



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Oktober 2021, 21. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Nicole Rübsamen*, Universität Münster 2

Drei Fragen an

Joerg Meerpohl, Institut für Evidenz in der Medizin,
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg 3

Buchtipps

von *Dagmar Starke*, Akademie für Öffentliches
Gesundheitswesen, Düsseldorf 4

WIDO

Fehlzeiten-Report 2021

Aus der Krise lernen 5

Covid-19-Folgen

Hohe Sterblichkeit auch nach Klinikaufenthalt 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Pflege

Weiterer Handlungsbedarf in der Pflegefinanzierung

Dietmar Haun und *Klaus Jacobs*, Wissenschaftliches Institut
der AOK, Berlin 7

Langzeitpflege zwischen Fachkräftemangel und Qualifikationsanforderungen

Lukas Slotala, Hochschule Würzburg-Schweinfurt 15

Qualitätssicherung im Pflegeheim: Welche Lösungen aus dem Krankenhaus lassen sich ableiten?

Antje Schwinger, Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin,
und *Silvia Klein*, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz
im Gesundheitswesen, Berlin 23

STUDIE IM FOKUS

Fachärztliche Versorgung bei Pflegeheimbewohnern 31

SERVICE

Köpfe, Kongresse und Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

der 24. Juni war für mich schon immer ein besonderer Tag, denn es ist der Geburtstag meiner hoch verehrten und viel zu früh verstorbenen Oma. Von ihr ist mir neben einem Kartenspiel, einem Staubsauger und einem Essservice nichts Materielles geblieben, aber ich zehre von vielen schönen Erinnerungen an sie. Seit diesem Jahr gibt es einen weiteren Grund, der den Johannistag für mich speziell macht, denn am 24. Juni 2021 erging das Grundsatzurteil des Bundesarbeitsgerichts in Erfurt zur Bezahlung von 24-Stunden-Betreuungskräften, für die es übrigens bisher keinen vernünftigen Begriff gibt. Sie firmieren im Volksmund unter hoch problematischen Bezeichnungen wie „die Polin“ oder „die Betreuerin“. Das Erfurter Urteil sieht Mindestlohn und volle Bezahlung von Bereitschaftszeiten ebendieser Kräfte vor. Ansprüche können auch noch rückwirkend geltend gemacht werden. Betroffen sind Schätzungen zufolge 300.000 bis 600.000 derartige Pflegekonstrukte, eines kenne ich aus der eigenen Verwandtschaft. Die meisten der so versorgten Pflegebedürftigen können sich die 6.000 bis 10.000 Euro, die entsprechende Dienstleistungen nun künftig kosten müssten, finanziell nicht erlauben. Es fragt sich auch, ob man wirklich so viel Geld ausgeben sollte, wenn diese Kräfte keinerlei qualifizierte Ausbildung für ihre Tätigkeit vorweisen müssen. Also ab ins Heim? Auch diese Option wird rasant teurer, wie Sie der ersten der drei Analysen des neuen Hefts entnehmen können. Und dann muss man erst einmal einen Platz im Heim ergattern, was ebenfalls nicht selbstverständlich ist. Doch es gibt noch mehr Klärungsbedarf in Sachen Pflege. **Dietmar Haun** und **Klaus Jacobs** zeigen, welche politischen Entscheidungen auf diesem Gebiet jetzt getroffen werden sollten. **Lukas Slotala** wirft einen Blick auf die Fachkräftesituation in Pflegeheimen. **Antje Schwinger** und **Silvia Klein** vergleichen die Qualitätssicherung in Pflegeheimen mit der in Krankenhäusern.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

Forschungsförderung

Corona-Spätfolgen im Fokus

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert die Erforschung der Langzeitfolgen von Covid-19 mit insgesamt 6,5 Millionen Euro. Die zehn ausgewählten Forschungsvorhaben untersuchen unter anderem ergotherapeutische sowie hausärztliche Therapieansätze, die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen sowie Fehlregulationen des Immunsystems. ■

Mehr Informationen:

bmbf.de > Presse > Pressemitteilungen > 23.09.2021

Studium

Gesundheitsfächer bei Promotionen führend

Für das Jahr 2020 verzeichnete das Statistische Bundesamt an deutschen Hochschulen über 190.000 laufende Promotionsverfahren, jedes vierte davon im Bereich Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften. Von den 2020 abgeschlossenen Habilitationen entfiel sogar jede zweite (847 von 1.533) auf diese Fächer. Gut die Hälfte der Promovierenden in diesem Bereich war weiblich. ■

Mehr Informationen:

destatis.de > Pressemitteilungen > 14. September 2021

Psychosoziale Medizin

Gesundheitsfolgen von SED-Unrecht

Gut 30 Jahre nach dem Ende der DDR erforscht ein Verbund der Universitäten Magdeburg, Jena, Leipzig und Rostock gesundheitliche Langzeitfolgen von SED-Unrecht wie Überwachung und staatliches Doping. Das Projekt soll helfen, die Versorgung der heute noch Betroffenen nachhaltig zu verbessern, und wird mit Mitteln des Ost-Bbeauftragten der Bundesregierung in Höhe von 2,4 Millionen Euro gefördert. ■

Mehr Informationen:

idw-online.de/de/news771997

ZEITSCHRIFTENSCHAU



Von

Dr. Nicole Rübsamen,
Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Klinische Epidemiologie der Universität Münster

Adresse:

Albert-Schweitzer-Campus 1
48149 Münster
Telefon:

0251 83 55520

E-Mail: n.ruebsamen@uni-muenster.de
Web: epi.uni-muenster.de

UV-Index zur Hautkrebsvorbeugung nutzen

Sonnenschutz ist eine einfache Maßnahme, um sich vor Hautkrebs zu schützen. Der UV-Index ist eine international standardisierte Größe, die den erwarteten Tagesspitzenwert der sonnenbrandwirksamen UV-Strahlung an einem bestimmten Ort beziffert. Beschäftigte in Apotheken können den UV-Index nutzen, um bei der Auswahl eines angemessenen Sonnenschutzes zu beraten. Eine qualitative Studie ergab aber, dass das befragte Apothekenpersonal den UV-Index häufig mit dem Lichtschutzfaktor verwechselt und ihn nur selten im Beratungsgespräch nutzt. Die Autorinnen und der Autor der Studie empfehlen, Apothekenpersonal und auch die Allgemeinbevölkerung besser mit dem UV-Index vertraut zu machen, um langfristig Hautkrebsfällen vorzubeugen. ■

Int J Environ Res Public Health.

doi: 10.3390/ijerph18041615

Algorithmus schätzt Demenz-Prävalenz ein

Präzise Schätzungen der Prävalenz von Demenz sind für eine fundierte Planung im Gesundheitswesen entscheidend. Doch in vielen Ländern mangelt es an großen, national repräsentativen Erhebungen mit validen Daten zur Demenz auf der Grundlage des diagnostischen und statistischen Leitfadens psychischer Störungen (DSM-5). Die Diagnosestellung mittels DSM-5 ist zeit- und kostenintensiv. Es gibt jedoch breit angelegte

Studien, die die zwei Hauptdeterminanten von Demenz, kognitive Fähigkeiten und funktionelle Einschränkungen, mittels Fragebögen erheben. Forschende haben nun einen Algorithmus entwickelt und mit seiner Hilfe die Prävalenz von Demenz anhand der Daten aus zwei solchen Erhebungen abgeschätzt. Der Algorithmus erreichte eine prädiktive Genauigkeit von 88 Prozent. Er könnte auch in anderen Ländern dazu verwendet werden, die Demenz-Prävalenz einzuschätzen. ■ *BMC Med Inform Decis Mak.* doi: 10.1186/s12911-021-01590-y

Schwangerensport macht Babys leichter

Sport während der Schwangerschaft wird empfohlen, allerdings sind die Auswirkungen auf das Ungeborene zum Teil unklar. Randomisierte Studien sind der Goldstandard, um kausale Zusammenhänge zu untersuchen. Solche Studien mit Schwangeren im ersten Trimester sind aber kaum umsetzbar, da die Randomisierung vor der Zeugung erfolgen müsste. Ein Team aus den USA ahmte mithilfe von maschinellem Lernen eine randomisierte Studie anhand von Daten aus einer Beobachtungsstudie nach, in der Schwangere am Ende des ersten Trimesters zu ihrer sportlichen Aktivität befragt wurden. Mehr Sport führte demnach zu einem geringeren Risiko für ein Geburtsgewicht oberhalb der 90. Perzentile. ■

Am J Epidemiol. doi: 10.1093/aje/kwz213

Foto: privat

Versorgung**Bessere Nachsorge nach Krebs im Kindesalter**

Mit vier Millionen Euro fördert die Europäische Union das Forschungsprojekt „PanCareSurPass“, das die Implementierung eines europäischen „Survivorship Passport“ vorbereitet. Der digitale Pass richtet sich an Erwachsene, die eine Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter überlebt haben. Er soll wichtige medizinische Informationen bündeln, den Übergang von der pädiatrischen in die allgemeine Versorgung erleichtern und die Langzeitversorgung der Betroffenen verbessern. ■

Mehr Informationen:
pancaresurpass.eu

Gesundheitswesen**Innovationsfonds bittet um Vorschläge**

Noch bis Ende November sind Akteure aus dem Gesundheitswesen aufgerufen, Themenvorschläge für Förderbekanntmachungen des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur Versorgungsforschung und zu neuen Versorgungsformen einzureichen. Bis 2020 hatte der Innovationsausschuss die Themenschwerpunkte der Förderbekanntmachungen selbst festgelegt. Seit dem Bewilligungsjahr 2021 ist diesem Schritt ein Konsultationsverfahren vorgeschaltet. ■

Mehr Informationen:
innovationsfonds.g-ba.de > **Förderbekanntmachungen**

Pandemie**WHO-Frühwarnzentrum in Berlin nimmt Arbeit auf**

Anfang September hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Berlin das „WHO Hub for Pandemic and Epidemic Intelligence“ eröffnet. Das Frühwarnzentrum soll

weltweit Daten erheben und auswerten, um Pandemien frühzeitig zu erkennen und zu verhindern. Als Kooperationspartner unterstützen das Robert Koch-Institut,

die Charité und das Hasso-Plattner-Institut die Arbeit des Hubs. ■

Mehr Informationen:
bundeskanzlerin.de > **Aktuelles**
> **Suche: „who hub“**

DREI FRAGEN AN ...**Wissenschaft ist selten eindeutig**

... Prof. Dr. Joerg Meerpohl, Direktor des Instituts für Evidenz in der Medizin (IfEM) an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Forschungsschwerpunkte:

Systematische Übersichtsarbeiten und weitere Formen der systematischen Evidenzsynthese; Methodik von systematischen Evidenzsynthesen; evidenzbasierte Leitlinienerstellung und Methodik der Leitlinienentwicklung; Meta-Research

Jahresetät:

Grundfinanzierung über das Universitätsklinikum und die Medizinische Fakultät der Universität Freiburg; ein Großteil der Mitarbeitenden wird über Drittmittel finanziert

Zahl und Qualifikation der Mitarbeitenden:

1 Universitätsprofessor,
5 Senior Scientists,
14 wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
3 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Administration

Adresse:

Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg
Universitätsklinikum Freiburg
Institut für Evidenz in der
Medizin
Breisacher Straße 86
79110 Freiburg
Telefon: 0821 598-2752

E-Mail: sec@ifem.uni-freiburg.de
Web: uniklinik-freiburg.de/institut-fuer-evidenz-in-der-medizin

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Zuletzt haben wir uns intensiv mit der Evidenz zu Maßnahmen im Zusammenhang mit Covid-19 beschäftigt. Im Rahmen des vom Bundesforschungsministerium geförderten Netzwerks Universitätsmedizin koordiniere ich das Projekt CEOsys (COVID-19-Evidenz-Oekosystem) mit mehr als 20 nationalen und internationalen Partnern. Wir sichten und bewerten die internationale Studienlage zu relevanten klinischen Fragen, aber auch zu Fragen der öffentlichen Gesundheit. Die zusammengefasste Evidenz dient als Grundlage für die zeitnahe Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien für Deutschland. Über CEOsys hinaus arbeitet unser Team natürlich auch an zahlreichen weiteren Fragestellungen.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Das Team des IfEM ist sehr multidisziplinär. Dies ist sinnvoll und notwendig, weil die Nutzung von Evidenz, die wir mit unserer Arbeit unterstützen, in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung eine immer wichtigere Rolle spielt. Neben dem IfEM leite ich auch die Cochrane Deutschland Stiftung. Cochrane ist ein wichtiger Anknüpfungspunkt für unser internationales Netzwerk, das neben Kooperationen auf nationaler Ebene eine zentrale Rolle in unserer Arbeit einnimmt.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Kurze Antwort: Ja. Es ist aber auch klar, dass Wissenschaft selten eindeutig ist und sich ihre Erkenntnisse weiterentwickeln; auch sind Forschungsergebnisse häufig mit Unsicherheit behaftet. Dies muss bei politischen Überlegungen berücksichtigt werden. Zusätzlich gehen in politische Entscheidungen ethische und normative Überlegungen ein. Auch Akzeptanz, Umsetzbarkeit oder Kosten spielen selbstverständlich eine Rolle.

Studium I

Bachelor Innovative Gesundheitsversorgung

Am Campus Kronach der Hochschule Hof startet zum Wintersemester 2021/22 ein neuer Bachelor-Studiengang „Innovative Gesundheitsversorgung“, der sich interdisziplinär mit den Schnittstellen zwischen Gesundheitsversorgung, Informatik und Ingenieurwissenschaften befasst. Zum Ende des auf sieben Semester angelegten Studiums haben die Studierenden die Wahl, sich auf einen der drei Fachbereiche Pflege, Angewandter Psychologie oder soziale Arbeit/Sozialmanagement zu spezialisieren. ■

Mehr Informationen:
hof-university.de > Studiengänge > Innovative Gesundheitsversorgung

Studium II

Kindheitspädagogik und Gesundheit

Einen anwendungsorientierten Bachelor-Studiengang „Kindheitspädagogik und Gesundheit“ hat die Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften gemeinsam mit der Stadt Wolfsburg entwickelt und bietet ihn in diesem Wintersemester erstmals an. In der primärqualifizierenden Variante sieht das Studienkonzept für jedes der insgesamt sieben Semester eine Praxisphase vor. Für ausgebildete Kräfte ist das Studium auch berufsbegleitend möglich. ■

Mehr Informationen:
ostfalia.de > Studium > Studienangebot > Soziale Arbeit und Gesundheitswesen > Kindheitspädagogik und Gesundheit

Studium III

Interprofessionelles Management

Der Masterstudiengang „Interprofessionelles Management in der Gesundheitsversorgung“, den die Hochschule Fulda in diesem Wintersemester erstmals anbietet, soll die Studierenden dazu befähigen, im interprofessionellen Kontext der Gesundheitsversorgung unterschiedlicher Settings zu agieren und die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit in Organisationen des Gesundheitswesens zu stärken. ■

Mehr Informationen:
hs-fulda.de > Fachbereiche > Pflege und Gesundheit > Studium > Masterstudiengänge > Interprofessionelles Management in der Gesundheitsversorgung

BUCHTIPPS

Zum Thema kommunale Gesundheitsförderung



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Prof. Dagmar Starke**, stellvertretende Leiterin der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Kanzlerstraße 4
 40472 Düsseldorf
 Telefon: 0211 31096-33
 E-Mail: starke@akademie-oegw.de
 Web: akademie-oegw.de

Autoren und Titel	Inhalt
<p><i>Petra Kolip</i> Praxishandbuch Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Gesundheitsförderung</p>	<p>Das Handbuch richtet sich an Menschen aus der Praxis. Es will sie dabei unterstützen, alltagsnah Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Gesundheitsförderung zu erproben. Durch Einbeziehung verschiedener Praxisbeispiele aus der kommunalen Ebene wird Qualitätsentwicklung entlang der Dimensionen Planung, Struktur, Prozess und Ergebnis nachvollziehbar. Hervorzuheben sind die Empfehlungen zur Evaluation. (<i>Beltz/Juventa 2019</i>)</p>
<p><i>Thomas Altgeld/Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (Hrsg.)</i> Kontextcheck Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung</p>	<p>Ein Schwerpunkt dieses Leitfadens, der Kommunen bei der Gesundheitsförderung unterstützt, ist die bedarfs- und bedürfnisorientierte Vorgehensweise, die durch gute Vernetzung relevanter Akteure erleichtert wird. Gesundheitsförderung wird nicht im Sinne von Einzelprogrammen, sondern als integrierter Prozess zum Strukturaufbau verstanden. Die integrierten Checklisten erleichtern ein strukturiertes Vorgehen. (<i>3. überarb. Auflage, LVG & AFS Niedersachsen 2021</i>)</p>
<p><i>Anna-Katharina Kappelhoff</i> Die kommunale Gesundheitsrevolution Wie regionale Netzwerke die Gesundheitsversorgung der Zukunft beeinflussen</p>	<p>Die Verankerung von Gesundheit im Sinne von Health in All Policies ist bisher nicht gelungen. Wie kann Versorgung trotzdem, alle Einflussfaktoren berücksichtigend, gut gestaltet werden? Governance-Prozesse fokussieren eine auf Freiwilligkeit basierende, sektorenübergreifende Steuerung mit hohem Anspruch an Kooperati-</p>

Foto: Akademie ÖGW

Fehlzeiten-Report 2021

Aus der Krise lernen

Die Corona-Pandemie hat die Arbeitswelt vor große Herausforderungen gestellt. Wie sich Covid-19 auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ausgewirkt hat und wie Unternehmen mit ihren Beschäftigten resilienter aus der Krise hervorgehen können, zeigt der aktuelle Fehlzeiten-Report.

Die Unternehmen waren in vielfältiger Weise von der Corona-Pandemie betroffen. Zum einen waren die Beschäftigten durch eine mögliche Infektion gefährdet, zum anderen mussten Betriebe schnell geeignete Maßnahmen umsetzen, um die Gesundheit der Beschäftigten zu schützen und den eigenen Fortbestand zu gewährleisten. Der Fehlzeiten-Report thematisiert die konkreten Herausforderungen für die Unternehmen und das Betriebliche Gesundheitsmanagement. Er gibt detailliert Auskunft, wie sich die Fehlzeiten im Zusammenhang mit Covid-19 entwickelt haben.

Von März 2020 bis Juni 2021 erhielten von den 15,3 Millionen AOK-versicherten Erwerbstätigen insgesamt 3,2 Prozent eine Krankschreibung aufgrund einer Covid-19-Diagnose. Das entspricht 490.000 Beschäftigten. Bei über der Hälfte (62,4 Prozent) der Betroffenen wurde der gesicherte Nachweis der Infektion auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung dokumentiert. Bei den übrigen Fällen (37,6 Prozent) wurde Sars-CoV-2 nicht durch einen Labortest nachgewiesen, sondern aufgrund eines klinischen Kriteriums als Verdachtsfall (etwa typische Symptome) und eines epidemiologischen Kriteriums (etwa enger Kontakt zu einer Person mit bestätigter Infektion) dokumentiert.

Berufe in der Betreuung und Erziehung von Kindern waren im selben Zeitraum am stärksten von Krankschreibungen im Zusammenhang mit Covid-19 betroffen (6.543 je 100.000 AOK-Mitglieder). Damit liegt der Wert dieser Berufsgruppe doppelt so hoch wie der Durchschnittswert aller Berufsgruppen (3.195 Betroffene je 100.000 AOK-Mitglieder). Es folgten Berufe in der Ergotherapie sowie in der Gesundheits- und Krankenpflege. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem Berufe betroffen waren, die auch in den Hochphasen der Pandemie mit vielen Menschen in Kontakt kamen und nicht im Homeoffice arbeiten konnten.

