gerste et al. 2004), aber auch eine durch die Pflegeversicherung gestärkte Verbrauchersouveränität – so die Einschätzung des Gesetzgebers (BT-Drs. 14/5395, S. 17) – machten eine weitergehende Regulierung der Qualitätssicherung notwendig. Der gewählte Ansatz folgte der Philosophie: Qualität kann nicht in die Heime hineingeprüft werden, sondern muss auf der Eigenverantwortung der Träger fußen (BT-Drs. 14/5395, S. 2). So wurde 2002 mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) das „Elfte Kapitel Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen“ in die Pflegeversicherung eingeführt. Die zentralen Inhalte umfassten die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen zum Aufbau eines internen Qualitätsmanagements und zur regel-

mäßigen Übermittlung von „Leistungs- und Qualitätsnachweisen“ (LQN) an die Pflegekassen (§ 113 SGB XI i. d. F. vom PQsG). Die LQN – abgenommen durch zugelassene Prüfstellen – sollten ab 2004 Voraussetzung für Vergütungsvereinbarungen sein und hätten zudem die damals noch im dreijährigen Turnus angesetzten Vor-Ort-Prüfungen ablösen können. Die hierfür notwendige Pflege-Prüfverordnung lehnte der Bundesrat jedoch im Jahr 2002 ab (Gerste et al. 2004). Der Ansatz, den Leistungserbringern durch den Nachweis von im Sinne der LQN zertifizierten Qualitätssiegeln Handlungsspielräume bei der Ausgestaltung des Qualitätsmanagements- und -sicherungsverfahrens zu geben, konnte sich folglich nicht durchsetzen.

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG; ■ Abb. 4.1) revidierte die Pflicht zur Vorlage von Leistungs- und Qualitätsnachweisen bzw. integrierte deren Inhalte teilweise in die Pflegesatzvereinbarung nach § 84 SGB XI. Ferner wurden die Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst und den Prüfdienst der PKV deutlich verschärft: Waren bis ins Jahr 2006 lediglich 80 % der Pflegeheime geprüft worden – bei einer jährlichen Prüffrequenz von rund 1.000 Einrichtungen – sollten ab 2011 alle Pflegeheime einmal pro Jahr eine Begehung erhalten (Rothgang und Preuss 2009, S. 20). Hinzu kam die verpflichtende Bereitstellung und Veröffentlichung der Qualitätsberichte für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in „verständlicher, übersichtlicher und vergleichbarer“ Form (§ 115 (1a) SGB XI). Die Landesverbände der Pflegekassen veröffentlichten diese sogenannten „Pflege-Transparenzberichte“ je Einrichtung frei zugänglich im Internet über Portale wie Pflegenavigator, Pflegekompass und Pflegelot-

sen. Die Pflege-Transparenzberichte standen gleichwohl von Anfang an in der Kritik. Die Kritik reichte von einer fehlenden wissenschaftlichen Fundierung der „Transparenzkriterien“ über eine fragwürdige Validität, Reliabilität und Objektivität der Instrumente zur Bestimmung der Pflegequalität bis hin zu ganz



■ **Abb. 4.1** Historischer Abriss der gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren in der vollstationären Pflege

grundsätzlichen methodischen Problemen der Stichprobenbildung, der Bewertungssystematik und der fehlenden Einbeziehung von Risikofaktoren (Dressel et al. 2011; Hasseler und Wolf-Ostermann 2010; VDAB und ABVP 2011). Im Ergebnis diskriminiert der Pflege-TÜV kaum zwischen den Einrichtungen. Mit anderen Worten: Dem Verfahren zufolge existierten in deutschen Pflegeheimen kaum oder gar keine Qualitätsdefizite; ein Großteil der Einrichtungen wurden „Einser-Schüler“ (Rothgang 2018).

4.2.2 Vom Pflege-TÜV zu den Indikatoren

Als Reaktion auf die anhaltende Kritik am Pflege-TÜV einerseits und angesichts der (medial) verstärkt ins öffentliche Bewusstsein gerückten Versorgungsdefizite im Pflegeheim andererseits folgte mit dem 2012 in Kraft getretenen Pflege-neuausrichtungsgesetz (PNG) schließlich der Schritt weg vom Pflege-TÜV

(Abb. 4.1). Bereits von 2008 bis 2011 war in einem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Projekt die „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (ISG) vorangetrieben worden (Wingenfeld et al. 2011). Aufsetzend hierauf wurde mit dem PNG der § 113 SGB XI neu gefasst. Die Vertragsparteien sollten fortan in den Maßstäben und Grundsätzen (MuG) neben Anforderungen an das Prüfverfahren auch solche an ein „indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich“ formulieren. Gestützt auf Eigenerhebungen der Pflegeeinrichtungen sollten fortan Qualitätsindikatoren die weiterhin bestehenden externen Prüfungen ergänzen (§ 113 Abs. 1 Nr. 4 SGB XI).

Erst das Pflegestärkungsgesetz II mit Gültigkeit ab 2016 schaltete die Vorgaben durch Fristsetzung letztlich verbindlich „scharf“ (■ Abb. 4.1). Wesentliche Neuerung war zudem die Neustrukturierung des institutionellen Rahmens. Einerseits wurde die „Schiedsstelle Qualitätssicherung“ zum „Qualitätsausschuss Pflege“ umgestaltet. In diesem sind die Kosten- und die Leistungsträger zu gleichen Teilen vertreten und er kann durch eine unparteiische Person erweitert werden. Die Prüfdienste (Medizinischer Dienst und Prüfdienst der PKV) und die Betroffenenverbände können zudem beratend intervenieren. Man spricht seit der Neustrukturierung der Pflege-Selbstverwaltung nun auch vom „kleinen G-BA“. Wesentliche Neuerung des PSG II bestand jedoch in der Spezifizierung, dass die neuen Instrumente und Verfahren wissenschaftlich fundiert zu entwickeln und hierfür Institute zu beauftragen sind. Eine neue unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses mit Bestand für zunächst fünf Jahre soll die wissenschaftlichen Aufträge an Dritte koordinieren, den Qualitätsausschuss und seine Mitglieder fachwissenschaftlich beraten und die wissenschaftlichen Arbeitsergebnisse für die Entscheidungen im Qualitätsausschuss aufbereiten (§ 113c Abs. 6 SGB XI).

Den gesetzlichen Vorgaben zur Stärkung der Wissenschaftlichkeit bei der Verfahrensentwicklung war man bereits vorab gefolgt. Von 2015 bis 2017 pilotierte die Universität Bremen in Kooperation mit der Ostfalia Hochschule für Angewandte Wissenschaften die 15 Indikatoren des 2011er-Gutachtens von Wingenfeld et al. mit Blick auf die Datenvalidität, Reliabilität des Erhebungsinstrumentariums sowie Praktikabilität im Regelbetrieb im Projekt „*Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP)*“ (UBC 2017). Im März 2017 erhielten dann das

Institut für Pflegewissenschaft (IPW) und das aQua-Institut den Auftrag, die Instrumentarien und Prozesse der Prüfungen weiterzuentwickeln und mit der indikatorbasierten Messung der Ergebnisqualität zu einem Gesamtverfahren zu integrieren (Wingenfeld et al. 2018).

Im März 2019 nahm der Qualitätsausschuss das zentrale Gutachten für die „Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege“ ab und stellte damit die Weichen für die zukünftige Systemgestaltung (Wingenfeld et al. 2018; ■ Abb. 4.1). Ein weiterer Meilenstein war die Errichtung einer neuen Datenstelle (DAS) beim aQua-Institut im September 2019. Die Qualitätsprüfungen sollten bereits am 1. November 2019 auf die neue Systematik umgestellt werden. Ab Oktober 2019 waren Testerhebungen der Pflegeheime zu den neuen Indikatoren geplant, die ersten Veröffentlichungen von Indikatorergebnissen sollten ab Juli 2020 folgen. Sowohl die Covid-19-Pandemie und die hiermit einhergehenden Hygieneanforderungen als auch die Belastungen der Pflegeheime zogen eine Lockerung der jährlichen Prüfpflicht für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021 durch das EpiLage-Fortgeltungsgesetz nach sich. Jede zugelassene Pflegeeinrichtung war damit möglichst einmal zu prüfen, wenn die pandemische Lage es zulässt (§ 114 (2a) SGB XI). Der Start der regelhaften Erhebung der indikatorgestützten Daten durch die Einrichtungen verschob sich auf den 1. Januar 2022. Aufsetzend auf den nun erstmals vorliegenden prüf- und indikatorgestützten Ergebnissen wurde nach § 114c SGB XI im April 2023 ferner definiert, ab wann eine Regelprüfung bei Vorliegen eines hohen Qualitätsniveaus lediglich alle zwei Jahre erfolgen muss (PruP-RiLi).

4.3 Ausgestaltung der aktuellen Qualitätssicherung in der stationären Langzeitpflege

4.3.1 Qualitätskennzahlen und Erhebungsverfahren

Mit Umsetzung des neuen Regelwerks stehen den Betroffenen und ihren Angehörigen potenziell die folgenden Arten von Informationen zur Verfügung: die Ergebnisse der Vor-Ort-Prüfungen (durchgeführt durch den Medizinischen Dienst oder den Prüfdienst der PKV) sowie die auf Eigendokumentation der Einrichtungen fußenden Indikatoren. Die Angaben der Einrichtungen u. a. zu Baulichkeiten, Angeboten und vorgehaltenem Personal als dritte Informationsgruppe sind nicht gesetzlich verpflichtend und werden im Folgenden nicht behandelt.

Die Prüfung erfasst die in  Tab. 4.1 aufgeführten bewohnerbezogenen Qualitätsaspekte aus den Bereichen „Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung“ (1), „Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen“ (2), „Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte“ (3) und „Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen“ (4). Ferner sind struktur- bzw. prozessbezogene Aspekte der Einrichtung Bestandteil der Erhebung (5, 6). In die öffentliche Berichterstattung gehen Informationen aus den Bereichen 5 und 6 – ausgenommen jene zur Begleitung von sterbenden Bewohnerinnen und Bewohnern – jedoch nicht ein.

Die Qualitätsindikatoren sind in  Tab. 4.1 den inhaltsverwandten bzw. -ähnlichen Bereichen aus den Qualitätsprüfungen zugeordnet. Fünf der zehn Indikatoren liegen stratifiziert vor, d. h. sie messen den Indikatoraspekt für zwei Risikogruppen. Stratifizierungsmerkmal ist hierbei bei vier Indikatoren das Vorliegen einer erheblichen/schweren geistigen Beeinträchtigung und beim „Dekubitus-Indika-

tor“ das Bestehen eines hohen Dekubitus-Risikos.

Die bewohnerbezogenen Ergebnisse der Prüfungen vor Ort basieren auf der Inaugenscheinnahme von neun nach einem vorgegebenen Verfahren zufällig ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohnern (QPR vollstationär, S. 14 f). Die Indikatorergebnisse basieren auf Eigenerhebungen der Pflegeeinrichtungen. Zweimal jährlich sind anhand eines vorgegebenen Erhebungsbogens Informationen über alle Bewohner zu erfassen und an die Datenstelle des Qualitätsausschusses zu übermitteln (MuG, Anlage 3 und Anlage 4). Die Indikatoren fußen folglich auf einer Vollerhebung, wenngleich wenige Ausschlussregeln definiert sind. Beispielsweise werden allgemein Personen kurz nach Einzug, solche in der Sterbephase oder z. B. bei spezifischen Qualitätsbereichen solche in einem komatösen Zustand nicht einbezogen (MuG, Anlage 3). Die Datenauswertungsstelle führt nach einem abgestimmten Verfahren statistische Plausibilitätskontrollen durch (MuG, Anlage 4; sowie auch Wingenfeld et al. 2022).

4.3.2 Bewertungskonzept der Vor-Ort-Prüfung und Indikatoren

Nicht nur die Verfahren der Datengewinnung, sondern auch die Bewertungskonzepte unterscheiden sich zwischen prüf- und indikatorbezogenen Verfahren: Bei den Prüfungen wird zuerst für jeden Qualitätsaspekt und für jeden Bewohner festgestellt, ob „keine Auffälligkeiten oder Defizite“ (A), „Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen erwarten lassen“ (B), „ein Defizit mit Risiko negativer Folgen“ (C) oder „ein Defizit mit eingetretenen negativen Folgen“ (D) vorliegt. Mittels der Häufigkeit von C- (Risiko) und D-Wertungen (negative Folgen) wird dann eines der folgenden vier Qualitätsniveaus zugewiesen: „keine oder geringe“, „moderate“, „erhebliche“ oder „schwerwiegende Qualitätsdefizite“. Da nicht alle Qualitätsaspekte für alle neun in die Prüfung eingeschlossenen Bewohner prüf-

bar sind, z. B. solche, die sich auf Personen mit kognitiven Einschränkungen beziehen, ist die Bewertungssystematik ferner nach der Anzahl der vorliegenden Bewertungen differenziert.

Die indikatorgestützte Bewertung der einzelnen Pflegeeinrichtungen hingegen geschieht mithilfe von Referenzwerten auf einer fünfstufigen Skala: Eine Einrichtung weist hiermit entweder eine Ergebnisqualität „weit über dem Durchschnitt“, „leicht über dem Durchschnitt“, „nahe dem Durchschnitt“, „leicht unter dem Durchschnitt“ oder „weit unter dem Durchschnitt“ auf. Es soll sich hierbei um eine relationale Bewertung mittels Verteilungskurven des Qualitätsergebnisse handeln (QDVS – Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Abs. 1 Satz 2 ff. SGB XI, Anlage 2). Je Indikator sind folglich die Einrichtungen nach ihren Werten geordnet und diese Reihung in fünf gleich große Gruppen, die sogenannten Quintile, unterteilt. Jede Qualitätsstufe der fünfstufigen Skala umfasst folglich ein Fünftel der Pflegeeinrichtungen.

Die Landesverbände der Pflegekassen sind verpflichtet, die Daten zu den von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (d. h. sowohl die Ergebnisse der Prüfung als auch die Indikatorergebnisse) für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen „ver-

ständiglich, übersichtlich und vergleichbar“ im Internet zu veröffentlichen (§ 115 Abs. 1a SGB XI). Auf eine weitergehende Aggregation bzw. Zusammenfassung der Einzelnformationen verzichtet das neue Verfahren.

4.4 Herausforderungen und offene Fragen – Fokus Bewertungskonzept

Mit Implementierung des neuen Systems steht nun die Frage im Raum, wie gut es gelingt, die Transparenz für die Verbraucherinnen und Verbraucher zu verbessern und relevantes Wissen für Rückkopplungen in das interne Qualitätsmanagement zu ermöglichen. Eine Strukturierung der Bewertung von Qualitätsmessverfahren bietet die Differenzierung nach Qualitätsziel, Messverfahren und Bewertungskonzept (siehe ■ Abb. 4.2, IQTIG 2022). Fragen nach dem Qualitätsziel umfassen die Relevanz der für die Prüfung ausgewählten Inhalte sowohl aus fachlicher Sicht als auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten. Ebenso zentral ist die Frage, ob das Gemessene auch durch die Leistungserbringer, deren Qualität man misst, beeinflusst werden kann. Die Güte des Messverfahrens bestimmt sich aus der

Qualitätsziel	Messverfahren	Bewertungskonzept
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Objektivität der Messung	Angemessenheit des Referenzbereichs
Zusammenhang mit patientenrelevantem Merkmal	Datenqualität	Klassifikationsgüte
Potenzial zur Verbesserung	Reliabilität der Messung	Angemessenheit der Risikoadjustierung
Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss	Validität der Messung	
Beeinflussbarkeit	Praktikabilität der Messung	

Pflege-Report 2023

■ Abb. 4.2 Eignungskriterien für Qualitätsmessungen. (Quelle: Eigene Darstellung nach IQTIG 2022, S. 120)

Datenqualität, aber auch daraus, wie zuverlässig das Verfahren bei einer Messreihe (z. B. auch durch unterschiedliche Personen) immer annähernd das Gleiche misst; die Validität, ob es auch das misst, was es messen soll. Die Eignung des Bewertungskonzepts kann diskutiert werden mit Blick auf Referenzbereiche, die Klassifikationsgüte (sprich, den Umgang mit statistischer Unsicherheit) und die Risikoadjustierung (sprich, den Umgang mit personenbezogenen Risiken, die das Ergebnis nicht beeinflussen sollen; siehe auch IQTIG 2022, S. 119 ff). Nicht alle Eignungskriterien sollen und können im Folgenden diskutiert werden. Aufgegriffen werden an dieser Stelle exemplarisch Fragestellungen zum Bewertungskonzept.

4.4.1 Bewertungskonzept der geprüften 15 Qualitätsaspekte

Zwei Arten von Referenzbereichen werden grundsätzlich unterschieden: sogenannte kriteriumsbezogene (feste) Referenzbereiche und verteilungsbezogene Referenzbereiche. Kriteriumsbezogene Referenzbereiche orientieren sich an Aussagen darüber, was erreichbar ist (IQTIG 2022, S. 142 f), also an normativen Setzungen durch entsprechende Gremien. Die für die Prüfungen gewählten Referenzbereiche, d. h. die aktuell gültige gewählte fallzahlabhängige „Wenn-dann-Regel“, die Einrichtungen je nach der Häufigkeit von C- oder D-Wertungen einem Qualitätsniveau zuordnet, ist eine kriteriumsbezogene, also normative Setzung des Qualitätsausschuss Pflege. Bei der Festlegung solch fester Referenzbereiche sind fachliche Gründe und normative Setzungen zu differenzieren und zu explizieren. Die fachlichen Gründe, die den Referenzbereich eingrenzen, sind eine Aussage darüber, was aus fachlicher Sicht – literatur- oder expertenbasiert – als erreichbar angesehen wird. Zur fachlichen Bewertung des Erreichbaren gehört auch, die Angemessenheit der fachlichen Annahme empirisch zu überprüfen; beispiels-

weise, ob das Qualitätsniveau „Keine Auffälligkeiten oder Defizite“ überhaupt von den Leistungserbringern erreicht werden kann (IQTIG 2022, S. 144 ff). Die normative Setzung erfolgt schlussendlich im Sinne eines iterativen Prozesses unter Einbezug der fachlichen Bewertung. Sie stellt dar, was gefordert wird (IQTIG 2022, S. 144 ff). Zwar finden sich Ausführungen zur Bewertungssystematik bei Wingenfeld et al. (2018). Details und Fundierung der fachlichen Ableitung des Erreichbaren wären für die Beurteilung der Güte des Systems wünschenswert – vor allem da keine lineare Bewertung, sondern eine recht komplexe fallzahlabhängige Wenn-dann-Regel das Geforderte ausdrückt. Vor allem empirische Analysen zum Erreichbaren wären notwendig, um die Güte der gewählten Referenzbereiche nachvollziehbar zu machen.

Ein weiterer Aspekt, der die Güte des Bewertungskonzepts beschreibt (siehe  Abb. 4.2) ist, inwiefern dieses unterscheidet (klassifiziert), obwohl der gemessene Indikatorwert nur eine Schätzung darstellt (IQTIG 2022, S. 134). Eine Schätzung deshalb, da bei Zufallsstichproben von neun Bewohnerinnen und Bewohnern ein Ergebnis – wie z. B. zwei C-Wertungen beim Qualitätsaspekt Mobilität – ein Zufallsbefund sein kann und ganz anders aussehen könnte, wenn andere Bewohner zufällig ausgewählt worden wären. Je kleiner die Stichprobe, umso größer die statistische Unsicherheit. Über Signifikanzniveaus, mit denen sichtbar wird, ab wann eine statistisch signifikante Abweichung vom Referenzbereich besteht, lässt sich die Unsicherheit darstellen (siehe auch hierzu IQTIG 2022, u. a. S. 134). Auch Wingenfeld et al. (2018) weisen im Abschlussbericht darauf hin: *„Aus Prüfergebnissen mit den Mitteln der Statistik eine Kennzahl (einen Prozentwert) abzuleiten und mit der Kennzahl anderer Einrichtungen zu vergleichen, ist aufgrund der kleinen Stichprobengröße ausgeschlossen. Der sog. Vertrauensbereich ist bei so geringen Stichprobengrößen extrem breit, so dass signifikante Unterschiede nur in Extremfällen feststellbar wären, also statistische Sicher-*

heit gar nicht gegeben sein kann“ (S. 85). Die Gutachter ziehen hieraus den Schluss: „Das bedeutet für die Bewertungssystematik, dass sie nicht mit statistischen Ableitungen, sondern mit anderen, nachvollziehbaren, vor allem aber konsentierten Begründungen und Definitionen operieren muss. Die Feststellung von Qualitätsdefiziten bei externen Prüfungen ist keine Kennzahlberechnung, sondern eine regelgeleitete Beurteilung durch einen Sachverständigen, der die von ihm festgestellten Sachverhalte ohne Bezugnahme auf statistische Größen beurteilen muss.“ (S. 85) Wenn die einzelnen Bewertungen der Qualitätsaspekte jedoch keine Kennzahlen, sondern qualitative Analysemethoden darstellen, dann wäre es folgerichtig, die Ergebnisse nicht als differenzierende, standardisierte Bewertung für den Vergleich von Einrichtungen aufzubereiten, sondern stattdessen andere Formen der Aufbereitung – qualitativ beschreibender Art – zu diskutieren (siehe hierzu IQTIG 2022, S. 49 ff). Mit Blick auf den Stellenwert der Bewertungssystematik ist es folgerichtig, dass der Gesetzgeber eine Berichterstattung und Evaluation der Bewertungssystematik gesetzlich verankert hat. Vorgesehen war hiernach eine Evaluation der in der Qualitätsdarstellungsvereinbarung festgelegten Bewertungssystematik durch unabhängige Dritte und eine Berichtslegung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen bis zum 31. März 2023 (§ 114c (3) SGB XI). Zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Beitrags waren die Ergebnisse der Evaluation nicht öffentlich zugänglich.

4.4.2 Bewertungskonzept der erhobenen Indikatoren

Die Referenzbereiche der indikatorgestützten Bewertung sind verteilungsabhängig, d. h. mit Hilfe von empirischen Referenzwerten definiert. Aufgesetzt wird aktuell jedoch auf Schwellenwerten, die im Rahmen von vorangegangenen Modellprojekten und damit auf einer Grundgesamtheit an freiwillig teilneh-

menden Einrichtungen geeicht wurden. Diese Schwellenwerte wurden für den Einstieg in das System als vorläufige Lösung vorgeschlagen, denn erst nach einer gewissen Zeit können rechnerische Schwellenwerte auf Basis aller Einrichtungen Deutschlands vorliegen. Dass diese den Modellprojekten entnommenen Schwellenwerte bundesweit für alle teilnehmenden Pflegeheime „passen“, wurde im o. g. Abschlussbericht als wahrscheinlich angenommen (Wingenfeld et al. 2018, S. 42). In der QDVS selbst wird die Vorläufigkeit dieser Schwellenwerte betont und festgehalten, dass die „Referenz- und Schwellenwerte (...) angepasst (werden), sobald eine ausreichende Grundlage valider Daten aus der Umsetzung des neuen Systems vorliegt. Die Vertragsparteien überprüfen die Referenzwerte sowie die daraus abgeleiteten Schwellenwerte in regelmäßigen Abständen und passen diese ggf. an.“

Seit dem 01.01.2022 sollen für alle Einrichtungen Indikatoren veröffentlicht werden. Damit müsste eine ausreichende Datengrundlage vorliegen, neue Referenzwerte (z. B. durch die DAS) zu ermitteln. Eine Anpassung der Schwellenwerte ist also möglich. Für zuverlässige Aussagen ist es wichtig, dass wirklich annäherungsweise ein Fünftel (d. h. 20 %) der Einrichtungen so eingestuft werden, dass sie „weit über dem Durchschnitt“ etc. liegen. Lägen z. B. 60 % und mehr oder sogar 90 % und mehr der Heime auf dieser Qualitätsstufe, wären damit verzerrte Qualitätsaussagen verbunden. Die Bewertung wäre nicht – wie nach der QDVS intendiert – relational in Bezug auf alle Pflegeheime Deutschlands, sondern bezogen auf die damals an den Modellprojekten teilnehmenden Einrichtungen. Die Überprüfung der Schwellenwerte ist insofern dringend geboten, um belastbare Qualitätsaussagen formulieren zu können. Ferner muss auch ein Verfahren entwickelt und vereinbart werden, wie die Schwellenwerte regelhaft überprüft und angepasst werden.

Ein weiterer Aspekt mit Blick auf eine zuverlässige Bewertung der Heime ist die Frage, ob nicht durch die Leistungserbringer beeinflussbare Risikofaktoren aus den Ergebnissen

herausgerechnet werden (siehe ■ Abb. 4.2). Den Empfehlungen des Gutachtens folgend, hat der Qualitätsausschuss Pflege für das neue Prüfsystem bei fünf Indikatoren die Methode der Stratifizierung gewählt, d. h. eine eindimensionale Differenzierung der Indikatoren mit und ohne hohes Risiko für das Ereignis in zwei Gruppen bzw. Strata (Wingenfeld et al. 2018). Gängig ist im Kontext von Ergebnisindikatoren auch der Einsatz von Regressionsansätzen, da sie die Betrachtung von mehreren Einflussfaktoren bei der Adjustierung der Ergebnisse ermöglichen und damit der multifaktoriellen Bedingung von Indikatoreignissen und damit letztlich von Qualität Rechnung tragen können (IQTIG 2022). Zu evaluieren ist – vor allem auch mit Blick auf die z. T. geringe Größe der Heime und damit die Fallzahl je bewerteter Einrichtung –, inwiefern die Stratifizierung das bestehende Fallzahl-Problem verschärft oder eine adäquate Lösung darstellt. Wingenfeld et al. (2022) weisen in einer Stellungnahme zum Thema „Statistische Plausibilitätskontrolle“ darauf hin, dass bei Einrichtungen mit unter 15 Plätzen nach der Risikogruppenbildung oft nur einzelne Indikatoren berechnet werden könnten, weil die erforderliche Mindestfallzahl zum Teil nicht erreicht werde (S. 99).

4.4.3 Verständlichkeit der parallelen Bewertungskonzepte

Die Ergebnisse stehen seit 2022 für die Verbraucherinnen und Verbraucher bereit. Eine zentrale Forschungsfrage ist, wie das Zusammenspiel der Ergebnisse von Vor-Ort-Prüfungen und Indikatoren von den Verbrauchern wahrgenommen werden. Wird deutlich, dass die Informationen zu den Indikatoren auf Eignerhebungen der Pflegeheime fußen, die zu den Qualitätsaspekten hingegen auf Begehungen vor Ort? Erfassen die Verbraucher, dass die Indikatoren zu einer vergleichenden Bewertung genutzt werden können? Ist demgegenüber den Nutzerinnen und Nutzern verständ-

lich, dass die Prüfergebnisse aufgrund der fehlenden Risikoadjustierung sowie aufgrund der stichprobenbezogenen Zufallsschwankungen nur eingeschränkt für Vergleiche von Einrichtungen herangezogen werden sollten? Ferner ist zu erheben, wie die Nutzer bei ähnlichen Qualitätsthemen (zum Beispiel „Anwendung von Gurten zur Fixierung von Bewohnern beziehungsweise Bewohnerinnen“ und „Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen“ oder „Aktualität der Schmerzeinschätzung“ und „Schmerzmanagement“) mit ggf. divergierenden Ergebnissen zwischen Qualitätsaspekten und Indikatoren umgehen – abgesehen davon, dass derartiges natürlich auch messtheoretische Fragen mit Blick auf die Reliabilität der Instrumente aufwirft. Hinsichtlich der Fülle der nun für die Verbraucher bereitgestellten Einzelinformationen (15 Indikatoren + 15 Qualitätsaspekte) ist die Frage zu ergänzen, wie sie diese verdichten oder priorisieren, wenn sie eine Rangfolge von Heimen aufstellen wollen. Ist es für die Verbraucher möglich, Einrichtungen ohne eine oder mehrere zusammenfassende Bewertungen je Einrichtung zu vergleichen bzw. „vorzusortieren“? Der Verzicht auf einen Composite Measure mag der Tatsache geschuldet sein, dass die aggregierte Bewertung des alten Pflege-TÜVs einer seiner zentralen Kritikpunkte war. Natürlich bergen Zusammenfassungen von Qualitätsergebnissen methodische Fallstricke (siehe hierzu u. a. Goddard und Jacobs 2010; Friebe und Steventon 2019). Ebenso wenig sind sie in der Lage, individuelle Verbraucherpräferenzen für bestimmte Qualitätsaspekte bzw. Darstellungsformen zu berücksichtigen. Studien zeigen jedoch, dass Zusammenfassungen die Komplexität aus Nutzersicht reduzieren und Wahlentscheidungen unterstützen (Kumpunen et al. 2014).

4.5 Fazit

Sowohl das Verständnis als auch die Sicherstellung von Qualität in der Langzeitpflege haben sich seit Einführung der gesetzli-

chen Pflegeversicherung kontinuierlich weiterentwickelt. Jedes System, so neu es noch scheint, hat seine Wurzeln und so wirft der Beitrag zunächst einen Blick auf den Weg des gesetzlichen QS-Verfahrens im Bereich der vollstationären Langzeitpflege von Beginn der Pflegeversicherung bis zur Ablösung des viel kritisierten Pflege-TÜV. Das novellierte System ist nun ein weiterer Schritt und beinhaltet wichtige Weiterentwicklungen, allen voran die Entscheidung für auf einrichtungsbezogenen Vollerhebungen basierenden Indikatoren und die Verknüpfung von interner und externer Qualitätssicherung. Die Qualitätsergebnisse sollen schließlich für die interne Qualitätsentwicklung und ebenso für die Verbraucherinnen und Verbraucher relevant und verständlich sein. Hinter diesem Anspruch verbergen sich komplexe Anforderungen an die Ausgestaltung und Umsetzung. Der Beitrag akzentuiert hier einige der Herausforderungen, die das neue System noch zu stemmen hat, und formuliert Fragen mit Blick auf die Güte der Messverfahren auf der einen Seite und die Verständlichkeit der Ergebnisse für die Verbraucher auf der anderen Seite – elementare Fragen der Systempflege also, die sich aus der Anwendung der neuen Verfahren ergeben und Anpassungsbedarf erzeugen. Folgerichtig ist aus Sicht der Autorinnen insofern, dass der Gesetzgeber eine wissenschaftliche Evaluierung zur Umsetzung der entwickelten Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung nach § 113b Abs. 4 Satz 2 SGB XI vorgesehen hat.

Der Bedarf zur Weiterentwicklung der Instrumente, Verfahren und Bewertungen ist hierbei noch nicht angesprochen. Schlussendlich muss ein novelliertes System auch zukunftsfähig bleiben: Zu diskutieren wäre das Einrichten eines Themenfindungs- und Priorisierungsverfahrens analog zum Verfahren bei der Qualitätssicherung der Krankenhäuser (siehe Beschluss des GBA zum TuP-Verfahren), um neue relevante Themen in die Qualitätssicherung aufnehmen zu können. Ferner wurde hier ausschließlich der Rahmen der vollstationären Pflege aufgezeigt. Für die

ambulante Pflege wurde ebenfalls ein neues System geschaffen, für das die Pilotierung bereits Anpassungsbedarf aufzeigt (siehe Nolting et al., ► Kap. 5 im gleichen Band); das Thema Qualitätssicherung in neuen Wohnformen (siehe Kremer-Preiß und Wolf-Ostermann, ► Kap. 10 im gleichen Band) steht ebenso aus. Ungeklärt ist ferner die Frage nach einem Ausbau um Aspekte der Lebensqualität (Hasseler et al. 2016), d. h. um Patientenbefragungen (siehe hierzu auch Strotbek und Tucman, ► Kap. 7 im gleichen Band), oder auch die Frage nach der Einbindung von Sozialdaten, d. h. Abrechnungsdaten der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zum Zweck der Qualitätssicherung (siehe Behrendt et al., ► Kap. 1 im gleichen Band). Experten aus dem Kontext Qualitätssicherung sehen zudem *„die Notwendigkeit, den Einsatz von einzelnen Qualitätsindikatoren und insbesondere auch von Indikatoren-Sets in ein Rahmenkonzept einzubetten, auf dessen Grundlage die weitere Entwicklung geplant und später auch evaluiert werden kann. Die spätere Evaluation erscheint von besonderer Bedeutung, da international Ergebnisse aus einem breiten Einsatz von Qualitätsinformationen bekannt sind, die teilweise einen positiven Einfluss im Sinne einer Qualitätsverbesserung nicht belegen konnten.“* (Döbler et al. 2019, S. 1)

In der Gesamtschau hat sich die wissenschaftliche Begleitung des Qualitätsausschusses seit den gesetzlichen Anpassungen des PSG II (2016) deutlich verbessert. Eine institutionelle Verstetigung analog dem IQTIG bzw. die befristete Vergabe der Entwicklung und Durchführung der Verfahren an ein Institut (analog BQS- oder aQua-Institut) wird bisher jedoch nicht diskutiert. Die Datenauswertungsstelle am aQua-Institut ist zwar mit der Berechnung der indikatorengestützten Ergebnisse (bis 2024) beauftragt. Diese Arbeiten umfassen jedoch allein die technische Auswertung der Daten nach dem beschlossenen Verfahren; eine fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Aufgaben des Qualitätsausschusses ist hier nicht vorgesehen. Stattdessen soll er seinen Aufgaben mithilfe ausge-

schriebener wissenschaftlicher Gutachten und unterstützt durch eine „unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle“ (§ 113b Abs. 4 und 6 SGB XI) nachkommen. Durch die Entfristung dieser Geschäftsstelle im Jahr 2020 erkannte der Gesetzgeber zumindest an, dass es sich „bei vielen Fragen der Qualitätssicherung und -entwicklung um kontinuierlich zu bearbeitende Daueraufgaben“ handelt (BT-Drs. 19/18112, S. 37). Dennoch ist die Frage zu stellen, ob eine Kontinuität über die Vergabe von Einzelaufträgen zielführend ist und ob nicht mindestens die methodischen Prinzipien und Prozessabläufe durch den Qualitätsausschuss ausformuliert werden müssten, um einen Rahmen zu setzen. Welchen Stellenwert eine transparente Darlegung der getroffenen Entscheidungen hat, ist durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) verdeutlicht. Fortan sind die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses – mit Verweis auf die für den Gemeinsamen Bundesausschuss geltenden Transparenzregelungen – öffentlich (Live-Video-Übertragung; § 113b Abs. 3a SGB XI). Auch die Komplexität der im Qualitätsausschuss be-

rateten Themen ist im Rahmen des PUEG anerkannt und für die Betroffenenverbände wurde zur Wahrnehmung ihrer Interessen eine Referentenstelle beim Qualitätsausschuss eingerichtet (§ 113b Abs. 6 SGB XI).

Kurz und knapp: Die Qualitätssicherung in der Langzeitpflege ist kein Selbstläufer – die Verfahren sind anspruchsvoll, die Herausforderungen nicht zu unterschätzen. Mit Blick auf die anstehenden Aufgaben bei der Systempflege und Weiterentwicklung möchten die Autorinnen eine Verstetigung der wissenschaftlichen Begleitstrukturen – d. h. konkret die Vergabe der Aufträge an ein wissenschaftliches Institut oder die Errichtung eines solchen Instituts des Qualitätsausschusses – in die Diskussion einbringen. Die Qualitätssicherung wurde mit den neuen Verfahren auf einen guten Weg gebracht. Viel ist erreicht worden, Qualitätssicherung ist jedoch kein Selbstzweck: Die Vulnerabilität der i. d. R. hochbetagten, multimorbiden und kognitiv eingeschränkten Pflegebedürftigen, deren Versorgung hier im Mittelpunkt steht, verlangt nach dem Bestmöglichen.

Tab. 4.1 Übersicht zu den Inhalten der Prüfungen (durch Medizinischen Dienst und Prüfdienst der PKV) und Indikatoren		
Prüfung (Medizinischer Dienst und Prüfdienst der PKV)		Indikatoren
Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung	1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	1. Erhaltene Mobilität a) bei Bewohnerinnen bzw. Bewohnern, die nicht oder nur wenig geistig beeinträchtigt sind b) bei Bewohnerinnen bzw. Bewohnern, die erheblich oder schwer geistig beeinträchtigt sind
		5. Schwerwiegende Sturzfolgen a) bei Bewohnerinnen bzw. Bewohnern, die nicht oder nur wenig geistig beeinträchtigt sind b) bei Bewohnerinnen bzw. Bewohnern, die erheblich oder schwer geistig beeinträchtigt sind
	1.2 Unterstützung beim Essen und Trinken	6. Unbeabsichtigter Gewichtsverlust a) bei Bewohnerinnen bzw. Bewohnern, die nicht oder nur wenig geistig beeinträchtigt sind b) bei Bewohnerinnen bzw. Bewohnern, die erheblich oder schwer geistig beeinträchtigt sind
	1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung	
	1.4 Unterstützung bei der Körperpflege	2. Erhaltene Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (z. B. Körperpflege) a) bei Bewohnerinnen bzw. Bewohnern, die nicht oder nur wenig geistig beeinträchtigt sind b) bei Bewohnerinnen bzw. Bewohnern, die erheblich oder schwer geistig beeinträchtigt sind

Tab. 4.1 (Fortsetzung)		
Prüfung (Medizinischer Dienst und Prüfdienst der PKV)		Indikatoren
Bereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	2.1 Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme	
	2.2 Schmerzmanagement	10. Aktualität der Schmerzeinschätzung
	2.3 Wundversorgung	4. Dekubitusentstehung a) bei Bewohnerinnen bzw. Bewohnern mit geringem Risiko, einen Dekubitus zu entwickeln b) bei Bewohnerinnen bzw. Bewohnern mit hohem Risiko, einen Dekubitus zu entwickeln
	2.4 Unterstützung bei besonderem medizinisch-pflegerischem Bedarf	
	2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen	
Bereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte	3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung (z. B. Sehen, Hören)	
	3.2 Unterstützung bei der Strukturierung des Tages, Beschäftigung und Kommunikation	
	3.3 Nächtliche Versorgung	
		3. Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Tab. 4.1 (Fortsetzung)		
Prüfung (Medizinischer Dienst und Prüfdienst der PKV)		Indikatoren
Bereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Ver- sorgungssituationen	4.1 Unterstützung in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug	7. Durchführung eines Integrationsgesprächs
	4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalt	
	4.3 Unterstützung von Bewohnerinnen bzw. Bewohnern mit herausfor- derndem Verhalten	
	4.4 Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen	8. Anwendung von Gurten zur Fixierung von Bewohnerinnen bzw. Bewohnern
		9. Anwendung von Bettseilenteilen
Bereich 5: Bedarfs- übergreifende fachliche Anforderungen	5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen	
	5.2 Biografieorientierte Unterstützung	
	5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen	
	5.4 Hilfsmittelversorgung	
	5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit	
Bereich 6: Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanage- ment	6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verant- wortliche Pflegefachkraft	
	6.2 Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen	
	6.3 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefizi- ten	
Quelle: Eigene Darstellung, basierend auf Anlage 3 der QDVS – Darstellung der Indikatoren und Anlage 6 der QDVS – Zu veröffentlichende Prüfergebnisse *Kursiv gestellte Qualitätsaspekte werden nicht öffentlich berichtet		

Literatur

- Büscher A, Wingenfeld K, Igl G (2018) Weiterentwicklung der gesetzlichen Qualitätssicherung in der Sozialen Pflegeversicherung. In: Jacobs K, Kujlmey A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2018. Springer, Berlin, S 37–44 https://doi.org/10.1007/978-3-662-56822-4_4
- Döbler K, Schrappe M, Kuske S, Schmitt J, Sens B, Boywitt D, Misselwitz B, Nothacker M, Geraedts M (2019) Positionspapier der Arbeitsgruppe Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung Eignung von Qualitätsindikatorensets in der Gesundheitsversorgung für verschiedene Einsatzgebiete – Forschungs- und Handlungsbedarf. Stand: 16. Juni 2019 https://dmvf.de/files/theme_files/pdf/PDF-Stellungnahme/AGQPSF_DNVF_Positionspapier_Indikatorensets-kd-final-20190616.pdf Zugriffen: 2. Juli 2023
- Dressel H, Fischer W, Walczak AS, Randzio O (2011) Pflege-Transparenzvereinbarungen: Vorschläge zu Stichprobe und Bewertungssystematik. Gesundheitswesen 73:A210. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1283437>
- Friebel R, Steventon A (2019) Composite measures of healthcare quality: sensible in theory, problematic in practice. BMJ Qual Saf 28:85–88
- Gerste B, Schwinger A, Rehbein I (2004) Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen. Ein Marktüberblick. WiDo-Materialien 51. Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn
- Goddard M, Jacobs R (2010) Using composite indicators to measure performance in health care. In: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S (Hrsg) Performance measurement for health system improvement. Experiences, challenges and prospects. Cambridge University Press, Cambridge, S 339–368
- Hasseler M, Wolf-Ostermann K (2010) Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/pflegenoten/Pflegenoten_Endbericht_Beirat_u_WB_2010_07_21.pdf. Zugriffen: 2. Febr. 2022
- Hasseler M, Stemmer R, Macsenaere M, Arnold J, Weidekamp-Maicher M (2016) Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität. Abschlussbericht. https://www.gkv-spitzenverband.de/mwg-internal/de5fs23hu73g7/progress?id=Vu9ZwuSY4iHzGk-RNvy83n_jWqCBWUolaOVcyk4Yr8,&dl. Zugriffen: 2. Jan. 2018
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2022) Methodische Grundlagen. Version 2.0 Stand: 27. April 2022. https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf. Zugriffen: 5. Juli 2023
- Kumpunen S, Trigg L, Rodrigues R (2014) Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/263540/Public-reporting-in-health-and-long-term-care-to-facilitate-provider-choice-Eng.pdf. Zugriffen: 26. Juni 2018
- MuG – Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege. <https://www.gs-qa-pflege.de/dokumente-zum-download/>. Zugriffen: 10. Juli 2023
- QDVS – Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1 Satz 2 ff. SGB XI und dazugehörige Anlagen abrufbar unter. <https://www.gs-qa-pflege.de/dokumente-zum-download/>. Zugriffen: 10. Juli 2023
- QPR vollstationär – Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI Vollstationäre Pflege. Abrufbar unter. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_und_grundsätze_zur_qualitaetssicherung/qpr_2021_stat/20190522_Pflege_QPR_vollstationaer.pdf. Zugriffen: 10. Juli 2023
- Rothgang H (2018) Qualitätssicherung in der Pflege durch Pflegenoten? Präsentiert auf der Konferenz: Barmer Versorgungskongress. Berlin, 27. September 2018. <https://www.barmer.de/ueberuns/barmer/versorgungsforschung/versorgungskongress/versorgungsforschungskongress-2018-166034>. Zugriffen: 1. Juli 2019
- Rothgang H, Preuss M (2009) Bisherige Erfahrungen und Defizite der Pflegeversicherung und die Reform 2008 aus sozialpolitischer Sicht. In: Bieback K-J (Hrsg) Die Reform der Pflegeversicherung 2008. LIT, Münster, S 7–39
- UBC (2017) Abschlussbericht zum Forschungsprojekt Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP). UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC-Zentrum für Sozialpolitik. https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/indikatoren/20170320_Ergaenz_Abschlussbericht_MoPIP_Universitaet_Bremen.pdf. Zugriffen: 10. Juli 2023
- VDAB, ABVP (2011) Zukunft Pflege: Qualitätsbericht statt „Pflege-Tiv“. Konzept zur Messung und Darstellung der Pflegequalität auf wissenschaftlicher Basis. Abschlussbericht der Bonato-Kommission – Kurzfassung. <https://www.fh-muenster.de/iup/mad/>

media/2011/files/5012_Datei_1.pdf. Zugriffen: 5. Juli 2023

Wingenfeld K, Kleina T, Franz S, Engels D, Mehlan S, Engel H (2011) Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. <https://www.bmfsfj.de/blob/93206/2dda7f65c418478da3260d2f7996daa2/abschlussbericht-stationaere-altenhilfe-data.pdf>. Zugriffen: 2. Febr. 2018

Wingenfeld K, Stegbauer C, Willms G, Voigt C, Woitzik R (2018) Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege – Abschlussbericht: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung. <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2022/06/Verfahren-Qualita>

%CC%88t-ambulant-Abschlussbericht-HSOS-IPW-samt-Anha%CC%88ngen-13.-September-2018.pdf. Zugriffen: 05. Juli 2023

Wingenfeld K, Stegbauer C, D. Schröder D und Knizia N (2022) Statistische Plausibilitätskontrolle in der vollstationären Pflege. Gutachterliche Stellungnahme zum Thema „Statistische Plausibilitätskontrolle gemäß Anlage 4 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege“ – Abschlussbericht – im Auftrag der Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 SGB XI. https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2022/07/20220630_Abschlussbericht-Gutachten-statistische-Plausibilita%CC%88tskontrollvom-06.05.2022.pdf Zugriffen: 05. Juli 2023

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Ergebnisse und Empfehlungen aus der Pilotierung des neuen Qualitätsprüfungsverfahrens für die ambulante Pflege

Hans-Dieter Nolting, Friederike A. Haaß und Thorsten Tisch

Inhaltsverzeichnis

- 5.1 Einleitung – 92
- 5.2 Überblick zu den pilotierten Instrumenten und Verfahren – 94
- 5.3 Herausforderungen bei der Festlegung des Prüfumfangs – 96
- 5.4 Möglichkeiten zur Verminderung messmethodischer Schwächen – 99
- 5.5 Diskussion – 103
- Literatur – 105

■ ■ Zusammenfassung

Die Instrumente und Verfahren für die neu zu fassenden Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege wurden pilotiert, um insbesondere die Praktikabilität der geplanten Vorgehensweisen, aber auch messmethodische Aspekte zu untersuchen und vor der Einführung in die Prüfpraxis ggf. Anpassungen vornehmen zu können. In die 2019/20 durchgeführte Pilotierung wurden 76 ambulante Pflegedienste und 754 pflegebedürftige Menschen einbezogen. Im Zentrum des Beitrags stehen Ergebnisse und Empfehlungen der Pilotierung, die in Zusammenhang mit der grundlegenden methodischen Herausforderung der ambulanten Qualitätsprüfungen stehen: Bei einer pflegebedürftigen Person können nur Qualitätsaspekte (QA) geprüft werden, für die auch entsprechende Leistungen des Pflegedienstes vereinbart oder verordnet sind. Teil des Verfahrens ist daher die Ermittlung, ob ein QA im Einzelfall prüfungsrelevant ist. Es werden Ergebnisse präsentiert, inwieweit die diesbezüglich vorgesehenen Verfahrensschritte das methodische Kriterium der Objektivität (Unabhängigkeit von der prüfenden Person) erfüllen. Unter den Bedingungen des pilotierten Verfahrens führt die hier zu betrachtende Grundproblematik dazu, dass bei einem Pflegedienst im Durchschnitt nur zehn der 19 QA geprüft werden konnten und darüber hinaus je geprüften QA in den meisten Fällen nur ein bis drei pflegebedürftige Personen einbezogen wurden. In der Pilotierung wurde ein Vorschlag für eine Veränderung der Methodik entwickelt, der beide Probleme zwar nicht lösen, aber deutlich vermindern würde.

In Germany, providers of in-home long-term care services are assessed on their quality once a year. The results are published to aid customers in the selection of high-quality providers. In 2017 a law was passed that required the development of a new instrument for these quality assessments. The new instrument was developed based on a broad literature search and discussions among long-term care experts. Before rolling out the new instrument,

it was tested in a pilot study with 76 long-term care providers. The results of the pilot study pointed to several improvement opportunities. Some of these can be addressed by making minor modifications to the instrument. However, there is also one area where a significant improvement could be achieved with a wider-ranging modification. It would involve aggregating results from quality assessments over two years and selecting the sample of customers, whose quality of long-term care is evaluated during the quality assessments, in a more targeted way. The proposed modifications are currently being reviewed by the relevant authorities. Therefore, it is not yet known, whether they will actually be implemented. However, the proposal can be of wider interest in situations where a balance needs to be struck between the advantages of measuring quality of care by looking in depth at the care individual patients received and the disadvantage that such an approach is very time consuming and can only be performed with a small sample of patients.

5.1 Einleitung

Mit der Pflegereform zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Pflegestärkungsgesetz II) wurde auch die Entwicklung und Einführung neuer Verfahren zur Prüfung und Darstellung der Qualität von Pflegeeinrichtungen beschlossen. Das neue Prüfverfahren für stationäre Pflegeeinrichtungen ist seit Herbst 2019 in Kraft, wogegen die Qualität ambulanter Pflegedienste bislang noch nach den in ihren Verfahrensgrundzügen seit 2016¹

¹ Die seitdem in Kraft getretenen Neufassungen der QPR Ambulante Pflegedienste umfassten jeweils punktuelle Änderungen, z. B. in Bezug auf die häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) oder die Intensivpflege. Die bestehenden Verfahrensregelungen in Bezug auf Leistungen gem. SGB XI (Teil 1 bzw. 1a der QPR) blieben unverändert und sollen erst angepasst werden, wenn die wissenschaftliche Entwicklung der neuen Instrumente und Verfahren abgeschlossen ist (MDS, GKV-Spitzenverband 2020).

geltenden Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) geprüft wird.

Ein Grund für das zeitliche Auseinanderfallen der Einführung der neuen Verfahren in beiden Sektoren dürfte in der nur für den ambulanten Bereich gesetzlich vorgesehenen Pflicht zur Pilotierung der neu entwickelten Instrumente und Verfahren bestehen (§ 113b Abs. 4 Nr. 3 SGB XI). Die von den Vertragsparteien mit der Entwicklung der neuen Verfahren beauftragten wissenschaftlichen Einrichtungen haben ihren Abschlussbericht 2018 vorgelegt (Büscher et al. 2018). Im Anschluss daran wurde von Juli 2019 bis Mai 2020 eine umfangreiche Pilotierungsstudie durchgeführt, deren Ergebnisse seit Anfang 2021 auf der Website des Qualitätsausschusses Pflege publiziert sind (Haaß et al. 2021). Der Qualitätsausschuss nimmt eine gründliche Würdigung der Pilotierungsergebnisse sowie ggf. eine Überarbeitung der Verfahren und Instrumente vor, was u. U. die Einführung des neuen Verfahrens verzögert, aber im Sinne der gesetzlich vorgesehenen „Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit“ (§ 113b Abs. 4 Satz 1 SGB XI) ist.

Im Rahmen der Pilotierung wurden in 76 Pflegediensten in sechs Bundesländern Pilot-Prüfungen durchgeführt, in die insgesamt 754 pflegebedürftige Menschen einbezogen wurden. Neben den Pilot-Prüfungen wurden in einer gesonderten Teilstudie potenzielle Nutzerinnen und Nutzer der Qualitätsdarstellung mit Blick auf deren Eignung für die Auswahl eines Pflegedienstes befragt. Ferner wurde die Eignung des neuen Verfahrens bzw. der daraus resultierenden Prüfberichte für das Verwaltungsverfahren der Landesverbände der Pflegekassen untersucht.

Durch die Pilotierung sollten vor allem die Praktikabilität der Verfahren und Instrumente, d. h. die Handhabbarkeit und Anwendbarkeit in der Prüfpraxis sowie der Aufwand für die Beteiligten, beurteilt und ggf. Vorschläge für Anpassungen geliefert werden. Darüber hinaus wurden – wie von der Verfahrensentwicklung angeregt (Büscher et al. 2018, S. 138) – auch messmethodische Fragen untersucht: Zum einen wurde die Reliabilität des Verfahrens ge-

prüft, d. h. die Frage, inwieweit das anhand einer Stichprobe von pflegebedürftigen Personen gewonnene Ergebnis ein zuverlässiges Bild des Pflegedienstes in Bezug auf den betreffenden Qualitätsaspekt (QA) gibt oder ob ein anderes Bild resultierte, wenn andere pflegebedürftige Personen in die Stichprobe gelangt wären. Die Untersuchung der Reliabilität stand im Zusammenhang mit dem Auftrag an die Pilotierung, zur Angemessenheit des Stichprobenumfangs von neun Personen Stellung zu nehmen. Die Reliabilität wurde untersucht, indem in einem Teil der Pilotprüfungen der eigentlich vorgesehene Stichprobenumfang verdoppelt wurde (d. h. 18 Personen statt neun). Die Abhängigkeit des Ergebnisses von der Stichprobe wurde anschließend ermittelt, indem aus diesem Pool von 18 Personen alle möglichen Stichproben im Umfang von neun Personen gezogen und die Ergebnisse verglichen wurden.

Als zweites messmethodisches Gütekriterium wurde die Objektivität des Verfahrens untersucht, d. h. die Frage, inwieweit das Ergebnis der Prüfung von der prüfenden Person abhängig ist. In die Untersuchung wurden zwei Verfahrensschritte (vgl. ► Abschn. 5.2) einbezogen: Zum einen die Festlegung, welche QA bei einer in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Person überhaupt prüfungsrelevant sind, zum anderen die Beurteilung dieser QA. Das Kriterium der Objektivität wurde in einer Teilgruppe von 19 Pflegediensten untersucht. In diesen Diensten sollten bei bis zu fünf pflegebedürftigen Personen „Schattenprüfungen“ und bei bis zu vier Personen „Wiederholungsprüfungen“ durchgeführt werden. An den Schattenprüfungen nahmen zwei Prüfende teil, je in einer aktiven bzw. einer passiven Rolle. Die passiv Prüfenden beeinflussten in keiner Weise den Verlauf der Prüfung, nahmen aber anhand der von den aktiv Prüfenden generierten Informationen Festlegungen und Beurteilungen vor.

Bei den Wiederholungsprüfungen wurde die Prüfung bei einer pflegebedürftigen Person – am gleichen oder am folgenden Tag – durch eine oder einen zweiten Prüfenden er-

neut durchgeführt. In beiden Fällen wurde die Übereinstimmung zwischen den Prüfenden bzw. Prüfungen bzgl. der geprüften QA sowie deren Qualitätsbeurteilungen als Maß für die Verfahrensobjektivität gewertet.

Auf Basis der Ergebnisse der Pilotierung wurden insgesamt 26 Empfehlungen formuliert. Davon beziehen sich sechs auf die Prüfungen von spezialisierten Diensten (außerklinische Intensivpflege bzw. psychiatrische häusliche Krankenpflege) und eine auf die Eignung für das Verwaltungsverfahren. Die Qualitätsdarstellung wird in zwei Empfehlungen thematisiert, die beide in engem Zusammenhang mit dem grundlegenden Problem der unvollständigen und variierenden Abdeckung der 16 für die Darstellung vorgesehenen QA in den Prüfungen stehen (vgl. die Ausführungen in ► Abschn. 5.3). Die übrigen Empfehlungen sind darauf ausgerichtet, wie den im Rahmen der Pilotierung beobachteten Herausforderungen im Zusammenhang mit der Stichprobenziehung sowie der Anwendung des Prüf- und Bewertungsinstrumentariums begegnet werden könnte.

Der vorliegende Beitrag befasst sich mit zwei grundlegenden Problemfeldern, auf die die Pilotierung hingewiesen hat. Dazu wurden sowohl verfahrensimmanente Empfehlungen als auch ein Vorschlag für eine grundsätzliche Verfahrensänderung formuliert:

- Das erste Thema betrifft die nur im ambulanten Bereich bestehende Herausforderung der Festlegung des Prüfumfangs bei den in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Personen, da ein Pflegedienst nur in Bezug auf Leistungen und Sachverhalte geprüft werden darf, für die er auch einen Auftrag und damit eine Verantwortung hat².
- Bei dem zweiten Thema geht es um Möglichkeiten zur Verbesserung der unbefriedigenden messmethodischen Eigenschaften

der Qualitätsprüfungen, wobei die hier diskutierten Probleme weitgehend auch auf die personenbezogenen Prüfungen im stationären Bereich zutreffen dürften.

Den Ausführungen zu diesen beiden Problemfeldern ist ein kurzer Abriss wesentlicher Elemente und konzeptioneller Grundlagen des pilotierten Verfahrens vorangestellt, soweit sie für die in diesem Beitrag diskutierten Fragestellungen relevant sind.

5.2 Überblick zu den pilotierten Instrumenten und Verfahren

Das pilotierte Prüfinstrument umfasst fünf Prüfbereiche. Einer davon beschreibt die Qualität der Strukturen und Prozesse des Pflegedienstes als Einrichtung. Er wird hier nicht näher betrachtet.

Für die weiteren vier Prüfbereiche erfolgt eine Beurteilung der Qualität der Versorgung bei einzelnen pflegebedürftigen Personen. Hierzu werden bei einer Stichprobe von Kundinnen und Kunden des Pflegedienstes sog. personenbezogene Prüfungen durchgeführt. Die Stichprobenziehung erfordert, dass jeder Pflegedienst eine aktuelle Liste der von ihm nach SGB V oder SGB XI versorgten Kundinnen und Kunden vorhält. Für jede Person ist zu dokumentieren, ob Einschränkungen der Mobilität und/oder der Kognition vorliegen und ob aufwändige/risikobehaftete HKP-Leistungen (HKP = häusliche Krankenpflege) erbracht werden. In die personenbezogenen Prüfungen sollen neun pflegebedürftige Personen einbezogen werden, die von den Prüfenden auf Basis dieser Liste als geschichtete Stichprobe mit Hilfe von Zufallszahlen gezogen werden: Es werden jeweils zwei Personen mit Einschränkungen nur der Mobilität, nur der Kognition bzw. in beiden Bereichen sowie drei Personen mit aufwändigen HKP-Leistungen ausgewählt und nach Einwilligung in die Stichprobe aufgenommen. Falls auch nach Anwendung von Ersatzregeln für die Stichprobenziehung keine neun Personen eingeschlos-

2 Im vollstationären Bereich stellt sich die Frage nicht, da diese Einrichtungen eine Gesamtverantwortung für die pflegerische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner übernehmen.

sen werden können, finden bei weniger als neun Personen personenbezogene Prüfungen statt.

Zu jedem Prüfbereich gehört eine unterschiedliche Anzahl von QA. Die QA sind die eigentlichen Prüfungsgegenstände, die jeweils mehr oder weniger komplexe Themen darstellen und inhaltlich an das Begutachtungsinstrument anknüpfen. Prüfbereich 1 umfasst drei QA, die unabhängig von den im Einzelfall vereinbarten Leistungen bei den in die Prüfung einbezogenen Personen prüfrelevant sein können. Prüfbereich 2 betrifft die „Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen“, d. h. die Qualität der Versorgung im Sinne der von dem Pflegedienst erbrachten Sachleistungen gem. SGB XI, die gegliedert nach elf QA beurteilt wird. Zum Prüfbereich 3 gehören die ärztlich verordneten Leistungen der HKP. Er umfasst 35 QA, entsprechend dem seinerzeit geltenden Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie. Prüfbereich 4 nimmt eine Sonderrolle ein, insofern die Prüfenden in Bezug auf die beiden zugehörigen QA (Zusammenarbeit mit Angehörigen; Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung) keine Qualitätsbewertung vornehmen, sondern bei Auffälligkeiten lediglich beraten sollen. ■ Tab. 5.1 zeigt die QA der Prüfbereiche 1 und 2.

Im Rahmen einer personenbezogenen Prüfung müssen die Prüfenden im ersten Schritt klären, welche QA bei der jeweiligen Person prüfbar sind, d. h. in Bezug auf welche QA entweder vertraglich vereinbarte oder ärztlich verordnete Leistungen erbracht werden. Im zweiten Schritt erfolgt die Informationserfassung durch Inaugenscheinnahme und Gespräch mit der pflegebedürftigen Person, Fachgespräch mit Mitarbeitenden des Pflegedienstes, Gespräch mit den Angehörigen, Einsicht in die Pflegedokumentation sowie ggf. weitere Quellen. Die Prüfenden entscheiden jeweils, welche Informationsquellen sie nutzen. Die Verfahrensentwicklerinnen und -entwickler weisen jedoch darauf hin, dass „eine einseitig auf die Dokumentation ausgerichtete Prüfung zu vermeiden [ist]“ (Büscher et al. 2018, An-

■ **Tab. 5.1** Qualitätsaspekte der Prüfbereiche 1 und 2

Prüfbereich 1: Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte	
1.1	Aufnahmemanagement
1.2	Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren
1.3	Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation
Prüfbereich 2: Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen	
2.1	Unterstützung im Bereich der Mobilität
2.2	Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition
2.3	Unterstützung im Bereich der Kommunikation
2.4	Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen
2.5	Unterstützung bei der Körperpflege
2.6	Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
2.7	Unterstützung bei der Ausscheidung
2.8	Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens/Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte
2.9	Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz
2.10	Anleitung/Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz
2.11	Schmerzmanagement
Quelle: Büscher et al. (2018) Pflege-Report 2023	

hang 1, S. 6). Im dritten Schritt beurteilen die Prüfenden mit Blick auf die prüfungsrelevanten QA die Versorgung, indem sie die Leitfragen bearbeiten, die in der zu dem Verfahren gehörenden Ausfüllanleitung für jeden QA formuliert sind (Büscher et al. 2018, Anhang 3). Auf dieser Grundlage wird im letzten Schritt die Bewertung jedes QA bei der be-

treffenden Person vorgenommen, d. h. die sog. „Einzelbewertung“ vergeben: Sofern die Bearbeitung der Leitfragen keine Hinweise auf Auffälligkeiten oder Defizite ergeben hat, wird die Bewertungskategorie A vergeben. Kategorie B (Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen) soll gewählt werden, wenn fachliche Abweichungen oder Irregularitäten (z. B. fehlende Einträge in der Pflegedokumentation) beobachtet werden, die jedoch keine Auswirkungen auf die pflegebedürftige Person haben. Bei festgestellten Mängeln wird zwischen „Defiziten mit Risiko negativer Folgen“ (Kategorie C) und „Defiziten mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen“ (Kategorie D) unterschieden. Alle C- und D-Bewertungen müssen durch die Prüfenden begründet werden, wobei sie sich an einem Katalog von Fragen orientieren sollen (Büscher et al. 2018, Anhang 1, S. 14).

Die stichprobenartig durchgeführten personenbezogenen Prüfungen dienen dem Zweck, die Versorgungsqualität des Pflegedienstes zu messen bzw. zu beschreiben. Die Einzelbewertungen der QA auf Ebene von Personen werden daher nach festen Regeln zu Gesamtbewertungen jedes QA zusammengefasst. Bspw. ergibt sich für einen QA die Gesamtbewertung „Keine oder geringe Qualitätsdefizite“, wenn als Einzelbewertungen maximal ein C und kein D vergeben wurde (ohne Berücksichtigung von Sonderregeln). Weitere Ausprägungen der Gesamtbewertungen sind „Moderate Qualitätsdefizite“, „Erhebliche Qualitätsdefizite“ und „Schwerwiegende Qualitätsdefizite“, die resultieren, je mehr C- oder D-Einzelbewertungen für einen QA vorliegen.

Ein einzelner Pflegedienst kann im Maximalfall 19 Gesamtbewertungen erhalten: Im Prüfbereich 1 können drei QA, im Prüfbereich 2 elf QA prüfungsrelevant sein. In Bezug auf die ärztlich verordneten Leistungen (Prüfbereich 3) resultieren für die 35 zu prüfenden QA nur maximal fünf Gesamtbewertungen. Zum einen entsprechen einige Positionen den QA im Prüfbereich 2 (z. B. Körperpfle-

ge) und werden daher nicht gesondert beurteilt. Zum anderen werden Zusammenfassungen von HKP-Leistungen vorgenommen (z. B. „Dekubitusbehandlung“, „Stomabehandlung“ und „Verbände“ zu „Wundversorgung“).

Für die Qualitätsdarstellung werden diese 19 QA auf 16 reduziert. Von den fünf aus dem Prüfbereich 3 stammenden QA gehen nur die QA „Medikamente“ und „Wundversorgung“ in die öffentliche Darstellung ein, die QA „Spezielle Krankenbeobachtung“, „Psychiatrische Krankenpflege“ sowie „Sonstige HKP“ entfallen. Für jeden dieser 16 QA wird die Gesamtbewertung zusätzlich mit Hilfe einer Symbolik kommuniziert: Vier ausgefüllte Kästchen entsprechen der besten Beurteilung („Keine oder geringe Qualitätsdefizite“), nur ein ausgefülltes und drei leere Kästchen der schlechtesten. Falls ein QA bei dem betreffenden Pflegedienst nicht geprüft wurde, wird ein X gezeigt.

5.3 Herausforderungen bei der Festlegung des Prüfumfangs

Der erste Verfahrensschritt bei einer personenbezogenen Prüfung ist die Ermittlung der prüfungsrelevanten QA, d. h. die Prüfenden müssen anhand der im Einzelfall beauftragten (Prüfbereich 2) bzw. verordneten (Prüfbereich 3) Leistungen ermitteln, welche QA Gegenstand der Prüfung sein werden.

Die Pilotierung hat gezeigt, dass die Bestimmung des Prüfumfangs vor allem im Prüfbereich 2 mit Herausforderungen verbunden ist:

Bei den QA, die einen engen Bezug zu Unterstützungsleistungen bei Verrichtungen des täglichen Lebens aufweisen (QA 2.5 bis 2.7), lässt sich die Prüfungsrelevanz vergleichsweise einfach feststellen, da eine eindeutige Korrespondenz zu bestimmten Leistungskomplexen besteht. In Bezug auf die meisten anderen QA des Prüfbereichs 2 wurde festgestellt, dass sie häufig nicht prüfungsrelevant sind. Dies war teilweise darauf zurückzuführen, dass Personen in der Stichprobe nur Leis-

tungen nach dem SGB V bezogen. Zum anderen waren zum Zeitpunkt der Pilotierung in den Landesrahmenverträgen bzw. Vergütungsvereinbarungen vielfach keine entsprechenden Leistungspositionen definiert und mithin auch keine Beauftragung des Pflegedienstes möglich. Weiterhin bestehen Interpretationsspielräume, wenn ein Leistungskomplex oder eine Zeitvergütung für „(pflegerische) Betreuungsmaßnahmen“ vereinbart ist. Hier wurde es häufiger als schwierig eingeschätzt zu entscheiden, ob nur der QA 2.8 („Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte“) oder ggf. auch die QA 2.2 und 2.4 („Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition“ bzw. „bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen“) prüfungsrelevant sind. Die Prüfenden haben daher i. d. R. nicht nur die Pflegeverträge, sondern auch die Maßnahmen-/Pflegeplanung als Informationsquelle genutzt, die sich jedoch in diesen Fällen vielfach auch als zu wenig differenziert erwies.

Unterschiedliche Interpretationen in Bezug auf die Prüfungsrelevanz haben sich vor allem in Bezug auf die „Unterstützung im Bereich der Mobilität“ (QA 2.1) gezeigt. Das neue Qualitätsprüfungsverfahren knüpft ausdrücklich an den seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff und das daraus resultierende Verständnis pflegerischer Aufgaben an (Wingenfeld und Büscher 2017). Dort heben die Autoren hervor, dass es sich bei dem Grundgedanken der „Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit“ nicht um quasi nebenher zu erledigende Aufgaben handelt, sondern um ein „zielgerichtetes, in der Pflegeplanung fixiertes Vorgehen, bei dem Art, Umfang, Rhythmus, Situationen und Zeitpunkte für ressourcenfördernde Maßnahmen klar definiert [sind]“ (Wingenfeld und Büscher 2017, S. 9). Aus dieser Perspektive ist somit auch in Bezug auf QA 2.1 eine vereinbarte spezifische Leistung Voraussetzung für die Prüfungsrelevanz, was auch in den Schulungen vermittelt wurde, an denen alle Prüfenden vor Start der Pilotierung teilgenommen haben.

In den Pilot-Prüfungen wurde in zahlreichen Fällen der QA 2.1 geprüft, obwohl keine entsprechenden Leistungen vereinbart waren. Zur Begründung führten die Prüfenden an, dass die Unterstützung bzw. Förderung der Mobilität nach ihrem Verständnis integraler Bestandteil, z. B. bei der Erbringung von Leistungen zur Körperpflege, sei und daher auch geprüft werden müsse. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ja eine ganzheitliche Sicht auf den Menschen und die pflegerischen Aufgaben verlange, weshalb die strikte Bindung der Prüfung eines QA an eine zugehörige spezifische Leistung für nicht sinnvoll erachtet wurde. Diese Argumentation wurde nicht nur für die Mobilität, sondern teilweise auch für „Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition“ (QA 2.2) in Anspruch genommen, die ebenfalls im Zusammenhang mit Leistungskomplexen aus dem Bereich der Körperpflege geprüft wurde (vgl. Haaß et al. 2021, Abschn. 3.6.1).

Die Unsicherheit in Bezug auf die Feststellung der Prüfungsrelevanz bestimmter QA zeigte sich auch in den Analyseergebnissen zur Objektivität des Verfahrens (■ Tab. 5.2). In den 19 Pflegediensten, in denen Schatten- und Wiederholungsprüfungen durchgeführt wurden, konnten zwischen vier und neun Personen in die Prüfungen bezogen werden. Insgesamt nahmen 163 pflegebedürftige Personen an diesen Prüfungen teil, davon wurden bei 89 Personen Schattenprüfungen und bei 74 Personen Wiederholungsprüfungen vorgenommen. Eine Untersuchung der Übereinstimmung zwischen den Prüfenden wurde vorgenommen, wenn ein QA bei mindestens 25 Personen von wenigstens einem Prüfenden für relevant erachtet wurde. Dies war bei den sechs bzw. sieben in ■ Tab. 5.2 dargestellten QA der Fall.

Eine hohe bis sehr hohe Übereinstimmung zwischen den Prüfenden im Hinblick auf die Prüfungsrelevanz zeigte sich erwartungsgemäß bei den beiden QA aus dem Prüfbereich 3, die sich auf ärztlich verordnete Leistungen beziehen, und bei den „klassischen“ QA „Unterstützung bei der Körperpflege“ bzw. „bei

Tab. 5.2 Ergebnisse der Objektivitätsanalyse in Bezug auf die Bestimmung der zu prüfenden Qualitätsaspekte: Anzahl (N) personenbezogene Prüfungen und Anteil (p), bei denen beide Prüfenden eine Beurteilung vorgenommen haben

Qualitätsaspekt	Schattenprüfungen		Wiederholungsprüfungen	
	N	p (%)	N	p (%)
1.1 Aufnahmemanagement	33	76	29	72
1.2 Risiken und Gefahren	84	92	72	90
2.1 Mobilität	30	23	39	31
2.5 Körperpflege	61	100	62	94
2.7 Ausscheidung	–	–	29	86
3.26 Medikamente	28	96	30	90
3.31 Verbände	46	93	38	87

Quelle: Haaß et al. 2021, S. 139

N: Anzahl personenbezogene Prüfungen mit mindestens einer Bewertung

p: Anteil der personenbezogenen Prüfungen mit mindestens einer Bewertung, in denen beide Prüfenden eine Beurteilung vornahmen

Ohne Angabe: Es liegt keine hinreichend hohe Anzahl von Beobachtungen vor, daher werden die Ergebnisse nicht ausgewiesen.

Pflege-Report 2023

der Ausscheidung“. Bei den QA 1.1 und 2.1 zeigte sich eine geringere Übereinstimmung. Der QA 1.1 ist nur bei Personen zu prüfen, die in den vorangegangenen sechs Monaten entweder neu in die Versorgung genommen oder in diesem Zeitraum stationär behandelt wurden. Bei etwa einem Viertel der pflegebedürftigen Personen kamen die Prüfenden diesbezüglich nicht zum gleichen Ergebnis. Die niedrige Übereinstimmung bei der „Unterstützung im Bereich der Mobilität“ von nur 23 % bzw. 31 % zwischen den Prüfenden in den Schatten- bzw. Wiederholungsprüfungen bestätigt die angesprochene Problematik einer teilweise unbefriedigenden Objektivität des Verfahrens in Bezug auf die Festlegung der Prüfungsrelevanz von QA.

Als weiterer Aspekt wurde im Rahmen der Untersuchungen zur Objektivität des Verfahrens die Übereinstimmung der Prüfenden bei der Qualitätsbeurteilung der geprüften QA untersucht. Diese Untersuchung ist nur möglich, wenn die Prüfenden zunächst darin übereinstimmen, dass ein QA überhaupt zu prüfen ist. In Bezug auf den QA „Mobilität“ konnte diese Untersuchung nicht sinnvoll durchgeführt werden, da weniger als 25 Urteils-paare zur Verfügung standen. In Bezug auf die übrigen in Tab. 5.2 gezeigten QA konnten zehn Analysen der Interrater-Übereinstimmung anhand der Kennzahl „Krippendorff’s alpha“ durchgeführt werden (Krippendorff 2004). In neun Fällen ergab sich eine unbefriedigende Übereinstimmung von $\alpha < 0,66$ (Haaß et al. 2021, S. 139).

5.4 Möglichkeiten zur Verminderung messmethodischer Schwächen

Die Qualität eines ambulanten Pflegedienstes wird nach dem Verfahren von Büscher et al. (2018) durch die bis zu 19 Gesamtbewertungen der QA (sowie zusätzlich durch die Ergebnisse im einrichtungsbezogenen Prüfbereich 5) abgebildet. Die Operationalisierung von „Pflegetheorie“ über eine Menge von QA knüpft an das im stationären Bereich bereits etablierte Verfahren an und lässt sich sowohl pflegefachlich als auch methodisch gut begründen. Im ambulanten Bereich besteht jedoch die besondere Herausforderung, dass der Prüfungsumfang (d. h. die prüfungsrelevanten QA) bei jeder personenbezogenen Prüfung in Abhängigkeit von den jeweils vereinbarten bzw. ärztlich verordneten Leistungen variiert. Bei einer aus Praktikabilitätsgründen notwendigerweise begrenzten Stichprobe von pflegebedürftigen Personen, die in die Prüfungen einbezogen werden können, besteht daher die Gefahr, dass die Qualität eines Pflegedienstes nur unvollständig bzw. auf einer wenig belastbaren Grundlage erfasst wird.

An den in [Abb. 5.1](#) dargestellten Ergebnissen der Pilotierung lassen sich beide Probleme ablesen. Die dunkelblauen Balken zeigen den Anteil der Pflegedienste, bei denen für den jeweiligen QA eine Gesamtbewertung ermittelt werden konnte. Nur drei QA (1.1, 1.2, 2.5) erreichen annähernd 100 %, neun QA konnten bei mehr als der Hälfte der Pflegedienste beurteilt werden. Bei keinem Pflegedienst konnten alle QA beurteilt werden. Im Mittel wurden je Pflegedienst etwa zehn QA beurteilt, das Maximum waren 14 und das Minimum drei QA (Haaß et al. 2021, S. 114).

Die hellblauen Balken zeigen den Anteil der pflegebedürftigen Personen, bei denen der jeweilige QA geprüft wurde. Nur zwei QA konnten bei mehr als der Hälfte der in die Prüfungen einbezogenen pflegebedürftigen Menschen geprüft werden; die übrigen QA waren bei weniger als der Hälfte prüfungsrelevant.

Der im Vergleich zum dunkelblauen Balken meist deutlich geringere Wert des hellblauen Balkens weist auf das zweite Problem hin: Die Gesamtbewertung eines QA beruht oftmals nur auf einer kleinen Zahl von Einzelbewertungen, weil entweder die Stichprobengröße von neun nicht erreicht wurde oder der QA nur in wenigen personenbezogenen Prüfungen prüfungsrelevant war. Betrachtet man die Anzahl Einzelbewertungen, die den Gesamtbewertungen zugrunde liegen, zeigt sich, dass bspw. der QA „Körperpflege“ bei 75 % der Pflegedienste auf Basis von sechs oder mehr Personen beurteilt wurde. Bereits bei den QA „Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“ bzw. „Ausscheidung“ lag nur bei einem Drittel bzw. einem Viertel der Pflegedienste eine Basis von sechs oder mehr Personen zugrunde. Bei den meisten QA beruhte die Gesamtbewertung nur auf einer bis drei Einzelbewertungen (vgl. Haaß et al. 2021, S. 119).

Selbst wenn man davon ausgeht, dass die Zahl prüfbarer QA steigen wird, wenn nach Anpassung der Landesrahmenverträge entsprechende Leistungen vereinbart werden können, bleibt das Grundproblem bestehen, dass manche QA mangels vereinbarter oder verordneter Leistungen nicht oder nur bei einer kleinen Zahl von pflegebedürftigen Personen prüfbar sind. Obwohl es keine wissenschaftlich vollkommen befriedigende Lösung für dieses Problem gibt, wurde im Rahmen der Pilotierung ein Anpassungsvorschlag entwickelt, der die messmethodischen Schwächen vermindert, ohne die Praktikabilität des Verfahrens nennenswert zu beeinträchtigen.

- Erstes Element des Vorschlags ist die Umstellung der Gesamtbewertungen der QA auf eine Zwei-Jahres-Perspektive, d. h. in die Gesamtbewertung eines QA bei einem Pflegedienst gehen die Ergebnisse der personenbezogenen Prüfungen aus der aktuellen Qualitätsprüfung sowie der vorangegangenen Regelprüfung ein.

Durch diese Modifikation wird die Basis der Gesamtbewertungen verdoppelt (von bis zu neun auf bis zu 18 Personen), ohne die Stich-

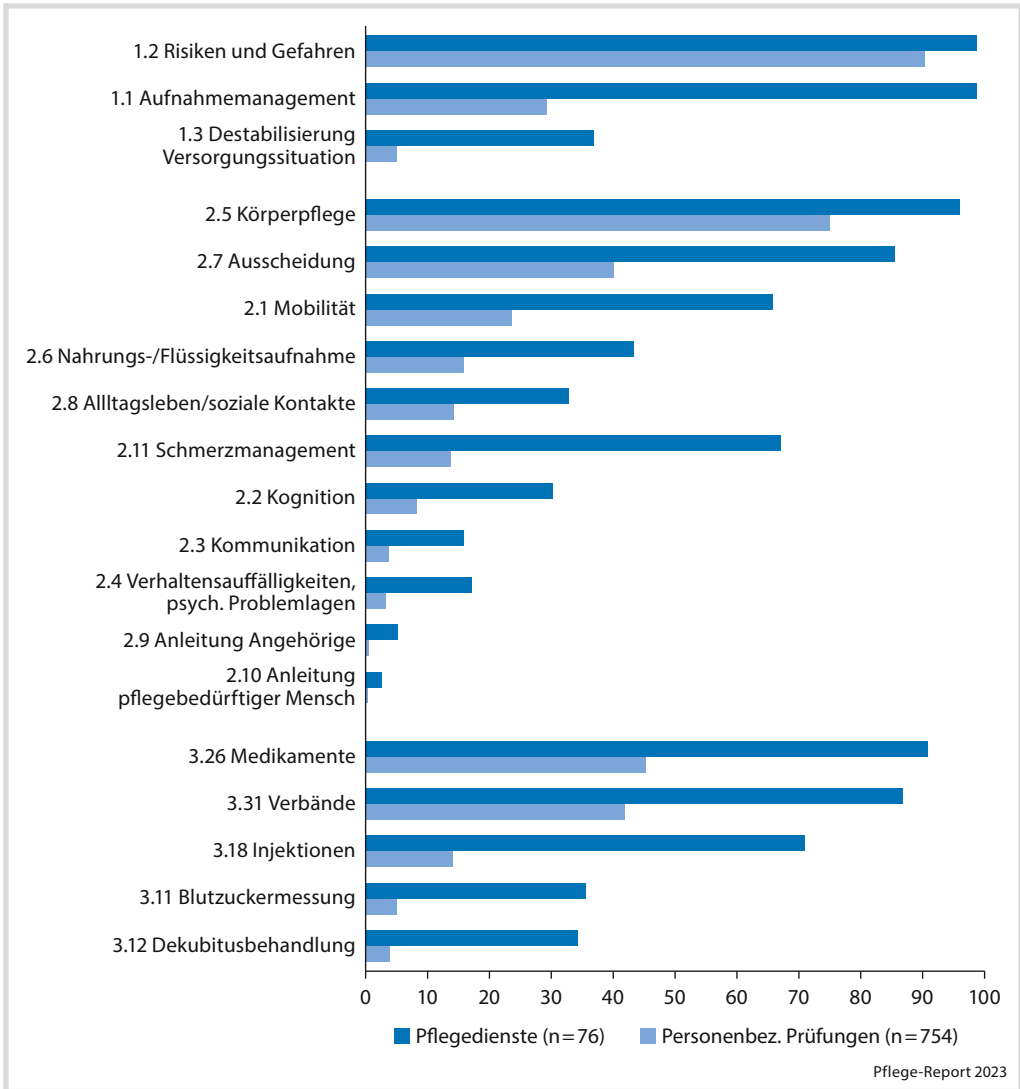


Abb. 5.1 Anteil der Pflegedienste (n = 76) bzw. der personenbezogenen Prüfungen (n = 754), bei denen der jeweilige QA geprüft wurde (bei Prüfbereich 3 nur die

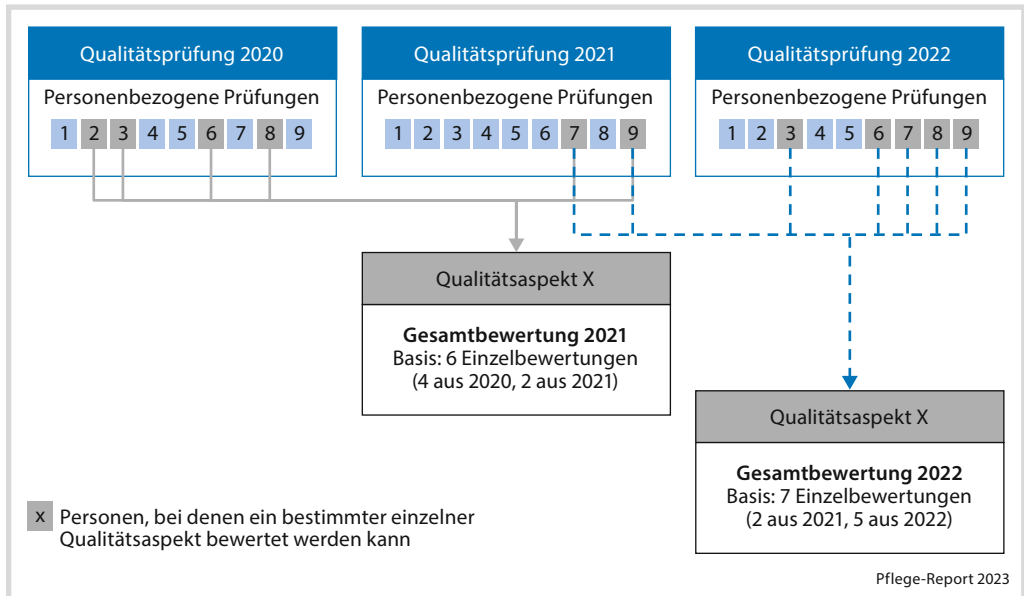
häufigsten fünf QA, ohne spezielle Krankenbeobachtung). (Quelle: Modifiziert nach Haaß et al. 2021, S. 107/Abbildung 9 und S. 117/Abbildung 14)

probengröße der jährlichen Qualitätsprüfung zu erhöhen. **Abb. 5.2** illustriert dieses erste Element des Anpassungsvorschlags.

