

Pressekonferenz „Pflege-Report 2023“ des AOK-Bundesverbandes und
des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)
Dienstag, 19. September 2023, Berlin

Statement von Dr. Antje Schwinger,
Forschungsbereichsleiterin Pflege im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO)

Große regionale Unterschiede bei der Versorgungsqualität von Pflegeheimbewohnenden

Es gilt das gesprochene Wort.

Die Versorgungsqualität von Pflegeheimbewohnenden variiert regional im unterschiedlichen Ausmaß, oder anders formuliert: Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen haben ein unterschiedlich hohes Risiko für potenziell kritische Versorgungsereignisse – je nachdem, wo sie wohnen. Wir machen dies sichtbar mittels zehn Qualitätsindikatoren, die auf Routinedaten basieren. Die Indikatoren sind dabei so ausgewählt und konzipiert, dass sie relevante und grundsätzlich beeinflussbare Versorgungsaspekte an den Schnittstellen von pflegerischer und medizinischer Versorgung zeigen. Die Indikatoren wurden in einem vom Innovationsfonds geförderten Projekt evidenzbasiert entwickelt und sind für den Pflege-Report als „QCare – Qualitätsindikatoren in der Pflege“ regional differenziert auf Ebene der Kreise angewendet worden (**Folie 2**).

Die Ergebnisse zeigen eine bemerkenswerte Spanne bei der Versorgungsqualität in den Pflegeheimen. Lassen Sie mich ein Beispiel herausgreifen: Die dauerhafte, problematische Verordnung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen variiert regional deutlich. Während in einem Viertel der Kreise mindestens 9,9 Prozent der Pflegeheimbewohnenden im Jahr 2021 solche kritischen Arzneimittel erhielten, waren es im Viertel der Regionen am anderen Ende des Spektrums mit maximal 4,7 Prozent wesentlich weniger. Kreise mit hohen Verordnungsraten finden sich überproportional häufig in Nordrhein-Westfalen und im Saarland. Im Jahr 2021 sind alle Kreise des Saarlandes auffällig – in dem Sinne, dass sie zu dem Viertel der Kreise mit den höchsten Raten gehören. In Nordrhein-Westfalen betrifft dies 45 der 53 Kreise. Alle Regionen in Ostdeutschland sind dagegen deutlich unterproportional von problematischen Verordnungen betroffen (**Folie 3**).

Warum ist das wichtig? In Deutschland zählen die hier betrachteten Benzodiazepine, Benzodiazepin-Derivate und Z-Substanzen (BZD/ZS) zu den am häufigsten verschriebenen potenziell inadäquaten Medikamenten (kurz PIM) für ältere Menschen. Die Therapiedauer sollte in der Regel vier Wochen nicht überschreiten. Danach ist der beruhigende, angstlösende Effekt nicht mehr gegeben. Bei einer Einnahme über Monate oder Jahre können somatische, psychiatrische, neuropsychologische und kognitive Beeinträchtigungen auftreten. Vielen Studien zufolge ist die Sturzgefahr eines der größten Probleme insbesondere bei älteren Menschen. Die Literatur zeigt außerdem, dass Bewohnende von Heimen, die diese Medikamente über einen längeren Zeitraum erhalten, signifikant häufiger an Angstgefühlen, Depressionen, Aggressionen, Schmerzen und Verstopfung leiden. Studien zeigen aber auch, dass eine langsame Reduzierung der Verordnung sowie die Substitution Wirksamkeit zeigen. Wichtig ist ein berufsübergreifender Ansatz: Alle an der Versorgung Beteiligten, das heißt Pflegekräfte, Ärzte und auch Angehörige, müssen für die Situation sensibilisiert sein und gut zusammenwirken. Regelmäßige Rücksprachen aller Beteiligten und Medikamentenprüfungen tragen dazu bei, Dauerverordnungen dieser Medikamente zu vermeiden.