Auch ohne Covid-19-Infektion spürten viele Beschäftigte die Auswirkungen der Pandemie, etwa

durch das Arbeiten im Homeoffice. Diese Entwicklung ist eine Herausforderung für Führungskräfte, denn sie verändert die Art des Führens und den Informationsaustausch im Unternehmen. Der Fehlzeiten-Report zeigt: Ziehen Unternehmen aus den Erfahrungen in der Pandemie die richtigen Schlüsse für die zukünftige Arbeit, kann das die Beziehung zwischen erfolgreichen Unternehmen und gesunden Beschäftigten stärken, sodass beide Seiten resilienter aus der Krise hervorgehen. ■



Badura B, Ducki A, Schröder H, Meyer M (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2021. Betriebliche Prävention stärken – Lehren aus der Pandemie.* Springer 2021; 866 Seiten, ISBN: 978-3-662-63721-0 (59,99 Euro), eBook 978-3-662-63722-7 (46,99 Euro)



Foto: AOK-Bundesverband

Dr. habil. Birgit Verworn leitet den Forschungsbereich Betriebliche Gesundheitsförderung und Heilmittel des Wido.

„In einer immer digitaleren Arbeitswelt mit flexiblen Arbeitsorten leitet der Fehlzeiten-Report wichtige Impulse für Prävention und Gesundheitsförderung ab.“

Covid-19: Berufe mit den höchsten Fehlzeiten*

Beruf	Erkrankte mit Nachweis des SARS-CoV-2-Virus	Erkrankte mit klinischem Covid-19-Verdacht ohne Virusnachweis	Summe
Kinderbetreuung und -erziehung	3.749	2.794	6.543
Ergotherapie	3.813	2.064	5.877
Gesundheits- und Krankenpflege**	4.327	1.478	5.805
Altenpflege**	4.113	1.627	5.740
Haus- und Familienpflege	3.580	1.949	5.529
Fachkrankenpflege	4.103	1.305	5.408
Medizinische Fachangestellte**	3.620	1.742	5.362
Aufsichts-/Führungskräfte	3.718	1.276	4.994
Gesundheits-/Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe	3.247	1.711	4.958
Physiotherapie	3.247	1.711	4.958
Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik	2.897	2.047	4.944

* Erkrankte je 100.000 erwerbstätige AOK-Mitglieder im Zeitraum März 2020 bis Juni 2021
** ohne Spezialisierung

Wido-TICKER: Anmeldung zum Wido-Newsletter unter wido.de/news-events/newsletter +++ Aktuelle Stellenausschreibungen unter wido.de/institut-team/arbeiten-im-wido +++ GGW auf der Wido-Website unter wido.de/publikationen-produkte/ggw +++ Kontakt zum Wido unter Telefon 030 34646-2393

Covid-19-Folgen

Hohe Sterblichkeit auch nach Klinikaufenthalt

Insgesamt 30 Prozent der stationär behandelten Covid-19-Kranken starben in der Klinik oder in den ersten sechs Monaten danach. Das zeigt die erste bundesweite Covid-19-Langzeitstudie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO).

Über die längerfristigen Folgen der Covid-19-Erkrankung ist noch immer wenig bekannt. Die Sterblichkeit und den weiteren stationären Behandlungsbedarf innerhalb von sechs Monaten hat das WidO nun bei 8.697 Erkrankten untersucht, die während der ersten Viruswelle 2020 stationär behandelt werden mussten. Von den bis zum 30. April 2020 aufgenommenen AOK-Versicherten verstarben 25 Prozent bereits im Krankenhaus. Drei Monate nach der Aufnahme lag der Anteil bei 28 Prozent, sechs Monate danach bei 30 Prozent. Von den über 80-jährigen war nach einem halben Jahr

jeder Zweite verstorben. Bei den beatmeten Patientinnen und Patienten war die Sterblichkeit mit 52 Prozent ähnlich hoch. Ebenfalls auffällig ist die hohe Wiederaufnahmerate. Über ein Viertel der Entlassenen wurde innerhalb eines halben Jahres erneut stationär aufgenommen – in den meisten Fällen wegen Problemen mit

der Atmung oder neurologischer Störungen. Die WidO-Studie liefert erstmals aussagekräftige Daten zu den längerfristigen Folgen der Covid-19-Erkrankung von hospitalisierten Patienten und zeigt, wie wichtig die Nachsorge ist. Die Ergebnisse der Studie hat das medizinische Fachmagazin „PLOS One“ veröffentlicht. ■

Günster C et al.:
6-Month Mortality and
Readmissions
of Hospitalized
COVID-19 Patients:
A Nationwide Cohort
Study of 8,679 Patients
in Germany. PLoS One.
2021 Aug 5;16(8):
e0255427. doi: 10.1371/
journal.pone.0255427



Schröder H et al. (Hrsg.):
Arzneimittel-Kompass
2021. Hochpreisige
Arzneimittel –
Herausforderungen und
Perspektiven.
Springer 2021;
307 Seiten, 42,79 Euro,
ISBN 978-3-662-63929-0
eBook 978-3-662-63929-0
kostenloser Download:
wido.de/publikationen-
produkte/buchreihen/
arzneimittel-
kompass/2021

Arzneimittel

Neue Buchreihe

Im neuen Arzneimittel-Kompass analysieren namhafte Autorinnen und Autoren, wie eine faire Preisgestaltung gelingen kann.

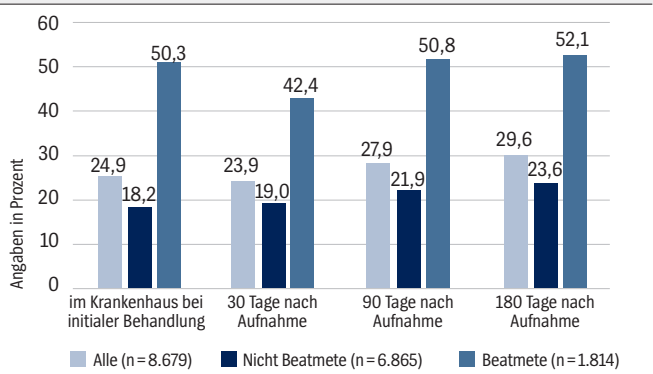
Angesichts hoher Preise für Arzneimittel gilt es einerseits, Forschung und Entwicklung adäquat zu honorieren, andererseits die Verfügbarkeit bezahlbarer Medikamente sicherzustellen.

Weiterhin analysiert der Arzneimittel-Kompass die Arzneimittelausgaben für die 73 Millionen GKV-Versicherten, die im Jahr 2020 mit 47,8 Milliarden Euro einen neuen Höchststand erreicht haben. Besondere Beachtung gilt dabei den Marktsegmenten Generika, Biosimilars, Patentarzneimittel und Orphan Drugs. Die Wirksamkeit der gesetzlichen

Regulierungsinstrumente wird ebenfalls betrachtet.

Herausgeber der Publikation sind Helmut Schröder, Dr. Carsten Telschow und Dr. Melanie Schröder vom WidO, Prof. Dr. Petra Thürmann von der Universität Witten-Herdecke und Prof. Dr. Reinhard Busse MPH von der Technischen Universität Berlin. ■

Covid-19-Patienten: Sterblichkeit nach stationärer Aufnahme



Quelle: WidO, Grafik: G+G Wissenschaft 2021

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: +++ Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2021, Berlin 10/21: **Dr. Elke Jeschke:** „Qualitätssicherung mit Routedaten – geeignete Maßnahme zur Qualitätsverbesserung?“, **Christian Günster:** „Unter-, Über- und Fehlversorgung bei Wirbelsäulenerkrankungen“

Weiterer Handlungsbedarf bei der Pflegefinanzierung

von Dietmar Haun¹ und Klaus Jacobs²

ABSTRACT

Kontinuierlich steigende Eigenanteile der Pflegebedürftigen in der stationären Langzeitpflege signalisieren seit vielen Jahren einen dringenden Reformbedarf bei der Pflegefinanzierung. Die erst ganz zum Schluss der 19. Legislaturperiode verabschiedete Pflegereform greift aber zu kurz. In diesem Beitrag wird gezeigt, dass zur Sicherung nachhaltiger Finanzierung der Pflege drei Grundsatzfragen klar beantwortet werden sollten: Was sollen die Pflegebedürftigen künftig selbst bezahlen, und welches Risiko trägt die Pflegeversicherung? Welche Rolle kann eine konzeptionell stimmig ausgestaltete Steuerfinanzierung von Bund und Ländern spielen? Wie wird dem Postulat des Bundesverfassungsgerichts Rechnung getragen, eine ausgewogene Lastenverteilung zwischen allen Pflegeversicherten herzustellen?

Schlüsselwörter: Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz, Pflegefinanzierung, Pflegereformgesetze, solidarische Beitragsfinanzierung, Steuerfinanzierung

Continuously rising own shares paid by persons requiring long-term care in nursing homes have shown an urgent need for reform for a number of years. The reform adopted at the end of the 19th legislative period falls short of this aim. This article demonstrates that three fundamental questions need to be addressed in order to secure sustainably financed long-term nursing care: Which amount or percentage should people in need of care pay themselves, and which amount or percentage should be paid by long-term care insurance? Which role can tax-based financing play when the concept behind it harmoniously balances the contributions of the Länder and the federal state? How to deal with the postulate of the Federal Constitutional Court that the burden between all contributing persons should be shared fairly?

Keywords: Health Care Development Act, financing of nursing-care, nursing reform acts, solidarity-based financing of contributions, tax financing

1 Einleitung

Am Ende der 19. Legislaturperiode hat die Große Koalition im Juni 2021 im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) Elemente einer Pflegereform verabschiedet, die zwei zentrale Maßnahmen umfasst: zum einen Regelungen zur Verbesserung der personellen Ausstattung von Pflegeeinrichtungen sowie zur Sicherung der Bezahlung der Pflegekräfte auf Tarifniveau und zum anderen gestaffelte prozentuale Zuschüsse zu den pflegebedingten Eigenanteilen in stationären Pflegeeinrichtungen. Hintergrund dieser zweiten Reformmaßnahme sind die kontinuierlich steigenden Eigenanteile der Pflegebedürftigen in der stationären Langzeitpflege. Nach Berechnungen des WIdO auf Basis von Daten des AOK-Pflegenavigators sind diese allein seit

der Bundestagswahl im Herbst 2017 bis zum zweiten Quartal 2021 insgesamt um rund 25 Prozent auf einen bundesdurchschnittlichen Betrag von 2.185 Euro im Monat gestiegen. Der deutlich größte Anteil an diesem Zuwachs entfiel auf die unmittelbaren Pflegekosten einschließlich Ausbildungskosten: Die nicht von den Leistungen der Pflegeversicherung abgedeckten und von den Pflegebedürftigen selbst zu tragenden einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) an den Pflegekosten legten in diesem Zeitraum im Durchschnitt um 53,7 Prozent zu. Durch die genannten Maßnahmen des GVWG zur Verbesserung der Situation der Pflegekräfte werden die Pflegekosten – erkennbar gewünscht – weiter steigen, sodass ein wirksamer Schutz der Heimbewohnenden vor Überforderung umso notwendiger wird. Nur so kann verhindert werden, dass immer mehr

¹ Dietmar Haun, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462148 · E-Mail: dietmar.haun@wido.bv.aok.de

² Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462182
E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

stationär Gepflegte die Eigenanteile nicht mehr tragen können und auf Sozialhilfe angewiesen sind. Zur Erinnerung: Die Entlastung der Sozialhilfe war ein wesentlicher Grund für die Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er-Jahre. Davor waren rund 70 Prozent der stationär Gepflegten auf Sozialhilfe angewiesen (*BMAS 2021, 124*); aktuell (Stand: Ende 2019) sind es 34,4 Prozent (*Deutscher Bundestag 2021a, 95*).

Die im GVWG beschlossenen Finanzierungsmaßnahmen geben keine längerfristige Antwort auf die künftigen Finanzierungserfordernisse der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Dafür spricht auch, dass Gesundheitsminister Jens Spahn selbst in zwei früheren Reformkonzepten weitere Maßnahmen vorgesehen hatte, die in das GVWG nicht mehr einbezogen werden konnten. Das gilt sowohl für das Anfang November 2020 vorgelegte Eckpunkte-Papier „Pflegeversicherung neu denken“ (*BMG 2020b*) als auch für den Arbeitsentwurf für ein Pflegereformgesetz von Mitte März 2021 (*BMG 2021*).

Die Pflegefinanzierung wird somit schon bald wieder auf der pflegepolitischen Agenda stehen. Hierfür sollen im Folgenden einige Anregungen gegeben werden, die bewusst grundsätzlicher ordnungspolitischer Natur sind. Natürlich kann die Politik auch in Zukunft auf Sicht fahren. Ob sie der Pflegeversicherung und ihren Versicherten sowie insbesondere den Pflegebedürftigen damit einen Gefallen tut, ist allerdings fraglich. Stattdessen erscheint es geboten, explizit drei Grundsatzfragen zu adressieren: die künftige Risikoteilung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegeversicherung, den möglichen Beitrag von Steuerfinanzierung sowie die Stärkung der solidarischen Beitragsfinanzierung.

2 Risikoteilung zwischen Pflegeversicherung und Pflegebedürftigen

Die Pflegeversicherung ist als ein Teilleistungssystem konzipiert. Doch was heißt das überhaupt konkret? Bei einer Begriffsklärung ist zunächst zu berücksichtigen, dass die Gesamtkosten von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in drei Teile zerfallen: die unmittelbaren Pflegekosten, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und die Investitionskosten. Bei der Einführung der Pflegeversicherung wurde davon ausgegangen, dass die Investitionskosten (wie im Krankenhausbereich) von den Ländern getragen werden, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung – anders als bei der Krankenhausversorgung – von den Pflegebedürftigen selbst, und die Pflegeversicherung nur für den Part der unmittelbaren Pflegekosten zuständig ist. Dies ist aber heute in der Regel gar nicht gemeint, wenn die Pflegeversicherung als Teilleistungssystem bezeichnet wird, son-

dern damit soll zumeist ausgedrückt werden, dass die Leistungen der Pflegeversicherung auch die unmittelbaren Pflegekosten nur zu einem Teil abdecken. Selbst wenn dies allgemein akzeptiert würde, wäre damit noch nichts darüber ausgesagt, wie groß dieser Teil ist und wie er konkret ermittelt wird.

Auch zu dieser Lesart gibt es unterschiedliche Auffassungen und unklare Begrifflichkeiten. So schrieb etwa Dorothea Siems im Juni 2021 in einem Kommentar in der „Welt“: „Die Pflegeversicherung wurde bei ihrer Einführung 1995 bewusst als Teilkaskoversicherung konzipiert“ (*Siems 2021*). Diese Aussage führt gleich in zweifacher Hinsicht in die Irre. So ist die den meisten Menschen vermutlich bekannte Kfz-Teilkaskoversicherung in der Regel so ausgestaltet, dass sie mit einem Selbstbehalt vereinbart werden kann: Im Schadensfall trägt der Versicherungsnehmer dann selbst zum Beispiel 150 oder 300 Euro der Reparaturkosten und die Versicherung den darüber hinausgehenden Rest. Das ist aber gerade das genaue Gegenteil der bisherigen Ausgestaltung der Pflegeversicherung, die mit ihren Leistungssätzen fixe Beträge abdeckt, während die Pflegebedürftigen die verbleibenden tatsächlichen Pflegekosten übernehmen.

Unzutreffend ist zudem die Aussage, dass die Übernahme eines substanziellen Teils der Pflegekosten durch die Pflegebedürftigen von Anfang an vorgesehen war. Auch in dieser Hinsicht trifft vielmehr das Gegenteil zu. So hieß es etwa im Ersten Pflegebericht der Bundesregierung: Die Pflegeversicherung „soll eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen zu decken“ (*Deutscher Bundestag 1997, 7 f.*). Da es jedoch bis zum Jahr 2008 keinerlei Anpassungen der Leistungssätze an die Kostenentwicklung gab (und danach auch nur begrenzt), hat sich die Realität immer mehr von dieser ursprünglichen Zielstellung entfernt.

Diese Überlegungen sind keine akademische Fingerübung, denn es geht im Kern um die zentrale Zielstellung der Pflegeversicherung. Darüber kann letztlich nicht wissenschaftlich, sondern nur politisch entschieden werden, aber das sollte möglichst explizit geschehen. In Bezug auf den Begriff des Teilleistungscharakters der Pflegeversicherung bedeutet dies eine klare Entscheidung darüber, was für einen Teil der Pflegekosten die Pflegebedürftigen tragen sollen und für welchen Teil die Pflegeversicherung zuständig ist. Bei den stationären Pflegekosten gibt es dafür vom Grundsatz her drei unterschiedliche Modelle:

- Die Pflegeversicherung zahlt fixe Leistungssätze, und das Risiko steigender Kosten liegt bei den Pflegebedürftigen, soweit es keine regelmäßige Anpassung der Leistungssätze an die Kostenentwicklung gibt. Dieses Modell kennzeichnet im Wesentlichen den bisherigen Status quo.

- Die Pflegebedürftigen tragen einen fixen Höchstbetrag der Pflegekosten für einen bestimmten Zeitraum, und die Pflegeversicherung trägt das Risiko steigender Kosten. Dieses Modell entspricht dem ursprünglichen Vorschlag eines „Pflegedeckels“ von Jens Spahn, wonach die Pflegebedürftigen maximal 700 Euro pro Monat für längstens drei Jahre stationärer Langzeitpflege selbst bezahlen sollten (*BMG 2020b*); es folgt dem Vorschlag eines „Sockel-Spitze-Tauschs“ (*Rothgang et al. 2019*).
- Pflegeversicherung und Pflegebedürftige teilen sich das Risiko steigender Pflegekosten nach einem definierten Verteilungsschlüssel; dieses Modell entspricht der mit dem GVWG beschlossenen Regelung eines prozentualen Zuschusses der Pflegeversicherung zu den EEE plus Ausbildungskosten, der ab 2022 jährlich gestaffelt 5, 25, 45 und 70 Prozent beträgt.

Zusätzlich erfordert das jetzt beschlossene Zuschussmodell – genauso wie der bisherige Status quo – klare Dynamisierungsvorschriften, an denen es zumindest in der Vergangenheit gemangelt hat. So führt auch die neue Zuschussregelung nach Modellrechnungen von Rothgang et al. ohne weitere Anpassungen nur für eine Zeitdauer von zwei Jahren zu einer Entlastung der durchschnittlichen Eigenanteile und einer geringeren Quote an stationär Pflegebedürftigen, die auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind (*Rothgang et al. 2021, 24*).

Das berührt zugleich einen weiteren Unterschied zwischen dem Deckel- und dem Zuschuss-Modell. In den Eckpunkten vom Herbst 2020 stand, dass der „Pflegedeckel“ neben spürbaren Entlastungen für Planbarkeit Sorge (*BMG 2020*). Entlastungen bewirkt auch das Zuschuss-Modell, zumindest kurzfristig, aber Planbarkeit bewirkt es nicht. Zwar hieß es im Arbeitsentwurf eines Pflegereformgesetzes vom März 2021, dass die Planbarkeit der im Pflegefall zu erwartenden Kosten und damit passgenaue Formen der privaten und betrieblichen Pflegevorsorge erleichtert würden (*BMG 2021, 2*), aber das ist nicht wirklich der Fall. Auch künftig sind die Pflegebedürftigen am Risiko steigender Pflegekosten beteiligt – in einem gewiss geringeren, aber nach wie vor nicht kalkulierbaren Umfang.

