

Heim-Qualität hängt vom Wohnort ab

Das wissenschaftliche Institut der AOK hat große regionale Unterschiede bei der Versorgung in Pflegeheimen ausgemacht, untersucht wurden zehn Kriterien.

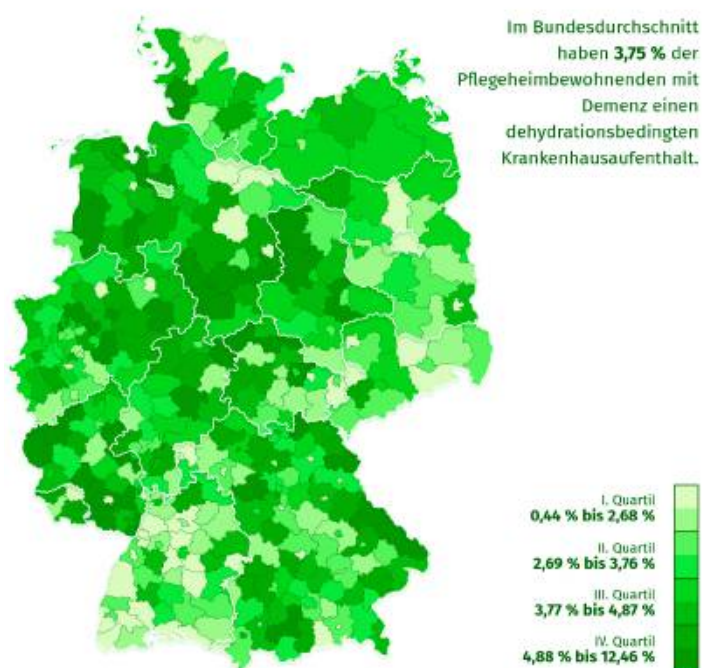
Von Frank Brunner

Wie gut Menschen in Pflegeheimen umsorgt werden, hängt auch von ihrem Wohnort ab. Dies ergab eine Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Demnach existieren große regionale Unterschiede in der Versorgungsqualität. Für ihre Untersuchung haben die Wissenschaftler zehn Qualitätskriterien identifiziert, die sie in die drei Kategorien „fehlende Prophylaxe und Prävention“, „kritische Arzneimittelversorgung“ und „vermeidbare Krankenhausaufenthalte“ eingeordnet haben. Beispielsweise erhalten Pflegeheimbewohner in westlichen Bundesländern deutlich mehr risikoreiche Dauerverordnungen mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) als im Osten.

Allein in Nordrhein-Westfalen registrierten die Forscher in 45 der 53 Kreise und kreisfreien Städte auffällige Ergebnisse hinsichtlich der längerfristigen Einnahme von Benzodiazepinen, Benzodiazepin-Derivaten und Z-Substanzen (BZD/ZS) in Heimen. „Eigentlich sollten pflegebedürftige Menschen maximal vier Wochen mit den untersuchten Schlaf- und Beruhigungsmitteln behandelt werden“, kritisiert Dr. Antje Schwinger, Forschungsbereichsleiterin Pflege beim WiDO (siehe Interview). Denn bei Dauereinnahme drohe unter anderem Abhängigkeit, erhöhte Sturzgefahr und die Entstehung von Angstgefühlen, Depressionen und Aggressionen. Die niedrigsten Werte erreichten Pflegeheime im Burgenlandkreis (Sachsen-Anhalt). Nur 0,75 Prozent der Bewohner nahmen dort mehr als einen Monat lang Schlaf- und Beruhigungsmittel. Der höchste Wert findet sich im Kreis

Unzureichende Flüssigkeitszufuhr bei Demenz: Indikatorwerte nach Kreis im Jahr 2021

Anteil der Pflegeheimbewohnenden mit dehydrationsbedingtem Krankenhausaufenthalt von allen Pflegeheimbewohnenden mit Demenz



Quelle: QCare Qualitätsatlas Pflege des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO)
www.qualitaetsatlas-pflege.de/fluessigkeitsversorgung-bei-demenz
 Stand: 13.9.2023, 11:16:42

Die Praxis-Serie

Lesen Sie am 12. Oktober:

Kein klar definiertes Krankheitsbild, keine spezifische Therapie, dafür viele unterschiedliche Symptome: Bislang ist wenig bekannt über Long- und Post-COVID. Wie können Betroffene unterstützt werden? Wir berichten über erste Erfahrungen mit Behandlungsansätzen.

Kontakt: Haben Sie Fragen an die AOK oder Themenwünsche für diese Seite? Dann schreiben Sie uns per E-Mail an: prodialog@bv.aok.de.

Merzig-Wadern (Saarland), wo Ärzte einem Viertel der Pflegeheimbewohner solche Mittel längerfristig verordneten.

