



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**  
Innovationsausschuss

# Pflege im Fokus

**5 Projekte stellen sich vor**



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**  
Innovationsausschuss

## **Projektbeispiel I**

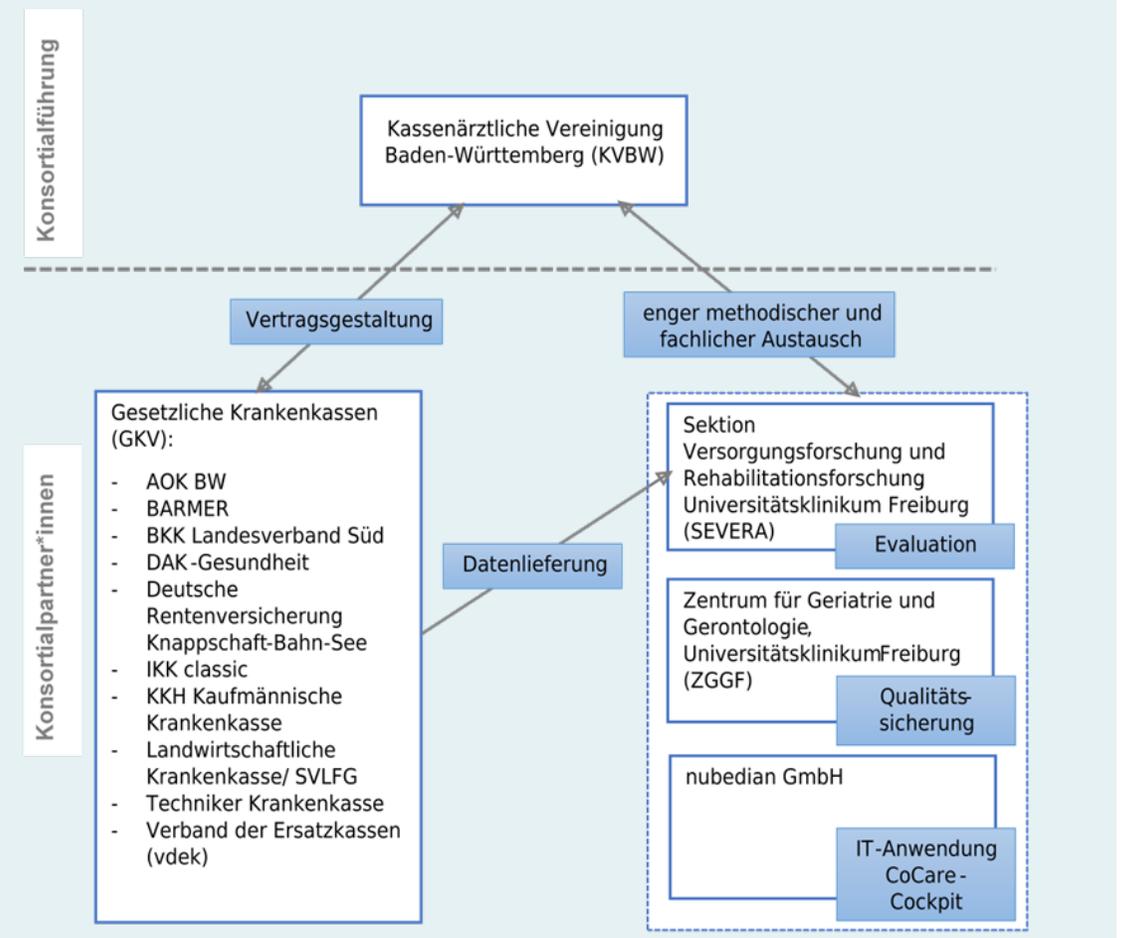
**CoCare (coordinated medical care) – Erweiterte  
koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung**

# CoCare Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung



**CoCare**  
coordinated medical care

- **Projektstart und -ende** 1. April 2017 – 31. März 2021
- **Fördervolumen** 8.343.167,00 €
- **Bundesland** Baden-Württemberg



# CoCare Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung



CoCare  
coordinated medical care

## Projektziele

Optimierung und Erweiterung der ärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeheimen

Reduktion von vermeidbaren Krankenhauseinweisungen und Krankentransporten

Optimierung der Schnittstelle zwischen der pflegerischen und ärztlichen Versorgung

## Hypothesen (Auszug)

- Die Veränderung der Qualitäts- und Kostenindikatoren fällt in der IG auch nach Adjustierung relevanter Einflussgrößen statistisch signifikant besser aus als in der KG.
- Nach der Intervention besteht ein statistisch signifikanter Vorteil der IG gegenüber der KG bezüglich der Bewertung der Zusammenarbeit.