Es wäre wünschenswert, wenn die Politik klar entscheiden würde, welches Modell sie grundsätzlich anstrebt; konkrete Ausgestaltungen – ob 700 Euro pro Monat beim „Deckel“ beziehungsweise welche konkreten Prozentsätze bei den Zuschüssen – wären dann in einem zweiten Schritt festzulegen, auch im Sinne von Stellschrauben für die weitere Entwicklung. Eine solche grundsätzliche Diskussion einschließlich einer gründlichen Analyse der jeweiligen Konsequenzen hat es bei dem in großer Eile geschnürten Pflegereform-Paket des GVWG nicht gegeben. Doch wenn Pflegepolitik mehr sein soll als ständige Flickschusterei, darf ihr die Politik nicht ausweichen.

3 Perspektiven der Steuerfinanzierung

Durch das GVWG wurde beschlossen, dass die SPV ab dem Jahr 2022 einen Zuschuss aus Steuermitteln des Bundes im Umfang von einer Milliarde Euro erhält. Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) war die SPV bislang ohne einen Bundeszuschuss ausgekommen. Warum sich das jetzt ändern soll, hat Gesundheitsminister Jens Spahn rund einen Monat vor der Vorstellung seiner Eckpunkte im Herbst 2020 erläutert. Die dort vorgestellte Pflegereform, so Spahn gegenüber der „Bild am Sonntag“, koste rund sechs Milliarden Euro. Beitragserhöhungen kämen dafür aber nicht infrage, weil die Regierung ihr Versprechen ernst nehme, die Lohnnebenkosten nicht über 40 Prozent steigen zu lassen. Deshalb sollte dieser Betrag aus Steuermitteln finanziert werden (*Spahn 2020*). Spahn verweist somit auf das als „Sozialgarantie“ bezeichnete Versprechen der Bundesregierung, die von ihm als „Lohnnebenkosten“ bezeichnete Summe aller Sozialversicherungsbeiträge nicht über 40 Prozent wachsen zu lassen. Dies war als Teil des Corona-Konjunkturpakets der Bundesregierung für die beiden Jahre 2020 und 2021 vorgesehen. Ob es danach eine Anschlussregelung geben wird, muss die neue Bundesregierung entscheiden.

In den Eckpunkten selbst war von der „Sozialgarantie“ keine Rede. Vielmehr hieß es, dass die Pflegeversicherung Leistungen erbringe, deren Finanzierung gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei. Deshalb übernehme künftig der Bund für Menschen, die Angehörige pflegen, wie für Zeiten der Kindererziehung die Beitragszahlungen an die Rentenversicherung. Für weitere gesamtgesellschaftliche Aufgaben wie unter anderem die Vermeidung von Überforderung durch zu hohe Eigenanteile, die beitragsfreie Versicherung von Kindern und nicht erwerbstätigen Partnern sowie das Pflegeunterstützungsgeld erhalte die Pflegeversicherung künftig einen pauschalen Bundeszuschuss (*BMG 2020b*).

Diese Begründung folgt bereits vor Corona gestellten Forderungen nach Einführung eines dauerhaften Bundeszuschusses zur Pflegeversicherung (etwa *GKV-Spitzenverband 2020*). Wie an anderer Stelle gezeigt (*Greß et al. 2019*), ist sie inhaltlich jedoch nicht unstrittig, zumindest in Bezug auf die Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige und vor allem im Hinblick auf die beitragsfreie Mitversicherung, nachdem das Bundesverfassungsgericht die Betreuung und Erziehung von Kindern als generativen Beitrag zur Funktionsfähigkeit eines umlagefinanzierten Sozialversicherungssystems eingestuft hat (*BVerfG 2001a, Leitsatz*), weshalb kinderlose SPV-Mitglieder seit 2005 einen Beitragszuschlag entrichten müssen.

Konzeptionell besonders fragwürdig erscheint die sowohl in den Eckpunkten vom November 2020 als auch im Arbeits-

entwurf eines Pflegereformgesetzes vom März 2021 enthaltene Aussage, dass die Begrenzung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen – in den Eckpunkten per Pflegedeckel, im Gesetzentwurf mittels Zuschüssen – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei (*BMG 2020b, 5; BMG 2021, 121*). Wenn dies der Fall ist, kann es sich aber nicht gleichzeitig um eine „originäre“ Versicherungsleistung handeln. Ob es hier „nur“ darum geht, einen möglichst hohen Betrag für den Bundeszuschuss zu begründen, oder ob bewusst das Tor für mögliche Bedürftigkeitsprüfungen geöffnet werden soll, wie sie für steuerfinanzierte Sozialleistungen – im Unterschied zu Versicherungsleistungen – kennzeichnend sind, kann hier nicht beurteilt werden. In die zweite Richtung gingen jedenfalls einige kritische Reaktionen auf Spahns ersten Reformvorschlag. So wurde SPD-Generalsekretär Lars Klingbeil zitiert, dass der Deckel nicht für jeden gelten dürfe: „Wenn alle den gleichen Beitrag für die stationäre Pflege bezahlen – egal ob Verkäuferin oder Millionär – empfinde ich das als ungerecht“ (*Harbusch et al. 2020*). Wer so etwas äußert, hat entweder das zentrale Wesensmerkmal einer (Sozial-)Versicherung nicht verstanden oder sagt bereits an ihrem Fundament.

In der mittlerweile via GVWG beschlossenen Reform der SPV ist der Bundeszuschuss auf jährlich eine Milliarde Euro ab dem Jahr 2022 geschrumpft – das Zuschuss-Modell kostet weniger als der Pflegedeckel; es wird zudem auf jegliche Erhöhung des Pflegegeldes für Angehörige in der ambulanten Pflege verzichtet, obwohl die Bundesregierung selbst erst Ende 2020 einen fünfprozentigen Anstieg aller Leistungen der Pflegeversicherung für angemessen gehalten hatte (*Deutscher Bundestag 2020*). Verzichtet wird aber vor allem auch auf eine inhaltliche Begründung für den Bundeszuschuss. Laut Paragraph 61a Sozialgesetzbuch XI leistet der Bund den Zuschuss ab dem Jahr 2022 „zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung“, und in der Begründung wird dieser Satz lediglich noch einmal wortgleich wiederholt (*Deutscher Bundestag 2021b, 65*). Eine sozialversicherungsrechtliche Einschätzung kann hier nicht erfolgen, aber ordnungspolitisch erscheint es höchst problematisch, wenn einer Sozialversicherung ein diskretionär festgesetzter Betrag ihrer nicht weiter differenzierten Aufwendungen ohne nähere Begründung aus Steuermitteln erstattet wird.

Der Bundeszuschuss zur SPV steht somit auf wackeligen Beinen – konzeptionell, aber auch materiell, wie aktuell der Verzicht auf die Anpassung des Pflegegeldes an die Preisentwicklung zeigt. Damit kein Missverständnis entsteht: Ein regelgebundener Bundeszuschuss für definierte Leistungen ist zweifellos sinnvoll, aber ein Zuschuss nach Kassenlage – je nach aktueller Situation mal der Pflegeversicherung und mal des Bundeshaushalts – kann kaum als zweckmäßiges Instrument zur nachhaltigen Finanzierung der SPV angesehen werden.

Es gibt allerdings sehr wohl einen Bereich im Pflegekontext, in dem ein konsequenter Ausbau von Steuerfinanzierung unbestritten Sinn ergeben würde, nämlich bei der Wahrnehmung der Verantwortung der Länder „für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ (Paragraph 9 SGB XI). Bis heute kommen die Länder dieser Vorgabe nur unzureichend nach (*IGES 2021*) und wälzen diese Kosten mehrheitlich auf die Pflegebedürftigen in den Einrichtungen ab. Nach Berechnungen des WiDO sind den Pflegeheimbewohnenden hierdurch im Bundesdurchschnitt im zweiten Quartal 2021 zusätzliche Kosten von monatlich 443 Euro entstanden. Ein stärkeres Engagement der Länder durch eine substanzielle Übernahme von Investitionskosten ginge somit mit einer signifikanten Entlastung der stationär Gepflegten einher. In beiden Reformkonzepten von Jens Spahn war vorgesehen, die Länder zu einem Zuschuss von 100 Euro pro Monat je vollstationär Gepflegten zu verpflichten, doch fand diese Maßnahme keine Berücksichtigung in der schließlich verabschiedeten Reform. Aus der Perspektive des Status quo wäre eine solche Subjektförderung gewiss eine Verbesserung, von ihrem Steuerungspotenzial her einer gezielten bedarfsorientierten Objektförderung allerdings deutlich unterlegen (vergleiche *Greß und Jacobs 2021*).

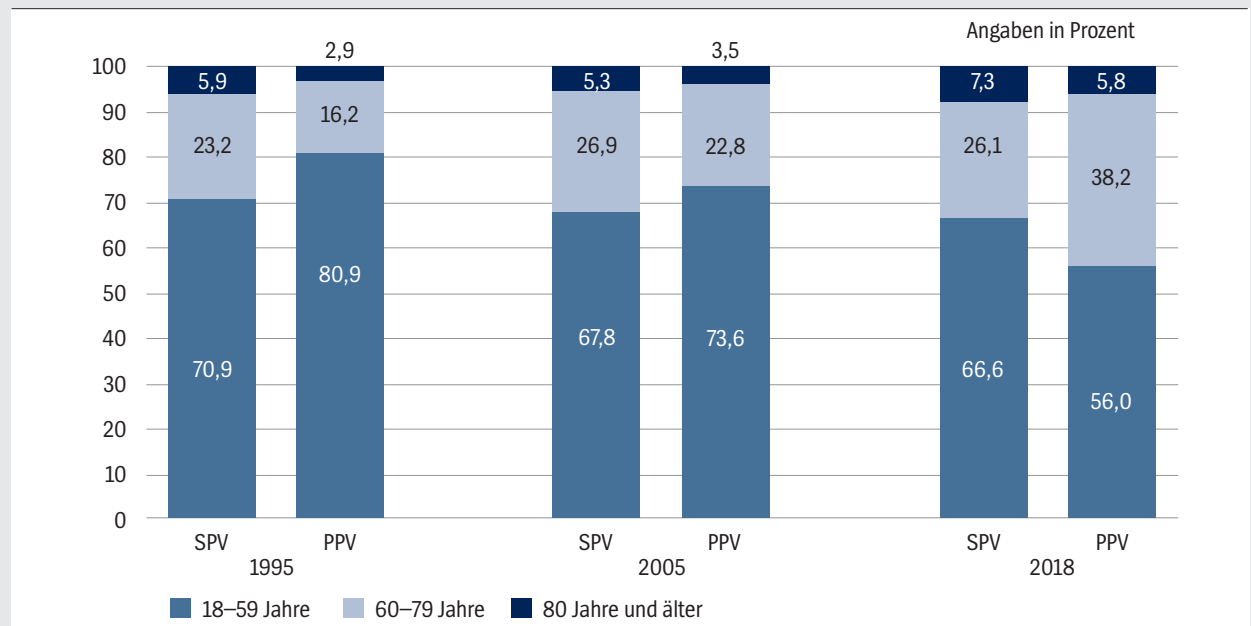
4 Stärkung der solidarischen Beitragsfinanzierung

Bei der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1994 hatte der Gesetzgeber das in der Krankenversicherung bestehende duale System übernommen und eine zweigeteilte Pflegeversicherung eingeführt. Während die SPV nach dem Umlageverfahren arbeitet und sich über einkommensbezogene solidarische Beiträge finanziert, gilt für die private Pflegepflichtversicherung (PPV) ein überwiegend vom individuellen Risiko beziehungsweise Alter abhängiges Prämiensystem und das Kapitaldeckungsprinzip. Wettbewerb zwischen den Systemen auf der Grundlage individueller Wahloptionen existiert nicht. Bis auf wenige Ausnahmen entscheidet allein die Zugehörigkeit zur Krankenversicherung über die Mitgliedschaft in SPV oder PPV. Es gibt weder unterschiedliche Vergütungen von Leistungserbringern noch unterschiedliche Pflegeleistungen. Diese sind im Sozialgesetzbuch XI fixiert und richten sich in beiden Systemen allein nach dem gutachterlich festgestellten Pflegebedarf beziehungsweise den Pflegegraden. Die unterschiedliche Risikostruktur der Versicherten in beiden Systemen blieb bei dieser Konstruktion allerdings außer Betracht, und es ist zu klären, in welchem Ausmaß Gerechtigkeitsdefizite im dualen System bestehen und wie damit umgegangen werden kann.

Eine Richtschnur für diese Frage bietet ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2001 zur Rechtmäßig-

ABBILDUNG 1

Altersstruktur der Versicherten im Erwachsenenalter in SPV und PPV 1995, 2005 und 2018



Bei Einführung der Pflegeversicherung waren die mittleren Altersgruppen in der privaten Pflegeversicherung (PPV) überproportional vertreten. Der Anteil der über 80-Jährigen mit besonders hoher Pflegeprävalenz war in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) zu allen drei Zeitpunkten deutlich höher als in der PPV.

keit einer obligatorischen privaten Pflegepflichtversicherung. Demnach durfte „der Gesetzgeber, der eine Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen hat, (...) die einzelnen Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen“ (BVerfG 2001b, Rn. 92). Inwiefern die Lastenverteilung zwischen SPV und PPV tatsächlich ausgewogen ist, war wiederholt Gegenstand empirischer Untersuchungen (Grefß et al. 2019; Rothgang und Domhoff 2019). Wesentliche Ergebnisse hierzu werden nachfolgend unter Berücksichtigung aktueller Daten und Analysen dargestellt.

Generell ist das Risiko von Pflegebedürftigkeit in hohem Maße vom Lebensalter abhängig und weist bei den Älteren zudem deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen auf. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Stand: Ende 2019) liegt das Risiko von Pflegebedürftigkeit in der Gruppe der 60- bis 65-Jährigen bei drei Prozent und steigt graduell bis zu einer Pflegequote von 14 Prozent bei den 75- bis 79-Jährigen an. Ab dem 80. Lebensjahr nimmt das Risiko von Pflegebedürftigkeit stark zu. So ist in der Altersgruppe von 80 bis 85 Jahren mehr als jeder Vierte pflegebe-

dürftig, im Alter zwischen 85 und 89 bereits jeder Zweite, und in der Gruppe der Hochaltrigen über 90 Jahre nehmen mehr als drei Viertel Pflegeleistungen in Anspruch. In Verbindung mit der höheren Lebenserwartung waren von den 2,3 Millionen Pflegebedürftigen über 80 Jahre 71 Prozent Frauen (Statistisches Bundesamt 2020).

Vergleicht man mithilfe von Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) (Goebel et al. 2019) die Alters- und Geschlechtsstrukturen der SPV- und PPV-Versicherten zu unterschiedlichen Zeitpunkten, zeigen sich folgende Unterschiede (Abbildung 1): Bei der Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er-Jahre waren die mittleren Altersgruppen in der PPV überproportional vertreten, die Altersjahrgänge mit hoher Pflegeprävalenz dagegen deutlich seltener. Insbesondere war der Anteil der über 80-Jährigen in der PPV nur halb so groß wie in der SPV. An diesen strukturellen Unterschieden hatte sich auch zehn Jahre später wenig geändert.

Erst 2018 spiegelt sich die zunehmende Alterung des Versichertenbestandes auch in den Strukturen der PPV wider: Der Anteil der 60- bis 79-Jährigen liegt mit 38,2 Prozent sogar über dem Anteil in der SPV. Doch auch 23 Jahre nach Einfüh-

Die Pflegeversicherung liegt der Anteil der Pflegeversicherten in der Altersgruppe über 80 Jahre mit dem höchsten Pflegerisiko in der SPV mit 7,3 Prozent immer noch um rund ein Viertel über dem der PPV. Die altersbedingten Strukturunterschiede werden verstärkt durch einen unterdurchschnittlichen Anteil an Frauen in der PPV. Dieser Unterschied betrifft alle Altersgruppen, wirkt sich aber vor allem bei den über 80-Jährigen aus, wo Frauen besonders häufig von Pflegebedürftigkeit betroffen sind. Hier sind nur 47 Prozent in der PPV, hingegen über 60 Prozent in der SPV versichert.

Auch in den jüngeren und mittleren Altersgruppen ist das altersspezifische Risiko, pflegebedürftig zu werden, in der PPV unterdurchschnittlich. Bei den 20- bis 50-Jährigen beträgt es teilweise nicht einmal 20 Prozent des entsprechenden Risikos der SPV-Versicherten (DAV 2020, 12). Generell wirken sich hierbei die Selektionsmechanismen beim Zugang zur privaten Krankenversicherung (PKV) aus. Für Personen mit Vorerkrankungen oder Behinderungen bestehen aufgrund der in der PKV üblichen Gesundheitsprüfungen sowie des fehlenden Kontrahierungszwanges hohe, vielfach unüberwindliche Zugangshürden zur PKV und damit auch zur PPV.

Gravierende Unterschiede zwischen den Versicherungszweigen bestehen auch im Hinblick auf die ökonomische Leistungsfähigkeit der Versicherten. Als Folge der selektiven Zugangsmodalitäten sind die PPV-Versicherten zu einem höheren Anteil voll erwerbstätig und nehmen gehobene Positionen im Erwerbssystem ein. Einer Analyse mit Daten des SOEP für das Jahr 2018 zufolge sind neben Beamten und Pensionären hoch qualifizierte und leitende Angestellte sowie Selbstständige und Freiberufler überproportional häufig privat pflegeversichert. Arbeiter und einfache Angestellte wie auch Arbeitslose und sonstige Nichterwerbstätige sind demgegenüber in der PPV unterrepräsentiert. Die privilegierte Struktur der PPV-Versicherten spiegelt sich in den Jahreseinkommen wider. Mit einem Bruttogesamteinkommen von durchschnittlich 54.334 Euro verfügten die PPV-Versicherten 2018 über ein doppelt so hohes Einkommen wie die Versicherten in der SPV mit einem Durchschnittseinkommen von 27.313 Euro.

Die Strukturunterschiede hinsichtlich des Pflegerisikos und der wirtschaftlichen Leistungskraft in beiden Versicherungsträgern führen letztlich zu unterschiedlichen Finanzierungsbedingungen in SPV und PPV (Tabelle 1). Entsprechend waren in der PPV im Jahr 2005 mit 1,27 Pflegebedürftigen je 100 Versicherte nur halb so viele Pflegebedürftige zu versorgen wie in der SPV. Bemerkenswert ist der dauerhafte Fortbestand dieser ungleichen Risikorelation. Denn 14 Jahre später ist die Anzahl der Pflegebedürftigen zwar in beiden Systemen angestiegen, der Anteil der Pflegebedürftigen beträgt in der PPV jedoch mit 2,7 Prozent weiterhin nur etwa die Hälfte des Anteils in der SPV.

Dies spiegelt sich auch in den von der PPV aufzuwendenden Leistungsausgaben je Versicherten wider. Diese machten 2005 mit 60 Euro gerade ein Viertel und 2019 mit 171 Euro weniger als ein Drittel der Ausgaben aus, die in der SPV pro Kopf für Pflegeleistungen ausgegeben wurden. Selbst wenn man die über die staatliche Beihilfe aus Steuermitteln finanzierten Pflegeausgaben für die in der PPV versicherten Beamten, Pensionäre und Versorgungsempfänger komplett mit einbezieht, waren die Pro-Kopf-Ausgaben 2019 in der SPV mit 557 Euro mehr als doppelt so hoch wie in der PPV. Diesen Vorteil kann die PPV an ihre Versicherten weitergeben. Die Prämienkosten für die Pflegeversicherung in der PPV betragen 2019 kalkulatorisch 349 Euro je Versicherten, in der SPV dagegen waren die Beitragskosten mit 637 Euro fast doppelt so hoch. Dabei verwendet die PPV einen großen Teil der Einnahmen und Kapitalerträge für die Altersrückstellungen ihrer Versicherten, die sich bis Ende 2019 auf 39 Milliarden Euro aufsummiert hatten.