Unterschiede offenbarten sich auch beim Thema Dehydration. So überwiesen Ärzte bundesweit durchschnittlich knapp 4% der demenzkranken Pflegeheimbewohner aufgrund von Flüssigkeitsmangel in eine Klinik. In 20 Kreisen betrug dieser Anteil jedoch zwischen 7,5 und 12,5%. Die meisten dieser Kreise befinden sich in Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und im südlichen Rheinland-Pfalz, wo der Landkreis Germersheim mit 12,5% den letzten Platz belegte. In Kaiserslautern, ebenfalls Rheinland-Pfalz, müssen demente Pflegeheimbewohner dagegen selten (0,44%) dehydriert ins Spital.

Ähnlich weit auseinander klappt die Schere bei vermeidbaren Krankenhausaufenthalten am Lebensende. In Baden-Baden (Baden-Württemberg) verbrachten 18,7% diese Zeit in einer Klinik. Im Kreis Offenbach (Hessen) waren es zwei Drittel (65,9%). Im Ranking der Bundesländer verzeichnet Sachsen den höchsten Wert (36%), während im Schlusslicht Saarland fast die Hälfte (49,5%) der Pflegeheimbewohner ihre letzten Tage ggf. unnötigerweise in einer Klinik verlebten.

Die Ergebnisse basieren auf AOK-Abrechnungsdaten von etwa 350.000 Heimbewohnern im Alter von über 60 Jahren – das ist rund die Hälfte aller in Deutschland vollstationär versorgten Pflegebedürftigen.

Die Statistiken für alle zehn Qualitätskriterien in 16 Bundesländern und rund 400 Kreisen sind im Onlineportal „Qualitätsatlas Pflege“ abrufbar: www.qualitaetsatlas-pflege.de

„Wir wollen Akteure für die Probleme sensibilisieren“

Der aktuelle Qualitätsatlas Pflege folgt einem neuen Ansatz. Er nutzt erstmals die Routinedaten von Kranken- und Pflegeversicherung zur Qualitätsmessung. Antje Schwinger vom WIdO erläutert die Methode.

Das Interview führte Frank Brunner

Frau Dr. Schwinger, im Qualitätsatlas Pflege hat das WIdO die Versorgungsqualität in Pflegeheimen analysiert, die Ergebnisse geografisch zusammengefasst und bundesweit in Landkreisen verglichen. Die Resultate der einzelnen Heime fehlen. Warum?

Grundsätzlich sind wir methodisch und von den Daten her in der Lage, Pflegequalität einrichtungsbezogen abzubilden. In einem Vorgängerprojekt hatten wir das auch umgesetzt und gezeigt, dass erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Pflegeheimen existieren. Diesmal haben wir uns für eine andere Ebene entschieden.

Welcher Prämisse folgt dieser Blick?

Der Annahme, dass Pflegequalität nicht nur abhängig ist von den Bedingungen in einzelnen Einrichtungen, sondern auch von der medizinischen Infrastruktur, von wirtschaftlichen Voraussetzungen, dem Fachkräfteangebot und politischen Gegebenheiten in der Region. Ein Vergleich auf Kreisebene soll alle für die Pflege relevanten Akteure für die Probleme sensibilisieren und einbeziehen: Niedergelassene, KVen, Krankenhauspersonal und Pflegekassen, aber auch Landräte und Kreistagsabgeordnete.

Kommunen haben keine gesetzliche Verantwortung für die Pflegequalität. Wieso adressieren Sie auch die politische Ebene?

Richtig ist, dass besonders die Leistungserbringer und Pflegekassen gefragt sind. Aber: Politisch Verantwortliche können Probleme sichtbar machen – und das wäre ein wichtiger Schritt in einer Zeit, in der vor allem über Pflegekosten und weniger über Pflegequalität diskutiert wird.

Ein Vergleich auf Kreisebene schließt ein Pflegeheim-Ranking nicht aus. Gerade für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wäre das hilfreich. Und Heimleitungen können nur Konsequenzen ziehen, wenn sie wissen, wie sie konkret abgeschnitten haben.

Wir müssen hier unterscheiden. Dass auch Pflegeheime ebenso wie die Betroffenen und Angehörigen diese Informationen erhalten, das ist auch unser Ziel. Wir wollen jedoch auch vermeiden, dass sich Heimleitungen mit Optimierungsbedarf angegriffen fühlen – eben auch, weil Faktoren existieren, die sie nicht allein beeinflussen können. Beispielsweise nützt es erst einmal wenig, wenn wir einem Pflegeheim eine Unterversorgung in bestimmten Bereichen attestieren, die Heimleitung aber gar nicht auf entspre-



Dr. Antje Schwinger ist examinierte Pflegefachkraft, promovierte Gesundheitsökonomin und Leiterin des Forschungsbereichs Pflege im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO).

©ANDREA KATHEDER / WIDO

chende Fachkräfte zurückgreifen kann. Dem WIdO geht es mit dieser Analyse aber gerade um einen Impuls in Richtung sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Wir planen ein Folgeprojekt, bei dem wir mit einzelnen Einrichtungen und den versorgenden Ärzten zusammenarbeiten.