## Primäre und sekundäre Endpunkte

- **Kosten der Gesundheitsversorgung** (z.B. Krankenhauseinweisung und –transporte)
- **Qualität der Gesundheitsversorgung** (aus der Perspektive der Bewohner\*innen, Ärzt\*innen, Pflege)



## Studiendesign und Methodik

### Kontrollgruppendesign mit Prä-Post-Messung

**Interventionsgruppe: 29 Heime** (die bis zum Ende der Implementierungsphase im Projekt verblieben)  
→ Implementierung des CoCare-Konzeptes

**Kontrollgruppe: 24 Heime**

→ Behandlung wie üblich („usual care“)

Prozess-  
evaluation

Ergebnis-  
evaluation

## Datenbasis und Datenanalyse

### *Prozessevaluation*

Fokusgruppen Bewohner\*innen

Fokusgruppen Behandler\*innen

Telefon-Interviews mit den Pflegeheimkoordinator\*innen

### *Ergebnisevaluation*

Fragebogen-Erhebung Bewohner\*innen

Fragebogen-Erhebung Behandler\*innen

Routinedaten aller gesetzlichen Krankenkassen

# CoCare Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung



**CoCare**  
coordinated medical care

## Inhalte der neuen Versorgungsform



Zielsetzung: Steigerung der Versorgungsqualität, Reduktion der Krankenhauseinweisungen

# CoCare Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung



CoCare  
coordinated medical care

## Ergebnisse und weitere Verwendung

Erlebte Qualität durch Bewohner:Innen  
Qualität aus Sicht der Behandler:Innen



Unveränderte Qualität aus Sicht der Bewohner



Zusammenarbeit im Team verbessert



Versorgungsverbesserung erzielt

Gesamtkosten niedriger als in der Regelversorgung



- 468,56 € je Bewohner/Quartal (adjustiert)

Reduzierte Anzahl an Krankenhauseinweisungen



Kürzere Krankenhausaufenthalte



- 1,66 Tage je Bewohner/Quartal (adjustiert)

Geringere Krankenhauseinweisungskosten



Weniger Krankentransporte



Empfehlung zur Überführung von Ansätzen der  
neuen Versorgungsform in die Regelversorgung

# CoCare Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung



**CoCare**  
coordinated medical care

**Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg**

Geschäftsbereich Vertragswesen

Fax: 0711/ 7875-483707

efax.gbvw-versorgmanage@kvbawue.de

[www.kvbawue.de/ueber-uns/kooperationen/cocare](http://www.kvbawue.de/ueber-uns/kooperationen/cocare)





**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**  
Innovationsausschuss

## **Projektbeispiel II**

**SAVOIR – Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes,  
Interaktionen, Regionale Unterschiede**

# SAVOIR - Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede

- **Projektzeitraum:** 1. Juli 2017 – 31. Oktober 2019
- **Fördervolumen:** 1.274.645 EUR
- **Förderkennzeichen:** 01VSF16005
  
- **Konsortium**
  - UKJ (Palliativmedizin, Allgemeinmedizin, ZKS)
  - Universität Augsburg
  - Universitätsmedizin Göttingen
  - Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
  - Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV e.V.
  - Barmer GEK

# SAVOIR - Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede

## Ziele:

- Evaluierung der SAPV-Richtlinie, um zur Optimierung der Versorgungsqualität von Patienten und Angehörigen eine Evidenzgrundlage für die Überarbeitung der SAPV-RL zu schaffen
- Beschreibung der Qualität der SAPV-Versorgung aus Sicht der Patienten- /Angehörigen, SAPV-Teams und andere Leistungserbringer, Hausärzte und Kostenträger
  - Identifizierung von Faktoren, die mit Qualität assoziiert sind
  - Generierung von Evidenz für Über- und Unterversorgung im Rahmen der SAPV
  - Empfehlungen zur Überarbeitung der SAPV-Richtlinie des GBA

Es wurden 5 Teilprojekte mit unterschiedlicher Datenbasis durchgeführt um die Qualität der Versorgung zu Beschreiben.

# SAVOIR - Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede

## Struktur

<p><b>anhand von Rahmen, Vertrags- und Strukturmerkmalen</b></p> <p>TP1</p> <p>Prof. Dr. Nauck (Göttingen)</p>	<p><b>aus der Perspektive von Patienten (patient-reported-outcomes)</b></p> <p>TP2</p> <p>PD. Dr. Wedding/Prof. Dr. Meißner (Jena)</p>	<p><b>aus der Perspektive von SAPV-Leistungserbringern und weiteren Versorgungsakteuren</b></p> <p>TP3</p> <p>Prof. Dr. Schneider (Augsburg)</p>	<p><b>aus der Perspektive der Hausärzte</b></p> <p>TP4</p> <p>Dr. Freytag (Jena)</p>	<p><b>aus der Perspektive der Kostenträger</b></p> <p>TP5</p> <p>Dr. Freytag (Jena)</p>
--	--	--	--	---

## Daten & Methodik

Strukturdaten von 196 Leistungserbringern und Behandlungs- und Patientendaten von 51 Leistungserbringern mit 3.321 Patienten

prospektive längsschnittliche Befragung von 1000 Patienten von 42 SAPV-Leistungserbringern