Von einer ausgewogenen Lastenverteilung zwischen den beiden Zweigen der Pflegeversicherung, wie vom Bundesverfassungsgericht postuliert, kann nach diesen Ergebnissen somit keine Rede sein. Deshalb ist es naheliegend, nach Wegen zu suchen, wie die PPV-Versicherten an der solidarischen Pflegefinanzierung beteiligt werden können. Schon im Koalitionsvertrag der ersten Großen Koalition von 2005 war ein Finanzausgleich zwischen SPV und PPV zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen vereinbart worden (CDU, CSU und SPD 2005, 91 f.), der aber anschließend nicht umgesetzt wurde. Das ist jetzt 16 Jahre her – die gesamte Amtszeit von Angela Merkel als Bundeskanzlerin. In dieser Zeit haben die im Durchschnitt deutlich besser verdienenden PPV-Versicherten für dieselben Pflegeleistungen Monat für Monat einen erheblich geringeren Beitrag gezahlt und dabei gleichzeitig noch hohe Altersrückstellungen gebildet. Ihr Einbezug in die solidarische Finanzierung der gesamten Pflegevolksversicherung erscheint deshalb überfällig. Nach einer Simulationsanalyse von Greß et al. für das Jahr 2017 hätte die Beteiligung aller Pflegeversicherten an der solidarischen Beitragsfinanzierung nach identischen Regelungen, unter Berücksichtigung der steuerfinanzierten Aufwendungen für Beihilfeberechtigte, per Saldo zu einer finanziellen Entlastung der gemeinsamen Pflegekasse in Höhe von über 5,8 Milliarden Euro geführt (Greß et al. 2019, 251). Zumindest für diesen Betrag müsste heute entsprechend nicht mehr nach Mitteln der Steuerfinanzierung gesucht werden.

5 Fazit und Ausblick

Die pflegepolitische Bilanz der vorigen Bundesregierung ist zweigeteilt. Zum einen ist es ihr gelungen, wichtige Schritte der in der Konzertierte Aktion Pflege initiierten Maßnah-

TABELLE 1

Finanzkennzahlen zu SPV und PPV 2005 und 2019

	SPV	PPV	SPV	PPV
	2005		2019	
Anzahl Versicherte (in Tausend)	70.522	9.164	73.050	9.220
Beitragseinnahmen in Milliarden Euro	17,38	1,87	46,53	3,21
Beitrag/Prämie je Versicherten und Jahr in Euro	246	204	637	349
Anzahl Pflegebedürftige (in Tausend)	1.952	116	4.000	252
Anzahl Pflegebedürftige je 100 Versicherte	2,77	1,27	5,48	2,73
Leistungsausgaben in Milliarden Euro	16,98	0,55	40,70	1,6
Leistungsausgaben je Versicherten in Euro	241	60	557	171
Leistungsausgaben je Versicherten in Euro inkl. Beihilfeausgaben	241	90	557	256
Leistungsausgaben je Pflegebedürftigen in Euro	8.699	4.744	10.176	6.251
Mittelbestand/Altersrückstellungen in Milliarden Euro	3,05	15,17	6,7	38,96

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis von BMG 2020a, PKV 2006, PKV 2020, Grafik: G+G Wissenschaft 2021

men zur Verbesserung der Attraktivität der Pflegeberufe umzusetzen. Dazu zählen höhere Mindestentgelte für Pflegekräfte und die im GVWG beschlossenen Regelungen zur Personalbemessung und zur Tarifbindung. Mit einem Reformgesetz zur Pflegefinanzierung, das den Auswirkungen dieser Maßnahmen auf die steigenden Eigenanteile der Pflegebedürftigen in der Langzeitpflege wirksam begegnet, ist sie dagegen gescheitert. Die gestaffelte Zuschussregelung zu den pflegebedingten Eigenanteilen mindert die rapide steigenden Eigenanteile nur kurzfristig, ihre Finanzierung ist ungesichert. Aktuell wird die partielle Entlastung der stationär Pflegebedürftigen zudem per Verzicht auf eine Erhöhung des Pflegegeldes mit einem Sparbeitrag aus dem ambulanten Pflegesetting gegenfinanziert, was dem pflegepolitischen Ziel der Stärkung der ambulanten häuslichen Pflege eklatant widerspricht. Vor diesem Hintergrund ist absehbar, dass sich die neue Bundesregierung schon bald wieder mit der Pflegefinanzierung befassen muss.

Damit böte sich aber auch die Chance, zu klaren Entscheidungen im Hinblick auf die künftige Ausgestaltung der Finanzierungszuständigkeiten für die Pflege zu gelangen. Dabei ist insbesondere zu klären, in welcher Form die finanzielle Risikoteilung zwischen den Pflegebedürftigen und der Pflegeversicherung künftig erfolgen soll, damit die Pflegebedürftigen mit ihren Eigenanteilen in der Regel nicht überfordert werden. Hierbei kann ein Steuerzuschuss des

Bundes von Nutzen sein, doch sollte dieser vom Gesetzgeber in Verbindung mit klar definierten gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der Pflegeversicherung festgelegt werden. Gleichermaßen ist es erforderlich, die Länder in die Finanzierungsreform der Pflegeversicherung einzubinden, damit sie einen signifikanten Beitrag zur Investitionskostenförderung leisten und damit zu einer Entlastung der stationär Pflegebedürftigen beitragen – ganz unabhängig von der Wahrnehmung ihrer Aufgabe, für eine bedarfsgerechte Pflegeinfrastruktur zu sorgen.

Unabhängig von einer verstärkten sachgerechten Steuerfinanzierung im Pflegekontext sollten künftig alle Pflegeversicherten in die solidarische Finanzierung einbezogen werden. Dies könnte über die Einführung einer einheitlichen Bürgerpflegeversicherung, aber auch bei Fortbestand des dualen Systems in Form eines Strukturausgleichs zwischen SPV und PPV erfolgen, bei dem auch die im Durchschnitt deutlich höhere Finanzkraft der Privatversicherten mitberücksichtigt würde. Beide Optionen wäre geeignet, die unausgewogene Lastenverteilung zwischen den Versichertengruppen im dualen System zu vermindern, die Basis der solidarischen Finanzierung zu verbreitern und somit zu einer nachhaltigen Stabilisierung der Pflegefinanzierung beizutragen. Für diese Grundsatzprobleme muss die Politik möglichst klare Lösungen finden. Mit einer Fortsetzung kurzfristiger Flickschusterei ist es dabei nicht getan.

Literatur

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2021): Sozialbericht 2021. Bonn

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2020a): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: 28. Juli 2020

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2020b): Pflegeversicherung neu denken: Eckpunkte der Pflegereform 2021. Stand: 4. November 2021

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2021): Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung. Bearbeitungsstand: 15. März 2021

BVerfG (Bundesverfassungsgericht) (2001a): Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001 – 1 BvR 1629/94

BVerfG (Bundesverfassungsgericht) (2001b): Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001 – 1 BvR 2014/95

CDU, CSU, SPD (2005): Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005

DAV (Deutsche Aktuarvereinigung) (2020): Herleitung der Rechnungsgrundlagen DAV 2008 P für die Pflegerenten(zusatz)versicherung. Richtlinie. Köln, 20. März 2020

Deutscher Bundestag (1997): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Drucksache 13/9528 vom 19. Dezember 1997. Berlin

Deutscher Bundestag (2020): Bericht der Bundesregierung über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung. Drucksache 19/25283 vom 9. Dezember 2020. Berlin

Deutscher Bundestag (2021a): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Siebter Pflegebericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache 19/30300 vom 20. Mai 2021. Berlin

Deutscher Bundestag (2021b): Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 19/26822, 19/27214, 19/28005 Nr. 1 – Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) (und zu weiteren Anträgen). Drucksache 19/30560 vom 10. Juni 2021. Berlin

Goebel J et al. (2019): The German Socio-Economic Panel (SOEP). Journal of Economics and Statistics, Vol. 239, No. 2, 345–360

Greß S, Haun D, Jacobs K (2019): Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer, 241–254

Greß S, Jacobs K (2021): Regionale Sicherstellung der Pflegeversorgung. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Berlin: Springer, 185–194

GKV-Spitzenverband (2020): Pflege verlässlich finanzieren. Statement vom 3. Januar 2020; gkv-spitzenverband.de → Über uns → Presse

→ Pressemitteilungen und Statements → Suchen: Finanzierung, 2020

Harbusch N, Bockenheimer J, Schuler R (2020): SPD unterstützt Spahns Pflege-Deckel. Bild vom 5. Oktober 2020, 4

IGES Institut (2021): Berichtspflicht der Bundesländer zu Förderung und Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2019. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin, Februar 2021

PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2006, 2020): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2005/06, 2019. Köln; pkv.de → Suchbegriff: Zahlenbericht

Rothgang H, Domhoff D (2019): Die Pflegeversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper Nr. 150. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung

Rothgang H, Heinze F, Kalwitzki T, Wagner C (2021): Auswirkungen der Regelungen des GVWG auf die stationären Pflegekosten und ihre Aufteilung. Expertise im Auftrag der DAK-Gesundheit

Rothgang H, Kalwitzki T, Cordes J (2019): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung II: bedarfsgerecht – ortsunabhängig – bezahlbar. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform. Bremen

Siems D (2021): Minister Spahn rechnet falsch. Die Welt vom 3. Juni 2021, 1

Spahn J (2020): „Heimbewohner sollen weniger für Pflege zahlen“ (Interview). Bild am Sonntag vom 4. Oktober 2020, 10

Statistisches Bundesamt (2020): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 23. September 2021)

DIE AUTOREN



Dietmar Haun, Diplom-Soziologe,

Jahrgang 1962, studierte an der Universität Mannheim und der Indiana University, Bloomington, USA. Anschließend war er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Methoden der empirischen Sozialforschung und angewandte Soziologie der Universität Mannheim. Seit 2001 arbeitet er beim AOK-Bundesverband, zunächst im Geschäftsbereich Change Management, anschließend war er als Referent für Risikomanagement im Geschäftsbereich Finanzen tätig. Seit 2012 ist Haun wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo).



Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Er hat Volkswirtschaftslehre in Bielefeld studiert und promovierte an der Freien Universität (FU) Berlin. Es folgten wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Jacobs ist Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.

Langzeitpflege zwischen Fachkräftemangel und Qualifikationsanforderungen

von Lukas Slotala¹

ABSTRACT

Die qualitative und quantitative Personalausstattung in der Langzeitpflege ist für die Versorgungsqualität entscheidend. Dieser Beitrag analysiert die zentralen Herausforderungen und stellt notwendige pflegepolitische Maßnahmen vor dem Hintergrund aktuell sich abzeichnender Fachkräftengpässe und qualifikatorischer Anforderungen an die Beschäftigten heraus. Anhand von vier zentralen Handlungsbereichen – Gewinnung neuer Auszubildender, Erhöhung der Attraktivität, Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte und Überarbeitung der Personalbemessung und des Berufsgefüges – werden Reformbedarfe beschrieben.

Schlüsselwörter: Personalausstattung, Fachkräftesicherung, Pflegeausbildung

Qualitatively and quantitatively sound staffing is decisive for the success of long-term care. This article analyses the central issues and presents necessary political measures to be taken, particularly against the background of imminent staffing shortages combined with increasing qualification requirements. The focus lies on four key elements: finding career starters, enhancing the attractiveness of the profession, recruiting staff from abroad, and revising the existing staff-to-patient ratios and professional structures. The current need for reform is sketched.

Keywords: staffing, securing skilled workers, nursing education

1 Einleitung

Heute arbeiten rund 1,2 Millionen Beschäftigte in nach dem elften Sozialgesetzbuch zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Darunter sind rund 425.000 dreijährig ausgebildete Pflegefachkräfte sowie rund 106.000 qualifizierte Alten- und Krankenpflegehilfskräfte (*Statistisches Bundesamt 2020a*). Zu ihren täglichen Routineaufgaben zählt die Umsetzung pflegerischer sowie medizinischer Maßnahmen, die Überwachung des Gesundheitszustandes und die Unterstützung eines möglichst selbstbestimmten und würdevollen Lebens der ihnen anvertrauten Pflegebedürftigen.

Die körperlichen beziehungsweise psychischen Einschränkungen der inzwischen rund vier Millionen Pflegebedürftigen (*ebenda*) führen zu teilweise erheblichen Versorgungsanforderungen, denen die beruflich Pflegenden gegenüberstehen. Dies zeigt sich insbesondere folgendermaßen:

- Im Alter und bei Pflegebedürftigkeit treten chronische Erkrankungen wie Schlaganfallfolgen, Herz-Kreislauf-

Erkrankungen, Diabetes mellitus, orthopädische Erkrankungen sowie demenzielle und depressive Krankheiten häufig in Kombination auf (*Böhm et al. 2009; Klie 2016*).

- Knapp zwei Drittel aller ambulant und stationär versorgten Pflegebedürftigen erhalten mindestens fünf Medikamentenwirkstoffe gleichzeitig. Praktisch jeder Pflegebedürftige generiert pro Quartal mindestens einen Kontakt zu niedergelassenen Haus- und Fachärzten beziehungsweise Zahnärzten, und gleichzeitig erhält rund jeder dritte Pflegebedürftige Heilmittel (*Matzk et al. 2021*).
- In stationären Pflegeeinrichtungen versorgte Menschen bedürfen aufgrund der Schwere ihrer Erkrankungen im Jahr durchschnittlich zweier Krankenhausaufenthalte (*ebenda*).
- Knapp jeder zweite Pflegebedürftige verstirbt innerhalb der ersten eineinhalb Jahre Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung (*Schwinger et al. 2016*) und jeder fünfte Sterbefall in Deutschland ereignet sich inzwischen in einem Pflegeheim – Tendenz steigend (*Dasch et al. 2015*).

¹ Prof. Dr. Public Health Lukas Slotala, Fakultät für Sozialwissenschaften · Hochschule Würzburg-Schweinfurt · Münzstraße 12 · 97070 Würzburg
E-Mail: lukas.slotala@fhws.de

In welcher Qualität diese praktisch nicht zählbaren Versorgungsaufgaben täglich umgesetzt werden, ob die Versorgung im Einzelfall bedarfsgerecht, den fachlichen Standards entsprechend und in dieser Form flächendeckend in allen Regionen sichergestellt werden kann, hängt nicht ganz allein, aber entscheidend von der qualitativen und quantitativen Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen ab. Doch die damit verbundenen Fragen – die Qualifikationsfrage und die Frage der benötigten Personalmenge – sind bis heute nicht hinreichend beantwortet.

Hinzu kommt ein weiteres ungelöstes Problem, das bald die Versorgungssicherstellung bedrohen könnte. Die Pflegeeinrichtungen haben immer größere Schwierigkeiten, offene Stellen für staatlich zugelassene Pflegefachkräfte zu besetzen (BA 2021). Und dabei werden in zehn Jahren aufgrund der weiter ansteigenden Pflegeprävalenz in der Bevölkerung über 100.000 zusätzliche Pflegefachkräfte benötigt (Schwinger et al. 2019). Dieser Beitrag analysiert die zentralen Herausforderungen sowie die bestehenden und notwendigen pflegepolitischen Maßnahmen im Kontext der zukünftigen Personalqualifizierung und -sicherung in der Langzeitpflege.

2 Gewinnung neuer Auszubildender

Mit Blick auf den wachsenden Fachkräftemangel kann der folgende Befund auf den ersten Blick vielleicht irritieren: Die Altenpflege ist ein boomender Ausbildungsbereich. Bezogen auf die Fachkräfteausbildung konnte in den zurückliegenden Jahren ein Zuwachs im zweistelligen Prozentbereich erzielt werden. Die Steigerung der Auszubildendenzahl ist damit deutlich höher ausgefallen als im Krankenpflegebereich (Abbildung 1) (Statistisches Bundesamt 2020b).

Der Boom an Ausbildungsplätzen geht auf unterschiedliche Fördermaßnahmen zurück. Zu den effektivsten zählt die bundesweite Einführung einer finanziellen Förderung von Umschülern durch die Bundesagentur für Arbeit sowie die in einigen Fällen durchgesetzte Finanzierung der Ausbildung per Umlagefinanzierung (Slotala 2019). Doch diese positive Bilanz muss in mehrfacher Weise kontextbezogen betrachtet werden:

- Viele der Maßnahmen zur Steigerung der Zahl an Auszubildenden in der Altenpflege erfolgten kaum koordiniert. Nicht zuletzt deshalb, weil Initiativen vonseiten der Bundesländer in Sachen Finanzierung, Programmatik und Einbindung weiterer Unterstützungsstrukturen in teilweise hochgradig unterschiedlicher Weise umgesetzt wurden. Vor dem Hintergrund der föderalen Zuständigkeiten wurden nicht alle Potenziale zur Gewinnung neuer Auszubildender ausgeschöpft (ebenda).
- In den Bundesländern mit den erfolgreichsten Zuwächsen bei den Auszubildenden wurden – mit Hilfe von Sonderre-

gelungen im Ausbildungsrecht – in einem für Gesundheitsberufe außerordentlich unüblich hohen Umfang Personen mit einem Hauptschulabschluss für die Ausbildung gewonnen. Es ist dort allerdings kaum gelungen, die Ausbildung im Langzeitpflegebereich für Realschulabsolventen und für Abiturienten spürbar attraktiver zu gestalten (ebenda).

- Mangels belastbarer Daten ist unklar, wie viele der neu gewonnenen Auszubildenden in der Altenpflege die Ausbildung erfolgreich beendet haben und somit dem Arbeitsmarkt tatsächlich zur Verfügung standen. Fest steht nur, dass trotz des Ausbildungsbooms Arbeitgeber im Langzeitpflegebereich größere Schwierigkeiten bei der Besetzung offener Stellen melden als im Krankenhausbereich (BA 2021).
- Rund 40 Prozent der heute im Langzeitpflegebereich beschäftigten Pflegekräfte sind 50 Jahre und älter (Statistisches Bundesamt 2020a). Diesen Umfang an absehbaren altersbedingten Austritten aus dem Pflegeberuf in den kommenden Jahren aufzufangen, wird eine weitere erhebliche Herausforderung für den Ausbildungsbereich darstellen.

Die notwendige Steigerung der Beschäftigtenzahlen in der Langzeitpflege hängt ganz entscheidend davon ab, ob es zukünftig gelingt, die Erfolgsquote bei der Gewinnung und Förderung von Auszubildenden in der Pflege weiter auszubauen. In diesem Zusammenhang ist es notwendig, dass die Kampagnen systematischer koordiniert und evaluiert werden, als es bislang oftmals der Fall ist.

