



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 (WiDO) 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 Dehydratation bei Demenz, der Dauerverordnung von Benzodiazepinen, -derivaten und Z-Substanzen sowie der sturzassozierten 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 (WiDO). 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 Infektionsszahlen 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 – wohlgermerkt 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-

torenset)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. Raumbegogene 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-palliativversorgung-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 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit; ▶ https://www.lgl.bayern.de/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-

riskoerhöhender 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-Indikatorergebnisse 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 sturzassoziierten 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
- sturzassoziierte 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).

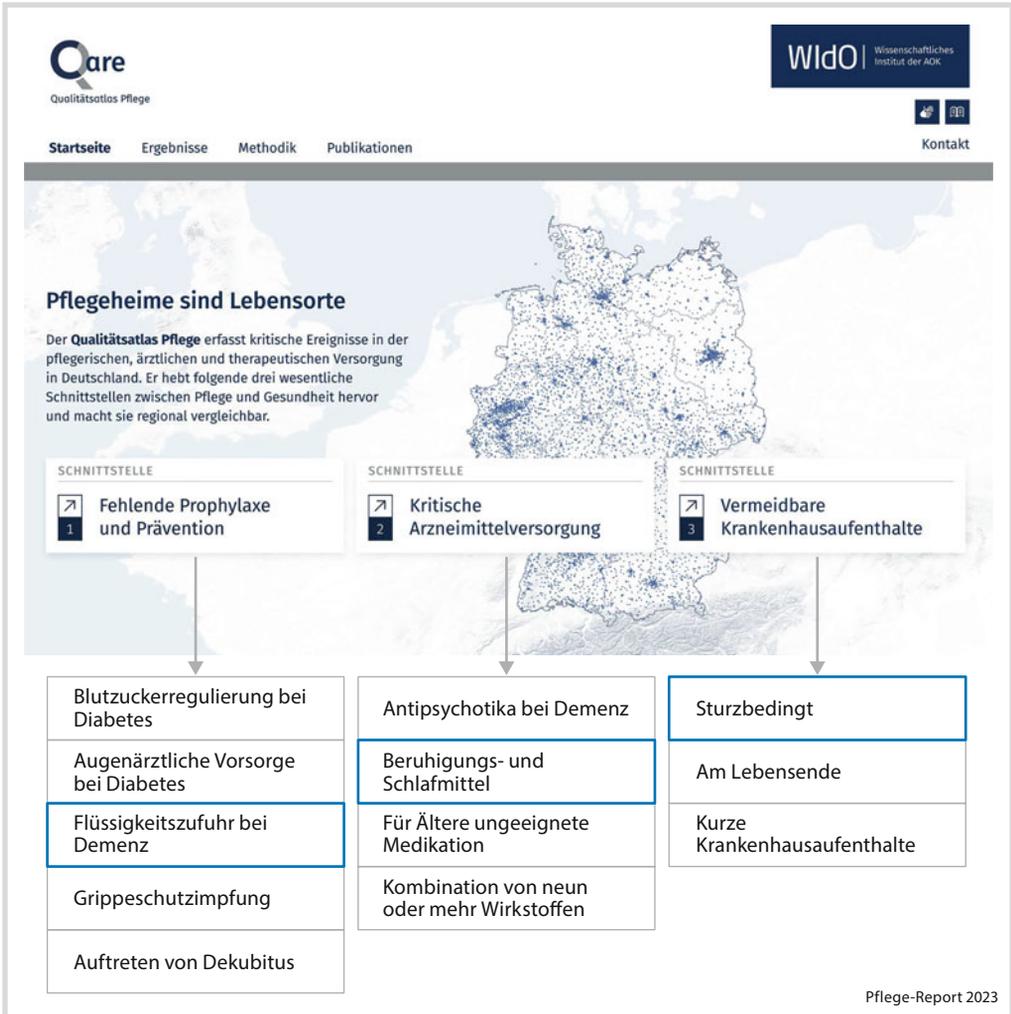


Abb. 1.1 Qualitätsatlas Pflege – Startseite ergänzt um die QCare-Indikatoren an den Schnittstellen der Versorgung von Pflegeheimbewohnenden. Die Umsetzung dieser QCare-Indikatoren auf der Webseite erfolgt sukzessive.