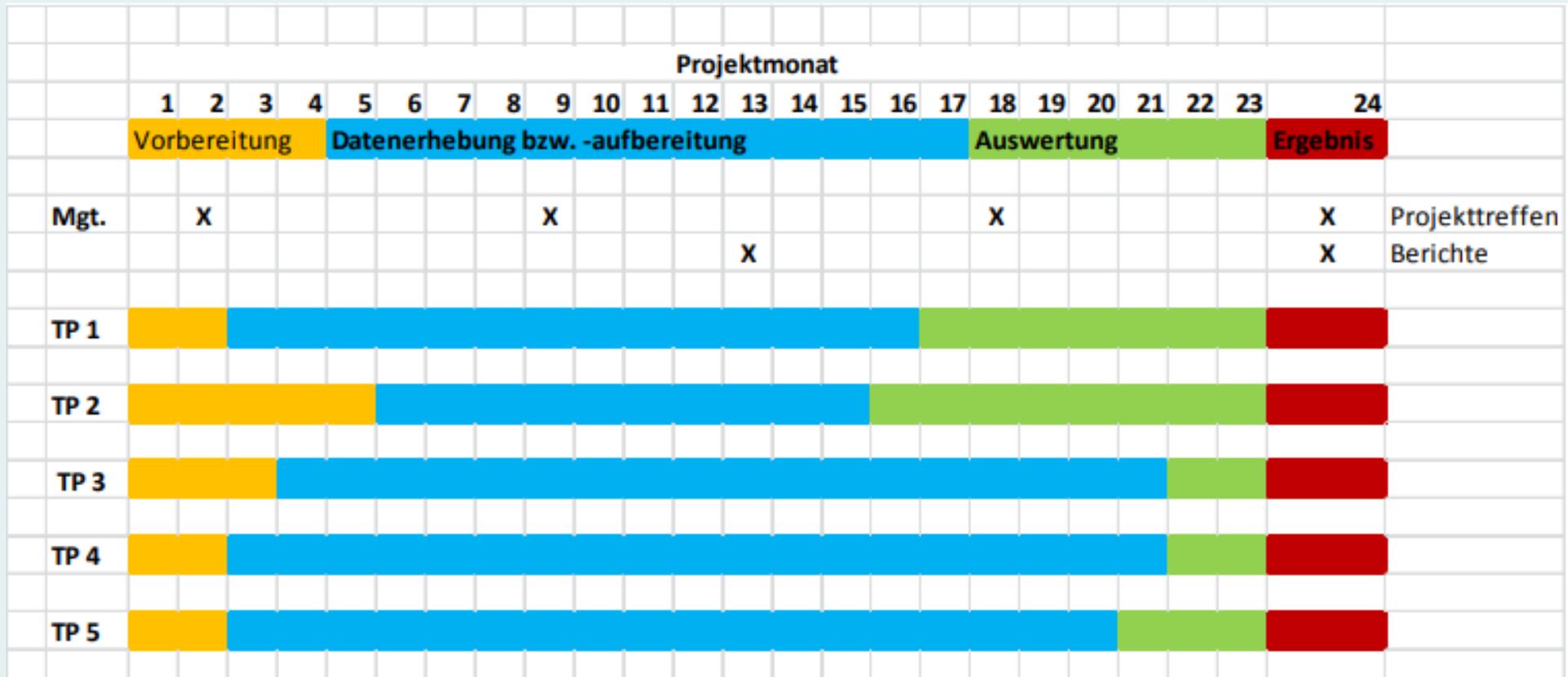
10 vergleichende qualitative Einzelfallstudien im Rahmen einer multiperspektivischen Feldstudie

querschnittliche, quantitative Befragung von 1144 Hausärzten

Analyse der GKV-Routinedaten von 95.962 in 2016 verstorbenen, erwachsenen BARMER-Versicherten

# SAVOIR - Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede

## Projektdurchführung



# SAVOIR - Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede

## Ergebnisse

- Hohe Heterogenität bei Strukturen und Prozessen der SAPV-Leistungserbringer spiegelt z.T. lokale Bedingungen wider. Die Projektergebnisse liefern keine eindeutigen Hinweise auf bestimmte strukturelle Merkmale, die mit Versorgungs- bzw. Ergebnisparametern assoziiert sind.
- Hohe Patientenzufriedenheit mit SAPV-Versorgung. Trotz hoher Symptomlast zeigte sich eine Stabilisierung einiger Symptome im Verlauf der SAPV. Zufriedenheit scheint weniger von der Symptomlast bzw. -linderung abzuhängen als von Kommunikation und Erreichbarkeit der SAPV.
- Hinweise auf unterschiedliches Selbstverständnis hinsichtlich Struktur und Kultur innerhalb der SAPV-Teams: z.B. „Plattform“ vs. „Einheit“, „dualistisch“ vs. „holistisch“
- Ca. 20% der SAPV-Verordnungen werden von Krankenhausärzten ausgestellt. Aus Hausarztperspektive Hinweise auf partielle Substitution von AAPV durch SAPV. Ein Teil der Hausärzte fühlt sich durch die SAPV-Leistungserbringer nicht immer ausreichend eingebunden.
- Laut Sekundärdatenanalyse werden deutlich mehr Patienten mit SAPV versorgt als bislang berichtet.
- → **Empfehlungen zur Verbesserung der SPV wurden formuliert und flossen in die Überarbeitung der SAPV-RL ein.**