Können Sie schon Details verraten?

Der geplante Start ist im April 2024. Über eine Dauer von dreieinhalb Jahren übermitteln wir die im aktuellen Pflegereport präsentierten Qualitätsindikatoren an 40 Pflegeheime in Bayern. Unser Ziel ist es, dass sich Pflegedienstleitungen, Pflegepersonal und Qualitätszirkel der im Heim behandelnden Hausärzte über die Ergebnisse austauschen. Wir erhoffen uns von diesem Forschungsprojekt Erkenntnisse darüber, wie sich die Informationen am besten in die Praxis übertragen lassen. Außerdem suchen wir Antworten auf die Frage: Was benötigen die Pflegeheime für Rahmenbedingungen, um die Probleme angehen zu können?

Wie wird dieses Projekt praktisch umgesetzt?

Es wird eine webbasierte Plattform geben, auf der wir Pflegekräften und Ärzten zunächst unsere Daten zur Verfügung stellen. In einem zweiten Schritt befragen wir alle Beteiligten mit Hilfe von Evaluationsbögen, ob und welche Veränderungen die Informationen angestoßen haben. Gefragt wird auch, was positiv und was negativ ist oder wo nachadjustiert werden muss. Natürlich werden wir auch messen, ob sich die Versorgungsqualität bei speziellen Indikatoren verändert hat.

Der aktuelle Qualitätsatlas enthält zehn Qualitätsindikatoren in drei Kategorien. Eine Kategorie ist „Kritische Arzneimittelversorgung“. Darunter fallen Dauer- und Antipsychotika, Beruhigungs- und Schlafmitteln und der Einsatz potenziell inadäquater Medikamente für Ältere. Diese Versorgungsanteile verantworten Ärzte; Pflegepersonal ist nicht zuständig. Warum sind Ihnen diese Aspekte dennoch wichtig?

Faktisch verordnen Ärzte, das stimmt. Aber wir wissen, dass die Pflegekräfte häufig ebenso in die Prozesse involviert sind, die Medikamente sozusagen für die Bewohnenden nachfragen und auf die Verordnung hinwirken. Studien zeigen für alle der entwickelten Indikatoren, dass die Awareness darüber, wann ein Einsatz kritisch ist, bei Ärzten und Pflegekräften bestehen muss, damit Veränderungen zu beobachten sind.

Ein anderes Qualitätskriterium bezieht sich auf die Anzahl der Dehydratationen bei Demenz. Welchen Einfluss haben Ärzte, die Pflegeheimbewohner behandeln, auf diesen Faktor?

Dehydration ist ja erst einmal durch gute Pflege zu vermeiden, vor allem durch regelmäßige Trinkroutinen. Gleichwohl spielt mit Blick auf eine Krankenhauseinweisung aufgrund von Dehydration die ärztliche Versorgung auch eine entscheidende Rolle, denn durch Gabe von subkutaner oder intravenöser Flüssigkeit kann die Überweisung vielleicht vermieden werden. Dafür muss aber ein Arzt oder eine Ärztin erreichbar sein und dann auch zeitnah ins Pflegeheim kommen.

Vermeidbare Krankenhausaufenthalte sind ebenfalls eine Kategorie für die Qualitätskriterien. Welche Einweisungen wären denn vermeidbar?

Neben dem schon erwähnten Grund Dehydration haben wir sturzbedingte Krankenhausaufenthalte im Blick. Auch solche Stürze resultieren nicht selten aus potenziell inadäquaten Medikamenten. Ein weiterer Punkt sind Krankenhausaufenthalte am Lebensende. Die reißen Menschen oft unnötigerweise aus ihrer gewohnten Umgebung.

Können zehn Indikatoren die Pflegequalität spiegeln?

Nein. Wir erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Für uns ist das ein Prozess, in dem wir die Zahl der Indikatoren kontinuierlich erweitern. Entscheidend ist, dass sich ein Indikator mit Routinedaten abbilden lässt – also mit standardisierten Informationen, die obligatorisch erhoben werden, meist zu Abrechnungszwecken.

Leider lassen sich nicht alle relevanten Versorgungsprobleme mit Routinedaten abbilden.

Die Qualität von Pflegeheimen kontrolliert bereits der Medizinische Dienstes (MD). Warum braucht es die im Qualitätsatlas präsentierten Indikatoren?

Die Indikatoren sind ein zusätzliches Instrument. Sie messen andere Bereiche als der MD, der einmal im Jahr rein pflegebezogene Indikatoren prüft. Wir beleuchten dagegen die Schnittstellen zwischen Pflegeheim, Arztpraxis und Krankenhaus. Kooperation und Koordination aller an der Pflege Beteiligten – das sind für uns die relevanten Punkte. Routinedaten sollten also auch in die gesetzliche Qualitätssicherung einfließen.

Herzlichen Dank für das Gespräch.