Die zweite Modifikation würde für den Prüfbereich 2 eine analoge Eindeutigkeit in Bezug auf die Prüfungsrelevanz eines QA schaffen, wie sie im Prüfbereich 3 durch die

Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung besteht:

- Die bisherige Vorgabe, dass ein QA des Prüfbereichs 2 nur geprüft wird, wenn entsprechende Leistungen vereinbart wurden, wird dahingehend ergänzt, dass anknüpfend an den Landesrahmenvertrag bzw. die



■ **Abb. 5.2** Anpassungsvorschlag zur Umstellung der Gesamtbewertung eines Qualitätsaspekts auf Einzelbewertungen aus zwei aufeinanderfolgenden Prüfungen. (Quelle: Haaß et al. 2021, S. 384/Abbildung 75)

zugehörigen Vergütungsvereinbarungen eine verbindliche Zuordnungsvorschrift erstellt wird, bei welchen Leistungen welche QA zu prüfen sind.

Diese zweite Modifikation würde zum einen die oben beschriebenen Objektivitätsmängel in Bezug auf die Festlegung der Prüfungsrelevanz von einzelnen QA beheben. Zum anderen würde damit die Voraussetzung für eine andere Vorgehensweise bei der Stichprobenziehung geschaffen, die das dritte Kernelement des Anpassungsvorschlags darstellt:

- Die Ziehung von pflegebedürftigen Personen in die Stichprobe erfolgt nicht mehr als geschichtete Zufallsauswahl, sondern nach einem deterministischen Algorithmus, der das Ziel verfolgt, sowohl die Anzahl der prüfbar QA als auch die Anzahl der je QA untersuchten pflegebedürftigen Personen zu optimieren (d. h. den Gesamtbewertungen jedes QA sollen möglichst viele Einzelbewertungen zugrunde liegen).

Ziel der dritten Modifikation ist es, bezogen auf die Zwei-Jahres-Perspektive für jeden Pflegedienst möglichst viele QA erfassen zu können und bezogen auf den einzelnen QA jeweils eine Mindestanzahl (Quorum) von Einzelbewertungen zu erreichen. Nimmt man die Regeln zur Zusammenfassung der Einzelbewertungen für einen QA zur Gesamtbewertung dieses QA als Anker, so wäre eine Mindestanzahl von sechs Einzelbewertungen wünschenswert, da dann die „regulären“ Regeln angewendet werden können. Nach den Ergebnissen der Pilotierung dürfte jedoch auch unter den Bedingungen der durch die Zwei-Jahres-Perspektive verdoppelten Stichprobenbasis bei vielen QA dieses Quorum von sechs Einzelbewertungen gegenwärtig nicht erreichbar sein. Deshalb sollten zwei Gruppen von QA gebildet werden: eine Gruppe der häufigeren QA, bei denen ein Quorum von sechs Einzelbewertungen angestrebt wird, und eine Gruppe der selteneren QA, bei denen ein Quorum von vier Einzelbewertungen gilt (jeweils kumu-

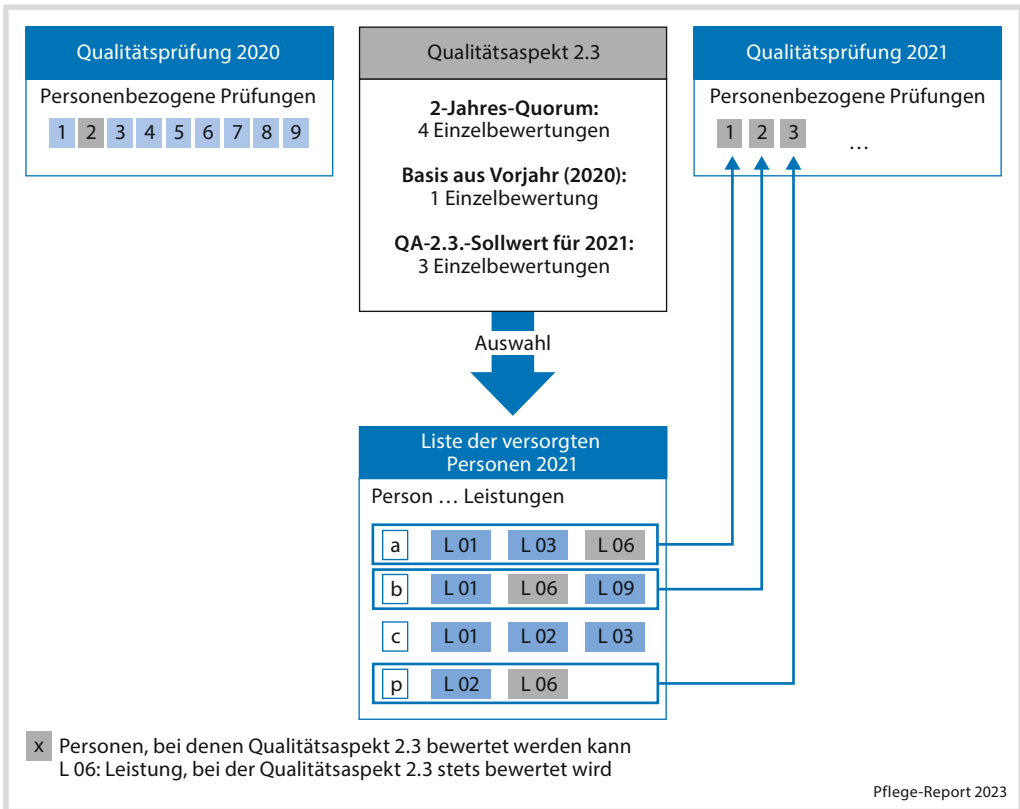


Abb. 5.3 Angepasstes Vorgehen bei der Auswahl von pflegebedürftigen Personen für die personenbezogenen Prüfungen. (Quelle: Haaß et al. 2021, S. 390/Abbildung 76)

liert über zwei Jahre bzw. Qualitätsprüfungen). Bei einer Veränderung der Häufigkeit der Vereinbarung der entsprechenden Leistungen im Zeitverlauf kann die Zuordnung zu diesen beiden Gruppen ggf. verändert werden.

Bei der Qualitätsprüfung in einem gegebenen Jahr würde den Prüfenden die Information vorliegen, wie viele Einzelbewertungen für jeden QA aus dem vorangegangenen Jahr vorliegen. Daraus ergibt sich für die aktuelle Prüfung für jeden QA ein Sollwert von Einzelbewertungen, der in den aktuell durchzuführenden personenbezogenen Prüfungen erreicht werden muss, um für den Pflegedienst das Zwei-Jahres-Quorum von sechs bzw. vier Einzelbewertungen je QA zu erreichen.

Ausgehend von den Sollwerten würden die Prüfenden gezielt pflegebedürftige Personen

in die Stichprobe aufnehmen, bei denen bestimmte QA aus den Prüfbereichen 2 und 3 prüfbar sind. Um dies zu ermöglichen, müsste die Liste der von dem Pflegedienst versorgten Personen die jeweils vereinbarten bzw. verordneten Leistungen aufführen (anstelle der bislang vorgesehenen Angaben zu Beeinträchtigungen von Mobilität/Kognition). In Verbindung mit der o. g. Zuordnungsvorschrift von Leistungen zu QA wäre somit genau bestimmbar, bei welcher Person welche QA prüfbar sind. Die Prüfenden würden dann sukzessive Personen in die Stichprobe aufnehmen, mit denen die Sollwerte erreicht werden können. Als erstes würden Personen ausgewählt, bei denen besonders seltene QA prüfbar sind. Da bei jeder dieser Personen meist mehrere weitere QA (insbesondere die häufig prüfbaren)

mitgeprüft werden können, würden durch diese Vorgehensweise mehrere Sollwerte gleichzeitig aufgefüllt. Die Bildung der Stichprobe lässt sich am effizientesten umsetzen, wenn die Liste der Personen elektronisch vorliegt und eine geeignete Software die Personen auswählt, mit denen die beiden Optimierungsziele (möglichst viele QA, möglichst viele Einzelbewertungen je QA) möglichst gut erreicht werden. ■ Abb. 5.3 zeigt das veränderte Prinzip der Bildung der Stichprobe am Beispiel eines (selten prüfbaren) QA.

Um abzuschätzen, inwieweit mit diesem Vorschlag eine relevante Verbesserung des Verfahrens erzielt werden könnte, wurde basierend auf den Daten der Pilotierung eine Simulation durchgeführt (vgl. Haaß et al. 2021, S. 396 ff.). Dabei ist einschränkend zu berücksichtigen, dass diese Daten nur bedingt geeignet sind, weil u. a. die Festlegung von prüfbaren QA nicht gemäß der obigen Modifikation erfolgt ist. Trotz der Limitierungen lässt die Simulation Aussagen über die voraussichtliche Funktionsfähigkeit des angepassten Verfahrens zu. In die Untersuchung konnten elf QA einbezogen werden; nicht berücksichtigt wurden QA, die nur in 0,4 % bis 3,7 % der personenbezogenen Prüfungen in der Pilotierung prüfbar waren, so dass eine Simulation nicht möglich war. Für die acht QA, die in mindestens 15 % der personenbezogenen Prüfungen prüfbar waren, wurde ein Zwei-Jahres-Quorum von sechs Einzelbewertungen angesetzt (QA 1.1, 1.2, 2.1, 2.5, 2.6, 2.7, Medikamente und Wundversorgung), bei den übrigen drei QA (2.2, 2.8, 2.11) sollten vier Einzelbewertungen erreicht werden. Die Simulation wurde getrennt für Pflegedienste mit 50, 75 und 100 versorgten Personen durchgeführt. Im Ergebnis zeigte sich, dass für die „kleinen“ Pflegedienste in etwa 96 % der Fälle das jeweilige Quorum für alle elf QA erreicht werden konnte. Bei den größeren Diensten wird das Ziel zu praktisch 100 % erreicht.

5.5 Diskussion

Von den umfangreichen Ergebnissen der Pilotierung (Haaß et al. 2021) konnte hier nur ein Ausschnitt dargestellt werden. Mit den beiden erörterten Themen wird jedoch der zentrale Befund der Pilotierung aufgegriffen: Das überzeugende Grundkonzept des neuen Prüfungsverfahrens, nämlich die stärkere Orientierung an der Ergebnisqualität, die über die Beurteilung von 19 QA operationalisiert wird, litte unter einer suboptimalen messmethodischen Umsetzung, wenn das pilotierte Verfahren beibehalten wird.

Grundproblem des Konzepts ist die – von wenigen Ausnahmen abgesehen – nur selten gegebene Prüfbarkeit der QA in den personenbezogenen Prüfungen. Das vorgeschlagene Verfahren einer nach den Kriterien „Beeinträchtigung von Mobilität und/oder Kognition“ geschichteten Stichprobenziehung führt nach den Ergebnissen der Pilotierung nicht zu einer nennenswerten Verbreiterung des Spektrums von prüfbaren QA. Daran dürfte sich auch nichts Wesentliches ändern, wenn die rahmenvertraglichen Grundlagen so weit angepasst sind, dass zu allen QA auch entsprechende Leistungen vereinbar sind. Denn auch ganz „traditionelle“ QA bzw. Leistungen, wie die „Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“, konnten in der Pilotierung nur bei ca. 40 % der Pflegedienste geprüft werden und bei 60 % dieser Dienste beruhten die Gesamtbewertungen nur auf ein bis drei personenbezogenen Prüfungen.

Folge dieses unzureichend gelösten Problems sind Prüfberichte, die je nach Pflegedienst und Jahr Aussagen zu unterschiedlichen, aber nie zu allen QA treffen. Dies beeinträchtigt vor allem die Verständlichkeit und Nutzbarkeit der Qualitätsdarstellung, wie die – hier nicht dargestellten – Ergebnisse der entsprechenden Teilstudie gezeigt haben. Ein Vergleich von Pflegediensten anhand von 16 QA ist ohnehin eine Herausforderung, die nicht leichter wird, wenn bei jedem Dienst über andere QA berichtet wird.

Der Abschlussbericht der Pilotierung macht eine Reihe von Vorschlägen, mit welchen Anpassungen den angesprochenen Schwächen begegnet werden könnte, ohne das Verfahren grundlegend zu verändern. Diese Vorschläge bleiben jedoch unbefriedigend, weil sie mit einer Reduktion der Aussagekraft der Qualitätsprüfungen – z. B. durch Fokussierung auf die (wenigen) besser prüfbaren QA – einhergingen. Aus diesem Grund wurde der oben skizzierte Vorschlag einer grundsätzlichen Modifikation der messmethodischen Vorgehensweise entwickelt und im Anhang des Abschlussberichts ausführlich dargestellt.

Erstes Kernelement dieses Vorschlags ist die Umstellung zwar nicht des Prüfrhythmus, aber des Algorithmus zur Ableitung der Qualitätsbeurteilungen auf einen gleitenden Zwei-Jahres-Zeitraum. Gegen diesen Vorschlag kann eingewendet werden, dass eine Beurteilung dann nicht mehr den Stand des aktuellsten Jahres, sondern ein Aggregat aus der aktuellen Situation und der des Vorjahres darstellt. Dieser vermeintliche Nachteil wird u. E. mehr als aufgewogen durch den Gewinn an Zuverlässigkeit (größere Stichprobenbasis) bzw. die Tatsache, dass über mehr QA überhaupt regelmäßig eine Aussage getroffen werden könnte. Das von Büscher et al. (2018) vorgeschlagene Verfahren führt bei den meisten QA zu erratischen Ergebnissen: In einem Jahr kann über den QA berichtet werden, im nächsten wieder nicht, und das mit jeweils geringer Datenbasis. Die über zwei Jahre aggregierte Beurteilung führt dagegen zu einem stabileren und zuverlässigeren Bild der Einrichtungsqualität.

Mit der Umstellung auf eine Zwei-Jahres-Perspektive bzw. auf das oben dargestellte modifizierte Verfahren insgesamt ergäbe sich auch für das Qualitätsmanagement der Pflegedienste eine neue Situation, die dem übergeordneten Ziel einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung eher förderlich wäre. Zum einen muss sich der Dienst darauf einstellen, dass für nahezu alle QA auch in jedem Jahr eine Qualitätsbeurteilung erfolgt. Zum anderen hätte der Dienst die Möglichkeit, gezielter an seinen Er-

gebnissen zu arbeiten: Wenn im aktuellen Jahr Defizite bei einem QA festgestellt wurden, kann der Dienst zumindest für das Folgejahr eine schlechte Qualitätsbeurteilung u. U. noch abwenden, wenn durch gezielte Maßnahmen verhindert wird, dass im Folgejahr wieder Defizite festgestellt werden.

Zweites Kernelement des Vorschlags ist die gezielte Auswahl von Personen für die personenbezogenen Prüfungen nach Maßgabe der bei ihnen jeweils prüfbaren QA. Dagegen kann eingewandt werden, dass es sich hier nicht mehr um eine Zufallsauswahl von pflegebedürftigen Personen handelt. Dieser Einwand ignoriert jedoch den konzeptionellen Kern des neuen Qualitätsprüfungsinstrumentariums: Die Qualität wird über die QA operationalisiert, deshalb muss die Gewinnung von Personen Priorität haben, bei denen die Leistungsfähigkeit des Pflegedienstes in Bezug auf einen QA tatsächlich prüfbar ist. Zufällig gezogene Personen, die keine oder wenige Informationen über die QA liefern, sind angesichts des begrenzten Stichprobenumfangs nicht sinnvoll.

Voraussetzung für die Umsetzbarkeit des Vorschlags ist das dritte Element, nämlich die Formalisierung der Zuordnung von QA zu Leistungen, bei denen sie geprüft werden sollen (sofern auch die Zusatzbedingung der konkreten Beeinflussbarkeit durch den Pflegedienst im Einzelfall gegeben ist). Zum Thema der Feststellung der Prüfrelevanz der QA wurden u. a. Ergebnisse aus den Untersuchungen zu dem messmethodischen Gütekriterium der „Objektivität“ berichtet, die gezeigt haben, dass zumindest die an der Pilotierung beteiligten Prüfenden vielfach nicht zu übereinstimmenden Entscheidungen gekommen sind. Die geschilderten Probleme können u. U. durch eine noch intensivere Schulung bzw. mit wachsender Anwendungserfahrung der Prüfenden abnehmen oder verschwinden. Der geeignetere Weg wäre jedoch auch hier, das Verfahren technisch so zu gestalten, dass an dieser entscheidenden Stelle keine Spielräume für unterschiedliche Interpretationen bestehen. Da ein QA nur geprüft werden soll, wenn korrespon-

dierende Leistungen vereinbart oder verordnet sind, sollte es möglich sein, auf Landesebene entsprechende Zuordnungsvorschriften aufzustellen.

Der gesetzliche Auftrag zur Entwicklung der Instrumente für die Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege (§ 113b Abs. 4 SGB XI) umfasst auch die Durchführung einer Pilotierung. Dadurch wurde es möglich, die komplexen Vorgehensweisen im Kontext der Prüfungsvorbereitung und -durchführung, die Verteilung der untersuchten QA und der Qualitätsbeurteilungen sowie Aspekte der Nutzbarkeit der Ergebnisse durch die Zielgruppen (Landesverbände der Pflegekassen, Verbraucherinnen und Verbraucher) zu untersuchen und ggf. Anpassungen vorzunehmen, bevor die neuen Verfahren in die Routine überführt werden. Welche Anregungen aus der Pilotierung letztlich in die Ausgestaltung der neuen Qualitätsprüfungsinstrumente einfließen, ist gegenwärtig noch nicht bekannt.

Literatur

Büscher A, Wingenfeld K, Wibbeke D, Loetz F, Rode M, Gruber E-M, Stomberg D (2018) Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung

nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege, Abschlussbericht im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege. <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2022/06/Verfahren-Qualita%CC%88t-ambulant-Abschlussbericht-HSOS-IPW-samt-Anha%CC%88ngen-13.-September-2018.pdf>. Zugriffen: 15. Juni 2023

Haaß FA, Rellecke J, Beikirch E, Nolting H-D (2021) Pilotierung der neuen ambulanten Qualitätsprüfung. Pilotierung der Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege. <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2021/03/Pilotierung-ambulant-Abschlussbericht-IGES.pdf>. Zugriffen: 15. Juni 2023

Krippendorff K (2004) Reliability. In: Content analysis: an introduction to its methodology, 2. Aufl. SAGE, Thousand Oaks, S 211–256

MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, GKV-Spitzenverband (2020) Qualitätsprüfungs-Richtlinien Transparenzvereinbarungen. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff SGB XI. Teil 1a – Ambulante Pflegedienste. https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/QPR_Teil_1a_ambulante_Pflegedienste_MDS_2020-10_LZ.pdf. Zugriffen: 15. Juni 2023

Wingenfeld K, Büscher A (2017) Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf. Zugriffen: 15. Juni 2023

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Public Reporting der Qualität der Leistung der Langzeitpflege

Gabriele Meyer und Almuth Berg

Inhaltsverzeichnis

- 6.1 Qualitätstransparenz durch Public Reporting – 108**
- 6.2 Pflegenoten und novellierte Berichterstattung
über Pflegeeinrichtungen – 109**
- 6.3 Wie wirksam und sicher ist Public Reporting? – 109**
- 6.4 Antipsychotika-Verordnungen – wo Public Reporting
den Unterschied machen könnte – 111**
 - 6.4.1 Reduktion von Antipsychotika-Verordnungen –
„Mission impossible“? – 111
 - 6.4.2 Beispiele für Public Reporting von Antipsychotika-
Verordnungen – 112
- 6.5 Fazit – 113**
- Literatur – 114**

■ ■ Zusammenfassung

Der Beitrag diskutiert die öffentliche Berichterstattung (Public Reporting) von Indikatoren relevanter Versorgungsaspekte in Pflegeeinrichtungen als mögliche Strategie zur Qualitätsverbesserung durch Transparenz. Am Beispiel der anhaltend hohen und änderungsresistenten Verordnungsraten von Antipsychotika in deutschen Pflegeheimen werden internationale Ansätze entsprechender Qualitätsberichterstattung vorgestellt. Aber auch wenn Public Reporting Potenzial verspricht, scheinen komplexe Maßnahmenpakete erforderlich zu sein. Um Unsicherheiten im Hinblick auf wirksames und sicheres Public Reporting zu überwinden, müssen prospektive Evaluationen erfolgen, die mehrdimensionale Ergebnisparameter und unbeabsichtigte Wirkungen berücksichtigen.

We discuss Public Reporting of indicators relevant for the long-term care of older people as strategy to improve quality through transparency. The constantly high prescription rate of antipsychotics in German nursing homes is taken as an example to introduce international approaches of Public Reporting. Even though Public Reporting seems to be promising, more complex interventions comprising further components of quality improvement are likely to be more effective. To overcome uncertainties regarding the effectiveness and safety of Public Reporting, prospective evaluations assessing multidimensional outcomes and adverse effects should be carried out.

6.1 Qualitätstransparenz durch Public Reporting

Pflegebedürftige Menschen haben das Recht auf freie Wahl einer Pflegeeinrichtung und benötigen dafür entscheidungsrelevante Informationen. Im Elften Sozialgesetzbuch, §§ 7 und 115, ist geregelt, dass der in den Pflegeeinrichtungen erbrachte Leistungsumfang und die Qualität der Leistung für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in verständlicher, übersichtlicher und vergleichbarer Form öf-

fentlich zugänglich sein müssen. Die gelebten Unterschiede in der Berichterstattung der Qualitätstransparenz wurden jedoch erst kürzlich einschlägig kritisiert, denn diese erschweren den künftigen Nutzerinnen und Nutzern der Angebote in einigen Bundesländern, ihr Recht auf freie Wahl der Leistungserbringer auszuüben (Bertelsmann Stiftung 2022).

Öffentliche Berichterstattung (engl. Public Reporting) ist eine Qualitätsstrategie, die dadurch gekennzeichnet ist, qualitätsrelevante Information an die Öffentlichkeit zu kommunizieren über nicht-anonyme, identifizierbare Anbietende bzw. Angebote unter Benutzung systematisch erhobener komparativer Daten (Cacace et al. 2019). Public Reporting vermag nicht nur die Nutzerinnen und Nutzer von Pflegeangeboten in der Entscheidungsfindung zu leiten und ihnen zu ermöglichen, qualitativ hochwertige Angebote auszuwählen, sondern auch Anreize für die Anbietenden zu schaffen, ihre Qualität zu verbessern. Gemäß der Rational-Choice-Theorie wird erwartet, dass Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitssystems sich selbst über die Qualität informieren bevor sie einen bestimmten Anbietenden auswählen. Die Anbietenden mit hoher Qualität werden somit belohnt, während Anbietende mit niedriger Qualität gemieden werden und damit stimuliert werden, ihre Ergebnisse zu verbessern (Fung et al. 2008). Verschiedene Mechanismen sind beschrieben. Der „Selection Pathway“ fungiert als Stimulus für Anbietende zur Qualitätsverbesserung aus dem Bemühen heraus, keine Marktanteile verlieren zu wollen an Anbietende mit besseren Ergebnissen, die von Konsumentinnen und Konsumenten bevorzugt gewählt werden. Der „Change Pathway“ basiert auf der Vorstellung, dass die Möglichkeit der Identifikation eigener Qualitätsdefizite im Vergleich zu anderen Anbietenden beziehungsweise einem „erwarteten“ Niveau ausreichend ist, um Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen und ihre Organisationen zu motivieren, die Qualität zu verbessern (Berwick et al. 2003). Daneben wurde ein dritter Mechanismus, der „Reputation Pathway“, in die Diskussion eingeführt (Hib-

bard et al. 2005). Dieser geht davon aus, dass Anbietende mit schlechter Performanz nach öffentlicher Berichterstattung identifiziert werden, einen Reputationsschaden erleiden und stimuliert werden, ihre Qualität zu verbessern, um ihre Reputation zu verbessern.

Bürgerinnen und Bürger bejahen in Umfragen mehrheitlich die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, Rechenschaft über die erbrachte Qualität gegenüber der Öffentlichkeit, den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie der Versichertengemeinschaft abzulegen (Bertelsmann Stiftung 2022).

Der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege schließlich sieht in seinem Gutachten 2023 in der optimierten Qualitätsberichterstattung einen Ansatzpunkt, wirksamer zu verhindern, dass Pflegeanbieter von einer schlechten Qualität der Leistungen im schnell wachsenden Langzeitpflegesektor profitieren und der Gewinnorientierung höchste Priorität einräumen – anstatt fairen Löhnen, angemessener, bedarfsgerechter Personalausstattung sowie Reinvestition in die Einrichtung den Vorrang zu geben (SVR Gesundheit und Pflege 2023).

6.2 Pflegenoten und novellierte Berichterstattung über Pflegeeinrichtungen

Für Pflegeheime und ambulante Pflegedienste in Deutschland begann das Public Reporting mit den 2008/2009 eingeführten so genannten Pflegenoten, die auf das System der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI durch den Medizinischen Dienst beziehungsweise den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. aufgesetzt wurden. Die Pflegenoten, denen die Bewertungssystematik der Schulnoten zugrunde lag, wurden einschlägig kritisiert (Hasseler und Wolf-Ostermann 2010). Argumente waren die mangelnde Relevanz der Ergebnisqualität, die fehlende Gewichtung bei der Bildung der Durchschnittsnote, sodass kritische Einzelergebnisse nivelliert wurden, und die unzureichende Fähigkeit, zwi-

schen guter und schlechter Qualität zu unterscheiden. So betrugen beispielsweise im Bundesdurchschnitt die Noten für das Gesamtergebnis bei den stationären Pflegeeinrichtungen „1,2“ und bei den ambulanten Pflegediensten „1,3“ (vdek 2019).

Diese und andere Kritikpunkte führten zu einer mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz („Pflegereform 2017“) veranlassten Neufassung der Prüfverfahren und Alternative zur bisherigen Pflegenotendarstellung. Für die ambulante Pflege befindet sich die Anpassung in Vorbereitung. Im Bereich der stationären Pflege besteht die neue Qualitätsdarstellung aus einrichtungsinterner Messung von Qualitätsindikatoren (Vollerhebung), externer Prüfung durch den Medizinischen Dienst sowie allgemeinen Angaben zur Einrichtung (inklusive Personalausstattung). Dieses Drei-Säulen-System lässt differenziertere Informationen zu als die Pflegenoten. Eine einschlägige Evaluation bleibt jedoch abzuwarten. Die Umsetzung in die Praxis war aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie bis Anfang 2022 ausgesetzt (Bertelsmann Stiftung 2022). Die Nutzerfreundlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Darstellung der Prüfergebnisse für die Öffentlichkeit wird aber bereits jetzt kritisiert und ein erneutes Scheitern der Qualitätsberichterstattung in der Pflege in Aussicht gestellt (Bertelsmann Stiftung 2022).

6.3 Wie wirksam und sicher ist Public Reporting?

Forschung zum Impact von Public Reporting im Gesundheitswesen fokussiert oft auf den „Selection Pathway“. Die Voraussetzungen, dass dieser wirksam werden kann, sind jedoch nicht immer gegeben.

In einer repräsentativen Umfrage ist den Bürgerinnen und Bürgern bei der Auswahl eines Pflegeheims die Qualität von Pflege und Betreuung am wichtigsten. Auch die Anzahl sowie die Qualifikation des Personals gehören zu den wichtigsten Auswahlkriterien (Bertelsmann Stiftung und Weisse Liste 2017).

In welchem Ausmaß Bürgerinnen und Bürger indessen tatsächlich die öffentliche Berichterstattung über Pflegeeinrichtungen als Entscheidungskriterium heranziehen, ist unklar.

Eine an der Qualität orientierte Wahl eines Angebots macht zudem Auswahloptionen vonnöten – ein Umstand, der bei der Wahl eines Pflegeheimes oder eines ambulanten Pflegedienstes nicht immer gegeben ist. Auch müsste die qualitätsgesteuerte Auswahl der Inanspruchnahme eines Langzeitpflegeangebots einen Einfluss auf den Marktanteil des Anbietenden haben und marktdynamisch sogar dazu führen können, dass Einrichtungen schließen. Vor dem Hintergrund knapper Verfügbarkeit von Langzeitpflegeangeboten und entsprechenden Wartezeiten dürfte deutlich werden, dass der „Selection Pathway“ hierzulande wahrscheinlich nicht wirksam werden kann (Poldrugovac et al. 2022). Für hoch kompetitive Marktbedingungen hingegen ist beschrieben, dass Pflegeeinrichtungen ihre Performanz infolge von Public Reporting verbesserten (Grabowski und Town 2011). Die Verbesserungen fallen größer aus, wenn die initiale Qualität schlechter ist (Totten et al. 2012).

Ein Cochrane-Review (Metcalf et al. 2018) untersuchte, ob öffentlich zugängliche Informationen über Performanzdaten von Anbietenden von Gesundheitsleistungen einen messbaren Einfluss auf das Konsum-, Kauf- und Leistungsverhalten im Gesundheitswesen haben und ob die Performanz der Leistungserbringer die klinischen Ergebnisse und die Arbeitsmoral beeinflusst. Zwölf kontrollierte Studien wurden ausgewertet, wobei acht in den USA und je eine in Kanada, Korea, China und den Niederlanden lokalisiert waren. Im Ergebnis lag wenig vertrauenswürdige Evidenz vor, dass öffentlich zugängliche Performanzdaten hinsichtlich der Nutzung durch Konsumentinnen und Konsumenten im Gesundheitswesen sowie bei den Anbietenden und deren Performanz einen Unterschied machen. Ebenso gab

es nur schwache Hinweise darauf, dass klinische Ergebnisse positiv beeinflusst werden können. Der Cochrane Review schlussfolgert, dass die vorliegende Evidenz wenig aussagekräftig ist und weitere Studien abzuwarten bleiben (Metcalf et al. 2018).

Da Public Reporting auch zu unerwünschten Effekten führen kann, bleiben bei der Planung entsprechender Evaluationsstudien die Auswirkungen auf andere Endpunkte zu berücksichtigen. Ein Beispiel unerwünschter Folgen trat im Zusammenhang mit dem Public Reporting der Häufigkeit der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen in Pflegeheimen in den USA auf. So wird geschätzt, dass diese Berichterstattung zu einem nennenswerten, nicht intendierten Anstieg der Verordnungen von Antipsychotika geführt hat (Konetzka et al. 2014).

Evaluationen von Public Reporting sollten daher nicht nur die Frage nach dem „does it work?“ stellen, sondern vielmehr die Frage nach dem „when, how, and why does it work - and for whom?“ (Sandmeyer und Fraser 2016). Das Rahmenmodell des britischen Medical Research Council für die Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen (Skivington et al. 2021) eignet sich auch zur Planung und Evaluation von Public-Reporting-Interventionen.

Insgesamt gibt es noch viele Unsicherheiten im Hinblick auf wirksames und sicheres Public Reporting, einige grundlegende Aspekte der Konzeption haben sich jedoch herauskristallisiert (Sandmeyer und Fraser 2016). So soll das Public Reporting Fragen und Prioritäten adressieren, die Konsumentinnen und Konsumenten (und ihre Subgruppen) im Gesundheitswesen tatsächlich haben. Ferner muss die Information vertrauenswürdig sein und in einer verständlichen Form zielgruppenspezifisch aufbereitet werden, die Zielgruppe auch erreicht werden und diese in die Lage versetzt werden, Konsequenzen aus der Information zu ziehen.

6.4 Antipsychotika-Verordnungen – wo Public Reporting den Unterschied machen könnte

Im internationalen Vergleich ist die Verschreibungsrate von psychotrop wirksamen Medikamenten bei Bewohnerinnen und Bewohnern deutscher Pflegeheime anhaltend hoch (Janus et al. 2016; Thürmann 2017). Dazu zählen vorrangig Antipsychotika, aber auch Tranquilizer, Schlafmittel und Antidepressiva. Psychotrope Medikamente werden oft eingesetzt, um die Menschen an selbstbestimmter Fortbewegung zu hindern, sie antriebslos und schläfrig zu machen. Insbesondere Antipsychotika stehen in Misskredit. Sie werden verschrieben, um Demenz-assoziierte Verhaltensweisen zu kontrollieren, beispielsweise Bewegungsdrang, innerliche Unruhe oder Wahnvorstellungen. Bis zu 30 % der Pflegebedürftigen in deutschen Pflegeheimen werden mit Antipsychotika behandelt; bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz liegt der Anteil bei bis zu 45 % (Janus et al. 2016; Richter et al. 2012; Schwinger et al. 2017). Gemäß Leitlinien sollen diese aber maximal – als letzter Therapieschritt nach psychosozialen und umgebungsmodifizierenden Interventionen – zur Kurzzeitbehandlung eingesetzt werden, denn sie können schwere Nebenwirkungen haben (Richter et al. 2012; Thürmann 2017). Hingegen werden Antipsychotika jedoch häufig ohne eine angemessene Indikation, zu lange und ohne die regelmäßige Überprüfung der Indikation verschrieben (Spek et al. 2016).

Die Häufigkeit der Verordnung von Antipsychotika in Pflegeheimen wird seit langem kritisiert und Prävalenzen werden regelmäßig publiziert (Thürmann 2017). Die mediale Aufmerksamkeit ist meist gegeben (Gerth 2009; Lehrke 2020). Eine Verringerung der Verordnungshäufigkeit zeichnet sich jedoch bisher nicht ab.

Bislang hat es keine Konsequenz, wenn eine Einrichtung und ihre verschreibenden Ärztinnen und Ärzte beruhigende Medikamente übermäßig verabreichen. Das Ausmaß der Ver-

ordnung von Antipsychotika und anderer beruhigender Medikamente ist bisher kein zu überprüfendes Qualitätskriterium in deutschen Pflegeheimen.

Nebenwirkungen wie Schlaganfall oder vorzeitiger Tod, aber auch Stürze und Sturzbedingte Verletzungen sind im Einzelfall nicht als Ursache der Medikamentenverordnung erkennbar. Gesundheitliche Beeinträchtigungen, Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Verschlechterung des geistigen Zustandes und der Motorik scheinen in Kauf genommen zu werden.

6.4.1 Reduktion von Antipsychotika-Verordnungen – „Mission impossible“?

In den letzten Jahren wurden international, aber auch hierzulande etliche regulatorische Aktivitäten (Kirkham et al. 2017) und Forschungsaktivitäten initiiert, um die Rate der Verordnung von Antipsychotika zu reduzieren. In neueren kontrollierten Studien in Deutschland konnte kein Effekt verzeichnet werden (Junius-Walker et al. 2021; Richter et al. 2019).

In dem eigenen vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Vorhaben „EPCentCare“ wurde ein in Großbritannien erfolgreich getestetes Programm aktualisiert und an die hiesigen Bedingungen angepasst (Richter et al. 2019). An der Cluster-randomisierten kontrollierten Studie nahmen 37 Pflegeheime mit insgesamt 1.153 Bewohnerinnen und Bewohnern teil.

Die Ergebnisse der Studie nach zwölf Monaten Beobachtungszeit sind enttäuschend. Die Bewohnerinnen und Bewohner der Interventionsgruppe haben von dem erprobten Person-zentrierten Ansatz nicht profitiert. Der Anteil mit mindestens einem Antipsychotikum lag bei 44,6 % bei Studienbeginn und bei 44,8 % am Ende, während der Anteil in der Kontrollgruppe etwas abnahm, von 39,8 auf 33,3 %.

Das Programm aus Großbritannien zur Gestaltung einer psychosozialen Pflege- und Betreuungssituation als Gegenentwurf zur Ruhigstellung mit Antipsychotika wirkt in deutschen Pflegeheimen unter den gegebenen Betreuungs- und Ausstattungsbedingungen offensichtlich nicht. Im Unterschied zu Großbritannien war eine große Anzahl von Ärztinnen und Ärzten (ca. $n=450$) involviert, was mehr Abstimmungsbedarfe, mehr Informationsverlust und größere Barrieren zur Umsetzung von qualitätssichernden Maßnahmen impliziert. Die Pflegenden fanden den Personenzentrierten Ansatz zwar sinnvoll, gaben jedoch an, dass sie diesen aufgrund von Personalengpässen und mangelnden Zeitressourcen, fehlender Unterstützung im Team und Kommunikationsbarrieren nicht ausreichend hätten umsetzen können (Richter et al. 2022).

Die Schulung von Pflegenden, Ärztinnen und Ärzten und der Appell an eben diese, die medizinischen Leitlinien beziehungsweise den besten internationalen Kenntnisstand zum sorgsamem Umgang mit Antipsychotika in der Langzeitpflege umzusetzen, können unter den gegebenen Bedingungen in Deutschland offensichtlich nicht wirksam werden. Der massiven nicht indizierten Verordnung von Antipsychotika scheint so nicht beizukommen zu sein. Die schlechte Kooperation der Berufsgruppen und zu geringe personelle Spielräume verhindern offensichtlich die Umsetzung von international wirksamer Best Practice.

6.4.2 Beispiele für Public Reporting von Antipsychotika-Verordnungen

Verschiedene Gesundheitssysteme haben bereits die Messung der Antipsychotika-Verordnungsraten als Indikator im Kontext der Qualitätsberichterstattung etabliert. Ziel ist dabei nicht die grundsätzliche Erfassung der Antipsychotika, sondern die Identifikation inadäquater beziehungsweise nicht indizierter, das heißt nicht leitliniengerechter Antipsychotika-

Verordnungen („inappropriateness“). Zu diesen Strategien liegen mittlerweile insbesondere aus Kanada und den USA diverse Analysen vor.

Im kanadischen Ontario wurde infolge einer Serie von Presseberichten und der Positionierung durch Politikerinnen und Politiker ein Public Reporting von Antipsychotika-Verschreibungen eingeführt. Die Wirksamkeit wurde in einer Zeitreihenanalyse exploriert (Ivers et al. 2019). Untersucht wurden Routinedaten von rund 120.000 Bewohnerinnen und Bewohnern aus 636 Pflegeheimen. Die Antipsychotika wurden nicht isoliert betrachtet, sondern Benzodiazepin und Trazodon wurden als potenzielle Ersatzmedikamente ebenfalls analysiert. Die Rate der Verschreibungen lag in den sechs Monaten vor der Presseberichterstattung bei 32,5 %. Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit mindestens einer Antipsychotika-Verordnung sank nach der Presseberichterstattung um 1,28 % (95 %-Konfidenzintervall [KI] 1,08–1,48 %) und dieser Trend setzte sich um monatlich 0,2 % (95 %-KI 0,16–0,24 %) fort. Das konsekutiv implementierte online-basierte Public Reporting hat diesen Trend nicht beeinflusst. Im Zeitverlauf von drei Jahren betrug die absolute Reduktion der Verschreibungsrate der Antipsychotika 6,0 % (95 %-KI 5,1–6,9 %). Die Verschreibung von Benzodiazepin und Trazodon änderte sich in Abhängigkeit der Medienberichte und des Public Reporting nicht. So scheinen allerdings nicht das Public Reporting, sondern vor allem die mediale Aufmerksamkeit und die politische Einmischung mit einer Reduktion der Verschreibungshäufigkeit assoziiert zu sein. Die Analyse bestätigt die Ergebnisse eines älteren Cochrane Review (Grilli et al. 2002), der aufzeigte, dass die Medien eine wichtige Rolle bei der Beeinflussung der Nutzung von Gesundheitsversorgungsmaßnahmen spielen.

In den USA erfolgt seit 2012 eine Web-basierte öffentliche Berichterstattung von Antipsychotika-Verschreibungen in Pflegeheimen durch die Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Mit ihrer nationalen Initia-

tive zur Reduktion von Antipsychotika haben diese in den Pflegeheimen eine komplexe Intervention implementiert (Gurwitz et al. 2017). Bestandteile sind neben Public Reporting mit direkter Kontaktaufnahme zu Einrichtungen mit ungebrochen hoher Verschreibungshäufigkeit unter anderem die Bereitstellung von Schulungs- und Trainingsressourcen für Gesundheitsfachpersonen und pflegende Angehörige sowie die Einbindung relevanter Akteurinnen und Akteure. Darunter zählen große Pflegeanbieter und Organisationen, die die Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner vertreten mit dem Ziel, gute Koalitionen zu bilden und „local champions“ zu etablieren. Die Analyse der von den Heimen zu Rezertifizierungszwecken erhobenen Daten weist hier auf einen – zumindest kurzfristigen – Effekt des Public Reportings auf die Verringerung der Verordnungshäufigkeit von Antipsychotika hin (Bowblis et al. 2015). Binnen fünf Jahren ist die Verschreibungshäufigkeit von ca. 24 auf 16 % zurückgegangen. Diese Entwicklung gilt es jedoch sorgfältig zu evaluieren. Es scheint, dass die Initiative keinen Einfluss auf andere Settings wie Betreutes Wohnen gehabt hat (Coe et al. 2022). Ungeklärt ist die Nachhaltigkeit der rückläufigen Verschreibungsrate von Antipsychotika und wie niedrig die Rate tatsächlich fallen kann. Ungeklärt sind auch die beobachteten Variationen zwischen Regionen, US-Staaten und Pflegeeinrichtungen. Die Auswirkungen auf Zielgrößen wie Stürze, Hüftfrakturen, Schlaganfälle, Funktionsfähigkeit oder Lebensqualität bleiben ebenso ungewiss wie mögliche Ersatzverschreibungen anderer Medikamente mit sedierenden Effekten. Und schließlich kann ob der Komplexität der Intervention nicht ausgesagt werden, ob alle Interventionskomponenten einen relevanten Einfluss auf die Wirkung hatten (Gurwitz et al. 2017). Sowohl in Kanada als auch in den USA ergeben sich Hinweise auf eine Zunahme „angemessener“ Antipsychotika-Verschreibungen oder vermehrte Ausschlüsse von der Berichterstattung durch den Anstieg entsprechender Indikationen beziehungs-

weise Diagnosen (Harris et al. 2022; Winter et al. 2021). So wurde nach Zeiten erhöhter Medienaufmerksamkeit und der öffentlichen Berichterstattung über Antipsychotika ein starker Zuwachs bei der Kodierung von Wahnvorstellungen beobachtet, einem Symptom zur Begründung der Angemessenheit der Anwendung von Antipsychotika (Harris et al. 2022).

Auch in Deutschland liegt nun mit dem Projekt „Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR)“ eine Qualitätskennzahl zur Dauerverordnung von Antipsychotika bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern mit Demenz vor (Behrendt et al. 2022). Diese basiert – neben elf weiteren Indikatoren zur Versorgungsqualität – auf Routinedaten und ist momentan für das interne Qualitätsmanagement vorgesehen. Die mögliche Nutzung für die öffentliche Qualitätsberichterstattung sollte perspektivisch jedoch diskutiert werden.

6.5 Fazit

Public Reporting verspricht Potenzial, aber es liegt keine über alle Zweifel erhabene Evidenz zu Wirksamkeit und Sicherheit vor. Public Reporting muss als komplexe Intervention betrachtet und geplant werden. Es liegt nahe, Public Reporting in ein Paket von Maßnahmen einzubinden, wie beispielsweise in den USA praktiziert wird. Prospektive Evaluationen müssen mehrdimensionale Outcomeparameter und unerwünschte Wirkungen berücksichtigen. Das Rahmenmodell des UK Medical Research Council eignet sich hierfür als methodische Grundlage. Im Falle der scheinbar änderungsresistenten Verordnungspraxis von Antipsychotika erscheint es lohnenswert, die Antipsychotika-Verordnungen öffentlich zugänglich als Qualitätsindikator der Einrichtungen der Langzeitpflege zu berichten. Eine kontrollierte Studie zur Evaluation ist jedoch angebracht, bevor der Ansatz national implementiert wird.

Literatur

- Behrendt S, Tsiasioti C, Studinski E, Stammann C, Lingnau R, Özdes T, Willms G, Klauber J, Schwinger A (2022) Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR): Indikatoren. Schnittstelle Arzneimittelversorgung bei Pflegeheimbewohner:innen. Abschlussbericht. Band II. Berlin. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Pflege/QMPR_Abschlussbericht_2022_Band_2_Indikatoren.pdf. Zugriffen: 5. März 2023
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg) (2022) Spotlight Gesundheit: Qualitätstransparenz in Pflegeheimen. Große Unterschiede bei der Verbraucherinformation der Bundesländer, 1. Aufl. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-qualitaetstransparenz-in-pflegeheimen>. Zugriffen: 25. Febr. 2023
- Bertelsmann Stiftung, Weisse Liste (2017) Reformkonzept Verbraucherorientierte Qualitätsberichterstattung in der Pflege. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/reformkonzept-verbraucherorientierte-qualitaetsberichterstattung-in-der-pflege-1>. Zugriffen: 25. Febr. 2023
- Berwick DM, James B, Coye MJ (2003) Connections between quality measurement and improvement. *Med Care* 41(1 Suppl):I30–I38
- Bowblis JR, Lucas JA, Brunt CS (2015) The effects of antipsychotic quality reporting on antipsychotic and psychoactive medication use. *Health Serv Res* 50:1069–1087
- Cacace M, Geraedts M, Berger E (2019) Public reporting as a quality strategy. Chapter 13. In: Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W (Hrsg) Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Health Policy Series, No. 53. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549281/>). Zugriffen: 26. Februar 2023
- Coe AB, Zhang T, Zullo AR, Gerlach LB, Thomas KS, Daiello LA, Varma H, Lo D, Joshi R, Shireman TI, Bynum JPW (2022) Psychotropic medication prescribing in assisted living and nursing home residents with dementia after the National Partnership. *J Am Geriatr Soc* 70:3513–3525
- Fung CH, Lim Y, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG (2008) Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med* 148:111–123
- Gerth C (2009) Neuroleptika: Ruhe auf Rezept. In deutschen Altersheimen werden zu viele Psychopharmaka verabreicht. Die Medikamente schaden oft mehr, als sie nützen. *DIE ZEIT*, 5. Febr. 2009. Zugriffen: 27. Februar 2022
- Grabowski DC, Town RJ (2011) Does information matter: competition, quality, and the impact of nursing home report cards. *Health Serv Res* 46:1698–1719
- Grilli R, Ramsay C, Minozzi S (2002) Mass media interventions: effects on health services utilisation. *Cochrane Database Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000389>
- Gurwitz JH, Bonner A, Berwick DM (2017) Reducing excessive use of antipsychotic agents in nursing homes. *JAMA* 318:118–119
- Harris DA, MacLagan LC, Iaboni A, Austin PC, Rossella LC, Maxwell CJ, Campitelli M, Pequeno P, Guan J, Kirkham J, Bronskill SE (2022) Potential unintended consequences of antipsychotic reduction in Ontario nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 23:1066–1072.e7
- Hasseler M, Wolf-Ostermann K (2010) Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/pflegenoten/Pflegenoten_Endbericht_Beirat_u_WB_2010_07_21.pdf. Zugriffen: 10. Apr. 2023
- Hibbard JH, Stockard J, Tusler M (2005) Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. *Health Aff* 24:1150–1160
- Ivers NM, Taljaard M, Giannakeas V, Reis C, Williams E, Bronskill S (2019) Public reporting of antipsychotic prescribing in nursing homes: population-based interrupted time series analyses. *BMJ Qual Saf* 28:121–131
- Janus SI, van Manen JG, IJzerman MJ, Zuidema SU (2016) Drug prescriptions in Western European nursing homes. *Int Psychogeriatr* 28:1775–1790
- Junius-Walker U, Krause O, Thürmann P, Bernhard S, Fuchs A, Sparenberg L, Wollny A, Stolz R, Haumann H, Freytag A, Kirsch C, Usacheva S, Wilm S, Wiese B (2021) Drug safety for nursing-home residents. Findings of a pragmatic, cluster-randomized, controlled intervention trial in 44 nursing homes. *Dtsch Arztebl Int* 118:705–712
- Kirkham J, Sherman C, Velkers C, Maxwell C, Gill S, Rochon P, Seitz D (2017) Antipsychotic use in dementia: is there a problem and are there solutions? *Can J Psychiatry* 62:170–181
- Konetzka RT, Brauner DJ, Shega J, Werner RM (2014) The effects of public reporting on physical restraints and antipsychotic use in nursing home residents with severe cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 62:454–461
- Lehrke G (2020) Wissenschaftler und AOK klagen an: Demente Menschen in Pflegeheimen werden mit Medikamenten ruhiggestellt. *Berliner Kurier*, 15.06.20. Zugriffen: 27. Februar 2022
- Metcalf D, Rios Diaz AJ, Olufajo OA, Massa MS, Ketelaar NABM, Flottorp SA, Perry DC (2018) Impact

- of public release of performance data on the behaviour of healthcare consumers and providers. *Cochrane Database Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004538.pub3>
- Poldrugovac M, Amuah JE, Wei-Randall H, Sidhom P, Morris K, Allin S, Klazinga N, Kringos D (2022) Public reporting of performance indicators in long-term care in Canada: does it make a difference? *Can J Aging* 41:565–576
- Richter C, Berg A, Langner H, Meyer G, Köpke S, Balzer K, Wolschon EM, Silies K, Sönnichsen A, Löscher S, Haastert B, Icks A, Wolf U, Fleischer S (2019) Effect of person-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): a cluster-randomised controlled trial. *Age Ageing* 48:419–425
- Richter C, Fleischer S, Langner H, Meyer G, Balzer K, Köpke S, Sönnichsen A, Löscher S, Berg A (2022) Factors influencing the implementation of person-centred care in nursing homes by practice development champions: a qualitative process evaluation of a cluster-randomised controlled trial (EPCentCare) using Normalization Process Theory. *BMC Nurs* 21:182
- Richter T, Mann E, Meyer G, Haastert B, Köpke S (2012) Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of 3 cohorts. *J Am Med Dir Assoc* 13:187.e7–187.e13
- Sandmeyer B, Fraser I (2016) New evidence on what works in effective public reporting. *Health Serv Res* 51:1159–1166
- Schwinger A, Jürchott K, Tsiasioti C (2017) Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jakobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2017 - Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Schattauer, Stuttgart, S 255–303
- Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, Boyd KA, Craig N, French DP, McIntosh E, Petticrew M, Rycroft-Malone J, White M, Moore L (2021) A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ* 374:n2061
- van der Spek K, Gerritsen DL, Smalbrugge M, Nelissen-Vrancken MHJM, Wetzels RB, Smeets CHW, Zuidema SU, Koopmans RTCM (2016) Only 10 % of the psychotropic drug use for neuropsychiatric symptoms in patients with dementia is fully appropriate. The PROPER I-study. *Int Psychogeriatr* 28:1589–1595
- SVR Gesundheit und Pflege – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2023) *Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf. Zugriffen: 26. Febr. 2023
- Thürmann PA (2017) Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen. In: Jakobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2017 - Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Schattauer, Stuttgart, S 119–129
- Totten A, Wagner J, Tiwari A, O’Haire C, Griffin J, Walker M (2012) Public reporting as a quality improvement strategy. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (Evidence Report/Technology Assessment No. 208). https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/public-reporting-quality-improvement_research.pdf. Zugriffen: 25. Febr. 2023
- Vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. (2019) Newsletter der DatenClearingStelle (DCS) Pflege. Monatliche DCS-Statistik Pflegenoten. https://www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/Newsletter_Pflegenoten/archiv-dcs-newsletter-pflegenoten.html. Zugriffen: 2. März 2023
- Winter JD, Kerns JW, Winter KM, Richards A, Sabo RT (2021) Unreported antipsychotic use increasing in nursing homes: the impact of quality-measure exclusions on the percentage of long-stay residents who got an antipsychotic medication quality-measure. *Am J Geriatr Psychiatry* 29:704–708

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Angehörigenbefragung in der stationären Langzeitpflege

Johannes Strotbek und Daniel Tucman

Inhaltsverzeichnis

7.1	Einleitung – 118
7.2	Angehörigenbefragung im Kontext von Qualitätssicherung und -berichterstattung – 119
7.2.1	Paradigmenwechsel im Qualitätsverständnis – 119
7.2.2	Angehörige als Befragungspersonen – 121
7.3	Entwicklung einer Angehörigenbefragung – Projektvorstellung – 121
7.3.1	Projektziele – 121
7.3.2	Vorgehensweise zur Instrumentenentwicklung – 122
7.3.3	Qualität und Qualitätsdimensionen – 122
7.3.4	Herausforderungen und Entscheidungen zur Operationalisierung – 123
7.3.5	Operationalisierung im Fragebogen – 124
7.3.6	Anwendung des Fragebogens – 126
7.3.7	Befragungsergebnisse – 127
7.4	Diskussion und Ausblick – 127
	Literatur – 128

■ ■ Zusammenfassung

Seit 2019 hat das Land Hamburg eine jährliche Angehörigenbefragung für alle Pflegeheime gesetzlich vorgeschrieben. Eingesetzt wird ein Fragebogen, den das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung im Auftrag der Weissen Liste entwickelt hat. Mit ihm ist es gelungen, Befragungsergebnisse einrichtungsbezogen zu veröffentlichen. Mit der Befragung wird die Betroffenenperspektive in den Methodemix der Qualitätsbewertung eingebunden. Bei der Entwicklung galt es allerdings, methodische Herausforderungen bei der Definition von Qualität und Qualitätsdimensionen pragmatisch zu lösen. Der Beitrag ordnet das Projekt in die Debatte um die Qualitätsberichterstattung ein und beschreibt die Entwicklung des Fragebogens. Diskutiert werden methodische Fragen, Erkenntnisse aus der praktischen Anwendung sowie die Aussagekraft der Ergebnisse.

Since 2019, the state of Hamburg legally requires an annual survey of relatives for all nursing homes. A questionnaire developed by the Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung on behalf of Weisse Liste is used. It has made it possible to publish survey results on a facility-by-facility basis. The survey integrates the perspective of those affected into the method mix of quality assessment. During development, however, methodological challenges had to be solved pragmatically. The article places the project in the debate about quality reporting and describes the development of the questionnaire. Methodological issues, findings from practical application, and the significance of the results are discussed.

7.1 Einleitung

Im Jahr 2019 entwickelte das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) im Auftrag der Weissen Liste, einer Transparenzinitiative der Bertelsmann Stiftung gemeinsam mit Patienten- und Verbraucherverbänden, eine Angehörigenbefragung für Ein-

richtungen der vollstationären Langzeitpflege. Mit dem Instrument soll die Qualitätsberichterstattung in der Pflege um die Perspektive der Betroffenen erweitert werden. Zur Unterstützung der konzeptionellen Entwicklung konnte die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Stadt Hamburg (heute Sozialbehörde) als begleitender Kooperationspartner gewonnen werden. Die Stadt Hamburg hat im 2018 novellierten Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz die jährliche Durchführung und Veröffentlichung einer einrichtungsbezogenen Angehörigenbefragung zum Zwecke der Qualitätsberichterstattung und Verbraucherinformation verankert.

In der Debatte um die Qualitätsberichterstattung zu Pflegeeinrichtungen stößt man auf vielfältige Argumente gegen den Versuch, Pflegequalität zu bewerten und Betroffene darüber zu informieren. Sie gehen in zwei Richtungen: Die eine stellt mögliche Erhebungsmethoden infrage. Theoriedefizite werden ebenso angeführt wie methodische Hürden sowie die Subjektivität des Qualitätsbegriffs. Die zweite Stoßrichtung stellt die Zulässigkeit der Nutzung oder Veröffentlichung der Bewertungsergebnisse infrage. Argumentiert wird, dass Pflegequalität multikausal und folglich nicht allein einer Pflegeeinrichtung zuschreibbar sei, dass Pflegebedürftige und Angehörige Pflegequalitätsdaten nicht interpretieren könnten oder dass eine Veröffentlichung in Anbetracht fehlender Pflegeplätze aus Verbrauchersicht keinen Mehrwert habe (siehe hierzu auch den Beitrag von Meyer und Berg, ► Kap. 6 in diesem Band).

Einige der Argumente haben einen wahren und diskussionswürdigen Kern. Gebündelt werden sie jedoch gern weit über ihren sachlichen Kern hinaus als Narrativ gegen eine systematische, möglichst datengestützte Qualitätsentwicklung und Qualitätsberichterstattung verwendet, das deren Sinnhaftigkeit grundsätzlich infrage stellt.

Für die hier vorgestellte Entwicklung eines Instruments zur Angehörigenbefragung sehen wir den genannten Argumenten zum Trotz zwei zwingende Treiber, die auch generell

für Qualitätsberichterstattung und Public Reporting mit einem möglichst breit gefächerten Instrumentenpool sprechen: Das sind zum einen unsere Fürsorgepflicht als Gemein- und Gesundheitswesen und zum anderen die Rechenschaftspflicht der Pflegeeinrichtungen.

Unsere Fürsorgepflicht gegenüber Pflegebedürftigen hat sowohl eine staatliche (Aufsichtsbehörden, Kostenträger) als auch eine individuelle Dimension (Betreuer, Pflegefachkräfte, Zivilgesellschaft). Die Fürsorge durch andere wird umso wichtiger, je mehr die Fähigkeit der Pflegebedürftigen zur Selbstsorge eingeschränkt ist. Die öffentliche, quasi amtliche Fürsorgepflicht wird dann entscheidend, wenn zivilgesellschaftliches Engagement und „Qualitätssicherung“ im Sinne von Hinsehen und Füreinander da sein, Nachbarschaftshilfe oder Besuche im Heim kaum oder gar nicht mehr greifen.

Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen haben gegenüber den sie finanzierenden Steuer- und Beitragszahlern eine Rechenschaftspflicht. Steuerzahler und Versicherte erwarten bestmögliche Leistung und Qualität sowie den Ausschluss von Missbrauch. Auch wenn man auf das privatrechtliche Verhältnis von Pflegeheimbewohnern und Pflegeeinrichtungen fokussiert, gibt es keinen vernünftigen Grund, weshalb die zahlenden Kunden über die Qualität der Dienstleistung im Unklaren gehalten werden sollen.

Die Herausforderung des hier beschriebenen Projekts war es, den wahren Kern der genannten Argumente zu berücksichtigen und einen sachgerechten, bei Zielkonflikten durchaus auch pragmatischen Umgang mit ihnen zu finden, um vorrangig den Interessen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zu folgen. Die berechtigten Interessen der Stakeholder, insbesondere der Einrichtungen auf eine faire Veröffentlichung, galt es zu berücksichtigen.

Entstanden ist die erste Angehörigenbefragung in Pflegeheimen, die in einem Bundesland flächendeckend ein- und durchgeführt wurde und deren Ergebnisse einrichtungsbezogen veröffentlicht werden.

7.2 Angehörigenbefragung im Kontext von Qualitätssicherung und -berichterstattung

7.2.1 Paradigmenwechsel im Qualitätsverständnis

Beim komplexen „Produkt Gesundheit und Pflege“ fällt es naturgemäß besonders schwer, messbare Anforderungen zu stellen, denn es hat nahezu unendlich viele denkbare Ausprägungen, die in sich gegenseitig konstituierendem Verhältnis stehen. Es gibt multilaterale Faktoren, die auf die Qualität Einfluss nehmen. Nicht zuletzt sind die Pflegebedürftigen selbst Einflussfaktoren ihrer Pflegequalität.

Unserer Ansicht nach erleben wir in der Qualitätsdebatte einen schrittweisen Paradigmenwechsel von einem mechanistischen Qualitätsverständnis mit einem Input und einem Output und den Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität hin zu einem multiperspektivischen Qualitätsverständnis und dem Bemühen, Outcomes stärker als bislang aus Patienten-/Klientensicht zu definieren.

Eine Befragung der Pflegebedürftigen zur Erhebung von Pflegequalität war bereits in der vor 2019 geltenden Pflege-Transparenzvereinbarung für die stationäre Pflege nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI vorgesehen. Befragt wurde eine begrenzte Stichprobe der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime. Die Ergebnisse wurden in Schulnoten umgerechnet und veröffentlicht und ergaben im bundesweiten Durchschnitt regelmäßig die Note 1,0. Die veröffentlichten Ergebnisse waren damit für einen einrichtungsbezogenen Qualitätsvergleich ungeeignet, da diese Noten ganz offensichtlich keine Differenzierung erreichten. Seither stellt § 113b SGB XI neue Anforderungen an die Qualitätsberichterstattung in der Pflege. Neben Prüfergebnissen des Medizinischen Dienstes und durch die Einrichtungen selbst erhobenen Indikatoren sollen „ergänzende Instrumente

zur Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität“ entwickelt werden, wobei letzteres noch nicht in die Praxis umgesetzt wurde.

Drei Erkenntnisse lassen in diesem Zusammenhang den Einsatz einer Angehörigenbefragung prinzipiell sinnvoll erscheinen:

1. Erfahrungsberichte und systematische Befragungen sind in vielen Lebensbereichen gängige Praxis und werden von Verbrauchern nachgefragt und genutzt. Verstünde man die Information der Öffentlichkeit allein als Abfallprodukt der Daten, die zum Zwecke der Qualitätssicherung erhoben wurden, schränkte dies zwangsläufig den Raum der von der Berichterstattung umfassten Qualitätsdimensionen und Kriterien ein – und zwar ohne Rücksicht auf das Nutzerinteresse. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, die auf der Suche nach einer geeigneten Pflegeeinrichtung sind, suchen und erwarten die Erfahrungen anderer als wichtige und vertrauenswürdige Informationsquelle. Laut einer repräsentativen Befragung durch Emnid stimmen 74 % der Bürger ab 18 Jahren der Aussage „voll und ganz“ bzw. „eher“ zu, dass Bewohnerinnen und Bewohner oder Angehörige regelmäßig über ihre Erfahrungen mit dem Pflegeheim befragt und die Ergebnisse veröffentlicht werden müssen (Strotbek et al. 2017a, S. 13). Im Jahr 2018 beschloss auch die Landesgesundheitsministerkonferenz, Patientenbefragungen in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens einzuführen (GMK 2018). Allerdings wurde dieser Anspruch jenseits von Einzelinitiativen wie der Patientenbefragung zu Krankenhäusern der Weissen Liste mit dem AOK-Bundesverband und der BARMER sowie der KKH nicht konsequent verfolgt.
2. Erfahrungsberichte und systematische Befragungen sind vor allem deshalb ein geeigneter Baustein zur Qualitätsbewertung von Gesundheitseinrichtungen, weil sie Qualitätsaspekte jenseits der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung im engeren Sinne abdecken können. So sind personalbezogene Kriterien, darunter auch

Aspekte wie die Freundlichkeit des Personals, im Vergleich zu anderen Kriterien besonders wichtige Beurteilungskriterien für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung (Geraedts et al. 2011). Dies zeigte auch eine Nutzerbefragung auf der Online-Pflegeheimsuche der Weissen Liste mit über 1.000 Teilnehmenden. Kernergebnis: „Personalbezogene Kriterien (sind) extrem wichtig, das umfasst die Aspekte ‚Würde- und respektvoller Umgang‘, ‚Ausreichend Zeit für die Pflege‘, ‚Freundlichkeit des Personals‘ und ‚Qualifikation der Pflegekräfte‘“ (Strotbek et al. 2017b, S. 26).

3. Bestimmte, aus Patientensicht durchaus wesentliche Endpunkte der Qualitätserhebung lassen sich sogar nur durch die Befragung der Betroffenen selbst erheben. Das gilt z. B. bei der Versorgung am Lebensende, bei der maßgeblich der Patientenwille und unmittelbar die ansonsten üblichen Leitlinien im Vordergrund stehen.

Patient Reported Outcome Measures (PROMs) sind hier ein Lösungsansatz, der bisher in der Pflege kaum Verbreitung findet. Mit PROMs können die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die wahrgenommene Gesundheit anhand spezifischer Merkmale wie Mobilität, Schmerzen etc. durch Befragung der Patienten erhoben werden. Patient Reported Experiences Measures (PREMs) haben daneben eine eigenständige Berechtigung – hier geht es um Erfahrungen im Versorgungskontext, etwa mit Behandlungsabläufen. Hier werden Patienten nach erlebten Handlungen befragt und geben Auskunft über Wartezeiten, Aufklärungsverhalten oder Hygienemaßnahmen. PREMs und PROMs sind abzugrenzen von erwartungsbasierten Befragungen (weiterführend: Grote-Westrick und Wehling 2023). PROs und PREs werden eigentlich ausschließlich von den Betroffenen selbst berichtet. Mit entsprechenden Instrumenten könnten Angehörige von Pflegebedürftigen in solchen Befragungskontexten als „Proxy“ dienen. Die in diesem Beitrag diskutierte Befragung hatte allerdings nicht zum Ziel, PROM für die Pflege zu entwickeln.

7.2.2 Angehörige als Befragungspersonen

Bereits im Jahr 2017 hatte die Bertelsmann Stiftung im Rahmen ihres Projekts „Weisse Liste“ Vorschläge für ein neues Qualitätsprüfungs- und -veröffentlichungssystem für die Altenpflege in den fachlichen und politischen Diskurs eingebracht (Strotbek et al. 2017b).

Einer der sechs übergeordneten Reformvorschläge des vorgelegten Reformkonzepts war, das Erfahrungswissen der an der Pflege Beteiligten zu erschließen und zu veröffentlichen.

Hierzu waren zwei Kernergebnisse leitend:

- „Nutzer wollen wissen, welche Erfahrungen andere bei dem jeweiligen Pflegeanbieter gemacht haben und ob sie ihn daraufhin weiterempfehlen würden.“
- „Die Ergebnisse systematischer Befragungen von Angehörigen und/oder Mitarbeitern stellen wichtige Informationsquellen dar. Für eine bessere Aussagekraft können gezielt kritische Ereignisse sowie Aussagen zur Weiterempfehlung erhoben werden.“

Prinzipiell kommen verschiedene Gruppen in Betracht, die als von der Pflege betroffene oder beteiligte Personen über ihre jeweils beobachtete oder erlebte Pflegequalität Auskunft geben könnten:

- die Pflegebedürftigen selbst
- ihre Zugehörigen und als Spezialfall ihre gesetzlichen Vertreter
- Mitarbeitende der Einrichtung, insbesondere Pflegefach- und -hilfskräfte
- behandelndes medizinisches Personal
- weitere Personen mit unmittelbarem oder mittelbarem Einblick in die Einrichtung, etwa von Bestattern, aus der Pflegeberatung usw.

Bei der Befragung der Pflegebedürftigen selbst sind bestimmte Hürden denkbar, etwa wenn Bewohnerinnen und Bewohner aufgrund demenzieller Erkrankungen nicht teilnehmen

können oder falls es Bewohnern angesichts ihrer Abhängigkeit von der Einrichtung schwerfällt, Kritik zu äußern.

Die Befragung von Mitarbeitenden der Einrichtung hat zwar das Potenzial, sehr belastbare und pflegfachlich fundierte Erfahrungen aus der alltäglichen Arbeit zu erfassen und entsprechend positive oder negative Aspekte ans Licht zu bringen; allerdings bringt man mit einem solchen Ansatz Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einen Loyalitätskonflikt und Arbeitgeber könnten versucht sein, Einfluss auf die Bewertung auszuüben.

Betrachtet man das medizinisch-therapeutische Personal und die übrigen infrage kommenden Personengruppen, so zeigt sich, dass das Ausmaß ihrer Urteilsfähigkeit nicht verlässlich kalkulierbar scheint und damit kaum belastbare Ergebnisse zu erwarten sind. Von Hörsagen bis zum täglichen Besuch vor Ort sind sie unterschiedlich stark involviert.

In der Gesamtschau liegt es damit nahe, Zugehörige zu befragen. Sie entsprechen zahlenmäßig weitgehend der Anzahl der Pflegebedürftigen. Sie haben einen vergleichsweise tiefen und belastbaren Einblick in den Pflegealltag und sind vergleichsweise unabhängig von der Einrichtung und können ihre Einschätzung frei äußern, sofern gängige Standards der Anonymisierung gewährleistet sind.

7.3 Entwicklung einer Angehörigenbefragung – Projektvorstellung

7.3.1 Projektziele

Ziel des eingangs benannten Projektes der Weissen Liste und des DIP war es, ein wissenschaftlich fundiertes und praktikables Instrument zur Befragung von Angehörigen zu entwickeln. Die Befragungsmethodik sollte so angelegt sein, dass die Befragungsergebnisse drei Zwecke erfüllen:

1. Die Ergebnisse sollen anderen Pflegebedürftigen und Angehörigen helfen, ein passendes und gutes Heim zu finden.

2. Die Ergebnisse sollen es den Einrichtungen ermöglichen, offen und systematisch Lob und Kritik zu erhalten, sich mit dem Wettbewerb hinsichtlich diverser Qualitätsaspekte zu vergleichen und konkrete Anhaltspunkte für Qualitätsverbesserungen zu gewinnen.
3. Die Ergebnisse sollen zuständigen Aufsichtsbehörden helfen, Hinweise auf Schwachpunkte und Verbesserungsmöglichkeiten der Einrichtungen zu erhalten und damit die kontinuierliche Beratung und Prüfung der Einrichtungen zu unterstützen.

7

Die Befragung sollte zudem geeignet sein, deren Ergebnisse einrichtungsbezogen möglichst umfänglich, sachgerecht und rechtssicher zu veröffentlichen. Die Entwicklung des Befragungsinstruments sollte daher sowohl Erkenntnisse zum Verbraucherinteresse als auch die wissenschaftliche Debatte um die Definition von Qualität in der Pflege sowie (landesrechtliche) Qualitätsvorgaben berücksichtigen.

7.3.2 Vorgehensweise zur Instrumentenentwicklung

Folgende Schritte wurden zur Entwicklung des Fragebogens unternommen:

1. **Wissenschaftliches Gutachten**
Im ersten Schritt erstellte das DIP ein wissenschaftliches Gutachten, das als Grundlage der Instrumentenentwicklung diente.
2. **Entwicklung des Fragebogens in einer Ursprungsfassung in einem iterativen Prozess mit Fachleuten und Betroffenen**
3. **Entwicklung eines Handlungsleitfadens zum Fragebogen**
Der Handlungsleitfaden enthält Vorschläge des DIP zur statistischen Auswertung und Darstellung der Ergebnisse und deren Grenzen sowie zu Möglichkeiten und Grenzen der Interpretation und Nutzung der Ergebnisse.
4. **Auswertung und Revision des Fragebogens unter Expertenbeteiligung**

Anhand der Ergebnisse der in Hamburg 2019 durchgeführten Befragung wurde 2023 eine umfassende Revision des Fragebogens vorgenommen. Fragen, die von einem großen Teil der Befragten nicht beantwortet werden und solche, die in der Praxis ungeeignet sind, unterschiedliche Qualitätseinschätzungen der Einrichtungen wiederzugeben, sollten ausgesondert werden. Zum anderen schien es wünschenswert, den umfangreichen Fragebogen möglichst zu verkürzen, um damit die Bereitschaft zum Ausfüllen und damit den Rücklauf zu erhöhen und gleichzeitig Durchführungskosten (Druck, Porto) zu senken – hierbei allerdings so vorzugehen, dass kein maßgeblicher Erkenntnisverlust entsteht.

7.3.3 Qualität und Qualitätsdimensionen

Die Qualität pflegerischer Versorgung beruht auf der Vorstellung eines Qualitätsmodells. Das wohl bekannteste Modell ist das Struktur-Prozess-Ergebnis-Modell (SPE) von Donabedian, das 1966 erstmals definiert wurde (Donabedian 2005). Dies wird jedoch dem komplexen Charakter von pflegeprofessionellem Handeln nicht gerecht, weshalb für das hier beschriebene Projekt dem Quality-Health-Outcomes-Modell (QHOM) von Mitchell der Vorzug gegeben wurde. Mitchell et al. (1998) definierten in ihrem Modell die Dimensionen „System“, „Intervention“, „Klient“ und „Ergebnis“. Das QHOM geht nicht von einer linearen und unikausalen Wirkungskette aus, in der die Strukturqualität die Prozessqualität bedingt und letztere schließlich die Ergebnisqualität, so wie das SPE häufig fälschlicherweise interpretiert wird. Beim QHOM liegt der Gedanke zugrunde, dass die einzelnen Dimensionen sich gegenseitig beeinflussen. Damit ist die Ergebnisqualität das Resultat der miteinander interagierenden Dimensionen, wobei die Ergebnisqualität selbst wieder Einfluss auf die anderen Dimensionen nimmt.

Tab. 7.1 Pflegequalität: Teilkonstrukte und deren Dimensionen

Teilkonstrukte von Pflegequalität	Dimensionen der Teilkonstrukte
Autonomie und Würde	Selbstbestimmung und Selbständigkeit
	Respektvoller Umgang
	Sicherheit
Bedürfnisse und Gesundheit	Essen und Trinken
	Fachspezifische Versorgung
	Personal
Wohnen	Wohnen und Hygiene
Pflege-Report 2023	

Im Rahmen der Fragebogenentwicklung wurden jene Qualitätsdimensionen gesucht, für die die Angehörigen, aber auch die Bewohnerinnen und Bewohner bestimmte Ansprüche formulieren. Dafür wurden deutschsprachige sowie internationale, qualitative Studien recherchiert, um die geäußerten Anforderungen zu sammeln und aus ihnen heraus eigene Qualitätsdimensionen und dazu passende Indikatoren zu bilden. Daraus ergaben sich die in **Tab. 7.1** abgetragenen Teilkonstrukte von pflegerischer Versorgungsqualität und deren Dimensionen.

Für die in der Tabelle abgetragenen Teilkonstrukte und Dimensionen wurden aus der Literatur Kriterien zusammengetragen und entsprechend operationalisiert, um letztlich Einschätzungen über die qualitätsbedingenden Facetten vornehmen lassen zu können.

7.3.4 Herausforderungen und Entscheidungen zur Operationalisierung

Im Zuge der Entwicklung des Fragebogens und des Abgleichs mit Experten wurden Problemstellung und Herausforderungen bei der Operationalisierung diskutiert, zu denen Fest-

legungen getroffen werden mussten. Folgende Beispiele sollen einen Einblick in die Debatte geben:

1. Die Fragen werden so gestellt, dass mit den Ergebnissen auch die Ausweisung von Exzellenz möglich ist. Deshalb wird beispielsweise nicht nur erfragt, ob Erwartungen erfüllt werden, sondern auch, ob sie übertroffen wurden. Zwar fällt es den Einrichtungen aus strukturellen Gründen häufig schwer, Exzellenz „herzustellen“, etwa aufgrund von Personalmangel oder begrenzter Vergütung, wie Experten anmerkten. Dennoch wurde mehrheitlich festgestellt, dass Exzellenz durchaus möglich sei und besonders herausragende Leistungen – gerade und trotz schwererer Rahmenbedingungen – auch besonders herausgestellt werden sollten und für die Verbraucherinformation von hoher Relevanz sind. Der Fragebogen stellt damit keine typische Zufriedenheitsbefragung dar.
2. Der Fragebogen ist nicht defizitorientiert formuliert. Die Fragen werden gegenüber den Einrichtungen und deren Mitarbeitenden wertschätzend formuliert.
3. Der Fragenblock zu kritischen Ereignissen soll nicht veröffentlicht werden. Hier können einzelne Antworten den Ruf einer Einrichtung nachhaltig schädigen, während gleichzeitig Missbrauch oder Fehlinterpretation von Sachverhalten nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann. Um dennoch das Schutzinteresse der Betroffenen zu berücksichtigen, werden die Ergebnisse zur Weiterverwendung durch die Aufsichtsbehörden empfohlen.
4. Es werden nur Fragen aufgenommen, die von der überwiegenden Zahl der Angehörigen prinzipiell eingeschätzt werden können (sofern sie den fraglichen Aspekt erlebt haben bzw. eine Meinung dazu haben).
5. Zur leichteren Lesbarkeit wird im Fragebogen in der Regel die weibliche Form genutzt. Hintergrund ist, dass sowohl die meisten Mitarbeiter/-innen als auch die meisten Bewohner/-innen weiblich sind.

6. Die Fragen werden so gestellt, dass sie allein in der Perspektive der Angehörigen erfragen – nicht beispielsweise die berichtete Erfahrung oder Meinung der Pflegebedürftigen, die die Angehörigen wiedergeben könnten.
7. Diverse Qualitätsmerkmale und -kriterien, die zwar aus Verbrauchersicht relevant und durchaus operationalisierbar wären, jedoch bereits von bestehenden (bzw. geplanten) Qualitätsprüf- und Messverfahren auf Landes- und Bundesebene umfasst oder womöglich von diesen präziser bewertet werden können, wurden nicht in den Fragebogen aufgenommen. Ein Beispiel ist die Quantität und fachliche Qualifikation des Personals. Der Fragebogen ist also als komplementäres Instrument der Qualitätsberichterstattung konzipiert.
8. Auf Fragen zu bestimmten Bedarfsgruppen oder auf solche, die sich auf Merkmale wie Herkunft, Alter, Religion oder soziale bzw. gesundheitsbezogene Merkmale beziehen, wurde bewusst verzichtet. Gründe dafür sind sowohl pragmatischer als auch konzeptioneller Art: Erstens würde diese Berücksichtigung den Umfang des Fragebogens deutlich erweitern und damit den Rahmen eines handhabbaren Fragebogens sprengen. Zweitens wäre dabei auf eine Gleichberechtigung der spezifischen Anspruchsgruppen zu achten, während die Anzahl der verschiedenen Gruppen und Gruppenkombinationen nahezu unendlich groß ausfällt. Drittens bezieht sich der Fragebogen schwerpunktmäßig auf generelle Qualitätsdimensionen wie etwa die Förderung der Selbstbestimmung, die letztlich für alle Bewohnerinnen und Bewohner einschlägig sind. Sie mögen bei besonders vulnerablen Gruppen zwar von besonderer Relevanz sein, verwirklichen sich jedoch bei ihnen nicht „anders“ – umgekehrt gelten gerade bei diesen Gruppen dieselben Qualitätskriterien erst recht und in gleicher Form, sind also mithin in gleicher Weise zu erfragen.
9. In wenigen Fällen, in denen die Einrichtung nicht vollumfänglich für das erfragte Qualitätskriterium verantwortlich gemacht werden kann, dennoch aber zur entsprechenden Qualität beiträgt, werden entsprechende Hinweise ergänzt, um eine ungerechtfertigt negative Bewertung der Einrichtung zu vermeiden, falls den Befragten dieser Umstand nicht bewusst ist.

7.3.5 Operationalisierung im Fragebogen

Die Operationalisierung der Items erfolgte in mehreren Iterationen, die zu einem – hier nicht dargestellten – Originalfragebogen führten, der wiederum nach erstem Einsatz im Feld revidiert wurde. Im Zuge der Revision konnte der Original-Fragebogen durch Zusammenfassungen, Streichungen und Überarbeitungen unter Expertenbeteiligung von insgesamt 61 qualitätsbezogenen Fragen auf 31 Fragen gekürzt werden (■ Tab. 7.2).

Die Revision zeigte, dass eine deutliche Reduktion auf wesentliche Fragen möglich war, weil mehrere Fragen im Antwortverhalten gleichliefen. Daraus muss man den Schluss ziehen, dass der bei der Fragebogenentwicklung unternommene Versuch, ein möglichst facettenreiches und begrifflich präzises Bild von Pflegequalität abzufragen, bei den befragten Angehörigen im Feld nicht verfangt. Beispielsweise macht es für sie keinen Unterschied, ob nach der Privat- oder der Intimsphäre gefragt wird. Der ausdifferenzierte Qualitätsbegriff, der die Fachdebatte prägt, muss also auf ein vereinfachtes Schema heruntergebrochen und gleichzeitig mit möglichst anschaulichen, verständlichen Fragen operationalisiert werden.

Nach der Revision stellte sich die Operationalisierung wie folgt dar:

Im nun deutlich kürzeren Fragebogen (■ Tab. 7.2) wurde die Antwortskala „Meine Erwartungen wurden ... übertroffen – erfüllt – teilweise erfüllt – nicht erfüllt – weiß nicht“ eingesetzt.

Tab. 7.2 Gekürzter Fragebogen (Revisionsfassung)				
Teil-konstrukt	Qualitäts-dimension	Kapitel im Fragebogen	Frage	
Autonomie und Würde	Selbstbestimmung und Selbstständigkeit	Alltagsleben	– wie vielfältig die Angebote der Wohneinrichtung für die Bewohnerin sind (Beschäftigung, Ausflüge, Feiern usw.) – wie stark sich die Angebote der Wohneinrichtung nach den individuellen Wünschen und Fähigkeiten der Bewohnerin richten (Beschäftigung, Ausflüge, Feiern usw.) – wie gut die Bewohnerin dabei unterstützt wird, dass sie an sozialen, kulturellen oder religiösen Ereignissen teilhaben kann – wie stark die Bewohnerin in alltägliche Abläufe und Aktivitäten (z. B. hauswirtschaftliche Tätigkeiten) einbezogen wird	
		Versorgung durch das Personal	– wie wertschätzend sich das Personal verhält – wie das Personal auf Bitten und Wünsche eingeht – wie die Privatsphäre der Bewohnerin gewahrt wird (z. B. anklopfen, Türen schließen usw.)	
	Sicherheit		– wie gut auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bewohnerin geachtet wird – wie schnell und einfach die Bewohnerin Unterstützung oder Hilfe erhält, wenn sie diese benötigt	
		Fachspezifische Versorgung		– wie sehr sich das Personal bemüht, dass ggf. benötigte Hilfsmittel der Bewohnerin funktionstüchtig sind (z. B. Brillen, Hörgeräte, Rollstühle, Prothesen) (Hinweis: Die Wohneinrichtung ist dafür in vielen Fällen nicht verantwortlich, kann aber beispielsweise eine Wartung oder Reparatur veranlassen oder jeweils Zuständige informieren.)
Bedürfnisse und Gesundheit	Personal		– wie reibungslos das Personal arbeitet – wie respektvoll das Personal mit verwirrten Bewohnerinnen umgeht – wie verlässlich Absprachen mit dem Personal sind – wie beständig das Stammpersonal ist, das die Bewohnerin versorgt – wie verlässlich eine Haupt-Ansprechpartnerin unter den Pflegefachkräften (sog. Bezugspflegekraft) für die Bewohnerin und mich ansprechbar ist – wie einfühlbar das Personal ist – wie sehr sich das mir bekannte Personal insgesamt engagiert	
	Essen und Trinken	Wohnen und Hauswirtschaft, Speise- und Getränkeangebot	– wie vielfältig die Auswahl an Speisen und Getränken ist – wie gut die Speisen der Bewohnerin schmecken – dass die Bewohnerin stets ausreichend mit Essen und Trinken versorgt wird	
Wohnen	Wohnen und Hygiene		– wie für Sauberkeit und Hygiene gesorgt wird – wie angenehm die Atmosphäre der Wohneinrichtung ist	
Pflege-Report 2023				

In einem integrierten Fragenblock werden kritische Ereignisse erfragt. Die Antwortskala lautet „nie – einmal – mehrfach – häufig – weiß nicht“. Folgende Fragen werden gestellt:

Wie häufig kam es vor, ...

- dass Sie Mängel in der Körperpflege der Bewohnerin feststellen mussten?
- dass die Bewohnerin vom Personal körperlich grob behandelt wurde?
- dass die Bewohnerin vom Personal mit Worten grob behandelt wurde?
- dass die Bewohnerin von anderen Bewohnerinnen körperlich angegriffen wurde?
- dass sich die Bewohnerin ungeklärte Verletzungen zugezogen hat?
- dass schwerwiegende Ereignisse (z. B. Stürze, Verletzungen) nicht in die Pflegedokumentation aufgenommen wurden? [Hinweis: Die Pflegedokumentation darf nur von dazu bevollmächtigten Angehörigen oder Personen eingesehen werden.]