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 sturzrisikoh erhöhenden 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 Indikatorberechnung	Anzahl [n]	232.255	357.334	301.359
PHBew mit Indikatorereignis 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 $N = 399^{13}$) 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 Oktil in dieser Skala (die hellste Farbe) ein Achtel aller Kreise mit den niedrigsten Indikatorwerten, das letzte Oktil in dieser Reihung (die dunkelste Farbe) jenes Achtel der Kreise mit den höchsten und hier auffälligsten Werten. Folgerichtig bilden das erste und zweite Oktil das Quartil I ab, das siebte und achte Oktil 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 $n = 399$.

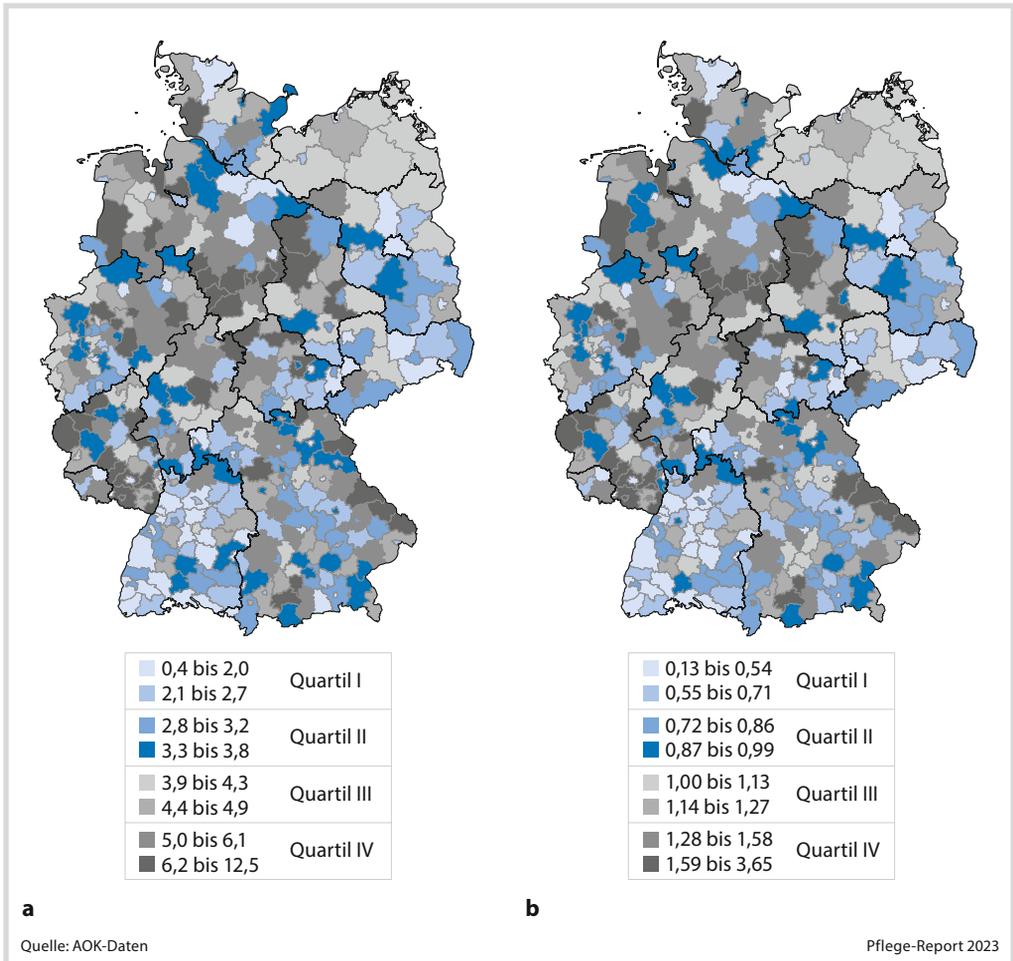


Abb. 1.2 Qualitätsatlas Pflege – Pflegeheimbewohnende mit Demenz und dehydrationsbedingtem Krankenhausaufenthalt, **a** roh [%], **b** risikoadjustiert [SMR] (2021). (Quelle: AOK-Daten)

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 Indikatoreignis 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 Dehydratation 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](#)).