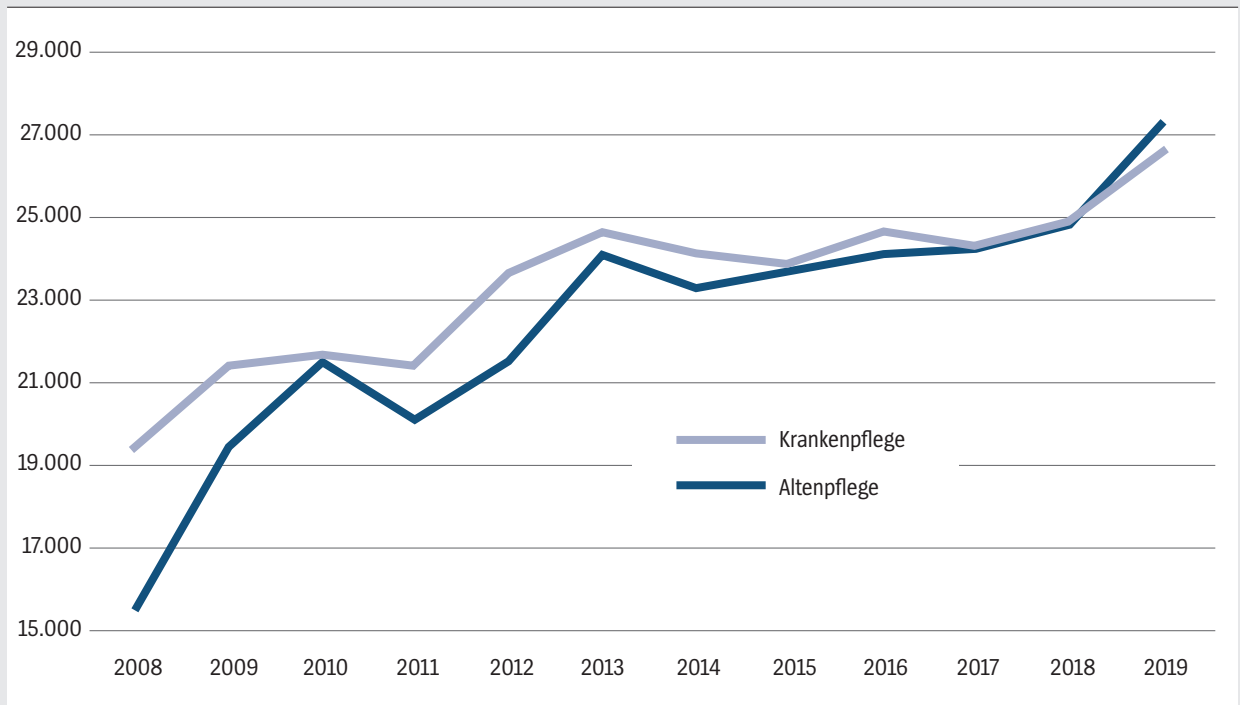
Die verstärkte Ausbildung von Personen mit niedriger Vorbildung geht mit zusätzlichen pädagogischen Unterstützungsaufgaben in der Sprachbildung und Lernförderung einher. Auf diese neuen Aufgaben muss das Ausbildungssystem sowohl personell als auch fachlich noch viel stärker eingestellt werden, als das bislang der Fall ist. Gleichzeitig sollte der schleichende Rückgang von Schülern mit mittleren und hohen Schulabschlüssen aufgehalten werden. Andernfalls käme eine zahlenmäßig bedeutsame und bildungspotente Ausbildungszielgruppe mehr und mehr abhanden und der Berufsbereich wiese ein niedrigeres Zugangsniveau im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen auf. Dies würde möglicherweise auch auf eine Verletzung der Europäischen Qualifikationsstandards gemäß der Richtlinie 2005/36/EG zur automatischen Anerkennung der Pflegeabschlüsse innerhalb der EU-Mitgliedsländer hinauslaufen.

3 Steigerung der Attraktivität des Beschäftigungssektors

Um mehr Menschen für die Altenpflege zu gewinnen, muss die Attraktivität des Berufsfeldes erhöht werden. Daran besteht kein Zweifel. Gemessen an den Merkmalen Bezahlung, Arbeitsbedingungen und Gesundheitsbelastung schneidet der Bereich aber sowohl im direkten Vergleich mit der Kran-

ABBILDUNG 1

Auszubildungsanfängerinnen und -anfänger Altenpflege und Krankenpflege



Trotz schlechterer Bezahlung sowie höherer Arbeits- und Gesundheitsbelastung ist die Zahl der Auszubildenden in der Altenpflege deutlich stärker gestiegen als in der Krankenpflege. Inzwischen werden in diesem Sektor sogar mehr Menschen ausgebildet als in der Krankenpflege.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2020b; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

kenhauspflege als auch mit anderen Branchen immer noch schlecht ab:

- Die Vergütung von Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege ist, wenngleich es hier – ausgehend von einem außerordentlich niedrigen Niveau – in den vergangenen Jahren eine deutliche Aufholbewegung gegeben hat, immer noch unterdurchschnittlich. Fachkräfte in der Altenpflege bezogen im Jahr 2019 ein mittleres Gehalt in Höhe von 3.032 Euro monatlich, damit 515 Euro weniger als Fachkräfte in der Krankenpflege und 10,8 Prozent weniger als die Beschäftigten in Deutschland insgesamt (Carstensen et al. 2020).
- Auch die Arbeits- und Gesundheitsbelastung liegt bei Altenpflegeberufen immer noch überdurchschnittlich hoch (Rothgang et al. 2020). Berufstätige in der Altenpflege waren im Jahr 2018 mit durchschnittlich 1,4 Arbeitsunfähigkeitsfällen je Versicherungsjahr häufiger von Arbeitsunfähigkeit betroffen als Berufstätige in der Krankenpflege (1,37) und Berufstätige insgesamt (1,21). Außerdem liegt die individuelle Krankschreibungsdauer in der Altenpflege

mit 18,1 Tagen über dem Wert in der Krankenpflege (16,1) und deutlich über den 12,3 Tagen in anderen Berufsgruppen (TK 2019).

- Die hohe Arbeitsbelastung korrespondiert nicht zuletzt auch mit der seit 2005 rückläufigen Quote der Vollzeitbeschäftigung. Im Jahr 2005 waren mit 208.201 Personen rund 38 Prozent in der Langzeitpflege vollzeitbeschäftigt, 2019 mit 203.715 nur noch rund 30 Prozent (Statistisches Bundesamt 2020a). Den Berufsbereich kennzeichnet außerdem eine hohe Quote von Berufsaussteigerinnen und Berufsaussteigern und überdurchschnittlich langen Berufsunterbrechungen (vergleiche Joost et al. 2009). Der durchschnittliche Berufsverbleib von Altenpflegefachkräften liegt bei rund zwölf Jahren. Etwa jede beziehungsweise jeder Vierte verlässt den Beruf bereits innerhalb der ersten fünf Beschäftigungsjahre dauerhaft.

Ansätze zur Steigerung der Attraktivität dieses Berufsfeldes sollten daran ausgerichtet werden, ob sie effektiv zu einer deutlich besseren Bezahlung und verbesserten Arbeitsbedin-

gungen sowie einer Reduktion der Gesundheitsbelastung der Pflegekräfte in der Langzeitpflege beitragen können. Substantielle Verbesserungen könnten die Nachfrage nach einer Pflegeausbildung erhöhen, bei den Beschäftigten zu einer Reduktion krankheitsbedingter Ausfallzeiten führen und gleichzeitig ihre Bereitschaft fördern, den Beruf in Vollzeit beziehungsweise in einem höheren Stellenumfang auszuüben, als das derzeit häufig der Fall ist (*Schmucker 2019; Stemmer 2021*).

Seitens des Bundesgesetzgebers wurden jüngst bemerkenswert viele Versuche unternommen, die Berufstätigen auf unterschiedliche Weise zu entlasten und die Gehälter in diesem Bereich anzuheben. Dazu zählen die Einführung eines pflegespezifischen und bundesweit gültigen Mindestlohns, die Finanzierung von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen, gezielte Maßnahmen zum Bürokratieabbau, zusätzliche Fördermittel für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und für Maßnahmen zur Verbesserung der Familienfreundlichkeit im Arbeitskontext.

Doch die Bemühungen um eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen wurden immer wieder von Rückschlägen begleitet. Der Versuch, einen allgemein verbindlichen Tarifvertrag für die Altenpflege zu verabschieden, um damit das Gehaltsniveau in dem Bereich insgesamt weiter anzuheben, ist jüngst am Widerstand kirchlicher Wohlfahrtsverbände gescheitert. Die Förderung der Schaffung von 13.000 zusätzlichen Stellen für Pflegefachpersonen im Rahmen des 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes wurde aufgrund des leer gefegten Arbeitsmarktes ausgebremst. Eine grundlegende Reform der Pflegefinanzierung in der Sozialversicherung und damit auch die Ermöglichung strukturell höherer Gehälter und besserer Arbeitsbedingungen (*Greif und Stegmüller 2019*) wurde zudem auf unbestimmte Zeit vertagt.

Daneben müssen die Instrumente und Anreizsysteme zur Verbesserung der Arbeitssituation in der Langzeitpflege unter den Bedingungen der Träger- und Einrichtungsp pluralität funktionieren. Denn die Trägervielfalt und die heterogenen Betriebsstrukturen gehen mit unterschiedlichen Interessenkonstellationen sowie organisatorisch und rechtlich kaum vergleichbaren Bedingungen und Ressourcenkonstellationen in den ambulanten und stationären Einrichtungen einher. Dafür ist das jüngste Scheitern des allgemein verbindlichen Tarifvertrages für die Altenpflege ein Beispiel. An die spezifischen Trägerstrukturen angepasste Steuerungsmechanismen sind daher ebenso notwendig wie eine Neugewichtung nicht trägerbezogener Akteure und Perspektiven. Dazu können beispielsweise Kommunen, Pflege- und Krankenkassen, Arbeitnehmer-, Patienten- oder auch Pflegefachvertretungen gehören. Auf diese Weise lassen sich neben Trägerperspektiven

auch regionale, einrichtungsübergreifende und an den Bedarfslagen der Pflegebedürftigen ausgerichtete und integrierte Ansätze stärken (*Schaeffer und Hämel 2018*). Dringend verbessert werden müssen auch die betrieblichen Konzepte zur Personalführung und Personalentwicklung in den Einrichtungen. Viele Führungskräfte sind auf die wachsenden Herausforderungen bei der Zusammenarbeit von Pflegekräften unterschiedlicher Qualifikation und Herkunft nicht ausreichend vorbereitet. Ideen und Ansätze zur Neugestaltung der Arbeitszeiten und Arbeitsabläufe, zur Schaffung einer größeren Autonomie aufseiten der Pflegekräfte und zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit werden immer noch allzu selten umgesetzt (*Brandenburg et al. 2014*).

4 Ausländische Pflegekräfte – Potenzial und Probleme

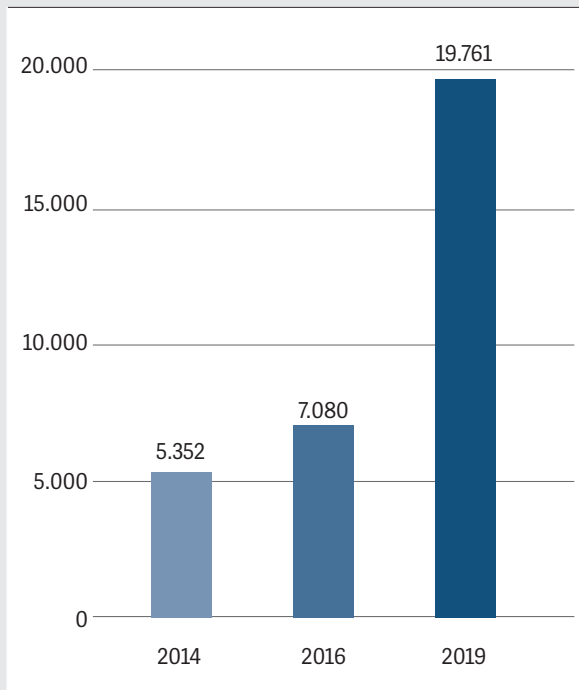
Um ihren Personalbedarf zu decken, rekrutieren immer mehr Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen Pflegefachpersonen aus dem Ausland. Die Zahl der nach Deutschland einreisenden und eine Anerkennung ihrer im Ausland abgeschlossenen Pflegeausbildung beantragenden Menschen ist von 5.352 Anträgen im Jahr 2014 auf 19.761 im Jahr 2019 regelrecht in die Höhe geschneilt (vergleiche Abbildung 2) (*Statistisches Bundesamt 2020c*).

In einigen Bundesländern ist das Potenzial der qualifizierten Zuwanderung zur Deckung des Fachkräftebedarfs in die Pflege im signifikanten Umfang inzwischen auch empirisch greifbar. In Bayern – dem Bundesland mit den jährlich meisten Anträgen von ausländischen Pflegefachpersonen – haben im Jahr 2019 beispielsweise rund 4.000 ausländische Pflegefachpersonen einen Antrag auf Anerkennung ihres Berufsabschlusses gestellt (*ebenda*). Im selben Jahr wurden in Bayern rund 7.100 Ausbildungsanfängerinnen und -anfänger in allen dreijährigen Pflegeausbildungen zugelassen (*Statistisches Bundesamt 2021*). Durch den Zuzug ausländischer Pflegefachpersonen ist hier ein zusätzliches mögliches Angebot an Fachkräften im Verhältnis zur Zahl der regulären Ausbildungsanfänger in der Pflege von über 50 Prozent entstanden. Für Hessen liegen ebenfalls erste belastbare Zahlen vor, die auf ein sehr hohes Potenzial der Anwerbung hindeuten. Dieses Instrument kann die reguläre Ausbildung ergänzen (*Lauxen et al. 2019*).

Die Praxis der Anwerbung und Integration von im europäischen und außereuropäischen Ausland qualifizierten Pflegekräften ist angesichts einiger ausländer- und anerkenntnisrechtlicher Vorschriften sowie fachlich-praktischer Herausforderungen in der Qualifizierung, Einarbeitung und Integration verhältnismäßig kompliziert. Werden diese Herausforderungen aber nicht gemeistert, besteht die nahelie-

ABBILDUNG 2

Anträge auf Anerkennung einer im Ausland abgeschlossenen Krankenpflegeausbildung



Innerhalb von fünf Jahren hat sich die Zahl der Anträge auf Anerkennung der ausländischen Krankenpflegeausbildung fast vervierfacht.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2020c; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

gende Gefahr, dass die mühsam angeworbenen Pflegekräfte mangels berufsrechtlicher Anerkennung, sprachlicher, berufsfachlicher oder sozialer Schwierigkeiten im betrieblichen und/oder privaten Arbeitsalltag die betroffene Einrichtung oder vielleicht sogar Deutschland als Zielland insgesamt abschreiben (Pütz et al. 2019).

Eine weitere Hürde für eine erfolgreiche Integration ausländischer Pflegekräfte besteht auf der politisch-administrativen Ebene in einer nur unzureichend geregelten Finanzierung und Kapazitätsplanung der inhaltlichen Qualifizierungsmaßnahmen zur berufsrechtlichen Anerkennung der Pflegekräfte aus dem Ausland (Blättner et al. 2020). Immer häufiger sind die Anerkennungsverfahren zeitlich, organisatorisch und fachlich aufwendig, erfordern eine wachsende Zahl an verfügbaren Schulungsplätzen für Vorbereitungskurse und Fachprüfungen einschließlich des dafür qualifizierten und freigestellten Schulungspersonals. Aufseiten der Praxiseinrichtungen werden mögliche Synergieeffekte in der Anwerbung und Anerkennung häufig kaum genutzt, da einrich-

tungsübergreifende Koordinierungsstrukturen und die dafür notwendigen und geeigneten Zuständigkeitsstrukturen fehlen. Das mit einer Zuwanderung verbundene Potenzial kann im Prinzip nur dann genutzt werden, wenn für die komplexen Herausforderungen auf der betrieblichen, administrativen und finanziellen Ebene neue und innovative Lösungen gefunden werden.

5 Neue Personalbemessung und neues Berufsgefüge

Vor dem Hintergrund anhaltender Probleme in der Deckung des Personalbedarfs und möglicher Qualitätsprobleme infolge personeller Unterbesetzungen rückt aktuell eine weitere Frage immer häufiger auf die Agenda: Welche Personalanforderungen in der Langzeitpflege sind mit Blick auf die konkreten Versorgungsaufgaben notwendig? Im Fokus der Kritik steht besonders die sogenannte Fachkraftquote, also die rechtliche Vorschrift in den Bundesländern, nach der in der stationären Langzeitpflege der Anteil von Fachkräften im Verhältnis zu Pflegehilfskräften bei mindestens 50 Prozent liegen soll. Die Kritik hieran fußt darauf, dass diese Fachkraftquote zu keinem Zeitpunkt wissenschaftlich begründet wurde.

Problematisch und wissenschaftlich nicht hinreichend begründbar sind auch die bestehenden bundeslandspezifischen Vorgaben an die Personalschlüssel in der Langzeitpflege. In der stationären Pflege schwankt das Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekräften in Vollzeitäquivalenten zwischen 1,8 in Bremen und 3,1 in Mecklenburg-Vorpommern. In der ambulanten Pflege ist die Streuung im Personalschlüssel der Bundesländer sogar noch breiter (Schwinger et al. 2019). Erst jüngst wurden erste – im Auftrag des Bundesgesetzgebers entstandene – Forschungsergebnisse zur Frage der Personalbemessung in der Langzeitpflege vorgelegt. Die Befunde lassen die bestehende Fachkraftquote und die Personalschlüssel in den Bundesländern zumindest fraglich erscheinen. So wird in der stationären Langzeitpflege ein erheblich höherer Bedarf von rund 100.000 Vollzeitstellen, die überwiegende Mehrheit davon allerdings im Bereich der Pflegeassistenzkräfte, beschrieben (SOCIUM 2020).

Diese aktuell vorgelegten Reformvorschläge zur Personalbemessung sind jedoch nicht unumstritten. Kritisiert wird vor allem, dass der Begründung für eine Absenkung des Anteils von Pflegefachpersonen ein verkürztes Pflegeverständnis zugrunde liegt und dass das vorgeschlagene Personalbemessungsverfahren im bestehenden Qualitätsniveau der Pflege verharren würde (Bartholomeyczik et al. 2021). Auch ist die Studienlage bezüglich der Auswirkungen einer vermehrten Beschäftigung von Pflegehilfskräften auf die Versor-

TABELLE 1

Staatlich geregelte Qualifikationsstufen in der Pflege

	Zugangsvoraussetzungen	Dauer	Abschluss
Studium	Hochschulzugangsberechtigung	6–8 Semester	Bachelor Pflegefachfrau/ Pflegefachmann
Fachausbildung	10-jährige Schulbildung	3 Jahre	Pflegefachfrau/Pflegefachmann
Assistenzausbildung	9-jährige Schulbildung	1–2 Jahre	zum Beispiel Altenpflegehelferin/ Altenpflegehelfer

Das Pflegeberufegesetz sieht drei Qualifikationsstufen in der Pflege vor. Diese unterscheiden sich in den Zugangsvoraussetzungen, der Dauer der Ausbildung und dem Abschluss. Aufgaben, die der akademischen Stufe vorbehalten sind, wurden bislang noch nicht rechtlich bindend definiert.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

gungsqualität unzureichend (Maier *et al.* 2019). Für die ambulante Pflege wurde im Übrigen nicht zuletzt aufgrund methodischer Unsicherheiten bislang kein Vorschlag für ein neues Personalbemessungsverfahren unterbreitet. Es besteht hier die Gefahr, dass von den umfangreichen Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Personalbemessung am Ende der politischen Rezeption und Aushandlung insbesondere diejenigen umgesetzt werden, die vergleichsweise leicht realisierbar und kostengünstig scheinen. Die vorgeschlagene Qualifizierung und Einstellung von zusätzlichen Pflegehilfskräften ist im Verhältnis zu anderen Alternativen eine vergleichsweise attraktive Option.

Die Entwicklung einer grundlegend neuen Personalbemessung tangiert darüber hinaus auch das Berufsgefüge und die Aufgabenteilung in der Pflege. Eine wachsende Zahl an Hilfskräften in der Versorgung von teilweise schwerstkranken Pflegebedürftigen geht mit einer neuen Arbeitsteilung und neuen Planungs-, Koordinierungs- und Überwachungsaufgaben aufseiten des verantwortlichen Fachpersonals einher. Mit einer neuen Personalbemessung sollte deshalb auch die – ohnehin seit Langem geforderte – Arbeitsteilung entlang der höheren Qualifikationsniveaus einschließlich der akademischen Berufsabschlüsse in der Pflege entschlossen auf die Agenda gesetzt und neu austariert werden. Eine wachsende Zahl an weisungsgebundenen Hilfskräften, die Umsetzung komplexer rechtlich-administrativer Anforderungen, die Rezeption ständig neuer fachwissenschaftlicher Erkenntnisse, die Anwendung und Weiterentwicklung von Assessment-Instrumenten und Pflegeverfahren, die Anpassung an sich ständig verändernde technische Umgebungen, der Ausbau einer präventiven, interdisziplinären

und integrierten Versorgung, kurz: die Fähigkeit, all diese Anforderungen zu kennen, zu verstehen und entsprechende Veränderungen anzustoßen, übersteigt die formalen Bildungsziele einer Berufsausbildung. Ein erster Schritt ist bereits gemacht: Mit dem 2020 vollends in Kraft getretenen Pflegeberufegesetz wurden auf allen drei Qualifikationsebenen staatlich geregelte Bildungsgänge und Abschlüsse geschaffen (siehe Tabelle 1). Was jetzt noch fehlt, sind differenzierte, formalrechtlich bindende Vorbehaltsaufgaben für die akademische Qualifikationsstufe.