Abschließend werden drei gesamthafte Fragen gestellt, die mit der (gegenüber der Originalversion konkretisierten und vereinheitlichten) Antwortskala „auf jeden Fall – eher ja – eher nein – auf keinen Fall“ beantwortet werden kann:

- Fühlt sich die Bewohnerin in der Wohneinrichtung so, dass sie diese als eine Art Zuhause betrachten kann?
- Wenn Sie heute (noch mal) wählen könnten – würden Sie sich wieder für diese Wohneinrichtung entscheiden?
- Würden Sie diese Wohneinrichtung Ihrem besten Freund/Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?

Die Fragebögen umfassen jeweils abschließend zwei Freitextfragen zu Lob und Kritik an die Einrichtung sowie elf Fragen zu soziodemographischen Merkmalen des Befragten und der Bewohnerin bzw. des Bewohners.

7.3.6 Anwendung des Fragebogens

Die Befragung kam im November 2019 in Hamburg erstmals landesweit zum Einsatz. Bei diesem ersten Befragungsdurchlauf wurden Angehörige von rund 18.000 Bewohnerinnen und Bewohnern – das entsprach ungefähr der Anzahl verfügbarer Heimplätze – adressiert. Den Einrichtungen wurden dazu Pakete mit Fragebögen und Rückumschlägen bereitgestellt, die diese an die von den Bewohnern zu bestimmenden Angehörigen weiterleiten sollten. Zu 150 Einrichtungen wurden insgesamt 5.216 ausgefüllte Fragebögen erfasst. Je nach Abschätzung der tatsächlich unbekannten Auslastungsquote kann eine Rücklaufquote von etwa 32 % oder mehr angenommen werden. Der Befragungsrücklauf wurde vom Statistischen Landesamt unter Berücksichtigung der Handlungsempfehlungen zur Datenanalyse ausgewertet und in zwei Fassungen, einem Forschungsdatensatz sowie einem zur Veröffentlichung bestimmten Datensatz, bereitgestellt.

Nach einer Unterbrechung der Befragungsserie aufgrund der Corona-Pandemie fand die nächste Erhebung dort im Frühjahr 2023 statt. Zum Einsatz kommt die 2023 revidierte Fassung des Fragebogens als Online-Befragung.

Die Befragungsergebnisse werden auf dem Online-Angebot „Pflegekompass“ der Hamburger Sozialbehörde einrichtungsbezogen veröffentlicht. Die Weisse Liste nutzt die Ergebnisse ebenso und veröffentlicht sie gemeinsam mit weiteren Qualitätsdaten sowohl vollständig als auch in aggregierter Form in ihrer Online-Pflegeheimsuche. Als Interpretationshilfe werden evaluative Symbole (Sterne) genutzt, die Stärken und Schwächen visualisieren.

7.3.7 Befragungsergebnisse

Eine Vorstellung von Befragungsergebnissen ist an dieser Stelle und zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich. Das hat zwei Gründe:

Erstens ist die Befragung kein Messinstrument (siehe „Diskussion und Ausblick“), dessen Ergebnisse eine Ist-Beschreibung der Qualität der in die Befragung eingeschlossenen Pflegeheime insgesamt zuließe. Zulässig ist hingegen ein Vergleich der Einrichtungen untereinander mit ihren Stärken und Schwächen. Hier zeigt sich in der Auswertung, dass es Unterschiede in der Einschätzung der Qualität durch die befragten Angehörigen zwischen diesen Einrichtungen gibt. Diese jedoch hier quantifiziert darzulegen, führte wiederum in die Irre. Anders gesagt: Wie groß diese Unterschiede sind, lässt sich nicht ermesen. Derzeit helfen die Ergebnisse also bei einem konkreten Einrichtungsvergleich durch interessierte Pflegebedürftige und Angehörige sowie bei der Einzelfallbetrachtung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden. Auch die Einrichtungen selbst können einen Abgleich mit dem Benchmark, der auf Ebene der einzelnen Items ermittelt wird, vornehmen, um Verbesserungspotenziale zu ermitteln. Die notwendigen Daten werden den Einrichtungen durch die Hamburger Sozialbehörde zur Verfügung gestellt. Ob und wie viele Meldungen zu kritischen Ereignissen im Rahmen der Befragung gemeldet wurden, wird nicht veröffentlicht. Diese Informationen liegen jedoch den Behörden vor.

Zweitens ist eine relevante Auswertungsoption erst in der Zukunft möglich, sobald nämlich mindestens zwei Befragungsdurchgänge mit demselben Fragebogen vollendet wurden. Dann können womöglich Qualitätsentwicklungen zum Positiven oder Negativen identifiziert werden, die sich nicht nur auf einzelne Einrichtungen, sondern auf alle einbezogenen Einrichtungen beziehen, hier also für das gesamte Bundesland Hamburg. Ermitteltbar ist dann, ob die Einschätzung der Angehörigen hinsichtlich einzelner Fragen oder Qualitätsdimensionen gesamthaft besser oder schlechter ausfiel. Auch hier wird eine Quan-

tifizierung, also wie stark eine Verbesserung oder Verschlechterung ausfiel, nicht zielführend sein, jedoch kann allein die Richtung wertvolle Hinweise für Beobachtungs- oder Handlungsbedarf geben.

7.4 Diskussion und Ausblick

Im Projektverlauf wurde frühzeitig deutlich, dass es in Deutschland an einer breiten und fundierten Grundlagenforschung zur Qualität von Pflegeeinrichtungen, genauer zur Definition von Qualität von Pflegeeinrichtungen mangelt. Dieser Mangel konnte im Kontext dieses Projektes naturgemäß nicht ausgeglichen werden. So entstand bewusst ein wissenschaftlich fundiertes und durch Expertenmeinung hinterfragtes und optimiertes Instrument zur Einschätzung der Qualität durch Angehörige, jedoch kein testtheoretisch abgesichertes *Messinstrument*, das beispielsweise die Bildung von quantitativen Summenscores zu Qualitätsdimensionen zuließe.

Dieser Umstand ist beim Umgang mit dem Instrument und seinen Ergebnissen zu beachten. Er führt einerseits zu Limitationen, beispielsweise wäre die unmittelbare Ableitung von behördlichen Anordnungen allein wegen schlechter Befragungsergebnisse unzulässig. Die Ergebnisse sind auch nicht unmittelbar als Ausdruck von Qualität oder eine Verlaufsdarstellung von Befragungsergebnissen als Qualitätsentwicklung zu interpretieren, wohl aber als ernst zu nehmende Anhaltspunkte.

Gleichwohl sind die Befragungsergebnisse wertvoll und aussagekräftig: Sie liefern Anhaltspunkte für die Qualität von Einrichtungen – nicht mehr, aber auch nicht weniger –, die von Betreibern, Aufsichtsbehörden und Verbrauchern sinnvoll genutzt werden können. Die Befragungsdaten können Auskunft auch zu solchen Aspekten geben, die in den bisherigen und auch auf absehbare Zeit geplanten Instrumenten der Qualitätsberichterstattung nicht berücksichtigt werden. Dazu zählen auch Kriterien, die für eine große Zahl von Interessenten besonders entscheidungsrelevant

sind, wie beispielsweise der würde- und respektvolle Umgang des Personals mit den Bewohnern, wie Befragungsergebnisse aus dem Reformkonzept zeigen (Strotbek et al. 2017a, S. 27). Letztlich ist eine Angehörigenbefragung auch die gegenwärtig einzige angewandte Methode, um die Betroffenenperspektive in die Qualitätsbewertung einzubringen.

Mit dem jetzt vorliegenden Konzept wurde ein wissenschaftlich fundiertes, praxisorientiertes Instrument zur Befragung von Angehörigen Pflegebedürftiger in der stationären Langzeitpflege entwickelt, dessen Ergebnisse einrichtungsbezogen veröffentlicht werden können. Mit ihm ist es möglich, die zunächst abstrakte Anforderung an die Qualitätsberichterstattung, Erfahrungswissen als Informationsquelle und -instrument zu integrieren, in die Praxis umzusetzen und damit Verbraucher besser über die Qualität von Pflegeheimen zu informieren.

Das Instrument ist zunächst darauf ausgerichtet und dazu geeignet, von Bundesländern als Element der Qualitätssicherung sowie zur Verbraucherinformation und damit zur Förderung der Qualitätstransparenz in der Pflege eingesetzt zu werden. Perspektivisch ist auch der Einsatz auf Bundesebene möglich und wünschenswert. Das würde die Aufnahme der Angehörigenbefragung in die Instrumente zur Qualitätssicherung und Verbraucherberatung, konkret in die Pflege-Transparenzvereinbarung, bedeuten.

Im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen wäre ein flächendeckender Einsatz dieser Befragung zum Zwecke der Qualitätsentwicklung, Qualitätsberichterstattung und insbesondere zur Verbraucherinformation wünschenswert.

Weiterführende Hinweise

- Die vollständige Publikation zur Angehörigenbefragung ist als pdf-Download verfügbar: Strotbek J, Isfort M, Tucman D (2023) Angehörigenbefra-

gung in der stationären Altenpflege. Gütersloh. ► <https://doi.org/10.11586/2023007>. ► www.weisse-liste.de/angehoerigenbefragung

- Ergebnisdatensätze der Hamburger Angehörigenbefragung stehen zu Forschungszwecken als Forschungsdatensatz kostenfrei zur Verfügung und können über die Hamburger Sozialbehörde bezogen werden.

Literatur

- Geraedts M, Brechtel T, Zöll R, Hermeling P (2011) Beurteilungskriterien für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung. In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2011. Bertelsmann, Gütersloh, S 155–170
- GMK – Gesundheitsministerkonferenz (2018) Beschlüsse der 91. GMK. <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=698&jahr=2018>. Zugriffen: 12. Okt. 2021
- Grote-Westrick M, Wehling H (2023) Patient-Reported Outcomes – Mit patientenberichteten Daten zu einer besseren Versorgungsqualität. SPOTLIGHT Gesundheit Nr 1. Bertelsmann, Gütersloh (<https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/patient-reported-outcomes>). Zugriffen: 01. Juni 2023)
- Donabedian A (2005) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly* 83(4):691–729
- Mitchell PH, Ferketich S, Jennings B (1998) American academy of nursing expert panel on quality health care. Quality health outcomes model. *J Nurs Schol arsh* Vol 30(1):43–46
- Strotbek J, Etgeton S, Palmowski S, Schuhen A, Schmuhl M, Schwenk U (2017a) Befragungsergebnisse zum Reformkonzept – Verbraucherorientierte Qualitätsberichterstattung in der Pflege: Anforderungen und Lösungsvorschläge mit besonderem Blick auf Lebensqualität, Personalausstattung und Erfahrungswissen. Bertelsmann, Gütersloh, S 13 (www.weisse-liste.de/public-reporting-pflege)
- Strotbek J, Etgeton S, Palmowski S, Schuhen A, Schmuhl M, Schwenk U (2017b) Reformkonzept – Verbraucherorientierte Qualitätsberichterstattung in der Pflege: Anforderungen und Lösungsvorschläge mit besonderem Blick auf Lebensqualität, Personalausstattung und Erfahrungswissen. Bertelsmann, Gütersloh, S 26 (www.weisse-liste.de/public-reporting-pflege)

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Infektionsschutz und Impfsurveillance in der Langzeitpflege

*Dunja Said, Muna Abu Sin, Arina Zanuzdana,
Birgitta Schweickert und Tim Eckmanns*

Inhaltsverzeichnis

- 8.1 Einleitung – 132**
- 8.2 Infektionsepidemiologische und infektionshygienische
Lage in Alten- und Pflegeheimen seit Beginn der Covid-
19-Pandemie – 133**
- 8.2.1 Infektionsschutzmaßnahmen – 134
- 8.2.2 Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Alten- und
Pflegeheimbewohnenden und Herausforderungen
für den Infektionsschutz in den Einrichtungen – 136
- 8.3 Fazit – 140**
- Literatur – 141**

Der Beitrag ist ursprünglich im Springer-Verlag unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) als Open-Access-Kapitel erschienen unter Said, D, Sin, M.A, Zanuzdana, A. et al. Alten- und Pflegeheime – die COVID-19-Pandemie als Mahnung: Infektionshygienische Maßnahmen und Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bewohnenden. Bundesgesundheitsbl 66, 248–255 (2023), <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03657-9> und wurde unverändert mit einer gekürzten Zusammenfassung übernommen.

■ ■ Zusammenfassung

Die Covid-19-Pandemie hat die Vulnerabilität der Alten- und Pflegeheimbewohnenden aufgrund ihres erhöhten Risikos für einen schwerwiegenden oder tödlichen Covid-19-Verlauf verdeutlicht. Um die Bewohnenden in den Einrichtungen in Anbetracht hoher SARS-CoV-2-Inzidenzen in der Gesamtbevölkerung zu schützen, wurden eine Reihe von Infektionsschutzmaßnahmen empfohlen, die im Verlauf der Pandemie zu einem Rückgang der Covid-19-Fälle und -Todesfälle in den Einrichtungen geführt haben. Gleichzeitig hat sich jedoch gezeigt, dass in Alten- und Pflegeheimen häufig einige Faktoren existieren, welche die Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen erschweren und einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Bewohnenden ausüben.

Lösungskonzepte für diese Probleme zeigen, dass die Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen nicht für sich allein steht, sondern als Teil eines Konzeptes zur Neugestaltung der Arbeits-, Wohn- und Lebensbereiche der Beschäftigten und der Bewohnenden der Einrichtungen betrachtet werden sollte. Dabei gilt es, den Infektionsschutz in Alten- und Pflegeheimen nicht ausschließlich in Hinblick auf zukünftige Pandemien zu planen, sondern dessen Relevanz auch für bereits jetzt bestehende Gesundheitsgefahren wie nosokomiale Infektionen, Antibiotikaresistenzen oder Influenza zu beachten.

The Covid-19 pandemic once more highlighted the vulnerability of residents of long-term care facilities due to their increased risk of a severe or fatal course of Covid-19. To protect the residents in the face of high SARS-CoV-2 incidences in the general population, a number of measures for infection protection were recommended, which led to a decrease of Covid-19 case numbers and deaths in the facilities during the pandemic. However, factors in the facilities which hamper the implementation of these measures and which represent a significant impact on the health of the residents also became visible.

Approaches to these problems indicate that a successful implementation of infection control measures should be part of a concept for redesigning the work and living conditions of the staffs and residents of the facilities. It is important to note that infection control should not be planned exclusively with regard to future pandemics, but is of relevance for health risks that already exist in the facilities, such as healthcare-associated infections, antibiotic resistances or influenza.

8.1 Einleitung

Die Steigerung der Lebenserwartung und der damit wachsende Anteil an Personen hohen Alters hat in den letzten Jahren in Deutschland zu einem zunehmenden Anteil an pflegebedürftigen Menschen geführt (Statistisches Bundesamt 2022). Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes beträgt die Anzahl der Pflegebedürftigen derzeit ca. 4,1 Mio, wobei mit rund 80 % der überwiegende Anteil zu Hause, entweder durch Angehörige (51,3 %) oder ambulante Pflege- und Betreuungsdienste (23,8 %) bzw. eine Kombination von beidem, versorgt wird, während die anderen 20 % vollstationär in einem der 15.000 Alten- und Pflegeheime untergebracht sind (Statistisches Bundesamt 2020, 2022).

Insbesondere die Bewohnenden dieser Einrichtungen gehören zu den Hochrisikogruppen für einen schweren oder tödlichen Verlauf von Infektionskrankheiten wie Covid-19. Der Vulnerabilität liegen verschiedene Faktoren zugrunde, wie Gebrechlichkeit und Immunschwäche sowie Komorbiditäten, insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Demenz. In Altenheimen leben darüber hinaus auch besonders häufig hochaltrige Personen ab 80 Jahren, die z. B. in Kombination mit einer Demenzerkrankung zwei wesentliche Risikofaktoren für einen tödlichen Covid-19-Verlauf vereinen (España et al. 2021).

Neben diesen individuellen Risikofaktoren existieren auch eine Reihe einrichtungsspe-

zifischer Bedingungen, die zu einem erhöhten Erkrankungs- und Sterberisiko der Bewohnenden beitragen. In den Einrichtungen kommen die dort lebenden und arbeitenden Menschen auf verhältnismäßig engem Raum und mit geringem Abstand regelmäßig zusammen. Gemeinsame Aktivitäten und Interaktionen der Bewohnenden untereinander, die neben den Gemeinschaftsräumlichkeiten häufig auch Wohn- und Sanitärbereiche miteinander teilen (Davidson und Szanton 2020), und der enge Kontakt zwischen den Bewohnenden und den sie pflegenden Beschäftigten stellen ein erhöhtes Übertragungsrisiko dar (Dykgraaf et al. 2021). Eingetragen werden die Infektionen dabei auf unterschiedlichen Wegen. Ein besonderes Risiko geht dabei von den Beschäftigten aus, die z. B. aufgrund einer unerkannten asymptomatischen Erkrankung bei der Arbeit erscheinen und auch häufig in unterschiedlichen Einrichtungen tätig sind (McMichael et al. 2020; Yanes-Lane et al. 2020).

In Hinblick auf die besondere gesundheitliche Gefährdungslage der Bewohnenden von Alten- und Pflegeheimen widmet sich dieser Artikel den eingesetzten Infektionsschutzmaßnahmen und setzt diese in den Kontext bestehender Herausforderungen, die sich in Bezug auf die Personalsituation, die Versorgung der Bewohnenden und die strukturellen sowie einrichtungsspezifischen Faktoren ergeben. Dabei ergibt sich die Relevanz dieser Thematik nicht ausschließlich in Hinblick auf die jetzige Covid-19-Pandemie oder zukünftige Pandemien, sondern auch aus dem Umgang mit bereits seit längerer Zeit bestehenden Gesundheitsgefahren für die Bewohnenden der Einrichtungen, wie Antibiotikaresistenzen oder Influenza.

8.2 Infektionsepidemiologische und infektionshygienische Lage in Alten- und Pflegeheimen seit Beginn der Covid-19-Pandemie

Mit Beginn der Covid-19-Pandemie wurde auch in Deutschland schnell sichtbar, dass Personen ab 60 Jahre deutlich häufiger von Covid-19-bedingten Hospitalisierungen und Tod betroffen sind als Menschen jüngerer Altersgruppen (Schilling et al. 2020). Dabei ist das Risiko, an Covid-19 zu versterben, für ältere Personen, die zugleich auch Bewohnende eines Alten- und Pflegeheims sind, nochmal höher als für Personen gleichen Alters, die nicht in einer solchen Einrichtung untergebracht sind (Schweickert et al. 2021). Deutlich wurde dies insbesondere während der ersten beiden Pandemiewellen. So offenbarten Meldedatenanalysen für den Zeitraum 2020 bis Anfang 2021, dass nur 5 % der Personen über 65 Jahren in Deutschland in einem Alten-/Pflegeheim untergebracht sind, aber diese Gruppe zugleich rund 21 % der Covid-19-Fälle über 65 Jahre und fast 30 % aller Covid-19-Todesfälle über 65 Jahre stellt (Schweickert et al. 2021).

Bei Betrachtung der Covid-19-Todesfälle bei Heimbewohnenden unter allen Covid-19-Todesfällen in der Gesamtbevölkerung scheint Deutschland im europäischen Vergleich allerdings noch verhältnismäßig gut dazustehen: So betrug diesbezüglich mit Stand Mai 2022 der Anteil in Deutschland 29 % und war somit deutlich niedriger als beispielsweise in den Niederlanden (52 %) oder Schweden (94 %) (ECDC 2022).

Eine wesentliche Verbesserung der Lage in den Einrichtungen stellte sich mit Einführung der Covid-19-Impfungen ein. So bestand insbesondere während der ersten beiden Pandemiewellen eine starke Assoziation zwischen Ausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen und der Inzidenz von *severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2* (SARS-CoV-2) in der Allgemeinbevölkerung, die erst durch

die Kombination aus Impfungen und weiteren Maßnahmen zu großen Teilen entkoppelt werden konnte (Schweickert et al. 2021; Suwono et al. 2022).

Ein Vergleich des Zeitraums vor (März bis Dezember 2020) und nach Beginn der Impfkampagne (April bis Dezember 2021) in Deutschland zeigte außerdem, dass zwischen den beiden Zeiträumen in den Einrichtungen die mediane Anzahl an Covid-19-Fällen pro Ausbruch von 21 auf 8 fiel und auch bei den verstorbenen Fällen unter den Bewohnenden ein Rückgang von 21,1 % auf 13,6 % zu verzeichnen war (Said et al. 2022).

Trotz dieser positiven Entwicklungen waren seit August 2021 wieder zunehmend Ausbrüche in den Einrichtungen zu beobachten (RKI 2022e). Ein wesentlicher Grund hierfür liegt an der anhaltend hohen und zwischenzeitlich auch stark ansteigenden SARS-CoV-2-Inzidenz in der Allgemeinbevölkerung, die seit Anfang 2022 mit der Verbreitung der SARS-CoV-2-Variante Omikron in Deutschland neue Höchstwerte erreichte und sich auch über die darauffolgenden Sommermonate im Vergleich zu den beiden Vorsommerjahren auf einem hohen Niveau hielt (RKI 2022b).

8.2.1 Infektionsschutzmaßnahmen

Um die Bewohnenden der Einrichtungen vor SARS-CoV-2-Infektionen und daraus resultierenden Todesfällen bestmöglich zu schützen, wurden sowohl in Deutschland als auch international zu Beginn der Pandemie Empfehlungen zur Infektionsprävention und zum Infektionsmanagement in den Einrichtungen veröffentlicht (CDC 2022; RKI 2022d). Auch wenn ein Teil der Maßnahmen im Laufe der Pandemie entschärft oder gänzlich aufgehoben wurde, sind diese nach wie vor von Relevanz und werden entsprechend der infektionsepidemiologischen Entwicklung stetig angepasst und überarbeitet (RKI 2022d). Sie beinhalten im Wesentlichen die im Folgenden dargestellten Maßnahmen, die in umfassenderer Form in dem Dokument *Prävention und Manage-*

ment von Covid-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen des Robert Koch-Instituts (RKI 2022d) zu finden sind.

Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen

Eine wesentliche Voraussetzung, um den Eintrag und die Verbreitung von SARS-CoV-2-Infektionen in die Einrichtungen zu vermeiden, ist das Vorhandensein und die konsequente Umsetzung eines Hygienekonzeptes, das die entsprechenden Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen beinhaltet. Dieses sollte neben Händehygiene und Basishygienemaßnahmen (u. a. Abstandsregelung, Tragen medizinischer Masken durch Beschäftigte und Besuchende sowie regelmäßiges Lüften der Innenräume) auch erweiterte Maßnahmen beinhalten (z. B. Nutzung persönlicher Schutzausrüstungen, Desinfektion und Reinigung) sowie, ggf. in Abhängigkeit von landesrechtlichen Vorgaben und der epidemiologischen Lage, Regelungen zu Besuchsmöglichkeiten und Testungen (RKI 2022d).

Umfassende Maßnahmen zur Hygiene und Infektionsprävention in den Einrichtungen sind jedoch nicht allein im Kontext von Covid-19 von Bedeutung. Relevanz besteht diesbezüglich z. B. auch in Hinblick auf die Gefährdung durch multiresistente Erreger, die ebenfalls eine akute Gesundheitsgefährdung für die Bewohnenden darstellen (Esposito et al. 2007). Die *Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention* (KRINKO) beim RKI hat im Zusammenhang mit den besonderen Infektionsgefahren im Setting von Pflegeeinrichtungen bereits vor einigen Jahren Empfehlungen veröffentlicht (derzeit in Überarbeitung), in denen diesbezüglich relevante Maßnahmen umfangreich dargelegt sind (RKI 2005).

Kontaktpersonennachverfolgung und Fallmanagement

Neben der Prävention umfasst Infektionsschutz in den Einrichtungen insbesondere die

Verhinderung weiterer Infektionen, falls diese in die Einrichtung getragen wurden. Die Nachverfolgung von Covid-19-Kontaktpersonen sowie das Fallmanagement wurden schon zu Beginn der Pandemie als wichtige Containment-Maßnahmen für die Allgemeinbevölkerung identifiziert und auch für die Einrichtungen empfohlen (RKI 2022d).

Ziel dabei ist, Infektionen möglichst schnell zu erkennen, um somit eine angemessene medizinische Versorgung der erkrankten Person gewährleisten zu können und größere Ausbrüche in den Einrichtungen zu vermeiden. Hierfür bedarf es der Anwendung entsprechender Quarantäne- und Isolierungsmaßnahmen sowohl unter den Bewohnenden als auch unter den Beschäftigten, wobei die konkrete Umsetzung der Situation angepasst erfolgen sollte (RKI 2022d). Laut den Ergebnissen eines Rapid-Reviews stellen die frühzeitige Identifizierung und Isolierung von Covid-19-Fällen das wichtigste Kontrollinstrument zur Ausbruchseindämmung dar (Dykgraaf et al. 2021).

Surveillance- und Monitoring-Systeme

Die Wirkung der oben genannten Maßnahmen ist umso effektiver, je früher die Infektionen identifiziert werden. Dafür bedarf es einer einrichtungsbasierten Surveillance und Kenntnisse der Symptome einer Covid-19-Erkrankung, über die die Bewohnenden und die Beschäftigten der Einrichtungen umfassend aufgeklärt werden sollten (RKI 2022d).

Die Bedeutung einer übergeordneten einrichtungsbasierten Surveillance und von Monitoring-Systemen zeigt sich auch, wenn die auf diese Weise gesammelten Daten generelle Einblicke zur Lage in den Einrichtungen liefern. Beispiele hierfür sind das *Monitoring von Covid-19 und der Impfsituation in Langzeitpflegeeinrichtungen* (RKI 2022c) und die darauffolgende Meldepflicht gemäß § 35 Abs. 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) zur Übermittlung der Impfquoten in den Einrichtungen. Solche Systeme können dazu beitragen, kurzfristig und schnell Erkenntnisse über die La-

ge in den Einrichtungen zu erhalten und somit zu möglichen akuten Handlungsbedarfen in den Einrichtungen Informationsgrundlagen zur Verfügung zu stellen. Dies unterstreicht, dass Surveillance- und Monitoring-Systeme insbesondere in Bezug auf nosokomiale Infektionen stärker in den Einrichtungen etabliert werden sollten (Schmidt et al. 2022).

SARS-CoV-2-Testungen

Zahlreiche Studienergebnisse belegen die Bedeutung von Testungen auf SARS-CoV-2 als Infektionsschutz-Instrument, insbesondere in Hinblick auf Antigen-Schnelltests zur Detektion asymptomatischer Infektionen im Rahmen von regelmäßigen Reihentestungen (Kim et al. 2020; McMichael et al. 2020; Dykgraaf et al. 2021). Dabei gilt es zu beachten, dass bei symptomatischen Personen PCR-Testungen vorgenommen werden sollten (RKI 2022d). Weitere wichtige Anforderungen zum sinnvollen und effektiven Einsatz der unterschiedlichen Testarten umfassen z. B. die ausschließliche Nutzung von zertifizierten Tests oder die PCR-Nachtestung nach positivem Schnelltestergebnis. Die einrichtungsspezifischen Testkonzepte stehen dabei in Abhängigkeit der jeweiligen epidemiologischen Lage sowie landesspezifischer Regelungen und sollten im Rahmen der Möglichkeiten mit Unterstützung des Gesundheitsamtes erarbeitet werden (RKI 2022d).

Ausbruchsmanagement

Auch ein effektives Ausbruchsmanagement ist beim Auftreten eines Covid-19-Falles in einer Einrichtung essenziell, um die Ausbreitung weiterer Infektionen und das Auftreten von Todesfällen zu verhindern. Die Maßnahmen eines solchen Ausbruchsmanagements umfassen dabei die bereits genannten Interventionen, wie z. B. die Kontaktpersonennachverfolgung, die Identifizierung weiterer Fälle sowie – je nach Ausmaß des Ausbruchs – vorübergehende Einschränkungen hinsichtlich der Besuchsmöglichkeiten (RKI 2022d). Dabei ist es elementar, dass die Maßnahmen rechtzeitig und schnell umgesetzt werden.

Impfungen

Der Rückgang an Covid-19-Fällen, Todesfällen und Ausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen verdeutlicht die Bedeutung der Impfungen als Infektionsschutzmaßnahme, die Ende 2020 mit Beginn der Impfkampagne in Deutschland auf Grundlage der Empfehlung der *Ständigen Impfkommission* (STIKO) prioritär den Bewohnenden und Beschäftigten der Einrichtungen zur Verfügung gestellt wurden. Mit dem Auftreten neuer SARS-CoV-2-Varianten sowie des im Laufe der Zeit sinkenden Impfschutzes zeigte sich jedoch auch die Notwendigkeit, die impfbedingte Schutzwirkung wiederaufzufrischen, weswegen die STIKO den Bewohnenden und Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen im Oktober 2021 bzw. Februar 2022 die erste bzw. zweite Auffrischimpfung empfahl. Um bestehende Impflücken zu schließen, wurde darüber hinaus im Dezember 2021 die seit März 2022 in Kraft getretene einrichtungsbezogene Impfpflicht für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen beschlossen (Bundestag 2021).

Die Daten zum Stand der Impfquoten in den Einrichtungen im November 2022 zeigten, dass unter den Bewohnenden und Beschäftigten inzwischen der überwiegende Anteil der Personen mindestens zweimal (jeweils 94 %) bzw. mindestens dreimal (87 % bzw. 76 %) geimpft worden war. Gleichzeitig ist jedoch sichtbar, dass in Bezug auf die zweite Auffrischimpfung (Bewohnende bzw. Beschäftigte mit mindestens vier Impfungen: 52 % bzw. 12 %) weiterhin Impflücken bestanden (RKI 2022a).

8.2.2 Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Alten- und Pflegeheimbewohnenden und Herausforderungen für den Infektionsschutz in den Einrichtungen

Es gibt eine Reihe an unterschiedlichen Faktoren, welche die Gesundheit von Alten-

und Pflegeheimbewohnenden beeinflussen und häufig auch die Umsetzung der oben genannten Maßnahmen in den Einrichtungen erschweren (Abb. 8.1). Zugleich existieren aber auch Lösungskonzepte, Empfehlungen und Forderungen, wie diesen Herausforderungen begegnet werden kann. Diese zeigen, dass beim Einsatz von Infektionsschutzmaßnahmen auch psychosoziale und anderweitige Faktoren berücksichtigt werden sollten (RKI 2022d).

Personalmangel, fachliche Qualifikation und arbeitsbedingte Belastungen

Eine wesentliche Problematik, die sich auf den Infektionsschutz in den Einrichtungen auswirkt, ist der bereits seit einigen Jahren bestehende Mangel an fachlich qualifiziertem Personal, sowohl generell als auch in Bezug auf infektionshygienisch geschulte Beschäftigte, der sich im Zuge der Covid-19-Pandemie zusätzlich verstärkt hat (Rothgang und Wolf-Ostermann 2020; Gleich et al. 2021; Behrendt et al. 2022). Die Auswirkungen dieses Mangels zeigen Studienergebnisse, die darauf hindeuten, dass Einrichtungen mit einem hohen Anteil an qualifizierten Pflegekräften seltener von Covid-19-Fällen betroffen sind als Einrichtungen mit Personalmangel (Duthey-Magni et al. 2021; Dykgraaf et al. 2021).

Deutlich wird dies auch bei einem Vergleich der Größe von Covid-19-Ausbrüchen in Krankenhäusern und Alten- und Pflegeheimen: So schwankte in Deutschland während der ersten vier Covid-19-Wellen zwischen März 2020 und September 2021 die mediane Ausbruchgröße in Krankenhäusern zwischen drei und fünf Fällen, in den Einrichtungen jedoch zwischen sieben und 21 Fällen (Suwono et al. 2022). Die Situation zeigt, dass es neben einer grundsätzlichen Erhöhung der Anzahl des Personals auch der Förderung der Hygienekompetenzen der Beschäftigten bedarf.

Forderungen und mögliche Lösungskonzepte diesbezüglich bestehen bereits und umfassen neben der Notwendigkeit einer angemessenen Vergütung für die Beschäftigten unter anderem ein gesetzlich verpflichtendes

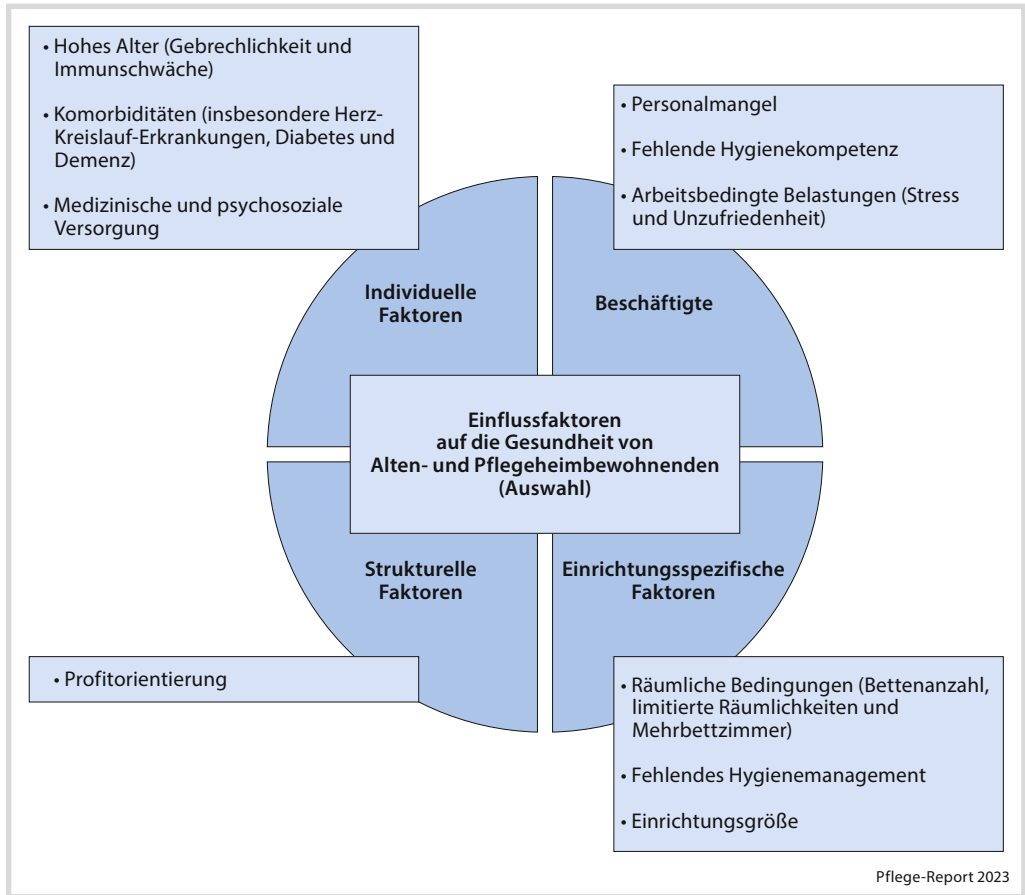


Abb. 8.1 Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Alten- und Pflegeheimbewohnenden

Hygienemanagement, die Einstellung hygienbeauftragter Pflegekräfte, die Aufnahme des Faches Hygiene in die Ausbildung zur Pflegefachkraft sowie an die Pflege im Krankenhaus angelehnte höherqualifizierende Ausbildungen und Weiterbildungsmöglichkeiten (Gleich et al. 2021; Bundesregierung 2022). Mit Änderung des IfSG im September 2022 wurde bereits die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, die Einrichtungen beim Einsatz von Beauftragten für die Bereiche Impfung, Hygiene und Medikation zu unterstützen (Bundesgesundheitsministerium 2022).

Wie wichtig diese Maßnahmen sind, zeigt sich auch eindrücklich anhand von Untersuchungen zu den Auswirkungen der Covid-19-

Lage auf die Arbeitssituation der Beschäftigten. So gab eine überwiegende Mehrheit (94 %) der Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen in einer in Deutschland durchgeführten Erhebung an, seit Beginn der Covid-19-Pandemie einer erhöhten Arbeitsbelastung ausgesetzt zu sein, wobei ein großer Teil (40 %) in diesem Zusammenhang auch von Unzufriedenheit mit dem Covid-19-Management ihrer Einrichtungsleitung berichtete (Hering et al. 2022).

Eindrückliche Schilderungen der pandemiebedingten Belastung zeigten sich dabei auch im Rahmen einer qualitativen Untersuchung, in der von einer „stillen Triage“ berichtet wird und nach der insbesondere während

der zweiten Pandemiewelle erkrankte Bewohnende nicht ins Krankenhaus verlegt wurden, zugleich in den Einrichtungen selbst allerdings nicht die Voraussetzungen für eine angemessene medizinische Versorgung vorlagen (Elsbernd et al. 2021).

Medizinische und psychosoziale Versorgung der Bewohnenden

Bis zum Start der Impfkampagne waren Alten- und Pflegeheime bereits mehrere Monate von den Folgen der Covid-19-Pandemie beeinflusst, weswegen die über den Infektionsschutz hinausgehenden direkten und indirekten Auswirkungen auf die Bewohnenden bis zu diesem Zeitpunkt schon deutlich in Erscheinung traten. Neben der generellen Sorge vor einer Infektion ergaben sich weitere Belastungen durch die Besuchsverbote von Familienangehörigen und Bekannten sowie durch die Einschränkungen bzw. den Wegfall sozialer Aktivitäten (Elsbernd et al. 2021). Berichtet wurde vor diesem Hintergrund von verstärkten Gefühlen der Isolation, Macht- oder Hilflosigkeit unter den Bewohnenden sowie von Angstzuständen, Depressionen, aggressivem Verhalten und kognitiven Einschränkungen (Elsbernd et al. 2021; Yang et al. 2022).

Darüber hinaus zeigten manche der Bewohnenden Schwierigkeiten bei der Einhaltung der Hygienemaßnahmen (Alonso-Lana et al. 2020). Die Studienlage deutet dabei zumindest in Teilen darauf hin, dass hiervon im besonderen Maße Bewohnende mit Demenzerkrankungen betroffen waren, die im Falle von Hospitalisierungen durch die Notwendigkeit des Umgebungswechsels und einer intensiveren medizinischen Betreuung durch fremdes Personal einer verstärkten Belastungssituation ausgesetzt waren (Wang et al. 2020).

Alten- und Pflegeheime stellen ein besonderes Setting dar: Sie umfassen zwar eine pflegerische Betreuung, gleichzeitig handelt es sich bei ihnen jedoch auch um Wohnunterkünfte, in denen sich in der Regel alle relevanten Lebensbereiche und Aktivitäten der Bewohnenden abspielen (Wohnen, Essen, sozialer Austausch usw.), was bei der Umsetzung

von infektionshygienischen Maßnahmen unbedingt beachtet werden sollte.

Insbesondere die Tatsache, dass zu Beginn der Pandemie Bewohnende aufgrund der Beschränkungen oftmals während des Sterbeprozesses nicht von Angehörigen begleitet werden konnten, unterstreicht das Ausmaß der Auswirkungen, welche die Infektionsschutzmaßnahmen auf die Lebensumstände der beteiligten Personengruppen hatten. Anhand dessen zeigt sich deutlich das Dilemma der Abwägung zwischen der Notwendigkeit, die Bewohnenden bestmöglich vor einer SARS-CoV-2-Infektion zu schützen, aber auch soweit wie möglich vor den gravierenden negativen Folgen der Schutzmaßnahmen selbst. Dies setzt eine adäquate Anpassung der oben genannten Maßnahmen durch die beteiligten Akteure und Behörden an die jeweiligen Gegebenheiten vor Ort und die entsprechende Situation selbst voraus, wobei das Prinzip der Verhältnismäßigkeit eine zentrale Rolle einnimmt (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. 2020).

Die S1-Leitlinie zur *Sozialen Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie* greift dies auf, indem hier eine Reihe an Empfehlungen der damit einhergehenden notwendigen Abwägungsprozesse beleuchtet werden. Ein wesentlicher Aspekt in diesem Zusammenhang ist die Umsetzung notwendiger Infektionsschutzmaßnahmen unter Bewahrung der menschlichen Würde, was unter anderem eine sorgfältige Eruiierung vorhandener Handlungsoptionen, eine Kommunikation mit den beteiligten Personengruppen sowie eine weitestgehende Aufrechterhaltung der Möglichkeiten zur Bewegungsfreiheit und des sozialen Austausches umfasst (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. 2020).

In Bezug auf das psychische Wohlergehen der Bewohnenden wird in der Leitlinie auch die große Bedeutung und der Beitrag der Angehörigen zur Lebensqualität der Bewohnenden in den Mittelpunkt gestellt. Ihnen im Rahmen der jeweils gelten Hygienebestimmungen vor Ort unkomplizierten Zugang

zu ermöglichen, sollte unter Berücksichtigung des individuellen Gesundheitszustands der zu besuchenden Personen sowie den strukturellen bzw. räumlichen Gegebenheiten gegeben sein (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. 2020).

Die genannten Aspekte zeigen eindrücklich, wie wichtig es ist, infektionshygienische Maßnahmen mit Konzepten der psychosozialen Versorgung, wie einer personenzentrierten Pflege der Bewohnenden sowie speziellen Unterstützungs- und Beratungsangeboten für die Beschäftigten, zu verbinden (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. 2020; Gangnus et al. 2022). Dies kann zusätzlich auch dazu beitragen, die Compliance der Bewohnenden mit den Maßnahmen zu erhöhen.

Weiteres Potenzial zur Verbesserung der medizinischen und psychosozialen Versorgung der Bewohnenden und somit zu deren Schutz vor Infektionen umfasst die Förderung des Heimarzt-Konzeptes, d. h. von Ärztinnen und Ärzten, die direkt beim Heim angestellt sind (AOK 2021; Bundesregierung 2022), wobei es hier unter Umständen zu Kollisionen mit dem Recht auf freie Arztwahl kommen kann.

Eine wichtige Ergänzung in Bezug auf die Versorgung der Bewohnenden stellt daneben das Berufsbild der *Advanced Practice Nurse* dar (DBfK 2019). Diese spezialisierten Pflegekräfte können andere Beschäftigte der Einrichtungen – insbesondere in Anbetracht von Personalmangel und erhöhter Arbeitsbelastung – dabei unterstützen, zum Teil bestehende Versorgungslücken zu schließen, zu einer qualitativ hochwertigeren Pflege beizutragen und das psychische Wohlbefinden der Bewohnenden zu fördern (Lee et al. 2002; Iversen et al. 2022).

Strukturelle und einrichtungsspezifische Faktoren

Im Zuge der Covid-19-Pandemie wurde nochmal deutlich, dass strukturelle und einrichtungsspezifische Faktoren in den Einrichtungen existieren, welche die Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen erschweren können. In Bezug auf die oben genannte Maß-

nahme der Kohortierung und Isolierung beim Auftreten von Covid-19-Fällen zeigt sich beispielsweise, dass diese aufgrund der räumlichen Bedingungen in manchen Einrichtungen nicht oder nur unzureichend umgesetzt wird bzw. werden kann (Davidson und Szanton 2020; Gleich et al. 2021). Damit übereinstimmend berichten Ergebnisse von internationalen Studien auch, dass eine hohe Bettenanzahl, limitierte Räumlichkeiten und Mehrbettzimmer zu einem gesteigerten Infektionsrisiko für Bewohnende beitragen (Dykgraaf et al. 2021; Yang et al. 2022).

Gegenstand von Untersuchungen ist darüber hinaus die Größe von Pflegeheimen. Ergebnisse von Studien weisen darauf hin, dass Bewohnende kleinerer Einrichtungen ein geringeres Risiko haben, an Covid-19 zu erkranken oder zu versterben, als Bewohnende großer Alten- und Pflegeheime, da hier eine größere Zahl an Personen in Gemeinschaftsräumlichkeiten aufeinander trifft (Zimmerman et al. 2021; Aalto et al. 2022).

Problematiken in Hinblick auf eine ausreichende personelle Besetzung mit entsprechenden Qualifikationen, die sich aus einer profitorientierten Ausrichtung von Pflegeheimen ergeben (Schumann und Schmidt 2021), sowie Hinweise über mögliche Assoziationen zwischen Ausmaß an Covid-19-Ausbrüchen und der Anzahl von Todesfällen im Vergleich zu nichtprofitorientierten Einrichtungen (Stall et al. 2020) bestärken darüber hinaus den Bedarf für weitere Forschung über den möglichen Einfluss einer gewinnorientierten Ausrichtung von Einrichtungen auf den Infektionsschutz.

Die hier genannten Aspekte werfen daher Fragen hinsichtlich der Gestaltung von Lebens- und Wohnräumen in den Einrichtungen und möglicher Alternativen auf (Fried 2021). In europäischen Nachbarländern wurden bereits Konsequenzen gezogen: Im österreichischen Burgenland sieht der *Zukunftsplan Pflege* die Gemeinnützigkeit für Pflegeeinrichtungen in den kommenden Jahren bereits als gesetzliche Pflicht vor (Land Burgenland o.J.). In Dänemark existieren inzwischen gar keine Altenheime mehr (Aktiv Altern in NRW

und überall 2020). Alternative Konzepte zur Betreuung pflegebedürftiger Personen sehen statt der klassischen Einrichtungen kleinere Heime mit max. zwölf Zimmern bzw. sogenannten *Green Houses* vor (Zimmerman et al. 2021). Solche Optionen bieten Potenzial zur Umgestaltung der Unterbringungsmöglichkeiten und Lebensräume älterer und pflegebedürftiger Menschen, was nicht nur zum Infektionsschutz, sondern auch zu einer Verbesserung der Lebensqualität dieser Personengruppen beitragen könnte (Fried 2021). Ob und inwieweit solche Wohnmodelle für alle Pflegegruppen tatsächlich geeignet sind, sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

8

8.3 Fazit

Die Covid-19-Pandemie hat verdeutlicht, welch hohem Infektions- und Sterberisiko die Bewohnenden von Alten- und Pflegeheimen ausgesetzt sind und wie sehr deren Situation auch in Abhängigkeit zu der epidemiologischen Lage in der Allgemeinbevölkerung steht. Durch Infektionsschutzmaßnahmen wie Hygienemaßnahmen, Testungen auf SARS-CoV-2 und Impfungen konnte im Verlauf der Pandemie eine Vielzahl von Erkrankungen und Todesfällen unter den Bewohnenden verhindert werden. Gleichzeitig wurden jedoch auch einige Herausforderungen hinsichtlich der Umsetzung dieser Maßnahmen in den Einrichtungen sichtbar, die z. T. direkt durch die Pandemie bedingt sind, teilweise aber bereits Jahre zuvor bestanden und durch diese verstärkt wurden.

Entsprechende Lösungsansätze zeigen, dass ein umfassender Schutz der Bewohnenden vor Infektionen neben konkreten Maßnahmen wie z. B. neuer Impfkampagnen zur Schließung von Lücken im Bereich der Covid-19-Auffrischimpfungen auch die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten, die Versorgung der Bewohnenden sowie die räumlichen Gegebenheiten in den Einrichtungen

berücksichtigen sollten. Eine wichtige Lektion aus der Covid-19-Pandemie ist, sich bei der Planung von Maßnahmen nicht ausschließlich an zukünftigen Pandemien zu orientieren (Hall et al. 2022), sondern auch anderweitige und bereits bestehende Gesundheitsgefahren in den Fokus zu nehmen.

Weiterhin zeigt sich, dass die Evidenzlage in Bezug auf die jeweiligen Maßnahmen zukünftig weiter gestärkt werden sollte. So wurden im Rahmen eines Rapid Reviews aus dem Jahr 2021 eine Reihe nichtpharmakologischer Interventionen untersucht, die zur Prävention von SARS-CoV-2-Infektionen in Langzeitpflegeeinrichtungen eingesetzt wurden (Stratil et al. 2021). Die Ergebnisse deuten zwar darauf hin, dass ein Großteil der oben genannten Maßnahmen die Anzahl der Infektionen und Todesfälle reduzieren, der Grad der Evidenz ist aufgrund der Anzahl der Studien sowie der Studiendesigns jedoch nur begrenzt (Stratil et al. 2021).

In Hinblick auf die weiter steigende Anzahl an älteren und pflegebedürftigen Personen gilt es daher, bestehende Forschungslücken im Bereich des Infektionsschutzes dieses Personenkreises zu schließen. Geeignete Mittel hierfür wären z. B. die Etablierung und Ausweitung von Monitoring- und Surveillance-Systemen sowie die Durchführung von systematischen Reviews und weiterer Studien, die sich der Wirksamkeit von Infektionsschutzmaßnahmen in den Einrichtungen widmen (Stratil et al. 2021). Diese können eine wichtige Grundlage dafür schaffen, weitere Informationen zu Faktoren, welche die Gesundheit von Bewohnenden beeinflussen, zu sammeln, zu interpretieren und darauf basierend Handlungsempfehlungen zu formulieren. Zentraler Bestandteil dieser Empfehlungen sollte dabei stets eine angemessene Abwägung zwischen notwendigen Infektionsschutzmaßnahmen auf der einen und möglichen negativen Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit der Bewohnenden auf der anderen Seite sein.

Literatur

- Aalto UL, Pitkälä KH, Andersen-Ranberg K, Bonin-Guillaume S, Cruz-Jentoft AJ, Eriksdotter M, Gordon AL, Gosch M, Holmerova I, Kautiainen H, Kivipelto M, Macijauskiene J, O'Neill D, van den Noortgate N, Ranhoff AH, Schols J, Singler K, Stankunas M, Ouslander JG (2022) COVID-19 pandemic and mortality in nursing homes across USA and Europe up to October 2021. *Eur Geriatr Med* 13(3):705–709
- Aktiv Altern in NRW und überall (2020) Vorbildliche Altenpflege in Dänemark. <https://unser-quartier.de/oberhausen/2020/07/vorbildliche-altenpflege-in-daenemark/>. Zugriffen: 17. Aug. 2022
- Alonso-Lana S, Marquíe M, Ruiz A (2020) Cognitive and neuropsychiatric manifestations of COVID-19 and effects on elderly individuals with dementia. *Front Aging Neurosci* 12:588872
- AOK (2021) Heimärzte. https://www.aok-bv.de/lexikon/h/index_01189.html. Zugriffen: 25. Sept. 2022
- Behrendt S, Argüello Guerra F, Räker M, Jürchott K, Klauber J, Schwinger A (2022) Die Versorgung von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende aus Sicht der Pflege. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Pflegereport/wido_pfl_befragung_lebensende_07_2022.pdf. Zugriffen: 21. Sept. 2022
- Bundesgesundheitsministerium (2022) Änderung des Infektionsschutzgesetzes. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/ifsg.html>. Zugriffen: 30. Sept. 2022
- Bundesregierung (2022) 10. Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19. Zur Notwendigkeit des Infektionsschutzes für pflegebedürftige Menschen in Pflegeeinrichtungen. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/bundesregierung/bundeskanzleramt/corona-expertinnenrat-der-bundesregierung>. Zugriffen: 15. Aug. 2022
- Bundestag (2021) Impfpflicht für Gesundheits- und Pflegepersonal ab 15. März beschlossen. <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2021/kw49-de-infektionsschutzgesetz-impfpraevention-870424>. Zugriffen: 25. Sept. 2022
- CDC (2022) Interim infection prevention and control recommendations to prevent SARS-CoV-2 spread in nursing homes. Nursing homes & long-term care facilities. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html>. Zugriffen: 14. Aug. 2022
- Davidson PM, Szanton SL (2020) Nursing homes and COVID-19: we can and should do better. *J Clin Nurs* 29(15–16):2758–2759
- DBfK (2019) Advanced Practice Nursing – Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf>. Zugriffen: 16. Nov. 2022
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e V (Hrsg) (2020) S1 Leitlinie – Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie – Langfassung – AWMF Registernummer 184-001. https://register.awmf.org/assets/guidelines/184-001_S1_Soz_Teilhabe_Lebensqualitaet_stat_Altenhilfe_Covid-19_2020-10_1-abgelaufen.pdf. Zugriffen: 22. Sept. 2022
- Dutey-Magni PF, Williams H, Jhass A, Rait G, Lorencato F, Hemingway H, Hayward A, Shallcross L (2021) COVID-19 infection and attributable mortality in UK care homes: cohort study using active surveillance and electronic records (March–June 2020). *Age Ageing* 50(4):1019–1028
- Dykgraaf SH, Matenge S, Desborough J, Sturgiss E, Dut G, Roberts L, McMillan A, Kidd M (2021) Protecting nursing homes and long-term care facilities from COVID-19: a rapid review of international evidence. *J Am Med Dir Assoc* 22(10):1969–1988
- ECDC (2022) Surveillance data from public online national reports on COVID-19 in long-term care facilities. <https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics-z/coronavirus/threats-and-outbreaks/covid-19/prevention-and-control/LTCF-data>. Zugriffen: 27. Sept. 2022
- Elsbernd A, Heidecker L, Schüttemeier B (2021) Abschlussbericht Juli 2021. Studie zur aktuellen Lage in Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege in Baden-Württemberg (LACOVID-BA-WÜ2020). Laufzeit: 01.08.2020–31.07.2021. https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Gesundheitsschutz/Lacovid_Abschlussbericht_Elsbernd_29-07-2021.pdf. Zugriffen: 22. Sept. 2022
- España PP, Bilbao A, García-Gutiérrez S, Lafuente I, Anton-Ladislao A, Villanueva A, Uranga A, Legarreta MJ, Aguirre U, Quintana JM (2021) Predictors of mortality of COVID-19 in the general population and nursing homes. *Intern Emerg Med* 16(6):1487–1496
- Esposito S, Leone A, Noviello S, Lanniello F, Fiore M (2007) Antibiotic resistance in long-term care facilities. *New Microbiol* 30(3):326–331
- Fried LP (2021) The need to invest in a public health system for older adults and longer lives, fit for the next pandemic. *Front Public Health* 9:682949
- Gangnus A, Hering C, Kohl R, Henson CS, Schwinger A, Steinhagen-Thiessen E, Kuhlmeier A, Gellert P (2022) Covid-19-Schutzmaßnahmen und Einschränkungen des sozialen Lebens in Pflegeheimen. *Pflege* 35(3):133–142
- Gleich S, Walger P, Popp W, Lamm F, Exner M (2021) Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH). Nosokomiale COVID-19 Ausbrüche in stationären Pflegeeinrichtungen – Ursachen und Forderungen. <https://>

- www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2021_02_04_Ausbrueche-Pflegeeinrichtungen_HM.pdf. Zugriffen: 22. Aug. 2022
- Hall K, Opitz S, Scheuermann K (2022) Die Verwaltung der Kontaktverfolgung unter COVID-19. Eine Analyse der Containment Scouts und der Mobile Tracing App. Abschlussbericht. Philipps Universität, Marburg
- Hering C, Gangnus A, Budnick A, Kohl R, Steinhagen-Thiessen EA, Kuhlmei A, Gellert P (2022) Psychosocial burden and associated factors among nurses in care homes during the COVID-19 pandemic: findings from a retrospective survey in Germany. *BMC Nurs* 21(1):41
- Iversen L, Wolf-Ostermann K, Petersen-Ewert C (2022) Welche Aufgaben hat eine Community Health Nurse? Ein Scoping Review zu Tätigkeitsfeldern am Beispiel der Versorgung von chronisch Erkrankten. *Präv Gesundheitsf.* <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00961-1>
- Kim JJ, Coffey KC, Morgan DJ, Roghmann MC (2020) Lessons learned – Outbreaks of COVID-19 in nursing homes. *Am J Infect Control* 48(10):1279–1280
- Land Burgenland Zukunftsplan Pflege. Bedarfs- und Entwicklungsplanung 2018–2030. https://www.burgenland.at/fileadmin/user_upload/Bilder/Aktuelle_Meldungen/2019/Maerz/Zukunftsplan_Pflege_21_Massnahmen_fuer_die_Pflege_der_Zukunft.pdf. Zugriffen: 12. Sept. 2022
- Lee DT, Lee IF, Mackenzie AE, Ho RN (2002) Effects of a care protocol on care outcomes in older nursing home patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Am Geriatr Soc* 50(5):870–876
- McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogojans S, Kay M, Schwartz NG, Lewis L, Baer A, Kawakami V, Lukoff MD, Ferro J, Brostrom-Smith C, Rea TD, Sayre MR, Riedo FX, Russell D, Hiatt B, Montgomery P, Rao AK, Chow EJ, Tobolowsky F, Hughes MJ, Bardossy AC, Oakley LP, Jacobs JR, Stone ND, Reddy SC, Jernigan JA, Honein A, Clark TA, Duchin JS (2020) Epidemiology of Covid-19 in a long-term care facility in king county, Washington. *N Engl J Med* 382(21):2005–2011
- RKI (2005) Infektionsprävention in Heimen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI) Bd. 48, S 1061–1080
- RKI (2022a) Coronavirus SARS-CoV-2: Bundesbericht zu Impfquoten in Pflegeeinrichtungen – November – 2022. Datum der Berichterstellung: 04. Januar 2023. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Monatsberichte/2022-11/Bundesbericht.pdf?__blob=publicationFile. Zugriffen: 9. Jan. 2023
- RKI (2022b) Covid-19-Trends in Deutschland im Überblick. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/COVID-19-Trends/COVID-19-Trends.html?__blob=publicationFile#/home. Zugriffen: 8. Sept. 2022
- RKI (2022c) Monitoring von COVID-19 und der Impfsituation in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen und in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Monitoring_Covid-19_Impfen_Langzeitpflege.html. Zugriffen: 25. Sept. 2022
- RKI (2022d) Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst. V.29, 27. Mai 2022. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?__blob=publicationFile. Zugriffen: 01. September 2022
- RKI (2022e) Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 22.09.2022. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-09-22.pdf?__blob=publicationFile. Zugriffen: 25. Sept. 2022
- Rothgang H, Wolf-Ostermann K Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege während der Corona-Pandemie. https://www.uni-bremen.de/fileadmin/user_upload/fachbereiche/fb11/Aktuelles/Corona/Ergebnisbericht_Coronabefragung_Uni-Bremen_24062020.pdf (Erstellt: 15. Aug. 2022). Zugriffen: 22. Aug. 2022
- Said D, Suwono B, Schweickert B, Schönfeld V, Eckmanns T, Haller S (2022) SARS-CoV-2 outbreaks in care homes for the elderly and disabled in Germany. A comparative epidemiological analysis of the periods before and after the beginning of the vaccination campaign. *Dtsch Arztebl Int* 119:486–487
- Schilling J, Lehfeld A, Schumacher D, Ullrich A, Diercke M, Buda S, Haas W (2020) RKI COVID-19 Study Group: Krankheitsschwere der ersten COVID-19-Welle in Deutschland basierend auf den Meldungen gemäß Infektionsschutzgesetz. *J Health Monit.* <https://doi.org/10.25646/7169>
- Schmidt N, Marujo V, Eckmanns T, Zacher B, Arvand M, Ruscher C (2022) Nosokomiale Infektionen und Antibiotikaaanwendung in Langzeitpflegeeinrichtungen. Deutsche Ergebnisse der dritten europäischen Punkt-Prävalenz-Erhebung HALT-3. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 65(9):863–871
- Schumann H, Schmidt N (2021) Das Milliardengeschäft Altenpflege: Heime als Gewinnmaschinen für Konzerne und Investoren. Vernachlässigte Bewohner,

- überarbeitete Angestellte, knallharte Sparvorgaben. Und viel Geld vom Staat. Eine Recherche von Investigate Europe. <https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/heime-als-gewinnmaschinen-fur-konzerne-und-investoren-5114386.html>. Zugriffen: 24. Sept. 2022
- Schweickert B, Klingenberg A, Haller S, Richter D, Schmidt N, Abu Sin M (2021) COVID-19-Ausbrüche in deutschen Alten- und Pflegeheimen. *Epid Bull* 18:3–29
- Stall NM, Jones A, Brown KA, Rochon PA, Costa AP (2020) For-profit long-term care homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths. *CMAJ* 192(33):E946–E955
- Statistisches Bundesamt (2020) Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade 2019. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html>. Zugriffen: 30. März 2022
- Statistisches Bundesamt (2022) Gesundheit. Pflege. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html. Zugriffen: 25. Sept. 2022
- Stratil JM, Bialla RL, Burns J, Arnold L, Geffert K, Kunzler AM, Monsef I, Stadelmaier J, Wabnitz K, Litwin T, Kreutz C, Boger AH, Lindner S, Verboom B, Voss S, Movsisyan A (2021) Non-pharmacological measures implemented in the setting of long-term care facilities to prevent SARS-CoV-2 infections and their consequences: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev* 9(9):CD15085
- Suwono B, Steffen A, Schweickert B, Schönfeld V, Brandl M, Sandfort M, Willrich N, Eckmanns T, Haller S (2022) SARS-CoV-2 outbreaks in hospitals and long-term care facilities in Germany: a national observational study. *Lancet Reg Health Eur* 14:100303
- Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo JL, Xie H, Sun Y, Yu E, Tang Y, Weidner W, Yu X (2020) Dementia care during COVID-19. *Lancet* 395(10231):1190–1191
- Yanes-Lane M, Winters N, Fregonese F, Bastos M, Perlman-Arrow S, Campbell JR, Menzies D (2020) Proportion of asymptomatic infection among COVID-19 positive persons and their transmission potential: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 15(11):e241536
- Yang H, Rigsby M, Zhu X, Lee L, Ory M (2022) COVID-19 in long-term care facilities: a rapid review of infection correlates and impacts on mental health and behaviors. *HERD* 15(3):277–294
- Zimmerman S, Dumond-Stryker C, Tandan M, Preisser JS, Wretman CJ, Howell A, Ryan S (2021) Nontraditional small house nursing homes have fewer COVID-19 cases and deaths. *J Am Med Dir Assoc* 22(3):489–493

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Auswirkungen des ordnungspolitischen Rahmens der Pflege- versicherung auf die Qualität der pflegerischen Versorgung

Stefan Greß und Christian Jesberger

Inhaltsverzeichnis

9.1 Einleitung – 146

9.2 Ordnungspolitischer Rahmen und Qualität – 147

9.2.1 Steigende Eigenanteile für pflegebedingte Kosten – 147

9.2.2 Verzicht auf Kassenwettbewerb – 148

9.2.3 Ungesteuerter Anbieterwettbewerb – 150

9.3 Reformbedarf – 151

9.3.1 Neujustierung der finanziellen Anreize
für Pflegebedürftige – 151

9.3.2 Neujustierung der finanziellen Anreize für Krankenkassen und
Pflegekassen – 152

9.3.3 Leitplanken für eine aktive Versorgungssteuerung – 152

9.4 Fazit und Perspektiven – 154

Literatur – 155

■ ■ Zusammenfassung

Der ordnungspolitische Rahmen der Pflegeversicherung begünstigt den Preiswettbewerb zu Lasten des Qualitätswettbewerbs. Aus Sicht der Pflegebedürftigen haben ihre Wahlentscheidung massive finanzielle Konsequenzen, während Qualitätsaspekte bei diesen Wahlentscheidungen vermutlich vielfach eine untergeordnete Rolle spielen. Dieser Umstand wird noch verstärkt durch Fehlanreize bei den Kostenträgern, die aus der Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung resultieren. Darüber hinaus werden die Angebotsstrukturen weitgehend von den Investitionskalkülen der Anbieter bestimmt. Einen ersten Schritt zur Eindämmung des Preiswettbewerbs hat der Gesetzgeber durch die Regelungen zur Tariftreue und die Einführung eines bundesweit geltenden Personalbemessungssystems in der stationären Langzeitpflege gemacht. Für einen echten ordnungspolitischen Kurswechsel wäre allerdings die Etablierung eines sektorübergreifenden Sockel-Spitze-Tauschs notwendig. Die Fehlanreize an der Grenze zwischen den beiden Sozialversicherungssystemen ließen sich zumindest teilweise durch eine einheitliche Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege beseitigen. Grundvoraussetzung für die Schaffung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen ist eine Übernahme der Finanzierungsverantwortung für entsprechende Investitionen durch die Bundesländer.

The regulatory framework of long-term care insurance in Germany favours price competition at the expense of quality competition. From the point of view of those in need of long-term care, their decisions have massive financial consequences. On the other hand, quality aspects presumably often play a minor role in these choices. In addition, as a consequence of the separation of health and long-term care insurance, there are negative incentives on the part of the payers. Furthermore, the supply structures are largely determined by investment decisions of the providers and not by the preferences of those in need of care. A first step towards curbing price competition has

been taken by regulating remuneration of employees and introducing a nationwide staffing system in inpatient long-term care. However, real regulatory change would require limiting the financial responsibility of those in need of care. The misaligned incentives at the border between the two social insurance systems need to be realigned. Finally, the Länder need to take responsibility for investment decisions.

9.1 Einleitung

Der ordnungspolitische Rahmen der Pflegeversicherung ist seit der Einführung dieses jüngsten Systems der Sozialversicherung im Jahr 1995 trotz einer Vielzahl von Reformen in den Grundzügen vergleichsweise stabil. Daran ändern auch die jüngsten Reformbemühungen des Gesetzgebers im Rahmen des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes (PUEG) nichts (Sitte et al. 2023). Als Konsequenz wirken die ordnungspolitischen Grundsatzentscheidungen bei der Einführung der Pflegeversicherung bis in die Gegenwart und bestimmen demzufolge bis heute die Reformagenden (Greß und Jesberger 2022). In deren Mittelpunkt steht in den letzten Jahren die Finanzierbarkeit der pflegerischen Versorgung aus Sicht der Kostenträger, der Pflegebedürftigen und der Anbieter. Die Versicherten-gemeinschaft muss steigende Kosten mit steigenden Beitragssätzen finanzieren. Gleichzeitig nimmt die Belastung der Sozialhilfeträger durch steigende Eigenanteile der Pflegebedürftigen, die selbst zunehmend finanziell überfordert sind, zu. Nach aktuellen Berechnungen werden die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege von rund 2,5 Mrd. Euro im Jahr 2022 auf rund 4 Mrd. Euro im Jahr 2026 steigen (Rothgang et al. 2023). Diese weitgehend ungelösten Probleme im Hinblick auf die Finanzierbarkeit pflegerischer Leistungen sind demzufolge für die aktuelle pflegepolitische Debatte hoch relevant – stehen aber nicht im Vordergrund dieses Beitrags.

In den folgenden Ausführungen geht es vielmehr darum, welche Konsequenzen

die ordnungspolitischen Grundsatzentscheidungen bei der Einführung der Pflegeversicherung auf die Qualität der pflegerischen Versorgung hatten und haben. Zu diesen ordnungspolitischen Grundsatzentscheidungen zählen erstens das Teilleistungssystem in der Finanzierung, zweitens der Verzicht des Gesetzgebers auf Kassenwettbewerb und drittens der weitgehend ungesteuerte Wettbewerb der Anbieter pflegerischer Leistungen. Neben den Auswirkungen auf die Qualität der pflegerischen Versorgung wird im Rahmen dieses Beitrags auch der notwendige pflegepolitische Reformbedarf abgeleitet.

9.2 Ordnungspolitischer Rahmen und Qualität

9.2.1 Steigende Eigenanteile für pflegebedingte Kosten

Bei der Einführung der Pflegeversicherung hat der Gesetzgeber insbesondere aus finanziellen Gründen darauf verzichtet, die Bedarfe in der Langzeitpflege umfassend abzusichern. Der Leistungsanspruch ist deutlich weniger weitreichend als etwa in der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese insbesondere aus fiskalischen Erwägungen gewählte Konstruktion äußert sich vor allem an drei zentralen Stellen (Gieß und Jesberger 2020).

Erstens haben Pflegebedürftige in der ambulanten pflegerischen Versorgung ein Wahlrecht zwischen Sachleistungen zur Finanzierung professionell erbrachter pflegerischer Leistungen oder Geldleistungen in Form des Pflegegeldes zur finanziellen Unterstützung. Positiv formuliert unterstützt der Gesetzgeber mit dieser Wahlmöglichkeit subsidiäre Ansätze in Form der Angehörigenpflege und der ehrenamtlichen Pflege. Diese Argumentation verschleiert allerdings, dass eine umfassende Finanzierung der ambulanten Pflege durch professional erbrachte Dienstleistungen bei der Einführung der Pflegeversicherung vor allem aus fiskalischen Gründen politisch wahrscheinlich kaum durchsetzbar gewesen wäre.

Zweitens war schon bei der Einführung der Pflegeversicherung klar, dass in der stationären Langzeitpflege nur die pflegebedingten Kosten von der Versichertengemeinschaft übernommen werden würden. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung waren weiterhin von den Pflegebedürftigen selbst zu finanzieren. Dies ist folgerichtig, da diese Kosten unabhängig von einer Pflegebedürftigkeit anfallen. Aus Sicht des Bundesgesetzgebers sollten die Pflegebedürftigen allerdings auch bei der Finanzierung der Investitionskosten entlastet werden. Hier sah der Bund die Bundesländer in der Pflicht, um die Sozialhilfeträger bei der Hilfe zur Pflege zu entlasten. Aus dieser Intention resultiert § 9 SGB XI, in dem die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich gemacht werden. Im Gesetz wird weiter ausgeführt, dass zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.

Der zunehmende Teilleistungscharakter der Pflegeversicherung wird drittens dadurch deutlich, dass die Kosten für das Angebot professioneller pflegerischer Leistungen seit Einführung der Pflegeversicherung schneller steigen als die Dynamisierung des Leistungsanspruchs für die Pflegebedürftigen (Paquet 2020). In der ambulanten professionellen Pflege stehen die Pflegebedürftigen als Konsequenz vor der Wahl, auf einen Teil der pflegerischen Leistungen zu verzichten oder einen höheren Eigenanteil zu übernehmen. In der vollstationären Pflege wird dies etwa an den seit Jahren steigenden Eigenanteilen deutlich, die im Jahr 2022 daher im Zuge des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) einmalig abgesenkt wurden. Insbesondere steigende Personalkosten führen dazu, dass bei einem Fortschreiten dieses Trends die pflegebedingten Kosten zunehmend nur noch anteilig von der Pflegeversicherung finanziert werden (Schwinger et al. 2022). Hinzu kommen substanzielle Eigenan-

teile zur Finanzierung der Investitionskosten, weil die Bundesländer ihrer Finanzierungsverantwortung in diesem Bereich nicht nachkommen (Greß und Jesberger 2022).

In der Konsequenz stehen Pflegebedürftige bei der Inanspruchnahme von pflegerischen Leistungen zunehmend vor existenziellen Entscheidungen mit weitreichenden finanziellen Konsequenzen. Zudem müssen diese Entscheidungen häufig unter Zeitdruck und bei erheblichen körperlichen und mentalen Einschränkungen getroffen werden, insbesondere dann, wenn keine hinreichende Unterstützung seitens der Angehörigen gegeben ist. Es spricht wenig dafür, dass unter diesen Rahmenbedingungen die Entscheidungen der Pflegebedürftigen vor allem durch die Qualität der pflegerischen Leistungen determiniert werden (Greß 2017). Dies lässt sich beispielhaft an drei Entscheidungssituationen illustrieren.

Erstens fällt bei der Wahl zwischen Pflegegeld und Pflegesachleistung die Entscheidung häufig zu Gunsten des Pflegegelds aus. Diese Wahl lässt sich damit erklären, dass Pflegebedürftige die Angehörigenpflege einer professionellen Pflege vorziehen. Diese Entscheidung ist einerseits nachvollziehbar, andererseits jedoch vermutlich nicht im Sinne einer qualitätsgesicherten ambulanten pflegerischen Versorgung. Dies gilt umso mehr, je komplexer die jeweilige Pflegesituation ist.

Wenn zweitens dann doch die Wahl zu Gunsten professioneller ambulanter pflegerischer Versorgung ausgefallen ist, dann können Pflegebedürftige bei preisgünstigen Anbietern mehr Leistungen einkaufen als bei weniger preisgünstigen ambulanten Pflegediensten. Zwar sind hohe Kosten allein noch kein Qualitätsmerkmal. Anbieter mit einer hohen Fachkraftquote haben allerdings in der Regel einen deutlichen Wettbewerbsnachteil gegenüber solchen Anbietern, die die pflegerische Versorgung vor allem durch Hilfskräfte sicherstellen und damit ihre Leistungen preiswerter anbieten können.

Vergleichbare Anreize bestehen drittens bei der Wahl zwischen verschiedenen stationären Anbietern. Die seit September 2022 gel-

tenden gesetzlichen Regelungen zur Tariftreue dürften Unterschiede in der Bezahlung des Personals reduziert haben, ohne sie vollständig beseitigen zu können (Evans und Szepan 2023; Schwinger et al. 2022). Preisunterschiede in Form unterschiedlich hoher einrichtungseinheitlicher Eigenanteile werden daher primär durch Unterschiede in der Personalausstattung bestimmt. Für Pflegebedürftige bedeutet dies, dass stationäre Anbieter mit einer überdurchschnittlichen Personalausstattung für sie teurer sind als andere Anbieter. Eine bessere Personalausstattung – und damit vermutlich auch eine verbesserte Qualität der pflegerischen Versorgung – muss damit durch höhere Eigenanteile finanziert werden. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund eines nach wie vor erheblichen Fachkräftemangels, bei dem Pflegeeinrichtungen um qualifiziertes Personal konkurrieren. Bei massiv steigenden Eigenanteilen besteht somit auch an dieser Stelle die Gefahr, dass Wahlentscheidungen vor allem auf der Basis finanzieller Erwägungen erfolgen.

Zusammenfassend führt die steigende finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen dazu, dass die Wahlentscheidungen der Pflegebedürftigen zu erheblichen Folgewirkungen führen. Diese hohe finanzielle Eigenverantwortung bei teilweise existenziellen Entscheidungen setzt für die Pflegebedürftigen wenig Anreize, bei den angesprochenen Wahlentscheidungen die Qualität pflegerischer Leistungen in den Vordergrund zu stellen. Erschwerend kommt hinzu, dass verlässliche und verständliche Informationen über die Qualität von Leistungsanbietern bisher nicht flächendeckend vorliegen (vgl. den Beitrag Meyer und Berg, ► Kap. 6 in diesem Band). Weitgehend transparent sind dagegen die Preise.

9.2.2 Verzicht auf Kassenwettbewerb

Auch im Dreieck zwischen Kostenträgern, Anbietern und Versicherten bzw. Pflegebedürftigen wirken ordnungspolitische Grundsatzent-

scheidungen bei der Einführung der Pflegeversicherung bis heute nach. Diese bestanden erstens darin, dass der Gesetzgeber mit der Pflegeversicherung eine eigenständige Sozialversicherung eingeführt hat. Zweitens hat der Gesetzgeber in der Pflegeversicherung auf einen Kassenwettbewerb analog zur gesetzlichen Krankenversicherung verzichtet. Die Versicherten haben in der Pflegeversicherung mit wenigen Ausnahmen kein eigenständiges Kassenwahlrecht. Die Pflegekassen sind den Krankenkassen organisatorisch angegliedert. Die Höhe des Beitragssatzes ist bei allen Pflegekassen gleich hoch, weil Ausgabenunterschiede ausgeglichen werden.

Auch diese ordnungspolitischen Grundsatzentscheidungen sind für die Qualität der pflegerischen Leistungen wenig förderlich. Erstens haben die Pflegekassen durch den nicht existenten Wettbewerb strukturell wenig Interesse an qualitativ hochwertigen pflegerischen Leistungen, weil sie einerseits nicht den Verlust von Versicherten fürchten müssen und andererseits Mehrkosten – etwa in Form eines vermeidbaren höheren Pflegegrads – über den Ausgabenausgleich zwischen den Pflegekassen kompensieren können. Gleiches gilt für Anreize, in präventive Maßnahmen zur Reduzierung des Pflegerisikos zu investieren. Hinzu kommt, dass die Pflegekassen wenig Möglichkeiten zur Steuerung der pflegerischen Versorgung haben (siehe unten). Damit besteht zumindest derzeit wenig Potenzial, dass die Pflegekassen ein wirksames Korrektiv im Sinne eines Sachwalters für die Versicherten bzw. Pflegebedürftigen darstellen.

Zweitens führt das Nebeneinander von wettbewerblich organisierten gesetzlichen Krankenkassen und über einen Ausgabenausgleich finanzierten Pflegekassen zu negativen Anreizen beim Angebot von Rehabilitationsleistungen für Pflegebedürftige. Rehabilitationsleistungen müssen von den Krankenkassen finanziert werden und sind damit ausgaben- und beitragsatzrelevant. Die

positiven Effekte der Rehabilitation – eine vermiedene Pflegebedürftigkeit bzw. ein geringerer Pflegebedarf bzw. Pflegegrad – fallen jedoch in der Pflegeversicherung an. Aus ökonomischer Sicht entstehen positive externe Effekte, die zu einem Unterangebot von Rehabilitationsleistungen und damit zu einer Minderung der Versorgungsqualität bei den betroffenen Pflegebedürftigen führen und den Grundsatz Rehabilitation vor Pflege konterkarieren (Rothgang 2016).

Drittens führt das Nebeneinander von gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung in der derzeitigen Ausgestaltung zu Anreizen bei den Kranken- bzw. Pflegekassen, die Pflegebedürftigen in die stationäre Versorgung zu drängen. Diese Anreize resultieren aus den unterschiedlichen Finanzierungszuständigkeiten für die Behandlungspflege im ambulanten und stationären Setting. Im ambulanten Setting müssen die Krankenkassen die Behandlungspflege finanzieren, im stationären Setting sind es die Pflegekassen bzw. die Pflegebedürftigen selbst. Auch hier haben die wettbewerblich organisierten Krankenkassen somit ein Interesse daran, Kosten auf andere Finanzierungsträger zu verlagern. Die angesprochenen unterschiedlichen Finanzierungszuständigkeiten sind somit zumindest nicht förderlich für eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung.

Zusammenfassend führen die Grundsatzentscheidungen bei der Organisation der Pflegekassen dazu, dass diese nur wenige ökonomische Anreize haben, als Sachwalter im Sinne der Versicherten bzw. Pflegebedürftigen zu agieren. Darüber hinaus führen positive externe Effekte im Verhältnis von Kranken- und Pflegekassen zu einem Unterangebot von Rehabilitationsleistungen und die unterschiedlichen Zuständigkeiten bei der Finanzierung der Behandlungspflege zu einer nicht bedarfsgerechten Bevorzugung stationärer Versorgungsarrangements.

9.2.3 Ungesteuerter Anbieterwettbewerb

In der gesetzlichen Krankenversicherung geht der Gesetzgeber davon aus, dass ein ungesteuerter Anbieterwettbewerb nicht zu einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung und potenziell steigenden Kosten führen könnte. Daher regulieren die jeweils zuständigen Institutionen zumindest in der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung sowie in der Versorgung mit Krankenhausleistungen die Kapazitäten. Es ist unstrittig, dass in beiden Bereichen die eher planwirtschaftliche Allokation der knappen Ressourcen das angesprochene Ziel nur sehr eingeschränkt erreicht. Das zeigen nicht zuletzt die wiederkehrenden Reformen bei der Bedarfsplanung und die Debatte um eine Neustrukturierung der stationären Versorgung. Es besteht jedoch weitgehender Konsens darüber, dass die Konsequenz aus diesen Mängeln eine Anpassung der Steuerungsinstrumente sein muss. Ein weitgehend unregulierter Marktzugang für die von den Krankenkassen zu finanzierende ambulante und stationäre Versorgung wird nicht ernsthaft diskutiert.

Vor diesem Hintergrund wird der Kontrast zu den ordnungspolitischen Grundsatzentscheidungen im Hinblick auf den Marktzugang ambulanter und stationärer Anbieter in der Langzeitpflege umso deutlicher: Der Gesetzgeber hat zwar Verantwortungszuständigkeiten für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung normiert, in der Praxis läuft dies jedoch auf eine „Verantwortungs- und Zuständigkeitsdiffusion“ (Greß und Jacobs 2021, S. 187) hinaus. So sind die Bundesländer zwar gesetzlich für die Vorhaltung der pflegerischen Infrastruktur zuständig, kommen dieser Verpflichtung allerdings insgesamt nur unzureichend nach. Die Pflegekassen wiederum sind zwar gesetzlich für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zuständig, haben aber nur wenige wirkungsvolle Instrumente zur Bedarfssteuerung – insbesondere wenn eine Unterversorgung vorliegt. Die Ablehnung von Versorgungsverträgen bei Überversorgung

ist außerdem weitgehend ausgeschlossen, weil Pflegebedürftige zwischen verschiedenen Anbietern auswählen können sollen (Greß und Jacobs 2021).

In der Konsequenz ist der Marktzugang für Leistungsanbieter sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Langzeitpflege weitgehend unreguliert. Eine zentrale Bedarfsplanung findet in den meisten Bundesländern nicht statt. Diese Situation lässt sich dadurch erklären, dass der Gesetzgeber nach Einführung der Pflegeversicherung die Notwendigkeit erkannt hat, Anbieterkapazitäten erheblich auszubauen, was zu einem entsprechenden Investitionsbedarf geführt hat. Diesem erwünschten Ausbau der Kapazitäten sollten möglichst wenige regulatorische Hürden in den Weg gelegt werden. Die private Finanzierung des notwendigen Investitionsbedarfs hat gleichzeitig die Haushalte der Bundesländer entlastet (Greß und Jacobs 2021).

Aus ökonomischer Sicht ist ein freier Marktzugang für Anbieter auf funktionierenden Märkten nicht nur unproblematisch, sondern eine wichtige Voraussetzung für eine optimale Ressourcenallokation. Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen bestehen jedoch nachhaltige Zweifel, dass die Märkte für ambulante und stationäre Langzeitpflege die Voraussetzungen für funktionierende Märkte erfüllen. Pflegebedürftige müssen häufig unter Zeitdruck, mit erheblichen Informationsdefiziten und teilweise eingeschränkter Entscheidungskompetenz existenzielle Entscheidungen mit weitreichenden finanziellen Konsequenzen treffen (Greß 2018). Die Qualität der pflegerischen Leistungen bei den zur Verfügung stehenden Anbietern ist ihnen in der Regel nicht bekannt. Ohne einen verständlichen und transparenten Vergleich der Qualität des Angebots sind fundierte, qualitätsbasierte Entscheidungen seitens der Pflegebedürftigen jedoch nicht möglich. Insbesondere dort, wo Entscheidungen trotz der Möglichkeit von Qualitätsvergleichen nicht realisierbar sind, sind überdies flankierende gesetzliche Rahmenbedingungen erforderlich, die etwa Mindestqualitätsstandards sicherstellen. Hin-

zu kommt, dass selbst bei flächendeckenden und verständlichen Qualitätsvergleichen zunehmend nicht sichergestellt ist, dass sich die Pflegebedürftigen für ein höherwertiges Angebot entscheiden, da dies unter Umständen mit deutlich höheren finanziellen Eigenanteilen verbunden ist.

9.3 Reformbedarf

Die oben diskutierten ordnungspolitischen Grundsatzentscheidungen sind nicht unumkehrbar. Daher wird nachfolgend der pflegepolitische Reformbedarf abgeleitet, um die Anreize für die Akteure stärker in Richtung einer qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Versorgung in der Langzeitpflege zu orientieren.