# SAVOIR - Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede

## Kontakt:

- Prof. Dr. Winfried Meißner
- Universitätsklinikum Jena
- [Winfried.meissner@med.uni-jena.de](mailto:Winfried.meissner@med.uni-jena.de)

## Weiterführende Informationen:

- Freytag, A., et al. (2019). "Study protocol for a multi-methods study: SAVOIR - Evaluation of specialized outpatient palliative care (SAPV) in Germany: Outcomes, interactions, regional differences." BMC palliative care.
- Gebel, C., et al. (2021). "Symptomverlauf, Betreuungsqualität und Zufriedenheit mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) aus Patient\*innenperspektive: eine bundesweite prospektive Längsschnittstudie." Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.
- Jansky, M., et al. (2023). "Structural characteristics and contractual terms of specialist palliative homecare in Germany." BMC palliative care 22(1): 166.
- Ditscheid, B., et al. (2020). "Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland." Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**  
Innovationsausschuss

## **Projektbeispiel III**

**PPE – Pflegeintensität und pflegesensitive  
Ergebnisindikatoren in deutschen Krankenhäusern**

# PPE: Pflegeintensität und pflegesensitive Ergebnisindikatoren in deutschen Krankenhäusern

- Förderzeitraum: 1. April 2018 – 31. März 2021
- Fördervolumen: 573.848 €

## Konsortium:

- Universität Hamburg, Hamburg Center for Health Economics (*Konsortialführung*)
- Bergische Universität Wuppertal, Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen
- Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
- Techniker Krankenkasse, Versorgungsmanagement – Entwicklung



Universität Hamburg

DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG



BERGISCHE  
UNIVERSITÄT  
WUPPERTAL



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT  
HALLE-WITTENBERG



Techniker  
Krankenkasse

# PPE: Pflegeintensität und pflegesensitive Ergebnisindikatoren in deutschen Krankenhäusern

## Projektziele

**Primäre Hypothese:** höhere Pflegepersonalverhältniszahlen wirken sich positiv auf die patientenbezogene Ergebnisqualität aus

**Sekundäre Arbeitshypothese:** der Zusammenhang zwischen Pflegepersonalverhältniszahlen und patientenbezogener Ergebnisqualität unterscheidet sich zwischen verschiedenen Fachabteilungen, sprich gibt es Fachabteilungen, in denen eine niedrige Pflegepersonalausstattung sich stärker negativ auf die patientenbezogene Ergebnisqualität auswirkt als in anderen Fachabteilungen

- **Forschungsfrage:** Inwieweit beeinflussen Pflegepersonalverhältniszahlen die patientenbezogene Ergebnisqualität in Krankenhäusern?
  - Welche patientenbezogenen Ergebnisindikatoren sind besonders pflegesensitiv?
  - Wie unterscheiden sich die Zusammenhänge über verschiedene Fachabteilungen hinweg?

# PPE: Pflegeintensität und pflegesensitive Ergebnisindikatoren in deutschen Krankenhäusern

## Vorgehen

- **Umbrella Review über 15 identifizierte Literaturübersichten und Expert:inneninterviews mit 16 Personen**
- **Verknüpfung verschiedener Daten:**
  1. Strukturierte Qualitätsberichte nach §136b SGB V (2012-2018) zur Berechnung der Pflegeintensität (Pflegepersonalverhältniszahlen als Maß der Pflegeausstattung).
  2. Abrechnungsdaten nach §§295, 300 und 301 SGB V der Techniker Krankenkasse (2014-2018) zur Messung poststationärer Qualitätsindikatoren (30-Tage-Mortalität, Behandlung von im Krankenhaus zugezogenen Wundinfektionen, etc.) und zur Risikoadjustierung, um die unterschiedlichen Schweregrade der Patienten zu berücksichtigen
  3. Primärdaten aus einer standardisierten Befragung von Patienten der Techniker Krankenkasse (2018, 2019) zur Ergänzung der Abrechnungsdaten (persönliche Einschätzungen der Krankenhausbehandlung und Indikatoren, die nicht in Leistungsdaten abbildbar sind)
- **Datenanalysen**
  1. Sekundärdatenanalyse (1 & 2): zweistufige generalisierte lineare gemischte Modelle (GLMMs) mit stationären Fällen auf Ebene 1 und Fachabteilungstypen (z. B. Innere Medizin, Geriatrie) auf Ebene 2 mit Random Slopes für jeden Fachabteilungstyp
  2. Primärdatenanalyse (1-3): Fixed-Effects-Modelle inkl. nichtlinearer Effekte und Interaktionseffekte