Ein weiteres Beispiel beleuchtet das Thema Krankenhaus-Einweisungen (**Folie 4**): Betagte Pflegeheimbewohnende nehmen häufig zu wenig Flüssigkeit zu sich. Flüssigkeitsmangel erhöht jedoch das Risiko für Verwirrtheit, Verstopfung und Harnwegsinfektionen und kann Nierenschädigungen verursachen. Bekommt der Körper zu wenig Flüssigkeit, sinkt die Lebensqualität, und das Sterberisiko steigt signifikant. Ein besonders hohes Risiko besteht für demenziell Erkrankte, da sich auch die psychischen Symptome und Verhaltenssymptome verschlechtern können. Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie Antipsychotika erhalten oder in gerontopsychiatrische Fachabteilungen eingewiesen werden. Um sicherzustellen, dass pflegebedürftige Menschen genug Flüssigkeit zu sich nehmen, gibt es relevante Ansätze. Eine vielfältige und verfügbare Getränkeauswahl sowie die Etablierung von Trinkroutinen und Kaffeerunden sind zentrale Faktoren. Bewohnende sollten idealerweise während der ersten Tageshälfte etwa einen Liter Flüssigkeit zu sich nehmen.

Im Bundesdurchschnitt hatten im Jahr 2021 rund vier von 100 Pflegeheimbewohnenden mit Demenz (3,8 Prozent) einen rein dehydrationsbedingten Krankenhausaufenthalt zu verzeichnen. In den 20 Kreisen mit den auffälligsten Werten (95% Perzentil) waren es dagegen zwischen 7,5 und 12,5 Prozent der Pflegeheimbewohnenden mit Demenz. Im Vergleich zum kritischen Einsatz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln ist das räumliche Verteilungsmuster sehr viel heterogener: Auffällige Kreise finden sich in Bayern, vor allem an der deutsch-tschechischen Grenze, in Niedersachsen, im Süden von Rheinland-Pfalz sowie in Nordrhein-Westfalen. Die meisten Kreise in Baden-Württemberg, Brandenburg und Berlin, Bremen und Hamburg sind demgegenüber kaum oder gar nicht auffällig.

Nun kann man sich natürlich fragen: Ist der Vergleich fair? Man würde erwarten, dass in Regionen mit mehr Hochbetagten oder einer höheren Krankheitslast (unter anderem bezogen auf Erkrankungen wie Gastroenteritis, Übelkeit und Erbrechen sowie der Einnahme von Diuretika) das Risiko eines dehydrationsbedingten Krankenhausaufenthalts erhöht ist. Wir ermitteln die Ergebnisse aus diesem Grund auch risikoadjustiert. Dabei berücksichtigen wir Alter, die individuelle Morbidität und weitere Parameter der Pflegeheimbewohner einer Region, die das Risiko eines solchen Krankenhausaufenthalts für die Pflegebedürftigen beeinflussen. Es zeigt sich meistens, dass sich die regionalen Verteilungsmuster nur marginal verändern (**Folie 5**). Dargestellt wird, um wieviel Prozent die tatsächliche Häufigkeit des betrachteten Phänomens von der nach Riskoadjustierung erwarteten Häufigkeit abweicht. Beispielsweise sind die Einweisungsraten an der tschechischen Grenze deutlich erhöht, teilweise mehr als doppelt so hoch wie erwartet. Diese Regionen bleiben damit auch nach Risikoadjustierung auffällig.

Wir haben auch Zeitreihenanalysen durchgeführt. So lassen sich längerfristige Trends ablesen. Das möchte ich Ihnen an einem weiteren Beispiel zeigen: Schauen wir auf den Indikator „Krankenhausaufenthalte in den letzten 30 Lebenstagen“. Viele Menschen, die in Pflegeheimen leben, kommen in der letzten Lebensphase noch einmal ins Krankenhaus. Das muss oft nicht sein. In einer Patientenverfügung etwa können Menschen im Voraus bestimmen, ob sie am Lebensende stationär behandelt werden möchten. Wichtig ist, dass das Pflegeheim, das Krankenhaus und die Angehörigen den Willen kennen. Das gilt insbesondere, wenn die Betroffenen nicht mehr in der Lage sind, selbst zu entscheiden. Im Bundesdurchschnitt hatten 42 Prozent der Pflegeheimbewohnenden im Jahr 2021 in ihren letzten 30 Lebenstagen einen Krankenhausaufenthalt (**Folie 6**). Im regionalen Vergleich – hier habe ich einmal die Bundesland-Perspektive gewählt – liegen das Saarland, Rheinland-Pfalz, die Stadtstaaten sowie Bayern im auffälligen Bereich. Der zeitliche Vergleich zeigt eine positive Entwicklung, aber auch eine Konstanz von regionalen Auffälligkeiten in der Versorgung (**Folie 7**). Waren 2017 noch 47 Prozent betroffen, lag der Anteil Pflegeheimbewohnenden mit einem Krankenhausaufenthalt am Lebensende 2021 noch bei 42 Prozent. Es liegt allerdings nahe, dass sich hier die COVID-19-bedingte Fallzahlreduktion auswirkt, so dass man die weitere Entwicklung im Auge behalten muss. Gleichzeitig wird offensichtlich, dass regional die Einweisungsquoten auch über die Zeit hinweg ähnlich stark voneinander abweichen. Spitzenreiter bei den Krankenhauseinweisungen am Lebensende ist das Saarland mit einem Anteil von 49,5 Prozent im Jahr 2021 (2017: 55 Prozent), am anderen Ende der Skala liegt Sachsen mit 36 Prozent (2017: 43 Prozent).