9.3.1 Neujustierung der finanziellen Anreize für Pflegebedürftige

Wie oben beschrieben setzen die finanziellen Anreize für Pflegebedürftige im Status quo eher Anreize zu einem Preis- als zu einem Qualitätswettbewerb. Der Gesetzgeber hat bereits erste Schritte unternommen, um diese Anreize neu zu justieren. Diese Maßnahmen setzen bislang ausschließlich bei den Anbietern an, deren Instrumentarium zur Beeinflussung der Preise beschränkt wurde. Wegen des dominanten Einflusses der Personalkosten auf die Pflegesätze und damit auch auf die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile können die Anbieter die Preise vor allem durch die Menge, die Struktur und den Preis des eingestellten Personals beeinflussen. Die Preise – in diesem Fall das Entgelt der Beschäftigten – werden sich durch die Regelungen zur Tariftreue tendenziell angleichen. Die Anbieter haben damit immer weniger Möglichkeiten, sich auf Kosten der Beschäftigten als Anbieter von Niedrigpreisen zu profilieren. Dies gilt sowohl für die ambulante als auch die stationäre Langzeitpflege. In letzterer

normiert der Gesetzgeber durch die sukzessive Einführung eines bundesweit geltenden Personalbemessungsverfahrens gemäß § 113c SGB XI zunehmend auch die Menge und die Struktur des einzusetzenden Personals.

Trotz dieser Maßnahmen auf Anbieterseite steht eine echte ordnungspolitische Kehrtwende zur Förderung des Qualitätswettbewerbs in der Langzeitpflege noch aus. Eine Möglichkeit wäre die Etablierung eines sektorübergreifenden Sockel-Spitze-Tauschs. Der Sockel-Spitze-Tausch wurde in den letzten Jahren vor allem als Instrument zur Umkehrung der Finanzierungslogik in der Pflegeversicherung und zur Entlastung der Pflegebedürftigen diskutiert. In diese Richtung gingen auch die ursprünglichen und letztlich nicht umgesetzten Vorschläge des Bundesgesundheitsministeriums zur Finanzierungsreform der Pflegeversicherung (BMG 2020). Dass es letztendlich nicht dazu kam, dürfte insbesondere auf die zu erwartenden Mehrausgaben zurückzuführen sein, auch angesichts der gestiegenen Ausgaben in anderen Zweigen der Sozialversicherung. Zudem gab es insbesondere innerhalb der Unionsfraktion Vorbehalte, dass eine gedeckelte Zuzahlung der Pflegebedürftigen deren Anreize für kostenbewusste Entscheidungen aushebeln könnte. Die ursprüngliche Idee des Sockel-Spitze-Tauschs geht jedoch deutlich weiter: Die Pflegebedürftigen sollten demzufolge sektorübergreifend einen vom individuellen Bedarf abhängigen Sockel der pflegebedingten Kosten selbst bezahlen. Die diesen Sockel übersteigenden Kosten sollten von der Pflegeversicherung finanziert werden. Das Ziel dieser ordnungspolitischen Kehrtwende lag nicht nur in der finanziellen Entlastung der Pflegebedürftigen, sondern explizit auch darin, dass in der professionell erbrachten Pflege „von einem Preiswettbewerb auf einen Qualitätswettbewerb umgesteuert“ werden könne (Rothgang et al. 2019, S. 11). Die Umsetzung eines solchen sektorübergreifenden Sockel-Spitze-Tauschs wäre voraussetzungsreich. Das gilt etwa für die Entwicklung sektorübergreifender Versorgungsstrukturen, der Etablierung einer erforderlichen, individuellen Bedarfsbe-

messung im ambulanten Sektor und der Einführung von Maßnahmen zur Vermeidung der Überinanspruchnahme von pflegerischen Leistungen. Zudem ist auch hier eine Vereinheitlichung der Finanzierungsverantwortung für die Behandlungspflege notwendig, um Fehlanreize zu vermeiden (siehe unten).

9.3.2 Neujustierung der finanziellen Anreize für Krankenkassen und Pflegekassen

Korrekturen an der Schnittstelle zwischen gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegekassen zur Beseitigung der oben angesprochenen Fehlanreize waren in der Vergangenheit wenig erfolgreich. Die positiven externen Effekte mit der Konsequenz, dass es ein Unterangebot von Rehabilitationsleistungen für Pflegebedürftige gibt, bestehen weiterhin. Im Einzelfall lässt sich eine entsprechende Strategie der Krankenkassen schwer nachweisen und sanktionieren. Maßnahmen, mit deren Hilfe die Ursachen für das Auftreten der externen Effekte beseitigt werden könnten, hat der Gesetzgeber bisher noch nicht ergriffen. Diese könnten erstens darin bestehen, die Grundsatzentscheidung zur Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung zu revidieren (Rothgang 2015). Dann hätten die Kostenträger ein Interesse daran, das Eintreten von Pflegebedürftigkeit mit den entsprechenden Kosten zu vermeiden.

Jenseits einer Integration der Versicherungssysteme würde eine Angleichung der wettbewerblichen bzw. nicht wettbewerblichen Strukturen die Ursachen für die angesprochenen externen Effekte beseitigen. Denkbar wäre in diesem Kontext etwa eine stärker wettbewerbliche Orientierung der Pflegekassen. Mit einer Umsetzung wären jedoch zahlreiche Voraussetzungen verbunden. Ähnlich wie in der Krankenversicherung müssten die Pflegekassen individuelle Beitragssätze kalkulieren – zudem müsste der Ausgabenausgleich durch einen Risikostrukturausgleich abgelöst werden. Insofern ist auch bei dieser Variante

abzuwägen, ob der entstehende Aufwand – mit möglicherweise unerwünschten Folgen des Wettbewerbs zwischen den Pflegekassen – das zu erreichende Ziel rechtfertigt.

Die obigen Ausführungen haben gezeigt, dass eine Beseitigung der Fehlanreize im Verhältnis zwischen Pflege- und Krankenkassen nicht trivial ist. Ähnliches gilt für die Neujustierung von Anreizen, die bisher bei den Krankenkassen zu einer Bevorzugung stationärer Pflegearrangements führt. Dazu müsste gelten, dass der derselbe Kostenträger die Behandlungspflege sowohl im ambulanten wie stationären Setting finanziert. In diesem Kontext ist daher in den letzten Jahren häufiger vorgeschlagen worden, dass die Behandlungspflege in der stationären Langzeitpflege ebenfalls von den Krankenkassen finanziert werden sollte. Eine entsprechende Absichtserklärung findet sich sogar im Koalitionsvertrag und dient in erster Linie dem Ziel, die soziale Pflegeversicherung bzw. die Pflegebedürftigen zu entlasten (SPD et al. 2021). Die Umsetzung dieser Absichtserklärung steht jedoch noch aus.

9.3.3 Leitplanken für eine aktive Versorgungssteuerung

Am größten dürfte der pflegepolitische Reformbedarf bei der Entwicklung von Leitplanken für eine aktive Steuerung der Versorgung mit pflegerischen Leistungen sein. Derzeit wird das Angebot weitgehend durch die Investitionsentscheidungen der Anbieter von ambulanten und stationären pflegerischen Leistungen determiniert. Es spricht wenig dafür, dass diese Investitionsentscheidungen zu einer flächendeckend bedarfsgerechten Versorgung führen. In einem ersten Schritt wären daher belastungsfähige Informationen über den regionalen Bedarf notwendig, die dann mit den vorhandenen Kapazitäten abgeglichen werden könnten. Diese Informationen – sowohl über den Bedarf als auch über vorhandene Kapazitäten – werden bislang weder in den Kommunen noch in den Bundesländern regelhaft erhoben. Einige wenige Kommunen ermitteln

die entsprechenden Daten und verwenden sie für eine aktive Pflegeplanung. Im Regelfall scheitern solche Ansätze weniger am nicht vorhandenen politischen Willen, sondern an den nicht vorhandenen finanziellen und damit verbunden auch personellen Ressourcen. Insofern müssten die Kommunen primär durch die Bundesländer zusätzliche Mittel für eine pflegerische Bedarfsplanung erhalten (Greß und Jacobs 2021).

Eine weitere Möglichkeit der Versorgungssteuerung stellt die oben bereits angesprochene stärkere wettbewerbliche Orientierung der Pflegeversicherung in Verbindung mit dem Ausbau eines selektivvertraglichen Vertragswettbewerbs dar. Auch in der GKV, die in diesem Kontext gerne als Vorbild herangezogen wird, spielen Selektivverträge allerdings nach wie vor eine untergeordnete Rolle. Während die Krankenkassen mit Selektivverträgen in der Regel die Hoffnung auf eine im Vergleich zur Regelversorgung kostengünstigere Versorgung verbinden, wollen Leistungserbringer meist für eine bessere Versorgung auch eine höhere Vergütung erzielen, da ihre Kapazitäten häufig auch über die kollektive Regelversorgung ausgelastet werden können (Monopolkommission 2017). Vor dem Hintergrund, dass auf dem Pflegemarkt derzeit eher ein zunehmender Nachfrageüberhang zu verzeichnen ist, dürfte diese Problematik auch in der Pflegeversicherung auftreten. Zudem erfordert eine wettbewerblich ausgerichtete Pflegeversicherung wie bereits dargelegt zwingend einen funktionsfähigen Risikostrukturausgleich, der sicherstellt, dass sich die Pflegekassen auf eine Verbesserung der Versorgung und nicht auf die Akquise attraktiver Versicherter fokussieren. Neben weiteren Aspekten kommt noch ein eher pragmatisches Argument hinzu, das die Funktionalität von Selektivverträgen im Bereich der Pflegeversicherung limitieren könnte (Jacobs 2020): Bereits aus der GKV ist bekannt, dass etwa multimorbide Versicherte weniger häufig die Krankenkasse wechseln als junge, gesunde Versicherte. Da unter den Pflegedürftigen überproportional viele multimorbide und hochaltrige Personen sind, wer-

den diese vielfach einen Wechsel der Kasse nicht in Betracht ziehen, selbst wenn dieser mit einer verbesserten Versorgung einhergehen würde, und stattdessen die Regelversorgung oder selektivvertragliche Angebote der eigenen Pflegekasse vorziehen (Jacobs 2020).

Ähnlich wie in der gesundheitlichen Versorgung reicht eine Bedarfsplanung allein noch nicht aus, um eine bedarfsgerechte Versorgung mit pflegerischen Leistungen sicherzustellen. Die zuständigen Akteure müssen darüber hinaus in die Lage versetzt werden, Versorgungsangebote gezielt zu fördern. Insofern müsste der Gesetzgeber die Ursachen für die oben beschriebene Verantwortungsdiffusion bei der Pflegeplanung beseitigen und Zuständigkeiten zwischen Ländern, Kommunen und Pflegekassen klar definieren. Die Bundesländer haben mit der Investitionskostenfinanzierung ein zentrales Instrument in der Hand, um gemeinsam mit den Kommunen Versorgungsstrukturen dauerhaft zu beeinflussen (Greß und Jacobs 2021).

Vor dem Hintergrund, dass die Bundesländer in den zurückliegenden Jahren ihrer Finanzierungsverantwortung in diesem Kontext allerdings nicht gerecht wurden, ist es sinnvoll, auch über alternative Finanzierungsmöglichkeiten nachzudenken. Bereits im Rahmen der Einführung der Pflegeversicherung wurde von der damaligen Regierungskoalition aus CDU/CSU und FDP zunächst eine monistische Finanzierung vorgeschlagen (Deutscher Bundestag 1993). Die Finanzierung der Pflegeeinrichtungen wäre somit über einen Betrag finanziert worden, der sowohl Betriebs- als auch Investitionskosten deckt. Über einen Bundeszuschuss, der durch eine Reduzierung des Steuersubstrats der Bundesländer für den Bundeshaushalt kostenneutral ausgestaltet gewesen wäre, wären die Länder indirekt auch bei dieser Finanzierungslösung an der Finanzierung der Investitionskosten beteiligt worden. Die indirekte Investitionskostenfinanzierung wäre folglich mit einem Teil der Einsparungen der Sozialhilfeträger verrechnet worden. Im Laufe des Verhandlungsprozesses zwischen Bund und Ländern wurde der Vor-

schlag zugunsten einer dualen Finanzierung aufgegeben und die Formulierungen zur Finanzierungsverantwortung der Länder wurden sukzessive aufgeweicht (Paquet 2020).

Die Umsetzung der in diesem Abschnitt beschriebenen Leitplanken würde die Chancen auf die flächendeckende Etablierung regionaler bedarfsgerechter Versorgungsangebote in der Langzeitpflege deutlich verbessern. Insbesondere bei einem Festhalten an der dualen Finanzierungslogik ist eine notwendige Bedingung hierfür, dass die Bundesländer die finanziellen Mittel für Pflegeplanung und Investitionskostenfinanzierung bereitstellen.

9.4 Fazit und Perspektiven

Der seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 weitgehend stabile ordnungspolitische Rahmen der Pflegeversicherung begünstigt den Preiswettbewerb zu Lasten des Qualitätswettbewerbs. Den Wahlentscheidungen der Pflegebedürftigen wird einerseits eine hohe Bedeutung zugemessen. Andererseits verfügen die Pflegebedürftigen noch immer nicht über aussagefähige Qualitätsinformationen, sodass Qualitätsaspekte bei ihren Wahlentscheidungen vermutlich eine untergeordnete Rolle spielen. Eine Wahl basierend auf Qualitätsaspekten wird zudem zunehmend durch steigende Finanzierungslasten seitens der Pflegebedürftigen limitiert. Hinzu kommen Fehlanreize bei den Kostenträgern, die aus unterschiedlichen Anreizstrukturen in der Kranken- und Pflegeversicherung bzw. der unterschiedlichen Finanzierungsverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in der ambulanten und stationären Langzeitpflege resultieren. Letztlich werden die Angebotsstrukturen weitgehend von den Investitionskalkülen der Anbieter und nicht vom Bedarf der Pflegebedürftigen bestimmt.

Einen ersten Schritt zur Eindämmung des Preiswettbewerbs hat der Gesetzgeber durch die Regelungen zur Tariftreue und die Einführung eines bundesweit geltenden Personalbemessungssystems in der stationären Langzeit-

pflege gemacht. Für einen echten ordnungspolitischen Kurswechsel Richtung Qualitätswettbewerb wäre es allerdings notwendig, einen sektorübergreifenden Sockel-Spitze-Tausch zu etablieren. Die Umsetzung wäre voraussetzungsvoll und ist bisher vor allem an Finanzierungsfragen gescheitert. Es ist nicht absehbar, dass sich in näherer Zukunft ein entsprechender Finanzierungsspielraum bieten könnte.

Die Fehlanreize an der Grenze zwischen den beiden Sozialversicherungssystemen lassen sich ebenfalls nicht ohne Weiteres beseitigen. Zumindest teilweise wäre dies möglich, wenn der Gesetzgeber eine einheitliche Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Langzeitpflege sicherstellen könnte. Im Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung ist dies sogar vorgesehen. Die pauschale Finanzierung der Behandlungspflege in der stationären Langzeitpflege ist bisher allerdings an der ebenfalls prekären Finanzsituation in der GKV gescheitert.

Grundvoraussetzungen für eine Schaffung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen wären neben der Erhebung von Informationen über den Bedarf der Pflegebedürftigen und die regional vorhandenen Kapazitäten, dass die Bundesländer die Finanzierungsverantwortung für entsprechende Investitionen übernehmen. Die Erfahrungen seit Einführung der Pflegeversicherung in diesem Zusammenhang sind allerdings wenig ermutigend. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, auch über andere Finanzierungsoptionen wie etwa eine monistische Finanzierung der Pflegeeinrichtungen nachzudenken. Auch hier ist allerdings mit einem erheblichen Widerstand der Länder zu rechnen. Insofern spricht vieles dafür, dass der bisher betretene Pfad nicht verlassen wird und die pflegerische Infrastruktur weiterhin statt vom Bedarf der Pflegebedürftigen von den Investitionsentscheidungen der Anbieter determiniert wird. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wird es daher zunehmend wichtiger, Maßnahmen zur Reduktion des Risikos von Pflegebedürftigkeit und der Fallschwere erheblich auszuweiten. Angesichts der dargelegten

wettbewerblichen Anreize von Kranken- und Pflegekassen könnten diese Maßnahmen aus Steuermitteln finanziert werden.

Literatur

- BMG (2020) Pflegeversicherung neu denken: Eckpunkte der Pflegereform 2021. Stand: 4.11.2020. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
- Deutscher Bundestag (1993) Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG). Drucksache 12/5617 vom 04.09.1993. Deutscher Bundestag, Bonn
- Evans M, Szepan N-M (2023) Über den Applaus hinaus. *Gesundheit und Gesellschaft* 26(4):32–37. <https://www.gg-digital.de/2023/04/ueber-den-applaus-hinaus/index.html>. Zugegriffen: 14. Apr. 2023
- Greß S (2017) Qualitätssicherung im und durch den Markt für Pflege. In: Spiecker gen. Döhmman I, Wallraabenstein A (Hrsg) *Pflegequalität im Institutionenmix*. Peter Lang, Frankfurt am Main, S 51–63
- Greß S (2018) Qualitätssicherung in der Langzeitpflege durch Wahlentscheidungen der Betroffenen? Eine ökonomische Perspektive. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege*. Springer, Berlin, S 147–153
- Greß S, Jacobs K (2021) Regionale Sicherstellung der Pflegeversorgung. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen*. Springer, Berlin, S 185–194
- Greß S, Jesberger C (2020) Pflege im Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortung, Versicherung und staatlicher Fürsorge. In: Zerth J, Francois-Kettner H (Hrsg) *Pflege-Perspektiven: Ordnungspolitische Aspekte*. medhochzwei, Heidelberg, S 11–28
- Greß S, Jesberger C (2022) Kostspielige Konstruktionsfehler. *Gesundh Ges* 25(10):19–23
- Jacobs K (2020) Die Pflegeversicherung: eine vertragswettbewerbsfreie Zone. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2020: Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Springer, Berlin, S 123–133
- Monopolkommission (2017) Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem. Sondergutachten 75. Monopolkommission, Bonn
- Paquet R (2020) Struktureller Reformbedarf in der Pflegeversicherung – ein Vierteljahrhundert nach ihrer Einführung. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2020: Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Springer, Berlin, S 3–21
- Rothgang H (2015) Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung – fundamentale Fehlentscheidung oder zukunftssträchtiges Modell? *Sozialer Fortschr* 64(1–2):8–14
- Rothgang H (2016) Ordnungspolitische Weiterentwicklung durch mehr Wettbewerb in der Pflegeversicherung? *G&S Gesundheits Sozialpolitik* 70(1):19–24
- Rothgang H, Kalwitzki T, Cordes J (2019) Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. 2. Gutachten. Initiative pro pflegereform
- Rothgang H, Heinze F, Kalwitzki T, Wagner C (2023) Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Zukünftige Entwicklung unter Berücksichtigung der aktuellen Reformmaßnahmen. DAK Gesundheit, Hamburg
- Schwinger A, Haun D, Özdes T (2022) Verbesserte Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege: Aber wer zahlt? *Gesundheits Sozialpolitik G&S* 76(4–5):30–36
- Sitte M, Schwinger A, Hayn K (2023) Was ist uns die Pflege wert? *Gesundh Ges* 26(3):20–25
- SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021) Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Qualitätsentwicklung in informellen Pflegesettings

Inhaltsverzeichnis

- Kapitel 10** **Diskussion um Qualitätssicherung
neuer Wohnformen dringender denn je – 159**
Ursula Kremer-Preiß und Karin Wolf-Ostermann
- Kapitel 11** **Fokus Häusliche Pflege – der Ansatz
der subjektorientierten Qualitätssicherung – 175**
Andreas Büscher und Thomas Klie



Diskussion um Qualitätssicherung neuer Wohnformen dringender denn je

Ursula Kremer-Preiß und Karin Wolf-Ostermann

Inhaltsverzeichnis

- 10.1 **Dynamik bei der Entwicklung neuer Wohnformen
 ausgebremsst oder ungebrochen? – 161**
- 10.2 **Was ist das Neue/Besondere an neuen
 Wohnformen? – 164**
- 10.3 **Wie kann „gute“ Qualität in neuen Wohnformen
 gesichert werden? – 166**
- 10.4 **Welche Rahmenbedingungen braucht eine solche
 „gute Qualität“? – 170**
- 10.5 **Ausblick – 172**
- Literatur – 172**

■ ■ Zusammenfassung

Die Wohn- und Versorgungslandschaft für Pflegebedürftige hat sich in den vergangenen 30 Jahren sehr ausdifferenziert und es hat sich ein breites Spektrum an besonderen „neuen“ Wohnformen entwickelt. Aber nicht nur die Entwicklungen lassen sich in diesem Marktsegment aktuell nicht genau einschätzen, auch welche Bedeutung sie für die aktuelle Versorgungslandschaft Pflegebedürftiger haben, ist umstritten. „Neue“ Wohnformen bewegen sich zwischen den beiden klassischen Wohnsettings „Heim“ und „Häuslichkeit“ und versuchen als hybride Wohnformen, die schwer zu vereinbarenden Anforderungen nach Autonomie (Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Selbstverantwortung, Personalität) und Sicherheit (Versorgungssicherheit, [Für-]Sorge) neu auszubalancieren. Sie rücken die Achtung der Autonomie auch bei schwerstem Pflegebedarf ins Zentrum und organisieren Sicherheit für eine autonome Lebensgestaltung durch Befähigung und in gemeinsamer Verantwortung. Sie stehen damit für eine neue Verantwortungskultur in der Pflege- und Sorgearbeit. Qualitätssicherung bei neuen Wohnformen muss diese Besonderheit berücksichtigen. Zwar sind neue Wohnformen bereits heute mit einer Vielzahl ordnungs-, leistungs- und leistungserbringerrechtlichen Qualitätsanforderungen konfrontiert, es fehlen jedoch Qualitätsprüfverfahren zu den spezifischen Besonderheiten neuer Wohnformen. 2019 wurde im Auftrag der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI auf der Grundlage der Anforderungen aus dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) ein Qualitätssicherungskonzept für neue Wohnformen entwickelt. Es enthält erste Konturen zur Qualitätssicherung der Besonderheiten in neuen Wohnformen, die einer weiteren Konkretisierung bedarf. Angesichts der enormen Herausforderungen in den klassischen Wohnsettings sind neue Konzepte gefragt. Eine Diskussion über die besondere Qualität neuer Wohnformen und deren Möglichkeiten der Umsetzung durch entsprechende Rahmenbedingungen ist daher dringender denn je.

The supply structure for people in need of long-term care in Germany has become very differentiated over the past 30 years and a broad spectrum of special „new“ types of residential arrangements has emerged. However, the developments in this market segment cannot be accurately assessed at present. Apart from that, it is also a matter of dispute what significance they have for the current care landscape for people in need of care. „New“ residential forms move between the two classic settings of „home“ and „domesticity“ and, as hybrid forms of living, attempt to rebalance the difficult-to-reconcile demands for autonomy (independence, self-determination, self-responsibility, personhood) and security (security of supply, welfare). The most central point of these is respect for autonomy, even in the most severe care needs, and an autonomous way of life is safeguarded by way of empowerment and shared responsibility. They stand for a new culture of responsibility in care work and quality assurance in new residential forms must take this into account. Although these are already confronted with a large number of regulatory, performance and quality requirements for service providers, there is a lack of quality testing procedures for the specific characteristics of new residential forms of housing. In 2019, a quality assurance concept for new forms of housing was developed on behalf of the contracting parties pursuant to Section 113 of the German Social Code, Book XI, based on the requirements of the Third Pflegestärkungsgesetz (Care Strengthening Act; PSG III). It contains initial contours for quality assurance of the special features in new residential forms that need to be further substantiated. In view of the enormous challenges in traditional residential settings, new concepts are needed. A discussion about the special quality of new residential arrangements and the possible ways for their implementation through appropriate framework conditions is therefore more urgent than ever.

10.1 Dynamik bei der Entwicklung neuer Wohnformen ausgebremst oder ungebrochen?

■ Die Vielfalt neuer Wohnformen

Die Wohn- und Versorgungslandschaft für Pflegebedürftige hat sich in den vergangenen 30 Jahren sehr ausdifferenziert. Neben der Verbesserung der Wohn- und Versorgungsangebote zu Hause hat sich ein breites Spektrum an besonderen neuen Wohnformen entwickelt. Da die Angebotslandschaft vielfältig ist und keine einheitliche Systematisierung in Bezug auf neue Wohnformen besteht, wurde im Rahmen des Projekts „Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI“ (Wolf-Ostermann et al. 2019) eine Typisierung von neuen Wohnformen im ambulanten Bereich vorgenommen. Nach dieser Typisierung ist bei neuen Wohnformen zu unterscheiden zwischen

- *selbständigen gemeinschaftlichen Wohnformen* – wie Mehrgenerationenwohnprojekten, selbstständigen Seniorenwohngruppen, Seniorenclustern, Clusterwohnen: Sie sind konzeptionell darauf ausgelegt, dass sie von den Bewohnerinnen und Bewohnern selbstständig geplant und umgesetzt werden und der Gemeinschaftsaspekt und nicht der Versorgungsaspekt im Vordergrund steht.
- *ambulant betreuten Wohnformen* – wie dem Service Wohnen, betreutem Wohnen, Wohnen Plus, Verbundmodellen: Sie bieten den Bewohnerinnen und Bewohnern eine eigenständige – meist barrierefreie – Wohnung und Gemeinschaftsräume zumeist in einer Wohnanlage für den sozialen Austausch. Konzeptionell steht hier der Service- oder Betreuungsaspekt im Vordergrund, das Wohnen wird mit einer Fülle von Service- und Betreuungsleistungen verbunden, die frei wählbar sind und bei

Bedarf von unterschiedlichen Leistungserbringern bereitgestellt werden.

- *neuen Pflegewohnformen* – wie ambulant betreuten Pflegewohngruppen, Bielefelder-Modell, Stambulant-Modell, ambulantisierten Einrichtungen: Sie stellen die umfassende Unterstützung bei Pflegebedarf in den Fokus. Es wird eine ähnlich hohe Versorgungssicherheit wie in einer klassischen stationären Einrichtung gewährleistet und gleichzeitig ein hohes Maß an Selbstbestimmung ermöglicht, der gemeinschaftliche Aspekt ordnet sich dem Versorgungsaspekt eher unter.
- *bis hin zu integrierten Wohnformen* – wie Quartierskonzepten: Sie gehören zu den Mischformen, die in bestehenden Wohnangeboten die Versorgungsstruktur durch die Integration verschiedener Leistungen verbessern.

■ Quantitative Verbreitung

Bezüglich der zahlenmäßigen Verbreitung und Inanspruchnahme dieser neuen Wohnformen gibt es nur Schätzungen. So kamen Wolf-Ostermann et al. (2019) zu dem Schluss, dass im Jahr 2017 „ca. 330.000 bis 450.000 Pflegebedürftige in solchen neuen Wohnformen“ lebten. Da ambulante neue Wohnformen keiner generellen Meldepflicht unterliegen und in offiziellen Statistiken nicht ausgewiesen werden, können diese Zahlen bestenfalls eine sehr grobe Orientierung liefern.

■ Unklarheit über die aktuellen Entwicklungen

Der Ausbau neuer Wohnformen hat vor allem um die Jahrtausendwende eine besondere Dynamik erfahren. Betroffene suchten nach Alternativen zu den klassischen Wohnformen im Alter – „Weder alleine noch ins Heim“ war ihr Schlagwort. Die wachsenden Herausforderungen durch den sich allmählich abzeichnenden demographischen Wandel belebten die Diskussion, mit welchen Wohn- und Versorgungsformen diesen Herausforderungen am besten begegnet werden kann. In

diesem Kontext wurden auch von der Politik „neue“ Wohnformen gezielt gefördert, u. a. mit der Initiierung des Modellprogramms nach § 45f SGB XI, basierend auf dem *Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG)* von 2012.

Diese Initiativen liegen nun viele Jahre zurück und seither haben sich im Pflegesektor vielfältige neue Entwicklungen ergeben, die auch Einfluss auf die Umsetzung und Verbreitung solcher neuen Wohnformen haben (nicht nur die Pandemie, sondern auch der wachsende Hilfe- und Pflegebedarf der Nutzerinnen und Nutzer, die weitere Zuspitzung des Mangels an Pflegeressourcen, zunehmende Kostensteigerungen im Pflegebereich und wachsende Finanzierungslücken – auch bedingt durch die Tariftkostensteigerungen durch das Tariftreue Gesetz, Inflation und Energiekostensteigerung – mit den Folgen zunehmender Insolvenzverfahren und Leistungseinstellungen von Pflegeleistungserbringern sowie der weitere Ausbau der Digitalisierung). Gesicherte Erkenntnisse, wie sich die aktuellen Entwicklungen in diesem Marktsegment darstellen, gibt es jedoch nicht. Auch im Kontext der aktuellen Pflegereformdiskussionen ist es um diese neuen Wohnformen eher ruhig geworden. Es gibt keine Studien, die die aktuelle Gesamtentwicklung oder die besonderen Herausforderungen neuer Wohnformen umfassend dokumentieren, sodass ihre Entwicklung aktuell eher schwer einzuschätzen ist.

Marktbeobachtungen und vereinzelte Meldungen zeichnen ein eher widersprüchliches Bild:

- Die einen konstatieren, dass die gesicherte Lage über zukünftige Kombinationsmöglichkeiten von Leistungskomplexen (z. B. Tagespflegeleistungen mit Betreutem Wohnen), die Diskussion über die besonderen Kostenbelastungen für die Leistungsträger durch neue Wohnformen sowie die Diskussionen zur Einführung weiterer Anforderungen zur Qualitätssicherung für neue Wohnformen (Wolf-Ostermann et al. 2019) die dynamische **Entwicklung in diesem Marktsegment eher zum Stillstand gebracht** haben. Zu-

gleich wird die Gefährdung eines nachhaltigen Betriebs durch neue Regelungen befürchtet. Die mit dem *Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)* erfolgte Entlastung Pflegebedürftiger bei den Eigenanteilen der Pflegekosten im stationären Bereich führt nach Rückmeldungen aus der Praxis zu einer Schieflage bei der Finanzierung neuer ambulanter Wohnformen, die eine ähnlich hohe Versorgungssicherheit mit vergleichbaren Eigenanteilen bieten. Vor allem Initiatoren von ambulant betreuten Pflegewohngemeinschaften fürchten angesichts dieses Finanzierungsvorteils für die stationäre Pflege um ihren Fortbestand. Sie berichten von Angehörigen, die sich aufgrund dessen dann doch eher für das klassische Versorgungsangebot entscheiden. Auch sind erste Fälle aufgetreten, bei denen Sozialhilfeträger im Bedarfsfall die Kosten für ambulante Pflegewohngemeinschaften im Vergleich zu stationären Einrichtungen als unverhältnismäßig einstufen und eine Finanzierung in Frage stellen. Es wird befürchtet, dass sich lokale Initiativen, Dienstleister und Kommunen aus geplanten WG-Projekten zurückziehen, weil sie das finanzielle Risiko nicht tragen wollen und sich hier ein Wohnangebot entwickelt, das in Zukunft primär Menschen mit höherem Einkommen vorbehalten bleibt.

- Die anderen sehen hier einen **ungebrochenen Wachstumsmarkt** und verweisen darauf, dass sich das Spektrum an „neuen“ Wohnformen **weiter ausdifferenziert**. So ist nach Informationen der Datenanalysten *Pflegemarkt* die Anzahl der „ambulant betreuten Pflegewohngemeinschaften“ bis Ende 2021 auf 3.500 gestiegen und weitere 400 befinden sich derzeit in der Bau- oder Planungsphase (Care vor 9 2022). Dies würde eine Zunahme um rund ein Viertel solcher neuen Wohnangebote in den letzten fünf Jahren bedeuten (Rothgang et al. 2018). Eine ganze Reihe von Planern sehen die Zukunft vor allem in neuen „Verbundmodellen“, insbesondere Betreu-

tem Wohnen kombiniert mit weiteren Leistungen – so die BFS/KDA-Studie zum Betreuten Wohnen 2022 (Bank für Sozialwirtschaft und Kuratorium Deutsche Altershilfe 2022). Hier erwarten sie in Zukunft eine verstärkte Nachfrage von Seiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Die Dynamik in diesem Bereich werde auch dadurch befeuert, weil man hofft, dem wachsenden Pflegenotstand hier eher begegnen zu können. Marktbeobachter stellen in diesem Bereich aktuell eine stärkere Dynamik als in der klassischen stationären Versorgung fest – auch wenn der Ausbau von Projekten nur bedingt aufgrund unterschiedlicher Kapazitäten vergleichbar ist. So sind 2021 rund 390 Projekte im Betreuten Wohnen gebaut worden, mehr als 450 befinden sich in der Planung (Borchert 2021). Demgegenüber sind 2021 nur 128 Heime neu entstanden und im gleichen Zeitraum wurden 65 stationäre Einrichtungen geschlossen (Meißner 2022). Bezogen auf den Zeitraum 2018 bis 2022 weisen das Betreute Wohnen ein Standortwachstum von 16 %, Pflegeheime dagegen nur von 2 % auf (Borchert 2022).

Insgesamt fehlt eine sichere Einschätzung, ob und wie „neue“ Wohnformen im aktuellen Umfeld steigender Baukosten, knapper Personalressourcen und kurzlebiger, teilweise unklarer Regulatorik qualitätsgesichert und wirtschaftlich betrieben werden können.

■ Ihre Bedeutung für die Versorgungslandschaft Pflegebedürftiger

Aber nicht nur die Entwicklungen lassen sich aktuell nicht genau einschätzen, auch welche Bedeutung sie für die aktuelle Versorgungslandschaft Pflegebedürftiger haben, ist umstritten:

- Ausgewählte Studien belegen für einzelne neue Wohnkonzepte, dass die Bewohnerschaft in solchen neuen Wohnformen in der Pandemie nicht so große Einschränkungen in der Selbstbestimmung hinnehmen mussten und Corona-Ausbrüche durch die

meist kleinteiligeren Strukturen nicht so massive Folgen für die Versorgungsqualität und den wirtschaftlichen Betrieb hatten wie bei klassischen stationären Einrichtungen (Bank für Sozialwirtschaft 2021). Diese Erfahrungen nähren Spekulationen, dass solche neuen Wohnkonzepte aufgrund ihrer besonderen Nutzerorientierung in Zukunft stärker nachgefragt werden und einen **Mehrwert** für die Versorgungslandschaft bieten.

- Andere bezweifeln, dass neue Wohnformen einen Mehrwert für die Versorgungslandschaft bieten. Sie sehen in neuen Wohnformen eher ein attraktives Finanzierungsmodell für Initiatoren mit **Mehraufwand** für die Leistungsträger. Neue Wohnformen kombinieren Elemente der ambulanten und teilstationären Pflege mit Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und erzielen Leistungssummen, die teilweise höher als die in der vollstationären Pflege seien. Den höheren Kosten stehe kein tatsächlicher qualitativer Mehrwert gegenüber, da neue Wohnformen – wenn überhaupt – nicht mehr Leistungen als klassische stationäre Settings böten und teilweise sogar schlechtere gesundheitsbezogene Versorgungsergebnisse erreichten (BARMER-Pflegereport 2019)

Ob neue Wohnformen insgesamt einen Mehrwert oder einen Mehraufwand bieten, kann angesichts der aktuellen Forschungslage nicht eindeutig beurteilt werden. Nach Rothgang et al. (2018) liegen nur wenige Studien mit hoher methodischer Güte vor, die einen Mehrwert von insbesondere ambulant betreuten Wohnformen gegenüber anderen Pflegesettings belegen. Es gibt jedoch Hinweise, auf deren Grundlage Fachleute ihnen prinzipiell einen potenziellen Mehrwert in Bezug auf eine bessere soziale Einbindung sowie mehr individuelle Wahlmöglichkeiten von Leistungen und Leistungserbringern zuschreiben (Rothgang et al. 2018). Im GKV-Modellprogramm „Weiterentwicklung neuer Wohnformen für Pflegebedürftige nach § 45f SGB XI“ (2019)

äußerten z. B. befragte Nutzerinnen und Nutzer der dort untersuchten 53 Modellprojekte nicht nur eine hohe Zufriedenheit mit der Versorgungssicherheit, sondern ebenso eine große Zufriedenheit, dass die Leistungsangebote an ihre individuellen Bedarfe und Lebensgewohnheiten angepasst werden und sie in vielfältiger Weise Einfluss auf die Leistungsgestaltung nehmen können. Ebenso äußerten sich Angehörige (z. B. Entlastungseffekte) und Mitarbeitende (z. B. höhere Arbeitszufriedenheit) positiv (Hackmann und Kremer-Preiß 2019). Neuere Studien von Stiefler et al. (2020, 2022) kommen zu dem Schluss, dass Studienergebnisse der letzten fünf Jahren aus dem internationalen Raum auf einen positiven Einfluss kleinräumiger Wohnformen bzgl. der pflegerischen Versorgungsqualität, sozialen Teilhabe und Interaktion vor allem für Menschen mit Demenz hinweisen.

10

10.2 Was ist das Neue/Besondere an neuen Wohnformen?

Um ihren Stellenwert für die Versorgung Pflegebedürftiger zu klären, ist es zielführend, sich noch einmal zu vergegenwärtigen, was denn das Besondere und Neue an diesen Wohnformen ist. Diese Wohnformen sind nicht neu im zeitlichen oder noch nie dagewesenen Sinne – viele Konzepte gibt es schon über 30 Jahre. Sie sind neu, weil sie innovative Lösungen und von gewohnten Schemata abweichende Regelungen entwickeln. Vor allem suchen sie nach neuen Lösungen für die Herausforderungen klassischer Wohnsettings:

- Klassische **stationäre Wohnsettings** bieten in der Regel ein hohes Maß an Sicherheit (Versorgungssicherheit/(Für-)Sorge). Die Sicherung der Autonomie (Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und die Wahrung individueller Lebensgewohnheiten) ist eine besondere Herausforderung in diesem Bereich. Die umfassende Verantwortlichkeit eines Trägers sowie die vielfältigen ordnungs- und leistungsrechtlichen Regelungen, in die stationäre Wohnsettings eingebunden sind, erschweren eine selbstbestimmte, am individuellen Bedarf orientierte Lebensweise.

Bei den klassischen Wohnsettings gelingt es also nur bedingt, Autonomie und Sicherheit in ein ausgewogenes Verhältnis zu bringen. **Autonomie** gilt im Sinne eines „absoluten“ Werts als jedem Menschen inhärent und ist so als Ausdruck des Selbstzweckseins des Menschen zu verstehen. Autonomie manifestiert sich im Treffen von Entscheidungen und Gestalten von Handlungen. *Selbstbestimmung und Selbstständigkeit* stellen daher die praktische Ausübung von Autonomie dar. Selbstbestimmung schließt nicht aus, dass Entscheidungen an andere abgegeben werden. Aber auch wer sich in die Fürsorge anderer begibt, hat Anspruch darauf, immer wieder in die Aushandlungsprozesse über die Alltags- und Lebensgestaltung eingreifen zu können. Selbstbestimmtes Entscheiden und Handeln nimmt immer Rückbezug auf die *Selbstverantwortlichkeit* des Entscheiders und Handelnden. Wer selbstbestimmt entscheidet, ist auch für die Folgen dieser Entscheidung oder seiner Handlung verantwortlich. Daher sind Selbstbestimmung und Selbstverantwortung untrennbar miteinander verbunden. Die *Personalität und gelebte soziale Beziehungen* – also die individuelle Lebensweise – sind die konkreten Ausformungen von Autonomie (Schlögl-Flierl et al. 2021, S. 79 ff). Daher ist mit einer autonomiefördernden Lebensweise zugleich eine personenzentrierte Perspektive verbunden.

Bei abnehmenden Fähigkeiten, Pflegebedürftigkeit und vor allem bei demenziellen

- Klassische **häusliche Wohnsettings** bieten in der Regel ein hohes Maß an Autonomie (Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und individueller Lebensgestaltung). Bei Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit bleibt es eine Herausforderung, diese zu gewährleisten, da häusliche Wohnsettings nicht immer die erforderliche Sicherheit (Versorgungssicherheit/(Für-)Sorge) bieten können.

Erkrankungen verringert sich die Kompetenz zur autonomen Lebensführung, sodass nach Schlögl-Flierl et al. aus der Forderung nach der Achtung von Autonomie vor allem auch die Forderung nach Unterstützung von Autonomie erwächst (Schlögl-Flierl et al. 2021, S. 81). Es gilt Unterstützung und damit **Sicherheit** zu gewährleisten, um eine autonome Lebensführung zu ermöglichen. Diese kann reichen von baulichen Unterstützungsleistungen bis hin zu (Für-) *Sorgeleistungen* im Sinne von Alltagshilfen und Pflegeleistungen, die *Versorgungssicherheit* gewährleisten. Durch die Gewährleistung von Versorgungssicherheit und Fürsorge können Autonomiegesuche der zu Pflegenden praktisch umgesetzt werden. Jedoch kann die Bereitstellung von Versorgungssicherheit und Fürsorgeleistungen auch autonomielimitierende Effekte aufweisen. Die Bereitstellung von Leistungen zur Gewährung von Versorgungssicherheit unterliegt Regelungen, die nicht immer auf den individuellen Bedarf ausgerichtet sind. Ebenso kann Fürsorge – verstanden als paternalistische Schutzaufgabe – eine autonome Lebensweise einschränken.

Die neuen Wohnformen bewegen sich zwischen den beiden klassischen Wohnsettings „Heim“ und „Häuslichkeit“ und versuchen als hybride Wohnformen, die schwer zu vereinbarenden Anforderungen nach Autonomie (Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Selbstverantwortung, Personalität) und Sicherheit (Versorgungssicherheit, (Für-)Sorge) in Einklang zu bringen. Es geht ihnen darum, **Autonomie und Sicherheit** in einen anderen passgenaueren Ausgleich zu bringen bzw. **neu auszubalancieren**, sie wollen mehr Autonomie durch eine andere Form der Sicherheit gewährleisten.

- **Sie rücken die Achtung der Autonomie auch bei schwerstem Pflegebedarf ins Zentrum.** Erhalt der *Selbstständigkeit*, *Selbstbestimmung* und Personalität durch eine besondere *Nutzerorientierung* gehören bei aller Unterschiedlichkeit der neuen Wohnformen zu ihrem zentralen Ziel und stehen im Fokus bei der Organisation von Versorgungsarrangements. Dabei wird die

Gradualität der Kompetenz zur autonomen Lebensführung gezielt in den Blick genommen. Nicht jeder Pflegebedürftige ist fähig (oder gewillt) zu einer autonomen Lebensführung. Vor allem bei Menschen mit Demenz ist dies bei abstrakteren Fragestellungen nicht mehr selbst möglich. Aber auch hier sucht man gezielt nach Wegen und Möglichkeiten, eine autonome Lebensweise zu ermöglichen. Menschen mit Demenz können bei praktischen Fragen im Alltag (z. B. Kleidungswahl) durchaus Präferenzen und Wünsche erkennen lassen. Diese zu eruieren bzw. den Grad ihres Willens nach autonomer Lebensweise zu ermitteln, ist ein besonderer Schwerpunkt neuer Wohnformen.

- **Sie organisieren Sicherheit für eine autonome Lebensgestaltung durch Befähigung und in gemeinsamer Verantwortung.** Die Achtung der Autonomie Pflegebedürftiger ist auch ein – wenn auch nicht unbedingt zentrales – Ziel anderer Wohnsettings. Jedoch die Art und Weise der Organisation von Unterstützung für eine autonomiefördernde Lebensweise ist bei neuen Wohnformen anders. Versorgungssicherheit/Fürsorge werden bewusst nicht im Sinne einer paternalistischen Schutzaufgabe wahrgenommen („Wir wissen schon, was gut für Dich ist.“). Es gilt die Betroffenen in ihrer Selbstverantwortung zu belassen, sie zu einer autonomen Lebensführung zu befähigen und – wenn möglich – zu empowern. Nicht *für* sie, sondern *mit* den Betroffenen wird Versorgungssicherheit und Fürsorge organisiert. Wo dies nicht möglich ist, wird eine Begleitung gesichert, die die Pflegebedürftigen in ihren Potenzialen zur Führung einer autonomen Lebensweise unterstützt. Hierin manifestiert sich der Wandel von der Defizit- hin zur Kompetenzperspektive. Versorgungsarrangements werden unter Mitwirkung der Betroffenen gemeinsam ausgehandelt, sie bleiben verantwortlich miteingebunden. Um der Gefahr der Überforderung (von Betroffenen, aber auch Mitarbeitenden) bei

undifferenzierter Forderung nach Autonomie zu begegnen, wird bewusst in gemeinsamer Verantwortung Sicherheit organisiert und ein organisatorischer Rahmen geschaffen, der die Ermöglichung, Förderung und Gewährleistung einer autonomiefördernden Lebensweise unterstützt. Nicht einer allein trägt die Verantwortung (nicht allein die Betroffenen und nicht allein professionelle Träger) für eine autonomiefördernde Lebensgestaltung Pflegebedürftiger. Es werden die Potenziale vieler (der Pflegebedürftigen selbst, ihrer An- und Zugehörigen, Ehrenamtlicher, professioneller Helfer) genutzt und qualifiziert, um selbst- und mitverantwortlich eine autonomiesfördernde Lebensgestaltung für die Pflegebedürftigen zu ermöglichen. Diese Vielfalt der mitverantwortlichen Ermöglicher von Autonomie ist eine weitere gemeinsame Besonderheit der so unterschiedlichen neuen Wohnformen. Die vielfältigen Ermöglicher wirken zusammen wie eine *Sorgende Gemeinschaft* in einem Pflegewohnsetting (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2021).

Mit diesen Besonderheiten greifen die neuen Wohnformen den mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) im Bundesteilhabegesetz rechtlich normierten **Perspektivwechsel** in der Gestaltung von Unterstützungsarrangements für Menschen mit Beeinträchtigungen auf. Teilhabe nach der WHO-Definition ist nicht nur die Sicherung der internen und externen Kommunikation mit anderen Menschen – also sozialer Eingebundenheit –, sondern bedeutet immer auch Mitentscheidungs-, Mitverantwortungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben (Klie al 2017). Teilhabe impliziert damit nicht nur, dass ein Pflegebedürftiger im Nachhinein oder von anderen in eine Lebenssituation einbezogen wird, sondern auch, dass er eine Lebenssituation selbst mitgestaltet. Aus der rechtlichen Verpflichtung, allen Menschen gleiche Teilhabemöglichkeiten zu gewähren, folgt, dass alle Unterstützungsleistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen

so ausgerichtet sein müssen, dass für die Betroffenen ein Höchstmaß an Autonomie hergestellt oder gesichert wird. Autonomie bedeutet damit, dass die Entscheidungsmacht in allen wesentlichen Fragen der Lebensgestaltung bei den Pflegebedürftigen verbleibt. Es soll gewährleistet werden, dass Menschen mit Beeinträchtigungen ihr Leben selbst bestimmen und selbst gestalten können (und müssen), um umfassende Teilhabe zu ermöglichen. Dieser rechtlich normierte Perspektivwechsel hat in der Behindertenhilfe zu grundlegenden Änderungen in den gesetzlichen Vorgaben für Beratung, Bedarfsermittlung, Leistungsplanung und -erbringung geführt: Hier muss nicht nur Raum für individuell angepasste Leistungen geschaffen werden, sondern Leistungsträger müssen Menschen mit Beeinträchtigungen aktiv einbinden und so Entscheidungsteilhabe ermöglichen. Auch das neue Betreuungsrecht, das am 1. Jan. 2023 in Kraft getreten ist, hat diesen Perspektivwechsel vollzogen. Das neue Betreuungsrecht soll im Sinne der Behindertenrechtskonvention dafür sorgen, dass bestellte Betreuer zu „Enablern“ für die Betroffenen werden und diese aktiv in die Lebensgestaltung einbinden, damit sie ihre eigenen Wünsche und Vorstellungen leichter umsetzen können. Es geht nicht mehr um Entscheidungen *für* die Betroffenen, sondern um eine „unterstützende Entscheidungsfindung“ *mit* den Betroffenen bei der Lebensgestaltung. Nicht das Wohl, sondern der Wunsch und der Wille der Unterstützungsbedürftigen rücken damit in den Fokus (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2021).

10.3 Wie kann „gute“ Qualität in neuen Wohnformen gesichert werden?

Wohnarrangements für Pflegebedürftige, die sich als innovativ verstehen, sollten diesen Perspektivwechsel implizieren. Wie kann nun dieses Besondere neuer Wohnformen in der praktischen Umsetzung gewahrt werden? Diese Frage stellt sich mit zunehmender Verbreitung

neuer Wohnformen und immer wieder neu entwickelten Modellen, die als innovativ propagiert werden und andere leistungsrechtliche und ordnungsrechtliche Möglichkeiten nutzen als klassische Wohnsettings, ohne dass sie das Besondere neuer Wohnformen wahren. Letztlich geht es darum, in Qualitätssicherungsverfahren für neue Wohnformen dieses Besondere einzufordern. Zu fragen ist, inwieweit dieser Perspektivwechsel in der Qualitätssicherungsdiskussion bereits etabliert ist und welche besonderen Qualitätsanforderungen konkret an neue Wohnformen zu stellen sind?

■ ■ Qualitätssicherungsdebatte

Zwar sind neue Wohnformen bereits heute mit einer Vielzahl ordnungs-, leistungs- und leistungserbringerrechtlicher Qualitätsanforderungen konfrontiert und in vielfältige Qualitätssicherungsverfahren eingebunden (u. a. heimrechtliche Regelungen, Baurecht, spezielle Brandschutzvorschriften bis hin zu Gesundheitsschutz und hygienerechtliche Vorschriften; Qualitätsanforderungen nach § 113b SGB XI). Diesen allgemeinen Vorschriften zur Sicherung der Versorgungs- und Pflegequalität müssen sich auch neue Wohnformen unterziehen. Die Qualitätssicherung dieser allgemeinen Vorschriften in neuen Wohnformen bleibt jedoch eine Herausforderung, da einheitlich definierte Qualitätsanforderungen fehlen, die rechtliche Gemengelage zu definierten Qualitätsanforderungen unübersichtlich ist und Unklarheiten über Verantwortlichkeiten für Qualitätssicherung bestehen.

Insbesondere fehlen aber Qualitätsprüfverfahren zu den spezifischen Besonderheiten neuer Wohnformen. Alle internen wie externen Qualitätssicherungsverfahren im Gesundheitswesen verfolgen das übergeordnete Ziel der Förderung und Verbesserung der Versorgungs-/Pflegequalität, bei der gemeinhin die drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden werden. Themen wie Autonomie, Selbstbestimmung oder Teilhabe fand bei dem Qualitätssicherungsverfahren lange (z. B. beim sog. „Pflege-TÜV“) kaum Berücksichtigung. Das belebte

Anfang der 2000er Jahre die Diskussion nach alternativen Qualitätsbewertungsverfahren, die sichtbar machen sollen, dass gute Pflege und soziale Betreuung (gemäß § 43b SGB XI) aus mehr besteht als aus instrumentellen Versorgungsleistungen. Um diese entscheidenden „weichen“ Qualitätsfaktoren sichtbar zu machen, wurden neue Qualitätskriterien und Prüfmethoden benötigt und auch entwickelt. Gemeinsam ist diesen, dass sie sich vordergründig weniger mit Versorgungs-/Pflegequalität befassen, sondern den Aspekt der Lebensqualität ins Zentrum stellen. Eine solche eigenständige Bedeutung wurde mittlerweile auch vom Gesetzgeber anerkannt und aufgegriffen, verbunden mit dem Einzug des Lebensqualitätsbegriffs in das Pflegegestärkungsgesetz II und dem politischen Auftrag, wissenschaftlich fundierte Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität auf den Weg zu bringen (vgl. SGB XI § 113b). In dieser Folge sind in der Forschung sehr unterschiedliche Ansätze und Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität entwickelt worden, die nach Schlögl-Flierl et al. alle Autonomie, Selbstbestimmung oder Selbstständigkeit als Teildimension von Lebensqualität definieren, ohne sie jedoch ins Zentrum zu stellen (Schlögl-Flierl et al. 2021, S. 57 ff).

■ ■ Konturen eines Qualitätssicherungskonzeptes für neue Wohnformen

Ein Qualitätssicherungsverfahren, das neuen Wohnformen gerecht werden will, muss die Wahrung einer autonomiefördernden Lebensweise bei Pflegebedürftigkeit als ihr Spezifikum mehr ins Zentrum stellen. Darauf zielt ein Qualitätssicherungskonzept für neue Wohnformen, dessen erste Konturen 2019 von einem Forschungsverbund der Universität Bremen, dem Kuratorium Deutsche Altershilfe und der PROGNOSE AG erarbeitet wurden (Wolf-Ostermann et al. 2019). Es wurde im Auftrag der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI auf der Grundlage der Anforderungen aus dem *Dritten Pflegegestärkungsgesetz* (PSG III) entwickelt.

■ ■ Qualitätsverständnis

Ausgangspunkt zur Bestimmung von Qualitätsanforderungen nach diesem Konzept war die Klärung des Verständnisses von Qualität. Die Definition der Qualitätsanforderungen im Untersuchungszusammenhang basiert auf einem nutzer- und sachbezogenen Qualitätsverständnis. Unter Qualität wird die Übereinstimmung von Kundenerwartungen mit den Leistungen der Wohnangebote unter Berücksichtigung anerkannter fachlicher Standards verstanden. Sowohl die Nutzererwartungen an neue Wohnformen als auch Expertenmeinungen zu fachlichen Anforderungen in den Bereichen Wohnen, Soziales, Hilfe und Pflege wurden zur Definition von Qualitätsanforderungen zusammengetragen und anschließend einer ordnungs- und leistungsrechtlichen Prüfung bezüglich ihrer Regelungsrelevanz unterzogen.

■ ■ Qualitätsmerkmale

Auf dieser Basis wurden **fünf zentrale Qualitätsmerkmale** – sog. Soll-Niveaus – herausgearbeitet, die als besondere Qualitätsanforderungen an neue Wohnformen benannt werden können:

— Qualitätsmerkmale, die die Autonomie ins Zentrum rücken

- **Selbstbestimmung/Selbstverantwortung:** Im Fokus neuer Wohnformen steht, auch bei Pflegebedürftigkeit eine autonome Lebensweise zu ermöglichen. Autonomie realisiert sich in Selbstständigkeit und Selbstbestimmungsmöglichkeiten. Selbstständig und in Selbstbestimmung legen die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Vertreterinnen und Vertreter fest, wie die Wohnung und der Tagesablauf zu gestalten sind und welche Leistungen und Leistungsanbieter geordert werden. Mit der Sicherung der Selbstbestimmung ist zugleich die Übernahme von Selbstverantwortung verbunden. Die Bewohnerschaft und ihre Angehörigen können zwar Teile der Umsetzungsverantwortung z.B. an einen Pflegedienst

abgeben, aber anders als in klassischen stationären Wohnsettings bleibt ein Teil der Umsetzungsverantwortung bei neuen Wohnformen immer bei der Bewohnerschaft und ihren Vertretungen. Konstitutiv für neue Wohnformen ist daher, dass die Bewohnerschaft und ihre Vertretungen die Umsetzung (mit-) bestimmen und gleichzeitig selbstverantwortlich eingebunden bleiben. Die Umsetzung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung stellt in der Praxis neuer Wohnformen eine besondere Herausforderung dar, weil u.U. Leistungserbringer Selbstbestimmungsmöglichkeiten eingrenzen (weil z.B. tatsächliche Wahlfreiheit nicht gewährleistet wird) oder weil Pflegebedürftige und ihre Vertretungen nicht in der Lage sind, der geforderten Selbstverantwortung gerecht zu werden. Daher gilt es, die Realisierung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in den neuen Wohnformen als Qualitätsanforderung besonders in den Blick zu nehmen.

- **Nutzerorientierung:** In der Personallität formiert sich die konkrete Ausformung von Autonomie. Ein weiterer Fokus neuer Wohnformen bildet daher, eine an den individuellen Gewohnheiten und Bedürfnisse der Bewohnerschaft orientierte Lebensweise zu ermöglichen. Im Fokus neuer Wohnformen steht die Ausrichtung der Lebensverhältnisse konsequent auf das einzelne Individuum. Der/die Pflegebedürftige wird in ihrer/seiner Ganzheitlichkeit mit den jeweiligen individuellen Bedarfen und Bedürfnissen ins Zentrum gerückt. Unter dem Leitbild der Bewohnerzentrierung gilt es, das Pflegewohnangebot auf die einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner einzustellen und nicht umgekehrt, dass sich die Bewohnerschaft den Strukturen des Pflegewohnangebotes anpassen muss. Ausgehend von der unverwechselbaren Biografie jeder einzelnen Person ergibt sich hieraus zu-

gleich die Notwendigkeit, statt einer überwiegenden Defizitbetrachtung Pflegebedürftige als fähig zu erachten, sich selber zu entwickeln und das eigene Leben mit den gegebenen Einschränkungen zu gestalten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entscheiden sich vielfach für neue Wohnformen, weil sie sich hier ein hohes Maß an individueller Lebensgestaltung erhoffen. Die Gewährleistung verlässlicher Unterstützungsleistungen mit individuellen Vorstellungen und Bewohnerbedürfnissen auszuagieren, bleibt jedoch auch in diesen Wohnformen eine Herausforderung. Um den Bedarfen Pflegebedürftiger gerecht zu werden, stellt daher die Nutzerorientierung eine weitere besondere Qualitätsanforderung an neue Wohnformen dar.

– Qualitätsmerkmale, die die Sicherung der Autonomie unterstützen

– Versorgungssicherheit/-kontinuität:

Zur Wahrung einer autonomen Lebensweise ist mit zunehmendem Pflegebedarf Unterstützung erforderlich. Ältere und pflegebedürftige Menschen, die in neue ambulant betreute Wohnformen umziehen, erwarten Sicherheit bei der Versorgung. Diese zu gewährende Versorgungssicherheit ist *ganzheitlich* anzulegen und muss abgestimmt sein auf die besonderen Bewohnerbedarfe. Es bedarf keiner pauschalen Pakete, die Versorgungssicherheit bieten. In einzelnen Wohnsettings sind vielleicht einzelne Angebote gefordert, die die selbstständige Lebensweise stärken. In anderen Wohnarrangements ist eine umfassende Versorgung mit „rund-um-die-Uhr-Betreuung“ gefordert. Neue Wohnformen stellen sich der Herausforderung, bei der Gestaltung der Versorgungssicherheit diese unterschiedlichen Bedarfe zu berücksichtigen. Versorgungssicherheit muss daher *flexibel* konstruiert sein (z. B. durch tatsächliche Wahl-

freiheit bei den Leistungspaketen und Leistungserbringern). Die Passgenauigkeit wird am ehesten gelingen, wenn die Bewohnerschaft bewusst in die Gestaltung der Versorgungssicherheit einbezogen wird. Besonders gilt es, die Bedingungen für eine Versorgungskontinuität *gemeinsam zu bestimmen* und mögliche Ressourcen der Betroffenen gezielt *einzubinden*. Diesen Anforderungen an die Versorgungssicherheit konnten in der Vergangenheit nicht immer alle neuen Wohnformen gerecht werden. Die Versorgungssicherheit und -kontinuität war nicht passgenau auf die Betroffenen abgestimmt. Der Einfluss der Betroffenen auf die Gestaltung von Versorgungssicherheit und deren Einbindung ist vor allem in trägergesteuerten Modellen nicht immer gelungen. Als Qualitätsanforderung an neue Wohnformen ist daher der Aspekt der Versorgungssicherheit unter Wahrung einer autonomiefördernden Lebensweise besonders in den Blick zu nehmen.

- **Koordination:** Um Überforderungen bei einer autonomiefördernden Lebensweise zu vermeiden, wird Versorgungssicherheit in neuen Wohnformen nicht von einem Akteur gewährleistet, sondern durch die Einbindung vieler Akteure, die in Selbst- und Mitverantwortung ein autonomieförderndes Versorgungsetting sichern – von den Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen über ehrenamtlich Engagierte, kommunale Akteure bis hin zu professionellen Leistungserbringern, die für sehr unterschiedlichen Leistungsangebote zuständig sind. Das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure in geteilter Verantwortung im Sinne einer pluralistischen Mixtur ist konstitutiv für neue Wohnformen in ihrer Stellung zwischen Häuslichkeit und Heim. Es gibt nicht einen verantwortlichen Träger, der alle Leistungen aus einer Hand organi-

siert, sondern es gibt viele Verantwortliche, die zusammenwirken müssen. Eine besondere Herausforderung in neuen Wohnformen bleibt es, die vielfältigen Akteure und unterschiedlichen Leistungen passgenau aufeinander abzustimmen. Dies erfordert besondere organisatorische Vorkehrungen, um das Zusammenwirken der unterschiedlichen Akteure zu sichern. Es gilt die Beteiligten für diese besondere Haltung einer autonomiefördernden Lebensweise zu sensibilisieren, evtl. zu qualifizieren und ihr Zusammenwirken zu moderieren. Daher kommt der Koordination in neuen Wohnformen als Qualitätsanforderung besondere Bedeutung zu.

- **Transparenz:** Das komplexe Zusammenwirken der vielfältigen Akteure erfordert in besonderer Weise Transparenz über die Gesamtprozesse. Wer welche Leistungen erbringt, wie Verantwortlichkeiten verteilt sind, wie die Umsetzungsprozesse geregelt sind, ist für Pflegebedürftige und ihre Vertreterinnen und Vertreter in neuen Wohnformen nicht immer durchschaubar. Praxiserfahrungen zeigen, dass dies vor allem von Betroffenen häufig beklagt wird. Damit eine Umsetzung in geteilter Verantwortung und ein synergetisches Zusammenwirken gelingen und die Bewohnerschaft ihre Selbstverantwortung in diesen komplizierten Gemengelagen wahrnehmen kann, ist der Sicherung der Transparenz als Qualitätsanforderung in neuen Wohnformen besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Um die Qualitätsmerkmale umsetzen zu können und ihre Umsetzung im Rahmen eines Qualitätssicherungskonzeptes überprüfen zu können, wurden diese Qualitätsanforderungen operationalisiert. Auf der Basis eines mehrstufigen Verfahrens wurden für die fünf Qualitätsmerkmale **93 Qualitätskriterien** herausgearbeitet. Ebenso wurden **Checklisten und**

Ausfüllanleitungen als Instrumente für die Beratung, für die interne und externe Qualitätsprüfung wie auch für die Qualitätsberichterstattung entwickelt, um die praktische Umsetzung der Qualitätsmerkmale und -kriterien zu sichern und überprüfen zu können. Dieses Konzept zur Qualitätssicherung der Besonderheiten neuer Wohnformen ist jedoch nur ein erster Aufschlag. Es bedarf in Zukunft einer Validierung und weiteren Konkretisierung für die Praxis.

10.4 Welche Rahmenbedingungen braucht eine solche „gute Qualität“?

Um die besondere Qualität neuer Wohnformen zu sichern, bedarf es jedoch nicht nur einer Konkretisierung und genauen Adressierung, wer welche Qualitätsanforderungen zu erfüllen hat, sondern es braucht auch andere Rahmenbedingungen.

– Qualitätssicherungsverständnis erweitern

Die Initiatoren neuer Wohnformen werden immer wieder mit dem Vorwurf konfrontiert, dass sie keinen Mehrwert, sondern primär Mehrkosten für die Versorgung Pflegebedürftiger bedingen. Kritiker führen an, dass sie keine bessere – evtl. sogar schlechtere – Versorgungsqualität als klassische Wohnformen bieten. Ihre Sonderstellung (leistungs- und ordnungsrechtlich) sei nur zu rechtfertigen, wenn sie ihren Mehrwert für die Versorgungsqualität nachweisen. Dies greift aber in der Qualitätssicherungsdiskussionen zu kurz. Qualität in Pflegewohnangeboten ist nicht automatisch bei guter Versorgungs- und Pflegequalität gesichert. Hierfür bedarf es mehr: Es muss um die Sicherung von Lebensqualität gehen, die die autonomiefördernde Lebensweise mit dem Erhalt von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung sowie der Personzentrierung mehr ins Zentrum rückt.

Gerade darin liegt die Besonderheit neuer Wohnformen; es geht nicht darum, „bessere“ Versorgungsleistungen als klassische Wohnsettings zu erbringen, sondern einen Mehrwehrt bezüglich einer autonomiefördernden Lebensweise zu sichern. Die bereits seit 2000 erfolgte und auch vom Gesetzgeber angestoßene Reform zu einem breiteren Qualitätsverständnis muss in Zukunft in den Qualitätssicherungsverfahren weiter ausgerollt werden und mehr Eingang in die konkrete Praxis der zu begutachtenden neuen Wohnformen finden. Insgesamt müssen die Regelungssysteme diese andere Qualität sowohl mehr regelhaft überprüfen als auch dafür mehr Ermöglichungsspielraum eröffnen.

■ **Leistungsangebote im Sinne der Ermöglichung weiterentwickeln**

Professionelle Akteure, die die Umsetzung neuer Wohnformen mitgestalten, sind nicht nur als Erbringer von Gesundheits-, Pflege- oder Betreuungsleistungen gefordert. Ihnen kommt auch die Rolle eines Ermöglichers einer autonomiefördernden Lebensweise zu. Dies erfordert eine andere Haltung, andere Rollen, andere Qualifikationen und andere Strukturen einschließlich einer organisationsethischen Reflexionskultur bei der Leistungsbereitstellung für neue Wohnformen. So benötigt es zum einen qualifiziertes und auch akademisch gebildetes Personal für eine bessere Arbeitsteilung mit geteilten Verantwortlichkeiten und einem erweiterten Rollenverständnis. Zum anderen müssen Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Bewohnerschaft bei der Bereitstellung von Leistungen in den Fokus gerückt werden, Ressourcen der Pflegebedürftigen aktiviert werden, Betroffene befähigt werden, sich wo möglich noch selbstverantwortlich einzubringen, andere (zivilgesellschaftliche) Unterstützter müssen bei der Gestaltung der Pflegearrangement eingebunden und das Zusammenwirken verschiedener professioneller Dienstleister muss koordiniert werden. Es sind organisatorische Rahmen-

bedingungen zu schaffen, eine autonomiefördernde Lebensweise gemäß den Ansprüchen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner zu ermöglichen, zu fördern und zu gewährleisten. Und es sind sowohl die (Fort-)Bildung von professionellen Kräften als auch Handlungs-dilemmata des Personals in den Blick zu nehmen, wenn die organisatorischen Gegebenheiten dem Primat der Ermöglichung, Förderung und Gewährleistung von Autonomie im Pflegealltag entgegenstehen.

■ **Refinanzierung von koordinierenden Leistungen sichern**

Eine autonomiefördernde Lebensweise bei Pflegebedarf zu ermöglichen braucht viele Helfer, die im Sinne einer *sorgenden Gemeinschaft* im Pflegewohnsetting zusammenwirken. Sie teilen die Verantwortung und jeder bringt sich mit seinen Potenzialen ein – die Betroffenen, private Unterstützer und professionelle Dienstleister. Dieses Zusammenwirken muss professionell moderiert und koordiniert werden. Nur so kann eine neue Verantwortungskultur in der Pflege- und Sorgearbeit gestaltet werden.

Für diese Leistungen müssen entsprechende personelle Ressourcen bereitgestellt und finanziert werden. In der Praxis stellt es eine besondere Herausforderung dar, diese koordinierenden Leistungen für eine neue Verantwortungskultur in der Pflege- und Sorgearbeit zu finanzieren. Die Regelfinanzierungssysteme eröffnen hier nur wenig Spielraum. Zwar kann der Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI für betreute Pflegewohngemeinschaften für solche koordinierenden Tätigkeiten genutzt werden, in der Praxis wird dieser jedoch häufig für individuelle Betreuungsleistungen verwendet und eine Nutzung dieses Leistungsbausteins außerhalb von ambulant betreuten Pflegewohngemeinschaften ist oft nur schwer möglich. Vielfach werden solche koordinierenden Leistungen daher über Fördermittel refinanziert (z. B. Förderung des GKV-Modellprogramms neue

Wohnformen für Pflegebedürftige nach § 45f SGB XI). Nach Auslaufen der Förderung besteht jedoch vielfach das Problem, dass derartige Initiativen nicht fortgeführt werden können. Andere Refinanzierungswege in der Praxis u. a. über kommunale Daseinsvorsorge, Sozialfonds, Bürgerstiftungen sind nicht einfach zu übertragen. Ohne die Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung koordinieren der Tätigkeiten werden sich neue Wohnformen kaum flächendeckender verbreiten.

10.5 Ausblick

Dies alles erscheint jedoch angesichts der enormen Pflegeaufgaben, die noch zu bewältigen sind, und der immer neuen Problematiken, die die Grenzen der klassischen Wohn- und Versorgungssettings sichtbar machen, allein wenig zielführend. Gefordert ist nicht nur ein breites und vielfältiges Wohn- und Versorgungsangebot für die wachsende Zahl von Pflegebedürftigen, sondern gefordert sind vor allem Wohn- und Versorgungssettings, in denen eine **neue Verantwortungskultur** in der Pflege- und Sorgearbeit gelebt wird. Gerade vor dem Hintergrund des wachsenden Pflegegenotstandes (Personalmangel, Rückgang der familialen Unterstützungspotenziale, steigende Anzahlen an Personen mit Unterstützungsbedarf und gewandelten Versorgungsansprüchen) sind Wohn- und Versorgungsformen erforderlich, in der nicht einer allein die Sorgearbeit übernimmt, sondern gemeinsam mit den Betroffenen und marktwirtschaftlichen, staatlichen und zivilgesellschaftlichen Akteuren die Verantwortung geteilt wird. Es bedarf *sorgender Gemeinschaften* – nicht nur in den Quartieren, sondern für jedes Pflegearrangement und in jedem Pflegewohnsetting. Gerade neue Wohnformen stehen für solch eine neue Verantwortungskultur in der Pflege- und Sorgearbeit und bieten damit eine besondere Chance, die Pflegeherausforderungen solidarisch auf breitere Schultern zu stellen.

Wenn es also sinnvoll ist, den Ausbau neuer Wohnformen zu unterstützen, gilt es jedoch dafür Sorge zu tragen, dass sie auch das Besondere neuer Wohnformen umsetzen – eine autonomiefördernde Lebensweise in Selbst- und Mitverantwortung vieler. Es ist sicher nicht zielführend, klassischen Wohnsettings nur andere leistungsrechtliche und ordnungsrechtliche Möglichkeiten zu eröffnen, ohne dass sie für die Lebensqualität der Pflegebedürftigen etwas anderes bieten. Eine Diskussion über die besondere Qualität neuer Wohnformen und deren Möglichkeiten der Umsetzung und Überprüfung in der Praxis ist daher dringender denn je.

Literatur

- Bank für Sozialwirtschaft (2021) Befragungen zu den wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Senioren- und Langzeitpflege, Köln. https://www.sozialbank.de/fileadmin/2015/documents/8_Umfrage/BFS_Ergebnisse_Dritte_Corona-Befragung_2021_05-21_WEB.pdf. Zugriffen: 3. Juni 2022
- Bank für Sozialwirtschaft und Kuratorium Deutsche Altershilfe (2022) Betreutes Seniorenwohnen – Aktuelle Strukturen und Entwicklungen eines zukunftsweisenden Angebotes. <https://www.bfs-service.de/de/Studie-Betreutes-Seniorenwohnen-2022.html>. Zugriffen: 3. Juni 2022
- BARMER-Pflegereport (2019) Deutscher Pflegemarkt steht vor dem Umbruch. Pressemappe zur Pressekonferenz der BARMER, 28. Nov. 2019, Berlin. <https://www.barmer.de/resource/blob/1028586/1c91ce483fca32c2053b1b45fe6666c3/barmer-pflegereport-2019-pressemappe-data.pdf>. Zugriffen: 3. Juni 2022
- Borchert Y (2021) Liste der fünf größten Betreiber für Betreutes Wohnen 2022. <https://www.pflegemarkt.com/2021/12/08/liste-der-5-groessten-betreiber-fuer-betreutes-wohnen-2022/>. Zugriffen: 3. Juni 2022
- Borchert Y (2022) Anzahl und Statistik Betreutes Wohnen und Service Living. <https://www.pflegemarkt.com/2019/08/22/analyse-betreutes-wohnen-zahlen-daten/>. Zugriffen: 3. Juni 2022
- Care vor 9 (2022) In Deutschland gibt es an 3.500 Standorten Pflegewohngruppen. <https://www.carevor9.de/care-inside/in-deutschland-gibt-es-an-3.500-standorten-pflegewohngruppen>. Zugriffen: 3. Juni 2022

- Hackmann T, Kremer-Preiß U (2019) Abschlussbericht Wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/pflege_endbericht_wohnformen_45_28.02.2019.pdf. Zugriffen: 3. Juni 2022
- Klie T, Heislbez C, Schuhmacher B, Keilhauer A, Rischard P, Bruker C (2017) Ambulant betreute Wohngruppen – Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen – Abschlussbericht. AGP Sozialforschung und Hans-Weinberger-Akademie (Hrsg.). Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_AGP_HWA_Wohngruppen-Studie.pdf. Zugriffen: 3. Juni 2022
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2021) Wohnen 6.0 – Mehr Demokratie in der (institutionellen) Langzeitpflege, Köln. https://kda.de/wp-content/uploads/2021/11/KDA_Wohnen_6.0.pdf. Zugriffen: 3. Juni 2022
- Meißner S (2022) Wachstum in der stationären Pflege: 128 neu eröffnete Pflegeheime 2021. <https://www.pflegemarkt.com/2022/01/11/wachstum-in-der-stationaeren-pflege-128-neu-eroeffnete-pflegeheime-2021/>. Zugriffen: 3. Juni 2022
- Rothgang H, Wolf-Ostermann K, Schmid A, Domhoff D, Müller R, Schmidt A (2018) Ambulantisierung stationärer Einrichtungen und innovative ambulante Wohnformen. Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_InaWo_final_UNI_BREMEN.pdf. Zugriffen: 3. Juni 2022
- Schlögl-Flierl K, Greißl K, Harzbecher M, Heutling P, Hillebrecht M, Schneider S, Senneke J, von Hayek J, Stadelbacher S (2021) Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim (SeLeP) – Die Würde des pflegebedürftigen Menschen in der letzten Lebensphase. Ergebnisbericht. <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Downloads/pflegenetzwerk-deutschland-selep-ergebnisbericht.pdf>. Zugriffen: 3. Juni 2022
- Stiefler S, Seibert K, Wolf-Ostermann K (2020) Gesundheitsbezogene Versorgungsergebnisse in ambulant betreuten Wohngemeinschaften – Ergebnisse eines Rapid Reviews. Z Gerontol Geriat 53:513–521. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01705-6>
- Stiefler S, Seibert K, Wolf-Ostermann K (2022) Kleinräumige Wohnkonzepte als gute Alternative zum Pflegeheim? Pflegez 75:54–56. <https://doi.org/10.1007/s41906-022-1296-7>
- Wolf-Ostermann K, Kremer-Preiß U, Hackmann T (2019) Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI – Abschlussbericht. <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2019/04/20190117-Abschlussbericht-neue-Wohnformen.pdf>. Zugriffen: 3. Juni 2022

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Fokus Häusliche Pflege – der Ansatz der subjektorientierten Qualitätssicherung

Andreas Büscher und Thomas Klie

Inhaltsverzeichnis

- 11.1 **Einleitung – 176**
- 11.2 **Das gute Leben bei und trotz Pflegebedürftigkeit – 177**
- 11.3 **Unterstützung und Begleitung häuslicher
Pflegearrangements – 179**
- 11.4 **Kooperation und Vernetzung vor Ort – 182**
- 11.5 **Fazit – 184**
- Literatur – 185**

■ ■ Zusammenfassung

In diesem Kapitel wird der Ansatz der „subjektorientierten Qualitätssicherung“ vorgestellt. Er wurde in einem mehrjährigen Prozess entwickelt und soll in der Breite erprobt werden. Im Kern geht es um eine verstärkte Aufmerksamkeit für die Pflege in häuslichen Pflegearrangements, die seit Einführung der Pflegeversicherung den größten Anteil der pflegerischen Versorgung ausmacht. Trotz ihrer Bedeutung bleibt die häusliche Pflege eher verborgen, Risiken bleiben unerkannt und Möglichkeiten zur Unterstützung und Begleitung häuslicher Pflegearrangements werden nicht genutzt. Der Ansatz der „subjektorientierten Qualitätssicherung“ richtet den Fokus nicht auf die versorgenden Institutionen, sondern auf die Personen, die auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind, und ihre Lebenswelten. Es wird gefragt, welche Voraussetzungen ein gutes Leben bei und trotz Pflegebedürftigkeit hat, wie häusliche Pflegearrangements begleitet und unterstützt und Risiken erkannt werden können, welche Rollen dem Medizinischen Dienst dabei zufallen können und welche Voraussetzungen auf lokaler und kommunaler Ebene dazu förderlich sind.

In this chapter, the idea of subject-oriented quality assurance in long-term care is presented. This approach was developed in a process over several years and is about to be piloted on a broader basis. The core principle is to pay more attention to care provided in home care arrangements which represent the largest part of long-term care provision since the induction of long-term care insurance in Germany in the 1990s. Despite its significance, home care tends to remain hidden, risks go undetected and no use is made of the potential for supporting and accompanying home care arrangements. The subject-oriented quality assurance approach is focused not on the care-providing institutions, but on the persons who are in need of care and their living environments. The approach addresses what a good life means for people with and despite care dependency, how home care arrangements can

be supported and risks can be identified, what roles the Medical Boards can play and which prerequisites on the local and community level need to be in place.

11.1 Einleitung

Die Diskussion um die Qualität professioneller Pflegeangebote begleitet die Pflegeversicherung seit ihren Anfängen – nicht zuletzt vor dem Hintergrund ihrer wettbewerblichen Ausrichtung. Die Frage, welche Qualität ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen und -dienste erbringen können und sollen und wie sichergestellt werden kann, dass sie es auch tatsächlich tun, bestimmt seit mehr als einem Vierteljahrhundert die Qualitätsdiskussion.

Nicht Gegenstand der Qualitätsdiskussion war der Bereich der pflegerischen Langzeitversorgung, der bereits vor der Pflegeversicherung den größten Teil dieser Versorgung ausgemacht hat: die häusliche Pflege durch die An- und Zugehörigen pflegebedürftiger Menschen – aber auch Alleinstehender. Seit 1999 weist die Pflegestatistik verlässlich aus, dass die größte Gruppe der Leistungsempfängerinnen und -empfänger der Pflegeversicherung aus denjenigen besteht, die sich für die Geldleistung nach § 37 SGB XI entschieden haben. Dies bedeutet, dass sie einen Geldbetrag erhalten und die Pflege zu Hause im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbst organisieren. Mit dem Bezug der Geldleistung gehen sie die Verpflichtung ein, je nach Pflegegrad zwei- oder viermal im Jahr einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch einen ambulanten Pflegedienst oder eine anerkannte Beratungsstelle zu erhalten. Abgesehen von dieser verpflichtenden Unterstützung bleiben diese Pflegearrangements sich selbst überlassen.

Allein angesichts der Häufigkeit ihres Auftretens gegenüber anderen Formen der pflegerischen Versorgung sollten diese Pflegearrangements deutlich mehr im Fokus der pflegefachlichen, pflegepolitischen und auch pflegewissenschaftlichen Aufmerksamkeit stehen,

da die Pflegeversicherung sich faktisch und auch fiskalisch auf die vorhandene Pflegebereitschaft von An- und Zugehörigen verlässt. Dennoch ist insgesamt nur wenig dazu bekannt

- wie es um die Qualität der pflegerischen Versorgung in diesen Pflegearrangements bestellt ist,
- wie verlässlich und stabil diese Pflegearrangements sind,
- welche erwachsenenschutzrechtlich relevanten Sachverhalte in den Blick zu nehmen sind,
- wie präventiv einer Destabilisierung dieser Pflegearrangements entgegengewirkt werden kann,
- wie diese Pflegearrangements beratend und flankierend unterstützt werden können und
- wie eine lokal und kommunal verankerte Stärkung dieser Form der häuslichen Pflege aussehen kann.

An diesen Fragen setzt das Konzept der „subjektorientierten Qualitätssicherung“ an, das in verschiedenen Projektschritten entwickelt wurde und in der Breite erprobt werden soll (Klie und Büscher 2019, 2022). Durch diesen Ansatz wird der Fokus der Qualitätsdiskussion in der Langzeitpflege umdreht. Es wird nicht danach gefragt, wie es um die Qualität professioneller Angebote beschaffen ist, sondern wie es dem zu Hause versorgten Menschen, der auf Pflege angewiesen ist, geht. Es geht nicht um die versorgende Institution, in der der pflegebedürftige Mensch das Objekt professionellen Handelns ist, sondern es geht um die Person, die auf Pflege angewiesen ist, den Menschen als Subjekt, als eigenständig entscheidendes und agierendes Wesen. Zentral für die „subjektorientierte Qualitätssicherung“ sind

- a) die Frage, wie ein gutes Leben unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit aussehen kann,
- b) das Ziel, instabile häusliche Pflegearrangements zu unterstützen und zu begleiten und
- c) die Notwendigkeit, die Kooperation und Vernetzung vor Ort zu aktivieren und zu stärken.

11.2 Das gute Leben bei und trotz Pflegebedürftigkeit

Für die Frage, wie ein gutes Leben bei und trotz Pflegebedürftigkeit aussehen kann, lehnt sich der Ansatz der subjektorientierten Qualitätssicherung an die Arbeiten von Nussbaum (1999) und Nolan et al. (2001) an. Nussbaum beschreibt Grunderfahrungen und Grundbefähigungen des Menschen, die als Bedingungen guten Lebens interpretiert werden können. Diese können gefährdet sein durch ungünstige Rahmenbedingungen, durch ökonomische und gesellschaftliche Restriktionen. Sie können aber auch befördert werden durch günstige Einflussfaktoren auf das jeweilige Pflegearrangement und damit auf die Bedingungen guten Lebens für Menschen mit Pflegebedarf. Nussbaum (1999) stellt in ihrem Ansatz Grunderfahrungen und Wesensmerkmale des Menschen seinen Grundbefähigungen gegenüber.

■ Tab. 11.1 gibt einen Überblick über die den Wesensmerkmalen entsprechenden Grundbefähigungen.

Diese zehn Dimensionen eignen sich, um sowohl Risikofaktoren als auch Faktoren des Gelingens für häusliche Pflegearrangements herauszuarbeiten. Der Fokus der öffentlich geführten Qualitätsdebatte liegt in den – sicher nicht zu verleugnenden und zu verharmlosenden – Substandards in der Langzeitpflege. Genau dieser Fokus aber verstärkt die Ambivalenzen in der Bevölkerung bezogen auf die Sorge um auf Pflege angewiesene Menschen und stabilisiert verbreitete Defizitzuschreibungen zu Lasten Pflegebedürftiger. Indem positiv herausgestellt wird, was die Bedingungen für ein gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit sind, kann ein verändertes Bild von einem Leben von Menschen, die auf fremde Hilfe angewiesen sind, in der Gesellschaft verankert werden.