# PPE: Pflegeintensität und pflegesensitive Ergebnisindikatoren in deutschen Krankenhäusern

## Ergebnisse

- **Ergebnisse der Literaturübersicht:** Basierend auf 15 identifizierten Literaturübersichten und 201 zugrundeliegenden Primärstudien wurde eine Liste von 22 pflegesensitiven patientenbezogenen Ergebnisindikatoren abgeleitet und diese systematisch nach der Stärke der für ihre Assoziation mit der Pflegepersonalausstattung vorhandenen Evidenz eingestuft
- **Ergebnisse der Expert:inneninterviews:** Die inhaltliche Analyse der Interviewprotokolle ergab 76 patient:innenbezogene Indikatoren, welche aus Expert:innensicht geeignet sind, um die Qualität der akutstationären Pflege zu erfassen. Vier der von den Expert:innen genannten Indikatoren waren noch nicht auf Basis der Daten aus den Literaturrecherchen identifiziert worden.
- **„Patients‘ Experience of Nursing Quality in Acute Hospitals (PENQuAH)-Skala**
- **Ergebnisse der Sekundärdatenanalysen:** Die Pflegepersonalausstattung hängt teilweise signifikant mit objektiv messbaren patientenbezogenen Ergebnisindikatoren zusammen. Die Anzahl signifikanter Zusammenhänge variiert je nach Ergebnisindikator und Fachabteilungstyp. Die Fachabteilungen Kardiologie, Hämatologie und Pneumologie sind am pflegesensitivsten.
- **Ergebnisse der Primärdatenanalysen:** Die Bewertungen der von Patient:innen wahrgenommenen Qualität der Pflege sind signifikant niedriger, wenn (a) der Personalbestand des Krankenpflegepersonals geringer ist (mit abnehmenden marginalen Effekten) und (b) der Anteil der Pflegehilfskräfte in einer Krankenhausabteilung höher ist. Es lassen sich keine fachabteilungsbezogenen Unterschiede in der Pflegesensitivität feststellen, allerdings ist die durchschnittliche wahrgenommene Pflegequalität in den Fachabteilungen Geriatrie und Gastroenterologie am niedrigsten.

# PPE: Pflegeintensität und pflegesensitive Ergebnisindikatoren in deutschen Krankenhäusern

Zentrale Schlussfolgerungen aus dem Projekt durch den Vergleich der Schwellenwerte für Pflegekraftverhältniszahlen und Qualifikationen von Pflegekräften mit aktuell geltenden Pflegepersonaluntergrenzen für die weitere Gestaltung der Pflegepersonaluntergrenzen:

- Pflegepersonaluntergrenzen für die Fachabteilungen Hämatologie, Gastroenterologie und Pneumologie
- Getrennte Pflegepersonaluntergrenzen für die Fachabteilungen Kardiologie und Innere Medizin, herabsetzen der Pflegepersonaluntergrenze für die Kardiologie
- Obergrenzen des Anteils von Pflegehilfskräften für die Fachabteilungen Hämatologie, Gastroenterologie und Pneumologie
- Gesonderte Beachtung und Prüfung für die Fachabteilung Geriatrie
- Berücksichtigung der durchschnittlichen abteilungsbezogenen Fallschwere bei der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen – z.B. durch die Festlegung von Clustern nach Fallschwere

# PPE: Pflegeintensität und pflegesensitive Ergebnisindikatoren in deutschen Krankenhäusern

## Kontakt

Prof. Dr. Jonas Schreyögg  
Universität Hamburg  
Management im Gesundheitswesen  
Esplanade 36  
20354 Hamburg

Tel.: +49 40 42838-8041

E-Mail: [jonas.schreyoegg@uni-hamburg.de](mailto:jonas.schreyoegg@uni-hamburg.de)





**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**  
Innovationsausschuss

## **Projektbeispiel IV**

**PSK – Bedarfsgerechte Versorgung von  
Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-  
sensitiver Krankenhausfälle**

# PSK - Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle

- Projektstart und –ende: 01.04.2019 – 31.12.2021
- Fördervolumen: 398.670,00€
- Konsortium:



- > Universität Witten/Herdecke (Projektleitung)
- > OptiMedis AG
- > Pflege e.V.
- > Forschungs- & Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg e.V.

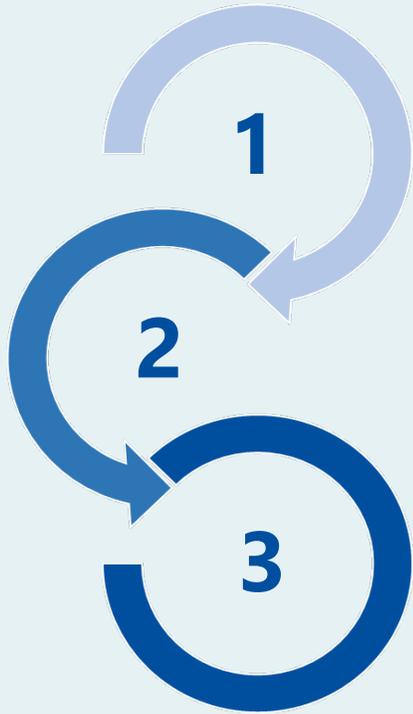
# PSK - Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle

- **Projektziele und Hypothesen**
  1. Was sind die **häufigsten Anlässe** für die Hospitalisierung von Pflegeheim-Patienten inkl. **durchschnittlicher Kosten pro Fall**?
  2. Welche stationären Behandlungsanlässe sind **Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle (PSK)** und wie hoch ist das jeweilige **Vermeidungspotenzial**?
  3. Welche **Maßnahmen** und/oder strukturellen Veränderungen haben grundsätzlich das Potenzial den Anteil der **PSK zu reduzieren**? Welche Hürden gibt es?
- **Primärer Endpunkt**

Konsensvalidierter **PSK-Katalog mit Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen (PSK)** inklusive der Schätzung der jeweiligen **Vermeidungspotenziale**
- **Sekundäre Endpunkte**
  - **Hochrechnung** von Präventionspotenzialen für das GKV-System in Deutschland
  - **Handlungsempfehlungen** und Erarbeitung von Fallbeispielen für den Praxistransfer der Ergebnisse

# PSK - Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle

## Mixed-Methods-Studiendesign



**Sekundärdatenanalyse von Daten von 6 gesetzlichen Krankenkassen zur Bestimmung der häufigsten Krankenhausfälle bei PHB**  
*gemäß Standard „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse“ (Swart et al, 2015)*

**Konsentierung PSK-Katalog mit multidisziplinärem Expertengremium**  
*mittels RAND/UCLA Appropriateness Method (angepasstes **Delphi-Verfahren**, Fitch et al. 2001) und Hochrechnung für Deutschland*

**Entwicklung Handlungsempfehlungen**  
*Expert:innen-Workshop und **Gutachten***

# PSK - Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle

## Zeitlicher und inhaltlicher Ablauf

### Phase 1: Sekundärdatenanalyse

04/2019 bis 09/2019

Daten zu Pflegeheimbewohner:innen (PHB) von 6 gesetzlichen Krankenversicherungen aus dem Jahr 2017

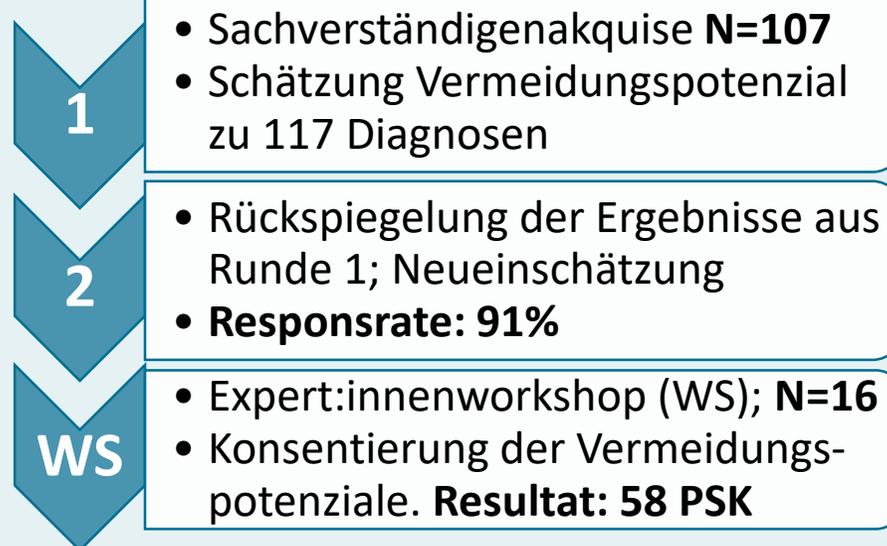
**N= 242.236 ; 29,6% aller PHB**  
**117 Diagnosen mit Häufigkeitsanteil >0,1%**



### Phase 2: Delphibefragung & Hochrechnung

10/2019 bis 08/2021

jew. ca. 30 Allgemein- und Familien-/ Klinik-ärzt:innen/ Pflegefachpersonen sowie 10 Wissenschaftler:innen

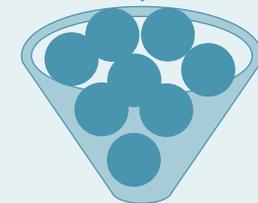


### Phase 3: Entwicklung Handlungsempfehlungen

09/2020 bis 12/2021

PSK-Katalog ↔ Workshop zu Maßnahmen

6 Gutachten

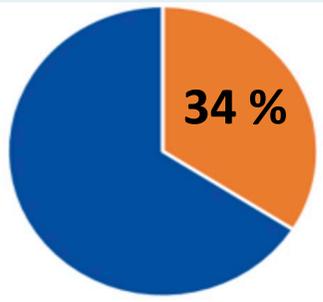


Handlungsempfehlungen

# PSK - Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle

## Ergebnisse und Ausblick

**PSK-Katalog mit 58 Diagnosen:**  
**mind. 70% der Fälle potenziell im Pflegeheim behandelbar** vor allem Infektionen, neurologische Erkrankungen (z.B. Depressionen und Demenzen), oberflächliche Verletzungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Herzinsuffizienz, Atherosklerose), Anämien, Diabetes Mellitus, Erkrankungen des Volumenhaushaltes sowie der Harnwege



**Hochrechnung:**  
Mögliche **Reduktion der Hospitalisierungen** von Pflegeheimbewohnenden um **34%** mit **Präventionspotenzial** der Kosten im Gesundheitswesen um **768 Mio. Euro**