6 Fazit

Voraussetzung für eine bedarfsgerechte, dem Stand der Wissenschaft entsprechende Pflege sind evidenzbasierte Interventionskonzepte und Instrumente einschließlich der für ihre Umsetzung benötigten Ressourcen, wie Zeit und Material. Neben dem allgemeinen pflegefachlichen Erkenntnisstand und den konkreten materiellen Bedingungen des Versorgungssettings hängt die Pflegequalität ganz entscheidend von der quantitativen und qualitativen Personalsituation ab.

Die aktuellen Herausforderungen in quantitativer und qualitativer Hinsicht sind folgende:

- Der Bedarf an Pflegekräften wächst schneller als das Angebot an verfügbaren Beschäftigten; es müssen deshalb deutlich mehr Personen aus dem In- und Ausland für das Berufsfeld gewonnen, qualifiziert und wiedergewonnen werden.

- Die bestehenden Verfahren zur Definition des Personalbedarfs und zu einer qualifikationsbezogenen Arbeitsteilung halten einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht stand; die Anforderungen an den Personalbedarf und das Berufsgefüge der Pflege müssen neu und umfassend definiert werden.

Ausschließlich mehr Hilfskräfte ins System zu bringen, wäre eine unterkomplexe Strategie, die keine Antwort auf die qualitativen Herausforderungen des demografischen Wandels anbietet. Es bestünde vielmehr die Gefahr, dass sich die Geschichte der Altenpflege wiederholt. Nämlich die, dass die Altenpflege arbeitsmarktpolitisch in erster Linie als eine Alternative zum Niedriglohnsektor und fachlich vorwiegend als eine gering qualifizierte Tätigkeit in der Alltagsbetreuung und Hilfe für ältere Menschen begriffen wird.

Doch es gibt keinen triftigen Grund, vor den demografischen Herausforderungen zu kapitulieren. Die Behauptungen, es gebe nicht genug Menschen, die in der Langzeitpflege arbeiten wollen, oder kein Geld, um die Mehrkosten zu stemmen, lassen sich schnell entkräften. Dazu muss man den Blick nur etwas weiten. Beispielsweise werden in der Medizin mangels Studienplätzen jährlich Tausende junge Menschen, die sich brennend für eine praktische und attraktive Arbeit am Patientenbett interessieren, aus Kapazitätsgründen vom Gesundheitswesen ferngehalten. Und die Hauptkostentreiber im Gesundheitswesen sind ohnehin nicht die Pflegekräfte, sondern der ärztliche und pharmazeutische Bereich.

Festzuhalten ist, dass sowohl bei der Suche nach zusätzlichen Auszubildenden, nach Wegen zur Steigerung der Attraktivität des Berufsfeldes und nach Ansätzen zur Rekrutierung von ausländischen Pflegekräften noch erhebliche empirisch begründbare Optimierungspotenziale existieren. Zur Disposition steht das Berufsgefüge der Pflege nach innen mit den daran geknüpften Fragen der Arbeitsteilung und Ausdifferenzierung von Qualifikationen sowie der Status des Berufsfeldes nach außen im Verhältnis zu anderen Berufsfeldern in und außerhalb des Gesundheitswesens mit den daran geknüpften politischen Fragen der Positionierung und der Durchsetzungsstärke des Berufsfeldes. Jedenfalls wird die politische Bedeutung der Personalfragen in der Langzeitpflege aller Voraussicht nach automatisch umso stärker zunehmen, je mehr Menschen als Betroffene oder Angehörige Erfahrungen in diesem Feld machen. Und die wichtigsten Fragen sind dabei sehr schlicht: Wie und von wem möchte ich gepflegt werden, wenn ich am Ende meines Lebens zu krank bin, um aufzustehen?

Literatur

- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2021):** Blickpunkt Arbeitsmarkt, Mai 2021: Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich; statistik.arbeitsagentur.de → Suche: Arbeitsmarktsituation → 12.05.2021
- Bartholomeyczik S, Höhmann U, Weidner F (2021):** Pflegepersonalbemessung in der stationären Altenpflege. Einige Anmerkungen zum Projekt PeBeM des Bremer SOCIUM. Pflege & Gesellschaft, Jg. 26, Heft 2, 181–185
- Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (2009):** Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut
- Blättner B, Bollinger H, Noll N, Slotala L (2020):** Internationale Pflegefachkräfte in Deutschland. Wer trägt die Kosten für die Integration? Soziale Sicherheit, Jg. 69, Heft 6, 221–225
- Brandenburg H, Bode I, Werner B (2014):** Soziales Management in der stationären Altenhilfe. Kontexte und Gestaltungsspielräume. Bern: Huber
- Brandenburg H, Kricheldorf C (2019):** Multiprofessioneller Personalmix in der stationären Langzeitpflege. Entstehung, Umsetzung, Auswirkung. Stuttgart: Kohlhammer
- Carstensen J, Seibert H, Wiethölder D (2020):** Entgelte von Pflegekräften. IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.); doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/ → Entgelte von Pflegekräften 2019.pdf
- Dasch B, Blum K, Gude P, Bausewein C (2015):** Sterbeorte: Veränderung im Verlauf eines Jahrzehnts. Eine populationsbasierte Studie anhand von Totenscheinen der Jahre 2001 und 2011. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 112, Heft 29–30, 496–504
- Greß S, Stegmüller K (2019):** Vergütung von Pflegekräften in der Langzeitpflege. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Berlin, Heidelberg: Springer, 159–166
- Joost A, Kipper J, Tewolde T (2009):** Projekt „Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern“. Abschlussbericht. IWAK – Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (Hrsg.); iwak-frankfurt.de → Projekte → Abgeschlossene Projekte
- Klie T (2016):** Pflegereport 2016. Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven. Hamburg, Freiburg: DAK-Gesundheit
- Lauxen O, Larsen C, Slotala L (2019):** Pflegefachkräfte aus dem Ausland und ihr Beitrag zur Fachkräftesicherung in Deutschland. Das Fallbeispiel Hessen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 62, Heft 6, 792–797
- Maier C, Köppen J, Naegele M, Strohbücker B (2019):** Skill-mix, Rationierung und Qualität in der Pflege: Forschungsstand international und Situation in Deutschland mit Schwerpunkt Onkologie. Pflege & Gesellschaft, Jg. 24, Heft 4, 312–330
- Matzk S et al. (2021):** Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2021. Berlin, Heidelberg: Springer, 233–270
- Pütz R et al. (2019):** Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte. Study Nr. 416. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung

Rothgang H, Müller R, Preuß B (2020): BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 26

Schaeffer D, Hämel K (2018): Integrierte Versorgung und Pflege. Plädoyer für ein Umdenken. In: Szepan NM, Wagner F (Hrsg.): Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Diskurs. Berlin: KomPart, 91–108

Schmucker, R (2019): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Berlin, Heidelberg: Springer, 49–60

Schwinger A, Jürchott K, Tsiasioti C, Rehbein I (2016): Pflegeberuflichkeit in Deutschland. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer, 275–328

Schwinger A, Klauber J, Tsiasioti C (2019): Pflegepersonal heute und morgen. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Berlin, Heidelberg: Springer, 3–23

Slotala L (2019): Stellschrauben mit großer Wirkung. Ansätze zur Gewinnung neuer Auszubildender in der Altenpflege. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Berlin, Heidelberg: Springer, 71–83

SOCIUM (SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik) et al. (2020): Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Bremen

Statistisches Bundesamt (2020a): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse – 2019; destatis.de → Suche: Pflegestatistik

Statistisches Bundesamt (2020b): Gestiegenes Interesse an Pflegeberufen: 71 300 Menschen haben 2019 eine Ausbildung begonnen. Pressemitteilung Nr. N 070 vom 28. Oktober 2020; destatis.de → Presse → Pressemitteilungen → Suche: Ausbildung Pflegeberufe

Statistisches Bundesamt (2020c): H 202 – Berufsbildungsstatistik. Anerkennungsstatistik bundesrechtlich und landesrechtlich geregelter Berufe. Sonderauswertung. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2021): Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2019/2020. Fachserie 11, Reihe 2. Wiesbaden; destatis.de → Themen → Gesellschaft und Umwelt → Bildung, Forschung und Kultur → Schulen: Berufliche Schulen

Stemmer R (2021): Beruflich Pflegenden – Engpass oder Treiber von Veränderungen? In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2021. Berlin, Heidelberg: Springer, 173–184

TK (Techniker Krankenkasse) (2019): Gesundheitsreport: Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften; tk.de → Presse und Politik → Suche: Pflegefall Pflegebranche

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 15. September 2021)

DER AUTOR



Prof. Dr. Public Health Lukas Slotala,

Jahrgang 1978, hat Pflege an der Hochschule Fulda und Public Health an der Universität Bielefeld studiert. Er war von 2010 bis 2011 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Charité in Berlin und von 2011 bis 2018 Fachdezernent für Pflegeberufe am Regierungspräsidium Darmstadt. Seit 2018 ist er Professor für Gesundheitswissenschaften an der Hochschule Würzburg-Schweinfurt. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten zählen internationale Pflegequalifizierung, Pflegesystementwicklung und Pflegepolitik.

Foto: privat

Qualitätssicherung im Pflegeheim: Welche Lösungen aus dem Krankenhaus lassen sich ableiten?

von Antje Schwinger¹ und Silvia Klein²

ABSTRACT

Die Qualitätssicherung (QS) in der stationären Langzeitpflege weist im Vergleich zur externen QS im Krankenhaus Unterschiede auf. Während Erstere auf Erhebungen des Medizinischen Dienstes und Dokumentation durch die Pflegeheime zurückgreift, werden in Letzterer Fall- und Einrichtungsdocumentation, Sozialdaten und perspektivisch Patientenbefragungen eingesetzt. Beide Systeme nutzen zudem unterschiedliche Ansätze der Bewertung. Problematisiert werden insbesondere die differenzierenden Referenzbereiche für die Prüfung durch den Medizinischen Dienst und deren Verwendung für die externe Berichterstattung. Beide Systeme stehen bei der erwünschten sektorenübergreifenden Perspektive vor der gleichen Herausforderung. Eine Reduktion auf zuschreibbare (pflegesensitive) Indikatoren bietet hier keine befriedigende Lösung, die Nutzung von Sozialdaten kann die Handlungsmöglichkeiten erweitern.

Schlüsselwörter: Pflegequalität, datengestützte Qualitätssicherung, Qualitätsindikatoren, sozialgesetzübergreifende Qualitätssicherung, sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Quality assurance differs greatly between nursing care homes and hospitals. In nursing homes quality assurance is based on data collected by the Medizinischer Dienst and by the homes themselves, whereas hospitals are assessed using case and structural documentation, claims data (health insurance funds) and prospectively patient surveys. Both systems also vary in their approaches to quality evaluation. The authors discuss critically the reference ranges of the Medizinischer Dienst survey and their use for quality reporting. Both systems, however, face the same challenges when it comes to measuring quality and more than one provider is involved. The authors argue, that using only care-sensitive indicators offers no satisfying solution, using claims data, however, may expand options for action.

Keywords: long-term care quality, data-based quality assurance, quality indicators, quality control across the social law, cross-sectoral quality assurance

1 Einleitung

Die rund 700.000 gesetzlich versicherten Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen sind in der Regel hochbetagt, multimorbid und als besonders vulnabel einzustufen. Neben Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit weisen zwei Drittel kognitive und kommunikative Defizite auf (vergleiche zum Beispiel Schwinger et al. 2018). Hinzu kommt ein Verlust an Autonomie durch die Aufgabe des eigenen Haushalts. Für deutsche Pflegeeinrichtungen sind sowohl eine Fehlversorgung bei pflegenahen Aspekten (MDS 2020) als auch vielfältige Probleme an den pflegerisch-ärztlichen Schnittstellen dokumentiert (Schwinger et al. 2018).

Sie unterstreichen die Notwendigkeit von und das Potenzial für Qualitätsverbesserungen. Während Qualitätsmessung, Benchmarking zwischen Leistungserbringern und Qualitätsreporting von Krankenhausleistungen national wie international viel diskutierte Themen sind (zum Beispiel Beaussier 2020), werden diese Erkenntnisse beziehungsweise Erfahrungen bei der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung (QS) in der Alten- und Langzeitpflege in Deutschland nicht aufgegriffen. Im vorliegenden Beitrag wird ein Vergleich der datengestützten QS in Krankenhaus und Pflegeheim vorgenommen, um dadurch mögliche Verbesserungen für die QS in der Pflege abzuleiten. Aufgegriffen werden die jeweils gestaltenden Institutionen, die Datengrundlagen,

¹ Dr. rer. pol. Antje Schwinger, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), AOK-Bundesverband · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346463604 · E-Mail: antje.schwinger@wido.bv.aok.de

² Dr. rer. medic. Silvia Klein, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) · Katharina-Heinroth-Ufer 1 · 10787 Berlin · Telefon: 030 585826526 · E-Mail: silvia.klein@iqtig.org

die Bewertungen, die Konsequenzen und der Sektorenbezug.

Nachdem in den 1970er-Jahren die QS im Krankenhaus mit dem Perinatalregister und sich anschließenden freiwilligen regionalen Qualitätsinitiativen ihren Anfang nahm, stand die gesetzliche datengestützte QS von Krankenhäusern in Zusammenhang mit der Einführung des Fallpauschalen-Systems (Diagnosis Related Groups, kurz: DRG). 2016 wurde die datengestützte QS im Krankenhaus vor dem Hintergrund einer vielfach geforderten qualitätsgeleiteten Steuerung der Kliniklandschaft mit Vorgaben zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren weiter geschärft. Bei den Maßnahmen der gesetzlichen QS im Pflegeheim sind Vor-Ort-Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) fester Bestandteil. Mit dem 2008 eingeführten Pflege-TÜV – als Reaktion auf kritische mediale Berichterstattung in Pflegeheimen – wurden die Ergebnisse der MD-Prüfungen mit dem Ziel der Verbrauchertransparenz auch für die vergleichende Qualitätsberichterstattung genutzt. Die Kritik am Pflege-TÜV mündete schließlich in der Neuausrichtung der QS durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) im Jahr 2016 (Büscher et al. 2018). Ergänzend zu den MD-Prüfungen und deren Veröffentlichung wurde 2019 die QS erstmals um Indikatoren erweitert. Die QS im Krankenhaus und Pflegeheim folgen somit eigenen Entwicklungslinien; auch ihre Ziele sowie die Organisationsstrukturen der adressierten Leistungserbringer sind verschieden. Nicht alle Einzelheiten mögen übertragbar sein und es lassen sich auch nicht zwangsläufig „lessons learnt“ ableiten, aber der vergleichende Diskurs sollte aus Sicht der Autorinnen angestoßen werden.

2 Selbstverwaltungsstrukturen der QS

Die Regelung der QS in zugelassenen Krankenhäusern liegt im Kompetenzbereich des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA; § 92 Abs. 1 Nr. 13 SGB V). Maßgeblich sind hierbei die von ihm beschlossene Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden QS (DeQS-RL) und die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL). 2015 wurde für die Entwicklung und Durchführung der QS-Verfahren ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) geschaffen (§ 137a SGB V). Vorher waren die Aufgaben zur datengestützten QS an das BQS- (bis 2009) und an das aQua-Institut (bis 2015) vergeben (siehe Tabelle 1).

Im SGB XI liegen die Regelungskompetenzen beim Qualitätsausschuss Pflege (QA, § 113b SGB XI). Hervorgegangen ist dieser im Jahr 2016 aus der Schiedsstelle Qualitätssicherung. Auch er ist paritätisch besetzt und um Unparteiische erweiterbar. Der QA beschließt die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (MUG,

§ 113 SGB XI) und damit das indikatorengestützte Verfahren zur Messung der Qualität in den stationären Pflegeeinrichtungen wie auch die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen (QDV) einschließlich der Bewertungssystematik (§ 115 Abs. 1a SGB XI). Der MD hat – unter Berücksichtigung der MUG – die Regelungskompetenz zum Prüfverfahren in den Pflegeeinrichtungen (Qualitätsprüfungsrichtlinien, QPR). Folglich besteht mit der Neustrukturierung der Pflege-Selbstverwaltung durch das PSG II im SGB XI seit 2016 ein sogenannter kleiner G-BA, ein dem Kontext des SGB V vergleichbares Verhandlungs- und Entscheidungsgremium. Ein Institut analog dem IQTIG beziehungsweise die befristete Vergabe der Entwicklung und Durchführung der Verfahren an ein Institut (analog dem BQS- oder aQua-Institut) ist im SGB XI jedoch nicht implementiert. Zwar wurde nach Ausschreibung das aQua-Institut als Datenauswertungsstelle 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 QA ist hier nicht vorgesehen. Stattdessen soll der QA seinen Aufgaben mithilfe ausgeschriebener 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 (Deutscher Bundestag 2020, 37).

Eine Anerkennung von Daueraufgaben ist für die Verfahrenspflege (Systempflege, das heißt die Aktualisierung der bestehenden Prüfinstrumente und Indikatoren) und deren Weiterentwicklung (das heißt Erschließung neuer Themenfelder mit Qualitätsdefiziten sowie weiterer Datengrundlagen) von besonderer Relevanz. Der Gesetzgeber hat hier den G-BA (QS im Krankenhaus: § 136d SGB V) und den QA (QS in Pflegeheimen: § 113b Abs. 4a SGB XI) zur Evaluation und Weiterentwicklung verpflichtet. Der G-BA hat diesbezüglich die Entwicklung neuer QS-Verfahren durch das Themenfindungs- und Priorisierungsverfahren (TuP) expliziert (G-BA 2015b): Zu Versorgungsthemen mit konkreten Qualitätsdefiziten und den methodischen Grundlagen folgend entwickelt das IQTIG weitere Indikatoren (IQTIG 2019). In den Regelbetrieb eingeführte Indikatoren prüft und modifiziert das IQTIG im Rahmen der Systempflege (G-BA 2015a) regelmäßig hinsichtlich veränderter Evidenz.

Im Kontext des SGB XI findet sich demgegenüber eine explizite Ausgestaltung und Verankerung von Systempflege beziehungsweise Verfahrensweiterentwicklung bis dato nicht. Bisherige Entwicklungspfade werden als wenig transparent diskutiert (Stemmer und Arnold 2014, 42; Schwinger und Behrendt 2018, 24 ff.). Dieser erhebliche Gestaltungsbedarf sollte

TABELLE 1

Vergleich der Qualitätssicherung in Pflegeheim und Krankenhaus

	SGB XI	SGB V
Selbstverwaltungsstrukturen	QA; Begleitung der Aufgaben durch ausgeschriebene wissenschaftliche Gutachten; unterstützt durch eine „unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle“; Durchführung der QS-Verfahren durch den Medizinischen Dienst und die Datenauswertungsstelle	G-BA; Entwicklung und Durchführung der QS-Verfahren durch ein unabhängiges wissenschaftliches Institut (IQTIG)
Datenquellen	<ul style="list-style-type: none"> • Vor-Ort-Prüfungen des Medizinischen Dienstes • bewohnerbezogene QS-Dokumentationen durch die Pflegeheime • keine Nutzung von Sozialdaten • Auftrag an QA: Entwicklung von Instrumenten für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Vor-Ort-Prüfung; Überprüfung der Selbstangaben der Krankenhäuser in drei QS-Verfahren durch den MD • fallbezogene QS-Dokumentationen durch die Krankenhäuser • einrichtungsbezogene QS-Dokumentation • Sozial-/Abrechnungsdaten der Krankenkassen • in Entwicklung: Patientenbefragungen

Quelle: eigene Darstellung. Grafik: G+G Wissenschaft 2021

angesichts der nunmehr vollständig novellierten QS im Pflegeheim einen oberen Platz auf der Prioritätenliste des QA besetzen. Zur Entwicklung, Weiterentwicklung und Anpassung der Indikatoren sollte für den QA das „Methodenpapier“ des IQTIG (IQTIG 2019) richtungweisend sein.