Auch die Arbeiten von Nolan et al. (2001) ermöglichen ein anderes Verständnis davon, was ein Leben mit Pflegebedürftigkeit bedeutet und welche Fragen dabei von Bedeutung sind. Der Ansatz beschreibt wesentliche Kriterien zur Gestaltung häuslicher Pflegearrange-

Tab. 11.1 Wesensmerkmale und Grundbefähigungen nach Nussbaum (1999)

Wesensmerkmale des Menschen	Grundbefähigungen
Sterblichkeit: Alle Menschen wissen um ihre Sterblichkeit und haben unter normalen Umständen eine Abneigung gegen den Tod	Leben: die Fähigkeit, ein lebenswertes Leben zu leben und nicht vorzeitig sterben zu müssen
Körperlichkeit: Zur Körperlichkeit im Sinne eines gesunden Körpers gehören das Empfinden von Hunger und Durst, das Bedürfnis nach Schutz vor Natureinflüssen, aber auch vor den Übergriffen anderer Menschen, das sexuelle Verlangen und die Mobilität	Körperliche Integrität: Diese umfasst die Fähigkeiten, sich guter Gesundheit zu erfreuen und sich ausreichend zu ernähren, eine angemessene Unterkunft zu haben und gegen Gewalt und sexuelle Übergriffe geschützt zu sein sowie die Möglichkeiten zur sexuellen Befriedigung und Reproduktion und sich an einen anderen Ort zu begeben
Freude und Schmerz: Das Gefühl von Freude und Schmerz haben alle Menschen, erleben es aber kulturabhängig unterschiedlich	Gefühlserfahrung: Umfasst die Fähigkeit, unnötigen Schmerz zu vermeiden, freudvolle Erlebnisse zu haben und ohne traumatische Erlebnisse zu leben
Sinne, Vorstellung und Denken: Ohne Wahrnehmung, Vorstellung und Denken könnte der Mensch sich nicht in der Welt orientieren	Kognitive Fähigkeiten: Umfassen die Fähigkeit, sich seiner fünf Sinne, seiner Phantasie und seiner intellektuellen Fähigkeiten zu bedienen. Dies impliziert den Zugang zur Bildung und das Recht auf die eigene Religion
Frühkindliche Entwicklung: Alle Menschen entwickeln sich aus Bedürftigkeit und Abhängigkeit als Säugling in einem Prozess zu einer eigenständigen Person	Vertrauen: bedeutet die Fähigkeit zur Bindung an Dinge oder Personen, zur Liebe, Trauer, Dankbarkeit oder Sehnsucht
Praktische Vernunft: Es gehört zum Wesen des Menschen, Situationen zu bewerten und seine Handlungen zu planen	Vorstellung des Guten: Umfasst die Fähigkeit, eine Auffassung des Guten und eines guten Lebens zu entwickeln, das eigene Leben zu planen und kritisch zu reflektieren
Verbundenheit mit anderen Menschen: Menschen leben immer bezogen auf andere, benötigen Anerkennung und haben das Gefühl der Anteilnahme und des Mitleids	Sozialität: Umfasst die Fähigkeit zur sozialen Interaktion, sich mit anderen zu identifizieren und das Gefühl, die Achtung anderer zu haben. Sie äußert sich in Schutz vor Diskriminierung, Gerechtigkeitssinn und Freundschaft
Verbundenheit mit anderen Arten und der Natur: Die Umwelt flößt Respekt ein und der Mensch hat das Bedürfnis, mit ihr und anderen Lebewesen pfleglich umzugehen	Ökologische Verbundenheit: Umfasst die Fähigkeit zur Anteilnahme für und in Beziehung zu Tieren, Pflanzen und zur Welt der Natur zu leben
Humor und Spiel: Wenn Kinder nicht lachen oder spielen, gilt das als Zeichen einer Störung. Der Mensch strebt nach Erholung	Freizeitgestaltung: Umfasst die Fähigkeit zu lachen, zu spielen und erholsame Tätigkeiten zu genießen
Getrenntsein: Jeder Mensch ist ein Individuum mit eigenen Gefühlen und individuellen Merkmalen und Selbstachtung Starkes Getrenntsein: Der Mensch hat das Bedürfnis zur Abgrenzung, zur Unterscheidung von „mein“ und „nicht-mein“ und möchte diese Differenz im Verhältnis zu anderen regeln	Vereinzelung: Meint die Fähigkeit, das eigene Leben und nicht das von jemand anderem zu leben (Autonomie) Starke Vereinzelung: Bedeutet die Fähigkeit, auf seinen sozialen Kontext (politisch) Einfluss zu nehmen (Bürgerrechte, Rede- und Versammlungsfreiheit, Schutz vor staatlicher Willkür), durch eigene Leistung sein Leben zu gestalten (Recht auf Arbeit) und über das Geschaffene verfügen zu können (Eigentumsrechte)

ments, die aus der Perspektive aller Beteiligten – also des pflegebedürftigen Menschen, der pflegenden An- und Zugehörigen und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter professioneller Pflege- und anderer Dienste von Bedeutung sind. Diese von den Autoren als „six senses“ bezeichneten Aspekte umfassen:

- Sicherheit hinsichtlich der essenziellen, physiologischen und psychologischen Bedürfnisse sowie vor Bedrohung, Schaden oder Schmerz,
- Kontinuität in der persönlichen Biografie und eine konsistente und reibungslose Versorgung innerhalb etablierter Pflegebeziehungen durch bekannte Pflegepersonen,
- Zugehörigkeit durch die Bildung und/oder Aufrechterhaltung bedeutsamer und gegenseitiger Beziehungen,
- Zielgerichtetheit hinsichtlich der Fähigkeit, Ziele und Herausforderungen zu identifizieren sowie Ermessensspielraum für eigene Entscheidungen zu haben,
- Etwas erreichen können im Hinblick auf bedeutsame Ziele und wertgeschätzte Beiträge sowie
- Bedeutsamkeit im Sinne der Anerkennung und Wertschätzung als Person und des Gefühls der Wichtigkeit der eigenen Existenz und Handlungen.

Der Ansatz von Nolan et al. (2001) ist weniger umfassend als der von Nussbaum, dafür aber spezifischer auf die Situationen in Pflegearrangements ausgerichtet. Beiden gemeinsam ist die erweiterte Perspektive zur Beschreibung eines guten Lebens und der wesentlichen Eigenschaften, die für das Mensch-Sein, auch angesichts schwieriger Bedingungen wie dem Angewiesensein auf die personelle Hilfe von anderen, von Bedeutung sind.

11.3 Unterstützung und Begleitung häuslicher Pflegearrangements

Eine wesentliche Zielsetzung der subjektorientierten Qualitätssicherung besteht darin, auf Pflege angewiesene Menschen und die sie versorgenden Personen zu begleiten und zu unterstützen. Die Begleitung und Unterstützung soll sich dabei an den individuellen Bedarfslagen orientieren und unterschiedliche Strategien und Maßnahmen umfassen. Dazu ist es erforderlich, eine Vorstellung individueller Pflegearrangements zu erlangen und die gegebenen Bedarfslagen und Risikofaktoren einzuschätzen. Ein Blick in die nationale und internationale Literatur sowie die Analyse realer Fälle aus der Beratungspraxis zeigen die wesentlichen Risikofaktoren für die Stabilität und das Gelingen häuslicher Pflegearrangements:

- *Gewalt, Vernachlässigung oder Missbrauch*, der definiert ist als „eine einmalige oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Reaktion im Rahmen einer Vertrauensbeziehung, wodurch [einer Person] Schaden oder Leid zugefügt wird“ (Krug et al. 2002). Nach Suhr (2015, S. 21) schließt diese Definition „... bewusst auch das Fehlen einer gebotenen Handlung ein und unterstreicht in besonderer Weise das bestehende Vertrauensverhältnis zwischen Täter*in und Opfer. Neben offensichtlichen Formen körperlicher Gewalt oder verbal aggressivem Verhalten fallen darunter auch Aspekte wie die Missachtung der Intimsphäre, die finanzielle Ausbeutung oder die pflegerische Vernachlässigung. Auch Einschränkungen der Entscheidungs- oder Bewegungsfreiheit pflegebedürftiger Menschen, zum Beispiel durch Gurte oder durch nicht indizierte psychotrope Arzneimittel, stellen demnach Missbrauch beziehungsweise problematische oder sogar gewalttätige Handlungen dar“.

- *Paternalismus* und unzureichende Einbindung in Entscheidungsprozesse: Als problematisch ist anzusehen, wenn der auf Pflege angewiesene Mensch nicht in Entscheidungen zur pflegerischen Versorgung eingebunden ist und von den Entscheidungen anderer abhängig oder diesen sogar ausgeliefert ist. Die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung sieht die Befähigung zur Wahrnehmung eigener Rechte als wesentlich an. Das Bewusstsein für die Problematik einer unzureichenden Einbindung des pflegebedürftigen Menschen in Entscheidungen über seine Versorgung wächst erst langsam und empirische Angaben über Häufigkeit, Ausmaß und verschiedene Formen einer unzureichenden Einbindung liegen nicht vor. Dennoch lassen sich zentrale Fragen zur Einbindung des pflegebedürftigen Menschen formulieren. So kann gefragt werden, ob
 - Entscheidungen an der pflegebedürftigen Person vorbei oder explizit ohne sie getroffen werden,
 - eine rechtliche Betreuung eingesetzt ist, wenn sie angezeigt ist, oder
 - ein Risiko besteht, dass der pflegebedürftige Mensch bei Entscheidungen zu ärztlichen Behandlungen nicht adäquat beteiligt wird, indem beispielsweise zu schnell von einer Einwilligung in eine Behandlung ausgegangen oder die Einwilligungsfähigkeit aufgrund einer bestehenden Demenz abgesprochen wird.
- *Soziale Isolation*: Soziale Isolation ist eine oftmals beschriebene Begleiterscheinung oder Folge der häuslichen Pflege. Sie kann sich sowohl auf den pflegebedürftigen Menschen als auch auf seine An- und Zugehörigen oder das Arrangement als Ganzes beziehen. Unter sozialer Isolation wird ein „Mangel an sozialen Kontakten, Zugehörigkeit, Teilhabe sowie erfüllenden Sozialbeziehungen“ verstanden (Kruse et al. 2014, S. 471). Dabei geht es nicht allein um die Anzahl von Beziehungen und Kontakten (Größe sozialer Netzwerke, Häufigkeit

von Kontakten), sondern auch um deren Qualität. Die Hintergründe für das Entstehen von sozialer Isolation sind unterschiedlich. Untersuchungen geben Hinweise auf den Gesundheitszustand und den sozioökonomischen Status, der zu sozialer Isolation führen kann (Kruse et al. 2014). Dieser Befund zeigt bestehende Zusammenhänge zu anderen Risikofaktoren für die Stabilität häuslicher Pflegearrangements. Das Alter ist nicht per se ein Grund für soziale Isolation. Allerdings können Aspekte der Lebenssituation im Alter wie Verlust des Partners oder der Partnerin, reduzierte Mobilität oder gesundheitliche Beeinträchtigungen soziale Isolation befördern.

- *Belastung pflegender An- und Zugehöriger*: Die Belastung pflegender An- und Zugehöriger ist mittlerweile ein weithin anerkannter Risikofaktor für die Stabilität häuslicher Pflegearrangements. Es ist bekannt, dass die häusliche Pflege eines nahestehenden Menschen mit einer Vielzahl von physischen, psychischen, emotionalen, finanziellen und weiteren Belastungen einhergeht. Übersteigt die Belastung die Kräfte und Möglichkeiten der Pflegenden, dann entstehen vielfach Probleme in doppelter Hinsicht. Zum einen können An- und Zugehörige selbst gesundheitliche Probleme bekommen und der Hilfe durch andere bedürfen. Zum anderen kann die häusliche Versorgung nicht mehr in der gewohnten Art und Weise fortgeführt werden, sodass es einer Neuorganisation bedarf.
- *Ungünstige Lebenslage*: Nur in Ansätzen untersucht ist bislang die Frage, inwiefern sich die finanzielle Situation oder das Bildungsniveau eines Menschen auf häusliche Pflegearrangements auswirken. Im Rahmen eines Teilkaskosystems liegt die Vermutung nahe, dass ausreichende finanzielle Ressourcen die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit ebenso erleichtern können wie die Fähigkeit, sich die notwendigen Hilfen zu beschaffen oder sich mit den professionellen Akteuren auseinandersetzen zu können. Im Umkehrschluss können die indivi-

duellen Handlungsspielräume durch haushaltsökonomische Restriktionen oder die erschwerte Erreichbarkeit von Information und Beratung stark begrenzt sein.

- *Krankheits- und/oder funktionsbezogene Beeinträchtigungen:* Eine erhebliche Auswirkung auf die Stabilität häuslicher Pflegearrangements hat das Ausmaß krankheits- und funktionsbezogener Beeinträchtigungen. Zwar ergeben sich viele Einflussfaktoren aus dem Zusammenwirken unterschiedlicher Aspekte der gesundheitlichen und sozialen Situation; Ausmaß, Intensität und Beschaffenheit der krankheits- und funktionsbezogenen Beeinträchtigungen des auf Pflege angewiesenen Menschen sind jedoch der Auslöser und ein fortlaufend wesentlicher Bestimmungsfaktor für den Verlauf eines Pflegearrangements.
- *Innerfamiliäre Spannungen:* Familiäre Spannungen sind ein erheblicher Einflussfaktor auf die Stabilität eines häuslichen Pflegearrangements. Sie können Belastungen bei pflegebedürftigen Menschen wie bei ihren An- und Zugehörigen auslösen. Bestehende Spannungen können dabei sowohl durch die Pflege bedingt sein, weil die damit einhergehenden Belastungen große Anforderungen an alle stellen, denen sie nur bedingt gewachsen sind. Sie können aber auch aus Auseinandersetzungen zwischen Familienmitgliedern über die richtige und angemessene Form der Pflege und die Verantwortung für die Pflege entstehen, z. B. wenn mehrere Geschwister sich über die Pflege ihrer Eltern oder eines Elternteils auseinandersetzen. Auch Fragen eines möglichen Erbes können dabei einen Einfluss haben. Nicht zu vergessen ist zudem, dass die häusliche Pflege vor dem Hintergrund gewachsener persönlicher, vielfach familiär geprägter Erfahrungen stattfindet, die sich über viele Jahre des gemeinsamen Lebensverlaufs der beteiligten Personen entwickelt haben. Die Diagnose einer chronischen Erkrankung und die Entstehung von Pflegebedürftig-

keit führen zu einer Veränderung bisheriger Beziehungen, Rollenmuster und der Organisation des Alltags. Diese Veränderungen können reibungslos und unkompliziert verlaufen, verlangen den beteiligten Personen in der Regel aber einiges ab. Die vormalig bestehende Beziehung hat dabei einen Einfluss darauf, wie die Veränderungen angenommen und bewältigt werden. War diese Beziehung bereits belastet, so kann sich diese Belastung fortsetzen oder verschlimmern, wodurch eine Instabilität des Pflegearrangements bereits von Beginn an angelegt ist und eine Stabilität der häuslichen Pflege kaum entstehen kann.

Die genannten Risikofaktoren können einzeln oder kumulativ auftreten und es lässt sich kein Automatismus zum Zusammenhang vorhandener Risikofaktoren und der Stabilität eines Pflegearrangements ableiten. Entsprechend bedarf es der Einschätzung und Bewertung im Einzelfall. Im Rahmen der „subjekt-orientierten Qualitätssicherung“ erfolgt eine Bewertung häuslicher Pflegearrangements anhand von vier Bewertungsstufen:

- *Prekäre Lebenssituationen/Pflegearrangements,* in denen ein Interventionsbedarf aufgrund bereits eingetretener Schädigungen besteht und in denen durch bestehende Rechtsverletzungen in Form von Gewalt, Missbrauch, Vernachlässigung o. ä. aktuelle weitere Gefährdungen bestehen.
- *Fragile Lebenssituationen/Pflegearrangements,* in denen Risiken und Gefährdungen aufgrund unterschiedlicher Ursachen bestehen, die einerseits personen-, umgebungs- oder krankheitsbezogen sein können, die aber andererseits auch durch erhöhte Belastung der pflegenden Angehörigen oder anderer Helfer entstehen können. In diesen Konstellationen besteht kein unmittelbarer Interventionsbedarf, aber ein Bedarf an präventiver Unterstützung, damit es nicht zu tatsächlichen Gefährdungen kommt.
- *Belastete, aber stabile Lebenssituationen/Pflegearrangements,* in denen Angebote

zur Begleitung und Beratung gemacht werden können, um zur weiteren Stabilisierung beizutragen.

- *Stabile und gelingende Lebenssituationen/ Pflegearrangements*, in denen zur weiteren Stabilisierung eine ausdrückliche Würdigung erfolgen könnte, um die Beteiligten in ihrem Bemühen und ihrer Art und Weise der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit zu bestärken.

Eine der großen Herausforderungen bei der Unterstützung und Begleitung häuslicher Pflegearrangements ist der Zugang zu ihnen. Häusliche Pflege findet in der Regel im Verborgenen statt. Ein entscheidender Aspekt für die Möglichkeiten von Begleitung und Unterstützung besteht darin, ob und wie ein Zugang zu häuslichen Pflegearrangements hergestellt werden kann. Für die „subjektorientierte Qualitätssicherung“ wird der Zugang im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die Medizinischen Dienste hergestellt. Die Medizinischen Dienste haben im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags nach § 18 SGB XI zur Begutachtung in besonderer und einzigartiger Weise Zugang zu häuslichen Pflegearrangements. Für die subjektorientierte Qualitätssicherung wurde deshalb ein Ansatz entwickelt, wie die Informationen aus dem Begutachtungsverfahren für die Bewertung häuslicher Pflegearrangements genutzt werden können. Den Medizinischen Diensten käme somit eine erweiterte Rolle zu, für deren Erprobung im Rahmen der jüngsten Pflegereform durch § 18e SGB XI ein Rahmen geschaffen wurde. Ob und welche weiteren Konsequenzen daraus erfolgen, hängt davon ab, wie die Pflegekassen und die Akteure der pflegerischen Versorgung auf lokaler Ebene im Rahmen lokaler Netzwerke kooperieren und Lösungen finden.

11.4 Kooperation und Vernetzung vor Ort

Im Verlauf des Projekts zur subjektorientierten Qualitätssicherung wurde in einem Projektteil in insgesamt sechs Regionen in Bayern, Brandenburg und Niedersachsen erprobt und diskutiert, wie die unterschiedlichen Pflegearrangements durch die vorhandenen Akteure vor Ort unterstützt werden können. In den dazu durchgeführten Workshops wurde deutlich, dass die subjektorientierte Qualitätssicherung dazu beitragen kann, die Kooperation auf lokaler Ebene zu befördern. Darüber hinaus haben sich durch den Austausch Hinweise auf Infrastrukturdefizite ergeben. Folgende Erkenntnisse lassen sich zu den Voraussetzungen auf lokaler und kommunaler Ebene zusammenfassen:

Ein wichtiger Aspekt sind gute Datengrundlagen zur Beschreibung und Einschätzung der pflegerischen Versorgungssituation und der damit verbundenen aktuellen und zukünftigen Herausforderungen. Diese Datengrundlagen sind in den Projektregionen teilweise in Umsetzung landespolitischer Überlegungen und Vorgaben entstanden, basieren aber zu einem nicht unerheblichen Teil auch auf kommunalpolitischen Initiativen.

Eine weitere Voraussetzung besteht in der Existenz und Verfügbarkeit gewachsener und funktionierender Netzwerke, in denen unterschiedliche Akteure bei der Unterstützung häuslicher Pflegearrangements zusammenarbeiten und bestrebt sind, Lösungen in problematischen Fällen zu entwickeln. An den Workshops nahmen in allen Regionen Vertreterinnen und Vertreter der Medizinischen Dienste, der AOK-Pflegeberatung, der Pflegestützpunkte und der Zuständigen des kommunalen Sozialamts oder Sozialreferats teil. Fast bei allen Workshops waren darüber hinaus ambulante Pflegedienste, sozialpsychiatrische Dienste und die örtlichen Betreuungsstellen vertreten. Darüber hinaus konnten je nach lokaler Verfügbarkeit Fachstellen für pflegende Angehörige, gerontopsychiatrische Beratungsstellen, ehrenamtliche Initiativen, Haus-

ärzte und Krankenhaussozialdienste und andere Kranken- und Pflegekassen einbezogen werden. Angestrebt war zudem die Einbeziehung der örtlichen Polizei, die leider nicht realisiert werden konnte.

Deutlich wurde in den Diskussionen zu den lokalen Kooperationsbeziehungen erhebliche Unterschiede im Aufgabenverständnis und auch in den landespolitischen Regelungen für unterschiedliche Akteure. Dieser Umstand führt dazu, dass im Rahmen gut funktionierender lokaler Netzwerke Akteure mit gleichem Namen nicht unbedingt gleiche Aufgaben übernehmen, z. B. hinsichtlich der Durchführung von Hausbesuchen.

Die Qualität der lokalen Netzwerke war insgesamt beeindruckend und heterogen zugleich. Diskutiert wurde der Aspekt, dass die Beschaffenheit und Qualität der lokalen Netzwerke vor allem dem Engagement und der Initiative der handelnden Personen zuzuschreiben sind. Sie folgen weniger einer grundsätzlichen Überlegung, wie die Zusammenarbeit am sinnvollsten zu organisieren ist oder wer zu welcher Fragestellung die geeignete Anlaufstelle ist. Aufgrund des bestehenden gegenseitigen Vertrauens sind Problemlösungen gut möglich, in einigen Workshops wurde jedoch eine grundlegende Verständigung angeregt, durch die die Zusammenarbeit noch weiter verbessert werden kann.

Die Zusammenarbeit zwischen den Medizinischen Diensten (MDs) und den Pflegekassen findet im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Regelungen statt; oftmals geht sie mit örtlich vorhandenen AOK-Pflegeberatungen auch darüber hinaus. In einigen Regionen sind MD und AOK Teil des lokalen Netzwerks, in anderen beschränkt sich die Kooperation weitgehend auf den bilateralen Austausch.

Zur Kooperation zwischen MD und anderen Pflegekassen bzw. zum Umgang anderer Pflegekassen mit Empfehlungen aus den MD-Begutachtungen konnten im Rahmen der Workshops nur wenige Informationen gewonnen werden.

Dies ist für die subjektorientierte Qualitätssicherung insofern von Bedeutung, als in unterschiedlichen Regionen darauf hingewiesen wurde, dass die Empfehlungen, die die MDs in ihren Gutachten z. B. zur Pflegeberatung, Rehabilitation, Hilfsmittelnutzung oder anderen Aspekten geben, nicht gesehen werden, in der Dunkelverarbeitung unerkannt bleiben bzw. kein weiteres Handeln auslösen. Im Rahmen der Diskussionen in den einzelnen Workshops wurden unterschiedliche Praktiken sichtbar, bei denen zu berücksichtigen ist, dass sie sich in der Regel auf die AOK beziehen und zur Praxis bei anderen Pflegekassen nur wenige Informationen gewonnen werden konnten. Vertreter anderer Kassen bestätigten aber, dass eine systematische Auswertung der MD-Gutachten hinsichtlich der Empfehlungen nicht stattfindet.

Ein erster für die subjektorientierte Qualitätssicherung, aber auch die derzeitige Praxis wichtiger Aspekt ist die Frage, wie die Empfehlungen der MDs in den Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei den Pflegekassen bearbeitet werden. Das Spektrum in den Workshops reichte dabei von der Einschätzung, dass jeder Empfehlung nachgegangen wird und auf Wunsch der Versicherten eine Beratung o. ä. erfolgt, bis hin zur Einschätzung, dass nur bei der Feststellung nicht sichergestellter Pflege weitere Aktivitäten der Pflegekasse stattfinden. Letztgenannte Praxis würde dem Anliegen der Empfehlungen aus den Gutachten zuwiderlaufen. Sie würde die Chance, einen auf Basis der Gutachtenempfehlungen möglichen Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements zu leisten, verstreichen lassen. Sie würde zudem einen Großteil der Arbeit der Gutachterinnen und Gutachter überflüssig machen, was aus unterschiedlichen Gründen nicht sinnvoll erscheint. An dieser Stelle liegt ein entscheidender Punkt der subjektorientierten Qualitätssicherung.

Aber auch in den Fällen, in denen die Gutachten der MD dazu führten, dass die Pflegekassen aktiv werden, gab es Diskussionsbedarf, der sich um die Frage der Zustimmung

der Versicherten zu weiteren Aktivitäten drehen. Unstrittig war die Einschätzung, dass gegen den ausdrücklichen Willen pflegebedürftiger Menschen und ggf. ihrer Angehörigen keine weiteren Maßnahmen erfolgen können (Ausnahme: akute Gefahr und betreuungsrechtliche Interventionsbedarfe). Gezeigt hat sich jedoch, dass die Art und Weise, wie die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen angesprochen und auch zur Aktivierung und Inanspruchnahme von externer Hilfe angeregt werden, eine entscheidende Rolle spielt. In mehreren Workshops wurde es als entscheidend angesehen, dass die Betroffenen Einsicht in die Probleme der eigenen Situation gewonnen haben und externe Hilfen akzeptieren. Beides lässt sich nicht durch eine „technische Bearbeitung“ erreichen, bei der lediglich ein schriftliches Angebot unterbreitet wird, dem zugestimmt wird oder das abgelehnt werden kann. Vielmehr handelt es sich um eine fachlich anspruchsvolle Aufgabe, das Gespräch immer wieder zu suchen und in einem längeren Prozess Vertrauen aufzubauen. Ob und wie dies innerhalb der Pflegekassen bei einer erheblichen Anzahl von Empfehlungen gelingen kann, wird eine weitere wichtige Frage der „subjektorientierten Qualitätssicherung“ sein. Eine aktive und auf den Erhalt von Einsicht und Zustimmung ausgerichtete Vorgehensweise ist in jedem Fall mehr im Sinne der „subjektorientierten Qualitätssicherung“ als eine passiv-abwartende Haltung, bei der die Aufgabe als erfüllt angesehen wird, wenn ein Angebot unterbreitet wurde. Mit einer solchen Haltung werden ggf. staatliche Schutzpflichten gegenüber Pflegebedürftigen verletzt (Hoffmann 2010; Klie 2019). Da die Notwendigkeit zur Akzeptanz und Inanspruchnahme nicht in jedem Fall gleichermaßen ausgeprägt sein dürfte, kommt der Gesamtbewertung häuslicher Pflegearrangements eine hohe Bedeutung zu.

Die Pflegeberatung in komplexen Fallkonstellationen ist Arbeitsansätzen des Case Managements verpflichtet, die auch und gerade durch eine methodische Qualität charakteri-

siert sind, die für die Herstellung von Vertrauensbeziehungen zur Begründung und Ermöglichung von Beratungsprozessen konstitutiv sind. Hier zeigte sich, dass die jeweils bei den Pflegeberaterinnen und -beratern vorliegende Grundqualifikation einen maßgeblichen Einfluss hat.

11.5 Fazit

Der hier skizzierte Ansatz der „subjektorientierten Qualitätssicherung“ bietet eine Perspektive, sich gezielt dem bislang größten Teil der pflegerischen Langzeitversorgung intensiver zu widmen und häuslichen Pflegearrangements rechtzeitige und angemessene Unterstützung zukommen zu lassen sowie Risiken in der häuslichen Versorgung präventiv, aber ggf. auch intervenierend zu begegnen. Angesichts der Tatsache, dass informelle, d. h. ohne professionelle Unterstützung agierende häusliche Pflegearrangements offensichtlich eine hohe Präferenz in der Bevölkerung genießen, ist dieser Schritt überfällig. Unabhängig davon, ob die Entscheidung für die häusliche Pflege aus monetären Erwägungen getroffen wurde und das Pflegegeld zum Bestandteil des Haushaltseinkommens gemacht wird oder ob sie Ausdruck langjähriger Beziehungen und Lebensgemeinschaften ist, in denen auf der Basis tiefer Zuneigung und mit hohem Engagement ein Mensch, der auf Hilfe angewiesen ist, versorgt wird, sind die unterschiedlichen Konstellationen verschiedenen Risiken ausgesetzt, die zu einer Destabilisierung beitragen können. Diesen gilt es frühzeitig entgegenzuwirken, Verschlechterungen der Situation zu verhindern und verfügbare Hilfen zu aktivieren. Gelingen kann das nur durch ein gutes und abgestimmtes Vorgehen der Akteure vor Ort. In dieser Hinsicht stärkt die „subjektorientierte Qualitätssicherung“ die fachlich beratende Rolle des MD und die lokale und kommunale Ebene bei der Sicherung der Bedingungen guten Lebens bei und trotz Pflegebedürftigkeit.

Literatur

- Hoffmann B (2010) Schutzpflichten der Fachkräfte des Allgemeinen Sozialen Diensts gegenüber Erwachsenen – Garantenstellung nach dem SGB XII. *Z Die Sozialrechtliche Prax* 49(1):7–13
- Klie T (2019) Fall- und Systemverantwortung in Altenhilfe und Pflege. Schutzpflichten von Fachkräften und Case Managern im Allgemeinen Sozialdienst gegenüber Erwachsenen. *Case Manag* 16(2):64–68
- Klie T, Büscher A (2019) Subjektorientierte Qualitätssicherung in der Langzeitpflege. *Nachrichtend Dtsch Verein Öffentl Priv Fürsorge E V (NDV)* 99(3):114–119
- Klie T, Büscher A (2022) Aufmerksamkeit für die Pflege daheim. *Gesundheit und Gesellschaft* 25(10):27–31. <https://www.gg-digital.de/2022/10/aufmerksamkeit-fuer-die-pflege-daheim/index.html>. Zugegriffen: 27. Mai 2023
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (Hrsg) (2002) World report on violence and health. World Health Organization (WHO), Genf. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>. Zugegriffen: 27. Mai 2023
- Kruse A, Pantel J, Schmitt E (2014) Isolation. In: Pantel J, Schröder J, Bollheimer C, Sieber C, Kruse A (Hrsg) *Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie*, 1. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart, S 470–489
- Nolan M, Davies S, Grant G (2001) Integration perspective. In: Nolan M, Davies S, Grant G (Hrsg) *Working with older people and their families. Key issues in policy and practice*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia, S 160–178
- Nussbaum MC (1999) *Gerechtigkeit oder Das gute Leben*. Suhrkamp, Berlin
- Suhr R (2015) Pflege ohne Gewalt. *Gesundh Ges* 18(7–8):20–27

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Personal und Qualität in der Langzeitpflege

Inhaltsverzeichnis

- Kapitel 12** **Die Bedeutung und Herausforderungen der Weiterbildung für die Langzeitpflege – 189**
Astrid Elsbernd und Laura Hahn
- Kapitel 13** **Interprofessionelle Zusammenarbeit für mehr Qualität in der Langzeitpflege – 203**
Ronja Behrend und Katharina Scheel
- Kapitel 14** **Primärqualifizierende Pflegestudiengänge im Überblick – 215**
Michael Meng, Claudia Hofrath, Miriam Peters, Lucas Hamel, Bettina Klein und Lena Dorin



Die Bedeutung und Herausforderungen der Weiterbildung für die Langzeitpflege

Astrid Elsbernd und Laura Hahn

Inhaltsverzeichnis

12.1	Einleitung – 190
12.2	Langzeitpflege und ihre pflegerischen Herausforderungen – 193
12.2.1	Alterserkrankungen und Pflegebedürftigkeit – 193
12.2.2	Standards und Leitlinien im Bereich der Langzeitpflege – 196
12.2.3	Aktuelle nationale Weiterbildungsangebote – 198
12.3	Fazit – 199
	Literatur – 200

■ ■ Zusammenfassung

Die ambulante und stationäre Langzeitpflege in Deutschland steht vor enormen strukturellen und inhaltlichen Herausforderungen. Bildung ist ein zentrales Moment zur Sicherstellung einer hochwertigen, fachlich angemessenen Pflege. Insbesondere vor dem Hintergrund der Entwicklungen von Alterserkrankungen und deren Behandlungen müssen Pflegendе ihre diagnostischen und pflegetherapeutischen Maßnahmen am Stand des Wissens ausrichten und sich regelmäßig weiterbilden. Fachliche Standards und Leitlinien geben einen wichtigen inhaltlichen Rahmen, strukturell müssen die Angebotsstrukturen für die Langzeitpflege weiterentwickelt werden. Dieser Fachbeitrag gibt hierzu wichtige Impulse und stellt Anforderungen an eine fachlich motivierte Weiterbildung von Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege vor.

Outpatient and inpatient long-term care in Germany faces enormous structural and content-related challenges. Education is a key element in ensuring high quality, professionally appropriate care. Especially against the background of the development of geriatric diseases and their treatments, nursing staff must align their diagnostic and therapeutic measures with the current state of knowledge and undergo further training on a regular basis. Professional standards and guidelines provide an important framework and the supply structures for long-term care must be further developed. This article provides important impulses and presents requirements for professionally motivated further training of nursing professionals in long-term care.

12.1 Einleitung

Betriebliche Weiterbildung hat in allen beruflichen Handlungsfeldern sowohl für die Betriebe als auch für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eine hohe und weiter steigende Bedeutung. „Deutschland hat sich im Rahmen der EU-2030-Strategie das Ziel gesetzt,

die Weiterbildungsbeteiligung auf einen Wert von 65 % zu steigern“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2022, S. 14). Die „Nationale Weiterbildungsstrategie. Gemeinsam für ein Jahrzehnt der Weiterbildung – Aufbruch in die Weiterbildungsrepublik“ wurde 2019 verabschiedet und befindet sich aktuell in der Umsetzung. Ziele sind u. a. die „Fortentwicklung des Weiterbildungssystems“ und die „Stärkung der Weiterbildungskultur“, um die „digitale, demografische und ökologische Transformation zu gestalten“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2022, S. 4). Insbesondere vor dem Hintergrund des wachsenden Fachkraftmangels in vielen Arbeitsbereichen ist die Weiterbildung ein wichtiger Weg, um personellen Engpässen, den weitgreifenden Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt und den Veränderungen bzw. der Weiterentwicklung in den jeweiligen Arbeitsfeldern zu begegnen.

Die ambulante und stationäre Langzeitpflege in Deutschland steht aktuell vor enormen Herausforderungen. Dabei werden strukturellen Herausforderungen und Veränderungen deutlicher wahrgenommen als die fachlich komplexen Anforderungen an die Pflege von alten und pflegebedürftigen Menschen. Die folgende Übersicht skizziert einige zentrale strukturelle Veränderungen, die die Diskussionen rund um die Langzeitpflege dominieren. Dabei wird deutlich, dass die stationäre und ambulante Pflege vergleichbare Herausforderungen bewältigen müssen. Neben den finanziell-wirtschaftlichen Herausforderungen, die in und nach der Corona-Pandemie tendenziell zugenommen haben, prägen u. a. die folgenden Themen die Diskussion rund um die Langzeitpflege:

- Umsetzung des neuen Berufegesetzes 2020 und Einführung der Generalistik
- Umsetzung eines neuen Personalbemessungssystems und Wegfall der Fachkraftquote
- Einbindung von Laien- und Angehörigenpflege sowie Einbindung von niedrig qualifizierten Mitarbeitenden
- Nachbereitung von coronabedingten Veränderungen (u. a. Hygieneanforderungen,

erhöhter Krankenstand bei den Mitarbeitenden)

- Umsetzung von Expertenstandards und Leitlinien sowie weiteren fachlichen Weiter- und Neuentwicklungen in der Pflege
- Veränderungen in der Palliativversorgung und assistierter Suizid
- Veränderungen des Krankheits- und Pflegephänomenspektrums
- Fachkraftmangel bei erhöhter Nachfrage nach Kurzzeit- und Langzeitpflegeplätzen und ambulanter Versorgung
- Digitalisierung auf allen Ebenen und in allen Systemen

Die Langzeitpflege ist in Deutschland der Pflegektor, der am deutlichsten von der weiteren demographischen Entwicklung geprägt sein wird. Aktuell gibt es ca. 5 Mio. pflegebedürftige Menschen, von denen ca. 793.000 Menschen in der stationären Langzeitpflege und ca. 1. Mio. Menschen in der ambulanten Langzeitpflege betreut werden. Rund 2,5 Mio. pflegebedürftige Menschen nehmen aktuell keine professionelle Hilfe in Anspruch und werden dabei von An- und Zugehörigen sowie weiteren Dienstleisterinnen und Dienstleistern wie beispielsweise Haushaltshilfen betreut (Statistisches Bundesamt 2022). Aktuell gibt es 15.376 ambulante Pflegedienste und 16.115 stationäre Pflegeheime, die sich insgesamt jeweils in Größe und Konzeption erheblich unterscheiden können. Prognosen zeigen, dass sich die Situation in der Langzeitpflege in Deutschland aufgrund der steigenden Zahl Pflegebedürftiger in der nahen Zukunft verschärfen wird. Dies ist in  Abb. 12.1 verdeutlicht.

Die vielfältigen und komplexen Herausforderungen werden auf allen Ebenen und in allen Systemen politisch begleitet und durch die Träger der Einrichtungen und die Einrichtungen gesteuert und bewältigt. Die zentralen Gesundheitsfachberufe wie Pflege, Medizin, Physiotherapie, Ergotherapie und weitere Berufsgruppen stellen sich ebenfalls auch diese Herausforderungen und Veränderungen ein.

Ein zentraler Schlüssel ist dabei die Bildung. Bildung ist hier als ein umfassender Begriff zu verstehen, der sowohl die akademische/fachschulische Primärqualifizierung in einem Beruf als auch die akademischen/nicht akademischen fachbezogenen aufbauenden (betrieblichen) Weiterbildungen meint.

In der Begriffsverwendung schließen wir uns in diesem Artikel Müller und Wenzelmann (2018) an, die sich in ihrer Untersuchung des Aufwands und Nutzens von beruflichen Weiterbildungen auf das Konzept der BIBB-Erhebung für das Jahr 2002 stützen und wichtige begriffliche Anpassungen vorgenommen haben. Folgende Weiterbildungstypen können unterschieden werden:

- » „Typ A: Formale Bildung, z. B. Schulbesuch, Studium, Ausbildungsaktivitäten (nur wenn es sich nicht um eine Erstausbildung handelt)
 - Typ B: Anerkannte Aufstiegsfortbildung, z. B. Techniker/-in, Meister/-in, Betriebswirte/Betriebswirtinnen
 - Typ C: Non-formales Lernen, z. B. Seminare, Lehrgänge, Kurse, Schulungen, Trainings
 - Typ D: Arbeitsnahe Qualifizierungen, z. B. Einarbeitung/Unterweisungen, Traineeprogramme, berufliche Orientierung, Qualitätszirkel/Job-Rotation o. Ä., Austauschmaßnahmen mit anderen Betrieben
 - Typ E: Tagungen, Kongresse, Fachvorträge oder Messen
 - Typ F: Selbstorganisiertes Lernen mittels Bücher, Lernsoftware, Internet etc.“
- (Müller und Wenzelmann 2018, S. 3)

Auch in den überaus komplexen Berufsbiographien der einzelnen Person stellt Bildung ein zentrales Moment dar. Bildung kann beispielsweise

- den Einstieg in einen Beruf oder in eine Berufssparte ermöglichen,
- die Grundlage für Weiterqualifizierung, beruflichen Aufstieg und fachliche Vertiefung bilden,

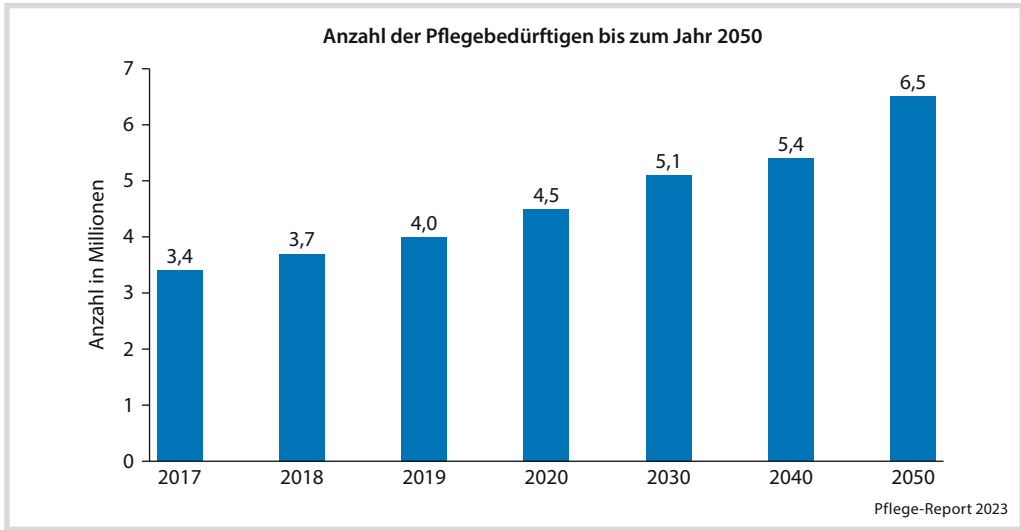


Abb. 12.1 Anzahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland von 2017 bis 2050/Prognose. (Eigene Darstellung nach Statista 2023a, S. 76)

- mit zunehmenden Einkommen verbunden sein,
- Arbeitsmarktmobilität (national und international) und den Wechsel in andere Berufsfelder ermöglichen oder fördern,
- die Berufszufriedenheit erhöhen und den Berufsverbleib fördern
- und vieles mehr.

Die Pflege in Deutschland ist eine Berufsgruppe, die sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert hat und sich dem international üblichen Bildungsstandard zunehmend anschließt. Dies erkennt man nicht nur an der zunehmenden Akademisierung und Professionalisierung, sondern auch an dem sich verändernden Berufsbild. Pflegenden wirken bereits heute deutlich in der Primärversorgung der Bevölkerung mit, werden hier zukünftig ein breiteres Aufgabenspektrum erhalten und damit einem internationalen Trend folgen. Dies zeigt sich beispielweise in der Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten (nach § 64d und § 63c SGB V) und in der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege, in der sie sich die Verantwortung für die Primärversorgung mit den

Haus- und ggf. Fachärztinnen und -ärzten teilen.

Vor den hier grob skizzierten Hintergründen ist die Weiterbildung von Pflegefachpersonen ein zentrales Moment für die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in der Langzeitpflege. Leider spiegelt sich diese Bedeutung jedoch (noch) nicht auf dem Weiterbildungsmarkt für Pflegefachpersonen der Langzeitpflege wider. Im Folgenden werden zunächst die aktuellen Entwicklungen im Bereich der Alterserkrankungen und in den damit einhergehenden Pflegephänomenen beschrieben, um darauf aufbauend die Weiterbildungsstrukturen und -inhalte in Deutschland darzustellen und zu analysieren. Mit dem Beitrag möchten wir Impulse für die Weiterentwicklung des Weiterbildungsmarktes geben und dabei auch problematisieren, inwieweit hier auch eine politische Begleitung dieser Entwicklungen notwendig ist.

12.2 Langzeitpflege und ihre pflegerischen Herausforderungen

12.2.1 Alterserkrankungen und Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit ist in aller Regel mit Erkrankungen verbunden, die im Alter zunehmen bzw. sich auch in ihren Folgeerscheinungen deutlicher präsentieren. Die Lebenserwartung hat sich im Vergleich zu 1871 verdoppelt, was unter anderem auf den medizinischen Fortschritt, die Weiterentwicklung von Arzneimitteln sowie verbesserte Arbeitsbedingungen, Hygiene, Bildung sowie eine allgemein verbesserte Lebensweise zurückzuführen ist (Statistisches Bundesamt 2023). Das durchschnittliche Sterbealter in Deutschland lag im Jahr 2021 bei Männern bei 76,48 Jahren und bei Frauen bei 82,11 Jahren (Statista 2023b, S. 10). Vor diesem Hintergrund präsentieren sich heute die Alterserkrankungen, die sich zu meist mit steigendem Lebensalter verstärken und zu Pflegebedürftigkeit führen. Die Wahrscheinlichkeit sowie die Häufigkeit eines langandauernden gesundheitlichen Problems oder einer chronischen Krankheit steigt mit zunehmendem Alter. Laut dem RKI-Gesundheitsbericht aus 2021 lag bei 61,9 % der Frauen und 62 % der Männer mindestens eine chronische Erkrankung oder ein langandauerndes gesundheitliches Problem vor. Was sich auch in der subjektiven Wahrnehmung der eigenen Gesundheit widerspiegelt – diese wird mit zunehmendem Lebensalter ebenfalls schlechter eingeschätzt (Robert Koch-Institut 2021, S. 7). Komplexe Erkrankungen, die im Alter oftmals mit dem Tod einhergehen, benötigen spezifisches Fachwissen in der Diagnostik von akuten Situationen (wie beispielsweise eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls), aber auch in der Planung des Pflegeprozesses. So gibt es Erkrankungen wie den Schlaganfall, die zu einer schweren Pflegebedürftigkeit führen können durch Mobilitätseinschränkungen, Schluckstörungen, Sichtfeldeinschränkung oder andere

Folgen. Auch müssen Pflegefachkräfte im Rahmen der Pflege/des Pflegeprozesses nicht nur Akutsituationen bewältigen, sondern auch präventive Maßnahmen planen und durchführen, um möglichen Risikofaktoren entgegenzuwirken.

Verdeutlicht wird dies außerdem am Krankheitsbild der Demenz. Diese ist eine der häufigsten neurodegenerative Erkrankungen und dabei auch die dritthäufigste Todesursache in Deutschland. Sie kann auch als typische Erkrankung des Alters bezeichnet werden, da sie bei Personen unter 65 Jahren nur sehr selten auftritt. Ab dem 65. Lebensjahr kommt es zu einem exponentiellen Anstieg der Prävalenz. So steigt diese von rund 1 % bei den 65- bis 69-Jährigen bis auf 30 % bei den über 90-jährigen (Robert Koch-Institut 2015, S. 113). Die kognitiven Einschränkungen, die mit einer Demenzerkrankung einhergehen, führen mit fortschreitendem Krankheitsverlauf zu einem stetig steigenden Unterstützungs- und Pflegebedarf. Auch wird ein spezifisches Fachwissen der Pflegefachkräfte benötigt, beispielsweise in der Beratung von Angehörigen und Betroffenen, aber auch in der Diagnostik wie auch im Umgang mit Betroffenen, die unter anderem durch veränderte Verhaltensweisen wie Tages-Nacht-Umkehr, herausforderndes Verhalten oder Desorientierung gekennzeichnet sein können. Neben den bereits langjährig bekannten chronischen Erkrankungen war eine Infektion mit dem Corona-Virus im Jahr 2021 die zweithäufigste Todesursache in Deutschland (siehe ■ Abb. 12.2 und 12.3). Die Corona-Pandemie zeigt auf, dass Pflegefachpersonen in Zukunft vor diverse Herausforderungen gestellt werden, wie das Auftreten neuer Krankheitserreger, die wiederum neue Tätigkeitsfelder eröffnen können.

Viele der in ■ Abb. 12.3 benannten Erkrankungen führen potenziell zu weiteren Folgeerkrankungen, die ebenfalls Pflegebedürftigkeit bedingen. Beispielsweise ist der Diabetes mellitus eine chronische Erkrankung, die im Typ 2 im Alter deutlich zunimmt und mit schwerwiegenden gesundheitlichen Langzeitfolgen verbunden sein kann: kardiovaskuläre

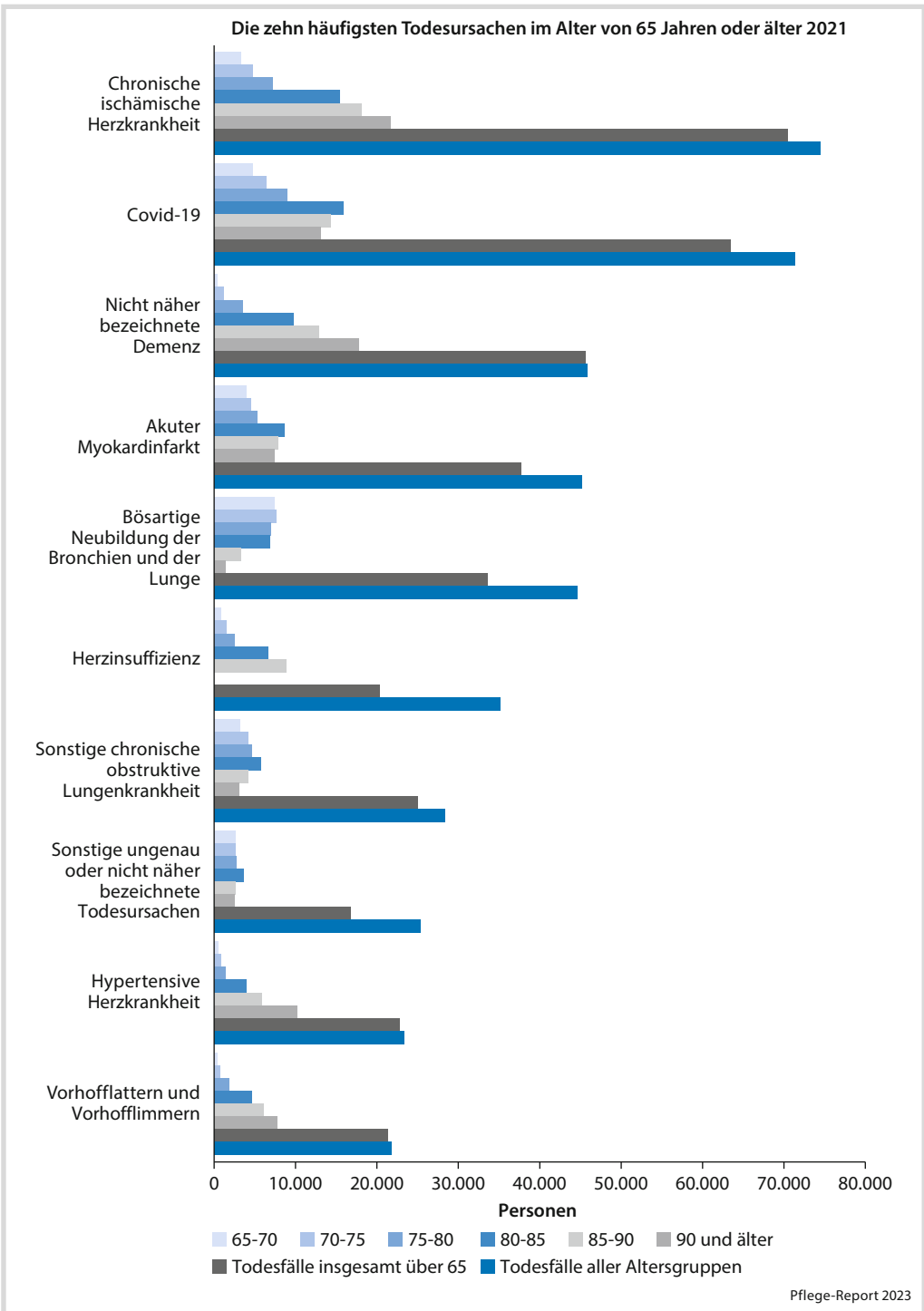


Abb. 12.2 Die häufigsten Todesursachen über 65 Jahren im Vergleich zu den Todesursachen aller Altersgruppen im Jahr 2021. (Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2023)

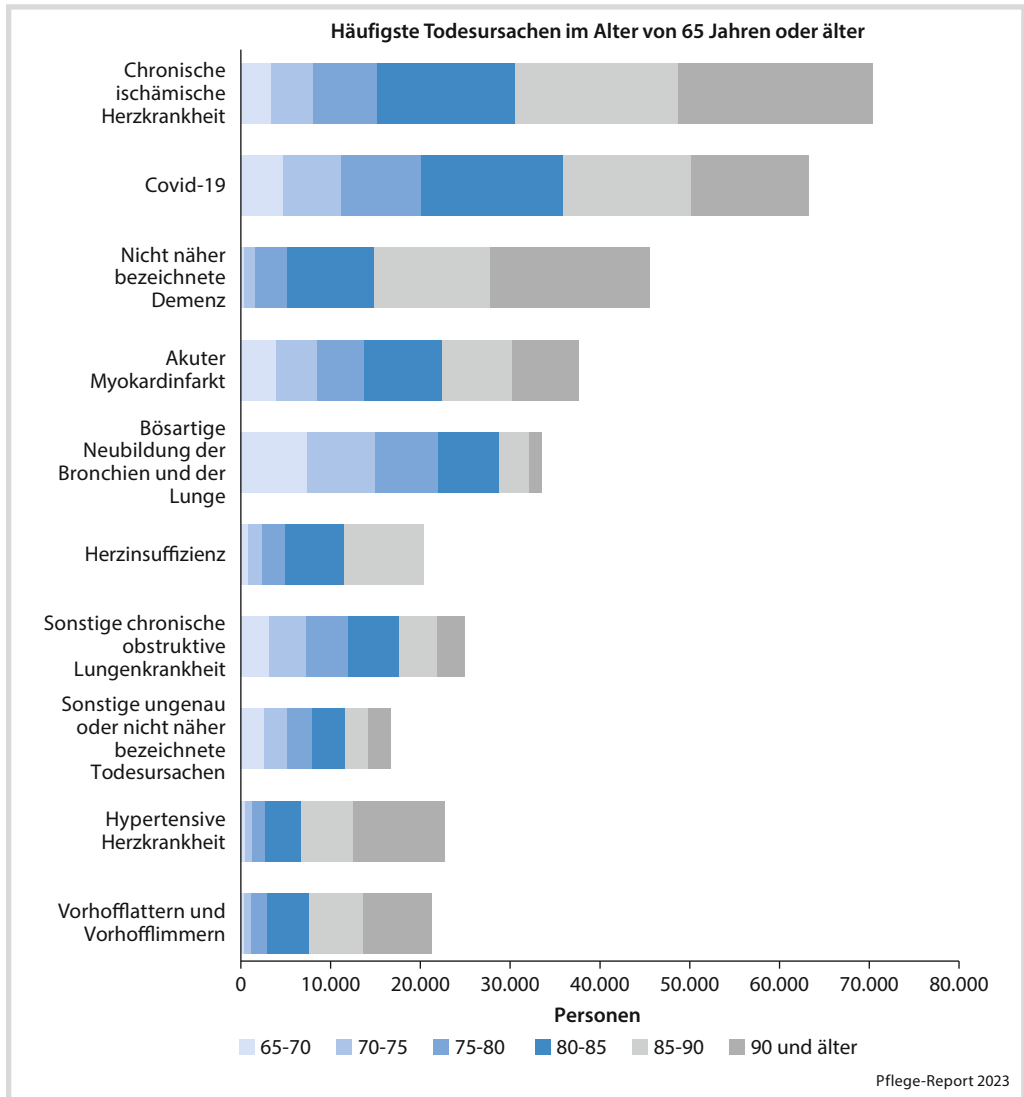


Abb. 12.3 Anteile der Altersgruppen über 65 an den häufigsten Todesursachen 2021. (Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2023)

Erkrankungen (z. B. Schlaganfall, Herzinsuffizienz), diabetische Retinopathie, Niereninsuffizienz, Depression, diabetische Neuropathien, diabetisches Fußsyndrom und andere Folgen. Ältere Menschen erkranken oftmals chronisch und akut. Dieses Phänomen wird oft gefasst mit dem Begriff „geriatrischer Patient“. Die älteren Menschen ab 70 Jahren weisen oftmals eine Geriatrie-spezifische Multimor-

bidität auf. In der sogenannten „geriatrischen Diagnostik“ werden anhand spezifischer diagnostischer Verfahren altersbedingte Erkrankungen eingeschätzt und systematisch erkannt, um sie zu behandeln. Insgesamt gibt es eine Vielzahl von Leitlinien und Standards, die rund um die Alterserkrankungen national und international entstanden sind und insbesondere auch die interdisziplinäre Zusammenar-

beit in der diagnostischen und therapeutischen Versorgung steuern. Alterserkrankungen führen oftmals zu spezifischen Pflegephänomenen, die die pflegerische Versorgung bestimmen. Dabei ist Pflege immer auch beratend und (sekundär-)präventiv tätig, um Folgeerkrankungen zu verhindern oder zumindest frühzeitig zu erkennen. Vor diesem Hintergrund ist es eine zentrale pflegerische Aufgabe, das Spektrum der Alterserkrankungen in Diagnostik und Therapie zu kennen und die damit verbundenen Pflegeprobleme zu identifizieren, um geeignete pflegerische Interventionen einzuleiten, durchzuführen und zu evaluieren. So gesehen wirken die Pflegenden insbesondere in der Langzeitpflege an der Primärversorgung der älteren Menschen mit und steuern wesentliche Gesundheits- und Pflegeleistungen. Dabei kooperieren sie in der ambulanten und stationären Langzeitpflege eng mit Haus- und Fachärztinnen und -ärzten.

Pflegefachlich bestehen vor diesem komplexen Hintergrund hohe Anforderungen für die Pflegenden der Langzeitpflege, denn sie sind oftmals die betreuende Berufsgruppe mit dem häufigsten und direktesten Kontakt mit den Betroffenen und deren An- und Zugehörigen. Sie wirken dabei kurativ und präventiv und haben einen hohen Beratungsanteil, der sich nicht nur auf Fragen der Lebensführung (mit Pflegebedürftigkeit) bezieht, sondern auch auf Themen der Sekundärprävention von Folgeerkrankungen und das frühe Erkennen dieser.

12.2.2 Standards und Leitlinien im Bereich der Langzeitpflege

Die skizzierten hohen und komplexen Anforderungen an Bildung werden wie in der Einleitung dieses Beitrags bereits erwähnt oftmals im Rahmen der Diskussion nicht ausreichend wahrgenommen. Es gibt einige Fachartikel, die das Weiterbildungsthema der Langzeitpflege aufnehmen, die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Weiterbildung von Pflegenden der Langzeitpflege thematisieren und

hier auch konkrete fachliche Vorschläge machen (Forsetlund et al. 2021; Goudy-Egger und Dunn 2018; Hundenborn 2022; Pakkonen et al. 2021). Inhaltlich sind (wie auch in der Akutpflege) in der Langzeitpflege „Standards“ und „Leitlinien“ die wichtigsten Komplexinstrumente der Qualitätssicherung. Sie beschreiben zu Pflegephänomenen und Krankheitsbildern das jeweils aktuelle, fachlich angemessene Qualitätsniveau und zeigen die wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Herausforderungen und Vorgehensweisen vor dem Hintergrund des internationalen Wissensstands auf.

Die im Folgenden genannten Standards und Leitlinien haben hier eine besondere Bedeutung und sollten Gegenstand der Weiterbildung sein. Sicherlich werden einige Inhalte bereits in der generalistischen Ausbildung thematisiert, die konkrete Anwendung auf die Zielgruppe muss jedoch weiter vertieft und erlernt werden. Insbesondere die damit verbundenen (pflege-)diagnostischen Instrumente und die zielgruppenspezifischen Interventionen, die in Standards und Leitlinien vor dem Hintergrund ihrer Evidenzkraft dargestellt werden, geben eine wichtige inhaltliche Richtung.

Die nationalen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) haben von Beginn an (seit 2000) einen enormen Weiterbildungsbedarf aufgezeigt und in den Einrichtungen werden – verbunden mit den Implementierungsprozessen – zu den jeweiligen Expertenstandards Weiterbildungen angeboten. Folgende Expertenstandards haben eine besonders hohe Bedeutung für die Pflegenden der Langzeitpflege:

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege
- Schmerzmanagement in der Pflege
- Sturzprophylaxe in der Pflege
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
- Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege

- Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz
- Förderung der Mundgesundheit
- Förderung der Hautintegrität
- Erhalt und Förderung der Mobilität (DNQP 2023)
- S3-Leitlinie: Schlaganfall
- S3-Leitlinie: Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe
- S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen

Neben diesen nationalen Expertenstandards gibt es eine Vielzahl an national und international erarbeiteten Leitlinien, die für den Bereich der Langzeitpflege interessant und wichtig in der Anwendung sind. Die folgenden wichtigen Leitlinien können auch Gegenstand von Weiterbildungen sein:

- S3-Leitlinie: Palliativmedizin bei unheilbaren Krebserkrankungen
- Evidenzbasierte Leitlinie: Sturzprävention bei älteren und alten Menschen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen
- Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie: Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege
- HTA: Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankung
- Pflegestandard: Die Pflege von erwachsenen Personen mit Blasenkatheter
- Reanimation 2021: Leitlinien kompakt
- S1-Leitlinie: Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie
- S2k-Leitlinie: Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen
- S2k-Leitlinie: Medizinische Kompressionstherapie der Extremitäten mit medizinischem Kompressionsstrumpf (MKS), phlebologischem Kompressionsverband (PKV) und medizinischen adaptiven Kompressionssystemen (MAK)
- S3-Leitlinie: Demenzen
- S3-Leitlinie: Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz
- S3-Leitlinie: Medikamentenbezogene Störungen

Zu finden sind die aufgeführten Leitlinien und Standards auf unterschiedlichen Wegen. Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) stellt auf seiner Webseite alle wichtigen Informationen zu aktuellen pflegerelevanten Leitlinien und Standards öffentlich zugänglich bereit. Neben deutschsprachigen Leitlinien und Standards sind dort auch englischsprachige Leitlinien sowie Health-Technology-Assessments-Berichte (HTA-Berichte) zu finden. HTA-Berichte bieten primär praktische Handlungsempfehlungen basierend auf einer systematischen wissenschaftlichen Bewertung von Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit. Diese Berichte werden von der Deutschen Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) als Vollversionen in der DHAT-Datenbank veröffentlicht (Stiftung ZQP 2023). Des Weiteren können Leitlinien und Standards auch auf der Seite der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e. V. eingesehen werden. Hier bezieht sich das Angebot nicht nur auf pflegerelevante Leitlinien, sondern auch auf Leitlinien aus der Medizin. Des Weiteren gibt es noch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das primär Arzneimittel, nichtmedikamentöse Behandlungsmethoden (z. B. Operationsmethoden), Verfahren der Diagnose und Früherkennung (Screening), Behandlungsleitlinien und Disease-Management-Programme (DMPs) auf ihre Vor- und Nachteile für die Patientinnen und Patienten sowie auf Wirtschaftlichkeit überprüft (IQWiG 2023; ZQP 2023)

Die in den Standards und Leitlinien behandelten thematischen Schwerpunkte verdeutlichen sehr gut, welche Weiterbildungsbedarfe

in der Langzeitpflege realisiert werden sollten. Die Themen decken sich dabei nur zum Teil mit den hier im Betrag erwähnten Volkskrankheiten und den häufigsten Erkrankungen, die in der Betreuung im Rahmen der Langzeitpflege zu erwarten sind. Deshalb kann es auch sinnvoll sein, inhaltliche Weiterbildungen zu den jeweiligen Haupterkrankungen anzubieten, um hier die möglichen pflegerischen Schwerpunkte herauszuarbeiten.

Pflegende, die in der Langzeitpflege arbeiten, müssen sich fachlich immer wieder neu darauf einstellen, dass die Erkrankungen sich im Alter chronisch und/oder akut manifestieren können und sich die Gesundheitslage von älteren pflegebedürftigen Menschen rasch ändern kann. Da in aller Regel sowohl in ambulanten als auch in stationären Einrichtungen zunächst einmal keine (Haus- und Fach-) Ärztinnen und Ärzte arbeiten, müssen Pflegende so aus- und weitergebildet sein, dass sie akut Verschlechterungen erkennen und wissen, welche ärztlichen Leistungen in welchem Versorgungssystem (ambulant oder stationär) eingeleitet werden müssen. Vor diesem Hintergrund ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine zentrale Voraussetzung für eine hohe Versorgungsqualität in der Langzeitpflege. Hier kann Weiterbildung oder genauer gesagt die Wahrnehmung von gemeinsamen Weiterbildungsangeboten sehr hilfreich sein, um die Versorgung sicherzustellen.

Neben der Frage der regelmäßigen Weiterbildungsinhalte für Pflegende in der Langzeitpflege stellt sich auch die Frage, welche Pflegeexpertinnen und -experten in der Langzeitpflege benötigt werden. Hier können pflegephänomenspezifische Vertiefungen (z. B. Mangelernährung, Mobilität und weitere Themen) ebenso sinnvoll sein wie krankheitspezifische Vertiefungen. Da es in der Langzeitpflege kaum Zertifizierungen gibt (anders ist es im SGB-V-Bereich der Krankenhäuser – hier gibt es eine Vielzahl von Zertifizierungen, die auch fachliche pflegerische Vertiefungen erfordern, z. B. Wundmanager, Schmerzexperte, Ernährungsexperte und viel mehr), fehlen hier oftmals die Impulse für die fachliche

Ausrichtung von Pflegeexperten. Darüber hinaus muss allerdings auch festgestellt werden, dass aufgrund der niedrigen Fachkraftquote, die sich mit dem neuen Personalbemessungsinstrument tendenziell weiter verringern wird (stationäre Langzeitpflege!), die Pflegepersonen fehlen, die als Pflegeexperten weitergebildet werden können.

12.2.3 Aktuelle nationale Weiterbildungsangebote

Der Weiterbildungsmarkt kann insgesamt eingeteilt werden in einen akademischen und einen nicht-akademischen Bereich. Akademische Weiterbildungen in der Pflege sind in aller Regel sektorenübergreifend konzipiert (z. B. Community Health Nurse, APN/Advanced Nursing Practice, Gesundheitsförderung, Pflegemanagement, Pflegepädagogik) und befinden sich auf Masterniveau. Diese Studienprogramme können in Deutschland nur mit einem dafür einschlägigen Bachelorabschluss studiert werden.

Viele nicht akademische Weiterbildungsangebote in der Langzeitpflege sind an die Fachschulen gekoppelt, die auch die Pflegeausbildung anbieten. Dabei werden zumeist Weiterbildungen angeboten, die mit einem formalen Abschluss enden. Die Dauer, Inhalte und Zugangsbestimmungen der Weiterbildung zur „Gerontopsychiatrischen Fachkraft“ und „Verantwortlichen Fachkraft“ sind beispielsweise jeweils in den individuellen Verordnungen der Länder, die für die Weiterbildungen zuständig sind, durch die zuständigen Landesministerien geregelt. Die Weiterbildung zur „Praxisanleitung“ ist in einem bundesweiten Gesetz geregelt. Die wichtigsten und häufigsten Weiterbildungsangebote in der Langzeitpflege in Baden-Württemberg sind die folgenden drei:

- 1) Weiterbildung zur Gerontopsychiatrischen Fachkraft (720 h; § 2 Absatz 2 GerontopsychWBildV BW)
- 2) Weiterbildung zur Praxisanleitung (300 h, 24 h jährlich; § 4 Absatz 3 PflAPrV)

- 3) Weiterbildung zur Verantwortlichen Pflegefachkraft (1.500 h; § 2 Absatz 2 Alt-PflegWBildV BW)

Aufgrund des hohen Stundenumfangs dauern die Weiterbildungen bis zu zwei Jahre und werden von den Einrichtungen bzw. Trägern finanziert. Dabei sind die Pflegenden immer wieder eine begrenzte Zeit, z. B. eine Woche im Monat, in der Weiterbildungsstätte und belegen die Weiterbildungen damit berufsbegleitend. Schaut man sich die Lehrprogramme dieser Weiterbildungen an, fällt auf, dass meist kein differenzierter Einblick in die entsprechenden Curricula möglich ist und nur einige Weiterbildungsinstitute einen großen Einblick in die inhaltlichen Anforderungen der jeweiligen Weiterbildung gewähren.

Darüber hinaus bieten mittlerweile einige Weiterbildungsinstitute auch zielgerichtete inhaltliche Weiterbildungen an, die in kürzeren Zeiträumen absolviert werden können. Durch gezielte Suche im Internet lassen sich Angebote für Pflegefachpersonen aus der Langzeitpflege zu folgenden Themen finden:

- Parkinson-Pflegespezialist/in
- Diabetes-Pflegefachkraft
- Weiterbildung zur Demenzfachkraft
- Schulung zur Altersdepression in der Langzeitpflege
- Weiterbildung zur Betreuung von Menschen mit Schlaganfall
- Pflegefachkraft für Wunden
- Pflegefachkraft für Ernährung
- Pflegeberater/in nach § 7a SGB XI oder § 45 SGB XI
- und weitere

Die Kursdauern und die Lehr- und Lernarrangements variieren stark; sie können zumeist berufsbegleitend absolviert werden, zum Teil auch mit digitalen asynchronen Angeboten (z. B. Fernkurse). Die Kurse gehen teilweise mit Zertifikaten, Fortbildungspunkten und Zulassungen einher.

Pflegefachpersonen, die sich zu speziellen oder für sie relevanten Expertenstandards oder Leitlinien und deren Umsetzung in der Pra-

xis weiterbilden wollen, finden nur sehr wenige Angebote auf dem Weiterbildungssektor. Auch das Angebot von ausdrücklich interprofessionellen Weiterbildungsangeboten in der Langzeitpflege ist sehr klein. Dies ist bedauerlich, denn viele der hier dargestellten Themen werden in der Versorgungspraxis in geteilter Verantwortung wahrgenommen.

12.3 Fazit

Pflegefachpersonen benötigen insbesondere vor dem Hintergrund der generalistischen Pflegeausbildung Weiterbildungsangebote, die fachliche Vertiefungen in ihrem Berufsfeld ermöglichen. Dabei können sich die Inhalte sehr gut an den mit den Volkserkrankungen im Alter einhergehenden Pflegephänomenen orientieren. Darüber hinaus werden auch im Bereich des Managements und der Pädagogik akademische Weiterbildungsangebote benötigt. Die Langzeitpflege verfügt bereits über ein Angebot an Weiterbildungen, auch wenn insbesondere zu den einschlägigen Themen der Langzeitpflege, die sich in den entsprechenden Expertenstandards und Leitlinien widerspiegeln, noch immer zu wenige Angebote zu finden sind. Jedoch kann zurzeit keine (statistisch gefestigte) Aussage darüber getroffen werden, wie viele Pflegefachpersonen der Langzeitpflege über welche Weiterbildungen verfügen. Auch gibt es von politischer Seite keine Richtwerte zum qualitativen und quantitativen Ausmaß von Weiterbildungen in der Langzeitpflege. Da auch nur wenige Zertifizierungen in diesem Bereich durchgeführt werden, sind die Vorgaben für Weiterbildung als zu gering zu beurteilen. Diese Vorgaben werden aber dringend benötigt, um Pflegefachpersonen nach ihrer generalistischen Ausbildung einen fachlichen Karriereweg zu eröffnen. Für die Pflegeheimwohnenden oder Kundinnen und Kunden und ihre Angehörigen ist es jedoch überaus wichtig, dass die Pflegefachpersonen über aktuelle fachliche Weiterbildungen verfügen, denn die Angehörigen steuern die Primärversorgung mit und arbeiten dabei in einem multi-

professionellen Team insbesondere mit Haus- und Fachärztinnen und -ärzten zusammen. Die Erforschung insbesondere der großen Volkskrankheiten im Alter schreitet in einer rasanten Geschwindigkeit voran und es ist wichtig, dass auch die Pflegefachpersonen sich dieses aktuelle Wissen rund um Diagnostik und Therapien aneignen. Weiterbildungen in möglichst vielfältigen Lehr- und Lernarrangements sind daher eine notwendige Voraussetzung für eine professionelle interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Langzeitpflege.

Sollten auch in den kommenden Jahren weiter so wenige politische Anforderungen an den Bereich der Weiterbildung von Pflegenden in der Langzeitpflege formuliert werden, wird es um so wichtiger, dass die Fachdisziplin Pflege sich hier auf fachlicher und berufspolitischer Ebene hörbar äußert. In den Diskussionen und Entscheidungen rund um die Personalbemessung in der Langzeitpflege wird bislang jedenfalls über diese wichtige Bildungsentwicklung nicht diskutiert und ganz im Gegenteil der Eindruck vermittelt, dass Pflegefachpersonen mit einer dreijährigen generalistischen Ausbildung oder einem Pflegestudium eine ausreichend hohe Qualifikationsstufe erreicht haben. Dies muss kritisch gesehen werden, denn gerade wenn vermehrt Personen mit niedrigen pflegefachlichen Qualifikationen (Pflegehelfer/Pflegeassistenten, Alltagsbetreuer) in der Langzeitpflege arbeiten, bedarf es hochqualifizierter (akademischer) Pflegefachpersonen, die den aktuellen Wissensstand durch gezielte Pflegediagnostik und Pflegeinterventionen angemessen in die Versorgungspraxis bringen. Eine angemessen hohe Qualifizierung der Pflegefachpersonen kann im besten Fall auch dazu beitragen, dass diese Pflegefachpersonen lange im Beruf verbleiben, allerdings wohl eher dann, wenn sie ihre hohen Qualifikationen auch in die tägliche Arbeit einbringen können und sich ihre Arbeitsfelder, Handlungs- und Entscheidungsspielräume mit den Qualifikationen weiterentwickeln.

Pflegeverbände und bald auch Pflegekammern sind aufgefordert, das notwendige Weiterbildungsprofil von Pflegefachpersonen in

der Langzeitpflege zu beschreiben und politisch einzufordern bzw. umzusetzen. Nur so kann die professionelle Pflege sicherstellen, dass die Bewohnenden und Kundinnen und Kunden in der Langzeitpflege nach dem aktuellen Stand des Wissens gepflegt werden.

Literatur

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2022) Nationale Weiterbildungsstrategie. https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/downloads/files/nws_updatepapier_fortfuehrung_09-22.pdf?__blob=publicationFile&v=3. Zugegriffen: 22. Mai 2023
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2023) Expertenstandards. <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/>. Zugegriffen: 22. Mai 2023
- Forsetlund L, O'Brien MA, Forsén L, Reinar LM, Okwen MP, Horsley T, Rose CJ (2021) Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003030.pub3>
- Goudy-Egger L, Dunn KS (2018) Use of continuing education to increase nurses' knowledge of chronic wound care management. *J Contin Educ Nurs* 49(10):454–459. <https://doi.org/10.3928/00220124-20180918-05>
- Hundenborn G (2022) Pflegebedürftige mit speziellen Versorgungsbedarfen: Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2022*. Springer, Berlin, S 208–217 <https://doi.org/10.1007/978-3-662-65204-6>
- IQWiG (2023) Aufgaben und Ziele des IQWiG. <https://www.iqwig.de/ueber-uns/aufgaben-und-ziele/>
- Müller N, Wenzelmann F (2018) Berufliche Bildung aus Sicht der Individuen. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiZirPx3fAhUz7KQKHUEmD_gQFnOECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.bibb.de%2Fdienst%2Fpublikationen%2Fen%2Fdownload%2F9076&usq=AOvVaw0GnDU5yNBAZUcFZdYcTwuH. Zugegriffen: 22. Mai 2023
- Pakkonen M, Stolt M, Charalambous A, Suhonen R (2021) Continuing education interventions about person-centered care targeted for nurses in older people long-term care: a systematic review. *BMC Nurs* 20(1):67. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00585-4>
- Robert Koch-Institut (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtd/gesundheit_

[in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile](#).
Zugegriffen: 22. Mai 2023

Robert Koch Institut (2021) Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_03_2021_GEDA_2019_2020_EHIS.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 22. Mai 2023

Statistisches Bundesamt (2022) Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Pflegebedürftige 2021 (Letzte Ausgabe – berichtsweise eingestellt). <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laender-pflegebeduerftige-5224002219005.html>. Zugegriffen: 22. Mai 2023

Statistisches Bundesamt (2023) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Sterbefälle – Sterbeziffer – Ränge – Anteile der häufigsten Todesursachen ab 1998. https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_orientation?p_uid=gast&p_aid=29649877&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=516&p_ansnr=41999838&p_version=7&D.000=1&D.001=3&D.002=2&D.003=3. Zugegriffen: 22. Mai 2023

Statista (2023a) Pflege in Deutschland. Statista. <https://de.statista.com/statistik/studie/id/6988/dokument/pflege-in-deutschland-statista-dossier/>. Zugegriffen: 22. Mai 2023

Statista (2023b) Todesursachen in Deutschland. Statista. <https://de.statista.com/statistik/studie/id/66670/dokument/todesursachen/>. Zugegriffen: 22. Mai 2023

Stiftung ZQP (2023) Übersicht pflegerische Leitlinien und Standards – Hintergrund. <https://ls.zqp.de/hintergrund.php>. Zugegriffen: 8. Mai 2023

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Interprofessionelle Zusammenarbeit für mehr Qualität in der Langzeitpflege

Ronja Behrend und Katharina Scheel

Inhaltsverzeichnis

13.1	Einleitung – 204
13.2	Studienlage zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der Langzeitpflege – 206
13.2.1	Interprofessionelle Zusammenarbeit und Qualität in der pflegerischen Versorgung – 206
13.2.2	Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Langzeitpflege – 207
13.3	Qualifikationen der Pflege für interprofessionelle Zusammenarbeit in der Langzeitversorgung – 208
13.3.1	Ausbildung und Studium in der Pflege – 208
13.3.2	Interprofessionelles Lernen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflege – 209
13.3.3	Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit in der Langzeitversorgung – 210
13.4	Fazit – 211
	Literatur – 211

■ ■ Zusammenfassung

Interprofessionelle Zusammenarbeit wird mit Blick auf die Steigerung der Versorgungsqualität in der Pflege immer wichtiger. Gerade in der Langzeitpflege sind positive Effekte durch die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe für die Betroffenen anzunehmen, allerdings ist die Studienlage zu diesem Thema defizitär. Bei der Messung der Versorgungsqualität wird insbesondere die Perspektive der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger immer stärker in den Fokus genommen. Versorgungsstrukturen und -prozesse in der Langzeitpflege müssen stärker an die Bedarfe guter interprofessioneller Zusammenarbeit angepasst werden, was in der Umsetzung oft auf Herausforderungen stößt. In Ausbildung und Studium in der Pflege muss interprofessionelles Lernen verstärkt integriert werden. Hier hat das neue Pflegeberufegesetz bereits positive Signale gesetzt, indem es die Bedeutung interprofessioneller Lehre und teambasierter Kompetenzen betont.

Interprofessional collaboration is becoming increasingly important with regard to improving the quality of care. Particularly in long-term care, positive effects can be assumed for those affected through interprofessional collaboration, but more research is needed in this setting. When measuring the quality of care, the perspective of the care recipients/patients is increasingly taken into account. Structures and processes in long-term care must be more closely aligned with the needs of interprofessional cooperation, which often encounters challenges in implementation. Interprofessional education should be integrated more into nursing study programs. The revised Nursing Professions Act has already given positive signals by emphasizing the importance of interprofessional teaching and team-based competencies.

13.1 Einleitung

Die Versorgungsanforderungen in Deutschland machen die interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe jetzt und in Zukunft notwendig, um eine patientenzentrierte Versorgung sicherzustellen. Interprofessionelle Zusammenarbeit wird unter anderem aufgrund der Versorgungsanforderungen und der sogenannten „Megatrends“ in der Gesellschaft immer relevanter (WHO 2010). Zu diesen gehört der demographische Wandel hin zu einer Bevölkerung mit einem größeren Anteil betagter und hochbetagter Menschen. Der epidemiologische Wandel, der ein verändertes Krankheitsspektrum hin zu chronisch und/oder multimorbid Erkrankten erkennbar werden lässt, führt ebenfalls dazu, dass eine Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe notwendig ist, da diese Personengruppen oftmals komplex und langfristig erkranken und Leistungen verschiedener Akteure des Versorgungssystems benötigen (Wissenschaftsrat 2012). Hinzu kommt, dass der wissenschaftliche Fortschritt zu einem Wissenszuwachs in allen Gesundheitsberufen führt. Dieser macht den Austausch zwischen den Professionen notwendig, damit Versorgungsprozesse aufeinander abgestimmt bzw. miteinander erfolgen können. Gleichzeitig stellt sich die Herausforderung des Fachkräftemangels in den Pflege- und Gesundheitsberufen. Eine der zentralen Aufgaben ist es, die Gesundheitsberufe auf diese Herausforderungen und sich verändernden Gegebenheiten in der Versorgung vorzubereiten und sie entsprechend zu qualifizieren (Wissenschaftsrat 2012; Wissenschaftsrat 2022).

Durch interprofessionelle Zusammenarbeit soll die Versorgungsqualität sowie die Patientensicherheit verbessert werden. Hierzu zählt auch das Vermeiden von Fehlern bzw. unerwünschten Ereignissen, die unter anderem durch Kommunikationsprobleme entstehen können. Zudem ist nachgewiesen, dass sowohl die Arbeitszufriedenheit des Gesundheitspersonals als auch die subjektive Zufrieden-

denheit der Patientinnen und Patienten durch eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit steigen können (Reeves et al. 2016; Sottas 2016).

Die einhellige Meinung von Expertinnen und Experten ist es, dass die Kompetenzen zum interprofessionellen Zusammenarbeiten bereits in Ausbildung und Studium erlernt werden sollten. Gesundheits- und Bildungsexpertinnen betonen bereits seit Jahren, dass interprofessionelle Kompetenzen für alle Gesundheitsberufe relevant sind, diese jedoch in Ausbildung und Studium bislang zu wenig vermittelt werden (Robert Bosch Stiftung 2011; SVR 2007; Wissenschaftsrat 2012). Um interprofessionelles Lernen zu verankern, braucht es die Bereitschaft, diese Lernformate auf allen Ebenen in den jeweiligen Bildungsinstitutionen umzusetzen, sowie eine entsprechende Qualifizierung der Lehrenden. Vor allem wird jedoch die strukturelle Verankerung des Themas in den Ausbildungs- und Studienordnungen und Berufsgesetzen der Gesundheitsberufe benötigt, um für eine verbindliche Umsetzung zu sorgen (Fachkommission Interprofessionalität des HVG 2021; Kaap-Fröhlich et al. 2022). Da in mehreren Berufen Überarbeitungen der Berufsgesetze bzw. Approbationsordnungen anstehen, ist davon auszugehen, dass zukünftig eine stärkere Verbindlichkeit für interprofessionelles Lernen festgeschrieben werden wird.

■ ■ Begrifflichkeiten

Interprofessionelles Lernen wird definiert als: zwei oder mehr Professionen, die voneinander, miteinander und übereinander lernen mit dem Ziel, die Zusammenarbeit und die Versorgungsqualität zu verbessern (CAIPE 2002).

Lernende sollen demnach zusammengebracht und zum Austausch angeregt werden. Das voneinander, miteinander und übereinander Lernen kann dabei als drei Säulen des Lernens verstanden werden, bei denen es darum geht, die beruflichen Rollen und Verantwortlichkeiten der eigenen und anderen Berufe kennenzulernen, etwas gemeinsam zu erlernen sowie die eigenen Schwerpunktthemen oder

besonderen Fähigkeiten/Fertigkeiten an andere Lernende zu vermitteln. Ziel ist es, ein gegenseitiges Verständnis und eine Wertschätzung für die unterschiedlichen Perspektiven auf die Versorgung zu fördern.