1

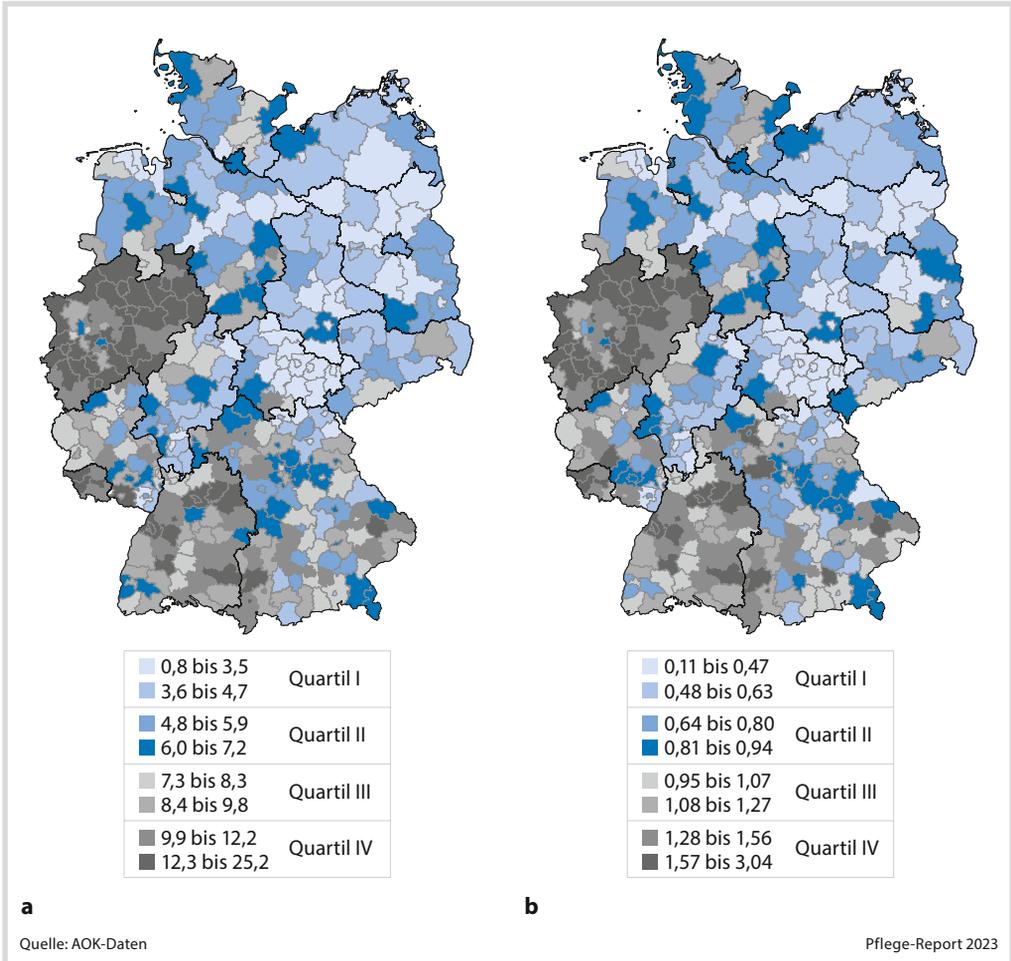


Abb. 1.3 Qualitätsatlas Pflege – Pflegeheimbewohnende mit Dauerverordnung von Benzodiazepinen, -derivaten und Z-Substanzen, **a** roh [%], **b** risikoadjustiert [SMR] (2021). (Quelle: AOK-Daten)