3 Datenquellen

Die datengestützte QS im Krankenhaus baut auf vier Datenquellen auf. Die Mehrheit der Qualitätsindikatoren für Krankenhäuser basiert primär auf fallbezogenen QS-Dokumentationen durch die Krankenhäuser sowie zunehmend auch auf Sozialdaten, das heißt Abrechnungsdaten der Krankenkassen (SGB V). Eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, in der statt pro Fall nur pro Krankenhaus Daten erfasst werden (zum Beispiel zur Aufbereitung von Sterilgut), wird gegenwärtig ausschließlich in einem QS-Verfahren verwendet. Indikatoren auf Basis von Patientenbefragungen befinden sich in der Entwicklung (IQTIG 2018). Für alle QS-Verfahren sind Vollerhebungen aller Patienten mit den entsprechenden Behandlungsanlässen umgesetzt, der Zugriff erfolgt über definierte Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) beziehungsweise der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). In die Befragungen gehen jeweils nur eine Stichprobe der Patienten ein. Die Datenvalidierung,

das heißt ein Abgleich selbst erfasster QS-Dokumentationen mit der Patientenakte vor Ort, nimmt insbesondere bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren einen wichtigen Stellenwert ein.

Die QS im Kontext des SGB XI setzt bislang auf zwei Informationsquellen: die Dokumentationen der Vor-Ort-Prüfungen des MD (§ 114 SGB XI) und die bewohnerbezogenen Dokumentationen durch die Einrichtungen selbst (§ 113 Abs. 1a SGB XI). Die MD-Prüfungen finden jährlich (§ 114 Abs. 1 SGB XI) beziehungsweise ab 2023 bei festgestelltem hohem Qualitätsniveau gegebenenfalls alle zwei Jahre statt (§ 114c SGB XI). Unabhängig von der Einrichtungsgröße werden neun Bewohnerinnen und Bewohner in Augenschein genommen (QPR vollstationär), bei sechs von ihnen erfolgt eine Plausibilitätskontrolle der von der Pflegeeinrichtung erhobenen Indikatordaten (MUG stationär, Anlage 4). Eine ähnliche Inaugenscheinnahme vor Ort findet sich bei der gesetzlichen QS im Krankenhaus nicht. Eine Überprüfung der Selbstangaben der Krankenhäuser durch den MD ist allein bei drei QS-Verfahren möglich (§ 9 Abs. 5 plan. QI-RL).

Die neu implementierte indikatorengestützte QS im Pflegeheim – und hier gibt es eine Gemeinsamkeit zur QS im Krankenhaus – nutzt fall-, das heißt hier bewohnerbezogene Dokumentationen der Einrichtungen (§ 114b Abs. 1 SGB XI); auch hier ist – mit einigen Ausnahmen, zum Beispiel von Bewohnern in der Sterbephase – eine Vollerhebung aller Bewohner

TABELLE 2

Vergleich der Qualitätssicherung in Pflegeheim und Krankenhaus

	SGB XI		SGB V
Bewertung von Einrichtungen	Prüfung durch den MD <ul style="list-style-type: none"> einstufig Referenzwerte: quantitativ-normative Setzung durch den QA keine Risikoadjustierung 	Indikatoren <ul style="list-style-type: none"> einstufig Referenzwerte: relational (verteilungsabhängig) Risikostratifizierung 	<ul style="list-style-type: none"> zweistufig (Vergleich mit Referenzwert und qualitative Bewertung) Referenzwerte: evidenzbasierte quantitativ-normative Setzung durch den G-BA Risikoadjustierung
Bewertungs-differenzierung	Qualitätsdefizite: <ol style="list-style-type: none"> „keine oder geringe“ „moderate“ „erhebliche“ „schwerwiegende“ 	<ol style="list-style-type: none"> Ergebnisqualität weit über dem Durchschnitt (20 % beste Einrichtungen) Ergebnisqualität leicht über dem Durchschnitt Ergebnisqualität nahe beim Durchschnitt Ergebnisqualität leicht unter dem Durchschnitt Ergebnisqualität weit unter dem Durchschnitt 	
Konsequenzen	<ul style="list-style-type: none"> externe Qualitätsförderung, Rückkopplung an internes Qualitätsmanagement regulierende oder rechtliche Folgen externe, vergleichende Qualitätsberichterstattung (obligatorisch durch Pflegekassen) 	<ul style="list-style-type: none"> externe Qualitätsförderung, Rückkopplung an internes Qualitätsmanagement externe, vergleichende Qualitätsberichterstattung (obligatorisch durch Pflegekassen) 	<ul style="list-style-type: none"> externe Qualitätsförderung, Rückkopplung an internes Qualitätsmanagement regulierende oder rechtliche Folgen (anfänglich) externe, vergleichende Qualitätsberichterstattung (möglich durch Krankenkassen, zukünftig obligatorisch für G-BA)

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

umgesetzt (MUG stationär; Anlage 3). Die in der QS im Krankenhaus implementierten weiteren Datenquellen – die Befragung und die Sozialdaten – sind im Kontext des Pflegeheims nicht realisiert. Während die Perspektive und Lebensqualität der Betroffenen, ermittelt durch Patienten- beziehungsweise Bewohnerbefragungen, zukünftig – so der Auftrag an den QA – aufzunehmen ist (§ 113b Abs. 4 Nr. 4 SGB XI), sieht der Gesetzgeber bislang eine Nutzung von Sozialdaten nicht vor. Dieser Sachverhalt wird später in der Diskussion zum Sektorenbezug aufgegriffen.

4 Bewertung von Einrichtungen

Die Bewertung, ob ein Krankenhaus die Qualitätsanforderungen erfüllt, erfolgt zweistufig (vergleiche Tabelle 2). Durch

den G-BA festgelegte Referenzbereiche (verteilungsabhängig oder fest; gegebenenfalls zusätzlich fallzahlabhängig) definieren, ab wann bei einem Leistungserbringer eine „rechnerische bzw. statistische Auffälligkeit“ vorliegt. Die Mehrzahl der Ergebnisindikatoren ist risikoadjustiert. Dadurch sollen Unterschiede zwischen den Krankenhäusern hinsichtlich morbiditätsbedingter Risiken der Patienten ausgeglichen werden. Die Referenzbereiche schlägt das IQTIG unter Kenntnis der aktuellen Versorgungssituation (empirisch) beziehungsweise wissenschaftlich begründet (Literatur, Leitlinien) vor (IQTIG 2019, 159 f.). Für in diesem Sinne auffällige Krankenhäuser erfolgt dann im zweiten Schritt eine qualitative Bewertung: In einem schriftlichen Stufenverfahren kann das Krankenhaus Ausnahmestände beziehungsweise Gründe anführen, warum sein quantitativ auffälliges Ergebnis nicht als Qualitätsproblem zu werten sei. Im Rahmen der Bewertung stellen das IQTIG

beziehungsweise die QS-Institutionen auf Landesebene in Fachkommissionen fest, ob „zureichende“ oder „unzureichende“ Qualität hinsichtlich einer Qualitätsanforderung (plan. QI-RL) oder eine „qualitative Auffälligkeit“ (DeQS-RL) vorliegt. Da die Bewertung bei den meisten QS-Verfahren auf Landesebene stattfindet, sind die Prozesse und Bewertungsergebnisse sehr heterogen (*IQTIG 2020b*).

Die Bewertung der Ergebnisqualität im Pflegeheim ist einstufig, ein Stellungnahmeverfahren ist nicht implementiert (vergleiche Tabelle 2). Es gibt zwei Bewertungspfade: einen auf den MD-Prüfungen und einen auf den Indikatoren fußenden. Für die MD-Prüfergebnisse hat der QA ähnlich wie der G-BA bei der QS im Krankenhaus quantitativ-normative Referenzbereiche festgelegt, jedoch sind dies hier vier differenzierend abstufende Niveaus. Ein Schema weist der Anzahl von in Augenschein genommenen Bewohnern mit einem „Defizit mit Risiko negativer Folgen“ (C-Wertung) und/oder einem „Defizit mit eingetretenen negativen Folgen“ (D-Wertung) eines der vier Qualitätsniveaus zu (QDVS, Anlage 7). Die Bewertung der Pflegeeinrichtungen anhand der Indikatorergebnisse erfolgt hingegen vergleichend in Relation zu allen übrigen Heimen (verteilungsabhängig nach Quintilen). Fünf der zehn Indikatoren sind risikostatifiziert – hier erfolgt eine Ausweisung der Ergebnisse für das Stratum der Bewohner mit hohem Risiko und für jenes ohne beziehungsweise mit geringem Risiko (MUG stationär). Damit es sich auch faktisch um die intendierte relationale Bewertung handelt, muss der QA noch ein Verfahren zur empirischen Ableitung der Schwellenwerte festlegen (*Wingenfeld 2018, 42 ff.*).

5 Konsequenzen

Zu diskutieren sind die dargestellten Bewertungsformen im Hinblick auf ihre Konsequenzen, wobei drei Ansätze zu unterscheiden sind:

- qualitätsfördernde, das interne Qualitätsmanagement adressierende Maßnahmen,
- regulierende oder rechtliche Folgen sowie
- die Qualitätsberichterstattung.

Eine Rückkopplung von Qualitätsergebnissen zum internen Qualitätsmanagement ist sowohl im SGB V als auch im SGB XI angelegt (vergleiche Tabelle 2). Mit Blick auf regulierende oder rechtliche Folgen wird die im SGB V implementierte Qualitätsförderung teilweise als „stumpfes Schwert“ hinsichtlich Qualitätsverbesserungen kritisiert. Der Gesetzgeber implementierte 2016 erstmals vor diesem Hintergrund schärfere Konsequenzen aus den Qualitätsergebnissen: Krankenhäuser, die in drei bestimmten QS-Verfahren „nicht nur vorübergehend in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ aufweisen, sind durch die Planungsbehörden

auf Landesebene aus dem Krankenhausplan herauszunehmen (§ 8 Abs. 1b KHG). Obwohl die Konsequenzen aus juristischen Gründen bisher nicht umgesetzt wurden, hat die krankenhausbegleitende Veröffentlichung der Ergebnisse (*IQTIG 2020 a*) enormes mediales Interesse hervorgerufen. Positiv ist ferner, dass im Zuge der Einführung der plan. QI-RL Qualitätsanforderungen erstmals bundesweit einheitlich bewertet wurden sowie die Planungsbehörden zu Qualitätsfragen in den Dialog mit den Krankenhäusern eingetreten sind. Die mit der plan. QI-RL eingeführte regulierende Nutzung der QS-Daten setzte sich zudem weiter durch: Inzwischen drohen auch nach der DeQS-RL bei „schwerwiegenden [...] Missständen“ unter anderem Vergütungsabschläge oder die Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung. In der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL) sind „je nach Art und Schwere von Verstößen“ weitere mögliche „Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen“ festgelegt.

Diesbezügliche Sanktionen bei festgestellten Auffälligkeiten sind im SGB XI deutlich umfangreicher als im SGB V und potenziell scharf formuliert: Bei durch den MD festgestellten Qualitätsmängeln können die Landesverbände der Pflegekassen (unter Einbezug der Sozialhilfeträger) nach Anhörung der Leistungserbringer einen Maßnahmenbescheid mit einer Frist zur Beseitigung der Mängel erteilen (§ 115 Abs. 2 SGB XI). Bei Fristüberschreitung ist die Kündigung des Versorgungsvertrages ein gangbarer Weg (§ 115 Abs. 2 SGB XI). Ferner sind, wenn Qualitätsdefizite aus einer (nicht temporären) Personalunterdeckung resultieren, auch Vergütungskürzungen (§ 115 Abs. 3 SGB XI) möglich. Angesichts der Sanktionen ist die rein normative Setzung der Referenzwerte ohne Evidenzbasierung durchaus kritisch zu hinterfragen. Die gewählte differenzierte Bewertung mit vier Referenzbereichen erschwert zudem ein evidenzbasiertes Vorgehen, da sich aus der Literatur oder aus Leitlinien keine verschiedenen Anforderungsniveaus ableiten lassen. Weiterhin ergeben sich insbesondere bei den hier vorliegenden kleinen Fallzahlen bei der Verwendung mehrerer Referenzbereiche Probleme hinsichtlich der statistischen Unterscheidungsfähigkeit (*IQTIG 2021, 116*). Aus den Indikatorergebnissen, die auf einer Selbsterhebung und relationaler Bewertung fußen, folgen keine entsprechenden Sanktionen.

In die externe Qualitätsberichterstattung hingegen gehen sowohl die MD-Prüfergebnisse als auch die Indikatorergebnisse ein. Die Pflegekassen sind verpflichtet, „die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar“ zu veröffentlichen (§ 115 Abs. 1a SGB XI) und haben dies über ihre Internetportale (AOK-Pflege-Navigator, vdek-Pflegelotse etc.) umgesetzt. Mit der Einführung der Ergebnisindikatoren stehen erstmals faktisch vergleichende Informationen zur Verfügung. Die fehlende multivari-

ate Risikoadjustierung sowie der Umgang mit Bewertungen von kleinen Einrichtungen (Fallzahl-Prävalenz-Problem) sind dabei wichtige Ansatzpunkte einer zukünftigen methodischen Weiterentwicklung (*Schwinger und Behrendt 2018*).

Problematisch im Kontext der Berichterstattung ist darüber hinaus Folgendes: Dem Verbraucher wird suggeriert, auf Basis der aufbereiteten MD-Prüfergebnisse Pflegeheime vergleichend bewerten zu können. Dies ist aufgrund der fehlenden Risikoadjustierung sowie aufgrund der Neun-Bewohner-Stichprobe, die entsprechende Zufallsschwankungen der Ergebnisse bewirkt, nicht gegeben (siehe zum Beispiel *Wingefeld et al. 2018, 78*) und neben der fehlenden Evidenzbasierung und der methodisch fraglichen Differenzierung von normativ gesetzten Referenzbereichen einer der wesentlichen Kritikpunkte der aktuell umgesetzten Form der externen Darstellung von MD-Prüfergebnissen für die interessierte Öffentlichkeit. Aussagen über Qualitätsdefizite sind für die Angehörigen und Betroffenen bei der Wahl einer Einrichtung wichtig: Sie sollten also nicht entfallen, Methodik und Darstellungsform aber anders ausgerichtet werden.

Die vergleichende Darstellung von QS-Ergebnissen im Kontext des Krankenhauses war bis 2015 nicht explizit als gesetzliche Aufgabe an den G-BA formuliert. Seit 2005 werden alle QS-Ergebnisse – auffällig oder nicht – einrichtungsbezogen in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht (Qb-R). Diese können schon heute von den Krankenkassen dargestellt werden (§ 136b Abs. 7 SGB V), der G-BA muss sie jedoch erst zukünftig in Form eines vergleichenden, unabhängigen Qualitätsportals im Internet aufbereiten (*G-BA 2019*). Weiterhin wird der G-BA für die Umsetzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) nach § 136a Abs. 6 SGB V eine neue Richtlinie zur Veröffentlichung einrichtungsbezogener risikoadjustierter Vergleiche beschließen.

6 Sektorenbezug

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass die gesetzliche QS im Bereich des SGB V sektorenübergreifend zu erlassen ist, wenn eine sektorbezogene Regelung nicht angemessener ist (§ 136 Abs. 2 SGB V). Der Begriff „sektorenübergreifend“ bezieht dabei die stationäre Krankenhaus- und die vertragsärztliche ambulante Versorgung ein und kann drei unterschiedliche Bedeutungen einnehmen (*G-BA 2018*):

- sektorgleich: Erbringung der gleichen medizinischen Leistungen in unterschiedlichen Sektoren,
- sektorenüberschreitend mit Follow-up: Ergebnisqualität zu einer erbrachten Leistung wird durch die Messung in einem anderen Sektor überprüft,

- sektorenüberschreitend: Mindestens zwei Sektoren haben maßgeblich Anteil an dem Behandlungsergebnis.

Aktuell sind wenige QS-Verfahren nach DeQS-RL „sektorgleich“ und wenige „sektorenüberschreitend mit Follow-up“. Keines der Verfahren in der Entwicklung oder im Regelbetrieb ist als „sektorenüberschreitend“ zu bezeichnen. Die Herausforderung dabei ist die Zuschreibbarkeit (das heißt die Beeinflussbarkeit) eines Behandlungsergebnisses, wenn mehrere Leistungserbringer aus verschiedenen Sektoren für ein Qualitätsdefizit verantwortlich gemacht werden sollen. Eine Zuschreibung bei geteilter Verantwortung – die demnach auch gemeinschaftlich mit QS-Maßnahmen adressiert werden (*IQTIG 2019*) – ist bislang in der gesetzlichen QS nach SGB V nicht etabliert.

Das SGB XI expliziert nicht, ob und wann QS sektorenübergreifend zu gestalten ist. Für den Sektor Pflegeheim – in dem kein anderer Sektor des SGB XI (zum Beispiel häusliche Pflege) in Anspruch genommen werden kann – ist „sektorenüberschreitend“ immer gleichbedeutend mit „sozialgesetzbuch-überschreitend“, denn weitere Leistungserbringer neben dem Pflegeheim können hier – qua Definition – nur solche der gesundheitlichen Versorgung (das heißt maßgeblich niedergelassene Ärzte und zum Beispiel Physiotherapeuten) sein. Dass andere Sektoren (im Sinne von anderen Leistungserbringern) am Behandlungsergebnis Anteil haben können, ist – anders als im SGB V, wo die QS zumindest sektorenübergreifend erfolgen soll – nicht formuliert. Auch im Kontext des SGB XI ist die ungeklärte Frage der Zuschreibbarkeit von Qualitätsdefiziten ursächlich. Begrifflich hat sich in diesem Kontext „pflegesensitiv“ im Sinne von „maßgeblich durch die Mitarbeiter der Einrichtungen beeinflussbar“ etabliert (*Wingefeld 2011, 14 ff.; Wingefeld 2018, 30 ff.*). Angesichts der Bedarfslagen der hochbetagten und multimorbiden Menschen im Pflegeheim und der vielfältig untersuchten und belegten Schnittstellenprobleme zur ambulant-ärztlichen wie auch zur Krankenhausversorgung (zum Beispiel *Schwinger et al. 2018*) ist der verengende Blick auf „pflegesensitive“ Qualitätsdefizite nur schwer hinnehmbar. In Abgrenzung zur Krankenhausversorgung, bei der es um einen eng gefassten Behandlungsanlass geht, ist das Pflegeheim nicht nur ein Sektor, sondern auch ein Setting, in dem Menschen dauerhaft leben und sowohl pflegerisch als auch medizinisch versorgt werden. Rechtlich liegen Arzneimittelverordnungen oder Krankenhauseinweisungen in ärztlicher Verantwortung – gleichwohl hat die Pflege Einfluss zum Beispiel auf sturzassoziierte Krankenhausaufnahmen (*Behrendt et al. 2021*) oder Antipsychotika-Gaben bei demenziell bedingtem herausfordernden Verhalten (*Behrendt et al. 2019*). Aus der Perspektive der Bewohner und ihrer Angehörigen sind es also Versorgungsinteraktionen mehrerer Leistungserbringer und Gesundheitsberufe, die gemeinsam das Ausmaß von Versorgungsqualität prägen.