## Handlungsempfehlungen – Bausteine:



# PSK - Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle



*Nehmen Sie gern Kontakt mit uns auf!*



Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko

Dr. Maria Valk-Draad

E-Mail: [psk@uni-wh.de](mailto:psk@uni-wh.de)

[www.pflegeheim-sensitive-krankenhausfaelle.de](http://www.pflegeheim-sensitive-krankenhausfaelle.de)





**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**  
Innovationsausschuss

## **Projektbeispiel V**

**QMPR – Qualitätsmessung in der Pflege mit  
Routinedaten**

# QMPR – Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten

**WIdO** | Wissenschaftliches  
Institut der AOK

**aQua**  
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

 **Ostfalia**  
Hochschule für angewandte  
Wissenschaften

- Projektzeitraum: 1. Mai 2019 bis 31. Juli 2021
- Fördervolumen: rund 438.000 Euro

# QMPR – Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten

## Ausgangspunkt

- Erhebliches Potential für **Verbesserung von Transparenz und Qualität** der Versorgung im Pflegeheim
- Gesetzliche QS in der Langzeitpflege bewahrt Fokus auf die Pflege i.e.S. und damit auf das SGB XI.
- **Die berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von Pflegeheimbewohnenden ist nicht Ausnahme, sondern Alltag. Routinedaten der GKV und SPV sind hier die zentrale Chance**, den Blick der QS zu erweitern und der Versorgungswirklichkeit der Gepflegten gerechter zu werden.

## Ziel

- Im Sinne einer **Machbarkeitsstudie** testete QMPR die Möglichkeit, die Abrechnungsdaten der GKV und SPV für die Entwicklung von **routinedatenbasierten Indikatoren** zur Versorgungsqualität bei Pflegeheimbewohnenden zu nutzen.

# QMPR – Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten

## Evidenzrecherche

- **Identifizierung relevanter und beeinflussbarer Themen** zur Qualitätsmessung bei Pflegeheimbewohnenden durch strukturierte Literaturrecherche



## Sekundärdatenanalyse

- **Linkage** der anonymisierten Abrechnungsdaten aller AOK-Kranken- und Pflegekassen
- **Operationalisierung** der evidenzbasierten Versorgungsthemen
- **Berechnung** je Einrichtung inklusive Risikoadjustierung

**Forschungsdatensatz beschreibt 260.000 AOK-versicherte Pflegeheimbewohnende**



alle AOK-Versicherten (60+) mit abgerechneten Leistungen der vollstationären Dauerpflege in  $\geq 1$  Quartal der Berichtsjahre



Pflegeheime mit Mindestgröße: 30 oder mehr AOK-versicherte Bewohnende im jeweiligen Berichtsjahr

# QMPR – Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten

## Ergebnis und Fazit

**Machbarkeit:** Die routinedatenbasierte Messung der Versorgungsqualität bei Pflegeheimbewohnenden ist **machbar**. Ein **Set von zwölf routinedatenbasierten Qualitätsindikatoren** liegt nun zu folgenden Bereichen vor:

Fehlende  
Prophylaxe und Prävention

Kritische  
Arzneimittelversorgung

Vermeidbare  
Krankenhausaufenthalte

**Relevanz:** Für jedes Pflegeheim lässt sich nun regelmäßig u.a. messen, wie viele dementiell erkrankte Bewohnende dauerhaft Antipsychotika erhalten oder auch wie häufig Bewohnende in ihren letzten 30 Lebenstagen noch einmal ins Krankenhaus verlegt werden. Auffällige Versorgungsbefunde werden ebenso sichtbar wie eine gute Performance.

**Varianz:** Die Analysen zeigen eine teils erhebliche Varianz zwischen den Einrichtungen – die mehrheitlich nach Berücksichtigung des Risikoprofils des Heims bestehen bleibt.

✓ **Transferempfehlung des G-BA**

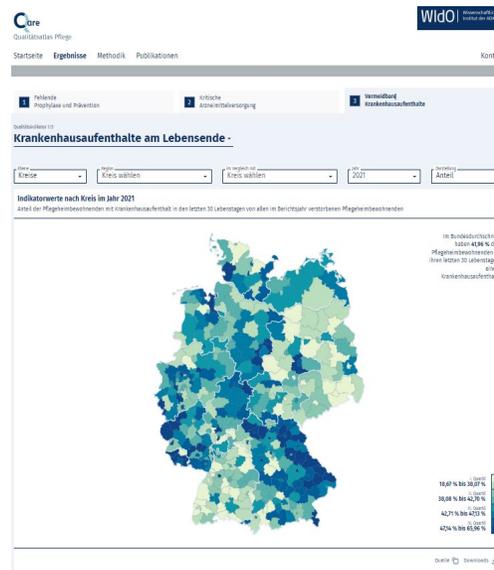
# QMPR – Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten

## Nach Projektabschluss



Schärfung und Umbenennung des Indikatorsets in:

**QCare – Routinedatenbasierte Qualitätsindikatoren für die Pflege**



QCare im regionalen Vergleich (seit 09-2023):  
**Der Qualitätsatlas Pflege**



Gemeinsamer  
Bundesausschuss  
Innovationsausschuss

Innovationsausschuss Förderbekannt

↳ Förderprojekte > Versorgungsforschung > QCare Transfer – Routinedatenbasierte Qualitätsindika

**QCare Transfer – Routinedatenbasierte Qualitätsindikatoren für die Pflege: Praxistransfer und implementierungswissenschaftliche Begleitforschung**

### Projektbeschreibung

In Deutschland leben rund 700.000 gesetzlich Versicherte dauerhaft in Pflegeeinrichtungen. Die Versorgung der dort lebenden Menschen übernehmen Pflegekräfte, beteiligt sind aber auch Fachärztinnen und -ärzte; dies erfolgt ambulant oder im Krankenhaus sowie in Apotheken. Die gesetzliche Qualitätssicherung ist aber bislang ausschließlich auf pflegenaher Aspekte begrenzt und beruht auf Angaben der Pflegeinstitutionen. In dem vom Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss geförderten Projekt QMPR wurden bereits Indikatoren entwickelt, die die Versorgungsqualität in den Pflegeeinrichtungen messen. Sie fußen auf Routinedaten aus der Versorgung und ermöglichen es beispielsweise, Auffälligkeiten in der Arzneimittelversorgung, Stürze oder potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte festzustellen.

Pilotierung der Indikatoren in BY (04-24 bis 09-27):  
**QCare Transfer**

# QMPR – Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten

WIdO | Wissenschaftliches Institut der AOK | Institut & Team | Forschung & Projekte | Publikationen & Produkte | News & Presse

Startseite > Pflege > QCare – Routinedatenbasierte Qualitätsindikatoren für die Pflege > Routinedatenbasierte Qualitätsindikatoren in der Pflege – Entwicklungsbericht

## Routinedatenbasierte Qualitätsindikatoren in der Pflege – Entwicklungsbericht

**Band I - Konzept und Methodik**

des Berichts erläutert den konzeptionellen Rahmen der routinedatenbasierten Qualitätsmessung im Setting Pflegeheim vor dem Hintergrund der konstatierten Fehlversorgung, des vorhandenen Bedarfs sowie der Ausrichtung der aktuellen gesetzlichen Qualitätssicherung. Daran schließt sich die Darlegung des mehrstufigen Indikatorentwicklungsverfahrens an: die Ableitung relevanter Versorgungsaspekte, die strukturierte indikatorspezifische Evidenzrecherche und schließlich die Operationalisierung und empirische Testung inklusive des Verfahrens zur Risikoadjustierung.

**Band II – Indikatoren**

präsentiert ausführlich die Ergebnisse der Evidenzrecherche sowie der routinedatenbasierten Operationalisierung und Testung für jeden der zwölf Indikatoren für die Qualitätsmessung im Setting Pflegeheim. Vom Antipsychotika-Einsatz bei Demenz bis hin zu potenziell vermeidbaren Hospitalisierungen fokussieren die Indikatoren dabei speziell die Schnittstellen der Versorgung der Pflegebedürftigen (siehe Tabelle).

Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten: erstes Indikatorenset	
<b>A – Schnittstelle ambulante-ärztliche und pflegerische Versorgung bei Pflegeheimbewohnenden</b>	
A-1	Halbjährliche Messung des HbA1c-Werts bei Diabetes mellitus
A-2	Jährliche augenärztliche Untersuchung bei Diabetes mellitus
A-3	Dehydrationsbefund bei Hospitalisierung bei Demenz
A-4	Influenzaimpfung
A-5	Auftreten von Dekubitus
<b>B – Schnittstelle Arzneimittelversorgung bei Pflegeheimbewohnenden</b>	
B-1	Dauerverordnung Antipsychotika bei Demenz
B-2	Dauerverordnung Benzodiazepine
B-3	Verordnung von Wirkstoffen der PRISCUS-Liste
B-4	Verordnung von 9+ unterschiedlichen Wirkstoffen in mindestens einem Quartal (Polymedikation)
<b>C – Schnittstelle Hospitalisierung bei Pflegeheimbewohnenden</b>	
C-1	Sturzassoziierte Krankenhausaufenthalte bei sturzrisikoerhöhender Medikation (FRIDs)
C-2	Krankenhausaufenthalte in den letzten 30 Tagen vor Versterben
C-3	Kurzzeitige Krankenhausaufenthalte (max. 3 Tage)

**KONTAKT**

 Susann Behrendt

 E-Mail

 Tel.: 030 34646-2341

**DOWNLOAD BAND I**



> zum Entwicklungsbericht Band I

**DOWNLOAD BAND II**



> zum Entwicklungsbericht Band II

Susann Behrendt  
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
susann.behrendt@wido.bv.aok.de

<https://www.wido.de/forschung-projekte/pflege/qcare-routinedatenbasierte-qualitaetsindikatoren-fuer-die-pflege/>



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**  
Innovationsausschuss

**5 Projekte haben sich vorgestellt.**

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**