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

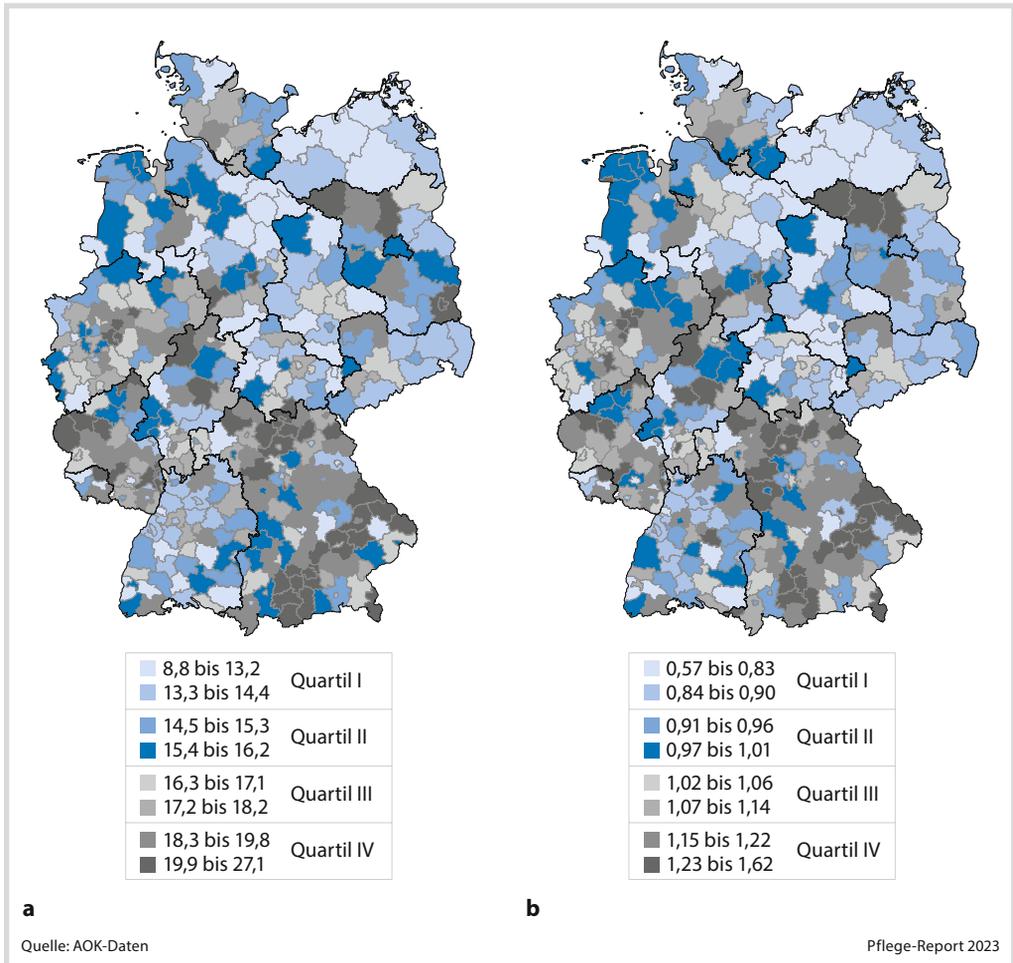


Abb. 1.4 Qualitätsatlas Pflege – Pflegeheimbewohnende mit FRIDs* und sturzassoziertem Krankenhausaufenthalt, **a** roh [%], **b** risikoadjustiert [SMR] (2021). *FRIDs – Fall-risk-increasing drugs. (Quelle: AOK-Daten)

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 (Kuhlmeier 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 %),