Interprofessionelle Zusammenarbeit wird in den Quellen unterschiedlich definiert und reicht von abgestimmter Zusammenarbeit bis hin zur gemeinsamen Entscheidungsfindung. Die WHO definiert interprofessionelle Zusammenarbeit folgendermaßen: „Collaboration occurs when two or more individuals from different backgrounds with complementary skills interact to create a shared understanding that none had previously possessed or could have come to on their own.“ (WHO 2010, S. 36)

Oft werden die Begriffe „interdisziplinär“ und „interprofessionell“ synonym genutzt. Im medizinischen Kontext wird in der Regel von interprofessionell gesprochen, wenn zwei unterschiedliche Professionen (zum Beispiel Pflege und Medizin) zusammenarbeiten. Interdisziplinär wird verwendet, wenn zwei Disziplinen aus der gleichen Profession zusammenarbeiten (zum Beispiel Kardiologen und Chirurgen).

■ ■ Besonderheiten und Interprofessionalität in der Langzeitpflege

Auch in der Langzeitpflege kommt der interprofessionellen Zusammenarbeit eine hohe Bedeutung zu. Die Langzeit- unterscheidet sich von der Akut- oder Kurzzeitpflege durch den längeren Zeitraum der Inanspruchnahme der gesundheitsbezogenen Leistungen. Hauptsächlich nehmen immer noch ältere Menschen Leistungen der Langzeitpflege wahr, allerdings sind auch Jüngere aufgrund von krankheitsbedingten Einschränkungen und/oder Behinderung betroffen (Ewers und Lehmann 2019). Vergleichbar mit der episodischen Pflege nimmt auch in der Langzeitpflege die Komplexität der Leistungserbringung zu, z. B. durch ein vielschichtiges Behandlungs- und Medikamentenregime (Ewers und Lehmann 2019). Dadurch steigt im Sinne der Qualitätssicherung auch die Notwendigkeit, die arbeits-

teilige Gesundheitsversorgung in Deutschland stärker interprofessionell und nutzerorientiert auszurichten (Schmitz et al. 2020).

Zur Operationalisierung des Qualitätsbegriffs ist in der Pflege die Systematik von Donabedian (1966, 1980) geläufig (Hensen 2018). Diese Gliederungshilfe unterscheidet in eine Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Unter dem Begriff Strukturqualität werden strukturelle Voraussetzungen wie persönliche (z. B. Qualifikation, Fähigkeiten), materielle (bauliche und räumliche Ausstattung) oder organisatorische Faktoren gefasst. Daneben bezieht sich die Prozessqualität auf alle Aktivitäten der jeweiligen Fachkräfte im entsprechenden Versorgungskontext mit den dazugehörigen Teilprozessen (Planung, Dokumentation, Beschaffung u. a.). Die Ergebnisqualität betrifft wiederum die Outcomes (z. B. Lebensqualität, Körperfunktion, Zufriedenheit) und fragt nach den konkreten Resultaten der jeweiligen personenbezogenen Dienstleistung (Hensen 2018).

Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Langzeitpflege. In ► Abschn. 13.2 wird die Studienlage zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Qualität in der pflegerischen Versorgung beleuchtet und dann auf den aktuellen Stand der Zusammenarbeit in der Langzeitpflege eingegangen. ► Abschn. 13.3 beschreibt die aktuelle Situation in Ausbildung und Studium der Pflege in Deutschland und skizziert dann im Besonderen das interprofessionelle Lernen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflege.

13.2 Studienlage zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der Langzeitpflege

13.2.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit und Qualität in der pflegerischen Versorgung

Interprofessionelle Zusammenarbeit hat unter anderem zum Ziel, die Qualität der pflegerischen Versorgung zu verbessern, jedoch gibt es bislang wenige Studienergebnisse, die einen direkten Zusammenhang zwischen interprofessioneller Zusammenarbeit und Qualität in der Pflege aufzeigen. Gründe können sein, dass unterschiedliche Interpretationen von guter interprofessioneller Zusammenarbeit vorherrschen, die sowohl professionsübergreifend, aber auch individuell unterschiedlich sein können. Zudem ist interprofessionelle Zusammenarbeit oft ein Teil von vielen Qualitätsinterventionen in der Versorgung, sodass die konkrete Wirkung der interprofessionellen Zusammenarbeit von derjenigen anderer Interventionen nicht klar unterscheidbar ist (Gerber et al. 2018). Es fehlt an Forschung, die genau diese Aspekte im Versorgungssetting untersucht, jedoch sind Studiendesigns in der Umsetzung schwierig und haben häufig zahlreiche Limitationen. Dennoch wird in verschiedenen Bereichen und durch unterschiedliche Wirkweisen ein positiver Effekt auf die Versorgungsqualität vermutet.

Der unbestrittene Bedarf an interprofessioneller Zusammenarbeit setzt voraus, dass interprofessionelles Arbeiten in die Versorgungsprozesse integriert wird. Dies kann sowohl auf der Struktur- als auch auf der Prozessebene erfolgen. Da die Kompetenzen der Beschäftigten Elemente der Strukturqualität einer Einrichtung darstellen (Hensen 2018), kann die interprofessionelle Kompetenz, die eine Pflegefachperson im Rahmen von Ausbildung,

Studium oder im Berufsleben erworben hat, als ein Element der Strukturqualität angesehen werden. In die Prozessqualität ließe sich das interprofessionelle Arbeiten leicht aufnehmen und überprüfen, da die Prozessqualität alle Aktivitäten und Teilprozesse der pflegerischen Versorgung umfasst (Hensen 2018). Dort wo es sinnvoll ist, könnten interprofessionelle Visiten oder regelmäßige professionsübergreifende Fallbesprechungen als verbindliche Elemente in die Versorgungsprozesse aufgenommen und als Prozessmerkmale überprüft werden.

Die Ergebnisqualität ist in der Pflege von besonderer Relevanz und die Bedeutung wird mit der Einführung eines neuen Qualitätssystems für die stationäre Pflege nochmal verstärkt (BMG 2023). Dabei wird der Fokus auf die bewohnerbezogene Ergebnisqualität gelegt und man weiß, dass gerade die subjektive Zufriedenheit mit der Versorgung durch interprofessionelle Zusammenarbeit steigt (IMPP 2019; Sottas 2016).

Es lässt sich also sagen, dass positive Effekte durch die interprofessionelle Zusammenarbeit wahrscheinlich sind und diese auf den verschiedenen Operationalisierungsebenen der Pflegequalität durchaus als überprüfbare Elemente verankerbar wären. Um Interprofessionalität als Qualitätsmerkmal zu definieren und in Studien zuverlässig messen zu können, braucht es individuelle Anpassungen an das jeweilige Setting. Da die Arbeit in der Pflege sehr kontextabhängig ist, sollten die Messkriterien individuell an die jeweilige Versorgungssituation angepasst werden. Interprofessionelle Schnittstellen und Kooperationskonzepte, die beispielsweise in der ambulanten Versorgung oder in der Kurzzeitpflege sinnvoll sind, müssen demnach für die Langzeitpflege evaluiert, kritisch reflektiert und ggf. angepasst werden.

13.2.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Langzeitpflege

Vergleichbar mit der episodischen Pflege liegen auch in der Langzeitpflege insgesamt nur wenige Nachweise positiver Outcomes vor (Martin et al. 2010; Reeves et al. 2017; Zwarenstein et al. 2009). Nicht in allen Studien wird jedoch zwischen Settings der Akut- und Langzeitpflege unterschieden. Die Studien berichten über den Einfluss von interprofessioneller Zusammenarbeit auf die Sterblichkeitsrate, funktionelle Outcomes, psychosoziale Faktoren oder die Dauer der Inanspruchnahme medizinisch-pflegerischer Versorgungsleistungen. Auch zu nutzerorientierten Outcomes wie Lebensqualität, Aktivitäten des täglichen Lebens oder die Zufriedenheit mit gesundheitsbezogenen Dienstleistungen liegen Studienergebnisse vor (Sottas und Kissmann 2015). Die meisten RCT-Studien zur interprofessionellen Zusammenarbeit berichten von mindestens einem Outcome, das im Vergleich zur normalen, arbeitsteiligen Regelversorgung verbessert werden konnte (Martin et al. 2010). Selten sind diese Unterschiede allerdings über Follow-ups dauerhaft nachzuweisen. Weiter ist die Qualität der Studien häufig gering, sodass kaum belastbare Aussagen getroffen werden können. Einen Hinweis auf die Verbesserung des funktionellen Status von Schlaganfallpatientinnen und -patienten durch eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit gibt beispielsweise eine Studie von Strasser et al. (2008). Eine Übersichtsarbeit von Wöhl et al. (2018) legt nahe, dass eine stärkere Verbesserung kognitiver Leistungen bei Pflegeheimbewohnenden zu vermuten ist, wenn die kognitiven Interventionen von allen Berufsgruppen in der jeweiligen Einrichtung initiiert und durchgeführt werden. Insgesamt ist zu begrüßen, dass die Nutzerperspektive bei der Beurteilung der Ergebnisqualität in der Langzeitpflege sukzessiv eine größere Rolle spielt (Black et al. 2013; Boersma et al. 2021; Cranley et al. 2020; Huijbregts et al. 2012).

Neben den Bewohnenden, die von einer guten interprofessionellen Zusammenarbeit in der Langzeitpflege profitieren können, wird in einigen Studien auch über positive Effekte im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit und das persönliche Wohlbefinden des medizinischen, pflegerischen und/oder therapeutischen Personals berichtet (Boult et al. 2008; Chew-Graham et al. 2007). Eine gute Teamarbeit ist aber laut Studienlage nicht nur für das Fachpersonal erstrebenswert, sondern auch im Hinblick auf die Vermeidung kritischer Situationen und Notfälle unerlässlich. Schlechte Teamarbeit und fehlende Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufen können zu einer geringen Versorgungsqualität und zu Lücken in der Versorgungssicherheit führen (Choi et al. 2021; Manser 2009). Eine schlechte interprofessionelle Zusammenarbeit drückt sich neben mangelnder Kommunikation beispielsweise durch die fehlende Bereitschaft zur Zusammenarbeit im Team, mangelnde Flexibilität der Teammitglieder und eine geringe Präsenz von einzelnen Fachdisziplinen aus. Weiter haben sich feste Hierarchien in den Einrichtungen der Langzeitpflege und die spezifische Terminologie der einzelnen Fachdisziplinen als Barrieren für eine gute Zusammenarbeit im Team erwiesen. Eine gute Teamarbeit hängt also sowohl von der persönlichen Einstellung und dem individuellen Engagement der Teammitglieder als auch den unterstützenden, organisationalen Rahmenbedingungen ab (Dornebosch et al. 2022). Die Vergleichbarkeit der Studien zur Struktur- und Prozessqualität wird jedoch häufig durch verschiedene zugrundeliegende Modelle und Konzepte von interprofessioneller Zusammenarbeit erschwert.

13.3 Qualifikationen der Pflege für interprofessionelle Zusammenarbeit in der Langzeitversorgung

13.3.1 Ausbildung und Studium in der Pflege

Seit dem Jahr 2020 erfolgt die Ausbildung in der Pflege auf der Grundlage des neuen Pflegeberufgesetzes. Es löst die älteren Alten- und Krankenpflegegesetze ab, die die Alten- und Krankenpflege gesetzlich separat geregelt hatten. Ziel der Ausbildungsreform war es unter anderem, die Qualität der Pflegeausbildung durch neue Lerninhalte und vermehrte praktische Anleitung zu verbessern und so die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern. Neben der Einführung einer dreijährigen generalistischen Pflegeausbildung wurde in diesem Zuge ergänzend zur beruflichen eine grundständige, hochschulische Pflegeerstausbildung verankert. Was seit 2003 bzw. 2004 laut den Berufsgesetzen für die Pflege modellhaft erprobt werden durfte, wurde damit in Deutschland erstmals regelhaft eingeführt (Darmann-Finck und Reuschenbach 2018).

Ob berufliche oder hochschulische Qualifikation – interprofessionelle Zusammenarbeit soll innerhalb der zukünftigen Erstausbildung in der Pflege eine entscheidende Rolle spielen. Über 200-mal ist im neuen Pflegeberufgesetz und den ihm zugeordneten Regularien von dem Begriff „Interprofessionalität“ oder „Interdisziplinarität“ die Rede. Selbst bei der Benennung der wesentlichen Ausbildungsziele spielt die Kommunikation und die effektive Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen eine Rolle. Es sollen „individuelle, multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen“ für (hoch-)komplexe Pflegesituationen entwickelt und „teamorientiert“ umgesetzt werden (§ 5 Abs. 3. PflBG, 2017). Vor dem Hintergrund jahrelanger Bestrebungen, interprofessionelle Zusammenarbeit in Bildung und Praxis stärker (rechtlich) zu verankern (Schmitz et al. 2020, S. 183), ist für den Bildungsbereich

damit immerhin ein Fortschritt zu verzeichnen.

Dem im Pflegeberufegesetz verankerten Ausbildungsziel folgen Kompetenzen, die in der beruflichen und hochschulischen Ausbildung erworben und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung differenziert nach den unterschiedlichen Erstausbildungen beschrieben werden. Im Vordergrund steht das verantwortliche Gestalten und Mitgestalten des intra- und interprofessionellen Handelns in unterschiedlichen Versorgungskontexten. Die hochschulische Qualifikation hebt zusätzlich auf die Konzeption, Weiterentwicklung und Steuerung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im Team unter Berücksichtigung aktueller Forschungsergebnisse ab (Anlage 2, 5 PflAPrV, 2018). Bleibt die Frage, ob berufliche Pflegeschulen und Hochschulen dem Anspruch an die Ausbildung interprofessioneller Qualifikationen und Kompetenzen mit Blick auf ihre jeweiligen Rahmenbedingungen gerecht werden können.

13.3.2 Interprofessionelles Lernen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflege

Interprofessionelles Lernen ist eine lebenslange Aufgabe für alle Gesundheitsberufe. Der Grundstein für den Erwerb interprofessioneller Kompetenzen sollte während Ausbildung und Studium gelegt werden und ist wie oben beschrieben nun auch stärker im Berufsgesetz verankert. Offen sind jedoch die Art und Weise der Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen. Empfohlen werden interprofessionelle Lehrveranstaltungen, die in die jeweiligen Curricula der Grundausbildungen fest implementiert werden. Auch in den späteren Fort- und Weiterbildungen sollten interprofessionelle Elemente integriert oder direkt für mehrere Berufsgruppen gemeinsam angeboten werden. Jedoch sind interprofessionelle Lehrveranstaltungen herausfordernd in Planung und organisatorischer Umsetzung.

Damit die Umsetzung gemeinsamer Lehre verschiedener Gesundheitsberufe in Präsenz gelingt, muss zunächst ein konkretes Thema für die Lehrveranstaltung(-reihe) identifiziert werden. Es muss zudem die inhaltlich-didaktische Planung erfolgen, in die idealerweise Lehrende aller beteiligten Professionen einbezogen werden. Besondere Herausforderungen sind hierbei die heterogenen Lerngruppen, aber auch die unterschiedlichen Lern- und Berufskulturen, die sowohl in der Planung als auch in der Umsetzung Berücksichtigung finden sollten (Behrend et al. 2019; Hall 2005). Für die organisatorische Umsetzung müssen unterschiedliche Stundenpläne aneinander angepasst und ggf. Wegezeiten eingeplant werden. Die Lehrenden sollten speziell geschult sein, da sie selbst i. d. R. monoprofessionelle Qualifizierungswege durchlaufen haben. All dies führt zu einem erhöhten Planungsaufwand, der oft dazu führt, dass interprofessionelles Lernen nur im Rahmen von Projekten oder auf freiwilliger Basis angeboten wird (Nock 2016; 2020). Selbst bei curricularer Einbindung bleibt es vielerorts bei punktuellen Interventionen. In den letzten Jahren wurden, auch aufgrund verschiedener Förderungen, zahlreiche interprofessionelle Lehr- und Lernprojekte an deutschen Hochschulen, aber auch in Projekten erprobt. Ziel war hierbei meist, die Entwicklung und erste organisatorische Umsetzung zu unterstützen und die nachhaltige Implementierung vorzubereiten. An vielen Standorten ist dies gelungen und interprofessionelle Angebote wurden nachhaltig umgesetzt. Es besteht jedoch weiterhin die Herausforderung, die erprobten und zum Teil implementierten Angebote weiterzuentwickeln und auszubauen. Nach zahlreichen Projekten ist an vielen Standorten ein Grundstein gelegt (Nock 2020) und es ist zum Beispiel zu beobachten, dass an mehreren Hochschulen Stellen für die Weiterentwicklung und Implementierung interprofessioneller Lehre geschaffen wurden. Zudem wird in komplett neu entwickelten Curricula interprofessionelles Lernen mitunter von Anfang an eingeplant. Ein Beispiel hierfür ist der

Studiengang „Bachelor Pflege“ an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, der mehrere curriculare, interprofessionelle Lehrveranstaltungen enthält. Die Pflegestudierenden besuchen beispielsweise in den ersten Wochen ihres Studiums interprofessionelle Notfallkurse mit Medizinstudierenden. Hierbei lernen Pflege- und Medizinstudierende in kleinen Gruppen das Handeln in Notfallsituationen und erproben Basic Life Support in Simulationen. Die gemischten Gruppen werden jeweils von einem ärztlichen und einem pflegerischen Lehrenden angeleitet.

13.3.3 Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit in der Langzeitversorgung

Die Implementierung interprofessioneller Zusammenarbeit in die Praxis der Langzeitpflege in Deutschland ist trotz allgemeinem Konsens über die Notwendigkeit und der langjährigen Bestrebungen in diese Richtung noch immer defizitär (Körner et al. 2016; Reeves et al. 2017). Immerhin müssen meist etablierte und in Teilen schon bewährte Versorgungsmodelle und Strukturen durchbrochen sowie disziplininhärente Vorgehensweisen verändert und angepasst werden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit muss sich im Vergleich zur normalen, arbeitsteiligen Regelversorgung in Deutschland erst einmal qualitativ bewähren (Klapper 2017; Schmitz et al. 2020). Beispielsweise sei an der Stelle der Einsatz von Aktivierungskonzepten bei älteren und hochbetagten Menschen mit Demenz in Pflegeheimen erwähnt. Trotz des Nachweises, dass aktivierende Maßnahmen für Betroffene vor allem dann effektiv sind, wenn sie interprofessionell eingesetzt werden, scheitert die Umsetzung in der Breite in der Regel daran, dass es in den entsprechenden Einrichtungen wenig festangestellte Physio- oder Ergotherapeutinnen und Therapeuten gibt. Natürlich können sich Pflegefachkräfte Anregungen holen, wenn

therapeutisches Personal vor Ort ist – eine optimale interprofessionelle Kooperation bleibt unter diesen Umständen aber dennoch schwierig (Seiler und Morgenstern 2019).

Eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit ist vor allem dann gefragt, wenn von Versorgungsroutinen und Zuständigkeiten abgewichen werden muss und höhere Anforderungen an die Verständigung zwischen den Berufen gestellt werden. Im Blick von Reformen sind an der Stelle exemplarisch das stärkere Bilden von Netzwerken, Modelle zur integrierten Versorgung und medizinische Versorgungszentren sowie strukturierte Programme zu nennen. In der Rehabilitation, im Bereich der Geriatrie und in der Palliativversorgung ließen sich in Deutschland bisher am ehesten teambasierte Kooperationen – über die Kulturgrenzen von Behandlung (Medizin) und Betreuung (Pflege, Therapie) hinweg – umsetzen (Schmitz et al. 2020). Pflege und Therapie werden bei diesen Reformanstrengungen allerdings noch zugunsten des ärztlichen Handelns vernachlässigt (Ewers 2012; Kuhlmeier et al. 2014; Schaeffer und Hämel 2016; Schmitz et al. 2020).

Die Gesundheitsstrukturen in Deutschland zu verbessern und neue Versorgungsmodelle zu erproben, haben sich der seit 2016 im Sozialgesetzbuch V verankerte Innovationsfonds oder das Förderprogramm der Robert Bosch Stiftung PORT bzw. supPORT zur Aufgabe gemacht. Der Innovationsfonds zielt auf die Förderung neuer Versorgungsformen, die über die klassische Regelversorgung hinausgehen, ab. Zu den Förderkriterien gehören u. a. die „Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen“ sowie „interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle“ (§ 92a Abs. 1 SGB V). Zwischen 2016 und 2019 wurde eine jährliche Fördersumme von 300 Mio. Euro für die geförderten Projekte zur Verfügung gestellt. Im Programm PORT bzw. supPORT werden Projekte gefördert, mit deren Hilfe patientenorientierte Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung in der

Region verankert werden. Gemein ist den Projekten ein umfassendes Gesundheitsverständnis und die Verbindung zwischen Leistungen der Gesundheitsförderung/Prävention mit medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen, insbesondere bei chronisch kranken Menschen (Klapper 2017; Robert Bosch Stiftung 2021). Hoch im Norden in Büsum soll die Gesundheitsversorgung beispielsweise mithilfe sogenannter Nichtärztlicher Praxisangestellter multiprofessionell aufgestellt werden. Sie sollen Hausärztinnen und Hausärzte bei bestimmten Aufgaben vor Ort entlasten. Daneben kommen Case Managerinnen und Manager zum Einsatz, die vor allem chronisch Kranke und Pflegebedürftige langfristig betreuen sollen (Robert Bosch Stiftung 2021).

13.4 Fazit

Interprofessionelles Zusammenarbeiten wird in allen Gesundheitsberufen und somit auch in der Pflege zunehmend diskutiert und umgesetzt. Gerade für die Langzeitpflege lassen sich positive Effekte für die Pflegeempfeängerinnen und Pflegeempfeänger belegen. Durch die stärkere Gewichtung interprofessioneller Kompetenzen im Berufsgesetz ist davon auszugehen, dass Interprofessionalität in Ausbildung und Studium vermehrt thematisiert wird. Für die Versorgung bedeutet dies, dass Strukturen geschaffen werden, die interprofessionelle Zusammenarbeit fördern. Dabei sollten jeweils der individuelle Kontext und das Setting genau betrachtet werden, damit interprofessionelle Zusammenarbeit einen sinnvollen Beitrag für die Versorgung leisten kann. Im Rahmen der Qualitätsmessung ist neben der professionellen Bewertung der Versorgungsqualität die Nutzerperspektive wichtig. Mit ihr gewinnt die Erfahrungsdimension der Bewohnenden und die individuelle Lebensrealität an Gewicht, die nach Bolz (2016) für eine umfassende Qualitätsbeurteilung unerlässlich ist. Die Einschätzung der Versorgungsqualität durch die Betroffenen ergänzt die Sichtwei-

se der jeweiligen Fachkräfte (Sonntag et al. 2018). Erfolgreiche interprofessionelle Versorgung in der Praxis sollte demnach sowohl an Qualitätsindikatoren, aber auch am subjektiven Erleben des Gesundheitspersonals und vor allem der Pflegeempfeängerinnen und Pflegeempfeängern gemessen werden.

Literatur

- Behrend R, Mette M, Partecke M, Reichel K, Wershofen B (2019) Heterogeneous learning cultures in interprofessional education: a teacher training. *GMS J Med Educ* 36(3):1–7
- Black DA, Taggart J, Jayasinghe UW, Proudfoot J, Crookes P, Beilby J, Teamwork Research Team (2013) The Teamwork Study: enhancing the role of non-GP staff in chronic disease management in general practice. *Aust J Prim Health* 19:184–189. <https://doi.org/10.1071/PY11071>
- Boersma P, van der Ploeg T, Gobbens RJJ (2021) The added value of art for the well-being of older people with chronic psychiatric illnesses and dementia living in long-term care facilities, and on the collaboration between their Caregivers and artists. *Healthcare* 9:1489–1502. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111489>
- Bolz H (2016) Befragung von Pflegekunden. Zielsetzung – Inhalte – Planung – Umsetzung. Springer Gabler, Wiesbaden
- Boult C, Reider L, Frey K, Leff B, Boyd CM, Wolff JL (2008) Early effects of „Guided Care“ on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster-randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 63:321–327. <https://doi.org/10.1093/gerona/63.3.321>
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023) Qualität und Transparenz in der Pflege. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/qualitaet-und-transparenz-in-der-pflege.html>. Zugriffen: 27. Febr. 2023
- CAIPE (2002) Interprofessional education. Today, yesterday and tomorrow. <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-tomorrow-barr-h>. Zugriffen: 10. März 2023
- Chew-Graham CA, Lovell K, Roberts C, Baldwin R, Morley M, Burns A (2007) A randomised controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. *Br J Gen Pract* 57:364–370
- Choi YR, Kwon DY, Chang SO (2021) The development and effectiveness of a web-based emergency management educational program for long-term care facility interprofessional practitioners. *Int J Environ Res Pub*

- lic Health 18:12671–12683. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312671>
- Cranley LA, Slaughter SE, Caspar S (2020) Strategies to facilitate shared decision making in long-term care. *Int J Older People Nurs* 15:12314–12324. <https://doi.org/10.1111/opn.12314>
- Darmann-Finck I, Reuschenbach B (2018) Qualität und Qualifikation: Schwerpunkt Akademisierung der Pflege. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report*. Springer, Berlin Heidelberg, S 163–168 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>)
- Donabedian A (1966) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 44:166–206
- Donabedian A (1980) The definition of quality and approaches to its assessment. *Explorations in quality assessment and monitoring Bd. 1*. Health Administration Press, Ann Arbor
- Doornebosch AJ, Hanneke JA, Smaling WP, Achterberg MD (2022) Interprofessional collaboration in long-term care and rehabilitation: a systematic review. *JAMDA* 23:764–777
- Ewers M, Lehmann Y (2019) Hochschulisch qualifizierte Pflegenden in der Langzeitversorgung?! In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2019*. Springer, Berlin Heidelberg, S 167–177
- Ewers M (2012) Interprofessionalität als Schlüssel zum Erfolg. *Public Health Forum* 20:10–11. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2012.09.009>
- Fachkommission Interprofessionalität des HVG (2021) Positionspapier der Fachkommission Interprofessionalität. (verf. durch: Behrend R, Flottmann S, Gadewoltz PN, Heinzelmann B, Herinek D). Berlin: Fachkommission Interprofessionalität des Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e V. (HVG). https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Positionspapier_final_2021-1.pdf. Zugegriffen: 29. Sept. 2022
- Gerber M, Kraft E, Bosshard C (2018) Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht. *Schweizerische Ärztezeitung – Bull Des Médecins Suisses – Bollettino Dei Medici Svizzeri* 99(44):1524–1529
- Hall P (2005) Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *J Interprofessional Care* 19:188–196
- Hensen P (2018) Qualität und Qualitätsmessung in der Pflege – Theoretische Grundlagen und methodische Zugänge. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2018*. Springer, Berlin Heidelberg
- Huijbregts M, Sokoloff LG, Feldman S, Conn D (2012) Implementation of a mental health guideline in a long-term care home: a participatory action approach. *J Res Interprof Pract Educ* 2:134–151. <https://doi.org/10.22230/jripe.2012v2n2a71>
- IMP (2019) Berufsübergreifend Denken – Interprofessionell Handeln. Empfehlung zur Gestaltung der interprofessionellen Lehre an den medizinischen Fakultäten. Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen/IMP, Mainz
- Kaap-Fröhlich S, Ulrich G, Wershofen B, Ahles J, Behrend R, Handgraaf M, Herinek D, Mitzkat A, Oberhauser H, Scherer T, Schlicker A, Straub C, Waury Eichler R, Wesselborg B, Witt M, Huber M, Bode SF (2022) Position paper of the GMA Committee Interprofessional Education in the Health Professions – current status and outlook. *GMS J Med Educ* 39(2):Doc17
- Klapper B (2017) Zusammenarbeit für den Patienten – noch keine Selbstverständlichkeit. *GGW* 17:16–22
- Körner M, Bütof S, Müller C, Zimmermann L, Becker S, Bengel J (2016) Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: a systematic review. *J Interprofessional Care* 30:15–28. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1051616>
- Kuhlmeier A, Höppner K, Schaeffer D (2014) Neue Aufgabenzuschneide, Arbeitsteilungen und Kooperationsformen. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg) *Handbuch Pflegewissenschaft*. Studienausgabe. Beltz Juventa, Weinheim, S 661–679
- Manser T (2009) Teamwork and patient safety in dynamic domains of health-care: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand* 53:143–151
- Martin JS, Ummenhofer W, Manser T, Spirig R (2010) Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Med Wkly* 140:1–7. <https://doi.org/10.4414/smw.2010.13062>
- Nock L (2016) Handlungshilfe zur Entwicklung von interprofessionellen Lehrveranstaltungen in den Gesundheitsberufen. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
- Nock L (2020) Interprofessionelles Lehren und Lernen in Deutschland. Entwicklungen und Perspektiven. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
- Reeves S, Fletscher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, McFadyen A, Rivera J, Kitto S (2016) A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No 39. *Med Teach* 38:656–668. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>
- Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M (2017) Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 6:CD72. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Robert Bosch Stiftung (2011) Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
- Robert Bosch Stiftung (2021) Die Neustart! Zukunftsagenda – für Gesundheit, Partizipation und Gemeinwohl. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart

- Sachverständigenrat SVR (2007) Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Sachverständigenrat, Berlin
- Schaeffer D, Hämel K (2016) Kooperative Versorgungsmodelle. Eine international vergleichende Betrachtung. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg) Handbuch Gesundheitssoziologie. Springer Reference Sozialwissenschaften. Springer VS, Wiesbaden https://doi.org/10.1007/978-3-658-06477-8_26-1
- Schmitz C, Berchtold P, Cichon I, Klapper B, Amelung VE (2020) Stand und Zukunft der interprofessionellen Zusammenarbeit in Deutschland. In: Amelung VE, Eble S, Sjuts R, Ballast T, Hildebrandt H, Knieps F, Lägél R, Ex P (Hrsg) Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen. MWV, Berlin, S 183–198
- Seiler B, Morgenstern U (2019) Aktivierende Pflege von Menschen mit Demenz. Psych Pflege Heute 25:236–242. <https://doi.org/10.1055/a-0964-2279>
- Sonntag PT, Baer NR, Kuhlmei A, Suhr R, Schenk L (2018) Qualität und Qualitätsmessung in der Langzeitpflege aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2018. Springer, Berlin Heidelberg https://doi.org/10.1007/978-3-662-56822-4_9
- Sottas B, Kissmann S (2015) Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP). Eine Übersichtstudie zur Evidenzlage. sottas formative works, Bourguillon
- Sottas B (2016) Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten – Zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema. In: Muller-Mielitz S, Sottas B, Schachtrupp A (Hrsg) Innovation in der Gesundheitswirtschaft. Biblomed, Melsungen, S 44–46
- Strasser DC, Falconer JA, Stevens AB, Uomoto JM, Herrin J, Bowen SE (2008) Team training and stroke rehabilitation outcomes: a cluster randomized trial. Arch Phys Med Rehabil 89:10–15
- World Health Organization (2010) Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. WHO, Genf
- Wissenschaftsrat (2012) Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Wissenschaftsrat, Berlin
- Wissenschaftsrat (2022) Empfehlungen für eine zukunftsfähige Ausgestaltung von Studium und Lehre. Wissenschaftsrat, Köln
- Wöhl C, Richter S, Blättner B (2018) Kognitive Interventionen in Pflegeheimen: Systematische Übersicht der präventiven Wirksamkeit auf die kognitive Leistungsfähigkeit von Pflegebedürftigen. Z Gerontol Geriatr 51:656–665. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1330-3>
- Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S (2009) Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (review). Cochrane Database Syst Rev 8:CD72. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub2>

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Primärqualifizierende Pflegestudiengänge im Überblick

**Deskriptive Analysen einer Vollerhebung und Rapid Review
des patientenbezogenen Mehrwertes akademisierter
Pfleger**

*Michael Meng, Claudia Hofrath, Miriam Peters, Lucas Hamel,
Bettina Klein und Lena Dorin*

Inhaltsverzeichnis

- 14.1 Hintergrund – 219**
- 14.2 Herleitung der Fragestellung – 220**
- 14.3 Methode – 220**
 - 14.3.1 Quantitative Querschnittbefragung unter Hochschulen mit primärqualifizierenden Studiengängen – 220
 - 14.3.2 Systematisches Rapid Review – 221
- 14.4 Ergebnisse – 222**
 - 14.4.1 Einführungsphase der primärqualifizierenden Studiengänge in Deutschland – 222
 - 14.4.2 Operationalisierung und Messung des Mehrwerts akademisch Pflegender – 224
- 14.5 Diskussion – 226**

Der Autor und die Autorin an erster und zweiter Stelle teilen sich die Erstautorenschaft.

Teile des Beitrages (Sondererhebung Hochschulen, detaillierte Darstellung des Rapid Review zum patientenbezogenen Mehrwert akademisierter Pflegender) wurden bereits als Discussion Paper beim Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) publiziert.

14.6 Limitationen – 228

Literatur – 228

■ Zusammenfassung

Der akademische Bildungsweg für Pflegende wird durch das Pflegeberufegesetz erstmals als weiterer Regelfall neben der generalistischen Pflegeausbildung vorgesehen. In der pflegewissenschaftlichen Forschung liegen eine steigende Anzahl an Studien vor, die empirische Belege dafür liefern, dass sich ein höheres Bildungsniveau der Pflegenden insgesamt positiv auf die Versorgungsqualität auswirkt. Wie jedoch kann dieser Mehrwert operationalisiert und gemessen werden? Wie gestaltet sich die Einführungsphase der neuen Studiengänge in Deutschland? Welche Rahmenbedingungen finden die Studierenden vor? Und welche Einsatzbereiche sind für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen denkbar? Zur Beantwortung dieser und weiterer Fragestellungen wurde (a) 2022 eine Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels zur aktuellen Situation der Hochschulen durchgeführt. Zudem wurde (b) ein Rapid Review zum Thema „Patientenbezogener Mehrwert des Einsatzes von Pflegefachpersonen mit akademischer Ausbildung“ ausgearbeitet.

Zwischen Januar 2022 und April 2022 fand eine bundesweite Querschnittbefragung unter Hochschulen mit primärqualifizierenden Pflegestudiengängen statt. Dies geschah im Rahmen des BIBB-Pflegepanels, eines nach § 60 Pflegeberufes-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) neu etablierten Monitorings zur Pflegebildung nach dem Pflegeberufegesetz in Deutschland. Zur Untersuchung des patientenbezogenen Mehrwerts akademisch ausgebildeter Pflegenden wurde ein systematisches Rapid Review durchgeführt.

Im Frühjahr 2022 konnte eine Vollerhebung mit $n = 27$ Hochschulen mit primärqualifizierendem Studienangebot in der Pflege umgesetzt werden. Im Wintersemester 2021/2022 wurden $n = 1.109$ Studienplätze in primärqualifizierenden Studiengängen angeboten, immatrikuliert waren $n = 488$ Studierende. Es zeigt sich, dass diejenigen Hochschulen mit primärqualifizierenden Studiengängen, die eine kontinuierliche Finanzierung der Studierenden sicherstellen, eine höhere Auslastung der Stu-

dienplätze aufweisen als Hochschulen, die das nicht anbieten (60 % versus 42 % Auslastung). Die in Bezug zu den Pflegeauszubildenden ermittelte Akademisierungsquote für die primärqualifizierend Studierenden beträgt 2021 0,82 % und liegt somit weit hinter dem vom Wissenschaftsrat geforderten Minimum von 10 % (Wissenschaftsrat 2012). Zum Mehrwert akademisch Pflegenden wurden $n = 23$ Studien mit unterschiedlicher internationaler Ausrichtung aus den Jahren 2012 bis 2022 in das vorliegende Rapid Review eingeschlossen. $N = 18$ Studien konnten feststellen, dass sich die Beschäftigung von akademisch ausgebildeten Pflegenden positiv auf die Patientenversorgung auswirkt. Der Fokus der meisten Studien ($n = 13$) liegt auf der Untersuchung von Mortalitätsraten, die in allen Studien sinken, wenn der prozentuale Anteil an akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen in der direkten Patientenversorgung erhöht wird. Weitere in den eingeschlossenen Studien angelegte Kriterien zur Messung des Mehrwerts sind die Failure-to-rescue-Rate (Todesfälle nach Komplikationen im Zusammenhang mit der Behandlung im Krankenhaus), die Patientensicherheit, die Krankenhaus-Verweildauer und die Wiederaufnahme. Auch diese Studien identifizieren positive Auswirkungen von höheren Quoten an akademisch ausgebildetem Pflegepersonal.

Die hier vorgestellte Studie stellt eine Vollerhebung unter Hochschulen mit primärqualifizierenden Studiengängen mit dem Berufsabschluss zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann dar. Die Daten bilden die frühe Einführungsphase der hochschulischen Ausbildung nach Pflegeberufegesetz ab. Besonders die Entwicklung der Studierendenzahl muss aber auch langfristig unter Berücksichtigung von Attraktivitätsmerkmalen wie beispielsweise einer kontinuierlichen Finanzierung in den Blick genommen werden. Hierfür finden ab 2022 jährliche und auf Dauer angelegte Längsschnitterhebungen unter Hochschulen, Pflegegeschulen und Ausbildungseinrichtungen im Rahmen des BIBB-Pflegepanels statt. Empirische Befunde zeigen: Ein höheres Bildungsniveau der Pflegenden ist mit einem besseren

Patienten-Outcome verbunden. Bei der Akademisierungsquote Pflegenden in Deutschland besteht deutlicher Nachholbedarf. Es lassen sich vielfältige Tätigkeitsbereiche für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen aufzeigen. Diese stehen nicht in einem Konkurrenzverhältnis zu den beruflich qualifiziert Pflegenden, sondern stellen vielmehr passgenaue Ergänzungen im Sinne eines ausgewogenen Qualifikationsmixes dar.

For the first time, the German Nursing Professions Act provides for an academic education for nurses as a further standard in addition to the generalist nursing education. An increasing number of studies in nursing science research provide empirical evidence that a higher level of education for nurses has a positive overall effect on the quality of care. But how can this added value be operationalised and measured? How is the introductory phase of the new degree programmes organised in Germany? What are the framework conditions for students? And what areas of employment are conceivable for academically qualified nursing professionals? To answer these and other questions, (a) a special survey of the BIBB Nursing Panel on the current situation of higher education institutions was conducted in 2022. In addition, (b) a rapid review was prepared on the topic of "patient-related added value of the employment of nurses with academic training".

Between January 2022 and April 2022, a nationwide cross-sectional survey was conducted among higher education institutions with primary qualifying nursing degree programmes. This took place within the framework of the BIBB Nursing Panel, a newly established monitoring of nursing education under the Nursing Professions Act in Germany in accordance with Section 60 of the Nursing Professions Training and Examination Ordinance. A systematic rapid review was conducted to examine the patient-related added value of academically trained nurses.

In spring 2022, a full survey with $n = 27$ higher education institutions with primary

qualification study programmes in nursing was implemented. In the winter semester 2021/2022, $n = 1,109$ study places were available in primary qualifying study programmes, $n = 488$ students were enrolled. It turns out that institutions with primary qualifying study programmes that ensure continuous funding for students have a higher utilisation of study places than those without continuous funding (60 % versus 42 % utilisation). The academisation rate for students with primary qualifications, calculated in relation to nursing trainees, amounts to 0.82 % in 2021 and is thus far below the minimum of 10 % required by the German Council of Science and Humanities (Wissenschaftsrat 2012). Regarding the added value of academic nurses, $n = 23$ studies with different international orientations from the years 2012 to 2022 were included in the present rapid review. $N = 18$ studies were able to establish that the employment of academically trained nurses has a positive effect on patient care. Most studies ($n = 13$) focused on mortality rates, which decreased in all studies when the percentage of academically qualified nurses in direct patient care was increased. Other criteria used in the included studies to measure added value are the failure-to-rescue rate (deaths after complications related to hospital care), patient safety, hospital length of stay and readmission. These studies also identify positive effects of higher rates of academically trained nurses.

The study presented here represents a full survey of higher education institutions with primary qualifying degree programmes leading to a professional nursing qualification. The data represent the early introductory phase of higher education training according to the Nursing Professions Act. However, the development of the number of students must also be considered in the long term, taking into account features such as continuous funding. For this purpose, annual and long-term longitudinal surveys of universities, nursing schools and training institutions will be conducted within the framework of the BIBB Nursing Panel from 2022 onwards. Empirical findings show:

A higher educational level of nurses is associated with better patient outcomes. There is a clear need to catch up on the academisation rate of nurses in Germany. A variety of fields of activity for academically qualified nurses can be identified which are not in competition with professionally qualified nurses, but rather complement them in the sense of a balanced qualification mix.

14.1 Hintergrund

Seit Inkrafttreten des Pflegeberufgesetzes (PflBG) im Januar 2020 ist es in Deutschland erstmals außerhalb von Modellstudiengängen möglich, eine Berufszulassung in der Pflege im Rahmen eines primärqualifizierenden Studiums zu erwerben. Bereits vor Einführung dieser Studiengänge haben Hochschulen Studiengänge in der Pflege angeboten, zunehmend auch mit dem Schwerpunkt „pflegerische Versorgungspraxis“ (Heitmann und Reuter 2019). Im Rahmen jener dualen Studiengänge erhalten Studierende theoretischen Unterricht sowohl an der Hochschule als auch an der kooperierenden Krankenpflegeschule, die in der Regel auch für die Organisation der praktischen Phasen der Ausbildung zuständig ist. Die Hochschulrektorenkonferenz hatte in einem Positionspapier die Einführung primärqualifizierender Studiengänge gefordert, da die dualen Studiengänge „oft nicht hochschulischen Anforderungen an die wissenschaftliche Qualifikation des Personals, die Wissenschaftsfundierung oder die Strukturierung der Ausbildung“ entsprechen (Hochschulrektorenkonferenz 2017, S. 2). International und national wird diskutiert, ob der Einsatz akademisch qualifizierter Pfleger auch die Versorgungsqualität verbessern kann, da bei zu pflegenden Personen geringere postoperative Komplikationen auftreten, die Klinikverweildauer reduziert wird und die Mortalitätsrate sinkt (Aiken et al. 2017; Darmann-Finck 2012; Darmann-Finck und Reuschenbach 2018; Morin 2014).

Ein gestuftes Qualifizierungssystem gibt es auch in den Niederlanden (Lehmann 2014), der Schweiz (Mühlherr 2013) und den USA (Koch 2012). In Europa hat vor allem die Bologna-Reform zur Veränderung der Bildungssysteme beigetragen (Buchberger et al. 2011; Morin 2014). Auch die Professionalisierung der Berufsgruppe soll damit vorangetrieben werden (Krautz 2017b), da nicht nur der demographische und der epidemiologische Wandel, die in Kombination eine Zunahme von chronisch kranken und multimorbiden alten Menschen zur Folge haben werden, sondern auch die Diversität der Gesellschaft zu einer stetig anwachsenden Komplexität der pflegerischen Versorgung führen wird (Robert Koch-Institut 2015). Durch die anwachsende Komplexität steigen auch die Anforderungen an die berufliche Pflege, weshalb Formen einer Kooperation zwischen Medizin und Pflege sowie eine stärkere Verantwortungsübernahme durch die Pflege unabdingbar werden (Wissenschaftsrat 2012, 2022). Mit der Etablierung einer hochschulischen Erstausbildung und der Einbindung der Absolventinnen und Absolventen in die direkte pflegerische Versorgung ist die Erwartung verbunden, den genannten Anforderungen besser gerecht werden zu können. Aus ethischen und ökonomischen Gründen müssen in der direkten Pflege Kompetenzen zur Realisierung einer evidenzbasierten Pflege gegeben sein (Köpke und Meyer 2013). Im Rahmen der Umsetzung der Reform in den Pflegeberufen wurden dem BIBB auch Aufgaben zum Monitoring (§ 60 Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung – PflAPrV) zugewiesen. Daten aus amtlichen Statistiken zu primärqualifizierenden Studiengängen in der Pflege liegen aktuell nicht in einem Detailgrad vor, der erforderlich ist, um eine genaue Beschreibung dieser Population zu gewährleisten. Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen dynamischen Entwicklung des Pflegeberufs und der hochschulischen Pflegebildung ist eine möglichst genaue Betrachtung der hochschulischen Pflegebildung in Deutschland unabdingbar.

14.2 Herleitung der Fragestellung

Wegen der politischen Handlungsnotwendigkeit in Bezug auf die hochschulische Pflegeausbildung, des stetig voranschreitenden Reformprozesses des Gesundheitswesens, verbunden mit der unspezifischen amtlichen Statistik zu primärqualifizierenden Studienangeboten in der Pflege, wurde eine Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels zur Situation der Hochschulen mit primärqualifizierenden Pflegestudiengängen durchgeführt und deskriptiv analysiert. In einem zweiten Schritt werden die Kernergebnisse eines systematisch durchgeführten Rapid Reviews (Klein et al. 2022) zum patientenbezogenen Mehrwert des Einsatzes von akademisch ausgebildeten Pflegenden genutzt, um die Ergebnisse der Sondererhebung kontextual einzuordnen.

14.3 Methode

14.3.1 Quantitative Querschnittbefragung unter Hochschulen mit primärqualifizierenden Studiengängen

Das BIBB-Pflegepanel beinhaltet insgesamt 6.694 Ansprechpersonen aus Ausbildungseinrichtungen, Pflegeschulen und Hochschulen. Seit 2022 finden zur Dauerbeobachtung des Ausbildungsgeschehens in der Pflege Längsschnitterhebungen statt. Eine bundesweite Sonderbefragung von Hochschulen mit primärqualifizierenden Pflegestudiengängen wurde im Rahmen des BIBB-Pflegepanels zwischen Januar 2022 und April 2022 durchgeführt. Die hier vorgestellten Daten der Querschnittsstudie wurden mithilfe eines quantitativen Erhebungsinstrumentes vom Umfragezentrum Bonn (uzbonn) erhoben. Die Teilnehmenden hatten die freie Wahl zwischen einer Online- oder telefonischen Teilnahme. Die Komplexität und Individualität der Studi-

enangebote ist mit standardisierten Fragen nur unzureichend abzubilden, wie bereits die mit dem Aufbau des BIBB-Pflegepanels durchgeführte Befragung zeigte (Hofrath et al. 2021). Entsprechend wurden zu allen geschlossenen Fragen offene Kommentarfelder angeboten, die zusätzliche Erläuterungen zu den Antworten ermöglichten. Die Sonderbefragung war, wie auch der Aufbau des BIBB-Pflegepanels, als Multi-Method-Befragung geplant. Das finale Instrument wurde sowohl intern als auch extern auf Fehler und Verständnis geprüft und in einem kurzen Pre-Test erprobt. Der Gesamttrücklauf der Erhebung lag bei 100 %. Schwerpunkte der Erhebung waren die Auslastung der Studienplatzkapazitäten, die Verteilung primärqualifizierend Studierender, die Akademisierungsquoten in der Pflege in den Jahren 2020 und 2021 sowie die vorzufindenden Rahmenbedingungen für Studierende. Die hier vorliegenden Daten wurden rein deskriptiv ausgewertet. Zur Datenanalyse wurde IBM SPSS Version 25 genutzt.

Alle Hochschulen mit einem Studiengang, bei dem die Studierenden nach Abschluss des Studiums sowohl über einen Bachelor-Abschluss als auch über eine Berufszulassung als Pflegefachfrau/Pflegefachmann verfügen, gehören zur Zielgruppe dieser Untersuchung. Als Basis zur Recherche der Hochschulen wurde das seit 2020 aufgebaute BIBB-Pflegepanel (Hofrath et al. 2021) genutzt und um neu hinzugekommene Hochschulen ergänzt. Für die hier zu behandelnden Fragestellungen werden nur die Hochschulen mit primärqualifizierendem Studienangebot in der Pflege betrachtet. Dabei handelt es sich um Bachelorstudiengänge nach dem Pflegeberufegesetz, in denen die Studierenden keinen Vertrag mit einer beruflichen Schule/Pflegeschule schließen und am Ende eine Berufszulassung durch eine staatliche Prüfung oder Anerkennung erhalten. Im Rahmen der Sondererhebung im BIBB-Pflegepanel mit N = 27 Hochschulen mit primärqualifizierendem Studiengang konnte eine Vollerhebung (Stand Q1 2022) umgesetzt werden.

14.3.2 Systematisches Rapid Review

Eine detailliertere Darstellung des Rapid Reviews zum patientenbezogenen Mehrwert akademisierter Pfleger findet sich in Klein et al. (2022). In der Praxis müssen Entscheidungsträger im Gesundheitswesen oftmals dynamische Entscheidungen treffen. Schnelle, aber systematische Evidenzsynthesen (Rapid Reviews) gewinnen daher immer mehr an Bedeutung. Aufgrund des schnell wachsenden Wissensbestands in der Pflegeforschung wurde dieses Rapid Review durchgeführt (Grant und Booth 2009; Sutton et al. 2019). Ein Rapid Review ist eine systematisch durchgeführte Literatursuche und -analyse, kann aber in einzelnen Komponenten, wie einem verkürzten Zeitrahmen zur Durchführung, von einem systematischen Review abweichen. Besonders die Vollständigkeit der identifizierten Litera-

tur kann durch die Zeitbeschränkungen bei der Durchführung eines Rapid Reviews beeinträchtigt werden (Grant und Booth 2009).

Die dem vorliegenden Rapid Review zugrunde liegenden Suchbegriffe wurden mithilfe des PICO-Frameworks entwickelt (Population, phenomenon of Interest [poI], Context; Stern et al. 2014). ■ Tab. 14.1 zeigt die Zusammenfassung der am PICO-Framework orientierten Suchbegriffe. Die Suche wurde an die verschiedenen Suchoberflächen der Datenbanken Web of Science, Livivo, Medline via Pubmed und Cinahl angepasst. Neben der Identifikation von Stichworten wurde die MeSH-Database (Pubmed-Schlagwortsuche) für die Identifikation passender Schlagworte genutzt. Darüber hinaus wurde die Suche manuell erweitert, indem zum einem nach ähnlichen Artikeln gesucht und zum anderen vorwärts- und rückwärtsgerichtetes Citation-Tracking genutzt wurde. Die Literatursuche

■ Tab. 14.1 PICO-Framework

	Population	AND	Phenomenon of Interest	AND	Context
OR	bachelor pflege		clinical outcome		Deutschland
	baccalaureate degree nurs*		patient outcome		Germany
	BSN		30-day mortality		Schweiz
	primärqualifizierende studiengänge		hospital mortality		Switzerland
	bachelor-level nurs*		patient mortality		Niederlande
	akademische pflegeausbildung		failure-to-rescue		The Netherlands
			complications		USA
			length of stay		Großbritannien
			nursing outcome		Great Britain
					Kanada
					Canada
					Schweden
					Sweden
					Österreich
					Austria

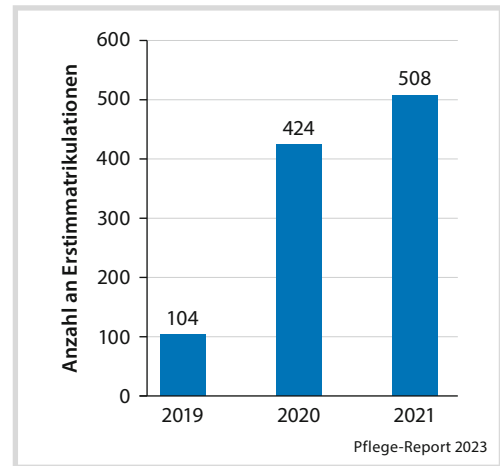
und -analyse wurde systematisch durchgeführt, unterliegt aber möglichen Limitationen im Rahmen des Rapid-Review-Ansatzes.

Folgende Einschlusskriterien wurden für die im Rapid Review zu berücksichtigten Studien definiert: (1) Art: referierte Originalarbeiten, Tagungsbandbeiträge; (2) Sprache: Deutsch oder Englisch; (3) Publikationszeitraum: 2012 bis 2022; (4) Verfügbarkeit: Abstract oder Volltext; (5) Fokussierung: akademisch ausgebildete Pflegendе, Mehrwert akademisch ausgebildeter Pflegendеr. Die Suche wurde im Juni 2022 durchgeführt.

14.4 Ergebnisse

14.4.1 Einführungsphase der primärqualifizierenden Studiengänge in Deutschland

Im Wintersemester 2021/2022 wurden $N = 1.109$ primärqualifizierende Studienplätze in der Pflege angeboten. Insgesamt haben sich $n = 1.036$ Studierende in primärqualifizierenden Studiengängen vom Wintersemester 2019/2020 bis zum Wintersemester 2021/2022 erstimmatrikuliert. Die Anzahl der Studierenden ist über die Jahre 2019, 2020 und 2021 gestiegen. ■ Abb. 14.1 zeigt die Erstimmatrikulationen primärqualifizierend Studierender im zeitlichen Verlauf. Im Jahr 2020 ist ein deutlicher Anstieg der Erstimmatrikulationen zu verzeichnen, der mit dem Inkrafttreten des Pflegeberufgesetzes und damit der Einführung der hochschulischen Pflegeausbildung als Regelfall in Zusammenhang zu bringen ist. Bei Betrachtung der Mittelwerte der Studierendenanzahl wird deutlich, dass die im Schnitt pro Studiengang neu eingeschriebenen Studierenden eher konstant bleiben. Der Anstieg der Studierendenanzahl ist also eher auf die Zunahme an Studienangeboten zurückzuführen. Zuletzt haben sich im Wintersemester 2021/2022 $n = 488$ primärqualifizierend Studierende erstimmatrikuliert.



■ Abb. 14.1 Erstimmatrikulationen primärqualifizierend Studierender im zeitlichen Verlauf

Im Vergleich der Hochschulen erweist sich die Anzahl der primärqualifizierend Studierenden im Jahr 2021 als nicht gleich verteilt. Insgesamt haben 25 % der Hochschulen zehn oder weniger Erstimmatrikulationen. Zudem hatten 75 % der Hochschulen 26 oder weniger Erstimmatrikulationen. Im Mittel hatten die Hochschulen ca. 19 Studierende ($MW = 18,8$; $SD = 13$).

Die Auslastung der Hochschulen pro primärqualifizierenden Studiengang wurde errechnet und anschließend gemittelt. Die Auslastung der annäherungsweise Kapazitätsgrenze primärqualifizierender Studiengänge lag im Wintersemester 2021/2022 bei etwa 50 %, mit einer Spannweite von null bis 100 %. In einem im Wintersemester 2021/2022 neu gestarteten Studiengang wurde keiner der verfügbaren Plätze besetzt, am anderen Ende des Spektrums hingegen liegen vier Studiengänge, die eine Auslastung zwischen 85 und 100 % aufweisen.

Weiterhin wurden die Akademisierungsquoten für die Jahre 2020 und 2021 ermittelt, die deutlich hinter dem vom Wissenschaftsrat geforderten Minimum von 10 % liegen (Wissenschaftsrat 2012). Die Akademisierungsquote bezeichnet hier den Anteil der hochschu-

lich Ausgebildeten an allen Pflege-Auszubildenden (beruflich und hochschulisch). Bis zum Ende des Jahres 2020 haben N = 53.610 Personen in Deutschland die berufliche Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann neu begonnen. Demgegenüber gab es n = 424 neue Studierende in primärqualifizierenden Pflegestudiengängen. Die Akademisierungsquote für 2020 betrug demnach 0,78 %, wenn nur primärqualifizierend Studierende gezählt werden. Im Jahr 2021 haben N = 61.329 Auszubildende in Deutschland ihre Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann aufgenommen. Demgegenüber stehen n = 508 neu immatrikulierte Studierende in primärqualifizierenden Studiengängen. Die Akademisierungsquote für 2021 belief sich demnach auf 0,82 %.

Die hochschulische Pflegeausbildung umfasst neben theoretischen und praktischen Lehrveranstaltungen auch Praxis Einsätze, die vornehmlich in Krankenhäusern sowie stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen stattfinden. Dabei sind die Hochschulen für die Koordination und Durchführung der Praxis Einsätze verantwortlich. Die Mehrheit der primärqualifizierenden Hochschulen (74 %) bestätigt, über genügend Praxis Einsätze für die Studierenden zur Durchführung der praktischen Ausbildung zu verfügen. Zwei Drittel der Hochschulen geben sogar an, dass die Studierenden ihrer Hochschule im Rahmen der Vorgaben eine freie Wahlmöglichkeit für Praxis Einsätze haben. Noch zur Analyse ausstehende Freitextantworten deuten allerdings darauf hin, dass dies nur möglich ist, weil keine Vollausslastung der Studiengänge vorliegt. Zur Gewährleistung der Praxis Einsätze schließen die Hochschulen Kooperationsvereinbarungen mit den Einrichtungen. Ein darüberhinausgehendes Qualitätsmerkmal ist, dass 85 % der Hochschulen mitteilen, dass die beiden Lernorte „Hochschule“ und „Praxis-einrichtung“ auf Grundlage eines Konzeptes kooperieren, das auch im Kooperationsvertrag schriftlich festgelegt ist. Auch der kommunikative Austausch zwischen den Lernorten wird von den Hochschulen als rege beschrieben. Auf einer Sechs-Punkte-Skala (1 = nie bis

6 = ständig) wird dieser in 85 % der Fälle in der positiven Hälfte der Skala (4, 5, 6) verortet.

Während die berufliche Pflegeausbildung durch ein Umlageverfahren refinanziert wird, sieht das Pflegeberufegesetz dies für den akademischen Bildungsweg bislang nicht vor. Der aktuelle Koalitionsvertrag der Bundesregierung sieht hierzu allerdings Regelungen vor (SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP 2021). Die bestehenden individuellen Finanzierungsmodelle an den primärqualifizierenden Hochschulen variieren sehr stark und können grob unterschieden werden in Vergütungen der Praxisphasen und kontinuierliche Finanzierungen jenseits des Bundesausbildungsförderungsgesetzes (BAföG). Hinsichtlich der Vergütung der Praxisphasen geben 59 % der Hochschulen an, dass diese allein von der jeweiligen Praxiseinrichtung abhängt. Die Höhe der Vergütung der primärqualifizierend Studierenden weist dabei ein großes Spektrum auf. Freitextantworten deuten darauf hin, dass die Spanne zwischen 350 € und 1.200 € pro Monat liegt. Knapp die Hälfte der primärqualifizierenden Hochschulen geben Werte zwischen 400 € und 500 € an. Davon zu unterscheiden ist die kontinuierliche Finanzierung der Studierenden, die über die gesamte Studiendauer hinweg erfolgt – ähnlich einer Ausbildungsvergütung. Bereits zum Zeitpunkt der Erhebung gibt es an einem Drittel der Hochschulen Finanzierungsmodelle für primärqualifizierend Studierende. Diese unterscheiden sich aber stark in der Form der Finanzierung. Die noch auszuwertenden Freitextantworten deuten darauf hin, dass unter den primärqualifizierenden Studiengängen auch die kontinuierliche Finanzierung vornehmlich über die Praxispartner bereitgestellt wird, die Studienausbildungsverträge mit den Studierenden schließen. In einem geringen Umfang werden auch Pflegestipendien angeboten. Es stellt sich heraus, dass die Hochschulen mit einem kontinuierlichem Finanzierungsmodell eine höhere Auslastung der Studienplätze aufweisen als jene ohne beständige Vergütung. Hierfür wurde die Substichprobe der Hochschulen mit primärqualifizierenden Studiengangsformen gesplittet nach „bie-

tet eine kontinuierliche Finanzierung an“ versus „bietet keine kontinuierliche Finanzierung an“. Für beide Substichproben wurde die Auslastung der Studiengänge neu berechnet. Bei den Hochschulen mit kontinuierlicher Finanzierung der primärqualifizierend Studierenden liegt die Auslastung bei 60 %, wohingegen sie bei den Hochschulen ohne kontinuierliche Finanzierung lediglich bei rund 42 % liegt.

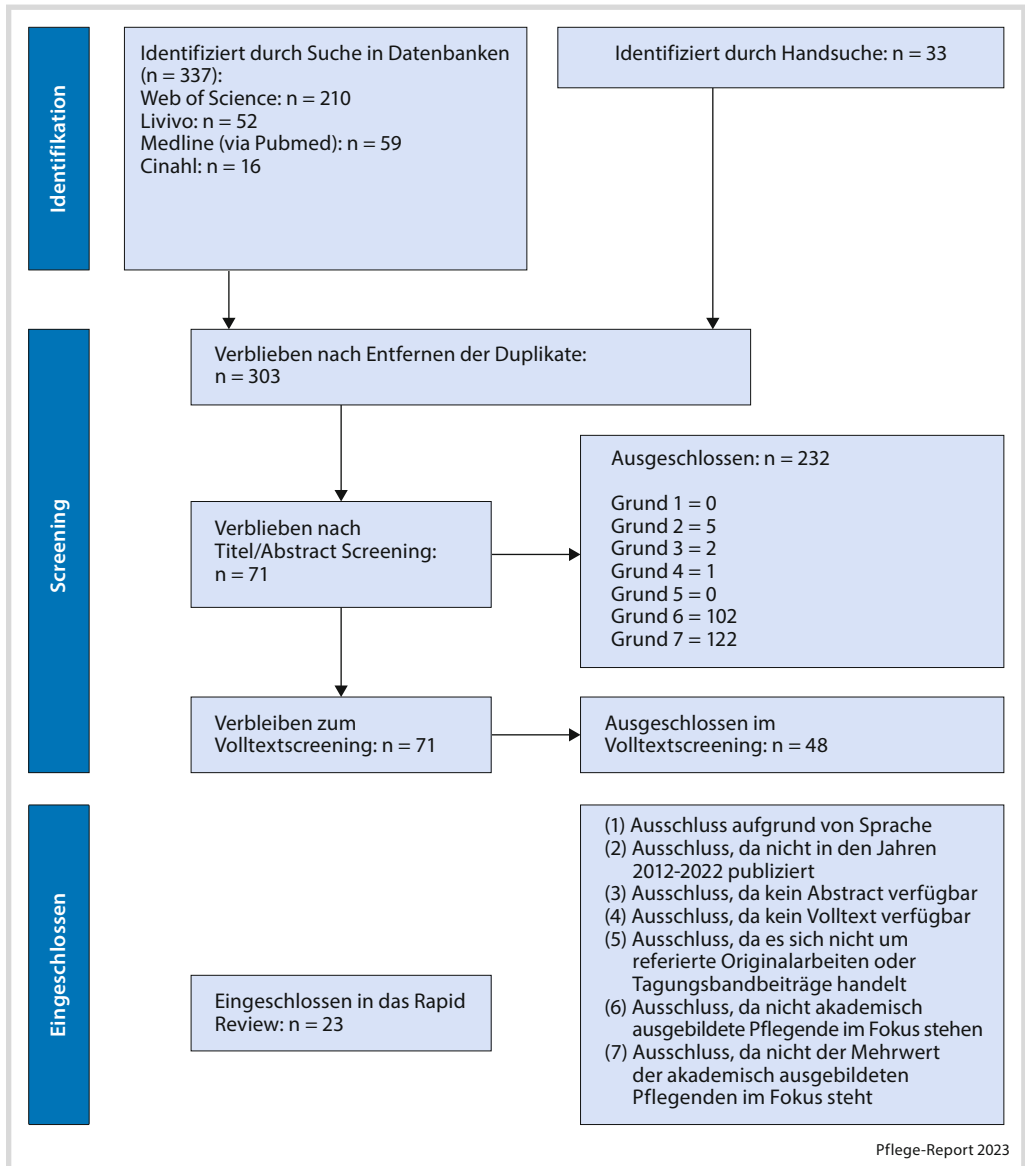
14.4.2 Operationalisierung und Messung des Mehrwerts akademisch Pflegender

Die Literaturrecherche und -auswahl erfolgte sukzessive. Zunächst konnten N = 370 Literaturquellen durch eine Datenbank- bzw. eine ergänzende (Hand-)Suche identifiziert werden. Nach automatischer Dubletten-Entfernung wurden die verbleibenden n = 303 Quellen bezüglich des Titels, Abstracts und der Schlüsselwörter untersucht. Durch das anschließende Title- und Abstract-Screening wurden n = 232 Studien ausgeschlossen, sodass noch n = 71 Volltexte verblieben. Die Volltexte wurden analysiert, sodass nach der Volltextanalyse n = 23 Studien eingeschlossen werden konnten (siehe ■ Abb. 14.2).

Von den n = 23 eingeschlossenen Studien konnten 18 Studien einen Mehrwert zeigen. Davon hatten n = 17 Studien ein quantitatives und eine Studie ein qualitatives Design. Unter den n = 17 quantitativen Studien, die einen Mehrwert gemessen haben, finden sich n = 11 quantitative Querschnittsstudien, zwei quantitative Längsschnittstudien und vier Reviews.

Insgesamt n = 13 Studien haben den Mehrwert unter Berechnung von Mortalitätsraten in Abhängigkeit vom Anteil des Gesundheitspflegefachpersonals mit einem akademischen Abschluss untersucht. Alle n = 13 Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die Mortalitätsrate sinkt, wenn der prozentuale Anteil an akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen erhöht wird; Stationen mit einem höherem Anteil an akademisch qualifiziertem Pflegefachpersonal haben eine niedrigere Sterblich-

keitsrate als Stationen mit einem niedrigeren Anteil an akademisch qualifiziertem Pflegefachpersonal (Aiken et al. 2014; Aiken et al. 2018; Audet et al. 2017; Blegen et al. 2013; Bourgon Labelle et al. 2019; Cho et al. 2015; Haskins und Pierson 2016; Kutney-Lee und Aiken 2013; Lasater et al. 2021; O'Brien et al. 2018; Porat-Dahlerbruch et al. 2022; Wiczyrek-Wójcik et al. 2022). Ein weiteres – den Mortalitätsraten nicht unähnliches – Kriterium zur Operationalisierung des Mehrwerts stellt die sogenannte Failure-to-Rescue-Rate dar, die in n = 7 Studien berechnet wurde. Auch hier konnte eine niedrigere Rate mit einem höheren Anteil an akademisch ausgebildetem Pflegepersonal in Zusammenhang gebracht werden (Aiken et al. 2012; Aiken et al. 2018; Audet et al. 2017; Blegen et al. 2013; Bourgon Labelle et al. 2019; Haskins und Pierson 2016; O'Brien et al. 2018). N = 4 Studien legten ihren Fokus auf die Auswirkungen des Einsatzes von Pflegenden mit akademischem Abschluss auf die Patientensicherheit, die als subjektive Einschätzung der Pflegefachpersonen erhoben wurde. Die Ergebnisse aller vier Studien deuten auf einen Mehrwert für die vom Pflegefachpersonal wahrgenommene Patientensicherheit hin (Abdul Rahman et al. 2015; Aiken et al. 2018; Anbari et al. 2019; Anbari und Vogelsmeier 2018). Ebenfalls n = 4 Studien haben die Verweildauer als Kriterium für die Messung eines Mehrwerts herangezogen. In diesen konnte bestätigt werden, dass die Dauer des Krankenhausaufenthalts durch eine höhere Quote an akademisch qualifiziert Pflegenden signifikant verkürzt wird (Aiken et al. 2018; Cho et al. 2018; Lasater et al. 2021; Yakusheva et al. 2014). Weiterhin konnte in n = 3 Studien ein Zusammenhang zwischen einer verringerten Wiederaufnahmerate und einem höheren Anteil an Pflegenden mit hochschulischer Qualifizierung hergestellt werden (Aiken et al. 2018; Lasater et al. 2021; Yakusheva et al. 2014). Jeweils eine Studie widmete sich der Patientenzufriedenheit (Aiken et al. 2018), der Anzahl der gemeldeten Stürze (Coto et al. 2020) und der Hirnleistung nach einem Herzstillstand (Harrison et al. 2019). Diese Studien



■ **Abb. 14.2** PRISMA Flowdiagramm. (Quelle: Page et al. 2021)

konnten in den jeweils untersuchten patientenbezogenen Outcome-Kriterien mit Zunahme akademisch ausgebildeter Pflegenden eine größer werdende Patientenzufriedenheit (Aiken et al. 2018), eine Verringerung der gemeldeten Stürze (Coto et al. 2020) und eine erhöhte Hirnleistung nach einem Herzstillstand fest-

stellen (Harrison et al. 2019). Insgesamt n = 5 der in das Rapid Review inkludierten Studien konnten keinen direkt patientenbezogenen Mehrwert feststellen. Zwei der Studien widmeten sich ebenfalls der Patientensicherheit, sie weisen beide ein qualitatives Design auf. Anbari et al. (2019) untersuchten im Zusam-

menhang mit der Patientensicherheit Kommunikationsunterschiede zwischen verschiedenen akademischen Qualifikationsniveaus.

Abdul Rahman et al. (2015) ermittelten in einer quantitativen Studie, dass höher qualifiziert Pflegende nicht maßgeblich mit einer besseren Pflegequalität und Patientensicherheit im Zusammenhang stehen. Die geringen Unterschiede in Bezug auf die schulische oder hochschulische Ausbildung der Pflegenden führten sie auf gute Schulungen in Lehrkrankenhäusern zurück, aus denen über 60 % der Studienteilnehmenden stammten.

Weinberg et al. (2012) konnten in ihrer quantitativen Studie keinen signifikanten Unterschied zwischen hochschulisch und schulisch ausgebildeten Pflegenden finden. Allerdings führen sie an, dass eine hohe Anzahl von Bachelorabsolventinnen und -absolventen sich positiv auf die Zusammenarbeit in der gesamten Abteilung bzw. die interdisziplinären Teams auswirkt (Weinberg et al. 2012).

Walker (2018) führt zudem aus, dass nicht primär die Anzahl der in der direkten Patientenversorgung tätigen Bachelor-Pflegenden als Problem beschrieben werden kann. Auch eine höhere Anzahl von hochqualifizierten Pflegenden könne den Mangel an Pflegepersonal, schlechte Arbeitsbedingungen etc. nicht ausgleichen. Sie stellt heraus, dass Pflegende für die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit von entscheidender Bedeutung sind und entsprechend ihrer Ausbildung eingesetzt werden sollten (Walker 2018). Letztendlich befürwortet die Autorin die Umsetzung einer akademischen Pflegeausbildung.

14.5 Diskussion

Auf Grundlage der hier vorgestellten Daten aus der Vollerhebung unter Hochschulen mit primärqualifizierendem Studienangebot in der Pflege kann die frühe Einführungsphase der hochschulischen Ausbildung nach Pflegeberufgesetz nachvollzogen werden. Besonders die Entwicklung der Studierendenzahl muss aber auch langfristig unter Berücksichtigung

von Attraktivitätsmerkmalen, wie beispielsweise einer kontinuierlichen Finanzierung, in den Blick genommen werden. Dies wird auch durch die im Koalitionsvertrag angekündigte Maßnahme untermauert, „[d]ie akademische Pflegeausbildung [zu] stärken [und d]ort, wo Pflegefachkräfte in Ausbildung oder Studium bisher keine Ausbildungsvergütung erhalten, [...] Regelungslücken [zu schließen].“ (SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP 2021). Eine systematische Dauerbeobachtung des gesamten Ausbildungsgeschehens in der Pflege geschieht im Rahmen des BIBB-Pflegepanels. Hierfür finden ab 2022 jährliche und auf Dauer angelegte Längsschnitterhebungen unter Hochschulen, Pflegeschulen und Ausbildungseinrichtungen statt. Das BIBB kommt damit seiner gesetzlichen Aufgabe der Einführung eines Monitorings zur Umsetzung der beruflichen und hochschulischen Ausbildung nach (§ 60 Absatz 6 Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung).

Hinsichtlich der akademischen Pflegeausbildung in Deutschland ist zu konstatieren, dass Nachholbedarf besteht. Die Akademisierungsquote liegt mit weniger als 1 % unter Betrachtung der primärqualifizierenden Pflegestudiengänge (Stand 2021) noch weit hinter den vom Wissenschaftsrat empfohlenen 10 bis 20 % (Wissenschaftsrat 2012). Das hier vorgestellte Rapid Review zeigt, dass empirische Belege dafür vorliegen, dass ein höheres Bildungsniveau der Pflegenden mit einem besseren Patienten-Outcome verbunden ist (Aiken et al. 2012; Aiken et al. 2014; Aiken et al. 2018; Audet et al. 2017; Blegen et al. 2013; Bourgon Labelle et al. 2019; Cho et al. 2015; Cho et al. 2018; Coto et al. 2020; Harrison et al. 2019; Haskins und Pierson 2016; Kutney-Lee und Aiken 2013; Lasater et al. 2021; O'Brien et al. 2018; Porat-Dahlerbruch et al. 2022; Sellers et al. 2014; Wieczorek-Wójcik et al. 2022; Yakusheva et al. 2014). Doch angenommen, die Akademisierungsquote steigt stetig und in Deutschland stünden 20 % akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen zur Verfügung, wo wäre ein Einsatz denkbar? Wenn ein Gesundheitssystem etab-

liert würde, in dem der Mensch im Mittelpunkt stünde, vernetzte Versorgung an regionalen Bedürfnissen orientiert wäre und die Gesundheitsfachberufe als multiprofessionelles Team an der Erreichung der Ziele ihrer Patienten arbeit[et]en (Behrend et al. 2020), übernähmen Pflegende auf allen Qualifikationsniveaus verantwortungsvolle Aufgaben. Personen mit Koordinations- und Lotsenfunktion sollten dabei die Angebote der unterschiedlichen Leistungserbringenden vernetzen und für die zu versorgenden Personen sinnvoll aufeinander abstimmen (Klapper 2021). Dabei könnte auf jeder Station eine berufserfahrene Pflegefachperson mit Bachelor- oder Masterqualifikation als pflegfachliche Leitung eingesetzt werden. Dies eröffnet zugleich die Perspektive, versorgungsorientierte Karrieremöglichkeiten als fachliche Leitung mit einer Abbildung in den Tarifsystemen und einer Refinanzierung durch den Kostenträger zu etablieren (Robert Bosch Stiftung 2018). In Einrichtungen der ambulanten und langzeitstationären Versorgung könnten Pflegende mit akademischem Abschluss Aufgaben im Bereich der erweiterten Heilkunde übernehmen. Sie trügen dann vermehrt dazu bei, dass zu versorgende Personen stabiler im häuslichen Umfeld verblieben, wodurch unnötige Kosten vermieden werden könnten (Klapper 2021). Beim Einsatz von akademisch ausgebildetem Pflegefachpersonal in der direkten Pflege stellt sich die Frage, was dieses von beruflich ausgebildeten Pflegenden unterscheidet (Marschon 2015). Im Idealfall sind die Anforderungen an die Pflege aufgrund der Ausprägung der Komplexität einer Pflegesituation und das benötigte Pflegefachpersonal bestmöglich aufeinander abgestimmt (Pitkäaho et al. 2015). Deshalb sollten berufserfahrende akademisch ausgebildete Pflegende sich insbesondere entsprechend ihrem Qualifikationsniveau in (hoch-)komplexen Pflegesituationen einbringen (Huber et al. 2020; Mächler 2014). Außerhalb der direkten Pflege sind Einsatzfelder akademisierter Pflegefachpersonen unter anderem im Case- und Care-Management oder im Deeskalationstraining innerhalb von Teams zu verorten (Krautz 2017a). Dies ist

besonders wichtig, da nicht nur der demographische und der epidemiologische Wandel, die in Kombination eine Zunahme von chronisch kranken und multimorbiden alten Menschen zur Folge haben, sondern auch die Diversität der Gesellschaft zu einer stetig anwachsenden Komplexität der pflegerischen Versorgung führen wird (Robert Koch-Institut 2015). Weitere Einsatzmöglichkeiten sind begleitende therapeutische Maßnahmen, welche die Pflegenden eigenständig ohne Reglementierung ärztlichen Vorbehalts durchführen können und den Handlungsspielraum und die Selbstständigkeit erweitern (Reinhardt-Meinzer 2015). Dadurch könnten insbesondere bestehende Versorgungslücken geschlossen werden. Ein zusätzlicher Tätigkeitsbereich spiegelt sich in der Auseinandersetzung mit pflegewissenschaftlichen Forschungslücken wieder. In der Pflegepraxis kommt es immer wieder zu Situationen, die ohne evidenzbasiertes Hintergrundwissen nicht zum Nutzen für Patientinnen und Patienten lösbar sind. Deshalb kommt es immer wieder vor, dass Entscheidungen getroffen und darüber hinaus Maßnahmen gesetzt werden, ohne im Vorhinein die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse ermittelt zu haben (Reinhardt-Meinzer 2015). Ein weiterer wichtiger Einsatzbereich für Absolventinnen und Absolventen pflegewissenschaftlicher Studiengänge liegt im Wissenstransfer. Hier geht es darum, komplexe evidenzbasierte Erkenntnisse in die Praxis zu implementieren, um die Pflegepraxis so zu verbessern, dass zu pflegende Personen davon profitieren (Darmann-Finck und Reuschenbach 2018). Pflegende mit akademischem Abschluss finden klassischerweise Beschäftigung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, beispielsweise in einer Führungsposition als Stations- oder Einrichtungsleitung oder im Gesundheits- oder Krankenhausmanagement (Claaßen et al. 2021). Eine weitere Zukunftsperspektive ist eine freiberufliche Berufsausübung, bei der unter anderem Aufgaben wie die Diagnosestellung oder die Prävention von Krankheiten in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten in den Tätigkeitsbereich fallen. Weiterhin sind Ein-

satzmöglichkeiten in der Pflegeberatung und -begutachtung bei Kranken- und Pflegekas- sen, und auch bei Gesundheitsämtern, Verei- nen und Verbände gegeben. Zudem besteht die Option, eine wissenschaftliche Karriere zu verfolgen, indem ein auf den Bachelor- abschluss aufbauendes Masterstudium aufge- nommen wird. Hierfür gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Spezialisierungsmöglichkei- ten, z B. im Bereich Pflegemanagement, Pfl- egeforschung oder Advanced Nursing Practice (ANP). Absolventinnen und Absolventen ei- nes Studiums Pflegemanagement sind darauf vorbereitet, führende Positionen in einer pfl- egerischen Einrichtung zu übernehmen, etwa als Pflegedienst- oder Stationsleitung. Nach einem Studium in der Pflegewissenschaft be- steht die Aussicht, eine Position in Lehr- und Forschungseinrichtungen an Fachhoch- schulen oder Universitäten zu erhalten. Ad- vanced Nursing Practitioners sind für eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit verantwortlich und dazu befugt, ethische Ent- scheidungen zu treffen, körperliche Untersu- chungen durchzuführen, Diagnostiken anzu- ordnen oder eine führende Rolle im Clinical Leadership zu übernehmen (Stephanow 2019, 2020; Taufer et al. 2018). Bezüglich der Frage- stellung, ob 20 % Akademisierung ausreichen, um eine professionelle Vertretung der eigenen Berufsgruppe im Versorgungs-, Verwaltungs-, und Politikkontext (Linseisen 2017) erfolg- reich durch einen Mix an beruflich und aka- demisch qualifizierten Pflegefachpersonen si- cherzustellen, besteht weiterer Forschungsbe- darf.

14.6 Limitationen

Die Ergebnisse der Sondererhebung der pri- märqualifizierenden Hochschulen aus dem BIBB-Pflegepanel müssen immer im Rah- men der dynamischen Entwicklung des jungen Pflegeberufegesetzes betrachtet werden, wenn- gleich die erreichte Vollerhebung hier gute Erklärungsansätze liefert.

Bezüglich des Rapid Reviews ist anzu- führen, dass dieses aufgrund der methodi- schen Konzipierung als eben solches eventuell nicht die gesamte in Frage kommende Li- teratur abbildet. Es lassen sich verschiedene Verzerrungen vermuten, die Einfluss auf die hier vorliegenden Ergebnisse nehmen können. Beispielsweise zu nennen ist der *publication bias*, der in einer statistisch verzerrten Dar- stellung der Datenlage in wissenschaftlichen Zeitschriften infolge einer bevorzugten Ver- öffentlichung von Studien mit positiven bzw. signifikanten Ergebnissen begründet ist. Auch ein *language publication bias* kann dadurch zustande gekommen sein, dass nur nach elek- tronischen Publikationen in deutscher oder englischer Sprache gesucht wurde. Trotz die- ser beschriebenen Limitationen sind Rapid Re- views in der Gesamtbetrachtung im Bereich der Akademisierung der Gesundheitsfachbe- rufe zur Bewertung und Unterstützung einer gleichsam fundierten wie schnellen Entschei- dungsfindung von besonderer Relevanz.