Die Ergebnisse basieren auf AOK-Abrechnungsdaten und fußen auf Informationen von etwas mehr als 350.000 Pflegeheimbewohnenden jährlich, was rund der Hälfte aller in Deutschland vollstationär versorgten Pflegebedürftigen entspricht. Dabei wurden Daten aus der Kranken- und Pflegeversicherung einbezogen und miteinander verknüpft. Wir haben Kreise ausgeschlossen, in denen wir weniger als fünf Pflegeheime vorfinden. Dies betraf 2021 jedoch nur einen Kreis. Jährlich haben wir damit rund 400 Kreise berücksichtigt. Die durchschnittliche Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner je Kreis liegt bei rund 900 Personen. **(Folie 8).**

Abrufbar sind die Ergebnisse über unser neues Online-Portal „Qualitätsatlas Pflege“ **(Folie 9)**. Alle Ergebnisse stehen allen Interessierten kostenfrei zur Verfügung. Wir möchten mit diesen erstmals und zukünftig im jährlichen Turnus zur Verfügung stehenden regionalen Qualitätsinformationen einen Beitrag für mehr Transparenz zur Versorgung dieser vulnerablen Bevölkerungsgruppe leisten.

Welche Strukturen und regionalen Rahmenbedingungen führen dazu, dass die Pflegebedürftigen, je nachdem wo sie leben, so unterschiedlich von kritischen Versorgungseignissen betroffen sind? Fehlen Know-how oder Kompetenzen im Hinblick auf Leitlinien oder Standards? Sind es die unzureichende Personaldecke, die fehlende Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten vor Ort oder ein mangelndes ärztliches Angebot? Sind es die regionalen Krankenhausstrukturen oder fehlende Hospizangebote? Die bereitgestellten Informationen können diese Fragen nicht beantworten. Die Ergebnisse sollen aber dazu beitragen, Awareness schaffen, um genau diese Fragen vor Ort anzugehen, Verbesserungspotenziale auszuloten und anzustoßen. Adressiert sind vor allem die Akteure vor Ort. Neben den Pflegekassen und Trägerorganisationen der Leistungserbringenden möchten wir folglich auch die gesundheitspolitisch Verantwortlichen in Landkreisen, Städten und Gemeinden mit dem neuen Webangebot adressieren.

Eine Bemerkung noch: Der Qualitätsatlas Pflege ist explizit kein Informationstool, welches die Suche nach einem Pflegeheim unterstützen soll. Hier dürfen wir aber natürlich nicht stehen bleiben. Die Ergebnisse auch einrichtungsbezogenen zu transportieren und zu nutzen, ist perspektivisch geboten. Die Beeinflussbarkeit der Versorgung findet maßgeblich in den Pflegeheimen selbst statt – und zwar unter Einbindung der Ärztinnen und Ärzte, weiterer Therapeuten und Sozialdienste wie auch der Angehörigen. Wir erproben insofern ab April 2024 in einem weiteren durch den Innovationsfonds geförderten Projekt, wie die Versorgungstransparenz auf Basis von QCare-Indikatoren zur Versorgungsverbesserung beitragen kann und welche weiteren Maßnahmen und Rahmenbedingungen es hierfür braucht.

Der Qualitätsatlas Pflege zeigt: Die pflegerische und gesundheitliche Versorgung in Pflegeheimen kann mithilfe von Routinedaten abgebildet werden. Die Informationen standen jedoch bis dato weder dem Pflegeheim und den Leistungserbringenden noch den Betroffenen oder auch der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung. 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 beziehungsweise Routinedaten jedoch bisher nicht vorgesehen. Das Potenzial dieser Daten sollte genutzt werden. Sie sollten verpflichtend bei der Weiterentwicklung der gesetzlichen Qualitätssicherung einbezogen werden.

Kontakt und Information

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de

Seite 5 von 5