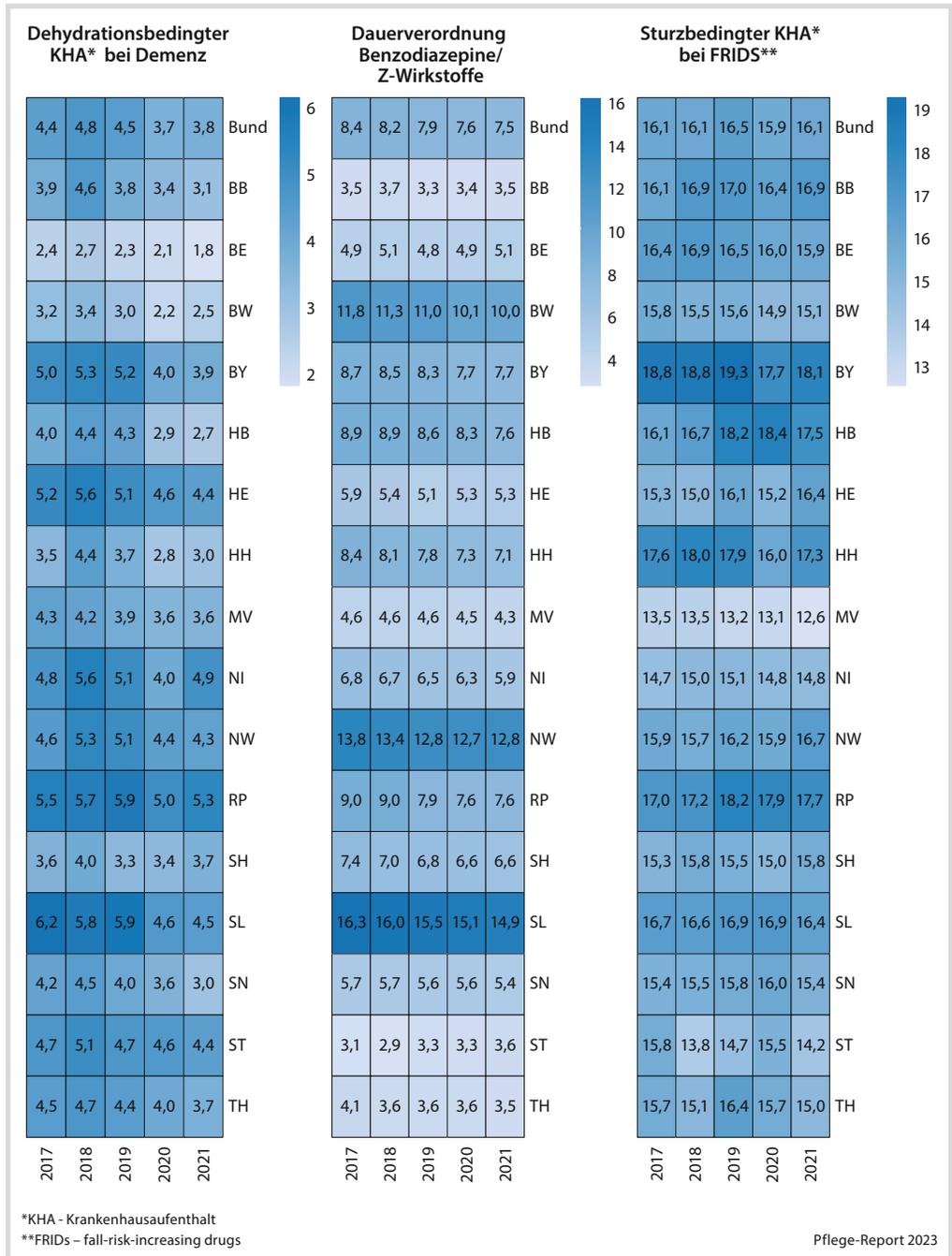


Abb. 1.5 Versorgungsqualität bei Pflegeheimbewohnenden auf Ebene der Bundesländer (2017–2021) – Pflegeheimbewohnende mit Indikatorereignis (Anteil in %).