7 Fazit

Der Beitrag diskutierte vergleichend die Verfahren und Methoden der datengestützten QS in Krankenhaus und Pflegeheim mit dem Ziel, Optimierungspotenziale aufzuzeigen. Mit Blick auf die Selbstverwaltungsstrukturen bleiben die fachlich-wissenschaftlichen Begleitstrukturen im Kontext der QS in der Pflege im Entwicklungsstand deutlich hinter der QS nach dem SGB V zurück. Der Gesetzgeber bündelt – anders als im Kontext des SGB V – die wissenschaftliche Weiterentwicklung der QS in der Langzeitpflege nicht in einer Institution. Die Verstärkung und der Aufbau von Erfahrungswissen sind somit nicht angelegt. Mit Blick auf die in die QS einfließenden Datengrundlagen wurde festgehalten, dass Patientenbefragungen noch nicht etabliert sind. Wegweisend sind hier die Arbeiten der Bertelsmann Stiftung, die Angehörigenbefragungen für Pflegeheime entwickelt (weisse-liste.de/angehoerigenbefragung) und grundsätzlich für die Verbraucherzentrierung als Leitbild der Weiterentwicklung der QS plädiert (siehe weisse-liste.de/projekt/public-reporting-pflege). Hinsichtlich der unterschiedlichen Ansätze der Bewertung der gemessenen Qualität wurde ferner reflektiert, dass die normativ gesetzten Referenzbereiche für die MD-Bewertungssystematik evidenzbasiert abgeleitet werden sollten. Auf die differenzierende Form der vergleichenden Bewertung sollte unter anderem auch aufgrund der kleinen Fallzahlen verzichtet werden.

Die Reduktion auf pflegesensitive Indikatoren und damit einhergehend auch der fehlende Einbezug von Sozialdaten im Kontext der QS stellt aus Sicht der Autorinnen eine Sackgasse dar. Die Analyse und Darstellung von Qualitätsindikatoren, die nicht einem Leistungserbringer beziehungsweise einem Sektor allein zuschreibbar sind, bietet vielerlei Chancen. Zum einen kann mit einer Analyse, wie sie gegenwärtig im durch den Innovationsfonds geförderten Projekt Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR) erprobt und im Krankenhausbereich langjährig mit Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) durchgeführt wird, den Pflegeheimen fundiertes Feedback zu beeinflussbaren Versorgungsdefiziten für das interne Qualitätsmanagement gegeben werden. Bei QSR werden die Qualitätsdaten zu einzelnen Krankenhäusern veröffentlicht, um Patienten die Auswahl des Krankenhauses zu erleichtern. Auch dies wäre eine Blaupause für QS für Pflegeheime. Zum anderen sind örtlich typische Versorgungsketten in diesem Sinne beschreibbar und mithilfe von Qualitätsförderung adressierbar. Weiterhin könnten solche örtlichen Qualitätsinitiativen mit Sozialdaten evaluiert werden. Ferner können die Ergebnisse auf Systemebene – das heißt leistungserbringer- und sektorenübergreifend auf Landes- oder Landkreisebene – für die entsprechenden politischen Gremien auf Kreis- beziehungsweise Bezirksebene (Ausschüsse für Gesundheit und Soziales), in den Krankenhaus-Planungsausschüssen, den Gremien nach § 90a SGB V oder den Landespflegeausschüssen (§ 8a SGB XI)

diskutiert werden. Zuletzt hat sektorenübergreifende QS auch dann ihre Bedeutung, wenn Leistungserbringer gemeinsame Verantwortung für ein Versorgungsergebnis übernehmen, wie dies gegenwärtig bei Verträgen nach § 140a SGB V der Fall ist. Letztlich ist die fehlende Sektorenbeziehungsweise Sozialleistungsüberschreitung in der QS aber immer nur ein Symptom für das Ausgangsproblem: Im Status quo trägt kein Akteur für die entsprechenden Versorgungsketten Verantwortung. Insofern wäre die Diskussion um die Probleme der sektorenübergreifenden QS nach einer institutionellen Überwindung von Sektorengrenzen nicht mehr die gleiche.

Literatur

- Beaussier AL, Demeritt D, Griffiths A, Rothstein H (2020):** Steering by Their Own Lights: Why Regulators across Europe Use Different Indicators to Measure Healthcare Quality. *Health Policy*, Vol. 124, No. 5, 501–510
- Behrendt S, Tsiasioti C, Özdes T, Schwinger A (2019):** Routinedatenbasierte Qualitätsindikatoren in der stationären Langzeitpflege. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg.): *Gesundheitswesen aktuell 2019*. Barmer, 290–317
- Behrendt S et al. (2021):** Multisektorale Schnittstelle: Hospitalisierungen von Pflegeheimbewohnenden mit Schwerpunkt Sturz. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2021*. Berlin, Heidelberg: Springer, 171–185
- Büscher A, Wingenfeld K, Igl G (2018):** Weiterentwicklung der gesetzlichen Qualitätssicherung in der Sozialen Pflegeversicherung. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): *Pflege-Report 2018, Schwerpunkt: Qualität in der Pflege*. Berlin, Heidelberg: Springer, 37–44
- Deutscher Bundestag (2020):** Entwurf eines Gesetzes zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Drucksache 19/18112 vom 24. März 2020 (COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz). Berlin; dip.bundestag.de → Dokumentenart: Bundestag-Drucksache, Dokumentennummer: 19/18112
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2015a):** Beschluss des G-BA über die Beauftragung des IQTIG zur Beteiligung an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen. Stand 27. November 2015; g-ba.de/beschluesse/2408/
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2015b):** Beschluss des G-BA über eine Neufassung des Themenfindungs- und Priorisierungsverfahrens für Themen der Qualitätssicherung im Rahmen von Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und Regelungen nach § 137 Abs. 3 SGB V. Stand 19. März 2015; g-ba.de/beschluesse/2226/
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2018):** Richtlinie des G-BA nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über

die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qesü-RL). Außer Kraft getreten; g-ba.de → Richtlinien → Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (nicht mehr in Kraft)

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2019): Beschluss des G-BA über eine Beauftragung des IQTIG gem. § 137a Absatz 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V: Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung. Stand 17. Januar 2019; g-ba.de → Suchen: § 137a Absatz 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V

IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) (2018): Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie. Abschlussbericht. Stand 15. Dezember 2018; iqtig.org → Suche: Patientenbefragungen Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15. April 2019; iqtig.org → Das IQTIG → Grundlagen → Methodische Grundlagen

IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) (2020a): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Ergebnisse 2020. Stand: 16. April 2020; iqtig.org/sonderveroeffentlichung-planqi/

IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) (2020b): Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs mit Krankenhäusern. Abschlussbericht zu Stufe 1 und Stufe 2

IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) (2021): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Neukonzeption der Entwicklung und Bewertung. Bericht zu Teil A (erscheint voraussichtlich Ende Oktober 2021)

MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) (2020): Qualität in der ambulanten und stationä-

ren Pflege. 6. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB; www.mds-ev.de → Richtlinien/Publikationen → Pflegequalität → MDS-Pflege-Qualitätsberichte

Schwinger A, Behrendt S (2018): Reform der Qualitätsprüfung und -darstellung im Pflegeheim: Stand der Umsetzung und offene Fragen. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 18, Heft 4, 23–30

Schwinger A et al. (2018): Qualitätsmessung mit Routinedaten in deutschen Pflegeheimen: Eine erste Standortbestimmung. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): *Pflege-Report 2018 – Schwerpunkt: Qualität in der Pflege*. Berlin, Heidelberg: Springer, 97–125

Stemmer R, Arnold J (2014): Expertise zur Eignung von Indikatoren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in der stationären Pflege im Bereich der sozialen Pflegeversicherung. *GKV-Spitzenverband (Hrsg.); ikj-mainz.de → Gesundheitswesen/Suchthilfe → Abgeschlossene Projekte*

Wingefeld K et al. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; bmfjsf.de → Service → Publikationen → Suche: Instrumente Stationäre Altenhilfe

Wingefeld K et al. (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. *Qualitätsausschuss Pflege (Hrsg.); gs-qa-pflege.de → Dokumente zum Download → Entwicklung der Qualität in der stationären Pflege gemäß § 113b Absatz 4 Satz 2 Nr. 1 und 2 SGB XI → vollständiger Abschlussbericht*

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 22. September 2021)

DIE AUTORINNEN



Dr. rer. pol. Antje Schwinger,

Jahrgang 1976, hat Pflege an der Napier University Edinburgh und Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln studiert. Nach Tätigkeiten im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) und im AOK-Bundesverband war sie von 2007 bis 2013 am IGES Institut mit den Themenschwerpunkten vertragsärztliche Vergütung und Pflegeforschung tätig. Sie promovierte an der Universität Bremen und leitet seit 2017 den Forschungsbereich Pflege im WIdO.



Dr. rer. medic. Silvia Klein,

Jahrgang 1977, hat Gesundheitswissenschaften studiert. Sie promovierte an der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut. Zwischen 2006 und 2015 arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin und stellvertretende Bereichsleitung im Bereich Versorgungsforschung am IGES Institut, bevor sie 2015 an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wechselte. Dort ist sie zuständig für die Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.

Fachärztliche Versorgung bei Pflegeheimbewohnern

von Josephine Zimmer*

Infolge des demografischen Wandels steigt die Zahl älterer Menschen und damit auch die der pflegebedürftigen Heimbewohner. Aufgrund ihrer höheren Morbidität benötigen Pflegeheimbewohner oft mehr, haben aber dennoch häufig weniger Facharztkontakte als Nichtpflegebedürftige.

1 Was ist das Problem?

Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen leiden oft an mehreren Erkrankungen und haben darum einen höheren medizinischen Versorgungsbedarf. Gleichzeitig erschweren eingeschränkte Mobilität oder demenzielle Erkrankungen den Arztbesuch. Pflegeheimbewohner haben im Durchschnitt zwar mehr Hausarzt, aber weniger Facharztkontakte als Nichtpflegebedürftige. Somit stellt sich die Frage nach einer möglichen Unterversorgung.

2 Wie wurde untersucht?

Im Jahr 2018 wurde eine Gelegenheitsstichprobe aus Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen in Bremen und Niedersachsen rekrutiert. Von 363 angefragten Einrichtungen beteiligten sich lediglich 44. Ausgewertet wurden schließlich die Daten von 409 Pflegeheimbewohnern über 60 Jahre. Teams aus Hausärzten und Internisten beurteilten anhand der Pflegedokumentation sowie Selbst- und Fremdeinschätzungen der Bewohner, ob deren fachärztliche Versorgung in den Versorgungsbereichen Sehen, Hören, Mundgesundheit und Parkinson-Syndrom in den letzten zwölf Monaten adäquat war. Bei 54 bis 62 Prozent der untersuchten Bewohner wurden zusätzlich Assessments zur Mundgesundheit sowie Hör- und Sehtests durchgeführt.

Als fachärztliche Unterversorgung wurde eingestuft, wenn bei Vorliegen eines behandelbaren und behandlungsbedürftigen Gesundheitsproblems eine fachärztliche Versorgung oder in Leitlinien empfohlene fachärztliche Kontrollen unterblieben.

3 Was ist herausgekommen?

Bei insgesamt 27 Prozent der Bewohner wurde in mindestens einem der untersuchten Bereiche eine fachärztliche Unterversorgung festgestellt. Fünf Patienten waren in einem Bereich überversorgt.

Dabei bestanden große Unterschiede zwischen den Versorgungsbereichen. Von 115 Bewohnern mit augenärztlichem Versorgungsbedarf waren 52 (45 Prozent) fachärztlich unterversorgt. Keine adäquate fachärztliche Versorgung bezüglich der Hörfähigkeit erhielten 15 Prozent, hinsichtlich der Mundgesundheit 16 Prozent und bezogen auf das Parkinson-Syndrom 19 Prozent der Bewohner mit fachärztlichem Versorgungsbedarf. Subjektiv unzufrieden äußerten sich bezüglich der Hörfähigkeit sechs, hinsichtlich der Mundgesundheit 28 Prozent der Bewohner.

4 Wie gut ist die Studie?

Eine Stärke der Studie ist die direkte Erhebung der Daten einer größeren Gruppe von Heimbewohnern. Bisher wurden solche Analysen vor allem mit Sekundärdaten durchgeführt. Die Befragung ermöglichte zudem eine bessere Einschätzung des tatsächlichen Bedarfs. Da es sich um eine Gelegenheitsstichprobe handelte und die Teilnahmequote gering war, ist die Studie jedoch nur eingeschränkt repräsentativ. Außerdem wurden nur vier Versorgungsbereiche untersucht, was keine Rückschlüsse auf andere Bereiche ermöglicht.

In künftigen Studien sollte untersucht werden, inwieweit verbesserte fachärztliche Kontakte zu einer Reduktion der gesundheitlichen Beschwerden der Bewohner beitragen und welche Interventionskonzepte geeignet wären, um die fachärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern.

Quelle: Schulz M et al.: Fachärztliche Unterversorgung bei Heimbewohnern – Prävalenzstudie und Hochrechnung. *Z Gerontol Geriat* 2021; doi.org/10.1007/s00391-021-01865-z

* Josephine Zimmer, Ärztin, E-Mail: info@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Die fachärztliche Versorgung in Pflegeheimen ist lange und mehrfach beforscht. Die vorgestellte Studie ist insofern methodisch innovativ, als dass sie sich dem schwierigen Konstrukt „Bedarf“ nicht nur durch Analyse von Routine- oder Abrechnungsdaten nähert, sondern auch Assessments und subjektive Zufriedenheit erhebt. Aus einer Bedarfsbestimmung kann keine unmittelbare Interventionsempfehlung erfolgen. Fachärztliche Besuche sind kein Ziel per se. Ziele sind Erhalt von Funktionsfähigkeit, Teilhabe, Wohlbefinden, Vermeidung von Schaden (etwa durch unnötige Hospitalisierung), Wahrung der Würde. Nur anspruchsvolle Interventionsstudien können beantworten, ob fachärztliche Angebote zu bewohnerrelevantem Nutzen führen.

Prof. Dr. Gabriele Meyer,
Leiterin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät Halle



KÖPFE

Prof. Dr. Hans-Uwe Simon hat **Prof. Edmund A. Neugebauer** als Präsidenten und Wissenschaftlichen Geschäftsführer der Medizinischen Hochschule Brandenburg abgelöst. Nach dem Medizinstudium in Jena und Stationen an den Universitäten von Toronto/Kanada, Zürich/Schweiz und Jerusalem/Israel folgte Simon 2000 einem Ruf an die Universität Bern, wo er als Direktor des Instituts für Pharmakologie sowie zunächst als Forschungsdekan und ab 2016 als Dekan der Medizinischen Fakultät tätig war.

Prof. Dr. Jürgen May ist der neue Vorstandsvorsitzende des Bernhard-Nocht-Instituts für Tropenmedizin (BNITM) in Hamburg, einer der größten Einrichtungen zum Thema globale Infektionen bundesweit. May studierte Medizin an den Universitäten Heidelberg, Wien und Hamburg und arbeitete danach unter anderem am Institut für Tropenmedizin in Berlin und am Tropeninstitut der Universität Tübingen. 2009

wechelte er an die Universität Hamburg. Seit 2017 leitete May als Professor für Epidemiologie der Tropenkrankheiten die Abteilung Infektionsepidemiologie am BNITM.

Mit **Prof. Dr. Tino Prell** hat die Universitätsmedizin Halle ihren ersten Professor für Geriatrie berufen. Der Facharzt für Neurologie ist künftig auch Direktor der neuen Universitätsklinik und Poliklinik für Altersmedizin an der Universitätsmedizin Halle und Chefarzt für Geriatrie des Carl-von-Basedow-Klinikums Saalekreis in Merseburg. Prell studierte Medizin in Magdeburg und war zuletzt Oberarzt und Bereichsleiter am Universitätsklinikum Jena.

Prof. Dr. Christiane Woopen ist auf eine von drei neu geschaffenen Exzellenz-Professuren an der Universität Bonn berufen worden. Woopen studierte Medizin und Philosophie in Köln, Bonn und Hagen. 2009 übernahm sie die Leitung der

Forschungsstelle Ethik am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin sowie die Professur für Ethik und Theorie der Medizin an der Universität zu Köln. Zuletzt war sie dort Direktorin des interfacultären Zentrums CERES. Von 2012 bis 2016 war Woopen Vorsitzende des Deutschen Ethikrats, 2017 wurde sie zur Vorsitzenden des Europäischen Ethikrats gewählt.

Prof. Dr. Toralf Kirsten hat die neue Professur für Medical Data Science übernommen, die die Medizinische Fakultät der Universität Leipzig und das Universitätsklinikum Leipzig gemeinsam eingerichtet haben. Kirsten studierte Wirtschaftsinformatik in Leipzig. Nach Stationen an der Hochschule für Technik, Wirtschaft und Technik Leipzig, dem Zentrum für Bioinformatik der Universität Leipzig und der dortigen Hochschule für Telekommunikation bekleidete er zuletzt den Lehrstuhl für Datenbanksysteme an der Hochschule Mittweida.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
Kongress des International Council of Nurses (ICN) „Nursing around the World“	Palliativpflege, evidenzbasierte Pflege, Corona, HIV, Global Health, Patientensicherheit	2.–4.11.2021, online	International Council of Nurses (ICN) 3, place Jean Marteau 1201 Genf/Schweiz	icncongress2021.org > Registration
Jahrestagung des Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland	Umgang mit Krisen und Kindeswohl	4.–5.11.2021, online	Geschäftsstelle BKJPP e. V. Rhabanusstraße 3 55118 Mainz	bkjpp-jahrestagung.de > Anmeldungen E-Mail: l.kroll@kelcon.de Telefon: 06182 9466625
14. European Public Health Conference 2021 „Public Health Futures in a Changing World“	Lehren aus der Coronapandemie, Kommunikation und Public Health, digitale Gesundheit	10.–12.11.2021, online	European Public Health Association, Otterstraat 118–124, Postbox 1568, 3500 BN Utrecht/Niederlande	ephconference.eu > Registration E-Mail: registration@ephconference.eu
20. Statuskonferenz der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG)	Psychische Gesundheit in der dritten Lebensphase	12.11.2021, online	BVPG e. V. Heilsbachstr. 30 53123 Bonn	bvpraevention.de > Über uns > Veranstaltungen > Statuskonferenz, E-Mail: statuskonferenz@bvpraevention.de, Telefon: 0228 9872712
Internationale Patientensicherheitstagung	Never Events und Patientensicherheit	18.–19.11.2021, Hybrid-Kongress: Zürich und online	Stiftung Patientensicherheit Schweiz Asylstrasse 77 8032 Zürich/Schweiz	never-events.ch > Anmeldung E-Mail: info@patientensicherheit.ch
21. Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)	Digitalisierung, Übersversorgung, Antibiotika, Reanimation, Ethik in der Notaufnahme	1.–3.12.2021, online	DIVI e. V. Schumannstr. 2 10117 Berlin	divi21.de > Anmeldung E-Mail: kongress@divi.de Telefon: 030 40005636

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber. Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.aok-bv.de → Datenschutz

21-0391

GGW Wissenschaft (GGW)

GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Verantwortliche Redakteure: Ines Körver (KomPart), Prof. Dr. Klaus Jacobs (WIdO), Dr. Miriam Räker (WIdO)
Redaktionsmitglieder: Dr. Silke Heller-Jung (KomPart), Annegret Himrich (KomPart), **Creative Director:** Sybilla Weidinger (KomPart), **Grafik:** Geertje Steglich

Anschrift der Redaktion:

Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@komp.art.de