Literatur

- Aiken LH, Sermeus W, van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, Bruyneel L, Rafferty AM, Grif- fiths P, Moreno-Casbas MT, Tishelman C, Scott A, Brzostek T, Kinnunen J, Schwendimann R, Heinen M, Zikos D, Sjetne IS, Smith HL, Kutney-Lee A (2012) Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 344:e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observa- tional study. *Lancet* 383(9931):1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, Maier CB, Moreno-Casbas T, Ball JE, Ausserhofer D, Sermeus W (2017) Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the as- sociation with mortality, patient ratings, and quality

- of care. *BMJ Qual Saf* 26(7):559–568. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>
- Aiken LH, Cerón C, Simonetti M, Lake ET, Galiano A, Garbarini A, Soto P, Bravo D, Smith HL (2018) Hospital nurse staffing and patient outcomes. *Revista Médica Clínica Las Condes* 29(3):322–327. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.011>
- Anbari AB, Vogelsmeier A (2018) Associate degree in nursing-to-bachelor of science in nursing graduates' education and their perceived ability to keep patients safe. *J Nurs Educ* 57(5):300–303. <https://doi.org/10.3928/01484834-20180420-09>
- Anbari AB, Vogelsmeier A, Dougherty DS (2019) Patient safety communication among differently educated nurses: converging and diverging meaning systems. *West J Nurs Res* 41(2):171–190. <https://doi.org/10.1177/0193945917747600>
- Audet LA, Bourgault P, Rochefort CM (2017) Associations between nurse education and experience and the risk of mortality and adverse events in acute care hospitals: a systematic review of observational studies. *International J Nurs Stud* 80:128–146. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.007>
- Behrend R, Maaz A, Sepke M, Peters H (2020) Interprofessionelle Teams in der Versorgung. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2019*. Springer, Berlin Heidelberg, S 201–210
- Blegen MA, Goode CJ, Park SH, Vaughn T, Spetz J (2013) Baccalaureate education in nursing and patient outcomes. *J Nurs Adm* 43(2):89–94. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31827f2028>
- Bourgon Labelle J, Audet LA, Farand P, Rochefort CM (2019) Are hospital nurse staffing practices associated with postoperative cardiac events and death? A systematic review. *PLoS ONE* 14(10):e223979. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223979>
- Buchberger B, Heymann R, Pomorin N, Friepörtner K, Huppertz H, Geer P, Wasem J (2011) Effektivität von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonal. *Gesundheitsförderung (BGF) zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonal*. Gesundheitswesen. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1283419>
- Cho E, Sloane DM, Kim E-Y, Kim S, Choi M, Yoo IY, Lee HS, Aiken LH (2015) Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: an observational study. *Int J Nurs Stud* 52(2):535–542. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.08.006>
- Cho E, Park J, Choi M, Lee HS, Kim EY (2018) Associations of nurse staffing and education with the length of stay of surgical patients. *J Nurs Scholarsh* 50(2):210–218. <https://doi.org/10.1111/jnu.12366>
- Claaßen AC, Jailer K, Martens D, Oetting-Roß C (2021) Handlungsfelder und Arbeitsbereiche nach dem dualen Pflegestudium – Eine Verbleibstudie an der FH Münster. *Heilberufe Sci* 12(1-2):30–38. <https://doi.org/10.1007/s16024-021-00350-2>
- Coto JA, Wilder CR, Wynn L, Ballard MC, Webel D, Petkun H (2020) Exploring the relationship between patient falls and levels of nursing education and certification. *J Nurs Adm* 50(1):45–51. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000838>
- Darmann-Finck I (2012) Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. *Pflege Ges* 17(3):216–232
- Darmann-Finck I, Reuschenbach B (2018) Qualität und Qualifikation: Schwerpunkt Akademisierung der Pflege. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2018*. Springer, Berlin, S 163–170 https://doi.org/10.1007/978-3-662-56822-4_15
- Grant MJ, Booth A (2009) A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J* 26(2):91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Harrison JM, Aiken LH, Sloane DM, Brooks CJM, Merchant RM, Berg RA, McHugh MD (2019) Hospitals with more nurses who have baccalaureate degrees, better outcomes for patients after cardiac arrest in. *Health Aff* 38(7):1087–1094
- Haskins S, Pierson K (2016) The impact of the bachelor of science in nursing (BSN) degree on patient outcomes: a systematic review. *J Nurs Pract Appl Rev Res* 6(1):40–49
- Heitmann D, Reuter C (2019) Was soll ich studieren? Heilberufe 71(9):55–57. <https://doi.org/10.1007/s00058-019-0133-x>
- Hochschulrektorenkonferenz (2017) Primärqualifizierende Studiengänge in Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften. https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-01-Beschluesse/Entschliessung_Primaerqualifizierende_Studiengaenge_14112017.pdf
- Hofrath C, Peters M, Dorin L (2021) Aufbau und Erprobung eines Monitorings zur Umsetzung der Pflegeausbildungen. https://www.bibb.de/dokumente/pdf/Bericht_BIBB_Pflege_Panel_05.2021.pdf
- Huber E, Kleinknecht-Dolf M, Kugler C, Spirig R (2020) „Man muss stets aufmerksam sein“ [Öne always has to be watchful“: Categorisation of patient-related complexity of nursing care in acute care hospitals]. *Pflege* 33(3):143–152. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000738>
- Klapper B (2021) Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens, 1. Aufl. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft <https://livivo.idm.oclc.org/login?url=https://ebookcentral.proquest.com/lib/zbmed-ebooks/detail.action?docID=6792767>
- Klein B, Hamel L, Peters M, Meng M (2022) Patientenbezogener Mehrwert des Einsatzes von Pflegefachpersonen mit akademischer Ausbildung: ein Rapid Review. Discussion Paper Version 1.0. BIBB. Bun-

- desinstitut für Berufsbildung, Bonn (https://res.bibb.de/vet-repository_780880)
- Koch F (2012) Pflegeausbildung in den USA: Ein Vorbild? *Padua* 7(3):132–136. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000060>
- Köpke S, Meyer G (2013) Aktuelle Entwicklungen in der Pflegeforschung. In: Zängl P (Hrsg) *Pflegeforschung trifft Pflegepraxis*. Springer VS, Wiesbaden, S 51–63 https://doi.org/10.1007/978-3-658-02573-1_3
- Krautz B (2017a) Einsatz akademisierter Pflegekräfte – Eine Management-Perspektive. In: Bechtel P, Smerdka-Arhelger I, Lipp K (Hrsg) *Pflege im Wandel gestalten – eine Führungsaufgabe: Lösungsansätze, Strategien, Chancen*, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg, S 139–148 https://doi.org/10.1007/978-3-662-54166-1_14
- Krautz B (2017b) Einsatz akademisierter Pflegekräfte – Eine Management-Perspektive. In: Bechtel P, Smerdka-Arhelger I, Lipp K (Hrsg) *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe*. Springer, Berlin Heidelberg, S 139–148 https://doi.org/10.1007/978-3-662-54166-1_14
- Kutney-Lee A, Aiken L (2013) The case for baccalaureate-prepared nurses. *LDI Issue Brief* 18(6):1–4
- Lasater KB, Sloane DM, McHugh MD, Porat-Dahlerbruch J, Aiken LH (2021) Changes in proportion of bachelor's nurses associated with improvements in patient outcomes. *Res Nurs Health* 44(5):787–795. <https://doi.org/10.1002/nur.22163>
- Lehmann Y (2014) Qualifizierungen für die Anästhesie(pflege) im Wandel. *intensiv* 22(05):271–275. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1389580>
- Linseisen E (2017) Professionalisierung, Pflege und Politik. *BAND Lehrkompetenz lehren*, S 41–56 <https://doi.org/10.1515/9783110500707-003/pdf>
- Mächler K (2014) Ein Karrieremodell für die Pflege in der Schweiz. In: Tewes R, Stockinger A (Hrsg) *Personalentwicklung in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen*. Springer, Berlin Heidelberg, S 191–203 https://doi.org/10.1007/978-3-642-37324-4_14
- Marschon N (2015) Die Akademisierung des diplomierten Pflegepersonals und die Übertragung ärztlicher Aufgaben auf das nichtärztliche Personal aus arbeitsrechtlicher Sicht. Diplomarbeit
- Morin K (2014) Nursing education: the past, present and future. *J Health Specialties* 2(4):136. <https://doi.org/10.4103/1658-600X.142781>
- Mühlherr L (2013) Akademische Grundbildung in der Pflege in der Schweiz. In: Darmann-Finck I, Hülsken-Giesler M (Hrsg) *Spezial 6 – Hochschultage Berufliche Bildung 2013 Fachtagung 14. Spezial 6, Hochschultage Berufliche Bildung 2013*
- O'Brien D, Knowlton M, Whicello R (2018) Attention health care leaders: literature review deems baccalaureate nurses improve patient outcomes. *Nurs Educ Perspect* 39(4):E2–E6. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000303>
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, Moher D (2021) The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev* 10(1):89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Pitkääho T, Partanen P, Miettinen M, Vehviläinen-Julkunen K (2015) Non-linear relationships between nurse staffing and patients' length of stay in acute care units: Bayesian dependence modelling. *J Adv Nurs* 71(2):458–473. <https://doi.org/10.1111/jan.12550>
- Porat-Dahlerbruch J, Aiken LH, Lasater KB, Sloane DM, McHugh MD (2022) Variations in nursing baccalaureate education and 30-day inpatient surgical mortality. *Nurs Outlook* 70(2):300–308. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.09.009>
- Rahman AH, Jarrar M, Don MS (2015) Nurse level of education, quality of care and patient safety in the medical and surgical wards in Malaysian private hospitals: a cross-sectional study. *Glob J Health Sci* 7(6):331–337. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p331>
- Reinhardt-Meinzer N (2015) Studienangebote in der Pflege – eine Arbeitgeberperspektive. Schriftenreihe „Hochschule im Wandel“. https://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/dachmarke/dm_lokal/oho/oho1/informationmaterial/veroeffentlichungen_2/intern_3/ab_12_fallstudie.pdf
- Robert Bosch Stiftung (2018) 360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten
- Robert Koch-Institut (2015) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis
- Sellers K, Millenbach L, Zittel B, Tydings D, Murray C (2014) Influence of RN BS education on nursing practice: outcomes create a moral imperative for nurse leaders. *Nurse Lead* 12(6):28–32. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2014.09.007>
- SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021) *Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit: Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP*. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173ee9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>
- Stephanow V (2019) Implementierung von Pflegeexperten/innen APN in deutschen Krankenhäusern: Chancen & Herausforderungen: Bedarfsanalyse aus der Perspektive von Pflegedirektor/innen. *Pädagogik Gesundheitsberufe* 6(3):214–226 (<https://magazin.hs-gesundheit.de/app/uploads/2020/01/Artikel.pdf>)
- Stephanow V (2020) Advanced Practice Nurses: Pionierarbeit am Patienten. *Pflegezeitschrift* 73(4):10–13. <https://doi.org/10.1007/s41906-020-0680-4>

- Stern C, Jordan Z, McArthur A (2014) Developing the review question and inclusion criteria. *Am J Nurs* 114(4):53–56. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000445689.67800.86>
- Sutton A, Clowes M, Presto L, Booth A (2019) Meeting the review family: exploring review types and associated information retrieval requirements. *Health Info Libr J* 36(3):202–222. <https://doi.org/10.1111/hir.12276>
- Taufer R, Fuchs D, Maier CB, Focke K (2018) Advanced Nursing Practice – eine Zukunftsperspektive für die Versorgung. *GuS* 72(6):30–36 (<https://www.jstor.org/stable/26766422>)
- Walker S (2018) Positive patient outcomes: More than a degree. *Teach Learn Nurs* 13(4):A13–A15
- Weinberg DB, Cooney-Miner D, Perloff JN (2012) Analyzing the relationship between nursing education and patient outcomes. *J Nurs Regul* 3(2):4–10. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30212-X](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30212-X)
- Wieczorek-Wójcik B, Gaworska-Krzemińska A, Szykiewicz P, Wójcik M, Orzechowska M, Kilańska D (2022) Cost-effectiveness analysis of improving nurses' education level in the context of in-hospital mortality. *Int J Environ Res Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020996>
- Wissenschaftsrat (2012) Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. https://www.vdd.de/fileadmin/downloads/Neu2012/Empfehlung_Wissenschaftsrat_2411-12.pdf
- Wissenschaftsrat (2022) HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update: Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung
- Yakusheva O, Lindrooth R, Weiss M (2014) Economic evaluation of the 80 % baccalaureate nurse workforce recommendation: a patient-level analysis. *Med Care* 52(10):864–869. <https://doi.org/10.1097/MLR.000000000000189>

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Daten und Analysen

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 15	Pflegebedürftigkeit in Deutschland – 235
	<i>Sören Matzk, Chrysanthi Tsiasioti, Susann Behrendt, Kathrin Jürchott, Felipe Argüello Guerra und Antje Schwinger</i>



Pflegebedürftigkeit in Deutschland

*Sören Matzk, Chrysanthi Tsiasioti, Susann Behrendt,
Kathrin Jürchott, Felipe Argüello Guerra und Antje Schwinger*

Inhaltsverzeichnis

15.1	Datengrundlage und Methodik – 236
15.2	Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit – 237
15.2.1	Prävalenz der Pflegebedürftigkeit – 237
15.2.2	Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit – 239
15.2.3	Ambulante Unterstützungs- und Entlastungsleistungen – 243
15.3	Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen – 250
15.3.1	Ambulante ärztliche Versorgung – 250
15.3.2	Stationäre Versorgung – 253
15.3.3	Versorgung mit Arzneimitteln – 256
15.3.4	Versorgung mit Heilmittelleistungen – 261
	Literatur – 268

■ ■ Zusammenfassung

Der Beitrag liefert ein ausführliches Bild zum Stand der Pflegebedürftigkeit und der gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen in Deutschland. Die Analysen basieren auf GKV-standardisierten AOK-Daten. Sie zeigen Prävalenz, Verläufe und Versorgungsformen der Pflege sowie Kennzahlen zur gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen. Im Fokus stehen die Inanspruchnahme von ärztlichen und stationären Leistungen, Polymedikation und Verordnungen von PRISCUS-Wirkstoffen und Psychopharmaka. Die Ergebnisse werden der Versorgung der Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters gegenübergestellt und differenziert nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungssetting ausgewiesen.

The article provides empirical insights on the scope and state of long-term care services in Germany. This includes health service provision for persons in need of care. The article lays out key figures regarding the prevalence, pathways and forms of care based on standardised AOK statutory health insurance data. An additional focus lies on the use of outpatient and inpatient health care services as well as on polypharmacy and prescriptions of PRISCUS medication and psychotropic drugs. Findings are contrasted with data on members of the same age group who are not in need of care and discussed in relation to the severity of the need of care and the care provision setting.

cherung (GKV) analysiert werden. Für die Datenjahre 2020 und 2021 ist zu berücksichtigen, dass die Covid-19-Pandemie die ansonsten über die Jahre relativ konstanten Inanspruchnahmestrukturen und damit einhergehende dokumentierte Abrechnungsinformationen und Diagnosen wesentlich verändert hat. Für alle dargelegten Analysen gilt insofern, dass die Effekte der Pandemie bei der Interpretation der beschriebenen Versorgungsaspekte und insbesondere der beobachteten Veränderungsraten zum Vorjahr zu berücksichtigen sind. An einigen Stellen wurden nochmals explizit entsprechende Hinweise ergänzt. Für die Standardisierung der AOK-Routinedaten wurde die amtliche Statistik über die Versicherten der GKV (KM 6) mit dem Erhebungsstichtag 1. Juli eines Jahres verwendet. Die Darstellung der AOK-Routinedaten erfolgt demnach so, als würden die AOK-Versicherten bezogen auf Fünf-Jahres-Altersklassen die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie die gesamte gesetzlich krankenversicherte Bundesbevölkerung aufweisen. Verzerrungen der Ergebnisse durch Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen AOK- und GKV-Population sind damit ausgeglichen und die Übertragbarkeit der Informationen wird erhöht. Für andere Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme von Pflege- oder Gesundheitsleistungen gilt dies nicht. An einigen Stellen wird auf die amtliche Statistik PG 2 „Leistungsempfänger nach Pflegegraden, Altersgruppen und Geschlecht“ des Bundesministeriums für Gesundheit zurückgegriffen. Die PG 2 ist als stichtagsbezogene Statistik von allen SPV-Trägern zum 30. Juni bzw. 31. Dezember zu erstellen und zu melden. Die statistischen Berechnungen und graphischen Aufbereitungen wurden mit Hilfe der Statistiksoftware R (4.2.2) unter Verwendung folgender Pakete erstellt: RODBC (1.3-20), dplyr (1.1.1), tidyverse (2.0.0), maptools (1.1-6), rgdal (1.6-6) und ggplot2 (3.4.2).

15.1 Datengrundlage und Methodik

Die Analysen basieren auf verschlüsselten Abrechnungsdaten der AOK. Für die soziale Pflegeversicherung (SPV) steht dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDo) seit 2015 ein bundesweiter Datensatz zur Verfügung. Diesen Daten ist der Personenbezug entzogen, sie können aber sowohl jahresübergreifend als auch in Kombination mit weiteren im WiDo vorliegenden Abrechnungsinformationen der gesetzlichen Krankenversi-

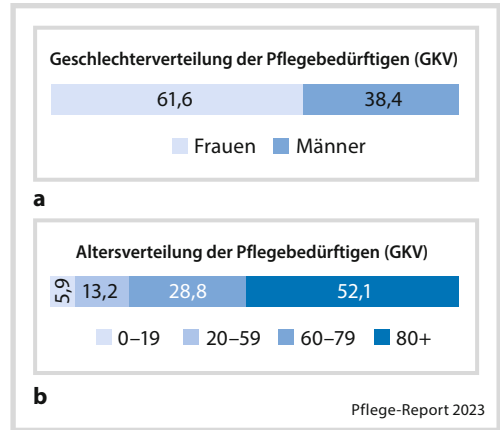
15.2 Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit

15.2.1 Prävalenz der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht

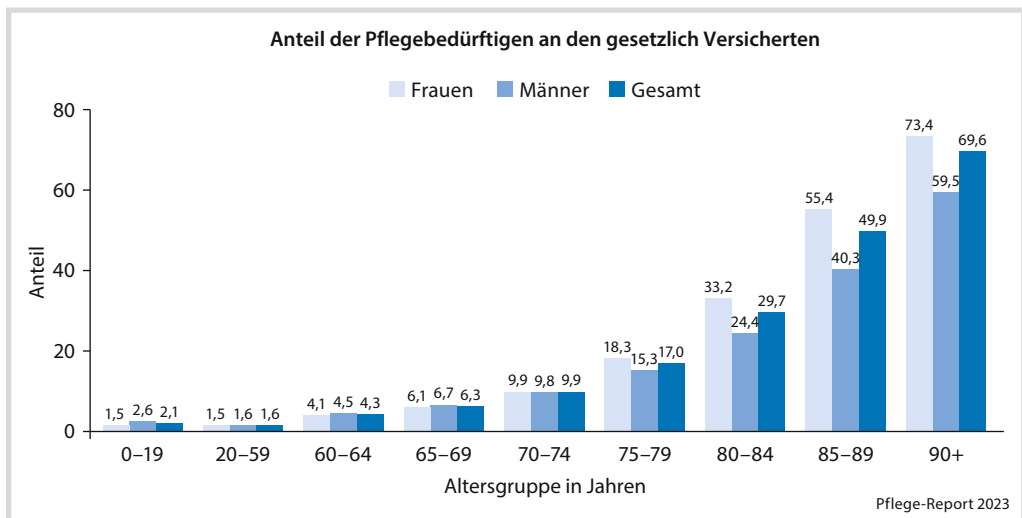
Mit Ende des Jahres 2021 waren laut amtlicher Statistik der Sozialen Pflegeversicherung 4,6 Mio. Personen pflegebedürftig, davon etwas weniger als zwei Drittel (61,6 %) Frauen (2,8 Mio. Pflegebedürftige). Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen (52,1 %) sind 80 Jahre und älter (2,4 Mio. Pflegebedürftige). Rund ein Zwanzigstel der Pflegebedürftigen (5,9 %) sind Kinder und Jugendliche (272 Tsd. Personen; ■ Abb. 15.1).

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu sein (■ Abb. 15.2). Sind im Jahr 2021 bei Kindern und Jugendlichen sowie Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen zwei und drei von 100 gesetzlich Krankenversicherten pflegebedürftig,



■ **Abb. 15.1** Pflegebedürftige in der GKV nach Alter und Geschlecht, in % (2021; inkl. Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: Amtliche Statistik PG 2, Amtliche Statistik KM 6)

trifft dies bei den 75- bis 79-Jährigen bereits jede sechste Person (17,0 %). In den höchsten Alterssegmenten verdreifacht sich diese Prävalenzrate auf 50 % bei den 85- bis 89-Jährigen. Bei den über 90-Jährigen sind



■ **Abb. 15.2** Anteil der Pflegebedürftigen an den gesetzlich Versicherten nach Alter und Geschlecht, in % (2021; inkl. Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Ein-

richtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: Amtliche Statistik PG 2, Amtliche Statistik KM 6)

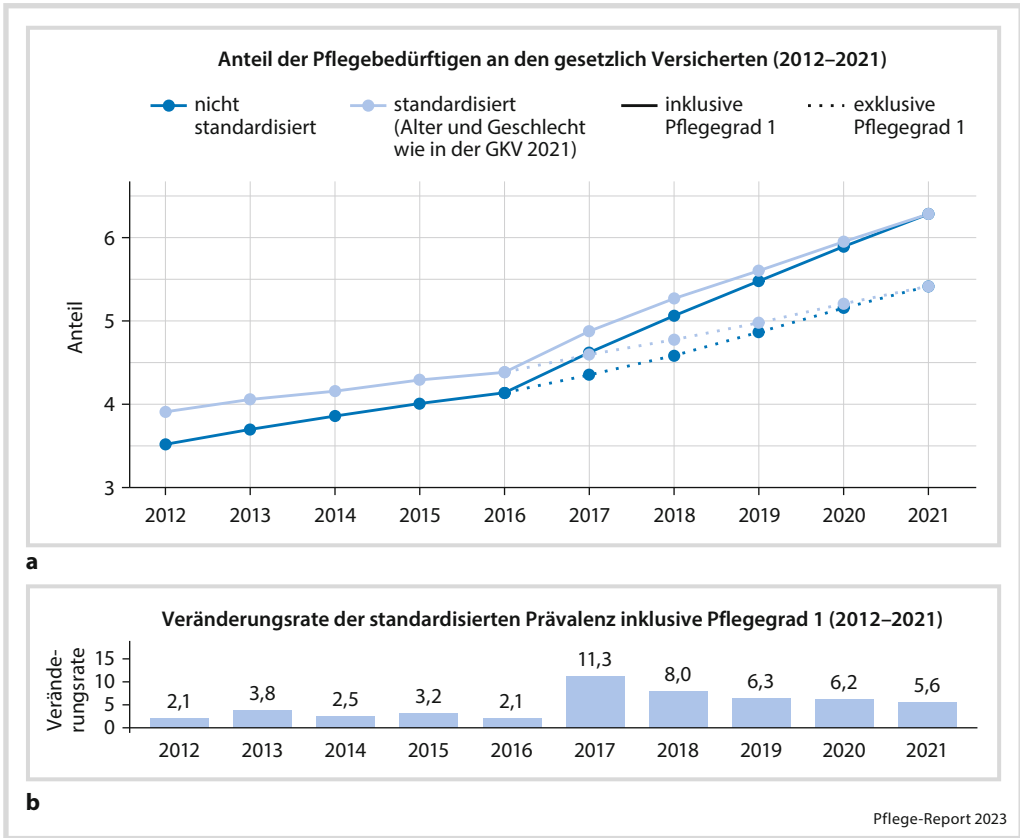


Abb. 15.3 Anteil der Pflegebedürftigen an den gesetzlich Versicherten im Zeitverlauf, in % (2012–2021; inkl. Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen

gen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: Amtliche Statistik PG 2, Amtliche Statistik KM 6)

zwei Drittel der Personen (69,6 %) pflegebedürftig. Mit steigendem Alter unterscheidet sich zudem deutlich die Pflegeprävalenz zwischen Männern und Frauen (Abb. 15.2): Während etwa 40 % der 85- bis 89-jährigen Männer von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, betrifft dies mehr als die Hälfte aller Frauen (55,4 %) im gleichen Alterssegment. Bei den über 90-jährigen Männern ist schließlich etwas mehr als jeder Zweite (59,5 %) pflegebedürftig, bei den gleichaltrigen Frauen hingegen sind es drei Viertel (73,4 %).

Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist innerhalb der letzten zehn Jahre deutlich gestiegen: Im

Jahr 2021 waren im Durchschnitt 6,3 % der gesetzlich versicherten Bundesbürger pflegebedürftig (Abb. 15.3). Zehn Jahre früher, im Jahr 2012, betraf dies lediglich 3,5 %, was einem Anstieg um rund 80 % entspricht. Bereinigt man die Werte um die fortschreitende Alterung der Gesellschaft und legt für alle Jahre die Alters- und Geschlechtsstruktur der GKV-Versicherten des Jahres 2021 zugrunde, dann fällt der Anteil deutlich schwächer aus (Abb. 15.3): Bereits 2012 waren demgemäß 3,9 % der gesetzlich Versicherten pflegebedürftig gewesen, der Anstieg bis zum 2021er Wert beträgt dann noch rund 60 %. Folglich lässt sich die beobachtete Zunahme der Pflegeprävalenz zwischen 2012 und 2021 nur zu

einem Teil auf die Entwicklung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung zurückführen.

Die deutliche Zunahme der Pflegeprävalenz ab 2016 ist mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Januar 2017 verbunden. Mit der Reform war u. a. die Erwartung verbunden, dass sich der Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung weiter verbessert. Deutlich wird in [Abb. 15.3](#), dass der Zuwachs an Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 den Anstieg der Pflegeprävalenz zu einem großen Teil begründet: Lässt man den Grad 1 außen vor, wäre die Pflegeprävalenz – bereinigt um den Alterungseffekt der Bevölkerung – von 2012 bis 2021 nur noch um rund 40 % gestiegen. Sichtbar wird ferner: Auch fünf Jahre nach Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs steigt die Pflegeprävalenz deutlich über dem demographisch zu erwartenden Niveau. Hieraus ergeben sich wichtige Forschungsfragen zu möglichen Gründen dieses Anstiegs. Zu diskutieren sind beispielsweise epidemiologische (z. B. Anstieg von Demenzen), angebots- und nachfrageinduzierte (z. B. bessere Verfügbarkeit und Bekanntheit der Angebote), sozioökonomische (z. B. Zunahme von Single-Haushalten, Absinken des verfügbaren Haushaltseinkommens/Abhängigkeit von Transferleistungen der SPV) oder gesellschaftlich-normative (z. B. positive Wertung/keine Assoziation von Stigmatisierung bei Pflegebedürftigkeit; Schwinger et al. [2023](#)).

Schwere der Pflegebedürftigkeit

Seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Januar 2017 unterteilt sich die Schwere der Pflegebedürftigkeit definitorisch in fünf Pflegegrade (zuvor drei Pflegestufen). Rund jeder siebte Pflegebedürftige hatte im Jahr 2021 laut amtlicher Statistik „geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ (Pflegegrad 1; 13,8 %), 41 % wiesen „erhebliche Beeinträchtigungen“ (Pflegegrad 2) auf ([Abb. 15.4](#)). Im Schnitt jeder fünfte Pflegebedürftige ist von „schweren Beeinträchtigungen“ (Pflegegrad 3; 28,2 %) bzw. von „schwersten Beeinträchtigungen“ (Pflege-

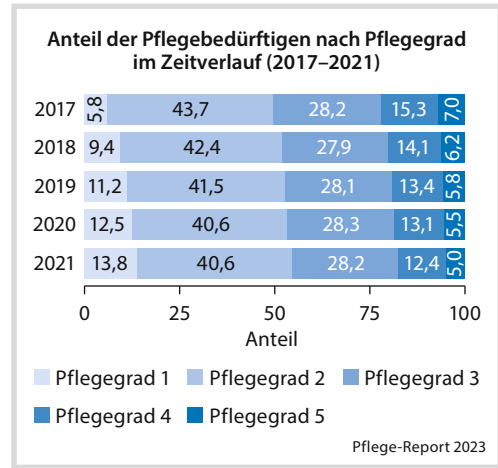


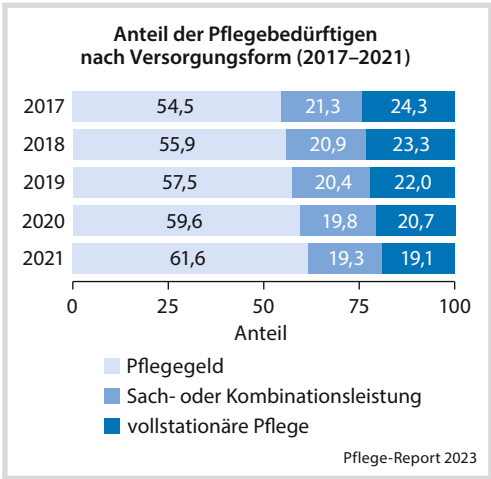
Abb. 15.4 Anteil der Pflegebedürftigen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit (2017–2021), in % (inkl. Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: Amtliche Statistik PG 2)

grad 5; 5,0 %) betroffen. Die Pflegeschwere hat sich in diesem kurzen zeitlichen Verlauf deutlich verändert: Der Anteil Personen in den Pflegegraden 2, 4 und 5 nimmt ab, während der Anteil mit Pflegegrad 1 deutlich zugenommen hat.

15.2.2 Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit

Versorgungsformen nach Alter und Geschlecht

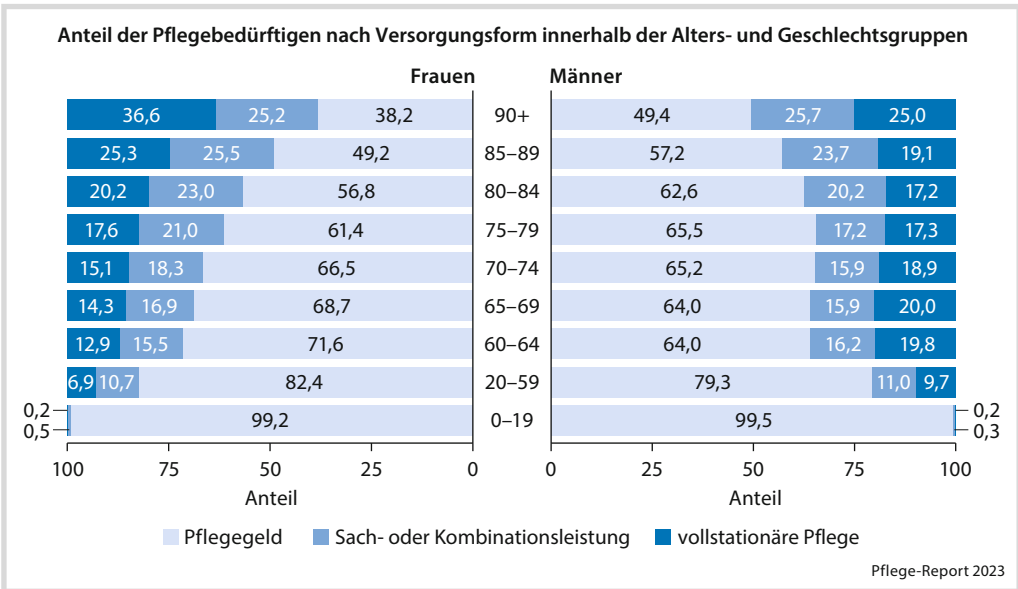
Die folgenden Analysen vergleichen ambulant und vollstationär versorgte Pflegebedürftige (§ 43 SGB XI). Die Betrachtung der ambulant Gepflegten unterscheidet zwischen Empfängerinnen und Empfängern reiner Geldleistungen (d. h. Personen mit Pflegegeldbezug [§ 37 SGB XI] ohne jegliche weitere Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst [im Sinne des § 36 SGB XI] und solchen mit Sachleistungs- [§ 36 SGB XI] bzw. Kombinationsleistungsbezug [§ 38 SGB XI]). Im Jahr 2021 wurden vier von fünf Pflegebedürftigen



■ **Abb. 15.5** Anteil der Pflegebedürftigen nach Versorgungsform im Jahresvergleich, im Durchschnitt der Monate, in % (2017–2021; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

(80,9 %) in ihrer häuslichen Umgebung betreut (■ Abb. 15.5): Deutlich über die Hälfte aller Pflegebedürftigen (61,6 %) bezogen ausschließlich Pflegegeld. Ein Fünftel (19,3 %) entschied sich entweder für eine Kombination aus Geld- und Sachleistung oder für den alleinigen Bezug von Sachleistungen. Weiterhin jede fünfte pflegebedürftige Person (19,1 %) wurde in einem stationären Pflegeheim versorgt.

Die Unterschiede zwischen den Versorgungsformen sind weniger geschlechts- als vielmehr altersabhängig (■ Abb. 15.6): Leisten bei pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen nahezu immer die Angehörigen die Versorgung (Pflegegeld), trifft dies bei Personen im Alter von 20 bis 59 Jahren auf rund 80 % der Frauen und Männer zu. Auch Pflegebedürftige zwischen 60 und 74 Jahren sind noch überwiegend reine Geldleistungsbezieher, ab 85 Jahren bei den Frauen und erst ab 90 Jahren bei den Männern ist es nicht mehr die Mehrheit der Kohorte. Komplementär steigt der Anteil



■ **Abb. 15.6** Anteil der Pflegebedürftigen nach Versorgungsform innerhalb der Alters- und Geschlechtsgruppen, im Durchschnitt der Monate, in % (2021; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

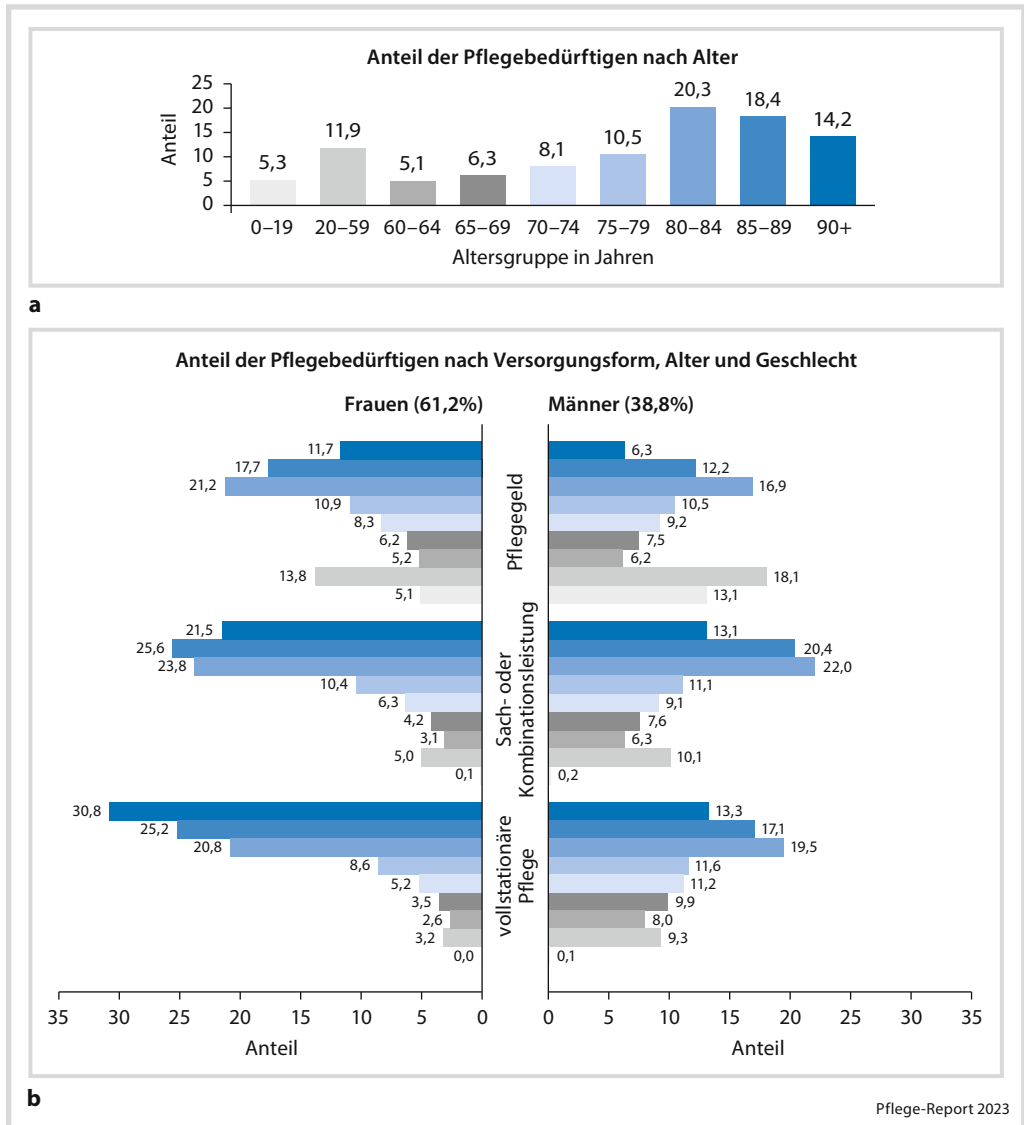


Abb. 15.7 Anteil der Pflegebedürftigen nach Alter innerhalb der Versorgungsform und Geschlechtsgruppe, im Durchschnitt der Monate, in % (2021; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

von Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Während in jüngeren Jahren Männer wesentlich häufiger als Frauen vollstationär versorgt werden, kehrt sich dieses Verhältnis ab einem Alter von 80 Jahren um (Abb. 15.6).

Innerhalb der einzelnen Versorgungsformen variiert die Altersverteilung bei geschlechtsspezifischer Betrachtung ebenso (Abb. 15.7): Beispielsweise sind mehr als drei Viertel (76,8 %) der vollstationär gepflegten Frauen mindestens 80 Jahre alt, die

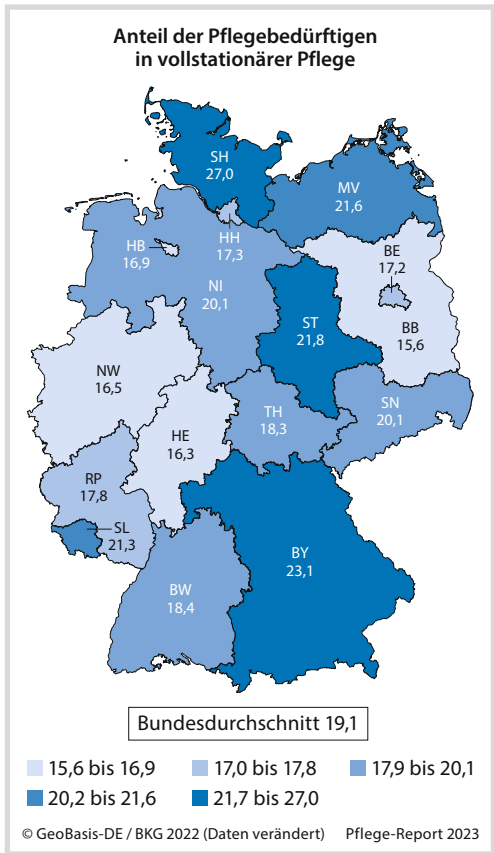
Männer sind mit einem entsprechenden Anteil von 50 % hingegen im Durchschnitt deutlich jünger. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den ambulant gepflegten Empfängerinnen und Empfängern von Pflegegeld sowie von Sach- oder Kombinationsleistungen. Der Anteil an Pflegebedürftigen in den obersten Altersdekaden ist in allen Versorgungsformen bei den Frauen deutlich höher als bei den Männern (■ Abb. 15.7).

Versorgungsform stationär nach Bundesland

Der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen, der 2021 im Bundesdurchschnitt 19 % beträgt, variiert regional erheblich. ■ Abb. 15.8 zeigt die Pflegeheimquoten je Bundesland bereinigt um länderspezifische Alters- und Geschlechtsunterschiede. Bundesländer, die trotz Alters- und Geschlechtsbereinigung deutlich überdurchschnittliche Quoten aufweisen, sind Schleswig-Holstein (27,0 %), Bayern (23,1 %) sowie Sachsen-Anhalt (21,8 %). Die niedrigsten Anteile von Personen in vollstationärer Pflege finden sich in Brandenburg (15,6 %), Hessen (16,3 %) und Nordrhein-Westfalen (16,5 %).

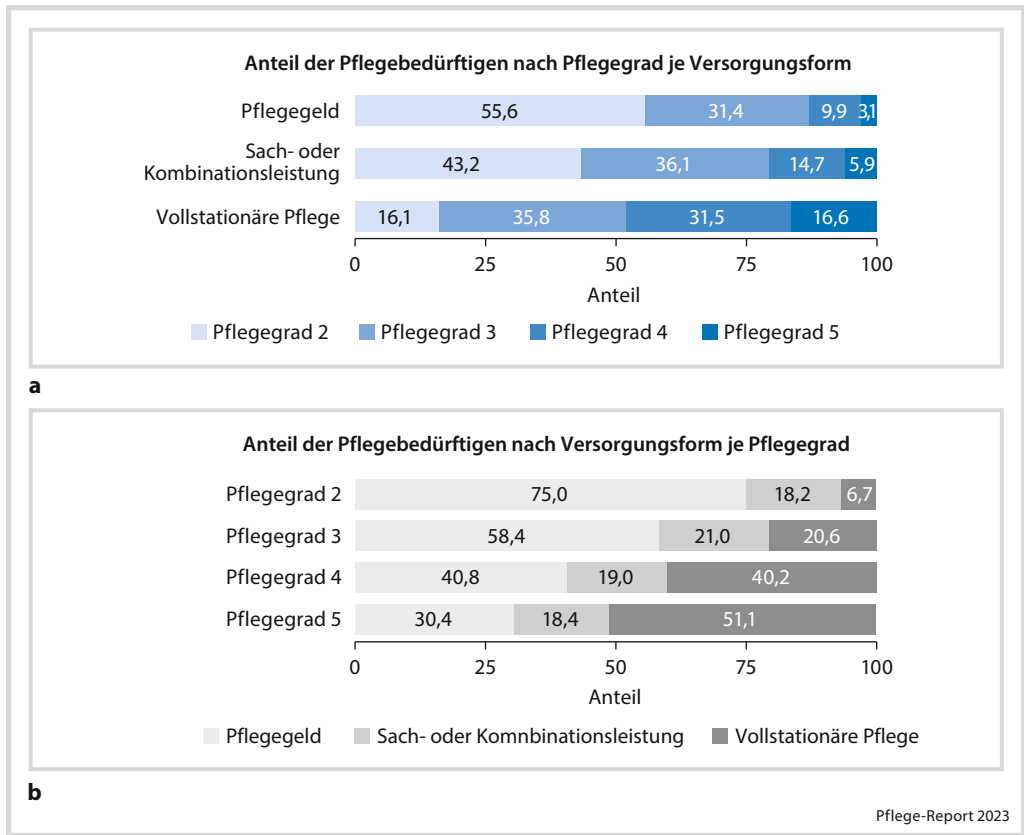
Schwere der Pflegebedürftigkeit nach Versorgungsformen

Die Schwere der Pflegebedürftigkeit ist zwischen den Versorgungsformen unterschiedlich verteilt. Während im Jahr 2021 56 % der reinen Pflegegeldbeziehenden Pflegegrad 2 aufwiesen, waren dies in der vollstationären Pflege nur 16 %. Knapp jede zweite Person (48,1 %) ist hier von schwersten Beeinträchtigungen (Pflegegrad 4 und 5) betroffen, von den Geldleistungsempfängern lediglich 13 % (■ Abb. 15.9). In umgekehrter Aufschlüsselung – wie verteilen sich die Personen eines Pflegegrades auf die Versorgungsformen – zeigt sich: Drei Viertel der Menschen mit



■ **Abb. 15.8** Anteil der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege nach Bundesland, im Durchschnitt der Monate, in % (2021; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

Pflegegrad 2 (75,0 %) beziehen demnach ausschließlich Geldleistungen, deutlich weniger als jede zehnte Person (6,7 %) wird vollstationär versorgt. Mit Zunahme des Pflegegrades steigt der Anteil der Personen im Pflegeheim deutlich: 40 % bzw. 51 % der schwerstpflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 4 und 5 werden vollstationär versorgt (■ Abb. 15.9).



■ **Abb. 15.9** Anteil der Pflegebedürftigen differenziert nach Pflegegrad je Versorgungsform (a) sowie differenziert nach Versorgungsform je Pflegegrad (b), im Durchschnitt der Monate, in % (2021; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege

in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

15.2.3 Ambulante Unterstützungs- und Entlastungsleistungen

Ambulant versorgte Pflegebedürftige haben die Möglichkeit, zusätzlich zum Pflegegeld bzw. parallel zur ergänzenden Versorgung durch einen Pflegedienst weitere Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige zu beziehen. Geld- und Sachleistungen können z. B. mit einer Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) ergänzt werden. Die Pflegebedürftigen können hierdurch für bestimmte Zeiten

im Tagesablauf in einer entsprechenden teilstationären Einrichtung betreut und gepflegt werden. Neben den Leistungen zur Abdeckung des täglichen Hilfebedarfs gibt es für ambulant versorgte Pflegebedürftige Angebote der Verhinderungs- (§ 39 SGB XI) und Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI), um die Hauptpflegeperson für einige Wochen im Jahr zu entlasten. Kurzzeitpflege kann darüber hinaus nach einem Krankenhausaufenthalt genutzt werden, um den Übergang in die weitere Pflege abzusichern, oder als Ersatzpflege in Krisensituatio-

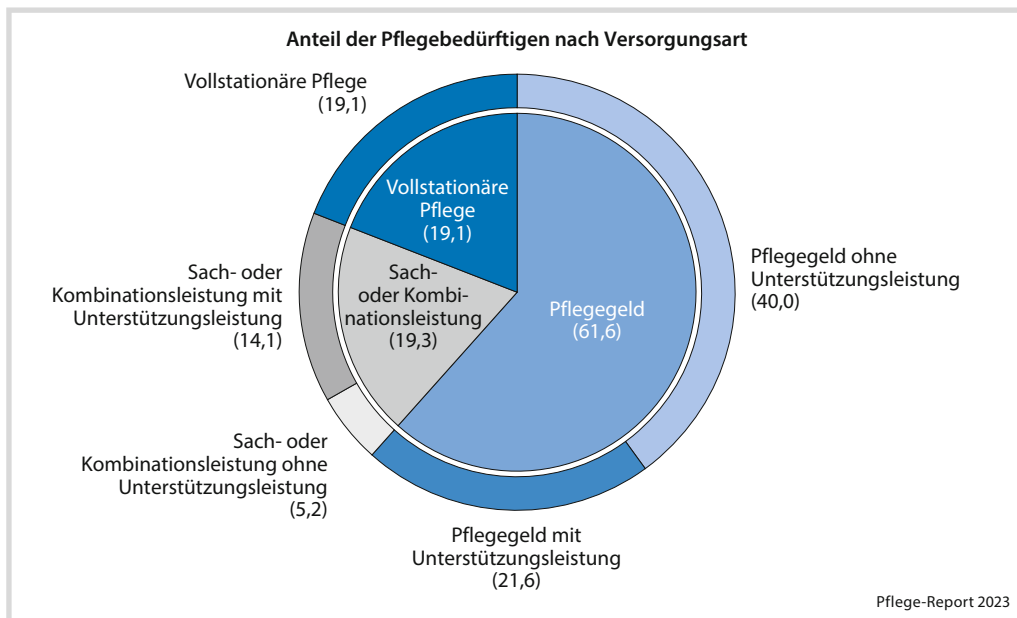


Abb. 15.10 Anteil der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart mit und ohne zusätzliche Unterstützungs- und Entlastungsleistung, im Durchschnitt der Monate, in % (2021; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne

Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

nen, in denen häusliche Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben ferner Anspruch auf einen Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI) in Höhe von bis zu 125 € pro Monat zur Erstattung von Aufwendungen im Rahmen der Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI und Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI.

Übersicht zur Inanspruchnahme

Abb. 15.10 und 15.11 zeigen die Inanspruchnahme der oben genannten ambulanten Unterstützungsleistungen. Besonders auffällig ist dabei die geringe Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen durch Pflegegeldbeziehende: Mehr als zwei von Dreien (65,0%; Abb. 15.11) nutzen keine einzige weitere ambulante Unterstützungs- und Ent-

lastungsleistung. Dies sind 40 % aller Pflegebedürftigen (Abb. 15.10). Genau umgekehrt ist es bei den Pflegehaushalten mit Einbindung eines ambulanten Pflegedienstes (Sach- oder Kombinationsleistung): Deutlich mehr als zwei Drittel (73,3%; Abb. 15.11) beziehen hier ergänzende unterstützende Leistungen. Gemessen an allen Pflegebedürftigen sind dies 14 % aller Pflegebedürftigen (Abb. 15.10). Ein Fünftel der Pflegebedürftigen (19,1 %) befindet sich in vollstationärer Pflege. Sowohl der Anteil der Geld- wie auch der Sachleistungsempfänger mit zusätzlicher Unterstützungs- und Entlastungsleistung hat im Zeitverlauf deutlich zugenommen; im Corona-Jahr 2020 war die Nutzung leicht rückläufig, steigt ab dem Jahr 2021 jedoch weiter.

Abb. 15.12 stellt die Inanspruchnahme von ambulanten Unterstützungs- und Entlastungsleistungen durch ambulant versorgte Pflegebedürftige in der eigenen Häuslichkeit

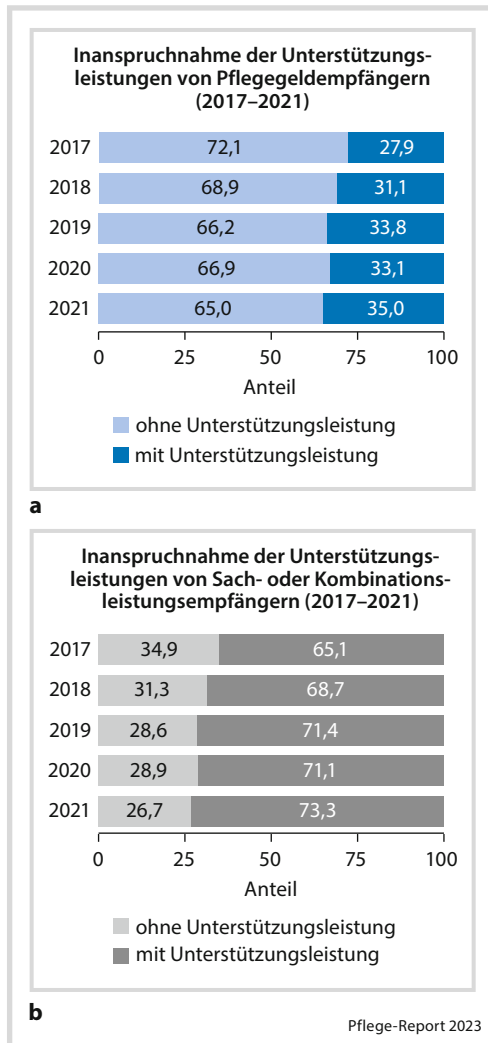


Abb. 15.11 Anteil der ambulant Pflegebedürftigen mit und ohne zusätzliche Unterstützungs- und Entlastungsleistung im Jahresvergleich, im Durchschnitt der Monate, in % (2017–2021; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

(für mindestens einen Tag im Monat) für das Jahr 2021 dar. Sie differenziert dabei zwischen der zeitpunktbezogenen (Durchschnitt der Monate) und der zeitraumbezogenen (Jah-

resdurchschnitt) Betrachtung. Die Jahresbetrachtung ermöglicht insbesondere eine genauere Darstellung der Inanspruchnahmeraten für die Nutzenden von Kurzzeit- und Verhinderungspflege, da diese Leistungen nicht durchgehend über das ganze Jahr in Anspruch genommen werden, sodass eine Darstellung im Durchschnitt der Monate diesen Anteil unterschätzen würde. Folglich ergibt die Jahresanalyse durchgängig höhere Inanspruchnahmeraten der in [Abb. 15.12](#) gelisteten Leistungen als die Berechnung des jeweiligen Monatsdurchschnitts. Im Jahresverlauf 2021 nutzte fast jede dritte pflegebedürftige Person mindestens einmal Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege (31,5 % der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld und 28,7 % jener von Sach- oder Kombinationsleistungen). Im Bereich der Verhinderungspflege kommt der stundenweisen Unterstützung die höchste Bedeutung zu (18,1 % bzw. 18,4 %). Kurzzeitpflege erhielt rund jede zehnte pflegebedürftige Person (5,8 % bzw. 9,3 %) mindestens einmal im Laufe des Jahres 2021.

Inanspruchnahme im Zeitverlauf

Die Inanspruchnahme der ambulanten Unterstützungs- und Entlastungsleistungen hat seit 2017 stetig zugenommen ([Abb. 15.13](#)). Dies hängt damit zusammen, dass die Unterstützungsangebote in einer ganzen Reformkaskade deutlich ausgeweitet wurden, als letztes mit dem Pflegestärkungsgesetz (PSG) I (2017). Seitdem kann die Tagespflege gänzlich additiv zur Sach-, Kombinations- oder Geldleistung genutzt werden. Verhinderungs- und Kurzzeitpflege können seit dem PSG I anteilmäßig substituiert werden und der vormals auf demenziell Erkrankte beschränkte Anspruch auf Betreuungsleistungen bzw. niedrigschwellige Entlastungen wurde auf alle Pflegebedürftigen ausgeweitet. Der deutliche Anstieg aus den Jahren 2015/2016 des Anteils Versicherter, die den Entlastungsbeitrag nutzen, nimmt weiter – aber langsamer – zu, von 41 % im Jahr 2017 auf 47 % im Jahr 2021. Für alle übrigen Unterstützungs-

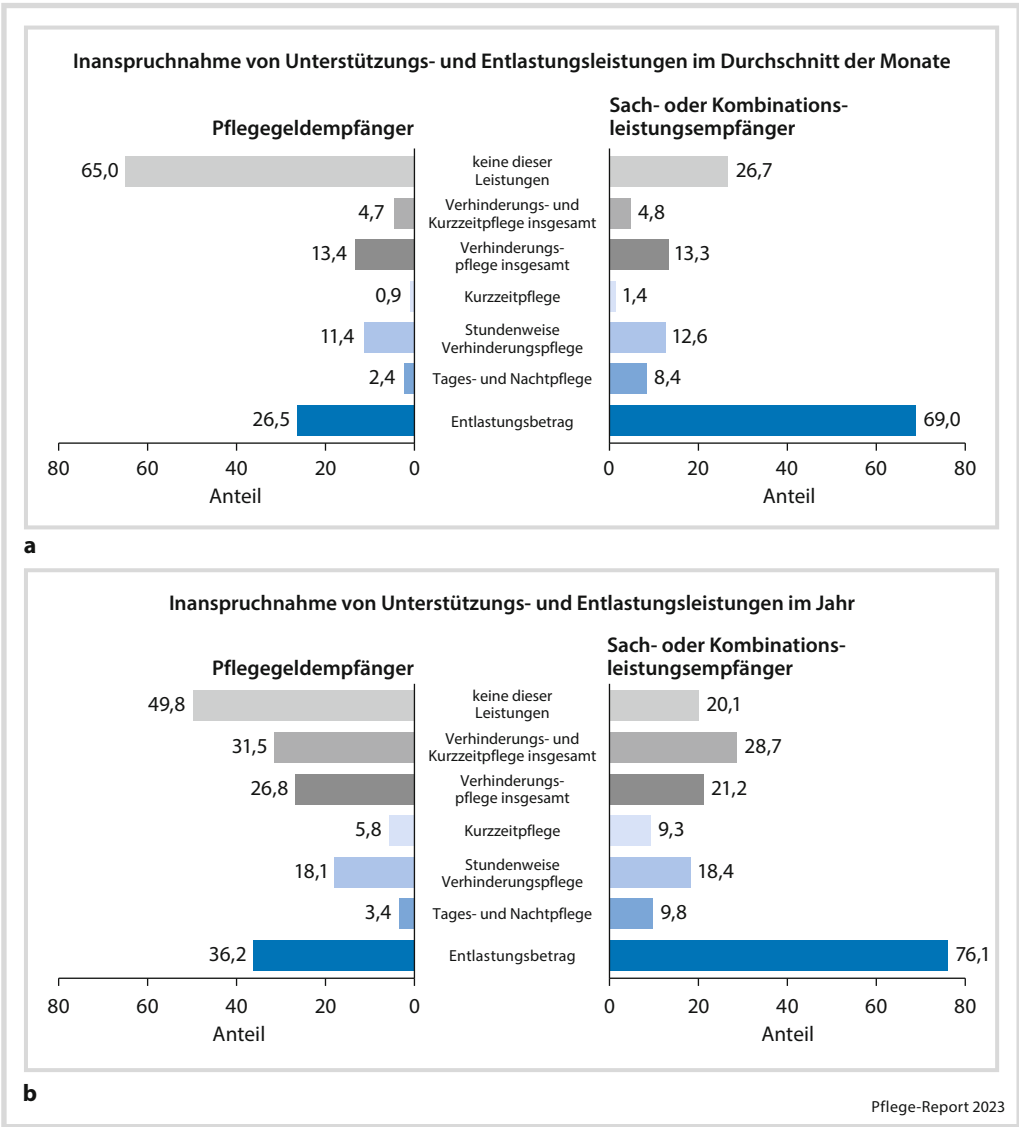


Abb. 15.12 Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld bzw. von Sach- oder Kombinationsleistungen nach Unterstützungs- und Entlastungsleistungen, im Durchschnitt der Monate und im Jahr, in % (2021; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflege-

bedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

und Entlastungsleistungen ist der Anteil Pflegebedürftiger, die diese mindestens einmal im Jahr nutzen, seit 2017 relativ konstant geblieben und – dies sind im Kontext der Covid-Pandemie zu interpretierende Verzerrungen –

2021 leicht rückläufig. Hervorzuheben ist, dass der Anteil Pflegebedürftiger mit einer Nutzung von Kurzzeitpflege bereits seit 2017 von 10 % auf 7 % im Jahre 2021 zurückgegangen ist.

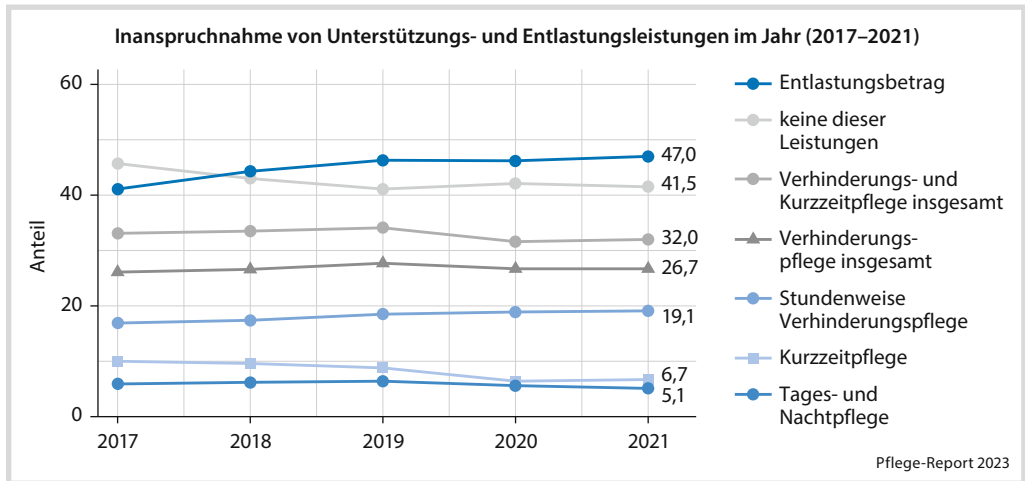


Abb. 15.13 Anteil der ambulant Pflegebedürftigen mit zusätzlicher Unterstützungs- und Entlastungsleistung im Zeitverlauf im Jahr, in % (ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in

vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

Inanspruchnahme auf Kreisebene

Abb. 15.14 visualisiert die Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege im Jahr noch einmal kartographisch. Bei der teilstationären Pflege fallen in den Kreisen im Norden und Osten überproportionale hohe Raten auf, während für die Verhinderungspflege andersherum eher in Westdeutschland – ausgenommen Bayern – höhere Inanspruchnahmeraten zu erkennen sind. Bei der Kurzzeitpflege ist zu beobachten, dass die Raten in den Kreisen in Ostdeutschland weitaus niedriger ausfallen als im Rest der Republik.

Unterstützungs- bzw. Entlastungsleistungen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit

Die Inanspruchnahme der durch die Soziale Pflegeversicherung finanzierten Unterstützungsleistungen nimmt mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit zu (**Abb. 15.15**). So nutzt z.B. knapp ein Drittel der Sach- oder Kombinationsleistungsbeziehenden mit Pflegegrad 5 (28,3 %) bzw. nahezu die Hälfte der Geldleistungsbeziehenden (40,2 %) mit

diesem Pflegegrad die Verhinderungspflege; im Pflegegrad 2 sind dies hingegen lediglich 15 % bzw. 21 %. Ähnlich bei der Kurzzeitpflege: Diese nahmen im Jahr 2021 12 % der Sach- oder Kombinationsleistungsbeziehenden und 14 % der Geldleistungsbeziehenden mit schwersten Beeinträchtigungen (Pflegegrad 5) in Anspruch, im Pflegegrad 2 hingegen lediglich 5 % bzw. 3 %. Allein der Entlastungsbetrag zeigt eine ähnlich hohe Rate unabhängig vom Pflegegrad (**Abb. 15.15**).

Die umgekehrte Betrachtung in **Abb. 15.16** zeigt, wie schwer pflegebedürftig die Beziehenden der jeweiligen Unterstützungsleistung sind: Deutlich wird, dass der Entlastungsbetrag und die Verhinderungspflege eher von Pflegebedürftigen mit geringerer Pflegeschwere, Tages- und Kurzzeitpflege vermehrt auch durch Pflegebedürftige mit höheren Pflegegraden in Anspruch genommen werden. So sind rund ein Drittel der Pflegebedürftigen mit Tages- und Nachtpflege und mit Kurzzeitpflege Personen mit Pflegegrad 4 oder 5 – unabhängig davon, ob sie Pflegegeld bzw. Sach- und Kombinationsleistungen beziehen.

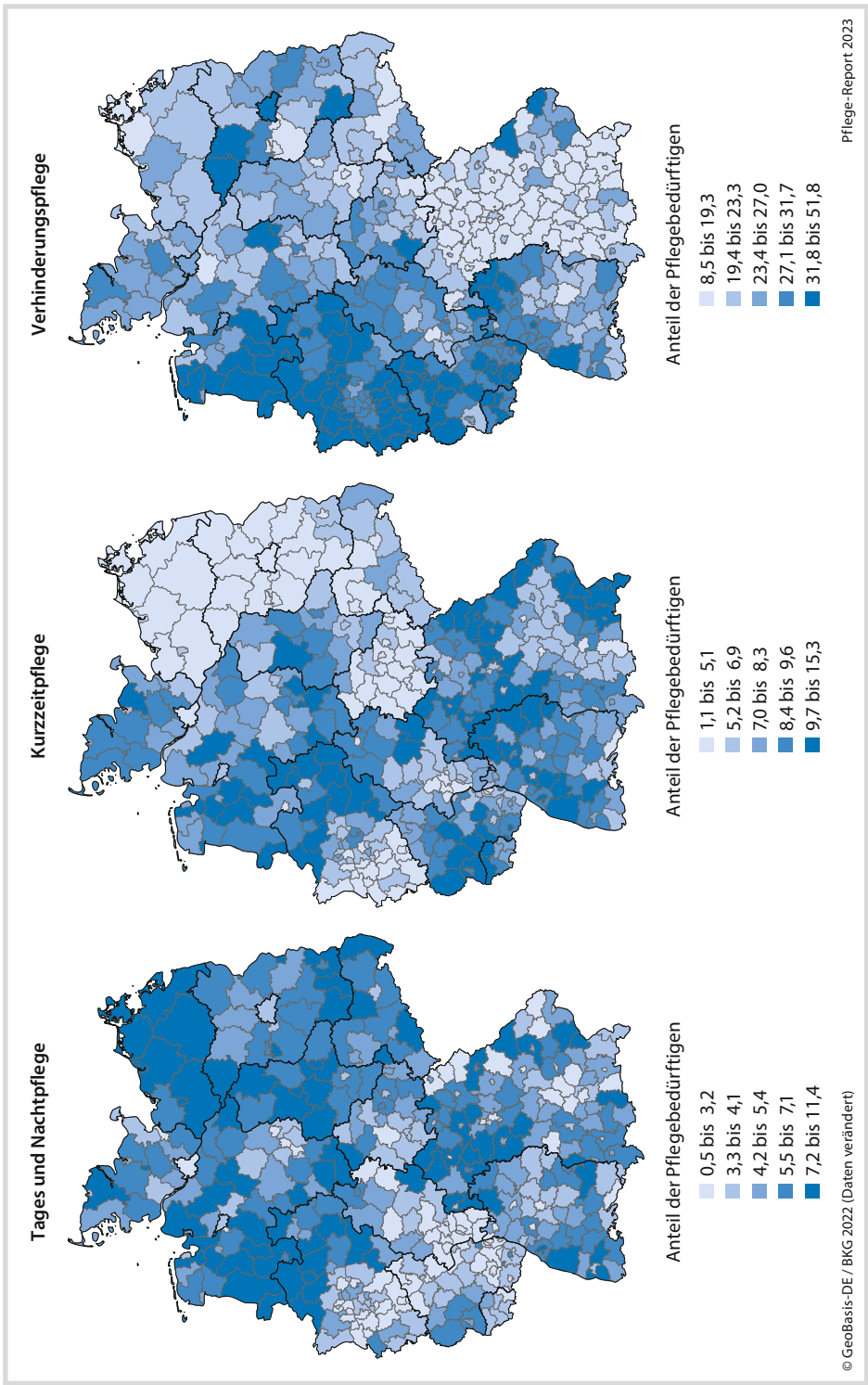


Abb. 15.14 Anteil der ambulant Pflegebedürftigen mit Tages- und Nachtpflege, Kurzzeit- oder Verhinderungspflege nach Kreisen, im Jahr, in % (2021; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

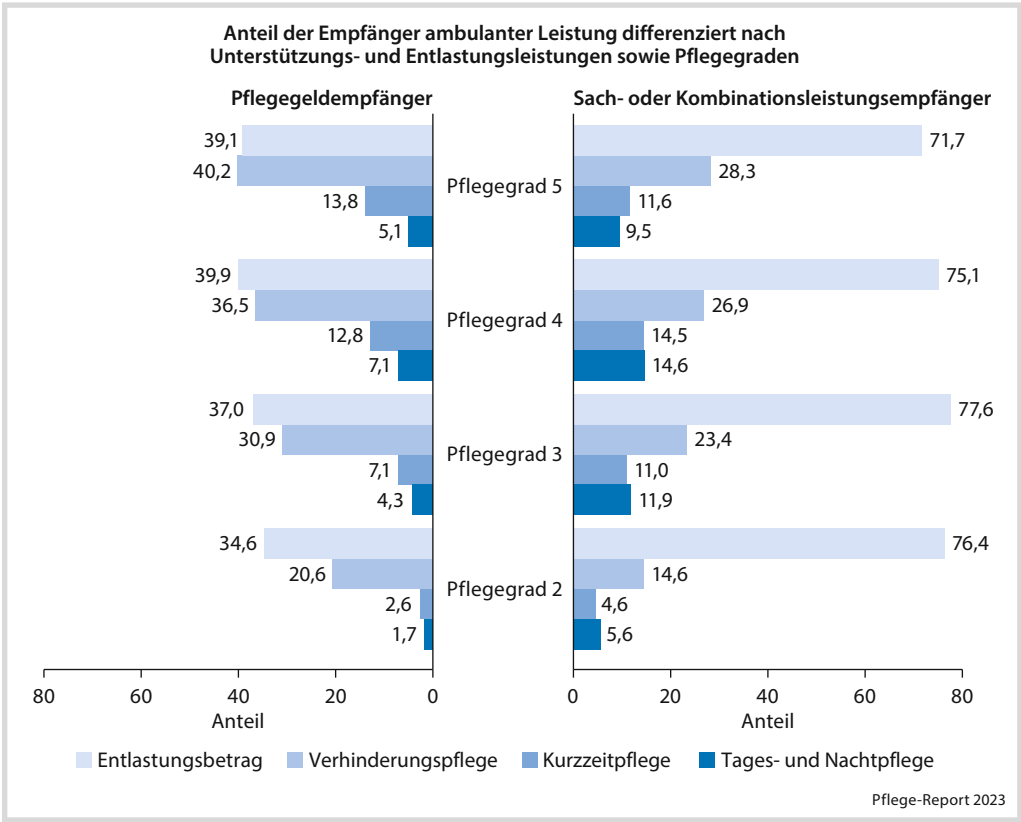


Abb. 15.15 Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungen nach Unterstützungs- und Entlastungsleistungen und Pflegegraden im Jahr, in % (2021; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege

in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

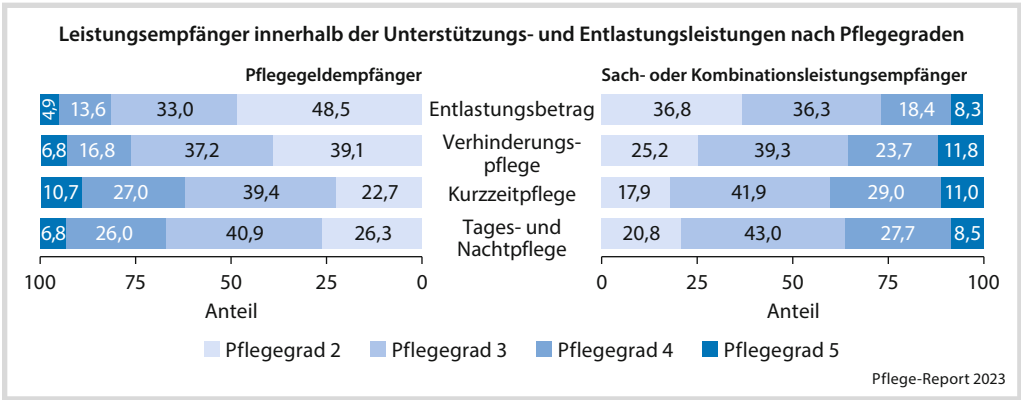
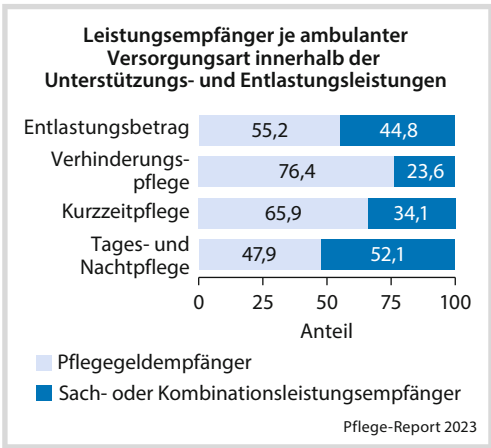


Abb. 15.16 Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungen nach Pflegegrad, im Jahr, in % (2021; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege

in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

Unterstützungs- bzw. Entlastungsleistungen nach Geld- und Sach- oder Kombinationsleistungsbezug

Neben einer Aufgliederung nach Alter, Geschlecht und Pflegegraden liefert auch die Differenzierung nach Pflegegeld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungsbezug einen Beitrag zur Charakterisierung der Beziehenden von zusätzlichen Unterstützungs- und Entlastungsleistungen. ■ Abb. 15.17 zeigt in dieser Hinsicht ein heterogenes Bild: Während die Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege überproportional – d. h. von über zwei Dritteln (65,9 bzw. 76,4 %) der Pflegegeldbeziehenden – beansprucht werden, ist der Anteil von Geld- bzw. Sach- oder Kombinationsleistungsbezug bei den Nutzenden der Tages- und Nachtpflege wie auch des Entlastungsbetrags in etwa gleich hoch.



■ **Abb. 15.17** Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld bzw. Sach- oder Kombinationsleistungen innerhalb der Unterstützungs- und Entlastungsleistungen, im Durchschnitt der Monate, in % (2021; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

15.3 Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen

15.3.1 Ambulante ärztliche Versorgung

Die folgende Darstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland orientiert sich an der Kontaktrate zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Diese Kennzahl erfasst sogenannte Abrechnungsfälle (mindestens ein Kontakt je Quartal und Arzt), die der ambulante ärztliche Leistungserbringer abrechnet. Ein Fall kann dabei unbekannt viele Arztkontakte im Quartal umfassen. Die Zahl der Abrechnungsfälle wiederum ist auf kollektivvertragsärztliche Leistungsfälle im Sinne des § 73 SGB V beschränkt. Auf das konkrete Leistungsgeschehen und auf Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 140a SGB V teilnehmen, geht dieser Beitrag nicht ein.

Übersicht zur Inanspruchnahme

Nahezu alle Pflegebedürftigen (95,8 %) hatten 2021 im Durchschnitt der Quartale mindestens einen Arztkontakt, d. h. generierten einen Abrechnungsfall. Gleichfalls sahen die Pflegebedürftigen mehrheitlich (88,4 %) im Quartal im Durchschnitt einen Hausarzt/eine Hausärztin, 71 % mindestens einmal einen Facharzt/eine Fachärztin. Ärztinnen und Ärzte der folgenden Fachrichtungen wurden häufig im Quartal kontaktiert: Urologie mit 18 % der Männer pro Quartal, Neurologie mit rund 17 %, Innere Medizin mit 17 % und Augenheilkunde mit 16 % (beide Geschlechter pro Quartal; ■ Tab. 15.1). Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen Pflegebedürftigen, die ambulant (d. h. in der eigenen Häuslichkeit), und solchen, die in vollstationärer Pflege versorgt werden. Mit 96 % war die Inanspruchnahme von Hausärztinnen

Tab. 15.1 Inanspruchnahme von niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten durch Pflegebedürftige im Durchschnitt der Quartale, in % (2021). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

Arztgruppe	Ambulant	Vollstationär	Insgesamt
Alle Vertragsärztinnen und -ärzte	95,3	98,4	95,8
Hausärzte ^a	86,7	96,4	88,4
Fachärzte	70,7	70,6	71,3
Gynäkologen ^b (inkl. Fachärzte für Geschlechtskrankheiten)	8,6	2,7	8,4
HNO-Ärzte	8,9	13,1	9,9
Augenärzte	16,9	8,8	15,7
Internisten	18,8	6,5	16,7
<i>Darunter*</i>			
Angiologen	0,6	0,2	0,5
Endokrinologen und Diabetologen	0,3	0,1	0,3
Gastroenterologen	1,1	0,2	1
Kardiologen	6,4	2,2	5,7
Nephrologen	3,2	1,4	2,8
Hämatologen und Onkologen	2,7	0,8	2,3
Pneumologen	4,1	0,8	3,6
Rheumatologen	1,1	0,2	1,0
Neurologen	13,6	30,0	16,7
Orthopäden	10,9	5,6	10,5
Psychiater	3,1	10,1	4,6
Urologen ^c	17,1	23,4	17,6

^a inkl. hausärztlich tätige Internisten;

^b nur für Frauen berechnet (inkl. Fachärzte für Geschlechtskrankheiten);

^c nur für Männer berechnet;

ohne Versicherte, die in Selektivverträge nach § 73b oder § 140a SGB V eingeschrieben sind; ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten.

*Prozentwerte der unter „Darunter“ aufgeführten Facharztgruppen ergeben in Summe nicht den Anteil der Internisten, da Versicherte mehrere Facharztgruppen nutzen können.

Pflege-Report 2023

und -ärzten im vollstationären Kontext höher als im ambulanten Setting mit 87 % im Durchschnitt der Quartale. Weitaus auffälligerer Unterschied bezieht sich auf einzelne Facharztgruppen: 19 % der ambulant versorg-

ten Pflegebedürftigen hatten im Durchschnitt der Quartale mindestens einmal Kontakt zu einer internistischen Praxis. Bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen waren dies nur 7 %. Andersherum suchte fast ein Drittel der

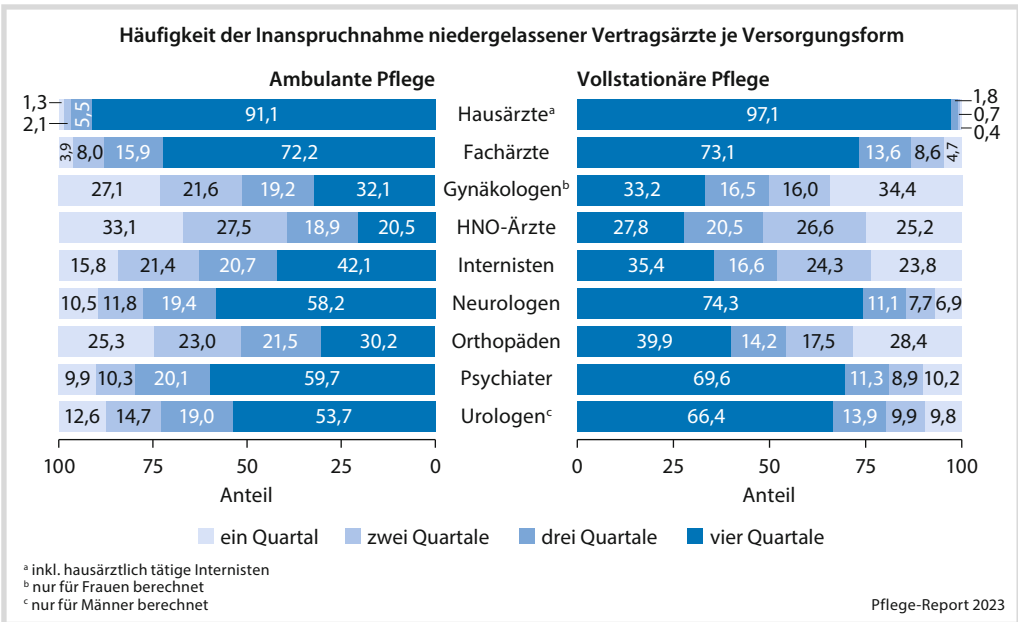


Abb. 15.18 Häufigkeit der Inanspruchnahme von niedergelassenen Vertragsärzten durch Pflegebedürftige mit mindestens einem Arztbesuch nach Versorgungsform, in % (2021; ohne Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären

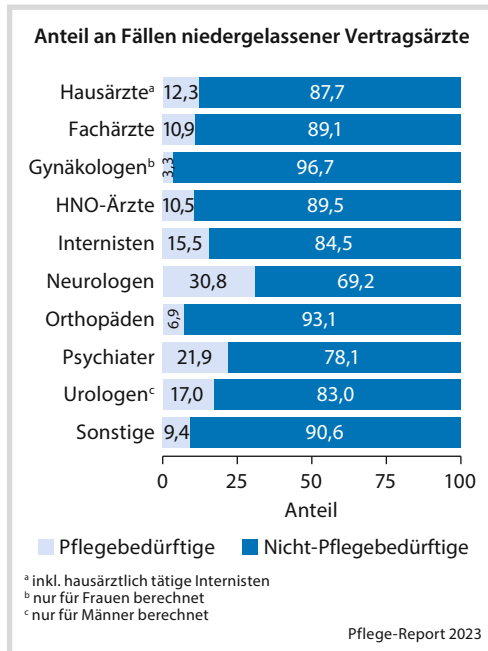
Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

Pflegeheimbewohnenden (30,0 %) im Durchschnitt der Quartale eine neurologische Praxis auf, während dies in der ambulanten Versorgung nur bei 14 % der Fall war (Tab. 15.1). Der Anteil von Versicherten mit mindestens einem Arztkontakt im Durchschnitt der Quartale bei einigen Facharztgruppen (Gynäkologie, HNO, Gastroenterologie, Kardiologie) – insbesondere bei den vollstationär Versorgten – hat sich im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert. Der Anteil mit Kontakten zu neurologischen oder psychiatrischen Praxen verblieb auch auf einem ähnlichen Niveau (Matzk et al. 2022).

Abb. 15.18 zeigt den Anteil der Pflegebedürftigen mit mindestens einem Arztbesuch differenziert nach Versorgungsform. Hierbei sind Unterschiede in der Häufigkeit der Inanspruchnahme zwischen ambulanter und stationärer Pflege zu beobachten. Es sahen über die

vier Quartale hinweg vollstationär Gepflegte zudem häufiger einen Neurologen (74,3 %) und/oder Psychiater (69,6 %) als die ambulant Gepflegten (58,2 % bzw. 59,7 %). Des Weiteren hatten 35 % der Pflegebedürftigen, die einen Internisten aufsuchten, in der stationären Pflege in allen vier Quartalen Kontakt – im Vergleich zu 42 % in der ambulanten Pflege.

In Abb. 15.19 wird die Perspektive gewechselt: Dargestellt ist hier, welche Relevanz die Versorgung von Pflegebedürftigen in der ärztlichen Praxis hat – oder anders ausgedrückt: welcher Anteil der Fälle bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten 2021 auf Pflegebedürftige entfiel. Mit Ausnahme der Fachrichtungen Neurologie, Psychiatrie und Urologie liegt diese Rate allgemein nicht wesentlich über 10 %. In der neurologischen Praxis bezieht sich jedoch rund jeder dritte Fall (30,8 %) auf eine pflegebedürftige Person.



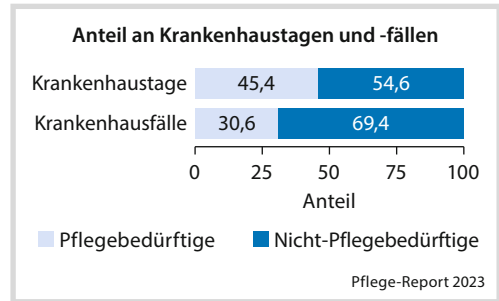
■ **Abb. 15.19** Anteil Fälle (ohne Versicherte, die in Selektivverträge nach § 73b oder § 140a SGB V eingeschrieben sind; ohne Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten) bei niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten, die sich auf Pflegebedürftige beziehen, im Durchschnitt der Quartale, in % (2021). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

15.3.2 Stationäre Versorgung

Die Darstellung der Krankenhausversorgung von Pflegebedürftigen bezieht sämtliche vollstationären Fälle im Sinne des § 39 SGB V ein. Teil-, vor- und nachstationäre (§ 115a SGB XI) sowie ambulante (§ 115b SGB XI) Fälle sind nicht Bestandteil der Betrachtungen. Zudem werden ausschließlich Fälle mit abgeschlossener Rechnungsprüfung ausgewertet.

Übersicht zur Inanspruchnahme

Bezogen auf das Quartal hatten (mindestens einmal) hospitalisierte Pflegebedürftige 1,4 und im Jahresblick 2,0 Krankenhausbehandlungen (■ Tab. 15.2). Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen mit mehreren Krankenhausaufenthalten



■ **Abb. 15.20** Anteil der Krankenhaustage und -fälle bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen im Durchschnitt der Quartale, in % (2021). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

werden demzufolge innerhalb eines kurzen Zeitintervalls (d. h. innerhalb eines Quartals) mehrmals stationär behandelt. Je Aufenthalt sind Pflegebedürftige im Jahr durchschnittlich neun Tage und Nicht-Pflegebedürftige fünf Tage im Krankenhaus (■ Tab. 15.2). Erwartungsgemäß hängt die Länge des Aufenthalts vom Alter ab: Bei der jungen Kohorte der bis 19-jährigen Pflegebedürftigen waren es im Jahr durchschnittlich sieben Krankenhaustage je Fall. 12 % der Pflegebedürftigen und 2 % der Nicht-Pflegebedürftigen verstarben im Krankenhaus. Im Jahr 2021 entfiel fast jeder dritte Krankenhausfall (30,6 %) auf Pflegebedürftige (■ Abb. 15.20). Die Analyse nach Krankenhaustagen unterstreicht die Bedeutung für den stationären Versorgungsalltag zusätzlich: Fast die Hälfte aller Krankenhaustage (45,4 %) entfiel 2021 auf pflegebedürftige Patientinnen und Patienten. Bei der Interpretation der hier präsentierten Ergebnisse ist zwingend die Covid-19-Pandemie zu berücksichtigen (siehe auch Kohl et al. 2021; 2022; Kuhlmeier et al. 2022).

Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts variiert deutlich zwischen den Altersgruppen. Waren im Durchschnitt der Quartale 16 % aller Pflegebedürftigen im Krankenhaus (■ Tab. 15.3), betraf dies bei den unter 20-Jährigen nur 8 %, bei den Pflegebedürftigen im er-

Tab. 15.2 Übersicht zu den Krankenhausaufenthalten von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen, in % (2021). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

	Im Durchschnitt der Quartale		Im Jahr	
	Pflegebedürftige	Nicht-Pflegebedürftige	Pflegebedürftige	Nicht-Pflegebedürftige
Zahl der Fälle je Patientin/Patient	1,4	1,2	2,0	1,4
Krankenhaustage je Fall:				
Insgesamt	9,1	4,8	8,5	5,0
Altersgruppe in Jahren:				
0–19	6,9	4,0	6,5	4,1
20–59	8,8	4,1	7,7	4,1
60–64	9,5	5,6	8,3	5,7
65–69	9,6	5,9	8,5	6,1
70–74	9,7	6,1	8,6	6,4
75–79	9,5	6,3	8,7	6,7
80–84	9,3	6,3	8,7	7,0
85–89	8,9	6,4	8,7	7,7
90+	8,3	6,6	8,6	8,7
Während des Krankenhausaufenthalts verstorben:				
Insgesamt*			12,1	2,3
Pflegegeld			12,9	–
Sach- oder Kombinationsleistung			10,5	–
Vollstationäre Pflege			13,8	–
*Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sowie Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten Pflege-Report 2023				

werbsfähigen Alter 20 bis 59 Jahre rund jeden zehnten (10,7 %) und in der Altersgruppe der 70- bis 74- sowie der 75- bis 79-Jährigen schließlich fast jede fünfte Person (18,7 % bzw. 18,7 %; ■ Abb. 15.21). Vergleicht man dies mit Krankenhausaufenthalten Nicht-Pflegebedürftiger, zeigt sich eine ähnliche Verteilung über die Altersgruppen, jedoch auf einem erwartungsgemäß deutlich niedrigeren Niveau. Anders als bei den Pflegebedürftigen ist hier in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen die Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausauf-

enthalt am höchsten (6,3 %). Bei beiden Gruppen sinkt die stationäre Behandlungsrate in den folgenden Altersgruppen wie jene der Pflegebedürftigen jedoch stärker. ■ Abb. 15.21 zeigt auch zwischen den Geschlechtern z. T. erhebliche Unterschiede: In den Jahrgängen unter 60 Jahren sind Frauen häufiger im Krankenhaus, ab 60 Jahre sind es dann die Männer. So wies 2021 beispielsweise fast jeder Vierte der 75- bis 79-jährigen pflegebedürftigen Männer (21,4 %) einmal im Quartal einen Aufenthalt im Krankenhaus auf, bei den Frauen betraf dies

Tab. 15.3 Pflegebedürftige mit Krankenhausaufenthalt nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2021). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

Pflegegrade	Pflegegeld	Sach- und Kombi-nationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen*
Pflegegrad 1	–	–	–	12,1
Pflegegrad 2	13,0	15,2	19,1	13,8
Pflegegrad 3	15,3	19,3	20,0	17,0
Pflegegrad 4	17,9	23,4	20,5	19,8
Pflegegrad 5	18,9	24,9	18,4	19,8
Alle Pflegegrade	14,4	18,6	19,7	15,6

*Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten.
Pflege-Report 2023

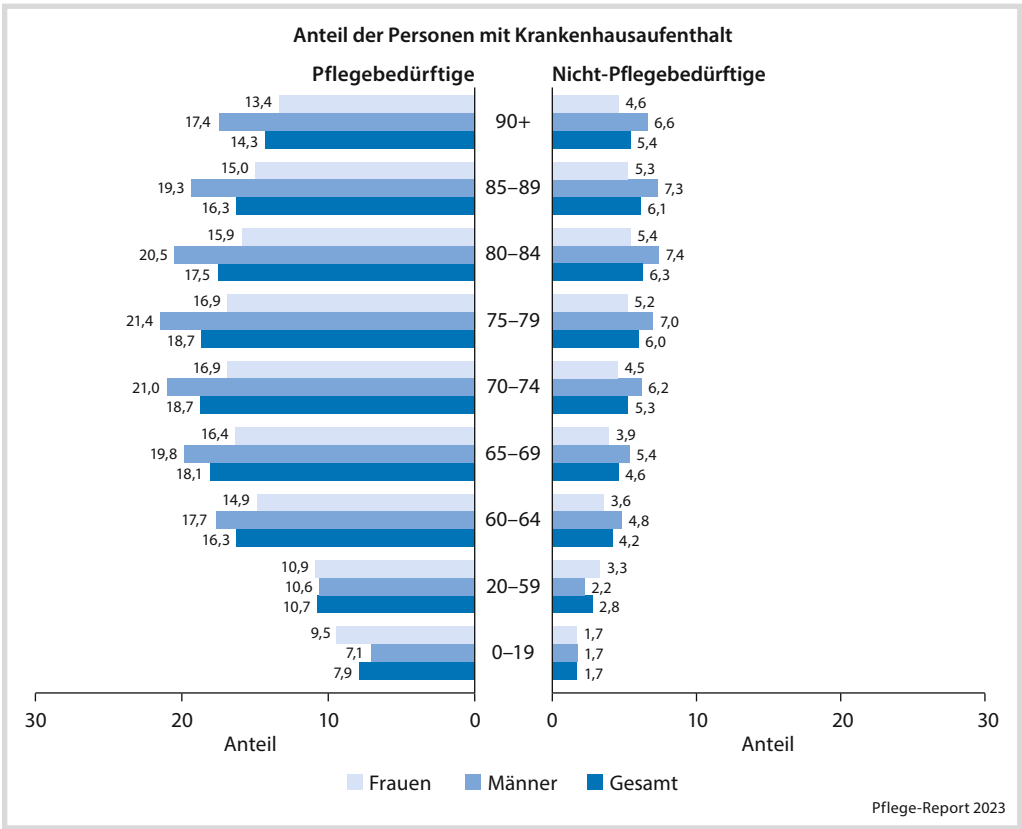


Abb. 15.21 Personen mit Krankenhausaufenthalt bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Alter und Geschlecht im Durchschnitt der Quartale, in % (2021). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

17 %. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme zeigen sich – wiederum auf einem niedrigeren Niveau – auch bei den Nicht-Pflegebedürftigen.

Inanspruchnahme nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Die Hospitalisierungsraten der Pflegebedürftigen je Quartal unterschieden sich ferner je nach Versorgungsform (■ Tab. 15.3). Im Jahr 2021 wurden 14 % der Beziehenden von ausschließlich Pflegegeld, 19 % der ambulant betreuten Pflegebedürftigen mit Pflegedienst sowie 20 % der stationär betreuten Pflegebedürftigen im Quartal mindestens einmal im Krankenhaus aufgenommen. Insgesamt steigt auch hier erwartungskonform der Anteil der Personen mit einem Krankenhausaufenthalt mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit (von Pflegegrad 2 bis Pflegegrad 4) insbesondere bei Pflegebedürftigen mit ambulanten Pflegeleistungen an. Die vollstationär Pflegebedürftigen kennzeichnet ein relativ konstantes Niveau der Inanspruchnahme: Rund ein Fünftel waren im Quartal mindestens einmal hospitalisiert. Gleichwohl waren 2021 Pflegebedürftige im Pflegegrad 5 zu einem geringeren Anteil hospitalisiert (■ Tab. 15.3). Hinzuweisen ist wiederum darauf, dass die Inanspruchnahme im Vergleich zum Jahr 2020 leicht zurückgegangen ist.

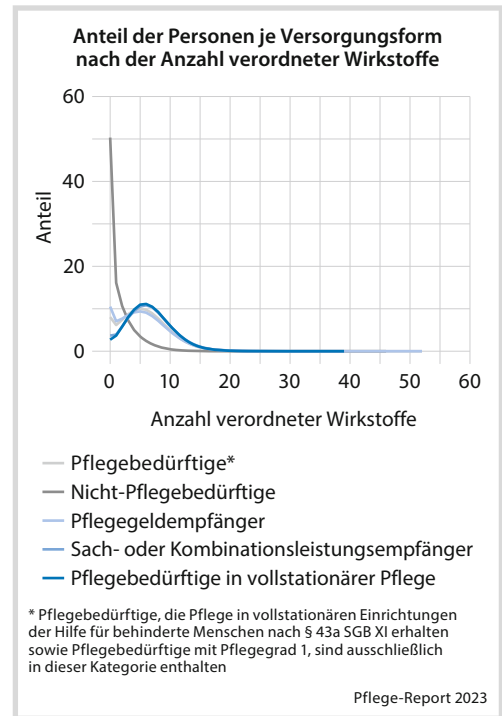
15.3.3 Versorgung mit Arzneimitteln

Die Betrachtung der Arzneimittelversorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland berücksichtigt die von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verordneten Medikamente. Die Analyse konzentriert sich dabei auf potenziell risikobehaftete Arzneimitteltherapien, welche die Gefahr unerwünschter Arzneimittelereignisse erhöhen können. Im Speziellen sind dies Kennzahlen zur gleichzeitigen Verordnung von mehreren Wirkstoffen (Polymedikation) und zur Versorgung mit für ältere Men-

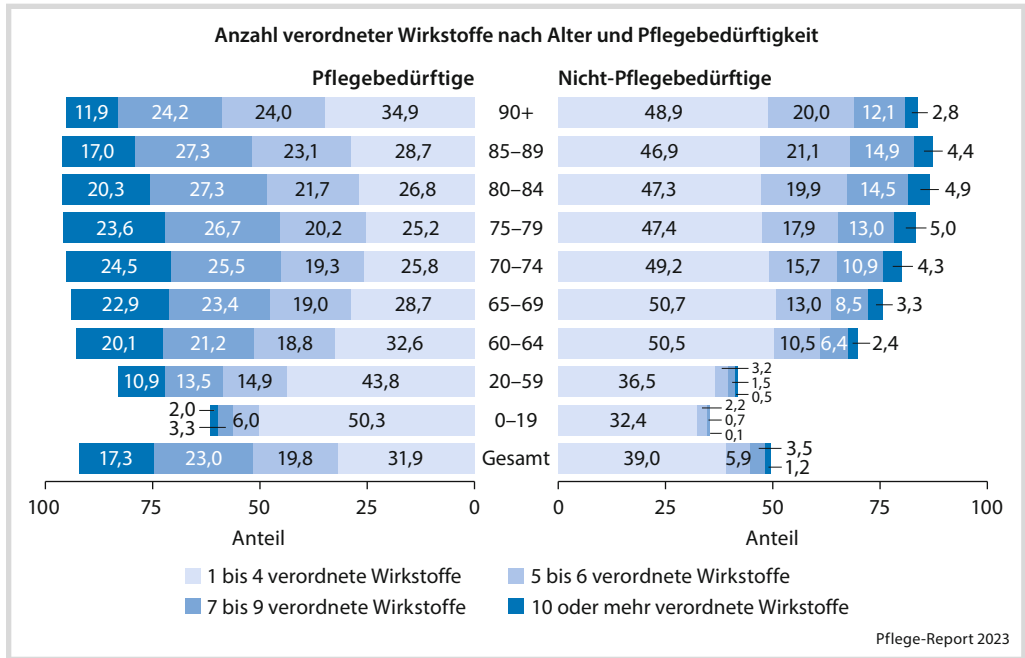
schen potenziell ungeeigneten Wirkstoffen gemäß der sogenannten PRISCUS-Liste (s. u.). Ein vertiefender Blick widmet sich der Behandlung mit Psychopharmaka. Bei den Analysen werden die Arzneimittel nach Wirkstoffen unterschieden, wie sie im anatomisch-therapeutisch-chemischen (ATC-)Klassifikationssystem gegliedert sind. Das ATC System dient der Klassifikation von Arzneimitteln nach therapeutischen, pharmakologischen und chemischen Kriterien. Ausgenommen sind bei diesen Analysen die Wirkstoffe aus der anatomischen Gruppe V (Verschiedene).

Polymedikation nach Alter

Mit zunehmender Morbidität bzw. zunehmendem Alter steigt das Risiko einer Polymedikation. Die Betroffenen weisen dann eine



■ **Abb. 15.22** Anzahl verordneter Wirkstoffe bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen insgesamt und nach Versorgungsform, im Durchschnitt der Quartale, in % (2021). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])



■ **Abb. 15.23** Anzahl verordneter Wirkstoffe bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Alter, im Durchschnitt der Quartale, in % (2021). (Quelle: AOK-

Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

Vielzahl verschiedener Wirkstoffverordnungen auf. Mit dieser Verdichtung der pharmakologischen Therapie geht die Zunahme von unerwünschten Wechselwirkungen dieser Wirkstoffe einher. ■ Abb. 15.22 visualisiert, wie stark Pflegebedürftige im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen betroffen sind; denn knapp zwei Drittel der Pflegebedürftigen (60,1 %), jedoch lediglich 11 % der Nicht-Pflegebedürftigen erhielten in jedem Quartal des Jahres 2021 fünf oder mehr Wirkstoffe (siehe auch ■ Abb. 15.23). Die höchste Wirkstoffrate findet sich bei den Pflegebedürftigen 70- bis 74-Jährigen: Hier wiesen rund ein Viertel (24,5 %) der Betroffenen zehn oder mehr Verordnungen unterschiedlicher Wirkstoffe pro Quartal auf. Dieser Wert war fast sechsmal so hoch wie bei den Nicht-Pflegebedürftigen der gleichen Altersgruppe (4,3 %; ■ Abb. 15.22).

Verordnung nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Eine nach Schwere der Pflegebedürftigkeit differenzierte Betrachtung der Polymedikation (fünf Wirkstoffe) zeigt ein recht homogenes Bild. So schwankte der Anteil der polymedikamentös versorgten Pflegebedürftigen in Abhängigkeit vom Pflegegrad um die 60 % (■ Tab. 15.4) – ausgenommen der Pflegegrad 1; hier sind lediglich 55 % betroffen. Eine Variation der Polymedikationsrate zeigt sich jedoch in ■ Tab. 15.4 zwischen den unterschiedlichen Versorgungsformen: Pflegebedürftige im häuslichen Setting ohne Einbindung von Pflegediensten (ausschließlich Pflegegeld) wiesen deutlich seltener Verordnungen von fünf und mehr Wirkstoffen auf als jene in anderen Versorgungsformen. In der vollsta-

Tab. 15.4 Anteil der Pflegebedürftigen mit Polymedikation (Anzahl Wirkstoffe ≥ 5) nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2021). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

Pflegegrade	Pflegegeld	Sach- und Kombi-nationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen*
Pflegegrad 1	–	–	–	55,2
Pflegegrad 2	58,0	67,5	71,1	59,4
Pflegegrad 3	56,4	71,1	72,6	61,7
Pflegegrad 4	53,9	69,7	70,4	62,2
Pflegegrad 5	47,8	65,3	61,5	57,2
Alle Pflegegrade	56,8	69,0	69,7	59,8

*Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten
Pflege-Report 2023

tionären Pflege findet sich mit mehr als zwei Dritteln (69,7 %) der höchste Anteil an polymedikamentös Therapierten.

PRISCUS-Wirkstoffe

Die mit dem Alter einhergehenden physiologischen Veränderungen haben Auswirkungen auf die Wirkung und Verstoffwechselung von Arzneistoffen. Ältere Patientinnen und Patienten sind aufgrund der veränderten Pharmakodynamik und -kinetik stärker von unerwünschten Effekten und Nebenwirkungen der Arzneimittel betroffen. Die nachfolgenden Untersuchungen betrachten die Wirkstoffe, die laut PRISCUS-Liste für ältere Menschen ab 65 Jahren als potenziell ungeeignet gelten (Holt et al. 2011).

PRISCUS-Verordnung nach Alter und Geschlecht

Die Analyse von verordneten PRISCUS-Arzneien zeigt auf, dass Pflegebedürftige diese deutlich häufiger verordnet bekommen als Nicht-Pflegebedürftige gleichen Alters. Etwas weniger als jede siebte pflegebedürftige Person (13,7 %) im Alter ab 65 Jahren erhielt 2021 mindestens einen Wirkstoff der PRISCUS-Liste (im Durchschnitt der Quartale). Bei den Nicht-Pflegebedürftigen ab 65 Jahren war dies

etwas mehr als jede dreizehnte Person (7,2 %). Das Risiko hierfür sinkt bei Pflegebedürftigen mit zunehmendem Alter (Abb. 15.24). Bei Nicht-Pflegebedürftigen hingegen ist der Anstieg dieser Rate wesentlich schwächer ausgeprägt und variierte in den höchsten hier betrachteten Alterssegmenten mit einem Anteil um 8 % an PRISCUS-Verordnungsraten kaum noch. Die Spanne zwischen den Polymedikationsraten der Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen verringert sich mit steigendem Alter sichtlich: Während die 65- bis 69-jährigen Pflegebedürftigen noch dreimal so häufig PRISCUS-Verordnungen erhielten wie die Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters, verblieben in der höchsten Altersgruppe der mindestens 90-Jährigen nur noch rund drei Prozentpunkte Unterschied zwischen Pflegebedürftigen und gleichaltriger Vergleichsgruppe (11,2 % versus 7,8 %; Abb. 15.24). Ferner zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern: Sowohl bei den Nicht-Pflegebedürftigen als auch bei den Pflegebedürftigen erhielten Frauen in allen Altersgruppen häufiger PRISCUS-Verordnungen als Männer. Dies korrespondiert damit, dass Frauen generell in bestimmten Altersgruppen mehr Arzneimittel als Männer verordnet bekommen (Schaufler und Telschow 2016).

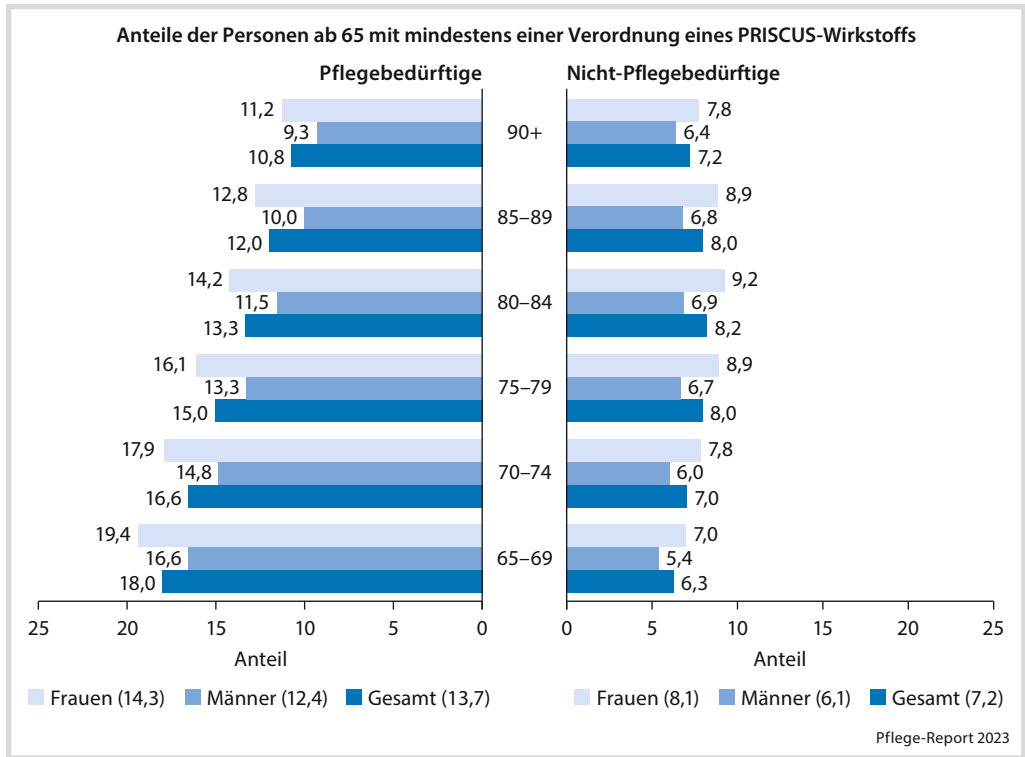


Abb. 15.24 Anteil der Personen ab 65 Jahre mit mindestens einer Verordnung eines PRISCUS-Wirkstoffs im Durchschnitt der Quartale, in % (2021). (Quelle: AOK-

Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

PRISCUS-Verordnung nach Wirkstoffgruppen

Die nach Wirkstoffgruppen differenzierte Analyse des Einsatzes von PRISCUS-Wirkstoffen kennzeichnet die Psychopharmaka als mit Abstand häufigste verordnete Gruppe. Für 5 % der Pflegebedürftigen über 65 Jahre ließ sich im Durchschnitt der Quartale 2021 mindestens eine Verordnung von Psycholeptika und für 4 % von Psychoanaleptika feststellen – beide gelten als potenziell inadäquat bei älteren Menschen (■ Abb. 15.25).

Ein detaillierter Blick auf die Wirkstoffgruppe der Psycholeptika zeigt, dass 15 % der Pflegebedürftigen über 65 Jahre 2021 ein Antipsychotikum erhielten (■ Tab. 15.5). Von diesen verordneten Wirkstoffen ist jedoch lediglich 1 % in der PRISCUS-Liste aufgeführt;

insgesamt 6 % der für 2021 beobachteten Antipsychotika-Verordnungen gelten dementsprechend als potenziell ungeeignet für die betagten Patientinnen und Patienten (siehe „Anteil mit PRISCUS Wirkstoff“). Anxiolytika (Beruhigungsmittel) sowie Hypnotika und Sedativa (Schlaf- und Beruhigungsmittel) hingegen werden insgesamt deutlich seltener verordnet. Die Wahrscheinlichkeit, in diesem Fall ein Arzneimittel mit PRISCUS-Wirkstoff zu erhalten, ist den Analysen zufolge jedoch sehr hoch: Mehr als ein Drittel (33,6 %) der Pflegebedürftigen über 65 Jahre mit einer Verordnung aus der Gruppe der Anxiolytika erhielt einen Arzneistoff der PRISCUS-Liste. Bei den Hypnotika und Sedativa traf dies sogar auf zwei Drittel (61,1 %) der Personen mit Verordnung zu. Unter den Psychoanaleptika haben die Antidepressiva die höchsten Verordnungs-

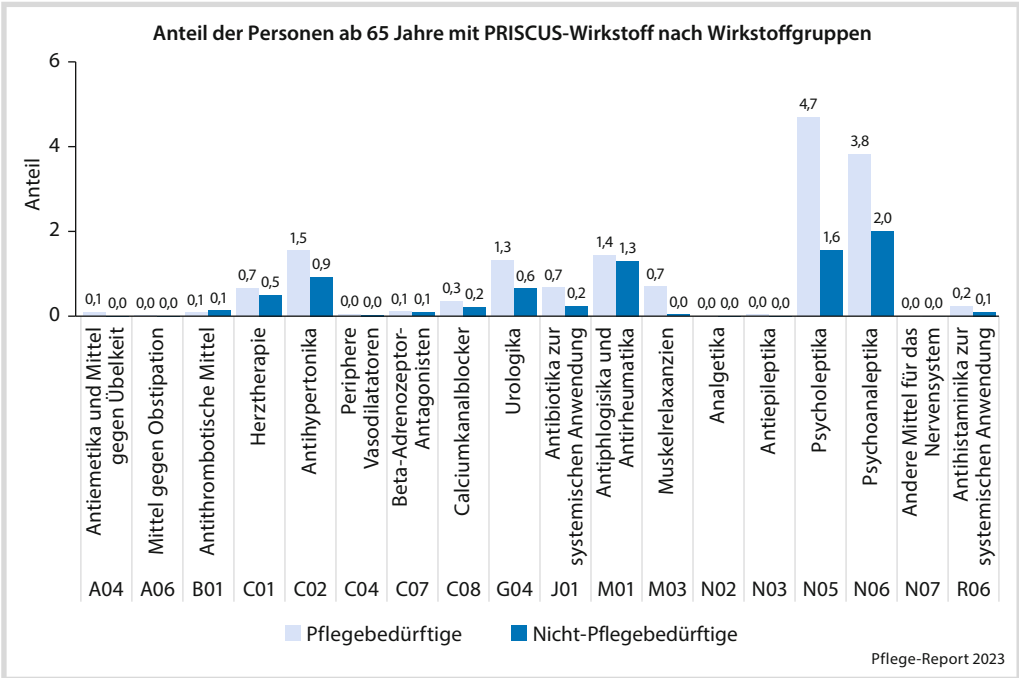


Abb. 15.25 Anteil der Personen ab 65 Jahren mit PRISCUS-Wirkstoff nach Wirkstoffgruppen im Durchschnitt der Quartale, in % (2021). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

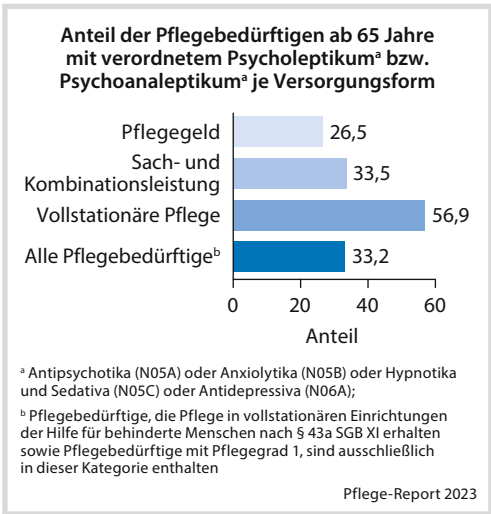


Abb. 15.26 Anteil der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre mit Verordnung von mind. einem Psycholeptikuma bzw. Psychoanaleptikuma nach Versorgungsform, in % (2021). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

raten: Jeder fünfte (18,7 %) Pflegebedürftige im Alter von über 65 Jahren wies eine Verordnung eines Antidepressivums auf – wiederum rund jeder Fünfte (19,2 %) hiervon einen auf der PRISCUS-Liste aufgeführten Wirkstoff. Lediglich 5 % der Pflegebedürftigen erhielten ein Antidementivum; PRISCUS-Arzneimittel kommen hier nur selten vor (Tab. 15.5). Verordnungen von Psychostimulanzien sind kaum zu beobachten (0,2 %) – werden sie verordnet, findet sich jedoch nahezu jeder Wirkstoff auf der PRISCUS-Liste wieder. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen sind die Verordnungsraten insgesamt auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Wird ein entsprechendes Mittel verordnet, ist jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um ein Arzneimittel der PRISCUS-Liste handelt, höher.

Abb. 15.26 fasst die verordneten Psychopharmaka nochmals zusammen: Mehr als ein Drittel (33,2 %) der Pflegebedürftigen er-

■ **Tab. 15.5** Anteil der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre mit Verordnung von Psycholeptika bzw. Psychoanaleptika im Durchschnitt der Quartale, in % (2021). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

Wirkstoffgruppen	Nicht-Pflegebedürftige			Pflegebedürftige		
	Alle Arzneimittel	PRISCUS-Wirkstoff	Anteil mit PRISCUS-Wirkstoff	Alle Arzneimittel	PRISCUS-Wirkstoff	Anteil mit PRISCUS-Wirkstoff
Antipsychotika (N05A)	1,4	0,1	6,7	15,3	0,8	5,5
Anxiolytika (N05B)	1,1	0,6	52,8	4,6	1,5	33,6
Hypnotika und Sedativa (N05C)	1,2	0,9	72,0	4,1	2,5	61,1
Homöopathische und Antroposophische Psycholeptika (N05H)	0,0	–	–	0,0	–	–
Antidepressiva (N06A)	6,6	1,9	29,1	18,7	3,6	19,2
Psychostimulanzien (N06B)	0,1	0,1	90,3	0,2	0,2	96,3
Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C)	0,0	–	–	0,0	–	–
Antidementiva (N06D)	0,4	0,0	2,5	5,2	0,0	0,5
Pflege-Report 2023						

hielten im Quartal mindestens ein Psycholeptikum bzw. Psychoanaleptikum, d. h. ein Antipsychotikum (N05A) oder Anxiolytikum (N05B) oder Hypnotikum und Sedativum (N05C) oder ein Antidepressivum (N06A). Bei den stationär Gepflegten traf dies mit 57 % auf deutlich über die Hälfte der Pflegeheimbewohnenden zu, während dieser Anteil bei Beziehenden von ausschließlich Pflegegeld nur etwas mehr als halb so groß war (26,5 %).

15.3.4 Versorgung mit Heilmittelleistungen

Heilmittel werden eingesetzt, um Beeinträchtigungen durch eine Krankheit abzumildern, eine Krankheit zu heilen bzw. ihr Fortschreiten aufzuhalten oder um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes frühzeitig entgegenzuwirken. Bei erwach-

senen Pflegebedürftigen können Heilmittelverordnungen helfen, die Selbstständigkeit in Teilbereichen so lange wie möglich zu erhalten. Im Durchschnitt der Quartale 2021 wurden 26 % der Pflegebedürftigen mit mindestens einer Behandlung versorgt (■ Tab. 15.6). Die mit großem Abstand häufigsten Heilmittelbehandlungen für Pflegebedürftige im Jahr 2021 entstammen dem Maßnahmenkatalog der Physiotherapie. Je Quartal waren im Mittel 21 % der Pflegebedürftigen in einer physiotherapeutischen Behandlung. Maßnahmen der Ergotherapie, Sprachtherapie sowie Podologie nahmen zwischen 2 % und 5 % der Pflegebedürftigen in Anspruch, wobei Männer ergo- und sprachtherapeutische Interventionen häufiger beanspruchten als Frauen. Die jeweilige Therapieintensität – gemessen in Behandlungen je Patientin/Patient – unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern nur marginal (■ Tab. 15.6).

Tab. 15.6 Verordnungshäufigkeit nach Heilmittel-Leistungsbereichen im Durchschnitt der Quartale, in % (2021). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

	Anteil an Pflegebedürftigen mit mind. einer Verordnung			Anzahl Behandlungen je Patientin/Patient		
	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt
Physiotherapie	22,4	18,5	20,9	15,4	16,0	15,6
Podologie	2,7	2,8	2,7	6,9	6,8	6,8
Sprachtherapie	1,4	2,8	2,0	13,8	13,5	13,6
Ergotherapie	4,2	5,6	4,8	13,8	13,8	13,8
Gesamt	26,7	24,1	25,7	14,5	14,4	14,4

Pflege-Report 2023

Abb. 15.27 zeigt die Verteilung nach Pflegebedürftigen sowie Nicht-Pflegebedürftigen ausgehend von den in Anspruch genommenen Heilmittelbehandlungen durch die Versicherten insgesamt im Jahr 2021. Mehr als ein Viertel aller physiotherapeutischen Behandlungen (30,2 %) waren demnach Bestandteil der Therapie von Pflegebedürftigen. Bei der Ergotherapie wurde mehr als die Hälfte

(55,3 %) der Behandlungen von Pflegebedürftigen durchlaufen. Auch mehr als ein Drittel der Versicherten (41,8 %), die 2021 Maßnahmen der Podologie oder der Sprachtherapie in Anspruch nahmen, waren Pflegebedürftige.

Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen nach Altersgruppen und Geschlecht

In der Physiotherapie stehen eine Vielzahl von Maßnahmen wie Manuelle Therapie, Massagetechniken, Sensomotorische Aktivierung und verschiedene Formen der Heilgymnastik zur Verfügung. Das Ziel physiotherapeutischer Maßnahmen sind die Förderung, Erhaltung oder Wiederherstellung der Beweglichkeit und Funktionalität des Muskel- und Skelettsapparats und häufig auch die Schmerzreduktion. Jeder fünfte Pflegebedürftige (20,9 %) erhielt im Mittel der vier Quartale 2021 Physiotherapie (Tab. 15.6). Gemäß Abb. 15.28 ist der Anteil der physiotherapeutischen Patienten bei den weiblichen Pflegebedürftigen in jeder Altersgruppe höher als bei den männlichen. Die Nicht-Pflegebedürftigen erhalten insgesamt deutlich weniger Physiotherapie verordnet. Auch hier überwiegt der Anteil der Frauen mit Verordnungen gegenüber dem der Männer.

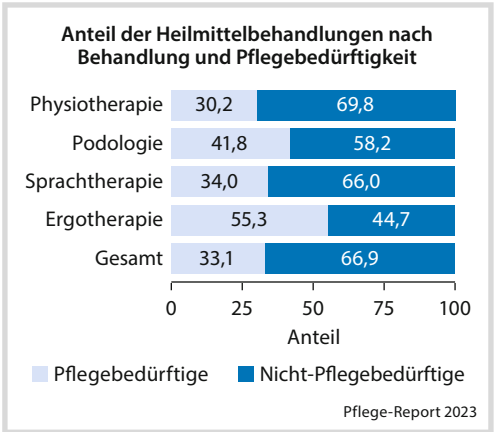


Abb. 15.27 Anteil Heilmittelbehandlungen bei Pflegebedürftigen im Durchschnitt der Quartale, in % (2021). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

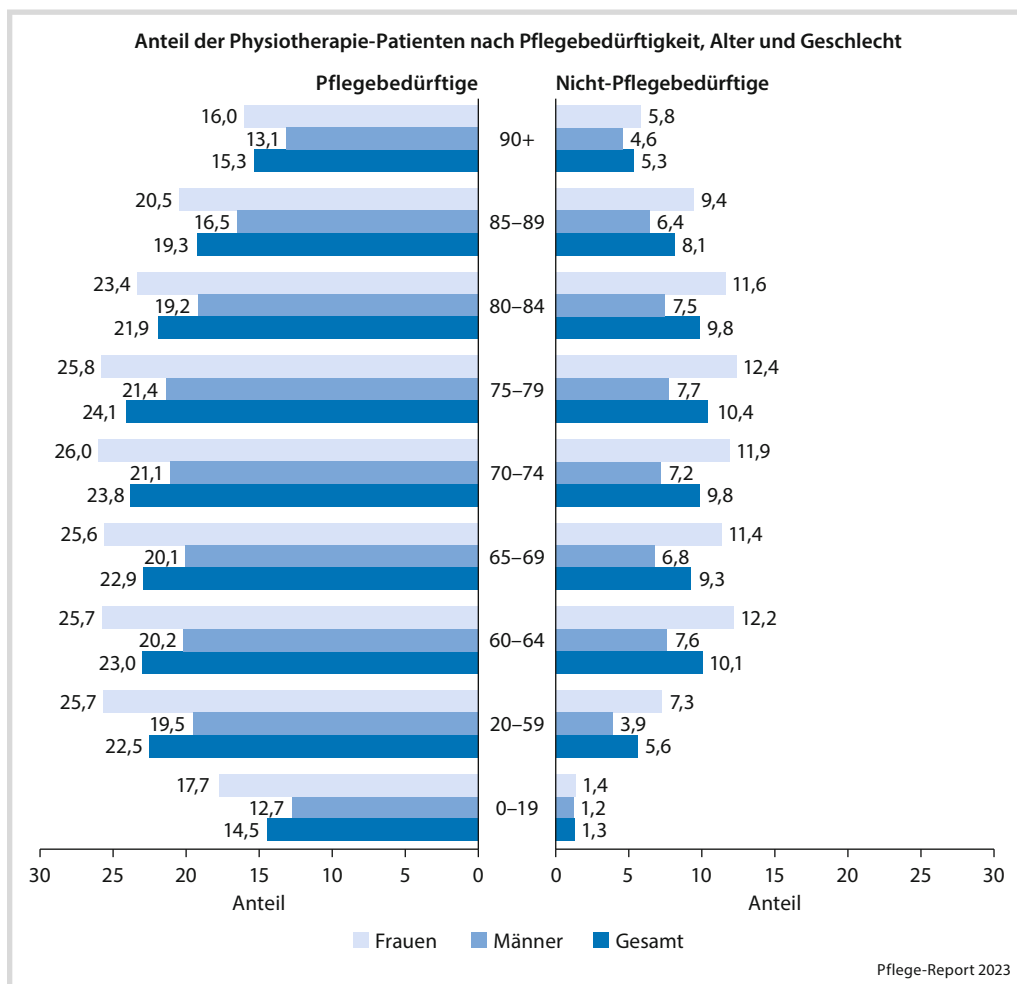


Abb. 15.28 Pflegebedürftige und nicht-pflegebedürftige Physiotherapie-Patientinnen und -Patienten nach Alter und Geschlecht im Durchschnitt der Quartale, in % (2021).

(Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Die Verordnung von Physiotherapie entwickelt sich erwartungsgemäß entlang der sich in Pflegebedürftigkeit äußernden körperlichen Einschränkungen. Vom Pflegegrad 1 und 2 (16,1 % und 18,8 %) bis zum Pflegegrad 5

(29,7 %) nimmt der Anteil der Pflegebedürftigen mit physiotherapeutischer Unterstützung kontinuierlich zu (■ Tab. 15.7). Ausnahme ist hier die vollstationäre Pflege: Hier blieb dieser Anteil auf relativ konstantem Niveau. Die Analyse der Pflegesettings zeigt darüber hinaus, dass Pflegebedürftige mit ambulanten Sach- oder Kombinationsleistungen mit 27 % überdurchschnittlich häufig diese Intervention in Anspruch nehmen.

Tab. 15.7 Pflegebedürftige mit mindestens einer Physiotherapie-Behandlung nach Pflegegrad und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2021). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

Pflegegrade	Pflegegeld	Sach- und Kombi-nationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen*
Pflegegrad 1	–	–	–	16,1
Pflegegrad 2	18,3	21,8	21,3	18,8
Pflegegrad 3	19,6	27,4	24,3	22,2
Pflegegrad 4	22,0	33,4	23,9	25,2
Pflegegrad 5	29,9	41,7	23,9	29,7
Alle Pflegegrade	19,4	26,8	23,6	20,9

*Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten
Pflege-Report 2023

Inanspruchnahme ergotherapeutischer Behandlungen nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Ergotherapie umfasst motorisch-funktionelle, psychisch-funktionelle und sensomotorisch-perzeptive Therapien sowie das sogenannte Hirnleistungstraining. Ziel der ergotherapeutischen Maßnahmen ist die Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen und der Selbstversorgung bzw. deren Wiederherstellung. Bei Kindern kommt Ergotherapie u. a. bei motorischen Entwicklungsstörungen (UEMF) zum Einsatz, bei Erwachsenen stehen rehabilitative Maßnahmen nach Stürzen, Operationen und schweren Unfällen im Vordergrund, bei älteren Menschen wird sie primär bei Vorliegen demenzieller Syndrome oder zur palliativen Versorgung verordnet. **Abb. 15.29** unterstreicht, dass nur ein marginaler Anteil der Nicht-Pflegebedürftigen ergotherapeutische Leistungen in Anspruch nimmt. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der Kinder und Jugendlichen (0–19 Jahre): 1 % der

nicht-pflegebedürftigen Jungen und Mädchen ließen sich im Jahr 2021 auf diese Weise behandeln. Demgegenüber erhielten rund 12 % der Pflegebedürftigen im gleichen Alterssegment eine Ergotherapie. Dieser Anteil sinkt mit steigendem Alter kontinuierlich bei beiden Geschlechtern.

Inanspruchnahme ergotherapeutischer Behandlungen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Betrachtet man die Inanspruchnahme der Ergotherapie wiederum differenziert nach Versorgungsbereichen, so wird deutlich, dass der Anteil der Ergotherapie-Patientinnen und -Patienten mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit zunimmt. Auch hier zeigt die Analyse, dass Pflegebedürftige mit ambulanten Sach- oder Kombinationsleistungen etwas häufiger eine ergotherapeutische Behandlung erhalten (6,5 %) als Beziehende von ausschließlich Pflegegeld (4,5 %) und auch als vollstationär Gepflegte (5,9 %; **Tab. 15.8**).

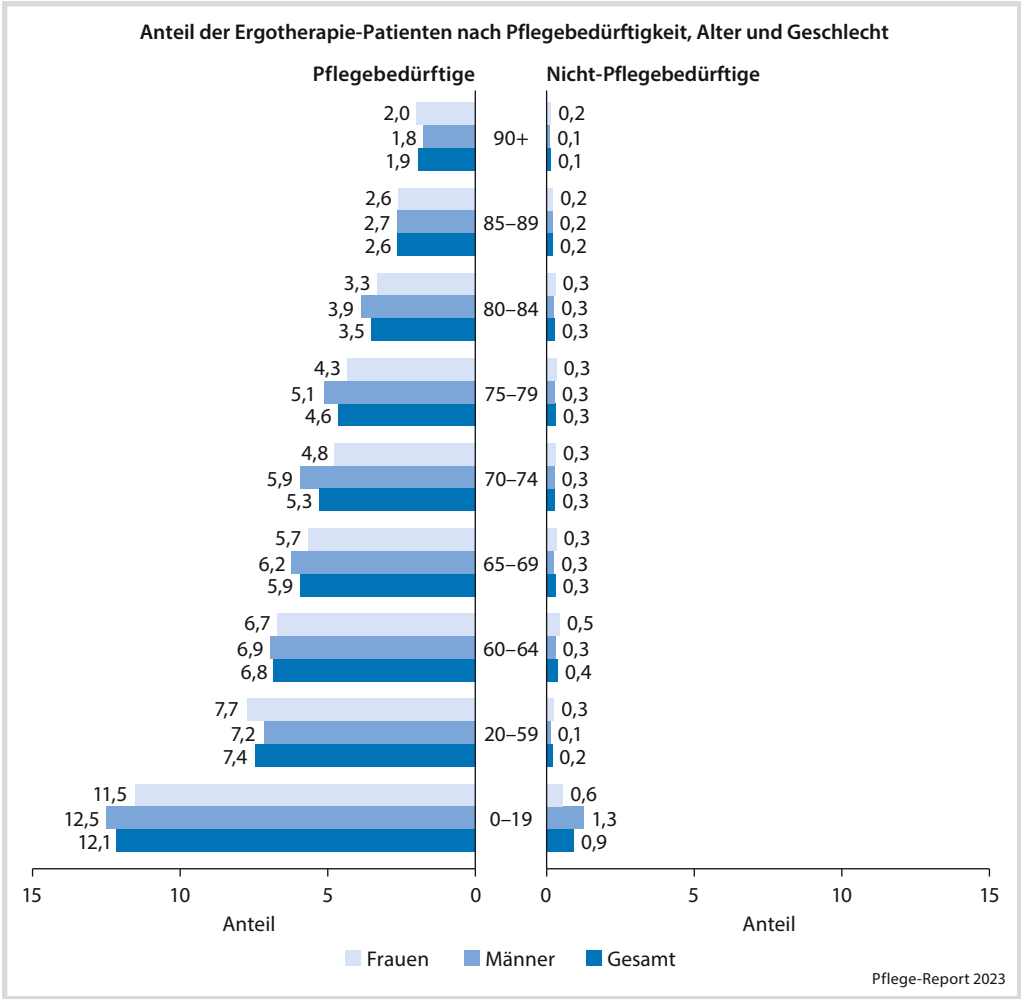


Abb. 15.29 Pflegebedürftige und nicht-Pflegebedürftige Ergotherapie-Patienten nach Alter und Geschlecht im Durchschnitt der Quartale, in % (2021). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

Tab. 15.8 Pflegebedürftige mit mindestens einer Ergotherapie-Behandlung nach Pflegegrad und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2021). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

Pflegegrade	Pflegegeld	Sach- und Kombi-nationsleistung	Vollstationäre Pflege	Alle Pflegebedürftigen*
Pflegegrad 1	–	–	–	1,9
Pflegegrad 2	3,1	3,2	3,0	3,2
Pflegegrad 3	5,4	6,6	5,1	5,6
Pflegegrad 4	7,3	10,9	6,7	7,9
Pflegegrad 5	9,7	17,5	8,4	10,7
Alle Pflegegrade	4,5	6,5	5,9	4,8

*Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten
Pflege-Report 2023

**Diagnosen und
physiotherapeutische sowie
ergotherapeutische Behandlungen
bei Pflegebedürftigen und Nicht-
Pflegebedürftigen**

■ Abb. 15.30 gibt einen Überblick über die zehn häufigsten Diagnosen in der Physiotherapie und Ergotherapie bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen. Für ein Drittel (31,5 %) der nicht-pflegebedürftigen Physiotherapie-Patientinnen und Patienten waren „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und

des Rückens“ (ICD-10: M50–M54) der Anlass für die Behandlung. Bei Pflegebedürftigen waren „Zerebrale Lähmungen und sonstige Lähmungssyndrome“ (ICD-10: G80–G83) der häufigste Grund für eine ergotherapeutische Behandlung (21,0 %), während Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen, die häufigste Diagnose für Physiotherapie war (8,3 %). Knapp ein Viertel der nicht-pflegebedürftigen Patientinnen und -Patienten wurde aufgrund von Entwicklungsstörungen (ICD-10: F80–F89) ergotherapeutisch betreut (23,3 %).

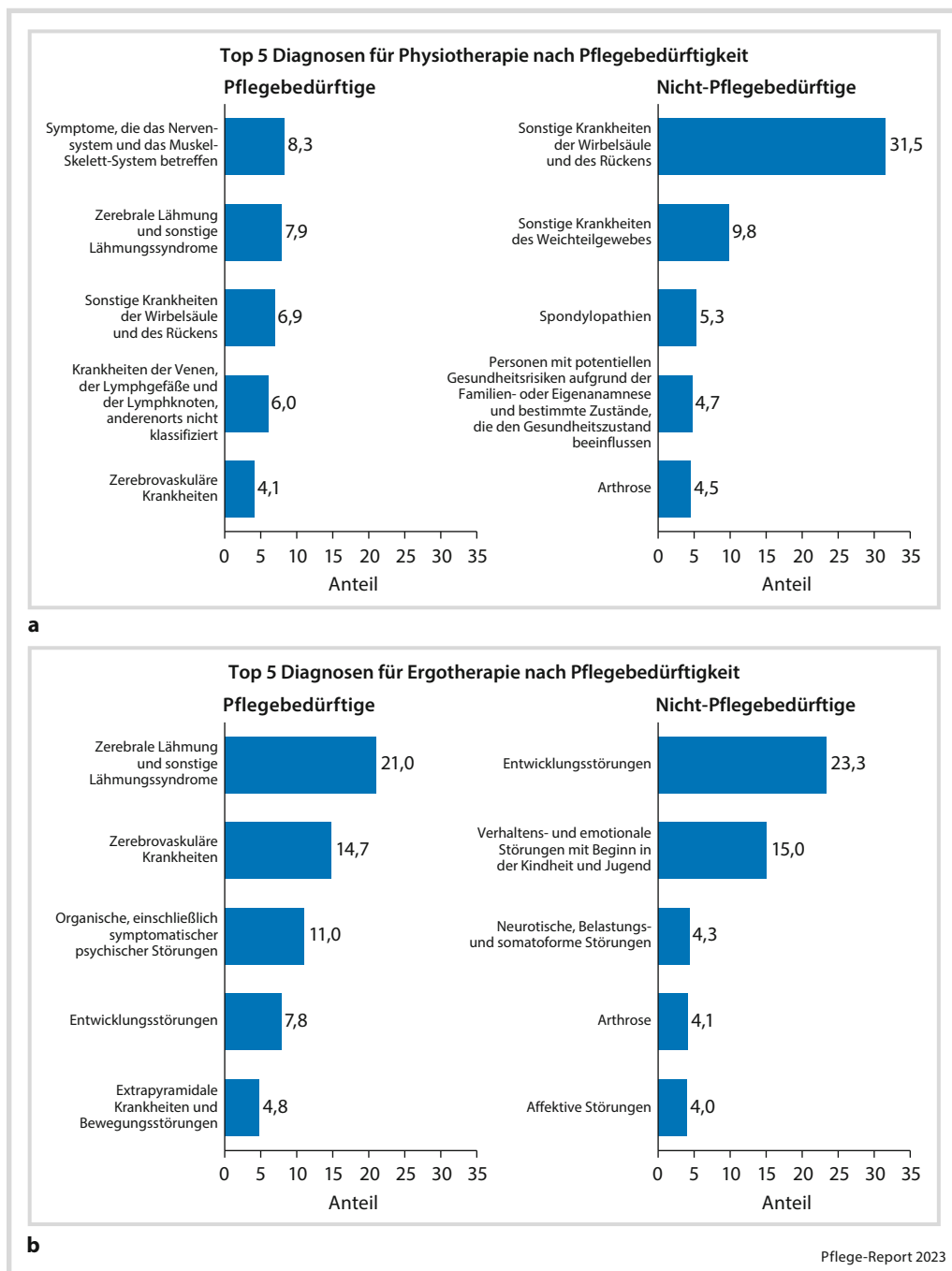


Abb. 15.30 Pflegebedürftige und nicht-Pflegebedürftige Physiotherapie- und Ergotherapie-Patientinnen und Patienten nach den fünf häufigsten Diagnosen im Durch-

schnitt der Quartale, in % (2021). (Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten [Amtliche Statistik KM 6 2021])

Literatur

- Kohl R, Jürchott K, Hering C, Gangnus A, Kuhlmei A, Schwinger A (2021) Covid-19-Betroffenheit in der vollstationären Langzeitpflege. In: Jacobs K, Greß S, Kuhlmei A, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Springer, Berlin, Heidelberg, S 3–20
- Kohl R et al (2022) Mortality among hospitalized nursing home residents with COVID-19. Dtsch Arztebl Int. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0140>
- Holt S, Schmiedl S, Thürmann P (2011) Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste (Stand 01.02.2011). http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUSTP3_2011.pdf. Zugegriffen: 2. Apr. 2020
- Kuhlmei A et al (2022) Endbericht des Projekts „Covid-Heim“: Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungsetting Pflegeheim. https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_abgeschlossene_projekte_8/Covid-Heim.jsp. Zugegriffen: 24. Jan. 2023
- Matzk S, Tsiasioti C, Behrendt S, Jürchott K, Schwinger A (2022) Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2022: Spezielle Versorgungslagen in der Langzeitpflege. Springer, Berlin Heidelberg, S 251–286
- Schwinger A, Jürchott K, Tsiasioti C, Matzk S, Behrendt S (2023) Epidemiologie der Pflege: Prävalenz und Inanspruchnahme sowie die gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 66:479–489. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03693-5>
- Schauffler J, Telschow C (2016) Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg) Arzneiverordnungs-Report 2016. Springer, Berlin Heidelberg

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Service teil

Die Autorinnen und Autoren – 270

Stichwortverzeichnis – 287

Die Autorinnen und Autoren

Dr. Muna Abu Sin

Robert Koch-Institut
Fachgebiet Nosokomiale Infektionen, Surveil-
lance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch
Berlin



Dr. med. Muna Abu Sin arbeitet seit 2011 am Robert Koch-Institut und ist Fachärztin für Innere Medizin und Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin mit einem Master of Science in Epidemiologie (TU Berlin) und Infektionskrankheiten (London School of Hygiene and Tropical Medicine) sowie einer mehr als zehnjährigen Berufserfahrung im Bereich nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenz sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene.

Felipe Argüello Guerra

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)
Berlin



Felipe Argüello Guerra ist in Guatemala Stadt geboren und aufgewachsen. Er hat an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster Politik und Soziologie studiert und absolviert derzeit einen Masterstudiengang in Sozialwissenschaft an der HU Berlin. Seine Themenschwerpunkte sind neben soziologischen und politischen Theorien der Gegenwart stadtsociologische Fragestellungen sowie in seiner Abschlussarbeit kultur- und wissenssoziologische Fragen zum Lebensende in der Reflexiven Moderne. Seit November 2021 arbeitet er im Forschungsbereich Pflege im WiDO zu Themen der Qualitätssicherung in der Pflege und der Versorgung am Lebensende in stationären Einrichtungen.

Dr. Ronja Behrend

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Berlin



Dr. Ronja Behrend ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Semesterkoordinatorin am Prodekanat für Studium und Lehre der Charité – Universitätsmedizin Berlin mit dem Schwerpunkt „Interprofessionelle Ausbildung“. Sie ist Physiotherapeutin B.A. und hat Management und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen M.Sc. studiert. Seit 2014 ist sie in unterschiedlichen interprofessionellen Lehr- und Lernprojekten für die Gesundheitsberufe und in der Weiterentwicklung von Gesundheitsstudiengängen tätig.

Susann Behrendt

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiO)
Berlin



Studium der Kommunikationswissenschaft, Soziologie und Interkulturellen Wirtschaftskommunikation an der Friedrich-Schiller-Universität Jena, der Universidad de Salamanca und der University of Limerick. Wissenschaftliche Tätigkeiten am Europäischen Migrationszentrum, am Statistischen Bundesamt sowie am IGES Institut mit Schwerpunkt Versorgungsforschung, Qualitätsmessung und Sekundärdatenanalysen. Seit Dezember 2017 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am WiO befasst mit Themen rund um die Versorgungsqualität in der Langzeitpflege und insbesondere zuständig für die „Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten“ (QMPR).

Dr. Almuth Berg

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Medizinische Fakultät
Halle (Saale)



Seit 2004 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Marburg, und am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät der MLU Halle-Wittenberg; 2014 promoviert zum Dr. rer. medic.; Diplomstudium der Pflege- und Gesundheitswissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Ausbildung zur staatlich examinierten Krankenschwester. Aktuelle Forschungsschwerpunkte: Entwicklung

und Evaluation von nicht-pharmakologischen Interventionen zur Verbesserung der Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. Dozentin im Bachelor- und Masterprogramm Pflege- und Gesundheitswissenschaft.

Dr. Lena Dorin

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)
Arbeitsbereich Pflegeberufe, Geschäftsstelle
der Fachkommission nach dem Pflegeberufesetz
Bonn

Prof. Dr. Andreas Büscher

Hochschule Osnabrück
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung
in der Pflege (DNQP)
Osnabrück



Prof. Dr. Andreas Büscher, Krankenpfleger und Pflegewissenschaftler. Promotion am Department of Nursing Science der University of Tampere/Finnland. Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke und am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Seit 2011 Professor für Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück und seit 2012 wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).



Dr. Lena Dorin ist seit 2020 Leiterin des Arbeitsbereichs „Pflegeberufe, Geschäftsstelle der Fachkommission nach dem Pflegeberufesetz“ im Bundesinstitut für Berufsbildung. Nach Abschluss ihres Masterstudiums „Public Health“ 2008 in Bielefeld war sie zunächst als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Aufbau des Lehrstuhls für Versorgungsforschung an der School of Public Health beteiligt. Nach langjähriger Tätigkeit als Projektleiterin bei der Bertelsmann Stiftung in Gütersloh promovierte sie 2015 an der Universität Witten/Herdecke zum Thema „Versorgungsvorstellungen und Nutzungsverhalten von Schwerpflegebedürftigen und ihren Familien bei der Gestaltung ambulanter Pflegearrangements“. Von 2015 bis 2020 war sie Referentin für Gesundheits- und Pflegepolitik bei der BAG-SO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen).

Dr. Tim Eckmanns

Robert Koch-Institut
Fachgebiet Nosokomiale Infektionen, Surveillance
von Antibiotikaresistenz und -verbrauch
Berlin



Dr. Tim Eckmanns ist Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin und hat einen Master of Science in Epidemiologie der London School of Hygiene and Tropical Medicine und ein Diplom in medizinischer Informatik der Technischen Fachhochschule Berlin. Nach zwei Jahren klinischer Tätigkeit in der Tropenmedizin und Inneren Medizin war er bis zum Jahr 2006 am Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité als Oberarzt und Laborleiter tätig. Danach wechselte er zum Robert Koch-Institut und leitete dort zunächst das Fachgebiet Surveillance und ab 2012 das Fachgebiet Nosokomiale Infektionen, Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch. Er hat große Erfahrungen im Gebiet Infektions-epidemiologie, speziell im Ausbruchsmangement, Surveillance von Antibiotikaresistenz, Antibiotikaverbrauch und nosokomiale Infektionen, Evidence Based Public Health, Global Health und Digitale Epidemiologie. Er ist an über 200 wissenschaftlichen Publikationen beteiligt und leitet als Principle Investigator über zehn nationale und internationale Studien. Seit 2022 leitet er das neu eingeführte WHO Collaborating Centre für Antibiotikaresistenz, -verbrauch und nosokomiale Infektionen am RKI.

Prof. Dr. Astrid Elsbernd

Hochschule Esslingen
Fakultät Soziale Arbeit, Bildung und Pflege
Esslingen



Prof. Dr. Astrid Elsbernd ist Professorin für Pflegewissenschaft an der Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit, Bildung und Pflege und Leiterin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaften (IGP). Seit 2018 ist sie Studiendekanin des Bachelorstudiengangs Pflege (Bsc) in Kooperation mit der medizinischen Fakultät der Universität Tübingen.

Prof. Dr. Stefan Greß

Hochschule Fulda
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Fulda



Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie und Dekan des Fachbe-

reichs Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Krankenversicherungssystemökonomie, internationaler Gesundheitssystemvergleich, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung.

Dr. Friederike A. Haaß

IGES Institut GmbH
Berlin



Frau Dr. Haaß studierte Biologie an der Universität Würzburg und promovierte in Neurobiologie an der University of California, San Francisco, USA. Von 2007 bis 2011 war sie Unternehmensberaterin bei McKinsey & Co. in der Schweiz mit Schwerpunkt pharmazeutische und medizintechnische Industrie sowie Krankenversicherung. Von 2012 bis 2017 war sie Produktmanagerin bei McKinsey Healthcare Analytics in den USA und befasste sich u. a. mit der Entwicklung von Algorithmen für episodienbasierte und populationsbezogene Versorgungs- und Vergütungsformen. Seit 2017 ist sie Mitarbeiterin des IGES Instituts und hier Bereichsleiterin Evaluation & Versorgungsdesign. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Evaluation, Versorgungsforschung, Entwicklung von Versorgungskonzepten, quantitative Datenanalyse.

Laura Hahn

Hochschule Esslingen
Fakultät Soziale Arbeit, Bildung und Pflege
Esslingen



Laura Hahn ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit, Bildung und Pflege. Sie ist examinierte Altenpflegerin (2015) und gerontopsychiatrische Fachkraft (2016) und hat einen B.A. in Pflege/Pflegemanagement (2020) sowie einen M.A. in Pflegewissenschaften (2023) erworben.

Lucas Hamel

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)
Bonn



Lucas Hamel studierte Sozialwissenschaften und Politikwissenschaft an der Universität zu Köln. Nach dem Studium forschte und lehrte

te Lucas Hamel drei Jahre lang als wissenschaftlicher Mitarbeiter mit Lehrtätigkeit und Doktorand am Lehrstuhl für Soziologie der Gesundheit und des Gesundheitssystems der Universität Siegen. Zurzeit ist er am Bundesinstitut für Berufsbildung für die Organisation des Forschungskongresses zum Thema „Bildung und Versorgung in der Pflege gemeinsam gestalten“ zuständig. Zukünftig wird er als Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Forschung als Data-Steward im Forschungsdatenmanagement an der Hochschule Koblenz für die Landesinitiative FDM.RLP arbeiten.

Melanie Hoberg

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)
Berlin



Melanie Hoberg studierte Betriebswirtschaft an der Fachhochschule Schmalkalden. Sie ist seit 2018 im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) im Backoffice tätig und u. a. verantwortlich für den Satz der WiDO-Publikationen und die Website-Pflege. Mitverantwortlich für das Lektorat des Pflege-Reports.

Claudia Hofrath

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)
Bonn



Claudia Hofrath ist seit 2016 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im BIBB tätig. Sie ist zuständig für das BIBB-Pflegepanel – einer systematischen Langzeitbeobachtung des Ausbildungsgeschehens in der Pflege im Rahmen des gesetzlich vorgesehenen Monitorings zur beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung (vgl. § 60 Absatz 6 PflAPrV). Weiterhin begleitet sie das Forschungsprogramm zur Pflegebildung und zum Pflegeberuf (vgl. § 60 Absatz 4 PflAPrV). Frau Hofrath ist examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin und verfügt über einen B. A. in „Politik und Gesellschaft“ sowie über einen M. A. in Soziologie.

Prof. Dr. Klaus Jacobs

Berlin



Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld. Promotion an der FU Berlin. Von 1981 bis 1987 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der FU Berlin und am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Von 1988 bis 2002 Gesundheitsökonom im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. 2002 bis 2023 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO).

Christian Jesberger

Hochschule Fulda
Fulda



Christian Jesberger studierte Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Freiburg und Mannheim. Anschließend war er wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Mannheim sowie Dozent an verschiedenen Universitäten u. a. für Gesundheitsökonomie, Public Health und Versorgungsforschung. Seit 2019 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter und Dozent an der Hochschule Fulda am Fachbereich Gesundheitswissenschaften. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Krankenversicherungsökonomie, Versorgungsforschung sowie Digitalisierung des Gesundheitswesens. Derzeit arbeitet er u. a. im Innovationsfondsprojekt PICAR an gesundheitsökonomischen Analysen mit Primär- und Routedaten.

Dr. Kathrin Jürchott

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)
Berlin



Studium der Biochemie und Molekularbiologie an der Humboldt-Universität zu Berlin. Danach mehrere Jahre in Forschung und Entwicklung tätig in Bereichen der Genomforschung und Bioinformatik. Seit 2013 Mitarbeiterin des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Zuständig für Datenbankmanagement und Datenanalyse im Bereich Pflege.

Jürgen Klauber

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)
Berlin



Studium der Mathematik, Sozialwissenschaften und Psychologie in Aachen und Bonn. Seit 1990 im Wissenschaftlichen Institut der

AOK (WIdO) tätig. Von 1992 bis 1996 Leitung des Projekts GKV-Arzneimittelindex im WIdO, von 1997 bis 1998 Leitung des Referats Marktanalysen im AOK-Bundesverband. Ab 1998 stellvertretender Institutsleiter und ab 2000 Leiter des WIdO. Inhaltliche Tätigkeitsschwerpunkte: Themen des Arzneimittelmarktes und stationäre Versorgung.

Bettina Klein

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)
Bonn



Bettina Klein ist Mitarbeiterin im Arbeitsbereich „Pflegerberufe, Geschäftsstelle der Fachkommission nach dem Pflegeberufegesetz“ im Bundesinstitut für Berufsbildung. Nach ihrer Ausbildung und Tätigkeit als Krankenschwester arbeitete sie als Medizinische Dokumentarin an der Medizinischen Hochschule Hannover und am Universitätsklinikum Tübingen. Ihr Psychologiestudium schloss sie mit dem Bachelor of Science (B. Sc.) an der Fernuniversität Hagen ab.

Prof. Dr. Thomas Klie

Starnberg-Leutstetten



Prof. Dr. habil Thomas Klie, bis 2021 Professor an der Evangelischen Hochschule Freiburg, Leiter der Institute agp Sozialforschung und Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung in Freiburg und Berlin. Geschäftsführer der SOCLES gGmbH, Rechtsanwalt und Justitiar der VdPB München.

Prof. Dr. Ursula Kremer-Preiß

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)
Berlin



Nach Forschungstätigkeiten in verschiedenen sozialwissenschaftlichen und gerontologischen Forschungsinstitutionen seit 1998 Referentin im Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), seit 2010 Leiterin des Fachbereichs „Wohnen und Quartiersgestaltung“. Zu ihren Schwerpunktthemen gehören Wohnen im

Alter, Quartiersentwicklung/Sozialraumorientierung, kommunale Seniorenpolitik und Alten(hilfe)planung/Pflegebedarfs- und Sozialplanung. Hierzu hat sie zahlreiche Forschungsprojekte für Bundes- oder Landesministerien, Stiftungen, Verbände oder Kommunen durchgeführt und geleitet. Darüber hinaus verfügt sie über Expertise im Erwachsenenbildungsbereich. Daneben ist sie Beiratsmitglied, Obfrau oder Gutachterin in verschiedenen Gremien.

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Prodekanat für Studium und Lehre
Berlin



Seit 2012 Wissenschaftliche Direktorin des Centrums für Human- und Gesundheitswissenschaften der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Seit 2002 Leiterin des Instituts für Medizinische Soziologie an diesem CharitéCentrum. Davor Professorin für Soziale Gerontologie und Medizinsoziologie an den Hochschulen Neubrandenburg und Braunschweig-Wolfenbüttel. Wissenschaftliche Arbeitsschwerpunkte: Alter und Altern, Gesundheitsentwicklung einer älter werdenden Bevölkerung und medizinische sowie pflegerische Versorgung. Seit Mai 2014 Prodekanin für Studium und Lehre der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Sören Matzk

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)
Berlin



Studium der Bioinformatik an der Universität Potsdam. Danach tätig als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für Molekulare Genetik und an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Seit 2018 Datenbank- und Softwareentwickler im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO).

Dr. Michael Meng

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)
Bonn



Dr. Michael Meng ist seit 2021 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am BIBB tätig. Er begleitet das BIBB-Pflegepanel – eine systematische Langzeitbeobachtung des Ausbildungsgeschehens in der Pflege im Rahmen

des gesetzlich vorgesehenen Monitorings zur beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung (vgl. § 60 Absatz 6 PflAPrV) und das Forschungsprogramm zur Pflegebildung und zum Pflegeberuf (vgl. § 60 Absatz 4 PflAPrV). Nach seinem Studium der Psychologie und Philosophie (B.A.) an der TU-Dortmund schloss er an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf sein Psychologiestudium mit einem Master in Psychologie (M.Sc.) ab. Darauf aufbauend absolvierte er 2020 an der Universität Witten/Herdecke eine Promotion in Gesundheitswissenschaften (Dr. rer. medic.) zum Thema „Evaluation eines Weiterbildungscurriculums für Hygienefachkräfte zur Schulung von hygienebeauftragten Pflegenden“.

Prof. Dr. Gabriele Meyer

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Medizinische Fakultät
Halle (Saale)



Seit 2013 Leiterin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft; zuvor Professuren an der Universität Witten/Herdecke und Universität Bremen. Wissenschaftliche Ausbildung an der Universität Hamburg (1999–2006), im Jahr 2004 promoviert in der Gesundheitswissenschaft; Studium Lehramt Oberstufe/Berufliche Schulen Gesundheit und Germanistik. Staatlich examinierte Krankenschwester und Tätigkeit

in der Pflege in Krankenhäusern und der ambulanten Kranken- und Altenpflege insgesamt über 13 Jahre. Forschungsschwerpunkte: Klinische und epidemiologische Forschung zu Fragestellungen des höheren Lebensalters, hier insbesondere Pflege und Begleitung bei Demenz in der Häuslichkeit und im Pflegeheim, Mobilität und Gelenkkontrakturen, freiheitsentziehende Maßnahmen und ruhigstellende Medikamente, soziale Teilhabe in Alten- und Pflegeheimen; Entwicklung und Evaluation, Prozessevaluation komplexer Interventionen; evidenzbasierte Pflege.

Hans-Dieter Nolting

IGES Institut GmbH
Berlin



Hans-Dieter Nolting, Diplom-Psychologe, studierte Psychologie und Philosophie in Berlin und Bordeaux. Er ist Geschäftsführer des IGES Instituts und seit 1991 für das Institut tätig. Vor seiner Tätigkeit beim IGES war er von 1986 bis 1991 wissenschaftlicher Angestellter am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamts (heute: Robert Koch-Institut). Herr Nolting verfügt über einen breiten Erfahrungshintergrund in Systemfragen des Gesundheitswesens sowie in der Evaluation und Versorgungsforschung. Er ist im IGES Institut u. a. für die Geschäftsbereiche Analysen & Reporting, Arbeitswelt & Prävention, Evaluation & Versorgungsdesign sowie Pflege verantwortlich.

Tanyel Özdes

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Berlin



Studium der Mathematik mit dem Schwerpunkt „Wirtschaftsmathematik und Statistik“ an der ehemaligen Beuth-Hochschule für Technik Berlin. Seit 2020 ist Tanyel Özdes wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich Pflege am WIdO. Davor war sie ein Jahr lang als studentische Mitarbeiterin tätig. Ihre aktuellen Arbeitsschwerpunkte liegen bei statistischen Analysen von Routinedaten der Kranken- und Pflegeversicherung.

Prof. Dr. Miriam Peters

Frankfurt University of Applied Sciences
Frankfurt am Main



Prof. Dr. Miriam Peters ist seit 2022 Professorin für klinische Pflege an der Frank-

furt University of Applied Sciences. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen Entwicklung von Aufgabenprofilen für akademisch qualifiziert Pflegende, Fallarbeit in der Pflege, neue Technologien in Bildungs- und Versorgungspraxis sowie methodenbasierter Theorieentwicklung in der Pflege. Zuvor hat sie am Bundesinstitut für Berufsbildung Forschungsprogramme zur Pflegebildung und zum Pflegeberuf (vgl. § 60 Absatz 4 PflAPrV) geleitet. Nach dem Studium zur Diplom-Kauffrau schloss sie eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin ab und war einige Jahre in verschiedenen Versorgungsbereichen der Intensivpflege tätig. Das Master- und Promotionsstudium im Bereich Pflegewissenschaft absolvierte sie an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar. 2021 schloss sie ihre Promotion (Dr. rer. cur.) zum Thema „Digitale Bildung in der Altenpflege“ ab.

Dunja Said

Robert Koch-Institut
Fachgebiet Nosokomiale Infektionen, Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch
Berlin



Dunja Said studierte an der Universität Potsdam Politik und Verwaltung im Erstfach mit Öffentlichem Recht als Zweitfach. Im Jahr 2020 erlangte sie ihren Master in Public Health an der Berlin School of Public Health. Derzeit ist sie als wissenschaftliche Mitarbei-

terin im Fachgebiet „Nosokomiale Infektionen, Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch“ des Robert Koch-Instituts tätig. Im Rahmen ihrer Arbeit befasst sie sich unter anderem mit Covid-19-Impfquoten in Langzeitpflegeeinrichtungen.

Prof. Dr. Katharina Scheel

Fachhochschule Kiel, Studiengang Pflege
Außenstelle Neumünster
Neumünster



Prof. Dr. Katharina Scheel ist seit 2012 Professorin für Physiotherapie an der Fachhochschule Kiel. Derzeit leitet sie den Aufbau des neuen Pflegestudiengangs sowie des Fachbereichs Gesundheit am Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) in Neumünster. Davor war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK e. V.). Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: (Weiter-)Entwicklung von gesundheitsbezogenen Studiengängen, interprofessionelle Arbeit im Gesundheitswesen, Geschichte und Ethik der Gesundheitsberufe.

Birgitta Schweickert

Robert Koch-Institut
Fachgebiet Nosokomiale Infektionen, Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch
Berlin



Birgitta Schweickert ist Fachärztin für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie Fachärztin für Laboratoriumsmedizin. Sie hat einen Masterabschluss in „Epidemiologie“ erworben. Seit 2009 ist sie am Robert Koch-Institut tätig.

Dr. Antje Schwinger

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiO)
Berlin



Pflegestudium an der Napier University Edinburgh und Studium der Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln. Nach Tätigkeiten im Wissenschaftlichen Institut der AOK

(WIdO) und im AOK-Bundesverband mehrere Jahre am IGES Institut tätig mit den Themenschwerpunkten vertragsärztliche Vergütung und Pflegeforschung. Leitung des Forschungsbereichs Pflege im WIdO. 2017 Abschluss der Promotion an der Universität Bremen zum Thema Pflegekammern.

Susanne Sollmann

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Berlin



Susanne Sollmann studierte Anglistik und Kunsterziehung an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und am Goldsmiths College, University of London. Von 1986 bis 1988 war sie wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Informatik der Universität Bonn. Seit 1989 ist sie im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) tätig, u. a. im Projekt Krankenhausbetriebsvergleich und im Forschungsbereich Krankenhaus. Verantwortlich für das Lektorat des Pflege-Reports.

Constance Stegbauer

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Göttingen



Seit Abschluss ihres Studiums Health Sciences (M. Sc.) an der Westsächsischen Hochschule Zwickau im Jahr 2012 ist Constance Stegbauer als wissenschaftliche Mitarbeiterin am aQua-Institut, seit 2023 zudem als Co-Abteilungsleiterin der Abteilung Evaluation und Implementierungsforschung tätig. Sie leitet und entwickelt insbesondere Projekte zur stationären Langzeitpflege und zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen der Methodenentwicklung zur Qualitätssicherung, in der Konzeption von Stellen zur Datenannahme, -auswertung und automatisierten Berichtsgenerierung und in der Evaluation verschiedener komplexer Versorgungsleistungen.

Johannes Strotbek

Weisse Liste
Bertelsmann Stiftung
Gütersloh



Johannes Strotbek ist Senior Project Manager bei der Weissen Liste, einer Ausgründung der Bertelsmann Stiftung, und dort seit 2013 als Experte für Qualitätsberichterstattung sowie Patienten- und Verbraucherinformation im Gesundheitswesen tätig. Zuvor war er neun Jahre Unternehmensberater speziell für Akutkrankenhäuser. Nach seinem Studium der Publizistik- und Kommunikationswissenschaften, Jura und Politik (Magister) arbeitete er im Medienbereich und leitete die Öffentlichkeitsarbeit der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung in Berlin.

Thorsten Tisch

IGES Institut GmbH
Berlin



Thorsten Tisch studierte Volkswirtschaftslehre (B.Sc.) und Statistik (M.Sc.) an der Humboldt-Universität zu Berlin. Während seines Studiums arbeitete er in der Unternehmenszentrale der HELIOS Kliniken GmbH im zentralen Dienst Personal – Mitarbeitergesundheit und Sicherheit. Seit 2016 ist er Mitarbeiter des IGES Instituts. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Forschungen zu Versorgungsstrukturen und Vergütungssystemen. Seine Kernkompetenz liegt in der statistischen Modellierung von Versorgungsszenarien, der Erstellung von Kosten-Nutzen-Analysen sowie der statistischen Analyse von Sekundär- und Befragungsdaten. Hierzu gehören die Analyse von Krankheitsverläufen und Versorgungspfaden, die Quantifizierung von Leistungsanspruchnahme und -ausgaben sowie die Analyse patientenrelevanter Nutzenaspekte. Schwerpunktmäßig arbeitet er mit Routinedaten der Krankenkassen aus allen Leistungsbereichen. Er ist mit Gesundheitsberichten, Versorgungsberichten sowie der Evaluation von Innovationsprojekten befasst.

Chrysanthi Tsiasioti

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)
Berlin



Diplomstudium der Volkswirtschaftslehre an der Freien Universität Berlin und Masterstudium Statistik an der Humboldt-Universität Berlin. Seit 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin im WiDO. Aktuelle Arbeitsschwerpunkte: Da-

tenanalysen, Versorgungsforschung mit Routinedaten im Bereich Pflege, unter anderem mit Schwerpunkt auf Arzneimittelversorgung, ambulant-ärztliche und rehabilitative Versorgung.

Dr. Daniel Tucman

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.
Köln



Dr. Daniel Tucman ist seit 2013 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. und arbeitet in den Themengebieten der pflegerischen Versorgungsforschung, der Demenzversorgung im akutstationären Bereich und der pflegerischen Versorgungsqualität. Er hat 2005 seine Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger abgeschlossen. Anschließend absolvierte er das Bachelorstudium in der Pflegepädagogik 2011 und das Masterstudium in der Pflegewissenschaft 2014. Bis zur Aufnahme des Masterstudiengangs war er weiterhin als Pflegefachkraft im Bereich der Gerontopsychiatrie tätig.

Kathrin Wehner

Private Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit
Witten



Kathrin Wehner ist seit 2020 berufsbegleitende Promovendin der Privaten Universität Witten/Herdecke. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleiterin in der Abteilung Verfahrensentwicklung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) in Berlin. Zuvor war sie von 2011 bis 2015 als wissenschaftliche Mitarbeiterin beim aQua-Institut in Göttingen tätig. Studium der Gesundheitswissenschaften an der Hochschule Fulda (Abschluss M.Sc. Public Health) und Berufsausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin am Universitätsklinikum Gießen.

Dr. Gerald Willms

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Göttingen



Sozialwissenschaftler, Leiter der Abteilung Evaluation und Implementierungsforschung am Göttinger aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. Tätigkeitsschwerpunkte als Projektentwickler und Seniorprojektleiter vorwiegend in der Versorgungsforschung. Inhaltliche Schwerpunkte liegen in den Themenfeldern organisationsbezogene Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft, stationäre Langzeitpflege, sektoren- und leistungsträgerübergreifende Versorgung von besonders vulnerablen Populationen.

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Universität Bremen
Abteilung Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Bremen



Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann ist Professorin für „Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung“ an der Universität Bremen und Leiterin der Abteilung „Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung“ am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen sowie Mitglied des geschäftsführenden Direktoriums des IPP. Sie engagiert sich seit vielen Jahren in der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften e. V. und ist Mitglied verschiedener Beiräte zu Weiterentwicklungen in der sozialen Pflegeversicherung. Neben ihrem methodisch-fachlichen Expertenwissen verfügt sie über umfangreiche Erfahrung in der Leitung von Forschungs- und Evaluationsprojekten insbesondere auch im Bereich der Langzeitpflege, der Versorgung von Menschen mit Demenz sowie im Bereich Technik/Digitalisierung und Pflege.

Arina Zanzudana

Robert Koch-Institut
Fachgebiet Nosokomiale Infektionen, Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch
Berlin



Arina Zanzudana, MScPH, DrPH, geboren 1984 in der Ukraine, ist Public-Health-Wissenschaftlerin im Fachgebiet „Nosokomiale Infektionen, Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch“ in der Abteilung für Infektionskrankheiten des Robert Koch-Instituts in Berlin. Sie verfügt über mehr als zehn Jahre Erfahrung im Bereich der Epidemiologie von Infektionskrankheiten.

Stichwortverzeichnis

A

Akademisierungsquote 222, 226
 Alterserkrankungen 193, 195
 Anbieterwettbewerb 150
 Angehörigenbefragung 118–120, 126, 128
 Antipsychotika 111–113
 – Verschreibungshäufigkeit 112
 Arzneimittelereignisse, unerwünschte 256
 Arzneimittelverordnung
 – kritische 15
 Arzneimittelversorgung 256
 – kritische 11
 Arztkontakte 250
 Autonomie 164–166

B

Bachelor-Abschluss 220
 Behandlungspflege 149
 Belastung pflegender Angehöriger 180
 Besuchsverbote 138
 Bewohnerzentrierung 168
 BIBB-Pflegepanel 220, 226

C

Change Pathway 108
 Covid-19
 – Ausbrüche 136
 – Fälle 134
 – Todesfälle 133
 Covid-19-Pandemie 133, 139, 140

D

Dehydration bei Demenz 13, 18
 Dekubitus 39, 40
 Demenz 111
 Deprivation, soziale 22

E

Eigenanteil 147, 148, 162
 Entlastungsbetrag 244, 245, 247
 Ergotherapie 264
 Expertenstandards 196

F

fall-risk-increasing drugs (FRIDs) 12, 16, 20
 Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) 51
 Fehlreize 152, 154

Finanzierung, monistische 154
 Förderprojekte 53, 54
 Forschungsförderung 52, 59
 Fürsorgepflicht 119

G

Gesundheitsatlanten 6
 Gesundheitsberufe 204
 Gewalt 179

H

Häusliche Krankenpflege (HKP) 31, 44
 Häusliche Pflege 176
 Heilmittelverordnungen 261
 Hochschulen, primärqualifizierende 223, 226
 Hospitalisierung
 – sturzassoziiert 12, 16, 20
 Hospitalisierungsraten 256
 HTA-Berichte 197
 Hygienemanagement 137
 Hygienemaßnahmen 134, 138

I

Impfquoten 136
 Infektionsschutz 134
 – Maßnahmen 133, 136, 138, 140
 Infektionsschutzgesetz (IfSG) 135
 Innovationsfonds 54, 61, 62, 66
 Interdisziplinarität 208
 Interprofessionalität 208
 Investitionskosten 148
 – Finanzierung 154
 Isolation 138

K

Kombinationsleistungsbezug 239
 Krankenhausaufenthalt 18, 253
 Krankenhausversorgung 253
 Krankenpflege, häusliche 94
 Kurzzeitpflege 243, 245, 247

L

Langzeitpflege 190, 196
 – Interprofessionalität 206, 207
 – Leitlinien 196, 197
 – stationäre 147
 Langzeitpflegeeinrichtungen
 – Infektionen 140

Lebensqualität 167
Lernen, interprofessionelles 205, 209

M

Medikamente, psychotrope 111
Medizinischer Dienst 182
Messmethodik 92
Modellprogramme 53

N

Neue Versorgungsformen 54, 62, 63, 66
Neue Wohnformen 64
Nutzerorientierung 165, 168

O

Öffentliche Berichterstattung 108

P

Palliativversorgung 63
Paternalismus 180
Patient Reported Experiences Measures (PREMs) 120
Patient Reported Outcome Measures (PROMs) 120
Patientensicherheit 204, 224
Patientenzufriedenheit 225
Personalmangel 136
Pflege, ambulante 92, 105
Pflegearrangements
– häusliche 176, 177, 179, 180, 182, 183
Pflegeausbildung
– berufliche 223
– generalistische 208
– hochschulische 223
Pflegebedürftige
– Anzahl 191
Pflegebedürftigkeit 193
– Alter und Geschlecht 238
– Schwere 239
– Zeitverlauf 238
Pflegebedürftigkeitsbegriff, neuer 239
Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung – PflAPrV 219
Pflegeberufegesetz (PflBG) 208, 219
Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) 52
Pflegedienst 243
– ambulanter 30, 33, 34
Pflegefachpersonal
– akademisch ausgebildetes 224, 227
Pflegegeld 148, 240
Pflegegrade 239
Pflegekassen 183
Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG) 51, 64, 77, 162
Pflegequalität 99
Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) 76

Pflegesachleistung 148
Pflegestärkungsgesetz (PSG) 52
– I 245
– II 78, 92
Pflegestudiengänge, primärqualifizierende 219, 220, 222, 226
Pflege-Transparenzberichte 76
Pflege-TÜV 75, 77
Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) 146
Pflegeversicherung 76, 146, 147, 149
Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PflWG) 51, 76
Pflegewohnformen, neue 161
Pflegewohngemeinschaften 162
Physiotherapie 262, 263
Pilotierung 92–94, 96, 103
Polymedikation 256, 257
Preiswettbewerb 154
PRISCUS
– Liste 256, 258, 260
– Verordnungsraten 258
– Wirkstoffe 259
Professionalisierung der Pflege 219
Psychopharmaka 260
Public Reporting 108, 109, 112, 113

Q

QCare-Indikatoren 7–9, 21, 22
Qualifikation
– Pflegekräfte 33
Qualitätsaspekt (QA) 92
Qualitätsatlas Pflege 6, 8, 23, 24
Qualitätsausschuss 85
Qualitätsberichterstattung 113, 118, 124
Qualitätsdimensionen 123
Qualitätsindikatoren 9, 77, 79
– routinedatenbasiert 6
Qualitätsmessung 46
– ambulante Pflege 31
Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR) 6, 113
Qualitätsprüfungsverfahren 92, 97, 167
Qualitätssicherung 61, 167
– Langzeitpflege 75, 84
– subjektorientierte 177, 181, 183, 184
Qualitätstransparenz 108
Qualitätsverständnis 171
– nutzerorientiertes 168
Qualitätswettbewerb 151, 154
Quality-Health-Outcomes-Modell (QHOM) 122

R

Rational-Choice-Theorie 108
Rechenschaftspflicht 119
Reformbedarf 151, 152

Rehabilitationsleistungen 149
 Reputation Pathway 108
 Routinedaten 24, 31, 32, 35, 38, 45, 46

S

Sachleistungsbezug 239
 SARS-CoV-2 134
 – Testungen 135
 Selbstbestimmung 164, 168
 Selbstverantwortlichkeit 164
 Selection Pathway 108, 109
 Sicherheit 164, 165, 179
 Sockel-Spitze-Tausch 151, 154
 Soziale Isolation 180
 Ständige Impfkommission (STIKO) 136
 Struktur-Prozess-Ergebnis-Modell (SPE) 122
 Stürze 225
 – Prävention 12
 – Risiko 11, 12
 – Verletzungen, sturzassoziierte 41, 43

T

Tages- und Nachtpflege 243, 245
 Teilhabe 166
 Todesursachen 193
 Transparenz 170

V

Verantwortungskultur 172
 Vergütungsvereinbarung 97
 Verhinderungspflege 245, 247
 Vernachlässigung 179

Versorgungsforschung 61
 Versorgungsqualität 6, 8, 34, 170, 204, 219
 – Messung 31
 – regionale Unterschiede 21, 23
 – regionale Vergleiche 8
 Versorgungssicherheit 165, 169
 Versorgungssteuerung 152
 Versorgungsthroughput 20
 Vor-Ort-Prüfung 79, 83
 Vulnerabilität 132

W

Weiterbildung 190
 – Angebote 198
 – Langzeitpflege 199
 – Pflegefachpersonen 192
 – Typen 191
 Weiterbildungsbedarf
 – Langzeitpflege 197
 Wertschätzung 179
 Wissenstransfer 227
 Wohnformen
 – ambulant betreute 161
 – integrierte 161
 – neue 161–164
 – neue, Qualitätsanforderungen 167
 – neue, Qualitätskriterien 170
 – selbständige gemeinschaftliche 161

Z

Zugehörigkeit 179
 Zusammenarbeit, interprofessionelle 204–206, 208, 210
 Zweites Pflegestärkungsgesetz 109