*KHA – Krankenhausaufenthalt; **FRIDs – fall-risk-increasing drugs. (Quelle: AOK-Daten)

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 folgende 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 Gesamtkonzept 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) <i>und</i> Krankenhauptdiagnose (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****) <i>und</i> Krankenhauptdiagnose 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

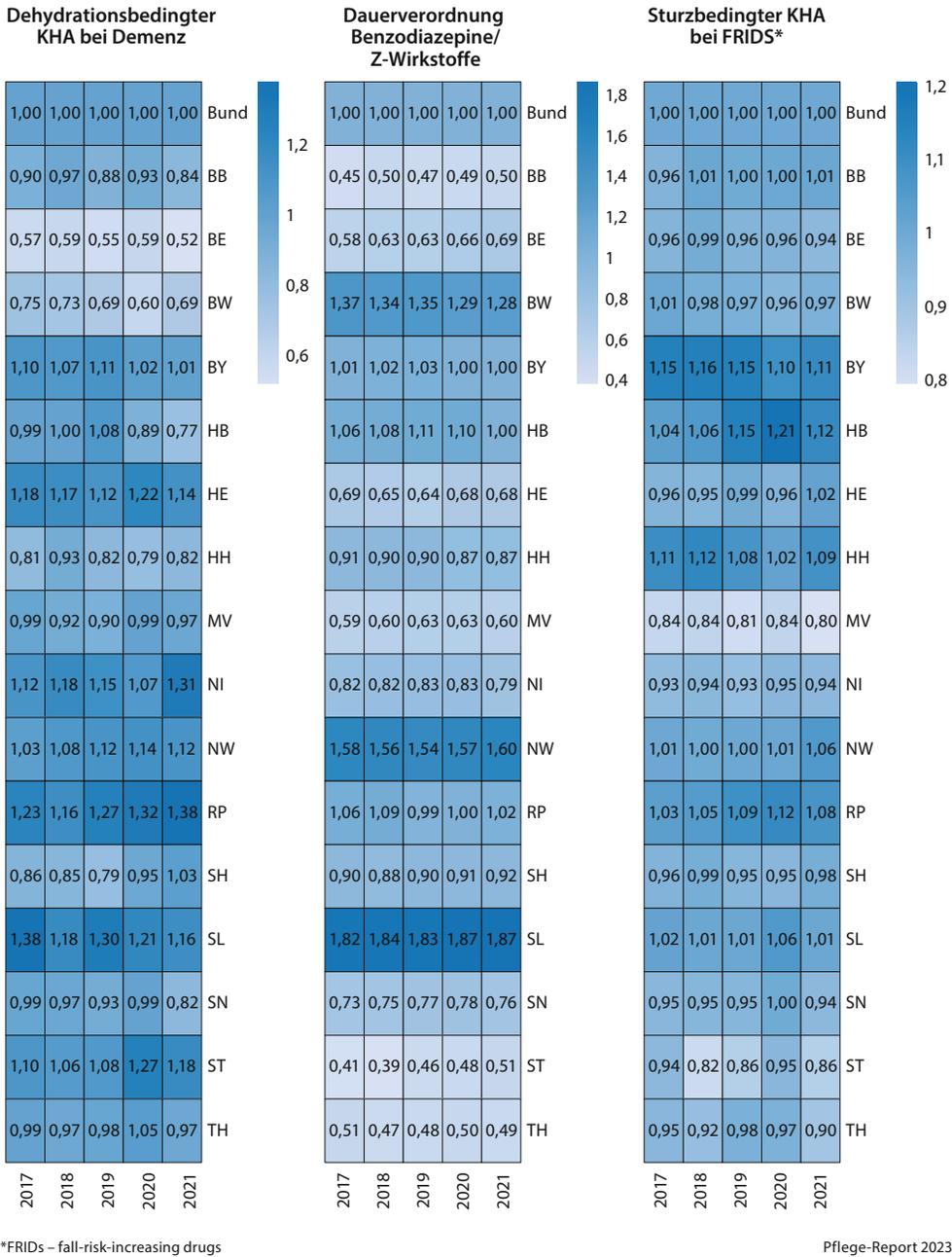


Abb. 1.6 Versorgungsqualität bei Pflegeheimbewohnenden auf Ebene der Bundesländer (2017–2021) – Pflegeheimbewohnende mit Indikatorereignis [adjustiert, SMR]. *FRIDs – fall-risk-increasing drugs. (Quelle: AOK-Daten)

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 ambulante-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 Enderbericht des Projekts „Covid-Heim“. https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien/Forschung/Altersforschung/20220712_CovidHeim_Enderbericht_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.

